

COMSKIL: a communication skills training program for medical students

Abstract

Objectives: Training communication skills has come to be recognized as a vital aspect of medical school education. A medical communication course based on the COMSKIL Communication Skills Training (CST) Program was developed, integrated into the core curriculum, and evaluated at the Leipzig University Medical School.

Methods: Between October 2016 and July 2017, 312 medical students (mean age 21.80 years; 62% male) participated in the medical communication course. Each course unit was evaluated via questionnaires specifically designed to address the theoretical and practical content of the curriculum. The items correspond to the material covered in each course unit. Students responded using a 5-point-Likert scale (1="not at all helpful", 5="extremely helpful") to rate the degree to which the course helped them learn about the subject matter and train the skills covered in the curriculum.

Results: The average score for the first part of the course (theoretical foundations) was $M=3.69$ ($SD=0.35$). The second part received a similar rating ($M=3.84$; $SD=0.73$). The role play exercises with actor-patients received a score of $M=4.27$ ($SD=0.62$). In an overall evaluation at the end of the course, students rated the administration of the course (setting, etc), knowledge gained, and skills trained with a score of $M=4.11$ ($SD=0.66$). The role play exercises received an overall score of $M=4.36$ ($SD=0.61$).

Conclusion: A new curriculum for teaching medical students patient-physician communication skills based on the COMSKIL CST program was established at the University of Leipzig. The goal of this course is to teach students about the kinds of communication scenarios they will encounter in their future working lives as care providers and equip them with the fundamental communication techniques and skills they need to successfully handle those situations. A formal evaluation of the program resulted in satisfactory findings, indicating that it is well suited for use in medical universities.

Keywords: teaching concept, medical school education, patient-physician communication, communication skills, COMSKIL

Claudia Gebhardt¹

Anja

Mehnert-Theuerkauf¹

Tim Hartung¹

Anja Zimmermann²

Heide Glaesmer¹

Heide Götze¹

1 University Medical Center
Leipzig, Department of
Medical Psychology and
Medical Sociology, Leipzig,
Germany

2 University Medical Center
Leipzig, LernKlinik Leipzig,
Leipzig, Germany

Introduction

Communication plays a central role in the everyday work of being a doctor. In the "Masterplan Medizinstudium 2020" (Medical Studies Master Plan 2020) [1] enacted in 2017 by the German Federal Ministry of Health and Federal Ministry of Education and Research (BMG) together with all of the German state-level ministries of health and cultural affairs, special emphasis is placed on the importance of medical communication skills due to the significant impact they have on the quality of patient-physician relationships, treatment success rates, and patient wellbeing. Over time, it has come to be accepted as a matter of fact that care providers' communication skills impact important healthcare outcome parameters. For patients, these include, among others: increased

satisfaction, comprehension, treatment success, and treatment adherence as well as reduced burden. At the same time, doctors benefit from reduced rates of depression and burnout and improved wellbeing and job satisfaction [2], [3], [4], [5], [6], [7]. The Master Plan 2020 therefore requires that medical schools teach students the fundamentals of good patient-physician communication as a core subject in order to adequately prepare them for the daily demands of their future profession. Furthermore, it emphasizes that the communication skills in question can be demonstrably improved when taught as early as possible and consistently trained thereafter [8], [9].

The German National Competence-based Learning Objectives Catalogue for Undergraduate Medical Education (NKLM; [<http://www.nklm.de>]) provides practical guidance

by specifying in detail the subjects and skills that should be taught. The learning objectives related to communication are formulated in chapter 14c, "Patient-Physician Communication". Quality standards for teaching patient-physician communication skills are also outlined in the longitudinal "Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin" (LongKomm [10]) [prototype curriculum for medical communication].

The implementation of these aims and standards for teaching communication skills in medical schools has generated a wide range of didactic concepts, of which however only a few have been evaluated and published [11], [12], [13], [14], [15], [16]. Beyond these, exists a series of evaluated CST programs (COMSKIL [17], Oncotalk [18], Kompass [19] COM-ON-p [20]) that have been developed to address aspects of communication between healthcare providers and patients but are not tailored to medical university teaching requirements. The aim of the project presented here was therefore to modify, evaluate, and publish an established communication skills training program adapted specifically for use in the medical school setting.

Project description

A multi-semester longitudinal "Communication" curriculum was integrated into the required coursework offered at the University of Leipzig beginning in the Winter Semester of 2016/2017. The course is comprised of an interdisciplinary synthesis of communication theory and clinical practice. Students begin taking the course during their pre-clinical studies and continue over the entire length of their time in medical school. An actor-patient program was developed for this purpose. Approval for carrying out an evaluation of the course was granted by the ethics board of the University of Leipzig (149/17 – ek). The first part of the longitudinal communication curriculum is a course on medical communication offered in the third and fourth semester of students' pre-clinical education. One key aim of this endeavor was to determine how successfully a CST program which was already well established and evaluated could be adapted to the requirements of the medical school setting. The COMSKIL [17] communication skills training program, introduced below, was consequently chosen for this purpose.

The COMSKIL communication skills training program

The COMSKIL program was developed by Kissane et al. at the Memorial-Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) [17], [21], [22]. Though originally designed for use in oncology, it is transferable to other medical areas as well. It is an interdisciplinary program for doctors, nurses, and other healthcare workers charged with caring for patients.

The training program is based on the following theoretical models:

1. the goals-plans-action theory [23];
2. sociolinguistics theory [24];
3. and the lay-etiological "common sense model of illness" as it relates to illness-related self-regulation [25].

According to "goals-plans-action" theory [24], it is essential to first establish communication goals relevant to the situation at hand, next devise corresponding communication plans, and finally to enact those plans with concrete communication behavior. The sociolinguistic approach [24], especially as it pertains to person-centered communication, is based on the idea that conversational goals can be achieved by utilizing a variety of techniques. This however is based on the presumption that a person's capacity for perceiving and being considerate of their conversation partner's needs is sufficient enough to enable them to choose the appropriate technique. According to the common-sense-model [25], patients have their own conceptual model of their illness and treatment effects and successful medical communication relies on care providers simultaneously seeking to understand that person's model and respectfully working to amend it where necessary. This patient-centered approach seeks to ensure that all of the conversation partners involved reach a shared understanding of the illness and treatment possibilities, a cornerstone of shared decision making [26] that can directly impact treatment outcomes.

The COMSKIL model synthesizes these theories and explicitly defines the central components of a medical consultation using a model comprised of the following elements: communication goals, communication strategies, communication techniques, process tasks, and cognitive assessments (see figure 1). This has the advantage of clearly identifying which skills are essential for communication and therefore need to be taught both in medical school and continued education programs [17]. According to this model, the ability to set communication goals is key. These in turn determine which communication strategies are chosen and implemented. The concrete execution is realized via specific communication techniques (i.e. questioning techniques, verbalization, normalization) and the observance of process assignments (i.e. choosing an appropriate setting for the conversation). In pursuing communication goals, it is also important to carry out cognitive assessments (i.e. comprehending when a patient needs more information or emotional support). The goal of the communication skills training program is to teach a range of communication skills and techniques that care providers can flexibly apply in response to a patient's needs and the demands of the situation at hand. An example of this is the "cognitive assessments" unit that teaches and trains various techniques (i.e. normalization, verbalization) that equip care providers for dealing with their patients' emotions.

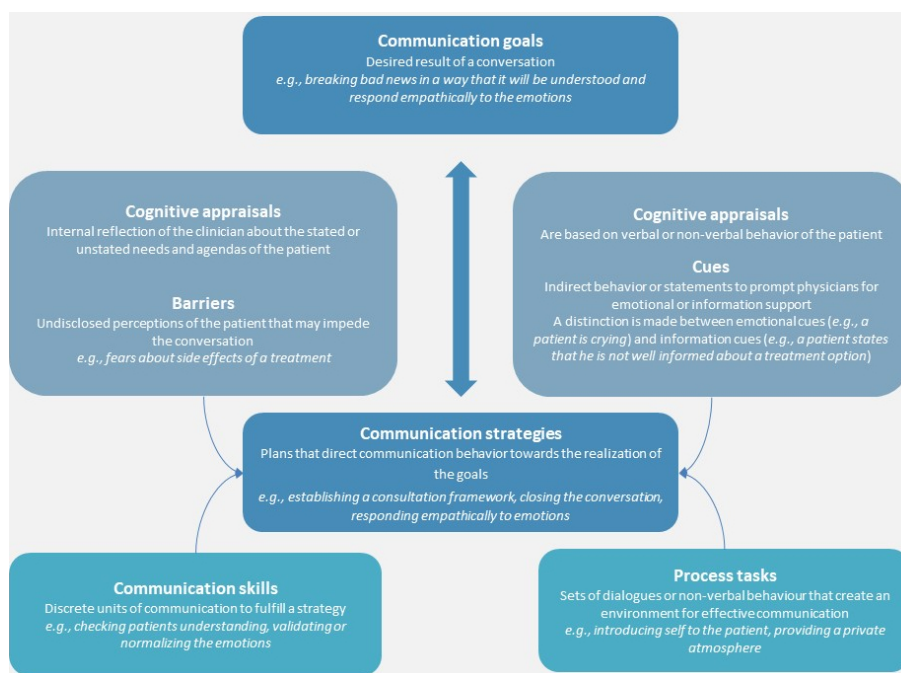


Figure 1: COMSKIL model (adapted from Kissane et al., 2012)

The original English-language version of the COMSKIL program is comprised of ten modules:

1. sharing serious news,
2. discussing prognoses,
3. interactions with patients and families,
4. responding to emotions like frustration and anger,
5. communicating via interpreters,
6. shared decision making and explaining clinical studies,
7. dealing with defensiveness and avoidance,
8. communication with long-term survivors,
9. handling disease recurrence,
10. handling issues related to end-of-life care, death, and dying.

Theoretical foundations and practical examples are provided for each of these specific situations in every module of the program. In the concept's original design, the communication skills training takes place with small groups (max. 6 people) over the course of a two-day workshop. Every group has access to two trainers, one of whom is a medical specialist, and the other who is grounded in a psychosocial discipline. The training sessions primarily revolve around role playing exercises conducted with simulation patients (SP). Every module has an accompanying brochure outlining its theoretical content and practical examples. A German-language version of the program revised for relevance to the German healthcare system exists as well [27], [28]. As COMSKIL is a well-evaluated teaching concept dealing with a range of subjects also outlined in the German National Competence-based Learning Objectives Catalogue for Undergraduate Medical Education [<http://www.nklm.de>], it was deemed a suitable program to be adapted and evaluated for use in medical school setting.

Re-conception of the COMSKIL communication skills training (CST) program for use in medical schools

The course on patient-physician communication is integrated into the framework of the university's obligatory pre-clinical curriculum. All medical students are required to take the course during their third and fourth semesters. The course encompasses two credit hours but is offered in blocks of four credit hours each. Each course group consists of approximately twenty students. As outlined in the German National Competence-based Learning Objectives Catalogue for Undergraduate Medical Education paragraph on medical communication and in the Längsschnittcurriculum Medizin (Longitudinal Curriculum for Medicine) [10] [<http://www.nklm.de>], the general theories and models pertaining to patient-physician communication as well as fundamental communication skills are an essential element of medical education. Because the original COMSKIL program is based on processing various "real-life" communication scenarios but the participating medical students are still in the pre-clinical part of their training and therefore rarely in contact with patients, the decision was made to structure the course in a modular way. Thus the material presented gradually progresses from covering general fundamentals to focusing on specific medical communication scenarios, including training exercises conducted with actor-patients (simulation patients: SP) (see figure 2).

