

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut für Medizinische Psychologie

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Härter

Wissen und Einstellungen zur Palliativmedizinischen Versorgung und Lehre bei Medizinstudierenden

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Jochen Stodieck
aus Gütersloh

Hamburg 2017

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 20.08.2018**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Anja Mehnert

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Karin Oechsle

1 Einleitung	7
1.1 Aufbau der Arbeit und Forschungsinteresse-----	8
2 Theoretischer Hintergrund	10
2.1 Grundverständnis Palliative Versorgung -----	10
2.2 Entwicklung der Palliativmedizin von C.Saunders bis zur Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland -----	11
2.3 Palliativmedizin in Deutschland -----	12
2.3.1 Palliativmedizin in Hamburg am UKE -----	13
2.4 Entwicklung der universitären palliativmedizinischen Lehre -----	14
2.4.1 Palliativmedizinische Forderungen an die Lehre -----	16
2.4.2 Palliativmedizinisches Lehrangebot am UKE -----	17
3 Palliativmedizin in der Anwendung	19
3.1 Der Patientenwille-----	19
3.2 Grundsätze der Bundesärztekammer-----	21
3.3 Empfehlung der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung-----	25
4 Zielsetzungen und Fragestellungen	32
5 Methodik	34
5.1 Studiendesign-----	34
5.2 Erhebungsinstrument: Selbst entwickelter Fragebogen -----	35
6 Ergebnisse	42
6.1 Soziodemografische Daten -----	42
6.2 Wissensfragen: Der Begriff Palliativmedizin -----	44

6.3 Wissensfragen: Aktive, Indirekte und Passive Sterbehilfe-----	48
6.4 Wissensfragen: Gesetzliche Bestimmungen-----	50
6.5 Wissensfragen: Palliativ- und Hospizversorgung -----	53
6.6 Zusammenfassung Ergebnisse Wissensteil: Humanmediziner und Zahnmediziner im Vergleich-----	57
6.7 Wissensbedarf-----	58
6.8 Persönliche Vorerfahrungen und Auseinandersetzung mit dem Tod-----	59
6.9 Erwartungen an die Palliativmedizinische Lehre-----	62
6.10 Erwartungen an die Form der Wissensvermittlung -----	66
6.11 Einschätzung eigener kommunikativer Kompetenz und persönlicher Trainingsbedarf -----	67
6.12 Einstellungen und Meinungen zur Palliativmedizin -----	69
7 Diskussion	80
7.1 Wissen und Wissensbedarf der Studierenden-----	80
7.2 Einstellungen und Meinungen von Studierenden -----	85
8 Fazit	87
9 Zusammenfassung	92
10 Summary	93
11 Abkürzungsverzeichnis	94
12 Literaturverzeichnis	95
13 Tabellen und Diagramm Verzeichnis	100

14 Danksagung	103
15 Anhang	104
15.1 Fragebogen für Studierende der Humanmedizin-----	104
15.2 Fragebogen für Studierende der Zahnmedizin-----	113
16 Lebenslauf	120
17 Eidesstattliche Versicherung	121

1 Einleitung

Eine fortgeschrittene Erkrankung, die in absehbarer Zeit zum Tod des Patienten führen wird, stellt insbesondere den Betroffenen und sein Umfeld, aber auch den behandelnden Arzt vor große Herausforderungen. Nach der fachlich korrekten Diagnostik und der Stellung einer infausten Prognose der Krankheit durch den Mediziner, ändert sich das Behandlungsziel für den Patienten. Die Betreuung verlässt an dieser Stelle den kurativen, heilenden Ansatz und betritt den Bereich der Palliativmedizin. Dieser Teilbereich der Medizin stellt sich unter anderem den Fragen, wie Schmerzen gelindert, wie die Lebensqualität und die Würde des Patienten aufrecht erhalten werden können und wie unsere Gesellschaft generell mit Sterbenden umgehen möchte.

Nach der ersten Entfaltung des jungen Fachgebiets Palliativmedizin in England durch die Gründung des St Christopher's Hospize 1967 von Cicely Saunders und der Eingliederung einer Palliativstation 1983 in das Universitätsklinikum Köln in Deutschland, erfährt dieser medizinische Teilbereich noch heute eine stetige Entwicklung. Insbesondere die Lehre zeichnet sich durch große Fortschritte aus. Beispielsweise erhielt das Fach im Jahr 2009 Einzug in die Ärztliche Approbationsordnung und wird seit 2012 an deutschen Universitäten verpflichtend geprüft.

Verschiedene Studien haben sich mit dem öffentlichen Meinungsbild zur Sterbebegleitung und Sterbehilfe beschäftigt. Auch die Frage, ob die rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland den Anforderungen an eine medizinische Betreuung schwerstkranker Patienten genügen, wird immer wieder diskutiert. Doch welches Wissen zur Palliativmedizinischen Versorgung Studierende der Humanmedizin haben und welche Einstellungen und Meinungen die Mediziner von morgen vertreten, dazu gibt es nur wenige Studien. Wie und ob sie sich den Herausforderungen bei der Behandlung schwerstkranker Patienten stellen wollen und welche Antworten sie auf die gesellschaftliche Frage haben, wie wir mit Sterbenden umgehen sollten, darauf möchte diese Arbeit eingehen.

Insbesondere der Zeitraum der vorliegenden Untersuchung im Jahr 2011 ermöglicht es heute, einen Blick in die Zeit zu werfen, in der sich das Lehrfach Palliativmedizin gerade fest in die Approbationsordnung verankert hat. Der entworfene Fragebogen, der dieser Arbeit zugrunde liegt, bietet außerdem die Möglichkeit auch zukünftige Zeiträume zu untersuchen und das Wissen, sowie die Einstellungen zur Palliativmedizinischen Versorgung von Medizinstudierenden zu evaluieren.

1.1 Aufbau der Arbeit und Forschungsinteresse

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick zum Grundverständnis der Palliativen Versorgung und ihrer wesentlichen Entwicklungsstationen in England und Deutschland. Es wird dargestellt, wie das Palliative Versorgungsnetz hierzulande und die konkrete Situation in Hamburg am Universitätsklinikum Eppendorf aussieht. Die Lehre wird näher beleuchtet, auch mit Hilfe eines Forderungskatalogs der Bundesvertretung für Medizinstudierende in Deutschland e.V. (bvmd). Das aktuelle Lehrangebot am UKE wird dargestellt. Weiterhin werden rechtliche Aspekte ebenso wie Stellungnahmen und Grundsätze der Bundesärztekammer behandelt sowie juristische Begriffsdefinitionen geklärt.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit ist eine Befragung unter Humanmedizin-Studierenden des Klinischen Abschnitts am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt worden. Mit einem eigens dafür entwickelten Fragebogen soll einerseits der Wissensstand und Wissensbedarf von angehenden Humanmedizinern beleuchtet, andererseits sollen Informationen über Einstellungen und Meinungen zu ethischen sowie moralischen Aspekten in der Palliativmedizin gesammelt werden. Neben den Studierenden der Humanmedizin wurde auch eine Vergleichsgruppe von Studierenden der Zahnmedizin befragt. Diese haben innerhalb ihres Studiums keine Berührungspunkte mit der

Palliativmedizin, verfügen aber über medizinisches Fachwissen und Interesse.

Das zentrale, der Arbeit zugrunde liegende Forschungsinteresse liegt darin, den Mediziner von morgen dahingehend zu untersuchen, wie es um sein Wissen zur palliativmedizinischen Versorgung und Lehre bestellt ist und welche Einstellungen und Meinungen er vertritt.

Die Unverzichtbarkeit der palliativmedizinischen Disziplin als eigenständiges Teilgebiet einer aufgeklärten Humanmedizin ist Grundgedanke dieser Arbeit.

2 Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel schafft ein grundlegendes Verständnis für die Begriffe Palliative Versorgung, Palliativmedizin sowie dessen Niederschlag in der medizinischen Lehre. Hierbei wird zunächst auf die Historie der Palliativen Versorgung und anschließend auf die verschiedenen, dynamischen Entwicklungsprozesse eingegangen, die in Deutschland, an deutschen Universitäten und im speziellen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) stattfinden.

2.1 Grundverständnis Palliative Versorgung

Die Palliativmedizin beschäftigt sich mit der Situation von Menschen, deren Lebenszeit durch eine nicht heilbare, weit fortgeschrittene Krankheit unumgänglich auf wenige Monate oder Wochen verkürzt wird. Der Patient verlässt das Gebiet der Präventiv- und Kurativmedizin und tritt ein in die palliative, terminale Versorgung. Im Mittelpunkt stehen die Linderung von Schmerzen und Leiden, die Aufrechterhaltung physischer, psychischer, spiritueller und sozialer Stabilität. Es geht um eine fächerübergreifende, multiprofessionelle Versorgung des Patienten und seiner Angehörigen, wobei die Lebensqualität im Fokus steht (Radbruch et al. 2011) (DGP).

Die letzte Lebensphase eines Menschen stellt eine große Herausforderung für das soziale Umfeld dar. Durch den gesellschaftlichen und familiären Lebenswandel und die demografische Altersverschiebung hat sich die Bedeutung palliativer, terminaler Versorgung in den letzten 30 Jahren stark gewandelt. Zunächst häufig von Kurativmedizinern (vgl. curare lat. = heilen) als fragliches medizinisches Teilgebiet bewertet, entwickelte sich die Betreuung schwer kranker Menschen rasant und erlangte bald eine zentrale Position in einer medizinisch modern versorgten Gesellschaft.

2.2 Entwicklung der Palliativmedizin von C.Saunders bis zur Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Die englische Ärztin Cicely Saunders (*1918 - †2005) gilt neben Elisabeth Kübler-Ross (*1926 - †2004) als Begründerin der Hospizbewegung und Palliativmedizin.

1977 beschrieb sie als Erste Grundsätze der palliativmedizinischen Versorgung. Im Kern hat sich inhaltlich nichts geändert; die aktuell gültigen Leitsätze bauen auf den Ideen von C. Saunders auf:

Saunders empfiehlt die Behandlung des Patienten in der Umgebung seiner Wahl. Vorstellbar ist hier unter Anderem ein stationärer oder ambulanter Aufenthalt, die Pflege zu Hause oder in einem Heim. Grundsätzliche Beachtung sollten die physischen, psychischen, sozialen und seelsorgerischen Bedürfnisse aller Beteiligten finden. Dazu zählt nicht allein der Patient, sondern auch das Umfeld, bestehend aus Angehörigen und Betreuungsteam, zu dem neben Ärzten auch Seelsorger, Therapeuten, Pflegekräfte und Ehrenamtliche gehören.

Die individuelle Behandlung des Patienten soll rund um die Uhr stets aufrichtig, offen, wahrhaftig und vertrauensvoll im multidisziplinären Team erfolgen.

Ein weiterer Behandlungsgrundsatz soll sich in der Einstellung zum Tod widerspiegeln. Der Tod wird als Teil des Lebens angesehen. Weder eine Beschleunigung, noch eine Hinauszögerung des Todes gehört zu den Behandlungszielen. Aktive Sterbehilfe wird aus diesen Gründen strikt abgelehnt.

Alle Mitglieder des zentral koordinierten, multiprofessionellen Behandlungsteams sind zu stetiger Schulung und Weiterbildung angehalten. Neuerkenntnisse in der Praxis sollen dokumentiert und ausgewertet werden und der Forschung und Weiterentwicklung des palliativen Behandlungskonzepts dienen.

Auch wurde von C. Saunders der Grundsatz „high person low technology“ verfasst. Hier gibt es heute teilweise Einschränkungen, das bedeutet, dass der Einsatz moderner Medizintechnologie durchaus angewandt wird, wenn dies sinnvoll für den Patienten ist.

Um einheitliche Standards in der palliativen und hospizialen Begleitung zu erreichen, wurden im Laufe der Jahre Grundsätze formuliert, diskutiert und verbessert. Die 2010 veröffentlichte „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ stellt fünf Leitsätze zur Standardisierung und Qualitätssicherung vor. Entwickelt wurden sie in Arbeitsgruppen von diversen engagierten Institutionen und Einzelpersonen.

Besonders hervorgehoben wird das Recht eines jeden Menschen auf ein würdevolles Sterben. Der Legalisierung der Tötung auf Verlangen soll laut der Charta mit einem „fürsorglichen Modell“ entgegengewirkt werden (1).

Im Vordergrund stehen außerdem die multiprofessionelle Betreuung des Sterbenden und die Einbeziehung der Angehörigen (2). Durch eine stetige Aktualisierung der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Behandler soll die Qualität gesichert werden (3). Der vierte Leitsatz fordert die Forschung auf Grundlage ethischer und rechtlicher Regularien und damit die wissenschaftliche Entwicklung (4). Zuletzt wird auf die Absicht hingewiesen, nicht nur nationale Standards zu entwickeln, sondern auch in europäischen und internationalen Austausch zu treten, um voneinander zu lernen und zu profitieren (5) (DGP et al. 2015).

2.3 Palliativmedizin in Deutschland

In Deutschland wurde zunächst die Idee der stationären Hospizeinrichtung, wie es sie in England seit 1967 gibt, abgelehnt. Man setzte auf technologische Fortschritte in der lebenserhaltenden Medizin und diffamierte die englische Etablierung der Institution als „isolierte Sterbeklinik“ (Bernhard 2008).

Mit dieser allgemein gesellschaftlichen Ansicht wollten sich einzelne nicht zufrieden geben und starteten Einzelinitiativen, die sich an den formulierten Grundsätzen von Cicely Saunders orientierten. Es entstanden erste ambulante und stationäre Einrichtungen in Deutschland. 1983 eröffnete die erste Palliativstation in Köln; 1990 gab es drei im Bundesgebiet. In den darauf folgenden Jahren nahm die Zahl etablierter Stationen neben vielen ehrenamtlich organisierten Gruppen exponentiell zu.

1994 wurde die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) gegründet und stellt seitdem, mit staatlicher Anerkennung und Unterstützung, die Landesvertretung für Hospiz- und Palliativbetreuung in Deutschland dar. Ähnliche Bedeutung neben der DGP erlangte die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG).

Nach anfänglichen Schwierigkeiten entstand so im Laufe der Jahre aus einzelnen Bürgerengagements eine gesellschaftspolitisch angesehene Institution, die in Zusammenarbeit mit der Bundesregierung gesetzliche Regelungen der hospizialen und palliativen Betreuung getroffen hat und weiterhin trifft.

2.3.1 Palliativmedizin in Hamburg am UKE

Die Stadt Hamburg beheimatet diverse Einrichtungen der Hospiz- und Palliativarbeit. Dazu zählen unter anderem Beratungsstellen, unterschiedlich spezialisierte, ambulante Hospizdienste, palliative Pflegedienste und Stationen.

Die Palliativstation des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf (UKE) wurde 2008 gegründet und ist integriert in das Hubertus-Wald Tumorzentrum (UCCH). Das behandelnde multiprofessionelle Team setzt sich hier aus spezialisierten Ärzten, Pflegekräften, Psychologen, Seelsorgern, Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Ernährungsberaterinnen, sowie Musiktherapeuten und Apothekern zusammen.

Grundsätzliches Ziel ist es, den Patienten physisch, psychisch, sozial und spirituell zu stabilisieren und ihn in die häusliche oder hospiziale Umgebung zu entlassen. Die Betreuung ist 24 Stunden am Tag gewährleistet und beinhaltet auch ein erreichbares Koordinationsbüro; ebenfalls für Patienten mit externem Aufenthalt.

2.4 Entwicklung der universitären palliativmedizinischen Lehre

Das universitäre Lehrangebot für Palliativmedizin ist am 1.8.2009 zur Pflicht geworden. Die Integration erfolgt gemäß §27 der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) vom 3.7.2002 (aktualisiert am 31.7.2009) im Querschnittsbereich 13 (QB 13). Ohne die Vorlage des entsprechenden Leistungsnachweises ist die medizinische Abschlussprüfung nicht mehr möglich. Ab dem Sommersemester 2013 müssen bundesweit alle medizinischen Fakultäten das Fach Palliativmedizin lehren und prüfen.

Bevor dieses Ergebnis Einzug in die Ärztliche Approbationsordnung fand, war eine lange Entwicklungsphase samt unterschiedlicher Entwicklungsstufen notwendig. Diese wurden von Studien begleitet, die wiederholt darauf hinweisen, wie unzureichend Studenten in der Vergangenheit auf den Umgang mit schwer kranken Patienten vorbereitet wurden.

So versuchte man in den Neunzigerjahren, die Thematik ‚Betreuung Sterbender‘ in das vorklinische Fach Medizinische Psychologie zu integrieren. Damit verbunden war der erste Einzug in die Approbationsordnung (ÄAppO). Studierende fühlten sich von nun an immerhin besser betreut als zuvor, allerdings lag der Anteil derjenigen, die sich im Umgang mit Sterbenden als gut vorbereitet einschätzten bei nicht mehr als 12,7% (Asadullah et al. 1996). In derselben Studie wurde herausgefunden, dass die Studierenden den einheitlichen Wunsch hatten, Palliativmedizin in der ÄAppO fest und eigenständig zu verankern.

2002 erfolgte dann die Aufnahme des Faches Palliativmedizin als mögliches Prüfungsgebiet in die ÄAppO. Es handelte sich dabei nicht um eine zwingende Prüfung; palliativmedizinische Inhalte wurden hier als Auswahloption neben diversen anderen Teilgebieten aufgeführt.

Damit nicht genug. Eine im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Studie von 2002 beschäftigt sich mit den Defiziten der palliativen, studentischen Ausbildung, denn Lehrstühle für Palliativmedizin wurden lediglich vereinzelt eingerichtet. Bis 2001 gab es keine Universität, die das Fach selbstinitiativ als Pflicht etabliert hatte. Nicht einmal jeder zweite Student wurde mit palliativem Lehrangebot innerhalb der traditionellen Fächer konfrontiert. Etwa jeder Vierte suchte sich in Folge dessen ein freiwilliges Praktikum, um die fehlenden Inhalte zu kompensieren (Klaschik et al. 2002).

Einige Jahre später zeigt eine weitere Studie auf, dass das Fach Palliativmedizin nun an allen Universitäten Einzug gefunden hat, allerdings meist als integriertes Modul in bestehenden Pflichtfächern, das heißt nicht als eigenständiges Prüfungsfach. Es liegt laut Studie somit nah, dass qualitative Verbesserungen notwendig sind, da sich Basiskompetenzen nur sinnvoll im eigenen, etablierten Fach vermitteln lassen (Ostgathe et al. 2007).

Laske veröffentlichte 2010 in einer Studie, die sich mit der quantitativen Lehre palliativmedizinischer Inhalte an deutschen Universitäten beschäftigt, deutliche Defizite. Es wird ein Mangel an Lehrstühlen und universitärem Engagement, insbesondere der Finanzierung, angemahnt (Laske et al. 2010).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die palliativmedizinische Lehre noch immer in einem Entwicklungsstadium befindet. Mehr Eigenständigkeit, inhaltliche Geschlossenheit und Qualität sind die Ziele der nächsten Jahre. Durch die Engagements der Lehrenden und Lernenden, die Zusammenarbeit der Fakultäten und Universitäten und

durch Zusammenschlüsse wie der Bundesvertretung für Medizinstudierende in Deutschland e.V. (bvmd) und der DGP, sowie durch stetige Evaluationen kann eine rasche Verbesserung eingestellt werden.

2.4.1 Palliativmedizinische Forderungen an die Lehre

Die Bundesvertretung für Medizinstudierende in Deutschland e.V. (bvmd) vertritt als Zusammenschluss alle Studierenden der 36 medizinischen Fakultäten im Bundesgebiet und spielt innerhalb des Entwicklungsprozesses der Palliativmedizin in der Lehre eine wichtige Rolle. Im Jahr 2004 hat sich die „Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin“ der bvmd gebildet und beschäftigt sich seither mit der festen, einheitlichen Etablierung des Fachs an allen deutschen, medizinischen Fakultäten.

Die Arbeitsgemeinschaft der bvmd hat im Jahr 2010 den „Leitfaden zur Integration der Palliativmedizin in die universitäre Lehre“ veröffentlicht. Inhaltlich bezieht sich dieser auf das „Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin“ (DGP), zeigt Problemfelder und Lösungsvorschläge auf und weist auf ein Ansprechpartnersystem hin. Die bvmd empfiehlt ausdrücklich das Curriculum der DGP, vorrangig in Hinblick auf eine einheitliche, qualitativ hochwertige Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland und Europa. Der ausgearbeitete Lehrumfang des Curriculums von 40 Stunden mit der inhaltlichen Auseinandersetzung der Grundlagen der Palliativmedizin, der Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen, psychosozialen Aspekten, ethischen und rechtlichen Fragestellungen, Kommunikation, Teamarbeit und Selbstreflexion wird in allen Bereichen unterstützt.

Auch auf mögliche Probleme weist die bvmd hin.

Die zeitliche Überlastung der Stundenpläne soll damit aufgefangen werden, dass ein Abgleich mit anderen schon bestehenden Fächern geschieht (zum Beispiel Geschichte und Ethik der Medizin, Anästhesie, Intensivmedizin, etc.).

Ein weiteres Problem besteht darin, nicht flächendeckend lehren zu können. Im Bereich der Medizin ist das Fach sehr jung, weshalb es zu wenige, ausgebildete Palliativmediziner gibt. Hier baut die bvmd auf dem Grundverständnis der palliativen Behandlung durch ein multiprofessionelles Team auf. Lehrende können daher auch vorübergehend entsprechend der Lehrereinheit aus anderen Fachgebieten integriert werden und die Lücke schließen.

Als weiteres Problem wird aufgeführt, dass aufgrund der hohen Studierendenzahl ein praktischer Bezug (bed-side-teaching) nicht realisierbar ist. Die Lösung sieht vor, Potenzial in verwandten Einrichtungen zu finden (zum Beispiel im Hospiz und im ambulanten Hospizdienst) und auf Schauspielpatienten zurückzugreifen.

Die bvmd unterstützt zusätzlich die Etablierung von engagierten Studierenden der Universitäten, die sich für die Umsetzung der Ausbildungsforderungen einsetzen und mit Vertretern der bvmd zusammenarbeiten. So soll ein Ansprechpartnernetzwerk aufgebaut werden und Qualität gesichert werden.

2.4.2 Palliativmedizinisches Lehrangebot am UKE

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung der vorliegenden Arbeit 2011 umfasst das Lehrangebot zwei Vorlesungstermine und ein Praktikum zu je 90 Minuten. Die Vorlesungen beschäftigen sich mit Fragen zur Charakteristik der Palliativmedizin und Entwicklung dieses Gebietes. Unterschiedliche Dimensionen des Leidens werden angesprochen und die klassische, multidisziplinäre Behandlung erklärt. Allgemeine und Spezialisierte, sowie Ambulante und Stationäre Versorgungsformen sind ebenfalls Teil der Vorlesung.

