

# Das Longitudinale Curriculum "Soziale und kommunikative Kompetenzen" im Bologna-reformierten Medizinstudium in Basel

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Mit der Umstellung auf die Bachelor-/Masterstruktur wurde in Basel (Schweiz) ein longitudinales Curriculum „soziale und Kommunikative Kompetenzen“ (SOKO) in das Medizinstudium implementiert.

**Projektbeschreibung:** Ziel ist es, den Studierenden grundlegende Techniken einer patientenzentrierten Kommunikation in dem Sinne zu vermitteln, dass die Studierenden in der Lage sind, Informationen zu erheben und Informationen an Patientinnen und Patienten weiterzugeben, um sie als gut informierte Partner am Entscheidungsprozess zu beteiligen. Das SOKO Curriculum umfasst aus Sicht der Studierenden 57 Unterrichtsstunden. In Vorlesungen und kleinen Gruppen kommen vom 1. bis 3. Bachelor- und im 1. Masterstudienjahr Rollenspiele, Videofeedback, Simulationspatienten und der Kontakt mit realen Patienten als didaktische Methoden zum Einsatz. Die Lernziele werden in den summativen klinisch-praktischen OSCE-Prüfungen abgeprüft.

**Schlussfolgerungen:** In Basel konnte mit der Umstellung auf die Bologna-Struktur ein longitudinales SOKO-Curriculum implementiert werden, das kumulatives Lernen erlaubt, auf die Inhalte des sonstigen Studiums Bezug nimmt und regelmäßig in den OSCEs abgeprüft wird. Zurzeit wird ein Großteil der Lehre durch die Psychosomatik des Unispital Basels geleistet. Für die Zukunft wird entscheidend sein, nachhaltige Strukturen in der gesamten Fakultät und im gesamten Unispital zu verankern, um dauerhaft eine hohe Qualität des Unterrichts und der Prüfungen sicherzustellen.

**Schlüsselwörter:** Kommunikative und soziale Kompetenzen, longitudinales Curriculum, Medizinstudium, Bologna Prozess

**Claudia Kiessling<sup>1</sup>**

**Wolf Langewitz<sup>2</sup>**

1 Klinikum der LMU München, Lehrstuhl für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin, München, Deutschland

2 Universitätsspital Basel, Innere Medizin, Psychosomatik, Basel, Schweiz

## Einleitung

### Bologna Prozess in der Schweiz

Die Schweiz war eines der ersten Ländern, in denen für alle bestehenden Studiengänge, inklusive der Humanmedizin, die Anforderungen des Bologna-Prozesses konsequent umgesetzt wurden [1], [2]. Dies führte zu einer Umstellung des einstufigen, sechsjährigen Studiums der Humanmedizin auf eine zweistufige Struktur bestehend aus einem dreijährigen Bachelorstudium und einem dreijährigen Masterstudium. Die medizinischen Fakultäten konnten mit der Bologna-kompatiblen Umstellung des Studiums die Chance ergreifen, das Medizinstudium in der bis dahin bestehenden Form zu evaluieren und innovative Unterrichts- und Prüfungskonzepte zu implementieren. Auch relativ neue Inhalte und Fächer wie Kommunikation, Palliativmedizin, Medizinethik und Hausarztmedizin konnten im Rahmen der Reform überdacht und in die neue Struktur des Studiums integriert werden. Zum Teil waren diese Reformprozesse bereits vor der Bologna-

Reform angestoßen worden, so dass auf bereits etablierte Konzepte und Erfahrungen zurückgegriffen werden konnte [1], [3], [4].

Ebenfalls vor der Umstellung des Medizinstudiums auf die Bachelor- und Masterstruktur entstand mit dem Swiss Catalogue of Learning Objectives (SCLLO) 2002 eine von allen medizinischen Fakultäten akzeptierte inhaltliche Definition der Lernziele des Medizinstudiums in der Schweiz. Der SCLLO definiert die Kompetenzen eines Absolventen<sup>1</sup> nach sechsjährigem Medizinstudium, das nun mit dem „Master of Medicine“ abgeschlossen wird. Eine revidierte Form wurde 2008 verabschiedet [5] und bildet seit 2011 die Grundlage für die eidgenössische Prüfung, die aus einer schriftlichen und einer klinisch-praktischen Prüfung besteht [6].

### Bologna-kompatibles Medizinstudium in Basel

Das Bachelor- und Masterstudium in Basel bestehen jeweils aus einem Kerncurriculum und einem Mantelcurriculum. Im Bachelorstudium setzt sich das Kerncurriculum

aus organbezogenen Themenblöcken und dem longitudinalen Curriculum der „Basiskompetenzen“ (BK) zusammen. Die BK bestehen aus vier Bereichen:

1. Manuelle, diagnostische und therapeutische Fertigkeiten,
2. Soziale und kommunikative Kompetenzen (SOKO)
3. Wissenschaftliche Kompetenzen und
4. Humanities und Medizinethik.

Der curriculare Aufbau des Masterstudiums ist vergleichbar, wobei hier zu den Themenblöcken das Wahlstudienjahr und die Masterthese hinzukommen und die BK nun als „Erweiterte Kompetenzen“ (EK) bezeichnet werden. Einen Überblick über die Themenblöcke im Bachelor- und Masterstudium gibt Abbildung 1.

Die Inhalte der Themenblöcke werden mit einer schriftlichen Multiple Choice Prüfung am Ende des Semesters geprüft. Die Inhalte der BK bzw. EK werden jahresweise mit einer klinisch-praktischen Prüfung im OSCE Format (Objective Structured Clinical Examination) geprüft. Aus logistischen Gründen wird die klinisch-praktische Prüfung zum Teil in mehreren Teilprüfungen nach jedem Semester durchgeführt. Die Ergebnisse der Teilprüfungen werden am Jahresende zu einem Gesamtergebnis zusammengerechnet. Die Ergebnisse an den einzelnen Stationen sind untereinander kompensierbar, d.h., dass nicht alle einzelnen Stationen, sondern der OSCE als Ganzes bestanden werden muss. Die Multiple Choice Prüfungen und die klinisch-praktische Prüfung müssen für den Erwerb der Kreditpunkte und für den Übertritt in das folgende Studienjahr getrennt voneinander bestanden werden. Eine Kompensation *zwischen* den beiden Prüfungsformen ist nicht möglich.

Im Mantelcurriculum erhalten die Studierenden die Möglichkeit, individuelle Schwerpunkte zu setzen, indem sie aus einem vorgegebenen Programm Module zu unterschiedlichen Themen belegen. Die Teilnahme an den Modulen ist obligatorisch. Prüfungen erfolgen im Rahmen der Module.

## Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium

In vielen Publikationen wurde in den letzten Jahren gefordert, kommunikative Kompetenzen longitudinal und integriert, d.h. in Verbindung mit klinischen Inhalten, zu unterrichten [7], [8], [9], [10]. Van Dalen und Kollegen konnten in einer Studie zeigen, dass ein integriertes longitudinales Curriculum Kommunikationskompetenzen effektiver vermittelt als ein Curriculum, das konzentriert in einem begrenzten Zeitraum durchgeführt werden [11]. Vor diesem Hintergrund wurde in Basel ein longitudinales Curriculum entwickelt, in dem vom 1. Bachelor- bis zum 1. Masterstudienjahr Kommunikationskurse mit verschiedenen Inhalten durchgeführt werden, die den Kontakt der Studierenden mit Patienten vorbereiten und begleiten. Dabei wird das übergeordnete Ziel verfolgt, die Kommunikation so zu gestalten, dass Patientinnen und Patienten im Unterricht eine vernehmbare Stimme erhalten, damit

sie als einzelne Individuen mit je eigener Krankengeschichte einen bleibenden Eindruck bei den Studierenden hinterlassen können. Die entsprechenden Kommunikationstechniken öffnen im Sinne einer patientenzentrierten Kommunikation den Raum für den Patienten oder die Patientin. Damit wird im günstigen Fall jede Begegnung mit einem Patienten zu einer Lern-Chance, in der spürbar wird, wie sehr die individuelle Lebensgeschichte mit Erkrankung und Gesundheit, bzw. mit der Bewältigung von chronischem Leiden verbunden ist.

## Beschreibung des Curriculums "Soziale und kommunikative Kompetenzen" (SOKO)

### Zugrundeliegende Modelle und Konzepte effektiver Kommunikation

Ziel des Basler SOKO-Curriculums ist es, den Studierenden zu vermitteln, wie sie zum einen möglichst korrekte und vollständige Daten erheben (z.B. im Rahmen der Anamnese) und zum anderen Informationen an Patienten weitergeben, um sie als gut informierte Partner am Entscheidungsprozess zu beteiligen [12], [13]. Dabei wird auf wenige grundlegende Kommunikationstechniken rekurriert, die sich in unterschiedlicher Kombination auch für das Bewältigen komplexer Aufgaben wie das Vermitteln schlechter Nachrichten oder eine gemeinsame Entscheidungsfindung anwenden lassen. Im Prinzip lassen sich diese Techniken zwei Polen zuordnen: ‚Raum öffnen‘ und ‚Raum eingrenzen‘. Es geht also im Curriculum nicht nur darum, Patienten in jedem Fall ein freies Narrativ zu ermöglichen [14], sondern den Studierenden auch Fertigkeiten an die Hand zu geben, mit denen sie ein Gespräch ‚in den Griff bekommen‘.

