Schmerz 2013 · 27:241–242
 DOI 10.1007/s00482-013-1330-1
 Online publiziert: 31. Mai 2013
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
 Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg -
 all rights reserved 2013

A. Kopf

Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt Intensivmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin,
 Campus Benjamin Franklin, Berlin

Palliativmedizin und Lehre

Mit der Änderung der ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) im Jahr 2009 wurde die Palliativmedizin als 13. Querschnittsfach (Q13) verpflichtend in das studentische Curriculum eingeführt. Die langjährige Überzeugungsarbeit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und das große Engagement der Studierenden in der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (BVMd) wurden damit belohnt. Die Rationale für Palliativmedizin war und ist, dass die Palliativmedizin zwar einerseits eine etablierte Spezialisierung als Zusatzweiterbildung ist, die damit aufgrund des Studienziels „zur Weiterbildung befähigter Arzt“ nicht lehrpflichtig wäre, andererseits aber mit ihren besonderen Haltungen und Einstellungen auch integraler Bestandteil aller medizinischen Fachgebiete ist und diese damit ergänzt und erweitert. Die Ausbildung aller Ärzte wird also davon profitieren, dass die Definition und das Selbstverständnis der Palliativmedizin und die Symptomkontrolle bei unheilbaren Krankheiten gelehrt werden und dass in die bessere Betreuung nicht nur körperlicher, sondern auch sozial, psychisch und spirituell begründeter Behandlungsziele investiert wird. Dazu gehören ethische Fragestellungen, außerdem Kommunikation und Gesprächsführung, besonders vor dem Hintergrund, dass die Patienten oft an unheilbaren Krankheiten leiden. Die Studierenden lernen über Prognosen und Krankheitsprogress zu sprechen, auch Teamarbeit und Reflektion von Zusammenarbeit.

» Eigeninitiative ist gefragt

Die Einführung des Querschnittsbereichs ist von den Fachgesellschaften, Dozenten

und Studierenden allgemein begrüßt worden und verändert die Lehrsituation an den meisten Fakultäten in großem Umfang. Statt Wahlpflichtveranstaltungen mit hoch motivierten Studierenden und Dozenten in der Kleingruppe werden zukünftig alle Studierenden Palliativmedizin gelehrt bekommen.

Da keine Vorgaben zum Stundenumfang oder zu Lehrformen seitens des Gesetzgebers existierten, waren einerseits alle Planungen für Lehrinhalte und -formen frei. Andererseits oblag es damit den Interessierten, durch eigene Initiative innerhalb der Ressourcen der lokalen Fakultät Stundenkontingente in einem gedeckelten Stundenbudget mit den anderen Fachdisziplinen zu verhandeln, Curriculumsanpassungen mit essenziellen Lernzielen sowie Lehr- und Prüfungsformatentwicklungen selbstständig in einem relativ kurzen Zeitraum vorzunehmen und – in Fakultäten ohne palliativmedizinischen Lehrstuhl – Partner für den Dozentenimport zu identifizieren. Gute Lernziele werden – bei Abwesenheit geeigneter Lehrbücher und heterogener Lehre – auch von den Studierenden gefordert, ebenso wie eine Aufwertung und Motivationsgewinnung durch geeignete Prüfungsformate.

In dieser komplizierten Ausgangssituation zur Lehrentwicklung waren besonders folgende Elemente hilfreich: Die DGP hatte bereits ein Mustercurriculum (Gegenstandskatalog) für die Lehre entwickelt und veröffentlicht, es gab eine breite öffentliche Unterstützung und positive Konnotation für die Implementierung von Palliativmedizin in der Lehre und es wurde an der Universität Köln von Schiessl et al. ein Forum für Dozenten, Lehrbeauftragte, Lehrkoordinatoren, Medizindidaktiker und Studierende geschaffen. Dieses Forum mit Workshopcharak-

ter diente dem Austausch, dem gegenseitigen Lernen und Verstehen sowie dem Motivationserhalt bei in vielen Fakultäten durchaus komplizierten Realisationsprozessen.

Im Jahr 2009, also unmittelbar nach der Änderung der ÄApprO, wurden erstmals die infrastrukturellen Voraussetzungen, die bisherigen curricularen Planungen und der Grad der Umsetzung der Implementierung von Palliativmedizin untersucht (Ilse, Hildebrandt et al.). Dabei zeigte sich, dass der Stand der Lehre in den Fakultäten sehr heterogen war. An 15 Fakultäten existierten zum Befragungszeitpunkt bereits verpflichtende Lehrveranstaltungen entsprechend der Vorgabe der neuen ÄApprO mit einem Lehrcurriculum, das teils angelehnt an die curricularen Vorgaben der DGP war. An 8 Fakultäten bestand ein eigenständiger Lehrstuhl für Palliativmedizin, was mit einem höheren Maß an Pflichtlehre analog der Vorgabe der ÄApprO verbunden war.

» Die Didaktik muss noch verbessert werden

In der aktuellen Publikation von Schiessl et al. in diesem Heft sollten nun die curricularen und prüfungsbezogenen Planungen der jeweiligen Fakultäten zur Implementierung eines verpflichtenden Q13 Palliativmedizin zum Zeitpunkt der „Scharfstellung“ der Lehre von Q13 in diesem Sommersemester erfragt werden. Aufgrund der hohen Rücklaufquote der Fragebogen ist von einer repräsentativen Untersuchung auszugehen.