Der palliativmedizinisch betreute Patient wird in seine unterschiedlichen Bedürfnisse aufgegliedert und mit Hilfe von Fallbeispielen erläutert.

Jeder vierte Student hat an dem Wahlfach Palliativmedizin und Psychoonkologie zu 60 Stunden teilgenommen. Inhaltlich ergänzt sich hier

das Angebot neben den Grundsätzen der Palliativmedizin durch die Möglichkeit der Musiktherapie und einen Besuch auf der Palliativstation mit Patientenvorstellung. Im Anschluss findet sich Zeit zur Diskussion und zum Erfahrungsaustausch. Ein weiterer Schwerpunkt bildet die ärztliche und pflegerische Symptomkontrolle in der Palliativmedizin, sowie die Klärung juristischer Aspekte wie zum Beispiel Sterbehilfe und Patientenverfügungen.

Das Wahlfach schult außerdem in ärztlicher und psychoonkologischer Gesprächsführung mit Sterbenden und thematisiert das Gebiet der Seelsorge.

Ab dem ersten Trimester 2011/12 erweitert sich das palliative Pflichtlehrangebot auf 10 Stunden, bevor es im nächsten Schritt auf 20 Stunden reformiert werden soll.

3 Palliativmedizin in der Anwendung

Die Palliativmedizin nimmt in der ärztlichen Behandlung eine Sonderrolle ein, da die Verpflichtung der Lebenserhaltung nicht mehr unter allen Umständen angezeigt ist. Der Arzt trägt die Verantwortung; muss seine Handlungsweise allerdings mit Patient und Umfeld abstimmen. Nicht selten ergeben sich hieraus schwierige Situation, in denen gesicherte, juristische Rahmenbedingungen für die Entscheidungsfindung des Arztes absolut notwendig sind. Dieses Kapitel beschäftigt sich zum besseren Verständnis mit den grundlegenden, rechtlichen Aspekten, die in der Palliativmedizin wichtig sind.

3.1 Der Patientenwille

Der Wille des Patienten stellt in der Palliativmedizin einen zentralen Aspekt dar. In diesem Zusammenhang spielt der juristische Begriff der Patientenverfügung eine wichtige Rolle, weshalb er an dieser Stelle definiert werden soll.

Die juristische Begriffsdefinition der Patientenverfügung

Am 1. September 2009 wurde die Patientenverfügung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankert. Gesetzlich geregelt findet es sich im Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (§ 1901a BGB).

Das Gesetz unterteilt sich in fünf Absätze, die im Folgenden zusammenfassend dargestellt werden:

Der Erste definiert grundlegend die Situation: Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche Willenserklärung eines Volljährigen, die für eine noch nicht in Aussicht stehende Gesundheitsmaßnahme an ihm selbst Behandlungstendenzen widerspiegelt. Diese Festlegungen werden in eintretender Situation der Einwilligungsunfähigkeit des Patienten von einem Betreuer geprüft.

Dieser filtert den Patientenwillen aus der Patientenverfügung und vertritt seinen Willen gegenüber den ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten. Der erste Absatz besagt außerdem, dass eine verfasste Patientenverfügung jederzeit widerrufen werden kann.

Der zweite Absatz beschäftigt sich mit der Situation, in der ein Patient keine Patientenverfügung verfasst hat oder sich diese nicht inhaltlich mit der bestehenden Behandlung deckt. Hier steht der Betreuer in der Pflicht auf unterschiedliche Weisen einen mutmaßlichen Patientenwillen herauszufinden, um so einer ärztlichen Handlungsweise einzuwilligen oder sie abzulehnen. Hilfen für den Betreuer an dieser Stelle können früher getätigte Aussagen des Betreuten sein, seine religiösen oder ethischen Lebenseinstellungen und -überzeugungen.

Die letzten drei Absätze treffen Aussagen darüber, dass zuvor geregelter unabhängig vom Stadium der Erkrankung gilt, dass es keine Verpflichtung zum Verfassen einer Patientenverfügung gibt und dass eine Patientenverfügung keine Bedingung für einen Vertragsabschluss darstellt. Der genannte Verfahrensablauf der ersten drei Absätze gilt nach dem fünften Absatz auch für den Bevollmächtigten.

Feststellung des Patientenwillens

Der Patientenwille steht im Zentrum jeder ärztlichen Maßnahme. Die Entscheidung muss im eingetretenen Fall der Unfähigkeit der Willensäußerung seitens des Patienten mit Hilfe eines Gesprächs zwischen behandelndem Arzt und Betreuer getroffen werden. § 1901b BGB regelt diesen Ablauf auf rechtlicher Basis.

Der zweite Absatz stellt heraus, dass auch nahen Angehörigen und Vertrauenspersonen des Patienten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden soll, sofern dadurch keine deutliche Entscheidungsverzögerung im Behandlungsablauf entsteht.

3.2 Grundsätze der Bundesärztekammer

Palliativmediziner haben gegenüber schwerstkranken Patienten eine hohe Verantwortung; die Behandlung muss daher individuell für jeden Patienten erarbeitet werden. Um Medizinern eine Orientierung für Behandlungsentscheidungen zu geben, hat die Bundesärztekammer im Jahr 2004 im Deutschen Ärzteblatt fünf Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung aufgestellt, die im folgenden vorgestellt werden.

Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

Bei Sterbenden ist der Arzt verpflichtet, menschenwürdige Bedingungen zu schaffen. Ist der Tod in kurzer Zeit zu erwarten, dürfen in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen oder eingestellt werden. Lebensverkürzung wird so für eine Leidensminderung hingenommen. Die ärztlichen Maßnahmen dürfen nicht gezielt lebensverkürzend sein. Wird das Sterben oder der Tod (aktiv) herbeigeführt, gilt dies als aktive Sterbehilfe und ist unzulässig. Zu den ärztlichen Pflichten bei Sterbenden zählt außerdem, den Patienten wahrheitsgemäß über seine Situation aufzuklären und Angehörige zu informieren. Das Gespräch gehört zu den grundlegenden Aufgaben des Arztes.

Exkurs: Begriffsdefinition von drei Arten der Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe: Gezieltes, tätiges Herbeiführen des Todes. Die zum Tod führende Handlung wird von einem Dritten ausgeführt. Als Beispiel kann hier das Injizieren eines tödlichen Gifts genannt werden. Diese Handlung ist in Deutschland verboten.

Indirekte Sterbehilfe: Gabe symptomlindernder Medikamente unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Schmerzmitteldosis soweit erhöht wird, bis unweigerlich der Tod eintritt.

Passive Sterbehilfe: Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen beim todkranken Patienten oder auf Wunsch eines aufgeklärten Patienten. Ein Beispiel hierfür ist das Abbrechen der Ernährung durch eine Magensonde.

Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose

Der zweite Grundsatz beschäftigt sich mit dem „Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose“. Dabei handelt es sich um eine so weit fortgeschrittene Erkrankung, dass nach ärztlicher Diagnostik der Patient aller Wahrscheinlichkeit zufolge in absehbarer Zeit sterben wird. Der Arzt ändert hierauf das Behandlungsziel; lebenserhaltene Maßnahmen werden nicht durchgeführt, wenn dadurch Leiden verlängert wird. Dieses Ziel gilt es mit dem Patienten abzustimmen, indem er wahrheitsgemäß und umfassend über seine gesundheitliche Situation aufgeklärt wird. Bleiben seitens des Patienten Willenszweifel zurück, sollte der behandelnde Arzt die Beratung mit anderen Ärzten und dem Pflegepersonal suchen.

Für Neugeborene gilt gleiches Recht wie bei Erwachsenen. Die Leidensminderung steht auch hier an erster Stelle. Eine intensive Beratung findet in diesem Fall mit den Eltern statt. Lebenserhaltende Maßnahmen werden eingestellt in Fällen von schwersten Beeinträchtigungen durch Fehlbildungen oder Stoffwechselstörungen, deren Heilungswahrscheinlichkeit nicht gegeben ist. Weitere Beispiele stellen extrem unreife Kinder und Neugeborene mit schwersten Zerstörungen des Gehirns dar.

Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit

Der dritte Grundsatz beschäftigt sich mit der „Behandlung bei schwerster zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit“. Man spricht hier vom Apallischen Syndrom oder dem sogenannten Wachkoma.

Die Behandlung richtet sich in einem solchen Fall nach dem geäußerten Patientenwillen oder mutmaßlichen Willen.

Der Einsatz maschineller Hilfen zur Erhaltung aller Vitalfunktionen ist nicht von der Dauer der Bewusstlosigkeit abhängig. Der Komapatient hat die gleichen Rechte auf Behandlung, Pflege und Zuwendung wie jeder andere Patient.

Ermittlung des Patientenwillens

Die „Ermittlung des Patientenwillens“ stellt einen zentralen Grundsatz der Behandlung dar. Sofern möglich, gilt es immer die Selbstbestimmtheit des Patienten zu wahren. Der patientengeäußerte Wille steht immer über der aus ärztlicher Sicht gebotenen Therapieplanung. Lehnt der aufgeklärte Patient einen vom Arzt aufgestellten Therapieplan ab, bleibt dem Behandler lediglich die Möglichkeit weiterer Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit.

Ist der Patient nicht mehr einwilligungsfähig, greift eine verfasste Patientenverfügung, sofern die aktuelle Situation mit der beschriebenen übereinstimmt und es keinen Anlass einer nachträglichen Willensänderung gibt. Eine derart gestaltete Behandlungsablehnung des Patienten ist für den Arzt bindend. Einen weiteren Punkt stellen Vertreter dar; so zum Beispiel Eltern, Betreuer oder Bevollmächtigte in Gesundheitsangelegenheiten. Der Vertreter hat die Aufgabe den Patientenwillen oder auch mutmaßlichen Willen dem Arzt gegenüber mitzuteilen. Kommt es zu der Situation, dass indizierte, lebenserhaltende Maßnahmen dadurch verhindert werden, muss sich der Arzt an das Vormundschaftsgericht wenden.

Ist der Patientenwille weder vom Erkrankten selbst, noch durch Vertreter, Betreuer und Bevollmächtigte herauszufinden, ermittelt der Arzt den Umständen entsprechend einen mutmaßlichen Patientenwillen. Dazu erhebt er weitere Information über den Patienten. Denkbar sind hier unter Anderem frühere Lebenseinstellungen, religiöse Leitlinien und Einstellungen zu Schmerzen und schweren Schäden. Auskünfte dürfen von mutmaßlich Vertrauten des Patienten vom Arzt eingeholt werden.

Lässt sich bei allen Bemühungen kein mutmaßlicher Patientenwille herausfinden, ist der Arzt angehalten, lebenserhaltend zu therapieren. Dieser Grundsatz gilt auch beim Apallischen Syndrom.

Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen

Die Bundesärztekammer nimmt in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung auch Stellung zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung. Diese Modelle, in denen der Patient von seinem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch gemacht hat, dienen dem Arzt den Patientenwillen nachzuvollziehen.

In der Patientenverfügung, auch Patiententestament genannt, äußert der Patient, in welcher Form er in einer möglichst konkret umschriebenen gesundheitlichen Situation, ärztlich behandelt werden möchte. Die Situation tritt ein, wenn der Patient seinen Willen nicht mehr äußern kann und sollte daher am Besten schriftlich hinterlegt sein. Beinhalten sollte diese Verfügung, in welcher Form medizinisch auf eine bestimmte Krankheitssituation reagiert werden soll oder ob gar jegliche ärztliche Maßnahmen ausgeschlossen werden sollen.

Eine vom Patienten ausgestellte Vorsorgevollmacht gilt einer oder mehrerer Personen. Diese treffen dann im eingetretenen Fall der Äußerungsunfähigkeit bindende Entscheidungen zur Weiterbehandlung des Patienten für den Arzt. Vorsorgevollmachten greifen auf verschiedenen Ebenen; interessant an dieser Stelle ist die ausgestellte Vollmacht in Gesundheitsangelegenheiten.

Der Patient sollte die Vorsorgevollmacht schriftlich abgefasst haben und konkrete medizinische Situationen benennen und beschreiben, in welcher Form er den medizinischen Umgang damit erwartet.

Willigt der Bevollmächtigte einer Behandlung mit möglichem letalen Ausgang oder bleibendem gesundheitlichen Patientenschaden ein, bedarf die Situation zusätzlich einer Beurteilung durch das Vormundschaftsgericht.

Dieses muss den konkreten Fall genehmigen, bevor vom Arzt gehandelt wird. Eine Ausnahme hier stellt eine Gefahr dar, die vom zeitlichen Aufschub ausgeht. An dieser Stelle macht die Bundesärztekammer darauf aufmerksam, dass in soeben beschriebener Situation der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen umstritten ist. Für den Arzt gilt, dass er seine Behandlung fortsetzen muss, bis eine andere, bindende Entscheidung vom Vormundschaftsgericht getroffen wird.

Ist der Patient nicht mehr in der Lage, seine Angelegenheiten in bestimmten Bereichen selbst zu organisieren, schaltet sich das Vormundschaftsgericht ein. Eine zuvor vom Patienten verfasste Betreuungsverfügung stellt eine Willensäußerung dar, in der Vorschläge und Wünsche zum Betreuungsrahmen, der Person und der mutmaßlich gestellten Aufgabenwahrnehmung, hinterlegt sind.

3.3 Empfehlung der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung

Die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer haben im Mai 2010 im Deutschen Ärzteblatt eine Empfehlung zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung veröffentlicht. Dieser Leitfaden richtet sich an Ärzte und Patienten. Ziel ist es, eine Orientierung zur vorsorglichen Willensbekundung zu geben.

Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Grundinstrument der Vorsorge ist die Bestimmung einer Vertrauensperson. Dafür gibt es zwei Möglichkeiten: Erstens die Bestellung einer Person mit einer Vorsorgevollmacht und zweitens mit einer Betreuungsverfügung.

Die Vorsorgevollmacht ermöglicht es der Vertrauensperson den einwilligungsunfähigen Patienten in zum Beispiel gesundheitlichen Fragen zu vertreten. Es sollte eine besondere Vertrauenssituation beider Seiten zu Grunde liegen. Die Vollmacht sollte schriftlich hinterlegt werden und mögliche ärztliche Maßnahmen deutlich benennen. Eine Vorsorgevollmacht darf vom Geber zu jeder Zeit widerrufen werden. Für den Arzt ist es im Fall des Zweifels an der Wirksamkeit der Vollmacht wichtig zu wissen, dass er die Möglichkeit hat, die Betreuung durch das Betreuungsgericht prüfen zu lassen.

Die Bundesärztekammer empfiehlt ausdrücklich, die Vorsorgevollmacht mit einer Patientenverfügung zu kombinieren. Außerdem erscheint eine Betreuungsverfügung sinnvoll, da so dem Fall vorgebeugt werden kann, in dem gerichtlich die Vorsorgevollmacht als nicht ausreichend beurteilt wurde.

Die Betreuungsverfügung schlägt in einem juristischen Verfahren zur Bestimmung eines Betreuers eine zuvor vom Patienten gewählte Vertrauensperson vor. Ein Gericht, Amtsgericht oder Betreuungsgericht, schaltet sich ein, sobald für einen Patienten keine Vorsorgevollmacht vorliegt oder an einer Vorliegenden Zweifel bestehen. Ein vom Gericht berufener Betreuer wird regelmäßig kontrolliert. Neben der bloßen Nennung einer Vertrauensperson ist es dem Patienten im Vorhinein möglich, Handlungsanweisungen seiner potenziellen Aufgaben zu hinterlegen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Benennung einer Vertrauensperson sinnvoll ist. Sie erleichtert dem Arzt, den Patientenwillen durch eine Ansprechperson zentral in die Behandlungsentscheidung mit einzubringen.

Die Bundesärztekammer und die Ethikkommission machen darauf aufmerksam, dass es erfahrungsgemäß einen Unterschied macht, in welcher Situation (gesund oder erkrankt) eine Behandlungsrichtung vom Patienten beschrieben wird. Damit soll die Wichtigkeit von medizinischen Aufklärungsgesprächen betont werden. Durch genannte Bevollmächtigungen lässt sich Zeit sparen; vor Allem bei der Betreuungsverfügung. Hier muss nicht zunächst ein Betreuer vom Gericht gefunden werden, sondern es prüft lediglich den Vorschlag des bedürftigen Patienten.

Patientenverfügungen und andere Willensbekundungen zur medizinischen und pflegerischen Behandlung und Betreuung

Die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission unterscheiden drei Arten von Willensbekundungen.

- 1) Der Patient kann dem Arzt „Überzeugungen und Wertvorstellungen“, wie zum Beispiel ethische oder religiöse Ansichten mitteilen. Auf dieser Grundlage legt der Behandler die medizinische Therapie fest.
- 2) Desweiteren zählen „konkrete Behandlungswünsche“ zu den Willensbekundungen. Diese beziehen sich auf Art, Umfang und Dauer einer Behandlung. Der Arzt ist in diesem Punkt nicht verpflichtet, besonderen Wünschen in der Behandlung zu folgen. Insbesondere dann nicht, wenn es im konkreten Fall keine ärztliche Indikation für einen bestimmten Wunsch gibt oder sogar ein gesetzlicher Rahmen überschritten werden würde, beispielsweise ein vom Patienten geäußerter Wunsch nach aktiver Sterbehilfe.

- 3) Die dritte Art der Willensbekundung ist die schriftlich verfasste Patientenverfügung. Trifft die verfasste Verfügung auf die eingetretene Behandlungssituation zu, bindet sie den Arzt, seine Behandlung entsprechend zu gestalten. Ausdruck kann ein Bevollmächtigter oder Betreuer geben.

Umgang mit Mustern für eine Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung

Muster für Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung sind aus unterschiedlichen Quellen zugänglich. Der Patient selbst muss entscheiden, ob er auf die Hilfe eines Formulars zurückgreifen möchte oder nicht. Entscheidend ist zu wissen, dass je nach Quelle unterschiedliche Wertvorstellungen zu Grunde liegen. Der Patient sollte sich daher stets seine persönlichen Einstellungen bewusst machen. Formulare gibt es unter Anderem von den Ärztekammern, Justizministerien und Kirchen.

Ärztliche Beratung und Aufklärung

Der Arzt nimmt dem Patienten gegenüber eine beratende und aufklärende Rolle ein. Ein Gespräch wird vom Patienten selbst eingeleitet, es sei denn, eine konkrete Situation liegt vor, in der eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, dass der Patient in absehbarer Zeit seine Selbstbestimmung verliert.

Konkrete Entscheidungen über grundsätzliche, inhaltliche Fragestellung der Willensbekundung, darf der Arzt nicht beantworten. Er bietet seine medizinische Sachkenntnis an und gibt so dem Patienten die Möglichkeit, die Informationen in die Entscheidung mit einfließen zu lassen. Diese Sachkenntnis setzt sich zum Beispiel aus Behandlungsabläufen, Krankheitsbildern und Prognosen zusammen. Der Arzt versucht dabei Missverständnisse des Patienten zu filtern und diese zu korrigieren.

Durch umfassende Aufklärung sollen dem Patienten Ängste genommen werden und ihm ein Überblick über Krankheitsverläufe und entsprechende Behandlungsformen gegeben werden. Der Dialog soll die Tatsache thematisieren, Entscheidungen in 'gesunden' Tagen für eine mögliche Situation in 'erkrankten' Tagen zu treffen.

Das Beratungsgespräch, in der Regel vom Hausarzt geführt, sollte vom Patienten mit in seine schriftlich verfasste Willensbekundung aufgenommen werden. Der Arzt befindet sich nach einem Gespräch in der Position, ein differenziertes Bild über den Patientenwillen zu haben.

Schweigepflicht

Der Arzt ist dem Bevollmächtigten und Betreuer von seiner Schweigepflicht entbunden. Er ist zur Auskunft verpflichtet. Der Patient hat die Möglichkeit in seiner Willensbekundung weitere Personen zu benennen, denen der Arzt gegenüber zur Auskunft verpflichtet ist.

Form einer vorsorglichen Willensbekundung

Eine vorsorgliche Willensbekundung ist schriftlich mit Datum und Unterschrift festzuhalten. Juristisch ist es nicht notwendig die Echtheit durch Zeugen bestätigen zu lassen; es empfiehlt sich jedoch, um eventuell auftretende Zweifel zu beseitigen.

Ärztliche Dokumentation

Für den Arzt empfiehlt es sich immer, eine Dokumentation über Gespräche mit dem Patienten anzufertigen. Eine vorsorgliche Willensbekundung des Patienten sollte auch beim Arzt hinterlegt werden. Die Dokumentation dient dem Arzt als Gedächtnisstütze und ermöglicht ihm, bei verändertem Gesundheitszustand des Patienten direkt Bezug auf die hinterlegte Willensbekundung zu nehmen.

Zudem ist die Dokumentation wichtige Austauschgrundlage für sich ergebende Gespräche mit anderen Ärzten.

Aufbewahrung

Der Patient sollte die Existenz seiner hinterlegten vorsorglichen Willensbekundung seinen Angehörigen gegenüber bekannt machen. Tritt ein gerichtliches Betreuungsverfahren ein, müssen entsprechende Dokumente dem Gericht vorgelegt werden.

Entscheidungsfindung

Die Entscheidung über eine ärztliche Maßnahme trifft der Arzt mit seinem Patienten oder mit einer bevollmächtigten Person des Patienten.

Das Betreuungsgericht wird eingeschaltet, wenn sich Arzt und Vertreter nicht auf eine ärztliche Behandlung einigen können oder durch die Nichteinwilligung des Vertreters der Patient in eine lebensbedrohliche Situation gebracht wird oder die Gefahr eines schweren, dauerhaften gesundheitlichen Schadens besteht.

Ist kein bevollmächtigter Vertreter vom Patienten bestimmt worden, muss der behandelnde Arzt diesen Zustand dem Betreuungsgericht melden, das wiederum einen Betreuer bestellt.

Konfliktsituationen

Die Bundesärztekammer beschreibt aus ihrer Erfahrung zwei Konfliktsituationen. Zum Einen gibt es die Situation, dass aus ärztlicher Sicht eine medizinische Indikation zur Weiterbehandlung des Patienten mit dem Ziel der Heilung, der Lebensverlängerung oder des Erhalts der Lebensqualität besteht, der Bevollmächtigte allerdings die Behandlung ablehnt. Entspricht die Ansicht des Bevollmächtigten nach eingehender Prüfung dem mutmaßlichen Willen des Patienten, muss die medizinische Behandlung entsprechend ausgerichtet werden. Kommt es zu keinem Konsens, muss das Betreuungsgericht eingeschaltet werden.