Ein typisches Anwendungsfeld der Unterscheidung von ‚Raum öffnen‘ und ‚Raum schließen‘ ist die klassische Anamnese, bei der es in erster Linie darum geht, Informationen zu erhalten [13]. Dabei werden zwei Sets von Kommunikationstechniken unterschieden: zum einen Techniken, mit denen bereits bestehende Hypothesen überprüft werden und zum anderen Techniken, mit deren Hilfe Hypothesen erst generiert werden. Das Überprüfen von Hypothesen ist dann sinnvoll, wenn bestimmte Vorannahmen bereits vorliegen, die im konkreten Fall getestet, bestätigt oder ausgeschlossen werden sollen [15]. Typisches Beispiel wäre ein 65jähriger Patient mit akut aufgetretenen linksseitigen Brustschmerzen und Atemnot in der Notfallambulanz. Aufgrund der Konstellation der Symptome und des Alters des Patienten ist es sehr wahrscheinlich, dass die Verdachtsdiagnose „Angina pectoris“ mit wenigen Zusatzinformationen sehr schnell bestätigt werden kann. Daher wäre es ein angemessenes Vorgehen, sehr gezielt nachzufragen und mit fokussierten geschlossenen Fragen vorzugehen („Sind die Schmerzen bei körperlicher Anstrengung aufgetreten?“, „Haben Sie so etwas schon mal gehabt?“ etc.). Dies ist der Fragentyp,

Studienjahr/ Wochen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. BA SJ: HS	Einführungsblock		Bausteine des Lebens		KSU		Prüfung							
1. BA SJ: FS	Baupläne des Lebens		Nervensystem		Bewegung		Prüfung							
2. BA SJ: HS	Verdauung		Blut/Infekt/Abwehr		Grenzflächen		Prüfung							
2. BA SJ: FS	Herz-Kreislauf		Atmung		PER		Prüfung							
3. BA SJ: HS	Gesund – Krank - Tumor		POEM		Niere		Endokrine Systeme		Prüfung					
3. BA SJ: FS	Nervensystem/Sinne		Reproduktion		Lebenszyklen		NF		Prüfung					
1. MA SJ: HS	Herz-Kreislauf		Endokrine Systeme		Bewegung		Atmung		Prüfung					
1. MA SJ: FS	Grenzfläche		Blut/Infekt/Abwehr		Verdauung		Niere		Prüfung					
2. MA SJ: HS	Nervensystem/Sinne		PER		Reproduktion		Prüfung							
2. MA SJ: FS	Wissenschaftsmonat		Wahlstudienjahr		Prüfung									
3. MA SJ: HS	Wahlstudienjahr		Prüfung											
3. MA SJ: FS	Masterthese		Vom Symptom zur Diagnose		Prüfung									

Abbildung 1: Modularer Aufbau des Basler Curriculums

den Studierende bei Expertinnen und Experten in der Universität beobachten und der dort, bei einem hoch selektionierten Patientengut, erfolgreich ist. Die Professionalität im Stellen geschlossener und wohl gezielter Fragen wächst mit dem klinischen Wissen und der Fähigkeit, in den Beschwerden eines Patienten und in seinen Befunden das Muster einer bestimmten Erkrankung zu erkennen [16].

Kommunikationstechniken, mit deren Hilfe Hypothesen erst generiert werden, sind dann sinnvoll, wenn die Beschwerden nicht primär suggestiv für das Vorliegen einer bestimmten Erkrankung sind, z.B. bei einem Patienten, der wegen seit einigen Wochen zunehmender Müdigkeit zu seinem Hausarzt kommt. In solchen Situationen wird der Arzt den Patienten einladen, seine Geschichte zu erzählen und zum Beispiel mit Hilfe der Techniken, die im Akronym WWSZ („Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen“) zusammengefasst sind, dem Patienten den (Erzähl-)Raum öffnen. Ähnliche Techniken werden als ‚Reflecting back‘ beim Motivational Interviewing eingesetzt und verfolgen ein ähnliches Ziel: möglichst viel über die individuellen Motive eines Patienten in Erfahrung zu bringen, die ihm ein bestimmtes Verhalten ermöglichen würden [17], [18].

Dem Ziel, den Raum einzugrenzen, lassen sich auch Kommunikationstechniken zuordnen, mit denen der Studierende ein Gespräch thematisch, zeitlich und in der Art des sprachlichen Duktus strukturiert. Studierende lernen, die eigene Funktion und Aufgabe zu benennen, spezielle Erwartungen des Patienten an die Konsultation zu erfragen und mit der vorhandenen Zeit abzugleichen. Studierende werden ermutigt, Patienten auf die Themen zurückzuführen, auf die sie sich am Anfang des Gespräches geeinigt haben (z.B.: „ich sehe, dass Sie noch eine große Frage haben, nämlich, ob die Kasse einen neuen Rollstuhl bezahlt. Das kann ich heute nicht mehr mit Ihnen besprechen, ich würde das gerne auf die Visite morgen verschieben.“).

Ein Sonderfall des expliziten Strukturierens kommt beim Vermitteln komplexer Informationen zum Einsatz: die sog. Buchmetapher. Sie überträgt die Struktur eines Buches – die Gliederung in Titel, Inhaltsverzeichnis, Kapitelüberschriften und Text – auf das Gespräch. An eigentlichen Kommunikationstechniken kommen Elemente der Meta-Kommunikation zum Einsatz: Überblicke vermitteln („Im Moment sprechen wir vor allem über...“), explizite Überleitungen und Zusammenfassungen. Informationen werden in kleinen zusammenhängenden Portionen präsentiert, denen eine Pause folgt, in der die Studentin die Reaktion des Patienten überprüft. Erst wenn der Patient verbal oder nonverbal seine Bereitschaft zur Fortsetzung signalisiert, oder aber die Information korrekt zurückgespielt hat („Ich werde also morgen eine Vollnarkose bekommen?“) übermittle die Studentin die nächste Portion an Informationen.

Wenn die Fähigkeit etabliert ist, den Raum zu öffnen und zu schließen, wird das Umgehen mit Emotionen als spezielle Herausforderung thematisiert. Es begegnet den Studierenden im Kontakt mit realen Patienten häufig

aber wenig spektakulär beim Vermitteln von Informationen: Der Patient antwortet mit Sorgen, Ängsten, Befürchtungen oder anderen Emotionen, mit denen der Arzt, resp. der Student umgehen muss. In Basel werden die Fertigkeiten zum Umgang mit Emotionen mit dem Akronym NURSE vermittelt [19], [20]: naming emotion, understanding emotion, respecting= showing respect for the patient, supporting, exploring emotion.

Eine weitere wichtige ärztliche Aufgabe ist das Treffen von Entscheidungen gemeinsam mit dem Patienten, z.B. bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, bei denen es mehrere annähernd gleichwertige Alternativen gibt. Je nach Präferenz der Patienten können solche Entscheidungen dem Arzt oder der Ärztin übergeben werden, durch den Patienten alleine, oder gemeinsam erfolgen [21], [22], [23]. Kommunikationstechnisch besteht die Schwierigkeit darin, die Präferenz des Patienten bezüglich einer Entscheidungsfindung zu identifizieren, und komplexe Informationen so zu vermitteln, dass sie dem Patienten bei der Entscheidungsfindung helfen. Dazu müssen sie auf das Krankheitskonzept eines Patienten [24] abgestimmt sein, und dies erschließt sich nicht durch gezieltes Fragen, sondern über das Narrativ des Patienten. Die bereits oben genannten Kommunikationstechniken kommen auch beim Überbringen einer schlechten Nachricht zum Einsatz. Diese Aufgabe lässt sich verstehen als eine Kombination aus Vermitteln komplexer Informationen und Aufgreifen von Emotionen [20].

## Aufbau des Curriculums

Das longitudinale SOKO-Curriculum beinhaltet Vorlesungen, Kurse und Seminare vom 1. bis zum 3. Bachelorstudienjahr und im 1. Masterstudienjahr (siehe Tabelle 1). Die Inhalte nehmen dabei Bezug auf die Anforderungen und Inhalte des sonstigen Curriculums.

### 1. Bachelorstudienjahr

Im ersten Studienjahr erhalten die Studierenden eine Einführung in die ärztliche Kommunikation und das biopsychosoziale Modell als Ergänzung zum biomedizinischen Modell. Angewandt werden die kommunikativen Inhalte in Interviews mit ärztlichen Rollenmodellen, die ihr Wissen, resp. ihre Einstellung zum Beruf zum Teil auf gezielte Fragen und zum Teil in einem freien Narrativ preisgeben. Außerdem wird eine Übung zum Umgang mit Stress angeboten und eine Übung zu Gruppendynamik und Feedback. Das Feedbacktraining stellt eine Unterstützung für die Durchführung der problemorientierten Tutoriate in den Themenblöcken dar. Es schult Studierende in der differenzierten Wahrnehmung des Verhaltens Anderer und in der Unterscheidung beobachtbarer Phänomene von Interpretationen („Mir ist aufgefallen, dass deine Füße während des Gesprächs immer gewippt haben“ versus „Du wirkst sehr nervös!“). Die Übungen werden von studentischen Tutorinnen und Tutoren durchgeführt, die die Studierenden das ganze Jahr hindurch im

Tabelle 1: Longitudinales Curriculum „Soziale und kommunikative Kompetenzen“, Medizinstudium Basel, Schweiz

SJ	Thema (Umfang)	Inhalt & Format	Lehrende zu Studierende	Anwesenheitspflicht/Prüfung
1	Vorlesung (4 UE)	Grundlagen der ärztlichen Kommunikation, Identifizieren und Umgehen mit Stress, Grundlagen des Bio-Psycho-Sozialen Wissenschaftsmodells	Psychosomatik 1:alle	Keine Anwesenheitspflicht
	Kleingruppe (6 UE)	„sich in eine Situation hineinversetzen können“, Grundlagen der Kommunikation, Feedback-Regeln <i>Rollenspiele, Diskussion</i>	Studentische Tutoren 1:10	
	Vorlesungen in Themenblöcken (3 UE)	„Körper, Subjekt, Umwelt“: Krankheitskonzepte und –verarbeitung	Psychosomatik Psychiatrie	Keine Anwesenheitspflicht MC Klausur
2	Vorlesung (6 UE)	Grundlagen und Techniken der Arzt-Patient Kommunikation (WWSZ, NURSE, strukturieren, Buchmetapher)	Psychosomatik 1:alle	Keine Anwesenheitspflicht OSVE Station
	Kurs (5 UE)	Grundlagen und Techniken der Arzt-Patient Kommunikation <i>Gespräche mit SP mit Videoaufnahme Videoanalyse mit stud. Tutor und Dozenten</i>	Studentische Tutoren 1:4 Psychosomatik 1:16	
3	Vorlesung (1 UE)	Einführung in den Gesprächsführungskurs	Psychosomatik 1:alle	Anwesenheitspflicht für Kurs Kommunikation integriert in Checklisten der OSCE Stationen
	Gesprächsführungskurs (14 UE)	Patienten-zentrierte Gesprächsführung, Wechsel von Arzt-zentrierter auf Patienten-zentrierte Gesprächsführung, Integration von Kommunikationstechniken in die ärztliche Anamnese <i>Rollenspiele, Gespräche mit realen Patienten</i>	Psychosomatik Gemischte Dozentengruppe 1:8	
	Vorlesungen in Themenblöcken (3 UE + 7 UE)	„Gesund, Krank, Tumor“: Coping & Abwehrmechanismen, Diagnose & Therapie von psychischen Störungen bei Krebs, Gemeinsame Entscheidungsfindung „POEM“: Evidenz anwenden am Bsp. clinical decision making; Konzepte der Psychosomatik; Lebensqualität; Entscheidung, Risiko; Patienten-Empowerment, Patientenautonomie	Psychosomatik 1 bzw. 2:alle	Keine Anwesenheitspflicht MC Klausur
	Seminare in Themenblöcken (4 UE)	„POEM“: 1. Konzepte des Arztes, Konzepte des Patienten; 2. Entscheidungsfindung, Risikokommunikation	Psychosomatik 1:12	Keine Anwesenheitspflicht OSCE Station
4	Vorlesung (1 UE)	Überbringen einer schlechten Nachricht (Gefühle aufgreifen, Informationen vermitteln)	Psychosomatik 1:alle	Keine Anwesenheitspflicht Kommunikation integriert in Checklisten der OSCE Stationen BBN-Station
	Kurs (3 UE)	Überbringen einer schlechten Nachricht (Gefühle aufgreifen, Informationen vermitteln) <i>Diskussion, Rollenspiele</i>	Psychosomatik Onkologie/ Hämatologie 2:16	

Rahmen des Mantelcurriculums begleiten und eine Art Mentorinnen und Mentoren darstellen.

