

Aus dem Institut für Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Implementierung der palliativmedizinischen Lehre
an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

Dr. med.

(doctor medicinae)

an der Medizinischen Fakultät

der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

vorgelegt von Lisa Heberling
aus Schönebeck (Elbe)

Magdeburg im Jahr 2019

Bibliografische Beschreibung

Heberling, Lisa:

Implementierung der palliativmedizinischen Lehre an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.

2019. 151 Bl., 7 Abbildungen, 9 Tabellen, 3 Anlagen, 9 Tabellenanlagen

Kurzreferat

Hintergrund – Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den Implementierungsprozess des seit 2009 in der Approbationsordnung für Ärzte verankerten Querschnittsbereichs 13 „Palliativmedizin“ an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg im Hinblick auf lokale Besonderheiten mangels eigenen Lehrstuhls, auf die Effizienz des Curriculums und als Part moderner Medizingeschichte zu untersuchen. Dabei sollte insbesondere das Diskussionsthema des ärztlich assistierten Suizids als Impulsgeber für den Ausbau der Palliativmedizin eine wichtige Rolle spielen.

Methodik – Der erste Abschnitt stellt als medizinhistorischer Beitrag den Weg der Palliativmedizin in das Studium deutscher Medizinstudierender dar. Von den Ursprüngen der Palliativmedizin wurden die Entwicklungen der letzten 25 Jahre herausgestellt und dabei die gesellschaftliche und politische Diskussion zum Thema Sterbehilfe aufgearbeitet. Im zweiten Abschnitt wurde die Entstehung des Magdeburger palliativmedizinischen Curriculums untersucht und in den Jahren 2013 und 2014 mittels Umfragen unter Studierenden sowie 2015 einer Umfrage unter Dozenten und Dozentinnen evaluiert.

Ergebnisse – Der neue Querschnittsbereich 13 konnte erfolgreich implementiert werden. Ein fehlender Lehrstuhl bedingte einen besonderen Charakter durch die Einbeziehung von über 50 Lehrenden verschiedener Fachdisziplinen im Sinne eines multiprofessionellen Palliative-Care-Konzepts. In der Evaluation konnte eine gute Bewertung des Curriculums herausgestellt werden mit dem Schwachpunkt zu geringer Kapazitäten für Praxisnähe mit Patientenkontakt und Hospitationen.

Schlussfolgerung – Die Palliativmedizin ist im Hinblick auf deren kontinuierlichen Ausbau in der Patientenversorgung ein bedeutsamer Teil der ärztlichen Ausbildung. Die Ergebnisse der Arbeit können zur initialen Strukturierung der palliativmedizinischen Lehre beitragen. Die Entwicklung des universitären Curriculums sollte im multiprofessionellen Austausch fortgesetzt werden.

Für Margot

Inhaltsverzeichnis

1	EINFÜHRUNG	1
1.1	Historischer und gesellschaftspolitischer Kontext	1
1.2	Stellenwert einer palliativmedizinischen Ausbildung	3
1.3	Implementierungsprozess an der Otto-von-Guericke-Universität	5
1.4	Von der Evaluation zur konstruktiven Kritik	5
2	MATERIAL UND METHODEN	8
2.1	Literaturbasis und Recherche zum Hauptteil A	8
2.2	Darstellung der Entwicklung eines Lehrkonzepts durch Prof. Lichte	9
2.2.1	Informationsgewinn mittels Experteninterview	9
2.2.2	Verwendung und Auswertung der gewonnenen Informationen	10
2.3	Evaluation der palliativmedizinischen Lehre durch die Studierenden	10
2.3.1	Datenerhebung mittels Fragebogen	10
2.3.2	Auswertung der Daten	11
2.4	Evaluation der palliativmedizinischen Lehre durch die Dozenten und Dozentinnen	12
2.4.1	Datenerhebung mittels Fragebogen	12
2.4.2	Auswertung der Daten	13
3	HAUPTTEIL A – ZUR ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DER PALLIATIVMEDIZINISCHEN VERSORGUNG	14
3.1	Geschichte der Palliativmedizin – von der Cura palliativa zur modernen Palliativmedizin	14
3.1.1	Erste Erwähnung palliativer Therapieformen im 14. Jahrhundert – historische Begriffe	14
3.1.2	Dilemma des sterbebegleitenden Arztes in der Frühen Neuzeit	15
3.1.3	Medizinischer Fortschritt im Industriezeitalter bremst die Entwicklung der Palliativmedizin	15
3.1.4	Aus der Häuslichkeit in Institutionen für Kranke und Sterbende	16
3.1.5	Ausbau palliativer Versorgungsstrukturen nach Kriegsende	17
3.1.6	Strukturierte Ausbildung des Personals – Anfänge palliativmedizinischer Lehre	18
3.2	Palliativmedizin geht gestärkt aus der Debatte um den assistierten Suizid hervor	19
3.2.1	Klärung der Begriffe zur Sterbehilfe – Definitionen und aktuelle Rechtslage in Deutschland	19
3.2.2	Legalisierte aktive Sterbehilfe in Nachbarstaaten facht die Diskussion in Deutschland an	20

3.2.3	Positionierung der Bundesärztekammer zum ärztlich assistierten Suizid	22
3.2.4	Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin distanziert sich von der Beihilfe zum Suizid	23
3.2.5	Der assistierte Suizid im Deutschen Bundestag	25
3.2.6	Weitere Positionierungen zum ärztlich assistierten Suizid	27
3.2.7	Meinungen, Probleme und Verfassungsbeschwerden nach Inkrafttreten des § 217 StGB	30
3.2.8	Stärkung der Palliativmedizin in weiteren Bereichen	34
3.3	Die Fachgesellschaften als wesentlicher Impulsgeber für die Etablierung der Palliativmedizin als Zusatzbezeichnung deutscher Fachärzte/-ärztinnen	36
3.3.1	Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin	36
3.3.2	Kernkompetenzen in der Palliativversorgung	38
3.3.3	Zusatzbezeichnung Palliativmedizin in der (Muster-) Berufsordnung	39
3.4	Palliativmedizin auf dem Weg ins deutsche Medizinstudium	40
3.4.1	Evaluationen erster Lehrveranstaltungen in Deutschland	40
3.4.2	Analyse bestehender Lehrveranstaltungen vor der Einführung als Pflichtfach	41
3.5	Gesetzesebene – Palliativmedizin in der Approbationsordnung für Ärzte	42
3.5.1	Zusammenfassung der Neuerung der Approbationsordnung bezüglich der Palliativmedizin	42
3.5.2	Der Gesetzentwurf	42
3.5.3	Beratungen in Bundestag und Bundesrat	43
3.6	Umsetzung des neuen Querschnittsbereichs 13 an den Medizinischen Fakultäten Deutschlands	44
3.6.1	Unterschiedliche Ausgangssituationen für die Medizinischen Fakultäten Deutschlands	44
3.6.2	Dozentenworkshops für einen deutschlandweiten fachlichen Austausch	44
3.6.3	Evaluationsergebnisse des neuen Querschnittsbereichs 13 – erstes Fazit	45
3.6.4	Erste Daten der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg	47
3.6.5	Erneuter deutschlandweiter Vergleich der aktuellen Lehrsituation	47
3.6.5.1	Angaben des Magdeburger Lehrverantwortlichen in der Umfrage	48
3.6.6	Wünsche und Anforderungen der Studierenden an eine gute palliativmedizinische Lehre	48
3.6.7	Virtuelle Medien als mögliche zukünftige Form der Lehre im Fach Palliativmedizin	49
4	HAUPTTEIL B – IMPLEMENTIERUNG DER PALLIATIVMEDIZIN IN DIE STUDENTISCHE AUSBILDUNG AN DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN MAGDEBURG	51
4.1	Fakultätsratsbeschluss	51
4.1.1	Bestimmung der Lehrbeauftragten	51
4.1.2	Stundenvergabe an die einzelnen Kliniken und Institute	51
4.2	Erstellen des Lehrkonzepts	52
4.2.1	Allgemeine Anfänge	52
4.2.2	Aufbau einer quergeschnittenen Lehre	53
4.2.3	Fazit nach drei Sommersemestern mit dem Querschnittsbereich 13 (2012 bis 2014)	55