Zum Anderen gibt es die Situation, dass aus ärztlicher Sicht keine medizinische Indikation zur Weiterbehandlung besteht, der Bevollmächtigte jedoch eine Weiterbehandlung wünscht. Der Arzt befindet sich in einer äußerst schwierigen Situation, in der seine kommunikativen Fähigkeiten gefragt sind, Angehörigen diese extrem belastende Situation zu erklären. Es besteht die Möglichkeit und die Rechtfertigung, künstliche Beatmung oder Ernährung begrenzt weiterzuführen, um den Angehörigen Zeit zur Verarbeitung der Situation und des Abschieds einzuräumen.

Ethikberatung

Für sehr komplizierte Entscheidungen oder um Konfliktsituationen zu vermeiden, besteht die Möglichkeit eine Ethikberatung in Anspruch zu nehmen (Stellungnahme ZEKO 2006).

Notfallsituation

In Notfallsituationen handelt der Arzt immer nach medizinisch indizierten Richtlinien, die auf die Erhaltung des Lebens ausgerichtet sind.

4 Zielsetzungen und Fragestellungen

Die Palliativmedizin ist im Vergleich zu anderen medizinischen Fachgebieten eine junge und noch nicht überall gleichwertig etablierte Disziplin. Auf gesellschaftlicher, politischer, juristischer, medizinischer und universitärer Ebene befindet sich die Palliativmedizin in einem Wandlungsprozess, der für Patienten sowie Ärzte gleichermaßen von Bedeutung ist. Für diese Arbeit ist insbesondere die universitäre, palliativmedizinische Ausbildung von angehenden Medizinern interessant. Die zentralen Zielsetzungen der hier vorliegenden Arbeit sind deshalb die Untersuchung des Mediziners von morgen hinsichtlich seines Wissens zur palliativmedizinischen Versorgung und Lehre sowie seiner Einstellungen und Meinungen zum Thema. Anhand dessen soll die Bedeutung des Fachs Palliativmedizin gestärkt und eine weitere Etablierung des Fachs als wichtiger Baustein des Medizinstudiums fortgesetzt werden.

Für diese Arbeit sind vielfältige Fragestellungen interessant. Da die Palliativmedizin 2011 noch einen jungen Fachbereich innerhalb der universitären Lehre darstellt, will die vorliegende Arbeit herausfinden, wie geläufig den Studierenden grundlegende, fachspezifische Begriffsdefinitionen bereits sind, wie es um ein generelles Wissen zur palliativmedizinischen Behandlung bestellt ist und ob sich an bestimmten Stellen Defizite im Wissen erkennen lassen. Darüber hinaus wird untersucht, inwiefern beispielsweise Vorerfahrungen mit dem Tod oder eine besondere Auseinandersetzung mit dem Thema Einfluss auf das Interesse an der Palliativmedizin haben. Schließlich ist die Erkenntnis darüber, wie groß das grundsätzliche Interesse an diesem Teilgebiet der Medizin ist, essenziell für diese Arbeit.

Daran geknüpft sind Fragen nach den Erwartungen der Studierenden an das noch junge Lehrfach und dazu, wie Humanmedizin-Studierende ihre kommunikative Kompetenz einschätzen und welchen Trainingsbedarf sie sich verschreiben.

So soll herausgefunden werden, welche studentischen Bedürfnisse für eine erfolgreiche Etablierung in die universitäre Lehre berücksichtigt werden sollten. Des Weiteren soll die vorliegende Arbeit auch Informationen über studentische Einstellungen und Meinungen zu verschiedenen Aspekten der Palliativmedizin liefern. Zentral sind an dieser Stelle Fragen, die sich mit der persönlichen Bedeutung der Palliativmedizin beschäftigen. So wird zum Beispiel untersucht, wie die Humanmedizin-Studierenden zur Pflichtfachetablierung der Palliativmedizin in die universitäre Lehre stehen und wie groß der Anteil jener Studierenden im Klinischen Abschnitt ist, der sich vorstellen kann selbst auf einer Palliativstation zu arbeiten. Ob angehende Humanmediziner in der nicht kurativ orientierten Behandlung von Patienten einen Widerspruch zum ärztlichen Beruf sehen oder nicht, soll genauso beleuchtet werden, wie die Fragen danach, welche Vorstellungen zur konkreten Behandlung auf einer Palliativstation existieren und inwiefern sich der zentrale Punkt Lebensqualität auf einer solchen Station beeinflussen lässt. Lebensqualität und Würde sind bedeutsame Begriffe innerhalb der Palliativmedizin. So scheint es interessant zu prüfen, welche Meinungen die Studierenden in Bezug auf ein würdevolles Leben haben, und ob sich angehende Mediziner auch die Existenz unwürdigen Lebens vorstellen können. Welche Konsequenzen das für die Behandlung von schwerstkranken Patienten hat und wie in diesem Zusammenhang die Aktive Sterbehilfe beurteilt wird, ist ebenfalls von Bedeutung. So soll ein Bild davon gezeichnet werden, ob und wie sich politische und juristische Gegebenheiten in Deutschland und das Angebot der universitären Lehre am UKE in den Meinungen und Erwartungen der Studierenden widerspiegeln.

Schließlich ergibt sich die der Arbeit zugrunde liegende Hauptfragestellung: Welches Bild entsteht aus all diesen Informationen vom Mediziner von morgen - wie ist es um sein Wissen zur palliativmedizinischen Versorgung und Lehre bestellt und welche Einstellungen und Meinungen vertritt er?

5 Methodik

Kapitel fünf ist unterteilt in verschiedene Abschnitte. Während zunächst das Studiendesign samt Stichprobenzugang beschrieben wird, beschäftigt sich der folgende Abschnitt mit der Entwicklung des Fragebogens; auch die Unterschiede zum Fragebogen für die Vergleichsgruppe werden dargestellt.

5.1 Studiendesign

Die vorliegende Arbeit ist am Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) mit Hilfe eines selbst entwickelten Fragebogens entstanden. Ziel der Studie ist es, Daten von Medizinstudenten im klinischen Abschnitt in Bezug auf Wissen und Einstellungen zur palliativmedizinischen Versorgung und Lehre in Hamburg zu erhalten. Diese Erhebung soll dazu dienen, die Lehre der Palliativmedizin in Hamburg zu optimieren und zu verbessern.

Stichprobenzugang

Die Datenerhebung erfolgte am UKE im Januar 2011. Der Fragebogen „Studentenbefragung zur Palliativmedizin“ wurde an immatrikulierte Studentinnen und Studenten der Humanmedizin ab dem fünften Semester durch die Hilfe von Dozenten der Palliativmedizin ausgegeben. Ein modifizierter, zweiter Fragebogen mit selbem Titel erhielt eine Kontrollgruppe aus Zahnmedizinstudenten des klinischen Abschnitts, die während ihres Studiums nicht mit dem Thema Palliativmedizin in Berührung kommen.

5.2 Erhebungsinstrument: Selbst entwickelter Fragebogen

Für diese Arbeit wurden zwei Fragebögen entwickelt; einen für Studierende der Humanmedizin, den anderen für die Vergleichsgruppe der Zahnmediziner. Um etwas über den Wissenstand sowie über Einstellungen und Meinungen künftiger Mediziner in Bezug auf die palliativmedizinische Versorgung und Lehre zu erhalten, mussten Fragen entwickelt werden. Beide Fragebögen enthalten daher Erhebungen zu Soziodemografischen Daten und selbst entwickelte Fragen, die sich auf das Wissen, den Wissensbedarf, eigene Erfahrungen mit dem Tod, Erfahrungen und Erwartungen im Studium, sowie persönliche Einstellungen und Meinungen der Befragten beziehen.

In diesem Kapitel werden zunächst alle Fragen beschrieben, die Teil des Fragebogens für Studierende der Humanmedizin sind. Nachfolgend wird der Unterschied zum Fragebogen für Zahnmediziner dargestellt.

Soziodemografische Daten

Dieser Teil des Fragebogens enthält Fragen zur Person: Alter, Geschlecht, Familienstand, Lebensumstand, Anzahl der Kinder, gegenwärtiger Studiengang, besuchtes Fachsemester, Ziel des Studiums, Religionszugehörigkeit und die Bedeutung von Religion.

Fragen zum Wissen

In diesem Block finden sich vier Fragefelder. Zunächst soll der Begriff „Palliativmedizin“ durch eine Definition bestimmt werden, dann die Begriffe „aktive, indirekte und passive Sterbehilfe“. Das dritte Feld beschäftigt sich mit der Frage, welches Handeln in Deutschland vom Gesetzgeber erlaubt ist. Im letzten Teil geht es um die inhaltliche Auseinandersetzung mit der „Palliativ- und Hospiz- Versorgung“.

Vier Definitionen stellt der Fragebogen zur Beurteilung des Begriffes „Palliativmedizin“ vor.

Der Proband soll sich jeweils zwischen „stimme ich nicht zu“, „stimme ich teilweise zu“, „stimme ich voll und ganz zu“ und „weiß ich nicht“ entscheiden. Die erste Definition des Begriffes ist offiziell von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) entwickelt worden. Sie lautet wie folgt: „Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.“ In der dritten Definition ist der kursiv gedruckte Begriff „Lebensqualität“ aus der ersten Definition ersetzt worden durch „Lebensverlängerung“. Die zweite Definition schlägt wiederum folgende Formulierung vor: „Palliativmedizin beschäftigt sich mit der unbedingten Anforderung der Heilung von Krankheiten. Sie ist als Teilgebiet der Kurativmedizin anzusehen.“ Die vierte Definition lautet: „Palliativmedizin ist ein Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Sterbehilfe von Patienten mit nicht heilbaren Krankheiten beschäftigt.“

Das nächste Fragefeld gibt dem Probanden drei Definitionen vor, die der „Aktiven Sterbehilfe“, der „Indirekten Sterbehilfe“, der „Passiven Sterbehilfe“ oder „weiß ich nicht“ zugeordnet werden sollen. Diese drei Definitionen lauten: „Gabe symptomlindernder Medikamente unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung.“ (Indirekte Sterbehilfe), „Gezieltes, tätiges Herbeiführen des Todes. Die zum Tod führende Handlung wird von einem Dritten ausgeführt. (Aktive Sterbehilfe)“, „Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen beim todkranken Patienten oder auf Wunsch eines aufgeklärten Patienten (Passive Sterbehilfe).“

Der nächste Block stellt dem Probanden vier Handlungen vor, „Ernährung durch Magensonde abbrechen“, „Beatmungsgeräte abschalten“, „Schmerzmitteldosis erhöhen, bis unweigerlich der Tod eintritt“, „Tödliches Gift injizieren“, die er jeweils mit Hilfe der Auswahl „verboten“, „gesetzlich nicht geregelt“, „erlaubt“ und „weiß ich nicht“ beurteilen soll.

Anschließend werden acht Aussagen aufgelistet, die jeweils entweder der „Palliativversorgung“, der „Hospizversorgung“, „Keins von beiden“ oder „weiß ich nicht“ zugeordnet werden sollen. Die Aussagen beziehen sich zum Beispiel auf die Zeitspanne der Versorgung, Inhalte der Therapie, die Unterbringung der Patienten und Ziele der Behandlung.

Fragen zum Wissensbedarf

Dieser Block besteht aus zwei Fragen: Der Proband soll zunächst sein Interesse an der Palliativmedizin mit Hilfe einer Skala von „nicht vorhanden“ bis „hoch“ selbst einschätzen. Danach soll bestimmt werden, für wie wichtig er das Fach Palliativmedizin im Studium hält. Auch hier steht eine Skala von „gar nicht“ bis „sehr“ zur Verfügung.

Fragen zu eigenen Erfahrungen mit dem Tod

Dieser Teil des Fragebogens konfrontiert den Probanden mit zwei Fragefeldern: Wo gab es bisher Kontakt mit dem Tod und in welcher Form wurde sich mit dem Tod schon auseinander gesetzt? Außerdem gibt es eine offene Frage, die sich mit positiven Erfahrungen der Auseinandersetzung mit dem Tod beschäftigt. Die Auswahl soll durch den Probanden jeweils durch „Ja“ oder „Nein“ kommentiert werden.

Im ersten Teil wird dem Probanden eine Auswahl gegeben, wo Kontakt mit dem Tod möglich gewesen sein könnte; zum Beispiel in der Familie, im Bekanntenkreis, in der Uni oder als Bestandteil der Arbeit in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc. Der Fragebogen erlaubt an letzter Stelle eine freie Ergänzung durch den Probanden.

Im zweiten Teil folgt eine Liste von Bereichen, in denen man sich kulturell mit dem Tod auseinandersetzen kann, wie zum Beispiel in der Kunst, der Religion, in Gesprächen mit Vertrauten oder Fachleuten, mit Hilfe von unterschiedlichen Medien, im Studium oder durch die Begleitung eines sterbenden Menschen.

Fragen zu Erfahrungen im Studium

Von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) wurde ein Curriculum zur universitären Lehre entworfen. Diesem Leitfadens sind 26 Themenbereiche der Palliativmedizin, die sich zum Beispiel mit Behandlungsorganisationen, unterschiedlichen Symptomen, ethischen Prinzipien und eigenen Risiken beschäftigen, für den Fragebogen entnommen. Der Proband soll an dieser Stelle anhand einer Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr viel“ bewerten, wie viel Wissen er zu jedem Bereich im palliativmedizinischen Studium erwartet.

In einem zweiten Teil soll herausgefunden werden, wie wichtig dem Probanden bestimmte Formen der Lehrvermittlung sind. Dazu werden Rollenspiele, bed-side-teaching, Kommunikationstraining und Gruppenarbeiten aufgeführt. Der Proband soll hier entscheiden, was ihm „Ja“ wichtig oder „Nein“ unwichtig ist.

Fragen zu Einstellungen und Meinungen

Dieser Block wird mit Fragen eingeleitet, die sich auf persönliche Einstellungen und Meinungen beziehen. Gefragt wird, ob der Proband es für richtig hält, dass Palliativmedizin als Pflichtfach in das Humanmedizin-Studium integriert wurde, ob er sich vorstellen könnte, auf einer Palliativstation selbst zu arbeiten, ob das Arbeitsfeld seiner Meinung nach eine Einschränkung im ärztlichen Handeln darstelle, ob in der Lehre die eigene Meinung von Dozenten stark beeinflusst werde und ob es ein unwürdiges Leben gebe. Eine Skala von „unbedingt“ über „eher weniger“ bis „auf gar keinen Fall“ hilft hier dem Probanden sich zu positionieren.

Es folgt eine Frage nach den drei wichtigsten Eigenschaften von Palliativmedizinern. Dabei ist eine ergänzbare Liste aufgeführt, die zum Beispiel „Einfühlungsvermögen“, „Charakterstärke“ und „Spiritualität“ beinhaltet.

Anschließend soll sich der Proband nun vorstellen, wie die Betreuung auf einer Palliativstation aussieht. Hierbei sind Mehrfachantworten zulässig, die sich auf die Therapie, die interdisziplinäre Betreuung, den Stationsaufenthalt, die Weiterbehandlung und die Zusammenarbeit mit Angehörigen des Patienten beziehen.

Folgend geht es um das Thema Sterbehilfe. Sechs Meinungspositionen wurden dafür entwickelt, die den Anspruch haben, zusammen ein möglichst großes Spektrum abzudecken. Der Proband soll nun angeben, welche Position am ehesten seiner Meinung entspricht, wobei Mehrfachantworten möglich sind.

Auf der einen Seite wird für die Aktive Sterbehilfe plädiert, aufgrund der Straffreiheit des Suizids, schriftlicher Dokumentationsmöglichkeiten, eines Beratungsgesprächs und dem Patientenleid.

Auf der anderen Seite werden drei Argumente gegen die Aktive Sterbehilfe aufgeführt. Hierzu zählen ethische und moralische Gründe, sowie die vermeidbare Missbrauchsgefahr.

Eine Sonderstellung in dieser Liste nimmt der fünfte Punkt ein. Hier heißt es, dass Aktive Sterbehilfe nicht mit dem Arztberuf vereinbar wäre und deshalb die aktive Sterbepaxis ohne medizinisches Personal legalisiert werden sollte.

Es folgt eine offene Frage zu Eindrücken, die vom Probanden während eines möglichen Besuchs einer Palliativstation gewonnen wurden.

Das nächste Fragefeld beschäftigt sich mit der Frage, welche Aussagen der Proband mit dem Begriff „Lebensqualität“ verbindet und inwiefern eine Palliativstation diese Aspekte beeinflussen kann.

Eine zentrale Aussageliste besteht aus den Faktoren „Körperliche Beschwerden“, „Mobilität“, „Positive Einstellung zum Leben“, „Ausgeglichenheit und Innere Ruhe“, „Zuversicht und Mut“, „Soziale Kontakte“, „Bewältigung des Alltags“ und „Glückserlebnisse“. Auf der einen Seite soll hier der Proband entscheiden, welche dieser Aussagen mit dem Begriff „Lebensqualität“ vergesellschaftet sind.

Auf der anderen Seite gilt es zu bestimmen, was sich davon auf einer Palliativstation beeinflussen, teilweise beeinflussen oder nicht beeinflussen lässt.

Die letzten beiden Fragen verlangen vom Probanden eine Selbsteinschätzung in Bezug auf eigene kommunikative Kompetenzen im Umgang mit schwer kranken Patienten, sowie hinsichtlich eines persönlichen Trainingsbedarfs im Studium. Zur Erleichterung der Antwort dienen jeweils Skalen von „ausgezeichnet“ bis „sehr schlecht“, bzw. „sehr hoher Bedarf“ bis „kein Bedarf“.

Ergänzungen zum Fragebogen

Optional hat an dieser Stelle im Fragebogen der Proband die Möglichkeit Ergänzungen und Anmerkungen zum Fragebogen zu notieren.

Fragebogen für Zahnmediziner

Für die Studie wurde ein zweiter Fragebogen erstellt, der sich in einigen Punkten von dem für Humanmediziner unterscheidet. Die Zielgruppe hier sind Zahnmedizinstudierende des klinischen Abschnitts, die für die Untersuchung eine Kontrollgruppenfunktion darstellen. Im Folgenden werden diese Unterschiede beschrieben.

Die Teile „Soziodemografische Daten“, „Fragen zum Wissen“ und „Fragen zu eigenen Erfahrungen mit dem Tod“ sind identisch.

„Fragen zum Wissensbedarf“ und „Fragen zu Erfahrungen im Studium“ stellen Felder dar, auf die im Fragebogen für Zahnmediziner verzichtet wurden.

Im Bereich „Fragen zu Einstellungen und Meinungen“ fehlen die Fragen, ob es richtig war Palliativmedizin als Pflichtfach in das Humanmedizinstudium zu integrieren, ob sich der Proband vorstellen könnte auf einer Palliativstation zu arbeiten und ob eine Beeinflussung in der Meinung durch Dozenten der Palliativmedizin stattgefunden hat.

Hinzugefügt wurde hier die Frage, ob es sinnvoll wäre, das Fach Palliativmedizin auch in das Studium der Zahnmedizin einzufügen.

Die beiden letzten Fragen zur Einschätzung der eigenen kommunikativen Kompetenzen und den persönlichen Trainingsbedarf in diesem Bereich wurden ebenfalls weggelassen.

Statistische Auswertung

Dozenten des Fachs Palliativmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf verteilten 200 Fragebögen an ihre Studierenden. Ebenfalls wurden 50 modifizierte Fragebögen vom Autor der Arbeit selbst an Studierende der Zahnmedizin ausgegeben. Insgesamt sind demnach 250 Fragebögen verteilt worden. Die erhobenen Daten aus den Fragebögen wurden in das Statistikprogramm SPSS eingepflegt und ausgewertet.

6 Ergebnisse

6.1 Soziodemografische Daten

Von den 250 ausgeteilten Fragebögen, die sowohl an Human- als auch an Zahn-Mediziner gingen, sind 121 ausgefüllt worden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 48,4%. Die Studierenden sind im Durchschnitt 25,1 Jahre alt (SD=3,0; Range 21-38). Mit 69,4% überwiegt der Anteil von Studentinnen. Die Mehrzahl, 93,4%, ist ledig; 6 sind verheiratet und 2 geschieden. Über die Hälfte der Studierenden lebt in einer festen Beziehung, ein Drittel allein. Die eindeutige Mehrheit von 95,0% der Teilnehmer ist kinderlos.

73,6% aller Probanden sind in das Fach Humanmedizin immatrikuliert. Bei 200 ausgeteilten Fragebögen an Humanmedizin-Studierende wurden 89 Fragebögen vollständig ausgefüllt, das entspricht einer Rücklaufquote von 44,5%. Im Vergleich dazu haben 32 Zahnmediziner den Fragebogen ausgefüllt abgegeben, was wiederum einen Rücklauf von 64% beschreibt. Jeweils etwa ein Viertel der Studierenden befinden sich im fünften und siebten Fachsemester; über ein Drittel im Neunten. Der Rest verteilt sich auf das sechste, achte, zehnte und elfte Fachsemester. Alle Studierenden befinden sich im Klinischen Abschnitt des Studiums.

Circa zwei Drittel der Befragten sind Christen, ein Viertel gehört keiner Religion an; Die übrigen Studierenden sind Muslime, Juden und Hindus. Für vier Prozent ist die Religion der wichtigste Lebensbestandteil. Jeweils ungefähr 30% bezeichnen Religion als hilfreich in bestimmten Situationen und moralischen Leitfaden. Über 20% der Befragten geben an, Religion sei ihnen gleichgültig. 16 Studierende machen keine Angabe oder formulieren selbst Antworten; dabei wird die Bedeutung der Religion zum Beispiel als „Zugehörigkeit einer Kulturgemeinde“ und „historisch interessant“ beschrieben. Die nachfolgende Tabelle (6.1_1 Soziodemografische Daten) gibt nochmals einen Überblick.

Tabelle 6.1_1 Soziodemografische Daten

Gesamt (n=121)		
Alter (in Jahren)	M=25,1 (SD=3,0; Range 21-38)	
	n	%
Geschlecht		
<i>Weiblich</i>	84	69,4
<i>Männlich</i>	37	30,6
Familienstand		
<i>Ledig</i>	113	93,4
<i>Verheiratet</i>	6	5,0
<i>Geschieden</i>	2	1,7
Lebensumstand		
<i>feste Partnerschaft</i>	69	57,0
<i>Allein</i>	40	33,1
<i>WG</i>	3	2,5
<i>Eltern</i>	5	4,1
<i>Keine Angabe</i>	4	3,3
Kinder		
<i>Keine Kinder</i>	115	95,0
<i>Ein Kind</i>	5	4,1
<i>Fünf Kinder</i>	1	0,8
Studiengang		
<i>Humanmedizin</i>	89	73,6
<i>Zahnmedizin</i>	32	26,4
Fachsemester		
5	31	25,6
6	2	1,7
7	35	28,9
8	3	2,5
9	42	34,7
10	5	4,1
11	3	2,5

Religionszugehörigkeit		
<i>Christentum</i>	78	64,5
<i>Islam</i>	7	5,8
<i>Hinduismus</i>	1	0,8
<i>Judentum</i>	2	1,7
<i>Keine Religionszugehörigkeit</i>	32	26,4
<i>Keine Angabe</i>	1	0,8
Bedeutung der Religion		
<i>Wichtigster Lebensbestandteil</i>	5	4,1
<i>Hilfreich</i>	38	31,4
<i>Moralischer Leitfaden</i>	35	28,9
<i>Gleichgültig</i>	27	22,3
<i>Keine Angabe/ selbst formulierte Antwort</i>	16	13,2

6.2 Wissensfragen: Der Begriff Palliativmedizin

Im nächsten Frageblock sollten Definitionen zum Begriff „Palliativmedizin“ beurteilt werden. Hierfür standen vier Definitionen zur Verfügung. Tabelle 6.2_1 zeigt die Bewertung von Definition „Palliativmedizin“ 1.

