

Aus der Klinik für Palliativmedizin
(Prof. Dr. med. F. Nauck)
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Die Implementierung des Querschnittsbereichs 13 (Q13)
Palliativmedizin -
Realisierungswege in Anbetracht förderlicher und hinderlicher
Faktoren aus Sicht der Lehrbeauftragten**

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Leonie Isermeyer

aus

Braunschweig

Göttingen 2017

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. H. K. Kroemer

Referent: Prof. Dr. med. B. Alt-Epping

Ko-Referent: Prof. Dr. med. T. Raupach

Drittreferentin: Prof. Dr. med. A. Simmenroth

Datum der mündlichen Prüfung: 24.10.2018

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel "Die Implementierung des Querschnittsbereichs 13 (Q13) Palliativmedizin – Realisierungswege in Anbetracht förderlicher und hinderlicher Faktoren aus Sicht der Lehrbeauftragten" eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Braunschweig, den 04.08.2017

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Stand der Forschung	3
2.1	Bedeutung der Palliativmedizin und Anforderungen an Palliativärzte	3
2.2	Palliativmedizinische Ausbildungsbedürfnisse Medizinstudierender	4
2.3	Die universitäre palliativmedizinische Lehre in Deutschland – anhaltende Defizite trotz Einführung als verpflichtendes Lehr- und Prüfungsfach	4
2.4	Die besonderen Herausforderungen palliativmedizinischer Lehre	5
2.5	Stand palliativmedizinischer Lehre im internationalen Vergleich.....	6
2.6	Forschungslücke	7
3	Fragestellungen und Ziel	8
4	Material und Methoden	9
4.1	Phase 1 - Telefoninterviews	10
4.1.1	Beschreibung der Methoden.....	10
4.1.2	Sampling	10
4.1.3	Datenerhebung.....	11
4.1.4	Datenauswertung	11
4.2	Phase 2 - Experteninterviews.....	11
4.2.1	Wahl und Begründung der Methoden	11
4.2.2	Sampling	12
4.2.3	Datenerhebung.....	13
4.2.4	Datenauswertung	13
4.3	Datenschutz und Genehmigung durch die Ethikkommission	14
5	Ergebnisse	15
5.1	Stichproben.....	15
5.1.1	Teilnehmerquoten.....	15
5.1.2	Stichprobe im Kontext der Strukturdatenerhebung 2015.....	15
5.2	Ergebnispräsentation Experteninterviews	18
5.2.1	K1: Ausgestaltung palliativmedizinischer Lehre	18
5.2.2	K2: Hinderliche Faktoren im Implementierungsprozess	33

5.2.3	K3: Förderliche Faktoren im Implementierungsprozess	37
5.2.4	Zusammenfassung einflussnehmender Faktoren	40
5.2.5	K4: Maßnahmen zur Qualitätssicherung	41
5.3	Der Vergleich von Ausgestaltung der Lehre (K1) mit aktuellen Strukturdaten.....	44
5.4	Hinderliche (K2) und förderliche (K3) Faktoren und ihr Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Implementierungsprozess.....	47
6	Diskussion.....	49
6.1	Ergebnisüberblick.....	49
6.2	Stärken und Schwächen der Untersuchung	49
6.3	Diskussion der Ergebnisse	51
6.3.1	Wichtige Aspekte der Ausgestaltung palliativmedizinischer Lehre	51
6.3.2	Geeignete Lehr- und Prüfungsformate.....	60
6.3.3	Wege zur Realisierung gelungener palliativmedizinischer Lehre in Anbetracht förderlicher und hinderlicher Faktoren.....	65
6.3.4	Qualitätssicherung	70
6.4	Schlussfolgerung.....	72
7	Zusammenfassung	73
8	Anhang.....	75
9	Literaturverzeichnis	76

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studienablauf.....	10
Abbildung 2: Integration geeigneter Lehrformate und -methoden in den Zyklus zu erfahrungsbasiertem Lernen, modifiziert nach Kolb (Kolb 2015).....	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Inhaltliche Gewichtung im DGP-Gegenstandskatalog	2
Tabelle 2: Beispiel für Paraphrasierung und Kategorienzuzuordnung (K).....	11
Tabelle 3: Teilnehmerquoten	15
Tabelle 5: Kategoriengerüst MaxQDA – K1: Ausgestaltung der Lehre.....	19
Tabelle 6: Kategoriengerüst MaxQDA – K2: Hinderliche Faktoren.....	34
Tabelle 7: Kategoriengerüst MaxQDA – K3: Förderliche Faktoren.....	37
Tabelle 8: Zusammenfassung einflussnehmender Faktoren.....	40
Tabelle 9: Kategoriengerüst MaxQDA – K4: Maßnahmen zur Qualitätssicherung	41
Tabelle 10: Vergleich von „Ausgestaltung der Lehre“ (K1) mit aktuellen Strukturdaten.....	46
Tabelle 11: Hinderliche und förderliche Faktoren und ihr Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Implementierungsprozess.....	48
Tabelle 12: Diskussion der Faktoren zur Qualitätssicherung	70

Abkürzungsverzeichnis

ÄApprO	Ärztliche Approbationsordnung
AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
CanMeds	Canadian Medical Education Directives for Specialists
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband
EACH	European Association for Communication in Health Care
EAPC	European Association for Palliative Care (Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin)
HPCCC	Health Professionals Core Communication Curriculum
IMPP	Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen
MC	Multiple Choice
MME	Master of Medical Education
NKLM	Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
PC	Palliative Care
PEAT	Palliative Care Assessment Tool
PJ	Praktisches Jahr
PM	Palliativmedizin
POL	Problemorientiertes Lernen
Q13/QB13	Querschnittsbereich 13
Q14	Querschnittsbereich 14
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
UaK	Unterricht am Krankenbett
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Die Palliativmedizin gewinnt in der medizinischen Versorgung zunehmend an Bedeutung. In der aktuellen politischen Diskussion gilt die Versorgung von Menschen am Lebensende als wesentliche gesundheitspolitische Herausforderung der kommenden Jahrzehnte. Durch demographischen Wandel und medizinischen Fortschritt ist davon auszugehen, dass der Anteil palliativmedizinisch unterstützungsbedürftiger Menschen in Deutschland weiter zunimmt – eine Entwicklung, die den Gesundheitssektor vor eine erhebliche Herausforderung stellt.

Das Potential der Palliativmedizin für die Versorgung von Menschen mit inkurablen Erkrankungen wurde in den letzten Jahrzehnten zunehmend erkannt und anerkannt. Anders als eine auf Heilung und Rekonstitution abzielende Medizin widmet sich die Palliativmedizin insbesondere der Erhaltung der Lebensqualität. Studien zeigen, dass eine frühzeitige Integration in die Patientenversorgung die Anzahl teurer und aggressiver Therapieversuche senkt, Ängste mindert und das Wohlbefinden von Patienten¹ und Angehörigen deutlich verbessert. Wichtige Kompetenzfelder palliativmedizinischer Versorgung sind die Symptomlinderung, die psychosoziale und spirituelle Betreuung von Patienten und ihrer Angehörigen sowie die Bereitschaft zu einer offenen und empathischen Kommunikation. Neben einer Verbesserung der Versorgungsqualität von Menschen am Lebensende zeigt sich zudem eine gesundheitsökonomische Relevanz. Durch eine frühzeitige palliativmedizinische Mitbehandlung bleibt sowohl dem Patienten als auch dem Gesundheitssystem die Belastung durch unnötige, teure und belastende Therapieversuche erspart. Es ist somit ein grundlegendes gesellschaftliches Interesse, flächendeckend eine hochwertige und evidenzbasierte Palliativversorgung zu etablieren. Noch ist dieses Ziel jedoch nicht erreicht.

Ein Ansatz, die Palliativversorgung zu verbessern, ist die frühzeitige und flächendeckende Ausbildung angehender Ärzte. 2009 wurde der Fachbereich als Querschnittsfach 13 – Palliativmedizin (Q13/QB13) in die Ärztliche Approbationsordnung aufgenommen (ÄApprO 2016). Für die Zulassung zum Examen musste erstmals im Oktober 2014 ein Nachweis (Schein) im Fach Palliativmedizin vorgelegt werden. Die Lehre sollte die Studierenden besser auf die Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen vorbereiten. Umfragen hatten zuvor ergeben, dass unter ärztlichem Personal starke Unsicherheiten und Ängste im Umgang mit schwer erkrankten Patienten bestehen. Bindende Vorgaben zur Ausgestaltung des Q13 gab es nicht. Eine Orientierungshilfe stellte der 2009 veröffentlichte

¹ In der hier vorgestellten Arbeit wird für eine bessere Lesbarkeit die männliche Form verwendet, wobei immer beide Geschlechter gemeint sind.

Gegenstandskatalog der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) dar (DGP 2009). Entsprechend den Empfehlungen beträgt der vorgesehene Lehrrumfang 40 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten, zudem werden wichtige Themenschwerpunkte genannt und eine prozentuale Gewichtung ausgewiesen. Zur Organisation sollte in jeder Fakultät ein Lehrverantwortlicher eingesetzt werden, welcher auch hauptamtlich als Palliativmediziner tätig ist (DGP 2009).

Tabelle 1: Inhaltliche Gewichtung im DGP-Gegenstandskatalog

	Gewichtung [%]
Grundlagen der Palliativmedizin	5
Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen	45
Psychosoziale Aspekte	30
Ethische und rechtliche Fragestellungen	5
Kommunikation	10
Teamarbeit und Selbstreflexion	5

*(DGP 2009)

Aktuelle Lehrumfragen deuten darauf hin, dass trotz Einführung des Q13 das Ziel einer flächendeckenden, hochwertigen Ausbildung Studierender bislang nicht erreicht wurde. Es bestehen starke Unterschiede in der Ausgestaltung der Lehre. An einigen Standorten ist der Fachbereich bislang nur rudimentär in das medizinische Curriculum integriert. Dies lässt anhaltende Defizite in der Ausbildungsqualität vermuten.

Bislang fehlte eine Untersuchung, welche Aufschluss über die Ursachen anhaltender Ausbildungsdefizite gibt. Diese Forschungsarbeit will diese Lücke schließen. Zunächst werden Kriterien einer qualitativ hochwertigen Ausbildung in Palliativmedizin identifiziert und dem Ist-Zustand gegenübergestellt. Felder mit Handlungsbedarf können so herausgearbeitet werden. Darüber hinaus werden die förderlichen und hinderlichen Faktoren des Implementierungsprozesses extrahiert. Durch dieses Wissen können konkrete Realisierungswege für die flächendeckende Umsetzung einer hochwertigen Ausbildung in der Palliativmedizin erarbeitet werden.

2 Stand der Forschung

2.1 Bedeutung der Palliativmedizin und Anforderungen an Palliativärzte

In den letzten Jahrzehnten ist der Ausbau palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen in Deutschland stark vorangeschritten. Die Zahl ambulanter Palliativ- und Hospizdienste hat sich in den letzten 20 Jahren vervierfacht, während die Anzahl stationärer Einrichtungen gar auf das Zehnfache angestiegen ist (DHPV 2014). Heute (2017) gibt es 324 Palliativstationen, 230 stationäre Hospize, 1420 ambulante Hospizdienste, 306 SAPV Teams und 44 multiprofessionelle Palliativdienste für stationäre Patienten (DGP 2017).

Grund für den Ausbau des Versorgungsnetzes ist der steigende Bedarf an palliativmedizinischer Betreuung. Diesem Bedarf liegt die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung im Kontext des medizinischen Fortschritts zugrunde (Oeppen 2002). Die Zunahme der Therapieoptionen führt zu einer wachsenden Patientengruppe, die trotz Unheilbarkeit mit ihrer Erkrankung viele Monate oder gar Jahre weiterleben (Ferris et al. 2009). Diese Patienten sind im Laufe ihrer Erkrankungen häufig auf palliativmedizinische Unterstützung angewiesen.

In den letzten Jahren haben sich zudem neue Einsatzfelder für die Palliativmedizin ergeben. Studien zeigen, dass Krebspatienten auch begleitend zu tumorspezifischen Behandlungen erheblich davon profitieren, Palliativmedizin bereits früh in die Versorgung zu integrieren (Temel et al. 2010; Becker et al. 2011; Partridge et al. 2014). Bereits 2005 listete die WHO neben medikamentöser, operativer und strahlentherapeutischer Therapie, Palliativmedizin als einen der wesentlichen Versorgungsansätze in der Betreuung von Krebspatienten (WHO 2005).

Palliativmedizin versteht sich als multiprofessionelle, den individuellen Bedürfnissen angepasste Versorgung für Menschen mit inkurablen Erkrankungen (DGP et al. 2010). Bei Vorliegen komplexer Symptome im fortgeschrittenen Krankheitsstadium oder im hohen Alter bedarf es eines Versorgungskonzepts, welches neben den medizinischen und pflegerischen auch psychische und soziale Bedürfnisse einbezieht. Neben medizinisch-fachlicher Kompetenz sind vor allem Empathie und Fähigkeiten in der Kommunikation wichtige Säulen der Behandlung und Begleitung von Menschen mit unheilbaren Erkrankungen. Ziel der Palliativmedizin ist es, auch am Ende des Lebens eine möglichst gute Lebensqualität für den Patienten und seine Angehörigen zu erhalten (WHO 2002).

In der öffentlichen Wahrnehmung und mitunter auch im medizinischen Kontext trifft das junge Fach der Palliativmedizin jedoch noch häufig auf Unkenntnis und Skepsis (Sullivan et al. 2004; Frist und Presley 2015).

2.2 Palliativmedizinische Ausbildungsbedürfnisse Medizinstudierender

Im Krankenhausalltag sind Situationen, in denen palliativmedizinische Erfahrung gefordert ist, allgegenwärtig. Obwohl die Themen Sterben, Tod und Trauer im Medizinstudium oft wenig Beachtung finden, müssen Assistenzärzte häufig bereits früh Verantwortung für Entscheidungen und Betreuung von Patienten am Lebensende übernehmen (Lloyd-Williams und Macleod 2004; Gibbins et al. 2010). In solchen Situationen fühlen sich die Auszubildenden häufig überfordert (Wear 2002; Sullivan et al. 2005; Gibbins et al. 2011).

Bis 2009 war es in Deutschland den medizinischen Fakultäten überlassen, ob sie Palliativmedizin als Unterrichtsfach in der studentischen Lehre anboten. Die Teilnahme für die Studierenden war oft fakultativ im Rahmen von Wahlpflichtfächern organisiert, sodass nur eine Minderheit eine Grundausbildung in Palliativmedizin erhielt. Eine Umfrage der Universitäten Mainz und Göttingen unter Studierenden im letzten Studienjahr, welche keine palliativmedizinische Ausbildung durchlaufen hatten, ergab, dass sich über die Hälfte der Befragten unsicher in der Behandlung und Begleitung Sterbender fühlte. Insbesondere der Umgang mit den psychosozialen Aspekten überforderte die angehenden Ärztinnen und Ärzte (80%), aber auch in der Schmerz- und Symptomkontrolle wurden starke Wissensdefizite deutlich (Weber et al. 2011).

Diese Unsicherheiten unterstrichen die Notwendigkeit, den Ausbau palliativmedizinischer Lehre voranzutreiben. Das Unterrichten palliativmedizinischer Behandlungskonzepte sowie die Auseinandersetzung der Studierenden mit dem Thema Tod und Sterben und mit sterbenden Patienten selbst sind effektive Maßnahmen, um Unsicherheiten im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden abzubauen (Sullivan et al. 2005; Schulz et al. 2013; Anneser et al. 2014; Crawford und Zambrano 2015). Zudem zeigte die Umfrage von Anneser et al. unter 709 Medizinstudierenden der TU München, dass die Mehrheit der angehenden Ärzte es außerordentlich wichtig findet, während ihres Studiums in palliativmedizinischen Inhalten ausgebildet zu werden. Insbesondere ethische und rechtliche Fragestellungen wurden von den Studierenden als überaus relevant eingestuft (Anneser et al. 2014).

2.3 Die universitäre palliativmedizinische Lehre in Deutschland – anhaltende Defizite trotz Einführung als verpflichtendes Lehr- und Prüfungsfach

Sowohl die steigende Nachfrage nach palliativmedizinischer Kompetenz als auch die Defizite in der Ausbildung der angehenden Ärzte führten dazu, dass Palliativmedizin seit 2009 als Pflichtfach in das Medizinstudium integriert wurde (ÄApprO 2016). Lehrumfragen aus den Jahren 2006 bis 2012 (Laske et al. 2010; Schiessl et al. 2013a; Ilse et al. 2015) lassen jedoch vermuten, dass noch immer starke qualitative sowie quantitative Unterschiede in der universitären palliativmedizinischen Lehre bestehen. Insbesondere psychosoziale Inhalte

scheinen oft unterrepräsentiert (Jendyk und Maisel 2013). Tatsächlich gibt es nach wie vor keine verbindlichen Vorgaben zur konkreten Ausgestaltung der Lehre. Der Gegenstandskatalog der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin bietet bislang die einzige inhaltliche Orientierung (DGP 2009). Dieser beinhaltet jedoch lediglich sechs Lernzieldomänen und deren prozentuale Gewichtung. Inhaltliche Ausgestaltung und methodische Umsetzung bleiben jeder Fakultät selbst überlassen.

2.4 Die besonderen Herausforderungen palliativmedizinischer Lehre

Im Hinblick auf die Entwicklung geeigneter Lehr- und Prüfungsformate beinhaltet das Fach Palliativmedizin besondere Hürden und Herausforderungen.

Um den Q13 als Querschnittsfach zu lehren, welcher fächerübergreifende Kompetenzen bündeln und aus dem palliativmedizinischen Blickwinkel betrachten soll, ist eine enge Koordination und Vernetzung mit den Vertretern anderer Fachbereiche notwendig. Zum einen gilt es Redundanzen zu vermeiden und Lehrinhalte aufeinander abzustimmen. Zum anderen bietet es sich an, durch Abstimmung und Zusammenarbeit fachübergreifende, inhaltliche Schnittstellen zu nutzen, um eine kompetente und ausreichende Lehre in der Palliativmedizin anbieten zu können. Darüber hinaus forderte die Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin (EAPC) bereits 2007, dass sich auch der multiprofessionelle Charakter palliativmedizinischer Versorgung in der Lehre widerspiegeln müsse. Dies solle sowohl inhaltlich als auch im Lehrkörper geschehen, beispielsweise durch den Einbezug nicht-ärztlicher Berufsgruppen (Pflegekräfte, Seelsorger) (Elsner et al. 2007). Enge Kooperationen innerhalb der medizinischen Fakultäten sowie der Einbezug angeschlossener palliativer Versorgungszentren sind somit für das Gelingen des Implementierungsprozesses notwendig.

Auch bei der Bereitstellung von ausreichenden Unterrichtseinheiten war die Palliativmedizin auf die Kooperation anderer Fachbereiche angewiesen. Laut Approbationsordnung sollte die Implementierung des Q13 stundenneutral, ohne Aufstockung der Gesamtstundenzahl des Medizinstudiums erfolgen (Schiessl et al. 2013a). Um Lehrstunden für den Q13 zu erhalten, mussten andere Fachbereiche Unterrichtseinheiten abtreten.

Eine weitere Herausforderung stellt die Umsetzung praxisnahen Unterrichts dar. Palliativpatienten sind schwerkrank. Aufgrund der körperlichen Folgen und starken psychischen Belastung ist die Teilnahme am Unterricht der Studierenden für viele Patienten nicht zumutbar. Die geringe Anzahl der für die Lehre geeigneten Patienten trifft an den Universitätskliniken mitunter auf Semesterstärken von über 400 Studenten. Die flächendeckende Einführung von Patientenkontakten in der palliativmedizinischen Lehre stellt somit eine erhebliche Herausforderung dar (Schulz et al. 2015).

Auch die inhaltliche Komplexität birgt Herausforderungen und verlangt die Entwicklung neuer Lehr- und Prüfungskonzepte. Neben kognitivem Faktenwissen und technischen Fertigkeiten liegt der Schwerpunkt auf der Vermittlung eines angemessenen Umgangs mit den schwerstkranken und sterbenden Patienten. Es braucht Raum, um Begegnungen mit existentiellern Leid und Endlichkeit zu reflektieren. So können die Studierenden eine Haltung und Positionierung gegenüber ethischen und rechtlichen Fragestellungen entwickeln (DGP 2009). Bisher gibt es in der deutschen Studienlandschaft nur wenige Erfahrungen mit Lehr- und Prüfungsformaten, die Haltungen und Fähigkeiten adäquat abbilden. Sie sind im Alltag des Medizinstudiums kaum etabliert. Hingegen wird oft auf Vorlesungen und Multiple-Choice-Klausuren als ressourcensparende Unterrichts- und Prüfungsformen zurückgegriffen (Schiessl et al. 2013a). Sie spiegeln die oft komplexen ethischen Fragestellungen und psychosozialen Lehrinhalte der Palliativmedizin jedoch nur unzureichend wider und können die Kompetenzen nicht valide erfassen (Kulhavy et al. 1975; Boulton-Lewis 1995; Considine et al. 2005).

2.5 Stand palliativmedizinischer Lehre im internationalen Vergleich

Die Ausbildung Medizinstudierender in der Palliativmedizin gewinnt auch international zunehmend an Bedeutung. Meekin et al. entwarfen 2000 eine Methode (Palliative Care Assessment Tool (PEAT)), um innerhalb der amerikanischen medizinischen Fakultäten die Qualität palliativmedizinischer Lehre zu erfassen (Meekin et al. 2000). Dieses Werkzeug nutzten Schiessel et al. (2013), um in einer umfassenden Online-Literaturrecherche den internationalen Stand studentischer Ausbildung in Palliativmedizin zu erfassen. Sie identifizierten 17 entsprechende Curricula, unter anderen in den USA, Deutschland, Kanada, Großbritannien und Australien. Die jeweilige Ausgestaltung variierte stark, insgesamt wurden 83 verschiedene Themenfelder ausgemacht (Schiessl et al. 2013b). Für den europäischen Raum veröffentlichten Carrasco et al. 2015 eine Studie, in der sie den Stand palliativmedizinischer Lehre in insgesamt 43 Ländern analysierten. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass Palliativmedizin bislang nur in 6 (14%) europäischen Ländern verpflichtend gelehrt wird. Flächendeckend angeboten wird der Fachbereich in insgesamt 13 (30%) Ländern. Dem gegenüber stehen 14 (33%) Länder, in denen der Fachbereich noch gar nicht gelehrt wird. Deutschland gehört laut der Studie zu den europäischen Ländern, welche das höchste Lehrniveau aufweisen (Carrasco et al. 2015). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auch international die Qualität universitärer palliativmedizinischer Lehre stark variiert, jedoch zunehmend an Bedeutung gewinnt.

2.6 Forschungslücke

Während inzwischen empirische Untersuchungen zu Defiziten in der Lehre (Gibbins et al. 2011; Weber et al. 2011) und zum Stand der Implementierung des Q13 (Laske et al. 2010; Ilse et al. 2012; Schiessl et al. 2013a) vorliegen, fehlt für Deutschland eine Analyse der bisherigen Umsetzung palliativmedizinischer Lehre, die auch Bezug zu den universitären Rahmenbedingungen, den personellen Ressourcen sowie der inhaltlichen (curricularen) Organisation nimmt und darüber hinaus förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementierung des Querschnittsbereiches Palliativmedizin beschreibt.

Eine solche Erfassung stellt einen wichtigen (und insbesondere für die Fakultäten mit bislang geringer struktureller und konzeptueller Ausstattung) hilfreichen Schritt für die konkrete, flächendeckende Implementierung palliativmedizinischer Lehre dar.

3 Fragestellungen und Ziel

Diese Forschungsarbeit untersucht, welche Erfahrungen bei der Implementierung des Q13 an den einzelnen Fakultäten gemacht wurden und welche Maßnahmen und Wünsche aus Sicht der Lehrverantwortlichen noch ausstehen, um strukturelle, personelle, inhaltliche und didaktische Standards für eine gelungene palliativmedizinische Lehre festzulegen.

Folgende Forschungsfragen sollen untersucht werden:

- Wie muss die Lehre im Q13 gestaltet werden, damit das Fach Palliativmedizin umfassend abgedeckt wird?
- Welche Lehr- und Prüfungsformen eignen sich, um sowohl fachtheoretisches Faktenwissen als auch psychosoziale und ethische Inhalte abzubilden?
- Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren werden bei der Implementierung palliativmedizinischer Lehre im Q13 beschrieben?
- Wie kann eine gelungene Lehre im universitätsmedizinischen Alltag realisiert werden?

4 Material und Methoden

Die hier vorgestellte Forschungsarbeit ist eine Studie der Klinik für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen (Direktor Prof. Dr. Friedemann Nauck) in enger Kooperation und Abstimmung mit dem Referat Begleitforschung der AG Bildung der DGP sowie der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg (Prof. Dr. Jana Jünger, Fr. Stephanie Seidemann, M.A.) und Prof. Dr. Christine Schiessl.

Das Design ist zweistufig angelegt (Abbildung 1). Zunächst wurde im Rahmen eines Fragebogenprojektes des Universitätsklinikums Heidelberg mit den 36 Lehrkoordinatoren für Palliativmedizin ein erster Überblick über förderliche und hinderliche Faktoren des Implementierungsprozesses erfasst (Phase 1). Die Ergebnisse bildeten das Grundgerüst für den Interview-Leitfaden der weiterführenden Experteninterviews (Phase 2). In die Leitfadententwicklung flossen außerdem noch die Ergebnisse der Lehrumfragen 2012/2013 und Besprechungen der Forschungswerkstatt Palliativmedizin der UMG ein. Die Stichprobenteilnehmer für die Experteninterviews wurden angelehnt an ein Verfahren zur Minimal- und Maximalkontrastierung ebenfalls auf Grundlage der Ergebnisse der Phase 1 ausgewählt. Als Hauptverantwortliche für den Implementierungsprozess des Q13 besetzen die Lehrverantwortlichen die Schlüsselstelle, um Informationen über den Implementierungsprozess zu erhalten.

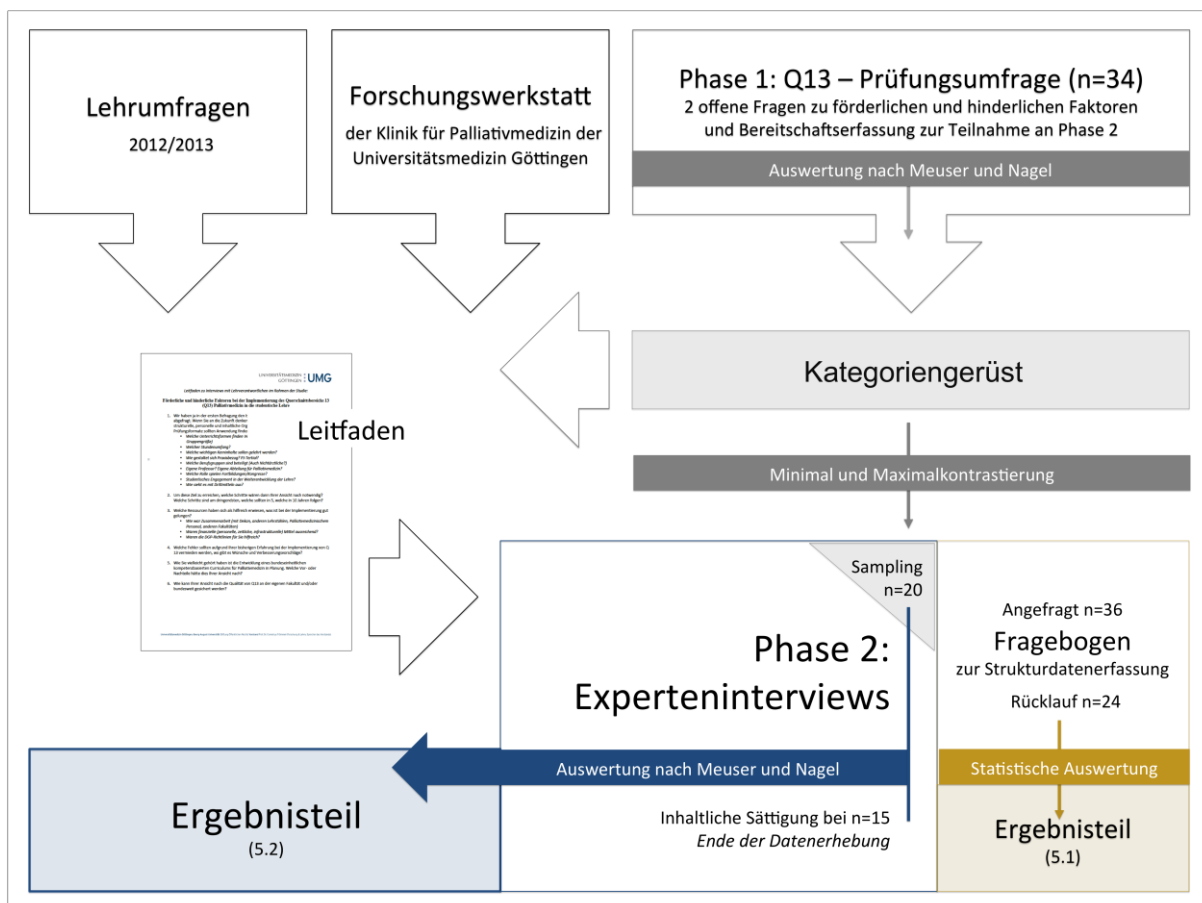


Abbildung 1: Studienablauf

4.1 Phase 1 - Telefoninterviews

4.1.1 Beschreibung der Methoden

Zur stichwortartigen Erfassung förderlicher sowie hinderlicher Faktoren bei der Implementierung des Q13 wurden zwei offene Fragen im Fragebogenformat formuliert. Diese wurden in ein Fragebogenprojekt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg (Prof. Dr. Jana Jünger, Fr. Stephanie Seidemann M.A.) sowie von Prof. Dr. Christine Schiessl eingebracht (Seidemann et al. 2015).

4.1.2 Sampling

Der Fragebogen wurde per E-Mail im Sinne einer Vollerhebung an die Q13-Lehrverantwortlichen aller medizinischen Fakultäten (n=36) versandt. Gleichzeitig wurde mitgeteilt, dass die Beantwortung des Fragebogens im Rahmen eines Telefoninterviews erfolgen sollte.

4.1.3 Datenerhebung

Die Telefoninterviews wurden von einer Mitarbeiterin der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik der Universität Heidelberg (S. Seidemann M.A.) und im Auftrag der Klinik für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen (L. Isermeyer) durchgeführt.

4.1.4 Datenauswertung

Die Auswertung der beiden offenen Fragen erfolgte inhaltsanalytisch, angelehnt an das Verfahren von Meuser und Nagel zur Auswertung von Experteninterviews (Garz und Kraimer 1991) (siehe auch Abschnitt 4.2.4). Entsprechend wurden die Aussagen paraphrasiert und zu Kategorien zusammengefasst (Tabelle 2). Die Ergebnisse bildeten eine wesentliche inhaltliche Grundlage für die Erstellung des Interview-Leitfadens der Phase 2 (4.2.1).

Tabelle 2: Beispiel für Paraphrasierung und Kategorienzuzuordnung (K)

	Antwort		Paraphrase		K
Förderlich?	„Fach war willkommen“	„Nach anfänglichen Sorgen jetzt gute Akzeptanz“	„Akzeptanz fakultätsintern, dass Palliativmedizin wichtig ist“	Gute Akzeptanz vom Fach	Zusammenarbeit
Hinderlich?	„Mangelnde Kooperation anderer Fachbereiche, Fachegoismus“	„Bekommt von anderen Fächern keine Stunden“	„Absprache mit anderen Fachbereichen“	Schwierige Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen	

Anschließend erfolgte die tabellarische Zusammenstellung der Ergebnisse in Zugehörigkeit zu den medizinischen Fakultäten. Der Überblick ermöglichte es, die wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen Standorten zu identifizieren und bildete so das Fundament für das Sampling der Phase 2 (4.2.2).

4.2 Phase 2 - Experteninterviews

4.2.1 Wahl und Begründung der Methoden

Für die umfassende Beleuchtung der Forschungsfragen wurden persönliche, leitfadengestützte Experteninterviews mit den Lehrkoordinatoren durchgeführt. Das Experteninterview bot sich methodisch an, da die Antworten im institutionellen und organisatorischen Kontext der Interviewten zu suchen waren. Garz und Kraimer bestätigen in ihrem Buch zu qualitativ-empirischer Sozialforschung, dass Experteninterviews die geeignete Erhebungsmethode sind, wenn das Studieninteresse der Expertise der Befragten (zu Erfahrungen, Wünschen und Perspektiven) gilt (Garz und Kraimer 1991). In der hier vorliegenden Studie ist dies der Implementierungsprozess.

Die Interviews wurden *face to face* durchgeführt. Das persönliche Gespräch wurde dem Telefoninterview vorgezogen, um den Rahmen für einen tiefergehenden Gedankenaustausch zu schaffen und Unterbrechungen zu minimieren.

Das leitfadengestützte Interview wurde einem fest strukturierten Fragebogen vorgezogen, um durch eine individuelle Gesprächsführung auf lokale Besonderheiten eingehen zu können. Da die Reihenfolge der Themen nicht festgelegt war, konnten vom Experten angesprochene Aspekte jederzeit vorgezogen und vertieft werden. Auch Themen, die im Leitfaden keine Berücksichtigung fanden, konnten spontan aufgenommen und hinterfragt werden. In Kaisers Leitfaden zu „Qualitative Experteninterviews“ wird zudem positiv hervorgehoben, dass auf der Grundlage eines Leitfadens ein weitestgehend natürlicher Gesprächsverlauf erreicht wird, welcher es gleichzeitig ermöglicht, die Forschungsfragen umfassend zu erörtern. Darüber hinaus beinhaltet die Konzeption des Leitfadens eine ausführliche Auseinandersetzung mit den interviewrelevanten Themen. Das generierte Hintergrundwissen ermöglicht eine kompetente und fokussierte Gesprächsführung sowie Selbstsicherheit für eine lockere und offene Gesprächsatmosphäre (Kaiser 2014).

Der Leitfaden wurde in Zusammenarbeit mit der Forschungswerkstatt der Klinik für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen (Abbildung 1) erstellt. Die Grundlagen bildeten die Forschungsfragen, die Ergebnisse der Phase 1 und frühere Lehrumfragen (Ilse et al. 2012; Schiessl et al. 2013a; Ilse et al. 2015). In letzteren wurden mittels offener Fragen in unsystematischer Weise erste Hinweise auf fakultätsinterne Probleme beim Implementierungsprozess ermittelt (unveröffentlichte Ergebnisse). Der Leitfaden enthielt ausschließlich offene Fragen. Dieser non-direktive Fragestil erlaubt eine umfassende Informationsgewinnung und Rückschlüsse auf die Gewichtung der einzelnen Faktoren (Gläser und Laudel 2010).

4.2.2 Sampling

Die grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme an der Phase 2 wurde bereits im Rahmen der Telefoninterviews (Phase 1) erfragt. Aus den positiven Rückmeldungen wurde das Sampling für die Phase 2 erstellt (n=20). Die Auswahl erfolgte basierend auf den in Phase 1 extrahierten Standortcharakteristika. Angelehnt an ein Verfahren zur Maximal- und Minimalkontrastierung (Kelle und Kluge 2010) wurden innerhalb einer Kategorie Fakultäten mit großen Gemeinsamkeiten oder deutlichen Abweichungen ausgewählt. Entscheidende Faktoren waren beispielsweise die allgemeine Zufriedenheit mit dem Implementierungsprozess, die verschiedenen didaktischen Ansätze, das Vorhanden- oder Nicht-Vorhandensein von finanziellen, personellen und zeitlichen Ressourcen sowie einer eigenen Professur, eines Modellstudiengangs oder die Qualität fakultätsinterner Zusammenarbeit. Ziel war es, Informationen zu ähnlich ausgeprägten Faktoren zu verdichten

(Minimalkontrastierung) und gleichzeitig die Heterogenität innerhalb der Kategorien (Maximalkontrastierung) zu beleuchten.

Das offizielle Anschreiben sowie die Interviewaufklärung wurden als E-Mail direkt an die Lehrkoordinatoren versendet.

4.2.3 Datenerhebung

Termin- und Ortsvereinbarung erfolgten nach individueller Absprache. Da Zeit für alle Lehrkoordinatoren eine knappe Ressource darstellte, war eine hohe Flexibilität für die Terminvereinbarung notwendig.

Vom 24.02.15 – 01.04.15 wurden die Interviews durchgeführt. Die Interviewdauer betrug durchschnittlich 32 Minuten, wobei die kürzeste Gesprächsdauer 16 Minuten und die längste 56 Minuten betrug. Die Interviews wurden audiodigital aufgezeichnet. Die Aufnahme ermöglicht es dem Interviewenden, die Inhalte lückenlos zu erfassen und sich dennoch vollständig auf die Gesprächsführung konzentrieren zu können. Anschließend wurden die Audiodateien transkribiert, wobei die Transkription darauf fokussierte, den Inhalt vollständig zu dokumentieren. Das Festhalten von Tonlagen und Pausenzeiten war für die zu untersuchende Forschungsfrage nicht von Relevanz (Garz und Kraimer 1991).

Durch den anhaltenden persönlichen Kontakt der Gesprächspartner (Telefoninterview, Terminfindung, Experteninterview) entstand eine vertraute Atmosphäre, welche in der Regel ein offenes und angeregtes Interviewklima ermöglichte.

Im Anschluss an das Interview wurde der Fragebogen zur Strukturdatenerhebung eingesetzt („Ergänzender Fragebogen zur Lehrumfrage Palliativmedizin 2014/15“). Dieser erhebt anhand von 16 Fragen Daten zur Demographie und zu den strukturellen, personellen und inhaltlichen Rahmenbedingungen der Lehre. Bei der Konzeption des Fragebogens wurde sich eng an der Lehrumfrage von 2012 orientiert (Schiessl et al. 2013a).

Nach 15 Interviews (n=15) wurde eine inhaltliche Sättigung erreicht, sodass die Datenerhebung beendet wurde. Im Anschluss wurde der Fragebogen via E-Mail auch an die verbleibenden 21 Fakultäten versendet, welche nicht in die persönlichen Interviews eingeschlossen wurden. Ziel war es, einen aktuellen Überblick über den Stand der Implementierung zu erhalten und die Stichprobe in der Gesamtlandschaft medizinischer Fakultäten betrachten zu können. Die Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens wurde per E-Mail, Fax oder Post erbeten.

4.2.4 Datenauswertung

Die Auswertung der Experteninterviews erfolgte nach Meuser und Nagels Leitfaden zu „Experteninterviews“ und „Qualitativer Methodendiskussion“ (Garz und Kraimer 1991). In

einem mehrstufigen Prozess wurden die Interviewaussagen (Meinungen, Urteile, Beobachtungen und Deutungen) mit der Software MaxQDA Vorkategorien zugeordnet. Als Grundlage für das Kategoriengerüst dienten hierbei die formulierten Forschungs- und Leitfadenfragen. Die Zitatgruppen wurden anschließend in Microsoft Word kopiert und dort paraphrasiert (Tabelle 2). Durch die terminologische Vereinfachung konnten Redundanzen gestrichen, die Inhalte verdichtet und Überschriften beziehungsweise Unterkategorien zugeordnet werden. Anhand der entstandenen Gliederung wurde das Kategoriengerüst in MaxQDA wiederum auf Konsistenz und Genauigkeit überprüft. Diese kontinuierliche Revision der Kategorien und Inhalte, gewährleistet dass die Inhalte vollständig und valide abgebildet werden (Gläser und Laudel 2010). Zusätzlich unterlag der Auswertungsprozess der konstanten Revision der Forschungswerkstatt der Klinik für Palliativmedizin.

Meuser und Nagel beschreiben den Auswertungsprozess als Generierung von Betriebswissen. Im Interesse steht das Expertenwissen über Struktur und Strukturzusammenhänge. Es gilt, das Handlungsfeld der Lehrkoordinatoren samt Problemen und Herausforderungen zu beleuchten und zu verstehen. Finden sich ähnliche Muster in verschiedenen Interviews, können allgemeingültige Konzepte extrahiert werden (Garz und Kraimer 1991).

4.3 Datenschutz und Genehmigung durch die Ethikkommission

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Göttingen mit Votum zur Antragsnummer 20/2/15 zustimmend bewertet.

Von jedem Interviewten wurde vorab die Unterzeichnung einer Einverständniserklärung erbeten. Diese erlaubte die audiodigitale Aufzeichnung, die Speicherung der erhobenen Daten für zehn Jahre in pseudonymisierter Form unter den Bedingungen des Datenschutzes und eine mögliche Publikation der Daten. Darüber hinaus wurden die Teilnehmer darüber aufgeklärt, dass ein Widerruf der Einverständniserklärung jederzeit möglich ist.

Die Daten wurden vollständig pseudonymisiert und vertraulich gemäß den Bedingungen des Datenschutzes behandelt.

5 Ergebnisse

Zunächst werden die Teilnehmerquoten (5.1.1, Tabelle 3) aufgeführt und die Strukturdaten der Stichprobe der Phase 2 im Kontext der Gesamtergebnisse der Strukturdatenerhebung 2015 betrachtet (5.1.2, Tabelle 4). Im Abschnitt 5.2 erfolgt daraufhin die Ergebnispräsentation der Experteninterviews. Bei den aufgeführten Beispielziten werden die Pseudonyme der Interviewpartner verwendet (Bsp.: 24UZ, 23OG). Die erhobenen Parameter zur idealen „Ausgestaltung palliativmedizinischer Lehre“ (Experteninterviews) werden anschließend dem Ist-Zustand der Lehre (Strukturdatenerhebung 2015; Q13-Prüfungsumfrage) gegenübergestellt (5.3, Tabelle 10). Abschließend werden im Abschnitt 5.4 die Ergebnisse zu förderlichen und hinderlichen Faktoren (Experteninterviews) zusammenfassend abgebildet und im Kontext der Gesamtzufriedenheit der Lehrkoordinatoren betrachtet (5.4, Tabelle 11).

5.1 Stichproben

5.1.1 Teilnehmerquoten

Die in Phase 1 befragten Lehrverantwortlichen zeigten eine hohe Bereitschaft, für die Phase 2 (persönliches Interview) zur Verfügung zu stehen (Tabelle 3). Die Strukturdatenerhebung erzielte mit 66,7% die geringste Rücklaufquote. Dies ist am ehesten darauf zurückzuführen, dass Rekrutierung und Beantwortung ausschließlich via E-Mail erfolgten.

Tabelle 3: Teilnehmerquoten

	Anfragemedium	Angefragt	Teilnehmer/innen	
		n*	n	(%)
Phase 1 (Telefonischer Fragebogen)	E-Mail und Telefon	36	34	(94,4)
<i>Erfragte Bereitschaft zur Teilnahme an Phase 2</i>	<i>Telefon</i>	<i>34</i>	<i>32</i>	<i>(94,1)</i>
Phase 2 (Persönliche Interviews)	E-Mail und Telefon	20	15**	(75,0)
Strukturdatenerhebung 2015	E-Mail	36	24	(66,7)

* Basis n = 36

** Ende der Datenerhebung bei n=15 aufgrund inhaltlicher Sättigung

5.1.2 Stichprobe im Kontext der Strukturdatenerhebung 2015

Betrachtet man die Strukturdaten der Stichprobe im Vergleich mit denen der Strukturdatenerhebung 2015, zeigt sich eine hohe Übereinstimmung der Daten (Tabelle 4). Dieses spricht für eine repräsentative Stichprobenziehung. Zu beachten ist jedoch, dass alle Interviewpartner der Phase 2 auch Teilnehmer der Strukturdatenerhebung sind. Es ist somit

davon auszugehen, dass sich das Ausmaß der Übereinstimmung höher darstellt als für die Gesamtpopulation zutreffend.

Auffällig ist die gute Ausbildung der Lehrverantwortlichen. Eine Zusatzweiterbildung im Bereich Palliativmedizin können 95,8% (Tabelle 4: Strukturdatenerhebung) bzw. 93,3% (Tabelle 4: Stichprobe Phase 2) vorweisen. Deutlich über die Hälfte (62,5% bzw. 66,7%), besitzen darüber hinaus eine Zusatzausbildung im Bereich medizinische Lehre. Auf struktureller Ebene zeigt sich, dass nur etwa jeder zweite Standort über eine eigenständige Abteilung für Palliativmedizin verfügt. Eine Professur für das Fach haben weniger als ein Drittel. Universitäre Palliativstationen sind hingegen bereits an über 80% der Fakultäten zu finden. Betrachtet man die personelle Ausgestaltung, sind an fast allen Standorten (>95%) neben ärztlichen auch nicht-ärztliche Berufsgruppen im Rahmen der Lehre beteiligt. Insgesamt kommen die Lehrenden aus 18 verschiedenen Berufen. Inhaltlich hält sich fast die Hälfte eng an die Vorgaben des DGP-Gegenstandskatalogs. Vorlesungen sind das verbreitetste Lehrformat (87,5% bzw. 93,3%), Patientenkontakte ermöglicht etwa jeder zweite Standort.

Tabelle 4: Betrachtung der Stichprobe im Kontext der Strukturdatenerhebung 2015

		Strukturdaten- erhebung n=24		Stichprobe Phase 2 n=15	
Lehrbeauftragter		n	[%]	n	[%]
Geschlecht	Weiblich	9	37,5	5	33,3
	Männlich	15	62,5	10	66,7
		Ø	σ	Ø	σ
Alter [y]		47,8	8,3	47,6	8,9
Lehrbeauftragter seit [y]		6,3	3,6	6,3	3,4
		n	[%]	n	[%]
Qualifikation im Bereich Palliativmedizin**	Ja, ...	23	95,8	14	93,3
	Zusatzbezeichnung PM	20	83,3	13	86,7
	Master of Palliative Care (PC)	3	12,5	3	20,0
	Zusatzweiterbildung PC (Nicht- Ärzte)	2	8,3	0	0,0
	Diploma of PC	0	0,0	0	0,0
	Andere:	2	8,3	4	33,3
<i>Fachkrankenpfleger Onkologie</i>					
Qualifikation im Bereich medizinische Lehre**	Ja, ...	15	62,5	10	66,7
	Train the Trainer (Harvard Kurs)	10	41,7	6	40,0
	Master of Medical Education (MME)	2	8,3	2	13,3
	Sonstige:	8	33,3	6	40,0
	<i>Kommunikationstrainer, Hochschullehre, Didaktikkurse, PCEP (Palliative Care Education and Practice (Harvard)), Q13-Dozentenworkshop, DGP-Kursleiter, Train the Trainer in Palliative Care (Harvard-Kurs der LMU)</i>				
Keine	9	37,5	5	33,3	

		Strukturdaten- erhebung n=24		Stichprobe Phase 2 n=15	
Lehrformate/-methoden					
		n	[%]	n	[%]
Lehrformate**	Vorlesungen	21	87,5	14	93,3
	Seminare	19	79,2	12	80,0
	Unterricht am Krankenbett (UaK)	13	54,2	8	53,3
	Blockpraktikum	5	20,8	4	26,7
	Wahlpflichtfach	13	54,2	9	60,0
	Sonstiges	4	16,7	3	20,0
Lehrmethoden**	Realpatienten	11*	45,8*	7	46,7
	Schauspielpatienten	10*	41,7*	6	40,0
	Filme	12*	50,0*	9	60,0
	Problemorientiertes Lernen (POL)	7*	29,2*	5	33,3
	E-Learning (Electronic Learning)	6*	25,0*	3	20,0
	Andere:	3*	12,5*	1	6,7
	<i>Selbstreflektionsübungen, Angehörigenkontakt, fallorientiert</i>				
	Keine der Genannten	3*	12,5*	1	6,7
Qualitätssicherung					
		n	[%]	n	[%]
Lehrevaluation	Ja	23	95,8	14	93,3

* Eine Enthaltung

** Mehrfachnennung möglich

5.2 Ergebnispräsentation Experteninterviews

Die Auswertung der Interviews ergibt vier Hauptkategorien (K1-4): Ausgestaltung der Lehre (K1; Tabelle 5), hinderliche Faktoren im Implementierungsprozess (K2; Tabelle 6), förderliche Faktoren (K3; Tabelle 7) sowie Möglichkeiten zur Qualitätssicherung (K4; Tabelle 9).

5.2.1 K1: Ausgestaltung palliativmedizinischer Lehre

Die Lehrverantwortlichen erachten es für sinnvoll, den Q13 als fächer- und kompetenzübergreifend integrierten Fachbereich zu unterrichten. Strukturell (Unterkategorie A1) möchte man ein longitudinal verankertes Fach, personell (A2) die Zusammenarbeit verschiedener ärztlicher und nicht-ärztlicher Berufsgruppen und inhaltlich (A3) eine Vermittlung von breit gefächertem Wissen umsetzen. Sowohl faktische Inhalte als auch Fertigkeiten und Haltungen sollen den Studierenden anhand verschiedener Lehrformate (A4), -materialien (A5) und Prüfungsformate (A6) vermittelt werden.

Tabelle 5: Kategoriengerüst MaxQDA – K1: Ausgestaltung der Lehre

K1: Ausgestaltung der Lehre							
Unterkategorien							
A1	Strukturell	B1	Institutionelle Verankerung	C1	Klinik		
				C2	Abteilung		
				C3	Lehrstuhl		
				C4	Professur		
				C5	Forschungseinrichtung		
		B2	Longitudinale Verankerung				
		B3	Kombination aus Pflichtinhalten und Wahlangeboten				
A2	Personell	B1	Multiprofessionalität	C1	Pro		
				C2	Contra		
		B2	Interdisziplinarität	C1	Pro		
				C2	Contra		
		B3	Dozenten	C1	Identifikation	D1	Lehrender mit Palliativmedizin
						D2	Studierender mit Lehrendem
				C2	Lehrerfahrung		
				C3	Kreative Ideen		
				C4	Charisma		
		C5	Didaktik-Skills				
A3	Inhaltlich	B1	DGP-Curriculum				
		B2	Herausforderungen	C1	Redundanzen vermeiden		
				C2	Keine Versachlichung		
		B3	Symptomkontrolle				
		B4	Grundverständnis				
		B5	Grundhaltung				
		B6	Kommunikation				
		B7	Sterbe- und Todeskonzepte				
		B8	Ethische Aspekte				
B9	Rechtliche Aspekte						
A4	Lehrformate	B1	Vorlesungen				
		B2	Seminare/ Kleingruppen				
		B3	Patientenkontakt	C1	Pro		
			C2	Contra			

K1: Ausgestaltung der Lehre

Unterkategorien

A5	Lehrmaterialien	B1	Fallbeispiele
		B2	Schauspielpatienten
		B3	Videos
		B4	Blended Learning
		B5	Grafic-Textbook
		B6	Give Aways
		B7	Selbsterfahrung
A6	Prüfungsformate	B1	Multiple-Choice
		B2	OSCE
		B3	Essay/Fallbericht
		B4	Mündlich-Praktisch
		B5	Formativ
		B6	Keine Prüfung

A1: Struktureller Rahmen

Institutionelle Verankerung (B1). Aus Sicht der befragten Experten soll das Fach institutionell, also in Verwaltung, Gremien und der klinischen Versorgung der medizinischen Fakultäten, verankert sein. So würde der Fachbereich als integraler Baustein ärztlichen Handelns verstanden.

Um das zu erreichen, brauche jedes Universitätsklinikum eine eigenständige Abteilung oder Klinik für Palliativmedizin. Die Angliederung an andere Fachbereiche (Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Anästhesie) bilde zwar eine Starthilfe, jedoch behindere sie langfristig die Etablierung.

Darüber hinaus sollten weitere Professuren und Lehrstühle geschaffen werden. Diese seien wichtige Institutionen, um die Fachinteressen ausreichend vertreten zu können. Wie sich bei Fachbereichen ähnlicher Größenordnung zeige, gelinge es durch die Etablierung als Lehrstuhl, sich Gehör zu verschaffen und Ressourcen zu generieren.

„Q13 gehört in die Approbationsordnung, dementsprechend gehört es in die Lehre an Universitäten, dementsprechend ist Q13-Lehre akademische, universitäre Lehre die aus meiner Sicht einen Lehrstuhlinhaber benötigt.“ 24UZ

Zudem brauche es Professuren, um die Forschung in dem jungen Fach voranzutreiben; bislang sei diese deutschlandweit unterrepräsentiert. Nur so könne es jedoch gelingen, dass Palliativmedizin auch an den medizinischen Fakultäten als moderne und evidenzbasierte Medizin anerkannt wird.

„überhaupt an Bildung zu denken, an Wissensweitergabe, aber auch an Wissensgenerierung, sprich an Forschung [...] dass der Auftrag von Universitäten ist, klar zu machen, dass Palliativmedizin auch einen akademischen, einen universitären Anstrich hat“ 13OG

Weit verbreitet ist die Auffassung, dass jede Universitätsklinik eine Palliativstation ausreichender Größe benötigt, um den Fachbereich als integralen Bestandteil medizinischer Versorgung zu repräsentieren. Bestehende Palliativstationen verfügten häufig über nur geringe Bettenzahlen und wenig Personal. Es mangle an Zeit, sich neben der klinischen Versorgung ausreichend der Lehre widmen zu können. Die wenigen Patienten leiden zudem häufig unter hoher Symptomlast, sodass in der Regel nur eine kleine Gruppe bleibe, welche für den Unterricht mit Studierenden geeignet ist.

*„erstmal müsst' ich die Station ausbauen, dass ich die Lehre ausbauen kann.“
26RG*

Longitudinale Verankerung (B2). Um den integralen Charakter des Querschnittsfachs abbilden zu können, ist es nach Ansicht der befragten Experten sinnvoll, den Fachbereich über mehrere Semester und Fachbereiche zu integrieren. So könnten die inhaltlichen Anknüpfungspunkte und Schnittmengen sinnvoll verdeutlicht werden.

„wir müssen vom ersten Semester an diesen palliativen Gedanken mit den Studenten besprechen [...] [das] ist eines der wesentlichen Themen in der Vermittlung einer ärztlichen Grundhaltung.“ 12OS

Ein Beispiel für eine Integration in die Vorklinik ist ein an einer Fakultät begleitend zum Präparierkurs der Anatomie angebotenes Reflexionsseminar. Nach Ansicht des zuständigen Lehrbeauftragten werden Studierende so angehalten, sich frühzeitig mit den Themen Sterben und Tod auseinanderzusetzen.

„Man sollte schon viel früher Einheiten einstreuen, und einen Student darauf vorbereiten, dass sowas auch auf sie zukommt und dass sowas sehr wohl eine ärztliche Tätigkeit ist auch Sterbende zu begleiten.“ 17IS

Auch die Vermittlung gelungener Arzt-Patienten-Kommunikation sowie psychologischer Inhalte könnten bereits in früheren Semestern besprochen und geübt werden. Aufbauend sollen ethische Inhalte diskutiert werden, gefolgt von faktischem Wissen. Da die Konfrontation mit Patienten eine ausreichend gefestigte Persönlichkeit erfordere, soll der Patientenkontakt wiederum erst am Ende des Studiums angeboten werden.

Darüber hinaus brauche es abschließend eine kompakte Einheit, welche die Kerninhalte der Palliativmedizin zusammenfasst. Nur so könnten Studierende die Komplexität der palliativmedizinischen Inhalte überblicken. Zudem treffe ein entsprechendes Angebot häufig auf positive Resonanz bei den späteren Ärzten – die Auffrischung kurz vor dem Praktischen Jahr (PJ) helfe ihnen beim Umgang mit palliativmedizinischen Situationen in den ersten Berufsjahren.

Als letzten Baustein longitudinaler Implementierung, wünschen sich die Befragten das Angebot eines Wahlterials Palliativmedizin im PJ.

Die Herausforderung einer longitudinalen Implementierung wird in der Koordination der einzelnen Lehrinhalte gesehen. Es gelte Redundanzen zu vermeiden, sodass ein konsistentes, aufeinander aufbauendes Lehrkonzept entsteht.

Kombination aus Kerninhalten und Wahlmöglichkeiten (B3). Die Befragten sind sich einig, dass es palliativmedizinische Kerninhalte gibt, welche jedem angehenden Arzt vermittelt werden sollen. Darüber hinaus gebe es allerdings auch Inhalte, welche optional bleiben könnten oder sollten. Ein fakultativer Inhalt sei beispielsweise die Vermittlung des multiprofessionellen Charakters. Auch über das Ausmaß des direkten Patientenkontakts soll der Studierende selbst entscheiden dürfen.

„wie eine Zwiebel – innen ist das frische wichtige Kernmoment, und drum herum liegen Außenschichten, die spannend und faszinierend sind, die aber nicht jeder braucht.“ 24UZ

Befragte sehen den Vorteil fakultativer Angebote darin, dass die Kombination aus freiwilliger Teilnahme und spannenden Lehrinhalten bei Studierenden außerordentlich beliebt sei. Entsprechend seien Wahl- und Wahlpflichtangebote regelmäßig innerhalb weniger Tage ausgebucht. Im Gegensatz dazu träfen Pflichtkurse, beispielsweise eine Anwesenheitspflicht in Vorlesungen, bei den Studierenden auf Ablehnung.

Seit Einführung des Pflichtfachs würden jedoch an vielen Standorten die Ressourcen für ein zusätzliches Wahlangebot fehlen.

A2: Personelle Gestaltung

Interdisziplinär (B1). Der überwiegenden Auffassung nach soll das Querschnittsfach interdisziplinär gelehrt werden. Fast alle medizinischen Fachrichtungen würden palliativmedizinische Aspekte beinhalten, wobei sich einige aufgrund hoher inhaltlicher Schnittmengen besonders für eine Zusammenarbeit in der Lehre eignen. Häufig werden Anästhesisten, Schmerztherapeuten, Onkologen, Ethiker, Psychosomatiker und

Allgemeinmediziner genannt. Vor allem letztere werden als geeignet angesehen, insbesondere wenn eine palliativmedizinische Zusatzausbildung besteht.