4.2.4	Entwicklung nach 2013	56
4.3	Magdeburger Lehre im Fach Palliativmedizin in den ersten drei Jahren (2013 bis 2015)	58
4.3.1	Konzept und Durchführung	58
4.3.2	Evaluation des neuen Pflichtlehr- und Prüfungsfaches durch die Studierenden	59
4.3.2.1	Vorlesungen	59
4.3.2.2	Seminare	63
4.3.2.3	Hospitation	67
4.3.2.4	Gesamteindruck	74
4.3.2.5	Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Umfrage unter den Studierenden	77
4.3.3	Evaluation des Querschnittsbereichs 13 durch die Dozenten und Dozentinnen	78
4.3.3.1	Weg in die Lehre	78
4.3.3.2	Organisation des Kurses	82
4.3.3.3	Arbeit mit den Studierenden	86
4.3.3.4	Persönliches Empfinden	87
4.3.3.5	Hospitation	90
4.3.3.6	Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Umfrage unter den Dozenten und Dozentinnen	95
5	ZUSAMMENFASSUNG	98
6	LITERATURVERZEICHNIS	99
7	DANKSAGUNG	107
8	EHRENERKLÄRUNG	108
9	BILDUNGSWEG	109
10	ANLAGENVERZEICHNIS	110

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Besucherzahlen und Benotung der Vorlesungen durch die Studierenden	61
Tabelle 2: Besucherzahlen und Benotung der Seminare durch die Studierenden	64
Tabelle 3: Bewertung des Seminarthemas Symptomkontrolle durch die Studierenden in Abhängigkeit von der Einrichtung	66
Tabelle 4: Besucherzahlen und Benotung der Hospitation durch die Studierenden	69
Tabelle 5: Bewertung des Items Sicherheit in Abhängigkeit einer zugrundeliegenden Berufsausbildung	72
Tabelle 6: Bewertung des Kurses durch die Studierenden im Vergleich zwischen den Jahrgängen 2013 und 2014	76
Tabelle 7: Bewertung des Gesamtaufbaus des Kurses im Vergleich zwischen Studierenden und Lehrenden	88
Tabelle 8: Bewertung der Items Toleranz, Eignung, Praxisbezug und Sicherheitsgewinn im Vergleich zwischen Studierenden und Lehrenden	91
Tabelle 9: Bewertung einiger studentischer Attribute durch die Dozent(inn)en	94

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einschätzung der Patiententoleranz und des eigenen Sicherheitsgewinns durch die Studierenden	71
Abbildung 2: In welchem Studienjahr sollte der Querschnittsbereich 13 durchgeführt werden?	75
Abbildung 3: Zeitpunkt der erstmaligen Teilnahme als Dozent/in am Querschnittsbereich 13	79
Abbildung 4: Einschätzung der palliativmedizinischen Versorgungs- und Ausbildungsmöglichkeiten durch die Dozent(inn)en	81
Abbildung 5: Einschätzung von Vorwissen, Kursakzeptanz und Diskussionsbeteiligung der Studierenden durch die Dozent(inn)en	87
Abbildung 6: Bereitschaft der Dozent(inn)en, persönliches Engagement in den Querschnittsbereich 13 zu investieren	88
Abbildung 7: Aufgaben der Studierenden während der Hospitationen	92

Abkürzungsverzeichnis

bvmd	Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland
Dr.	Doktor
Dr. med.	Doctor medicinae
Dr. phil.	Doctor philosophiae naturalis
ebd.	ebenda
e. V.	eingetragener Verein
PD	Privatdozent
Prof.	Professor
StGB	Strafgesetzbuch

1 Einführung

1.1 Historischer und gesellschaftspolitischer Kontext

Die Palliativmedizin erfreut sich besonders in den letzten Jahrzehnten zunehmender Aufmerksamkeit. Beim Blick zurück zu ihren Ursprüngen finden sich Erwähnungen als „Cura palliativa“¹ im 14. Jahrhundert und als „Euthanasia medica“², die erstmals eine unserer heutigen Palliativmedizin ähnliche Bedeutung hatte, im 17. Jahrhundert nach Christus. Als Euthanasie (aus dem Griechischen von „εὖ θάνατος“, der gute Tod) wurde ein Sterben ohne Leiden mithilfe medizinischer Maßnahmen verstanden. Mit beachtlichen wissenschaftlichen Fortschritten, beispielsweise im Bereich der Bakteriologie, verlor die Palliativmedizin zu Beginn des 20. Jahrhunderts zunächst wieder an Bedeutung, ehe mit der modernen Hospizbewegung, begründet durch Cicely Saunders und das durch sie eröffnete Hospiz „St. Christopher’s“ in Sydenham, 1967 der Grundstein für eine zukunftsweisende Palliativmedizin gelegt wurde. Ein kurzer historischer Überblick von der ersten Erwähnung der Palliativmedizin bis zum Aufbau heutiger Versorgungsstrukturen bildet im Hauptteil A den Einstieg in diese Arbeit.

Ein richtiger Aufschwung der Palliativmedizin mit einem zahlenmäßigen Zuwachs an Hospizen, Palliativstationen und hauptberuflich in der Palliativmedizin tätigem Personal begann in Deutschland erst nach 1990. Verfolgt man diesen Aufschwung, stößt man immer wieder auf die derzeit entbrannte Diskussion um die Sterbehilfe. Die Entwicklung der Palliativmedizin muss in direktem Zusammenhang mit der Sterbehilfe-Debatte betrachtet werden. Während in den Niederlanden 1994 mit einer Meldeprozedur eine Möglichkeit für Ärzte und Ärztinnen geschaffen wurde, ungestraft aktive Sterbehilfe zu begehen, wurde in Deutschland heftig darüber diskutiert. Seitens der Bevölkerung wurde auch hierzulande in mehreren Umfragen³ eine mehrheitliche Befürwortung der aktiven Sterbehilfe ermittelt. Sogar unter niedergelassenen Ärzten fand sich 1998 eine Zustimmung von 42 %.⁴ Von offizieller medizinischer Seite positionierte man sich jedoch stets entschieden dagegen. So wurde das Thema auch auf dem Deutschen Ärztetag 1996 diskutiert und aus Stellungnahmen der Bundesärztekammer⁵ war wiederholt zu entnehmen, dass die aktive Sterbehilfe

¹ Chauliac, G. d.; Keil, G.: Chirurgia magna Guidonis de Gauliaco. Darmstadt 1976

² Stolberg, M.: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute. Frankfurt am Main 2011, S.46

³ Institut für Demoskopie Allensbach: Einstellungen zur aktiven und passiven Sterbehilfe. www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/prd_0814.pdf, 01.07.2019; Institut für Demoskopie Allensbach: Deutliche Mehrheit der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe. www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/KB_2014_02.pdf, 01.07.2019

⁴ Klaschik, E.: Sterbehilfe - Sterbebegleitung. Der Internist 40 (1999), 276–282, S. 277

⁵ Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll des 99. Deutschen Ärztetages. www.bundesaerztekammer.de/downloads/Beschlussprotokoll_99_DAEt_Koeln.pdf, 01.07.2019, S. 75; Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 108 (2011), 346–348, S. A 346

nicht zu den Aufgaben eines Arztes/einer Ärztin gehöre. Im gleichen Zuge wurde immer wieder die Forderung nach einem Ausbau der Palliativmedizin laut, da sie in den meisten Fällen den Wunsch nach einem vorzeitigen Tod ausräumen könne und die bessere Alternative für Patienten sei, die sich vor einer ungewollten Lebenserhaltung durch die moderne „Apparatemedizin“ fürchten würden.