Tabelle 6.2_1 Definition „Palliativmedizin“ 1

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
	n	%
Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist.		
<i>Stimme ich nicht zu</i>	1	0,8
<i>Stimme ich teilweise zu</i>	6	5,0
<i>Stimme ich voll und ganz zu</i>	111	91,7
<i>Weiß ich nicht</i>	2	1,7
<i>Keine Angabe</i>	1	0,8

Die Mehrzahl der Studierenden, 91,7%, stimmt der ersten Definition zu, in der das Hauptziel der Begleitung von Patienten mit nicht heilbaren Erkrankungen die Lebensqualität ist.

In Tabelle 6.2_2 Definition „Palliativmedizin“ 2 wird ersichtlich, wie viele Studierende dieser Definition zustimmen.

Tabelle 6.2_2 Definition „Palliativmedizin“ 2

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
	n	%
Palliativmedizin beschäftigt sich mit der unbedingten Anforderung der Heilung von Krankheiten. Sie ist als Teilgebiet der Kurativmedizin anzusehen.		
<i>Stimme ich nicht zu</i>	103	85,1
<i>Stimme ich teilweise zu</i>	8	6,6
<i>Stimme ich voll und ganz zu</i>	1	0,8
<i>Weiß ich nicht</i>	8	6,6
<i>Keine Angabe</i>	1	0,8

85,1% der Befragten erkennen keinen Zusammenhang zwischen der Palliativmedizin und der Heilung von Krankheiten. Knapp sieben Prozent stimmen der Aussage teilweise zu, dass es sich bei der Palliativmedizin um ein Teilgebiet der Kurativmedizin handelt.

Die folgende Tabelle (6.2_3 Definition „Palliativmedizin“ 3) zeigt die Bewertung der dritten Definitionsmöglichkeit.

Tabelle 6.2_3 Definition „Palliativmedizin“ 3

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
	n	%
Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensverlängerung ist.		
<i>Stimme ich nicht zu</i>	41	33,9
<i>Stimme ich teilweise zu</i>	63	52,5
<i>Stimme ich voll und ganz zu</i>	11	9,1
<i>Weiß ich nicht</i>	5	4,1
<i>Keine Angabe</i>	1	0,8

Der dritte Definitionsvorschlag ersetzte den Begriff „Lebensqualität“ aus der ersten Definition durch den Begriff „Lebensverlängerung“. Dieser inhaltlichen Gewichtsverlagerung stimmen nur noch 9,1% der Studierenden voll und ganz zu. Ein Drittel entscheidet sich dagegen, etwa die Hälfte der Befragten stimmt dem Vorschlag teilweise zu.

Die letzte Tabelle 6.2_4 Definition „Palliativmedizin“ 4 gibt Auskunft über die Bewertung der vierten Definitionsvariante.

Tabelle 6.2_4 Definition „Palliativmedizin“ 4

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
Palliativmedizin ist ein Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Sterbebegleitung von Patienten mit nicht heilbaren Krankheiten beschäftigt.	n	%
<i>Stimme ich nicht zu</i>	7	5,8
<i>Stimme ich teilweise zu</i>	40	33,1
<i>Stimme ich voll und ganz zu</i>	66	54,5
<i>Weiß ich nicht</i>	7	5,8
<i>Keine Angabe</i>	1	0,8

Über die Hälfte der Befragten stimmen der Aussage, dass es sich bei der Palliativmedizin um eine Sterbebegleitung handelt, voll und ganz zu. Ein Drittel der Studierenden erkennt eine Übereinstimmung in Teilen; weniger als sechs Prozent stimmen nicht zu.

6.3 Wissensfragen: Aktive, Indirekte und Passive Sterbehilfe

Der folgende Frageblock verlangt die Beurteilung von Definitionen für „Aktive, Passive und Indirekte Sterbehilfe“.

Die erste Tabelle (6.3_1 „Sterbehilfe“ 1) zeigt die Beurteilung des ersten Beispiels durch die Befragten.

Tabelle 6.3_1 Definition „Sterbehilfe“ 1

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
	n	%
Gabe symptomlindernder Medikamente unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung.		
<i>Aktive Sterbehilfe</i>	4	3,3
<i>Indirekte Sterbehilfe</i>	82	67,8
<i>Passive Sterbehilfe</i>	18	14,9
<i>Weiß ich nicht</i>	16	13,2
<i>Keine Angabe</i>	1	0,8

Mehr als zwei Drittel (67,8%) der befragten Studierenden ordnet die Gabe symptomlindernder Medikamente unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung der Indirekten Sterbehilfe zu. Knapp 15% entscheiden sich für die Passive Sterbehilfe, nur etwa drei Prozent wählen die Aktive Sterbehilfe. 16 Befragte können das Beispiel nicht entsprechend zuordnen.

Die folgende Tabelle (6.3_2 „Sterbehilfe“ 2) zeigt, wie die Befragten das zweite Beispiel den Antwortmöglichkeiten zugeordnet haben.

Tabelle 6.3_2 Definition „Sterbehilfe“ 2

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
	n	%
Gezieltes, tätiges Herbeiführen des Todes. Die zum Tod führende Handlung wird von einem Dritten ausgeführt.		
<i>Aktive Sterbehilfe</i>	111	91,7
<i>Indirekte Sterbehilfe</i>	6	5
<i>Passive Sterbehilfe</i>	1	0,8
<i>Weiß ich nicht</i>	2	1,7
<i>Keine Angabe</i>	1	0,8

Das gezielte, tätige Herbeiführen des Todes durch einen Dritten wird von einer deutlichen Mehrzahl, über 90% der Studierenden, als Definition für Aktive Sterbehilfe interpretiert.

Die Tabelle 6.3_3 „Sterbehilfe“ 3 gibt Auskunft über die Bewertung des dritten Beispiels.

Tabelle 6.3_3 Definition „Sterbehilfe“ 3

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
	n	%
Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen beim todkranken Patienten oder auf Wunsch eines aufgeklärten Patienten.		
<i>Aktive Sterbehilfe</i>	8	6,6
<i>Indirekte Sterbehilfe</i>	15	12,4
<i>Passive Sterbehilfe</i>	92	76,0
<i>Weiß ich nicht</i>	5	4,1
<i>Keine Angabe</i>	1	0,8

Mehr als drei Viertel der Befragten gibt an, dass sie die Unterlassung von lebensverlängernden Maßnahmen beim todkranken Patienten oder auf Wunsch der Passiven Sterbehilfe zuordnen. 12,4% entscheidet sich an dieser Stelle für die Indirekte Sterbehilfe.

6.4 Wissensfragen: Gesetzliche Bestimmungen

Mit der Frage, welches Handeln in Deutschland erlaubt ist, beschäftigt sich der nächste Frageteil.

Tabelle 6.4_1 Gesetzliche Bestimmungen 1 zeigt, wie die Befragten das erste Beispiel eingeschätzt haben.

Tabelle 6.4_1 Gesetzliche Bestimmungen 1

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
Ernährung durch Magensonde abbrechen.	n	%
<i>Verboten</i>	9	7,4
<i>Gesetzlich nicht geregelt</i>	12	9,9
<i>Erlaubt</i>	58	47,9
<i>Weiß ich nicht</i>	41	33,9
<i>Keine Angabe</i>	1	0,8

Fast die Hälfte der Befragten geht davon aus, dass der Abbruch der Magensondenernährung gesetzlich erlaubt ist. Ein Drittel der Studierenden weiß es nicht; die übrigen geben an, dass es gesetzlich nicht geregelt ist beziehungsweise verboten.

Die folgende Tabelle (6.4_2 Gesetzliche Bestimmungen 2) zeigt die Bewertung des zweiten Beispiels auf.

Tabelle 6.4_2 Gesetzliche Bestimmungen 2

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
	n	%
Beatmungsgeräte abschalten.		
<i>Verboten</i>	20	16,5
<i>Gesetzlich nicht geregelt</i>	5	4,1
<i>Erlaubt</i>	66	54,5
<i>Weiß ich nicht</i>	29	24,0
<i>Keine Angabe</i>	1	0,8

Das Abschalten der Beatmungsgeräte sehen mehr als die Hälfte der Befragten als gesetzlich erlaubt. Ein Viertel weiß es nicht und 16,5% gehen davon aus, dass diese Handlung verboten ist.

Die folgende Tabelle (6.4_3 Gesetzliche Bestimmungen 3) gibt Auskunft darüber, wie die Studierenden das dritte Beispiel einschätzen.

Tabelle 6.4_3 Gesetzliche Bestimmungen 3

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
	n	%
Schmerzmitteldosis erhöhen, bis unweigerlich der Tod eintritt.		
<i>Verboten</i>	47	38,8
<i>Gesetzlich nicht geregelt</i>	19	15,7
<i>Erlaubt</i>	15	12,4
<i>Weiß ich nicht</i>	39	32,2
<i>Keine Angabe</i>	1	0,8

Knapp ein Drittel der Studierenden gibt an, die Antwort nicht zu wissen. Etwa 40% entscheiden sich für die Aussage, dass es verboten ist, die Schmerzmitteldosis zu erhöhen, bis unweigerlich der Tod eintritt. Die übrigen Studierenden gehen davon aus, dass es gesetzlich nicht geregelt, beziehungsweise erlaubt ist.

Die letzte Tabelle dieses Frageblocks (6.4_4 Gesetzliche Bestimmungen 4) zeigt die Bewertung des letzten Beispiels.

Tabelle 6.4_4 Gesetzliche Bestimmungen 4

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
Tödliches Gift injizieren.	n	%
<i>Verboten</i>	114	94,2
<i>Gesetzlich nicht geregelt</i>	0	0
<i>Erlaubt</i>	1	0,8
<i>Weiß ich nicht</i>	4	3,3
<i>Keine Angabe</i>	2	1,7

Die Mehrzahl von 94,2% der Studierenden ist sich einig, dass die Injektion von tödlichem Gift in Deutschland gesetzlich verboten ist. Gut drei Prozent der Befragten wissen es nicht.

6.5 Wissensfragen: Palliativ- und Hospizversorgung

Im Folgenden beschäftigt sich der Block mit Beschreibungen der Palliativ- und Hospizversorgung. Auch hier sollten die Befragten eine Zuordnung definieren. Die nachfolgenden Tabellen ab 6.5_1 Palliativ- und Hospizversorgung 1 bis zur Tabelle 6.5_8 Palliativ- und Hospizversorgung 8 zeigen die Bewertungen der jeweiligen Aussagen auf.

Tabelle 6.5_1 Palliativ- und Hospizversorgung 1

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
	n	%
Die Versorgung konzentriert sich ausschließlich auf die letzte Lebensphase; die Zeitspanne lässt sich in Wochen beschreiben.		
<i>Palliativversorgung</i>	12	9,9
<i>Hospizversorgung</i>	97	80,2
<i>Keins von beiden</i>	2	1,7
<i>Weiß ich nicht</i>	10	8,3

In der Versorgung der letzten Lebensphase sieht über 80% der Studierenden die Aufgabe eines Hospizes; knapp 10 Prozent erkennen in der Aussage eine Palliativversorgung. 8,3% der Befragten wissen es nicht.

Tabelle 6.5_2 Palliativ- und Hospizversorgung 2

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
Die Versorgung beginnt mit der Diagnose der Erkrankung und öffnet einen noch nicht prognostizierbaren Betreuungszeitraum.	n	%
<i>Palliativversorgung</i>	74	61,2
<i>Hospizversorgung</i>	10	8,3
<i>Keins von beiden</i>	25	20,7
<i>Weiß ich nicht</i>	11	9,1
<i>Keine Angabe</i>	1	0,8

Weniger als zwei Drittel der befragten Studierenden geben an, dass nach der Diagnose, bei einem noch nicht absehbaren Behandlungszeitraum, die Palliativversorgung greift. Ein Fünftel gibt an, dass keine der beiden Versorgungsarten passt; 9,1% wissen es nicht.

Tabelle 6.5_3 Palliativ- und Hospizversorgung 3

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
Die Therapie ist rein symptomorientiert.	n	%
<i>Palliativversorgung</i>	63	52,1
<i>Hospizversorgung</i>	18	14,9
<i>Keins von beiden</i>	24	19,8
<i>Weiß ich nicht</i>	16	13,2

Mit rein symptomorientierter Therapie verbindet über die Hälfte der Studierenden die Palliativmedizin. Ein Fünftel geht davon aus, dass keins von beiden passt; etwa 15% ordnen diese Therapieform der Hospizversorgung zu. 16 Probanden wissen es nicht.

Tabelle 6.5_4 Palliativ- und Hospizversorgung 4

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
	n	%
In Notsituationen findet keine Reanimation oder Intensivmedizin statt.		
<i>Palliativversorgung</i>	16	13,2
<i>Hospizversorgung</i>	63	52,1
<i>Keins von beiden</i>	18	14,9
<i>Weiß ich nicht</i>	24	19,8

Sobald auf Reanimation und Intensivmedizin in Notsituationen verzichtet wird, geht die Mehrzahl (52,1%) der Studierenden davon aus, dass es sich um Hospizversorgung handelt. Jeweils weniger als 15% meinen, es handelt sich in diesem Fall um Palliativversorgung oder keins von beiden. Ein Fünftel gibt an, die Antwort nicht zu wissen.

Tabelle 6.5_5 Palliativ- und Hospizversorgung 5

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
	n	%
Die Unterbringung der Patienten ist krankenhausbunden.		
<i>Palliativversorgung</i>	36	29,8
<i>Hospizversorgung</i>	22	18,2
<i>Keins von beiden</i>	46	38,0
<i>Weiß ich nicht</i>	17	14,0

Mehr als ein Drittel der Befragten geht davon aus, dass weder die Palliativ-, noch die Hospizversorgung krankenhausbunden ist. Knapp 30% entscheidet sich hier eindeutig für die Palliativversorgung, weniger als 20% für die Hospizversorgung. 14% der Studierenden wissen es nicht.

Tabelle 6.5_6 Palliativ- und Hospizversorgung 6

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
Die ärztliche Versorgung ist rund um die Uhr gewährleistet.	n	%
<i>Palliativversorgung</i>	43	35,5
<i>Hospizversorgung</i>	32	26,4
<i>Keins von beiden</i>	17	14,0
<i>Weiß ich nicht</i>	29	24,0

Ob und wo die ärztliche Versorgung rund um die Uhr gewährleistet ist, wissen ein Viertel der befragten Studierenden nicht. Etwa 36% geben die Palliativversorgung als Lösung an und stehen damit den circa 26% gegenüber, die sich für die Hospizversorgung entschieden haben.

Tabelle 6.5_7 Palliativ- und Hospizversorgung 7

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
Das Ziel ist im Regelfall die Entlassung in die häusliche Umgebung.	n	%
<i>Palliativversorgung</i>	74	61,2
<i>Hospizversorgung</i>	9	7,4
<i>Keins von beiden</i>	23	19,0
<i>Weiß ich nicht</i>	15	12,4

Mehr als 60% der Befragten gibt an, dass das Ziel der Palliativversorgung im Regelfall darin liegt, Patienten in die häusliche Umgebung zu entlassen. Weniger als 10% erkennen hier einen Gedanken der Hospizversorgung wider; knapp 20% meint, das Ziel treffe auf keine der beiden Institutionen zu. Etwa 12% wissen es nicht.

Tabelle 6.5_8 Palliativ- und Hospizversorgung 8

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
Das Ziel ist ein würdevolles Sterben.	n	%
<i>Palliativversorgung</i>	19	15,7
<i>Hospizversorgung</i>	90	74,4
<i>Keins von beiden</i>	3	2,5
<i>Weiß ich nicht</i>	9	7,4

Beinahe drei Viertel der Befragten (74,4%) sehen in der Hospizversorgung das Ziel, ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. Rund 16% können dieses Ziel auch in der Palliativversorgung erkennen.

6.6 Zusammenfassung Ergebnisse Wissensteil: Humanmediziner und Zahnmediziner im Vergleich

Der Fragebogen beinhaltet 19 Wissensfragen zur Definition von Palliativmedizin, unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe, zu gesetzlichen erlaubten oder verbotenen Handlungen und zu unterschiedlichen Versorgungsformen (Palliativ- und Hospizversorgung). Bei der Beantwortung zeigen sich bei 3 Fragen (16%) signifikante ($p < 0,05$) Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, der Human- und der Zahnmediziner. Und zwar bei folgenden Fragen: Das Therapieziel in der Palliativmedizin wird von 7% der Humanmedizinern und 26% der Zahnmedizinern (bei $p < 0,001$) als kurativ (falsch) beschrieben. Die Passive Sterbehilfe wird von 9% der Humanmedizinern und von 23% der Zahnmedizinern (bei $p < 0,004$) falsch definiert. Der richtigen Einschätzung, dass sich Palliativmedizin unter Anderem durch ihre hohe Interdisziplinarität charakterisiert, stimmten 66% der Humanmediziner und 25% der Zahnmediziner zu (bei $p < 0,001$).

Bei den übrigen Fragen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Antworten zwischen Human- und Zahnmedizinern.

6.7 Wissensbedarf

Der Fragebogen für die Humanmediziner beschäftigte sich damit, wie die Kohorte ihr Interesse an der Palliativmedizin einschätzt, wie wichtig ihnen das Fach im Studium ist und ob sie es für richtig halten das Fach als Pflichtfach eingeführt zu haben. Fragen zum Wissensbedarf waren kein Bestandteil des Fragebogens für Zahnmediziner. Die Tabelle 6.7_1 Interesse und Bedeutung zeigt die Ergebnisse der drei Fragen durch die Humanmediziner.

Tabelle 6.7_1 Interesse und Bedeutung

Wie schätzen Sie Ihr Interesse an der Palliativmedizin ein?	Nicht vorhanden	1/89(1%)
	Gering	15/89(17%)
	Mäßig	39/89(44%)
	Hoch	34/89(38%)
Wie wichtig ist Ihnen das Fach Palliativmedizin im Studium?	Gar nicht	1/89(1%)
	Wenig	6/89(7%)
	Mäßig	51/89(57%)
	Sehr	31/89(35%)
Halten Sie es für richtig, dass Palliativmedizin als Pflichtfach eingeführt wurde?	Auf gar keinen Fall	1/89(1%)
	Eher weniger	32/89(36%)
	Unbedingt	56/89(63%)

Das Interesse an der Palliativmedizin geben 38% der Befragten als hoch an. 35% der Humanmediziner bewerten das Fach Palliativmedizin im Studium als sehr wichtig. 63% der befragten Probanden gaben an, dass die Einführung der Palliativmedizin als Pflichtfach unbedingt richtig war.

6.8 Persönliche Vorerfahrungen und Auseinandersetzung mit dem Tod

Die Studierenden der Human- und Zahnmedizin wurden außerdem danach gefragt, in welchen Bereichen sie bereits Kontakt mit dem Tod gehabt haben. Die Ergebnisse zeigt die Tabelle 6.8_1 Vorerfahrungen mit Tod.

Tabelle 6.8_1 Vorerfahrungen mit Tod

Kontakt mit dem Tod	Gesamt (n=121)	Humanmedizin: (n=89)	Zahnmedizin (n=32)	HM vs.ZM p-Wert
Großeltern	94/121 (78%)	71/89 (80%)	23/32 (72%)	0,36
Eltern	9/121 (7%)	6/89 (7%)	3/32 (9%)	0,63
Geschwister	5/121 (4%)	2/89 (2%)	3/32 (9%)	0,08
Verwandschaft	86/121 (71%)	66/89 (74%)	20/32 (63%)	0,21
Partner	1/121 (1%)	1/89 (1%)	0/32 (0%)	0,55
Freundeskreis	59/121 (49%)	43/89 (48%)	16/32 (50%)	0,87
Bekannte	95/121 (79%)	70/89 (79%)	25/32 (78%)	0,95
Unfall	49/121 (40%)	41/89 (46%)	8/32 (25%)	0,04
Naturgewalt	2/121 (2%)	2/89 (2%)	0/32 (0%)	0,39
Anatomiekurs der Uni	115/121 (95%)	85/88 (97%)	30/32 (94%)	0,49
Arbeit in Pflege	89/121 (74%)	74/89 (83%)	15/32 (47%)	<0,001

Mehr als drei Viertel aller befragten Studierenden haben bei ihren Großeltern, in der weiteren Verwandtschaft und während der Arbeit in Pflegeeinrichtungen Kontakt mit dem Tod gehabt; etwa die Hälfte im Freundeskreis. Etwa 40% waren bei tragischen Unfällen, zum Beispiel im Straßenverkehr oder bei Zugunglücken, dabei. Im engen Familienkreis, bei Eltern und Geschwistern, haben rund 11% Kontakt mit dem Tod gehabt. Bei Einzelnen gab es im Freitext genannte Berührungen während der Famulatur oder beim Rettungsdienst.

Vergleich mit Zahnmedizinern

Die Tabelle 6.8_1 zeigt im Vergleich auch die Verteilung der Humanmediziner gegenüber der Zahnmediziner und gibt an, in welchen Bereichen sie Kontakt mit dem Tod gehabt haben. Die drei häufigsten Bereiche (rot gekennzeichnet) sind bei beiden befragten Gruppen der Anatomiekurs der Uni, Todesfälle im Bekanntenkreis sowie bei den Großeltern.

Deutliche Unterschiede zwischen den beiden Kohorten (blau gekennzeichnet) lassen sich in den Feldern „Unfall“ und „Arbeit in Pflege“ erkennen. Hier haben mehr Studierende der Humanmedizin Kontakt mit dem Tod gehabt, als Studierende der Zahnmedizin.

Beide Kohorten wurden ebenfalls danach gefragt, in welcher Form sie sich bisher mit dem Tod auseinandergesetzt haben. Die Ergebnisse dieser Frage zeigen sich in der Tabelle 6.8_2 Auseinandersetzung mit dem Tod.