„Sterbebegleitung geht eigentlich jeden an. Ich finde jeder Chirurg, jeder Neurologe, jeder Intensivmediziner, jede Fachrichtung sollte sich mit dem Gedanken befassen, dass es sehr wohl unsere Tätigkeit ist, als Arzt Sterbende würdevoll zu begleiten.“ 17IS

Zwei Fakultäten berichten zudem von positiven Erfahrungen mit Tandemlehrkonzepten. Seminare werden gemeinsam mit einem Onkologen oder einem Kollegen aus der ambulanten Versorgung (AAPV, SAPV) gehalten. Anhand von Fallbeispielen würden Schnittstellen gut herausgearbeitet und in verschiedenen Betrachtungsebenen verdeutlicht. Besonders gelungen seien die Seminare, wenn die Lehrenden auch im klinischen Alltag zusammenarbeiten.

Die Herausforderung interdisziplinären Arbeitens liege darin, ein Verständnis für unterschiedliche Herangehens- und Arbeitsweisen zu entwickeln. Unterschiede im Klinikalltag führten oft dazu, dass die Interpretation und Schwerpunktsetzung innerhalb der Lehrthemen stark abweiche. Die Gefahr bestehe, dass fachfremde Dozenten den palliativmedizinischen Blickwinkel nicht hinreichend vermitteln können. Große inhaltliche Schnittmengen führten zudem zu Spannungen bei der Aufteilung von Kompetenzen und beinhalteten die Gefahr inhaltlicher Doppelungen. Erschwerend komme hinzu, dass an vielen Fakultäten eine kompetitive Atmosphäre vorherrsche. An diesen Standorten könne ein wohlwollendes und unterstützendes Arbeitsklima nur mit einem hohen Ausmaß an persönlichem Engagement erreicht werden.

„es kostet auch wahnsinnig viel Energie, so viele Menschen und Professionen an einem Tisch zusammenzuhalten“ 24UZ

Gelingt die Zusammenarbeit trotz der Herausforderungen, profitiere die Lehre stark von dem innerfakultären Austausch. Beispielsweise sei die Unterstützung lehrerfahrener Kollegen zu Beginn des Implementierungsprozesses eine wichtige Hilfestellung gewesen. Darüber hinaus würde durch das gemeinsame Erarbeiten von Unterrichtseinheiten Zeit gespart und die Unterrichtsqualität verbessert. Auch könnten im Rahmen einer Zusammenarbeit Lehrinhalte in andere Fachbereiche integriert werden. Geeignete Themenfelder seien die Symptomkontrolle von Schmerzen und die Vermittlung von Kommunikation, welche im Q14 Schmerzmedizin bzw. dem Fachbereich Psychosomatik unterrichtet werden könnten. Der entstandene Freiraum sei wiederum in der Vor- und Nachbereitung sowie Weiterentwicklung von Lehr- und Prüfungskonzepten und der Ausarbeitung eigener Schwerpunktthemen sinnvoll investiert.

Ein Teil der Lehrenden weist jedoch darauf hin, dass die Kerninhalte bewusst und ausschließlich von Palliativärzten und -ärztinnen vermittelt werden sollen.

Multiprofessionell (B2). Neben der interdisziplinären Zusammenarbeit, gilt auch die Integration nicht-ärztlicher Berufsgruppen als erstrebenswert. Gut vernetzte, interprofessionelle Zusammenarbeit sei wesentlich für das Funktionieren palliativmedizinischer Versorgungsnetzwerke. Dieser Kerngedanke müsse auch den Studierenden vermittelt werden. An vielen Standorten sind nicht-ärztliche Berufe bereits in die Lehre integriert (Tabelle 4). Pflegende, Seelsorger, Sozialarbeiter, Philosophen, Psychologen oder Wissenschaftler betreuen Seminare, Hospitationen oder halten Vorlesungen. Beispielsweise bietet ein Standort eine Vorlesung zum Thema „Sterben und Religion in unserer Gesellschaft“ an, welche gemeinsam von einem Pfarrer, einer muslimischen Studentin und einem jüdischen Arzt gehalten wird. Dieser interaktive Ansatz erhalte von den Studierenden ein außerordentlich positives Feedback. Der Kontakt mit anderen Berufsgruppen ermögliche einen Perspektivenwechsel, sodass das Verständnis für unterschiedliche Blickwinkel gefördert werde.

„Das ist ein wirkliches Querschnittsfach und wenn man auch die Fachärzte und die nicht Ärzte zusammenzählt, dann ist das wirklich multiprofessionell, interdisziplinär par excellence.“ 11AE

Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen auf Augenhöhe erhöhe auch im klinischen Alltag die gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung. Hierarchien würden gemindert und die berufsübergreifende Zusammenarbeit gefördert.

„Und das fanden die auch alle gut, dass sie mit den Professoren auf du und du auf einmal waren, auf dieser gleichen Ebene, genau wie die Hierarchie ja auch sehr flach ist in der Palliativmedizin.“ 11AE

Die größte Herausforderung multiprofessioneller Zusammenarbeit liege in der Abstimmung untereinander. Um Themen inhaltlich konsistent vermitteln zu können, brauche es eine gemeinsame Basis. Es gelte, sich mit Menschen unterschiedlicher sozialer und kultureller Hintergründe auf einheitliche Interessen und Schwerpunkte zu einigen. Auch Unterschiede in der Vergütung könnten Misstrauen schüren. In Anbetracht dieser Herausforderungen und knapper zeitlicher Ressourcen wurde die Umsetzung multiprofessioneller Dozententeams daher vereinzelt als sekundär eingestuft.

Für den Großteil der Befragten bleibt die Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Berufsgruppen dennoch ein wertvolles Lehrmoment. So könne eine innovative, abwechslungsreiche und spannende Lehre angeboten werden. Zudem würden personelle Ressourcen generiert.

Dozenten (B3). Da es in der palliativmedizinischen Lehre in erster Linie um die Vermittlung einer Grundhaltung gehe, habe die Vorbildfunktion und das durch den Lehrenden vorgelebte Rollenmodell eine besonders hohe Bedeutung. Es sei somit sinnvoll, dass Dozenten aktiv in der palliativmedizinischen Versorgung tätig sind. Das Erzählen aus dem eigenen Erfahrungsschatz vermittele Inhalte anschaulich und nachhaltig. Auch eine glaubhafte und ethisch integre Ausstrahlung würde Studierende wirkungsvoll erreichen. Der Fachbereich des Dozenten sei hingegen zweitrangig. Auch Hausärzte mit palliativmedizinischer Zusatzausbildung seien aufgrund ihres praktischen Erfahrungsschatzes sehr beliebt bei den Studierenden.

„die machen das, und die leben das vor.“ 11AE

Aufgrund des häufig hohen Alters der Palliativmediziner bestehe jedoch die Gefahr, dass sich Studierende nicht ausreichend angesprochen fühlen. Für sie könne der Eindruck entstehen, dass man in den ersten Berufsjahren noch nicht mit palliativmedizinischen Fragestellungen konfrontiert werde. Inhalte würden so zwar mit Interesse angehört, jedoch nicht auf das eigene ärztliche Handeln reflektiert. In der Realität müssten Ärzte jedoch häufig bereits in ihren ersten Nachtdiensten Entscheidungen für Schwerkranke oder Sterbende treffen.

„das Thema Sterben und Tot [...] durch das Rollenmodell [...] den älteren, erfahrenen, weisen Lehrstuhlinhaber oder den älteren, erfahrenen, weisen Professoren in die Ferne rücken und dem Studierenden damit Konfrontation und Auseinandersetzung mit dem Thema ersparen.“ 24UZ

Neben Praxiserfahrung und Authentizität werden Charisma, Ausstrahlung, Vorerfahrungen in der Lehre, Didaktik-Skills und Kreativität als wichtige Eigenschaften genannt. Hat man die finanziellen Ressourcen, könne es sinnvoll sein geschulte Privatdozenten einzusetzen. Diese könnten Studierende mitunter wirkungsvoller erreichen.

Auch Didaktikkurse seien ein sinnvolles Angebot, um unerfahrene Dozenten auf das Unterrichten von Studierenden vorzubereiten. Aufgrund der hohen zeitlichen Auslastung der Lehrkörper, soll die Teilnahme jedoch freiwillig sein.

A3: Lehrinhalte

DGP-Gegenstandskatalog (B1). Der überwiegende Anteil der Lehrbeauftragten orientiert sich inhaltlich eng an den Vorschlägen der DGP. Diese seien ein wertvolles Gerüst und dienen als Fundament für eigene Lehrideen.

Herausforderungen (B2). Eine wesentliche Herausforderung wird darin gesehen, in einem Querschnittsfach wie Palliativmedizin inhaltliche Doppelungen zu vermeiden. Da viele

Themengebiete Schnittmengen mit anderen Fachbereichen aufwiesen, bestehe die Gefahr, kein eigenes Profil ausbilden zu können. Man müsse sich eng mit Kollegen anderer Fachbereiche koordinieren, um die eigene inhaltliche Identität herauszuarbeiten. Ein Vorteil sei hingegen, dass die Schnittstellen als Anknüpfungspunkte für fächerübergreifende Zusammenarbeit genutzt werden könnten.

Eine weitere Herausforderung liege darin Studierenden zu vermitteln, dass Entscheidungen in der Palliativmedizin als Produkt vielseitiger Abwägung entstünden. Es müsse verstanden werden, dass es viel Mut brauche, um sich gemeinsam für einen Weg zu entscheiden. Man müsse die Bereitschaft mitbringen, den Patienten auch in schwierigen Situationen zu begleiten.

„Wer weiß denn, ob das wirklich das Richtige ist, das kann man ja nicht sagen.

Das sollten Studenten begreifen, dass es so was gibt.“ 17IS

Symptomkontrolle (B3). Das Wesen der Palliativmedizin ist für die Befragten nicht mit einer Checkliste von Medikamenten zu vermitteln. Dennoch ist man überwiegend der Auffassung, dass die Vermittlung der Symptomkontrolle ein wesentliches Lehrthema darstellt. Insbesondere Symptome aus dem Spätstadium onkologischer Erkrankungen sollen beherrscht werden. Schmerztherapie, die Behandlung von chronischer Fatigue, Verstopfung und Luftnot gehören für viele Befragte zu den Grundlagen.

„die Basis ist, dass man tatsächlich sein Handwerkszeug beherrscht und tatsächlich auch die wichtigen Dinge in der Symptomkontrolle beherrscht, das muss man beherrschen.“ 16UR

Insbesondere die Lehrbeauftragten mit allgemeinmedizinischem Hintergrund geben jedoch zu bedenken, dass sich die Mehrheit der angehenden Ärzte im späteren Berufsleben als Haus- oder Facharzt niederlassen wird. Für diese Disziplinen habe die Kenntnis onkologischer Symptomkontrolle nur vereinzelt Relevanz. Wichtiger sei es, kardiovaskuläre, pulmonale und neurologische Symptome behandeln zu können. Beispielsweise sollte die Fähigkeit vermittelt werden, eine Schmerzerfassung bei kognitiv beeinträchtigten Patienten zu stellen.

Grundverständnis (B4). Ein Großteil der Befragten findet es wichtig, zunächst ein Grundverständnis des Fachbereichs zu vermitteln. Unter Studierenden bestehe ein anhaltendes Vorurteil, dass Sterbende in der Palliativmedizin „wedgesiert“ (23OH) würden. Diese Skepsis soll gemindert werden, indem Grundkenntnisse über die Aufgaben, Angebote, Handlungsmöglichkeiten und Zielsetzungen palliativmedizinischer Versorgung vermittelt werden. Nach Abschluss des Q13 sollten Studierende Patienten mit palliativmedizinischem

Handlungsbedarf identifizieren und an die zuständigen Einrichtungen überweisen können. Der Überblick soll den Studierenden darüber hinaus verdeutlichen, ob Palliativmedizin für ihr späteres Berufsleben in Betracht kommt.

„die Leute verstehen was wir hier machen [...] dass die einen identifizieren und sagen, das ist einer für die Palliativmedizin. Das ist immer mein Mindestanspruch.“ 26RG

Es gelte darüber hinaus zu vermitteln, wann es wichtig ist, Palliativmedizin frühzeitig in die Patientenversorgung zu integrieren. Beispielsweise bei onkologischen Patienten ließen sich viele Ängste nehmen, wenn sie frühzeitig über Möglichkeiten der Symptomlinderung aufgeklärt würden. Gelingt es, den Studierenden das Potential dieses frühen Einbezugs zu vermitteln, könne die Versorgungsqualität ihrer späteren Patienten nachhaltig verbessert werden.

„dass der palliative Gedanke ein integraler Gedanke ist, in ärztliches Denken. Ärztliches Denken und ärztliche Haltung ohne palliative Ideen ist nicht vorstellbar. Es gehört immer dazu, [...] es gehört immer dazu, wie die Prävention und die Kuration. Und ich vermisse die Einheit zwischen diesen 3 Bereichen.“ 12OS

Grundhaltung und Kommunikation (B5+B6). Die Vermittlung einer Grundhaltung sei ebenfalls ein wichtiger Themenkomplex, da sie die Grundlage einer authentischen und empathischen Arzt-Patienten-Kommunikation bilde. Dies in der Lehre umzusetzen, wird jedoch als Herausforderung gesehen. Es gelte zunächst die Grenzen und Möglichkeiten des ärztlichen Handlungsspielraums zu erkennen. Studierende sollen verstehen, dass man helfen kann, auch wenn eine Heilung nicht möglich ist. Des Weiteren soll Respekt für die Autonomie und Entscheidungen des Patienten und seiner Angehörigen erarbeitet werden. Es sei wichtig, dass Studierende begreifen, dass Therapieziele nur im Einvernehmen mit dem Patienten definiert werden können.

Darüber hinaus soll Studierenden die Angst vor Gesprächen mit schwerkranken und sterbenden Patienten genommen werden. Zuhören müsse als ein wesentlicher Bestandteil von Kommunikation erkannt werden. Es wird als wichtig erachtet, dem Patienten das Gefühl zu geben, dass man Zeit für ihn hat. Dies schaffe eine vertrauensvolle Atmosphäre, in der sich der Patient traut seine Bedürfnisse zu äußern.

„Ohr und ein Verständnis dafür zu haben, was für Bedürfnisse die Menschen am Lebensende haben. Man muss diese Atmosphäre bieten, in der sie solche Dinge äußern können.“ 17IS

Sterbe- und Todeskonzepte; ethische Fragestellungen (B7+B8). Sich mit Sterben und der Endlichkeit des Lebens auseinanderzusetzen und seine eigenen Einstellungen über den beruflichen Kontext hinaus zu reflektieren, sind nach Ansicht der befragten Experten ebenfalls wichtige Themenfelder palliativmedizinischer Lehre. Hierbei könne es hilfreich sein, sich mit Sterbe- und Todeskonzepten von anderen Religionen und Kulturen zu befassen. Es brauche darüber hinaus Raum, um eigene Gefühle und Reaktionen zu beobachten und äußern zu können. Diese Selbstwahrnehmung sei wesentlich, um im späteren Berufsleben eigene Grenzen erkennen und schützen zu können. Darüber hinaus werde so die eigene Persönlichkeit geschult, um gefestigter in den Kontakt mit schwerkranken Patienten zu treten. Die Studierenden sollen die Bedeutung von Therapiegrenzen erfassen und die Auswirkung auf Patienten, Angehörige und betreuendes medizinisches Personal reflektieren. Angehende Ärzte dürften den Tod nicht als Versagen der Medizin sehen. Sie sollen das Sterben als letzte Phase des Lebens begreifen. Auch wenn Patienten keine Heilung in Aussicht gestellt werden kann, sollen Studierende verstehen, dass Symptomlinderung, Gesprächsbereitschaft und Sterbebegleitung wesentliche ärztliche Aufgaben dieser letzten Lebensphase sind.

Rechtliche Aspekte (B9). Medizinrechtliche Grundlagen sollen ebenfalls vermittelt werden. Der Rechtsstatus von Patientenverfügungen sowie die Bedeutung stellvertretender Entscheidungen sollen gekannt werden.

A4: Lehrformate

Um die inhaltliche Vielschichtigkeit abbilden zu können, braucht es nach Auffassung der Befragten auch methodisch eine Kombination verschiedener Unterrichtselemente.

„Unsere Erfahrung ist, dass es eine Kombination aus verschiedenen Unterrichtselementen sein sollte, aus Vorlesungen, Seminaren und Praktika und am besten aber auch mit 'ner Kombination aus Prüfungsverfahren [...] es gibt klare Inhalte, die am besten über eine Vorlesung vermittelt werden können [...] Und praktische Einblicke dann aber über Unterricht am Krankenbett“ 27EG

Vorlesungen (B1). Vorlesungen seien geeignet, um sowohl die faktischen Inhalte der Symptomkontrolle als auch rechtliche Grundlagen zu vermitteln.

Seminare/ Kleingruppen (B2). Das Seminar stellt für den Großteil der befragten Experten das Kernlehrformat palliativmedizinischer Lehre dar. Insbesondere die Vermittlung von Kommunikation brauche kleine, interaktive Gruppen um Gespräche anhand von Rollenspielen oder mit Schauspielpatienten üben und anschließend reflektieren zu können. Auch multiprofessionelles Arbeiten sowie das Diskutieren verschiedener Blickwinkel, Standpunkte und spiritueller Themen bräuchten das vertrautere, interaktive Setting eines

Seminars. Der kleine Rahmen biete zudem die Gelegenheit für persönliche Gespräche und Reflexion von Erlebtem. Zusätzlich zu einem regulären Seminarangebot könnten durch selbstorganisierte Balintgruppen oder Wochenendseminare vertiefende Angebote entstehen.

„ein Mensch ist ja an sich endlich und sterblich und wird ja deswegen auch als Mensch an sich eine Haltung zu diesem Thema haben [...] Und dafür einen Raum, einen Kontext zu schaffen, indem das reflektiert werden kann, ist aus meiner Sicht nicht nur dringend notwendig, es ist auch genau das, was die Literatur sagt, wenn man Medizinstudenten oder junge Ärzte zur Reflexion über ihr Studium fragt, was sie sich gewünscht hätten.“ 24UZ

Die Vorstellungen zur idealen Gruppengröße variieren zwischen sechs und zwanzig Studierenden, wobei die Umsetzung häufig an zu knappen personellen Ressourcen scheitert.

„Ganz ideal wären kleine Gruppen. Aber da wissen wir alle, dass das nicht machbar ist. Das schaffen wir einfach von der Manpower nicht.“ 17IS

Patientenkontakt (B3). Die Mehrheit der Lehrbeauftragten erachtet Patientenkontakt als essentiell, um Studierenden das Wesen palliativmedizinischen Arbeitens zu vermitteln und eine Selbsterfahrung im Umgang mit schwer erkrankten Patienten zu ermöglichen. Sie sind der Auffassung, dass die Komplexität palliativmedizinischen Arbeitens nur durch das direkte Erleben zu erfassen ist.

„ich brauch Praxiserfahrung in der Palliativmedizin und die muss reflektiert werden.“ 12OS

Das Ausmaß des Patientenkontakts soll jedoch frei wählbar sein. Nicht jeder Studierende sei ausreichend gefestigt, um in den Kontakt mit den schwer Erkrankten zu treten.

„weil das nicht jedermanns Sache ist. Und ich hab immer wieder erlebt, dass es verschiedene Studenten gibt, die das nicht wollen oder nicht können.“ 17IS

Der Unterricht am Krankenbett soll in kleinen Gruppen von maximal drei Studierenden realisiert werden. Zudem brauche es eine enge Betreuung durch einen Ansprechpartner. In diesem Setting sei sowohl für Studierende und Lehrpersonal als auch für den Patienten ein intensiver und lehrreicher Austausch möglich, sodass Berührungsängste und Skepsis wirkungsvoll abgebaut werden könnten. Durch Lernen am Modell, beispielsweise im Rahmen einer Lehrvisite (Bedside-Teaching), könnten den Studierenden darüber hinaus Haltungs- und Kommunikationsweisen anschaulich nähergebracht werden. Eine weitere Form der

Praxiserfahrung bilde ein selbstständig geführtes supervidiertes Patientengespräch. Fragen nach Perspektiven und Wünschen sowie das Thema Sterben sollen dabei offen durch die Studierenden angesprochen werden. Anschließend bilde ein direktes Feedback eine wichtige und wirkungsvolle Rückmeldung, da es Selbstwahrnehmung und Selbstvertrauen der Studierenden fördern könne. Darüber hinaus sollen Gefühle und Reaktionen während der Interaktion bewusst wahrgenommen, reflektiert und in einem vertrauten Rahmen diskutiert werden. Die Erkenntnis, dass man Ängste und Unsicherheiten mit seinen Kommilitonen teilt, sei außerordentlich wichtig, da das Erlebte für viele Studierende die Arztrolle grundsätzlich in Frage stelle.

Nicht nur bei Studierenden, auch bei Patienten sei die Begegnung in der Regel beliebt. Zwar würden die Gespräche mitunter als anstrengend empfunden, jedoch fühlten sich die Patienten in der Regel ernst genommen. Sie erlebten den Kontakt häufig als spannende und interessante Erfahrung.

„Patienten selber zu Wort kommen lassen [...] das war für alle Seiten ein sehr [...] erhebendes und sehr bewegendes Moment. [...] dass der Patient die Möglichkeit hat, am Ende seines Lebens dem Arzt von morgen mitzugeben wie er palliative Versorgung – worauf er achten soll. Das hätten wir nie geschafft, so authentisch, so nah und so gut in irgendeinem anderen Setting beizubringen.“ 12OS

Die Umsetzung stellt für viele jedoch eine große Herausforderung dar, da es nicht einfach sei, eine ausreichende Patientenzahl zu finden. Patientenkontakt in kleinen Gruppen sei häufig nur unter Einbezug regionaler Versorgungszentren möglich. Besonders beliebt bei den Studierenden seien die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), Hospize sowie niedergelassene Ärzte, da dort eine sehr persönliche Betreuung möglich sei.

Ein Interviewpartner äußerte grundsätzliche Bedenken, ob Patientenkontakt angesichts des hohen Aufwands und der knappen Ressourcen wirklich erstrebenswert ist. Man habe wenig Einfluss auf das, was Studierende in dem häufig nur kurzen Zeitfenster erleben. Zudem hat er die Befürchtung, dass in der Begegnung mit den schwer Erkrankten die Sensationslust im Vordergrund steht, sodass das Ziel einer ernsthaften Auseinandersetzung häufig nicht erreicht werde. Die verwendete Lehrinheit ist für ihn wirkungsvoller und steuerbarer als Seminar genutzt.

A5: Lehrmethoden

Fallbeispiele (B1). Zur Veranschaulichung komplexer Fragestellungen und Entscheidungsprozesse sind Fallbeispiele ein häufig eingesetztes Aufgabenformat. Entlang von realen oder konstruierten Patientengeschichten könnten die verschiedenen Ebenen palliativmedizinischer Versorgung anschaulich durchgespielt werden. Einleitend könne man

beispielsweise mit Vorschlägen zur körperlichen Untersuchung und Symptomkontrolle beginnen, um aufbauend ethische, rechtliche und spirituelle Fragestellungen zu diskutieren. Durch die hohe Praxisrelevanz sei das Aufgabenformat bei den Studierenden sehr beliebt, sodass häufig eine interaktive und diskussionsfreudige Atmosphäre entstehe.

Schauspielpatienten (B2). Schauspielpatienten sind beliebt, um die Studierenden in der Arzt-Patienten-Kommunikation zu schulen. Diese Simulation erlaube auch bei mangelndem Realpatientenkontakt eine möglichst lebensnahe Auseinandersetzung mit palliativ-medizinischen Situationen. Eine kritische Stimme gibt jedoch zu bedenken, dass auch Schauspieler die komplexen Gefühle und widersprüchlichen Reaktionen von Schwerkranken nicht darstellen könnten. Die Simulation bleibe auf einem vereinfachten, komplexitätsreduzierten Niveau.

Filme (B3). Eine Idee, insbesondere skeptische Studierende zu erreichen, ist der Einsatz von Videos. Eigene Produktionen, Ausschnitte aus Spielfilmen („Halt auf freier Strecke“) oder Serien („Scrubs“) ermöglichten es, ungezwungen einen Zugang zu palliativen Themen zu finden.

Blended Learning (B4). ‚Blended Learning‘ bezeichnet den kombinierten Einsatz von Präsenzveranstaltungen (Vorlesungen, Seminare) mit Internet und modernen Medien (online gestellte Videos und Vorlesungen, virtuelle Patienten oder Aufgaben). Ein Teil der Befragten sieht darin den Vorteil, dass sich Studierende flexibel und selbständig organisieren können. Darüber hinaus geht man davon aus, dass die interaktive Plattform zusätzlich zum Selbststudium motiviert. Sind die Unterrichtsmaterialien vollständig entwickelt und einsatzbereit, besteht zudem die Hoffnung langfristig Ressourcen einsparen zu können.

„Wenn man ein bisschen in die Zukunft guckt, dann wird die Lehre mehr und mehr digital werden, sie wird Blended Learning werden.“ 24UZ

Für die Umsetzung brauche es allerdings eine ausreichende Infrastruktur (Laptops, belastungsfähige Server, Online-Anschlüsse) sowie zeitliche Ressourcen und ein entsprechendes Know-how, um die digitalen Lehrkonzepte zu entwickeln.

Skeptisch äußern sich die Befragten, ob ein tatsächlicher Mehrwert an Wissensvermittlung entsteht. Zusätzlich wird befürchtet, dass die Besucherzahlen der Präsenzveranstaltungen deutlich abnehmen, wenn Vorlesungen online gestellt werden. Auch die Möglichkeit, interaktiv auf Fragen einzugehen, ginge verloren. Geringe Zuhörerzahlen seien zudem demotivierend für Dozenten, welche häufig einen hohen, teilweise ehrenamtlichen Aufwand betrieben, um ihrer Lehrtätigkeit nachzukommen. Es wird befürchtet, dass viele die Lehrtätigkeit, ohne die Interaktion mit den Studierenden, aufgeben würden.

Weitere Lehrmethoden (B5-B7). Eine Fakultät arbeitet an einem Grafik-Textbuch zu dem Thema ‚Assistierter Suizid‘. Auch gibt es Ideen zur direkten Selbsterfahrung durch das Liegen in einem Sarg oder dem gegenseitigen Legen einer Subkutannadel. Ein weiteres Konzept ist das Verteilen von Totenkopfschlüsselanhängern, um die Studierenden auch nach Abschluss des Moduls an das Gelernte zu erinnern.

A6: Prüfungsformate

Der Großteil der Lehrenden ist der Auffassung, dass die Vielschichtigkeit palliativmedizinischer Kompetenzen nur durch eine Kombination verschiedener Prüfungsformate zu erfassen ist. Angesichts knapper Ressourcen bestehe jedoch eine große Diskrepanz zwischen geeignetem und leistbarem Prüfungsformat.

Multiple-Choice-Klausur (B1). Faktisches Wissen könne durch eine Multiple-Choice-Klausur effizient und mit geringem Ressourcenaufwand geprüft werden. Das Format sei jedoch nicht geeignet, um praktische Fertigkeiten, Kommunikationsfähigkeiten und eine Grundhaltung zu erfassen. Darüber hinaus sei es schwierig, mit der häufig nur geringen Anzahl an Fragen eine ausreichende Trennschärfe in der Notenvergabe zu erreichen. Auch gelinge es den Studierenden häufig, sich über alte Fragen auszutauschen, sodass eine konstante Erneuerung der Fragen notwendig sei. Für die Konzeption mangle es jedoch an Zeit. Zudem würden die Klausuren häufig durch verschiedene Fachbereiche gestellt, welches einen zusätzlichen Zeitaufwand für die inhaltliche Koordination und Integration der Fragen bedeute.

Nichtsdestotrotz ist die Multiple-Choice-Klausur das Prüfungsformat, welches aus Sicht der Lehrbeauftragten aufgrund seines geringen Ressourcenaufwands am ehesten realisierbar ist. Angesichts knapper Ressourcen werde am ehesten beim Prüfungsformat gespart, da dies in der Regel keine negativen Auswirkungen auf die Studentische Evaluation habe. Multiple-Choice-Klausuren seien bei den Studierenden beliebt, während sie neueren Prüfungsverfahren (Bsp. OSCE) häufig skeptisch und ablehnend gegenüberstünden, da diese als aufwendiger gelten.

„man kann über MC schimpfen so viel man will, aber das kriegen wir wenigstens umgesetzt, flächendecken für alle.“ 09AR

OSCE (Objective Structured Clinical Examination) (B2). OSCEs gelten unter dem Großteil der befragten Experten als das ideale Prüfungsformat. Durch die Verknüpfung verschiedener Stationen könnten sowohl faktische als auch praktische Fertigkeiten erfasst werden. Denkbar sei beispielsweise die Kombination aus einem Patientengespräch und dem Erstellen eines Therapieplans.