In den Niederlanden wie auch in Belgien wurden 2002 Gesetze zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe verabschiedet. 2008 folgte ein entsprechendes Gesetz in Luxemburg. Im Laufe der Diskussion wurde jedoch klar, dass es in Deutschland keine Legalisierung geben würde. In den letzten 15 Jahren verschob sich daher die Debatte eher in Richtung des ärztlich assistierten Suizids, der auf Ebene der Gesetzgebung bis 2015 nie verboten, aber ebenfalls viel diskutiert war. Wiederum die Bundesärztekammer war es, die stellvertretend für die Ärzteschaft die offizielle Positionierung gegen Suizidbeihilfe formulierte und 2011 mit der neuen (Muster-) Berufsordnung⁶ den ärztlich assistierten Suizid berufsrechtlich untersagte, was den Verlust der Approbation bei Zuwiderhandlung bedeuten kann. Zusätzlich gab es Bestrebungen auf Gesetzesebene, eine Regelung zur Strafbarkeit des assistierten Suizids zu schaffen, sodass vor allem während der letzten zehn Jahre eine große Debatte nicht nur innerhalb der Ärzteschaft, sondern auch gesamtgesellschaftlich und politisch entfacht wurde.

Die Meinungen unter Ärzten und Ärztinnen waren keineswegs einheitlich. So gab es neben der von der Bundesärztekammer vertretenen Position Forderungen nach Ausnahmeregelungen für Einzelfälle⁷. In einer Umfrage⁸ unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin lehnten nur 56 % der befragten Ärzte und Ärztinnen den assistierten Suizid ab, was einer bedenklich knappen Mehrheit unter Palliativmediziner(inne)n entspricht. Dennoch brachte auch die Gesellschaft für Palliativmedizin wiederholt zum Ausdruck, dass die Palliativmedizin „Hilfe beim Sterben, aber nicht zum Sterben“⁹ leisten würde und dass der Angst der Menschen mit einem Ausbau der Palliativmedizin begegnet werden müsse.¹⁰

Auch in Politik und Gesellschaft wurden unzählige Meinungen und Argumente für und gegen den assistierten Suizid vorgebracht. So wurden im Bundestag gleich vier verschiedene Gesetzentwürfe vorgelegt, die von gänzlicher Legalisierung des assistierten Suizids bis hin zur Bestrafung jeder Form der Suizidbeihilfe reichten. Medizinethiker, Juristen, Journalisten, Patienten und weitere meldeten sich zu Wort, sodass das Thema Sterbehilfe sowohl in der Fachliteratur als auch in den allgemein

⁶ Bundesärztekammer: (Muster-) Berufsordnung der Bundesärztekammer. www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_08_20112.pdf, 01.07.2019, S. 16

⁷ Borasio, G. D.: Selbstbestimmung im Sterben - Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids. Stuttgart 2014

⁸ Dlubis-Mertens, K.: DGP: Palliativärzte lehnen mehrheitlich den ärztlich assistierten Suizid ab. www.dgpalliativmedizin.de/startseite/2015-09-22-10-57-50.html, 08.11.2015

⁹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Ärztlich assistierter Suizid. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/140128_%C3%A4rztlich_suizid_online.pdf, 24.07.2019, S. 13

¹⁰ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Ärztlich assistierter Suizid: Wenn die Ausnahme zur Regel wird. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20140826_DGP_Stellungnahme_%C3%84rztlich_ass_Suizid.pdf, 01.07.2019

zugänglichen Medien breit diskutiert wurde. Dabei rückte immer wieder auch die Palliativmedizin ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Insgesamt kristallisierte sich eine Mehrheit heraus, die lediglich die Suizidbeihilfe durch geschäftsmäßig tätige Sterbehilfevereine untersagen wollte.

Dementsprechend gipfelte die gesamte Debatte im Dezember 2015 in der Verkündung des neuen Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB). Das gesamte Gesetzgebungsverfahren wird im Kapitel 3.2.5 zusammenfassend dargestellt.

Auch nach dem Inkrafttreten des Gesetzes kehrte allerdings keine Ruhe in den Disput ein. Schnell lagen erste Verfassungsbeschwerden vor: von Patienten und Sterbehilfevereinen, die das Gesetz zu restriktiv empfinden, und von Palliativmedizinern, die befürchten, in ihrer täglichen Arbeit geschäftsmäßig und damit strafbar zu handeln. Die Debatte weitete sich außerdem auf nicht terminal Kranke und andere Sonderfälle aus. Von der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin wurden wegen der allgemeinen Verunsicherung Erklärungen für die ärztliche Tätigkeit mit Beispielen für strafbare und nicht strafbare Handlungen nötig.¹¹

Ein Ende der Diskussion um die Sterbehilfe ist bisher nicht abzusehen. Aktuell werden die Verfassungsbeschwerden am Bundesverfassungsgericht verhandelt. Die Debatte um den ärztlich assistierten Suizid spielt als bedeutender Impulsgeber für den Ausbau der Palliativmedizin in dieser Arbeit eine wichtige Rolle und wird im Kapitel 3.2 ausführlich aufgearbeitet und interpretiert.

Die Literatur für die Aufarbeitung des gesellschaftlichen Kontexts wurde hauptsächlich dem deutschsprachigen Medienraum entnommen. Vor allem in den vergangenen 20 Jahren finden sich hier unzählige Beiträge auf fachspezifischer und auch populärwissenschaftlicher Ebene. Insbesondere eine eigene, fundierte und letztendlich vollkommen überzeugte Meinung zum Thema Sterbehilfe auszubilden, erscheint schwierig. Auffällig ist, dass immer wieder das eigene Sterben eine nicht zu verbergende Rolle spielt, versucht man noch so sehr, eine objektive Betrachtungs- und Herangehensweisen zu wählen. Es verursacht einen allgegenwärtigen großen Respekt und bringt zahlreiche Emotionen auch in eine wissenschaftliche Debatte.

1.2 Stellenwert einer palliativmedizinischen Ausbildung

Über die allgemeine Entwicklung und Bedeutung der Palliativmedizin hinaus ist es ein Ziel dieser Arbeit, auf den Stellenwert einer qualifizierten palliativmedizinischen Ausbildung hinzuwirken.

Aufgrund der steigenden Anzahl an Hospiz- und Palliativbetten in den 1990er Jahren wurden auch immer mehr Beschäftigte in diesen Bereichen nötig. Zunächst wurde die Arbeit von nicht spezialisiertem Personal realisiert und manche glaubten, eine Symptomkontrolle während des

¹¹ Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer: Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB): Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis. Deutsches Ärzteblatt 114 (2017), B290-B292; Tolmein, O.; Radbruch, L.: Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung: Balanceakt in der Palliativmedizin. Deutsches Ärzteblatt 114 (2017), B267-B270

Sterbeprozesses wäre alles, was zur Palliativmedizin gehöre und könne von jedem mit medizinischer Grundausbildung geleistet werden. Zunehmend stellten sich jedoch viel höhere Ansprüche an die Palliativmedizin dar, sodass Leitlinien für die Patientenversorgung und Curricula zur Qualifizierung von Fachpersonal nötig wurden.

Ein erster Schritt für die Strukturierung als eigenes Fachgebiet war 1994 die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, in der erstmals in Deutschland ein organisierter und andauernder fachlicher Austausch stattfinden konnte. Mit Hilfe von mittlerweile 16 aktiven Arbeitsgruppen wurde die Palliativmedizin in Deutschland seitdem wesentlich vorangebracht. Eine dieser Arbeitsgruppen steht unter dem Leitthema Bildung (ehemals Aus-, Fort- und Weiterbildung) und konnte wesentlich zur 2003 beschlossenen Aufnahme der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin in die ärztliche Weiterbildungsordnung beitragen. Damit war der Grundstein für eine strukturierte Qualifizierung ärztlichen Fachpersonals auf dem Gebiet der Palliativmedizin gelegt. Da aber nicht nur im palliativen Bereich Tätige eine palliativmedizinische Ausbildung brauchen, sondern jeder Arzt und jede Ärztin zumindest ein grundlegendes Verständnis für den täglichen Patientenkontakt haben sollte, sollte eine palliativmedizinische Lehre bereits im Medizinstudium erfolgen. Deren Implementierung war ebenfalls ein weiteres wichtiges Projekt der Arbeitsgruppe Bildung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Die Mitarbeiter der Fachgesellschaft trugen entscheidend zur politischen Diskussion im Bundestag, die für eine Änderung der Approbationsordnung für Ärzte nötig war, sowie zur Debatte in der Bundesärztekammer und an den Universitäten bei. 2009 wurde die Palliativmedizin als 13. Querschnittsbereich in die ärztliche Approbationsordnung aufgenommen. Dieser stellt das zentrale Thema der vorliegenden Arbeit dar.