Tabelle 6.8_2 Auseinandersetzung mit Tod

Bisherige Auseinandersetzung mit Tod	Gesamt (n=121)	Humanmedizin: (n=89)	Zahnmedizin (n=32)	HM vs.ZM p-Wert
Kunst	73/121 (60%)	60/89 (68%)	13/32(41%)	0,006
Religion	83/121 (69%)	64/89(73%)	19/32(59%)	0,16
Gespräche mit Vertrauten	102/121 (84%)	79/89(90%)	23/32(72%)	0,02
Gespräche mit Fachleuten	26/121 (21%)	24/89(27%)	2/32(6%)	0,01
Bestandteil des Studiums	80/121 (66%)	66/89(75%)	14/32(44%)	0,001
Informationsmedien	76/121 (63%)	62/89(70%)	14/32(44%)	0,007
Persönliche Trauerarbeit	55/121 (45%)	46/89(52%)	9/32(28%)	0,02
Begleitung Sterbender	31/121 (26%)	21/89(24%)	10/32(31%)	0,41

Die am häufigsten genannte Form der Auseinandersetzung mit dem Tod ist bei allen Befragten das Gespräch mit Vertrauten (84%). Ungefähr je zwei Drittel gibt an, sich in Kunst, Religion, als Bestandteil des Studiums und mit Hilfe von Informationsmedien mit dem Tod beschäftigt zu haben. Etwa jeder fünfte Befragte hat Gespräche mit Fachleuten gehabt und jeder Vierte einen sterbenden Menschen begleitet (26%). Mit persönlicher Trauerarbeit haben rund 45% der Befragten Erfahrungen gesammelt. Viele Probanden geben im Freitext des Fragebogens an, während der Auseinandersetzung mit dem Tod auch positive Erfahrungen gemacht zu haben. Dabei wurde angegeben, dass der Tod „nach langer, quälender Erkrankung“ als „Erlösung“ empfunden wurde. Der „Zusammenhalt der Trauernden“, die „Relativierung der eigenen Probleme“ und die „Dankbarkeit von Patienten und Angehörigen“ gegenüber dem Pflegepersonal wurden hier ebenfalls als positiv genannt.

Vergleich mit Zahnmedizinern

Die Tabelle 6.8_2 zeigt ebenfalls die bisherige Auseinandersetzung mit dem Tod beider Vergleichskohorten auf. Daraus geht hervor, dass beide Gruppen sich am ehesten im Rahmen der Religion, bei Gesprächen mit Vertrauten und als Bestandteil des Studiums mit dem Tod auseinandergesetzt haben.

Als Unterschied zwischen Human- und Zahnmedizinern zeigen die Ergebnisse, dass sich deutlich mehr Humanmediziner als Zahnmediziner in der Kunst sowie mit Hilfe von Informationsmedien mit dem Tod beschäftigt haben.

6.9 Erwartungen an die Palliativmedizinische Lehre

Die Fragen zu den Erwartungen an die Palliativmedizinische Lehre wurden ausschließlich an die Humanmediziner gestellt.

Die Ergebnisse der Befragung werden in der Tabelle 6.9_1 zusammengefasst dargestellt. Berücksichtigt werden hier nur die zusammengefassten Antworten, die mit den Aussagen „eher ja“ und „sehr viel“ bewertet wurden. Die hier vorliegende Tabelle beschränkt sich auf die 10 stärksten der 26 erfragten Themenmöglichkeiten.

Tabelle 6.9_1 Erwartungen an Lehrthemen

Wissen über...	
Erwartungen an Lehrthemen	Humanmedizin: (n=89)
...interdisziplinäre Therapiemöglichkeiten	76/89(86%)
...Sterbephase	75/89(85%)
...Bedürfnisse von Patienten	75/89(85%)
...Pharmakologie und Medikation	74/89(83%)
...Therapieplanung und Überprüfung des Therapieziels	71/89(80%)
...Schmerzanamnese	70/89(79%)
...Verfügungen	70/89(79%)
...multidisziplinäre Schmerzdiagnose	69/89(78%)
...rechtliche Differenzierungen	67/89(75%)
...Bewältigungs- und Anpassungsmechanismen	62/89(70%)

Die Studierenden der Humanmedizin haben hohe Erwartungen an die Wissensvermittlung in vielen Teilbereichen der Palliativmedizin. Hervorzuheben sind hier mit über 80% die Bereiche Therapieplanung und Überprüfung des Therapieziels, Pharmakologie und Medikation, Bedürfnisse von Patienten, Sterbephase und Wissen über interdisziplinäre Therapiemöglichkeiten (86% der befragten Kohorte gibt hier eine hohe Erwartung an).

Einfluss demografischer Charakteristika auf die Erwartung an Lehrthemen

Die Tabelle 6.9_2 zeigt Korrelationen zwischen verschiedenen Erwartungen, die an die Lehre im Fach Palliativmedizin gestellt werden und demografischer Charakteristika, wie Geschlecht, Familienstand, Partnerschaft, Kinder und die Bedeutung von Religion.

Bei $p < 0,05$ hebt sich der Korrelationskoeffizient in der Tabelle farblich ab, sodass auch bildlich deutlich wird, dass unterschiedliche demografische Voraussetzungen Einfluss auf die Inhalte der Lehre haben.

Tabelle 6.9_2 Erwartungen an Lehre in Korrelation zu demografischen Charakteristika

	Geschlecht (r/p)	Familien- stand (r/p)	Partnersch aft (r/p)	Kinder (r/p)	Bedeutung Religion (r/p)
Hospizidee	-,116/,120	,230/,031	-,051/,651	-,086/,424	,212/,047
Organisation sform	,122/,257	-,173/,106	,001/,992	-,037/,731	,212/,047
Applikations -wege	,227/,032	,264/,012	-,046/,683	-,090/,404	-,105/,327
GI- Symptome	-,108/,319	,246/,022	-,200/,077	-,076/,484	-,144/,184
Neuro. Symptome	-,169/,113	,301/,004	-,035/,758	-,133/,213	-,116/,281
Derma. Symptome	,236/,027	-,190/,075	,070/,758	-,005/,967	,120/,267
Sterbe- phase	-,149/,164	,268/,011	,047/,677	,312/,003	-,014/,897
Pat.Bedürfn isse	-,185/,083	,314/,003	,057/,614	,247/,619	-,104/,330
Soziales Umfeld	-,019/,860	-,195/,067	,006/,959	,256/,015	-,137/,202
Bewältigung Pat.	-,258/,015	-,201/,058	-,128/,257	,210/,048	-,147/,170
Trauer	-,212/,046	-,100/,350	-,003/,980	-,198/,062	-,144/,179
Verfügungen	-,054/,614	-,124/,248	-,238/,032	-,663/,558	-,185/,083
Eigene Risiken	-,047/,665	-,025/,819	-,081/,470	-,168/,144	,365/,001

Anhand der oben stehenden Tabelle wird deutlich, dass persönliche Charakteristika Einfluss auf die Erwartungen an die Lehre haben.

Einfluss aus Vorerfahrungen aus der Pflege auf die Erwartung an Lehrthemen

Tabelle 6.9_3 Korrelation Vorerfahrungen aus Pflege auf Lehrthemen

Erwartung an Lehrthemen	Vorerfahrung aus der Pflege (r/p)
Patientenbedürfnisse	,338/,001
Therapieplanung	,299/,004
Therapie GI-Symptome	,294/,005
Interdisziplinäre Therapie	,292/,006
Organisationsformen	,262/,014
Eigene Risiken	,226/,033
Medizinethik	,225/,034
Ethisch-moralische Aspekte	,224/,035
Nebenwirkungsmanagement	,220/,038
Rechtliche Themen	,220/,039
Umgang mit Verfügungen	,213/,045
Umgang mit Trauer	,212/,046

Studierende der Humanmedizin, die bereits Erfahrungen in der Pflege von Menschen gemacht haben, zeigen hohe Erwartungen an die Lehre. Die Tabelle 6.9_3 zeigt eine Übersicht über 12 verschiedene Lehrbereiche der Palliativmedizin, die in dieser Kohorte signifikantes Interesse weckt.

Exkurs: Korrelation zwischen Befragten, die sich mit dem Tod in der Kunst auseinandergesetzt haben auf das Interesse an der Palliativmedizin sowie der Lehre

Tabelle 6.9_4 Einfluss Kunst auf Palliativmedizin und Lehre

	Auseinandersetzung mit Tod in der Kunst (r/p)
Größeres Interesse an Palliativmedizin	,285/,007
Höhere Bedeutung der Palliativmedizin	,311/,003
Richtigkeit Palliativmedizin als Pflichtfach	,335/,001
Eigene Arbeit auf Palliativstation	,210/,050

Hier zeigt sich das Ergebnis der Korrelation zwischen dem Teil der Befragtengruppe, die sich mit dem Tod innerhalb der Kunst auseinandergesetzt haben, mit den positiven Ansichten auf das Fach Palliativmedizin und die Palliative Lehre. Tabelle 6.9_4 zeigt 4 Bereiche, in denen sich diese Gruppe vom Rest der Befragten abhebt. Es besteht ein größeres Interesse an der Palliativmedizin und ihr wird eine höhere Bedeutung zugeordnet. Die Gruppe befindet die Einführung als Pflichtfach für richtig und kann sich die eigene Arbeit auf einer Palliativstation vorstellen.

6.10 Erwartungen an die Form der Wissensvermittlung

Die Fragen zu den Erwartungen an die Form der Wissensvermittlung in der Palliativmedizinischen Lehre wurden ausschließlich an die Humanmediziner gestellt. Tabelle 6.10_1 zeigt die Ergebnisse auf die Frage nach der bevorzugten Form der Palliativen Wissensvermittlung.

Tabelle 6.10_1 Erwartungen Form der Vermittlung

Gesamt (N=89)		
	Häufigkeiten (Ja)	
Besonders wichtig sind mir...	n	%
<i>...Simulationen in Form von Rollenspielen</i>	26	29,2
<i>...Besuche der Palliativstation und bed-side-teaching</i>	81	91,0
<i>...Trainingseinheiten zur Kommunikation</i>	71	79,8
<i>...Gruppenarbeiten</i>	21	23,6

91% der Humanmediziner wünscht sich einen Besuch der Palliativstation im Rahmen eines bed-side-teachings. 80% geben an, Wert auf spezielle Trainingseinheiten zur Kommunikation zu legen.

6.11 Einschätzung eigener kommunikativer Kompetenz und persönlicher Trainingsbedarf

In diesem Themenbereich geht es um die Selbsteinschätzung der humanmedizinischen Probanden in Bezug auf ihre kommunikative Kompetenz und den persönlichen Trainingsbedarf auf diesem Gebiet. Die nachfolgende Tabelle 6.11_1 zeigt einerseits die Einschätzung der eigenen kommunikativen Kompetenzen der befragten Humanmediziner auf und stellt andererseits ihren persönlichen Trainingsbedarf dar.

Tabelle 6.11_1 Kommunikation - Einschätzung und Bedarf

Einschätzung der eigenen kommunikativen Kompetenzen	Ausgezeichnet	0/89(0%)
	Sehr gut	8/89(9%)
	Gut	40/89(46%)
	Weniger gut	32/89(36%)
	Schlecht	8/89(9%)
	Sehr schlecht	0/89(0%)
Persönlicher Trainingsbedarf	Sehr hoher Bedarf	21/89(24%)
	Hoher Bedarf	38/89(43%)
	Mittlerer Bedarf	26/89(29%)
	Geringer Bedarf	3/89(3%)
	Kein Bedarf	1/89(1%)

Mehr als die Hälfte der Studierenden der Humanmedizin ordnet sich bei der Frage nach der Einschätzung ihrer eigenen kommunikativen Kompetenzen im oberen Mittelfeld (gut bis sehr gut) ein. Die übrigen Teilnehmer befinden sich im unteren Mittelfeld.

Der persönliche Trainingsbedarf wird von 43% der Kohorte als hoch und von 24% als sehr hoch eingeschätzt.

Dies spiegelt sich auch im folgenden Diagramm 6.11_2 wider.

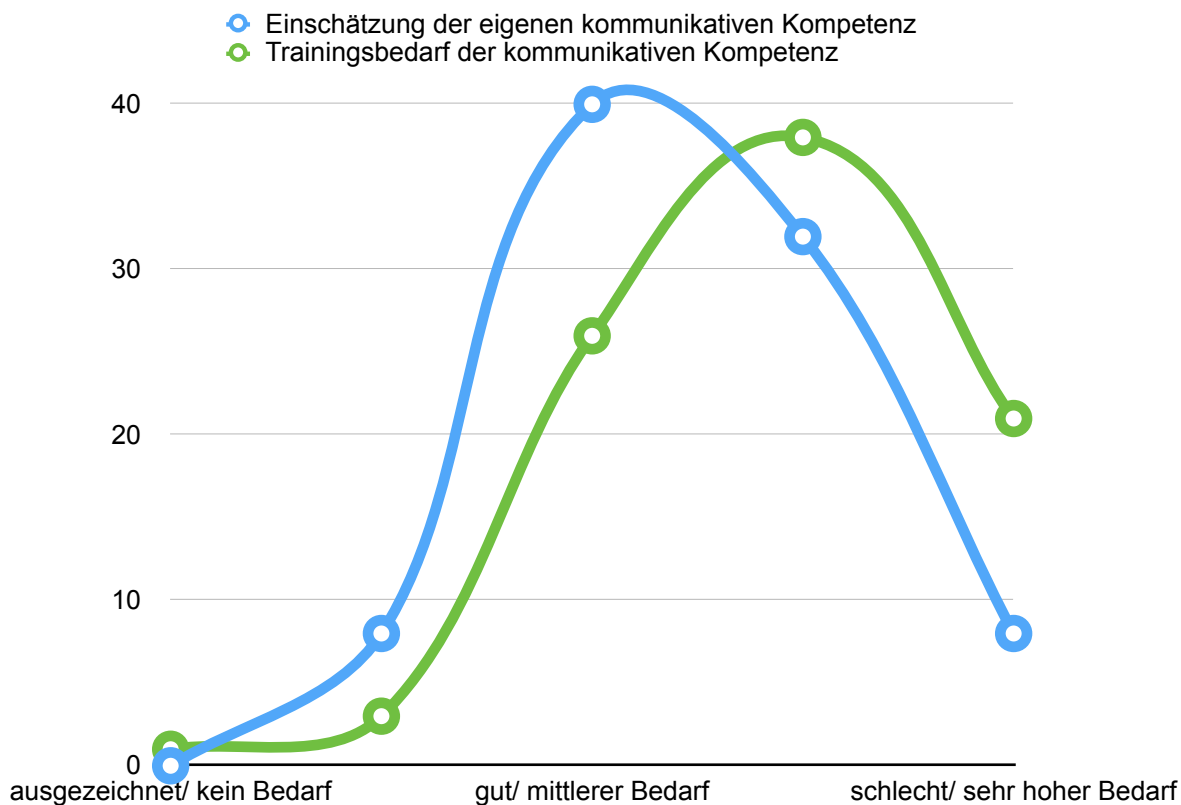


Diagramm 6.11_2 Kommunikationskompetenz vs. Trainingsbedarf

Das Diagramm 6.11_2 zeigt mit Hilfe der blauen Kurve die Selbsteinschätzung der eigenen kommunikativen Kompetenzen im Umgang mit schwer kranken Patienten. Als orientierendes Beispiel dient an dieser Stelle die Mitteilung einer schlechten Nachricht. Auf der x-Achse links befindet sich die Einschätzung „ausgezeichnet“ und nimmt nach rechts hin bis „schlecht“ ab.

Im Vergleich zeigt die grüne Kurve, wie hoch der persönliche Trainingsbedarf ist, um eine höhere kommunikative Kompetenz im Studium zu erreichen. Links befindet sich der Wert „kein Bedarf“ und steigert sich bis er rechts bei „hoher Bedarf“ angekommen ist.

Übereinandergelegt ergibt sich ein annähernd kongruentes Bild der Kurven. Die Studienteilnehmer schätzen sich kommunikativ insgesamt gut ein und fordern gleichzeitig ein kommunikatives Trainingskonzept vom Studium.

6.12 Einstellungen und Meinungen zur Palliativmedizin

An dieser Stelle werden die Ergebnisse des Frageteils dargestellt, die sich mit den Einstellungen und Meinungen der befragten Studierenden zur Palliativmedizin beschäftigt.

Die nachfolgende Tabelle 6.12_1 gibt Auskunft über die Bewertung verschiedener Fragen im Bereich der Palliativmedizin. Dieser Frageblock wurde ausschließlich von den Humanmedizinerinnen beantwortet.

Tabelle 6.12_1 Einstellungen und Meinungen

Gesamt (N=89)		
	Häufigkeiten	
	n	%
Halten Sie es für richtig, dass Palliativmedizin als Pflichtfach eingeführt wurde?		
<i>Unbedingt</i>	56	62,9
<i>Eher weniger</i>	32	36,0
<i>Auf gar keinen Fall</i>	1	1,1
Können Sie sich vorstellen auf einer Palliativstation zu arbeiten?		
<i>Unbedingt</i>	18	20,2
<i>Eher weniger</i>	48	53,9
<i>Auf gar keinen Fall</i>	23	25,8
Das ärztliche Handeln wird oft mit Heilen gleichgesetzt. Auf der Palliativstation ist das nicht möglich. Würden Sie hier eine Einschränkung des ärztlichen Handelns sehen?		
<i>Unbedingt</i>	7	7,9
<i>Eher weniger</i>	36	40,4
<i>Auf gar keinen Fall</i>	46	51,7
Wenn Sie schon im Fach Palliativmedizin unterrichtet wurden, haben Sie den Eindruck von Dozenten in Ihrer Meinung beeinflusst worden zu sein, z.B. auf das Thema Sterbehilfe?		
<i>Unbedingt</i>	4	4,5
<i>Eher weniger</i>	34	38,2
<i>Auf gar keinen Fall</i>	12	13,5
<i>Keine Angabe</i>	39	43,8
Gibt es für Sie ein unwürdiges Leben?		
<i>Unbedingt</i>	41	46,1
<i>Eher weniger</i>	23	25,8
<i>Auf gar keinen Fall</i>	21	23,6
<i>Keine Angabe</i>	4	4,5

Knapp zwei Drittel der Befragten halten es für richtig, dass Palliativmedizin als Pflichtfach eingeführt wurde. Mehr als die Hälfte der Humanmedizinierenden gibt an, sich eher weniger vorstellen zu können, auf einer Palliativstation zu arbeiten; für ein Fünftel ist es unbedingt vorstellbar. Einen möglichen Widerspruch in der Gleichsetzung von ärztlichem Handeln und Heilen mit der Arbeit auf einer Palliativstation sehen rund 52% auf gar keinen Fall. Etwa 40% sehen hier eher weniger eine Einschränkung; knapp 8% unbedingt.

Von allen befragten Humanmedizinern, die bereits im Fach Palliativmedizin unterrichtet worden sind, geben die meisten an, eher weniger in Ihrer Meinung von Dozenten beeinflusst worden zu sein. 27% beurteilen ihre Meinung als unbeeinflusst; jeder Zehnte fühlt sich vom Dozenten im Standpunkt gelenkt.

46% der befragten Humanmediziner bejahen die Frage nach der Existenz unwürdigen Lebens mit einem unbedingt. Für jeweils ungefähr einem Viertel gibt es unwürdiges Leben eher weniger, beziehungsweise gar nicht.

Im Folgenden wird mithilfe der Tabellen 6.12_2 „Eigenschaften Ärzte, 6.12_3 „Betreuung von Patienten“ und 6.12_4 „Meinung Thema Sterbehilfe“ aufgezeigt, wie sowohl die Human- als auch die Zahnmediziner zu den jeweiligen Fragen stehen. Außerdem konnten die Befragten in einer offenen Frage ihre Eindrücke von einer Palliativstation schildern, sofern sie eine solche schon einmal besucht haben.

Tabelle 6.12_2 Eigenschaften Ärzte

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten (Ja)	
Was sind Ihrer Meinung nach die drei wichtigsten Eigenschaften für Ärzte, die auf einer Palliativstation arbeiten?	n	%
<i>Einfühlungsvermögen und Verständnis</i>	98	81,0
<i>Respektvoller Umgang</i>	83	68,6
<i>Aufmerksamkeit, sich Zeit nehmen</i>	77	63,6
<i>In Behandlungsentscheidungen mit einbeziehen und informieren</i>	66	54,5
<i>Charakterstärke</i>	17	14,0
<i>Hoffnung und positive Einstellung vermitteln</i>	15	12,4
<i>Spiritualität</i>	2	1,7
<i>Wunsch nach Tod des Patienten respektieren</i>	1	0,8

Mehr als 80% der befragten Studierenden zählen Einfühlungsvermögen und Verständnis des Arztes zu den drei wichtigsten Eigenschaften auf einer Palliativstation. Auf Platz zwei und drei finden sich der respektvolle Umgang und die Aufmerksamkeit, beziehungsweise sich Zeit für den Patienten nehmen. Gut die Hälfte der Befragten beurteilt das Miteinbeziehen in Behandlungsentscheidungen und die Information des Patienten als elementar. Weniger häufig werden Charakterstärke, Vermittlung von Hoffnung und positiver Einstellung, sowie Spiritualität als wichtigste Eigenschaften eines Palliativmediziners genannt. Ein Proband zählt gesondert im Freitext den Respekt vor einem möglichen Wunsch nach dem Tod des Patienten als wichtigste Eigenschaft auf.

Tabelle 6.12_3 Betreuung von Patienten

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten (Ja)	
Wie stellen Sie sich die Betreuung von Patienten der Palliativstation vor? (Mehrfachantworten möglich)	n	%
<i>Schmerz- und Symptomlindernde Therapie</i>	117	96,7
<i>Enge Zusammenarbeit auch mit den Angehörigen</i>	99	81,8
<i>Ziel ist die Weiterbehandlung zu Hause oder in einem Hospiz vorzubereiten</i>	84	69,4
<i>Interdisziplinäre Betreuung des Patienten</i>	66	54,5
<i>Der dauerhafte Stationsaufenthalt ist grundsätzlich Ziel der Behandlung</i>	1	0,8

Beinahe alle befragten Human- und Zahnmediziner stellen sich unter der palliativmedizinischen Patientenbetreuung eine Schmerz- und Symptomlindernde Therapie vor. Rund 82% gehen davon aus, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen Arzt und Angehörigen des Patienten stattfindet. Die Vorbereitung des Patienten zur Weiterbehandlung zu Hause oder in einem Hospiz sehen gut zwei Drittel der Studierenden als Betreuungsziel. Mehr als jeder Zweite stellt sich auch eine interdisziplinäre Betreuung vor. Fast niemand ist davon überzeugt, dass der dauerhafte Stationsaufenthalt ein grundsätzliches Ziel der Behandlung darstellt.