The first part of the course (third semester) introduces the COMSKIL CST model and other medical communication theories as well presenting a range of communication techniques (i.e. starting a conversation, techniques for posing a question, active listening, the role of observing and assessing, the meaning of emotions and cognition).

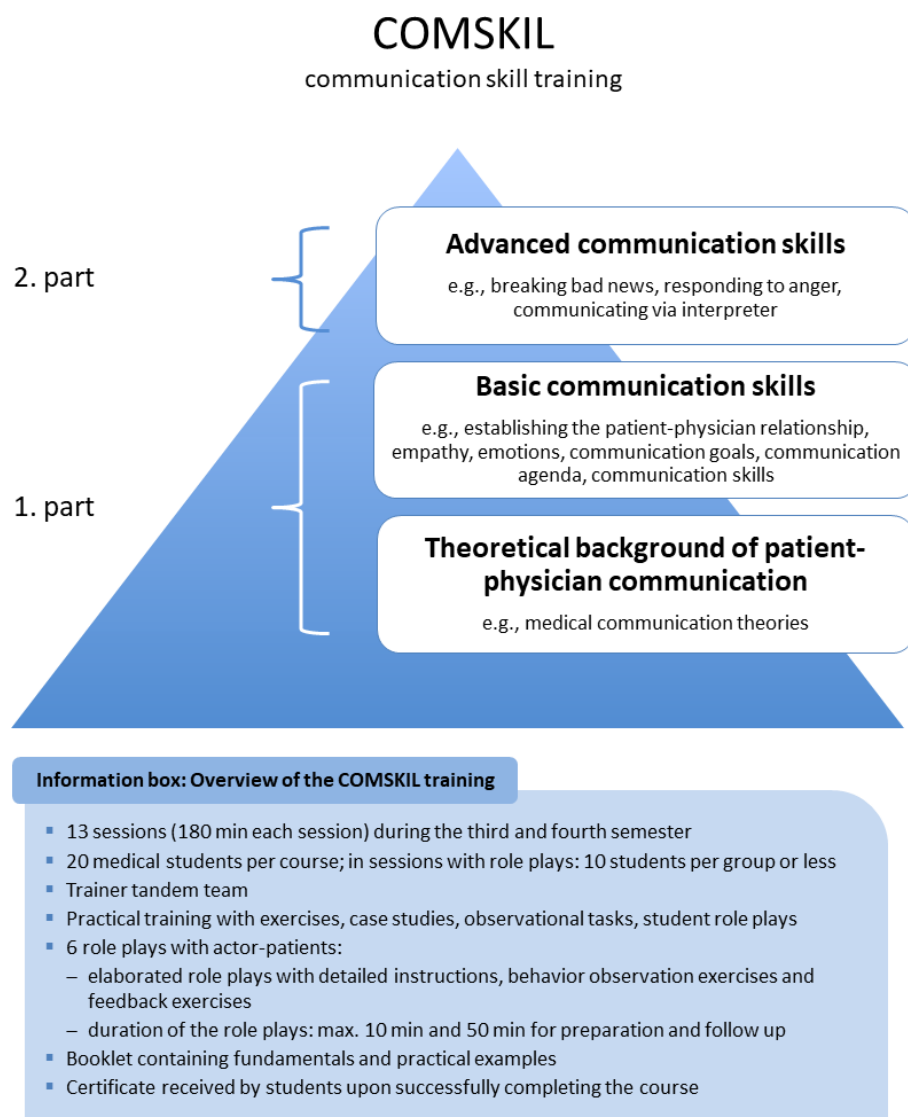


Figure 2: Overview of the COMSKIL communication skill training program for the use in medical schools

The content of each of the sessions is presented in table 1. The second part of the course (fourth semester) builds on this by applying that knowledge to specific scenarios outlined in the COMSKIL training concept (i.e. Breaking bad news, Discussing prognoses, Interacting with families). The introduction of the specific subjects is timed to coordinate with students' general coursework to ensure that they are grounded in the medical knowledge needed for the scenario at hand. Students are also prepared for the role playing exercises with instructions sketching out the background of the role, the type of conversation that may come up, and the tasks to be accomplished in the interactions. They are further provided with a list of references they can use to brush up their knowledge about the medical subjects they will encounter in the role play. An overview of the specific content of each session and role play is presented in attachment 1.

The course is taught using a variety of didactic methods, materials, media, and practical exercises to enable a multi-faceted learning process including theoretical, reflective, experiential, and interactive work (see table 2). Existing evidence has shown that the role playing exer-

cises, giving and receiving feedback, and discussion of practical examples or implications of theoretical frameworks are particularly effective [29].

As is true of the original COMSKIL training concept, the courses are led by tandem faculty teams, of whom both members are active in the field of psycho-sociology (one with an emphasis on scientific teaching and the other a practicing clinician). All of the instructors received extensive training beforehand. For the sessions featuring role plays with SP, "peer teaching" is practiced by pairing each faculty team with a teaching assistant, in this case, upper-level medical students who have previously completed the course. The SP are (lay) actors of various ages who have received intensive training enabling them to credibly embody the roles and give qualified feedback afterwards. In order to optimize the experience of the role plays and debriefing sessions with SP, the course group is divided into smaller groups of ten students or less.

Table 1: Content and evaluation of each of the sessions of the first part of the COMSKIL communication skills training course

	N	M	SD
Session 1 – Introduction COMSKIL Communication Skill Training <i>How helpful was the session for learning about ...</i>	296	3,69	0,41
Overview of the curriculum		4,10	0,86
Basic principles of communication		3,29	0,98
Role of physician and patient		4,07	0,90
Overview of the COMSKIL concept		3,38	1,07
Communication strategies		3,40	0,99
Communication skills		3,42	1,03
Process tasks		3,19	1,11
Theoretical models of patient-physician communication		4,18	0,90
Advantages and disadvantages of different concepts of physician-patient communication		4,04	0,97
Session 2 – Communication skills and COMSKIL model	284	3,71	0,68
Four-Ear-Modell by Schulz von Thun		3,95	1,27
Questioning techniques		3,51	1,11
Nonverbal communication		3,84	1,06
Cognitive appraisals		3,40	1,03
Communication barriers		3,69	0,96
Emotional cues		3,83	1,00
Information cues		3,84	0,96
Responding to cues and barriers		3,64	0,95
Session 3 – Communication techniques, physician-patient relationship, empathy	293	3,66	0,73
Building up a relationship with patients		3,47	0,97
Role of physicians		3,86	0,99
Empathy		3,77	1,07
Communication concept by Rogers		3,54	1,03
Active listening		3,87	1,03
Making breaks in the conversation		3,41	1,08
Session 4 – Perception, emotions, cognitions	301	3,67	0,78
Subjectivity of perception		3,91	1,08
Biased perceptions and observation errors		3,65	1,04
Observation versus perception		3,77	1,06
Relevance of emotions		3,69	1,11
Interaction of emotion and cognition		3,41	1,16
ABC model by Ellis		3,73	1,24
Giving feedback and responding to feedback		3,60	1,11
Session 5 – Setting and course of the communication	279	3,62	0,92
Importance of communication goals		3,67	1,01
Initiating interaction		3,57	1,07
*Role play (anamnesis)			
Session 6 – Evaluating physician-patient communication and role play	224	3,66	1,18
Berlin Global Rating Scale		3,66	1,18
*Role play (communication with elderly patients)			
Session 7 – Decision making and risk communication	174	3,81	0,78
Decision making difficulties		3,59	1,08
Heuristics and decision making		3,59	1,22
Decision errors		3,55	1,04
Challenges in the communication of risk information		3,98	1,04
Positive and negative aspects of risk-communication		3,80	1,01
Statistical basics for risk communication		4,00	1,06

Legend: response scale: (1= not at all, 2= a little, 3= fairly, 4= greatly, 5= very greatly);

* In the former teaching concept role plays with SP were realized in the second part of the communication course. After adjustments based on the feedback from the students, 2 role plays with actor patients (anamnesis and communication with elderly patients) have been added to the first part of the course. The role play „anamnesis“ was recreated for this purpose and has therefore not yet been part of the evaluation. For the evaluation of the role play „communication with elderly patients“ see attachment 1, session 4.

Table 2: Overview of the didactic methods and materials used in the communication skills training course

Cognitive Instruction	<ul style="list-style-type: none"> • Short theoretical units with discussion or exercises
Short Presentations	<ul style="list-style-type: none"> • Presentations in small groups (2-3 students) • Includes theoretical and interactive elements (i.e. exercises, role plays, quizzes) • Required student assignments
Exercises	<ul style="list-style-type: none"> • Prepared exercises to be completed by plenum, small groups, or individuals • Contain short explanations of the theoretical background, goal of the exercise, and instructions
Case Studies	<ul style="list-style-type: none"> • Prepared case studies with work assignments, questions, and discussion prompts that expand on the theoretical content
Instructional Videos and Observation Assignments	<ul style="list-style-type: none"> • Videos of patient-physician conversations paired with observation exercises (i.e. assessments using the Berlin Global Rating Scale)
Group Rules and Feedback Rules	<ul style="list-style-type: none"> • The creation of a safe work atmosphere • Giving and accepting feedback as the operational basis for group work
Student Role Plays	<ul style="list-style-type: none"> • Small group (max. 4 people) role plays to practice isolated conversation components (i.e. conversation beginning, conversation end) or isolated techniques (i.e. questioning techniques, using silence)
Role Plays with Actor-Patients	<ul style="list-style-type: none"> • Structured role plays acting out various conversation scenarios with actor-patients • Include a wide range of materials: descriptions of the role plays, reference literature recommendations for preparation, instructions on how to handle the situation presented, conversation goals, observation assignments, feedback survey • Every student in the course plays the role of the doctor in a conversation with an actor-patient
Course Overview and Learning Objectives	<ul style="list-style-type: none"> • Overview of course schedule and contents • Learning objectives for every topic for purposes of evaluating the corresponding course unit and student progress
Brochures	<ul style="list-style-type: none"> • Overview of the fundamentals of the COMSKIL program with practical consultation scenario examples
Certificate	<ul style="list-style-type: none"> • Received by students upon successfully completing the course

Evaluation

The evaluation of the COMSKIL medical communication course was carried out from October 2016 through July 2017. All of the students enrolled in the medical communication course were asked to complete a written survey at the end of each session. For purposes of data protection, the survey was conducted on a purely voluntary and anonymous basis. The only personal information collected was the age and gender of the students, and this information was handled such that it could not be used to identify individual participants. By asking the students to record their age but not their birthday, the level of identity protection was improved by decreasing the degree of detail captured in the data. Once the data had been recorded, the questionnaires were stored in a centralized archive. It was not necessary to apply for ethical approval for this particular evaluation because it fell within the domain of standard quality control surveys conducted on a regular basis at the medical school.

The survey questions were developed specifically to evaluate the course presented here and are based on the content of the individual course sessions. During the first part of the course, students were asked how helpful the course had been for gaining new understanding and skills relevant to the topics covered (i.e. *“How helpful was the course for learning about and training questioning techniques?”*). The content of the items is presented in table 1. The responses were given using a 5-point Likert scale (1=*not at all*, 2=*a little*, 3=*fairly*, 4=*greatly*, 5=*very greatly*). During the second part of the course, both the theoretical components and the role plays were evalu-

ated. The response format was slightly altered. The students responded using a 5-point Likert scale (1=*strongly disagree*, 2=*somewhat disagree*, 3=*neither agree nor disagree*, 4=*agree*, 5=*strongly agree*) to score the extent to which the module had aided them in improving their knowledge and skills relevant to the subjects covered (i.e. *“The skills I learned in this module will help me deal more empathetically with difficult patients.”*) and whether they were satisfied with the role plays (i.e. *“The role play was well-prepared.”*, *“The level of difficulty of the role play was appropriate.”*, *“The role play made it possible to practically apply the theoretical communication basics of interacting with patients.”*). The content of the items is presented in attachment 1. While the questions concerning the theoretical material vary, the questions about the role plays remain the same for every session.