Der Implementierungsprozess des Querschnittsbereichs Palliativmedizin reicht etwa bis zur letzten Jahrtausendwende zurück. Seitdem finden sich vermehrt Erhebungen, die die Wirksamkeit palliativmedizinischer Lehre unterstreichen und damit Argumente für die Aufnahme ins Medizinstudium lieferten. Die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. führte seit 2006 mehrere Befragungen an den deutschen Universitätskliniken durch, die deren Standpunkt zur palliativmedizinischen Lehre erfassen sollte. In den Ergebnissen konnte der Ausbau der Lehrstrukturen über die Zeit gut nachverfolgt werden. Nach Beginn der Pflichtveranstaltungen an den Universitätskliniken wurde sich weiter mit den Optionen zur Verbesserung der Lehre beschäftigt, indem einige Universitäten Berichte zu eigenen Umsetzungsschwierigkeiten und Strukturen, Evaluationsergebnisse erster Curricula oder Diskussionsrunden von Studierenden veröffentlichten. Von den bis dahin wenigen Lehrstuhlinhabern wurden 2010 regelmäßige Dozentenworkshops ins Leben gerufen, die einen bis heute anhaltenden deutschlandweiten Austausch speziell zum Querschnittsbereich Palliativmedizin ermöglichen. Von den Bestrebungen, die Palliativmedizin in das deutsche Medizinstudium zu integrieren, der Arbeit der Fachgesellschaft und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V., dem Gesetzgebungsverfahren zur Änderung der ärztlichen Approbationsordnung und der Umsetzung des neuen Querschnittsbereichs 13 handeln die

Kapitel 3.3 bis 3.6 und bilden mit der Diskussion und Interpretation des Verlaufs den weiteren Hauptteil A dieser Arbeit. Ziel des gesamten ersten Teils ist es, eine Wissensgrundlage zu schaffen, um auf die eigenen wissenschaftlichen Erhebungen im Bereich der palliativmedizinischen Lehre am Magdeburger Universitätsklinikum im Hauptteil B hinzuarbeiten und die Frage nach der Bedeutsamkeit der Palliativmedizin, insbesondere auch der palliativmedizinischen Ausbildung, zu beantworten.

1.3 Implementierungsprozess an der Otto-von-Guericke-Universität

Der Hauptteil B und eigentliche Kern der Arbeit soll nun ausführlich die Lehre im Fach Palliativmedizin an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg darstellen, evaluieren und mittels konstruktiver Kritik zu deren Verbesserung beitragen.

Zu Beginn des zweiten Teils wird aufgezeigt, wie der Implementierungsprozess des neuen Querschnittsbereichs 13 verlief. Schwierigkeiten und positive Aspekte bei der Planung, Organisation und Umsetzung werden beleuchtet und universitäre Strukturen in den Kapiteln 4.1 und 4.2 hinterfragt. Wichtigste Grundlage für diesen Abschnitt ist ein leitfadengestütztes Experteninterview mit Prof. Dr. med. T. Lichte, dem zur Implementierungszeit von der Fakultät beauftragten Lehrverantwortlichen des Querschnittsbereichs Palliativmedizin. Er wurde zur Erstellung des Magdeburger Lehrkonzepts befragt und durfte aus der persönlichen Erfahrung die Komplexität eines Unterrichtsfachs ohne eigenen Lehrstuhl schildern. Es entsteht ein interessanter Einblick in eine palliativmedizinische Lehre, die allein in den ersten drei Jahren durch in der Summe über fünfzig Dozenten und Dozentinnen aus verschiedensten Fachdisziplinen realisiert wurde. Hier ergibt sich auch die Verbindung zum Ursprung dieser Arbeit: Das Institut für Geschichte, Ethik und Theorie in der Medizin wurde frühzeitig in den Implementierungsprozess involviert und sah seine Rolle neben inhaltlichen Beiträgen im Rahmen von Vorlesungen und Seminaren auch in der Verantwortlichkeit sowohl der Aufarbeitung dieser noch jungen Medizingeschichte der Magdeburger Palliativmedizin als auch in der Evaluation des neuen Querschnittsbereichs. So wollen wir zeigen, dass die Magdeburger Fakultät ein schlüssiges Konzept für den neuen Querschnittsbereich entwickelt hat und im Sinne einer fortschrittlichen Lehre eine Evaluation des Fachs Palliativmedizin durchführen, die sowohl zur Bestätigung bereits erbrachter Leistungen als auch zum Aufdecken verbesserungswürdiger Aspekte beitragen soll.

1.4 Von der Evaluation zur konstruktiven Kritik

Für eine strukturierte Evaluation des Querschnittsbereichs Palliativmedizin wurden in den ersten drei Jahren seines verpflichtenden Bestehens Daten aus Umfragen unter Studierenden und Lehrenden erhoben. Diese Daten werden im Kapitel 4.3 detailliert ausgewertet und interpretiert.

Bei der Befragung der Studierenden sollten die einzelnen Bestandteile der Lehre (Vorlesungen, Seminare und Hospitationen) inhaltlich bewertet sowie unter anderem Aussagen über Praxisbezug, organisatorische Aspekte, klinische Relevanz und eigenen Lernerfolg getroffen werden. Außerdem konnte ein kleiner Eindruck der emotionalen Ebene im Umgang der Studierenden mit Sterbenden abgebildet werden und die Studierenden hatten die Möglichkeit, durch offene Kritik und Themenvorschläge den weiteren Ausbau der Lehre mitzugestalten. Mittels einer Durchführung der Befragung sowohl nach dem ersten als auch nach dem zweiten Durchlauf bietet sich die Möglichkeit eines Vergleichs beider Jahrgänge, um Entwicklungstendenzen nachzuvollziehen.

Mit der Umfrage unter den Lehrkräften wird im Rahmen der großen Frage nach dem Entstehen des Lehrkonzepts versucht nachzuvollziehen, wie die zahlreichen einzelnen Lehrpersonen zu ihrem Engagement in der palliativmedizinischen Lehre gefunden haben und somit wie der breite Querschnitt des Fachs entstanden ist. Weiterhin wurden auch hier organisatorische Gesichtspunkte erfragt, insbesondere im Hinblick auf die große Anzahl an Beteiligten, um eventuelle Vor- und Nachteile einer derart aufgeteilten Lehre zu ergründen. Schließlich wurde eine Verknüpfung zur Umfrage unter den Studierenden hergestellt, indem die Dozenten und Dozentinnen ihrerseits die Lernbereitschaft und -erfolge der Studierenden bewerten sollten und zu gleichen Themen wie Praxisbezug und Eignung der Lehrstätten befragt wurden. Somit kann ein Vergleich zwischen beiden befragten Gruppen erstellt werden, um Diskrepanzen sowie auch erfolgreiche Unterrichtsstrategien aufzudecken.

Die Herangehensweise, sowohl Umfragen unter den Studierenden als auch unter den Lehrenden durchzuführen, war für uns von großer Bedeutung. Gerade eine Befragung der Dozenten und Dozentinnen stellt eine spezielle Situation dar, wenn man bedenkt, dass die meisten anderen Unterrichtsfächer im Medizinstudium durch eine jeweils kleine Anzahl an Lehrkräften rund um eine(n) einzelne(n) Lehrstuhlinhaber(in) abgedeckt werden, verbunden mit weniger organisatorischen Herausforderungen, aber auch mit weniger vielseitigem Inhaltsangebot. So bietet sich im Falle der Palliativmedizin die besondere Möglichkeit, durch eine verhältnismäßig große Anzahl an Umfrageteilnehmer(inne)n eine statistisch gut auswertbare Datensammlung zur Evaluation der Lehre aus verschiedenen Perspektiven zu gewinnen.