Der Frageblock bot die Möglichkeit der Beantwortung einer offenen Frage: Einige befragte Studierende, die schon einmal eine Palliativstation besuchten, beschrieben ihre im Gedächtnis gebliebenen Eindrücke. Häufig wird eine offene, nette und freundliche Atmosphäre genannt, verbunden mit einer engen Beziehung und guter Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegern und Patienten mit ihren Angehörigen. „Ruhe“ und „Zeit“ sind zentrale, häufig genannte Begriffe. Extra erwähnt wird hier auch eine effektive Schmerztherapie und die bewusste Enttabuisierung des Themas Tod.

Studierende berichten auch von einer empfundenen depressiven, stillen, drückenden Stimmung und tief empfundenem Mitleid. Ein Student beschreibt das Alleinsein von Patienten ohne Angehörige.

Tabelle 6.12_4 Meinung Thema Sterbehilfe

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten (Ja)	
Welche Meinung vertreten Sie zum Thema Sterbehilfe? (Mehrfachantworten möglich)	n	%
<i>Wenn zweifelsfrei der Patient, z.B. nach einem Beratungsgespräch und schriftlicher Dokumentation, den Wunsch äußert sein Leben mit Hilfe eines Dritten (Aktive Sterbehilfe) zu beenden, sollte es erlaubt sein.</i>	74	61,2
<i>Die gegebene Macht zur Ausübung Aktiver Sterbehilfe wäre zu groß; vermeidbare Missbrauchsgefahr bestünde.</i>	53	43,8
<i>Unvorstellbares Leid und der Wunsch nach dem Tod lässt sich nicht anders lösen, als Aktive Sterbehilfe zu erlauben.</i>	27	22,3
<i>Suizid ist in Deutschland straffrei. Daher sollte der bewusste Wunsch eines Menschen sein Leben zu beenden durch Aktive Sterbehilfe ermöglicht werden.</i>	22	18,2
<i>Aktive Sterbehilfe ist Totschlag. Es ist ethisch und moralisch nicht zu akzeptieren.</i>	13	10,7
<i>Aktive Sterbehilfe ist mit dem Arztberuf nicht vereinbar. Es sollte daher Fachkräften ohne medizinischen Hintergrund ermöglicht werden, Aktive Sterbehilfe zu praktizieren.</i>	11	9,1

61% der 121 befragten Studenten plädiert für eine praktizierte Aktive Sterbehilfe, sofern dies zweifelsfrei dem Patientenwunsch entspricht. Zweifelsfreiheit soll in diesem Fall durch ein Beratungsgespräch und schriftlicher Dokumentation erzielt werden. Rund 44% erkennt in der legalisierten Aktiven Sterbehilfe eine potenzielle Missbrauchsgefahr; die Macht der Ausübung wäre zu groß. Aktive Sterbehilfe stelle die einzige Lösung dar, unvorstellbares Leid und den Wunsch nach dem Tod zu erfüllen, behauptet fast jeder Vierte. 18% sehen den straffreien Suizid in Deutschland als Argumentationsgrundlage für eine legale Aktive Sterbehilfe.

Wiederum etwa jeder Zehnte definiert sie als Todschat und schließt deshalb eine Akzeptanz aus ethischen und moralischen Gründen grundsätzlich aus. Etwa 9% erkennt in der Aktiven Sterbehilfe eine Unvereinbarkeit mit dem Arztberuf. Einem Verzicht soll mit Hilfe des Einsatzes von Fachkräften ohne medizinischen Hintergrund entgegengewirkt werden.

Der letzte Frageteil beschäftigt sich mit der Bewertung verschiedener Aussagen, die von den Befragten mit dem Begriff „Lebensqualität“ verbunden werden (Tabelle 6.12_5 „Lebensqualität“). Außerdem sollten die Studierenden einschätzen, welche dieser Aussagen über Lebensqualität auf einer Palliativstation beeinflusst werden können (Tabelle 6.12_6 „Beeinflussbarkeit der Lebensqualität“). Dieser Frageblock wurde von Human- und Zahnmedizinern ausgefüllt.

Tabelle 6.12_5 Aussagen zur „Lebensqualität“

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten (Ja, verknüpft)	
Welche Aussagen sind für Sie unmittelbar mit dem Begriff der „Lebensqualität“ verknüpft?	n	%
<i>Soziale Kontakte</i>	114	95,2
<i>Körperliche Beschwerden (Funktionsfähigkeit wie Essen, Waschen, Anziehen, ...)</i>	115	95,0
<i>Mobilität</i>	108	89,3
<i>Positive Einstellung zum Leben</i>	104	86,0
<i>Glückserlebnisse</i>	102	84,3
<i>Bewältigung des Alltags</i>	99	81,8
<i>Zuversicht und Mut</i>	95	78,5
<i>Ausgeglichenheit, Innere Ruhe</i>	93	76,9

Für 95% der befragten Studierenden sind soziale Kontakte und die körperliche Verfassung, bzw. die Gewährleistung der Funktionsfähigkeit wie Essen, Waschen, Anziehen unmittelbar mit dem Begriff „Lebensqualität“ verknüpft. Zwischen 80-90% vergesellschaftet den Begriff auch mit Mobilität, positiver Einstellung zum Leben, Glückserlebnissen und der Bewältigung des Alltags. Mehr als drei Viertel zählen auch Zuversicht und Mut, sowie Ausgeglichenheit/ Innere Ruhe unmittelbar zum Begriff Lebensqualität dazu.

Tabelle 6.12_6 Beeinflussbarkeit der Lebensqualität

Gesamt (N=121)		
	Häufigkeiten	
Was lässt sich auf der Palliativstation beeinflussen?	n	%
Körperliche Beschwerden (Funktionsfähigkeit wie Essen, Waschen, Anziehen, ...)		
<i>Beeinflussbar</i>	61	50,4
<i>Teilweise beeinflussbar</i>	53	43,8
<i>Nicht beeinflussbar</i>	4	3,3
<i>Keine Angabe</i>	3	2,5
Mobilität		
<i>Beeinflussbar</i>	22	18,2
<i>Teilweise beeinflussbar</i>	91	75,2
<i>Nicht beeinflussbar</i>	6	5,0
<i>Keine Angabe</i>	2	1,7
Positive Einstellung zum Leben		
<i>Beeinflussbar</i>	39	32,2
<i>Teilweise beeinflussbar</i>	69	57,0
<i>Nicht beeinflussbar</i>	10	8,3
<i>Keine Angabe</i>	3	2,5
Ausgeglichenheit, Innere Ruhe		
<i>Beeinflussbar</i>	33	27,3
<i>Teilweise beeinflussbar</i>	70	57,9
<i>Nicht beeinflussbar</i>	15	12,4
<i>Keine Angabe</i>	3	2,5
Zuversicht und Mut		
<i>Beeinflussbar</i>	32	26,4
<i>Teilweise beeinflussbar</i>	73	60,3
<i>Nicht beeinflussbar</i>	14	11,6
<i>Keine Angabe</i>	2	1,7
Soziale Kontakte		
<i>Beeinflussbar</i>	25	20,7
<i>Teilweise beeinflussbar</i>	71	58,7

<i>Nicht beeinflussbar</i>	24	19,8
<i>Keine Angabe</i>	1	0,8
Bewältigung des Alltags		
<i>Beeinflussbar</i>	35	28,9
<i>Teilweise beeinflussbar</i>	67	55,4
<i>Nicht beeinflussbar</i>	17	14
<i>Keine Angabe</i>	2	1,7
Glückserlebnisse		
<i>Beeinflussbar</i>	20	16,5
<i>Teilweise beeinflussbar</i>	75	62,0
<i>Nicht beeinflussbar</i>	24	19,8
<i>Keine Angabe</i>	2	1,7

Die körperlichen Beschwerden, beziehungsweise die Funktionsfähigkeit des Körpers zum Essen, Waschen, Anziehen und anderes lassen sich nach der Einschätzung der befragten Studierenden zu gleichen Teilen teilweise oder total auf einer Palliativstation beeinflussen. Bei der Mobilität sehen etwa drei Viertel eingeschränkte Einflussmöglichkeiten der Station. Die große Mehrheit ist der Meinung, dass sich eine positive Einstellung zum Leben auf einer Palliativstation vermitteln lässt. Auch bei den weiteren Begriffen, wie Ausgeglichenheit, Innere Ruhe, Zuversicht und Mut, Soziale Kontakte, Bewältigung des Alltags, sowie Glückserlebnisse stellt sich ein ähnliches Bild dar: Zwischen 50-60% der befragten Studierenden geht von einer teilweisen Beeinflussbarkeit aus.

Exkurs: Bedeutung der Integration des Faches Palliativmedizin in das Studium der Zahnmedizin

In einer separaten Frage, die ausschließlich in den Fragebögen für die Zahnmediziner integriert war, konnten die befragten Zahnmediziner entscheiden, inwiefern sie eine Integration des Faches Palliativmedizin in ihr Studium für sinnvoll halten (Tabelle 6.12_7).

Tabelle 6.12_7 Palliativmedizin als Teil der Zahnmedizin

Gesamt (N=32)		
	Häufigkeiten	
Halten Sie es für sinnvoll, das Fach Palliativmedizin in das Studium der Zahnmedizin zu integrieren?	n	%
<i>Unbedingt</i>	3	9,4
<i>Eher weniger</i>	24	75,0
<i>Auf gar keinen Fall</i>	5	15,6

Die Integration des Faches Palliativmedizin in das Studium der Zahnmedizin wird von den Zahnmedizinern als eher weniger sinnvoll beurteilt (75%). Drei Probanden halten eine Eingliederung für unbedingt sinnvoll; fünf bewerten die Idee als nicht sinnvoll.

7 Diskussion

Der vorliegenden Arbeit liegt eine empirische Studie zur Untersuchung von Wissen und Einstellungen zur Palliativmedizinischen Versorgung und Lehre von Studierenden der Humanmedizin zugrunde. Als Vergleichskohorte wurden Studierende der Zahnmedizin gewählt und befragt. Von 250 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) ausgeteilten, selbstentwickelten Fragebögen sind 121 ausgefüllt und zurückgegeben worden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 48,4%. 74% der Probanden sind in das Fach Humanmedizin immatrikuliert, der übrige Anteil besteht aus Studierenden der Zahnmedizin und erhielt einen in Teilbereichen modifizierten Fragebogen. Alle Studierenden befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung im Klinischen Abschnitt des Studiums mit einem Durchschnittsalter von 25 Jahren und haben keine gezielte Palliativmedizinische Lehre erfahren. Es kann trotz der reduzierten Rücklaufquote positiv festgehalten werden, dass die Fragebögen sehr sorgfältig und vollständig ausgefüllt worden sind.

Das folgende Kapitel beleuchtet einerseits den Wissensstand der befragten Studierenden zum Zeitpunkt der Befragung sowie ihren Wissensbedarf zum Thema Palliativmedizin. Andererseits werden die Einstellungen und Meinungen der Befragten zum Thema beleuchtet.

7.1 Wissen und Wissensbedarf der Studierenden

Wissen der Studierenden

Die Wissensfragen beschäftigen sich mit grundlegenden Definitionen im Zusammenhang mit der Palliativmedizin. Es zeigen sich vereinzelte Unsicherheiten, aber sehr viele Übereinstimmungen mit der richtigen Begriffsdefinition der „Palliativmedizin“ (91,7%).

Bei den Rahmenbedingungen gesetzlicher Bestimmungen in Deutschland sowie bei der Abgrenzung zwischen „Aktiver“, „Indirekter“ und „Passiver“ Sterbehilfe lassen sich ausgeprägtere Defizite erkennen.

Eindeutig feststellen lässt sich, dass es bei den Ergebnissen keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Antworten der Humanmediziner im Vergleich zu den Zahnmedizinern gibt, obwohl erstgenannte Kohorte über mehr gesammelte Vorerfahrungen verfügt, was am Ende des Kapitels 7.1 noch detaillierter beleuchtet wird. Beide Gruppen verfügen demnach über ein ähnlich niedriges Wissensniveau auf dem Gebiet der Palliativmedizin.

Immer wieder zeigten Publikationen in den vergangenen Jahren Defizite in der Lehre der Palliativmedizin auf (Asadullah et al. 1996; Clemens et al. 2008; Klaschik et al. 2002; Weber et al. 2004). Seit 2009 gilt das Fach nach geänderter Approbationsordnung als prüfungsrelevant (vgl. ÄAppO). Die Erstellung geeigneter Curricula für das Fach und die Ausarbeitung einer geeigneten Wissensvermittlung liegen dabei in den Händen der Universitäten selbst. Mit einer Studie aus dem Jahr 2011 (Weber et al. 2011) konnte an zwei Universitäten in Deutschland gezeigt werden, dass sich die Studierenden nicht ausreichend auf die Anforderungen der Behandlung schwerkranker Patienten vorbereitet fühlen.

Die Defizite im faktischen Wissen der Studierenden wurden von Studien aus vergangenen Jahren sowie durch Erfahrungswerte anderer Universitäten in Deutschland belegt und von den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit ebenfalls bestätigt. Es lässt sich ein recht einheitliches Bild erkennen: Zum Zeitpunkt der Datenerhebung (2011) ist der Wissensstand der Studierenden unzureichend. Ziel muss es sein, ein grundlegendes Wissen im Bereich der Palliativmedizin allen Studierenden der Humanmedizin zu bieten, um damit später einen sicheren Umgang mit kurativ austherapierten Patienten zu ermöglichen.

Wissensbedarf der Studierenden

Das persönliche Interesse an der Palliativmedizin ist für ein Drittel der befragten Humanmediziner hoch, zudem wird es als wichtiges Fach im Studium angesehen. Circa zwei Drittel der befragten Humanmediziner gibt an, dass sie es für unbedingt richtig halten, dass das Fach als Pflicht eingeführt wurde. An den Ergebnissen lässt sich ablesen, dass es eine verbreitete Neugier auf das noch junge Fach gibt. Studierende der Humanmedizin begrüßen die Stärkung der Palliativmedizin durch die 2009 eingeführte Prüfungsrelevanz in großer Mehrheit wie die vorliegende Arbeit zeigt.

Dass generell seitens Studierender ein großes Interesse an diesem Fach besteht, spiegelt sich beispielsweise auch in der Mitgestaltung und Ausarbeitung eines deutschlandweiten Curriculums für die Palliativmedizin durch Studierende wider. Die Arbeitsgemeinschaft der bvmd hat im Jahr 2010 den „Leitfaden zur Integration der Palliativmedizin in die universitäre Lehre“ veröffentlicht. Inhaltlich nimmt der Leitfaden Stellung zum „Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin“ (DGP), zeigt Probleme und Lösungsvorschläge auf, weist auf ein Ansprechpartnersystem hin und treibt eine ständige Weiterentwicklung voran. Die bvmd empfiehlt ausdrücklich das Curriculum der DGP, um eine einheitliche, qualitativ hochwertige Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland und Europa zu etablieren.

Das große Interesse der befragten Hamburger Studierenden sowie das Engagement Studierender auf nationaler Ebene kann als sehr positives und motivierendes Zeichen für eine zukunftsorientierte, palliativmedizinische Lehre am UKE interpretiert werden.

Vorerfahrungen der Studierenden

Studierende (sowohl der Human- als auch der Zahnmedizin) bringen unterschiedliche, persönliche Erfahrungen zum Thema Tod mit ins Studium. Häufig gab es eine Auseinandersetzung mit dem Tod durch den Verlust von nahen Angehörigen oder Bekannten. Dabei lässt sich kein signifikanter Unterschied mit der Vergleichsgruppe feststellen. Sicherlich entspricht das auch den Erwartungen in einer soziologischen und altersmäßig sehr ähnlich aufgebauten Gruppe.

Interessant sind allerdings zwei Bereiche, in denen sich die befragten Humanmediziner von den Zahnmedizinern deutlich unterscheiden. Fast die Hälfte der Humanmediziner gibt an, einer Konfrontation mit dem Tod bei einem Unfall ausgesetzt gewesen zu sein. Zudem haben über 80% der Humanmediziner den Tod bei der Arbeit in der Pflege erlebt. An diesen beiden Beispielen kann man ableiten, dass Studierende der Humanmedizin über deutlich mehr Erfahrungen und Berührungspunkte mit dem Tod verfügen als die Vergleichsgruppe. Eine Begründung dafür kann in der Tatsache liegen, dass Studierende der Humanmedizin in der Regel vor dem Studium ein dreimonatiges Pflegepraktikum absolviert und/ oder häufig als Rettungssanitäter gearbeitet haben. Untermuert wird dieses Ergebnis weiter durch die Aussage von fast 30% der Humanmedizinern, dass sie sich schon einmal mit Fachleuten (Seelsorgern, Therapeuten) über den Tod unterhalten haben. 70% der Kohorte hat sich auch vor der palliativmedizinischen Lehre mit Hilfe von Informationsmedien über dieses Thema informiert. Auch hier zeigen sich signifikante Unterschiede zu der Vergleichsgruppe der Zahnmediziner. Humanmediziner gehen demnach mit erweiterten persönlichen Vorerfahrungen zum Thema Tod ins Studium.

Richtet man nun den Blick auf den Großteil der Humanmediziner, die entsprechend erweiterte Erfahrungen zum Tod insbesondere aus der Arbeit in der Pflege mitbringen, so zeigt sich, dass diese Gruppe ein noch höheres Interesse am Fach Palliativmedizin hat als der Durchschnitt. Hat ein Studierender ein Pflegepraktikum besucht, charakterisiert ihn ebenfalls eine besonders hohe Erwartung an die palliativmedizinische Lehre.

Inhaltlich interessieren sie sich sehr für die Themen, die das DGP-Curriculum für die Lehre vorschlägt.

Festhalten lässt sich an dieser Stelle, dass Pflegepraktika vor oder während des Studiums ein hohes Interesse an der Palliativmedizin begünstigen. Außerdem genießt das DGP-Curriculum, insbesondere die Bereiche „interdisziplinäre Therapiemöglichkeiten“, „Sterbephase“, „Bedürfnisse von Patienten“, „Pharmakologie und Medikation“ und „Therapieplanung und Überprüfung des Therapieziels“ große Akzeptanz bei den Studierenden der Humanmedizin.

Eine weitere signifikante Korrelation ergibt sich, wenn man Studierenden der Humanmedizin beleuchtet, die sich bewusst mit dem Tod in der Kunst auseinander gesetzt haben. Diese Kohorte zeichnet sich durch ein deutlich größeres Interesse an der Palliativmedizin aus, misst diesem Teilgebiet der Medizin eine höhere Bedeutung zu, bewertet die Pflichtfacheinführung als richtig und kann sich eher die eigene Arbeit auf einer Palliativstation vorstellen.

Es ist also denkbar, dass sich auch Interessen in speziellen künstlerischen Bereichen auf die berufliche, medizinische Fachrichtung auswirken können. An dieser Stelle kommt die Studie allerdings an ihre Grenzen. „Kunst“ wird hier nicht weiter definiert und Vergleiche zu anderen Fachrichtungen oder Berufen, können nicht beschrieben werden.

Die bereits dargestellten Ergebnisse der Befragung haben ein großes und breit aufgestelltes Interesse an unterschiedlichen Teilbereichen der Palliativmedizin gezeigt. Welche Form der Wissensvermittlung von Studierenden der Humanmedizin besonders bevorzugt wird, lässt sich im Folgenden klar beantworten. 91% der befragten Studierenden ist es sehr wichtig, eine Palliativstation zu besuchen und dabei ein bed-side-teaching zu erfahren.

2010 wurde hierzu eine eindrucksvolle Studie in Deutschland durchgeführt, die belegt, dass Studierende, die sich zuvor als unsicher im Umgang mit sterbenskranken Patienten beschrieben, nach einer bedside-teaching-Einheit auf einer Palliativstation sicherer, interessierter und wertschätzender gegenüber der Arbeit auf einer Palliativstation äußerten (Weber et al. 2010). An der Universität in Göttingen wird das bedside-teaching auch in Verbindung mit einem Kurs zur „Überbringung schlechter Nachrichten“ angeboten (Alt-Epping B et. al. 2010). Die Kommunikation spielt ohne Frage generell in medizinischen Fachbereichen, aber besonders auf einer Palliativstation, eine große Rolle. In diesem Bewusstsein lässt sich auch erklären, weshalb 80% der in dieser Arbeit befragten Studierenden Trainingseinheiten zur Kommunikation als besonders wichtig empfindet. Mehr als die Hälfte der Hauptkohorte schätzt ihre eigene kommunikative Kompetenz als gut bis sehr gut ein. Trotz dieses als überdurchschnittlich zu bewertenden Ergebnisses, charakterisiert sich 70% derselben Kohorte mit einem hohen bis sehr hohen Trainingsbedarf an kommunikativer Kompetenz.

Da das bedside-teaching von den Befragten der vorliegenden Arbeit als Form der Lehre sehr gewünscht ist, kann an dieser Stelle die Vermutung geäußert werden, dass sowohl bedside-teaching als auch Trainingseinheiten zur sicheren Kommunikation für Studierende der Humanmedizin auch am UKE sinnvoll sein können.

7.2 Einstellungen und Meinungen von Studierenden

Die Palliativmedizin ist ein höchst interdisziplinäres Fach (Jeffrey 2002). Das wird auch in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit deutlich. Die Einführung der Palliativmedizin als Pflichtfach halten knapp zwei Drittel der Humanmediziner für richtig, obwohl mehr als die Hälfte der Studierenden sich nicht vorstellen kann, auf einer Palliativstation zu arbeiten. Hier zeigt sich, dass die Palliativmedizin auch bei den Studierenden nicht als alleinstehendes Fach angesehen wird.

Eine gute palliativmedizinische Versorgung braucht immer auch eine gute Zusammenarbeit mehrerer Fachrichtungen. Auch als Nicht-Palliativmediziner braucht der Humanmediziner von morgen Kenntnisse im Umgang mit sterbenskranken Patienten oder dem Tod.

Ebenfalls interessant ist, dass fast die Hälfte der Studierenden der Meinung ist, dass unwürdiges Leben existiert. Eine Studie aus dem Jahr 2008 beschäftigt sich mit Einstellungen von Medizinstudierenden zum Thema Würde und würdevolle Versorgung von Patienten (Mehnert et al. 2008). Der Begriff selbst, gilt als sehr schwierig zu definieren. Es zeigen sich, neben der grundlegenden Übereinkunft, dass es sich um Achtung und Respekt gegenüber anderen Menschen handelt, sehr vielfältige individuelle Ausprägungen. Der Begriff hängt zusätzlich von bestimmten Verhaltensweisen ab, etwa der Haltung, dem Verhalten und Mitgefühl gegenüber dem Patienten sowie der kontinuierlichen Kommunikation (Gallagher et al. 2008).