## 2. Bachelorstudienjahr

Im zweiten Studienjahr erlernen und üben die Studierenden in Vorlesungen und einem Kurs die oben erwähnten Kommunikationstechniken. Die Studierenden durchlaufen in Vierergruppen einen Parcours mit vier Simulationpatienten (SP). Jeder Student führt selbst ein Gespräch mit einem SP und fungiert bei den anderen Gesprächen als

Beobachter, der Kommunikationstechniken oder Kommunikationsprobleme identifiziert und entsprechend Feedback gibt. Die Gespräche werden mit Videokameras aufgezeichnet und anschließend an studentische Tutorinnen und Tutoren übergeben. Diese identifizieren in den Videos „teachable moments“, also kommunikationstechnisch interessante Sequenzen, die in der zweiten Sitzung mit den Beobachtungen der Studierenden abgeglichen werden. In der dritten Sitzung treffen sich jeweils vier Vierergruppen mit einem erfahrenen ärztlichen Supervisor und

besprechen unklare oder besonders komplexe teachable moments. Dabei erhalten Studierende persönliches Feedback, und alternative Verhaltensweisen werden im Rollenspiel ausprobiert.

### 3. Bachelorstudienjahr

Im dritten Studienjahr durchlaufen die Studierenden sowohl einen Gesprächsführungskurs als auch Vorlesungen und Seminare zu den Themen Vermitteln von Informationen, Risikokommunikation und Entscheidungsfindung. Nach einer theoretischen Einführung üben die Studierenden im Rahmen des Gesprächsführungskurses zuerst im Rollenspiel und anschließend mit realen Patienten die oben dargestellten Kommunikationstechniken (WWSZ, NURSE, Buchmetapher) und die Integration von Kommunikationstechniken in die Anamneseerhebung. Jede Gruppe wird von einem klinischen tätigen Dozenten oder einer Dozentin betreut, die aus unterschiedlichen Fachdisziplinen stammen (z.Zt.: Innere Medizin, Frauenheilkunde, Pädiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Allgemeinmedizin), teils in eigener Praxis und teils am Universitätsspital arbeiten und ein mehrstündiges Dozententraining durchlaufen haben.

In die Themenblöcke „Gesund – Krank – Tumor“ und „Patienten-Orientierte und Evidenz-basierte Medizin“ (POEM) sind Vorlesungen und Seminare eingebettet, die den Gesprächsführungskurs ergänzen und erweitern. Die Studierenden erhalten eine theoretische Einführung in folgende Themen: Coping und Abwehrmechanismen von Patienten mit Krebserkrankungen, gemeinsame Entscheidungsfindung, Risikokommunikation; Patienten-Empowerment und Patientenautonomie. In Seminaren setzen sich die Studierenden in Diskussionen und Rollenspielen mit der Diskrepanz aus Konzepten des Arztes und des Patienten auseinander, üben Möglichkeiten, ein gemeinsames Konzept zu entwickeln, Risiken und Nutzen von Therapieoptionen zu kommunizieren und Modi der gemeinsamen Entscheidungsfindung auszuprobieren. Anwendungsmöglichkeiten des Gelernten haben die Studierenden im Unterricht am Krankenbett („Arzt-Patient-Unterricht“ oder AP-Unterricht), der im 3. Studienjahr in der Inneren Medizin und in der Chirurgie stattfindet.

### 1. Masterstudienjahr

Im 1. Masterstudienjahr erlernen die Studierenden in einer Vorlesung und einem Kurs das Überbringen einer schlechten Nachricht. Die Gruppen von circa zwölf Studierenden werden dabei von jeweils einem Vertreter der Psychosomatik und einem Vertreter der Onkologie/Hämatologie betreut. Im Kurs haben die Studierenden die Gelegenheit, mit Experten zu diskutieren und in Rollenspielen das Überbringen einer schlechten Nachricht zu üben. Mit Eintritt in das 1. Masterstudienjahr können Studierende bei verschiedenen Gelegenheiten ihre Erfahrungen in der Anwendung von Kommunikationstechniken vertiefen, vor allem im AP-Unterricht in der Inneren Medizin und Chirurgie und im sogenannten Einzeltutoriat, bei dem sie

ein Jahr lang bei einem Hausarzt oder einer Hausärztin an 20 Nachmittagen hospitieren. Die Studierenden erhalten von den Hausärzten wertvolles Feedback über ihren Umgang mit Patienten [25]. Im Rahmen des longitudinalen Humanities-Curriculums werden die Studierenden in diesem Studienjahr außerdem angehalten, über Patientenkontakte zu reflektieren. Hierbei kommt die Methode des „reflective writings“ zum Einsatz. Die Aufgabenstellung nimmt dabei Bezug auf die studentischen Erlebnisse und Erfahrungen im Einzeltutoriat (z.B.: Berichten Sie über einen Patienten, bei dem Sie den Eindruck hatten, dass es Ihnen nicht gelungen ist, eine Beziehung aufzubauen) [25].

### Prüfungen

Die Lernziele des SOKO-Curriculums werden in den summativen klinisch-praktischen OSCE-Prüfungen abgeprüft. Je nach Studienjahr umfasst ein OSCE-Parcour sechs bis zwölf Stationen, die auch Stationen am Computer (Objective Structured Video Examination, OSVE) enthalten. In den ersten beiden Studienjahren werden die Lernziele der SOKO-Kurse mit jeweils einer OSVE Station abgeprüft. Als Stimulus dienen dabei kurze Videosequenzen, die die Studierenden hinsichtlich bestimmter Fragestellungen im Kurzantwortformat bearbeiten müssen. Dabei müssen sie beispielsweise in wörtlicher Rede formulieren, wie sie Feedback geben würden oder identifizieren und analysieren Kommunikationstechniken in verschiedenen Arzt-Patienten-Gesprächen.

Ab dem 3. Bachelorstudienjahr wird an allen OSCE-Stationen, in denen die Studierenden mit einem Simulationspatienten konfrontiert werden, das kommunikative Verhalten mitgeprüft. Die eingesetzten Checklisten enthalten somit neben inhaltsbezogenen Items (z.B. Erheben einer Akutanamnese) auch prozessbezogene Items, die sich auf das kommunikative Verhalten beziehen. Während die inhaltsbezogenen Items von Station zu Station je nach Krankengeschichte variieren, bleiben die prozessbezogenen Items über die verschiedenen Stationen hinweg konstant, und zwar vom 3. Bachelorstudienjahr bis einschließlich dem 2. Masterstudienjahr. Dies bedeutet, dass alle Prüferinnen und Prüfer unabhängig der Fachdisziplin in den OSCEs kommunikative Kompetenzen mitprüfen und dementsprechend vor den Prüfungen trainiert werden. Dies hat den positiven Nebeneffekt, dass sich auch Kliniker, die nicht als Lehrende am SOKO-Curriculum teilnehmen, mit grundlegenden Kommunikationstechniken, die in Basel unterrichtet werden, kritisch auseinandersetzen.

Auch im Rahmen der Eidgenössischen Prüfung werden seit 2011 die kommunikativen Kompetenzen mit der Clinical Skills Prüfung abgeprüft. Auch hier wird ein integrativer Prüfungsansatz verfolgt, bei dem bei allen Stationen fallspezifische Inhalte und prozessbezogenes kommunikatives Verhalten gleichzeitig abgeprüft werden [6].

## Lehraufwand und Stunden pro Student

Der Unterrichtsaufwand für alle Lehrenden im SOKO-Curriculum beträgt circa 400 Stunden für circa 180 Studierende im 1. und 2. Studienjahr und circa 140 Studierende im 3. und 4. Studienjahr. Hinzu kommen circa 300 Stunden, die von studentischen Tutoren geleistet werden. Zusätzlich muss der Aufwand für die Erstellung, Durchführung und Korrektur von Prüfungen, insbesondere der OSCE/OSVE Stationen, der bei circa 150 zusätzlichen Stunden liegt, bewältigt werden. Der organisatorische Aufwand für den Unterricht ist mit weiteren geschätzten 100 Stunden zu veranschlagen. Damit liegt der gesamte Lehraufwand für das SOKO-Curriculum bei geschätzten 950 Stunden pro Jahr. Das finanzielle Budget berücksichtigt neben den studentischen Tutoren und Simulationspatienten auch Kosten, die für das Erstellen von Videos und anderen Unterrichts- und Prüfungsmaterialien entstehen. Videokameras können über das Lernzentrum Medizin der Medizinischen Fakultät Basel genutzt werden. Aus studentischer Sicht umfasst das SOKO-Curriculum 57 Unterrichtsstunden, wenn man die Veranstaltungen im Rahmen der Themenblöcke mit berücksichtigt. Davon entfallen 22 Stunden auf Vorlesungen und 35 Stunden auf Seminare und Kurse. Geht man davon aus, dass ein Medizinstudium in Europa 5.500 Stunden umfassen sollte [26], entspricht der SOKO-Curriculum rund einem Prozent des Gesamtumfangs eines Medizinstudiums.

## Evaluation

Die Veranstaltungen des Basler Curriculums werden „zyklisch“ evaluiert [27], wobei in den letzten Jahren (seit der Bologna-Umstellung) die Veranstaltungen des SOKO-Curriculums nicht berücksichtigt wurden. Der Kommunikationskurs im 2. Jahr und der Gesprächsführungskurs im 3. Jahr wurden jedoch mit jeweils spezifischen Schwerpunkten durch den Kursverantwortlichen evaluiert.