Insgesamt versucht die vorliegende Arbeit, die Palliativmedizin an der Medizinischen Fakultät in Magdeburg in ihren Strukturen zu ergründen und sie in den medizinischen, gesellschaftspolitischen und universitären Kontext einzuordnen. Sie soll die Lehre stärken, indem Schwächen aufgezeigt und Verbesserungsvorschläge vorgetragen werden. Zudem soll sie die Wahrnehmung für das bisher kleine und noch junge Fach im Medizinstudium schärfen, was allein dadurch gelang, dass sowohl Dozent(inn)en als auch Studierende sich die Zeit genommen haben, über die angesprochenen Themen der Umfragen nachzudenken und ihre Ansichten zu teilen.

In den Ergebnissen wird deutlich werden, dass palliativmedizinischer Unterricht, wie auch die meisten anderen Unterrichtsfächer, von Praxisnähe und direktem Patientenkontakt lebt. Studierende wollen

wenig Theorie abhandeln, weshalb zum Beispiel die Beteiligung an den Vorlesungen eher gering ausfiel und aus Sicht der Lehrpersonen die Studierenden oft keine Diskussionsbereitschaft zeigten. Zugleich stellt sich heraus, dass die Studierenden sich sehr unsicher im Umgang mit Sterbenden fühlen, was den Querschnittsbereich 13 unmittelbar zu seinem Dasein berechtigt, kommt doch jeder Arzt und jede Ärztin im Laufe seines oder ihres Berufslebens mehr oder weniger häufig in Kontakt mit Sterbenden.

Bezüglich des besonderen Querschnittscharakters der Magdeburger Palliativmedizin wollen wir die inhaltliche Vielfalt positiv hervorstellen. Zugleich wird die Umfrage unter den vielen Dozenten und Dozentinnen zeigen, dass eine zusätzliche Schulung und Einweisung der Lehrkräfte nötig ist, da sie nicht alle regulär anderweitig ins Medizinstudium eingebunden und inhaltliche Abstimmungen unerlässlich sind. Die Form eines Dozentenworkshops wird diskutiert und eine regelmäßige Veranstaltung angeregt. So wurden die vorliegenden Ergebnisse jeweils aktuell den Dozenten und Dozentinnen präsentiert und Diskussionen angeleitet.

Unsere größte Motivation ist demnach die Hoffnung, den einen oder anderen Impuls für kommende Lehrveranstaltungen geben zu können und einen kleinen Beitrag zum weiteren Ausbau der Palliativmedizin und ihrer Lehre zu leisten.

2 Material und Methoden

Der Hauptteil dieser Arbeit gliedert sich in zwei Abschnitte, deren methodische Grundlage im Folgenden beschrieben wird.

Hauptteil A („Zur Entwicklungsgeschichte der palliativmedizinischen Versorgung“) basiert auf einer ausführlichen Literaturrecherche, der medizinhistorischen und –ethischen Aufarbeitung des Themas und der Diskussion des veröffentlichten Materials.

Hauptteil B („Implementierung der Palliativmedizin in die studentische Ausbildung an der Medizinischen Fakultät in Magdeburg“) entstand auf der Basis eigener Datenerhebungen in Form von Fragebögen, einem Interview und der Recherche in fakultätseigener Literatur.

2.1 Literaturbasis und Recherche zum Hauptteil A

Zunächst wurde die Geschichte der Palliativmedizin seit der ersten Erwähnung im 14. Jahrhundert aufgearbeitet. Wichtigste Quelle hierfür war eine gleichnamige Monografie des Medizinhistorikers Michael Stolberg. Zudem erfolgte eine Suche mittels MeSH- (Medical Subject Headings-) Terms und Schlagwörtern in der PubMed-Literaturdatenbank. Verwendete MeSH-Terms und Schlagwörter waren dabei „palliative care“ OR „palliative medicine“ AND „history of medicine“ unter Angabe entsprechend relevanter Zeitspannen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt im medizinethischen Teil der Arbeit ist die Diskussion zum Thema Sterbehilfe. Hierzu wurde sich vordergründig auf Deutschland orientiert, aber auch ein Blick auf Europa geworfen. Für die deutschlandweite Debatte wurde umfassend in zahlreichen, hauptsächlich online verfügbaren Medien recherchiert. Wichtigste Quellen waren die Publikationen der Bundesärztekammer und der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin mit den zugehörigen Zeitschriften (Deutsches Ärzteblatt, Zeitschrift für Palliativmedizin). Auch die Stellungnahmen von Kirchen, Fachverbänden und einzelnen Wissenschaftlern wurden einbezogen. Letztendlich wurden auch breitenzugängliche Formate wie Wochenzeitungen auf relevante Artikel durchsucht. Um die rechtliche Situation sowie Haltungen und Meinungen im restlichen Europa zu erfassen, wurden vor allem Beiträge der European Association for Palliative Medicine ausgewählt. Auch hier erfolgte eine PubMed-Suche zu den Begriffen „physician assisted suicide“ OR „euthanasia“ AND „palliative care“ unter spezieller Einbeziehung der Länder Belgien, Schweiz, Niederlande und Luxemburg.

Für das Verständnis des Implementierungsprozesses einer palliativmedizinischen Lehre in Deutschland konnte der größte Anteil der Literaturbasis aus der Zeitschrift für Palliativmedizin gewonnen werden, in der alle wichtigen Fortschritte und viele wissenschaftliche Beiträge veröffentlicht wurden. Insbesondere die Arbeitsgemeinschaft Bildung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin publizierte relevante Literatur, auch Kongressbeiträge wurden einbezogen. Die

Erhebungen der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. spielten für das Verständnis des Implementierungsprozesses ebenfalls eine wichtige Rolle. Weitere Fachzeitschriften, die auf relevante Artikel durchsucht wurden, waren die „GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung/GMS Journal for Medical Education“, „Der Schmerz“ und für internationale Vergleiche der „Medical Teacher“, Fachzeitschrift der Association for Medical Education in Europe. Eine ergänzende PubMed-Suche zu den Schlagworten „Palliativmedizin“ AND „Querschnittsbereich 13“ OR „Implementierung“ OR „Curriculum“ beziehungsweise „palliative medicine“ OR „palliative care“ AND „education“ AND „undergraduate“ wurde angeschlossen.

Schließlich wurden für die Erfassung der Prozesse auf Gesetzesebene, explizit die Änderung der Approbationsordnung für Ärzte zum neuen Querschnittsbereich 13 und die Einführung des § 217 StGB zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, die Bundesgesetzblätter und die online zugänglichen Veröffentlichungen des Deutschen Bundestags einbezogen.

Gesammelt und zitiert wurde sämtliche Literatur mit Hilfe des Zitationsprogramms Citavi for Windows (Swiss Academic Software GmbH), Version 5.

2.2 Darstellung der Entwicklung eines Lehrkonzepts durch Prof. Lichte

2.2.1 Informationsgewinn mittels Experteninterview

*Das komplette Interview kann in **Anlage 1** eingesehen werden.*

Um den Aufbau einer palliativmedizinischen Lehre an der Medizinischen Fakultät in Magdeburg möglichst vollständig nachvollziehen zu können, war es unerlässlich, Daten, Fakten und Meinungen des berufenen Lehrverantwortlichen zu erheben. Prof. Dr. med. T. Lichte, Facharzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin in Magdeburg, leitete den Implementierungsprozess des neuen Querschnittsbereichs 13 und sollte für diese Arbeit als Zeitzeuge zur Verfügung stehen. Um sein Wissen über das Thema zu erfassen, wurde das leitfadengestützte Experteninterview als Methode gewählt.

Die Kontaktaufnahme zu Herrn Prof. Lichte erfolgte 2013 zunächst per E-Mail und dann in einem persönlichen Gespräch zur Vorstellung meiner Person und des Dissertationsprojekts.

Ein Leitfaden für das Interview wurde entworfen. Dabei gab es sechs Themenblöcke:

- (1) allgemeine Anfänge der palliativmedizinischen Lehre in Magdeburg
- (2) Erstellung eines Lehrkonzepts
- (3) Teilnahme an deutschlandweiten Dozentenworkshops
- (4) Aufbau einer quergeschnittenen Lehre

- (5) Auswertung und Rückmeldung nach Durchführung der ersten Kurse
- (6) Zusammenfassung: persönliche Meinung und Zukunftsperspektive

Für jeden Block wurden Stichworte formuliert, die mich als Interviewer bei der Durchführung leiten sollten. Diese waren in ihrer Reihenfolge variabel, die konkrete Formulierung der Fragen wurde der Interviewsituation angepasst. Herr Prof. Lichte erhielt im Vorfeld eine Information zu den Themenblöcken sowie jeweils einige Stichworte, um relevante Daten und Fakten aus seinen Unterlagen zusammentragen zu können. Der Termin für die Durchführung des Interviews wurde auf den 16.12.2014 festgelegt.