Bei der Frage nach einer Würde im Verständnis eines lebenswerten Lebens sprechen auch in dieser Arbeit Studierende zwei unterschiedliche Sprachen. Für die eine Gruppe ist Würde mit dem Leben verbunden, sodass durch ihr Fehlen kein Lebenswert mehr besteht. Für die zweite Gruppe ist das Leben nicht in Frage zu stellen, auch wenn die Würde verletzt wird. Circa 60% der Studierenden plädieren für eine praktizierte aktive Sterbehilfe, sofern dies zweifelsfrei dem Patientenwunsch entspräche. Der übrige Teil sähe darin eine zu große Missbrauchsgefahr. Es wird deutlich, dass es sich um ein kontrovers diskutiertes Thema handelt. Auch mit dieser Arbeit lässt sich die Frage nach einem potenziell unwürdigen Leben nicht beantworten. Ableiten lässt sich allerdings, dass die derzeitige Rechtssprechung nur die Überzeugung von ungefähr der Hälfte der angehenden Humanmediziner abbildet, indem sie unwürdiges Leben als nicht existent bezeichnet.

8 Fazit

Die Palliativmedizin, mit ihrer im Fokus stehenden Wahrung der Lebensqualität, nimmt in der modernen Gesellschaft eine zentrale Position ein. Die 1977 verfassten Grundlagen von C. Saunders haben maßgeblich dazu beigetragen das Bild der ‚isolierten Sterbeklinik‘ in eine ‚würdevolle Palliativ- und Hospizeinrichtung‘ zu verwandeln. Mit Hilfe des großen Engagements durch die Arbeit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG), der Bundesvertretung für Medizinstudierende in Deutschland (bvmd) und vieler Weiterer konnte eine gesellschaftliche Anerkennung dieses relativ jungen Teilgebiets der Medizin geschaffen und eine Etablierung von Lehrinhalten an den deutschen Universitäten erreicht werden. Seit 2009 gehört das Fach Palliativmedizin zu den Pflichtangeboten der universitären Lehre an deutschen Medizin-Fakultäten. Das Fach Palliativmedizin wirft dabei spezielle ethische und moralische Fragen auf. Dadurch, dass dieses Teilgebiet der Medizin den bekannten, kurativen Weg verlässt, müssen besondere ärztliche Leitlinien zur Behandlung entworfen werden. Diese, wiederum gestärkt durch ein juristisches Fundament, spiegeln sich zum Beispiel in der Arbeit der Bundesärztekammer wider. Hier erkennt man eine klare Stärkung und Unterstützung des Fachs, unter Anderem auch in der klaren Unzulässigkeit der Aktiven Sterbehilfe.

Die Auseinandersetzung mit Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung ist kein allein dem Arzt vorbehaltenes Privileg, sondern stellt eine Anforderung an jeden Bürger dar. Damit ist die Palliativmedizin in der Gesellschaft angekommen und verlangt von jedem Menschen im eigenen Interesse eine vorsorgliche Zuwendung und Beschäftigung mit diesem Gebiet.

Wie künftige Humanmediziner mit dem weitreichenden Thema Palliativmedizin umgehen, welches Wissen sie auf dem Gebiet vorweisen können und welche Einstellungen sie haben, versucht die vorliegende Arbeit zu zeigen.

So strebt Kapitel 8 eine Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse an. Es sollen eingangs formulierte Fragen aufgegriffen werden, sodass anhand der Ergebnis-Diskussion ein Bild des Mediziners von morgen skizziert wird.

Mit Hilfe der durchgeführten Befragung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf sind Studierende untersucht worden. Zu Beginn lässt sich festhalten, dass auffällig viele Studierende der Humanmedizin bereits über Vorerfahrungen in der Auseinandersetzung mit dem Tod verfügen, bevor sie ins Studium gehen, da sie beispielsweise in Pflegeeinrichtungen oder bei einem Rettungsdienst gearbeitet haben. Dennoch sind Humanmedizin-Studierende generell nicht besser mit dem Thema Palliativmedizin vertraut als ihre Vergleichsgruppe der Zahnmedizin-Studierenden. Das zeigt sich wie folgt. Definitionen von Fachbegriffen, wie ‚Aktive, Indirekte und Passive Sterbehilfe‘ sind angehenden Humanmedizinern nicht geläufiger als den Studierenden der Zahnmedizin, die in ihrem Studium keinerlei Berührungspunkte mit der Palliativmedizin haben. Auch die ärztlichen Handlungsspielräume, durch gesetzliche Rahmen eingegrenzt, sind allen Befragten nicht vollumfänglich geläufig. Unsicherheit besteht auch bei der Abgrenzung der Palliativ- zur Hospizversorgung. Es zeigt sich dennoch deutlich, dass ein überdurchschnittlich hohes, breitgefächertes Interesse der Humanmedizin-Studierenden und damit der Mediziner von morgen am universitären Lehrfach Palliativmedizin besteht.

Die beschriebene sehr hohe generelle Neugier der Studierenden an der Palliativmedizin setzt sich auch im Detail fort. Die Untergliederung des Fachs in einzelne Themenabschnitte und Untergruppen, die sich im DGP-Curriculum widerspiegeln, lösen bei den Studierenden weiterhin Wissensdurst aus. Die Erwartungen der Studierenden an das Lehrfach werden mithilfe dieses großen inhaltlichen Spektrums erfüllt.

Der Mediziner von morgen erwartet in seinem Studium ein besonderes Training zur Kommunikation. Interessant ist der Abschnitt zur Kommunikativen Kompetenz der Studierenden. Hier zeigt sich, dass die Selbsteinschätzung schon auf einem überdurchschnittlich hohen Wert angelangt ist. Die Studierenden schätzen sich durchaus gut ein.

Dennoch ist der selbstauferlegte Bedarfswert noch höher. Es besteht ein auffällig großes Bedürfnis der Mehrheit der Studierenden, Kommunikation im Rahmen der universitären Lehre innerhalb des Faches Palliativmedizin speziell zu schulen. Abzuleiten ist hier eine sehr hohe Sensibilität und Verantwortung gegenüber dem Mitteilen prognostisch ungünstiger Informationen dem Patienten gegenüber. Es zeigt sich, dass die angehenden Mediziner hier eine gute Vorbereitung erwarten. Ebenfalls gewünscht sind alternative Arten der Wissensvermittlung, insbesondere die direkte Konfrontation in Form von bed-side-teaching, das heißt eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Fach Palliativmedizin bei gleichzeitigem praktischen Einblick in den Alltag eines Palliativmediziners.

Die Tatsache, dass das Fach Palliativmedizin als Pflichtfach eingeführt wurde, spaltet die Studierenden. Über 60% halten es für absolut richtig, dennoch verbleibt ein Teil, der diese Tatsache kritisch sieht. Hierfür kann zum Beispiel ein Faktor wie die generell hohe persönliche Belastung durch das anspruchsvolle Studium der Humanmedizin eine Rolle spielen, weshalb eine negative Bewertung nicht zwingend mit dem Fach selbst zusammenhängen muss. Da das Studium der Humanmedizin darüber hinaus ohnehin schon zu den zeitintensivsten Studiengängen an deutschen Fakultäten gehört, stößt die Neueinführung eines zusätzlichen Prüfungsfachs sicherlich grundsätzlich auch auf Kritik. Hier gilt es Lösungen zu finden, um einer Überforderung der Studierenden vorzubeugen. Die bvmd macht zu diesem Punkt selbst den Vorschlag, bei der Vermittlung von Inhalten Überschneidungen mit anderen Teilgebieten der Medizin zu prüfen und somit Inhalte fächerübergreifend zu erarbeiten. Durch Quervernetzungen der Fächer lässt sich demnach ein zeitlicher Mehraufwand kompensieren und ein effektives Lernen ermöglichen.

Das in der Öffentlichkeit verbreitete Dogma, dass sich Palliativmediziner nicht mit dem Heilen einer Erkrankung beschäftigen und somit eine Einschränkung des ärztlichen Berufs vorläge, teilen die Mediziner von morgen zu einem überwiegenden Teil nicht.

Dennoch kann sich lediglich ein Fünftel der zukünftigen Mediziner konkret vorstellen, auf einer Palliativstation zu arbeiten. Da aber insgesamt ein breites Interesse am Fach besteht, kann angenommen werden, dass für den Mediziner von morgen eine interdisziplinäre Lehre von großer Bedeutung ist und auch Humanmediziner Kenntnisse im Umgang mit sterbenskranken Patienten erlangen wollen. Wie sich die palliative Betreuung eines Patienten gestaltet, sehen die Befragten generell sehr klar: Eine schmerz- und symptomlindernde Therapie, eine interdisziplinäre Betreuung, eine enge Zusammenarbeit mit Angehörigen und als Ziel die Weiterbehandlung zu Hause oder in einem Hospiz. Das deckt sich auch mit der Realität.

Ein recht brisantes Ergebnis zeigt sich bei der Auswertung der Frage, ob unwürdiges Leben existiert. Hier spaltet sich die Gruppe der Studierenden zu etwa gleichen Teilen. Fast die Hälfte der Jungmediziner sagt aus, dass es unbedingt unwürdiges Leben gibt. Eine Aussage, die gesellschaftlich und juristisch Fragen aufwirft. Unwürdiges Leben gibt es in Deutschland per Definition nicht. „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ (Art. 1, GG). In diesem Kontext werden auch die Ergebnisse hinsichtlich der Meinungen zu Aktiver Sterbehilfe interessant. Die Aktive Sterbehilfe tatsächlich als Totschlag zu sehen, wie es die deutsche Gesetzgebung definiert hat und Juristen sie behandeln, spaltet die Mediziner von morgen ebenfalls. Ethisch und moralisch gibt es offensichtlich einen Teil der angehenden Mediziner, der die Kausalität zwischen einer infausten Prognose einer Erkrankung und deren Behandlung anders sieht und auch die Aktive Sterbehilfe in Betracht ziehen würde, insofern eine juristische Grundlage dafür bestünde. Verknüpft mit der zweigespaltenen Meinung der Studierenden zum Thema ‚unwürdiges Leben‘ lässt sich hier zumindest eine Gruppe an zukünftigen Mediziner erkennen, die mit der derzeitigen klaren Definition oder besser der Ablehnung von unwürdigem Leben und Aktiver Sterbehilfe nicht einverstanden sind. Deutlich wird, dass es eine durchaus kritische Auseinandersetzung der künftigen Humanmediziner mit diesem Thema gibt und dies sicherlich auch in Zukunft weiter diskutiert werden muss. Wie ein Konsens gefunden werden kann, bleibt offen.

An dieser Stelle kommt diese Arbeit an ihre Grenzen, da sich damit ein Thema eröffnet, das hier nicht befriedigend beantwortet werden kann.

Die ‚Lebensqualität‘ als zentraler Begriff der Palliativmedizin wird von den Jungmedizinerinnen durchweg bestätigt und mit Inhalt gefüllt. Untergruppen wie soziale Kontakte, körperliche Beschwerden und Mobilität werden hier am Häufigsten aufgeführt. Eine positive Einstellung zum Leben, das Erleben von Glück, die Bewältigung des Alltags, Zuversicht und Mut, sowie Ausgeglichenheit und Ruhe bilden elementare Bereiche des Lebens. Diese Punkte können alle auf einer Palliativstation beeinflusst werden; zumindest teilweise, da sich die Mediziner von morgen einig.

Die gesellschaftliche, politische, juristische, medizinische und universitäre Behandlung des Themas Palliativmedizin befindet sich in einem sehr dynamischen Prozess. Es besteht auf der Seite der Humanmedizin-Studierenden ein sehr hohes Interesse an Inhalten und eine interessierte Auseinandersetzung mit konkreten Teilbereichen wie zum Beispiel der Aktiven Sterbehilfe. Der aktuelle Wissensstand und die universitäre Lehre können diesen Anforderungen der Jungmediziner noch nicht vollkommen gerecht werden und es bedarf weiterer Festigung und Etablierung des Fachs als wichtige Säule des medizinischen Studiums an deutschen Fakultäten.

9 Zusammenfassung

Die Palliativmedizin beschäftigt sich mit Fragen der Schmerzlinderung, wie Lebensqualität und die Würde des Patienten aufrecht erhalten werden können und wie unsere Gesellschaft generell mit Sterbenden umgehen möchte. Bestehende Studien begleiten dieses relativ junge Fach seit der Etablierung an medizinischen Fakultäten. Welches Wissen zur Palliativmedizinischen Versorgung Studierende der Humanmedizin haben und welche Einstellungen und Meinungen die Mediziner von morgen vertreten, dazu gibt es nur wenige Untersuchungen. So ist es das zentrale Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit, Humanmedizin-Studierende des Klinischen Abschnitts am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf dahingehend zu untersuchen.

Hierfür ist eine Befragung mit selbst entwickelten Fragebögen durchgeführt worden, die ebenfalls eine Vergleichsgruppe von Studierenden der Zahnmedizin berücksichtigt. Insgesamt sind 121 Fragebögen ausgefüllt und ausgewertet worden. Es zeigt sich, dass viele Studierende der Humanmedizin bereits vor dem Studium Erfahrungen mit dem Tod gemacht haben. Sie haben beispielsweise in Pflegeeinrichtungen oder bei Rettungsdiensten gearbeitet (83%). Humanmedizin-Studierende kennen sich generell nicht besser mit dem Thema Palliativmedizin aus als die Vergleichsgruppe. Es fehlt teilweise an Definitions- und juristischem Grundlagenwissen. Dennoch besteht ein hohes Interesse der angehenden Humanmediziner am universitären Lehrfach Palliativmedizin (38%). Der Mediziner von morgen erwartet in seinem Studium ein besonderes Training zur Kommunikation im Rahmen der universitären Lehre (67%).

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass die universitäre Lehre den Anforderungen der Jungmediziner noch nicht vollkommen gerecht wird. Eine weitere Festigung und Etablierung des Fachs an deutschen Fakultäten ist notwendig. Um die Weiterentwicklung der Lehre und den aktuellen Wissensstand der Humanmediziner fortlaufend zu überprüfen, kann die vorliegende Arbeit Grundlage für künftige Untersuchungen sein.

10 Summary

Palliative Medicine concerns itself with topics of pain relief, how quality of life and the dignity of patients can be assured and how our society in general wants to confront itself with dying patients. Existing studies try to accompany the process of this emerging subject at medical faculties. Only a few studies highlight what knowledge about palliative medicine medical students possess and what predispositions and opinions these physicians of tomorrow might have. The primary research topic of this paper will therefore be to interview medical students at the clinical section of the University Hospital Hamburg-Eppendorf about the mentioned subjects.

A survey with self-developed questionnaires examined one group, while a control group, comprised of dental students, covered another data set. In total, 121 questionnaires were filled out. Many students of human medicine already have experiences with death. For example, some of them have worked in patient-care facilities or with emergency medical services (83%). Human medicine students generally do not possess more knowledge about palliative medicine than the control group. To some extent, there is a lack of basic and legal knowledge. Nevertheless, a high interest for the university courses concerning palliative medicine can be shown by these prospective physicians (38%). The health professional of the future expects a particular training for communication during university teachings (67%).

The results of this study show that most university curriculums fail to adequately cover the requirements of these young doctors. A further consolidation and establishment of this subject is necessary. This study can be used as a foundation for future research into university developments and the knowledge of medical students.

11 Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
bvmd	Bundesvertretung für Medizinstudierende in Deutschland e.V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
UCCH	Universitäres Cancer Center Hamburg
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
QB	Querschnittsbereich
ZEKO	Zentrale Ethikkommission
ÄAppO	Ärztliche Approbationsordnung

12 Literaturverzeichnis

Grundgesetz (Art. 1, GG).

Alt-Epping B., Wolfram Jung A., Simmenroth N., Russo S., Vormfelde St., Friedmann Nauck (2010), Implementierung des Querschnittsfachs Palliativmedizin (Q13) vor dem Hintergrund der neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen am Beispiel der Universitätsmedizin Göttingen; GMS 2010, 27.

Asadullah K., Franze T., Dietze F. (1996), Die Behandlung der Problematik der Betreuung Sterbender im Medizinstudium – Ergebnisse einer Befragung von 565 Studenten und Ärzten; Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1996, 29: S.432–437.

Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S.2405), zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S.2495) geändert (ÄApprO 2002).

Bernhard R. (2008), „Wenn es soweit sein wird mit mir, brauche ich den Engel in dir“ Zehn Jahre Hospizarbeit, Ökumenischer Hospiz-Förderverein im Reformierten Gemeindestift, Verlag: J.H. Born GmbH, Born-Verlag.

Bundesärztekammer (2004), Deutsches Ärzteblatt, Heft Mai 2004: S. 1297f.

Bundesärztekammer (2010), Deutsches Ärzteblatt, Heft Mai 2010, S.877ff.

Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (2010); Leitfaden der AG Palliativmedizin der bvmd; Bonn: Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland 2010.

Bürgerliches Gesetzbuch (2009), § 1901a BGB u. § 1901b BGB.

Clemens K. E., Jaspers B., Klein E., Klaschik E. (2008), Palliativmedizinische Lehre. Gibt es einen Einfluss auf die Haltung zukünftiger Ärzte zur aktiven Sterbehilfe? Schmerz 22 (4), S.458-464.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V., Bundesärztekammer (Hrsg.), Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, 8. Auflage, Berlin 2015.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2010); Definition in der Palliativmedizin; www.dgpalliativmedizin.de

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2009), Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin; Curriculum: Grundlagen der Palliativmedizin 2009.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2009), Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur Einrichtung von Lehrstühlen für Palliativmedizin an den medizinischen Fakultäten vom 10.09.2009; Berlin: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2009.

Dietz I., Elsner F., Schiessl C., Domenico G., Borasio (2011), Die Münchner Erklärung – Eckpunkte zur Etablierung der Lehre im neuen Querschnittsbereich 13: Palliativmedizin an deutschen Fakultäten; GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2011, 28: S.1-4.

Gallagher A., Li S., Wainwright P., Rees Jones I., Lee D., Dignity in the care of older people – a review of the theoretical and empirical literature (2008); BMC Nursing 2008 7:11; BioMed Central Ltd. 2008.

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 – Planung der Fakultäten zum zukünftigen Querschnittsfach 13; GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2012, 29: S.1-6.

Jeffrey D. (2002), Teaching techniques: One to one discussion and small group work. Teaching in palliative care. A practical guide. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Klaschik E., Ostgathe C., Nauck F. (2002), Palliativmedizin. Defizite in der studentischen Ausbildung. Deutsches Ärzteblatt 2002, 99: S.1286–1288.

Lang K. und Falckenberg (2006), Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Palliativversorgung; Bundesgesundheits-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2006, 49: S.1149-1154.

Laske A., Ilse B., Nauck F. (2010), Palliativmedizinische Lehre in Deutschland – Bestandsaufnahme an den medizinischen Fakultäten 2009; Palliativmed. 2010, 11: S.18-25.

Laske, A.; Dietz, I.; Ilse, B.; Nauck, F.; Elsner, F. (2010), Palliativmedizinische Lehre in Deutschland, Zeitschriftenaufsatz (Palliativmedizin), 2010, 1: S. 18-25.

Mehnert, A., Schröder, A.S., Puhlmann, K. (2006), Bundesgesundheitsblatt 2006, 49: S.1087.

Mehnert, A., Schröder A., Koch U., (2008), Palliativmedizin, 2008, 9: S. 126-131.

Ostgathe C., Voltz R., Nauck F. (2007), Undergraduate training in palliative medicine in Germany: What effect does a curriculum without compulsory palliative care have on medical students' knowledge, skills and attitudes? ,Palliative Medicine 2007, 21: S.155–156.

Radbruch L., Payne S., Bercovitch M., Caraceni A., De Vliege T., Firth P., Hegedus K., Nabal M., Rhebergen A., Smidlin E., Sjögren P., Tishelman C., Wood C., de Conno F. (2011), Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1, Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). Zeitschrift für Palliativmedizin 2011, 12: S.216-227.

Radbruch L., Payne S., Bercovitch M., Caraceni A., De Vliege T., Firth P., Hegedus K., Nabal M., Rhebergen A., Smidlin E., Sjögren P., Tishelman C., Wood C., de Conno F. (2011), Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 2, Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). Zeitschrift für Palliativmedizin 2011, 12: S.260-270.

Schindler T. (2007), Allgemeine und spezialisierte Palliativversorgungsaktuelle Entwicklungen; Forum DKG 3: S.5-10.

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 Palliative Care 10:19.

Weber M., Schildmann J., Schüz J. (2004), Ethische Entscheidungen am Lebensende – Kenntnisstand und Einstellungen Medizinstudierender. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2004, 129: S.1556-1560.

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 Palliative Care 10:19.

Weber M., Braun J., Schildmann J. (2010), Evaluation eines Unterrichts am Krankenbett (Bedside Teaching) auf einer Palliativstation im Rahmen einer studentischen Pflichtveranstaltung; Palliativmedizin 2010, 11: S.116.

Zech D. (1994), Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland, Palliativmedizin heute. Springer, Berlin, Heidelberg.

ZEKO (2006), Stellungnahme „Ethikberatung in der klinischen Medizin“; Deutsches Ärzteblatt 2006, Heft 24, 103: A 1703-7.