### Evaluation des Kommunikationskurses im 2. Bachelorstudienjahr

Im Mai/Juni 2010 wurde der Kommunikationskurs durch die Studierenden evaluiert. Von den 151 Studierenden, die in den Kurs eingeteilt wurden, gaben 102 einen ausgefüllten Fragebogen ab. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 68%. Von den Studierenden, die einen Fragebogen abgegeben haben, waren insgesamt 87% mit dem Kommunikationskurs zufrieden. Die Videoaufnahmen und Diskussionen in der Kleingruppe waren für über 90% der Studierenden hilfreich, Kommunikationstechniken besser zu identifizieren und für 85% war der Kurs hilfreich, um eigene Kommunikationstechniken zu verbessern. Auch der Termin mit den ärztlichen Supervisoren wurde gut evaluiert: Über 90% der Studierenden konnten anschließend Kommunikationstechniken besser identifizieren, und für 87% war die Besprechung hilfreich, die eigenen Kommunikationstechniken zu verbessern. Am

positivsten sahen die Studierenden die Besprechung mit dem ärztlichen Supervisor, um Kommunikationstechniken besser zu identifizieren.

### Evaluation des Gesprächsführungskurses im 3. Bachelorstudienjahr

Im Wintersemester 2009/2010 wurde der Gesprächsführungskurs mit einer Vorher-Nachher-Messung evaluiert. Dabei sollten die Studierenden angeben, inwieweit sie sich im Umgang mit bestimmten Gesprächssituationen sicher fühlen. Die dargestellten Fragen bezogen sich dabei auf Kommunikationstechniken, die im Gesprächsführungskurs geübt wurden (Strukturieren, Umgang mit Emotionen, Informationen erhalten und vermitteln). Bei 75 Studierenden war ein Matching der Vorher-Nachher-Ergebnisse möglich. Dies entspricht circa 55% des Jahrgangs (überprüft mit t-Tests für gepaarte Stichproben; das Signifikanzniveau wurde nach Bonferroni-Korrektur zur Vermeidung der Alphafehler-Kumulierung auf 0,007 festgelegt). Erfreulicherweise fühlten sich die Studierenden bei allen sieben Gesprächssituationen nach dem Kurs sicherer als vor dem Kurs (siehe Tabelle 2). Eine Korrelation mit den OSCE-Ergebnissen war aus datenschutztechnischen Gründen nicht möglich. In offenen Fragen wurden die Studierenden gebeten anzugeben, welche persönlichen Ziele Sie sich für den Gesprächsführungskurs gesteckt hatten. Als häufigste Ziele wurden angegeben: ein Patientengespräch (z.B. Anamnese) durchzuführen und Gesprächstechniken gezielt anzuwenden und sicherer zu werden im Umgang mit Patienten oder auch im Umgang mit Emotionen. Diese Ziele decken sich gut mit den formulierten Ausbildungszielen des Gesprächsführungskurses.

## Diskussion

In den letzten Jahren konnten in vier aufeinander folgenden Jahren des Medizinstudiums in Basel unterschiedliche Veranstaltungen zu kommunikativen und sozialen Kompetenzen integriert werden. Damit wurde ein longitudinales Curriculum implementiert, das kumulatives Lernen erlaubt, in dem die Inhalte aufeinander aufbauen, in das sonstige Studium integriert sind und regelmäßig in den OSCEs abgeprüft werden [9]. Der Schwerpunkt wurde dabei auf einige wenige Techniken gelegt, die immer wieder mit wachsendem Schwierigkeitsgrad in simulierten und realen Gesprächssituationen geübt werden. Die Auswahl der vermittelten Techniken erfolgte dabei nach zwei Kriterien. Zum einen verfolgen sie als übergeordnetes Ziel eine patientenzentrierte Kommunikation, die es beinhaltet, dem Patienten den Raum im Gespräch zu öffnen und ihm damit eine vernehmbare Stimme zu verleihen. Sie beinhaltet aber auch die Ziele, möglichst korrekte und vollständige Daten zu erheben und Informationen an Patienten weiterzugeben, um sie als gut informierte Partner am Entscheidungsprozess zu beteiligen. Als zweites Kriterium für die Auswahl der Techniken ist

Tabelle 2: Evaluation des Gesprächsführungskurses im 3. Studienjahr. Vorher-Nachher-Erhebung zum Gefühl der Sicherheit im Umgang mit spezifischen Gesprächssituationen

	t1 MW (SD)	t2 MW (SD)	t-Test
Der Patient hat viele Probleme, die er ungeordnet vorbringt. Ich fühle mich sicher, den Inhalt des Gesprächs strukturieren zu können	3,2 (0,73)	2,5 (0,74)	$p \leq ,001$
Der Patient redet viel, die Zeit wird knapp. Ich fühle mich sicher, die Zeitgrenzen offen ansprechen zu können.	2,8 (1,05)	2,3 (1,15)	$p \leq ,001$
Der Patient reagiert auf eine Frage ärgerlich. Ich fühle mich sicher, diesen Ärger ansprechen zu können.	3,0 (0,84)	2,3 (0,90)	$p \leq ,001$
Der Patient fängt während der Anamnese an zu weinen. Ich fühle mich sicher, dass ich mit den Gefühlen des Patienten umgehen kann.	3,3 (0,96)	2,6 (0,79)	$p \leq ,001$
Der Patient muss über eine komplexe Intervention/Therapie informiert werden. Ich fühle mich sicher komplexe Informationen vermitteln zu können...	2,8 (0,89)	2,2 (1,01)	$p \leq ,001$
Der Patient berichtet über den Grund der Aufnahme ins Spital. Ich fühle mich sicher, die wesentlichen Informationen vom Patient zu erhalten.	2,6 (0,86)	2,0 (0,92)	$p \leq ,001$
Der Patient berichtet von einer langen und komplexen Krankengeschichte. Ich fühle mich sicher, dass ich verstanden habe, was der Patient mir mitteilen will.	2,8 (0,81)	2,3 (1,12)	$p = ,003$
t1 = Vorher-Erhebung, t2 = Nachher-Erhebung, MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung Skala: 1 = vollkommen sicher; 5 = vollkommen unsicher			

deren wissenschaftliche Fundierung und Überprüfung in empirischen Studien zu nennen. Zum Teil liegen für die Wirksamkeit der eingesetzten Techniken bereits Studienergebnisse vor [19], [28], [29], [30], [31], [32]. Dort, wo noch keine Wirksamkeitsnachweise erbracht wurden, ist es das explizite Ziel der kommenden Jahre, die Wirksamkeit im Rahmen von Forschungsprojekten gezielt zu überprüfen.

Für die Entscheidung, welche Inhalte in einem longitudinalen Curriculum aufgenommen werden, ist wesentlich zu klären, welche Kompetenzen und Inhalte im Medizinstudium zwingend vermittelt und geübt werden sollten und welche sinnvoller in die Weiterbildungsphase oder in einen Wahl- oder Wahlpflichtbereich passt. Eine Reihe von Consensus Statements und Lernzielkatalogen geben Hinweise und Empfehlungen für die Beantwortung dieser Frage [10], [33], [34], [35], [36]. Vergleicht man die Ziele und Inhalte des Basler SOKO-Curriculums mit dem Positionspapier der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), dem Basler Consensus Statement (BCS) [34], sowie dem SCLO, fällt auf, dass einige Themen bzw. Lernziele nicht oder kaum im Rahmen des SOKO-Curriculums behandelt werden: soziale Verantwortung, Umgang mit Fehlern, Teamentwicklung und Arbeit im Team, Führungskompetenz, Management und Selbstorganisation,

die Integration in professionelle Rahmenbedingungen (Sozialisation), schriftliche Kommunikation und die eigene Rolle und Identität. Ein eigentlich sehr gut geeignetes Instrument zum Überdenken der eigenen Identität als Ärztin und Arzt wären Balintgruppen, die in Basel zwar im 3. Bachelor- und im 1. und 2. Masterjahr auf freiwilliger Basis angeboten, aber von Studierenden kaum genutzt werden. Verknüpft mit der Frage um die Inhalte ist auch die Frage nach dem Umfang des SOKO-Curriculums. Der aktuelle Gesamtstundenumfang erscheint mit ca. 1% des Gesamtstundenumfangs eines Medizinstudiums relativ gering. Auf der anderen Seite gibt es bisher keine belastbaren Daten, wie viele Unterrichtsstunden ein longitudinales Kommunikationscurriculum umfassen sollte. Die Frage des Umfangs eines bestimmten curricularen Elements ist letztlich immer auch eine politische Entscheidung, die in Curriculumskommissionen und ähnlichen Gremien verhandelt wird. Ein neues Unterrichtselement oder Fach wird es immer schwer haben, in einem bestehenden Curriculum ausreichend Zeit zugewiesen zu bekommen. Selbst wenn es *additiv* mit zusätzlichen Stunden implementiert wird, setzen häufig logistische Gründe (z.B. Stundenplanung, Raumplanung) einer Neugestaltung enge Grenzen. Der Stundenumfang eines Faches ist also neben der inhaltlichen Begründung immer auch das Er-



gebnis des Verhandlungsgeschicks des Verantwortlichen und seiner Mitstreiter.

## Fazit

Wer sind die maßgeblichen Befürworter und Mitstreiter des SOKO-Curriculums in Basel? Ein Großteil der Lehre und vor allem der Lehrorganisation wird durch die Psychosomatik getragen, die in Basel als Teildisziplin der Inneren Medizin verankert ist. Hinzu kommen engagierte Ärztinnen und Ärzte verschiedenster Fächer, niedergelassene Haus- und Fachärzte und Psychotherapeuten. Inwieweit diese Organisationsstruktur jedoch ausreicht, um auch in Zukunft für eine nachhaltig hohe Qualität des SOKO-Curriculums Sorge zu tragen, bleibt abzuwarten. Noch hängt die Qualität der Lehre sehr stark am Engagement Einzelner, die häufig in ihrer Freizeit Prüfungen korrigieren, Balintgruppen durchführen oder Dozenten schulen. Die Herausforderung der Zukunft wird es sein, hier nachhaltige Strukturen in der gesamten Fakultät und im gesamten Unispital zu schaffen und zu verankern, so dass eine Ausbildung von Medizinstudierenden in kommunikativen und sozialen Kompetenzen nicht nur von einer kleinen Gruppe Hochmotivierter, sondern von der Mehrheit der klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte getragen wird.