Zum Termin traf ich Herrn Prof. Lichte gemeinsam mit Frau Prof. Brinkschulte, der Betreuerin meines Projekts, in seinem Büro. Das komplette Interview wurde im Audioformat aufgenommen und im Anschluss transkribiert. Prof. Lichte erhielt die verschriftlichte Version des Interviews und unterzeichnete eine Einverständniserklärung zur Verwendung der Daten.

2.2.2 Verwendung und Auswertung der gewonnenen Informationen

Mit Hilfe des Interviews konnte eine chronologische und methodische Darstellung des Aufbaus und der Umsetzung des Querschnittsbereichs Palliativmedizin ausgearbeitet werden. Die dazu vom Interviewten gegebenen Fakteninformationen wurden als wahr angenommen und als Quelle zitiert. Subjektiv erinnerte Abläufe wurden überprüft, konkretisiert und ergänzt.

Persönliche Eindrücke und Erfahrungen Herrn Prof. Lichtes trugen zum Erkenntnisgewinn über die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen, verbunden mit allen Schwierigkeiten und positiven Bereicherungen, und über das Ausmaß des Aufwands bei der Erstellung eines komplett neuen Lehrprogramms bei. Sie wurden zur subjektiven Interpretation herangezogen.

2.3 Evaluation der palliativmedizinischen Lehre durch die Studierenden

2.3.1 Datenerhebung mittels Fragebogen

*Der komplette Fragebogen kann in **Anlage 2** eingesehen werden.*

Um die Qualität der Lehre aus Sicht der Studierenden zu überprüfen, wurde eine Umfrage mittels Fragebogen durchgeführt. Die Erhebung erfolgte in zwei aufeinanderfolgenden Jahren (2013 und 2014) jeweils nach Abschluss des Kurses Palliativmedizin im fünften Studienjahr, sodass die Antworten zweier Jahrgänge zum Vergleich vorliegen.

Der Fragebogen wurde mit Microsoft Office Word 2010 erstellt und in Form eines beidseitig bedruckten A4-Bogens verteilt. Dies geschah jeweils im Rahmen der Klausur im Fach Palliativmedizin am Ende des Sommersemesters mit einer kurzen Erläuterung der Fragestellung im

Hörsaal. Die Bögen konnten freiwillig und anonym von den Studierenden nach Bearbeitung der Klausurfragen ausgefüllt und direkt wieder eingesammelt werden. Durch den gewählten Rahmen konnten automatisch alle circa 200 Studierenden eines Jahrgangs eingeschlossen werden, die den Kurs belegt hatten.

Inhaltlich wurden in dem Fragebogen vier Themenkomplexe abgefragt: die Bewertung der Vorlesung, des Praktikums, der Hospitation und des Kurses allgemein. Die Bewertung erfolgte im Schulnotensystem oder je nach Fragestellung mit sechsgliedrigen Skalenfragen (sehr hoch bis sehr gering oder sehr viel bis gar kein). Offene Fragen wurden zu Gefühlen im Umgang mit Sterbenden, Kritik und Vorschlägen zum Kurs sowie Themenwünschen für die Vorlesung gestellt. Persönliche Angaben konnten die Studierenden zu Alter, Geschlecht und Ausbildung vor dem Medizinstudium machen.

Der zweite Durchlauf der Umfrage im Jahr 2014 wurde gegenüber dem Vorjahr nur leicht verändert, um eine thematische Anpassung bezüglich der aktuellen Vorlesungen vorzunehmen. Außerdem erfolgte die Bewertung der Praktika 2014 klinikbezogen, nicht mehr dozentenbezogen, weil sich 2013 gezeigt hatte, dass die Studierenden die Namen der Dozent(inn)en nicht immer kannten.

2.3.2 Auswertung der Daten

Für die statistischen Analysen wurde das Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM Deutschland GmbH, Ehningen) verwendet.

Die Daten wurden zunächst deskriptiv ausgewertet und mit Hilfe absoluter und relativer Häufigkeiten sowie Mittelwert, Median und Standardabweichung dargestellt. So konnten insbesondere für Items, die im Schulnotensystem bewertet wurden, ein guter Überblick erstellt und erste Tendenzen abgelesen werden.

Für statistische Vergleiche innerhalb der verschiedenen Themenbereiche wurden folgende Verfahren herangezogen:

- (1) Die Bewertungen der Vorlesungsthemen wurden untereinander mittels Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben verglichen. Dafür wurden die Jahrgänge 2013 und 2014 zusammengenommen. Auch die Seminarthemen wurden dementsprechend gegenübergestellt.
- (2) Der Vergleich der Notendurchschnitte sowohl der einzelnen Vorlesungs- und Seminarthemen als auch der Hospitationsstätten zwischen den Jahrgängen 2013 und 2014 erfolgte mittels Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben.
- (3) Der Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben wurde ebenfalls angewendet für den Vergleich der Bewertungen der zwei möglichen (durch die Studierenden) auszuwählenden Kliniken beim Seminarthema „Symptomkontrolle I“.

- (4) Für den Vergleich der Bewertungen der sechs zum Seminarthemas „Symptomkontrolle II“ zur Auswahl stehenden Kliniken fand der Kruskal-Wallis-Test Anwendung.
- (5) Auch die Bewertungen der Evaluationsparameter „Praxisbezug“, „Organisation“ und „Eignung“ zwischen den einzelnen Hospitationsstätten wurden mittels Kruskal-Wallis-Test verglichen. Bei signifikanten Ergebnissen wurden hier noch paarweise Post-Hoc-Tests angeschlossen.
- (6) Der Vergleich der Bewertung des Sicherheitsgewinns während einer Hospitation zwischen Studierenden mit und ohne vorherige Berufsausbildung erfolgte wiederum mittels Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben.
- (7) Auch der Vergleich der Bewertung der Jahrgänge 2013 und 2014 bezüglich des Gesamtaufbaus des Kurses aus Vorlesungen, Seminaren und Hospitationen wurde unter Verwendung des Mann-Whitney-U-Tests für unverbundene Stichproben durchgeführt.

Als signifikant wurden Ergebnisse gewertet, deren p-Wert $\leq 0,05$ war; als hochsignifikant p-Werte $\leq 0,01$ und als höchstsignifikant galten Ergebnisse mit einem p-Wert $\leq 0,001$.

Die Antworten auf die offenen Fragen wurden lediglich gesammelt, quantitativ ausgezählt und als Anregung für Interpretation und Diskussion verwendet.

2.4 Evaluation der palliativmedizinischen Lehre durch die Dozenten und Dozentinnen

2.4.1 Datenerhebung mittels Fragebogen

*Der komplette Fragebogen kann in **Anlage 3** eingesehen werden.*

Eine weitere Umfrage wurde für die Evaluation des Querschnittsbereichs 13 durch die daran beteiligten Dozenten und Dozentinnen entworfen. Diese hatte nicht nur das Ziel, die eigene Lehre kritisch zu bewerten und Vergleiche zur Studentenperspektive zu ermöglichen, sondern sollte auch die Entwicklung des Lehrkonzepts durch die einzelnen Dozent(inn)en erfragen.

Auch diese Umfrage hatte die Form eines Fragebogens und wurde diesmal mit dem Programm EvaSys Healthcare Survey Automation Suite Version 6.0 der Electric Paper Evaluationssysteme GmbH erstellt. Das Programm erlaubte das Generieren eines sechsseitigen Fragebogens, der als Druckversion ausgegeben werden konnte. Hierbei ermöglichte ein integrierter Code auf jedem Fragebogen das Einscannen und digitale Lesen der Antworten.