Essay/Fallbericht (B3). Ein weiteres anerkanntes Prüfverfahren ist das Essayformat. Mögliche Aufgabenstellungen sind das Verfassen eines Reflexionsberichts nach Patientenkontakt, die Bearbeitung eines Fallbeispiels oder die Erörterung ethischer Fragestellungen. Durch den Aufsatz könnten neben Grundhaltungen und Grundverständnis auch faktische Inhalte erfasst werden. Die Herausforderung wird in einer objektiven und differenzierten Bewertung gesehen, da diese zeitaufwendig sei. Noch fehle es zudem an Erfahrungen, um einen geeigneten Bewertungsmaßstab zu entwickeln. Es wird befürchtet, dass sich viele Studierende beschweren und so eine zusätzliche Arbeitsbelastung entsteht. Im Gegensatz dazu steht jedoch die Aussage eines Befragten, welcher ausschließlich das Essayformat einsetzt und durchweg von positiven studentischen Rückmeldungen berichtet.

Mündlich-praktische Prüfung (B4). Auch die mündlich-praktische Prüfung hat für einige Befragte das Potential, die Vielschichtigkeit palliativmedizinischer Kompetenzen zu erfassen.

„diese mündlichen Prüfungen die fühlten sich für mich gut an, weil ich das Gefühl hatte, dass man wirklich Haltung prüfen und rausarbeiten konnte.“ 01SD

Formative Prüfung (B5). Mitunter wird der Wunsch nach einer formativen Prüfung geäußert. Anhand eines Laufzettels sollen verschiedene Stationen (Patientengespräch, Legen einer Subkutannadel) während des Q13s durchlaufen und dokumentiert werden. Der Scheinerwerb gelingt durch das Erfüllen der einzelnen Bausteine.

Keine Prüfung (B6). Ein Lehrverantwortlicher spricht sich hingegen für den vollständigen Verzicht von Prüfungen aus. Alle wesentlichen Inhalte seien bereits in den Prüfungen anderer Fächer enthalten. Er fordert den Schwerpunkt auf die Profilbildung der Studierenden zu legen, in dem man durch Patientenkontakt und direktes Feedback die Weiterentwicklung der Arztpersönlichkeit fördert.

„Grundhaltung oder das Grundziel - die Haltung gegenüber palliativen Fragestellungen, die ich brauche als Arzt, um selber für mich damit klar zu kommen und auch den Patienten gut zu versorgen, das lässt sich nicht überprüfen.“ 12OS

5.2.2 K2: Hinderliche Faktoren im Implementierungsprozess

Für die „hinderlichen Faktoren“ (K2, Tabelle 6) ergeben sich vier Unterkategorien. Neben einer mangelnden fakultätsinternen Anerkennung (A1), starren Strukturen eines ausgelasteten Studiums (A2) und mangelnden Erfahrungen mit medizinischer Lehre (A3) wird als das größte Hindernis ein Mangel an zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen (A4) genannt.

Tabelle 6: Kategoriengerüst MaxQDA – K2: Hinderliche Faktoren

K2: Hinderliche Faktoren			
Unterkategorien			
A1	Mangelnde fakultätsinterne Anerkennung	B1	Dekanat
		B2	Kollegen anderer Disziplinen
		B3	Studierende
A2	Starre Struktur eines ausgelasteten Studiums		
A3	Mangelnde Erfahrungen		
A4	Mangelnde Ressourcen	B1	Finanziell
		B2	Zeitlich
		B3	Personell

A1: Mangelnde fakultätsinterne Anerkennung

Insbesondere zu Beginn des Implementierungsprozesses habe es an einigen Standorten unzureichende Wertschätzung und Unterstützung seitens des Dekanats und der Kollegen anderer Fachbereiche gegeben. Auch ein Teil der Studierenden stehe dem jungen Fachbereich skeptisch gegenüber.

„Auch viele meiner Kollegen wissen nicht so genau Bescheid auf der Anästhesie, was wir eigentlich auf der Palliativstation genau machen.“ 18ER

Dekanat (B1). Da das Dekanat der Dreh- und Angelpunkt für die Ressourcenvergabe sei, werde der Implementierungsprozess bei mangelnder Berücksichtigung, beispielsweise bei der Vergabe von Lehrkontingenten, erheblich erschwert. Die fehlende Unterstützung äußere sich zudem in der Vergabe von Randzeiten (frühmorgens, spätnachmittags) für Vorlesungen und Seminare. Da diese Termine bei den Studierenden unbeliebt seien, würden die Veranstaltungen häufig nur gering besucht. Auch eine Platzierung im letzten Semester vor dem Staatsexamen erschwere die Lehre, da Studierende zu dem Zeitpunkt in der Regel ohnehin stark ausgelastet seien. Entsprechend mangle es an Zeit und Energie, für eine ernsthafte Auseinandersetzung und Reflexion der palliativmedizinischen Fragestellungen.

„Innere, Chirurgie, das sind Fächer in die er Geld reinsteckt, weil da müssen die Studenten eine gute Performance haben. Aber die Palliativmedizin ist so klein und unwichtig [...] er hat es als Störfaktor erlebt“ 26RG

Kollegen anderer Disziplinen (B2). Auch die fächerübergreifende Zusammenarbeit habe sich an einigen Standorten schwierig gestaltet. Insbesondere zu Beginn des Implementierungsprozesses seien einige Befragte auf mangelnde Kooperationsbereitschaft von Kollegen anderer Disziplinen gestoßen. Die ‚stundenneutrale Umsetzung‘ konnte jedoch nur gelingen, wenn andere Fachbereiche bereit waren Unterrichtskontingente abzutreten.

Bei mangelnder Kooperationsbereitschaft sei dieser Prozess erheblich verzögert worden, da wiederholte Anfragen und zeitaufwendige Dialoge notwendig waren.

„der Kontakt mit anderen Ordinarien auf 'ner ganz anderen Ebene, auf 'ner ganz anderen Schieflage“ 13OG

Studierende (B3). Ein Teil der Studierenden stehe palliativmedizinischen Inhalten skeptisch oder desinteressiert gegenüber. Diese wollten faktische Inhalte, welche schnell auswendig zu lernen sind. Der Versuch, diese Studierendengruppe für das Erlernen empathischer Kommunikationsweisen oder das Reflektieren ethischer Themen zu begeistern, stoße häufig auf Unverständnis und Ablehnung. Allerdings sei es außerordentlich wichtig auch diese Gruppe zu erreichen, da sie ohne ein gewisses Maß an Selbstreflexion im späteren Patientenkontakt großen Schaden anrichten könne.

„Die werden Arzt damit – The only way to heal is with cold steel – also die wollen reinstechen und aufschneiden.“ 23OH

A2: Starre Strukturen eines ausgelasteten Studiums

Eine weitere Hürde stellt für viele der Lehrbeauftragten die starre Struktur eines Medizinstudiums dar, welches inhaltlich bereits ausgelastet und überladen sei. Die Lehrkoordinatoren geben an, dass sich fächerübergreifend über unzureichende zeitliche Kontingente und personelle Überlastung beklagt wird. Das Resultat sei mangelnde Flexibilität, sodass insbesondere die longitudinale Implementierung erschwert werde.

„deswegen ist es strukturell schon fast undenkbar, etwas über mehr als ein Semester zu erstrecken.“ 18ER

A3: Mangelnde Erfahrung

Insbesondere zu Beginn der Einführung habe mangelnde Erfahrung mit Lehre und Lehrorganisation die Implementierung des Q13 erschwert. Neben den Richtlinien der DGP, habe es wenige Orientierungsmöglichkeiten zur inhaltlichen und personellen Ausgestaltung gegeben.

A4: Mangelnde Ressourcen

Konsens besteht darüber, dass mangelnde finanzielle, personelle und zeitliche Mittel die Kernschwierigkeiten für den Implementierungsprozess darstellen. Die Folge sei, dass eine deutliche Diskrepanz zwischen den Vorstellungen zu geeigneten Lehr- und Prüfungskonzepten und dem tatsächlich Realisierten bestehe. Erschwerend komme hinzu, dass in den letzten Jahren die Ansprüche seitens der Studierenden, Kollegen und Vorgesetzten gestiegen seien. Die Hochschulen stünden untereinander in permanentem Wettbewerb,

welches den Druck auf die Lehrenden zusätzlich erhöhe. Das Konkurrenzerleben schüre Misstrauen und behindere die fakultätsübergreifende Zusammenarbeit. Ein Großteil der Lehrbeauftragten stoße daraufhin häufig an ihre Leistungs- und Kapazitätsgrenzen.

„ich bezeichne es mal, der immanente Größenwahn der akademischen Position. Wer als Arzt oder leitender Arzt an einer Uniklinik arbeitet, muss gleichzeitig vier Dinge mindestens sein – ein extrem guter Kliniker, ein ambitionierter Lehrer, ein überdurchschnittlich guter Wissenschaftler und ein hochqualifizierter Manager.“
24UZ

Finanziell (B1). Universitätskliniken unterlägen einem hohen ökonomischen Druck und viele Hochschulen seien deutlich verschuldet. Klinik, Forschung und Lehre aller Fachbereiche mit ausreichenden finanziellen Mitteln zu versorgen, stelle das Dekanat somit vor eine große Herausforderung. In dem kompetitiven Klima sei es für einen jungen und kleinen Fachbereich wie den Q13 besonders schwierig ausreichend berücksichtigt zu werden. Beispielsweise fehle es an Geld für Sachmittel sowie die Vergütung von Dozenten und Schauspielpatienten.

„Realität ist eben häufig die, das auch der Dekan mit Hemd ohne Taschen, sprich ohne der Möglichkeit, was anzubieten, dasteht, und versuchen muss, das Beste draus zu machen – die Quadratur des Kreises hinzubekommen“ 24UZ

Zeitlich (B2). Auf verschiedenen Ebenen fehle es darüber hinaus an Zeit. Sowohl Dozenten als auch Studierende seien hochausgelastet, sodass es schwierig sei gemeinsame Termine, beispielsweise für Praxiseinblicke, zu koordinieren. Auch innerhalb der Seminare brauche es mehr Raum für interaktive Auseinandersetzungen. Es brauche ausreichend Zeit, um Erfahrungen zu reflektieren und komplexe klinische Fälle zu diskutieren. Darüber hinaus fehle Zeit, um Unterricht und Klausuren ausreichend vor- und nachzubereiten und neue Lehr- und Prüfungsformen zu entwickeln. Besonders strapazierend wird die modulare Lehre empfunden, welche die Fächer gestaucht in Blöcken und entsprechend hoher Intensität unterrichtet. Ein Befragter beschreibt, dass er eine dringend notwendige Überarbeitung der Klausur seit Monaten vor sich herschiebt, da er die erforderliche Zeit nicht aufbringen könne. Auch der Besuch von Dozentenworkshops sei häufig aufgrund terminlicher Überschneidungen nicht realisierbar.

Personell (B3). An vielen Standorten mangle es an Personal um Kleingruppenunterricht und Patientenkontakt zu betreuen und so flächendeckend anbieten zu können. Aufgrund der geringen Bettenzahlen stehe den Stationen häufig nur ein Stationsarzt zur Verfügung, der die Lehre neben der Patientenversorgung koordinieren muss. Im Zweifel gehe die Stationsarbeit, beispielsweise das Angehörigengespräch, vor, sodass insbesondere Vor- und

Nachbereitung der Lehre darunter litten und häufig an Feierabenden und freien Tagen geschehen würden.

5.2.3 K3: Förderliche Faktoren im Implementierungsprozess

Für die förderlichen Faktoren (K3, Tabelle 7) können fünf Hauptbereiche identifiziert werden. Hilfreich im Implementierungsprozess sind aus Sicht der befragten Experten Anerkennung und Unterstützung (A1), Zusammenarbeit von Dekanat und Kollegen (A2), extracurriculares Engagement (A3) und die Finanzierung über Drittmittel (A4). Darüber hinaus gilt es als förderlich, wenn der Implementierungsprozess in den Zeitraum größerer curricularer Umstrukturierungen (z.B. Umstellung auf Modellstudiengang) fällt (A5).

Tabelle 7: Kategoriengerüst MaxQDA – K3: Förderliche Faktoren

K3: Förderliche Faktoren	
Unterkategorien	
A1	Anerkennung und Unterstützung
	B1 Einführung als Pflichtfach B2 Studentisches Interesse B3 Wachsende gesellschaftliche Anerkennung B4 Dekanat
A2	Zusammenarbeit – Interdisziplinär, multiprofessionell, fakultätsübergreifend
A3	Extracurriculares Engagement
	B1 Studierende B2 Lehrende B3 Ehrenamtliche
A4	Drittmittel (Spenden, Förderfonds)
A5	Grundlegende Umstrukturierungsprozesse

A1: Anerkennung

Einführung als Pflichtfach (B1). Wegbereiter für den Implementierungsprozess sei die im Jahr 2009 erfolgte Einführung von Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach gewesen. Durch diesen Schritt habe der Fachbereich an akademischer Bedeutung gewonnen, was die Durchsetzung eigener Interessen in der innerfakultären Zusammenarbeit erleichtert habe.

Studentisches Interesse (B2). In der Regel zeigten Studierende ein hohes Interesse an Palliativmedizin. Wahlfächer seien frühzeitig ausgebucht, und es bestehe die Bereitschaft auch zu ungünstigen Zeitpunkten, spätnachmittags oder an Wochenenden, Veranstaltungen zu besuchen. Die positiven Rückmeldungen motivierten die Dozenten und verbesserten das Standing des jungen Fachs innerhalb der Fakultäten.

Wachsende gesellschaftliche Anerkennung (B3). Auch innerhalb der Gesellschaft wachse die Kenntnis über Palliativmedizin, sodass die Skepsis gegenüber dem Fachbereich abnehme. Ein Teil der Befragten findet es beachtenswert, welche Akzeptanz und Anerkennung das Fach in kurzer Zeit bereits erlangt hat.

Unterstützung durch das Dekanat (B4). Eine kooperative und innovationsbereite Unterstützung durch das Dekanat stellt an einigen Standorten eine wichtige Ressource für den Implementierungsprozess dar. Wertvoll seien finanzielle Mittel, welche für die Anstellung einer Verwaltungskraft oder den Einsatz von Schauspielpatienten genutzt werden können. Auch die ausreichende Berücksichtigung bei der Vergabe zeitlicher Ressourcen erleichtere die Lehre.

A2: Zusammenarbeit – Interdisziplinär, multiprofessionell, fakultätsübergreifend

Als wesentliches Moment, um trotz knapper Ressourcen die Entwicklung der Lehre voranzubringen, wird Teamarbeit gesehen. Eine gelungene Verteilung der Lehraufgaben auf die Schultern verschiedener Disziplinen und Professionen schaffe Raum, um gemeinsam die Entwicklung von Lehr- und Prüfungskonzepten voranzutreiben.

Eine wertvolle Grundlage sei durch eine gute Integration des Lehrkoordinators innerhalb seiner Fakultät geschaffen. Diese sei hilfreich, um erfolgreich für zeitliche Kontingente sowie finanzielle und personelle Unterstützung werben zu können.

Auch enge fakultätsübergreifende Vernetzung bilde ein Fundament für fruchtbaren Erfahrungs- und Gedankenaustausch. Durch eine enge Zusammenarbeit könnten Lehr- und Prüfungskonzepte gemeinsam erarbeitet und die Wiederholung von Fehlern vermieden werden. Wichtige Vernetzungsorte stellen aus Sicht der Beauftragten palliativmedizinische Weiterbildungen oder Dozentenworkshops dar.

Darüber hinaus soll ein gemeinsamer Pool an Lehr- und Prüfungsmaterialien (Lehrfilme, E-Learning Module, Präsentationen, Multiple-Choice-Fragen) entstehen. Zunächst müssten an den Fakultäten jedoch einheitlichere Standards struktureller und personeller Ausgestaltung geschaffen werden.

„Ja, die allererste Idee ist, dass wir in der Palliative Care Lehre in Deutschland den Wert von gegenseitigem Vertrauen und gegenseitiger Kooperation besser erkennen müssen, dieser banaler Spruch – gemeinsam sind wir stärker - hat hier für mich 'ne Relevanz.“ 24UZ

A3: Extracurriculares Engagement

Studierende (B1). Die Befragten haben Studierende als eine wesentliche Triebkraft für die Forderung nach einem eigenen Lehr- und Prüfungsfach Palliativmedizin wahrgenommen. Fachschaften und die bvmd (Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.) hätten dazu beigetragen, dem Anliegen auf bundespolitischer Ebene Gehör zu verschaffen. Auch Wahlfächer, studentische Tutorien und selbstorganisierter Patientenkontakt entstünden häufig aus studentischer Initiative. An manchen Standorten seien Studierende darüber hinaus in die Entwicklung von Curricula involviert. Eine Fakultät

bietet Studierenden darüber hinaus die Möglichkeit, sich als ehrenamtliche Mitarbeiter befähigen zu lassen. Dies kann als Teilleistung für den Q13 angerechnet werden.

„Wir sind sofort auf offene Ohren gestoßen und auch auf großes Interesse, es wurde von Studenten mitgetragen.“ 17IS

Lehrende (B2). Nach dem Eindruck der Befragten verrichten die Dozenten einen Großteil ihrer Lehrtätigkeit unentgeltlich. Vor- und Nachbereitung würden häufig nach Feierabend oder an Wochenenden erfolgen.

„sie braucht vor allem Rollenmodell bildende Lehrende, die mit sehr viel Engagement und dadurch natürlich eben auch mit einem gewissen Anteil an pro bono ehrenamtlichem Engagement tätig sind.“ 24UZ

Ehrenamtliche (B3). Ehrenamtliches Engagement wird fakultätsübergreifend als eine der Hauptressourcen für das Gelingen der Lehre wahrgenommen. Externe Mitwirkende arbeiteten häufig ohne Vergütung und Aufwandsentschädigung. An vielen Standorten gelinge es nur durch ihre Mithilfe, den Q13 auf dem heutigen Niveau zu unterrichten.

„Menschen. Das ist die Hauptressource.“ 11AE

A3: Drittmittel

Der Einsatz von guten Dozenten, Schauspielpatienten und technischer Ausrüstung sei an vielen Fakultäten nur durch externe Finanzierung möglich. Fördervereine der Palliativstationen, Fördergelder auf Länderebene sowie universitäre Lehrförderfonds seien wichtige Geldgeber. Ein Lehrbeauftragter diskutiert darüber hinaus, ob auch ein Sponsoring aus der Wirtschaft eine Möglichkeit ist, um die ausreichende Finanzierung der Lehre zu sichern.

A4: Grundlegende Umstrukturierungsprozesse

Grundlegende Umstrukturierungsprozesse (Umstellung auf Modellstudiengang) haben aus Sicht der Befragten die Integration des Q13 an einigen Standorten erheblich erleichtert. Die Umstellungen schufen ausreichend Flexibilität und Freiraum, um den Fachbereich semesterübergreifend zu integrieren.

5.2.4 Zusammenfassung einflussnehmender Faktoren

Betrachtet man abschließend die Kategorien der hinderlichen (K2) und förderlichen Faktoren (K3), lassen sie sich inhaltlich den folgenden fünf Hauptfaktoren zuordnen (Tabelle 8). Für eine bessere Übersicht wird der entsprechende Abschnitt im Diskussionsteil (6.3.3) entlang dieser Hauptfaktoren gegliedert.

Tabelle 8: Zusammenfassung einflussnehmender Faktoren

Hauptfaktor	Zugeordnete Kategorie
a. Anerkennung und Unterstützung	K2-A1: Mangelnde fakultätsinterne Anerkennung K3-A1: Anerkennung und Unterstützung
b. Zusammenarbeit	K3-A2: Zusammenarbeit
c. Flexibilität und Auslastung des Medizinstudiums	K2-A2: Starre Struktur und Auslastung des Studiums K3-A5: Grundlegende Umstrukturierungsprozesse
d. Erfahrungen	K2-A3: Mangelnde Erfahrungen
e. Personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen	K2-A4: Mangelnde Ressourcen K3-A3: Extracurriculares Engagement K3-A4: Drittmittel

A2: Möglichkeiten zur Standardisierung

Curriculum (B3) – Ambivalenz (C1). Einem bundeseinheitlichen Curriculum stehen die Lehrverantwortlichen gespalten gegenüber. Die Verständigung auf gemeinsame Lernziele sei zwar sinnvoll, jedoch werde die flächendeckende Umsetzung häufig durch strukturelle Unterschiede erschwert. Um sich an lokale Voraussetzungen anzupassen, brauche es ausreichenden gestalterischen Freiraum.

Pro (C2). Ein Curriculum wird als wichtige Orientierungshilfe und wertvolle Argumentationsgrundlage für das Einfordern von Lehrressourcen eingeschätzt. Es wird angenommen, dass sich durch die Einigung auf einheitliche Lehrziele auch die Rahmenbedingungen unter den Fakultäten angleichen. Die Hoffnung besteht, dass so flächendeckend eine verbesserte Ausbildungsqualität erreicht wird. Zudem würde den Studierenden ein möglicher Fakultätswechsel erleichtert und sichergestellt, dass deutschlandweit eine vergleichbare Vorbereitung auf das Staatsexamen erfolgt. Auch würde die interfakultäre Zusammenarbeit erleichtert, sodass wertvolle Ressourcen für die Lehr- und Prüfungsentwicklung gebündelt werden könnten.

Contra (C3). Das Hauptargument gegen ein bundeseinheitliches Curriculum ist die mangelnde Umsetzbarkeit bei starker Heterogenität der Standorte. Insbesondere eine methodische Vereinheitlichung sei unter den ungleichen Voraussetzungen nicht sinnvoll. Man brauche ausreichend Flexibilität um sich an lokale Rahmenbedingungen anzupassen. Bereits die grundlegenden Richtlinien der DGP seien an einigen Standorten aufgrund Ressourcenmangels nicht umsetzbar. Auch spielten Fachrichtung und Vernetzung des Lehrkoordinators eine entscheidende Rolle für die Lehrorganisation. Ein hauptberuflicher Palliativmediziner mit universitärer Palliativstation habe andere Ressourcen und einen anderen Schwerpunkt als ein Anästhesist, Neurologe oder Allgemeinmediziner.

„Weil die eher sehr heterogen sind, in der Manpower im Engagement und im Know-how. Deswegen wäre ein einheitliches Curriculum, denk ich, ein großes Hindernis.“ 12OS

Darüber hinaus herrscht grundlegender Zweifel, ob die Lehrqualität wirklich verbessert würde. Es wird im Gegenteil befürchtet, dass der Verlust von Freiraum und der Möglichkeit zur eigenen Schwerpunktsetzung das Engagement der Lehrkräfte mindert. Eine Identifikation mit dem Produkt wird als ausgesprochen wichtig wahrgenommen, um ausreichende Motivation für gute Lehre aufbringen zu können.

Auch bei den Skeptikern besteht jedoch das Bewusstsein, dass ein gewisses Maß an Reglementierung und Strukturierung durch politische oder sich selbst verwaltende Organe und entsprechende Leitlinien (DGP, Fachreferate, Lehrstuhlinhaber, Nationaler

Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)) wichtig ist, um die Vergleichbarkeit unter den Fakultäten herzustellen.

Konkrete Ausgestaltung (C4). Einen denkbaren Konsens stellt für viele ein Kerncurriculum dar, welches die gemeinsamen Lernziele formuliert, jedoch Freiraum zur individuellen Ausgestaltung lässt. Enthalten sein sollten die wesentlichen Inhalte sowie Lehr-, Prüfungs- und Evaluationsmethoden. Aus diesem Pool sollte man auswählen können, um die Lehre flexibel an standortspezifische Charakteristika anzupassen.

„Standardcurriculum ja, mit kleiner Möglichkeit, individuell abweichen zu können.

Es ein bisschen an die eigenen Bedürfnisse anpassen zu können.“ 26RG

Eine wertvolle Basis wird in dem bestehenden Gegenstandskatalog der DGP gesehen. Die Überarbeitung und Weiterentwicklung der dort genannten Lernziele und die regelmäßige Anpassung an neue Erkenntnisse wäre für einen großen Teil der Befragten ausreichend.

Zusammenarbeit (B2). Die fakultätsübergreifende Vernetzung ermöglicht für die Lehrbeauftragten neben Inspiration und Erfahrungsaustausch auch eine gegenseitige Kontrolle und die Möglichkeit zu konstruktiver Kritik. Voraussetzung sei jedoch, dass Unterschiede in den Rahmenbedingungen der einzelnen Fakultäten zunehmend angeglichen werden.

A3: Evaluation des Lehrerfolgs

Valides Prüfungsformat (B1). Der Einsatz eines Prüfungsformates, welches palliativmedizinische Kompetenzen valide erfasst, wird als eine Möglichkeit gesehen, den Lehrerfolg zu sichern.

„Assessment Drives Learning“ 09AR

Testverfahren für langfristigen Nutzen (B2). Einige der Befragten sind der Auffassung, dass der Lerneffekt als Indikator für die Lehrqualität nur anhand einer Langzeitstudie gemessen werden kann. Sie fordern zum Beispiel einen ‚Palliative Care Progress Test‘ drei bis fünf Jahre nach Studienabschluss, um den Effekt universitärer Ausbildung auf das spätere ärztliche Arbeiten beurteilen zu können.

Lehrevaluation durch Studierende (B3). Ein Großteil der Lehrbeauftragten findet, dass die Lehrevaluation durch Studierende eine wichtige Rückmeldung über die Qualität der Lehre gibt. Die geäußerten Kritiken und Anregungen gäben wichtige Impulse zur Verbesserung.

Ein Standort hinterfragt jedoch, ob die studentische Evaluation tatsächlich ein valides Messinstrument für den Wissenszuwachs darstellt. Es wird befürchtet, dass Studierende eine tatsächlich stattgefundene Konfrontation und Auseinandersetzung mit

palliativmedizinischen Inhalten als anstrengend empfinden und entsprechend negativ bewerten.

„Sie können Scheißunterricht machen und ihn so gestalten, dass alle Studierenden sagen, war das toll. Das geht. Und sie können einen tollen Unterricht machen, wo sie die These aufbauen können [...], dass das ne Auswirkung haben wird, auf das was die Studierenden später machen, und das wird schlecht bewertet.“ 09AR

5.3 Der Vergleich von Ausgestaltung der Lehre (K1) mit aktuellen Strukturdaten

In Tabelle 10 werden die Ergebnisse der Kategorie Ausgestaltung der Lehre (K1) aktuellen Strukturdaten gegenübergestellt (Strukturdatenerhebung 2015 (Tabelle 4); Q13-Prüfungsumfrage). Während ein Teil der Kategorien eine hohe Übereinstimmung aufweist, sind in anderen Abschnitten deutliche Diskrepanzen zu erkennen. Zu beachten ist, dass die Tabelle nur einer orientierenden Gegenüberstellung dient, statistisch signifikante Aussagen sind ihr nicht zu entnehmen (siehe Diskussionsteil 6.2).

An den meisten Fakultäten sind die Etablierung universitärer Palliativstationen (87,5%), eines multiprofessionellen (≥ 3 Berufsgruppen) (70,8%) sowie interdisziplinären (≥ 3 ärztliche Fachbereiche) (88,2%) Dozententeams und der Einsatz von Seminaren (79,2%) realisiert.

Deutliche Diskrepanzen lassen sich in der Kategorie „Eigene Professur“ (29,2%), lehrmethodisch beim Einsatz von E-Learning (25,0%) und Fallbeispielen (29,2%) (anhand von POL gemessen) sowie bei den Prüfungsformaten erkennen. Letztere Kategorie weist die stärkste Diskrepanz auf – die unter den Experten als besonders geeignet geltenden Prüfungsformate, werden nur an 11,8% (Essays), 2,9% (OSCE) bzw. 0% (Mündliche Prüfungen) der Fakultäten eingesetzt.

Zusätzlich erfolgt die Gegenüberstellung von Fakultäten, deren Lehrkoordinatoren „eher zufrieden“ oder „eher unzufrieden“ mit dem Implementierungsprozess sind. Die Daten wurden im Rahmen der Strukturdatenerhebung 2015 (Tabelle 4) erhoben. Wurde die Frage nach der Zufriedenheit mit null, eins, zwei oder drei angekreuzt wird die entsprechende Fakultät der Gruppe „eher unzufrieden“ zugeordnet. Wurde eine acht, neun oder zehn angekreuzt, wird die Fakultät in der Gruppe „eher zufrieden“ aufgeführt. Der *Cut-Off* erfolgte bei den Werten drei bzw. acht, um die Unterschiede zu verdeutlichen. Da in der Q13-Prüfungsumfrage der Wert zur Gesamtzufriedenheit nicht erhoben wurde, konnten dort nur die Fakultäten verglichen werden, welche ebenfalls Teilnehmer der Strukturdatenerhebung waren (*kursiv*).