## Danksagung

Ein herzlicher Dank gilt Dr. med. Daniel Bauer vom Lehrstuhl für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin am Klinikum der Universität München für die kritische Durchsicht des Manuskripts und Claudia Steiner, MA, Psychosomatik, Universitätsspital Basel, für ihre Hilfe bei der Erstellung der englischen Version des Artikels.

## Anmerkung

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

## Interessenkonflikt

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

## Literatur

1. Michaud PA. Reforms of the pre-graduate curriculum for medical students: the Bologna process and beyond. *Swiss Med Wkly*. 2012;142:w13738.

2. Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten (CRUS). Hochschulmedizin 2008. Konzept zur Reform der medizinischen Lehre und Forschung an den Universitäten der Schweiz. Bern: CRUS; 2004. Zugänglich unter/available from: <http://www.crus.ch/dms.php?id=826>
3. Kaiser HJ, Kiessling C. Two-cycle curriculum - bachelor-master structure according to the Bologna agreement: the Swiss experience in Basle. *GMS Z Med Ausbild*. 2010;27(2):Doc31. DOI: 10.3205/zma000668
4. Kündig P. Bologna in Medicine: the situation in Switzerland. *GMS Z Med Ausbild*. 2010;27(2):Doc18. DOI: 10.3205/zma000655
5. Burgi H, Rindlisbacher B, Bader C, Bloch R, Bosman F, Gasser C, Gerke W, Humair JP, Im Hof V, Kaiser H, Lefebvre D, Schläppi P, Sottas B, Spinaz GA, Stuck AE. *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. Under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools 2nd Edition*. Bern: Universität Bern; 2008. Zugänglich unter/available from: <http://scllo.smifk.ch>
6. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Eidgenössische Prüfung Humanmedizin. Informationen an die Fakultäten und die Studierenden. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2012. <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/07918/07919/index.html>
7. Association of American Medical Colleges (AAMC). Report III. Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine. Medical School Objectives Project. Washington: Association of American Medical Colleges; 1999.
8. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Educ Couns*. 1999;137(2):191–195. DOI: 10.1016/S0738-3991(99)00023-3
9. Silverman J. Teaching clinical communication: A mainstream activity or just a minority sport? *Patient Educ Couns*. 2009;76(3):361–367. DOI: 10.1016/j.pec.2009.06.011
10. Bachmann C, Hölzer H, Dieterich A, Fabry G, Langewitz W, Lauber H, Ortwein H, Pruskil S, Schubert S, Sennekamp M, Simmenroth-Nayda A, Silbernagel W, Scheffer S, Kiessling C. Longitudinales, bologna-kompatibles Modell-Curriculum "Kommunikative und soziale Kompetenzen": Ergebnisse eines interdisziplinären Workshops deutschsprachiger medizinischer Fakultäten. *GMS Z Med Ausbild*. 2009;26(4):Doc38. DOI: 10.3205/zma000631
11. Van Dalen J, Kerkhof E, Van Knippenberg BW, Van den Houts HA, Scherpbier AJ, Van Vleuten CP. Longitudinal and Concentrated Communication Skills Programmes: Two Dutch Medical Schools Compared. *Adv Health Sci Educ*. 2002;7(1):29–40. DOI: 10.1023/A:1014576900127
12. Langewitz WA. Patientenzentrierte Kommunikation. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Hrsg). *Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*. München: Urban & Fischer; 2011. S.338–347.
13. Langewitz WA. Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsbl*. 2012;55:1176–1182. DOI: 10.1007/s00103-012-1533-0
14. Kumagai AK. A Conceptual Framework for the Use of Illness Narratives in Medical Education. *Acad Med*. 2008;83(7):653–658. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181782e17
15. Klahr D, Dunbar K. Dual Space Search during scientific Reasoning. *Cogn Sci*. 1988;12:1-48. DOI: 10.1207/s15516709cog1201\_1
16. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Arch Internal Med*. 2005;165(13):1493–1499. DOI: 10.1001/archinte.165.13.1493

17. Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, Gregory J, Mash B. Motivational interviewing. *BMJ*. 2010;340:c1900.
18. Miller WR, Moyers TB, Ernst D, Amrhein P. Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC). Version 2.1. Albuquerque: The University of New Mexico: Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions; 2008. Zugänglich unter/available from: <http://casaa.unm.edu/download/misc.pdf>
19. Smith RC. Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method. 2nd Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams; 2002.
20. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, Gooley TA, Tulsy JA. Efficacy of Communication Skills Training for Giving Bad News and Discussing Transitions to Palliative Care. *Arch Intern Med*. 2007;167(5):453-460. DOI: 10.1001/archinte.167.5.453
21. Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med*. 2004;140(1):54-59. DOI: 10.7326/0003-4819-140-1-200401060-00012
22. Kriston L, Scholl I, Hölzer L, Simon D, Loh A, Härter M. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Educ Couns*. 2010;80(1):94-99. DOI: 10.1016/j.pec.2009.09.034
23. Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, Turcotte S. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;12(5):CD006732.
24. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness Cognition: Using Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition Interactions. *Cogn Ther Res*. 1992;16(2):143-163. DOI: 10.1007/BF01173486
25. Kiss A, Steiner C. Is student satisfaction with the feedback to their reflective writing assignments greater when the tutors are instructed? A controlled randomized study. Basel: Universität Basel; 2010. Zugänglich unter/available from: [http://illness-narratives.unibas.ch/?The\\_Individual\\_Project\\_Parts:Medicine](http://illness-narratives.unibas.ch/?The_Individual_Project_Parts:Medicine)
26. The European Parliament and of the Council of the European Union. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of the 7.September 2005 on the recognition of professional qualifications. Brüssel: The European Parliament; 2005.
27. Medizinische Fakultät der Universität Basel. Konzept der Lehr-Evaluation an der Medizinischen Fakultät zu Basel. Basel: Universität Basel; 2009. Zugänglich unter/available from: <http://medizinstudium.unibas.ch/allgemeine-infos/evaluation-der-lehre.html>
28. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J*. 1995;152(9):1423-1433.
29. Smith S, Mitchell C, Bowler S. Standard versus patient-centred asthma education in the emergency department: a randomised study. *Eur Respir J*. 2008;31(5):990-997. DOI: 10.1183/09031936.00053107
30. Langewitz WA, Edlhaime HP, Höfner C, Koschier A, Nübling M, Leitner A. Evaluation eines zweijährigen Curriculums in Psychosozialer und Psychosomatischer Medizin – Umgang mit Emotionen und patientenzentrierter Gesprächsführung. *Psychother Psych Med*. 2010;60(11):451-456. DOI: 10.1055/s-0030-1251980
31. Childers JW, Bost JE, Kraemer KL, Cluss PA, Spagnoletti CL, Gonzaga AM, Arnold RM. Giving residents tools to talk about behavior change: A motivational interviewing curriculum description and evaluation. *Patient Educ Couns*. 2012;89(2):281-287. DOI: 10.1016/j.pec.2012.08.001
32. Quilligan S, Silverman J. The skill of summary in clinician-patient communication: A case study. *Patient Educ Couns*. 2012;86(3):354-359. DOI: 10.1016/j.pec.2011.07.009
33. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 2001;76(4):390-393. DOI: 10.1097/00001888-200104000-00021
34. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlhause I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Basler Consensus Statement "Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium": Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. *GMS Z Med Ausbild*. 2008;25(2):Doc83. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000566.shtml>
35. von Fragstein M, Silverman S, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C; UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*. 2008;42(11):1100-1107. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2008.03137.x
36. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, Loureiro E, Ratajska A, Silverman J, Winterburns S, Rosenbaum M. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns*. 2012. DOI: 10.1016/j.pec.2012.10.016 [Epub ahead of print]

#### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Claudia Kiessling, MPH  
 Klinikum der LMU München, Lehrstuhl für Didaktik und  
 Ausbildungsforschung in der Medizin, Ziemssenstraße 1,  
 80336 München, Deutschland, Tel.: +49  
 (0)89/5160-7203, Fax: +49 (0)89/5160-7202  
[claudia.kiessling@med.uni-muenchen.de](mailto:claudia.kiessling@med.uni-muenchen.de)

#### Bitte zitieren als

Kiessling C, Langewitz W. Das Longitudinale Curriculum "Soziale und kommunikative Kompetenzen" im Bologna-reformierten Medizinstudium in Basel. *GMS Z Med Ausbild*. 2013;30(3):Doc31. DOI: 10.3205/zma000874, URN: urn:nbn:de:0183-zma000874

#### Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2013-30/zma000874.shtml>

**Eingereicht:** 14.02.2013

**Überarbeitet:** 29.04.2013

**Angenommen:** 02.05.2013

**Veröffentlicht:** 15.08.2013

#### Copyright

©2013 Kiessling et al. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de>). Er darf vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden, vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.

# The longitudinal curriculum "social and communicative competencies" within Bologna-reformed undergraduate medical education in Basel

## Abstract

**Background:** Within the Bologna reform, a longitudinal curriculum of "social and communicative competencies" (SOKO) was implemented into the new Bachelor-Master structure of undergraduate medical education in Basel (Switzerland).

**Project description:** The aim of the SOKO curriculum is to enable students to use techniques of patient-centred communication to elicit and provide information to patients in order to involve them as informed partners in decision making processes. The SOKO curriculum consists of 57 lessons for the individual student from the first bachelor year to the first master year. Teaching encompasses lectures and small group learning. Didactic methods include role play, video feedback, and consultations with simulated and real patients. Summative assessment takes place in objective structured clinical examinations (OSCE).

**Conclusion:** In Basel, a longitudinal SOKO curriculum based on students' cumulative learning was successfully implemented. Goals and contents were coordinated with the remaining curriculum and are regularly assessed in OSCEs. At present, most of the workload rests on the shoulders of the department of psychosomatic medicine at the university hospital. For the curriculum to be successful in the long-term, sustainable structures need to be instituted at the medical faculty and the university hospital to guarantee high quality teaching and assessment.

**Keywords:** Communication skills, longitudinal curriculum, undergraduate medical education, Bologna process

Claudia Kiessling<sup>1</sup>

Wolf Langewitz<sup>2</sup>

1 Klinikum der LMU München, Lehrstuhl für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin, München, Deutschland

2 Universitätsspital Basel, Innere Medizin, Psychosomatik, Basel, Schweiz

## Background

### Bologna process in Switzerland

Switzerland was one of the first countries to consequently implement the regulations of the Bologna process for all degree programmes of higher education including medical education [1], [2]. The process led to a conversion from the traditional six-year single-cycle curriculum to a two-cycle structure with a three-year Bachelor and a three-year Master programme. The medical faculties seized this opportunity to evaluate the existing curriculum and implement innovative teaching and assessment formats into the new programme. Relatively new disciplines and medical competencies like communication skills, humanities, palliative medicine, medical ethics, and family medicine were reconsidered and integrated into the curriculum structure. Parts of this implementation process had already started before the Bologna reform. It was therefore possible to rely on previously established concepts and experience [1], [3], [4].