In die Befragung eingeschlossen werden sollten alle Dozent(inn)en, die seit erstmaliger Durchführung des Kurses mindestens in einem Jahr an der palliativmedizinischen Lehre beteiligt waren, entweder als Vorlesende, Seminarleiter oder Betreuer während der Hospitation. Für eine persönliche Ansprache und

erste Möglichkeit der Ausgabe der Fragebögen wurde das Treffen der Dozenten und Dozentinnen im Rahmen der Vorbereitung des Sommersemesterkurses im März 2015 genutzt. Anschließend wurden anhand eines E-Mail-Verteilers, den die Klinik für Hämatologie und Onkologie als lehrverantwortliche Klinik führt, nochmals alle Dozent(inn)en angeschrieben und um Teilnahme gebeten. Bei positiver Rückmeldung erhielten sie den Fragebogen und konnten ihn bis Juli 2015 anonym an das Sekretariat für Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin zurücksenden.

Inhaltlich war der Fragebogen in die Kategorien Weg in die Lehre, Organisation des Kurses, Arbeit mit den Studierenden und persönliches Empfinden gegliedert. Besonders war ein Zusatzabschnitt, der nur von Lehrkräften aus dem Bereich der Hospitation beantwortet werden sollte und die gleichen Fragen wie der studentische Fragebogen zu diesem Thema enthielt. Von allen Dozenten und Dozentinnen wurden die Berufsgruppe und erworbene Zusatzqualifikationen im Bereich der Palliativmedizin als persönliche Informationen erfragt. Außerdem gab es ebenfalls eine offene Frage zu Anmerkungen und Kritik.

2.4.2 Auswertung der Daten

Auch hier wurde für die statistische Auswertung IBM SPSS Statistics 22.0 verwendet. Die deskriptive Statistik wurde identisch wie in Punkt 2.3.2. durchgeführt, wobei in der Umfrage unter den Dozent(inn)en weniger statistische Analysen von Bewertungen im Mittelpunkt standen als die Erfassung des Implementierungsprozesses. Deshalb wurden die Antworten der Dozenten und Dozentinnen auf die meisten Fragen lediglich als Häufigkeiten hingenommen und für die medizinhistorische Entwicklung und deren Interpretation herangezogen. Zur besseren Veranschaulichung wurden zu einigen Fragestellungen (Balken-) Diagramme erstellt.

Vergleiche konnten angestellt werden bei Fragen, die sowohl in der studentischen als auch in der Umfrage unter Lehrenden beantwortet wurden:

- (1) Auch die Dozent(inn)en gaben dem Aufbau/Gesamtkonzept des Kurses eine Schulnote, sodass diese Bewertung mit der der Studierenden mittels Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben verglichen werden konnte.
- (2) Die Dozenten und Dozentinnen bewerteten weiterhin die Items „Praxisbezug“, „Eignung“, „Toleranz der Patienten“ und „Sicherheitsgewinn“ in gleicher Form wie die Studierenden, sodass auch hier ein Vergleich mittels Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben Anwendung finden konnte.

Für die Signifikanzen galten dieselben Definitionen wie in Punkt 2.3.2.

Antworten auf offene Fragen wurden wiederum gesammelt und als Anregung verwendet.

3 Hauptteil A – Zur Entwicklungsgeschichte der palliativmedizinischen Versorgung

3.1 Geschichte der Palliativmedizin – von der Cura palliativa zur modernen Palliativmedizin

3.1.1 Erste Erwähnung palliativer Therapieformen im 14. Jahrhundert – historische Begriffe

Sucht man nach wissenschaftlichen Publikationen zum Thema der palliativmedizinischen Ausbildung deutscher Ärzte und Ärztinnen, die in dieser Arbeit im Vordergrund stehen soll, so wird man hauptsächlich erst in den letzten 20 Jahren fündig. Vorher schien die Frage nach einer strukturierten Lehre zumindest von wissenschaftlicher Seite her eher untergeordnet zu sein. Dabei hat die Palliativmedizin als ärztliches Tätigkeitsfeld doch schon eine sehr lange Geschichte, die erstmals durch den Arzt und Medizinhistoriker Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg in seiner Monografie „Die Geschichte der Palliativmedizin“¹² umfassend aufgearbeitet wurde und im Folgenden kurz dargestellt werden soll. Das genannte Werk dient diesem Kapitel als inhaltliche Grundlage.

Der Begriff der „Cura palliativa“ tauchte scheinbar erstmals Mitte des 14. Jahrhunderts in der „Chirurgia“¹³ von Guy de Chauliac (*1298 †1368) auf. Demnach begnüge sich der Arzt mit dieser Cura palliativa, wenn der Patient eine andere Therapie ablehne oder wenn eine kurative Behandlung mehr Risiko beinhalte als die Krankheit selbst. Das allgemeine Verständnis von Cura palliativa sei allerdings zunächst nicht unbedingt auf Sterbende zu beziehen, sondern eher dem lateinischen Wortursprung der „Bemäntelung“ von Krankheiten und deren Symptomen gleichzusetzen. Eine Sonderform der Cura palliativa sei die „Cura mortis palliativa“, die sich konkret Sterbenden widme.¹⁴ Ein weiterer oft verwendeter Begriff ist die „Euthanasia“, die im Sinne der griechischen Wortherkunft für einen guten Tod stand. Anfangs habe man vor allem eine religiöse Bedeutung darin gesehen, im Sinne einer „spirituellen Vorbereitung“ und eines „frommen Todes“.¹⁵ Erst gegen Ende des 17. Jahrhunderts habe der Begriff mit einem ähnlichen Verständnis wie dem heutigen als „Euthanasia medica“ auch in die ärztliche Tätigkeit Eingang gefunden. Ärzte hätten durchaus ein erstrebenswertes Ziel darin gesehen, ein Sterben ohne Leiden mit Hilfe von Maßnahmen, die man heute als supportiv

¹² Stolberg, M. (2011) [wie Anm.2]

¹³ Chauliac, G. d./Keil, G. (1976) [wie Anm.1]

¹⁴ Stolberg, M. (2011) [wie Anm.2], S.43

¹⁵ ebd., S. 44

bezeichnet, zu ermöglichen. Jedoch sei schon zu jener Zeit betont worden, dass eine aktive Herbeiführung des Todes durch Gabe eines Giftes nicht dazugehöre.¹⁶

Im weiteren Verlauf der Zeit vermischten sich die Begrifflichkeiten der Cura palliativa und der Euthanasia, sodass keine eindeutige Trennung ihrer Bedeutungen mehr möglich ist. Im Folgenden werden sie daher gleichbedeutend verwendet.

3.1.2 Dilemma des sterbebegleitenden Arztes in der Frühen Neuzeit

Patienten, die einer Cura palliativa bedurften, waren hauptsächlich solche mit Krankheiten wie Krebs, der damals als Schwindsucht bezeichneten Tuberkulose oder Wassersucht, die allesamt die Betroffenen meist zum Tode verurteilten, weil man kein Heilmittel kannte. Eine Palliativkur habe demnach Beschwerden lindern, vor allem Schmerzen bekämpfen wollen. Maßnahmen gegen das Grundleiden seien auch inbegriffen gewesen, jedoch unter der klaren Vorstellung, diese nicht mehr heilen zu können.¹⁷ So sei bei wuchernden Tumoren auch eine palliative Operation möglich gewesen, um die lokalen Beschwerden zu lindern. Gegen die Atemnot der Schwindsüchtigen habe man vor allem Opium eingesetzt und den Wassersüchtigen hätten Ärzte täglich mehrere Liter Flüssigkeit entzogen, wenn nötig.¹⁸

Obwohl die meisten Ärzte der Frühen Neuzeit schon ein Verständnis für palliative Therapie entwickelt hatten, blieb sie zunächst ein professionelles Dilemma, weil ein guter Sterbebeistand auf der einen Seite Ruhm und ein ertragreiches Geschäft einbringen konnte, auf der anderen Seite jedoch auch riskant erschien. Einen hoffnungslosen Fall zu behandeln, konnte mit der Konsequenz verbunden sein, für den Tod des Patienten verantwortlich gemacht zu werden. Jemanden nicht heilen zu können, sei teilweise mit ärztlichem Versagen gleichgesetzt worden und habe den Verlust des Rufes zu bedeuten vermocht.¹⁹ Dieses Risiko habe unter anderem auch zur Folge gehabt, dass Ärzte sich zunehmend absicherten und im Sinne einer Aufklärung das Vorgehen mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprachen und sich deren Einwilligung einholten.²⁰ So galt es für den Arzt, bei jedem Fall aufs Neue zwischen Verdienst und Verruf abzuwägen.

