Schmerz 2014 · 28:352–353
 DOI 10.1007/s00482-014-1467-6
 Online publiziert: 29. Juli 2014
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published
 by Springer-Verlag Berlin Heidelberg – all rights
 reserved 2014

A. Kopf¹ · L. Radbruch²

¹ Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt Intensivmedizin, Charité
 Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Berlin

² Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Bonn

Schmerzmedizin in der Lehre

Ziemlich spät und ziemlich früh

Drei Dekaden Schmerzgesellschaftsaktivitäten, Fortbildungen, Leitlinien, Aktionstage und nationale Aktionspläne, aber weiterhin erhalten so viele Patienten keine oder eine inadäquate schmerzmedizinische Versorgung. Warum?

Wissensdefizite der Behandler sind die Hauptbarriere bzw. eine der Hauptbarrieren für eine angepasste und ausreichende schmerzmedizinische Versorgung [1]. Allgemeinmedizinisch tätige Ärzte fühlen sich beispielsweise von chronischen Schmerzen und der Indikationsstellung und Therapieüberwachung bei der Opioidbehandlung überfordert [2].

Daher kann es nicht ausreichen, wenn wenige Spezialisten und einige Interessierte schmerzmedizinische Kompetenz erwerben. Für Großbritannien [3], Finnland [4, 5] und Nordamerika [6, 7] konnte gezeigt werden, dass die Wissensdefizite die fehlende oder nur rudimentäre Lehre reflektieren. Die Verbesserung der schmerzmedizinischen Lehre sollte daher zentrale strategische Aufgabe der Zukunft sein [1] passend zum International Consensus Call for Medical Schools [8].

Schmerzen erkennen, lindern, vorbeugen

Anders als die spezielle Schmerzmedizin, die eine gebietsbezogene Diagnostik und Therapie chronisch schmerzkranker Patienten durch wenige umfasst, sollte deshalb jeder angehende Arzt die allgemeine Schmerzmedizin erlernen. Er sollte schon in der studentischen Ausbil-

dung in die Lage versetzt werden, (zumindest) bei unkomplizierten Patienten Leiden durch neuropathische, akute posttraumatische bzw. postoperative Schmerzen und Tumorschmerzen zu lindern, chronisch Schmerzkranken zu erkennen, einer Schmerzchronifizierung durch Prävention vorzubeugen und ggf. eine adäquate Weiterbehandlung zu veranlassen. Konsekutiv muss die Schmerzmedizin in die Lehre integriert werden – ein Gedanke, der erst spät kam. Erst die Novelle der ärztlichen Approbationsordnung vom 17. Juli 2012 hat die Schmerzmedizin als Querschnittsbereich 14 in die Pflichtlehre aufgenommen.

» Verbesserung der schmerzmedizinischen Lehre – eine zentrale Zukunftsaufgabe

Im europäischen Vergleich sind wir damit in Deutschland allerdings ziemlich früh: In der Advancing-the-Provision-of-Pain-Education-and-Learning-across-Europe (APPEAL)-Studie der European Pain Society (EFIC) konnte bislang nur Frankreich als Land mit schmerzmedizinischer Pflichtlehre identifiziert werden [9].

Neue Wege in der Lehre

Mit der 2012 beschlossenen Novelle der Approbationsordnung für Ärzte stehen die medizinischen Fakultäten vor der Herausforderung des Aufbaus eines neuen Querschnittsbereichs Schmerzmedizin in

der ärztlichen Ausbildung. Bereits im Jahr 2016 wird das praktische Jahr nur noch absolviert werden können, wenn zuvor dieser neue Querschnittsbereich durchlaufen worden ist. Für die Lehre muss dabei gewährleistet werden, dass die Schmerzmedizin eigenständig erkennbar ist, neben in andere Bereiche integrierbaren Inhalten. Das setzt einerseits die entsprechende Organisation der Lehre durch die dafür qualifizierten Mitarbeiter der schmerzmedizinischen Zentren und andererseits eigenständige Leistungsnachweise mit Prüfungen voraus.

Aber woher können die dafür notwendigen Lehrstunden rekrutiert werden, welche Curriculumsinhalte sollten fokussiert werden und mit welchen Lehr- und Prüfungsformaten wird das bestmögliche Ausbildungsziel erreicht? Wer insbesondere soll diese Implementierung leisten, fehlt doch – im Gegensatz zur Situation bei der Einführung des Querschnittsbereichs Palliativmedizin mit allen Optionen durch die schon existierenden Lehrstühle – eine eigene „Hausmacht“. Hier zeigt sich die Schwäche der Schmerzmedizin ohne eine eigene Gebietsbezeichnung.

Was ist dann überhaupt die allgemeine Schmerzmedizin, was soll nun eigentlich gelehrt werden? Vorhandene Curricula und Lernzielkataloge sind ungeeignet, für die Lehre der allgemeinen Schmerzmedizin herangezogen zu werden. Das Kerncurriculum „Schmerzmedizin in der Lehre“ der Deutschen Schmerzgesellschaft ist daher eine gute Orientierungshilfe

[10], die inzwischen – in leicht revidierter Form – sogar das europäische Mustercurriculum geworden ist [11]. Das Curriculum richtet sich an Studierende, aber auch an die Dozenten und Lehrbeauftragten bzw. Lehrkoordinatoren im klinischen Studienabschnitt mit dem Ziel, für den zukünftig ambulant oder stationär tätigen Arzt in zusammenfassender und verständlicher Form das Kernwissen und die Kernkompetenzen zur Erkennung und Behandlung von Schmerzen darzustellen und Grundlage für die Konzeption der Lehre von allgemeiner Schmerzmedizin zu sein.

Da das Kontingent der Lehrveranstaltungsstunden limitiert ist, ist die Stundenrekrutierung beschwerlich. In den meisten Fakultäten wird es daher wohl nur einen rudimentären Querschnittsbereich Schmerzmedizin geben, der nur durch intelligent genutzte Synergieeffekte mit in anderen Fächern und Querschnittsbereichen operationalisierten schmerzmedizinisch relevanten Lernzielen gelehrt werden wird. Die interdisziplinäre Tradition klinischer Arbeit schmerzmedizinischer Zentren wird – hoffentlich – helfen, entsprechende Lehrpartner identifizieren zu können und dadurch letztlich auch in der Lehre – trotz aller lehrmethodischen Schwierigkeiten – den Studierenden die Interdisziplinarität erlebbar zu machen. Insbesondere wird die Lehrqualität von einer fakultätsspezifischen kooperativen Abstimmung der Lehrinhalte und des Dozentenreservoirs mit der Palliativmedizin profitieren.

Innovation, Engagement und Praxisbezug

Die kognitiven, anwendungsbezogenen und emotionalen Lernziele müssen in geeigneter Form durch Unterricht am Krankenbett, Hauptvorlesungen und Fallvorstellungen, Seminarveranstaltungen und (OSCE-)Prüfungen erreicht und überprüft werden. Die unterschiedlichen Lehrleistungen und der unterschiedliche Lehrumfang, die sich nach Befragungen während der Q14-Lehrworkshops der Deutschen Schmerzgesellschaft abzeichnen, werden Gelegenheit geben, im Sinne eines Benchmarkings das Lehroutcome –

als Pionieruntersuchung in der Schmerzmedizin – zu untersuchen.

Die Erfahrungen mit der Einführung des Querschnittsbereichs Q13 Palliativmedizin weisen auf Probleme hin, die mit dem Übergang von Wahl- auf Pflichtveranstaltung einhergehen. So waren nun plötzlich auch Studierende zu unterrichten, die an dem Fach nicht (unbedingt) interessiert waren. Neben dem Einsatz von innovativen Unterrichtsmethoden, z. B. unter Einbeziehung von Schauspielpatienten oder eLearning, ist eine ständige Koppelung des Unterrichts an die klinische Praxis notwendig, um den Sinn der Lerninhalte und -ziele zu vermitteln.

Da es wünschenswert ist, den Studierenden neben fakultätsinternen eLearning-Programmen und dem Kerncurriculum auch eine ausformulierte Übersicht der essenziellen Lernziele in die Hand zu geben, hat sich eine interuniversitäre Arbeitsgruppe gebildet, die eine entsprechende Publikation vorbereiten soll. Die Publikation wird für das kommende Sommersemester angestrebt.

Was bleibt dann noch zu wünschen? In erster Linie engagierte Dozenten und Studierende, die die Lehrformate zusammen weiterentwickeln, anpassen und optimieren; Lehrverantwortliche, die eine ausreichende Lehrinfrastruktur bereitstellen, und Studierende, die an der Schmerzmedizin Interesse und Freude finden und das Gelernte mit in die klinische Praxis nehmen und zur Linderung unnötigen Leids anwenden können.

A. Kopf

L. Radbruch

Korrespondenzadresse

Dr. A. Kopf

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

Interessenkonflikt. KA. Kopf und L. Radbruch geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. International Society for the Study of Pain (2010) Declaration of Montreal. Declaration that access to pain management is a fundamental human right. IASP
2. Johnson M, Collett B, Castro-Lopes JM (2013) The challenges of pain management in primary care: a pan-European study. *J Pain Res* 6:393–401
3. Briggs EV, Carr EC, Whittaker MS (2011) Survey of undergraduate pain curricula for healthcare professionals in the United Kingdom. *Eur J Pain* 15:789–795
4. Pöyhä R, Kalso E (1999) Pain related undergraduate teaching in medical faculties in Finland. *Pain* 79:121–125
5. Pöyhä R, Niemi-Murola L, Kalso E (2005) The outcome of pain related undergraduate teaching in Finnish medical faculties. *Pain* 115:234–237
6. Lippe PM, Brock C, David J et al (2010) The First National Pain Medicine Summit—final summary report. *Pain Med* 11:1447–1468
7. Mezei L, Murinson BB; Johns Hopkins Pain Curriculum Development Team (2011) Pain education in North American medical schools. *J Pain* 12:1199–1208
8. Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools (2010) <http://healthsocialaccountability.org>, Zugriffen: 7. Juli 2014
9. Briggs E, Battelli D, Kopf A (2014) Current pain education within undergraduate medical studies across Europe: Advancing the Provision of Pain Education and Learning (APPEAL) Study. BMJ (eingereicht)
10. <http://www.dgss.org/kerncurriculum>. Zugriffen: 7. Juli 2014
11. <http://www.efic.org/index.asp?sub=40275570Ac7108>. Zugriffen: 7. Juli 2014