Published in 2002, before the implementation of the Bologna process, the Swiss Catalogue of Learning Objectives (SCLLO) provided a definition of the educational objectives for undergraduate medical education that was accepted by all medical faculties in Switzerland. The SCLLO defined the competencies of a graduate after completing 6 years of medical education, and since implementation of the Bologna process, awards graduates with the degree "Master of Medicine". A revised version of the SCLLO was published 2008 [5]. It is now the basis for the Swiss federal licensing examination comprising a written and a clinical examination [6].

### Bologna-compatible medical education in Basel

The Bachelor and Master programme in Basel consists of both a core curriculum and special study modules. In the Bachelor programme, the core curriculum includes organ-based modules and a longitudinal curriculum called "basic competencies" (BC) which covers four areas:

1. practical skills, diagnostic and therapeutic procedures,
2. social and communicative competencies (SOKO),
3. scientific competencies, and
4. Humanities and medical ethics.

The structure of the Master programme is comparable to the Bachelor programme but the longitudinal curriculum is now called "advanced competencies" (AC). In addition to the organ-based modules, students have to complete ten months of clinical rotations, and a master thesis. An overview of the organ-based modules is given in figure 1.

The learning outcomes of the organ-based modules are assessed with end-of-semester examinations using a multiple choices format. The learning outcomes of the longitudinal curriculum (BC and AC) are assessed at the end of each year with an objective structured clinical examination (OSCE). For logistical reasons, in some years the OSCE is split in partial examinations after each semester. The results of the partial examinations are then summed up to a yearly result. Results from single OSCE stations can be compensated with results from other stations, i.e. the OSCE as a whole must be passed, not single stations. Both the multiple choice examination and the OSCE must be passed to acquire the required credit points and to proceed to the next year of studies. Compensation between the written examination and the OSCE is not possible.

In addition to the core curriculum, students have to take special study modules where they can focus on individual interests. During the Bachelor programme, they can choose different topics from a set of options. During the Master programme, students are attached to family medicine, pharmacotherapy, and public health. Participation is obligatory. Assessment is integrated into the modules.

## Communicative and social competencies in medical education

Consensus statements and recent publications call for integrating communication skills training into the clinical context [7], [8], [9], [10]. Van Dalen and colleagues demonstrated in a comparative study, that an integrated longitudinal curriculum resulted in more effective learning of communication skills than a concentrated course in the preclinical years [11]. Against this background, a longitudinal communication (SOKO) curriculum from the first Bachelor year to the first Master year was established in Basel. The aim is to prepare students for patient contact and accompany them during the course of their studies. The primary objective of the SOKO curriculum is to shape communication in such a way that patients are given an audible voice. Thereby, a student can experience each patient as an individual with a unique history and every patient can leave a distinct and lasting impression on the student. Appropriate communication skills are used to open the space for the patient in terms of patient-centred communication. With this approach, each patient contact has the potential of being a valuable learning opportunity in which students can experience how the patient's personal history is connected to his or her health, illness, and coping with suffering.

## Description of the SOKO curriculum

### Underlying models and concepts of effective communication

The aim of the Basel SOKO curriculum is to train students to gather correct and complete data (e.g. history taking) and to share information with patients in order to enable them to act as well-informed partners in the decision making processes [12], [13]. A limited number of communication techniques are trained that are then applied in different combinations to cope with different complex tasks such as breaking bad news or shared decision making. In principle, the techniques can be divided into two categories: "opening space" and "limiting space". The task is, therefore, not necessarily to give patients room for an infinite narrative [14] but to provide students with techniques to manage encounters with different focal points.

A typical field of application of opening and limiting space is classical history taking. Primarily, it is about gathering information from the patient [13]. To accomplish this, there are two sets of communication techniques, those that can be used to test hypotheses and those that can be used to generate hypotheses. Testing a hypothesis in the process of history taking makes sense when the doctor already has distinct assumptions about the patient's problem and these can be verified or falsified [15]. A typical example would be a 65-year old patient in the emergency room with acute left-sided thoracic pain and dyspnoea. Due to the constellation of symptoms and the patient's age, it is highly likely that the suspected diagnosis "angina pectoris" can be verified or falsified with few additional data. It would be adequate to ask very directed and specific closed questions ("Did the pain appear during physical effort?", "Have you experienced these symptoms before?", "Do you smoke?" etc.). Such questions are frequently used by clinical experts in university hospitals with a highly selected patient mix and therefore observed frequently by students. Experts construct illness scripts and compare patients' symptoms with their illness scripts. With growing expertise, testing hypotheses and subsequent data gathering become more and more precise and direct [16].

Communication techniques to generate hypotheses make sense when a constellation of symptoms do not lead to a specific diagnosis. An example would be a patient who visits the general practitioner due to increasing fatigue over the past weeks. In this situation, the doctor would invite the patient to tell his story. The doctor would use communication techniques that are abbreviated in the acronym WEMS ("Waiting, Echoing, Mirroring, Summarising") to open the narrative space for the patient. Comparable techniques are called "reflecting back" and are used in the field of motivational interviewing when it is important to learn more about the patient's individual reasons in order to enable or change a specific behaviour [17], [18].



Communication techniques that limit space also help students to structure an encounter, e.g. in relation to time, topic, and language flow. Students learn to verbalise their own function and task, to ask the patient for specific expectations and to match these expectations with their own tasks and the given time schedule for the encounter. Students are encouraged to redirect patients to the topics that were negotiated at the beginning of the interview ("I notice that you do have urging questions about the financial aspects of your new wheel chair. We cannot talk about that at this moment but I would like to come back to this issue tomorrow when we see each other during the ward round.").

Sharing complex information requires very explicit structuring during the interview. For this task the so-called "book metaphor" can be applied effectively. The book metaphor transfers the structure of a book to the interview: title, table of contents, title of chapters, and text. Meta-communication techniques are used to help patients to re-orientate themselves during the encounter: providing overviews ("at the moment, we are talking about ..."), signposting ("now, we will come to the next issue..."), summarising ("I would like to summarise what we have talked about already..."). Pieces of information are presented in small coherent portions ("chunking") after which a pause follows to check the understanding of the patient. Only if the patient verbally or non-verbally signals that he or she is able to follow and continue does the student provide the next portion of information.

If the student is able to open and limit space, another educational objective, namely dealing with emotions, will be trained. Students are often, but often unspectacularly, confronted with patients' emotions, concerns, and fears, and students have to react to these. In Basel, students are trained in specific skills to handle emotions and concerns that are abbreviated in the acronym NURSE, which means naming emotion, understanding emotion, respecting = showing respect for the patient, supporting, exploring emotion [19], [20].

Another important task of clinical work is making decisions together with the patient about diagnostic and therapeutic procedures and treatment plans, especially if there are several equally effective options. Depending on the patient's preference, decisions can be made either by the doctor, or by the patient, or in a shared manner [21], [22], [23]. The first step in communication with the patient would be for the doctor to identify the patient's preference and to provide the relevant complex information in a manner which helps the patient take part in the decision making process. The information needs to be adapted to the patient's health and disease concept which cannot be identified by directed questions but by listening to patient's narrative [24]. The above mentioned communication techniques are also used for breaking bad news. This task can be defined as a combination of providing or sharing complex information and dealing with emotions [20].

## Design of the SOKO curriculum

The longitudinal SOKO curriculum combines lectures, seminars, and small group learning from the first Bachelor to the first Master year (see table 1). The course contents refer to requirements and course contents of other parts of the medical curriculum.

### Bachelor year 1

In the first year of studies, students are introduced into the basics of clinical communication and into the biopsychosocial model as a complement to the biomedical model. Students meet clinical role models and use communication skills to interview the clinicians about their attitude towards their profession. The clinicians share their knowledge and experience either by answering the students' direct questions or in the form of narratives. Students also attend exercises about dealing with stress and how to provide and receive feedback. The latter is intended to support students' teamwork in their problem-based tutorials. It trains students to observe the behaviour of others and helps them to distinguish between describing and interpreting observable phenomena ("I noticed that your feet were tapping during the whole interview" versus "you look nervous"). The exercises are conducted by peer tutors who accompany and support the students for the entire first year during the special study modules. The peer tutors therefore slip into the role of mentors for the first-year students.

### Bachelor year 2

The second year of studies is dedicated to the training of the above mentioned communication techniques. In small groups of four, students meet four simulated patients (SP), one after another. Each student has to interview a SP and functions as an observer for the other three student-SP encounters. After the interviews, students identify communication techniques as well as communication challenges and provide feedback for each other. The interviews are videotaped and given to a peer tutor after the first session. The peer tutor watches the videos and identifies so-called teachable moments, which are sequences that are interesting from the point of view of communication. These teachable moments are discussed with the students in a second session together with the peer tutor. In a third session, four groups of four students (i.e. 16 students) meet an expert who is a clinician and a communication expert. The students and the expert discuss unclear or complex or particularly interesting teachable moments. Students again receive individual feedback and have the opportunity to try out alternative behaviour in role play.