Es zeigt sich, dass Fakultäten, deren Lehrkoordinatoren „eher zufrieden“ mit dem Implementierungsprozess sind, durchschnittlich eine höhere Übereinstimmung zwischen Ist-Zustand und Idealvorstellung vorweisen (52,4%) als die Standorte, an denen die Befragten „eher unzufrieden“ waren (41,6%). Eine Ausnahme bilden jedoch die Kategorien Multiprofessionalität und Interdisziplinarität. Die „Zufriedeneren“ arbeiten nur zu 57,1% (≥ 3 Professionen) bzw. 42,9% (≥ 4 Professionen) multiprofessionell, während dies zu 75% (≥ 3 und ≥ 4) bei den „Unzufriedenen“ der Fall ist. Bei der Interdisziplinarität lässt sich der gleiche Trend beobachten. Bei den „Zufriedeneren“ sind nur 42,9% der Fakultäten mit ≥ 4 Fachrichtungen aufgestellt, bei den „Unzufriedeneren“ sind dies 75%.

Tabelle 10: Vergleich von „Ausgestaltung der Lehre“ (K1) mit aktuellen Strukturdaten

Idealvorstellung		Ist-Zustand					
Experteninterviews		Strukturdaten- erhebung 2015 [%] n=24			Q13-Prüfungs- umfrage* [%] n=34		
Entsprechende Kategorie aus Strukturdatenerhebung bzw. Q13-Prüfungsumfrage*		Fakultäten sind		Fakultäten sind			
		n=7	n=4	n=7	n=4		
		eher zufrieden ¹	eher unzufrieden ²	eher zufrieden ¹	eher unzufrieden ²		
K1: Ausgestaltung der Lehre							
A1: Strukturell							
B1: Fest etabliert, als...	C1: Universitäre Palliativstation	87,5	100	75,0			
	C2: Abteilung	54,2	57,1	25,0			
	C3: Lehrstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C4: Professur	29,2	42,9	0,0			
	C5: Forschungseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2: Longitudinal verankert	> 1 Semester				35,3	71,4	75,0
B3: Kombination von Pflichtteil + Wahlangeboten	Wahlfach	54,2	57,1	50,0			
A2: Personell							
B1: Multiprofessionell (nicht-ärztlich)	≥ 3 Professionen	70,8	57,1	75,0			
	≥ 4 Professionen	54,2	42,9	75,0			
B2: Interdisziplinär (ärztlich)	≥ 3 Disziplinen				88,2	100	100
	≥ 4 Disziplinen				58,8	42,9	75,0
B3: Dozenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4: Lehrformate							
Kombination verschiedener Lehrformate	≥ 2 Lehrformate	87,5	100	75,0			
	≥ 3 Lehrformate	54,2	42,9	25,0			
B1: Vorlesungen		87,5	85,7	100			
B2: Seminare/Kleingruppen		79,2	71,4	75,0			
B3: Patientenkontakt	UaK oder Blockpraktikum	66,7	85,7	25,0			
A5: Lehrmethoden							
B1: Fallbeispiele	POL	29,2	57,1	25,0			
B2: Schauspielpatienten		41,7	42,9	25,0			
B3: Videos		50,0	57,1	75,0			
B4: E-Learning		25,0	14,3	0,0			
A6: Prüfungsformate							
Nicht-MC-Prüfung	≥ 1 Nicht-MC-Prüfung eingesetzt				29,4	28,6	0,0
B1: Multiple Choice					94,1	85,7	100
B2: OSCE					2,9	0,0	0,0
B3: Essays					11,8	28,6	0,0
B4: Mündlich-Praktisch					0,0	0,0	0,0
Mittelwert der jeweiligen Gruppe:		58,1	61,0	48,3	32,3	44,7	43,7
Mittelwert aller:		48,1		52,4		41,6	

*(Seidemann et al. 2015)

¹ Antworten 10 – 8 auf Frage nach Gesamtzufriedenheit mit Implementierungsprozess [Skala: 10 sehr zufrieden – 1 nicht zufrieden]² Antworten 3 – 0 auf Frage nach Gesamtzufriedenheit mit Implementierungsprozess keine Daten vorhanden

5.4 Hinderliche (K2) und förderliche (K3) Faktoren und ihr Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Implementierungsprozess

Tabelle 11 gibt eine Übersicht über die hinderlichen (K2) und förderlichen (K3) Faktoren. Darüber hinaus wird aufgezeigt, ob die Faktoren an den Standorten mit den höchsten Gesamtzufriedenheiten (Werte zwischen acht und zehn in der Strukturdatenerhebung 2015 (Tabelle 4)) bzw. den niedrigsten Gesamtzufriedenheiten (Werte zwischen null und drei) genannt wurden.

Innerhalb der hinderlichen Faktoren (K2) zeigt sich, dass mangelnde Ressourcen (K2-A4) an Fakultäten mit hoher Unzufriedenheit das am häufigsten genannte Hindernis darstellen, während der Faktor an Standorten mit hoher Gesamtzufriedenheit nur vereinzelt genannt wird. Die weiteren hinderlichen Faktoren (K2-A1 – K2-A3) weisen hingegen bei beiden Gruppen eine ähnliche Relevanz auf.

Innerhalb der förderlichen Faktoren (K3) bestehen die größten Differenzen in den Kategorien Anerkennung und Unterstützung vom Dekanat (K3-A1-B4), Teamarbeit (K3-A2) und ehrenamtlichem Engagement (K3-A3-B3). Ausschließlich die Gruppe „Zufriedener“ nannte Unterstützung durch das Dekanat als förderlichen Faktor. Hingegen werden Teamarbeit und ehrenamtliches Engagement nur an den Fakultäten genannt, an welchen die Befragten unzufrieden mit dem Implementierungsprozess sind.

Tabelle 11: Hinderliche und förderliche Faktoren und ihr Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Implementierungsprozess

		Zufriedenheit mit Implementierungsprozess 10 (sehr zufrieden) – 0 (nicht zufrieden)* n=15										Differenz [%]		
		Fakultäten Pseudonymisiert												
		23OH	01SD	18ER	09AR	24UZ	%	17IS	26RG	25AS	%			
K2: Hinderliche Faktoren														
A1: Mangelnde fakultätsinterne Anerkennung	B1: Dekanat						40						33	7
	B2: Kollegen anderer Disziplinen						0						0	0
	B3: Studierende						20						0	20
A2: Starre Struktur eines ausgelastetes Studiums							60						67	7
A3: Mangelnde Erfahrungen							20						0	20
A4: Mangelnde Ressourcen	B1: Finanziell						0						67	67
	B2: Zeitlich						0						100	100
	B3: Personell						40						100	60
K3: Förderliche Faktoren														
A1: Anerkennung und Unterstützung	B1: Einführung Pflichtfach						40						0	40
	B2: Studentisches Interesse						60						67	7
	B3: Gesellschaftlich						20						33	13
	B4: Dekanat						60						0	60
A2: Zusammenarbeit							0						100	100
A3: Extracurriculares Engagement	B1: Studierender						40						33	7
	B2: Lehrender						40						0	40
	B3: Ehrenamtlicher						0						67	67
A4: Drittmittel (Spenden, Förderfonds)							40						33	7
A5: Grundlegende Umstrukturierungsprozesse							40						0	40

0-19% 20-39% 40-59% 60-79% 80-100%
 0-19% 20-39% 40-59% 60-79% 80-100%
 relevant ausdrücklich nicht relevant nicht genannt
 *erhoben im Rahmen der Strukturdatenerhebung 2015

6 Diskussion

Im Rahmen der Diskussion werden die erhobenen Ergebnisse in Bezug auf die gestellten Forschungsfragen diskutiert. Zunächst wird eine Kurzzusammenfassung der Ergebnisse präsentiert (6.1). Anschließend erfolgt die kritische Auseinandersetzung mit den eingesetzten Methoden (6.2) und erhobenen Ergebnissen (6.3).

6.1 Ergebnisüberblick

Um Palliativmedizin umfassend in der Lehre abbilden zu können, muss sich, nach Ansicht der befragten Experten, der integrale Charakter des Fachgebiets in der strukturellen (K1-A1, Tabelle 5), personellen (K1-A2), inhaltlichen (K1-A3) und methodischen (K1-A4 – K1-A6) Ausgestaltung des Q13 wiederfinden. Für einen Teil der Kategorien besteht eine hohe Übereinstimmung zwischen Idealvorstellung und Realität. So sind Palliativstationen (K1-A1-B1-C1) an fast allen Standorten vorhanden und auch die Dozententeams sind in der Regel multiprofessionell (K1-A2-B1) und interdisziplinär (K1-A2-B2) aufgestellt (Tabelle 10). Diskrepanzen bestehen jedoch in der Anzahl an Professuren (K1-A1-B1-C4), einer mangelnden longitudinalen Verankerung (K1-A1-B2) und bei den eingesetzten Prüfungsformaten (K1-A6).

Die Ursachen für bestehende Defizite lassen sich fünf Hauptfaktoren zuordnen (Tabelle 8): Das Ausmaß an Anerkennung und Unterstützung (a.), Zusammenarbeit (b.), Flexibilität und Auslastung des Medizinstudiums (c.), Erfahrungen (d.) sowie personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen (e.).

Zusätzlich wurden Möglichkeiten zur Qualitätssicherung palliativmedizinischer Lehre (K4, Tabelle 9) extrahiert. Diese lassen sich drei Hauptkategorien zuordnen: Grundvoraussetzungen (K4-A1) um qualitativ hochwertige Lehre anbieten zu können, Möglichkeiten zur Standardisierung (K4-A2) und Evaluationsmöglichkeiten (K4-A3).

6.2 Stärken und Schwächen der Untersuchung

Befragt wurden ausschließlich die Lehrkoordinatoren des Q13. Da diese die Schlüsselstellen für den Implementierungsprozess des Q13 besetzen, ist davon auszugehen, dass mit dieser Forschungsarbeit wesentliche Charakteristika palliativmedizinischer Lehre herausgearbeitet werden konnten. Da eine Sättigung der Ergebnisse erreicht wurde, ist zudem anzunehmen, dass die Ergebnisse für die Gruppe der Lehrbeauftragten in Deutschland generalisierbar sind. Jedoch wurden Erfahrungen, Meinungen und Bewertungen anderer Perspektiven (z.B. Medizinstudierender, Dekanat, Lehrpersonal) nicht berücksichtigt. Forschungsprojekte unter

Einbezug auch dieser Gruppen bieten sinnvolle Anknüpfungspunkte, um ein noch umfassenderes Bild des Implementierungsprozesses zu erhalten.

Die Auswertung erfolgte qualitativ nach Meuser und Nagel. Objektivierbarkeit und Präzision qualitativer Auswertungsmethoden sind ein häufig diskutiertes Thema (Long und Johnson 2000; Davies und Dodd 2002). Um Konsistenz und Validität der Aussagen zu sichern, beinhaltet der Auswertungsprozess nach Meuser und Nagel eine konstante Revision von Kategorien und Inhalten (Garz und Kraimer 1991). Darüber hinaus unterlag der Auswertungsprozess dieser Forschungsarbeit der Supervision der Forschungswerkstatt für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen. In regelmäßigen Abständen wurden die Zwischenergebnisse präsentiert und diskutiert, sodass eine zusätzliche Revision des Auswertungsprozesses erfolgte.

Durch die Gegenüberstellung der Ergebnisse zur Ausgestaltung der Lehre (K1; Tabelle 5) mit den aktuellen Strukturdaten (Tabelle 10) entsteht ein Überblick über vorhandene Defizite. Jedoch sind derzeit nicht für jede Unterkategorie identische Werte aus aktuellen Strukturdaten vorhanden. Für den Großteil der Gestaltungsebenen wurde daraufhin auf Variablen mit möglichst hoher Entsprechung zurückgegriffen (Beispiel: „Multiprofessionalität“ (K1-A2-B1) \triangleq „Einsatz von ≥ 4 Professionen“). Für andere Kategorien fehlen allerdings entsprechende Daten. Beispielsweise in der Kategorie „longitudinale Integration“ (K1-A1-B2) konnte durch die Variable „> 1 Semester“ zwar ein erster Eindruck gewonnen werden, jedoch wären weitere Daten über die Anzahl der Semester und Art der Integration (in andere Module, Fachbereiche, etc.) wünschenswert, um ein umfassenderes Bild zu erhalten. Aktuelle Daten zu der Anzahl von Lehrstühlen (K1-A1-B1-C3), Forschungseinrichtungen (K1-A1-B1-C5) und Eigenschaften der Dozenten (K1-A2-B3) fehlen derzeit vollständig und sollten im Rahmen zukünftiger Strukturdatenerfassungen erhoben werden. Für die Kategorie „Inhaltliche Ausgestaltung“ (K1-A3) erschien die Gegenüberstellung nicht sinnvoll, da die Unterkategorien aus den Experteninterviews nicht mit den Einteilungen aus aktuellen Strukturdatenerhebungen übereinstimmen. Kritisch anzumerken ist, dass Werte zur Gesamtzufriedenheit nur bei den Teilnehmern der Strukturdatenerhebung vorhanden waren. Es ist zu beachten, dass die Werte sich bei Einbezug aller Q13-Prüfungsumfrageteilnehmer unterscheiden können. Die Werte sind somit als Orientierung einzuordnen und müssten bei Bedarf im Rahmen einer nächsten Lehrumfrage überprüft werden.

In Tabelle 11 wird der Zusammenhang zwischen förderlichen und hinderlichen Faktoren und der „Zufriedenheit mit dem Implementierungsprozess“ aufgezeigt. Wichtig ist anzumerken, dass die Zufriedenheit der Lehrkoordinatoren nicht identisch mit dem Lehrerfolg ist. Es ist lediglich eine Annahme, dass die Zufriedenheit der Hauptverantwortlichen des Q13 wesentlich vom Gelingen der Lehre abhängt. Auch handelt es sich ausschließlich um eine Übersichtstabelle, die Prozentangaben erlauben keine Aussagen zur statistischen

Signifikanz. Um weiteren Aufschluss über die Bedeutung der einzelnen Faktoren zu erhalten, sind weitere Studien wünschenswert. Denkbar ist eine Fragebogenerhebung, in welcher die extrahierten Faktoren aufgelistet und mit Bitte um Einschätzung der Relevanz (beispielsweise anhand einer Skala: 1 (sehr relevant) – bis 10 (nicht relevant)) an die Lehrkoordinatoren der medizinischen Fakultäten versendet werden. Die erhobenen Werte sollten dann mit Daten zum Lehrerfolg (siehe K4-A3: Evaluation des Lehrerfolgs) verglichen werden.

6.3 Diskussion der Ergebnisse

Die Diskussion der Ergebnisse ist entlang der vier Forschungsfragen gegliedert. Im Folgenden werden zunächst wichtige Aspekte der Ausgestaltung (6.3.1) sowie der Lehr- und Prüfungsmethodik (6.3.2) behandelt, um anschließend angesichts der einflussnehmenden Faktoren konkrete Realisierungswege gelungener palliativmedizinischer Lehre (6.3.3) zu diskutieren. Zusätzlich wird abschließend auf Möglichkeiten zur Qualitätssicherung (6.3.4) eingegangen.

6.3.1 Wichtige Aspekte der Ausgestaltung palliativmedizinischer Lehre

Innerhalb der Kategorie „Ausgestaltung der Lehre“ (K1, Tabelle 5) werden folgende Ergebnisse diskutiert: Die Bedeutung institutioneller Verankerung (K1-A1-B1), longitudinaler Integration (K1-A1-B2), multiprofessioneller (K1-A2-B1) und interdisziplinärer (K1-A2-B2) Dozententeams, des Rollenmodells bei der Dozentenwahl (K1-A2-B3) sowie Teilaspekte inhaltlicher Ausgestaltung (K1-A3).

Die Bedeutung institutioneller Verankerung

Bislang gibt es wenige Studien, die explizit den Zusammenhang zwischen Lehrerfolg und dem Vorhanden- beziehungsweise Nicht-Vorhandensein institutioneller Charakteristika herstellen. Ein Ergebnis dieser Forschungsarbeit ist, dass eine strukturelle Verankerung aus Sicht der Lehrverantwortlichen ein wichtiges Fundament für den Erfolg universitärer, palliativmedizinischer Lehre darstellt. Diese soll durch eigenständige Abteilungen / Kliniken und Palliativstationen sowie Professuren und Forschungsabteilungen etabliert werden.

Die in der Literatur vorhandenen Ansätze lassen darauf schließen, dass verschiedene Meinungen zu dem Thema bestehen. Es gibt durchaus Umfragen und Studien, die bestätigen, dass eine institutionelle Verankerung förderlich für die Entwicklung der Lehre ist (Oneschuk et al. 2004; Gibbins et al. 2009). Gleichzeitig zeigen Gibbins et al. in ihrer Expertenbefragung unter Lehrbeauftragten der Palliativmedizin in Großbritannien, dass die Implementierung gelungener Lehre auch durch eine gut vernetzte und engagierte

Führungskraft möglich ist und es nicht zwangsläufig einer eigenständigen Abteilung und Professur bedarf (Gibbins et al. 2009).

Die in der hier vorliegenden Studie befragten Experten betonen jedoch, dass von einer institutionellen Verankerung ein Symbolcharakter ausgeht, der einen deutlich positiven Effekt auf den Lehrerfolg hat. Werde Palliativmedizin als fest in die Universitätsmedizin integrierter Fachbereich vorgelebt, nähmen ihn auch Studierende als wesentlichen Bestandteil ärztlichen Handelns wahr und auf. Dieser Aspekt ist in Veröffentlichungen zur Bedeutung des „Rollenmodells“ im Medizinstudium wiederzufinden. Mehrere Autoren bestätigen, dass vorgelebte Rollenmodelle einen erheblichen Einfluss auf Medizinstudierende haben (Glicker und Merenstein 2007; Hirsh et al. 2007; Hauer et al. 2013; Benbassat 2014). Glicker und Merenstein betonen explizit, dass Studierende eher dazu neigen, beobachtete Verhaltensmuster zu übernehmen, als theoretisch gelernte Vorgaben (Glicker und Merenstein 2007). Auch wenn eine institutionelle Verankerung nicht explizit einem Rollenmodell entspricht, ist anzunehmen, dass die Instanz einer Professur oder die Selbstverständlichkeit universitärer Palliativstationen durchaus Eindruck und Einfluss auf Studierende ausüben.

Die Lehrkoordinatoren sind zudem der Ansicht, dass weitere Professuren und Forschungseinrichtungen die Wissensgenerierung in dem jungen Fachbereich wesentlich voranbringen wird. Die Anerkennung von Palliativmedizin würde so weiterhin gesteigert, was nach Auffassung der Befragten auch die Koordination des Q13 erleichtert. Ury et al. bestätigen in einer Bedarfsanalyse für Palliativmedizinische Lehre in den USA, dass Anerkennung und Implementierung des Fachbereichs unter dem Ruf mangelnder Wissenschaftlichkeit leiden (Ury et al. 2000). In einer Literaturstudie weisen Lloyd-Williams und MacLeod explizit auf Forschungsdefizite im Teilbereich Palliativmedizinische Lehre hin (Lloyd-Williams und Macleod 2004). Auch die Nationale Akademie der Wissenschaften (Leopoldina) betont in einer aktuellen Stellungnahme, dass erhebliche Defizite in der palliativmedizinischen Forschungsarbeit bestehen (Nationale Akademie der Wissenschaften 2015). Sie weist explizit daraufhin, dass eine qualitativ hochwertige Palliativversorgung ohne den Ausbau der Forschungsarbeit, auch im Bereich Aus- und Weiterbildung nicht möglich ist. Dieser Beobachtung folgend, sollten Forschungsabteilungen gefördert und weitere Professorenstellen etabliert werden.

Die Bedeutung longitudinaler Integration

Ein wesentliches Anliegen der Lehrkoordinatoren ist es, dass der Q13 longitudinal in das medizinische Curriculum integriert wird. So würden Übergangsfelder zwischen kurativer und palliativer Medizin deutlich und der Fachbereich würde für die Studierenden als integraler Bestandteil moderner Medizin erkennbar.

Gleich mehrere Studien bestätigen, dass sich eine longitudinale Integration positiv auf den Lehrerfolg auswirkt. Insbesondere erfahrungsbasierte Publikationen können sinnvolle Schnittstellen und Anknüpfungspunkte aufzeigen (Weissman und Griffie 1998; Quill et al. 2003; Schulz et al. 2015). Hudson et al. zeigen zudem, dass Wiederholung und Kontinuität zu einer nachhaltigeren Wissensverankerung führen (Hudson et al. 2015). Hauer et al. zeigen, dass das wachsende Vertrauen zudem offene Gespräche ermöglicht, die den Studierenden ein wirkungsvolles Feedback zu Gedanken und Handlungen geben können (Hauer et al. 2012).

Eine Integration palliativmedizinischer Inhalte in die vorklinische Ausbildung ist beispielsweise an der Universität Göttingen erfolgt. Begleitend zum Anatomiekurs wird ein Kurselement zum Themenfeld „Sterben, Tod und Trauer“ angeboten. In Vorlesungen werden zum einen kulturelle und rechtliche Fragestellungen erörtert, zum anderen können persönliche Erfahrungen in kleineren Seminargruppen ausgetauscht werden. Das Angebot ist bei Studierenden in der Regel sehr beliebt und kann Vorbehalte gegenüber der Thematik wirkungsvoll mindern (Alt-Epping et al. 2014).

Obwohl einvernehmlich davon ausgegangen wird, dass sich eine longitudinale Integration positiv auf den Lehrerfolg auswirkt, ist die Integration über mehr als ein Semester bislang nur an einem Drittel der Fakultäten erfolgt (Tabelle 10). Die wesentliche Hürde wird in den starren Strukturen und der hohen Auslastung des Medizinstudiums (K2-A2, Tabelle 6) gesehen. Möglichkeiten zur Umsetzung werden entsprechend in Abschnitt 6.4.3 diskutiert.

Die Bedeutung multiprofessioneller und interdisziplinärer Dozententeams

Professions- und disziplinübergreifende Zusammenarbeit ist keine rein palliativmedizinische Kompetenz. In der Literatur zeigt sich, dass sie grundsätzlich ein wesentliches Fundament reibungsloser, respektvoller und effektiver Patientenversorgung darstellt (Fineberg et al. 2004; Berwick und Finkelstein 2010; Ho et al. 2016). In der Palliativversorgung ist berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit (u.a. mit Pflegekräften, Psychologen, Seelsorgern) jedoch besonders wichtig, um die Bedürfnisse der schwerkranken Patienten zu erkennen und ihnen umfassend gerecht zu werden (WHO 2002). Der Fachbereich hat somit ein besonderes Interesse daran, dass Studierende in ihrer Ausbildung auf die spätere multiprofessionelle Zusammenarbeit vorbereitet werden. Mehrere Autoren beklagen jedoch, dass dies bislang nur unzureichend gelingt (Fineberg et al. 2004; Berwick und Finkelstein 2010).

Nach Ansicht der befragten Experten können professions- und disziplinübergreifende Dozententeams diese Zusammenarbeit wirkungsvoll vermitteln. Derzeit gibt es keine Studien, die explizit den Zusammenhang zwischen dem Einsatz multiprofessioneller Dozententeams in der Lehre einerseits und der späteren Fähigkeit zur

professionsübergreifenden Teamarbeit andererseits herstellen. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass die Vernetzung Auszubildender (Medizinstudierende, Pflegeschüler, Sozialarbeiter) in berufsübergreifenden Seminaren, gegenseitiges Vertrauen und Wertschätzung fördert und so Stereotypen wirkungsvoll reduziert (Parsell et al. 1998; Reeves et al. 2002; Fineberg et al. 2004; Herzog et al. 2010). Es ist anzunehmen, dass es auch durch den Einsatz multiprofessioneller Dozententeams gelingen kann, unterschiedliche Blickwinkel zu verdeutlichen, gegenseitige Skepsis zu mindern und so die Verständigung unter den Berufsgruppen langfristig zu verbessern.

Multiprofessionelle Dozententeams könnten somit dazu beitragen, Studierende für die Zusammenarbeit im späteren Berufsleben zu sensibilisieren. Dieser Ansatz wurde bereits an einem Großteil der Fakultäten umgesetzt (Tabelle 10). Es zeigt sich jedoch, dass Lehrkoordinatoren an Fakultäten mit multiprofessioneller und interdisziplinärer Arbeitsweise durchschnittlich unzufriedener sind als ihre Kollegen, welche den Fachbereich mit homogeneren Dozententeams unterrichten (Tabelle 10). Auch in den Interviews weisen die Experten explizit auf erhebliche Herausforderungen bei der Koordination disziplin- und professionsübergreifender Zusammenarbeit hin. Auch in der Literatur wird auf entsprechende Herausforderungen hingewiesen (Lloyd-Jones et al. 1998; Boaden und Leaviss 2000; Eva 2002). Boaden und Leaviss formulieren deutlich, dass Teamarbeit kein Synonym für eine harmonische und effektive Zusammenarbeit ist, sondern ein wertvolles Produkt intensiver Auseinandersetzung – umso verschiedener die Professionen (Ausbildungsweg, Einkommen, sozialer Hintergrund) umso aufwendiger die Vernetzung (Boaden und Leaviss 2000). In einer gesunden Teamstruktur muss sich jedes Mitglied als wichtiger Teil des gemeinsamen Produkts geschätzt fühlen. Gelingt diese Vernetzung nicht, besteht die Gefahr, dass Spannungen und gegenseitige Skepsis verstärkt werden (Eva 2002).

Derzeit ist anzunehmen, dass es vielen Lehrkoordinatoren angesichts knapper zeitlicher Ressourcen nicht gelingt, ausreichend Zeit für die Koordination der Berufsgruppen zu finden. Entsprechend könnten Frust über Missverständnisse und ungenügende Wertschätzung die gesehene Unzufriedenheit (Tabelle 10) erklären. Möglichkeiten die Zusammenarbeit auch bei mangelnden Ressourcen zu verbessern, werden in Abschnitt 6.4.3 diskutiert.

Die Bedeutung des Rollenmodells für die Auswahl der Dozenten

Dass Ärzte in ihrer Dozentenfunktion als Rollenmodell fungieren und so einen erheblichen Einfluss auf das berufliche Selbstverständnis der angehenden Mediziner ausüben, ist bereits im Abschnitt zur „Bedeutung institutioneller Verankerung“ angeklungen. Auch im Ergebnisteil der hier vorliegenden Arbeit wird dieser Annahme eine hohe Bedeutung bei der Dozentenwahl beigemessen (K1-A2-B3). Unter den Experten besteht jedoch Uneinigkeit

darüber, ob dieses eine Chance oder eine Hürde für die Vermittlung insbesondere nicht-faktischen Wissens darstellt. Ein Teil der Befragten befürchtet, dass die Identifikation mit dem Lehrkörper bei vielen Studierenden ausbleibt, da ein hoher Alters- und Erfahrungsunterschied besteht.

Studien die aufzeigen, welche Eigenschaften ein Dozent mitbringen muss, damit er von Studierenden als Rollenmodell wahrgenommen wird, gibt es derzeit nicht. So bestehen auch keine Veröffentlichungen dazu, dass deutliche Unterschiede in Alter oder Berufserfahrung das Lernen am Modell behindern. Es lässt sich jedoch bestätigen, dass insbesondere die nicht-faktischen Kompetenzen (kommunikative Fertigkeiten, Grundhaltung, Grundsätze multiprofessionellen Arbeitens), welche in der Palliativmedizin besonders bedeutsam sind, besser durch Modelle vermittelt werden können als durch Theorien (Stark und English National Board for Nursing 2000).

In den letzten Jahren hat diese Erkenntnis auch in der medizinischen Ausbildung zunehmend an Bedeutung gewonnen. Bereits 2000 entwickelte die „Canadian Medical Education Directives for Specialists“ (CanMEDS) ein Modell, welches die wesentlichen ärztlichen Kompetenzen anhand von sieben Rollen zusammenfasst (CanMEDS 2000). Grundzüge dieses kompetenzbasierten Lehransatzes lassen sich mittlerweile international in medizinischen Curricula wiederfinden (Frank und Danoff 2007; Scheele et al. 2008; Jippes et al. 2010; Jarvis-Selinger et al. 2012; Hautz et al. 2015; Jilg et al. 2015). Auch in Deutschland wurde 2015 durch die Veröffentlichung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs (NKLM) ein grundlegender Vorstoß geschaffen (Medizinischer Fakultätentag und Gesellschaft für Medizinische Ausbildung 2015). Die grundlegende Bedeutung dieser kompetenzbasierten Lehrkonzepte für den Q13 wird vertieft im folgenden Abschnitt („Inhaltliche Ausgestaltung“) diskutiert. Zunächst lässt sich konstatieren, dass die Bedeutung von Rollenmodellen in der medizinischen Ausbildung zunehmend erkannt und anerkannt wird. Die Forderung nach klinisch erfahrenen Dozenten, die aus dem eigenen Erfahrungsschatz berichten und Grundzüge vorleben können, sollte somit bei der Auswahl der Lehrkräfte berücksichtigt werden.

Es gilt jedoch auch eine Kehrseite zu beachten. Silver und Wilkerson können zeigen, dass Dozenten, welche sich als Experten auf ihrem Gebiet begreifen, eine deutlich dominantere Rolle im Studentenunterricht einnehmen als Kollegen mit weniger Expertise. So bleibt für die Studierenden weniger Raum für Diskussionen, Gedankenaustausch und das gemeinsame Erarbeiten von Themenfeldern. Diese Interaktion stellt jedoch ebenfalls ein wichtiges Lernmoment dar (Silver und Wilkerson 1991). Weitere Studien bestätigen, dass Expertise zwar ein wichtiges Fundament bildet, Begeisterung für Lehre, Empathie und Zugang zu den Studierenden jedoch ebenso wichtige Eigenschaften darstellten (Irby et al. 1976; Schmidt und Moust 1995). Ähnliche Beobachtungen finden sich auch in den Experteninterviews

wieder. Für die Auswahl der Lehrkörper bedeutet dies, dass Klinikerfahrung einem Dozenten zwar wichtige Authentizität verleiht; Begeisterung, Charisma und eine motivierende Ausstrahlung jedoch ebenso entscheidende Charakteristika sind, um Studierende zu erreichen.

Inhaltliche Ausgestaltung

Die extrahierten Kategorien zur inhaltlichen Ausgestaltung palliativmedizinischer Lehre (K1-A3) lassen große Schnittmengen mit nationalen und internationalen Forderungs- und Vorgabekatalogen erkennen (Schiessl et al. 2013b; Schaefer et al. 2014). Im Wesentlichen sollen Grundzüge der Symptomkontrolle, eine Grundhaltung zu Sterben, Tod und Trauer sowie kommunikative Kompetenzen gelehrt werden. Die Schwerpunktsetzung differiert jedoch. Für die befragten Lehrkoordinatoren steht neben der Symptomkontrolle die Vermittlung eines „Grundverständnisses“ (K1-A3-B4) im Vordergrund; ein Teilgebiet welches im Vorgabekatalog des DGP nur eine untergeordnete Rolle einnimmt (empfohlene Gewichtung für „Grundlagen“: 5%).

Grundverständnis (K1-A3-B4, Tabelle 5). Auch die Q13-Prüfungsumfrage (Seidemann et al. 2015) zeigte, dass „Grundlagen“ mit circa 12,5% derzeit einen deutlich größeren Raum einnehmen als die von der DGP empfohlenen 5%. Es ist anzunehmen, dass Lehrende bei den Studierenden noch immer ein umfassenderes Wissensdefizit wahrnehmen als von der DGP angenommen. Die konkreten Aussagen der Interviewten stützen diese These: Studierende sollen „erkennen, dass es dieses Fach gibt“ (18ER), „dass es überhaupt Unterstützungsangebote gibt“ (13OG), „was wir hier machen“ 26RG und verstehen, dass der Sterbende nicht „wegsediert“ (23OH) wird. Aus den Aussagen lässt sich ableiten, dass bei angehenden Ärzten noch immer ein grundlegender Aufklärungsbedarf über Palliativmedizin gesehen wird.

Ein weiterer Erklärungsansatz für die unterschiedliche Schwerpunktsetzung ist die unscharfe Abgrenzbarkeit der Themengebiete untereinander. Grundverständnis, Grundhaltung, ethische Grundlagen, Empathie, Patientenautonomie, Psychosoziales und Kommunikation sind einige der Schlagworte. Unter ihnen bestehen große inhaltliche Abhängigkeiten und Schnittmengen, eine klare Abgrenzung ist somit schwierig und erscheint nur begrenzt sinnvoll.

Kommunikation (K1-A3-B6). Frist und Presley machen die Komplexität am Beispiel der Kommunikation deutlich. Damit ein offener, ehrlicher und zugleich empathischer Austausch mit schwerkranken Patienten gelingt, braucht es ein Grundverständnis von Patientenautonomie, ethischen und psychosozialen Grundlagen sowie eine Reflektion der Themen Sterben und Tod (Frist und Presley 2015). Es ist somit eine Herausforderung „Kommunikation“ umfassend in der Lehre abzubilden.

Dass angehende Mediziner sich ausreichend auf die Arzt-Patienten-Gespräche vorbereitet fühlen, sollte ein wesentliches Ziel des Medizinstudiums sein. Darüber hinaus hat das Bewusstsein für die Bedeutung kommunikativer Fähigkeiten in der Patientenversorgung in den letzten Jahren noch deutlich zugenommen (Bachmann et al. 2016). Insbesondere in der Palliativmedizin tragen kommunikative Fertigkeiten erheblich zur Versorgungsqualität der Patienten bei (Steinhauser et al. 2000). Roze des Ordon et al. kritisieren, dass Studierende derzeit nicht ausreichend auf diese Arzt-Patienten-Gespräche vorbereitet werden (Roze des Ordon et al. 2016). Es scheint somit im aktuellen Medizinstudium ein deutliches Defizit in der Vermittlung von Kommunikation zu bestehen.

Wichtige Hilfestellungen für die Lehre kommunikativer Kompetenzen bietet die Europäische Gesellschaft für Kommunikation im Gesundheitswesen (European Association for Communication in Health Care (EACH)). Sie gründete sich 2001 mit dem erklärten Ziel, Kommunikation in den Gesundheitsberufen zu verbessern. Einen Ansatzpunkt sehen sie bei den Auszubildenden. Zur Unterstützung Lehrender veröffentlichten sie ein „Curriculum zu Grundlagen der Kommunikation für Gesundheitsberufe“ (Health Professionals Core Communication Curriculum (HPCCC)) (Bachmann et al. 2013). Dieses beinhaltet konkrete Lernziele für die Arzt-Patienten-Kommunikation und Teamkommunikation in inter- und multiprofessionellen Gruppen. Aus den Vorgaben lassen sich auch für die Lehre des Q13 wichtige Hilfestellungen ableiten.

Sterbe- und Todeskonzepte (K1-A3-B7). Die Lehre von „Sterbe- und Todeskonzepten“, auch „Death Education“ genannt, wird im Rahmen dieser Studie als weiteres wichtiges Themenfeld extrahiert. Ähnlich wie das Thema „Grundhaltung“ nimmt es in den Richtlinien der DGP (Tabelle 1) jedoch eine deutlich kleinere Rolle ein. „Sterben und Tod“ ist der Kategorie „Ethische und Rechtliche Fragestellungen“ untergeordnet, deren empfohlene Gewichtung insgesamt nur 5% einnimmt (DGP 2009).

Es ist anzunehmen, dass die Relevanz der Sterbe- und Todesthematik derzeit unterschätzt wird. Auch Frist und Presley konstatieren in einem Essay zu palliativmedizinischer Lehre in den USA, dass unter Ärzten deutliche Hemmungen im Umgang mit der Thematik Sterben und Tod bestehen. Die Berührungssängste führen dazu, dass die Thematik in Patientengesprächen gemieden wird, sodass die Bedürfnisse der Schwerkranken und ihrer Angehörigen häufig nicht kommuniziert werden (Frist und Presley 2015). Gelingt es jedoch, dass Studierende während ihrer Ausbildung die Limitationen von medizinischen Behandlungen erkennen und Sterben als natürlichen Prozess akzeptieren, könnten Berührungssängste deutlich gemindert und so auch einer persönlichen Überforderung vorgebeugt werden. Roze des Ordon et al. betonen, dass die Begegnung mit schwerkranken Patienten weder überwältigen noch verschrecken darf. Durch Auseinandersetzung und Reflektion der Thematik werden Studierende in ihrer ärztlichen

Persönlichkeit gefestigt, sodass sie sich empathisch gegenüber den Patienten öffnen können, während sie gleichzeitig auf ihre eigenen Bedürfnisse achten (Hawkins 1992; Roze des Ordon et al. 2016). Die „Death Education“ bildet somit eine wesentliche Voraussetzung, damit die angehenden Mediziner angstfreier in die Interaktion mit den Patienten treten können. Das Thema sollte bei der Entwicklung zukünftiger Curricula eine zunehmende Berücksichtigung finden.

Die Bedeutung kompetenzbasierter Lehrkonzepte für die Palliativmedizin. Eine wesentliche Herausforderung sehen die Lehrverantwortlichen in der Vermeidung inhaltlicher Redundanzen (K1-A3-B2-C1, Tabelle 5). Der Q13 ist ein Querschnittsbereich und weist so per Definition große Schnittmengen mit anderen Fachbereichen auf. In den Abschnitten zu longitudinaler Integration und professions- und disziplinübergreifender Dozententeams wurden Herausforderungen des Querschnittcharakters bereits aufgegriffen. In letzterem zeigt sich zudem, dass Teamarbeit keine explizit palliativmedizinische Kompetenz darstellt. Gleiches lässt sich für den Bereich Kommunikation zeigen.

Es lassen sich zwei grundlegende Ursachen für das hohe Ausmaß an Überschneidungen erkennen. Zum einen besteht in der Medizin ein Trend zur zunehmenden Spezialisierung und Parzellierung der Fachbereiche. Dieser führt auch im Medizinstudium zu einer zunehmenden Unterteilung. Viele medizinische Inhalte sind jedoch nicht isoliert einem Fachbereich zuzuordnen, sodass Themenfelder sich wiederholen (Hirsh et al. 2007). Diese Entwicklung wird von vielen Autoren kritisch betrachtet. Das Ergebnis sei eine kleinteilige Struktur, welche es verpasse, den Studierenden inhaltliche Zusammenhänge sowie die Bedeutung von Zusammenarbeit zu vermitteln (Watson 2003; Berwick und Finkelstein 2010; Hauer et al. 2012).

Zum anderen kann grundsätzlich in Frage gestellt werden, ob es sinnvoll ist, das Medizinstudium in einzelne Fachbereiche zu unterteilen. Fähigkeiten wie Teamarbeit und Kommunikation lassen sich keinen einzelnen Fachbereichen zuordnen. Sie bilden Kompetenzstränge, welche für fast alle medizinischen Fachrichtungen eine hohe Bedeutung haben. Eine Vielzahl an Studien bestätigen, dass geschulte Fähigkeiten, Fertigkeiten sowie ein festes moralisches Fundament wichtige Voraussetzungen für den späteren Berufsalltag darstellen (Brody 1998; Gastmans 1999; Randall und Downie 1999; Olthuis und Dekkers 2003; Jarvis-Selinger et al. 2012; Schaefer et al. 2014). Wie jedoch die beschriebenen Defizite in Kommunikation und Teamarbeit beispielhaft zeigen, gelingt es im derzeitigen Medizinstudium nicht, diese Kompetenzen ausreichend zu vermitteln. Einen Lösungsansatz dafür sehen einige Autoren in einer grundsätzlichen Neustrukturierung des Medizinstudiums entlang von Kompetenzfeldern (Long 2000; Dannenberg et al. 2016). Wie bereits im vorangehenden Abschnitt angedeutet, wurde 2015 mit dem NKLM eine entsprechende Orientierungshilfe für Deutschland veröffentlicht. Die Inhalte des Medizinstudiums werden

darin entlang von Kompetenzen und Rollen (Bsp.: Kommunikator; Mitglied eines Teams) gegliedert. Durch die neue Schwerpunktsetzung hoffen die Autoren, dass Fähigkeiten, Fertigkeiten und die Rollenentwicklung der angehenden Ärzte verbessert werden (Medizinischer Fakultätentag und Gesellschaft für Medizinische Ausbildung 2015). Sie sehen ihren Ansatz als bewusste Ergänzung zum bestehenden Gegenstandskatalog des IMPP (Institut für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen), der die Grundlagen der schriftlichen Staatsexamina beinhaltet und ausschließlich faktisches Wissen enthält.

Die Ziele des NKLM stehen somit grundsätzlich im Einklang mit den Forderungen der Experten bzw. der DGP. Gelänge es, nicht-faktische Kompetenzfelder durch den neuen Lehransatz wirkungsvoller zu transportieren, würde ein Großteil palliativmedizinischer Lehrthemen davon profitieren.

Es muss jedoch beachtet werden, dass es bislang wenige Erfahrungen mit kompetenzbasierten Lehr- und Prüfungskonzepten gibt. Nur vereinzelt bestehen Studien zu Umsetzung und Outcome und nicht alle stehen dem neuen Ansatz unkritisch gegenüber. Leung schließt nach einem Review erster Umsetzungsversuche, dass kompetenzbasierte Lehre mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand einhergeht. Misslingt die Koordination, gehe dies zu Lasten von Lehrmotivation, -erfolg und Wissensvermittlung (Leung 2002). Einige Autoren geben zu bedenken, dass auch die Lehre selbst einen hohen personellen Aufwand bedeute. Praxisnaher Unterricht und direktes Feedback sind wichtige Bausteine gelungener kompetenzbasierter Lehre und fordern eine enge persönliche Betreuung (Johnstone und Soares 2014; Holmboe 2015).

Es lässt sich schlussfolgern, dass in der Entwicklung kompetenzbasierter Lehr- und Prüfungskonzepte wertvolles Potential für die Verbesserung palliativmedizinischer Lehre liegt. Dennoch sollte die Entwicklung kritisch betrachtet werden. Es braucht Studien, die Aufschluss über sinnvolle Umsetzungswege und konkrete Ausgestaltungsmöglichkeiten geben.

Herausforderungen und Chancen in der Lehre nicht-faktischer Kompetenzen. Ein Großteil der palliativmedizinischen Lehrthemen (K1-A3, Tabelle 5) ist den nicht-faktischen Kompetenzfeldern zuzuordnen. Dazu gehören insbesondere „Grundverständnis“ (A4), „Grundhaltung“ (K1-A3-B5), „Kommunikation“ (K1-A3-B6) und „Ethische Aspekte“ (K1-A3-B8). Im vorangehenden Abschnitt wird zudem deutlich, dass diese Kompetenzstränge im derzeitigen Medizinstudium unterrepräsentiert sind und es zudem an Erfahrungen zur konkreten methodischen Ausgestaltung mangelt. Somit ist eine erhebliche Entwicklungsarbeit zur Verbesserung von Lehrmethodik und damit Lehrerfolg zu leisten.

Einige Autoren sehen die Palliativmedizin dabei in einer besonderen Verantwortung. Der Fachbereich verkörpere die wesentlichen Aspekte patientenorientierter, moderner Medizin

und könne so wesentlich dazu beitragen, den Studierenden entsprechende Werte zu vermitteln (Brown et al. 1998; Field 1998; Barnard et al. 1999; Olthuis und Dekkers 2003). Gelingt dies, bietet sich zudem die Chance, den Fachbereich nachhaltig und positiv in den Köpfen der angehenden Ärzte zu verankern. Eine Befragung Medizinstudierender konnte diesbezüglich zeigen, dass sich die angehenden Ärzte nach Abschluss ihres Studiums innerhalb der Palliativmedizinischen Lehrthemen im Wesentlichen an positiv besetzte, nicht-faktische Inhalte erinnern: Patientenorientierte Medizin, psychosoziale und spirituelle Aspekte, Kommunikation, Teamwork und Selbstreflexion (Crawford und Zambrano 2015).

Konkrete Möglichkeiten zur methodischen Umsetzung werden im nachfolgenden Abschnitt diskutiert (6.4.2).

6.3.2 Geeignete Lehr- und Prüfungsformate

Im vorangehenden Abschnitt wird deutlich, dass im Wesentlichen drei Kompetenzfelder abzubilden sind: Fachtheoretisches Wissen, Fähigkeiten (Kommunikation, Teamarbeit, psychosoziale Unterstützung) und Grundhaltungen. Insbesondere letztere werden von den befragten Experten als Herausforderung in der Lehre gesehen. Derzeit dominieren Vorlesungen und MC-Klausuren das Medizinstudium, welche als ungeeignet für die Lehre nicht-faktischer Kompetenzfelder gelten. Auch im Q13 ist diese Dominanz erkennbar (Tabelle 10), sodass die Lehrkoordinatoren beklagen, dass derzeit eine Tendenz zur „Versachlichung der Lehrinhalte“ (K1-A3-B2-C2) besteht.

Entsprechend der zweiten Forschungsfrage wird im folgenden Abschnitt diskutiert, inwieweit die extrahierten Lehr- und Prüfungsformate (K1-A4) für fachtheoretisches Faktenwissen sowie psychosoziale und ethische Inhalte geeignet sind.

Lehrformate (K1-A4)

Vorlesungen (K1-A4-B1). In seinem Buch über den Zweck von Vorlesungen bestätigt Bligh, dass der Frontalunterricht für die theoretische Wissensvermittlung geeignet ist. Er reicht jedoch nicht aus, um Reflexionsprozesse anzustoßen, moralische Werte zu diskutieren und persönliche Einstellungen zu hinterfragen (Bligh 2000). Es erscheint somit durchaus sinnvoll, die kosteneffiziente Methode der Vorlesung innerhalb der Palliativmedizin für die Vermittlung der Schmerz- und Symptomkontrolle (K1-A3-B3) einzusetzen. Zur Erfassung nicht-faktischer Kompetenzfelder sollte der Frontalunterricht jedoch um weitere Formate ergänzt werden.

Seminare/ Kleingruppen (K1-A4-B2). Seminare bieten nach Ansicht der Lehrkoordinatoren einen interaktiven und persönlichen Raum, um Inhalte gemeinsam zu reflektieren. Es ist für sie das ideale Lehrformat, um im Q13 Fähigkeiten und Haltungen zu vermitteln. Diese Annahme findet sich in mehreren Studien bestätigt. Durch den vertrauten Rahmen kleiner Gruppen kann es gelingen, ethische (K1-A3-B8) und rechtliche (K1-A3-B9) Fragestellungen

sowie Sterbe- und Todeskonzepte (K1-A3-B7) offen zu diskutieren und Ängste anzusprechen. Durch die Auseinandersetzung werden eigene Einstellungen hinterfragt, was die Haltungs- bzw. Persönlichkeitsentwicklung (K1-A3-B5) fördert (Schmidt und Moust 1995; Hauer et al. 2012). Des Weiteren können durch das Format kommunikative Kompetenzen (K1-A3-B6) geschult werden, indem Gesprächssituationen geübt und durch persönliche Anleitung und Feedback wirkungsvoll reflektiert werden (Hudson et al. 2015; Roze des Ordons et al. 2016). Seminare stellen für den Q13 somit ein elementares Lehrformat dar, da sie den Großteil der nicht-faktischen Themenfelder wirkungsvoll vermitteln können. Tatsächlich werden sie bereits an fast 80% der Fakultäten eingesetzt (Tabelle 10). An den restlichen Fakultäten mangelt es oft an Personal, um den Kleingruppenunterricht zu betreuen. An diesen Standorten ist eine effizientere Ressourcennutzung bzw. Aufstockung des Personals anzustreben.

Patientenkontakt (K1-A4-B3). Die Experten fordern fast einvernehmlich, Studierenden den Zugang zu palliativmedizinischen Patienten zu ermöglichen. Nur so könnten Wesen und Komplexität palliativmedizinischen Arbeitens erfasst werden. Auch MacLeod identifizierte in einer Umfrage unter praktizierenden Ärzten, dass Begegnungen mit schwerkranken Patienten das wesentliche Lernmoment für das Erlernen von Empathie und der Bedeutung psychosozialer Fürsorge sind (MacLeod 2001). Erfahrungsbasiertes Lernen gilt als die effizienteste Methode, Inhalte nachhaltig zu transportieren. Nach Kolb lässt sich der Lernprozess in einem viergliedrigen Zyklus abbilden: A - Direkte Beobachtung, B - Reflektion der Beobachtung, C - Abstrahieren und Systematisieren und abschließend D - Experimentieren und Anwenden. In Abbildung 2 sind konkrete Umsetzungsmöglichkeiten für den Q13 (Lehrformate und -methoden) entlang der vier Bausteine gegliedert.

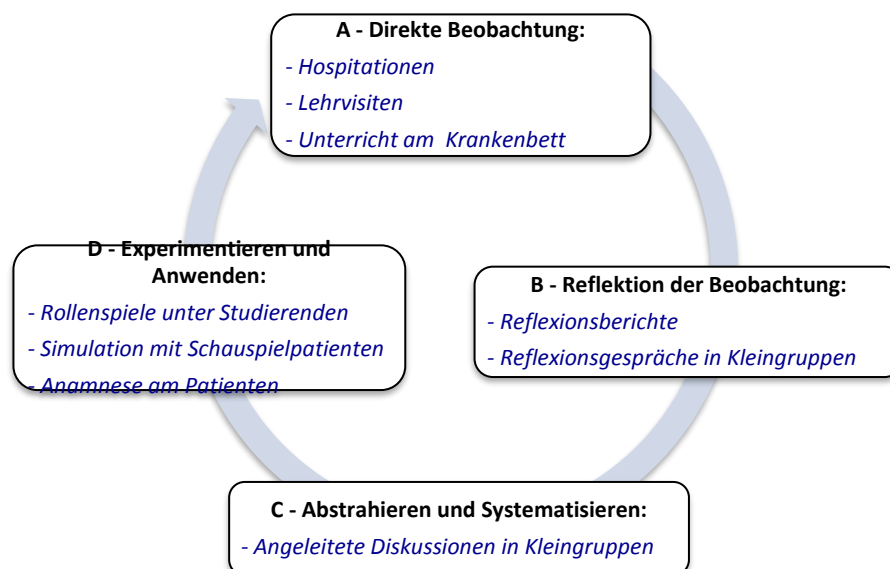


Abbildung 2: Integration geeigneter Lehrformate und -methoden in den Zyklus zu erfahrungsbasiertem Lernen, modifiziert nach Kolb (Kolb 2015, S.51)

In Kolbs Schema wird deutlich, dass Patientenzugang allein nicht ausreicht. Es braucht Raum, um das Erlebte zu reflektieren und in Bezug zu eigenem Handeln zu setzen. Dies deckt sich mit den Beobachtungen der interviewten Experten. Sie knüpfen die Forderung nach Patientenzugang explizit an die Bedingung ausreichender Betreuung und Reflektionsmöglichkeiten. Die Lehrkoordinatoren befürchten, dass Studierende sonst durch das Erlebte überfordert und verschreckt werden. Tatsächlich kann die Konfrontation mit schwerkranken Patienten Gefühle von Hilflosigkeit, Nichtsnutzigkeit, Verletzlichkeit und Trauer provozieren (Barnard et al. 2000; MacLeod 2001). Dies kann als wesentlicher Grund dafür gesehen werden, dass Ärzte die Begegnungen und Gespräche mit Menschen am Lebensende häufig meiden. Das Medizinstudium bietet eine wichtige Gelegenheit, diese Berührungängste in einem geschützten Rahmen abzubauen. Ein vertrautes Setting, um Emotionen zu besprechen, ist dabei wesentlich, um Reaktionen von Patienten und Angehörigen zu verstehen, akzeptieren und einordnen zu können (Hafferty 1991). Auch werden Studierende durch die Erkenntnis beruhigt, dass das Gefühlte „normal“ ist und von Kommilitonen oder sogar erfahrenem Personal geteilt wird (Schmidt und Moust 1995). Eine Auseinandersetzung mit den eigenen Emotionen ist darüber hinaus wichtig, um sich in der späteren Konfrontation weder zu verschließen, noch überwältigen zu lassen. Das Ziel sollte es sein, eine Balance zwischen Empathie und Professionalität zu finden, um sich unbefangen für Arzt-Patientengespräche öffnen zu können (Hawkins 1992; Zambrano et al. 2012; Roze des Ordonis et al. 2016). Auch lernen angehende Ärzte durch die Gespräche die Bedürfnisse ihrer späteren Patienten besser zu erkennen und zu verstehen (Reeve et al. 2008).

Es kann somit gezeigt werden, dass, anders als vereinzelt von den Lehrbeauftragten befürchtet, der Zugang zu Patienten unter enger Supervision nicht nur ein ausdrücklicher Wunsch Studierender ist (Olthuis und Dekkers 2003; Hildebrandt et al. 2013), er stellt auch ein wesentliches Qualitätsmerkmal nachhaltiger palliativmedizinischer Lehre dar.

Derzeit ermöglichen nur zwei Drittel der Standorte Studierenden die Begegnung mit Patienten (Tabelle 10). Das wesentliche Hindernis wird in dem Missverhältnis zwischen hohen Studierenden- und niedrigen Patientenzahlen gesehen. Auch in der Literatur wurden diese Faktoren als das Haupthindernis für die Realisierung von Patientenkontakt identifiziert (Coles 1996; Reeve et al. 2008; Gibbins et al. 2009; Schulz et al. 2015). In den vorliegenden Interviews kann jedoch gezeigt werden, dass die Umsetzung durch den Einbezug umliegender Versorgungszentren gelingen kann. Diese Möglichkeit sollte auch von den Standorten aufgegriffen werden, die bislang keine Patientenkontakte anbieten können.

Prüfungsformate (K1-A6)

Obwohl OSCEs, mündliche Prüfungen oder Essays für die Lehrverantwortlichen die geeigneten Assessmentmethoden darstellen, werden diese Formate derzeit nur an 15% der Standorte tatsächlich angewendet (Seidemann et al. 2015). An über 70% der Fakultäten kommt ausschließlich die Multiple-Choice-Klausur zum Einsatz (Tabelle 10). Die Diskrepanz zwischen Ideal und Realität ist erheblich. Als Hauptursachen wurden mangelnde Ressourcen, unzureichende Erfahrung in Prüfungskonzeption und -bewertung sowie Widerstand der Studierenden gegen die Implementierung neuer, ungewohnter Prüfungsmethoden identifiziert.

Die grundlegende Bedeutung von Prüfungen für den Lehrerfolg. Angesichts knapper Ressourcen wird sich an einem Teil der Standorte bewusst für Einsparungen bei den Prüfungsformaten entschieden. Es besteht die Auffassung, dass Investitionen in Lehrformate wichtiger für den Lehrerfolg sind als der Einsatz valider Prüfungsmethoden. Gleichzeitig wird angemerkt, dass Einsparungen in dem Bereich am angenehmsten sind, da sie sich nicht negativ auf die studentische Evaluation auswirkten. Zeidner und Considine et al. bestätigen eine Affinität Studierender zu MC-Klausuren. Die deutliche Mehrheit ihrer Studienteilnehmer zog das Ankreuzformat gegenüber einem Essay vor, da MC-Fragen als einfacher, interessanter, weniger aufwendig und erfolgversprechender gelten (Zeidner 1987; Considine et al. 2005). Die positive studentische Resonanz bietet somit einen nachvollziehbaren Grund, sich für das MC-Format zu entscheiden. Es ist allerdings zu befürchten, dass die Auswirkungen eines nicht-validen Prüfungsverfahrens derzeit unterschätzt werden. Mehrere Studien zeigen, dass das gewählte Prüfungsformat das tatsächlich Gelernte erheblich beeinflusst. Angebotene Lehrinhalte werden durch Studierende anhand ihrer Prüfungsrelevanz gefiltert, sodass Nicht-Relevantes weniger Beachtung findet (Fransson 1977; Rickards und Friedman 1978; Ramsden 2003; Considine et al. 2005). Werden Fähigkeiten und Haltungen in Prüfungen nicht abgebildet, ist davon auszugehen, dass sie von Studierenden weniger berücksichtigt werden. In Erwartung einer MC-Prüfung werden sich viele darauf beschränken, sich faktische Inhalte anzueignen.

Daraus lässt sich ableiten, dass Prüfungen nicht Mittel zum Zweck sein dürfen. Sie müssen die Kompetenzen abbilden, welche der Studierende für das spätere Berufsleben braucht, da das Geprüfte den Lehrerfolg wesentlich beeinflusst. Unter diesem Gesichtspunkt wird im Folgenden diskutiert, welche Verfahren für den Q13 geeignet sind.

Multiple-Choice-Klausuren (K1-A6-B1, Tabelle 5). Die Literatur bestätigt, dass die vorherrschende Prüfungsform – der ausschließliche Einsatz von MC-Fragen – keine ausreichende Assessmentmethode darstellt. Das Format verlangt ausschließlich die Wissensreproduktion, was innerhalb des Q13 nur beim faktischen Wissen (Schmerz- und Symptomkontrolle (K1-A3-B3)) eine valide Kompetenzerfassung darstellt. Reflektion oder

Transformation des Gelernten lassen sich nicht abbilden, sodass es in der Regel ausreicht, die Lerninhalte oberflächlich zu beherrschen (Kulhavy et al. 1975; Tang 1992; Boulton-Lewis 1995; Considine et al. 2005). Zudem werden analytische und kritische Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten oder der Prozess einer Haltungsentwicklung nicht abgebildet (Boulton-Lewis 1995). Der ausschließliche Einsatz von MC-Prüfungen weist somit auf erhebliche Defizite in der Prüfqualität hin. Derzeit ist davon an fast drei Viertel der medizinischen Fakultäten auszugehen (Tabelle 10).

Essays (K1-A6-B3). Im Gegensatz zu den MC-Klausuren lässt sich zeigen, dass sich Studierende in der Essayvorbereitung ein deutlich fundierteres Wissen aneignen, Transferleistungen erbringen und insgesamt mehr Zeit aufwenden (Zeidner 1987; Tang 1992). Sogar die Studierenden selbst bestätigen laut einer Studie von Zeidner et al., dass Essays für sie das hochwertigere Prüfungsformat darstellen, da ein tiefgründigeres Wissen notwendig ist (Zeidner 1987). Diese Erkenntnisse unterstützen das Ergebnis der hier vorliegenden Studie, wonach das Essayformat eine valide Assessmentmethode für den Q13 darstellt. Tatsächlich lässt sich bestätigen, dass sich sowohl professionelle Haltungen (K1-A3-B5) als auch Einstellungen gegenüber Sterben, Tod und Trauer (K1-A3-B7) durch das Format abbilden lassen (Braun et al. 2013; Boland et al. 2016). Es ist somit sinnvoll, dass Essays zunehmend für Prüfungen im Q13 in Betracht kommen. Damit die Umsetzung gelingt, sollten Aufgabenstellungen und Bewertungsmaßstäbe gemeinsam weiterentwickelt werden.

OSCEs (K1-A6-B2). Der OSCE ist unter den genannten das jüngste Prüfungsformat. Impulsgeber für die Etablierung im Medizinstudium war die 2002 geänderte Approbationsordnung, welche die zunehmende Anwendung praktischer Prüfverfahren forderte (ÄApprO 2016). Seitdem hat sich die klinisch-praktische Prüfung bereits in mehreren Fachbereichen und Standorten etablieren können. Das Format gilt zunehmend als standardisierbares, valides und reliables Prüfungsinstrument (Harden und Gleeson 1979; Chenot und Ehrhardt 2003; Krupper et al. 2009; Schrauth et al. 2009; Rau et al. 2011; Seidemann et al. 2015). Auch unter den Experten dieser Studie gilt die OSCE-Prüfung als das Wunschformat für den Q13. Durch verschiedene Stationen könnten unterschiedliche Kompetenzfelder erfasst werden. Valint et al. zeigen zudem, dass das Format auch von Studierenden als geeignet und fair eingeschätzt wird (Vanlint et al. 2016). Auch OSCEs sollten somit zunehmend eingesetzt werden. Gemeinsam gilt es, effiziente Umsetzungswege zu erarbeiten.

Mündlich-praktische Prüfungen (K1-A6-B4). Neben Essays und OSCEs werden Mündlich-Praktische-Prüfungen (ähnlich dem dritten Staatsexamen) von den Experten als ein valides Prüfungsformat genannt, jedoch wird es derzeit an keiner medizinischen Fakultät

angewendet (Tabelle 10). Es ist anzunehmen, dass insbesondere der praktische Teil angesichts der niedrigen Patientenzahlen (siehe 6.3.1 „Patientenkontakt“) nur schwer realisierbar ist. Auch das Prüfungsgespräch bedeutet einen hohen Personalaufwand, insbesondere wenn zur Sicherung der Objektivität mehr als ein Prüfer eingesetzt wird (Chenot und Ehrhardt 2003). Aufgrund dieses hohen Ressourcenaufwands stellt die mündlich-praktische Prüfung für den Q13 somit keine geeignete Prüfungsoption dar. Angesichts begrenzter Ressourcen erscheint es sinnvoller, die Etablierung der effizienteren Alternativen (Essay und OSCE) voranzutreiben.

Verzicht auf Prüfungen und die Bedeutung von Feedback. Ein Lehrverantwortlicher spricht sich explizit dafür aus, auf abschließende Prüfungen zu verzichten und Studierenden stattdessen durch verstärktes Feedback eine Rückmeldung über Gelerntes zu geben. Jarvis-Selinger et al. sind der gleichen Auffassung. Sie formulieren die These, dass Ressourcen besser in Gesprächsrunden mit der Möglichkeit zu direktem Feedback investiert sind, da Studierende so wirkungsvoller in der Entwicklung von Haltungen und Fähigkeiten unterstützt werden (Jarvis-Selinger et al. 2012). Tatsächlich erhalten Studierende im derzeitigen Ausbildungssystem kaum Rückmeldungen über das Geleistete. MC-Klausuren können zwar eingesehen werden, nur ein kleiner Teil nimmt diese Option jedoch wahr (Roediger und Marsh 2005). Dies ist ein Problem, da so die Möglichkeit verpasst wird, durch persönliche Rückmeldungen individuell auf die Leistung Studierender einzugehen. Feedback und Prüfungen dürfen jedoch nicht alternativ gesehen werden. Wie im vorangehenden Abschnitt erklärt, sind valide Prüfungen ein wichtiges Instrument, um den Lehrerfolg zu sichern. Es muss gelingen, die Konzeption valider Prüfungsverfahren voranzutreiben und gleichzeitig Feedbackmöglichkeiten zu etablieren. Roze des Ordons et al. sehen beispielsweise in supervidierten Patientengesprächen oder Videoaufzeichnungen mit anschließender Selbstanalyse geeignete Optionen (Roze des Ordons et al. 2016).

6.3.3 Wege zur Realisierung gelungener palliativmedizinischer Lehre in Anbetracht förderlicher und hinderlicher Faktoren

Im vorangehenden Abschnitt wurde aufgezeigt, wie eine gelungene Lehre im Fachbereich Palliativmedizin aussehen sollte und welche Lehr- und Prüfungsformate es in der Umsetzung braucht. Beim Blick auf die aktuellen Strukturdaten wird deutlich, dass Defizite in der Ausgestaltung des Q13 bestehen (Tabelle 10). Am deutlichsten sind diese in der mangelnden Anzahl an Professuren, mangelnder longitudinaler Verankerung sowie der Anwendung nicht-valider Lehr- und Prüfungsmethoden zu erkennen. Multi- und interdisziplinäre Lehre sind hingegen zwar an vielen Standorten bereits Teil der Realität, jedoch ist davon auszugehen, dass es Defizite in Zusammenarbeit und Koordination gibt. Im folgenden Abschnitt wird angesichts der einflussnehmenden Faktoren (Tabelle 8) diskutiert,

welche Realisierungswege es für die konkrete Umsetzung gelungener palliativmedizinischer Lehre gibt.

a. Anerkennung und Unterstützung. Ein Ergebnis der hier vorliegenden Studie ist es, dass mangelnde Anerkennung ein wesentliches Hindernis für das Werben um Lehrressourcen darstellt. Insbesondere zu Beginn des Implementierungsprozesses sei so wichtige Unterstützung ausgeblieben. Ähnliches wurde in einer Umfrage in den USA gezeigt. Dekane medizinischer Fakultäten wurden um Unterstützung für ein Kursangebot mit dem Themenfokus „Versorgung am Lebensende“ gebeten. Die Anfrage erntete häufig geringes Interesse oder Widerstand seitens der Führungsebene und wurde überwiegend abgelehnt (Sullivan et al. 2004). Zum Teil kann dies mit der hohen Auslastung medizinischer Fakultäten erklärt werden, welche wenig Spielraum für Änderungen in den Curricula zulässt (Coles 1996; Ury et al. 2000; Frist und Presley 2015). Mangelnde Wertschätzung stellt jedoch ebenfalls einen wesentlichen Faktor dar. Anhaltende Unkenntnis (Vgl. 6.3.1 „Grundverständnis“) und ein mangelndes wissenschaftliches Fundament (Vgl. 6.3.1 „integrale Verankerung“) konnten in dieser Arbeit als wesentliche Ursachen identifiziert werden.

Bereits in der Einleitung der vorliegenden Arbeit wurde darauf hingewiesen, dass Bekanntheit und Anerkennung des jungen Fachbereichs in den letzten Jahren rasant gewachsen sind. Palliativmedizin ist zunehmend in den Fokus gesellschaftlicher und politischer Diskussion gerückt (Nauck und Dlubis-Mertens 2011; Meiritz 2015; Uhlmann 2015). Zudem konnte 2015 eine S3-Leitlinie für Palliativmedizin bei Patienten mit unheilbarer Krebserkrankung veröffentlicht werden, die den wissenschaftlichen Anspruch des Fachbereichs unterstreicht (Leitlinie Palliativmedizin 2015). Aufholbedarf besteht im Ausbau der Forschungsarbeit. Gemäß den Forderungen der Leopoldina (2015) sollte das wissenschaftliche Fundament durch hochwertige Studienarbeiten gestärkt werden. Es ist anzunehmen, dass dadurch auch die Anerkennung des Q13 innerhalb der Fakultäten gestärkt wird. Für die Umsetzung sind eine ausreichende Anzahl an Professuren und Forschungsabteilungen notwendig.

b. Zusammenarbeit. Zusammenarbeit ist der Faktor, welcher insbesondere bei mangelnden Ressourcen durch die Experten als durchweg förderlich wahrgenommen wird (Tabelle 11). Gelingen Absprachen und gemeinsame Ressourcennutzung, werden Lehrende entlastet, Fehler vermieden und Lehrinhalte sinnvoller aufeinander abgestimmt.

Das konkrete Entlastungspotential wird zum einen in einer fächerübergreifenden Lehre gesehen. Inhaltliche Schnittstellen seien beispielsweise bei der Vermittlung kommunikativer Kompetenzen, psychosozialer Inhalte sowie krankheitsspezifischer Symptomkontrolle zu finden (Lloyd-Jones et al. 1998; Roze des Ordon et al. 2016). Insbesondere bei der Lehre

der Symptomkontrolle bietet sich eine enge Vernetzung mit dem neuesten Querschnittsfach der Schmerzmedizin (Q14) an.

Darüber hinaus sollte die Zusammenarbeit zwischen den Fakultäten ausgebaut werden. Die Vernetzung kann genutzt werden, um gemeinsam Lehr- und Prüfungskonzepte effizienter weiterzuentwickeln. Ein Produkt gelungener Zusammenarbeit von Studierenden und Lehrenden ist beispielsweise die „Münchner Erklärung“ (Dietz et al. 2011). Sie bildet ein Grundsatzpapier, welches gemeinsame Ziele und Richtlinien für den Implementierungsprozess benennt und so wichtige Impulse für die Weiterentwicklung des Q13 setzen konnte.

Intensivierte Zusammenarbeit habe laut interviewten Experten zudem eine Kontrollfunktion. Durch den Erfahrungsaustausch würde die Wiederholung von Fehlern vermieden. Publikationen zu Teamwork in der Intensivmedizin bestätigen, dass eng vernetzte Zusammenarbeit einen wichtigen Beitrag zur Kontrolle der Arbeitsqualität leisten kann (Thomas et al. 2004; Kaji et al. 2006).

Bislang ungenutztes Potential sehen Lehrkoordinatoren im Teilen von Lehr- und Prüfungsinhalten. Vorgeschlagen wird eine Online-Plattform um Lehrmethoden (Videos, E-Learning-Module) und Prüfungsinhalte zu teilen. Einen ersten Vorstoß gibt es bereits. Seit 2014 besteht die „Pallithek“ der AG Bildung (DGP). Hierbei handelt es sich um eine online verfügbare Mediendatenbank zum Austausch von Lehrmedien, die sich mit den Themen „Sterben, Tod und Trauer“ beschäftigen.

c. Flexibilität und Auslastung des Medizinstudiums. Laut der vorliegenden Forschungsarbeit scheitert insbesondere die longitudinale Implementierung an vielen Standorten an mangelnder Flexibilität und mangelndem Freiraum innerhalb der Curricula. Auch Frist und Presley kommen nach einer umfassenden Literaturstudie zu dem Schluss, dass die hohe Auslastung des Medizinstudiums eine wesentliche Hürde für die Einführung von Palliativmedizin bedeutet (Frist und Presley 2015). Als Ursache sehen Berwick und Finkelstein die Expansion medizinischen Wissens, welche in eine inhaltliche Überlastung des Studiums münden kann. Dieses angespannte Klima führt dazu, dass Umbau- und Innovationsprozesse im Wesentlichen als zusätzliche Belastung wahrgenommen werden (Berwick und Finkelstein 2010). In einer weiteren Studie konnte zudem explizit gezeigt werden, dass die Auslastung des Führungspersonals eine wesentliche Hürde bei Umstrukturierungen im Medizinstudium darstellt (Hudson et al. 2015).

Umgekehrt würden größere Umstrukturierungsprozesse (z.B. Umstellung auf Modellstudiengang bzw. modularisierte Lehre) eine umfassende Implementierung des Q13 deutlich erleichtern. Auch erfahrungsbasierte Publikationen bestätigen, dass größere curriculare Umbauprozesse für die Einführung hilfreich seien (Quill et al. 2003; Schulz et al. 2015). Die Auflösung klassischer Fächergrenzen und Öffnung des Medizinstudiums hin zu

kompetenzbasierter Lehre (6.3.1 „Die Bedeutung kompetenzbasierter Lehrkonzepte“) bieten somit wichtige Impulse um den Q13 umfassender in das Medizinstudium zu integrieren.

d. Erfahrungen. Insbesondere zu Beginn des Implementierungsprozesses stellte der mangelnde Erfahrungsschatz ein Hindernis für die Lehrbeauftragten dar. Sowohl durch den Erfahrungsgewinn der letzten Jahre als auch durch den Austausch mit Kollegen und die steigende Anzahl an Publikationen ist davon auszugehen, dass dieses Problem in Zukunft weithin an Bedeutung verliert.

e. Personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen. Der Mangel an zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen kann in dieser Arbeit als Hauptursache für Defizite in der Ausgestaltung palliativmedizinischer Lehre identifiziert werden. Zudem korrelieren „Mangelnde Ressourcen“ (K2-A4) innerhalb der hinderlichen Faktoren am deutlichsten mit einem hohen Ausmaß an Unzufriedenheit (Tabelle 11). An den unzureichenden Mitteln scheiterten die Umsetzung von kleinen Gruppengrößen, supervidiertem Patientenkontakt, geeigneten Lehrmethoden (Einsatz von Schauspielpatienten), validen Prüfungsformaten sowie die Koordination multiprofessioneller Teams. Zudem würden Innovationsprozesse deutlich erschwert.

Die hohe personelle Auslastung an Universitätskliniken ist keine neue Erkenntnis. Publikationen bestätigen dies und kritisieren, dass steigende Anforderungen an Klinik, Forschung und Lehre dazu führen, dass die Komplexität der Aufgaben durch Einzelpersonen nicht mehr zu leisten ist (Ury et al. 2000; Watson 2003). Nicht nur die steigenden Anforderungen, auch die Ökonomisierung des Gesundheits- und Bildungssektors erhöhen den Leistungsdruck (Davis 1998; Maio 2012). Einsparungen und Kürzungen im Personalbereich führen zu einer hohen Auslastung der Beschäftigten (Ludmerer 1999; Ury et al. 2000; Watson 2003; Hudson et al. 2015). Für die Einführung des Q13 kam erschwerend hinzu, dass weder zusätzliche Gelder noch Unterrichtseinheiten bereitgestellt wurden (Schiessl et al. 2013a). Die Interviewergebnisse bestätigen eine entsprechend hohe Auslastung der befragten Koordinatoren.

Die Folge der unzureichenden Kapazitäten sind Defizite, welche sich insbesondere auf den Bereich Lehre auswirken. Während Forschung und Klinik zusätzlich durch Industrien und Krankenkassen finanziert und unterstützt werden, wird die studentische Ausbildung in der Regel nicht durch extrauniversitäre Geldgeber gefördert (Watson 2003). Watson et al. sehen eine Lösungsmöglichkeit in einer grundlegenden Separierung der drei Teilbereiche. Sie fordern die Einrichtung medizinischer Ausbildungszentren, welche sich ausschließlich mit Lehre beschäftigen. So wird die Verwaltung vereinfacht, sodass Lehre effizienter und ressourcenschonender organisiert werden kann (Watson 2003). Es ist jedoch anzunehmen, dass die Entkopplung von Klinik und Lehre praxisnahen Unterricht deutlich erschwert. Dieser

hat jedoch eine hohe Bedeutung für das Gelingen palliativmedizinischer Lehre (6.3.1 „Bedeutung des Rollenmodells“; 6.3.2 „Patientenzugang“), sodass der Vorschlag für den Q13 mit Zurückhaltung betrachtet werden sollte.

Lösungsmöglichkeiten, deren Nutzen für den Q13 hingegen bereits gezeigt werden konnten, sind extracurriculares Engagement und die Finanzierung über Drittmittel. Die Lehrkoordinatoren fordern jedoch explizit ein, dass die ausreichende Finanzierung auch institutionell gewährleistet werden muss. Roze des Ordon et al. betonen ebenfalls, dass ausreichende Wertschätzung auch ausreichende Finanzierung bedeutet und die Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige Lehre darstellt (Roze des Ordon et al. 2016).

Diesem Gedanken folgend sind Einsparungen in palliativmedizinischer Lehre auch unter ökonomischen Gesichtspunkten als mittel- und langfristig falsch anzusehen. Bereits in der Einleitung dieser Arbeit wurde auf das gesundheitsökonomische Potential palliativmedizinischer Versorgung hingewiesen. Sweeney et al. konnten zeigen, dass Gesundheitsausgaben durch frühzeitige Integration palliativmedizinischer Versorgung deutlich gesenkt und gleichzeitig das Wohlbefinden der Patienten gebessert wird. 756 Patienten mit lebenslimitierender Erkrankung wurden in ihre Studie eingeschlossen. Aufgeteilt wurden sie in eine Interventionsgruppe, welche zusätzlich palliativmedizinische Versorgung erhielt und eine Kontrollgruppe mit ausschließlich onkologischer Betreuung. In der Interventionsgruppe waren der Einsatz intensiver Therapieverfahren sowie die Anzahl an Krankenhausaufenthalten signifikant niedriger, sodass die medizinischen Kosten deutlich geringer waren. Gleichzeitig war das Wohlbefinden der Patienten höher (Sweeney et al. 2007). Ähnliches zeigt eine hochrangig publizierte Studie an Patienten mit Bronchialkarzinomen. In der Gruppe mit palliativmedizinischer Betreuung wurden weniger aggressive Therapien eingesetzt, Patienten litten deutlich seltener unter Depressionen und sogar das mittlere Überleben wurde verlängert (Temel et al. 2010). Die intensivere persönliche Betreuung und die Bereitschaft, Patientenängste zu erkennen und offen zu thematisieren, sind wesentliche Faktoren, die die Unterschiede erklären. Der frühzeitige Einbezug der Palliativmedizin gibt Patienten die Sicherheit, dass ärztliche Betreuung bei Inkurabilität nicht aufhört, sondern im Gegenteil die Symptome wirkungsvoll lindern kann. Wie die vorliegende Studie zeigt, ist aus Sicht der Lehrenden eine gelungene palliativmedizinische Ausbildung wesentlich, damit die angehenden Ärztinnen und Ärzte ihre Berührungängste verlieren und Patienten am Lebensende bedürfnisorientiert und umfassend behandeln können.

Eine ausreichende Finanzierung ist somit einzufordern. Bislang fehlt jedoch eine Bedarfserhebung, welche die notwendige Anzahl an Personalstellen und Lehreinheiten sowie die ausreichende finanzielle Ausstattung definiert. Eine entsprechende Studie sollte erfolgen, um Defizite zu objektivieren und entsprechende Forderungen zu unterstützen.

6.3.4 Qualitätssicherung

In dieser Arbeit wurden explizite Faktoren für die Qualitätssicherung palliativmedizinischer Lehre (K4) identifiziert. Es ist jedoch grundlegend anzumerken, dass die Qualität palliativmedizinischer Lehre im Wesentlichen das Produkt ihrer Ausgestaltung ist. Für die Lehrqualität ist es somit entscheidend, inwieweit die extrahierten Gestaltungscharakteristika (K1) in Anbetracht der hinderlichen (K2) und förderlichen Faktoren (K3) umgesetzt werden können. Folglich lässt sich der Großteil der für die Qualitätssicherung relevanten Faktoren bereits in den vorangehenden Abschnitten zur Ausgestaltung wiederfinden (Tabelle 12). Im folgenden Abschnitt wird sich daher ausschließlich auf die Diskussion der bislang noch nicht thematisierten Faktoren beschränkt.

Tabelle 12: Diskussion der Faktoren zur Qualitätssicherung

Faktor	diskutiert in Abschnitt...
K4-A1: Grundvoraussetzungen	
B1: Ausreichende Finanzierung	6.3.3 (S.65) – Personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen
B2: Institutionelle Verankerung	6.3.1 (S.49) – Die Bedeutung institutioneller Verankerung
K4-A2: Möglichkeiten zur Standardisierung	
B1: Curriculum	6.3.4 – <i>Qualitätssicherung</i>
B2: Zusammenarbeit	6.3.3 (S.64) – Zusammenarbeit
K4-A3: Evaluationsmöglichkeiten	
B1: Studentische Evaluation	6.3.4 - <i>Qualitätssicherung</i>
B2: Langzeitstudie	6.3.4 - <i>Qualitätssicherung</i>
B3: Valide Prüfungsverfahren	6.3.1 (S.31) – Valide Prüfungsverfahren

Curriculum. Obwohl gemeinsame Richtlinien als eine wichtige Hilfestellung im Implementierungsprozess erlebt werden, wird ein standardisiertes Curriculum vom Großteil der befragten Experten abgelehnt.

Der Mehrwert eines verpflichtenden Vorgabenkatalogs ist somit zu hinterfragen. Es zeigt sich, dass die fakultativen Vorgaben der DGP auch ohne Verpflichtung umfassend in die Ausgestaltung der Lehre aufgenommen wurden. Dies lässt sich explizit in der hohen Übereinstimmung zwischen Prüfungsinhalten und DGP-Richtlinienkatalog erkennen (DGP 2009; Seidemann et al. 2015). Zudem konnte gezeigt werden, dass mangelnde Umsetzung

in der Regel auf strukturelle Defizite (mangelnde Ressourcen, überfüllte Curricula) zurückzuführen ist und nicht auf Unlust oder Extravaganzen der Verantwortlichen.

Es ist anzunehmen, dass ein zusätzlicher Druck, insbesondere an strukturschwachen Standorten, zu zusätzlichem Frust und Ablehnung führen würde. Die fakultätsübergreifende Zusammenarbeit würde dadurch weiterhin erschwert.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass ausreichender Freiraum wesentlich ist, um die Ausgestaltung standortspezifisch anpassen zu können. Zudem ist es ein wesentlicher Motivator für Lehrende, eigene Gestaltungsideen einbringen zu können. Auch Berwick und Finkelstein weisen darauf hin, dass die Lehrqualität erheblich von Freiräumen für individuelle Ideen und Anpassungsmöglichkeiten profitiert. Sie stellen fest, dass die Ausformulierung gemeinsamer Ziele wichtiger ist, als die Standardisierung der Ausgestaltung (Berwick und Finkelstein 2010).

Folglich ist eine Weiterentwicklung des bestehenden und von den Experten geschätzten Gegenstandskatalogs der DGP (DGP 2009) als ausreichend zu betrachten. Wird dieser an aktuelle Erkenntnisse angepasst, kann er die Lehrkoordinatoren wirkungsvoll in der Ausgestaltung des Q13 unterstützen.

Studentische Evaluation. Das mit Abstand am häufigsten angewandte Evaluationsverfahren in der palliativmedizinischen Lehre ist die studentische Evaluation (95,83% der Fakultäten; Tabelle 4). Die Aussagekraft des Verfahrens ist unter den Lehrkoordinatoren jedoch umstritten.

Skeptische Stimmen sind der Auffassung, dass das Verfahren keine Rückmeldung über die Lehrqualität erlaubt. Die Bewertung Studierender würde wesentlich dadurch beeinflusst, ob sie Spaß am Unterricht hatten. Anstrengende aber dafür hochwertigere Unterrichtsstunden würden so zu Unrecht schlechter bewertet. Die Studie von Zeidner et al. zur Wahrnehmung von Prüfungen konnte ebenfalls zeigen, dass bei Studierenden ein weniger aufwendiges Verfahren (MC-Klausur) beliebter ist als dasjenige, welches sie als geeigneter und hochwertiger betrachten. Gleichzeitig zeigt die Studie, dass sich Studierende trotz der Präferenz darüber bewusst sind, welches Verfahren das validere ist (Zeidner 1987). Mason und Ellershaw konnten darüber hinaus zeigen, dass Studierende auch ihre eigenen Fähigkeiten adäquat beurteilen können (Mason und Ellershaw 2004). Es lässt sich somit ableiten, dass die Evaluation durch Studierende durchaus wichtige Rückschlüsse auf die Lehrqualität zulässt. Geeignet wäre beispielsweise ein Vorher-Nachher-Vergleich mit Bitte um Einschätzung der eigenen Fähigkeiten.

Langzeitstudie. Ein Lehrkoordinator schlug eine Langzeitstudie vor, welche Studierende während der Lehre und anschließend als Ärzte im Berufsleben begleitet. Diese könne eine wichtige Rückmeldung über die Lehrqualität geben. Derzeit gibt es ein solches Verfahren

nicht, was am ehesten durch die kurze Geschichte des Fachbereichs und den hohen organisatorischen Aufwand zu erklären ist. Kritisch zu betrachten ist darüber hinaus, dass die Rückmeldungen erst einige Jahre später einträfen, sodass nur mit deutlicher Verzögerung auf die Ergebnisse reagiert werden könnte. Ein entsprechendes Verfahren wäre somit nicht für die kurz- und mittelfristige Verbesserung der Lehrqualität geeignet. Langfristig könnte es jedoch interessante Rückmeldungen über die grundsätzliche Bedeutung der Gestaltungscharakteristika palliativmedizinischer Lehre geben.

6.4 Schlussfolgerung

Die vorliegende Forschungsarbeit leistet einen wesentlichen Beitrag, die Ausbildungsqualität von Medizinstudierenden im Fachbereich Palliativmedizin nachhaltig zu verbessern. Zum einen wurden wesentliche Gestaltungskriterien für die Ausbildung im Q13 identifiziert und in ihrer Bedeutung diskutiert. Hervorzuheben sind der Wert inter- und multiprofessioneller Zusammenarbeit, kompetenzbasierter Strukturierung der Lehrinhalte sowie der Einsatz von Kleingruppenformaten, direktem Patientenzugang und validen Prüfungsverfahren und ein Ausbau der Forschungsarbeit. Es konnte gezeigt werden, dass in der derzeitigen Ausgestaltung deutliche Defizite bestehen. Insbesondere die Prüfungsqualität und die Anzahl an Professuren sind aus Sicht der Lehrenden unzureichend.

Darüber hinaus ließen sich Faktoren extrahieren, die einen entscheidenden Einfluss auf den Implementierungsprozess haben und mutmaßlich für die Diskrepanzen in der Ausgestaltung verantwortlich sind. Durch diese Erkenntnisse können nun Lösungsansätze diskutiert und Wege zur konkreten Umsetzung hochwertiger Lehr- und Prüfungskonzepte aufgezeigt werden. Als bedeutendstes Hindernis wurde ein Mangel an personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen identifiziert. Wichtige Lösungsstrategien bilden der Ausbau von Vernetzung und Zusammenarbeit sowie die Generierung von Drittmitteln und ehrenamtlicher Unterstützung. Für eine nachhaltige Verbesserung der Ausbildungsqualität sollte der Wert von Teamarbeit erkannt und ausgebaut werden, da so insbesondere die Ausarbeitung kompetenzbasierter und ressourcensparender Lehr- und Prüfungsformate effizient vorangetrieben werden kann. Grundsätzlich muss jedoch auch eine ausreichende institutionelle Verankerung und Ausstattung der Lehre gewährleistet sein. Um Mängel zu objektivieren, sollte eine Bedarfserhebung (Anzahl an Lehrstunden und Unterrichtseinheiten) erstellt werden, welche entsprechende Forderungen unterstützen kann. Gelingt es, deutschlandweit eine qualitativ hochwertige Ausbildungsqualität in Palliativmedizin anzubieten, wird ein wesentlicher Beitrag geleistet, die medizinische Versorgung von Menschen am Lebensende in den nächsten Jahren grundlegend zu verbessern.

7 Zusammenfassung

Im Jahr 2009 wurde das Fach Palliativmedizin als Querschnittsbereich 13 (Q13) als Pflichtlehr- und Prüfungsfach in die Approbationsordnung für Ärzte aufgenommen. In wiederholten Umfragen an den medizinischen Fakultäten zeigte sich eine starke qualitative und quantitative Heterogenität in der palliativmedizinischen Ausbildung. In dieser Arbeit wurden daher zunächst inhaltliche, personelle und strukturelle Rahmenbedingungen des Q13 erfasst, um in diesem Kontext die für den Implementierungsprozess förderlichen und hinderlichen Faktoren zu identifizieren. Darauf aufbauend wurden konkrete Realisierungswege für eine gelungene palliativmedizinische Lehre erarbeitet.

Das Studiendesign war zweistufig. Zunächst wurde im Rahmen eines Fragebogenprojektes der Universitätsklinik Heidelberg mit 34 der 36 Lehrkoordinatoren für Palliativmedizin anhand von zwei offenen Fragen ein erster Überblick über förderliche und hinderliche Faktoren des Implementierungsprozesses erfasst (Phase 1). Auf Grundlage dieser Ergebnisse wurden in der Phase 2 weiterführende leitfadengestützte Experteninterviews mit insgesamt 15 Lehrbeauftragten (als Schlüsselpersonen im Implementierungsprozess) durchgeführt. Die Interviews wurden transkribiert und inhaltsanalytisch nach Meuser und Nagel ausgewertet.