Die erfragte Dozentenstruktur v. a. aus der inneren Medizin, Anästhesie, Psychologie und Pflege bildet die historischen Entwicklungen zur aktuellen palliativ-

medizinischen Krankenversorgung an den Universitätskliniken und die spezielle multidisziplinäre Ausrichtung der Palliativmedizin ab. Eine darüber hinausgehende Multidisziplinarität wäre zwar aus grundsätzlichen Erwägungen wünschenswert, in der Praxis bei einer die gesamten Studierenden einschließenden und damit umfangreichen Lehre aber wenig praktikabel, da der dann erweiterte Kreis der Dozenten nur noch schwerlich in einen gemeinsamen „Lehrkanon“ integriert werden könnte.

Hinsichtlich des Lehrumfangs zeigt sich bei einem Median von 23,5 h Gesamtpflichtlehre die Krux der individuell an den Fakultäten und – nach persönlichen Mitteilungen – zumeist ohne Unterstützung zu verhandelnden Lehrkontingente. Dieser Lehrumfang bleibt deutlich hinter den Empfehlungen der DGP zurück und lässt wahrscheinlich nur eine ausreichende Lehre der kognitiven und begrenzt insbesondere die Vermittlung der emotionalen und anwendungsbezogenen Lernziele zu. Das mit 50% Lehranteil häufigste Lehrformat „Vorlesung“ lässt sicher noch Spielraum für innovative Lehrformate mit höherer Behaltensquote, reflektiert aber wahrscheinlich die Limitationen geeigneter Dozenten und finanzieller Lehrausstattungen an den Fakultäten für andere personalintensivere Lehrveranstaltungstypen.

Die Verortung der Lehre in den höheren Semestern und in nichtlongitudinaler Distribution reflektiert wahrscheinlich am besten den epithematischen Charakter von Palliativmedizin und damit den Bedarf einer guten Wissensbasis vor Lehrbeginn. Die Verteilung der Lehrinhalte an den Fakultäten im Vergleich zum DGP-Gegenstandskatalog zeigt eine inhaltlich bemerkenswert diversifizierte Lehre, die Vermeidung ressourcenintensiver Prüfungsformate ist eine Folge der bereits angesprochenen Unterfinanzierung der Lehre an den meisten Fakultäten, die auch bei der aktuellen Entwicklung unterschiedlichster Reform- und Modellstudiengänge Grenzen der Lehrinnovation setzen wird bzw. setzt.

Überraschend sind die Unterschiede in der Lehre in Fakultäten mit und ohne Lehrstuhl für Palliativmedizin, die am Anfang des Implementierungsprozesses

deutlich waren, aktuell aber auf kleine Unterschiede reduziert sind.

Die Schlussfolgerung der Autoren, dass die Implementierung der Pflichtlehre von Palliativmedizin weit vorangeschritten ist, ist sicher ein guter Hinweis darauf, dass die neben Forschung und Klinik im Allgemeinen „stiefmütterlich“ betrachtete Lehre doch in der Lage ist, engagierte und kompetente Universitätsmediziner zu rekrutieren, um trotz fehlender Unterstützung von außen und fehlender Blaupausen ein komplettes Querschnittsfach hoher Komplexität in zumindest teilweise gute Strukturen zu führen. Dass diese Strukturen äußerst inhomogen sind, ist Folge der Fakultätsautonomie, die eher als Chance denn als Limitation begriffen werden sollte, sodass fakultätsspezifische Schwerpunkte in Abhängigkeit von vorhandenen Strukturen und Dozenten verfolgt werden können. Die Vorarbeiten zum Mustercurriculum (Gegenstandskatalog) und die Unterstützung der DGP sowie die Lehrworkshopserie haben daran einen gewichtigen Anteil. Dies zeigt, dass es sinnvoll und wünschenswert ist, dass sich die Fachgesellschaften – zusammen mit den Studierendenvertretern – mit ihrer Kompetenz und ihrem Engagement in die Lehre einbringen.

Die Erfahrungen der Implementierung von Q13 sollten Vorlage und Ansporn sein, die Entwicklung der Mitte 2012 beschlossenen Einführung eines 14. Querschnittsfachs „Schmerzmedizin“ voranzutreiben. Die Entwicklung eines Kerncurriculums und der Beginn einer Q14-Workshopserie durch die Deutsche Schmerzgesellschaft lassen auf einen ähnlich erfolgreichen Implementierungsprozess hoffen.

Aufgrund der Neueinführung von Q13 und Q14 in die Lehre bietet sich für Palliativmedizin und Schmerzmedizin die Möglichkeit inhaltlicher und personeller Verbindungen, die genutzt werden sollten. Ebenso sollte die Chance genutzt werden, die unterschiedlichen Lehrkonzepte – wie von Schiessl et al. gefordert – durch die Gestaltung von kompetenzbasierten, validen und reliablen Prüfungen hinsichtlich des erworbenen Wissens und der erworbenen Fertigkeiten zu testen. Nach Tannenbaums allgemeinem Modell zu Effektivitätsbedingungen eines Trainings müssen dann verschiedene Instrumente

kombiniert werden: einmal eine quantitative Erfassung des kognitiven Wissenszuwachses für kognitive Schlüsselfunktionen, dann eine quantitative Erfassung des psychosozialen Hintergrunds zur Einschätzung der Leistungsmotivation und allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung (Einschätzung des Lernverhaltens) und endlich zur Überprüfung der Transferleistung in den Praxisalltag eine qualitative Darstellung des Kompetenzzuwachses mit standardisierten Beobachtungsbogen. Es werden (Lehr-)Enthusiasten gesucht, die diesen Weg mitgehen!

A. Kopf

Korrespondenzadresse

Dr. A. Kopf

Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt Intensivmedizin,
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Campus Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30, 12202 Berlin
andreas.kopf@charite.de