13 Tabellen und Diagramm Verzeichnis

Tabelle 6.1_1 Soziodemografische Daten, S.43

Tabelle 6.2_1 Definition „Palliativmedizin“ 1, S.44

Tabelle 6.2_2 Definition „Palliativmedizin“ 2, S.45

Tabelle 6.2_3 Definition „Palliativmedizin“ 3, S.46

Tabelle 6.2_4 Definition „Palliativmedizin“ 4, S.47

Tabelle 6.3_1 Definition „Sterbehilfe“ 1, S.48

Tabelle 6.3_2 Definition „Sterbehilfe“ 2, S.49

Tabelle 6.3_3 Definition „Sterbehilfe“ 3, S.49

Tabelle 6.4_1 Gesetzliche Bestimmungen 1, S.50

Tabelle 6.4_2 Gesetzliche Bestimmungen 2, S.51

Tabelle 6.4_3 Gesetzliche Bestimmungen 3, S.51

Tabelle 6.4_4 Gesetzliche Bestimmungen 4, S.52

Tabelle 6.5_1 Palliativ- und Hospizversorgung 1, S.53

Tabelle 6.5_2 Palliativ- und Hospizversorgung 2, S.54

Tabelle 6.5_3 Palliativ- und Hospizversorgung 3, S.54

Tabelle 6.5_4 Palliativ- und Hospizversorgung 4, S.55

Tabelle 6.5_5 Palliativ- und Hospizversorgung 5, S.55

Tabelle 6.5_6 Palliativ- und Hospizversorgung 6, S.56

Tabelle 6.5_7 Palliativ- und Hospizversorgung 7, S.56

Tabelle 6.5_8 Palliativ- und Hospizversorgung 8, S.57

Tabelle 6.7_1 Interesse und Bedeutung, S.58

Tabelle 6.8_1 Vorerfahrungen mit Tod, S.59

Tabelle 6.8_2 Auseinandersetzung mit Tod, S.60

Tabelle 6.9_1 Erwartungen an Lehrthemen, S.62

Tabelle 6.9_2 Erwartungen an Lehre in Korrelation zu demographischen Charakteristika, S.63

Tabelle 6.9_3 Korrelation Vorerfahrungen aus Pflege auf Lehrthemen, S.64

Tabelle 6.9_4 Einfluss Kunst auf Palliativmedizin und Lehre, S.65

Tabelle 6.10_1 Erwartungen Form der Vermittlung, S.66

Tabelle 6.11_1 Kommunikation - Einschätzung und Bedarf, S.67

Diagramm 6.11_2 Kommunikationskompetenz vs. Trainingsbedarf, S.68

Tabelle 6.12_1 Einstellungen und Meinungen, S.69

Tabelle 6.12_2 Eigenschaften Ärzte, S.71

Tabelle 6.12_3 Betreuung von Patienten, S.72

Tabelle 6.12_4 Meinung Thema Sterbehilfe, S.74

Tabelle 6.12_5 Aussagen zur „Lebensqualität“, S.75

Tabelle 6.12_6 Beeinflussbarkeit der Lebensqualität, S.77

Tabelle 6.12_7 Palliativmedizin als Teil der Zahnmedizin, S.79

14 Danksagung

Mein Dank richtet sich zunächst an Frau Prof. Dr. Anja Mehnert, die diese Arbeit mit großem Engagement entworfen hat und stets eine gute Ansprechpartnerin war. Ein herzliches Dankeschön richtet sich auch an Frau Prof. Dr. Karin Oechsle, die mir mit viel Zeit eine verständliche und motivierende Einführung in die Welt der Palliativmedizin gegeben hat und darüber hinaus viele Fragen auf dem Weg zum Ziel beantworten konnte. Danken möchte ich allen Studierenden der Human- und Zahnmedizin, die sehr gewissenhaft und interessiert an dieser Studie teilgenommen haben. Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern und meiner Familie, die mir das Studium ermöglicht haben und mich in meinen Entscheidungen immer unterstützt haben. Für die vielen lieben Worte während der Erarbeitung der Dissertation möchte ich mich ganz herzlich bei Bettina und allen Freunden bedanken. Ausdrücklicher Dank gilt auch der hohen Motivation und Ermutigung durch meine Kollegen aus Lüneburg. Dafür vielen Dank!

15 Anhang

15.1 Fragebogen für Studierende der Humanmedizin



Studentenbefragung

Zur Palliativmedizin

Sehr geehrte Studentinnen und Studenten,

dieser im Rahmen einer Promotionsarbeit erarbeitete anonymisierte Fragebogen soll der Verbesserung der Lehre im Bereich der Palliativmedizin dienen. Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit zum Ausfüllen, damit ein repräsentatives Ergebnis der Lehre zu Gute kommen kann.

Vielen Dank!

Fragen zur Person

Heutiges Datum:	Alter: _____ Jahre
Geschlecht:	Familienstand:
<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet
Sie leben...	Haben Sie Kinder?
<input type="radio"/> in fester Partnerschaft <input type="radio"/> allein <input type="radio"/> Sonstiges _____	<input type="radio"/> Ja, ich habe _____ Kinder (Anzahl) <input type="radio"/> Nein, ich habe keine Kinder
In welchem Studiengang sind Sie eingeschrieben?	In welchem Fachsemester befinden Sie sich?
<input type="radio"/> Humanmedizin <input type="radio"/> Zahnmedizin <input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
In welchem Fachbereich sehen Sie sich nach dem Studium?	Gehören Sie einer Religion an?
<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> Christentum <input type="radio"/> Islam <input type="radio"/> Hinduismus <input type="radio"/> Buddhismus <input type="radio"/> Judentum <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> Nein
Religion ist für mich...	
<input type="radio"/> der wichtigste Bestandteil meines Lebens <input type="radio"/> hilfreich in bestimmten Situationen <input type="radio"/> für mich ein moralischer Leitfaden <input type="radio"/> mir gleichgültig <input type="radio"/> _____	

Fragen zum Wissen

Beurteilen Sie die Definitionen des Begriffs „Palliativmedizin“:	Stimme ich nicht zu	Stimme ich teilweise zu	Stimme ich voll und ganz zu	weiß ich nicht
<p>Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die <i>Lebensqualität</i> ist.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Palliativmedizin beschäftigt sich mit der unbedingten Anforderung der Heilung von Krankheiten. Sie ist als Teilgebiet der Kurativmedizin anzusehen.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die <i>Lebensverlängerung</i> ist.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Palliativmedizin ist ein Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Sterbebegleitung von Patienten mit nicht heilbaren Krankheiten beschäftigt.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Definitionen erklären aktive, indirekte und passive Sterbehilfe?	Aktive Sterbehilfe	Indirekte Sterbehilfe	Passive Sterbehilfe	weiß ich nicht
<p>1. Gabe symptomlindernder Medikamente unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>2. Gezieltes, tätiges Herbeiführen des Todes. Die zum Tod führende Handlung wird von einem Dritten ausgeführt.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>3. Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen beim todkranken Patienten oder auf Wunsch eines aufgeklärten Patienten.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welches Handeln ist in Deutschland gesetzlich erlaubt?	verboten	Gesetzlich nicht geregelt	erlaubt	weiß ich nicht
1. Ernährung durch Magensonde abbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Beatmungsgeräte abschalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Schmerzmitteldosis erhöhen, bis unweigerlich der Tod eintritt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tödliches Gift injizieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Aussagen beschreiben für Sie eher eine Palliativ-, welche eher eine Hospiz- Versorgung?	Palliativ- Versorgung	Hospiz- Versorgung	Keins von beiden	weiß ich nicht
1. Die Versorgung konzentriert sich ausschließlich auf die letzte Lebensphase; die Zeitspanne lässt sich in Wochen beschreiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Die Versorgung beginnt mit der Diagnose der Erkrankung und öffnet einen noch nicht prognostizierbaren Betreuungszeitraum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Die Therapie ist rein symptomorientiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. In Notsituationen findet keine Reanimation oder Intensivmedizin statt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Die Unterbringung der Patienten ist krankenhausbunden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Die ärztliche Versorgung ist rund um die Uhr gewährleistet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Das Ziel ist im Regelfall die Entlassung in die häusliche Umgebung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Das Ziel ist ein würdevolles Sterben.

Fragen zum Wissensbedarf

1. Wie schätzen Sie Ihr Interesse an der Palliativmedizin ein?

Nicht vorhanden Gering Mäßig Hoch

2. Wie wichtig ist Ihnen das Fach Palliativmedizin im Studium?

Gar nicht Wenig Mäßig Sehr

Die folgenden Fragen beziehen sich auf eigene Erfahrungen mit dem Tod

JA NEIN

Wo haben Sie Kontakt mit dem Tod gehabt?

- Großeltern
- Eltern
- Geschwister
- Eigene Kinder
- Weitere Verwandtschaft
- Partner
- Freundeskreis
- Bekannte (Lehrer, Nachbarn, Sportverein, ...)
- Unfall (Straßenverkehr, Zugunglück, ...)
- Naturgewalt (Erdbeben, Überschwemmungen, ...)
- Im Anatomiekurs der Uni
- Arbeit in Pflegeeinrichtung (Krankenhaus, Altenheim, ...)
- Weitere: _____

JA NEIN

In welcher Form haben Sie sich bisher mit dem Tod auseinander gesetzt?

- Kunst (Literatur, Malerei, Musik, Film, ...)
- Religion (Leben nach dem Tod, Erlösung, ...)
- Gespräche mit Vertrauten

- Gespräche mit Fachleuten (Seelsorgern, Therapeuten, ...)
- Als Bestandteil des Studiums
- Über Informationsmedien (Dokumentationen, Artikel, ...)
- Persönliche Trauerarbeit
- Begleitung eines sterbenden Menschen
- Haben Sie während der Auseinandersetzung mit dem Tod auch positive Erfahrungen gemacht? Wenn ja, welche können Sie nennen?**

Fragen zu Erfahrungen im Studium (DGP Curriculum)

Überhaupt nicht	Wenig	Mäßig	Eher mehr	Sehr viel	
					Was erwarten Sie vom Fach Palliativmedizin im Studium?
					Wissen über...
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...internationale und nationale Entwicklung der Hospizidee und Palliativmedizin
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...die Organisationsformen palliativmedizinischer Behandlung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...interdisziplinäre Therapiemöglichkeiten
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Therapieplanung und Überprüfung des Therapieziels
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Dokumentation der Behandlung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Schmerzanamnese
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	... multidisziplinäre Schmerzdiagnose
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Pharmakologie und Medikation
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Nebenwirkungen von Medikamenten
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Applikationswege für Medikamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Gastrointestinale Symptome
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Pulmonale Symptome
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Neuropsychiatrische Symptome
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Dermatologische Symptome
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Sterbephase
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Bedürfnisse von Patienten
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Auswirkungen des soziales Umfelds der Patienten
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Bewältigungs- und Anpassungsmechanismen der Patienten
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Umgang mit Trauer
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Umgang mit Spiritualität

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...medizinethische Prinzipien in der Palliativmedizin
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...ethische und moralische Prinzipien in der Medizin
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...rechtliche Differenzierungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Verfügungen (z.B. Patientenverfügungen)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...interdisziplinäre Betreuung des Patienten
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...eigene Risiken (z.B. burn-out)

JA	NEIN	
Besonders wichtig sind mir...		
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Simulationen in Form von Rollenspielen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Besuche der Palliativstation und bed-side-teaching
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Trainingseinheiten zur Kommunikation
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	...Gruppenarbeiten

Fragen zu Einstellungen und Meinungen

	unbedingt	Eher weniger	Auf gar keinen Fall
1. Halten Sie es für richtig, dass Palliativmedizin als Pflichtfach eingeführt wurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Können Sie sich vorstellen auf einer Palliativstation zu arbeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Das ärztliche Handeln wird oft mit Heilen gleichgesetzt. Auf der Palliativstation ist das nicht möglich. Würden Sie hier eine Einschränkung des ärztlichen Handelns sehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Wenn Sie schon im Fach Palliativmedizin unterrichtet wurden, haben Sie den Eindruck von Dozenten in Ihrer Meinung beeinflusst worden zu sein, z.B. auf das Thema Sterbehilfe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Gibt es für Sie ein unwürdiges Leben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was sind Ihrer Meinung nach die drei wichtigsten Eigenschaften für Ärzte, die auf einer Palliativstation arbeiten?	<input type="radio"/> Einfühlungsvermögen und Verständnis <input type="radio"/> Respektvoller Umgang <input type="radio"/> Charakterstärke <input type="radio"/> Aufmerksamkeit, sich Zeit nehmen <input type="radio"/> in Behandlungsentscheidungen mit einbeziehen und informieren <input type="radio"/> Hoffnung und positive Einstellung vermitteln <input type="radio"/> Spiritualität <input type="radio"/> _____
---	--

<p>Wie stellen Sie sich die Betreuung von Patienten der Palliativstation vor? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Schmerz- und Symptomlindernde Therapie <input type="radio"/> Interdisziplinäre Betreuung des Patienten <input type="radio"/> Der dauerhafte Stationsaufenthalt ist grundsätzlich Ziel der Behandlung <input type="radio"/> Ziel ist die Weiterbehandlung zu Hause oder in einem Hospiz vorzubereiten <input type="radio"/> enge Zusammenarbeit auch mit den Angehörigen
<p>Welche Meinung vertreten Sie zum Thema Sterbehilfe? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Suizid ist in Deutschland straffrei. Daher sollte der bewusste Wunsch eines Menschen sein Leben zu beenden durch Aktive Sterbehilfe ermöglicht werden. <input type="radio"/> Aktive Sterbehilfe ist Totschlag. Es ist ethisch und moralisch nicht zu akzeptieren. <input type="radio"/> Die gegebene Macht zur Ausübung Aktiver Sterbehilfe wäre zu groß; vermeidbare Missbrauchsgefahr bestünde. <input type="radio"/> Wenn zweifelsfrei der Patient, z.B. nach einem Beratungsgespräch und schriftlicher Dokumentation, den Wunsch äußert sein Leben mit Hilfe eines Dritten (Aktive Sterbehilfe) zu beenden, sollte es erlaubt sein. <input type="radio"/> Aktive Sterbehilfe ist mit dem Arztberuf nicht vereinbar. Es sollte daher Fachkräften ohne medizinischem Hintergrund ermöglicht werden, Aktive Sterbehilfe zu praktizieren. <input type="radio"/> Unvorstellbares Leid und der Wunsch nach dem Tod lässt sich nicht anders lösen, als Aktive Sterbehilfe zu erlauben.
<p>Wenn Sie schon einmal eine Palliativstation besucht haben, welche Eindrücke sind Ihnen im Gedächtnis geblieben? (offene Frage)</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Welche Aussagen sind für Sie unmittelbar mit dem Begriff der „Lebensqualität“ verknüpft?		Was lässt sich auf der Palliativstation beeinflussen?			
					Verknüpft
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Körperliche Beschwerden (Funktionsfähigkeit wie Essen, Waschen, Anziehen, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mobilität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Positive Einstellung zum Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ausgeglichenheit, Innere Ruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zuversicht und Mut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Soziale Kontakte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewältigung des Alltags	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Glückserlebnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VIELEN DANK FÜR DAS AUSFÜLLEN DES FRAGEBOGENS!

Falls Sie Ergänzungen oder Anmerkungen zu dem Fragebogen haben, können Sie diese hier gern notieren:

15.2 Fragebogen für Studierende der Zahnmedizin



Studentenbefragung

Zur Palliativmedizin

Sehr geehrte Studentinnen und Studenten,

dieser im Rahmen einer Promotionsarbeit erarbeitete anonymisierte Fragebogenauszug soll der Verbesserung der Lehre im Bereich der Palliativmedizin dienen. Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit zum Ausfüllen, damit ein repräsentatives Ergebnis der Lehre zu Gute kommen kann.

Vielen Dank!

Fragen zur Person

Heutiges Datum:	Alter: _____ Jahre
Geschlecht:	Familienstand:
<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> geschieden <input type="radio"/> verwitwet
Sie leben...	Haben Sie Kinder?
<input type="radio"/> in fester Partnerschaft <input type="radio"/> allein <input type="radio"/> Sonstiges _____	<input type="radio"/> Ja, ich habe _____ Kinder (Anzahl) <input type="radio"/> Nein, ich habe keine Kinder
In welchem Studiengang sind Sie eingeschrieben?	In welchem Fachsemester befinden Sie sich?
<input type="radio"/> Humanmedizin <input type="radio"/> Zahnmedizin <input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> _____
In welchem Fachbereich sehen Sie sich nach dem Studium?	Gehören Sie einer Religion an?
<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> Christentum <input type="radio"/> Islam <input type="radio"/> Hinduismus <input type="radio"/> Buddhismus <input type="radio"/> Judentum <input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> Nein
Religion ist für mich...	
<input type="radio"/> der wichtigste Bestandteil meines Lebens <input type="radio"/> hilfreich in bestimmten Situationen <input type="radio"/> für mich ein moralischer Leitfaden <input type="radio"/> mir gleichgültig <input type="radio"/> _____	

Fragen zum Wissen

Beurteilen Sie die Definitionen des Begriffs „Palliativmedizin“:	Stimme ich nicht zu	Stimme ich teilweise zu	Stimme ich voll und ganz zu	weiß ich nicht
1. Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die <i>Lebensqualität</i> ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Palliativmedizin beschäftigt sich mit der unbedingten Anforderung der Heilung von Krankheiten. Sie ist als Teilgebiet der Kurativmedizin anzusehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die <i>Lebensverlängerung</i> ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Palliativmedizin ist ein Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Sterbebegleitung von Patienten mit nicht heilbaren Krankheiten beschäftigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Definitionen erklären aktive, indirekte und passive Sterbehilfe?	Aktive Sterbehilfe	Indirekte Sterbehilfe	Passive Sterbehilfe	weiß ich nicht
1. Gabe symptomlindernder Medikamente unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Gezieltes, tätiges Herbeiführen des Todes. Die zum Tod führende Handlung wird von einem Dritten ausgeführt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen beim todkranken Patienten oder auf Wunsch eines aufgeklärten Patienten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welches Handeln ist in Deutschland gesetzlich erlaubt?	verboten	Gesetzlich nicht geregelt	erlaubt	weiß ich nicht
1. Ernährung durch Magensonde abbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Beatmungsgeräte abschalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Schmerzmitteldosis erhöhen, bis unweigerlich der Tod eintritt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tödliches Gift injizieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Aussagen beschreiben für Sie eher eine Palliativ-, welche eher eine Hospiz- Versorgung?	Palliativ- Versorgung	Hospiz- Versorgung	Keins von beiden	weiß ich nicht
1. Die Versorgung konzentriert sich ausschließlich auf die letzte Lebensphase; die Zeitspanne lässt sich in Wochen beschreiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Die Versorgung beginnt mit der Diagnose der Erkrankung und öffnet einen noch nicht prognostizierbaren Betreuungszeitraum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Die Therapie ist rein symptomorientiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. In Notsituationen findet keine Reanimation oder Intensivmedizin statt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Die Unterbringung der Patienten ist krankenhausgebunden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Die ärztliche Versorgung ist rund um die Uhr gewährleistet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Das Ziel ist im Regelfall die Entlassung in die häusliche Umgebung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Das Ziel ist ein würdevolles Sterben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf eigene Erfahrungen mit dem Tod

JA	NEIN	
		Wo haben Sie Kontakt mit dem Tod gehabt?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Großeltern
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eltern
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Geschwister
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eigene Kinder
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Weitere Verwandtschaft
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Partner
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Freundeskreis
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bekannte (Lehrer, Nachbarn, Sportverein, ...)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Unfall (Straßenverkehr, Zugunglück, ...)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Naturgewalt (Erdbeben, Überschwemmungen, ...)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Im Anatomiekurs der Uni
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arbeit in Pflegeeinrichtung (Krankenhaus, Altenheim, ...)

Weitere: _____

JA NEIN

In welcher Form haben Sie sich bisher mit dem Tod auseinandergesetzt?

- Kunst (Literatur, Malerei, Musik, Film, ...)
- Religion (Leben nach dem Tod, Erlösung, ...)
- Gespräche mit Vertrauten
- Gespräche mit Fachleuten (Seelsorgern, Therapeuten, ...)
- Als Bestandteil des Studiums
- Über Informationsmedien (Dokumentationen, Artikel, ...)
- Persönliche Trauerarbeit
- Begleitung eines sterbenden Menschen
- Haben Sie während der Auseinandersetzung mit dem Tod auch positive Erfahrungen gemacht? Wenn ja, welche können Sie nennen?**

Fragen zu Einstellungen und Meinungen

	unbedingt	Eher weniger	Auf gar keinen Fall
1. Halten Sie es für sinnvoll, das Fach Palliativmedizin in das Studium der Zahnmedizin zu integrieren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Das ärztliche Handeln wird oft mit Heilen gleichgesetzt. Auf der Palliativstation ist das nicht möglich. Würden Sie hier eine Einschränkung des ärztlichen Handelns sehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Gibt es für Sie ein unwürdiges Leben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>Was sind Ihrer Meinung nach die drei wichtigsten Eigenschaften für Ärzte, die auf einer Palliativstation arbeiten?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Einfühlungsvermögen und Verständnis <input type="radio"/> Respektvoller Umgang <input type="radio"/> Charakterstärke <input type="radio"/> Aufmerksamkeit, sich Zeit nehmen <input type="radio"/> in Behandlungsentscheidungen mit einbeziehen und informieren <input type="radio"/> Hoffnung und positive Einstellung vermitteln <input type="radio"/> Spiritualität <input type="radio"/> _____
<p>Wie stellen Sie sich die Betreuung von Patienten der Palliativstation vor? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Schmerz- und Symptomlindernde Therapie <input type="radio"/> Interdisziplinäre Betreuung des Patienten <input type="radio"/> Der dauerhafte Stationsaufenthalt ist grundsätzlich Ziel der Behandlung <input type="radio"/> Ziel ist die Weiterbehandlung zu Hause oder in einem Hospiz vorzubereiten <input type="radio"/> enge Zusammenarbeit auch mit den Angehörigen
<p>Welche Meinung vertreten Sie zum Thema Sterbehilfe? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Suizid ist in Deutschland straffrei. Daher sollte der bewusste Wunsch eines Menschen sein Leben zu beenden durch Aktive Sterbehilfe ermöglicht werden. <input type="radio"/> Aktive Sterbehilfe ist Totschlag. Es ist ethisch und moralisch nicht zu akzeptieren. <input type="radio"/> Die gegebene Macht zur Ausübung Aktiver Sterbehilfe wäre zu groß; vermeidbare Missbrauchsgefahr bestünde. <input type="radio"/> Wenn zweifelsfrei der Patient, z.B. nach einem Beratungsgespräch und schriftlicher Dokumentation, den Wunsch äußert sein Leben mit Hilfe eines Dritten (Aktive Sterbehilfe) zu beenden, sollte es erlaubt sein. <input type="radio"/> Aktive Sterbehilfe ist mit dem Arztberuf nicht vereinbar. Es sollte daher Fachkräften ohne medizinischem Hintergrund ermöglicht werden, Aktive Sterbehilfe zu praktizieren. <input type="radio"/> Unvorstellbares Leid und der Wunsch nach dem Tod lässt sich nicht anders lösen, als Aktive Sterbehilfe zu erlauben.
<p>Wenn Sie schon einmal eine Palliativstation besucht haben, welche Eindrücke sind Ihnen im Gedächtnis geblieben? (offene Frage)</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Welche Aussagen sind für Sie unmittelbar mit dem Begriff der „Lebensqualität“ verknüpft?		Was lässt sich auf der Palliativstation beeinflussen?			
					Verknüpft
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Körperliche Beschwerden (Funktionsfähigkeit wie Essen, Waschen, Anziehen, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mobilität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Positive Einstellung zum Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ausgeglichenheit, Innere Ruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zuversicht und Mut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Soziale Kontakte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bewältigung des Alltags	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Glückserlebnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VIELEN DANK FÜR DAS AUSFÜLLEN DES FRAGEBOGENS!

Falls Sie Ergänzungen oder Anmerkungen zu dem Fragebogen haben, können Sie diese hier gern notieren:

16 Lebenslauf

Name: Jochen Stodieck
Geboren: 17. Dezember 1985 in Gütersloh
Staatsangehörigkeit: Deutsch

Ausbildung

2011 - 2017 Bearbeitung der vorliegenden Dissertation unter der Leitung von Frau Prof. Anja Mehnert am Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

2012 Approbation als Zahnarzt

2012 Zahnärztliches Staatsexamen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

2005 - 2006 Zivildienst im Schullandheim, Spiekeroog

2005 Abitur am Evangelisch Stiftischen Gymnasium, Gütersloh

17 Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: