

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
der Universität zu Köln
Direktor: Professor Dr. med. C. Albus

**Implementierung von Communication-Skills-Trainings
(CSTs) an onkologischen Zentren in Deutschland –
Ergebnisse eines mixed-methods survey**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Esther-Rosa Vens-Cappell
aus Aachen

promoviert am 12. Januar 2026

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. G. R. Fink

1. Gutachter: Professor Dr. med. C. Albus
2. Gutachter: Universitätsprofessor Dr. phil. S. Köpke

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich keine Unterstützungsleistungen erhalten.

Weitere Personen waren an der Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Die dieser Arbeit zugrunde liegende Studie wurde erarbeitet in Zusammenarbeit von mir und den Kollegen und Kolleginnen der Arbeitsgruppe, die allesamt namentlich als Autoren und Autorinnen in der Publikation gelistet sind.

Herr Prof. Dr. Albus koordinierte die Studiengruppe.

Die in dieser Arbeit angegebene Datenerhebung ist nach entsprechender Anleitung durch Herrn Prof. Dr. Christian Albus von mir selbst ausgeführt worden.

Die Ergebnisse wurden von allen Autoren und Autorinnen diskutiert.

Die erste Fassung des Manuskripts für die Publikation wurde von mir entworfen und mithilfe der konstruktiven Rückmeldungen aller Autoren und Autorinnen überarbeitet, bis alle Mitglieder der Arbeitsgruppe ihre endgültige Zustimmung gaben.

Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten (Amtliche Mitteilung der Universität zu Köln AM 132/2020) der Universität zu Köln gelesen habe und verpflichte mich hiermit, die dort genannten Vorgaben bei allen wissenschaftlichen Tätigkeiten zu beachten und umzusetzen.

Köln, den 13.08.2025

Unterschrift:

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die mich auf dem Weg zu dieser Dissertation begleitet und unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Christian Albus, für seine kontinuierliche fachliche Unterstützung, seine wertvollen Anregungen und das entgegengebrachte Vertrauen. Seine konstruktiven Impulse und seine Offenheit für Diskussionen haben wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Ein herzlicher Dank gilt auch meinen Kolleginnen und Kollegen aus der Studiengruppe für die angenehme Arbeitsatmosphäre, den wissenschaftlichen Austausch und die gute Zusammenarbeit.

Ganz besonders danke ich auch meiner Familie und meinen Freunden für ihre bedingungslose Unterstützung, ihr Verständnis und ihre Geduld in den herausfordernden Phasen dieser Arbeit. Ohne ihren Rückhalt wäre dieses Projekt nicht möglich gewesen.

Ebenfalls möchte ich den engagierten Kollegen und Kolleginnen danken, die sich die Zeit genommen haben, an unserer Studienbefragung teilzunehmen.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	ZUSAMMENFASSUNG	5
2.	EINLEITUNG	6
2.1.	Kommunikation als essenzielles Tool der modernen Medizin	6
2.2.	Training der Kommunikationsfähigkeiten: Communication-Skills-Trainings	7
2.3.	CSTs in der Onkologie: Ziele, Aufbau, Setting	7
2.4.	Evidenz für den Effekt von CSTs	9
2.5.	Der Bedarf nach CSTs	12
2.6.	Fragestellungen und Ziel der Arbeit	12
3.	PUBLIKATION	13
4.	DISKUSSION	26
4.1.	Vergleich der eigenen Ergebnisse mit der Literatur	26
4.2.	Arbeitsbelastung in der Onkologie	28
4.3.	Kommunikationsherausforderungen und Schulungsbedarf	29
4.4.	Förderung der Implementierung	31
4.5.	CST-Curricula	32
4.6.	Limitationen der Studie	35
4.7.	Relevanz und Ausblick	36
5.	ANHANG	41
5.1.	Fragebogen	41
5.2.	Interviewleitfaden	57
6.	VORABVERÖFFENTLICHUNGEN VON ERGEBNISSEN	60

1. Zusammenfassung

Das Konzept des onkologischen Kommunikationstrainings (engl. „Communication Skills Training, kurz CST), das der Schulung von onkologischem Personal bezüglich Patientenkommunikation dient, hat sich als wirksam erwiesen und ist in die entsprechenden Leitlinien aufgenommen worden. Ob diese Trainings aber auch tatsächlich in der Behandlungspraxis umgesetzt werden, wird nicht offiziell erfasst; der aktuelle Stand bezüglich Verbreitung und Umfang von CSTs in Deutschland ist somit unklar. In der dieser Arbeit zugrunde liegende Studie wurden alle von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten onkologischen Zentren in Deutschland (zum damaligen Zeitpunkt $n=127$) mit der Frage nach CST-Kursangeboten angeschrieben. In einem Mixed-Methods-Ansatz mit Fragebögen und Interviews wurden quantitative und qualitative Aspekte von CST-Programmen untersucht. Von $n=127$ angefragten Zentren beteiligten sich 76 an der Studie (60%). Dabei zeigte sich, dass nur ein Viertel (23,7%, $n=18/76$) der befragten Zentren ein regelhaftes CST durchführte. Diese CSTs stimmten teilweise mit den Konsensempfehlungen überein, wichen aber in bestimmten Bereichen - wie Dauer, Umfang und Kursinhalt - erheblich ab. Zusätzlich befragten wir Zentren, die keine oder nur unzureichende CSTs anboten ($n=60$), nach Faktoren, die einer erfolgreichen Umsetzung im Wege stehen. Als solche wurden u.a. knappe zeitliche und personelle Ressourcen (92%), keine Gegenfinanzierung (27%), mangelnde Wertschätzung (25%), fehlendes Wissen über das Konzept (3%), organisatorische Hindernisse (22%) und geringe Priorisierung (12%) genannt. Des Weiteren wurden Faktoren identifiziert, die eine flächendeckende Umsetzung erleichtern könnten: so z.B. eine Unterstützung bei der Umsetzung durch konkrete Vorgaben (27%), eine verpflichtende Teilnahme (20%), eine aktive Leitungsebene in der Frage der Verantwortung (17%), die Aufnahme in die Zertifizierungskriterien für onkologische Zentren (12%) und eine Integration in die WBO (Weiterbildungsordnung) (10%).

Obwohl bisherige Studien zeigen, dass CSTs positive Effekte haben, ist eine ausreichende Implementierung in Deutschland noch nicht flächendeckend erreicht. Einzelne Ansatzpunkte zur Verbesserung sind identifiziert worden; weitere Anstrengungen sind notwendig, um dieses Ziel zu erreichen.

2. Einleitung

2.1. Kommunikation als essenzielles Tool der modernen Medizin

“Oncology clinicians face a monumentally difficult task: to guide patients on what may be the scariest and most unpleasant journey of their lives. They must preserve their patients’ hope while at the same time giving them accurate information. And patients with cancer face a monumentally difficult task: navigating a path while confronting an often terrifying disease, and having to work with a health care system that often seems bureaucratic and uncaring.”¹

Wie Gilligan et al. (2018) feststellten, stellt eine adäquate Kommunikation als wichtiger Baustein eines tragfähigen Behandler-Patienten-Arbeitsbündnisses^a eine essenzielle Grundlage dar in der Behandlung onkologischer Patienten, die im Zuge ihrer Erkrankung ganz besonderen physischen und psychischen Beeinträchtigungen ausgesetzt sind¹. Eine gute Kommunikation ist entscheidend für eine gute Beziehung zwischen Behandelnden und Patienten und zeigt auch direkt Auswirkung auf den Therapieerfolg². So etwa formulierten Epstein & Street 2007 sechs Kernfunktionen der Patienten-Behandler-Kommunikation, welche sich gegenseitig, aber vor allem auch das Ergebnis der Therapie stark beeinflussen. Zu diesen zählen professionell-biomedizinische Aspekte wie der Austausch von Informationen und das Treffen von Entscheidungen, aber auch Fähigkeiten auf der zwischenmenschlichen Ebene, wie das Eingehen auf Emotionen, Umgehen mit Unsicherheiten, Stärkung des Selbstmanagements und Beziehungsaufbau². Solche und weitere Faktoren der Arzt-Patienten-Beziehung können sich in jeder Phase der Erkrankung auf den Therapieerfolg auswirken, z.B. indem Patienten durch eine wirksame Kommunikation ermutigt werden, sich einer chirurgischen Behandlung, einer Chemotherapie in angemessener Dosierung oder einer Bestrahlung zu unterziehen, oder indem psychosozialen Aspekten Aufmerksamkeit geschenkt wird, was mit einer Verbesserung der Überlebensrate und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Verbindung gebracht wird^{2,3}. In diesem Zusammenhang konnte auch eine signifikante Reduktion von Stress, Ängsten und Unsicherheiten auf Seiten der Patienten durch gute Kommunikationsfähigkeiten des Arztes demonstriert werden^{4,5}.

Hinzu kommt, dass gerade onkologische Patienten mehr psychischen Stress erleben und in besonderer Weise emotionaler und sozialer Unterstützung bedürfen⁶⁻⁸. Dies unterstreicht die Bedeutung einer patientenzentrierten ärztlichen Kommunikation, die auf die Emotionen und psychosozialen Belange der Patienten eingeht, sie aktiv in Entscheidungsprozesse einbezieht und medizinische Informationen in verständlicher Form vermittelt⁹. Eine gute Arzt-Patienten-

^a Zur vereinfachten Lesbarkeit wird im Folgenden ausschließlich die grammatikalisch maskuline Form (Patienten, Ärzte, Behandler...) benutzt. Damit sind explizit alle Geschlechter und nicht-binäre Identitäten miteingeschlossen.

Beziehung kann weiterhin als stabilisierender Faktor wirken, indem sie die Coping-Fähigkeiten und Behandlungszufriedenheit der Krebspatienten erhöht und Hoffnung und positive Einstellungen gefördert werden¹⁰. Denn insbesondere Patienten mit einer Krebserkrankung erleben ihre Diagnose oft als Bedrohung für ihre Identität und sind konfrontiert mit tiefergehenden Fragen zur Sterblichkeit und dem Lebenssinn - die behandelnden Ärzte stehen vor der schwierigen Herausforderung, ihre Patienten auf diesem „vielleicht beängstigendsten und unangenehmsten Weg ihres Lebens“ zu begleiten¹.

Bei Mangel einer guten Kommunikation zeigten sich sowohl bei den Patienten als auch auf Seite der Behandelnden negative Effekte, so etwa mehr Ängste, Unsicherheiten, Unzufriedenheit und Depressionen sowie weniger Coping unter den Patienten und höhere Level an Unzufriedenheit, Stress und Burnout unter den Ärzten⁷.

Es konnte ebenfalls gezeigt werden, dass gute Kommunikationsfertigkeiten weder nur angeboren sind, noch sich automatisch durch langjährige Berufserfahrung bilden^{6,11-13}, sondern einer spezifischen Schulung benötigen, die die behavioralen, kognitiven und affektiven Komponenten einer Kommunikation berücksichtigt^{7,9}.

2.2. Training der Kommunikationsfähigkeiten: Communication-Skills-Trainings

Eine spezielle Kommunikationsschulung für Behandelnde im onkologisch-klinischen Bereich erscheint somit wie oben dargelegt essenziell wichtig zu sein - sowohl für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung als auch für eine erfolgreiche Krebstherapie. Das Konzept eines solchen Trainings, das spezifisch die Gesprächsführung zwischen onkologischen Patienten und ihren Behandelnden schulen soll, wurde seit den 1990er Jahren entwickelt¹³⁻¹⁵ und wird allgemein unter dem Begriff des onkologischen Communication Skills Trainings (CST) deklariert. Während selten auch in anderen Fachbereichen als der Onkologie Communication Skills Trainings durchgeführt werden¹⁶, versteht sich die Verwendung des Begriffs „CST“ in dieser Arbeit ausschließlich auf das onkologische Setting.

2.3. CSTs in der Onkologie: Ziele, Aufbau, Setting

Kommunikationsschulungen, die unter den wie oben definierten Begriff des CSTs fallen, haben das gleiche Setting - nämlich durchgeführt an und für speziell onkologische Behandlungszentren - und dasselbe Ziel: Die Lehre spezifischer Fertigkeiten und Kommunikationstechniken für Behandelnde onkologischer Patienten; das heißt nicht nur für Ärzte, sondern auch für andere am Patientenfall beteiligte Berufsgruppen, wie etwa das Pflegepersonal^{14,17}. Dadurch sollen Behandelnde dabei unterstützt werden, schwierige kommunikative Herausforderungen kompetent und selbstbewusst zu meistern, um optimal auf die Bedürfnisse der Patienten und ihren Angehörigen einzugehen und so auch die eigene

Behandlungserfahrung zu verbessern¹⁴. Mit Blick in die vorherrschende Literatur zu Studien, bei denen eine CST-Intervention durchgeführt wurde, zeigt sich, dass die tatsächliche Ausführung und strukturelle Organisation der Trainings durchaus heterogen ausfällt¹⁸. Es wurden bereits Bemühungen angestrengt, eine gewisse einheitliche Rahmensetzung über Struktur, Inhalte, Organisation und Pädagogik der Trainings zu definieren. Ein früherer Ansatz dieses Ziels fand bereits 1998 statt in Form eines Experten-Konsensustreffens unter Initiative der Swiss Cancer League¹⁹. Beschlüsse dieses auf dem Expertentreffen entwickelten CST-Modells wurden in einer erneuten Sitzung des gleichen Settings 2009 und 2018 modifiziert und weiterentwickelt¹⁴. Auch in Deutschland wurden schließlich Empfehlungen zu CSTs herausgearbeitet und von der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie der Deutschen Krebsgesellschaft konsentiert²⁰, welche die Empfehlungen nach Stiefel et al. (2018)¹⁴ mitaufnehmen und erweitern. Im Folgenden die Übersicht über die jeweiligen Empfehlungen der Gesellschaften zur Rahmensetzung von CSTs:

Empfehlungen der PSO AG der DKG²⁰	Bereiche	Empfehlungen der Swiss Cancer League¹⁴
- 25 UE empfohlen - Zeitlicher Umfang richtet sich nach Zweck des Trainings, gestufter Ansatz sinnvoll, Machbarkeit berücksichtigen	<i>Konzeptuelle Aspekte</i>	- Kurslänge von mindestens 3 Tagen - Teilnehmer: Aus allen Ebenen der beruflichen Ausbildung
- Beziehungsaufbau - Reflexion des eigenen Verhaltens - Spezifische Kompetenzen in Anlehnung an den NKLM oder den NaKomm - Fertigkeiten im Umgang mit typischen Gesprächssituationen in der Onkologie - Fähigkeit, eine hilfreiche Beziehung zu Patienten, deren Angehörigen und Teammitgliedern auch unter schwierigen Umständen aufrechtzuerhalten	<i>Inhalte</i>	- Beziehungsaufbau - Reflexion der eigenen Person und des eigenen Kommunikationsverhaltens - Umgang mit Emotionen - Besprechen komplexer Informationen - Schaffung eines Bewusstseins für die eigenen inneren und äußeren Einflüsse auf das Erleben - Verstehen interpersoneller Dynamiken und eigener Abwehrmechanismen - Einschätzung des psychomentalen Status des Patienten und seiner Vulnerabilität
- Teilnehmer- und erfahrungsorientiert - Maximalgröße von bis zu 6 Teilnehmenden pro Trainer*in - Schwerpunkt auf praktische Übungen - 360°-Feedback - Interdisziplinärer Ansatz - Onlinetrainings möglich - Transfer in den klinischen Arbeitsalltag der Teilnehmenden	<i>Didaktik</i>	- Teilnehmer- und erfahrungsorientiert, individuell und gruppenorientiert - Maximalgröße von bis zu 6 Teilnehmenden pro Trainer*in - Schwerpunkt auf praktische Übungen: Rollenspiele, Gruppendiskussion, Videos von (Schauspieler-)Patienten - Konstruktives und strukturiertes Feedback - Mono- oder multidisziplinäre Kurse je nach Zweck des Trainings
- Erfahrungen in der Onkologie und als Kommunikationstrainer*in - Didaktische Qualifikation - Train-the-Trainer-Seminar - Supervision, Intervention, Hospitation als Mittel des Qualitätsmanagements	<i>Trainer*innen-qualifikation</i>	- Erfahrungen in der Onkologie und als Kommunikationstrainer*in - Didaktische Qualifikation ("competent facilitators") - Train-the-Trainer Seminar - Zusatz von Supervisionen und langfristigen Auffrischungssitzungen

- Verpflichtende Kommunikationstrainings - Kommunikationstrainings als Teil der Arbeitszeit (z. B. als Fortbildung) - "Booster" bzw. "Refresher" Sitzungen - Finanzierung durch den Arbeitgeber, inkl. Ressourcen für Planung und Durchführung - Kontinuierliche Evaluation - Integration in die Strukturen des Onkologischen Zentrums vor Ort	<i>Strukturelle Voraussetzungen</i>	- Verpflichtende Kommunikationstrainings: obligatorischer Grundkurs, dann Fortgeschrittenenkurse zu spezifischen Zielen - Kommunikationstrainings als Teil der Arbeitszeit - "Refresher" Sitzungen - Finanzierung durch uneingeschränkte Zuschüsse aus verschiedenen Finanzierungsquellen und durch den Arbeitgeber, inkl. Ressourcen für Planung und Durchführung: Personalausstattung, förderliches Umfeld, angemessene Betriebsabläufe - Kontinuierliche Evaluation unter Nutzung validierter Messinstrumente - Unterstützung der Teilnahme durch Berufsverbände und Arbeitgeber - Unterstützung durch Verwaltung, Personalleiter und Pflegedirektoren - Einbindung von Patientenorganisationen - Akkreditierung der Kurse durch die ESMO
---	--	--

Tabelle 1: Spalten 1,2 entnommen aus Karger et al. (2022)²⁰ und erweitert um Spalte 3, basierend auf Stiefel et al. (2018)¹⁴ und Stiefel et al. (2010)¹⁸

Dabei ist zu bemerken, dass die beiden Empfehlungen sich nicht vollständig entsprechen, aber keinen Widerspruch, sondern vielmehr eine Ergänzung füreinander darstellen.

2.4. Evidenz für den Effekt von CSTs

Die Organisation und regelhafte Durchführung eines CSTs ist zeitaufwändig und kostspielig – zudem wird auf Seiten der Teilnehmenden mitunter ein nicht unerheblicher Umfang an Stress induziert, zumal die Techniken im Kurs durchaus konfrontativ und individuell bewertend gestaltet sein können¹¹. Dieser Aufwand an Ressourcen legitimiert sich allein dadurch, wenn sich ein solches Training als effektiv beweist¹¹. Mit dieser Motivation widmeten sich bereits mehrere Forscher der Frage nach dem messbaren Erfolg von CSTs.

Einzelne Arbeiten konnten den Erfolg eines CSTs im Vergleich zu nicht am CST teilnehmenden Kontrollgruppen aufzeigen. So konnten aufseiten der am CST teilnehmenden Behandelnden positive Effekte in zumeist mindestens moderater Stärke gezeigt werden, und zwar in Bezug auf die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte, Empathie-Fähigkeiten, emotionale Unterstützung, das Stellen offener Fragen, Informationsvermittlung, ein geschärftes Bewusstsein im Hinblick auf eigene Kommunikationsfähigkeiten und ein Kompetenzgefühl in der psychosozialen Betreuung^{9,21-24}.

Blickt man auf die andere Seite dieser Gesprächs-Dyade - nämlich auf die Patienten - fällt auf, dass hier noch Forschungsbedarf besteht. Zwar konnten auch hier einzelne Studien Effekte zeigen, wie etwa eine Reduktion von Depressivitätswerten, höhere Zufriedenheitslevel mit der Leistung des Arztes oder das Gefühl, in ihren Sorgen ernst genommen zu werden^{22,25}, jedoch konnte in einigen Studien auch entweder kein signifikanter Effekt auf die Patienten festgestellt werden, oder es wurden keine Patienten-Outcomes erfasst^{6,26,27}.

Während einzelne Interventionsstudien Erfolge von CSTs auf die definierten Ziele zeigen konnten, liefert der Blick auf systematische Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen eher heterogene Ergebnisse. Mehrere systematische Reviews und Metaanalysen kommen zu dem Schluss, dass die Effektstärken von CSTs im Rahmen von Studieninterventionen schwierig einheitlich zu messen und so auch schwer in der Gesamtschau zu beurteilen sind^{6,17,26-30}. Eine der aktuelleren systematischen Reviews aus 2019 berichtet bei der Zusammenschau der inkludierten Studien, dass CSTs zwar einen Effekt zeigen – etwa in Form von Verbesserungen bei bestimmten Skills – die Evidenz dafür sei jedoch aufgrund der hohen Diversität und Variabilität der Formate limitiert. Wiederholt wird betont, dass aufgrund der Heterogenität der Trainingsinterventionen verschiedener Studien keine klaren Schlüsse über einheitliche Effekte getroffen werden können²⁹. Auch Fischer et al. (2019) legen in ihrem systematischen Review dar, dass aufgrund der Vielfalt an unterschiedlichen Messinstrumenten und unklarem Definitionsrahmen bezüglich CST-Effekten eine mangelnde Vergleichbarkeit von CST-Interventionsstudien vorläge: dieser Mangel an Standardisierung erschwere jedoch die Erstellung systematischer und schlüssiger Evidenz für CSTs¹⁷. Beide Arbeiten geben also die in Primärliteratur berichteten Effekte von CSTs wieder, kritisieren diese aber aufgrund der Messdiversität als unsicher. Es wird argumentiert, dass ein standardisiertes Maß fehle, und sowohl die verschiedenen Trainingssettings selbst als auch die jeweiligen Instrumente zur Messung des Effekts so heterogen ausfallen würden, dass es in den analysierten Studien mehrfach zu Vermischungen der Effekte und damit zu inkohärenten Aussagen gekommen sei^{17,29}.

Diese Kritik erwähnen und entkräften Stiefel et al. (2006): Die Autoren legen dar, dass die Heterogenität verschiedener CST-Interventionen mit Hinsicht auf ein breites Feld an Lehrformaten und Effekt-Messmethoden aus wissenschaftlicher Sicht problematisch sei, aus pädagogischer Sicht allerdings eine Notwendigkeit: Denn zentrales Charakteristikum eines CSTs sei die Lerner-zentrierte Herangehensweise, bei der der Fokus individuell und realitätsnah gelegt wird. Es liege also im Kern der Sache, dass CSTs bedarfsadaptiert heterogen gestaltet seien: „Dies sollte nicht zu der falschen Schlussfolgerung führen, dass Studien zu CSTs weniger ‘wissenschaftlich’ sind oder nur CSTs mit einem hoch standardisierten, evidenzbasierten Ansatz implementiert werden sollten“¹¹. Dieser

Argumentation folgend kann festgestellt werden, dass die gefundenen Effekte, obgleich der Diversität von Interventionen und Messinstrumenten, nicht ohne Weiteres mit dem Argument fehlender Standardisierung abgetan werden können¹¹. Fischer et al. (2019) führten diesen Punkt weiter aus, indem die Forscher betonten, dass eine Standardisierung der Effektbeurteilung von CSTs im Sinne einer Festlegung auf ein bestimmtes Effektmaß die eigentliche Zielsetzung und die pädagogische Natur der CSTs konterkariert. Nichtsdestotrotz müsse ein theoretischer Rahmen für eine evidenzbasierte Effektmessung entwickelt werden, welche a) einerseits der Vielfältigkeit der Trainings gerecht wird, und b) andererseits Reproduzierbarkeit aufweist. Konkret bedeute dies bezüglich a), dass die Wahl der abhängigen Variablen (also der Interventionseffekte) immer explizit anhand der Lernziele abgeleitet werden solle und dass multiple potenzielle Effekte auf allen Ebenen bezüglich Evaluationszeitpunkten (während des Trainings, während der Patienteninteraktion, nach der Patienteninteraktion) und Zielgruppe (Behandelnde, Patienten, Interaktion beider) betrachtet werden sollten. Zusätzlich solle die Effektbewertung nicht nur anhand quantitativer, sondern auch qualitativer Methodik durchgeführt werden. Um b) eine Reproduzierbarkeit zu gewährleisten, müsse künftige Forschung eine transparente und klar umschriebene Beschreibung der verwendeten Messmethoden bereitstellen¹⁷.

In Conclusio zeigt eine Untersuchung der bisher publizierten Arbeiten zur Messung der Effektivität von CSTs auf Seiten der Teilnehmenden signifikante Effekte auf die trainierten Skills von zumeist mindestens moderater Stärke. Auf Seiten der Patientenresultate zeigten sich weniger, und wenn überhaupt, dann kleinere Effekte. Nichtsdestotrotz konnte in einzelnen Studien eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit gezeigt werden. Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund der Diversität der Methoden und Interventionen zu betrachten. Während diese fehlende Standardisierung von manchen Autoren als Schwäche in Bezug auf die Wissenschaftlichkeit bei der Effektbewertung beurteilt wird²⁹, kann nach Stiefel et al. (2006) argumentiert werden, dass den CSTs an sich eine individuelle Konzipierung zugrunde liegt und somit ein zu hohes Maß an Standardisierung das Ziel von CSTs untergraben würde. Die Effekte, die in verschiedensten Studien gefunden werden konnten, wurden anhand von unterschiedlichen Interventionen, Methodiken und Messinstrumenten ermittelt; trotz mangelnder unmittelbarer Vergleichbarkeit kann festgehalten werden, dass diese Effekte nichtsdestotrotz mit wissenschaftlichen Methodiken erforscht wurden und somit einen Aussagewert haben¹¹. Analog zu Fischer et al. (2019) sollte insbesondere darauf geachtet werden, dass die verwendeten Effektmaße transparent und reproduzierbar sind¹⁷. Jedoch ist der Bedarf nach weiterer Forschung zum Effekt von CSTs auf den Patienten-Outcome gegeben.

2.5. Der Bedarf nach CSTs

Trotz der allgemeinen Anerkennung der Bedeutung guter Kommunikation in der Onkologie bestehen weiterhin Defizite im klinischen Alltag. So zum Beispiel demonstrierten Fallowfield et al. (2001), dass Behandelnde die psychosozialen Bedürfnisse ihrer Patienten oft falsch einschätzten, was zurückzuführen war auf entweder mangelnde (Kommunikations-)Fähigkeiten, Abwehr dieser schwierigen Thematik oder der Glaube, dass die Adressierung der psychosozialen Bedürfnisse nicht Teil des onkologischen Berufs sei³¹. Auch Uitterhove et al. (2003) konnten zeigen, dass psychosoziale Aspekte im Rahmen der Arzt-Patienten-Kommunikation oftmals nicht adäquat angesprochen wurden³².

Forschung über die Kommunikationsbedürfnisse onkologischer Patienten konnten zeigen, dass Krebspatienten nach wie vor unerfüllte Kommunikationsbedürfnissen haben^{33,34}, von denen ein erheblicher Teil auf den ungedeckten Bedarf an krankheits- und behandlungsbezogenen Informationen entfällt, einschließlich des Ausmaßes der Krankheit, der Prognose, der Behandlungsalternativen, der Behandlungsabsicht und der Nebenwirkungen der Behandlung³⁵. Oft würden diese Angaben in einer Art und Weise geschildert, dass viele Patienten die übermittelten Informationen nicht verstehen³⁵. Auch Prip et al. (2018) kamen in ihrem Review zu dem Schluss, dass viele Krebspatienten vor unerfülltem Informationsbedarf stünden, etwa bezüglich des Umgangs mit Therapienebenwirkungen¹⁰.

Es lässt sich also festhalten, dass die Kommunikation zwischen Behandelnden und ihren onkologischen Patienten oftmals Defizite aufweist, während andererseits bereits gezeigt werden konnte, dass eine Trainingsintervention in Form von CSTs die Kommunikationsfähigkeiten der Kursteilnehmer verbessern kann. Eine flächendeckende Verfügbarmachung von CST-Angeboten erscheint somit ein logischer Schritt, um die Behandlungsqualität im onkologischen Sektor in Deutschland zu erhöhen.

2.6. Fragestellungen und Ziel der Arbeit

CSTs werden bereits in einigen Ländern Europas („INTERACT EUROPE-100“)³⁶, aber auch in Japan³⁷ und den USA³⁰ zunehmend zumindest projektbasiert umgesetzt und sind in der Schweiz für das Fach (Hämato-)Onkologie³⁸ und in Australien³⁹ für die Facharztausbildung sogar obligatorisch. Das Konzept der CSTs wurde bereits in die einschlägigen Leitlinien für den Bereich der Psychoonkologie aufgenommen, wie z.B. in die S3-Leitlinie Psychoonkologie⁴⁰ und die ESMO Clinical Practice Guideline⁴¹. In Deutschland ist das Angebot von CSTs für onkologische Zentren nicht verpflichtend, und es liegen keine empirischen Studien zum aktuellen Stand der Verbreitung und des Umfangs von CST-Leistungen vor.

Damit ist unklar, wie der aktuelle Stand bezüglich Verbreitung und Umfang von CST-Angeboten in Deutschland ist. Ziel der Studie ist eine systematische Erfassung des Bestands etablierter CST-Angebote in Deutschland. Neben dieser rein quantitativen Untersuchung sollen darüber hinaus auch mögliche Stärken und Defizite in Bezug auf CST-Angebote und Vorschläge zur Verbesserung der Implementierung benannt werden.

3. Publikation

Implementation of Communication Skills Training at Oncology Centers in Germany: Results of a Mixed-Methods Survey

Esther-Rosa Vens-Cappell^a Corinna Bergelt^b Elisabeth Jentschke^c
Friederike Mumm^d Andrea Petermann-Meyer^{e,f} Frank Vitinius^{a,g}
Alexander Wunsch^{h,i} Christian Albus^a

^aDepartment of Psychosomatics and Psychotherapy, Faculty of Medicine and University Hospital Cologne, University of Cologne, Cologne, Germany; ^bInstitute for Medical Psychology, University Hospital Greifswald, Greifswald, Germany; ^cPsychooncology and Neuropsychology, University Hospital Würzburg, Würzburg, Germany; ^dLMU Clinic, Medical Clinic and Polyclinic III, Psycho-Oncology, Munich, Germany; ^eDepartment of Hematology, Oncology, Hemostaseology and Stem Cell Transplantation, Faculty of Medicine, RWTH Aachen University, Aachen, Germany; ^fCenter for Integrated Oncology Aachen Bonn Cologne Düsseldorf – CIOABCD, Cologne, Germany; ^gDepartment of Psychosomatic Medicine, Robert Bosch Hospital, Stuttgart, Germany; ^hBern University Hospital, University Clinic for Medical Oncology, Bern, Switzerland; ⁱDepartment of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Faculty of Medicine, Albert-Ludwigs-University Freiburg, University Medical Center Freiburg, Freiburg, Germany

Keywords

Communication training · Oncology · Medical communication · Psycho-oncology · Communication skills training · Epidemiology

Abstract

Introduction: The concept of oncological communication skills training (CST) has already proven to be effective and has been incorporated into the relevant guidelines. The current status of CSTs in Germany is unclear. **Methods:** We approached all oncology centers in Germany certified by Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) and investigated quantitative and qualitative aspects of CST programs in a mixed-methods approach using questionnaires and interviews. **Results:** Only a quarter (23.7%, $n = 18/76$) of the responding centers demonstrated a regular CST. These CSTs were partially congruent with the consensus recommendations while deviating significantly in other areas, such as duration, scope, and course content. We asked centers that do not offer CST or do not offer fully satisfactory CST (respondents $n = 60$) for factors that hinder successful implementation, which were identified as, e.g., scarce time and personnel resources (92%), no counterpart

funding (27%), lack of appreciation (25%) and knowledge about the concept (3%), organizational obstacles (22%), and low prioritization (12%). Steps that could facilitate nationwide implementation were found, such as support for implementation through concrete instructions (27%), mandatory participation (20%), an active management level in the question of responsibility (17%), inclusion in the certification criteria for oncology centers (12%), and an integration into the Weiterbildungsordnung (WBO, specialist training guideline) (10%). **Conclusion:** Although previous studies have shown that CSTs have positive effects, sufficient implementation has not yet been achieved across the board in Germany. Individual starting points have been identified; further efforts are needed to advance this goal.

© 2025 S. Karger AG, Basel

Introduction

Good communication is crucial for a good relationship between practitioners and patients and can impact therapy's success at every phase of the illness, e.g., by encouraging patients through effective communication to undergo surgical treatment, chemotherapy at an

appropriate dosage, or radiation or by paying attention to psychosocial aspects, which is linked to better survival and health-related quality of life [1, 2]. In addition, oncology patients, in particular, experience psychological stress and require special emotional and social support [3, 4], which underlines the importance of patient-centered physician's communication, e.g., responding to the patient's emotions and psychosocial concerns, actively involving them in decision-making-processes and providing medical information in a comprehensible way [5]. However, it has also been shown that good communication skills are neither "innate" nor do they simply develop over many years of professional experience [3, 6–8] but require specific training that takes into account the behavioral, cognitive, and affective components of communication [5, 9]. The concept of such training, which is specifically designed to train communication between oncology patients and their caregivers, has been developed since the 1990s [6, 10] and is generally referred to as oncology communication skills training (CST). It should be mentioned here that a renaming of this term has already been called for, as the concept of communication as a set of individual skills has been criticized as too simplified [11]. A look at the prevailing literature on studies in which a CST intervention was carried out shows that the training's actual implementation and structural organization are heterogeneous [12, 13]. In response, efforts have already been made to define a uniform framework for training structure, content, organization, and didactics. An early approach to this goal took place as early as 1998 in the form of an expert consensus meeting initiated by the Swiss Cancer League [14]. The recommendations on CST models agreed upon here were modified and further developed in meetings in the same setting in 2009 and 2018 [15]. In Germany, too, recommendations on CSTs were finally developed and agreed upon by the German Cancer Society (Deutsche Krebsgesellschaft; DKG) working group for psycho-oncology [16], which followed the recommendations according to Stiefel et al. [15] and expanded on them. The following Table 1 is an overview of the societies' respective recommendations on the framework for CSTs.

Numerous studies confirm the benefits of CSTs for oncology practitioners, e.g., improved communication skills among clinicians such as open questions, empathy, agenda setting, checking patient understanding, information organization, eliciting concerns, shared decision-making and self-efficacy, as well as avoiding leading questions, blocking behavior, and interruptions [3, 17–20]. In addition, Tamblyn et al. [21] were able to demonstrate that good results in clinical communication tests are associated to fewer complaints on the part of patients. It has also been shown that cancer patients continue to face unmet communication needs [22, 23]. CSTs are already being increasingly implemented at least project-based in some countries in Europe ("INTERACT EUROPE-100") [24] but also worldwide

as in Japan [25] and the USA [18], and are even mandatory for the (hemato)oncology discipline in Switzerland [15, 26], and for residency training in Australia [27]. The concept of CSTs has already been incorporated into the relevant guidelines for the psycho-oncology sector, such as the S3 guideline on psycho-oncology [28] and the ESMO Clinical Practice Guideline [29]. In Germany, providing CSTs is *not* mandatory for oncology centers, and no empirical studies are available on the current status of the distribution and scope of CST services.

Goal and Question

The study aimed to systematically record the stock of established CST services in Germany. In addition to a quantitative study, possible strengths and deficits regarding existing CST offerings and suggestions for improvement will also be examined qualitatively.

Methods

Methodologically, we worked according to a mixed-methods approach in which we proceeded in two stages, as presented in Figure 1: Initially, all DKG-certified oncology centers in Germany were contacted with a questionnaire (see also online supplementary files at <https://doi.org/10.1159/000545729>). These were identified by the official register of OnkoZert [30], the DKG-authorized association, and access was provided via email communication. The questionnaire was initially addressed to the clinical directors of the oncology centers. In the corresponding email, they were asked to forward the study to the person who, in the opinion of the clinical director, was most familiar with the subject matter of CSTs at the center, but this could also be him or herself. In the case of a non-response, two reminders were sent at a later date. If there was still a non-response, the center's psychosomatic/psychooncological service was contacted in the same way. They were given a questionnaire with closed- and open-ended items that used a branching logic to ask participants about quantifiable structural conditions (e.g., "Does your oncology center offer physicians, nurses and/or other professional groups the opportunity to participate in communication training for everyday oncology?" "If so, what pedagogical techniques are used in the course?" etc.) and subjective satisfaction (questions cited below in Fig. 3, 4). In a second step, we contacted $n = 20$ centers for an in-depth semi-structured interview with a representative and selected sample of centers in which course content, obstacles, and facilitators were discussed in an online session via Zoom with an average duration of 23 min; the interview guide can be found in the supplementary material. As recommended by Kuckartz, the subsequent selection of interview partners

Table 1. Central recommendations for communication skills training according to the recommendations of Karger et al. [16] and Stiefel et al. [15]

Areas	Recommendations of the PSO working group of the DKG (Karger et al., 2022) [16]	Recommendations based on the 3rd Consensus Meeting of European Experts (Stiefel et al., 2018) [15]
<i>Conceptual aspects</i>	25 lesson units Staged approach, consider feasibility	At least 3 days Participants from all levels of vocational training
<i>Contents</i>	Relationship building Reflection on own behavior Dealing with typical conversational situations in oncology	Relationship building Reflection on own behavior Dealing with emotions Discussing complex information Awareness of own internal and external influences Understanding interpersonal dynamics Assessment of psychomental status
<i>Didactics</i>	Participant- and experience-oriented Max. 6 participants per trainer Focus on practical exercises Feedback: 360° feedback Interdisciplinary approach Online training possible Transfer to everyday clinical work	Participant-oriented: Individual and group-oriented Max. 6 participants per trainer Focus on practical exercises Feedback: Constructive and structured feedback Mono- or multidisciplinary courses, depending on the purpose of the training
<i>Trainer qualification</i>	Experience in oncology and as a communication trainer Didactic qualification Train-the-trainer seminar Supervision, intervision, job shadowing	Experience in oncology and as communication trainers Didactic qualification ("competent facilitators") Train-the-trainer seminar Supervision
<i>Structural requirements</i>	Compulsory communication training "Booster" or "refresher" sessions Communication training during working hours Employer funding, including resources for planning and implementation Continuous evaluation Integration into the structures of the Oncology Center	Compulsory communication training: compulsory basic courses, then advanced courses Refresher sessions Communication training during working hours Financing through unrestricted grants from various sources of funding and the employer Continuous evaluation using validated measuring instruments Support from professional associations and employers Support from administration, HR managers, and nursing directors Involvement of patient organizations Accreditation of the courses by the ESMO

was based on quota sampling, i.e., the selection of typical representatives of certain categories [31]: these were grouped according to the characteristics "CST offer yes or no," "University setting yes or no," and "Somatic or psychology background of the participants." The data collected from the questionnaire and interviews were analyzed for compliance with relevant consensus recommendations [15, 16] and qualitatively analyzed for strengths and deficits regarding CST implementation beyond the purely structural and conceptual conditions. Methodologically, the design refers to the explanatory design according to Creswell, as described in Kuckartz [31]. This approach serves as the motivation of convergent findings, i.e., to a certain extent, a validity check of the results from the questionnaire, as well as the motivation of additional coverage for an extended view of the topic. The integration of the two strands of research takes place in the presentation of results, in which the qualitative

results are presented against the background of the quantitatively determined results, which makes the abstract categories clearer [31].

Statistics and Analysis Strategy

The quantitative data were analyzed using descriptive statistical methods, while the qualitative data were analyzed using content-structuring qualitative content analysis [32] by using MAX-QDA. We derived the category system inductively and evaluated which factors were mentioned with what frequency to attribute relevance and weight the factors according to how often they were mentioned by the participants. This was followed by an integrated analysis of both results by using thematic coding for analysis as described in Kuckartz [31], which includes summarizing the information from both methodologies in order to obtain comparative and

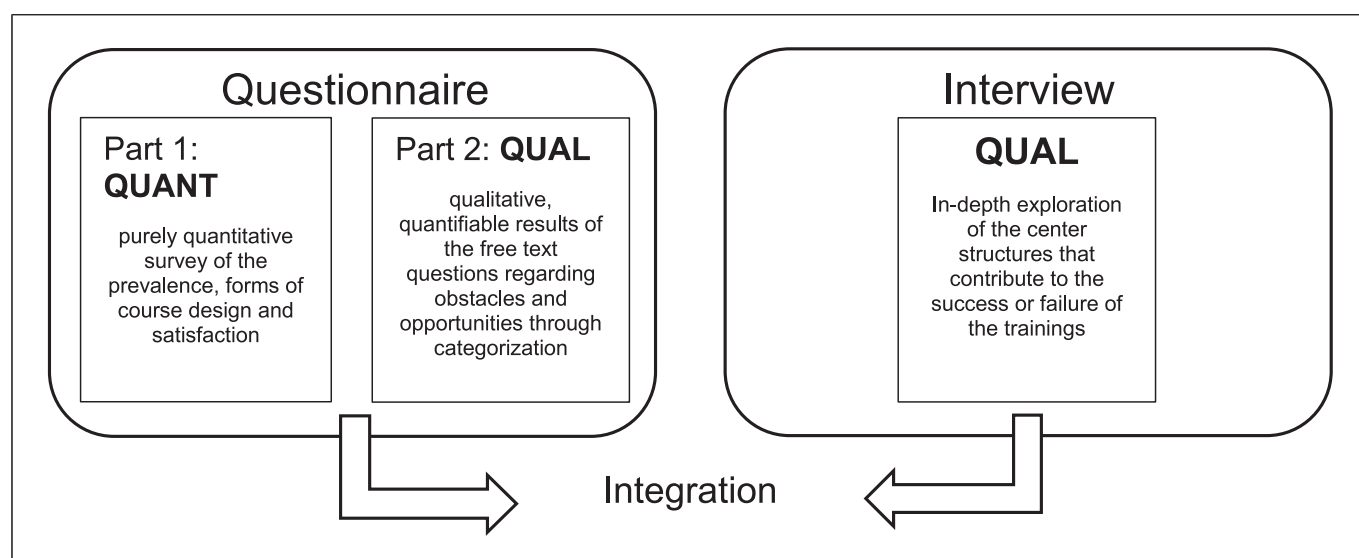


Fig. 1. Mixed-methods design. Quantitative data were gathered from the questionnaire. Qualitative data were derived from the open question section of the questionnaire and the interviews. The integration of the two strands of research takes place in the presentation of results, in which the qualitative results are presented against the background of the quantitatively determined results, making the abstract categories clearer and easier to understand.

contrasting information. A second coding with subsequent comparative collaboration ensured the reliability of our qualitative content analysis (“intercoder reliability”). The coding work was carried out by research assistants from the Department of Psychosomatics and Psychotherapy at the University Hospital of Cologne.

Results

Results of the Questionnaire, Quantitative

Of the 127 centers (of which $n = 38$ were university centers) in our sample, we received $n = 68$ complete responses and $n = 8$ mostly usable responses, i.e., at least the statement of whether a training exists and, if so, whether it is a project training or a regular offer. Thus, the total participation amounted to $n = 76$, corresponding to 60% response.

Forty-four respondents of the 76 centers (58%) stated that their center offered no training. Thirty-two (42%) stated that a training offer existed, with 17 specifying this offer as regular and 14 stating that they offered it as part of a project. One respondent stated that their center offered both regular and project-related training. Of the centers offering training, 53% were part of a university hospital, while 20% of the centers not offering training were affiliated with a university. In total, 23.7% (18/76) of the centers in the overall analysis unit had a regular CST, as visualized in Figure 2. Of these 32 centers with a regular or project-related training program, 27 centers were included in the following detailed analysis, which is to be

found in Table 2. Five centers were excluded due to the lack of completeness of the questionnaire, which was true when more than one question regarding the detailed analysis of the training offers was not answered.

Satisfaction

In the last part of the questionnaire, we asked the participants to indicate their agreement with the statement, “The communication training offered at my center is sufficient for everyday clinical oncology.” For centers with regular training, 5 of the 14 participants (36%) stated that the CST was not sufficient. Four of 14 (29%) indicated partial satisfaction, 5 (36%) indicated that the training was fully sufficient. For project training, 2 of 13 (15%) stated this. Four out of 13 (31%) were partially satisfied; 7 out of 13 (54%), and thus the majority, did not think that the training was sufficient.

Qualitative Results Questionnaires

Centers that do not offer CST or do not offer fully satisfactory CST ($n = 62$) were asked about inhibiting and supporting factors regarding an optimal offer, as shown in Figures 3 and 4. From this group, 2 did not answer, which leaves a total number of respondents of 60.

Barriers

Almost all respondents cited a lack of time and personnel resources as an obstacle. Around a quarter cited a lack of financial resources (remuneration of course instructors, compensation for the absence of participating staff) and the lack of appreciation of a CST: it was stated

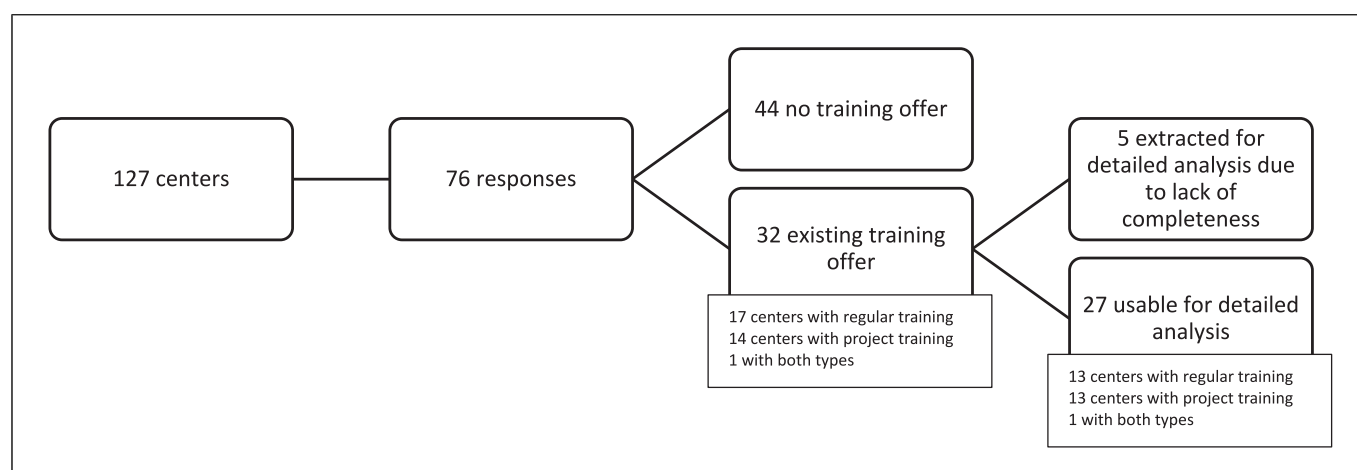


Fig. 2. Data structure of response. From our sample of all DKG-certified centers ($n = 127$), we received 76 responses, 44 of which did not specify a training offer and 32 of which did. Of these 32, we were able to identify 17 with regular, 14 with project-related and 1 center with both types of training. For the detailed analysis, 5 centers were excluded.

that this includes the fact that potential participants do not recognize the usefulness of a CST per se or – also on the part of management – there is no interest in or motivation for such training.

This is followed by “Organizational obstacles,” primarily mentioned by representatives of centers that have not yet been able to establish a CST (26%) compared to those with a CST offering (11%). With regard to the survey period of the study (07/22–03/23), it can be explained that the coronavirus pandemic is also mentioned by almost one-fifth, which has led to an intensification of the shortage of personnel and time resources and to the prevention of face-to-face meetings, which are essential for communication trainings. Several participants also cited the factor “high workload,” which in turn leads to the following factor of “low prioritization”: it was described that due to the high pressure of everyday tasks, the willingness to participate in CSTs is low at both employee and management levels. Two participants also mentioned the factors of personal inhibition to take part in courses and ignorance of the courses on offer.

Opportunities

Almost a third of respondents mentioned support during implementation: It was mentioned that this includes (a) technical support in the sense of prepared documents or similar, (b) the external provision of teaching specialists, (c) the creation of a position with responsibility for organizing the course, and (d) a central standard in the sense of a cross-center course concept. The second most frequently mentioned factor is the expansion of personnel and time resources. One-fifth mentioned the obligation of the course, in the sense that every oncology center should be obliged to offer communication training for treating physicians as well

as that employee participation should be mandatory. Support for implementing the course by the management level is mentioned in fourth place for overcoming organizational obstacles and the question of responsibility, as well as establishing a corporate culture that promotes communication. The fifth most frequent demand is for secure funding for the courses. The inclusion of regular communication training in the certification catalog of oncology centers and the integration of CSTs in the continuing education and training regulations for physicians are mentioned as incentives in the sense of an institutional obligation. Minor mention is also made of increasing appreciation for broader acceptance and raising awareness of the importance of communication training. The dissemination of knowledge about the concept of CSTs is also mentioned individually.

Qualitative Results of Interviews

In addition to the questionnaire, we conducted an interview. We considered a quota sample of 20 centers and contacted the contact persons regarding the interview. In the end, not all but 11 interviews were conducted due to unavailability, which still met the quotas relatively well (see Fig. 5) and led to sufficient theoretical saturation. On the one hand, the interviews served to a certain extent as a validity check of the information from the questionnaires; on the other hand, the targeted exchange allowed a more in-depth analysis of the center-specific structures, which exemplify the situation regarding CSTs.

Course Content

The topics recommended by Stiefel et al. [12] and Stiefel et al. [15] – dealing with (difficult) emotions, building relationships with patients, working with relatives, interprofessional collaboration and reflecting on

Table 2. Analysis of CST offers compared to the relevant consensus recommendations according to Stiefel et al. [15] and Karger et al. [16]

Criterion	Result	Recommendations according to Karger et al. (2022) [16]	Recommendations according to Stiefel et al. (2018) [15]	Rating
<i>Conceptual aspects</i>				
Course length	90% (n = 19) regular courses and 100% (n = 12) project-based training courses with less than 25 teaching units (45 min each)	25 lesson units (45 min each)	At least 3 days	Minimum scope usually not reached (assumption: 1d = 8–10 h)
<i>Didactics</i>				
Design	78% (n = 21) each lectures and role play, 70% (n = 19) interactive group work, 67% (n = 18) own learner-centered case studies, 59% (n = 16) small group work, 37% (n = 10) videos with (actor) patients (regular courses)	Participant- and experience-oriented, Focus on practical exercises	Participant- and experience-oriented, Focus on practical exercises	Focus on practical exercises largely achieved. A learner-centered perspective is fulfilled
Mono-/ multidisciplinary	4% (n = 1) interdisciplinary 96% (n = 22) monodisciplinary regarding regular courses	Interdisciplinary approach	Mono- or multidisciplinary courses, depending on the purpose of the training	The purpose of the monodisciplinary group composition cannot be assessed Interdisciplinary composition in regular courses mostly missed
Group size	64% (n = 14) of the regular and 71% (n = 10) of the project-related training courses had more than 6 participants	Maximum size of up to 6 participants per trainer	Maximum size of up to 6 participants per trainer	Mostly groups above the recommended size
<i>Trainer qualification</i>				
Who trains	96% (n = 22) for regular courses and 64% (n = 9) for project courses by internal staff	Experience in oncology and as a communication trainer, didactic qualification, train-the-trainer seminar, Supervision, intervision, job shadowing	Specialists with experience in oncology and as communication trainers, didactic qualification, train-the-trainer seminar	Didactic qualification of trainers cannot be assessed; "experience in oncology" mostly fulfilled
<i>Structural requirements</i>				
Financing	Regular training: 74% (n = 17) employers, 13% (n = 3) cost sharing between employers and participants, remainder "other" Project training: 71% (n = 10) partially or fully financed by third-party funds, remainder by employer and/or "other"	Financing by the employer	Financing through unrestricted grants from various sources of funding and the employer	Employer funding largely achieved Unrestricted subsidies only partially achieved
Refresher courses for regular offers	50% (n = 11)	Regular "booster" and "refresher" sessions	Long-term refresher sessions	Refresher sessions for only half

Table 2 (continued)

Criterion	Result	Recommendations according to Karger et al. (2022) [16]	Recommendations according to Stiefel et al. (2018) [15]	Rating
Holding time during working hours	Regular courses 76% ($n = 16$), project courses 79% ($n = 11$) exclusively during working hours	Part of working time (e.g., as further training)	Part of the working time	Holding during working hours largely fulfilled

The numbers for n always refer to the number of trainings, not the number of centers, as some centers offer several trainings. Altogether, there are 23 regular courses and 14 project courses from 27 centers.

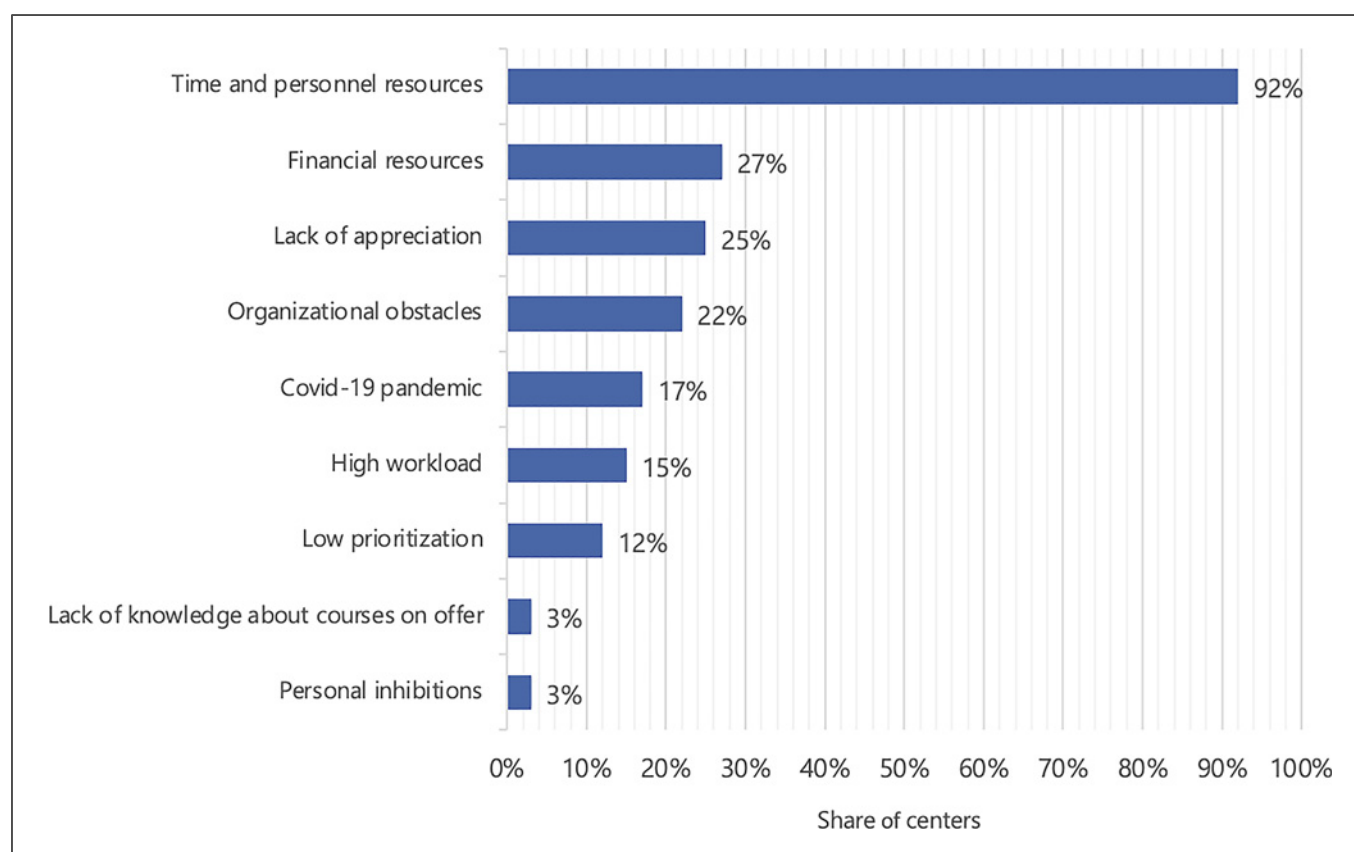


Fig. 3. Perceived inhibiting factors on the implementation of successful CSTs: “Please name the reasons that, in your opinion, hinder the implementation of successful communication training.” Indication of the factors found on the basis of the participants’ statements on the y-axis with the frequencies on the x-axis as the proportion of participants who mentioned this factor out of a total of $n = 60$ respondents.

one’s own behavior – are only partially covered in the courses: the topics were mostly all addressed, but it was emphasized in some places that this represents a superficial rather than in-depth part of the course. In all regular courses, the topics of dealing with emotions and building relationships are dealt with independently, while the remaining content is only rudimentary or sometimes missing. In addition to these predefined topics, the following were mentioned: examples of challenging com-

munication situations with oncology patients, communication models, conversation settings, and digital communication channels.

Obstacles and Opportunities

In the interview group “Centers without a CST offer” ($n = 5$), a high demand for communication training for oncology practitioners was identified in all centers. Here, too, we asked about the obstacles to such a service:

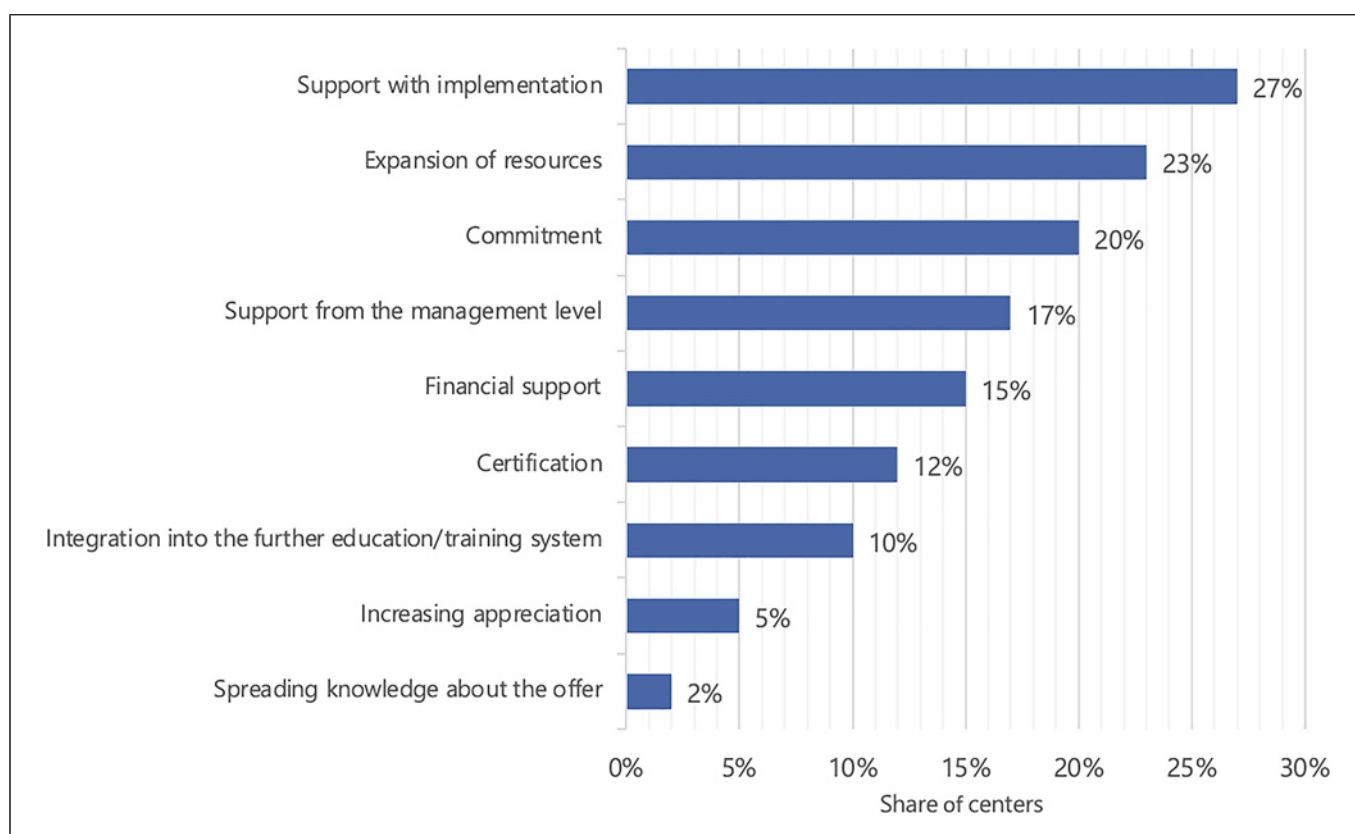


Fig. 4. Perceived supporting factors for the establishment of CSTs: “Please indicate your wishes regarding communication training at your institution. What could facilitate successful implementation?” Indication of the factors found on the basis of the participants’ statements on the y-axis with the frequencies on the x-axis as the proportion of participants who mentioned this factor out of a total of $n = 60$ respondents.

Fig. 5. Characteristics of the interviewed centers. Of the 11 interviewees, 6 came from a center with training and 5 from a center without; 6 interviewees had a somatic specialist background and 5 a psychosomatic/psychotherapeutic specialist background; and 8 centers were affiliated with a university and 3 had no university background.

Demographics of the centers	
Training Offer	n = 6 training, n = 5 no training
University Background of Center	n = 8 yes, n = 3 no
Demographics of the interviewees	
Professional Background	n = 6 somatic, n = 5 psychosomatics
Hierarchy Level	n = 3 clinic director, n = 1 senior consultant, n = 3 senior physician, n = 4 other
Gender	n = 6 female, n = 5 male

The factor of a lack of time and personnel resources was also unanimously mentioned by all interviewees. It should, therefore, be noted that the findings from the interviews underline the conclusions from the questionnaires. Three of the five participants also mentioned the generally low level of appreciation or doubts about the usefulness of such a training measure among center employees. Furthermore, two interviewees criticized that the organizational effort hindered implementation, partly due to a lack of support and the immediate sole responsibility of a project-inhibiting

initiative. One center partner also mentioned the unresolved issue of funding. All respondents mentioned a mandatory offer as helpful in driving forward CST implementation. Two of five also voted in favor of including CSTs in the certification catalog. Two participants also emphasized the importance of an active management level that takes responsibility for course organization and reinforces the relevance of such a program.

In the interview group “Centers offering CSTs” ($n = 6$), the obstacles on the way to CST implementation were

apparently overcome; we asked this interview group which factors they would perceive as helpful for a nationwide implementation: Here, three of the six mentioned the obligation for oncology staff to participate in CSTs. Two of the interviewees also advocated the inclusion of CSTs in the certification criteria. These two aspects – commitment and inclusion in the certification criteria – are given more weight in the interviews than in the questionnaires.

Discussion

Our study showed that only 23.7% of DKG-certified oncology centers in Germany offer regular CST. The existing training courses proved to be slightly in line with the recommendations, for example, in terms of being held during working hours and practical relevance. In many respects, however, the courses deviate significantly from the recommendations, for example, with regard to the inclusion of all professional groups (interdisciplinarity), funding, refresher courses, course length, and size. In addition, we were able to characterize a variety of obstacles as explanations for this insufficiency, such as a lack of time, money, and personnel resources, a lack of appreciation, organizational obstacles, a high workload, and low prioritization. However, these obstacles can also be identified as points of attack for future improvements. To our knowledge, this study is the first systematic assessment of the quantity and quality of CSTs at German oncology centers. At the international level, only one study could be found that pursued a similar objective: Hoffman et al. [33] were commissioned by the American Association for Cancer and Education (AACE) in 2004 to investigate the status of CSTs in the USA at that time. Only 31% (50/159) of the programs included some form of CST, none of which were in surgical oncology. The lack of CST programs in US training programs is consistent with our findings in Germany, where only 23.7% of the cancer centers responding to us offer regular CST. The main barrier in both studies was the problem of lack of time, in our work, especially against the background of the staffing situation. However, the didactic methods used in the courses we examined were more varied and interactive. Yet, this difference might also be explained by the time lag between the two studies as the development of didactic methodology has progressed in recent decades, and interactive methods, in particular, have become increasingly important. The topics considered necessary and desirable for the course are quite congruent between the two study populations. In addition, both studies identify “commitment” and, in some cases, “integration into the further education regulations” as helpful factors in promoting widespread implementation.

The factor of scarce time and personnel resources or the high workload in the oncology sector was thus

identified as the main obstacle to CSTs at the time of the study by Hoffman et al. [33] and in our work. The fact that this factor is highly prevalent is consistent with studies that record the workload of oncology specialists: high levels of burnout symptoms have been found among medical and nursing staff in oncology worldwide [34], as well as explicitly in Europe [35]. Similar results can also be specifically found in Germany [36]. The coronavirus pandemic, which was also repeatedly cited as an obstacle by participants in our study, made this situation even more difficult: A study by Arndt et al. [37] systematically demonstrated that the personnel and time capacities in German oncology centers were once again significantly compressed in the course of the pandemic.

In our work, too, we repeatedly came across statements complaining about the high workload and the compression of personnel resources; given the studies presented, this does not appear to be a phenomenon that is only found in our sample but also a far-reaching problem in oncology in general. With regard to CSTs, this can, therefore, be confirmed as a major obstacle to widespread implementation. On the other hand, it should be borne in mind that CSTs can also be part of the solution by helping to prevent stress and burnout [38, 39]. For example, it has already been shown that learning conversation techniques can save a significant amount of time, which makes everyday clinical oncology easier and can in turn lead to a reduction in stress [40]. A study by Karger et al. [41] demonstrated that the majority of treating physicians at oncology centers already recognize this advantage of a CST offer and rate the importance of CSTs as high.

The factors “active management level” and a “sharpening of awareness” we found to facilitate the implementation of CSTs were also identified by Back (2020) as factors for encouraging high-quality patient-clinician communication [42]. One point we could identify in our study as a significant inhibiting factor is the organization of such a course. In addition to structural deficits, this also includes concretization of course content. Some of our study participants described it as helpful if certain course concepts were already predefined, which course initiators at the oncology center could then fall back on. In fact, a wide range of such specific instructions already exist. In the USA, the National Cancer Institute (NCI) presents three curricula that are considered evidence-based and could represent possible model guidelines for CSTs [43]: *Vitaltalk*, *Comskil*, and *SICG*. Unlike in the USA, equivalent German state health institutes do not make official recommendations on specific curricula.

Nevertheless, various research groups have also developed several programs in Germany. For example, the *KoMPASS project* by Vitinius et al. [44] developed a CST curriculum, which is implemented as a program in Cologne (“Kommunikative Kompetenz”) and has so far reached the most participants ($n = 335$). In the *KommRheinInterpro*

project [45], the interdisciplinary approach was further refined. In the ComOn projects, randomized controlled trials demonstrated significant changes at the communication level [46, 47]. A customized CST program by Wuensch et al. [48] significantly improved the discussions between doctors and patients about RCTs. While these and other projects [49] already provide exemplary curricula, what is still needed is the transfer of the project-related, time-limited offer into a regular and constant offer – and preferably nationwide, i.e., beyond the centers participating in the project.

Limitations

As our survey period happened to be during the aftermath of the coronavirus pandemic, this topic is also reflected in the participants' statements. Two participants told us in the interview that CSTs that had previously regularly taken place had been suspended or decelerated due to the pandemic-related restrictions. Another hindering factor was that some of our study participants in the interviews were not familiar with the terms "CSTs" and "project or regular course" per se; nevertheless, we clarified those terms with the interviewees, and they were able to tell us about the structure of communication trainings at their center in their view. This lack of knowledge about the terms can perhaps be seen as a further indication that knowledge about CSTs needs to be spread. It should also be noted that no statement can be made as to the extent to which the contact persons providing information actually had a valid overview of the course offerings of the entire center; we tried to ensure to reach the most qualified persons by specifically asking the clinic directors to forward the study to the person who they assessed to be the one with the most knowledge regarding CSTs at the center. Regarding the demographics, we did not collect data about the respondent's age.

Finally, the evaluation of the question on the number of course participants in the CSTs can be misinterpreted concerning the consensus guidelines. We only asked about the total number of participants in the questionnaire, while the recommendations explicitly refer to the number of participants per trainer.

Conclusion and Outlook

The study aimed to record the quantity and quality of CSTs in Germany and identify barriers and opportunities regarding further development of CSTs. Overall, we consider the situation regarding CSTs at German oncology centers to be inadequate. As possible starting points, we identified guaranteed counter-financing, the dissemination of knowledge and awareness, inclusion in

the certification criteria, integration into the training regulations, active responsibility at the management level, an obligation for target groups to participate, and the provision of specific curricula. Although CSTs are always designed to be learner-centered and should, therefore, always leave room for individual interpretation, providing a certain evidence-based and standardized guiding curriculum seems to help the beginnings of a CST offer.

Further research is also needed, particularly in the area of evaluation/evidence provision. We hope that work like this will spread knowledge and awareness of the concept of CSTs so that further development and widespread introduction will soon become more realistic.

Acknowledgments

We would like to thank our dedicated colleagues for completing the questionnaires, especially those who were willing to be interviewed.

Statement of Ethics

We confirm that the entire research complies with the ethical guidelines, including compliance with the legal requirements of the study country. The University Hospital of Cologne's responsible Ethics Committee approved the study with a favorable vote on 06/20/22 (21-1589_1). Written informed consent was obtained from participants to participate in the study in the questionnaires as well as in the interviews.

Conflict of Interest Statement

The authors have no conflicts of interest to declare.

Funding Sources

No funding was requested or used for this study.

Author Contributions

C.A. coordinated the study group. E.V.C. performed the quantitative and qualitative data acquisition and wrote the first draft of the manuscript. All authors discussed the results and cooperatively conceptualized the research question and the study design and instruments. C.A., A.W., F.V., A.P.M., F.M., E.J., and C.B. critically revised the manuscript until all authors gave their final consent.

Data Availability Statement

The data that support the findings of this study are not publicly available due to their containing information that could compromise the privacy of research participants but are available from the submitting secretary (E.V.C.) upon reasonable request.

References

- Epstein R, Street RJ. In: Institute NC, editor. Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. Bethesda, MD; 2007.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Can Med Assoc J = J de l'Association medicale canadienne*. 1995;152(9):1423–33.
- Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(3):CD003751. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub3>
- Vucic V, Radovanovic S, Radevic S, Savkovic Z, Mihailovic N, Mihaljevic O, et al. Mental health assessment of cancer patients: prevalence and predictive factors of depression and anxiety. *Iran J Public Health*. 2021;50(10):2017–27. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i10.7502>
- Jenkins V, Fallowfield L. Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *J Clin Oncol*. 2002;20(3):765–9. <https://doi.org/10.1200/jco.2002.20.3.765>
- Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol*. 1998;16(5):1961–8. <https://doi.org/10.1200/jco.1998.16.5.1961>
- Junod Perron N, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Med Wkly*. 2015;145:w14064. <https://doi.org/10.4414/sm.w.2015.14064>
- Stiefel F, Favre N, Despland JN. Communication skills training in oncology: it works. *Recent Results Cancer Res*. 2006;168:113–9. https://doi.org/10.1007/s3-540-30758-3_11
- Razavi D, Merckaert I, Marchal S, Libert Y, Conradt S, Boniver J, et al. How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *J Clin Oncol*. 2003;21(16):3141–9. <https://doi.org/10.1200/jco.2003.08.031>
- Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Wössmer B. Improving communication skills--a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med*. 1998;60(3):268–76. <https://doi.org/10.1097/00006842-199805000-00009>
- Stiefel F, Bourquin C. Communication in oncology: now we train - but how well? *Ann Oncol*. 2016;27(9):1660–3. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw229>
- Stiefel F, Barth J, Bensing J, Fallowfield L, Jost L, Razavi D, et al. Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Ann Oncol*. 2010;21(2):204–7. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp564>
- Stiefel F, de Vries M, Bourquin C. Core components of Communication Skills Training in oncology: a synthesis of the literature contrasted with consensual recommendations. *Eur J Cancer Care*. 2018;27(4):e12859. <https://doi.org/10.1111/ecc.12859>
- Kiss A. Communication skills training in oncology: a position paper. *Ann Oncol*. 1999;10(8):899–901. <https://doi.org/10.1023/a:1008340806731>
- Stiefel F, Kiss A, Salmon P, Peters S, Razavi D, Cervantes A, et al. Training in communication of oncology clinicians: a position paper based on the third consensus meeting among European experts in 2018. *Ann Oncol*. 2018;29(10):2033–6. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy343>
- Karger A, Bruns G, Petermann-Meyer A, Vitinius F, Wunsch A, Zimmermann T, et al. Empfehlungen zur Umsetzung von Kommunikationstrainings an Onkologischen Zentren in Deutschland. *Forum*. 2022;37(4):299–303. <https://doi.org/10.1007/s12312-022-01106-3>
- Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol*. 2011;22(5):1030–40. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq441>
- Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, Bialer PA, Levin TT, Maloney EK, et al. Communication skills training for oncology professionals. *J Clin Oncol*. 2012;30(11):1242–7. <https://doi.org/10.1200/jco.2011.39.6184>
- Moore PM, Rivera S, Bravo-Soto GA, Olivares C, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;7(7):CD003751. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4>
- Uitterhoeve RJ, Bensing JM, Grol RP, Demulder PH, VAN Achterberg T. The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. *Eur J Cancer Care*. 2010;19(4):442–57. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01082.x>
- Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *Jama*. 2007;298(9):993–1001. <https://doi.org/10.1001/jama.298.9.993>
- Basile I, Consolo I, Rusconi D, Arba L, Rampichini F, Caraceni A, et al. The perspective of cancer patients in palliative care on unmet needs: a qualitative synthesis using meta-ethnography. *Am J Hosp Palliat Care*. 2024;41(12):1491–505. <https://doi.org/10.1177/10499091231226429>
- Driessen HPA, Busschbach JJV, van der Rijt CCD, et al. Unmet care needs of patients with advanced cancer and their relatives: multicentre observational study. *BMJ Support Palliat Care*. 2024;14:e1413–21.
- Benstead K, Brandl A, Brouwers T, Civera J, Collen S, Csaba DL, et al. An inter-specialty cancer training programme curriculum for Europe. *Eur J Surg Oncol*. 2023;49(9):106989. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2023.106989>
- Okamura M, Fujimori M, Saito E, Osugi Y, Akizuki N, Uchitomi Y. Development of an online communication skills training program for oncologists working with adolescents and young adults. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2023;12(3):433–9. <https://doi.org/10.1089/jayao.2022.0102>
- Stiefel F, Bernhard J, Bianchi G, Dietrich L, Hürny C, Kiss A, et al. The Swiss model. In: Kissane DW, Bultz BD, Butow PN, Bylund CL, Noble S, Wilkinson S, editors. *Oxford textbook of communication in oncology and palliative care*. Oxford University Press; 2017. p. 0. <https://doi.org/10.1093/med/9780198736134.003.0057>
- The Royal Australasian College of Physicians. Physician readiness for expert practice (PREP) training program. In: *Medical oncology advanced training curriculum*; 2013. https://www.racp.edu.au/docs/default-source/trainees/advanced-training/medical-oncology/medical-oncology-adult-medicine-advanced-training-curriculum.pdf?sfvrsn=75222c1a_10
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), AWMF. Leitlinienprogramm Onkologie: Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen. Langversion; 2023. Vol. 2.1. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/psychoonkologie>
- Stiefel F, Bourquin C, Salmon P, Achteri Jeanneret L, Dauchy S, Ernstmann N, et al. Communication and support of patients and caregivers in chronic cancer care: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open*. 2024;9(7):103496. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.103496>
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG). OncoMap. [https://www.oncomap.de/cnetworks/cnocos?selectedCountries=\[Deutschland\]&selectedCerttypes=\[DKG\]&showMap=1](https://www.oncomap.de/cnetworks/cnocos?selectedCountries=[Deutschland]&selectedCerttypes=[DKG]&showMap=1)
- Kuckartz U. Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Springer; 2014. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93267-5>
- Kuckartz U. Qualitative inhaltsanalyse: methoden, praxis, computerunterstützung. 4 ed. Beltz Juventa; 2018.
- Hoffman M, Ferri J, Sison C, Roter D, Schapira L, Baile W. Teaching communication skills: an AACE survey of oncology training programs. *J Cancer Educ*. 2004;19(4):220–4. https://doi.org/10.1207/s15430154jce1904_8
- HaGani N, Yagil D, Cohen M. Burnout among oncologists and oncology nurses: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol*. 2022;41(1):53–64. <https://doi.org/10.1037/hea0001155>
- Banerjee S, Califano R, Corral J, de Azambuja E, De Mattos-Arruda L, Guarneri V, et al. Professional burnout in European young oncologists: results of the European society for medical oncology (ESMO) young oncologists committee burnout survey. *Ann Oncol*. 2017;28(7):1590–6. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx196>

- 36 Hipp M, Pilz L, Al-Batran SE, Hautmann MG, Hofheinz RD. Workload and quality of life of medical doctors in the field of oncology in Germany--a survey of the working group quality of life of the AIO for the study group of internal oncology. *Oncol Res Treat*. 2015; 38(4):154–9. <https://doi.org/10.1159/000381074>
- 37 Arndt V, Doege D, Fröhling S, Algül H, Bargou R, Bokemeyer C, et al. Kapazität der onkologischen Versorgung in deutschen onkologischen Spitzenzentren während der ersten 2 Jahre der COVID-19-Pandemie. *Forum*. 2022;37(5):372–6. <https://doi.org/10.1007/s12312-022-01121-4>
- 38 Kennedy Sheldon L. Communication in oncology care: the effectiveness of skills training workshops for healthcare providers. *Clin J Oncol Nurs*. 2005;9(3):305–12. <https://doi.org/10.1188/05.Cjon.305-312>
- 39 Kiss A, Söllner W. Communication and communication skills training in oncology: open questions and future tasks. *Recent Results Cancer Res*. 2006;168:121–5. https://doi.org/10.1007/3-540-30758-3_12
- 40 Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *J Med Pract Manage*. 2001;16(4):184–91.
- 41 Karger A, Geiser F, Vitinius F, Sonntag B, Schultheis U, Hey B, et al. Communication skills trainings: subjective appraisal of physicians from five cancer centres in north rhine, Germany. *Oncol Res Treat*. 2017;40(9): 496–501. <https://doi.org/10.1159/000479113>
- 42 Back AL. Patient-clinician communication issues in palliative care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2020;38(9): 866–76. <https://doi.org/10.1200/jco.19.00128>
- 43 National Cancer Institute (NCI). PDQ communication in cancer care. 2023. Retrieved from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/adjusting-to-cancer/communication-hp-pdq>
- 44 Vitinius F, Sonntag B, Barthel Y, Brennfleck B, Kuhnt S, Werner A, et al. KoMPASS-Konzeption, Implementierung und Erfahrungen mit einem strukturierten Kommunikationstraining für onkologisch tätige Ärzte [KoMPASS – Design, Implementation and Experiences Concerning a Structured Communication Skills Training for Physicians Dealing with Oncology]. *Psychother Psych Med*. 2013;63(12):482–8. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1341468>
- 45 Karger A, Petermann-Meyer A, Vitinius F, Geiser F, Kraus D, Ersten L, et al. Effectiveness of interprofessional communication skills training for oncology teams: study protocol for a three-arm cluster randomised trial (KommRhein Interpro). *BMJ Open*. 2022;12(12):e062073. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062073>
- 46 Goelz T, Wuensch A, Stubenrauch S, Ihorst G, de Figueiredo M, Bertz H, et al. Specific training program improves oncologists' palliative care communication skills in a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2011; 29(25):3402–7. <https://doi.org/10.1200/jco.2010.31.6372>
- 47 Niglio de Figueiredo M, Krippeit L, Ihorst G, Sattel H, Bylund CL, Joos A, et al. ComOn-Coaching: the effect of a varied number of coaching sessions on transfer into clinical practice following communication skills training in oncology: results of a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2018;13(10):e0205315. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205315>
- 48 Wuensch A, Goelz T, Ihorst G, Terris DD, Bertz H, Bengel J, et al. Effect of individualized communication skills training on physicians' discussion of clinical trials in oncology: results from a randomized controlled trial. *BMC Cancer*. 2017;17(1):264. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3238-0>
- 49 Wünsch A, Bergelt C, Götze H, Karger A, Oechsle K, Rüffer JU, et al. Kommunikationstrainings für onkologisch tätige Ärztinnen in Deutschland. *Forum*. 2021;36(5): 391–5. <https://doi.org/10.1007/s12312-021-00972-7>

4. Diskussion

Unsere Ergebnisse konnten somit zeigen, dass die Mehrheit der onkologischen Zentren unserer Stichprobe kein Communication Skills Training anbieten. Nur knapp ein Viertel der Gesamtheit gab an, ein CST als reguläres, dauerhaftes Angebot zu führen. Von den Zentren mit Trainingsangeboten wurden diese in der Mehrheit als nicht oder nur teils suffizient bewertet. Diese Ergebnisse führen uns als Forschungsgruppe zu der Einschätzung, dass die Lage der Quantität und Qualität von CSTs in Deutschland zu diesem Zeitpunkt als unzureichend bewertet werden kann. Hinderliche Faktoren, die zur Erklärung dieser inadäquaten Versorgungssituation identifiziert werden konnten, waren im Wesentlichen ein Mangel an Zeit-, Personal- und finanziellen Ressourcen, fehlende Wertschätzung für das Konzept, sowie organisatorische Schwierigkeiten. Als mögliche Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung und vermehrte Verbreitung von CST-Angeboten wurden vor allem Unterstützung bei der Implementierung, Erweiterung der mangelnden Ressourcen, Verpflichtung, Unterstützung durch Führungsebenen sowie die Einarbeitung des Konzepts in Zertifizierungskataloge bzw. Weiterbildungsordnungen identifiziert.

4.1. Vergleich der eigenen Ergebnisse mit der Literatur

Diese Studie stellt unseres Wissens nach die erste systematische Erfassung der Quantität und Qualität von CSTs an deutschen onkologischen Zentren dar. Durch Recherche der einschlägigen Literaturdatenbanken ließ sich nur eine andere Studie finden, die eine ähnliche Zielsetzung verfolgte: Hoffmann et al. (2004) untersuchten im Auftrag der American Association for Cancer and Education (AACE) im Jahr 2004 den damaligen Stand der CSTs im US-amerikanischen Raum. Auch hier wurde ein von den Autoren zusammen entwickelter und konsentierter Fragebogen versendet, der die Quantität von CSTs als auch bestimmte qualitative Faktoren abfragte. Stichprobe waren hier die Programmdirektoren von akkreditierten Trainingsprogrammen im Feld von klinischer, radiologischer, gynäkologischer und operativer Onkologie. Nur 31% (50/159) der Programme beinhalteten in irgendeiner Form auch ein CST, davon keines in der operativen Onkologie⁴². Der hier gefundene Mangel an CST-Programmen in amerikanischen Trainingsprogrammen deckt sich mit unseren Ergebnissen in Deutschland, wo nur 23,7% der uns geantworteten Krebszentren ein regelhaftes CST anbieten. Die Vielfalt der Lehrmethoden in den Kursen scheint in unserer Stichprobe jedoch größer auszufallen: Während Hoffman et al. (2004) berichten, dass mit 13 von 50 nur eine Minderheit der Programme über den bloßen Vortrag hinaus weitergehende Elemente wie Rollenspiele, Videoaufzeichnungen oder Bed-Side-Teaching enthielten⁴², können die von uns untersuchten CST-Programme als durchaus didaktisch vielfältig eingestuft werden: Unter den regelhaften Kursen wurden neben Vorträgen (78%) auch Rollenspiele

(78%), interaktive Gruppenarbeiten (70%), eigene Fallbeispiele (67%), Kleingruppenarbeit (59%) und Videos mit (Schauspieler-)PatientInnen (37%) eingesetzt. Es ist jedoch möglich, dass dieser Unterschied auch durch den zeitlichen Abstand der beiden Arbeiten zu erklären ist, da die Entwicklung der didaktischen Methodik doch in den letzten Jahrzehnten vorangeschritten ist und gerade interaktive Methoden immer mehr an Bedeutung gewonnen haben.

Als inhaltliche Wünsche der Studienteilnehmer an ein CST-Curriculum identifizierten die Autoren die Themen Gesprächstechniken, Breaking Bad News, Besprechen von Prognosen und Umgang mit schwierigen Situationen, sowie vereinzelt Hospizschulung, Konfliktlösung, Sexualität/Intimität und der Umgang mit schwierigen Ärzten⁴². Wir fragten in unserer Studie die Teilnehmer, an welchen Stellen sie noch Schulungsbedarf sehen (unveröffentlichte Ergebnisse der CST-Studie), woraufhin wir als Antwort die Themen Breaking Bad News, der Übergang in die Palliativsituation und den Umgang mit Angehörigen und schwierigen Patienten erhielten. Die gewünschten Themenbereiche zeigen sich also als größtenteils deckungsgleich.

Ein weiterer Teil unserer Studie beschäftigt sich mit der Frage, warum eine flächendeckende CST-Implementierung nicht erreicht werden konnte; auch Hoffmann et al. (2004) widmeten sich dieser Frage und konnten folgende Faktoren als wahrgenommene Barrieren herausstellen: "Seventy-three percent of those polled (116/158) cited lack of faculty time, 42% (67/158) lack of faculty expertise, 37% (59/158) lack of faculty interest, 39% (61/158) lack of trainee time, and 9% (15/158) "other" as barriers."⁴² Der Zeitmangel wird hier sowohl auf Seiten des Lehrkörpers als auch auf Seiten der Kursteilnehmenden zweimal erwähnt und macht auch prozentuell den größten Anteil aus. Auch unsere Studienteilnehmer nannten Zeitmangel als größtes Hindernis, jedoch explizit aufgrund des Personalmangels, welcher in Hoffmann et al. (2004) nicht erwähnt wurde.

Der Faktor „Mangel an Fachwissen“, der hier an zweiter Stelle genannt wird⁴², lässt sich nicht in den Aussagen unserer Studienteilnehmer wiederfinden. Der Aspekt „Mangel an Interesse vonseiten des Lehrkörpers“⁴² lässt sich bei uns punktuell wiederfinden in den Kategorien „Fehlende Wertschätzung“, „Niedrige Priorisierung“ und „Unterstützung durch die Leitungsebene“.

Die hier zitierte Studie beschäftigte sich damals schon mit zwei Aspekten, die auch in unserer Arbeit immer wieder thematisiert wurden: Die Verpflichtung von CSTs und eine Aufnahme der CSTs in die Weiterbildungsordnung. Tatsächlich sprachen sich 63% der befragten Ansprechpartner dafür aus, CSTs für onkologische Weiterbildungsassistenten obligatorisch zu machen. Dies bedeutet einerseits eine verpflichtende Teilnahme für die Assistenten, andererseits eine Pflicht für die Arbeitgeber, ein solches CST anzubieten. Gleichzeitig fanden 25-39% der Programmdirektoren, dass Kommunikationsfähigkeiten eine obligatorische

Kernkompetenz in Kommunikationsfähigkeiten für die Erlangung der Fachgebietszertifizierung darstellen sollten⁴². Beide Punkte wurden auch in unserer Arbeit mehrfach geäußert.

Es lassen sich also trotz der räumlichen und zeitlichen Differenz der Arbeiten mehrere Parallelen feststellen: Beide Studien konnten eine insuffiziente Prävalenz von CST-Angeboten im jeweiligen Studienraum konstatieren. Hauptfaktor war in beiden Fällen das Problem des Zeitmangels, in unserer Arbeit gerade vor dem Hintergrund der Personalsituation. Die didaktischen Methoden zeigen sich – man bedenke auch die zeitliche Weiterentwicklung – bei den von uns untersuchten Kursen vielfältiger und interaktiver. Die Themen, die für den Kurs als notwendig und wünschenswert erachtet werden, sind recht deckungsgleich zwischen den beiden Studienpopulationen. Außerdem werden in beiden Arbeiten die Punkte „Verpflichtung“ und teilweise auch „Integration in die WBO“ als hilfreiche Faktoren identifiziert, um eine flächendeckende Implementierung voranzutreiben.

4.2. Arbeitsbelastung in der Onkologie

Der Faktor, der am meisten sowohl in Fragebogen als auch Interviews als hinderlich bezüglich einer CST-Implementierung genannt wurde, sind die knappen Zeit- und Personalressourcen bzw. die hohe Arbeitsbelastung im Sektor Onkologie. Dies deckt sich mit Blick auf Untersuchungen, die die Belastung des onkologisch tätigen Fachpersonals erfassen: So etwa konnte die Metaanalyse von HaGani et al. (2022) feststellen, dass hohe Level an Burn-Out-Symptomaten weltweit unter ärztlichen sowie pflegerischen Mitarbeitenden in der Onkologie herrschen würden; dies wurde anhand des Maslach Burnout Inventory (MBI) erhoben, welcher die drei Hauptdomänen emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und verminderte Leistungskompetenzen abfragt. Gerade unter europäischen OnkologInnen sei besonders die Depersonalisierungssymptomatik ausgeprägt⁴³. Gründe dafür seien unter anderem hohe berufliche Anforderungen, vermehrte administrative Verantwortlichkeiten, hoher Arbeitsstress und ein Mangel an organisatorischer Unterstützung⁴³⁻⁴⁵. Eine weitere Studie, die explizit Burnout-Symptomaten onkologischer Fachkräfte in Europa untersuchte, konnte ebenfalls hohe Level an Burnout-Raten feststellen; dabei am höchsten (84,2%) in Zentral-Europa, wozu auch Deutschland gezählt wurde⁴⁶. Auch lassen sich ähnliche Ergebnisse konkret in Deutschland finden, was insofern bedeutend ist, als dass sich unsere Arbeit ausschließlich auf deutsche onkologische Zentren konzentriert. So etwa untersuchten Hipp et al. (2015) den Berufsstress unter deutschen onkologischen Gesundheitsmitarbeitern aus der Pflege- und der Ärzteschaft: Auch hier konnte gezeigt werden, dass diese generell einem großen beruflichen Stress und hohen Burnout-Raten ausgesetzt seien. Hier wurde die folgende Überlegung aufgestellt: Während früher die hohe Belastung primär durch die alltägliche Konfrontation mit tödlich erkrankten Patienten und der damit einhergehenden emotionalen Betroffenheit zu erklären sei, würden heute vielmehr strukturelle Bedingungen den Hauptfaktor der Belastung darstellen. Zentral verantwortlich sei die Struktur des Gesundheitssystems, das sich seit den

1990er Jahren verändert habe im Sinne einer starken Reduktion von Patientenbetten und einer bis um die Hälfte verkürzten Liegedauer, woraus eine Verdichtung der Patientenarbeit und ein erhöhter Arbeitsaufwand resultiere. Damit als zusätzlich belastende Faktoren einhergehen würden ebenso Zeitdruck, Überlastung mit Schreiarbeit und Verwaltungskonflikte. Bestätigt werden könne diese Überlegung ebenfalls dadurch, dass eben vor allem unter den stationär tätigen Onkologen die Stressraten besonders hoch waren im Vergleich zu den ambulanten Kollegen⁴⁷. Eine weitere Erschwerung dieser Situation stellte die Corona-Pandemie dar, die auch in unserer Studie von Teilnehmern immer wieder als Hindernis benannt wurde: Dass die personellen und zeitlichen Kapazitäten in deutschen onkologischen Zentren im Zuge der Pandemie noch einmal deutlich verdichtet wurden, konnte die Untersuchung von Arndt et al. (2022) systematisch aufzeigen⁴⁸.

Auch in unserer Arbeit stießen wir immer wieder auf Aussagen, die die hohe Arbeitsbelastung und Verdichtung der Personalressourcen beklagten. Mit Blick auf die vorgestellten Studien scheint dies kein Phänomen zu sein, dass sich lediglich in unserer Stichprobe wiederfindet, sondern auch ein weitreichendes Problem der Onkologie generell. In Bezug auf CSTs lässt sich dies also als großes Hindernis für eine flächendeckende Implementierung bestätigen. Auf der anderen Seite ist zu bedenken, dass alle vorgestellten Arbeiten deutlich den Bedarf identifizieren, Strategien zur Stressreduktion zu entwickeln, um letztendlich die Berufszufriedenheit der OnkologInnen wieder zu stärken. Dazu werden etwa spezielle evidenzbasierte Interventionen mit dem Ziel des Erlernens von Coping-Strategien vorgeschlagen⁴⁷. Mit Rückbezug auf unser Thema CSTs lässt sich schließen, dass auch diese als Intervention zur Stressreduktion geeignet sein können: Schließlich hat sich bereits gezeigt, dass onkologisch tätige Mitarbeitende im Gesundheitswesen nach den Trainingseinheiten eine erhöhte Selbstwahrnehmung und vermehrtes Selbstbewusstsein entwickelten⁴⁹ – Skills, die die alltäglichen Stressbelastungen abpuffern können. Auch Kiss & Söllner (2006) kommen zu dem Schluss, dass CSTs insofern zur Stress- und Burnout-Prophylaxe beitragen können, als dass sie unter Berücksichtigung der individuellen Resilienz und unter Miteinbezug von Selbsterfahrungs-Inhalten den Teilnehmern wertvolle Coping Skills vermitteln können¹⁶.

4.3. Kommunikationsherausforderungen und Schulungsbedarf

Dass ein Bedarf nach einer spezifischen Kommunikationsschulung an den onkologischen Zentren gegeben ist, wurde uns vielfältig von den Studienteilnehmern widerspiegelt (unveröffentlichte Ergebnisse der eigenen CST-Studie). Konkret wurden an mehreren Stellen folgende herausfordernden Kommunikationssituationen als defizitär benannt: Das Überbringen schlechter Nachrichten (Breaking Bad News), der Übergang in die Palliativsituation, der Umgang mit Angehörigen sowie der Umgang mit Patienten, die nicht adhärent, unzufrieden oder übermäßig zeiteinnehmend sind. Diese Erkenntnisse decken sich mit früheren Untersuchungen bezüglich onkologischer Kommunikationsschwierigkeiten: Eine

Studie von Wittenberg et al. (2013), die eine Zusammenschau lieferte über die auf Seiten der onkologischen Pflerschaft wahrgenommenen Kommunikationsbarrieren mit Patienten, erwähnt ebenfalls die oben genannten Punkte des Breaking Bad News, Angehörigenarbeit, sowie Palliation bzw. Hospiz und Therapiezieländerung⁵⁰. Zusätzlich wurden hier die Themenkomplexe Spiritualität/Religion, interkulturelle Unterschiede, ökonomischer Einfluss der Erkrankung, sexuelle Gesundheit, Probleme von Krebsüberlebenden, Euthanasie, Patientenverlust und Besprechung der Prognose genannt^{50,51}. Auch erwähnt wurden interpersonale Kommunikationsschwierigkeiten, wie etwa die Konfrontation von Kollegen mit ihrem (unerwünschtem) Verhalten^{50,52}. Bezogen auf die eigene Sicherheit bezüglich Kommunikations-Skills nennt die Studie auch Probleme im Sinne einer geringen Eigenwahrnehmung bei (non-)verbaler Kommunikation, die eigene Angst vor der Thematik Tod sowie eine ungenügend klare Aufgabenorientierung der Pflege^{50,53}. In ihrer eigenen Untersuchung konnten die Autoren zusätzlich auch die schwierige Kommunikation über Schmerzen identifizieren. Zudem werde aus der Perspektive der Pflege heraus die Patienten-Kommunikation zusätzlich erschwert durch die Arzt-Pflege-Hierarchie: Auf der einen Seite müsse die Pflerschaft eine Vermittlerrolle zwischen Arzt, Patienten und Angehörigen einnehmen, auf der anderen Seite werde sie von ärztlicher Seite nicht genug miteinbezogen in Krankengeschichte und -verlauf, sodass den Fragen der Patienten nicht immer zufriedenstellend begegnet werden könne. Auch deshalb seien CSTs hilfreich: So könne die Interdisziplinarität gefördert und nicht nur individuelle, sondern auch Team-spezifische Skills vermittelt werden. Die Etablierung eines CST-Angebotes wird in der Studie als wichtig und bedeutend herausgestellt; Es bestehe ein hoher Bedarf gerade im onkologischen und onkologisch-palliativen Sektor, wobei der alleinige Rückgriff auf individuelle Talente nicht ausreiche, sondern eine systematische Skill-Vermittlung erforderlich sei. Die Studie stellt fest, dass ein CST-Angebot auf Seiten der Pflege gewünscht werde und sogar als obligatorisch gewollt sei; die Krankenpflegenden hätten aber bis dato nur limitierte Möglichkeiten, eine solche Schulung zu erfahren⁵⁰.

Der hier genannte Punkt, dass die Kommunikation vonseiten der Pflege auch durch ihre Position zwischen Arzt und Patient erschwert wird, wird auch in einer Studie von Goossens et al. (2014) aufgegriffen, bei der spezifisch das Problemfeld der Mitteilung von Fertilitätsinformationen an onkologische Patienten beleuchtet wird: Professionelle Pflegekräfte sähen sich bei der Bereitstellung von Fertilitätsinformationen mit verschiedenen Hindernissen konfrontiert, darunter pflege-, patienten- und institutionenbezogene Faktoren. Insbesondere Krankenschwestern und -pfleger sähen Schwierigkeiten bei der Bereitstellung von Fertilitätsinformationen aufgrund zusätzlicher Barrieren, die mit der begrenzten Verantwortung und den begrenzten Möglichkeiten bei der Bereitstellung von Fertilitätsinformationen zusammenhängen. Gleichzeitig wird auch hier betont, dass eine systematische Entwicklung

einer evidenzbasierten Intervention im Sinne eines CSTs dazu beitragen könne, diese Hindernisse zu überwinden und die Qualität der Informationsbereitstellung zu verbessern⁵⁴.

Nicht nur auf krankenflegerischer, sondern auch auf ärztlicher Seite wurden bereits vielfältige Problemfelder bei der Arzt-Patienten-Kommunikation im onkologischen Bereich in früheren Studien identifiziert – ein systematischer Review von Back (2020) fasst bisherige diesbezügliche Forschungen in einer Übersicht zusammen, in der konkrete Kommunikationsherausforderungen gerade mit Hinblick auf eine onkologische Palliativbehandlung zusammengefasst sind: Dazu zählen hier die Kategorien Arzt-Patienten-Beziehung, Besprechung ernster Nachrichten, der Umgang mit Emotionen, die Ermittlung von Werten, das Vorbereiten auf die Zukunft, Entscheidungen im Rahmen des Advanced-Care-Planning sowie Angehörigenarbeit. Vor diesem Hintergrund wurden auch hier die Durchführung von CSTs als wegweisend bewertet: Erneut wurde betont, dass individuelle Talente und Fähigkeiten nicht einfach automatisch mit der Zeit besser werden würden, sondern es spezifischer Trainings bedarf, ohne derer die Lage inadäquat bleibe. Je umfassender die CSTs seien, umso besser, denn im Training gelernte Inhalte würden in den Alltag reingetragen und auch tatsächlich umgesetzt werden. Auch hier wurde erneut der Bedarf nach interdisziplinärer Kommunikation herausgestellt⁵⁵.

Während die meisten praktizierenden Kliniker nie eine evidenzbasierte Ausbildung in Kommunikation erhalten hätten und Kliniker ihre eigenen Fähigkeiten nur unzuverlässig einschätzen würden⁵⁵, fordern die einschlägigen Leitlinien eine professionelle patientenzentrierte Behandler-Patienten-Kommunikation. So heißt es im „Leitlinienprogramm Onkologie“ der DKG, DKH und AWMF:

„Kommunikation mit Krebspatient*innen und ihren Angehörigen soll durch alle in der Onkologie tätigen Berufsgruppen patient*innenzentriert erfolgen, das heißt sich an den individuellen Anliegen, Bedürfnissen, Werten und Präferenzen der Patient*innen und Angehörigen hinsichtlich Information, Aufklärung und Beteiligung an Entscheidungen orientieren.“⁴⁰

Vielfältige Studien konnten somit bereits differenziert verschiedenste Herausforderungen in der onkologischen Patientenkommunikation identifizieren. Einstimmig werden onkologische CSTs als wichtig und richtig bewertet. Wie auch schon in unserer Untersuchung konnte sich also die Sinnhaftigkeit und der Bedarf nach CSTs bestätigen.

4.4. Förderung der Implementierung

Während diese basale Fragestellung nach der Notwendigkeit für CSTs als genügend geklärt erscheint, ist die Frage nach der Umsetzung der nächste Schritt. In dem oben bereits angeführten Review von Back (2020) werden über die Bedarfsidentifizierung hinaus auch Überlegungen zusammengefasst, wie eine Verbesserung der Kommunikationslage bzw. auch

ein vermehrtes CST-Angebot gefördert werden könnte: In diesem Zusammenhang wird auch die Rolle der Führungsebene hervorgehoben. Die Priorisierung einer hohen Kommunikationsqualität von Seiten der Leitungsebene sei korreliert mit einer tatsächlichen Verbesserung in der Kommunikation⁵⁵. Dieser Faktor wurde so auch in unserer Untersuchung bestätigt: sowohl in Fragebögen als auch Interviews wurde die Verantwortung der Leitungsetage mehrfach als bedeutsam eingestuft. Diese subjektive Einschätzung unserer Studienteilnehmenden findet also empirischen Beleg. Des Weiteren solle für eine Erhöhung der Kommunikationsqualität im klinischen Kontext ein Klima der Kommunikations-Wertschätzung und Selbstreflexion gefördert und das Bewusstsein für das eigene Kommunikationsaufreten geschärft werden⁵⁵. Diesen Punkt konnten wir in unserer Studie ebenfalls identifizieren als förderlichen Faktor für die Implementierung von CSTs. Ein weiterer zentraler Punkt sei die Nutzung evidenzbasierter Interventionsprogramme im Sinne von CSTs. Empirisch am besten belegt sei die Lehrmethode eines moderierten Kleingruppenformats mit Einsatz von Simulationspatienten⁵⁵; dies spiegelt die Aussagen der Konsensusempfehlungen wider, auf die wir uns in unserer Untersuchung beziehen.

4.5. CST-Curricula

Während von Back (2020)⁵⁵ und anderen Autoren also bereits vielfältig die Nutzung evidenzbasierter Interventionsprogramme zur Verbesserung der Kommunikation im onkologischen Setting gefordert wurde, bleibt die Frage nach der konkreten Ausgestaltung offen. Einen Punkt, den wir in unserer Untersuchung als bedeutenden hemmenden Faktor identifizieren konnten, ist die Organisation eines solchen Kurses. Dazu zählt neben strukturellen Defiziten auch die Konkretisierung von Kursinhalten. Einige unserer Studienteilnehmer beschrieben es als hilfreich, wenn bestimmte Kurskonzepte bereits vorgegeben seien, auf die man dann als Kursinitiatoren am onkologischen Zentrum zurückgreifen könne. Tatsächlich bestehen bereits vielfältige Ausarbeitungen solcher konkreten Anleitungen:

Das National Cancer Institute, das dem amerikanischen Ministerium für Gesundheitspflege und Soziale Dienste angehört, stellt auf seiner offiziellen Website drei Curricula vor, die als evidenzbasiert gelten und mögliche Muster-Anleitungen für CSTs darstellen können⁵⁶.

Training Curricula	Design	Evidence
Vitaltalk	Provides instruction on communication areas, including developing a relationship, giving bad news, discussing goals of care and resuscitation preferences.	A few small studies indicate participant satisfaction with the training and perceived improvements in communication, but high-quality evidence on communication outcomes is limited.[14,22,23]
Comskil	Provides training on topics, including delivering serious news, discussing prognosis and treatment, maintaining team communication, and responding to patient and family anger. Primarily provided through Memorial Sloan Kettering Cancer Center.	A few small studies indicate participant satisfaction with the training and perceived improvements in communication, but high-quality evidence on communication outcomes is limited.[24-27]
SICG	Provides a structured, question-based framework to help clinicians "assess illness understanding and patient information preferences; share prognosis according to patient preferences; explore patient values, goals, and care preferences; and make a recommendation based on patient priorities." [28]	The SICG was recently developed, and data on efficacy and outcomes is limited. Available data suggests the following: - The SICG improves rates and quality of EMR documentation of serious illness discussions.[28,29] - 79% of 118 patients described the discussion using the SICG as worthwhile and reported no change or improvement in their sense of peacefulness, hopefulness, or anxiety.[30] - Use of the SICG was associated with increased provider satisfaction.[30]
SICG = Serious Illness Conversation Guide; EMR = electronic medical record.		

Abbildung 1: Beispiele für Communication Skills Trainings (NCI)⁵⁶

VitalTalk ist ein privater Anbieter, der evidenzbasierte Kompetenz-Workshops offeriert, die auf Forschungsergebnissen des NCI (vitaltalk.org), Ariadne Labs (www.ariadnelabs.org),

Respecting Choices (respectingchoices.org) und dem Center to Advance Palliative Care (www.capc.org) basieren. Angeboten werden verschiedene Kursformate zur Eigenfinanzierung. Neben CSTs für Zielgruppen werden auch Train-the-Trainer-Programme angeboten sowie die Hilfe bei Etablierung eines festen CST-Plans in einer Institution⁵⁷.

Comskil ist ein vom Memorial Sloan Kettering Cancer Center entwickeltes CST-Programm, welches vom und für das Cancer Center entwickelt wurde; eine Teilnahme am CST ist auch vereinzelt für Externe möglich³⁰.

Das *SICG* Programm ist ein von Wasp et al. (2021) entwickeltes Interventionstraining auf Basis des Serious Illness Conversation Guide des Ariadne Labs. Dabei handelt es sich um sieben didaktische Unterrichtseinheiten, in denen vorrangig mit Videos und Rollenspielen gearbeitet wird und eine Kollaboration mit VitalTalk für Feedbackrunden vorliegt⁵⁸.

Neben diese vom NCI empfohlenen CST-Angeboten, existieren auch noch einige weitere Anbieter. So etwa bietet das *COMFORT Communication Project, LLC* Online-Kommunikationsschulungen auf der Grundlage des COMFORT-Modells an und stellt kostenlos Materialien für die Lehre von Gesundheitskommunikation bereit, unter anderem auch als App verfügbar. Dabei handelt es sich um 5 Online-Kurse für Fachkräfte des Gesundheitswesens, die in der Palliativ-, Hospiz- oder in der Akutversorgung mit Angehörigen arbeiten⁵⁰.

Die vorgestellten Kurse wurden allesamt im und für das US-amerikanische Setting entwickelt. Da wir uns in unserer Studie mit dem Stand der CSTs in Deutschland auseinandersetzen, ist nun auch von Interesse, ob gleichartige Curricula auch für den deutschen Sprachraum bestehen. Anders als in den US-Staaten geben gleichwertige deutsche staatliche Gesundheitsinstitute keine offiziellen Empfehlungen zu bestimmten Curricula ab. Dennoch wurden auch in Deutschland von unterschiedlichen Forschungsgruppen einige Programme entwickelt.

So etwa wurde mit dem *KoMPASS*-Projekt von Vitinius et al. (2013) ein CST entwickelt, das als Kompakttraining mit Auffrischkurs für klinisch tätige Ärzte mit onkologischem oder palliativmedizinischem Arbeitsschwerpunkt dient. Dieses lehnt sich an die einschlägigen Konsensusempfehlungen an. Das Projekt wurde in der Evaluation als gelungen bewertet, da von Teilnehmerseite eine hohe Praxisrelevanz und ein großer persönlicher Lerngewinn attestiert wurde⁵⁹.

Struktur, Inhalte und Methoden des KoMPASS Trainings

- Workshop an 2 ½–3 Tagen [20UE]
- Auffrischkurs ¾ Tag nach 4–6 Monaten [6UE]
- 2 Trainer für 8–10 [maximal 12] Teilnehmer
- Praxisorientierte Wissensvermittlung [4 Blöcke] zu den Themen
 - Grundlagen patientenzentrierter Gesprächsführung
 - Umgang mit Emotionen
 - Überbringen von schlechten Nachrichten
 - Sterben und Tod in der Arzt-Patient Kommunikation
- Sammeln eigener Anliegen der Ärzte anhand von Fallbeispielen [CIR]
- Rollenspiele [4 Blöcke]
 - Kleingruppen, 4–6 Ärzte je Trainer, 1 Schauspieler
 - Bearbeitung der CIR der Ärzte, verschiedene Rollenspiel-Varianten
 - Strukturiertes Feedback & Reflexion
- Aufklärungsgespräch nach Skript mit Schauspieler-Patient [Videoaufnahme], Sichtung & Bearbeitung in Kleingruppen
- Themenbezogene Übungen
- Reader mit Handouts & Literatur

Abbildung 2: Struktur, Inhalte und Methoden des KoMPASS Trainings⁵⁹

Ein anderes Projekt stellt die *KommRhein Interpro* Studie dar. Das CST-Programm enthält 4 Module, die in Kleingruppen und in einem Umfang von 10 Stunden gelehrt werden. Dabei wurden Elemente des *Comskil* Projekts entnommen und erweitert⁶⁰.

Beide vorgestellten Programme KommRheinInterpro und KoMPASS wurden je als einmaliges Projekt durchgeführt und evaluiert; Während diese und andere Projekte^{61,62} also schon beispielhafte Curricula liefern, bräuchte es jedoch noch den Transfer des projektbezogenen, zeitlimitierten Angebots in ein regelhaftes und regelmäßiges Angebot – und zwar möglichst flächendeckend, also über die am Projekt teilnehmenden Zentren hinaus.

4.6. Limitationen der Studie

Eine der Herausforderungen dieser Studie stellt der Befragungszeitraum während der Hochphase der Corona-Pandemie dar. Manche der Teilnehmenden berichteten uns, dass vormalig stattfindende CSTs durch die Pandemie-bedingten Restriktionen zum Erliegen gekommen seien. Wir konzentrierten uns auf die Erfassung des Ist-Standes als Punktprävalenz von CSTs, und erfassten nicht, ob es in der Vergangenheit schon CST-Angebote an den Zentren gegeben habe und diese durch die Pandemie zwangsläufig pausiert worden waren. Ob und bei wie vielen Zentren dieser Faktor eine relevante Rolle spielte, lässt sich somit nicht eruieren.

Ein weiterer limitierender Faktor war, dass einige unserer Studienteilnehmer in den Interviews mit den Begriffen „CSTs“ und „Projekt oder regelmäßiger Kurs“ an sich nicht vertraut waren; dennoch klärten wir diese Begriffe mit den Befragten und sie konnten uns über die Struktur

der Kommunikationstrainings in ihrem Zentrum aus ihrer Sicht berichten. Dieses Unkenntnis der Begriffe kann vielleicht als ein weiteres Indiz dafür gesehen werden, dass das Wissen über CSTs verbreitet werden muss. Es ist auch anzumerken, dass keine Aussage darüber getroffen werden kann, inwieweit die auskunftsgibenden Kontaktpersonen tatsächlich einen validen Überblick über das Kursangebot des gesamten Zentrums hatten; wir haben versucht, die qualifiziertesten Personen zu erreichen, indem wir die Klinikdirektoren ausdrücklich gebeten haben, die Studie an die Person weiterzuleiten, die nach ihrer Einschätzung das meiste Wissen über CSTs im Zentrum hat. Was die demografischen Daten betrifft, so haben wir keine Daten über das Alter der Befragten erhoben.

Schließlich lässt sich die Auswertung der Frage zu der Anzahl der Kursteilnehmenden in den CSTs im Hinblick auf die Konsensusrichtlinien missdeuten: Wir fragten im Fragebogen lediglich die Gesamtteilnehmerzahl ab, während sich die Empfehlungen explizit auf die Teilnehmerzahl pro Trainer bezieht.

4.7. Relevanz und Ausblick

Trotz Forderung nach CSTs in der Onkologie in einschlägigen Leitlinien, wurde bisher nicht erfasst, ob diese auch in deutschen onkologischen Zentren tatsächlich für Behandelnde angeboten werden. Ziel der Arbeit war es somit, den quanti- und qualitativen Bestand von CSTs in Deutschland zu erfassen sowie Barrieren und Chancen im Blick auf die weitere CST-Entwicklung aufzuzeigen. Insgesamt stufen wir die Lage bezüglich CSTs an deutschen onkologischen Zentren als unzureichend ein. Als mögliche Ansatzpunkte fanden wir eine zu gewährleistete Gegenfinanzierung, die Verbreitung von Kenntnis und Bewusstsein, eine Aufnahme in die Zertifizierungskriterien, eine Integration in die Weiterbildungsordnung, eine aktive Verantwortungszuspielung an die Leitungsebene, eine Verpflichtung zur Teilnahme für die Zielgruppen sowie die Bereitstellung konkreter Curricula. Zwar sind CSTs stets Lerner-zentriert ausgelegt und sollten deshalb immer Raum bieten für individuelle Auslegungen - nichtsdestotrotz scheint die Bereitstellung eines gewissen evidenzbasierten und standardisierten Leitcurriculum gerade den Anfängen eines CST-Angebots zu helfen. Zusätzlich besteht weiterer Forschungsbedarf, gerade auch in dem Themenfeld Bewertung/Evidenzerbringung.

Literaturverzeichnis

1. Gilligan T, Salmi L, Enzinger A. Patient-Clinician Communication Is a Joint Creation: Working Together Toward Well-Being. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2018; **38**: 532-9.
2. Epstein R, Street RJ. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. In: Institute NC, editor. Bethesda, MD; 2007.
3. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Cmaj* 1995; **152**(9): 1423-33.
4. Rodin G, Mackay JA, Zimmermann C, et al. Clinician-patient communication: a systematic review. *Support Care Cancer* 2009; **17**(6): 627-44.
5. Schmid Mast M, Kindlimann A, Langewitz W. Recipients' perspective on breaking bad news: How you put it really makes a difference. *Patient Education and Counseling* 2005; **58**(3): 244-51.
6. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; **2013**(3): Cd003751.
7. Razavi D, Merckaert I, Marchal S, et al. How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *J Clin Oncol* 2003; **21**(16): 3141-9.
8. Vucic V, Radovanovic S, Radevic S, et al. Mental Health Assessment of Cancer Patients: Prevalence and Predictive Factors of Depression and Anxiety. *Iran J Public Health* 2021; **50**(10): 2017-27.
9. Jenkins V, Fallowfield L. Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *J Clin Oncol* 2002; **20**(3): 765-9.
10. Prip A, Møller KA, Nielsen DL, Jarden M, Olsen MH, Danielsen AK. The Patient-Healthcare Professional Relationship and Communication in the Oncology Outpatient Setting: A Systematic Review. *Cancer Nurs* 2018; **41**(5): E11-e22.
11. Stiefel F, Favre N, Despland JN. Communication Skills Training in Oncology: It Works! In: Stiefel F, ed. Communication in Cancer Care. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2006: 113-9.
12. Junod Perron N, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Med Wkly* 2015; **145**: w14064.
13. Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol* 1998; **16**(5): 1961-8.
14. Stiefel F, Kiss A, Salmon P, et al. Training in communication of oncology clinicians: a position paper based on the third consensus meeting among European experts in 2018. *Ann Oncol* 2018; **29**(10): 2033-6.
15. Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Wössmer B. Improving communication skills--a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med* 1998; **60**(3): 268-76.
16. Kiss A, Söllner W. Communication and communication skills training in oncology: open questions and future tasks. *Recent Results Cancer Res* 2006; **168**: 121-5.
17. Fischer F, Helmer S, Rogge A, et al. Outcomes and outcome measures used in evaluation of communication training in oncology - a systematic literature review, an expert workshop, and recommendations for future research. *BMC Cancer* 2019; **19**(1): 808.
18. Stiefel F, Barth J, Bensing J, et al. Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Ann Oncol* 2010; **21**(2): 204-7.
19. Kiss A. Communication skills training in oncology: a position paper. *Ann Oncol* 1999; **10**(8): 899-901.

20. Karger A, Bruns G, Petermann-Meyer A, et al. Empfehlungen zur Umsetzung von Kommunikationstrainings an Onkologischen Zentren in Deutschland. *Forum* 2022; **37**(4): 299-303.
21. Gil FL, Hernández-Ribas R, Sánchez N, Gil J, Casellas-Grau A. Communication skills training for medical residents: Enhancing a psychosocial approach of patient care. *Palliat Support Care* 2023; **21**(3): 392-8.
22. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2014; **32**(20): 2166-72.
23. Christensen M, Kumar KA, Wang WS, et al. Serious Illness Communication Training Among Radiation Oncology Residents. *Pract Radiat Oncol* 2023; **13**(3): e220-e9.
24. Parker PA, Staley J, Rosa WE, Weiner R, Banerjee SC. Development of a Communication Skills Training to Enhance Effective Team Communication in Oncology. *J Contin Educ Health Prof* 2024; **44**(1): 71-4.
25. Delvaux N, Merckaert I, Marchal S, et al. Physicians' communication with a cancer patient and a relative: a randomized study assessing the efficacy of consolidation workshops. *Cancer* 2005; **103**(11): 2397-411.
26. Uitterhoeve RJ, Bensing JM, Grol RP, Demulder PH, T VANA. The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2010; **19**(4): 442-57.
27. Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol* 2011; **22**(5): 1030-40.
28. Moore PM, Rivera S, Bravo-Soto GA, Olivares C, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; **7**(7): Cd003751.
29. Bos-van den Hoek DW, Visser LNC, Brown RF, Smets EMA, Henselmans I. Communication skills training for healthcare professionals in oncology over the past decade: a systematic review of reviews. *Curr Opin Support Palliat Care* 2019; **13**(1): 33-45.
30. Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, et al. Communication skills training for oncology professionals. *J Clin Oncol* 2012; **30**(11): 1242-7.
31. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer* 2001; **84**(8): 1011-5.
32. Uitterhoeve R, Duijnhouwer E, Ambaum B, van Achterberg T. Turning toward the psychosocial domain of oncology nursing: a main problem analysis in the Netherlands. *Cancer Nurs* 2003; **26**(1): 18-27.
33. Basile I, Consolo L, Rusconi D, et al. The Perspective of Cancer Patients in Palliative Care on Unmet Needs: A Qualitative Synthesis Using Meta-Ethnography. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®* 2024; **41**(12): 1491-505.
34. Driessen HPA, Busschbach JJV, van der Rijt CCD, et al. Unmet care needs of patients with advanced cancer and their relatives: multicentre observational study. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2024; **14**(e1): e1413-e21.
35. Hack TF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 2005; **14**(10): 831-45; discussion 46-7.
36. Benstead K, Brandl A, Brouwers T, et al. An inter-specialty cancer training programme curriculum for Europe. *European Journal of Surgical Oncology* 2023; **49**(9).
37. Okamura M, Fujimori M, Saito E, Osugi Y, Akizuki N, Uchitomi Y. Development of an Online Communication Skills Training Program for Oncologists Working with Adolescents and Young Adults. *J Adolesc Young Adult Oncol* 2023; **12**(3): 433-9.
38. Stiefel F, Bernhard J, Bianchi G, et al. The Swiss model. In: Kissane DW, Bultz BD, Butow PN, Bylund CL, Noble S, Wilkinson S, eds. *Oxford Textbook of Communication in Oncology and Palliative Care*: Oxford University Press; 2017: 0.
39. Physicians. TRACo. Physician Readiness for Expert Practice (PREP) Training Program. Medical oncology advanced training curriculum. . 2013. https://www.racp.edu.au/docs/default-source/trainees/advanced-training/medical-oncology/medical-oncology-adult-medicine-advanced-training-curriculum.pdf?sfvrsn=75222c1a_10.

40. Deutsche Krebsgesellschaft DK, AWMF. Leitlinienprogramm Onkologie: Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen, Langversion 2.1. 2023. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/psychoonkologie> (Zuletzt abgerufen am 26.11 2023).
41. Stiefel F, Bourquin C, Salmon P, et al. Communication and support of patients and caregivers in chronic cancer care: ESMO Clinical Practice Guideline☆. *ESMO Open* 2024; 103496.
42. Hoffman M, Ferri J, Sison C, Roter D, Schapira L, Baile W. Teaching communication skills: an AACE survey of oncology training programs. *J Cancer Educ* 2004; **19**(4): 220-4.
43. HaGani N, Yagil D, Cohen M. Burnout among oncologists and oncology nurses: A systematic review and meta-analysis. *Health Psychol* 2022; **41**(1): 53-64.
44. Hlubocky FJ, Back AL, Shanafelt TD. Addressing Burnout in Oncology: Why Cancer Care Clinicians Are At Risk, What Individuals Can Do, and How Organizations Can Respond. *Am Soc Clin Oncol Educ Book* 2016; **35**: 271-9.
45. Murali K, Banerjee S. Burnout in oncologists is a serious issue: What can we do about it? *Cancer Treatment Reviews* 2018; **68**: 55-61.
46. Banerjee S, Califano R, Corral J, et al. Professional burnout in European young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee Burnout Survey. *Ann Oncol* 2017; **28**(7): 1590-6.
47. Hipp M, Pilz L, Al-Batran SE, Hautmann MG, Hofheinz RD. Workload and quality of life of medical doctors in the field of oncology in Germany--a survey of the working group quality of life of the AIO for the study group of internal oncology. *Oncol Res Treat* 2015; **38**(4): 154-9.
48. Arndt V, Doege D, Fröhling S, et al. Kapazität der onkologischen Versorgung in deutschen onkologischen Spitzenzentren während der ersten 2 Jahre der COVID-19-Pandemie. *Forum* 2022; **37**(5): 372-6.
49. Kennedy Sheldon L. Communication in oncology care: the effectiveness of skills training workshops for healthcare providers. *Clin J Oncol Nurs* 2005; **9**(3): 305-12.
50. Wittenberg-Lyles E, Goldsmith J, Ferrell B. Oncology nurse communication barriers to patient-centered care. *Clin J Oncol Nurs* 2013; **17**(2): 152-8.
51. Malloy P, Virani R, Kelly K, Munévar C. Beyond Bad News: Communication Skills of Nurses in Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2010; **12**: 166-74.
52. Sivesind D, Parker PA, Cohen L, et al. Communicating with patients in cancer care; what areas do nurses find most challenging? *J Cancer Educ* 2003; **18**(4): 202-9.
53. Tay LH, Hegney DG, EA DN. A systematic review on the factors affecting effective communication between registered nurses and oncology adult patients in an inpatient setting. *JBI Libr Syst Rev* 2010; **8**(22): 869-916.
54. Goossens J, Delbaere I, Van Lancker A, Beeckman D, Verhaeghe S, Van Hecke A. Cancer patients' and professional caregivers' needs, preferences and factors associated with receiving and providing fertility-related information: a mixed-methods systematic review. *Int J Nurs Stud* 2014; **51**(2): 300-19.
55. Back AL. Patient-Clinician Communication Issues in Palliative Care for Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol* 2020; **38**(9): 866-76.
56. NCI. PDQ Communication in Cancer Care. In: Board PSaPCE, editor. Bethesda, MD: National Cancer Institute 2023.
57. VitalTalk. Courses. <https://chooseyourpath.vitaltalk.org> (Zuletzt abgerufen am 8. August 2024).
58. Wasp GT, Cullinan AM, Chamberlin MD, Hayes C, Barnato AE, Vergo MT. Implementation and Impact of a Serious Illness Communication Training for Hematology-Oncology Fellows. *J Cancer Educ* 2021; **36**(6): 1325-32.
59. Vitinius F, Sonntag B, Barthel Y, et al. KoMPASS – Konzeption, Implementierung und Erfahrungen mit einem strukturierten Kommunikationstraining für onkologisch tätige Ärzte. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2013; **63**(12): 482-8.
60. Karger A, Petermann-Meyer A, Vitinius F, et al. Effectiveness of interprofessional communication skills training for oncology teams: study protocol for a three-arm cluster randomised trial (KommRhein Interpro). *BMJ Open* 2022; **12**(12): e062073.

61. Wunsch A, Bergelt C, Götze H, et al. Kommunikationstrainings für onkologisch tätige Ärzt*innen in Deutschland. *Forum* 2021; **36**(5): 391-5.
62. Wuensch A, Goelz T, Ihorst G, et al. Effect of individualized communication skills training on physicians' discussion of clinical trials in oncology: results from a randomized controlled trial. *BMC Cancer* 2017; **17**(1): 264.

5. Anhang

Das folgende Zusatzmaterial entspricht dem Anhang, wie er auch unter der Veröffentlichung einsehbar ist.

5.1. Fragebogen



INFORMATIONEN ÜBER DIE TEILNAHME AN DER STUDIE

Erhebung des aktuellen Status etablierter Communication-Skills-Trainings (CSTs) an onkologischen Zentren in Deutschland

DRKS00027225

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für unsere etwa 3 – 15minütige online-Befragung nehmen!

Auftraggeber der Studie und/oder Studienleitung ist / die Gesamtverantwortung für die Studie liegt bei:

Prof. Dr. med. Christian Albus
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Postanschrift: Universitätsklinikum Köln (AöR), 50924 Köln
Tel +49-221-478-39555; -39556
Fax +49-221-478-39563
christian.albus@uk-koeln.de

Zum Hintergrund: Zahlreiche Studien belegen den Nutzen von Kommunikationstrainings (CSTs) für onkologisch Behandelnde. Entsprechend finden sich in allen relevanten Leitlinien Empfehlungen zur routinemäßigen Implementierung von CSTs. Allerdings ist unklar, wie der Stand in Deutschland ist. Ziel der Befragung ist eine systematische Erfassung der Verbreitung etablierter CST-Angebote in Deutschland. Zusätzlich sollen mögliche Stärken und Defizite in Bezug auf CST-Angebote und Vorschläge zur Verbesserung benannt werden.

Es handelt sich um einen Online-Fragebogen, der mithilfe des Tools SoSciSurvey erstellt wurde. SoSciSurvey hat seinen Server-Standort in München; IP-Adressen werden standardmäßig nicht gespeichert. Eventuell wird bei weiterem Informationsbedarf ein auf den Fragebogen folgendes Interview mit Ihnen durchgeführt, um weitere Fragen zu klären; Die Teilnahme an diesem ist freiwillig; Sie werden zunächst nach ihrem Einverständnis gefragt und im Weiteren zur Angabe von persönlichen Daten (Name, Abteilung, E-Mail, Telefonnummer) zwecks Kontaktaufnahme aufgefordert.

Für den Erfolg der Erhebung ist es sehr wichtig, dass alle Sie bzw. Ihre Klinik betreffenden Fragen des Online-Fragebogens vollständig ausgefüllt werden.

Die insgesamt Anzahl teilnehmender Zentren beläuft sich auf 133.

Die Finanzierung erfolgt aus Eigenmitteln.

Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät zu Köln hat die vorliegende Studie am 20.06.2022 beraten und zustimmend bewertet.

Die Teilnahme an der Studie ist für Sie mit keinen medizinischen Risiken verbunden. Es erfolgen keine

studienbedingten Maßnahmen. Eine Aufwandsentschädigung wird Ihnen für Ihre Teilnahme an der Studie nicht gezahlt. Es entstehen Ihnen und Ihrer Krankenkasse auch keinerlei Kosten durch die Teilnahme an der Studie.

Sie werden möglicherweise keinen persönlichen Nutzen durch die Teilnahme an der Studie haben. Man erhofft sich jedoch einen Nutzen für die Wissenschaft und die zukünftige Behandlung von Patienten mit Krebserkrankungen.

DATENSCHUTZHINWEIS

Es handelt sich um eine potentiell zweistufige Befragung, wobei Ihre Daten im ersten Teil (online-Fragebogen) anonym erhoben werden; erfragt wird lediglich der Name des onkologischen Zentrums, an dem Sie beschäftigt sind. Die zweite Stufe (Interview) ist optional und erfolgt nur dann, wenn Sie uns hierfür ihr Einverständnis geben und uns freiwillig Ihre Kontaktdaten am Ende des Fragebogens hinterlassen. Vor der Durchführung des Interviews werden wir zwecks einer gesonderten

Informations- und Einwilligungserklärung mit allen hierzu erforderlichen Informationen erneut mit Ihnen in Kontakt treten. Zu diesem Zeitpunkt werden Sie sich frei entscheiden können. Ihre Angaben aus dem Interview werden pseudonymisiert ausgewertet.

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Ihre freiwillige Einwilligung.

Alle Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt. Ihre Angaben werden vor dem Zugriff Dritter angemessen geschützt und nach den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verarbeitet. Ihre Teilnahme und die etwaige Angabe persönlicher Daten im Rahmen dieser Umfrage erfolgt freiwillig. Ihre Angaben aus dem online-Fragebogen werden zunächst auf dem Server des "SocSciSurvey" (Serverstandort: München) gespeichert und anschließend an die zuständigen Projektmitarbeiter*innen am Universitätsklinikum Köln (AöR) (UKK) weitergeleitet. Ihre Angaben aus dem optionalen Interview werden direkt am UKK gespeichert. Eine Weitergabe Ihrer Angaben an Dritte außerhalb des UKK erfolgt nur anonymisiert und zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung und Veröffentlichung. Ihre personenbezogenen Informationen werden nur zur etwaigen Kontaktaufnahme genutzt und verbleiben im UKK; diese gehen nicht in die Verarbeitung der Angaben im Fragebogen mit ein.

Das UKK verarbeitet die Sie betreffenden Daten im Rahmen des Projektes "Erhebung etablierter Communication-Skills-Trainings (CSTs) an onkologischen Zentren in Deutschland" zum Zwecke der weiteren Forschung. Die Daten werden bis 2 Jahre nach Beendigung des Projektes aufbewahrt. Im Anschluss werden Ihre Daten gelöscht oder anonymisiert, sofern gesetzliche Gründe nicht eine längere Speicherung vorschreiben. Anonymisiert heißt, dass der Zuordnungscode gelöscht wird und die Daten ggf. so weiter verändert werden, dass sie in keiner Weise Ihrer Person zugeordnet werden können. Sie haben das Recht auf Auskunft (einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie), Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung is zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird, sowie ein Widerrufsrecht gegen die weitere Verarbeitung das Recht auf Datenübertragbarkeit und ein Beschwerderecht gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde (vgl. Art. 13 Abs. 2 lit. b, Art. 15, Art. 16, Art. 17, Art. 18 DSGVO).

Wissenschaftliche Veröffentlichungen von Ergebnissen erfolgen ausschließlich anonymisiert, also in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulässt.

Die Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Datenschutzbeauftragter des Studienzentrums:

Datenschutzbeauftragter der Universität zu Köln:

dsb@verw.uni-koeln.de
0221-470-0

Datenschutzbeauftragter der Uniklinik Köln:

datenschutz@uk-koeln.de
0221-478-39046

Sie haben außerdem ein Beschwerderecht bei jeder Aufsichtsbehörde für den Datenschutz.

Eine Liste der Aufsichtsbehörden in Deutschland finden Sie unter

https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html

Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von Ihnen jederzeit gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO durch Erklärung gegenüber des Datenschutzbeauftragten der UKK ohne Angaben von Gründen schriftlich widerrufen werden. Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie werden in diese Studie also nur dann einbezogen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Sofern Sie nicht an der Studie teilnehmen oder später Ihre Einwilligung

widerrufen, entstehen Ihnen daraus keine Nachteile.

Bei jeder Erhebung, Speicherung, Nutzung und Übermittlung von Daten bestehen Vertraulichkeitsrisiken (z.B. die Möglichkeit, die betreffende Person zu identifizieren). Diese Risiken lassen sich nicht völlig ausschließen und steigen, je mehr Daten miteinander verknüpft werden können. Der Auftraggeber der Studie/der Studienleiter versichert Ihnen, alles nach dem Stand der Technik Mögliche zum Schutz Ihrer Privatsphäre zu tun und Daten nur an Stellen weiterzugeben, die ein geeignetes Datenschutzkonzept vorweisen können. Medizinische Risiken sind mit der Datenverarbeitung nicht verbunden.

Sollten Sie noch weitere Fragen zum Ablauf der Studie, zum Datenschutz, zu Ihren Rechten, usw. haben wenden Sie sich bitte an einen der Studienärzte. Die Kontaktdaten finden Sie auf der ersten Seite.

Ich habe diese Informationen sorgfältig gelesen und bin mit der Erhebung und Verwendung meiner Daten nach Maßgabe der Teilnehmerinformation einverstanden.

Bitte erklären Sie jetzt Ihr Einverständnis, um mit der Befragung beginnen zu können.

☐ Ich erkläre mich einverstanden.

Seite 02

1. In welcher Institution, bzw. welchem onkologischem Zentrum sind Sie zurzeit tätig?

Bitte den Namen und Ort des Zentrums angeben:

Seite 03

Angebot

2. Gibt es an Ihrem onkologischen Zentrum ein Angebot für die Ärzte/Ärztinnen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und/oder sonstige Berufsgruppen, an einem Kommunikationstraining für den onkologischen Alltag teilzunehmen?

Wenn es sowohl regelhafte als auch projektbezogene Angebote gibt, kreuzen Sie bitte beide Möglichkeiten an.

- ☐ nein
- ☐ ja, regelhaft
- ☐ ja, projektbezogen (z.B.: im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie, Industrie-Sponsoring...)

Sie haben angegeben, dass in Ihrem Zentrum ein **regelmäßiges** Kommunikationstraining angeboten wird. Die folgende Fragen bezieht sich nur auf dieses regelmäßige Training:

3. Für welche Berufsgruppe(n) wird dieses regelmäßige Kommunikationstraining angeboten?

Handelt es sich um mehrere, nach Berufsgruppe getrennte Trainings, kreuzen Sie bitte alle Berufsgruppen an, denen ein solches Training angeboten wird. Werden verschiedene Berufsgruppen zusammen geschult, so kreuzen Sie bitte „Interprofessionelles Training“ an.

☐ Ärzt*innen

☐ Gesundheits- und Krankenpfleger*innen

Sonstige Berufsgruppen:

☐

Interprofessionelles Training (mindestens zwei Berufsgruppen); wenn ja, welche Berufsgruppen können teilnehmen?

☐

Sie haben angegeben, dass in Ihrem Zentrum ein Kommunikationstraining **für Ärzt*Innen** angeboten wird. Die folgenden Fragen beziehen sich nur auf das Training für diese Berufsgruppe:

4. Wer führt das Kommunikationstraining durch?

☐ Von der eigenen Einrichtung

☐ Von einem externen Anbieter

☐ Unbekannt

5. Wer finanziert den Kurs?

Mehrfachnennung möglich

☐ Arbeitgeber

☐ die Teilnehmer selbst

☐ Sonstige:

6. Ist der Kurs für alle MitarbeiterInnen des eigenen Zentrums kostenlos?

- ☐ ja
☐ nein

7. Wie oft findet dieses Kommunikationstraining statt?

- ☐ regelmäßig; mehrmals pro Jahr
☐ regelmäßig; einmal pro Jahr
☐ regelmäßig; weniger als einmal pro Jahr

8. Wie viel Unterrichtseinheiten (à 45 Minuten) nimmt der Kurs in Anspruch?

Die gesamte Kurslänge beträgt Unterrichtseinheiten.

9. Wann findet der Kurs statt?

- ☐ während der Dienstzeit und Freistellung der Teilnehmer vom Dienst
☐ während der Dienstzeit, keine Freistellung
☐ außerhalb der Dienstzeit, während der Freizeit
☐ sowohl während der Dienstzeit, als auch während der Freizeit

10. Welche pädagogischen Techniken werden im Kurs eingesetzt? (Mehrfachantwort möglich)

Mehrfachnennung möglich

- ☐ Vortrag
☐ Rollenspiele mit oder ohne Schauspielerpatienten
☐ Interaktive Gruppenarbeiten
☐ Videos mit (Schauspieler-)Patienten
☐ Arbeit in Kleingruppen
☐ Nutzung eigener Fallbeispiele

11. Wird ein Auffrischkurs angeboten?

- ☐ ja
☐ nein

12. Nehmen Behandelnde aus bestimmten Fachbereichen häufiger teil als aus anderen?

- ☐ ja, besonders aus dem Fachbereich:

☐ nein, alle Fachbereiche, die sich um den onkologischen Patienten kümmern, nehmen zu gleichen Teilen teil

13. Wie viele Teilnehmer nehmen durchschnittlich an einem Kurs teil?

- ☐ ≤6
- ☐ 7-12
- ☐ >12

14. Bitte geben Sie eine Abschätzung an,

a) wie viele Teilnehmer pro Jahr an diesem Kommunikationskurs teilnehmen und

b) wie Mitarbeiter insgesamt als Behandelnde im Zentrum tätig sind:

a) Anzahl der Teilnehmer:

b) Mitarbeiter insgesamt:

Seite 06

Pflege

Sie haben angegeben, dass in Ihrem Zentrum ein Kommunikationstraining **für die Gesundheits- und Krankenpfleger*Innen** angeboten wird. Die folgenden Fragen beziehen sich nur auf das Training für diese Berufsgruppe:

15. Wer führt das Kommunikationstraining durch?

- ☐ Von der eigenen Einrichtung
- ☐ Von einem externen Anbieter
- ☐ Unbekannt

16. Wer finanziert den Kurs?

Mehrfachnennung möglich

- ☐ Arbeitgeber
- ☐ die Teilnehmer selbst
- ☐ Sonstige:

17. Ist der Kurs für alle MitarbeiterInnen des eigenen Zentrums kostenlos?

- ☐ ja
- ☐ nein

18. Wie oft findet dieses Kommunikationstraining statt?

- ☐ regelmäßig; mehrmals pro Jahr
- ☐ regelmäßig; einmal pro Jahr
- ☐ regelmäßig; weniger als einmal pro Jahr

19. Wie viel Unterrichtseinheiten (à 45 Minuten) nimmt der Kurs in Anspruch?

Die gesamte Kurslänge beträgt Unterrichtseinheiten.

20. Wann findet der Kurs statt?

- ☐ während der Dienstzeit und Freistellung der Teilnehmer vom Dienst
- ☐ während der Dienstzeit, keine Freistellung
- ☐ außerhalb der Dienstzeit, während der Freizeit
- ☐ sowohl während der Dienstzeit, als auch während der Freizeit

21. Welche pädagogischen Techniken werden im Kurs eingesetzt? (Mehrfachantwort möglich)

Mehrfachnennung möglich

- ☐ Vortrag
- ☐ Rollenspiele mit und ohne Schauspielerpatienten
- ☐ Interaktive Gruppenarbeiten
- ☐ Videos mit (Schauspieler-)Patienten
- ☐ Arbeit in Kleingruppen
- ☐ Nutzung eigener Fallbeispiele

22. Wird ein Auffrischkurs angeboten?

- ☐ ja
- ☐ nein

23. Ist das Training integriert in eine onkologische Fachweiterbildung?

- ☐ ja
- ☐ nein

24. Nehmen Behandelnde aus bestimmten Fachbereichen häufiger teil als aus anderen?

- ☐ ja, besonders aus dem Fachbereich:
- ☐ nein, alle Fachbereiche, die sich um den onkologischen Patienten kümmern, nehmen zu gleichen Teilen teil

25. Wie viele Teilnehmer nehmen durchschnittlich an einem Kurs teil?

- ☐ ≤6
- ☐ 7-12
- ☐ >12

26. Bitte geben Sie eine Abschätzung an,

a) wie viele Teilnehmer pro Jahr an diesem Kommunikationskurs teilnehmen und

b) wie Mitarbeiter insgesamt als Behandelnde im Zentrum tätig sind:

a) Anzahl der Teilnehmer:

b) Mitarbeiter insgesamt:

Seite 07

Sonstig

Sie haben angegeben, dass in Ihrem Zentrum ein Kommunikationstraining für **sonstige Berufsgruppen** angeboten wird. Die folgenden Fragen beziehen sich nur auf das Training für diese Berufsgruppe:

27. Wer führt das Kommunikationstraining durch?

- ☐ Von der eigenen Einrichtung
- ☐ Von einem externen Anbieter
- ☐ Unbekannt

28. Wer finanziert den Kurs?

Mehrfachnennung möglich

- ☐ Arbeitgeber
- ☐ die Teilnehmer selbst
- ☐ Sonstige:

29. Ist der Kurs für alle MitarbeiterInnen des eigenen Zentrums kostenlos?

- ☐ ja
- ☐ nein

30. Wie oft findet dieses Kommunikationstraining statt?

- ☐ regelmäßig; mehrmals pro Jahr
- ☐ regelmäßig; einmal pro Jahr
- ☐ regelmäßig; weniger als einmal pro Jahr

31. Wie viel Unterrichtseinheiten (à 45 Minuten) nimmt der Kurs in Anspruch?

Die gesamte Kurslänge beträgt Unterrichtseinheiten.

32. Wann findet der Kurs statt?

- ☐ während der Dienstzeit und Freistellung der Teilnehmer vom Dienst
- ☐ während der Dienstzeit, keine Freistellung
- ☐ außerhalb der Dienstzeit, während der Freizeit
- ☐ sowohl während der Dienstzeit, als auch während der Freizeit

33. Welche pädagogischen Techniken werden im Kurs eingesetzt? (Mehrfachantwort möglich)

Mehrfachnennung möglich

- ☐ Vortrag
- ☐ Rollenspiele mit oder ohne Schauspielerpatienten
- ☐ Interaktive Gruppenarbeiten
- ☐ Videos mit (Schauspieler-)Patienten
- ☐ Arbeit in Kleingruppen
- ☐ Nutzung eigener Fallbeispiele

34. Wird ein Auffrischkurs angeboten?

- ☐ ja
- ☐ nein

35. Nehmen Behandelnde aus bestimmten Fachbereichen häufiger teil als aus anderen?

- ☐ ja, besonders aus dem Fachbereich:
- ☐ nein, alle Fachbereiche, die sich um den onkologischen Patienten kümmern, nehmen zu gleichen Teilen teil

36. Wie viele Teilnehmer nehmen durchschnittlich an einem Kurs teil?

- ☐ ≤6
- ☐ 7-12
- ☐ >12

37. Bitte geben Sie eine Abschätzung an,
a) wie viele Teilnehmer pro Jahr an diesem Kommunikationskurs teilnehmen und
b) wie Mitarbeiter insgesamt als Behandelnde im Zentrum tätig sind:

a) Anzahl der Teilnehmer:

b) Mitarbeiter insgesamt:

Sie haben angegeben, dass in Ihrem Zentrum ein **interprofessionelles Kommunikationstraining** für mehrere Berufsgruppen **zusammen** angeboten wird. Die folgenden Fragen beziehen sich nur auf dieses interprofessionelle Training:

38. Wer führt das Kommunikationstraining durch?

- ☐ Von der eigenen Einrichtung
- ☐ Von einem externen Anbieter
- ☐ Unbekannt

39. Wer finanziert den Kurs?

Mehrfachnennung möglich

- ☐ Arbeitgeber
- ☐ die Teilnehmer selbst
- ☐ Sonstige:

40. Ist der Kurs für alle MitarbeiterInnen des eigenen Zentrums kostenlos?

- ☐ ja
- ☐ nein

41. Wie oft findet dieses Kommunikationstraining statt?

- ☐ regelmäßig; mehrmals pro Jahr
- ☐ regelmäßig; einmal pro Jahr
- ☐ regelmäßig; weniger als einmal pro Jahr

42. Wie viel Unterrichtseinheiten (à 45 Minuten) nimmt der Kurs in Anspruch?

Die gesamte Kurslänge beträgt Unterrichtseinheiten.

43. Wann findet der Kurs statt?

- ☐ während der Dienstzeit und Freistellung der Teilnehmer vom Dienst
- ☐ während der Dienstzeit, keine Freistellung
- ☐ außerhalb der Dienstzeit, während der Freizeit
- ☐ sowohl während der Dienstzeit, als auch während der Freizeit

44. Welche pädagogischen Techniken werden im Kurs eingesetzt? (Mehrfachantwort möglich)

Mehrfachnennung möglich

- ☐ Vortrag
- ☐ Rollenspiele mit oder ohne Schauspielerpatienten
- ☐ Interaktive Gruppenarbeiten
- ☐ Videos mit (Schauspieler-)Patienten
- ☐ Arbeit in Kleingruppen
- ☐ Nutzung eigener Fallbeispiele

45. Wird ein Auffrischkurs angeboten?

- ☐ ja
- ☐ nein

46. Nehmen Behandelnde aus bestimmten Fachbereichen häufiger teil als aus anderen?

- ☐ ja, besonders aus dem Fachbereich:
- ☐ nein, alle Fachbereiche, die sich um den onkologischen Patienten kümmern, nehmen zu gleichen Teilen teil

47. Wie viele Teilnehmer nehmen durchschnittlich an einem Kurs teil?

- ☐ ≤6
- ☐ 7-12
- ☐ >12

48. Bitte geben Sie eine Abschätzung an,

- a) wie viele Teilnehmer pro Jahr an diesem Kommunikationskurs teilnehmen und**
- b) wie Mitarbeiter insgesamt als Behandelnde im Zentrum tätig sind:**

a) Anzahl der Teilnehmer:

b) Mitarbeiter insgesamt:

Sie haben angegeben, dass in Ihrem Zentrum ein Kommunikationstraining **im Rahmen eines Projektes** angeboten wird. Die folgenden Fragen beziehen sich nur auf dieses projektbezogene Training:

49. Für welche Berufsgruppen ist das projektbezogene Kommunikationstraining ausgelegt?

☐ Ärzt*Innen

☐ Gesundheits- und Krankenpfleger*Innen

☐ Sonstige Berufsgruppen

50. Wer führt das Kommunikationstraining durch?

Mehrfachnennung möglich

☐ Von der eigenen Einrichtung

☐ Von einem externen Anbieter

☐ Unbekannt

51. Wer finanziert den Kurs?

Mehrfachnennung möglich

☐ Arbeitgeber

☐ die Teilnehmer selbst

☐ Finanzierung durch Wissenschaftliche Projekte

☐ Sonstige:

52. Ist der Kurs für alle MitarbeiterInnen des eigenen Zentrums kostenlos?

☐ ja

☐ nein

53. Wie viel Unterrichtseinheiten (à 45 Minuten) nimmt der Kurs in Anspruch?

Die gesamte Kurslänge beträgt Unterrichtseinheiten.

54. Wann findet der Kurs statt?

- ☐ während der Dienstzeit und Freistellung der Teilnehmer vom Dienst
- ☐ während der Dienstzeit, keine Freistellung
- ☐ außerhalb der Dienstzeit, während der Freizeit
- ☐ sowohl während der Dienstzeit, als auch während der Freizeit

55. Welche pädagogischen Techniken werden im Kurs eingesetzt? (Mehrfachantwort möglich)

Mehrfachnennung möglich

- ☐ Vortrag
- ☐ Rollenspiele mit oder ohne Schauspielerpatienten
- ☐ Interaktive Gruppenarbeiten
- ☐ Videos mit (Schauspieler-)Patienten
- ☐ Arbeit in Kleingruppen
- ☐ Nutzung eigener Fallbeispiele

56. Nehmen Behandelnde aus bestimmten Fachbereichen häufiger teil als aus anderen?

- ☐ ja, besonders aus dem Fachbereich:
- ☐ nein, alle Fachbereiche, die sich um den onkologischen Patienten kümmern, nehmen zu gleichen Teilen teil

57. Wie viele Teilnehmer nehmen durchschnittlich an einem Kurs teil?

- ☐ ≤6
- ☐ 7-12
- ☐ >12

58. Bitte geben Sie eine Abschätzung an,

a) wie viele Teilnehmer pro Jahr an diesem Kommunikationskurs teilnehmen und

b) wie Mitarbeiter insgesamt als Behandelnde im Zentrum tätig sind:

a) Anzahl der Teilnehmer:

b) Mitarbeiter insgesamt:

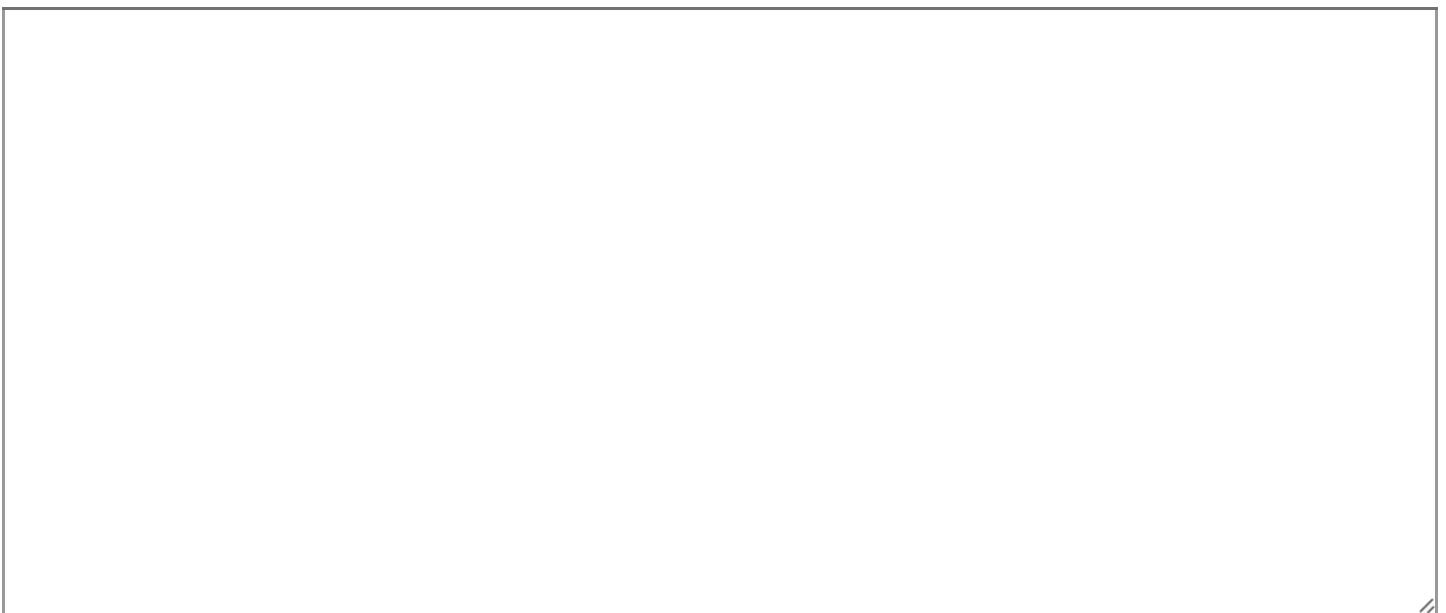
59. Wie sehr stimmen Sie folgender Aussage zu: „Das in meinem Zentrum angebotene Kommunikationstraining ist ausreichend für die Herausforderungen im klinisch-onkologischen Alltag.“

- ☐ stimme voll zu
- ☐ stimme teilweise zu
- ☐ stimme nicht zu

60. Bitte nennen Sie Gründe, die aus ihrer Sicht die Implementierung eines erfolgreichen Kommunikationstrainings hemmen (z.B. inhaltliche Vorbehalte oder finanzielle oder organisatorische Hindernisse):



61. Bitte geben Sie an, welche Wünsche Sie in Bezug auf Kommunikationstrainings an Ihrer Einrichtung haben; Was könnte die erfolgreiche Durchführung erleichtern?



62. Vielen Dank, dass Sie uns bereits einige Informationen über Kommunikationsstrainings an ihrem Zentrum mitgeteilt haben! Gegebenenfalls würden wir darüber hinaus noch gerne einmal persönlich mit Ihnen in Form eines kurzen Interviews in Kontakt treten.

Bitte geben Sie kurz an, ob Sie dazu bereit wären:

- ☐ Ja, ich erkläre mich dazu einverstanden
- ☐ Nein, dafür stehe ich nicht bereit

63. Unter welchen Kontaktdaten können wir Sie am besten erreichen?

Name:

Abteilung:

E-Mail:

Telefonnummer:

Vielen Dank, die Befragung ist für Sie abgeschlossen! Impressum: Herr Prof. Dr. med. Christian Albus Universitätsklinikum Köln christian.albus@uk-koeln.de Esther-Rosa Vens-Cappell Universitätsklinikum Köln evenscap@smail.uni-koeln.de

5.2. Interviewleitfaden

Interview Guideline

1) Preliminary information

- a) Welcome and introduction of the interviewer
- b) Notes on the course of the interview
 - First discussion of the content of the course, then discussion of the answers in the questionnaire regarding satisfaction, opportunities, barriers
- c) Agreement on the planned duration of the interview
 - Time frame: approx. 15 min, but generally open-ended depending on the willingness of the interviewee
- d) Information on the use and release of the data
 - The University Hospital of Cologne processes the data concerning you as part of the project “Survey of established communication skills trainings (CSTs) at oncology centers in Germany” for the purpose of further research and as part of a doctoral thesis. The data will be stored for 2 years after the end of the project. You have the right of access, rectification, erasure, restriction of processing, a right to object to further processing, the right to data portability and a right to lodge a complaint with the competent supervisory authority.
 - The data you provide to us will not be associated with you as a private individual or with your center in the finished work; pseudonyms are used. Your personal contact details, which you have provided to us for the purpose of contacting you, will not be mentioned anywhere in the final work.
- e) Declaration of consent

2) Interview

Beginning

- a) How long have you been working at the center?
- b) Have you already attended courses in the form of communication skills training as a participant?

2. Main part

Refers to Stiefel, F., Kiss, A., Salmon, P., Peters, S., Razavi, D., Cervantes, A., Margulies, A., & Bourquin, C. (2018). Training in communication of oncology clinicians: a position paper based on the third consensus meeting among European experts in 2018.

(1) Content-related questions on the CST based on the work of Stiefel et al. (2018), as open questions

c) What content were you taught in the course? What was the focus?

(2) Content-related questions on the CST based on the work of Stiefel et al. (2018), structured (if not already answered in a))

d) Dealing with emotions

- Is the focus placed on understanding the patient's individual psychological situation and associated uncertainties? To what extent?

e) Relationship building

- Were techniques for learning how to build relationships with patients, relatives and team members taught?
- Are the interpersonal aspects of communication addressed?

f) Involve relatives:

- Has communication with the patient's partner also been addressed?

g) Interprofessional cooperation

- Was there a focus on the topic of collaboration with team members?

h) Reflection

- Was the topic of self-reflection in the role of the attending physician discussed sufficiently?
- *If there is a lack of understanding:* for example, is an awareness conveyed that your personal experiences as a private individual will involuntarily shape your communication with the patient?

(3) Questions on satisfaction with regard to the answers in the questionnaire

i) You have indicated that...

- What is already going well?
- Can you give an example from everyday life where this deficiency became apparent/where you noticed that the skills training was of some use to you?
- To what extent could the situation in this regard be improved locally at your center and in Germany as a whole?

j) How important do you yourself consider the skills training to be for your work?

3) Review and outlook

a) Brief summary of the interview to avoid misunderstandings

b) Space for comments/questions from the interviewee:

- Do you have any questions?
- Anything else you would like to add?

c) Outlook

- Evaluation of the questionnaires and interviews
- Question: Would you like us to keep you informed about the further course of the study, e.g. the results or a possible publication?

d) Thank you and farewell

6. Vorabveröffentlichungen von Ergebnissen

Das Studiendesign sowie erste vorläufige Ergebnisse wurden auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie und des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DGPM/DKPM) am 10.-12. März 2024 vorgestellt.

Das Abstract, wie auf dem Kongress vorgestellt, ist im Folgenden beigegefügt.

Das Paper zur Studie wurde am 17. Juni 2025 im Journal "Oncology Research and Treatment" veröffentlicht und wird hier der Transparenz und Nachvollziehbarkeit wegen erneut beigegefügt.

Implementierung von Communication-Skills-Trainings (CSTs) an onkologischen Zentren in Deutschland – Ergebnisse eines mixed-methods survey

E.-R. Vens-Cappell¹, C. Bergelt², E. Jentschke³, F. Mumm⁴, A. Petermann-Meyer⁵, F. Vitinius⁶, A. Wünsch⁷, C. Albus⁸

¹ Universitätsklinikum Köln, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Köln, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

² Universitätsklinikum Greifswald, Institut für Medizinische Psychologie, Greifswald, Mecklenburg-Vorpommern, Deutschland

³ Universitätsklinikum Würzburg, Neuropsychologie, Würzburg, Bayern, Deutschland

⁴ LMU Klinikum, Med. Klinik und Poliklinik III, Psycho-Onkologie, München, Bayern, Deutschland

⁵ Universitätsklinikum Aachen, Centrum für integrierte Onkologie Aachen, Bonn, Köln, Düsseldorf (CIO ABCD); Klinik für Hämatologie, Onkologie, Hämostaseologie und Stammzelltransplantation, Medizinische Fakultät, Aachen, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

⁶ Robert-Bosch-Krankenhaus, Abteilung für Psychosomatische Medizin, Stuttgart, Baden-Württemberg, Deutschland

⁷ Universitätsspital Bern, Universitätsklinik für Medizinische Onkologie, Bern, Bern, Schweiz

⁸ Universitätsklinikum Köln, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Köln, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

Hintergrund: Communication-Skills-Trainings (CSTs) schulen die Gesprächsführung zwischen onkologischen Patient*innen und ihren Behandelnden. CSTs sind effektiv und werden bereits in einigen europäischen Ländern routinemäßig eingesetzt (Stiefel et al., 2018). Unklar ist, wie der Stand in Deutschland ist. Ziel der Studie war eine systematische Erfassung der Verbreitung und Struktur von CSTs in Deutschland. Zusätzlich sollten mögliche Barrieren und Förderfaktoren einer Implementierung erfasst werden.

Methodik: Kontaktiert wurden alle DKG-zertifizierten onkologischen Zentren in Deutschland (Stand 05.2021) (n=127), von denen sich 60% (n=76) an der Online-Befragung beteiligten. Mittels eines Mixed-Methods-Ansatz wurden quantitative Merkmale über einen Fragebogen abgefragt; qualitative Aspekte wurden über Interviews erhoben, die mit einer stratifizierten Teilstichprobe dieser Zentren (n=11) geführt und mithilfe qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Die Ergebnisse wurden mit den einschlägigen Konsensus-Empfehlungen nach Stiefel et al. (2018) und Karger et al. (2022) verglichen.

Ergebnisse: 42% der Zentren (n=32) gaben an, dass CSTs angeboten werden, aber nur bei 25% (n=17) gab es ein regelhaftes Angebot. Die CSTs entsprachen in Bezug auf Interdisziplinarität und Praxisbezug den Konsensus-Empfehlungen, aber in Kursstruktur und Umfang gab es deutliche Abweichungen. Nur ein Drittel der Zentren mit regelhaftem CSTs bewertete diese als voll ausreichend. Als Barrieren für eine Implementierung wurden genannt: Knappe Zeit- und Personalressourcen, organisatorische Hindernisse,

keine Gegenfinanzierung, Unkenntnis über CSTs sowie eine niedrige Priorisierung auch durch die Leitungsebene. Als Förderfaktoren wurden benannt: Aufnahme von CSTs als Zertifizierungskriterium für onkologische Zentren, verpflichtende Teilnahme, Integration in die Weiterbildungsordnung, Unterstützung bei der Umsetzung durch konkrete Anleitung und eine aktive Leitungsebene.

Schlussfolgerungen: Obwohl CSTs nachweislich effektiv sein können, ist eine Implementierung in Deutschland noch nicht flächendeckend erreicht. Wesentliche Barrieren und Förderfaktoren einer Implementierung konnten identifiziert werden, die für eine Verbesserung der Situation handlungsleitend sein könnten.

Fußnoten

Referenzen

- [1] Stiefel F, Kiss A, Salmon P, Peters S, Razavi D, Cervantes A, Margulies A, Bourquin C; participants, 2018, 'Training in communication of oncology clinicians: a position paper based on the third consensus meeting among European experts in 2018.', *Annals of Oncology*, 29(10), S. 2033-2036, <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy343>
- [2] Karger, A., Bruns, G., Petermann-Meyer, A., Vitinius, F., Wünsch, A., Zimmermann, T., & Dinkel, A. (2022). Empfehlungen zur Umsetzung von Kommunikationstrainings an Onkologischen Zentren in Deutschland. *Forum*, 37(4), S. 299-303. <https://doi.org/10.1007/s12312-022-01106-3>

Implementation of Communication Skills Training at Oncology Centers in Germany: Results of a Mixed-Methods Survey

Esther-Rosa Vens-Cappell^a Corinna Bergelt^b Elisabeth Jentschke^c
Friederike Mumm^d Andrea Petermann-Meyer^{e,f} Frank Vitinius^{a,g}
Alexander Wunsch^{h,i} Christian Albus^a

^aDepartment of Psychosomatics and Psychotherapy, Faculty of Medicine and University Hospital Cologne, University of Cologne, Cologne, Germany; ^bInstitute for Medical Psychology, University Hospital Greifswald, Greifswald, Germany; ^cPsychooncology and Neuropsychology, University Hospital Würzburg, Würzburg, Germany; ^dLMU Clinic, Medical Clinic and Polyclinic III, Psycho-Oncology, Munich, Germany; ^eDepartment of Hematology, Oncology, Hemostaseology and Stem Cell Transplantation, Faculty of Medicine, RWTH Aachen University, Aachen, Germany; ^fCenter for Integrated Oncology Aachen Bonn Cologne Düsseldorf – CIOABCD, Cologne, Germany; ^gDepartment of Psychosomatic Medicine, Robert Bosch Hospital, Stuttgart, Germany; ^hBern University Hospital, University Clinic for Medical Oncology, Bern, Switzerland; ⁱDepartment of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Faculty of Medicine, Albert-Ludwigs-University Freiburg, University Medical Center Freiburg, Freiburg, Germany

Keywords

Communication training · Oncology · Medical communication · Psycho-oncology · Communication skills training · Epidemiology

Abstract

Introduction: The concept of oncological communication skills training (CST) has already proven to be effective and has been incorporated into the relevant guidelines. The current status of CSTs in Germany is unclear. **Methods:** We approached all oncology centers in Germany certified by Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) and investigated quantitative and qualitative aspects of CST programs in a mixed-methods approach using questionnaires and interviews. **Results:** Only a quarter (23.7%, $n = 18/76$) of the responding centers demonstrated a regular CST. These CSTs were partially congruent with the consensus recommendations while deviating significantly in other areas, such as duration, scope, and course content. We asked centers that do not offer CST or do not offer fully satisfactory CST (respondents $n = 60$) for factors that hinder successful implementation, which were identified as, e.g., scarce time and personnel resources (92%), no counterpart

funding (27%), lack of appreciation (25%) and knowledge about the concept (3%), organizational obstacles (22%), and low prioritization (12%). Steps that could facilitate nationwide implementation were found, such as support for implementation through concrete instructions (27%), mandatory participation (20%), an active management level in the question of responsibility (17%), inclusion in the certification criteria for oncology centers (12%), and an integration into the Weiterbildungsordnung (WBO, specialist training guideline) (10%). **Conclusion:** Although previous studies have shown that CSTs have positive effects, sufficient implementation has not yet been achieved across the board in Germany. Individual starting points have been identified; further efforts are needed to advance this goal.

© 2025 S. Karger AG, Basel

Introduction

Good communication is crucial for a good relationship between practitioners and patients and can impact therapy's success at every phase of the illness, e.g., by encouraging patients through effective communication to undergo surgical treatment, chemotherapy at an

appropriate dosage, or radiation or by paying attention to psychosocial aspects, which is linked to better survival and health-related quality of life [1, 2]. In addition, oncology patients, in particular, experience psychological stress and require special emotional and social support [3, 4], which underlines the importance of patient-centered physician's communication, e.g., responding to the patient's emotions and psychosocial concerns, actively involving them in decision-making-processes and providing medical information in a comprehensible way [5]. However, it has also been shown that good communication skills are neither "innate" nor do they simply develop over many years of professional experience [3, 6–8] but require specific training that takes into account the behavioral, cognitive, and affective components of communication [5, 9]. The concept of such training, which is specifically designed to train communication between oncology patients and their caregivers, has been developed since the 1990s [6, 10] and is generally referred to as oncology communication skills training (CST). It should be mentioned here that a renaming of this term has already been called for, as the concept of communication as a set of individual skills has been criticized as too simplified [11]. A look at the prevailing literature on studies in which a CST intervention was carried out shows that the training's actual implementation and structural organization are heterogeneous [12, 13]. In response, efforts have already been made to define a uniform framework for training structure, content, organization, and didactics. An early approach to this goal took place as early as 1998 in the form of an expert consensus meeting initiated by the Swiss Cancer League [14]. The recommendations on CST models agreed upon here were modified and further developed in meetings in the same setting in 2009 and 2018 [15]. In Germany, too, recommendations on CSTs were finally developed and agreed upon by the German Cancer Society (Deutsche Krebsgesellschaft; DKG) working group for psycho-oncology [16], which followed the recommendations according to Stiefel et al. [15] and expanded on them. The following Table 1 is an overview of the societies' respective recommendations on the framework for CSTs.

Numerous studies confirm the benefits of CSTs for oncology practitioners, e.g., improved communication skills among clinicians such as open questions, empathy, agenda setting, checking patient understanding, information organization, eliciting concerns, shared decision-making and self-efficacy, as well as avoiding leading questions, blocking behavior, and interruptions [3, 17–20]. In addition, Tamblyn et al. [21] were able to demonstrate that good results in clinical communication tests are associated to fewer complaints on the part of patients. It has also been shown that cancer patients continue to face unmet communication needs [22, 23]. CSTs are already being increasingly implemented at least project-based in some countries in Europe ("INTERACT EUROPE-100") [24] but also worldwide

as in Japan [25] and the USA [18], and are even mandatory for the (hemato)oncology discipline in Switzerland [15, 26], and for residency training in Australia [27]. The concept of CSTs has already been incorporated into the relevant guidelines for the psycho-oncology sector, such as the S3 guideline on psycho-oncology [28] and the ESMO Clinical Practice Guideline [29]. In Germany, providing CSTs is *not* mandatory for oncology centers, and no empirical studies are available on the current status of the distribution and scope of CST services.

Goal and Question

The study aimed to systematically record the stock of established CST services in Germany. In addition to a quantitative study, possible strengths and deficits regarding existing CST offerings and suggestions for improvement will also be examined qualitatively.

Methods

Methodologically, we worked according to a mixed-methods approach in which we proceeded in two stages, as presented in Figure 1: Initially, all DKG-certified oncology centers in Germany were contacted with a questionnaire (see also online supplementary files at <https://doi.org/10.1159/000545729>). These were identified by the official register of OnkoZert [30], the DKG-authorized association, and access was provided via email communication. The questionnaire was initially addressed to the clinical directors of the oncology centers. In the corresponding email, they were asked to forward the study to the person who, in the opinion of the clinical director, was most familiar with the subject matter of CSTs at the center, but this could also be him or herself. In the case of a non-response, two reminders were sent at a later date. If there was still a non-response, the center's psychosomatic/psychooncological service was contacted in the same way. They were given a questionnaire with closed- and open-ended items that used a branching logic to ask participants about quantifiable structural conditions (e.g., "Does your oncology center offer physicians, nurses and/or other professional groups the opportunity to participate in communication training for everyday oncology?" "If so, what pedagogical techniques are used in the course?" etc.) and subjective satisfaction (questions cited below in Fig. 3, 4). In a second step, we contacted $n = 20$ centers for an in-depth semi-structured interview with a representative and selected sample of centers in which course content, obstacles, and facilitators were discussed in an online session via Zoom with an average duration of 23 min; the interview guide can be found in the supplementary material. As recommended by Kuckartz, the subsequent selection of interview partners

Table 1. Central recommendations for communication skills training according to the recommendations of Karger et al. [16] and Stiefel et al. [15]

Areas	Recommendations of the PSO working group of the DKG (Karger et al., 2022) [16]	Recommendations based on the 3rd Consensus Meeting of European Experts (Stiefel et al., 2018) [15]
<i>Conceptual aspects</i>	25 lesson units Staged approach, consider feasibility	At least 3 days Participants from all levels of vocational training
<i>Contents</i>	Relationship building Reflection on own behavior Dealing with typical conversational situations in oncology	Relationship building Reflection on own behavior Dealing with emotions Discussing complex information Awareness of own internal and external influences Understanding interpersonal dynamics Assessment of psychomental status
<i>Didactics</i>	Participant- and experience-oriented Max. 6 participants per trainer Focus on practical exercises Feedback: 360° feedback Interdisciplinary approach Online training possible Transfer to everyday clinical work	Participant-oriented: Individual and group-oriented Max. 6 participants per trainer Focus on practical exercises Feedback: Constructive and structured feedback Mono- or multidisciplinary courses, depending on the purpose of the training
<i>Trainer qualification</i>	Experience in oncology and as a communication trainer Didactic qualification Train-the-trainer seminar Supervision, intervision, job shadowing	Experience in oncology and as communication trainers Didactic qualification ("competent facilitators") Train-the-trainer seminar Supervision
<i>Structural requirements</i>	Compulsory communication training "Booster" or "refresher" sessions Communication training during working hours Employer funding, including resources for planning and implementation Continuous evaluation Integration into the structures of the Oncology Center	Compulsory communication training: compulsory basic courses, then advanced courses Refresher sessions Communication training during working hours Financing through unrestricted grants from various sources of funding and the employer Continuous evaluation using validated measuring instruments Support from professional associations and employers Support from administration, HR managers, and nursing directors Involvement of patient organizations Accreditation of the courses by the ESMO

was based on quota sampling, i.e., the selection of typical representatives of certain categories [31]: these were grouped according to the characteristics "CST offer yes or no," "University setting yes or no," and "Somatic or psychology background of the participants." The data collected from the questionnaire and interviews were analyzed for compliance with relevant consensus recommendations [15, 16] and qualitatively analyzed for strengths and deficits regarding CST implementation beyond the purely structural and conceptual conditions. Methodologically, the design refers to the explanatory design according to Creswell, as described in Kuckartz [31]. This approach serves as the motivation of convergent findings, i.e., to a certain extent, a validity check of the results from the questionnaire, as well as the motivation of additional coverage for an extended view of the topic. The integration of the two strands of research takes place in the presentation of results, in which the qualitative

results are presented against the background of the quantitatively determined results, which makes the abstract categories clearer [31].

Statistics and Analysis Strategy

The quantitative data were analyzed using descriptive statistical methods, while the qualitative data were analyzed using content-structuring qualitative content analysis [32] by using MAX-QDA. We derived the category system inductively and evaluated which factors were mentioned with what frequency to attribute relevance and weight the factors according to how often they were mentioned by the participants. This was followed by an integrated analysis of both results by using thematic coding for analysis as described in Kuckartz [31], which includes summarizing the information from both methodologies in order to obtain comparative and

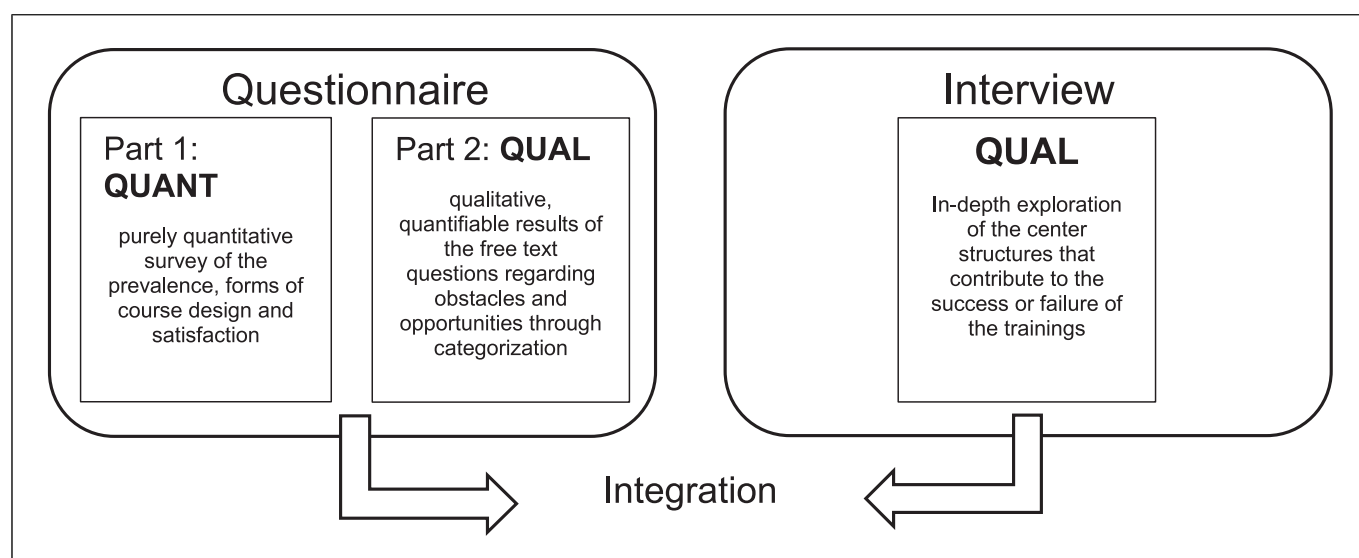


Fig. 1. Mixed-methods design. Quantitative data were gathered from the questionnaire. Qualitative data were derived from the open question section of the questionnaire and the interviews. The integration of the two strands of research takes place in the presentation of results, in which the qualitative results are presented against the background of the quantitatively determined results, making the abstract categories clearer and easier to understand.

contrasting information. A second coding with subsequent comparative collaboration ensured the reliability of our qualitative content analysis (“intercoder reliability”). The coding work was carried out by research assistants from the Department of Psychosomatics and Psychotherapy at the University Hospital of Cologne.

Results

Results of the Questionnaire, Quantitative

Of the 127 centers (of which $n = 38$ were university centers) in our sample, we received $n = 68$ complete responses and $n = 8$ mostly usable responses, i.e., at least the statement of whether a training exists and, if so, whether it is a project training or a regular offer. Thus, the total participation amounted to $n = 76$, corresponding to 60% response.

Forty-four respondents of the 76 centers (58%) stated that their center offered no training. Thirty-two (42%) stated that a training offer existed, with 17 specifying this offer as regular and 14 stating that they offered it as part of a project. One respondent stated that their center offered both regular and project-related training. Of the centers offering training, 53% were part of a university hospital, while 20% of the centers not offering training were affiliated with a university. In total, 23.7% (18/76) of the centers in the overall analysis unit had a regular CST, as visualized in Figure 2. Of these 32 centers with a regular or project-related training program, 27 centers were included in the following detailed analysis, which is to be

found in Table 2. Five centers were excluded due to the lack of completeness of the questionnaire, which was true when more than one question regarding the detailed analysis of the training offers was not answered.

Satisfaction

In the last part of the questionnaire, we asked the participants to indicate their agreement with the statement, “The communication training offered at my center is sufficient for everyday clinical oncology.” For centers with regular training, 5 of the 14 participants (36%) stated that the CST was not sufficient. Four of 14 (29%) indicated partial satisfaction, 5 (36%) indicated that the training was fully sufficient. For project training, 2 of 13 (15%) stated this. Four out of 13 (31%) were partially satisfied; 7 out of 13 (54%), and thus the majority, did not think that the training was sufficient.

Qualitative Results Questionnaires

Centers that do not offer CST or do not offer fully satisfactory CST ($n = 62$) were asked about inhibiting and supporting factors regarding an optimal offer, as shown in Figures 3 and 4. From this group, 2 did not answer, which leaves a total number of respondents of 60.

Barriers

Almost all respondents cited a lack of time and personnel resources as an obstacle. Around a quarter cited a lack of financial resources (remuneration of course instructors, compensation for the absence of participating staff) and the lack of appreciation of a CST: it was stated

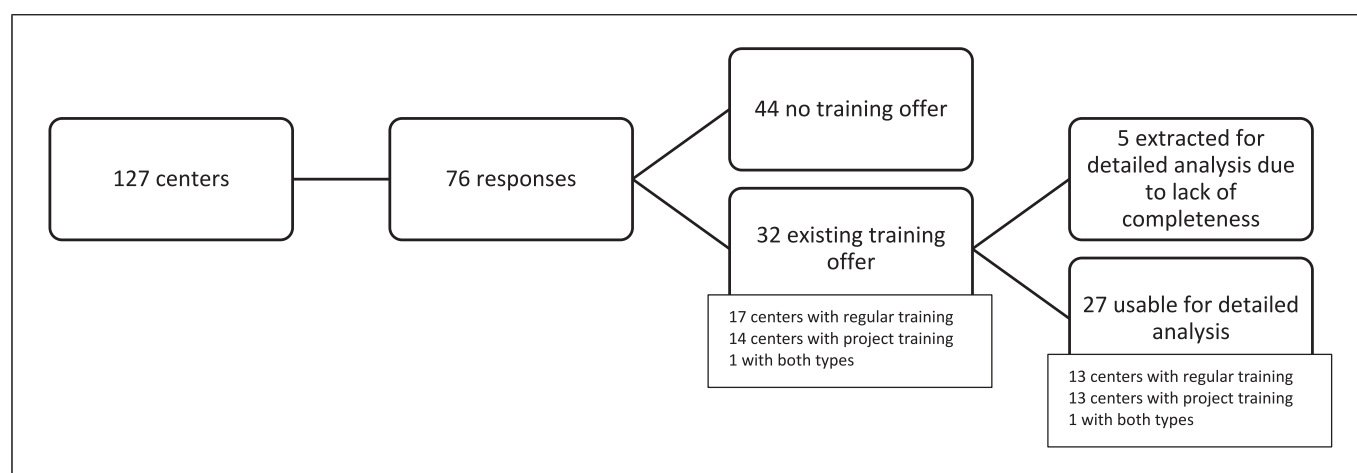


Fig. 2. Data structure of response. From our sample of all DKG-certified centers ($n = 127$), we received 76 responses, 44 of which did not specify a training offer and 32 of which did. Of these 32, we were able to identify 17 with regular, 14 with project-related and 1 center with both types of training. For the detailed analysis, 5 centers were excluded.

that this includes the fact that potential participants do not recognize the usefulness of a CST per se or – also on the part of management – there is no interest in or motivation for such training.

This is followed by “Organizational obstacles,” primarily mentioned by representatives of centers that have not yet been able to establish a CST (26%) compared to those with a CST offering (11%). With regard to the survey period of the study (07/22–03/23), it can be explained that the coronavirus pandemic is also mentioned by almost one-fifth, which has led to an intensification of the shortage of personnel and time resources and to the prevention of face-to-face meetings, which are essential for communication trainings. Several participants also cited the factor “high workload,” which in turn leads to the following factor of “low prioritization”: it was described that due to the high pressure of everyday tasks, the willingness to participate in CSTs is low at both employee and management levels. Two participants also mentioned the factors of personal inhibition to take part in courses and ignorance of the courses on offer.

Opportunities

Almost a third of respondents mentioned support during implementation: It was mentioned that this includes (a) technical support in the sense of prepared documents or similar, (b) the external provision of teaching specialists, (c) the creation of a position with responsibility for organizing the course, and (d) a central standard in the sense of a cross-center course concept. The second most frequently mentioned factor is the expansion of personnel and time resources. One-fifth mentioned the obligation of the course, in the sense that every oncology center should be obliged to offer communication training for treating physicians as well

as that employee participation should be mandatory. Support for implementing the course by the management level is mentioned in fourth place for overcoming organizational obstacles and the question of responsibility, as well as establishing a corporate culture that promotes communication. The fifth most frequent demand is for secure funding for the courses. The inclusion of regular communication training in the certification catalog of oncology centers and the integration of CSTs in the continuing education and training regulations for physicians are mentioned as incentives in the sense of an institutional obligation. Minor mention is also made of increasing appreciation for broader acceptance and raising awareness of the importance of communication training. The dissemination of knowledge about the concept of CSTs is also mentioned individually.

Qualitative Results of Interviews

In addition to the questionnaire, we conducted an interview. We considered a quota sample of 20 centers and contacted the contact persons regarding the interview. In the end, not all but 11 interviews were conducted due to unavailability, which still met the quotas relatively well (see Fig. 5) and led to sufficient theoretical saturation. On the one hand, the interviews served to a certain extent as a validity check of the information from the questionnaires; on the other hand, the targeted exchange allowed a more in-depth analysis of the center-specific structures, which exemplify the situation regarding CSTs.

Course Content

The topics recommended by Stiefel et al. [12] and Stiefel et al. [15] – dealing with (difficult) emotions, building relationships with patients, working with relatives, interprofessional collaboration and reflecting on

Table 2. Analysis of CST offers compared to the relevant consensus recommendations according to Stiefel et al. [15] and Karger et al. [16]

Criterion	Result	Recommendations according to Karger et al. (2022) [16]	Recommendations according to Stiefel et al. (2018) [15]	Rating
<i>Conceptual aspects</i>				
Course length	90% (n = 19) regular courses and 100% (n = 12) project-based training courses with less than 25 teaching units (45 min each)	25 lesson units (45 min each)	At least 3 days	Minimum scope usually not reached (assumption: 1d = 8–10 h)
<i>Didactics</i>				
Design	78% (n = 21) each lectures and role play, 70% (n = 19) interactive group work, 67% (n = 18) own learner-centered case studies, 59% (n = 16) small group work, 37% (n = 10) videos with (actor) patients (regular courses)	Participant- and experience-oriented, Focus on practical exercises	Participant- and experience-oriented, Focus on practical exercises	Focus on practical exercises largely achieved. A learner-centered perspective is fulfilled
Mono-/ multidisciplinary	4% (n = 1) interdisciplinary 96% (n = 22) monodisciplinary regarding regular courses	Interdisciplinary approach	Mono- or multidisciplinary courses, depending on the purpose of the training	The purpose of the monodisciplinary group composition cannot be assessed Interdisciplinary composition in regular courses mostly missed
Group size	64% (n = 14) of the regular and 71% (n = 10) of the project-related training courses had more than 6 participants	Maximum size of up to 6 participants per trainer	Maximum size of up to 6 participants per trainer	Mostly groups above the recommended size
<i>Trainer qualification</i>				
Who trains	96% (n = 22) for regular courses and 64% (n = 9) for project courses by internal staff	Experience in oncology and as a communication trainer, didactic qualification, train-the-trainer seminar, Supervision, intervision, job shadowing	Specialists with experience in oncology and as communication trainers, didactic qualification, train-the-trainer seminar	Didactic qualification of trainers cannot be assessed; "experience in oncology" mostly fulfilled
<i>Structural requirements</i>				
Financing	Regular training: 74% (n = 17) employers, 13% (n = 3) cost sharing between employers and participants, remainder "other" Project training: 71% (n = 10) partially or fully financed by third-party funds, remainder by employer and/or "other"	Financing by the employer	Financing through unrestricted grants from various sources of funding and the employer	Employer funding largely achieved Unrestricted subsidies only partially achieved
Refresher courses for regular offers	50% (n = 11)	Regular "booster" and "refresher" sessions	Long-term refresher sessions	Refresher sessions for only half

Table 2 (continued)

Criterion	Result	Recommendations according to Karger et al. (2022) [16]	Recommendations according to Stiefel et al. (2018) [15]	Rating
Holding time during working hours	Regular courses 76% ($n = 16$), project courses 79% ($n = 11$) exclusively during working hours	Part of working time (e.g., as further training)	Part of the working time	Holding during working hours largely fulfilled

The numbers for n always refer to the number of trainings, not the number of centers, as some centers offer several trainings. Altogether, there are 23 regular courses and 14 project courses from 27 centers.

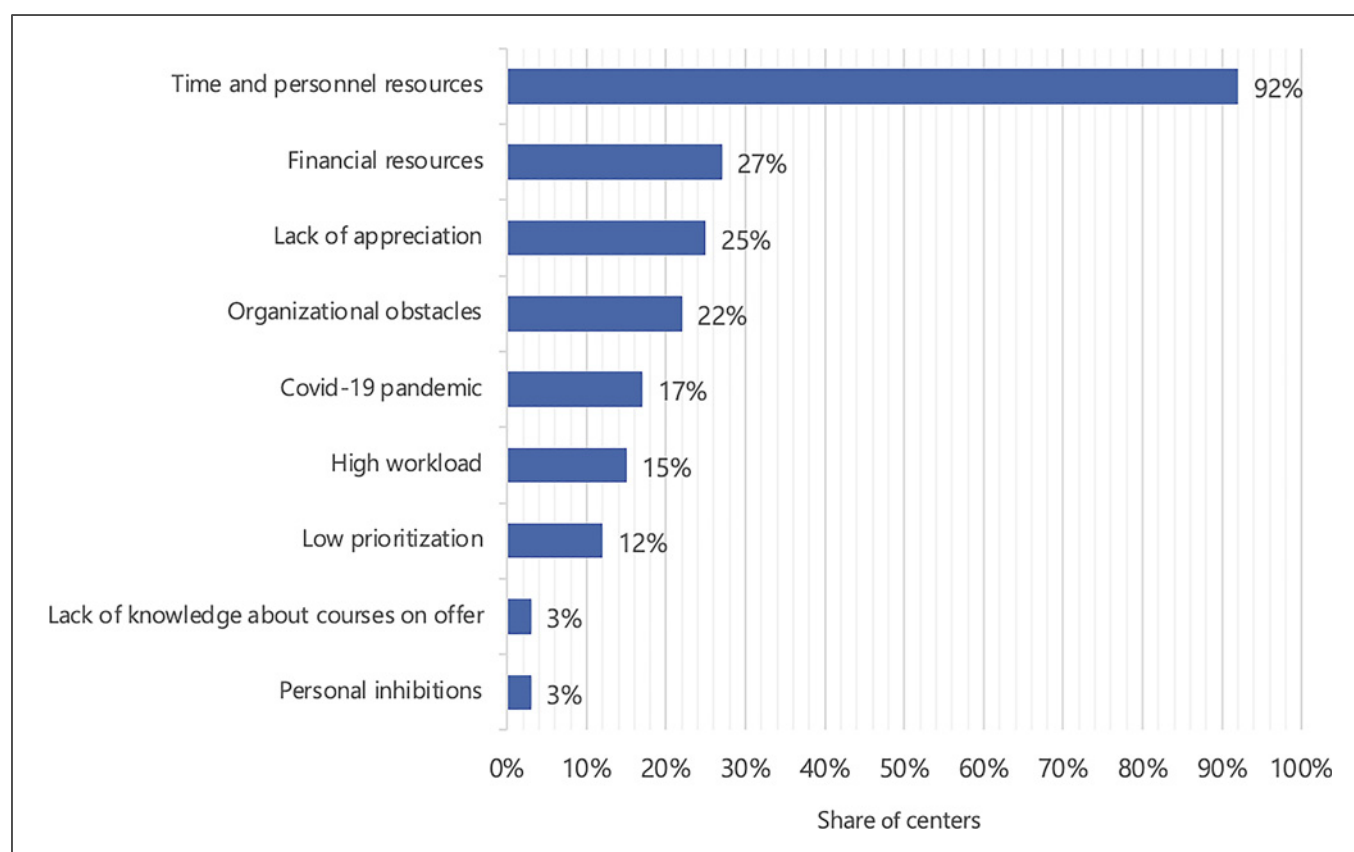


Fig. 3. Perceived inhibiting factors on the implementation of successful CSTs: “Please name the reasons that, in your opinion, hinder the implementation of successful communication training.” Indication of the factors found on the basis of the participants’ statements on the y-axis with the frequencies on the x-axis as the proportion of participants who mentioned this factor out of a total of $n = 60$ respondents.

one’s own behavior – are only partially covered in the courses: the topics were mostly all addressed, but it was emphasized in some places that this represents a superficial rather than in-depth part of the course. In all regular courses, the topics of dealing with emotions and building relationships are dealt with independently, while the remaining content is only rudimentary or sometimes missing. In addition to these predefined topics, the following were mentioned: examples of challenging com-

munication situations with oncology patients, communication models, conversation settings, and digital communication channels.

Obstacles and Opportunities

In the interview group “Centers without a CST offer” ($n = 5$), a high demand for communication training for oncology practitioners was identified in all centers. Here, too, we asked about the obstacles to such a service:

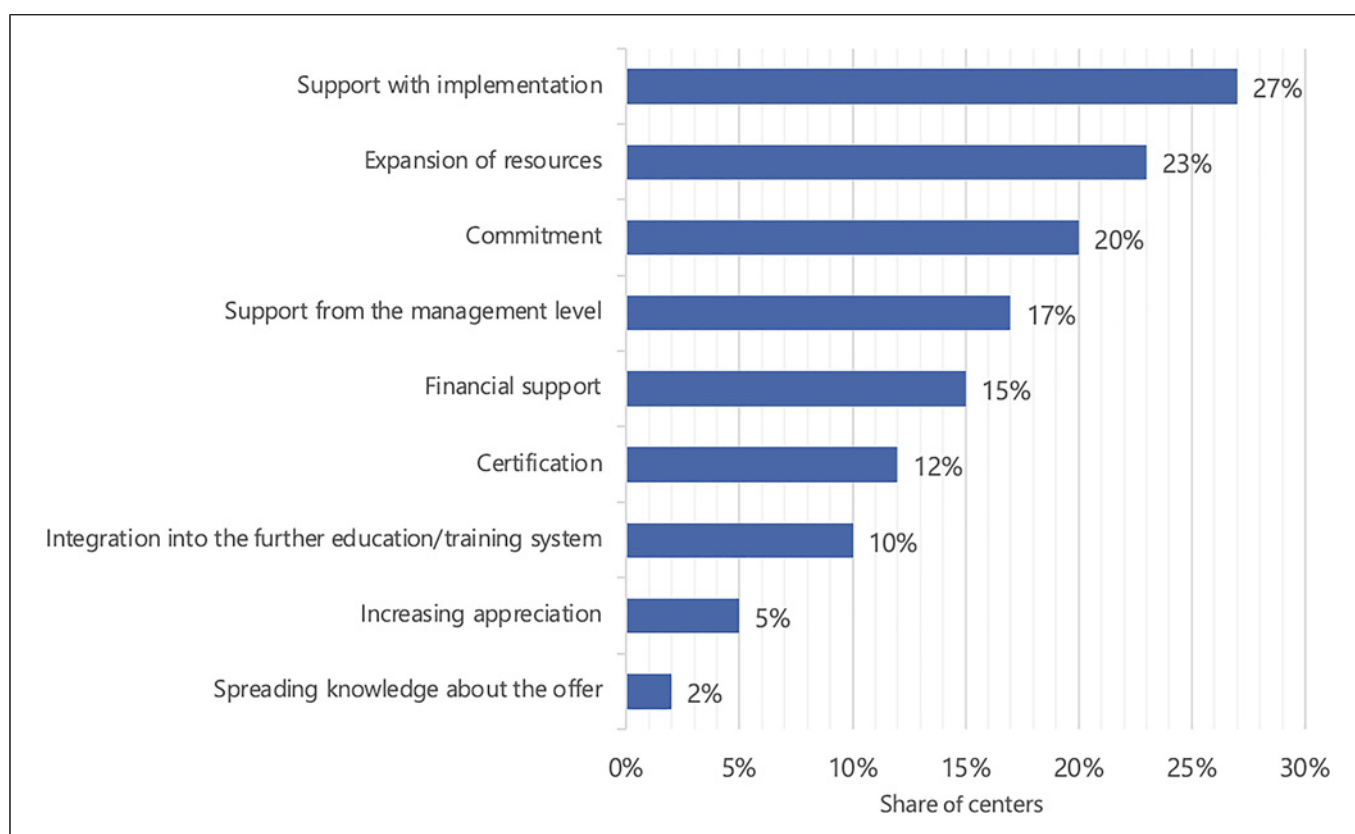


Fig. 4. Perceived supporting factors for the establishment of CSTs: “Please indicate your wishes regarding communication training at your institution. What could facilitate successful implementation?” Indication of the factors found on the basis of the participants’ statements on the y-axis with the frequencies on the x-axis as the proportion of participants who mentioned this factor out of a total of $n = 60$ respondents.

Fig. 5. Characteristics of the interviewed centers. Of the 11 interviewees, 6 came from a center with training and 5 from a center without; 6 interviewees had a somatic specialist background and 5 a psychosomatic/psychotherapeutic specialist background; and 8 centers were affiliated with a university and 3 had no university background.

Demographics of the centers	
Training Offer	n = 6 training, n = 5 no training
University Background of Center	n = 8 yes, n = 3 no
Demographics of the interviewees	
Professional Background	n = 6 somatic, n = 5 psychosomatics
Hierarchy Level	n = 3 clinic director, n = 1 senior consultant, n = 3 senior physician, n = 4 other
Gender	n = 6 female, n = 5 male

The factor of a lack of time and personnel resources was also unanimously mentioned by all interviewees. It should, therefore, be noted that the findings from the interviews underline the conclusions from the questionnaires. Three of the five participants also mentioned the generally low level of appreciation or doubts about the usefulness of such a training measure among center employees. Furthermore, two interviewees criticized that the organizational effort hindered implementation, partly due to a lack of support and the immediate sole responsibility of a project-inhibiting

initiative. One center partner also mentioned the unresolved issue of funding. All respondents mentioned a mandatory offer as helpful in driving forward CST implementation. Two of five also voted in favor of including CSTs in the certification catalog. Two participants also emphasized the importance of an active management level that takes responsibility for course organization and reinforces the relevance of such a program.

In the interview group “Centers offering CSTs” ($n = 6$), the obstacles on the way to CST implementation were

apparently overcome; we asked this interview group which factors they would perceive as helpful for a nationwide implementation: Here, three of the six mentioned the obligation for oncology staff to participate in CSTs. Two of the interviewees also advocated the inclusion of CSTs in the certification criteria. These two aspects – commitment and inclusion in the certification criteria – are given more weight in the interviews than in the questionnaires.

Discussion

Our study showed that only 23.7% of DKG-certified oncology centers in Germany offer regular CST. The existing training courses proved to be slightly in line with the recommendations, for example, in terms of being held during working hours and practical relevance. In many respects, however, the courses deviate significantly from the recommendations, for example, with regard to the inclusion of all professional groups (interdisciplinarity), funding, refresher courses, course length, and size. In addition, we were able to characterize a variety of obstacles as explanations for this insufficiency, such as a lack of time, money, and personnel resources, a lack of appreciation, organizational obstacles, a high workload, and low prioritization. However, these obstacles can also be identified as points of attack for future improvements. To our knowledge, this study is the first systematic assessment of the quantity and quality of CSTs at German oncology centers. At the international level, only one study could be found that pursued a similar objective: Hoffman et al. [33] were commissioned by the American Association for Cancer and Education (AACE) in 2004 to investigate the status of CSTs in the USA at that time. Only 31% (50/159) of the programs included some form of CST, none of which were in surgical oncology. The lack of CST programs in US training programs is consistent with our findings in Germany, where only 23.7% of the cancer centers responding to us offer regular CST. The main barrier in both studies was the problem of lack of time, in our work, especially against the background of the staffing situation. However, the didactic methods used in the courses we examined were more varied and interactive. Yet, this difference might also be explained by the time lag between the two studies as the development of didactic methodology has progressed in recent decades, and interactive methods, in particular, have become increasingly important. The topics considered necessary and desirable for the course are quite congruent between the two study populations. In addition, both studies identify “commitment” and, in some cases, “integration into the further education regulations” as helpful factors in promoting widespread implementation.

The factor of scarce time and personnel resources or the high workload in the oncology sector was thus

identified as the main obstacle to CSTs at the time of the study by Hoffman et al. [33] and in our work. The fact that this factor is highly prevalent is consistent with studies that record the workload of oncology specialists: high levels of burnout symptoms have been found among medical and nursing staff in oncology worldwide [34], as well as explicitly in Europe [35]. Similar results can also be specifically found in Germany [36]. The coronavirus pandemic, which was also repeatedly cited as an obstacle by participants in our study, made this situation even more difficult: A study by Arndt et al. [37] systematically demonstrated that the personnel and time capacities in German oncology centers were once again significantly compressed in the course of the pandemic.

In our work, too, we repeatedly came across statements complaining about the high workload and the compression of personnel resources; given the studies presented, this does not appear to be a phenomenon that is only found in our sample but also a far-reaching problem in oncology in general. With regard to CSTs, this can, therefore, be confirmed as a major obstacle to widespread implementation. On the other hand, it should be borne in mind that CSTs can also be part of the solution by helping to prevent stress and burnout [38, 39]. For example, it has already been shown that learning conversation techniques can save a significant amount of time, which makes everyday clinical oncology easier and can in turn lead to a reduction in stress [40]. A study by Karger et al. [41] demonstrated that the majority of treating physicians at oncology centers already recognize this advantage of a CST offer and rate the importance of CSTs as high.

The factors “active management level” and a “sharpening of awareness” we found to facilitate the implementation of CSTs were also identified by Back (2020) as factors for encouraging high-quality patient-clinician communication [42]. One point we could identify in our study as a significant inhibiting factor is the organization of such a course. In addition to structural deficits, this also includes concretization of course content. Some of our study participants described it as helpful if certain course concepts were already predefined, which course initiators at the oncology center could then fall back on. In fact, a wide range of such specific instructions already exist. In the USA, the National Cancer Institute (NCI) presents three curricula that are considered evidence-based and could represent possible model guidelines for CSTs [43]: *Vitaltalk*, *Comskil*, and *SICG*. Unlike in the USA, equivalent German state health institutes do not make official recommendations on specific curricula.

Nevertheless, various research groups have also developed several programs in Germany. For example, the *KoMPASS project* by Vitinius et al. [44] developed a CST curriculum, which is implemented as a program in Cologne (“Kommunikative Kompetenz”) and has so far reached the most participants ($n = 335$). In the *KommRheinInterpro*

project [45], the interdisciplinary approach was further refined. In the ComOn projects, randomized controlled trials demonstrated significant changes at the communication level [46, 47]. A customized CST program by Wuensch et al. [48] significantly improved the discussions between doctors and patients about RCTs. While these and other projects [49] already provide exemplary curricula, what is still needed is the transfer of the project-related, time-limited offer into a regular and constant offer – and preferably nationwide, i.e., beyond the centers participating in the project.

Limitations

As our survey period happened to be during the aftermath of the coronavirus pandemic, this topic is also reflected in the participants' statements. Two participants told us in the interview that CSTs that had previously regularly taken place had been suspended or decelerated due to the pandemic-related restrictions. Another hindering factor was that some of our study participants in the interviews were not familiar with the terms "CSTs" and "project or regular course" per se; nevertheless, we clarified those terms with the interviewees, and they were able to tell us about the structure of communication trainings at their center in their view. This lack of knowledge about the terms can perhaps be seen as a further indication that knowledge about CSTs needs to be spread. It should also be noted that no statement can be made as to the extent to which the contact persons providing information actually had a valid overview of the course offerings of the entire center; we tried to ensure to reach the most qualified persons by specifically asking the clinic directors to forward the study to the person who they assessed to be the one with the most knowledge regarding CSTs at the center. Regarding the demographics, we did not collect data about the respondent's age.

Finally, the evaluation of the question on the number of course participants in the CSTs can be misinterpreted concerning the consensus guidelines. We only asked about the total number of participants in the questionnaire, while the recommendations explicitly refer to the number of participants per trainer.

Conclusion and Outlook

The study aimed to record the quantity and quality of CSTs in Germany and identify barriers and opportunities regarding further development of CSTs. Overall, we consider the situation regarding CSTs at German oncology centers to be inadequate. As possible starting points, we identified guaranteed counter-financing, the dissemination of knowledge and awareness, inclusion in

the certification criteria, integration into the training regulations, active responsibility at the management level, an obligation for target groups to participate, and the provision of specific curricula. Although CSTs are always designed to be learner-centered and should, therefore, always leave room for individual interpretation, providing a certain evidence-based and standardized guiding curriculum seems to help the beginnings of a CST offer.

Further research is also needed, particularly in the area of evaluation/evidence provision. We hope that work like this will spread knowledge and awareness of the concept of CSTs so that further development and widespread introduction will soon become more realistic.

Acknowledgments

We would like to thank our dedicated colleagues for completing the questionnaires, especially those who were willing to be interviewed.

Statement of Ethics

We confirm that the entire research complies with the ethical guidelines, including compliance with the legal requirements of the study country. The University Hospital of Cologne's responsible Ethics Committee approved the study with a favorable vote on 06/20/22 (21-1589_1). Written informed consent was obtained from participants to participate in the study in the questionnaires as well as in the interviews.

Conflict of Interest Statement

The authors have no conflicts of interest to declare.

Funding Sources

No funding was requested or used for this study.

Author Contributions

C.A. coordinated the study group. E.V.C. performed the quantitative and qualitative data acquisition and wrote the first draft of the manuscript. All authors discussed the results and cooperatively conceptualized the research question and the study design and instruments. C.A., A.W., F.V., A.P.M., F.M., E.J., and C.B. critically revised the manuscript until all authors gave their final consent.

Data Availability Statement

The data that support the findings of this study are not publicly available due to their containing information that could compromise the privacy of research participants but are available from the submitting secretary (E.V.C.) upon reasonable request.

References

- Epstein R, Street RJ. In: Institute NC, editor. Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. Bethesda, MD; 2007.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ: Can Med Assoc J = J de l'Association medicale canadienne. 1995;152(9):1423–33.
- Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(3):CD003751. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub3>
- Vucic V, Radovanovic S, Radevic S, Savkovic Z, Mihailovic N, Mihaljevic O, et al. Mental health assessment of cancer patients: prevalence and predictive factors of depression and anxiety. Iran J Public Health. 2021;50(10):2017–27. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i10.7502>
- Jenkins V, Fallowfield L. Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? J Clin Oncol. 2002;20(3):765–9. <https://doi.org/10.1200/jco.2002.20.3.765>
- Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. J Clin Oncol. 1998;16(5):1961–8. <https://doi.org/10.1200/jco.1998.16.5.1961>
- Junod Perron N, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. Swiss Med Wkly. 2015;145:w14064. <https://doi.org/10.4414/sm.w.2015.14064>
- Stiefel F, Favre N, Despland JN. Communication skills training in oncology: it works. Recent Results Cancer Res. 2006;168:113–9. https://doi.org/10.1007/s3-540-30758-3_11
- Razavi D, Merckaert I, Marchal S, Libert Y, Conradt S, Boniver J, et al. How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. J Clin Oncol. 2003;21(16):3141–9. <https://doi.org/10.1200/jco.2003.08.031>
- Langewitz WA, Eich P, Kiss A, Wössmer B. Improving communication skills--a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. Psychosom Med. 1998;60(3):268–76. <https://doi.org/10.1097/00006842-199805000-00009>
- Stiefel F, Bourquin C. Communication in oncology: now we train - but how well? Ann Oncol. 2016;27(9):1660–3. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw229>
- Stiefel F, Barth J, Bensing J, Fallowfield L, Jost L, Razavi D, et al. Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. Ann Oncol. 2010;21(2):204–7. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp564>
- Stiefel F, de Vries M, Bourquin C. Core components of Communication Skills Training in oncology: a synthesis of the literature contrasted with consensual recommendations. Eur J Cancer Care. 2018;27(4):e12859. <https://doi.org/10.1111/ecc.12859>
- Kiss A. Communication skills training in oncology: a position paper. Ann Oncol. 1999;10(8):899–901. <https://doi.org/10.1023/a:1008340806731>
- Stiefel F, Kiss A, Salmon P, Peters S, Razavi D, Cervantes A, et al. Training in communication of oncology clinicians: a position paper based on the third consensus meeting among European experts in 2018. Ann Oncol. 2018;29(10):2033–6. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy343>
- Karger A, Bruns G, Petermann-Meyer A, Vitinius F, Wunsch A, Zimmermann T, et al. Empfehlungen zur Umsetzung von Kommunikationstrainings an Onkologischen Zentren in Deutschland. Forum. 2022;37(4):299–303. <https://doi.org/10.1007/s12312-022-01106-3>
- Barth J, Lannen P. Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. Ann Oncol. 2011;22(5):1030–40. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdq441>
- Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, Bialer PA, Levin TT, Maloney EK, et al. Communication skills training for oncology professionals. J Clin Oncol. 2012;30(11):1242–7. <https://doi.org/10.1200/jco.2011.39.6184>
- Moore PM, Rivera S, Bravo-Soto GA, Olivares C, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2018;7(7):CD003751. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4>
- Uitterhoeve RJ, Bensing JM, Grol RP, Demulder PH, VAN Achterberg T. The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. Eur J Cancer Care. 2010;19(4):442–57. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01082.x>
- Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. Jama. 2007;298(9):993–1001. <https://doi.org/10.1001/jama.298.9.993>
- Basile I, Consolo I, Rusconi D, Arba L, Rampichini F, Caraceni A, et al. The perspective of cancer patients in palliative care on unmet needs: a qualitative synthesis using meta-ethnography. Am J Hosp Palliat Care. 2024;41(12):1491–505. <https://doi.org/10.1177/10499091231226429>
- Driessen HPA, Busschbach JJV, van der Rijt CCD, et al. Unmet care needs of patients with advanced cancer and their relatives: multicentre observational study. BMJ Support Palliat Care 2024;14:e1413–21.
- Benstead K, Brandl A, Brouwers T, Civera J, Collen S, Csaba DL, et al. An inter-specialty cancer training programme curriculum for Europe. Eur J Surg Oncol. 2023;49(9):106989. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2023.106989>
- Okamura M, Fujimori M, Saito E, Osugi Y, Akizuki N, Uchitomi Y. Development of an online communication skills training program for oncologists working with adolescents and young adults. J Adolesc Young Adult Oncol. 2023;12(3):433–9. <https://doi.org/10.1089/jayao.2022.0102>
- Stiefel F, Bernhard J, Bianchi G, Dietrich L, Hürny C, Kiss A, et al. The Swiss model. In: Kissane DW, Bultz BD, Butow PN, Bylund CL, Noble S, Wilkinson S, editors. Oxford textbook of communication in oncology and palliative care. Oxford University Press; 2017. p. 0. <https://doi.org/10.1093/med/9780198736134.003.0057>
- The Royal Australasian College of Physicians. Physician readiness for expert practice (PREP) training program. In: Medical oncology advanced training curriculum; 2013. https://www.racp.edu.au/docs/default-source/trainees/advanced-training/medical-oncology/medical-oncology-adult-medicine-advanced-training-curriculum.pdf?sfvrsn=75222c1a_10
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), AWMF. Leitlinienprogramm Onkologie: Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen. Langversion; 2023. Vol. 2.1. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/psychoonkologie>
- Stiefel F, Bourquin C, Salmon P, Achteri Jeanneret L, Dauchy S, Ernstmann N, et al. Communication and support of patients and caregivers in chronic cancer care: ESMO Clinical Practice Guideline. ESMO Open. 2024;9(7):103496. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.103496>
- Deutsche Krebsgesellschaft (DKG). OncoMap. [https://www.oncomap.de/cnetworks/cnocos?selectedCountries=\[Deutschland\]&selectedCerttypes=\[DKG\]&showMap=1](https://www.oncomap.de/cnetworks/cnocos?selectedCountries=[Deutschland]&selectedCerttypes=[DKG]&showMap=1)
- Kuckartz U. Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Springer; 2014. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93267-5>
- Kuckartz U. Qualitative inhaltsanalyse: methoden, praxis, computerunterstützung. 4 ed. Beltz Juventa; 2018.
- Hoffman M, Ferri J, Sison C, Roter D, Schapira L, Baile W. Teaching communication skills: an AACE survey of oncology training programs. J Cancer Educ. 2004;19(4):220–4. https://doi.org/10.1207/s15430154jce1904_8
- HaGani N, Yagil D, Cohen M. Burnout among oncologists and oncology nurses: a systematic review and meta-analysis. Health Psychol. 2022;41(1):53–64. <https://doi.org/10.1037/hea0001155>
- Banerjee S, Califano R, Corral J, de Azambuja E, De Mattos-Arruda L, Guarneri V, et al. Professional burnout in European young oncologists: results of the European society for medical oncology (ESMO) young oncologists committee burnout survey. Ann Oncol. 2017;28(7):1590–6. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx196>

- 36 Hipp M, Pilz L, Al-Batran SE, Hautmann MG, Hofheinz RD. Workload and quality of life of medical doctors in the field of oncology in Germany--a survey of the working group quality of life of the AIO for the study group of internal oncology. *Oncol Res Treat*. 2015; 38(4):154–9. <https://doi.org/10.1159/000381074>
- 37 Arndt V, Doege D, Fröhling S, Algül H, Bargou R, Bokemeyer C, et al. Kapazität der onkologischen Versorgung in deutschen onkologischen Spitzenzentren während der ersten 2 Jahre der COVID-19-Pandemie. *Forum*. 2022;37(5):372–6. <https://doi.org/10.1007/s12312-022-01121-4>
- 38 Kennedy Sheldon L. Communication in oncology care: the effectiveness of skills training workshops for healthcare providers. *Clin J Oncol Nurs*. 2005;9(3):305–12. <https://doi.org/10.1188/05.Cjon.305-312>
- 39 Kiss A, Söllner W. Communication and communication skills training in oncology: open questions and future tasks. *Recent Results Cancer Res*. 2006;168:121–5. https://doi.org/10.1007/3-540-30758-3_12
- 40 Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *J Med Pract Manage*. 2001;16(4):184–91.
- 41 Karger A, Geiser F, Vitinius F, Sonntag B, Schultheis U, Hey B, et al. Communication skills trainings: subjective appraisal of physicians from five cancer centres in north rhine, Germany. *Oncol Res Treat*. 2017;40(9): 496–501. <https://doi.org/10.1159/000479113>
- 42 Back AL. Patient-clinician communication issues in palliative care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2020;38(9): 866–76. <https://doi.org/10.1200/jco.19.00128>
- 43 National Cancer Institute (NCI). PDQ communication in cancer care. 2023. Retrieved from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/adjusting-to-cancer/communication-hp-pdq>
- 44 Vitinius F, Sonntag B, Barthel Y, Brennfleck B, Kuhnt S, Werner A, et al. KoMPASS-Konzeption, Implementierung und Erfahrungen mit einem strukturierten Kommunikationstraining für onkologisch tätige Ärzte [KoMPASS – Design, Implementation and Experiences Concerning a Structured Communication Skills Training for Physicians Dealing with Oncology]. *Psychother Psych Med*. 2013;63(12):482–8. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1341468>
- 45 Karger A, Petermann-Meyer A, Vitinius F, Geiser F, Kraus D, Ersten L, et al. Effectiveness of interprofessional communication skills training for oncology teams: study protocol for a three-arm cluster randomised trial (KommRhein Interpro). *BMJ Open*. 2022;12(12):e062073. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062073>
- 46 Goelz T, Wuensch A, Stubenrauch S, Ihorst G, de Figueiredo M, Bertz H, et al. Specific training program improves oncologists' palliative care communication skills in a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2011; 29(25):3402–7. <https://doi.org/10.1200/jco.2010.31.6372>
- 47 Niglio de Figueiredo M, Krippeit L, Ihorst G, Sattel H, Bylund CL, Joos A, et al. ComOn-Coaching: the effect of a varied number of coaching sessions on transfer into clinical practice following communication skills training in oncology: results of a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2018;13(10):e0205315. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205315>
- 48 Wuensch A, Goelz T, Ihorst G, Terris DD, Bertz H, Bengel J, et al. Effect of individualized communication skills training on physicians' discussion of clinical trials in oncology: results from a randomized controlled trial. *BMC Cancer*. 2017;17(1):264. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3238-0>
- 49 Wünsch A, Bergelt C, Götze H, Karger A, Oechsle K, Rüffer JU, et al. Kommunikationstrainings für onkologisch tätige Ärztinnen in Deutschland. *Forum*. 2021;36(5): 391–5. <https://doi.org/10.1007/s12312-021-00972-7>