Nach Ansicht der Lehrkoordinatoren gilt es, den Q13 als fächer- und kompetenzübergreifenden Fachbereich in das Medizinstudium zu integrieren. Strukturell brauche es ein longitudinal verankertes Fach, personell die Zusammenarbeit verschiedener ärztlicher und nicht-ärztlicher Berufsgruppen. Inhaltlich sollten sowohl faktische Inhalte als auch Fertigkeiten und Haltungen anhand einer Kombination verschiedener Lehrformate, Lehrmaterialien und Prüfungsformate vermittelt werden. Als Ursachen für bestehende Defizite wurden seitens der Lehrverantwortlichen die mangelnde Anerkennung des Fachbereichs, die starre Struktur eines ausgelasteten Medizinstudiums, mangelnde Erfahrungen sowie mangelnde personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen identifiziert. Angesichts der Herausforderungen stellten Anerkennung und Unterstützung, inner- und interfakultäre Zusammenarbeit, extracurriculares Engagement, Drittmittel und grundlegende Umstrukturierungsprozesse förderliche Faktoren für den Implementierungsprozess dar.

Um die Implementierung voranzutreiben, sollte der Wert von Teamarbeit deutlicher erkannt und ausgebaut werden. So könnte insbesondere die Ausarbeitung kompetenzbasierter und ressourcensparender Lehr- und Prüfungsformate effizient vorangetrieben werden. Grundsätzlich bräuchte es zudem eine Verbesserung der institutionellen Verankerung und Ausstattung. Um Mängel zu objektivieren, sollte eine Bedarfserhebung (Anzahl an Lehrstunden und Unterrichtseinheiten) erstellt werden, die entsprechende Forderungen unterstützen kann.

Insgesamt konnte durch dieses Dissertationsprojekt eine wichtige und praxisrelevante Erkenntnislücke für eine durchgreifende Implementierung des Q13 Palliativmedizin an den medizinischen Fakultäten in Deutschland geschlossen werden.

8 Anhang

Phase 1:

- a. **Fragebogen:** *„Befragung zu Prüfungen in der Palliativmedizin 2014“*

Phase 2:

- b. **Anschreiben:** *„Einladung zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Studie Förderliche und hinderliche Faktoren des Implementierungsprozess des Q13 Palliativmedizin an den deutschen medizinischen Fakultäten“*
- c. **Interviewaufklärung:** *„Information und Aufklärung für Lehrbeauftragte der Palliativmedizin“*
- d. **Einverständniserklärung:** *„Einwilligungserklärung“*
- e. **Leitfaden:** *„Leitfaden zu Interviews mit Lehreverantwortlichen im Rahmen der Studie: Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementierung des Querschnittsbereichs 13 (Q13) Palliativmedizin in die studentische Lehre“*

Strukturdatenerhebung 2015

- f. **Fragebogen zur Strukturdatenerhebung 2015:** *„Ergänzender Fragebogen zur Lehrumfrage Palliativmedizin 2014/2015 Im Rahmen der Studie: Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementierung des Querschnittsbereichs 13 (Q13) Palliativmedizin in die medizinische Lehre“*

9 Literaturverzeichnis

ÄApprO Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die durch Artikel 5 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist.

Alt-Epping B, Lohse C, Viebahn C, Steinbüchel N von, Benze G, Nauck F (2014): On death and dying - an exploratory and evaluative study of a reflective, interdisciplinary course element in undergraduate anatomy teaching. *BMC Med Educ* 14, 1–7

Anneser J, Kunath N, Krautheim V, Borasio GD (2014): Needs, Expectations, and Concerns of Medical Students Regarding End-of-Life Issues before the Introduction of a Mandatory Undergraduate Palliative Care Curriculum. *J Palliat Med* 17, 1201–1205

Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, Loureiro E, Ratajska A, Silverman J, Winterburn S, Rosenbaum M (2013): A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns* 93, 18–26

Bachmann C, Kiessling C, Härtl A, Haak R (2016): Communication in Health Professions: A European consensus on inter- and multi-professional learning objectives in German. *GMS Z Für Med Ausbild* 33, 1–13.

<https://doi.org/10.3205/zma001022>; Zugriff am 31.08.2016

Barnard D, Quill T, Hafferty FW, Arnold R, Plumb J, Bulger R, Field M (1999): Preparing the ground: contributions of the preclinical years to medical education for care near the end of life. Working Group on the Pre-clinical Years of the National Consensus Conference on Medical Education for Care Near the End of Life. *Acad Med* 74, 499–505

Barnard D, Towers AM, Boston P, Lambrinidou Y: *Crossing Over: Narratives of Palliative Care*. Oxford University Press, Oxford, New York 2000

Becker G, Hatami I, Xander C, Dworschak-Flach B, Olschewski M, Momm F, Deibert P, Higginson IJ, Blum HE (2011): Palliative cancer care: An epidemiologic study. *J Clin Oncol* 29, 646–650

Benbassat J (2014): Role modeling in medical education: the importance of a reflective imitation. *Acad Med* 89, 1–5

- Berwick DM, Finkelstein JA (2010): Preparing Medical Students for the Continual Improvement of Health and Health Care: Abraham Flexner and the New “Public Interest”. *Acad Med* 85, 56–65
- Bligh DA: What’s the use of lectures? (The Jossey-Bass higher and adult education series). Jossey-Bass Publishers, San Francisco 2000
- Boaden N, Leaviss J (2000): Putting teamwork in context. *Med Educ* 34, 921–927
- Boland JW, Dikomitis L, Gadoud A (2016): Medical students writing on death, dying and palliative care: a qualitative analysis of reflective essays. *BMJ Support Palliat Care* 6, 486-492
- Boulton-Lewis GM (1995): The SOLO Taxonomy as a Means of Shaping and Assessing Learning in Higher Education. *High Educ Res Dev* 14, 143–154
- Braun UK, Gill AC, Teal CR, Morrison LJ (2013): The utility of reflective writing after a palliative care experience: can we assess medical students’ professionalism? *J Palliat Med* 16, 1342–1349
- Brody H (1998): The family physician: what sort of person? *Fam Med* 30, 589–593
- Brown JB, Sangster M, Swift J (1998): Factors influencing palliative care. Qualitative study of family physicians’ practices. *Can Fam Physician Médecin Fam Can* 44, 1028–1034
- CanMEDS 2000: Extract from the CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group Report (2000) *Med Teach* 22, 549–554
- Carrasco JM, Lynch TJ, Garralda E, Woitha K, Elsner F, Filbet M, Ellershaw JE, Clark D, Centeno C (2015): Palliative Care Medical Education in European Universities: A Descriptive Study and Numerical Scoring System Proposal for Assessing Educational Development. *J Pain Symptom Manage* 50, 516–523
- Chenot J, Ehrhardt M (2003): Objective structured clinical examination (OSCE) in der medizinischen Ausbildung: Eine Alternative zur Klausur. *ZFA - Z Für Allg* 79, 437–442
- Coles C (1996): Undergraduate education and palliative care. *Palliat Med* 10, 93–98
- Considine J, Botti M, Thomas S (2005): Design, format, validity and reliability of multiple choice questions for use in nursing research and education. *Collegian* 12, 19–24

Crawford GB, Zambrano SC (2015): Junior Doctors' Views of How Their Undergraduate Clinical Electives in Palliative Care Influenced Their Current Practice of Medicine: *Acad Med* 90, 338–344

Dannenberg KA, Stroben F, Schröder T, Thomas A, Hautz WE (2016): The future of practical skills in undergraduate medical education - an explorative Delphi-Study. *GMS J Med Educ* 33, <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2016-33/zma001061.shtml>; Zugriff am 01.11.2016

Davies D, Dodd J (2002): Qualitative Research and the Question of Rigor. *Qual Health Res* 12, 279–289

Davis D (1998): Continuing medical education Global health, global learning. *BMJ* 316, 385–389

DGP (2009): Grundlagen der Palliativmedizin - Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin. 2. überarbeitete Fassung. o. O. <http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/ag/090810%20AG%20AFW%20Curriculum%20Studierende%20Elsner%20Stand%20090810.pdf>; Zugriff am 26.01.2015

DGP, DHPV, Bundesärztekammer (2010): Charta zur Betreuung Sterbender. http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl_files/dokumente/Charta_Langfassung2010.pdf; Zugriff am 10.02.2015

DGP (2017). <http://www.wegweiser-hospiz.de/angebote/erwachsene>; Zugriff am 18.01.2017

DHPV (2014). http://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html; Zugriff am 13.02.2015

Dietz I, Elsner F, Schiessl C, Borasio GD (2011): Die Münchner Erklärung – Eckpunkte zur Etablierung der Lehre im neuen Querschnittsbereich 13: Palliativmedizin an deutschen Fakultäten. *GMS Z Für Med Ausbild* 28. <https://doi.org/10.3205/zma000763>; Zugriff am 05.11.2016

Elsner F, Centeno C, Cetto G, de Conno F, Ellershaw J, Eychmuller S, Filbet M, Larkin P, Mason S (2007): Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine at European Medical Schools.

<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=S1MI-tulutQ%3D>; Zugriff am 10.07.2017

Eva KW (2002): Teamwork during education: the whole is not always greater than the sum of the parts. *Med Educ* 36, 314–316

Ferris FD, Bruera E, Cherny N, Cummings C, Currow D, Dudgeon D, JanJan N, Strasser F, von Gunten CF, Von Roenn JH (2009): Palliative Cancer Care a Decade Later: Accomplishments, the Need, Next Steps--From the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 27, 3052–3058

Field D (1998): Special not different: general practitioners' accounts of their care of dying people. *Soc Sci Med* 1982 46, 1111–1120

Fineberg IC, Wenger NS, Forrow L (2004): Interdisciplinary education: evaluation of a palliative care training intervention for pre-professionals. *Acad Med* 79, 769–776

Frank JR, Danoff D (2007): The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach* 29, 642–647

Fransson A (1977): On qualitative differences in learning: IV -- effects of intrinsic motivation and extrinsic test anxiety on process and outcome. *Br J Educ Psychol* 47, 244–257

Frist WH, Presley MK (2015): Training the next generation of doctors in palliative care is the key to the new era of value-based care. *Acad Med* 90, 268–271

Garz D, Kraimer K (Hrsg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Westdeutscher Verlag, Opladen 1991

Gastmans C (1999): Care as a moral attitude in nursing. *Nurs Ethics* 6, 214–223

Gibbins J, McCoubrie R, Maher J, Forbes K (2009): Incorporating palliative care into undergraduate curricula: lessons for curriculum development. *Med Educ* 43, 776–783

Gibbins J, McCoubrie R, Maher J, Wee B, Forbes K (2010): Recognizing that it is part and parcel of what they do: teaching palliative care to medical students in the UK. *Palliat Med* 24, 299–305

- Gibbins J, McCoubrie R, Forbes K (2011): Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? *Med Educ* 45, 389–399
- Gläser J, Laudel G: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2010
- Glicken AD, Merenstein GB (2007): Addressing the hidden curriculum: understanding educator professionalism. *Med Teach* 29, 54–57
- Goethe Universität Frankfurt am Main (2015): Studierendenstatistik.
- Hafferty FW: Into the valley: death and the socialization of medical students. Yale University Press, New Haven 1991
- Harden RM, Gleeson FA (1979): Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Med Educ* 13, 41–54
- Hauer KE, O'Brien BC, Hansen LA, Hirsh D, Ma IH, Ogur B, Poncelet AN, Alexander EK, Teherani A (2012): More Is Better: Students Describe Successful and Unsuccessful Experiences With Teachers Differently in Brief and Longitudinal Relationships. *Acad Med* 87, 1389–1396
- Hauer KE, ten Cate O, Boscardin C, Irby DM, Iobst W, O'Sullivan PS (2013): Understanding trust as an essential element of trainee supervision and learning in the workplace. *Adv Health Sci Educ* 19, 435–456
- Hautz SC, Hautz WE, Keller N, Feufel MA, Spies C (2015): The scholar role in the National Competence Based Catalogues of Learning Objectives for Undergraduate Medical Education (NKLM) compared to other international frameworks.
- Hawkins AH (1992): Charting Dante: the Inferno and medical education. *Lit Med* 11, 200–215
- Herzog S, Lützu P von, Henkel W, Zernikow B (2010): Der Schatz dieser Weiterbildung ist das Multiprofessionelle. *Z Für Palliativmedizin* 11, 126
- Hildebrandt J, Ilse B, Schiessl C (2013): „Traumcurriculum“ - Wünsche Medizinstudierender an die Ausbildung in Palliativmedizin. *Z Für Palliativmedizin* 14, 80–84
- Hirsh DA, Ogur B, Thibault GE, Cox M (2007): “Continuity” as an Organizing Principle for Clinical Education Reform. *N Engl J Med* 356, 858–866

Ho A, Jameson K, Pavlish C (2016): An exploratory study of interprofessional collaboration in end-of-life decision-making beyond palliative care settings. *J Interprof Care* 30, 1–9

Holmboe ES (2015): Realizing the Promise of Competency-Based Medical Education. *Acad Med* 90, 411–413

Hudson JN, Farmer EA, Weston KM, Bushnell JA (2015): Using a framework to implement large-scale innovation in medical education with the intent of achieving sustainability. *BMC Med Educ* 15, 2

Ilse B, Hildebrandt J, Posselt J, Laske A, Dietz I, Borasio GD, Kopf A, Nauck F, Elsner F, Wedding U, Alt-Epping B (2012): Palliativmedizinische Lehre in Deutschland: Planungen der Fakultäten zum zukünftigen Querschnittsfach 13. *GMS Z Für Med Ausbild* 29, 1-12. <http://www.egms.de/pdf/journals/zma/2012-29/zma000817.pdf>; Zugriff am 27.11.2014

Ilse B, Alt-Epping B, Kiesewetter I, Elsner F, Hildebrandt J, Laske A, Scherg A, Schiessl C (2015): Undergraduate education in palliative medicine in Germany: a longitudinal perspective on curricular and infrastructural development. *BMC Med Educ* 15, 1–6

Irby D, DeMers J, Scher M, Matthews D (1976): A model for the improvement of medical faculty lecturing. *J Med Educ* 51, 403–409

Jarvis-Selinger S, Pratt DD, Regehr G (2012): Competency is not enough: integrating identity formation into the medical education discourse. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 87, 1185–1190

Jendyk R, Maisel P (2013): Die Lehre im Fach Palliativmedizin an den medizinischen Fakultäten in Deutschland: Eine Analyse des Status quo. *Z Für Allg* 89, 276–279

Jilg S, Möltner A, Berberat P, Fischer MR, Breckwoldt J (2015): How do Supervising Clinicians of a University Hospital and Associated Teaching Hospitals Rate the Relevance of the Key Competencies within the CanMEDS Roles Framework in Respect to Teaching in Clinical Clerkships. *GMS Z Für Med Ausbild* 32, 1-21. <https://doi.org/10.3205/zma000975>; Zugriff am 14.01.2017

Jippes E, van Engelen JML, Brand PLP, Oudkerk M (2010): Competency-based (CanMEDS) residency training programme in radiology: systematic design procedure, curriculum and success factors. *Eur Radiol* 20, 967–977

Johnstone SM, Soares L (2014): Principles for Developing Competency-Based Education Programs. *Change Mag High Learn* 46, 12–19

Kaiser R: *Qualitative Experteninterviews*. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden 2014

Kaji AH, Gausche-Hill M, Conrad H, Young KD, Koenig WJ, Dorsey E, Lewis RJ (2006): Emergency medical services system changes reduce pediatric epinephrine dosing errors in the prehospital setting. *Pediatrics* 118, 1493–1500

Kelle U, Kluge S: *Vom Einzelfall zum Typus - Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. 2. Auflage; Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2010

Kolb DA: *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Second Edition; Pearson Education, Inc, Upper Saddle River, New Jersey 2015

Krupper E, Jünger J, Nikendei C (2009): Einsatz innovativer Lern- und Prüfungsmethoden an den Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland – Eine aktuelle Bestandsaufnahme. *DMW - Dtsch Med Wochenschr* 134, 371–372

Kulhavy RW, Dyer JW, Silver L (1975): The Effects of Notetaking and Test Expectancy on the Learning of Text Material. *J Educ Res* 68, 363–365

Laske A, Dietz I, Ilse B, Nauck F, Elsner F (2010): Palliativmedizinische Lehre in Deutschland: Bestandsaufnahme an den medizinischen Fakultäten 2009. *Z Für Palliativmedizin* 18–25

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Kurzversion 1.0, 2015.

Leung W-C (2002): Competency based medical training: review. *BMJ* 325, 693–696

Lloyd-Jones G, Ellershaw J, Wilkinson S, Bligh JG (1998): The use of multidisciplinary consensus groups in the planning phase of an integrated problem-based curriculum. *Med Educ* 32, 278–282

- Lloyd-Williams M, Macleod RDM (2004): A systematic review of teaching and learning in palliative care within the medical undergraduate curriculum. *Med Teach* 26, 683–690
- Long DM (2000): Competency-based residency training: the next advance in graduate medical education. *Acad Med* 75, 1178–1183
- Long T, Johnson M (2000): Rigour, reliability and validity in qualitative research. *Clin Eff Nurs* 4, 30–37
- Ludmerer KM: Time to heal: American medical education from the turn of the century to the era of managed care. Oxford University Press, Oxford, New York 1999
- MacLeod RD (2001): On reflection: doctors learning to care for people who are dying. *Soc Sci Med* 1982 52, 1719–1727
- Maio G (2012): Gesundheitswesen: Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? *Dtsch Ärztebl* 109, 804–807
- Mason S, Ellershaw J (2004): Assessing undergraduate palliative care education: validity and reliability of two scales examining perceived efficacy and outcome expectancies in palliative care. *Med Educ* 38, 1103–1110
- Medizinischer Fakultätentag (MFT), Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (2015): Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin.
http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf; Zugriff am 19.09.2016
- Meekin SA, Klein JE, Fleischmann AR, Fins JJ (2000): Development of a Palliative Education Assessment Tool for Medical Student Education. *Acad Med* 986–992
- Meiritz A (2015). <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/sterbehilfe-debatte-im-bundestag-ist-sachlich-und-emotional-zugleich-a-1061417.html>; Zugriff am 15.07.2016
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina und Union der deutschen Akademie der Wissenschaften (Hrsg.): Palliativversorgung in Deutschland - Perspektiven für Praxis und Forschung. o. Verl., Halle 2015.
http://www.akademienunion.de/fileadmin/redaktion/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/2015_Palliativversorgung_LF_DE.pdf; Zugriff am 26.09.2016
- Nauck F, Dlubis-Mertens K (2011): Germany has adopted a charter for the care of the critically ill and the dying. *Eur J Palliat Care* 18(4), 176–178

- Oeppen J (2002): DEMOGRAPHY: Enhanced: Broken Limits to Life Expectancy. *Science* 296, 1029–1031
- Olthuis G, Dekkers W (2003): Medical education, palliative care and moral attitude: some objectives and future perspectives. *Med Educ* 37, 928–933
- Oneschuk D, Moloughney B, Jones-McLean E, Challis A (2004): The status of undergraduate palliative medicine education in Canada: a 2001 survey. *J Palliat Care* 20, 32–37
- Parsell G, Spalding R, Bligh J (1998): Shared goals, shared learning: evaluation of a multiprofessional course for undergraduate students. *Med Educ* 32, 304–311
- Partridge AH, Seah DSE, King T, Leighl NB, Hauke R, Wollins DS, Von Roenn JH (2014): Developing a service model that integrates palliative care throughout cancer care: the time is now. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 32, 3330–3336
- Quill TE, Dannefer E, Markakis K, Epstein R, Greenlaw J, McGrail K, Milella M (2003): An integrated biopsychosocial approach to palliative care training of medical students. *J Palliat Med* 6, 365–380
- Ramsden P: Learning to teach in higher education. 2. Auflage; RoutledgeFalmer, London, New York 2003
- Randall F, Downie RS: Palliative care ethics: a companion for all specialties. 2. Auflage; Oxford University Press, Oxford, New York 1999
- Rau T, Fegert J, Liebhardt H (2011): Wie hoch liegen die Personalkosten für die Durchführung einer OSCE? Eine Kostenaufstellung nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten. *GMS Z Für Med Ausbild* 28, 1–16.
<https://doi.org/10.3205/zma000725>; Zugriff am 21.09.2016
- Reeve K, Rossiter K, Risdon C (2008): The Last Straw! A board game on the social determinants of health. *Med Educ* 42, 1125–1126
- Reeves S, Freeth D, McCrorie P, Perry D (2002): 'It teaches you what to expect in future . . .': interprofessional learning on a training ward for medical, nursing, occupational therapy and physiotherapy students. *Med Educ* 36, 337–344
- Rickards JP, Friedman F (1978): The encoding versus the external storage hypothesis in note taking. *Contemp Educ Psychol* 3, 136–143

Roediger HL, Marsh EJ (2005): The Positive and Negative Consequences of Multiple-Choice Testing. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn* 31, 1155–1159

Roze des Ordons A, Ajjawi R, MacDonald J, Sarti A, Lockyer J, Hartwick M (2016): Palliative and end of life care communication as emerging priorities in postgraduate medical education. *Can Med Educ J* 7, 4–21

Schaefer KG, Chittenden EH, Sullivan AM, Periyakoil VS, Morrison LJ, Carey EC, Sanchez-Reilly S, Block SD (2014): Raising the bar for the care of seriously ill patients: results of a national survey to define essential palliative care competencies for medical students and residents. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 89, 1024–1031

Scheele F, Teunissen P, Luijk SV, Heineman E, Fluit L, Mulder H, Meiningen A, Wijnen-Meijer M, Glas G, Sluiter H, Hummel T (2008): Introducing competency-based postgraduate medical education in the Netherlands. *Med Teach* 30, 248–253

Schiessl C, Ilse B, Hildebrandt J, Scherg A, Giegerich A, Alt-Epping B (2013a): Implementierung des Querschnittsbereichs 13: Umfrage an den medizinischen Fakultäten in Deutschland. *Schmerz Berl Ger* 27, 275–288

Schiessl C, Walshe M, Wildfeuer S, Larkin P, Voltz R, Juenger J (2013b): Undergraduate Curricula in Palliative Medicine: A Systematic Analysis Based on the Palliative Education Assessment Tool. *J Palliat Med* 16, 20–30

Schmidt HG, Moust JH (1995): What makes a tutor effective? A structural-equations modeling approach to learning in problem-based curricula. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 70, 708–714

Schrauth M, Weyrich P, Kraus B, Jünger J, Zipfel S, Nikendei C (2009): Lernen am späteren Arbeitsplatz: Eine Analyse studentischer Erwartungen und Erfahrungen im „Praktischen Jahr“. *Z Für Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen* 103, 169–174

Schulz C, Möller MF, Seidler D, Schnell MW (2013): Evaluating an evidence-based curriculum in undergraduate palliative care education: piloting a phase II exploratory trial for a complex intervention. *BMC Med Educ* 13, 1–9

Schulz C, Wenzel-Meyburg U, Karger A, Scherg A, in der Schmitzen J, Trapp T, Paling A, Bakus S, Schatte G, Rudolf E, et al. (2015): Implementation of palliative care as a mandatory cross-disciplinary subject (QB13) at the Medical Faculty of the Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Germany. *GMS Z Für Med Ausbild* 32, 1–22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4330636/pdf/ZMA-32-6.pdf>; Zugriff am 11.02.2015

Seidemann S, Jünger J, Alt-Epping B, Ilse B, Isermeyer L, Doll A, Schiessl C (2015): [Student assessments in palliative medicine as the cross-disciplinary subject 13 : Survey of 34 medical faculties in Germany]. *Schmerz Berl Ger* 30, 174-180

Silver M, Wilkerson LA (1991): Effects of tutors with subject expertise on the problem-based tutorial process. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 66, 298–300

Stark S, English National Board for Nursing M, and Health Visiting: Teamworking in mental health: zones of comfort and challenge. English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting, London 2000

Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, McIntyre LM, Tulsky JA (2000): In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 132, 825–832

Sullivan AM, Warren AG, Lakoma MD, Liaw KR, Hwang D, Block SD (2004): End-of-life care in the curriculum: a national study of medical education deans. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 79, 760–768

Sullivan AM, Lakoma MD, Billings JA, Peters AS, Block SD, PCEP Core Faculty (2005): Teaching and learning end-of-life care: evaluation of a faculty development program in palliative care. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 80, 657–668

Sweeney L, Halpert A, Waranoff J (2007): Patient-centered management of complex patients can reduce costs without shortening life. *Am J Manag Care* 13, 84–92

Tang KC (1992): Perceptions of task demand, strategy attributions and student learning. *Res Dev High Educ* 15, 474–481

Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, et al. (2010): Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 363, 733–742

- Thomas EJ, Sherwood GD, Mulhollem JL, Sexton JB, Helmreich RL (2004): Working Together in the Neonatal Intensive Care Unit: Provider Perspectives. *J Perinatol* 24, 552–559
- Uhlmann B (2015). <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/sterbehilfe-bundestag-entscheidet-ueber-leben-und-tod-1.2724053>; Zugriff am 15.07.2016
- Ury WA, Reznich CB, Weber CM (2000): A needs assessment for a palliative care curriculum. *J Pain Symptom Manage* 20, 408–416
- Vanlint A, Tam KL, Yu S, Visvanathan R (2016): Evaluation of the introduction of the OSCE to the fifth-year Geriatric Medicine Teaching Programme. *Australas J Ageing* 1–2
- Watson RT (2003): Rediscovering the medical school. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 78, 659–665
- Wear D (2002): „Face-to-face with It“: medical students’ narratives about their end-of-life education. *Acad Med J Assoc Am Med Coll* 77, 271–277
- Weber M, Schmiedel S, Nauck F, Alt-Epping B (2011): Knowledge and attitude of final - year medical students in Germany towards palliative care - an interinstitutional questionnaire-based study. *BMC Palliat Care* 10, 19
- Weissman DE, Griffie J (1998): Integration of palliative medicine at the Medical College of Wisconsin 1990-1996. *J Pain Symptom Manage* 15, 195–207
- WHO (2002): WHO Definition of Palliative Care.
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>; Zugriff am 05.03.2015
- WHO (2005). http://www.who.int/ipcs/publications/wha/cancer_resolution.pdf?ua=1;
Zugriff am 05.03.2015
- Zambrano SC, Chur-Hansen A, Crawford GB (2012): On the emotional connection of medical specialists dealing with death and dying: a qualitative study of oncologists, surgeons, intensive care specialists and palliative medicine specialists. *BMJ Support Palliat Care* 2, 270–275
- Zeidner M (1987): Essay versus Multiple-Choice Type Classroom Exams: The Student’s Perspective. *J Educ Res* 80, 352–358

Danksagung

Hiermit danke ich Prof. Dr. Bernd-Alt-Epping, Dr. Benjamin Ilse, der Forschungswerkstatt für Palliativmedizin unter der Leitung von Dr. Gabriella Marx und Prof. Dr. Friedemann Nauck für ihre engagierte Betreuung und Unterstützung sowie Stephanie Seidemann, M.A., Prof. Dr. Jana Jünger und den Mitgliedern der AG Bildung (Fachreferat Begleitforschung) für ihr Mitwirken bei der Studienplanung. Darüber hinaus danke ich den Lehrverantwortlichen für Palliativmedizin an den deutschen medizinischen Fakultäten, welche durch ihre Teilnahme an den Interviews diese Studie ermöglichten.

Lebenslauf

Am 14.06.1988 wurde ich in Braunschweig geboren. Nach dem Besuch des Lessinggymnasiums Wenden, legte ich 2007 erfolgreich das Abitur ab. 2009 begann ich das Medizinstudium an der Georg-August-Universität Göttingen, welches ich im Juni 2016 mit dem Bestehen des Staatsexamens beendete. Während des Studiums arbeitete ich als Studentische Hilfskraft auf der Palliativstation der Klinik für Palliativmedizin (Direktor: Prof. Dr. Friedemann Nauck). Aus der Zusammenarbeit entstand im November 2014 die Möglichkeit zu dieser Promotion. Seit Januar 2017 bin ich als Assistenzärztin in der Pädiatrie des Agaplesion Diakonieklinikums Rotenburg/W tätig.

Im Rahmen dieser Promotionsarbeit entstandene Veröffentlichungen

- a. Noch unveröffentlicht, aber zur Publikation angenommen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (09.06.2017):

*Isermeyer L, Ilse B, Marx G, Seidemann S, Jünger J, Nauck F, Alt-Epping B:
Implementierung des Q13 Palliativmedizin - Sicht der Lehrbeauftragten.*

- b. Poster beim 11.Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin 2016:

1. *„Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementierung des Querschnittsbereichs 13 Palliativmedizin“*

Ausgezeichnet mit dem Poster-Preis der DGP

2. *„Prüfungen im Querschnittsbereich Palliativmedizin“*

- c. Seidemann S, Jünger J, Alt-Epping B, Ilse B, Isermeyer L, Doll A, Schiessl C (2015):
[Student assessments in palliative medicine as the cross-disciplinary subject 13 : Survey of 34 medical faculties in Germany]. Schmerz Berl Ger 30, 174-180
- d. Vortrag bei der Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung 2015:
„Prüfungen im Querschnittsbereich 13 – Palliativmedizin: Befragung an 34 medizinischen Fakultäten in Deutschland“

doi: <http://dx.doi.org/10.3205/15gma039>