After the last session of the second part of the course, a final survey was conducted to rate the entire two-semester course using ten items (see table 3). The students were asked to share their impressions concerning how the course was run, the teaching of theoretical concepts and practical skills, the difficulty of the course, and perceived improvements in their communication skills. They were also asked to rate the content and administration of the role plays, i.e. themes chosen, feasibility, difficulty, and how useful they had been for solidifying the theoretical fundamentals covered in the course. Here too the responses were given using a 5-point Likert scale (1=*strongly disagree*, 2=*somewhat disagree*, 3=*neither agree nor disagree*, 4=*agree*, 5=*strongly agree*).

The analysis of the questionnaires was conducted descriptively with SPSS [30]; Averages and standard devi-

Table 3: Total evaluation of the COMSKIL communication skills training course

	N	M	SD
Overall Evaluation of the communication skills course	75	4.11	0.66
• The course logistics (time, facilities, equipment) were well managed.		4.49	0.75
• Fundamental theoretical concepts of communication were taught.		4.38	0.82
• Basic communication skills were taught and trained.		4.07	0.83
• There was a good combination of didactic teaching and practical exercises.		3.56	1.11
• The level of difficulty of the course was appropriate.		4.17	1.06
• The course contributed to the improvement of my communication skills.		4.00	1.05
Overall evaluation of the role plays	58	4.36	0.61
• The role plays were well prepared.		4.53	0.75
• The role plays afforded me the opportunity to apply the theoretical fundamentals of patient-physician communication.		4.42	0.89
• There was enough time planned to conduct the role plays.		4.57	0.80
• The level of difficulty of the role plays was appropriate.		4.14	0.98
• The role play feedback discussions were helpful.		4.41	0.99
• The themes were well chosen.		4.09	0.94
• The logistics (time, facilities, equipment) of the role plays were well managed.		4.38	0.87

Legend: response scale: 1 = strongly disagree, 2 = somewhat disagree, 3 = neither agree nor disagree, 4 = somewhat agree, 5 = strongly agree

ations were calculated for the single items for each session as well as total averages for the session in question and the role plays (see table 1, attachment 1 and table 3).

Results

Sample

A total of 312 students (15 groups) completed the medical communication course during the evaluation period. The students were in their third semester of medical school when they took the first part of the course and in their fourth semester when they completed the second. They ranged in age from 18 to 47 years old ($M=21.80$, $SD=.44$). 62% of the participants were male. The participation rate ranged between 25% and 95%.

Evaluation results

The average scores given the first part of the course (see table 1) were between $M=3.66$ ($SD=0.73$) and $M=3.81$ ($SD=0.78$), meaning that, on average, the students found the course rather helpful for learning about the material that had been covered.

The total average of the evaluation of the first part of the course was $M=3.69$ ($SD=0.35$). The scores for the theoretical content of the second part of the course (see attachment 1) were between $M=3.62$ ($SD=0.89$) and $M=4.09$ ($SD=0.65$). The overall score for the theoretical material was $M=3.84$ ($SD=0.73$). The role playing exercises received scores between $M=4.14$ ($SD=0.70$) and $M=4.39$ ($SD=0.61$), with an overall average of $M=4.27$ ($SD=0.62$). The global evaluation of the communication course conducted at the last session (see table 3) resulted in an average score of $M=4.11$ ($SD=0.66$) for the administration of the course and the knowledge and skills taught. The role plays were given a score of $M=4.36$ ($SD=0.61$). Specifically, this means that the students found the level of difficulty of the role playing exercises

appropriate and that they were satisfied with the choice of themes addressed and how the role playing sessions were run. Furthermore, the students agreed that the course had helped them improve their communication skills.

Further development of the medical communication course

Various modifications were made to the medical communication course based on student feedback, for example, more role playing exercises were added and some of the theoretical components were revised or shortened. In the original design, the first part of the course focused solely on the theoretical fundamentals and basic communication skills specified in the German National Competence-based Learning Objectives Catalogue [4], while role playing exercises with SP were not introduced until the second part. The students' responses indicated however that they had found the role playing exercises very helpful and wished they had been introduced earlier. The current medical communication course curriculum therefore now includes two sessions in the first part of the course that feature role playing with SP; one on the subject "medical history consultation" was newly conceived, and the second, an exercise dealing with the theme "communicating with older patients", was shifted from the second part of the course to the first. A newly designed role play with the subject "communication with patients using interpreters in a multi-person setting" was inserted in its place. As such, the modules in the first part of the course now include more practical work while nevertheless retaining their original emphasis on laying the theoretical groundwork and teaching the fundamentals skills of communication.

Discussion

Previous studies have shown that good patient-physician communication not only improves quality of care and the doctor-patient relationship [31], [32]; it positively impacts doctors' health as well by reducing their levels of stress [33]. These results illustrate that high-quality medical communication training in medical schools can contribute to improving the overall quality of care our medical systems provide [34]. Over time, communication skills training has become an integral part of the education offered by German-language medical schools. Almost every degree program includes communication skills training featuring SP and feedback during students' second and third years of study [34].

At the University of Leipzig, a comprehensive medical communication curriculum was developed and established based on the COMSKIL-training program [17]. The predominantly positive evaluation results show that the curriculum was well received by the students and demonstrate that an established CST program can successfully be adapted for use in the medical school setting. In particular, the high satisfaction ratings for the role playing exercises with simulation patients show that the students found this part of the course to be especially valuable. This outcome directly impacted the further development of the teaching concept, which was modified to include more practical exercises and work with SP. This is also conforms with the "Masterplan Medizinstudium 2020" [1] requirement that communication skills training be introduced as early as possible. Other studies have also proven that practical learning is more effective at producing positive results [28]. A further advantage of working with SPs is that the conversations simultaneously feel quite real and take place in a safe space. Creating this safe space was an important goal in the development of this course for third and fourth semester students as many of them had little to no previous medical communication experience.

The integration of the COMSKIL-training program into the "longitudinal communication curriculum" our medical school offers has significantly contributed to improving the communication skills training our medical students receive. Results from studies done in the field of dentistry indicate that a longitudinal communication curriculum can contribute to both increasing positive and decreasing negative attitudes towards learning communication skills [35].

Limitations

There are some limitations of the program's evaluation that warrant mentioning. Because the results are based on subjective assessments, the feasibility of making statements about how much the participants' communication skills actually improved remains limited. We recommend that future evaluations of the program include objective methods for measuring students' progress, for example via external assessments or graded exams. The

use of an unvalidated questionnaire presents a further limitation. It was however important for the purposes of this initial evaluation of the concept that each of the course modules be assessed individually. That being the case, a questionnaire had to be custom-designed to cover all of the topics addressed in the course and capture detailed information on students' ratings of its contents. The fluctuating number of participants who completed the questionnaires must also be taken into consideration. Because the evaluation was conducted on a voluntary basis and students were allowed one excused absence, the number of respondents varied considerably from one course group to the next.

Conclusions

By modifying the COMSKIL Communication Skills Training Program, it was possible to develop an educational concept for teaching medical communication in the university medical school setting that complies with the German National Competence-based Learning Objectives Catalogue for Undergraduate Medical Education (NKLM) [<http://www.nklm.de>] and encompasses the content necessary to fulfill the standard requirements of a longitudinal communication curriculum. The course's content and didactic methods were adopted with the aim of preparing students for various consultation scenarios they will encounter in their future work lives and to teach them basic skills that can be flexibly adapted to the demands of the situation at hand. The program was evaluated by the student participants, whose scores reflected satisfactory results. The next planned evaluation of this teaching concept will include measures for objectively assessing students' progress developing their communication skills.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001479.shtml>

1. Attachment_1.pdf (87 KB)

Content and evaluation of each of the sessions of the second part of the COMSKIL communication skills training course

References

- Bundesministerium für Gesundheit. Beschlussstext zum Masterplan Medizinstudium 2020. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2017. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2017/2017_1/170331_Masterplan_Beschlusstext.pdf
- Lehmann C, Koch U, Mehnert A. Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten. Ein Literaturüberblick über den gegenwärtigen Forschungsstand unter besonderer Berücksichtigung patientenseitiger Präferenzen. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2009;59(7):e3-e27. DOI: 10.1055/s-2008-1067443
- Riedl D, Schüßler G. The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Z Psychother Psychosom Med Psychother.* 2017;63(2):131-150. DOI: 10.13109/zptm.2017.63.2.131
- Ruberton PM, Huynh HP, Miller TA, Kruse E, Chancellor J, Lyubomirsky S. The relationship between physician humility, physician-patient communication, and patient health. *Patient Educ Couns.* 2016;99(7):1138-1145. DOI: 10.1016/j.pec.2016.01.012
- Thompson TL. *Handbook of health communication.* New York, N.Y.: Routledge; 2008.
- Zolnierok KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care.* 2009;47(8):826-834. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc
- Köhle K. Arzt-Patient-Kommunikation: Erkenntniswege im Erstgespräch. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W, editors. *Uexküll Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis.* München: Elsevier GmbH; 2017. p.289-292.
- Jünger J, Schäfer S, Roth C, Schellberg D, Friedmann Ben-David M, Nikendei C. Effects of basic clinical skills training on objective structured clinical examination performance. *Med Educ.* 2005;39(10):1015-1020. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2005.02266.x
- Langewitz W. Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz.* 2012;55(9):1176-1182. DOI: 10.1007/s00103-012-1533-0
- Jünger J, Mutschler A, Kröll K, Weiss C, Fellmer-Drüg E, Köllner V, Ringel N. Ärztliche Gesprächsführung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung: Das Nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation. *Med Welt.* 2015;66:189-192.
- Fröhmel A, Burger W, Ortwein H. Einbindung von Simulationspatienten in das Studium der Humanmedizin in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr.* 2007;132(11):549-554. DOI: 10.1055/s-2007-970375
- Jünger J, Köllner V. Integration eines Kommunikationstrainings in die klinische Lehre - Beispiele aus den Reformstudiengängen der Universitäten Heidelberg und Dresden. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2003;53(2):56-64. DOI: 10.1055/s-2003-36962
- von Lengerke T, Kursch A, Lange K. Das Gesprächsführungspraktikum im 2. Studienjahr des Modellstudiengangs Hannibal: Eine Evaluation mittels Selbsteinschätzungen der Studierenden. *Gesundheitswesen.* 2011;73:A51. DOI: 10.1055/s-0031-1283667
- Luttenberger K, Graessel E, Simon C, Donath C. From board to bedside - training the communication competences of medical students with role plays. *BMC Med Educ.* 2014;14:135. DOI: 10.1186/1472-6920-14-135
- Rockenbauch K, Decker O, Stöbel-Richter Y. Implementierung eines Längsschnittcurriculums zur Gesprächsführung für Medizinstudierende im Grundstudium. *GMS Z Med Ausbild.* 2008;25(1):Doc66. Zugänglich unter/available from: <https://www.egms.de/static/en/journals/zma/2008-25/zma000550.shtml>
- Simmenroth-Nayda A, Weiss C, Fischer T, Himmel W. Do communication training programs improve students' communication skills? A follow-up study. *BMC Res Notes.* 2012;5:486. DOI: 10.1186/1756-0500-5-486
- Brown RF, Bylund CL. Communication skills training: Describing a new conceptual model. *Acad Med.* 2008;83(1):37-44. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31815c631e
- Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, Gooley TA, Tulska JA. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med.* 2007;167(5):453-460. DOI: 10.1001/archinte.167.5.453
- Vitinius F, Sonntag B, Barthel Y, Brennfleck B, Kuhnt S, Werner A, Schönefuß G, Petermann-Meyer A, Gutberlet S, Stein B, Söllner W, Kruse J, Keller M. KoMPASS - Konzeption, Implementierung und Erfahrungen mit einem strukturierten Kommunikationstraining für onkologisch tätige Ärzte. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2013;63(12):482-488. DOI: 10.1055/s-0033-1341468
- Goelz T, Wuensch A, Stubenrauch S, Bertz H, Wirsching M, Fritzsche K. Addressing the transition from curative to palliative care: Concept and acceptance of a specific communication skills training for physicians in oncology—COM-ON-p. *Onkologie.* 2010;33(1-2):65-69. DOI: 10.1159/000264626
- Bylund CL, Brown R, Gueguen JA, Diamond C, Bianculli J, Kissane DW. The implementation and assessment of a comprehensive communication skills training curriculum for oncologists. *Psychooncology.* 2010;19(6):583-593. DOI: 10.1002/pon.1585
- Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, Bialer PA, Levin TT, Maloney EK, D'Agostino TA. Communication skills training for oncology professionals. *J Clin Oncol.* 2012;30(11):1242-1247. DOI: 10.1200/JCO.2011.39.6184
- Berger CR. *Planning strategic interaction: attaining goals through communicative action.* Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates; 1997.
- Miller K. *Communication theories: Perspectives, processes, and contexts.* Beijing: Peking University Press; 2007.
- Donovan HS, Ward S. A Representational Approach to Patient Education. *J Nurs Scholarship.* 2001;33(3):211-216. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2001.00211.x
- Härter M, Müller H, Dirmaier J, Donner-Banzhoff N, Bieber C, Eich W. Patient participation and shared decision making in Germany - history, agents and current transfer to practice. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2011;105(4):263-270. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.04.002
- Mehnert A, Lehmann C, Härter M, Koch U. Comskil: Ein innovatives Kommunikationstrainingskonzept. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie; 2011.
- Hartung TJ, Kissane D, Mehnert A. COMSKIL Communication Training in Oncology - Adaptation to German Cancer Care Settings. *Recent Results Cancer Res.* 2018;210:191-205. DOI: 10.1007/978-3-319-64310-6_12
- Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJ, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns.* 2011;84(2):152-162. DOI: 10.1016/j.pec.2010.06.010
- IBM Corp. Released 2017. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0.* Armonk, NY: IBM Corp; 2017.

31. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J.* 2010;10(1):38-43.
32. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995;152(9):1423-1433.
33. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002;136(5):358-367. DOI: 10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008
34. Härtl A, Bachmann C, Blum K, Höfer S, Peters T, Preusche I, Raski B, Rüttermann R, Wagner-Menghin M, Wunsch A, Kiessling C; GMA-Ausschuss Kommunikative und Soziale Kompetenzen. Desire and reality - teaching and assessing communicative competencies in undergraduate medical education in German-speaking Europe - a survey. *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32(5):56. DOI: 10.3205/zma000998
35. Lichtenstein N, Haak R, Ensmann I, Hallal H, Huttenlau J, Krämer K, Krause F, Matthes J, Stosch C. Does teaching social and communicative competences influence dental students' attitudes towards learning communication skills? A comparison between two dental schools in Germany. *GMS J Med Educ.* 2018;35(2):Doc18. DOI: 10.3205/zma001165

Corresponding author:

Dr. Claudia Gebhardt
University Medical Center Leipzig, Department of Medical Psychology and Medical Sociology, Philipp-Rosenthal-Str. 55, D-04103 Leipzig, Germany, Phone: +49 (0)341/97-15446, Fax: +49 (0)341/97-75419
c.gebhardt@medizin.uni-leipzig.de

Please cite as

Gebhardt C, Mehnert-Theuerkauf A, Hartung T, Zimmermann A, Glaesmer H, Götze H. COMSKIL: a communication skills training program for medical students. *GMS J Med Educ.* 2021;38(4):Doc83. DOI: 10.3205/zma001479, URN: urn:nbn:de:0183-zma0014790

This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001479.shtml>

Received: 2020-07-21

Revised: 2020-11-30

Accepted: 2021-01-09

Published: 2021-04-15

Copyright

©2021 Gebhardt et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

COMSKIL: Ein Lehrkonzept zur Gesprächsführung im Humanmedizinstudium

Zusammenfassung

Hintergrund: Der Erwerb und die Förderung von Kommunikationsfertigkeiten für die Gesprächsführung sind wesentliche Ziele der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. An der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig wurde ein Lehrkonzept für die Ausbildung in ärztlicher Gesprächsführung entwickelt und etabliert, das auf dem COMSKIL-Programm beruht. In der vorliegenden Arbeit werden das Lehrkonzept sowie die Evaluation durch die Studierenden vorgestellt.

Methodik: Von Oktober 2016 bis Juli 2017 haben 312 Studierende (mittleres Alter 21,80 Jahre; 62% männlich) den COMSKIL-Kurs zur ärztlichen Gesprächsführung absolviert. Die Evaluation erfolgte anhand von Fragebögen, die spezifisch auf die theoretischen und praktischen Kursinhalte zugeschnitten waren. Studierende sollten mittels 5-Punkt-Likert Skalen („gar nicht hilfreich“ bis „sehr hilfreich“) angeben, inwiefern ihnen der Gesprächsführungskurs dabei geholfen hat, Kenntnisse und Fertigkeiten zu den vorgestellten Inhalten bzw. durch die durchgeführten Rollenspiele zu erwerben.

Ergebnisse: Die mittlere Bewertung der Inhalte im ersten Kursabschnitt lag bei $M=3,69$ ($SD=0,35$). Im zweiten Kursabschnitt war die Bewertung ähnlich ($M=3,84$; $SD=0,73$). Für die Rollenspiele mit Simulationspatientinnen und -patienten lag die Bewertung bei $M=4,27$ ($SD=0,62$). Eine globale Evaluation des Kommunikationskurses zum letzten Seminartermin zeigte hinsichtlich der Rahmenbedingungen und der Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten eine gute Bewertung von $M=4,11$ ($SD=0,66$). Die Rollenspiele wurden insgesamt mit $M=4,36$ ($SD=0,61$) bewertet.

Fazit: Die Inhalte und didaktischen Methoden des auf dem COMSKIL Konzepts basierenden Programms zielen darauf ab, Studierende für verschiedene Gesprächssituationen zu sensibilisieren und ihnen grundlegende Kommunikationstechniken und -fertigkeiten zu vermitteln. Die Evaluation zeigte zufriedenstellende Ergebnisse und spricht für die gute Anwendbarkeit des Programms in der universitären Lehre der Humanmedizin.

Schlüsselwörter: Lehrkonzept, humanmedizinische Ausbildung, Arzt-Patienten-Kommunikation, Kommunikationsfertigkeiten, COMSKIL

Einleitung

Kommunikation hat einen zentralen Stellenwert in der täglichen Arbeit von Ärztinnen und Ärzten. Im „Masterplan Medizinstudium 2020“ [1], der 2017 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), dem Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie von den Gesundheits- und der Kultusministerkonferenzen der Länder beschlossen wurde, wird die Bedeutung kommunikativer Kompetenzen hervorgehoben, da diese maßgeblich die Arzt-Patienten-Beziehung, den Behandlungserfolg und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten beeinflusst. Es gilt inzwischen als belegt, dass Kommunikationsfertig-

keiten Einfluss auf wichtige Ergebnisparameter haben. Bei Patientinnen und Patienten sind dies u.a. mehr Zufriedenheit, Verständnis, Behandlungserfolg und Therapieadhärenz sowie verringerte Belastung. Auf ärztlicher Seite sind dies u.a. verringerte Depressivität und Burnout-Symptome, mehr Wohlbefinden und eine höhere Zufriedenheit mit dem Beruf [2], [3], [4], [5], [6], [7]. Im Masterplan 2020 wird deshalb gefordert, im Studium die Grundlagen für eine gute ärztliche Gesprächsführung als zentrales Element in der ärztlichen Tätigkeit zu vermitteln. Der Masterplan unterstreicht zudem, dass entsprechende kommunikative Kompetenzen nachweislich verbessert werden können, wenn sie möglichst früh ausgebildet und dann kontinuierlich weiterentwickelt werden [8], [9].

Claudia Gebhardt¹

Anja

Mehnert-Theuerkauf¹

Tim Hartung¹

Anja Zimmermann²

Heide Glaesmer¹

Heide Götze¹

1 Universitätsklinikum Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Leipzig, Deutschland

2 Universitätsklinikum Leipzig, LernKlinik Leipzig, Leipzig, Deutschland

Eine Orientierung für die Inhalte des Medizinstudiums bildet der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM; [http://www.nklm.de]), der die Studierenden kompetenzorientiert auf die künftige Rolle als Ärztin bzw. Arzt vorbereitet. Lernziele für den Bereich der Kommunikation sind im Kapitel 14c „Ärztliche Gesprächsführung“ ausgearbeitet. Qualitätsstandards für die Ausbildung im Bereich der Gesprächsführung sind außerdem im nationalen longitudinalen Mustercurriculum Kommunikation in der Medizin (LongKomm [10]) formuliert. Die Umsetzung dieser Ziele und Qualitätsstandards hat im Bereich der universitären Lehre von Kommunikationsfertigkeiten mittlerweile vielfältige Konzepte hervorgebracht, von denen allerdings nur wenige evaluiert und publiziert vorliegen [11], [12], [13], [14], [15], [16]. Zusätzlich gibt es eine Reihe von evaluierten Programmen (COMSKIL [17], Oncotalk [18], Kompass [19], COM-ONp [20]), die kommunikative Aspekte im ärztlichen und pflegerischen Alltag adressieren, jedoch nicht spezifisch auf die universitären Lehranforderungen in der Humanmedizin zugeschnitten sind. Ziel des vorliegenden Projekts war es daher, ein etabliertes Kommunikationsprogramm für die universitäre Lehre zu adaptieren, evaluieren und publizieren.

Projektbeschreibung

An der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig wird seit dem Wintersemester 2016/2017 ein semesterübergreifendes, curricular verankertes Längsschnittcurriculum „Kommunikation“ implementiert. Kommunikative Kompetenzen werden dabei fächerübergreifend mit klinisch-praktischen Inhalten verknüpft. Das Curriculum verknüpft Vorklinik und Klinik und erstreckt sich über das gesamte Studium. Für die Umsetzung wurde ein Simulationspatientenprogramm aufgebaut. Für die Begleitevaluation liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Universität Leipzig vor (149/17 – ek). Den ersten Teil des Längsschnittcurriculums Kommunikation bildet der Kurs zur ärztlichen Gesprächsführung im dritten und vierten Fachsemester im Rahmen der vorklinischen Ausbildung. Für diesen Kurs sollte ein evaluiertes Kommunikationskonzept adaptiert werden, um es den Rahmenbedingungen des Humanmedizinstudiengangs anzupassen. Die Entscheidung fiel dabei auf das Kommunikationstrainingsprogramm COMSKIL [17], welches im Folgenden vorgestellt wird.

Das COMSKIL-Kommunikationstrainingsprogramm

Das COMSKIL-Programm wurde von der Arbeitsgruppe um Kissane et al. am Memorial-Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) entwickelt [17], [21], [22] und fokussiert ursprünglich primär auf die Kommunikation in der Onkologie, ist aber auf andere medizinische Bereiche übertragbar. Es handelt sich um ein multidisziplinäres Programm für Ärztinnen und Ärzte, für Pflegepersonal und andere

mit der Versorgung der Patientinnen und Patienten beauftragte Personen. Das Trainingsprogramm basiert auf folgenden theoretischen Modellen:

1. den „Goals-Plans-Action“-Theorien [23];
2. der Soziolinguistischen Theorie [24] und
3. dem laienätiologischen „Common Sense Model of Illness“ zur krankheitsbezogenen Selbstregulation [25].

Nach den „Goals-Plans-Action“ Theorien [24] ist es maßgeblich, situationsrelevante Kommunikationsziele zu bilden, passende Kommunikationspläne abzuleiten und diese in konkretes kommunikatives Verhalten zu überführen. Beim soziolinguistischen Ansatz [24], insbesondere dem Bereich der personenzentrierten Kommunikation, wird davon ausgegangen, dass Gesprächsziele mit verschiedenen Kommunikationstechniken erreicht werden können. Das setzt jedoch die Fähigkeit voraus, die Bedürfnisse der Kommunikationspartnerin bzw. des Kommunikationspartners wahrzunehmen und zu berücksichtigen, um die passende Kommunikationstechnik anzuwenden zu können. Nach dem Common-Sense-Modell [25] haben Patientinnen und Patienten ihr eigenes Erklärungsmodell für ihre Erkrankung oder die Auswirkungen der Behandlung. Bei einer gelungenen Kommunikation berücksichtigen die Behandler patientenseitige Krankheitskonzepte, hinterfragen diese und leiten gleichzeitig an, auch deren Modell nachzuvollziehen. So kann im Sinne der Patientenorientierung erreicht werden, dass die Kommunikationspartnerinnen oder -partner ein gemeinsames Verständnis der Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten erreichen, was eine wesentliche Grundlage für gemeinsam getragene Behandlungsentscheidungen (Shared Decision Making, [26]) und den Behandlungserfolg darstellt.

Das COMSKIL-Modell verknüpft diese Theorien und definiert die zentralen Komponenten eines ärztlichen Gesprächs explizit in einem Modell mit folgenden Elementen: Kommunikationsziele, Kommunikationsstrategien, Kommunikationstechniken, Prozessaufgaben und kognitiven Beurteilungen (siehe Abbildung 1). Dies hat den Vorteil, dass direkt erkennbar ist, welche Fähigkeiten und Fertigkeiten essentiell für die Kommunikation sind und daher in der Aus- und Weiterbildung vermittelt werden sollten [17]. Basierend auf dem Modell ist es eine wesentliche Fähigkeit Kommunikationsziele festlegen zu können. Anhand derer werden Kommunikationsstrategien ausgewählt und verfolgt. Die konkrete Umsetzung erfolgt mittels Kommunikationstechniken (z.B. Fragetechniken, Verbalisieren, Normalisieren) und der Berücksichtigung von Prozessaufgaben (z.B. eine geeignetes Gesprächssetting finden). Um Gesprächsziele zu verfolgen, ist es außerdem wichtig kognitive Beurteilungen vorzunehmen (z.B. zu erfassen, dass Patienten mehr Informationen oder emotionale Unterstützung benötigen). Ziel des Kommunikationstrainingsprogrammes ist es, eine Bandbreite an Kommunikationsfertigkeiten und -techniken zu vermitteln, damit diese je nach Gesprächssituation und -ziel und den Bedürfnissen der Patienten flexibel angewendet werden können. So ist es beispielsweise Bestandteil des Themas

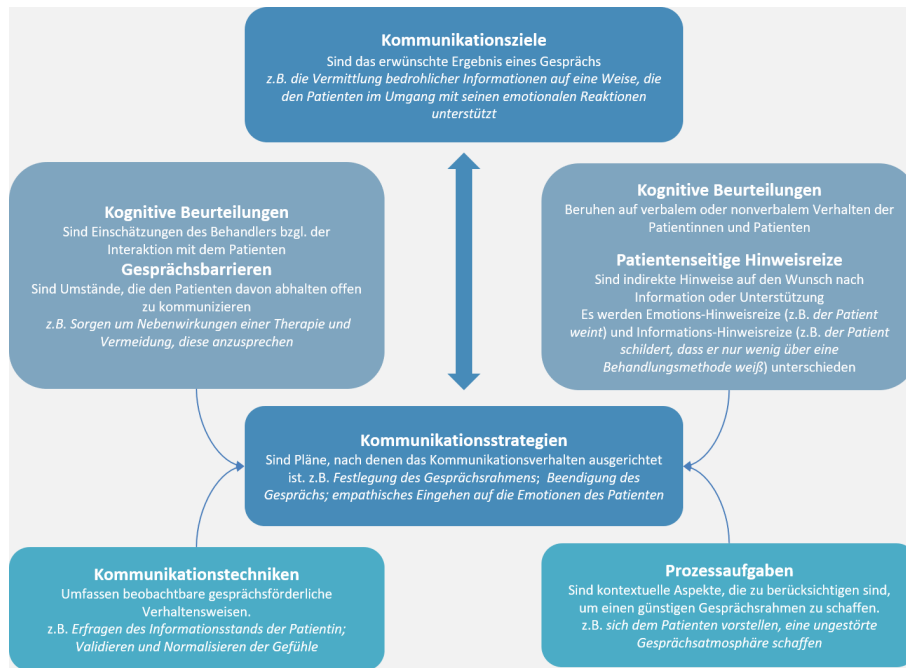


Abbildung 1: COMSKIL-Modell (adaptiert nach Kissane et al., 2012)

kognitive Beurteilungen, dass verschiedene Techniken (z.B. Normalisieren, Verbalisieren) vermittelt und geübt werden, um mit Emotionen von Patientinnen oder Patienten umzugehen zu können.

Im englischsprachigen Original besteht das COMSKIL-Programm aus 10 Modulen:

1. Mitteilung schlechter Nachrichten,
2. Besprechung der Prognose,
3. Gespräch mit Patienten und Angehörigen,
4. Umgang mit Emotionen wie Ärger und Wut,
5. Kommunikation via Sprachmittler,
6. partizipative Entscheidungsfindung und Aufklärung über klinische Studien,
7. Umgang mit Abwehr und Vermeidung,
8. Kommunikation bei Langzeitüberlebenden,
9. Umgang mit dem Wiederauftreten der Erkrankung,
10. Besprechung von palliativen Situationen und Umgang mit Tod und Sterben.

Zu jeder dieser spezifischen Situation bietet das Programm theoretische Grundlagen und Anwendungsbeispiele zu jedem Baustein des Modells. Das Kommunikationstraining findet nach dem ursprünglichen Konzept in Kleingruppen (max. 6 Personen) während eines 2-Tages-Workshops statt. Jeder Gruppe stehen dabei zwei Trainerrinnen bzw. Trainer, jeweils aus einer medizinischen Fachdisziplin und einer psychosozialen Disziplin, zur Verfügung. Schwerpunkt im Training bilden praktische Übungen mit Rollenspielen und Simulationspatientinnen und -patienten (SP). Zu jedem Modul gibt es eine Broschüre mit einer Übersicht über theoretische Inhalte und praktische Beispiele. Eine Übersetzung und Adaptation des Programms für das deutsche Versorgungssystem liegt vor [27], [28]. Da es sich beim COMSKIL-Trainingsprogramm um ein gut evaluiertes Konzept handelt, wel-

ches gleichzeitig eine Bandbreite an Inhalten thematisiert, die auch in den Lernzielen des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges [<http://www.nklm.de>] formuliert sind, wurde es für die Anforderungen der universitären Ausbildung der Medizinstudierenden adaptiert und evaluiert.

Konzeption des COMSKIL-Kommunikationstrainings für die humanmedizinische Ausbildung

Der Kurs zur ärztlichen Gesprächsführung findet im Rahmen der vorklinischen Ausbildung statt. Alle Studierenden des Studiengangs Humanmedizin sind verpflichtet, den Kurs im dritten und vierten Fachsemester zu besuchen. Pro Semester hat der Kurs einen Umfang von zwei Semesterwochenstunden (SWS), wird jedoch in Blöcken von je 4 SWS angeboten. Jede Kursgruppe besteht aus etwa 20 Studierenden. In Anlehnung an den Abschnitt zur ärztlichen Gesprächsführung im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin [<http://www.nklm.de>] und das Längsschnittcurriculum Medizin [10] sind allgemeine Theorien und Modelle zur Arzt-Patienten-Kommunikation sowie kommunikative Basisfertigkeiten wesentliche Inhalte der Ausbildung. Da das eigentliche COMSKIL-Training darauf beruht, verschiedene Gesprächssituationen zu bearbeiten, die Studierenden jedoch noch im vorklinischen Abschnitt sind und keinen regelmäßigen Patientenkontakt haben, wurde sich für einen modularen Aufbau des Kurses entschieden. Die Vermittlung der Inhalte erfolgt von allgemeinen Basisfertigkeiten hin zu spezifischen Situationen der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten inklusive des Trainings mit Schauspielpatientinnen und -patienten (SP) (siehe Abbildung 2).

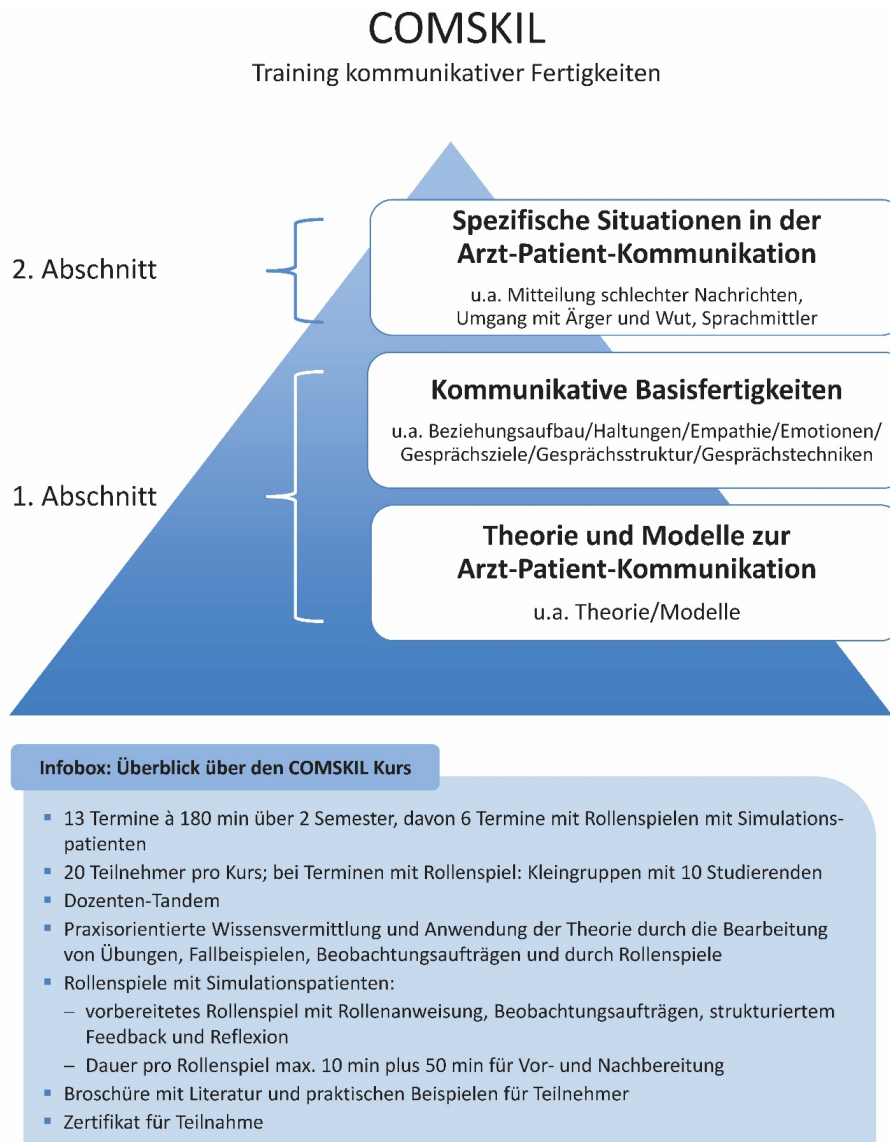


Abbildung 2: Überblick über den Aufbau des COMSKIL-Gesprächsführungskurses für die humanmedizinische Ausbildung

Im ersten Abschnitt des Kurses (drittes Fachsemester) erfolgt die Einführung in das COMSKIL-Kommunikationsmodell und weitere Theorien zur Arzt-Patienten-Kommunikation sowie die Erarbeitung einer Bandbreite an Techniken zur Kommunikation (z.B. Gesprächseröffnung, Fragetechniken, aktives Zuhören, Rolle von Beobachtung und Bewertung, Bedeutung von Emotion und Kognition). Die Inhalte der einzelnen Veranstaltungen sind in Tabelle 1 dargestellt. Darauf aufbauend folgt im zweiten Abschnitt (viertes Fachsemester) die Vertiefung durch die Bearbeitung von spezifischen Gesprächssituationen in Anlehnung an das COMSKIL-Trainingskonzept (z.B. Mitteilung schlechter Nachrichten, Besprechung der Prognose, Gespräch mit Angehörigen). Die Inhalte der spezifischen Situationen wurden in Übereinstimmung mit dem Studienplan der Studierenden entwickelt, um sicherzustellen, dass die medizinischen Grundlagen unabhängig von der Kommunikation bereits aus anderen Kursen bekannt sind. Zusätzlich bekommen die Studierenden zur Vorbereitung auf die Rollenspiele eine Rollenanweisung, in der die Art des Gespräches, der Hintergrund zur Rolle und

Gesprächsaufgaben skizziert sind. Außerdem erhalten alle Studierenden Literaturhinweise, um sich in den medizinischen Hintergrund des Rollenspiels einzuarbeiten. Eine Übersicht über die detaillierten Inhalte der einzelnen Veranstaltungen und Rollenspiele im vierten Fachsemester ist in Anhang 1 ersichtlich.

Die Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten erfolgt durch den Einsatz verschiedener Lehrmethoden, Materialien, Medien und praktischen Anteilen, sodass ein vielfältiger Lernprozess, vom theoriebasierten Lernen über reflexives, erfahrungsbasiertes und aktives Lernen, ermöglicht wird (siehe Tabelle 2). Besonders effektiv und evidenzbasiert sind dabei Rollenspiele, das Geben und Nehmen von Feedback sowie Diskussionen zu praktischen Beispielen oder den Implikationen von theoretischen Hintergründen [29].

Die Kurse werden, wie im ursprünglichen COMSKIL-Trainingskonzept, von einem Lehrenden-Tandem geleitet, jedoch sind beide Lehrenden im psychosozialen Bereich tätig (einer/eine mit wissenschaftlich didaktischem Schwerpunkt, einer/eine mit Tätigkeit in der klinischen

Tabelle 1: Inhalte und Evaluation des ersten Abschnittes des COMSKIL-Gesprächsführungskurses

	N	M	SD
Veranstaltung 1 - Einführung in den COMSKIL-Gesprächsführungskurs			
<i>Wie sehr hat der Kurs dabei geholfen, sich Kenntnisse über folgende Themen anzueignen...</i>	296	3,69	0,41
Überblick über das Curriculum des Gesprächsführungskurses		4,10	0,86
Grundprinzipien von Kommunikationstrainings		3,29	0,98
Rolle des Arztes bzw. des Patienten		4,07	0,90
Überblick über das COMSKIL Konzept		3,38	1,07
Kommunikationsstrategien		3,40	0,99
Kommunikationstechniken		3,42	1,03
Prozessaufgaben		3,19	1,11
Modelle zur Arzt-Patientenkommunikation		4,18	0,90
Vor- und Nachteile verschiedener Modelle zur Arzt-Patientenkommunikation		4,04	0,97
Veranstaltung 2 – Grundlagen von Kommunikation und COMSKIL-Modell	284	3,71	0,68
Vier-Ohren-Modell nach Schulz von Thun		3,95	1,27
Fragetechniken		3,51	1,11
nonverbale Kommunikation		3,84	1,06
kognitiven Beurteilungen		3,40	1,03
Kommunikationsbarrieren		3,69	0,96
Emotionale Hinweisreize		3,83	1,00
Informationshinweisreize		3,84	0,96
Umgang mit Barrieren und Hinweisreizen		3,64	0,95
Veranstaltung 3 – Gesprächsführung, Beziehungsaufbau, Empathie	293	3,66	0,73
Aspekte des Beziehungsaufbaus		3,47	0,97
Haltung des Arztes gegenüber dem Patienten		3,86	0,99
Empathie		3,77	1,07
Kernelemente der Gesprächsführung nach Rogers		3,54	1,03
Techniken aktiven Zuhörens		3,87	1,03
Gesprächspausen		3,41	1,08
Veranstaltung 4 – Wahrnehmung, Emotion, Kognition	301	3,67	0,78
Subjektivität von Wahrnehmung		3,91	1,08
typische Beobachtungsfehler		3,65	1,04
den Unterschied zwischen Beobachtung und Wertung		3,77	1,06
Bedeutung von Emotionen		3,69	1,11
Zusammenhang von Emotionen und Kognitionen		3,41	1,16
ABC Modell		3,73	1,24
Formulieren und Annehmen von Feedback		3,60	1,11
Veranstaltung 5 – Gesprächsrahmen und praktische Übung	279	3,62	0,92
die Bedeutung und Formulierung von Gesprächszielen		3,67	1,01
Gespräch beginnen und beenden		3,57	1,07
*Rollenspiel (Erstanamnese)			
Veranstaltung 6 – Gesprächseinschätzung und praktische Übung	224	3,66	1,18
Berlin Global Rating Scale		3,66	1,18
*Rollenspiel (älterer Patient/ältere Patientin)			
Veranstaltung 7 – Entscheidungsfindung und Risikokommunikation	174	3,81	0,78
Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung		3,59	1,08
Heuristiken der menschlichen Entscheidungsfindung		3,59	1,22
typische Entscheidungsfehler		3,55	1,04
Schwierigkeiten bei der Weitergabe von Risikoinformationen		3,98	1,04
positive und negative Aspekte der Risikokommunikation		3,80	1,01
statistische Hintergründe für Risikokommunikation		4,00	1,06

Legende: Skalierung des Antwortformats: 1 = gar nicht, 2 = ein wenig, 3 = ziemlich, 4 = viel, 5 = sehr viel;

* im ursprünglichen Konzept waren Rollenspiele mit Simulationspatienten erst im zweiten Abschnitt des Gesprächsführungskurses vorgesehen. Nach Anpassungen anhand des Feedbacks der Teilnehmer und Teilnehmerinnen erfolgen mittlerweile 2 Rollenspiele mit Simulationspatientinnen und -patienten (Anamnesegespräch und ein Gespräch mit einem älteren Patienten/ einer älteren Patientin) bereits im ersten Abschnitt. Das Rollenspiel zum Anamnesegespräch wurde dafür neu konzipiert und ist daher noch nicht Bestandteil der Evaluation gewesen. Das Rollenspiel zum Thema Schwerhörigkeit war ursprünglich im zweiten Abschnitt angesiedelt, zur Evaluation siehe daher Anhang 1, Veranstaltung 4.

Tabelle 2: Übersicht über Lehrmethoden und Materialien im Gesprächsführungskurs

Kognitive Wissensvermittlung	<ul style="list-style-type: none"> Vermittlung kurzer Theorieeinheiten mit Diskussion oder Übung
Kurzreferat	<ul style="list-style-type: none"> Referat in Kleingruppe (2-3 Studierende) beinhaltet Theorievermittlung und ein aktivierendes Element (z.B. Übung, Rollenspiel, Quiz) Verpflichtende Studienleistung
Übungen	<ul style="list-style-type: none"> ausgearbeitete Übungen für Plenum, Kleingruppen oder zum individuellen Bearbeiten Beinhalten kurze Erklärung zum theoretischen Hintergrund, Ziel der Übung und Instruktionen
Fallbeispiele	<ul style="list-style-type: none"> Ausgearbeitete Fallbeispiele mit Arbeitsaufträgen, Fragen und Diskussionsanregungen zur Vertiefung der theoretischen Inhalte
Lehrvideos und Beobachtungsaufträge	<ul style="list-style-type: none"> Videos von Arzt-Patienten-Gesprächen mit Beobachtungsaufträgen (z.B. Einschätzung per Berlin Global Rating Scale)
Gruppenregeln und Feedbackregeln	<ul style="list-style-type: none"> Zur Schaffung einer geschützten Arbeitsatmosphäre Geben und Annehmen von Feedback als Voraussetzung für Gruppenarbeiten
Studentische Rollenspiele	<ul style="list-style-type: none"> Rollenspiele für Kleingruppen (max. 4 Personen) zur Übung einzelner Gesprächsabschnitte (z.B. Gesprächsanfang, Gesprächsende) oder einzelner Techniken (z.B. Fragetechniken, Pausen einhalten)
Rollenspiele mit Simulationspatientinnen und -patienten	<ul style="list-style-type: none"> Strukturierte Rollenspiele zu verschiedenen Gesprächssituationen mit SP Beinhalten umfangreiches Material: Beschreibung des Rollenspiels, Literaturhinweise zur Vorbereitung, Handlungsanweisungen, Gesprächsziele, Beobachtungsaufgaben, Feedbackbögen Jede(r) Studierende absolviert im Kurs ein Gespräch mit SP in der Rolle des Arztes/der Ärztin
Kursübersicht und Lernziele	<ul style="list-style-type: none"> Übersicht zu den Terminen und Inhalten des Gesprächsführungskurses Lernziele für jeden einzelnen Themenkomplex, um Lerneinheiten zu beurteilen und Lernfortschritt zu evaluieren
Broschüre	<ul style="list-style-type: none"> Übersicht zu Grundlagen des COMSKIL Programms mit praktischen Beispielen für Gesprächssituationen
Zertifikat	<ul style="list-style-type: none"> erhalten die Studierenden nach erfolgreicher Kursteilnahme

Versorgung). Alle Lehrenden wurden im Vorfeld mehrfach geschult. Bei Terminen, in denen Rollenspiele mit SP durchgeführt werden, stehen im Sinne des Peer Teaching jedem Tandem zusätzlich ein Tutor bzw. eine Tutorin zur Seite. Die Tutoren sind Studierende höherer Fachsemester der Humanmedizin und haben den Kurs bereits durchlaufen. Die SP sind (Laien-) Schauspielerinnen und Schauspieler verschiedener Altersgruppen, die zur Vorbereitung der Kurse intensiv geschult werden, um die Rollen zu verkörpern und im Anschluss ein qualifiziertes Feedback geben zu können. Zur besseren Durchführung und Auswertung der Rollenspiele mit SP wird der Kurs in Kleingruppen (max. 10 Personen) geteilt.

Evaluation

Die Evaluation des COMSKIL-Gesprächsführungskurses erfolgte im Zeitraum vom Oktober 2016 bis Juli 2017. Dazu wurden alle Studierenden, die den Kurs zur ärztlichen Gesprächsführung absolviert hatten, am Ende jedes Kurstermins gebeten einen Evaluationsbogen in Papierform auszufüllen. Zur Gewährleistung des Schutzes personenbezogener Daten, war die Befragung freiwillig und anonym, es wurden lediglich Alter und Geschlecht der Studierenden erfragt. Die Zuordnung der erhobenen Daten zu einer Person war zu keinem Zeitpunkt möglich. So wurde zur Erhöhung des Datenschutzes der Detailgrad der erhobenen personenbezogenen Daten reduziert, indem nicht das Geburtsdatum abgefragt wurde, sondern nur das Alter selbst. Nach Abschluss der Dateneingabe wurden die Fragebögen zentral archiviert. Ein eigenes

Ethikvotum war für die Befragung nicht notwendig, da sie im Rahmen der regelmäßigen Lehrevaluation des Qualitätsmanagements der Medizinischen Fakultät durchgeführt wurde.

Die Fragen wurden eigens für die Evaluation der Kursinhalte zusammengestellt und orientieren sich an den jeweiligen Inhalten der einzelnen Kurstermine. Im ersten Kursabschnitt wurde erfragt, inwiefern der Kurs dabei geholfen hat, sich Kenntnisse und Fertigkeiten zu den jeweiligen Themen anzueignen (z.B. „Wie sehr hat Ihnen der Kurs dabei geholfen sich Kenntnisse und Fähigkeiten über Fragetechniken anzueignen?“). Die Inhalte der Items sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Beurteilung erfolgte auf einer 5-stufigen Likert-Skala (1=gar nicht, 2=ein wenig, 3=ziemlich, 4=viel, 5=sehr viel). Im zweiten Kursabschnitt wurden zusätzlich zu den theoretischen Inhalten auch die Rollenspiele evaluiert. Das Antwortformat wurde dafür leicht verändert. Die Studierenden sollten auf einer 5-stufigen Likert-Skala (1=trifft gar nicht zu, 2=trifft eher nicht zu, 3=teils teils, 4=trifft eher zu, 5=trifft sehr zu) beurteilen, inwiefern der Kurs dabei geholfen hat Kenntnisse und Fertigkeiten zu den verschiedenen Inhalten zu erwerben (z.B. „Der Kurs hat dabei geholfen, Kenntnisse und Fertigkeiten zum empathischen Umgang mit ärgerlichen Patienten zu erwerben“) und ob sie mit den Rollenspielen zufrieden waren (z.B. „Das Rollenspiel war gut vorbereitet“, „Der Schwierigkeitsgrad des Rollenspiels war angemessen“, „Das Rollenspiel hat ermöglicht, theoretische Grundlagen der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten praktisch anzuwenden“). Die Inhalte der Items sind in Anhang 1 dargestellt. Während die

Tabelle 3: Gesamtevaluation des COMSKIL Gesprächsführungskurses

	N	M	SD
Evaluation Kommunikationskurs insgesamt	75	4,11	0,66
• Die Rahmenbedingungen (Zeit, Raum, Ausstattung) waren ausreichend		4,49	0,75
• Es wurden grundlegende theoretische Konzepte zur Kommunikation vermittelt		4,38	0,82
• Es wurden Basisfertigkeiten der Kommunikation vermittelt und trainiert		4,07	0,83
• Es gab eine gute Mischung aus Theorievermittlung und Übung		3,56	1,11
• Die Schwierigkeit des Kurses war angemessen		4,17	1,06
• Der Kurs hat dazu beigetragen, meine kommunikativen Fertigkeiten zu verbessern		4,00	1,05
Evaluation Rollenspiele insgesamt	58	4,36	0,61
• Die Rollenspiele waren gut vorbereitet		4,53	0,75
• Die Rollenspiele haben ermöglicht, theoretische Grundlagen der Arzt-Patienten-Kommunikation praktisch anzuwenden		4,42	0,89
• Es stand genug Zeit für die Durchführung der Rollenspiele zur Verfügung		4,57	0,80
• Der Schwierigkeitsgrad der Rollenspiele war angemessen		4,14	0,98
• Die Feedbackgespräche zu den Rollenspielen waren hilfreich		4,41	0,99
• Die Auswahl der Themen ist gelungen		4,09	0,94
• Die Rahmenbedingungen (Zeit, Raum, Material) für die Rollenspiele waren gut		4,38	0,87

Legende: Skalierung des Antwortformats: 1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = teils teils, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft sehr zu

Fragen zu den theoretischen Inhalten variierten, blieben die Fragen zu den Rollenspielen für jeden Termin gleich. Beim letzten Termin des zweiten Kursabschnittes erfolgte eine Evaluation des gesamten zweisemestrigen Kurses durch 10 Items (siehe Tabelle 3). Die Studierenden sollten ihren Eindruck bezüglich der Rahmenbedingungen, der Vermittlung von theoretischen Konzepten, Fähigkeiten und Fertigkeiten, der Schwierigkeit des Kurses sowie ihrer wahrgenommenen Verbesserung der Kommunikationsfähigkeiten angeben. Außerdem sollten die Inhalte und Rahmenbedingungen der Rollenspiele, z.B. die Themenauswahl, Durchführbarkeit, Schwierigkeit aber auch die Möglichkeit damit theoretische Grundlagen zu vertiefen bewertet werden. Auch hier kam eine 5-stufige Likert-Skala zum Einsatz (1=trifft gar nicht zu, 2=trifft eher nicht zu, 3=teils, teils, 4=trifft eher zu, 5=trifft sehr zu).

Die Auswertung der Evaluationsbögen erfolgte deskriptiv mit SPSS 25 [30]; Mittelwerte und Standardabweichungen wurden für die einzelnen Items pro Termin aber auch als Gesamtmittel für die jeweiligen Kurstermine und Rollenspiele berechnet (siehe Tabelle 1, Anhang 1 und Tabelle 3).

Ergebnisse

Stichprobe

Im Befragungszeitraum haben 312 Studierende (15 Gruppen), den Kurs zur ärztlichen Gesprächsführung absolviert. Während des ersten Kursabschnittes befanden sich die Studierenden im dritten Fachsemester der Humanmedizin, zum Zeitpunkt des zweiten Kursabschnittes im vierten Fachsemester. Die Altersspanne der Studierenden lag zwischen 18 und 47 Jahren ($M=21.80$, $SD=.44$). 62% der Teilnehmer waren männlich. Die Teilnahmequote an der Evaluation variierte je nach Termin zwischen 25% und 95%.

Evaluationsergebnisse

Die mittleren Bewertungen der Kurstermine zum ersten Abschnitt (siehe Tabelle 1) liegen zwischen $M=3,66$ ($SD=0,73$) und $M=3,81$ ($SD=0,78$), d.h. die Studierenden gaben an, dass die Inhalte im Durchschnitt ziemlich hilfreich waren um sich Kenntnisse über die Themen anzueignen.

Der Gesamtmittelwert der Evaluation des ersten Abschnittes liegt bei $M=3,69$ ($SD=0,35$). Die Bewertungen der Theorieinhalte im zweiten Kursabschnitt (siehe Anhang 1) liegen zwischen $M=3,62$ ($SD=0,89$) und $M=4,09$ ($SD=0,65$). Insgesamt wurde die Theorie mit $M=3,84$ ($SD=0,73$) bewertet. Für die Rollenspiele lag die Bewertung zwischen $M=4,14$ ($SD=0,70$) und $M=4,39$ ($SD=0,61$), insgesamt bei $M=4,27$ ($SD=0,62$). Die globale Evaluation des Kommunikationskurses zum letzten Seminartermin (siehe Tabelle 3) zeigte einen Mittelwert von $M=4,11$ ($SD=0,66$) hinsichtlich der Rahmenbedingungen des Kurses und der Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die Rollenspiele wurden insgesamt mit $M=4,36$ ($SD=0,61$) bewertet. Inhaltlich bedeutet dies, dass die Studierenden den Schwierigkeitsgrad der Rollenspiele angemessen empfanden und mit der Themenauswahl und den Rahmenbedingungen zur Durchführung der Rollenspiele zufrieden waren. Außerdem stimmten die Studierenden zu, dass der Kurs zur Verbesserung ihrer Kommunikationsfertigkeiten beitrug.

Weiterentwicklung des Gesprächsführungskurses

Basierend auf den Evaluationsergebnissen erfolgten weitere Anpassungen des Gesprächsführungskurses, wie z.B. die Aufnahme weiterer Rollenspiele oder die Anpassung oder Kürzung einzelner Theoriebausteine. In der ursprünglichen Konzeption erfolgten Rollenspiele mit SP erst im zweiten Abschnitt des Gesprächsführungskurses. Im ersten Abschnitt lag der Schwerpunkt beim Erlernen

von theoretischen Grundlagen und Basisfertigkeiten der Kommunikation entsprechend der Inhalte des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges Medizin [4]. Dem Feedback der Studierenden konnte jedoch entnommen werden, dass die Rollenspiele als Methode sehr gut angenommen werden und bereits früher gewünscht sind. Im aktuellen Curriculum des Kurses zur ärztlichen Gesprächsführung finden daher bereits zwei Rollenspiele mit SP im ersten Kursabschnitt statt. Dazu wurde ein Rollenspiel zum Thema „Anamnesegespräch“ neu konzipiert und ein weiteres zum Thema „Gespräch mit älteren Patientinnen und Patienten“ aus dem zweiten Kursabschnitt vorgezogen. Dafür wurde im zweiten Abschnitt ein neukonzipiertes Rollenspiel zum Thema „Gespräch mit Sprachmittler/-in im Mehr-Personen-Setting“ aufgenommen. So wurde bereits im ersten Abschnitt des Kurses der praktische Anteil erhöht, Schwerpunkt bildet aber dennoch die Vermittlung und Übung von theoretischen Konzepten und Basisfertigkeiten der Kommunikation.

Diskussion

Bisherige Studien belegen nicht nur den positiven Einfluss einer qualitativ hochwertigen ärztlichen Gesprächsführung auf die Patientenversorgung und die Arzt-Patient-Beziehung [31], [32]. Eine gute ärztliche Gesprächsführung wirkt sich auch positiv auf die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte im Sinne einer Stressreduktion aus [33]. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass eine qualitativ hochwertige Ausbildung kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium zu einer verbesserten Qualität der medizinischen Versorgung beitragen kann [34]. An deutschsprachigen medizinischen Fakultäten sind kommunikative Kompetenzen inzwischen fester Bestandteil der Lehre. In fast allen Studiengängen werden kommunikative Kompetenzen im zweiten und dritten Studienjahr mit Hilfe von SP und Feedback unterrichtet [34].

An der Universität Leipzig wurde mit dem COMSKIL-Trainingsprogramm [17] ein umfassendes Lehrkonzept für die ärztliche Gesprächsführung entwickelt und etabliert. Die insgesamt guten Evaluationen sprechen für die Akzeptanz des Curriculums durch die Studierenden und zeigen, dass die Adaptation eines etablierten Kommunikationstrainings für die universitäre Ausbildung gut umsetzbar ist. Insbesondere die gute Bewertung der Rollenspiele mit Simulationspatientinnen und -patienten zeigt, dass dieser Bestandteil des Kurses als sehr wertvoll wahrgenommen wird. In der Weiterentwicklung des Lehrkonzeptes wurde diesem Ergebnis Rechnung getragen und der praktische Anteil des Kurses und die Arbeit mit SP ausgeweitet. Dies folgt auch den Forderungen des Masterplan Medizinstudium 2020 [1], die kommunikativen Kompetenzen möglichst früh auszubilden. Auch andere Studienergebnisse belegen, dass praktisches Lernen positive Befunde hinsichtlich der Wirksamkeit zeigt [28]. Vorteil des Einsatzes von SP ist außerdem, dass die Gespräche in einem geschützten Rahmen und dennoch mit großer Annäherung an eine reale Gesprächssituation

stattfinden. Das Schaffen eines geschützten Rahmens war für die Durchführung des Kurses bei den Studierenden im dritten und vierten Fachsemester ein wichtiges Ziel, da viele nur über wenig Vorerfahrung im Bereich der ärztlichen Kommunikation verfügen.

Die Einbindung des COMSKIL-Trainingsprogramms in das „Längsschnittcurriculum Kommunikation“ unserer Medizinischen Fakultät ist ein wichtiger Beitrag für die Verbesserung der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen im Medizinstudium. Studienergebnisse aus der Zahnmedizin deuten darauf hin, dass ein longitudinales Kommunikationscurriculum dazu beitragen kann, die positiven Einstellungen gegenüber dem Erlernen von kommunikativen Kompetenzen zu verstärken und die negativen Einstellungen zu reduzieren [35].

Hinsichtlich der Evaluation des Lehrkonzeptes sind Limitationen zu nennen. Da die Ergebnisse auf subjektiven Bewertungen basieren, sind Aussagen über den tatsächlichen Erwerb von kommunikativen Kompetenzen nur eingeschränkt möglich. Für weitere Lehrevaluationen wäre eine objektive Erfassung kommunikativer Kompetenzen, z.B. durch externe Beurteilungen oder Prüfungsergebnisse, empfehlenswert. Eine weitere Limitation ist die Verwendung eines nicht-validierten Fragebogens. Für die erste Evaluation des Konzeptes war es ein wichtiges Ziel jeden Kursbestandteil per Evaluation einschätzen zu lassen. Dafür war es notwendig einen spezifischen Fragebogen zu konzipieren, der sämtliche Themen des Kurses abdeckt und Informationen liefert, wie die Inhalte von den Studierenden eingeschätzt werden. Auch die schwankende Zahl der Teilnehmer und Teilnehmerinnen bei der Evaluation ist als Limitation zu nennen. Da die Evaluation auf freiwilliger Basis erfolgte und die Studierenden einen Fehlertermin haben durften, entstanden sehr unterschiedliche Teilnehmerzahlen.

Schlussfolgerung

Mit der Adaptation des COMSKIL-Trainingsprogrammes wurde ein Konzept für ein Gesprächsführungs-Curriculum im Bereich der universitären Ausbildung von Studierenden der Humanmedizin entwickelt, dass sich am Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) orientiert (<http://www.nklm.de>) und die Anforderungen an Ausbildungsinhalte auch in Hinblick auf ein Längsschnittcurriculum Kommunikation erfüllt. Die Inhalte und didaktischen Methoden zielen darauf ab, Studierende für verschiedene Gesprächssituationen zu sensibilisieren und ihnen grundlegende Kommunikationsfertigkeiten zu vermitteln, die je nach Situation flexibel anwendbar sind. Das Programm wurde durch die teilnehmenden Studierenden evaluiert, es zeigten sich zufriedenstellende Ergebnisse. Für die weitere Evaluation des Lehrkonzeptes ist eine objektive Erfassung der kommunikativen Kompetenzen im Verlauf des Studiums geplant.

Interessenkonflikt

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

Anhänge

Verfügbar unter

<https://www.egms.de/de/journals/zma/2021-38/zma001479.shtml>

1. Anhang_1.pdf (91 KB)
Inhalte und Evaluation des zweiten Abschnittes des COMSKIL-Gesprächsführungskurses

Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit. Beschlusstext zum Masterplan Medizinstudium 2020. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2017. Zugänglich unter/available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/4_Pressemitteilungen/2017/2017_1/170331_Masterplan_Beschlusstext.pdf
2. Lehmann C, Koch U, Mehnert A. Die Bedeutung der Arzt-Patient-Kommunikation für die psychische Belastung und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei Krebspatienten. Ein Literaturüberblick über den gegenwärtigen Forschungsstand unter besonderer Berücksichtigung patientenseitiger Präferenzen. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2009;59(7):e3-e27. DOI: 10.1055/s-2008-1067443
3. Riedl D, Schüßler G. The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Z Psychosom Med Psychother.* 2017;63(2):131-150. DOI: 10.13109/zptm.2017.63.2.131
4. Ruberton PM, Huynh HP, Miller TA, Kruse E, Chancellor J, Lyubomirsky S. The relationship between physician humility, physician-patient communication, and patient health. *Patient Educ Couns.* 2016;99(7):1138-1145. DOI: 10.1016/j.pec.2016.01.012
5. Thompson TL. *Handbook of health communication.* New York, N.Y.: Routledge; 2008.
6. Zolnieriek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care.* 2009;47(8):826-834. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc
7. Köhle K. Arzt-Patient-Kommunikation: Erkenntniswege im Erstgespräch. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W, editors. *Uexküll Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis.* München: Elsevier GmbH; 2017. p.289-292.
8. Jünger J, Schäfer S, Roth C, Schellberg D, Friedmann Ben-David M, Nikendei C. Effects of basic clinical skills training on objective structured clinical examination performance. *Med Educ.* 2005;39(10):1015-1020. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2005.02266.x
9. Langewitz W. Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz.* 2012;55(9):1176-1182. DOI: 10.1007/s00103-012-1533-0
10. Jünger J, Mutschler A, Kröll K, Weiss C, Fellmer-Drüg E, Köllner V, Ringel N. Ärztliche Gesprächsführung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung: Das Nationale longitudinale Mustercurriculum Kommunikation. *Med Welt.* 2015;66:189-192.
11. Fröhmel A, Burger W, Ortwein H. Einbindung von Simulationspatienten in das Studium der Humanmedizin in Deutschland. *Dtsch Med Wochenschr.* 2007;132(11):549-554. DOI: 10.1055/s-2007-970375
12. Jünger J, Köllner V. Integration eines Kommunikationstrainings in die klinische Lehre - Beispiele aus den Reformstudiengängen der Universitäten Heidelberg und Dresden. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2003;53(2):56-64. DOI: 10.1055/s-2003-36962
13. von Lengerke T, Kursch A, Lange K. Das Gesprächsführungspraktikum im 2. Studienjahr des Modellstudiengangs HannibaL: Eine Evaluation mittels Selbsteinschätzungen der Studierenden. *Gesundheitswesen.* 2011;73:A51. DOI: 10.1055/s-0031-1283667
14. Luttenberger K, Graessel E, Simon C, Donath C. From board to bedside - training the communication competences of medical students with role plays. *BMC Med Educ.* 2014;14:135. DOI: 10.1186/1472-6920-14-135
15. Rockenbauch K, Decker O, Stöbel-Richter Y. Implementierung eines Längsschnittcurriculums zur Gesprächsführung für Medizinstudierende im Grundstudium. *GMS Z Med Ausbild.* 2008;25(1):Doc66. Zugänglich unter/available from: <https://www.egms.de/static/en/journals/zma/2008-25/zma000550.shtml>
16. Simmenroth-Nayda A, Weiss C, Fischer T, Himmel W. Do communication training programs improve students' communication skills? A follow-up study. *BMC Res Notes.* 2012;5:486. DOI: 10.1186/1756-0500-5-486
17. Brown RF, Bylund CL. Communication skills training: Describing a new conceptual model. *Acad Med.* 2008;83(1):37-44. DOI: 10.1097/ACM.0b013e31815c631e
18. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, Gooley TA, Tulsy JA. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. *Arch Intern Med.* 2007;167(5):453-460. DOI: 10.1001/archinte.167.5.453
19. Vitinius F, Sonntag B, Barthel Y, Brennfleck B, Kuhnt S, Werner A, Schönefuß G, Petermann-Meyer A, Gutberlet S, Stein B, Söllner W, Kruse J, Keller M. KoMPASS - Konzeption, Implementierung und Erfahrungen mit einem strukturierten Kommunikationstraining für onkologisch tätige Ärzte. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2013;63(12):482-488. DOI: 10.1055/s-0033-1341468
20. Goelz T, Wuensch A, Stubenrauch S, Bertz H, Wirsching M, Fritzsche K. Addressing the transition from curative to palliative care: Concept and acceptance of a specific communication skills training for physicians in oncology—COM-ON-p. *Onkologie.* 2010;33(1-2):65-69. DOI: 10.1159/000264626
21. Bylund CL, Brown R, Gueguen JA, Diamond C, Bianculli J, Kissane DW. The implementation and assessment of a comprehensive communication skills training curriculum for oncologists. *Psychooncology.* 2010;19(6):583-593. DOI: 10.1002/pon.1585
22. Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, Bialer PA, Levin TT, Maloney EK, D'Agostino TA. Communication skills training for oncology professionals. *J Clin Oncol.* 2012;30(11):1242-1247. DOI: 10.1200/JCO.2011.39.6184
23. Berger CR. *Planning strategic interaction: attaining goals through communicative action.* Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates; 1997.
24. Miller K. *Communication theories: Perspectives, processes, and contexts.* Beijing: Peking University Press; 2007.
25. Donovan HS, Ward S. A Representational Approach to Patient Education. *J Nurs Scholarship.* 2001;33(3):211-216. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2001.00211.x

26. Härter M, Müller H, Dirmaier J, Donner-Banzhoff N, Bieber C, Eich W. Patient participation and shared decision making in Germany - history, agents and current transfer to practice. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2011;105(4):263-270. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.04.002
27. Mehnert A, Lehmann C, Härter M, Koch U. Comskil: Ein innovatives Kommunikationstrainingskonzept. Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie; 2011.
28. Hartung TJ, Kissane D, Mehnert A. COMSKIL Communication Training in Oncology - Adaptation to German Cancer Care Settings. *Recent Results Cancer Res.* 2018;210:191-205. DOI: 10.1007/978-3-319-64310-6_12
29. Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJ, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns.* 2011;84(2):152-162. DOI: 10.1016/j.pec.2010.06.010
30. IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2017.
31. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J.* 2010;10(1):38-43.
32. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ.* 1995;152(9):1423-1433.
33. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002;136(5):358-367. DOI: 10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008
34. Härtl A, Bachmann C, Blum K, Höfer S, Peters T, Preusche I, Raski B, Rüttermann R, Wagner-Menghin M, Wunsch A, Kiessling C; GMA-Ausschuss Kommunikative und Soziale Kompetenzen. Desire and reality - teaching and assessing communicative competencies in undergraduate medical education in German-speaking Europe - a survey. *GMS Z Med Ausbild.* 2015;32(5):56. DOI: 10.3205/zma000998
35. Lichtenstein N, Haak R, Ensmann I, Hallal H, Huttenlau J, Krämer K, Krause F, Matthes J, Stosch C. Does teaching social and communicative competences influence dental students' attitudes towards learning communication skills? A comparison between two dental schools in Germany. *GMS J Med Educ.* 2018;35(2):Doc18. DOI: 10.3205/zma001165

Korrespondenzadresse:

Dr. Claudia Gebhardt
 Universitätsklinikum Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie,
 Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig, Deutschland,
 Tel.: +49 (0)341/97-15446, Fax: +49 (0)341/97-75419
 c.gebhardt@medizin.uni-leipzig.de

Bitte zitieren als

Gebhardt C, Mehnert-Theuerkauf A, Hartung T, Zimmermann A, Glaesmer H, Götze H. COMSKIL: a communication skills training program for medical students. *GMS J Med Educ.* 2021;38(4):Doc83. DOI: 10.3205/zma001479, URN: urn:nbn:de:0183-zma0014790

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001479.shtml>

Eingereicht: 21.07.2020

Überarbeitet: 30.11.2020

Angenommen: 09.01.2021

Veröffentlicht: 15.04.2021

Copyright

©2021 Gebhardt et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.