### Bachelor year 3

In the third year of studies, students attend a communication skills course for medical interviewing skills as well

Table 1: Longitudinal SOKO curriculum „social and communicative competencies“

SJ	format amount of time	Content didactics	Relation teacher to students	Attendance assessment
1	Lecture (4 hours)	Basics of clinical communication, to identify and deal with stress, basics of the biopsychosocial scientific model	Psychosomatics 1:all	No compulsory attendance
	Small group (6 hours)	„to put oneself in someone else’s situation“ basics of communication clinical feedback <i>role plays, discussions</i>	Student tutors 1:10	
	Lecture integrated in modules (3 hours)	„body – subject – environment“ Illness and disease concepts and coping strategies	Psychosomatics Psychiatry	No compulsory attendance  written examination
2	Lecture (6 hours)	Basics and techniques of doctor-patient communication (WWSZ, NURSE, structuring, Book metaphor)	Psychosomatics 1:all	No compulsory attendance
	course (5 hours)	Basics and techniques of doctor-patient communication <i>Videotaped interviews with SP</i> <i>Video analysis with student tutors &amp; experts</i>	Student tutors 1:4 Psychosomatics 1:16	OSVE Station
3	Lecture (1 hours)	Introduction into the clinical communication skills course	Psychosomatics 1:all	compulsory attendance at the course  Communication integrated into OSCE stations
	course (14 hours)	Patient-centred interviewing Change from doctor-centred to patient-centred interviewing, integrating communication techniques with history taking <i>role plays, interviews with real patients</i>	Psychosomatics Mixed group of clinical teachers 1:8	
	Lecture integrated in modules (3 + 7 hours)	„healthy - sick - tumor“: Coping & defense mechanisms; diagnosis and therapy of mental disorders related to cancer, shared decision making „POEM“: applying evidence using the example of clinical decision making; concepts of psychosomatic medicine, quality of life, risk communication, patient empowerment, autonomy	Psychosomatics 1 or 2:all	No compulsory attendance  written examination
	Seminar integrated in modules (4 hours)	„POEM“: Patient agenda/concepts, doctor agenda/ concepts, decision making, risk communication	Psychosomatics 1:12	No compulsory attendance  OSCE Station
4	Lecture (1 hour)	Breaking bad news (sharing information, dealing with emotions)	Psychosomatics 1:all	No compulsory attendance
	Course (3 hours)	Breaking bad news (sharing information, dealing with emotions) <i>role play, discussions</i>	Psychosomatics Oncology/ Haematology 2:16	Communication integrated into OSCE stations

as lectures and seminars dealing with sharing information, risk communication, and decision making. After a theoretical introduction, students train their interviewing skills in the communication skills course first with role play and later with real patients. The above mentioned techniques (WEMS, NURSE, book metaphor) are trained as are the integration of communication skills and history taking. Each group of students is supervised by a clinical teacher from different disciplines, at present from family medicine, gynaecology, paediatrics, psychotherapy, psychosomatics, and internal medicine. The teachers work either at the university hospital or in their own practice. All of them have attended a train-the-trainer course.

Lectures and seminars related to communication are embedded in the organ-based modules “healthy – sick – tumor” and “patient-oriented and evidence-based medicine”. A theoretical introduction is given on coping and defensive mechanisms of patients with cancer, shared decision making, risk communication, patient empowerment, and patient autonomy. In seminars, students discuss discrepancies between the patient and the doctor agenda and practice means to come to shared approaches, and to discuss risks and benefits of treatment options with patients as well as modes of shared decision making. Students can apply their communication skills during the bedside teaching in internal medicine course.

and surgery that also takes place in the third Bachelor year.

### Master year 1

Communication skills lectures and seminars in the first master year are dedicated to breaking bad news. In groups of twelve, students meet a haematologist or oncologist and a psychosomatic expert to discuss and train breaking bad news. Active training is conducted in role play. During the first Master year, students have several opportunities to train and consolidate their communication skills. Again, students attend bedside teaching in internal medicine and surgery. They also participate in one-to-one tutorials at a family medicine practice on a weekly basis for 20 afternoons over the course of the academic year. During the one-to-one tutorial the students have regular and continuous patient contact and receive valuable feedback from the general practitioner on their manner of interacting with patients [25].

In the context of their longitudinal humanities curriculum, students are asked to reflect on patient interactions. They are required to write a reflective writing essay on a patient encounter within the context of the one-to-one tutorial, e.g. "A patient encounter where you had the impression that you could not build up a relationship properly" [25].

### Assessment of communication skills

Communication skills are assessed at the summative end-of-year OSCEs together with other clinical skills. Depending on the year of study, an OSCE consists of six to twelve stations including stations using a computer (Objective structured video examination, OSVE). During the first study years, communications skills are assessed with OSVE stations. Stimuli are short videos. Students have to respond to specific lead-in questions in a constructed response format. For example, students have to write down in direct speech how they would give feedback to a student just seen in the video or they have to identify and analyse communication techniques in different doctor-patient encounters.

From the third Bachelor year on, students' communication skills are assessed in OSCE stations where they are confronted with a standardised patient. Checklists include content-related items (e.g. specific aspects of history taking) and process-related items measuring communication skills. Content-related items vary from station to station. Process-related items are kept stable for all of the different stations that are used from the third Bachelor year to the second Master year. This means, that all assessors across all clinical disciplines also have to assess communication skills and accordingly are trained in communication skills before each OSCE. The positive side effect of this approach is that clinicians who are not involved in communication skills trainings are forced to deal with the communication techniques that are trained in the Basel SOKO curriculum.

Since 2011, communication skills are also assessed at the clinical skills assessment of the Swiss federal licensing examination. Like in Basel, an integrated assessment approach is used. In all stations, case-specific content-related aspects and process-related items measuring communication skills are assessed concurrently [6].

### Teaching effort and teaching hours per student

Teaching effort for all teachers of the SOKO curriculum consists of approximately 400 hours. Student numbers are about 180 students in the first and second year of studies and about 140 students in the third year of the Bachelor programme and the first year of the Master programme. Approximately 300 hours are additionally required for student tutors. In addition to the teaching hours, the designing, conducting and scoring of assessments, in particular for the OSCE/OSVE stations necessitate an additional 150 hours. Organisation of teaching and assessment entails another 100 hours. All in all, the effort for running the SOKO curriculum can be estimated to require 950 hours per year. The financial budget includes the fees for student tutors and simulated patients, producing videos and other material that is needed for teaching and assessment. Video cameras are provided by the learning centre of the medical faculty in Basel. From the student perspective, the SOKO curriculum consists of 57 teaching hours including lectures and seminars that are integrated in organ-based modules and deal with communication and related issues. All in all, students attend 22 hours of lectures and 35 hours of seminars and small groups. Assuming that an undergraduate medical programme in Europe includes 5.500 hours [26] which holds true for Basel, then the SOKO curriculum represents approximately one percent of the whole medical programme.

## Evaluation

The modules and courses of the medical curriculum in Basel are evaluated on a cyclic basis [27]. The SOKO curriculum has not been evaluated in the last years or since implementation of the Bologna-process. However, individual communication skills courses in the second and third Bachelor year have been evaluated by the course organisers themselves.

### Evaluation of the communication skills course in Bachelor year 2

The communication skills course was evaluated by the students in May/June 2010. Of the 151 students that were enrolled into the course, 102 filled out a questionnaire, which represents a 68% response rate. Among the students who returned a questionnaire, 87% were satisfied with the communication skills course. Video recording and small group discussion were considered helpful to improve their own communication skills by 90% of the



students. The session with the expert supervisor was also evaluated very positively. More than 90% of the students deemed that they could identify communication skills more effectively after the course. 87% of the students confirmed that the discussion with the expert supervisor helped them to improve their own communication skills. Identifying communication skills more effectively was considered the most positive aspect with the expert supervisor.

### Evaluation of the communication skills course in Bachelor year 3

In the winter term 2009/2010, the communication skills course in the third year of studies was evaluated with a pre-post-design. Students were asked to judge how secure they were in managing specific medical encounters. Items of the questionnaire were related to communication techniques which were trained during the course (structuring an interview, dealing with emotions, gathering and sharing information). It was possible to match pre-post data for 75 students, which represents approximately 55% of the student class. The level of significance was adjusted according to Bonferroni to minimise the alpha error ( $p=.007$ ). Students felt more confident in all seven aspects after the course (see table 2). Due to data protection, it was not possible to correlate the data with OSCE results. Students were also able to comment on the course. They were asked to name personal goals for the communication skills course. Most frequent goals were to conduct an interview with a patient (e.g. history taking) applying specific communication skills, to become more confident in dealing with patients and in particular with patients' emotions. These goals are thus consistent with the educational objectives of the communication skills course.

## Discussion

Over the last few years, different educational activities related to communicative and social competencies were integrated into four consecutive years of the medical programme in Basel. Thereby, a longitudinal curriculum was implemented that allows cumulative learning. Course contents build on each other, are related to other competencies and contents of the medical programme, and are assessed continuously with OSCEs [9]. Special emphasis was placed on a limited number of specific communication techniques which are trained in simulated and real situations time and time again with a growing level of difficulty. The selection of the communication techniques is based on two criteria. Within the overall objective of patient-centred communication, the techniques aim to give the patient room and a voice in the conversation. In addition, they aim at helping students gather complete and correct data and share information with the patients. This enables patients to become well-informed partners in the decision-making process. The second criterion is

related to the scientific foundation and validation of communication techniques with empirical studies. For some of the communication techniques, effectiveness has been shown [19], [28], [29], [30], [31], [32]. For other techniques, no evidence has been provided yet. It is the explicit aim for the next years to conduct research studies to evaluate the effectiveness of these communication techniques.

To decide which contents and conversational challenges a longitudinal curriculum should address, it is important to consider what kind of competencies and encounters students can train during their undergraduate medical studies. Some communication challenges may occur for the first time during postgraduate training. Others may only be important for some clinical disciplines so that students might focus on them during their special study modules. A number of consensus statements and catalogues of learning objectives give details and recommendations to answer this question [10], [33], [34], [35], [36]. If we compare the objectives and contents of the Basel SOKO curriculum with the SCLO and the Basel Consensus statement [34] - a position paper of the German Association for Medical Education - it becomes obvious, that some of the recommended objectives are not or rarely trained within the SOKO curriculum: social accountability, communication of errors, team work, leadership, self-management and self-organization, integration into professional contexts (socialization), written communication, and one's own role and identity. Balint groups are a very suitable method to reflect on one's identity as a medical doctor. Balint groups have been offered to students in the third Bachelor year and in the first and second Master year on a voluntary basis. However, students showed little interest and scarcely used the voluntary offer.

The selection of course content and the amount of hours a longitudinal communication skills curriculum should include are related. In Basel, approximately one per cent of the total amount of teaching hours during the undergraduate programme seems to be quite low. However, at the moment, there are no recommendations or data on how many teaching hours a communication skills curriculum should include. Dedicating time to a specific element of medical education will also always be a political question that has to be negotiated in teaching committees or similar bodies. New competencies, contents or disciplines will always struggle to receive time in an existing educational programme. Even if they are integrated additively with extra hours, logistical issues (e.g. organising rooms, time scheduling) may well limit the design and delivery of a course. The amount of teaching time for a course therefore results from a combination of content-related considerations and the impact of the negotiation skills of the course leader and his or her fellow campaigners.

**Table 2: Evaluation of the communication skills course in the Bachelor year 3: pre-post testing about self-perceived secureness in dealing with specific encounters**

	t1 M (SD)	t2 M (SD)	t-Test
The patient has a lot of problems that he reports in a disordered manner: I feel confident structuring the content of the encounter.	3.2 (0.73)	2.5 (0.74)	p ≤ .001
The patient talks a lot, and time is running: I feel secure openly addressing the time limit.	2.8 (1.05)	2.3 (1.15)	p ≤ .001
The patient reacts angrily to a question: I feel confident naming the patient's anger.	3.0 (0.84)	2.3 (0.90)	p ≤ .001
The patient starts crying during history taking: I feel confident dealing with the patient's emotions.	3.3 (0.96)	2.6 (0.79)	p ≤ .001
The patient must be informed about a complex treatment or intervention: I feel confident to sharing complex information with a patient..	2.8 (0.89)	2.2 (1.01)	p ≤ .001
The patient reports about the reasons why he was admitted to the hospital: I feel confident gathering the relevant information from the patient.	2.6 (0.86)	2.0 (0.92)	p ≤ .001
The patient reports a long and complicated medical history: I feel confident that I was able to understand what the patient was telling me.	2.8 (0.81)	2.3 (1.12)	p = .003
t1 = pre-test; t2 = post-test; M = arithmetic mean; SD = standard deviation Scale: 1 = totally secure; 5 = totally insecure			

## Considerations for the future

Who are the significantly involved supporters and fellow campaigners of the SOKO curriculum in Basel? The major effort of teaching, assessing, and organising the educational activities is borne by the psychosomatic staff which is part of the department of internal medicine. Other engaged clinicians come from very different clinical disciplines including general practitioners and specialised physicians in their own practice, as well as psychotherapists. It remains to be seen, whether this organisational structure is sufficient to sustainably maintain the high quality of the SOKO curriculum. At the moment, quality is very much dependent on the commitment of individuals, who score OSVE stations, offer Balint groups, and train teachers in their spare time. The future challenge will be to establish and anchor sustainable structures in the faculty and in the university hospital to provide a longitudinal communication skills curriculum not only by a small group of enthusiasts but by the majority of clinical teachers.

## Acknowledgement

We would like to thank Dr. Daniel Bauer, researcher at the chair of Medical education at the university hospital in Munich for critically reviewing the manuscript and

Claudia Steiner, MA, Psychosomatic Medicine Basel, for her great help in translating the manuscript into English.

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## References

1. Michaud PA. Reforms of the pre-graduate curriculum for medical students: the Bologna process and beyond. *Swiss Med Wkly.* 2012;142:w13738.
2. Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten (CRUS). Hochschulmedizin 2008. Konzept zur Reform der medizinischen Lehre und Forschung an den Universitäten der Schweiz. Bern: CRUS; 2004. Zugänglich unter/available from: <http://www.crus.ch/dms.php?id=826>
3. Kaiser HJ, Kiessling C. Two-cycle curriculum - bachelor-master structure according to the Bologna agreement: the Swiss experience in Basle. *GMS Z Med Ausbild.* 2010;27(2):Doc31. DOI: 10.3205/zma000668
4. Kündig P. Bologna in Medicine: the situation in Switzerland. *GMS Z Med Ausbild.* 2010;27(2):Doc18. DOI: 10.3205/zma000655

5. Burgi H, Rindlisbacher B, Bader C, Bloch R, Bosman F, Gasser C, Gerke W, Humair JP, Im Hof V, Kaiser H, Lefebvre D, Schläppi P, Sottas B, Spinaz AE. Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. Under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools 2nd Edition. Bern: Universität Bern; 2008. Zugänglich unter/available from: <http://scolo.smifk.ch>
6. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Eidgenössische Prüfung Humanmedizin. Informationen an die Fakultäten und die Studierenden. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2012. <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/07918/07919/index.html>
7. Association of American Medical Colleges (AAMC). Report III. Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine. Medical School Objectives Project. Washington: Association of American Medical Colleges; 1999.
8. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Educ Couns*. 1999;137(2):191–195. DOI: 10.1016/S0738-3991(99)00023-3
9. Silverman J. Teaching clinical communication: A mainstream activity or just a minority sport? *Patient Educ Couns*. 2009;76(3):361–367. DOI: 10.1016/j.pec.2009.06.011
10. Bachmann C, Hölzer H, Dieterich A, Fabry G, Langewitz W, Lauber H, Ortwein H, Pruskil S, Schubert S, Sennekamp M, Simmenroth-Nayda A, Silbernagel W, Scheffer S, Kiessling C. Longitudinales, bologna-kompatibles Modell-Curriculum "Kommunikative und soziale Kompetenzen": Ergebnisse eines interdisziplinären Workshops deutschsprachiger medizinischer Fakultäten. *GMS Z Med Ausbild*. 2009;26(4);Doc38. DOI: 10.3205/zma000631
11. Van Dalen J, Kerkhof E, Van Knippenberg BW, Van den Houts HA, Scherpbier AJ, Van Vleuten CP. Longitudinal and Concentrated Communication Skills Programmes: Two Dutch Medical Schools Compared. *Adv Health Sci Educ*. 2002;7(1):29–40. DOI: 10.1023/A:1014576900127
12. Langewitz WA. Patientenzentrierte Kommunikation. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Hrsg). *Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*. München: Urban & Fischer; 2011. S.338–347.
13. Langewitz WA. Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsbl*. 2012;55:1176–1182. DOI: 10.1007/s00103-012-1533-0
14. Kumagai AK. A Conceptual Framework for the Use of Illness Narratives in Medical Education. *Acad Med*. 2008;83(7):653–658. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181782e17
15. Klahr D, Dunbar K. Dual Space Search during scientific Reasoning. *Cogn Scie*. 1988;12:1-48. DOI: 10.1207/s15516709cog1201\_1
16. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Arch Intern Med*. 2005;165(13):1493–1499. DOI: 10.1001/archinte.165.13.1493
17. Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, Gregory J, Mash B. Motivational interviewing. *BMJ*. 2010;340:c1900.
18. Miller WR, Moyers TB, Ernst D, Amrhein P. Manual for the Motivational Interviewing Skill Code (MISC). Version 2.1. Albuquerque: The University of New Mexico: Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions; 2008. Zugänglich unter/available from: <http://casaa.unm.edu/download/misc.pdf>
19. Smith RC. *Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method*. 2nd Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams; 2002.
20. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, Gooley TA, Tulsy JA. Efficacy of Communication Skills Training for Giving Bad News and Discussing Transitions to Palliative Care. *Arch Intern Med*. 2007;167(5):453-460. DOI: 10.1001/archinte.167.5.453
21. Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med*. 2004;140(1):54-59. DOI: 10.7326/0003-4819-140-1-200401060-00012
22. Kriston L, Scholl I, Hölzel L, Simon D, Loh A, Härter M. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Educ Couns*. 2010;80(1):94–99. DOI: 10.1016/j.pec.2009.09.034
23. Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, Turcotte S. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;12(5):CD006732.
24. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness Cognition: Using Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition Interactions. *Cogn Ther Res*. 1992;16(2):143-163. DOI: 10.1007/BF01173486
25. Kiss A, Steiner C. Is student satisfaction with the feedback to their reflective writing assignments greater when the tutors are instructed? A controlled randomized study. Basel: Universität Basel; 2010. Zugänglich unter/available from: [http://illness-narratives.unibas.ch/?The\\_Individual\\_Project\\_Parts:Medicine](http://illness-narratives.unibas.ch/?The_Individual_Project_Parts:Medicine)
26. The European Parliament and of the Council of the European Union. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of the 7.September 2005 on the recognition of professional qualifications. Brüssel: The European Parliament; 2005.
27. Medizinische Fakultät der Universität Basel. Konzept der Lehr-Evaluation an der Medizinischen Fakultät zu Basel. Basel: Universität Basel; 2009. Zugänglich unter/available from: <http://medizinstudium.unibas.ch/allgemeine-infos/evaluation-der-lehre.html>
28. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J*. 1995;152(9):1423-1433.
29. Smith S, Mitchell C, Bowler S. Standard versus patient-centred asthma education in the emergency department: a randomised study. *Eur Respir J*. 2008;31(5):990–997. DOI: 10.1183/09031936.00053107
30. Langewitz WA, Edlhaib HP, Höfner C, Koschier A, Nübling M, Leitner A. Evaluation eines zweijährigen Curriculums in Psychosozialer und Psychosomatischer Medizin – Umgang mit Emotionen und patientenzentrierter Gesprächsführung. *Psychother Psych Med*. 2010;60(11):451-456. DOI: 10.1055/s-0030-1251980
31. Childers JW, Bost JE, Kraemer KL, Cluss PA, Spagnoletti CL, Gonzaga AM, Arnold RM. Giving residents tools to talk about behavior change: A motivational interviewing curriculum description and evaluation. *Patient Educ Couns*. 2012;89(2):281-287. DOI: 10.1016/j.pec.2012.08.001
32. Quilligan S, Silverman J. The skill of summary in clinician–patient communication: A case study. *Patient Educ Couns*. 2012;86(3):354–359. DOI: 10.1016/j.pec.2011.07.009
33. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 2001;76(4):390–393. DOI: 10.1097/00001888-200104000-00021

34. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Basler Consensus Statement "Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium": Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. *GMS Z Med Ausbild.* 2008;25(2):Doc83. Zugänglich unter/available from: <http://www.egms.de/static/de/journals/zma/2008-25/zma000566.shtml>
35. von Fragstein M, Silverman S, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wisikin C; UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ.* 2008;42(11):1100-1107. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2008.03137.x
36. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, Loureiro E, Ratajska A, Silverman J, Winterburns S, Rosenbaum M. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns.* 2012. DOI: 10.1016/j.pec.2012.10.016 [Epub ahead of print]

**Corresponding author:**

Dr. med. Claudia Kiessling, MPH  
Klinikum der LMU München, Lehrstuhl für Didaktik und  
Ausbildungsforschung in der Medizin, Ziemssenstraße 1,  
80336 München, Deutschland, Tel.: +49  
(0)89/5160-7203, Fax: +49 (0)89/5160-7202  
[claudia.kiessling@med.uni-muenchen.de](mailto:claudia.kiessling@med.uni-muenchen.de)

**Please cite as**

Kiessling C, Langewitz W. Das Longitudinale Curriculum "Soziale und kommunikative Kompetenzen" im Bologna-reformierten Medizinstudium in Basel. *GMS Z Med Ausbild.* 2013;30(3):Doc31.  
DOI: 10.3205/zma000874, URN: urn:nbn:de:0183-zma0008742

**This article is freely available from**

<http://www.egms.de/en/journals/zma/2013-30/zma000874.shtml>

**Received:** 2013-02-14

**Revised:** 2013-04-29

**Accepted:** 2013-05-02

**Published:** 2013-08-15

**Copyright**

©2013 Kiessling et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided the original author and source are credited.