3.1.3 Medizinischer Fortschritt im Industriezeitalter bremst die Entwicklung der Palliativmedizin

Konnte die Palliativmedizin in der Frühen Neuzeit noch zunehmend Interesse in Volk und Ärzteschaft wecken, so fand man sie mit dem allgemeinen und medizinischen Fortschritt des Industriezeitalters wieder außerhalb des gesundheitswissenschaftlichen und gesellschaftlichen Fokus.

¹⁶ Stolberg, M. (2011) [wie Anm.2], S. 46

¹⁷ ebd., S. 52

¹⁸ ebd., S. 54 ff.

¹⁹ ebd., S. 58

²⁰ ebd., S. 62

Zum Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts gab es revolutionäre Entwicklungen im naturwissenschaftlich-medizinischen Bereich, beispielsweise die Ergründung der Bakteriologie mithilfe der Mikroskopie und die damit verbundene Entwicklung erster Antibiotika oder auch die Entdeckung der Röntgenstrahlung zur Durchleuchtung des menschlichen Körpers. Damit seien die Ärzte wieder zur Heilung einer jeden Krankheit angehalten und eine ausschließliche Palliativkur verrufen gewesen.²¹

Dabei gab es ebenso Gründe für das Anstreben eines Ausbaus der Palliativmedizin. Einer dieser Gründe sei gewesen, dass die Bevölkerung im Durchschnitt älter geworden sei und sich somit die Krankheitsbilder vom akuten eher in den chronischen Bereich verschoben und vor allem auch Krebserkrankungen als Todesursache an Bedeutung gewonnen hätten.²² Außerdem sei der Glaube in den Hintergrund gerückt, wenn es um die Bewertung von Krankheit und Todesqualen gegangen sei, denn diese seien jetzt durchaus nicht mehr als berechtigte gottgestellte Aufgabe, sondern als „sinnloses Leid“²³ angesehen worden.

Eine palliativmedizinische Behandlung habe im Industriezeitalter vor allem eine suffiziente Schmerztherapie bedeutet, die durch die Entdeckung des Opiums, seiner Abkömmlinge und der Anästhetika gewährleistet worden sei²⁴, sowie eine Reihe palliativer Operationen, die vorrangig der Symptomlinderung gedient hätten, so zum Beispiel die Anlage eines künstlichen Darmausgangs.²⁵ Auch die psychische Betreuung Sterbender habe im Hintergrund weiter eine wichtige Rolle gespielt und viele Ärzte hätten einen guten Ruf als Seelsorger gehabt.²⁶

Insgesamt lag jedoch im Industriezeitalter der Fokus des ärztlichen und gesellschaftlichen Interesses eher auf der Entwicklung und Anwendung neuer Heilmittel.

3.1.4 Aus der Häuslichkeit in Institutionen für Kranke und Sterbende

Zum medizinischen Gewinn des Industriezeitalters zählten auch die Umstrukturierungen von Hospitälern, die als Hospize ihrer Wortherkunft nach früher eigentlich Reisegästen als Unterkunft gedient hätten und jetzt Kranke aufnehmen würden, sowie die Neueröffnung von Krankenhäusern, die zunächst aber nur Heilungsaufenthalte für Patienten vorgesehen hätten.²⁷ Anfangs seien vor allem arme Menschen stationär aufgenommen worden, später habe sich aber die Meinung durchgesetzt, in den Krankenhäusern würden die besten Ärzte arbeiten, sodass die Einrichtungen breite Anerkennung gefunden hätten.²⁸

²¹ Stolberg, M. (2011) [wie Anm.2], S. 130 ff

²² ebd., S. 117

²³ ebd., S. 118

²⁴ ebd., S. 132 ff

²⁵ ebd., S. 140 ff

²⁶ ebd., S. 152

²⁷ ebd., S. 195

²⁸ ebd., S. 197

Trotz des medizinischen Fortschritts und der Tatsache, dass nicht heilbare Patienten aus den Einrichtungen zum Sterben nach Hause geschickt worden seien, sei es nicht ausgeblieben, dass Menschen in den Krankenhäusern starben.²⁹ Was mit den bis dahin üblichen häuslichen Sterberiten brach, wurde im Industriezeitalter eine gängige Alternative. Im 19. Jahrhundert hätten erstmals Häuser explizit Plätze für Sterbende angeboten, um die Leiden der letzten Tage zu lindern.³⁰ Weil es jedoch für kurativ behandelte Patienten unzumutbar gewesen sei, Sterbenden so nah zu sein, seien speziell für Letztere Einrichtungen geschaffen worden, wo sie ausschließlich palliativ behandelt werden sollten.³¹ Eine Gründungswelle solcher „Unheilbarenhäuser“, vor allem privat und kirchlich getragen, sei ab Mitte des 19. Jahrhunderts von Großbritannien und Nordamerika ausgegangen.³² Das erste namentliche Hospiz nach heutigem Verständnis könnte das irische „Our Lady’s Hospice for the Dying“ (1879) gewesen sein.³³

Für die Patienten sei das Sterben in einer Einrichtung zweiseitig gewesen: Ihr Heilungswunsch habe nicht erfüllt werden können und die Anonymität und die Nähe zu anderen Sterbenden im Krankenhaus hätten ihnen Angst bereitet. Dennoch hätten immer mehr Menschen den Weg in eine solche Einrichtung gesucht, einerseits wegen der professionellen Betreuung, andererseits zur Entlastung ihrer Familien.³⁴

3.1.5 Ausbau palliativer Versorgungsstrukturen nach Kriegsende

Wie oben beschrieben, maßen die meisten Ärzte der Palliativmedizin im Industriezeitalter wegen des neu entdeckten Heilungspotentials einiger Krankheiten vorübergehend nicht allzu viel Bedeutung bei. Während der Zeit des Nationalsozialismus erhielt der Begriff der Euthanasie auf grausame Art und Weise eine verfälschte Bedeutung, die nichts mehr mit einer Cura palliativa gemeinsam hatte. 1920 begründeten Binding und Hoche in ihrer Schrift zur „Freigabe der Vernichtung unwerten Lebens“³⁵ die von den Nationalsozialisten unter Adolf Hitler 1939 erteilte Ermächtigung bestimmter Ärzte, unheilbar Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes den Gnadentod zu gewähren.³⁶ So wurden 1939 bis 1945 in der von Hitler benannten „Euthanasieaktion“ (später als „Aktion T4“ benannt nach dem Sitz ihrer Verwaltungszentrale in der Berliner Tiergartenstraße 4) Tausende Menschen systematisch ermordet, die anhand von Meldelisten in sämtlichen Heil- und Pflegeanstalten

²⁹ Stolberg, M. (2011) [wie Anm.2], S. 198

³⁰ ebd., S. 202

³¹ ebd., S. 205

³² ebd., S. 207

³³ ebd., S. 229

³⁴ ebd., S. 220 ff

³⁵ Binding, K.; Hoche, A.; Nauke, W.: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form ; (1920) (Juristische Zeitgeschichte Taschenbücher, Bd. 1) Berlin 2006

³⁶ Schmuhl, H.-W.: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung 'lebensunwerten Lebens', 1890-1945. (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 75) Göttingen 1987, S. 190

erfasst wurden.³⁷ Echte Palliativmedizin spielte in diesem Zeitraum leider keine Rolle und der Begriff der Euthanasie wurde schwer belastet.

Erst nach 1945 schenkte man der Palliativmedizin mit der Begründung der modernen Hospizbewegung durch Cicely Saunders, dem 1967 von ihr eröffneten Hospiz „St. Christopher’s“ in Sydenham und der internationalen Hospizarbeit durch Elisabeth Kübler-Ross wieder mehr Aufmerksamkeit. In Köln wurde 1983 Deutschlands erste Palliativstation eröffnet und in Aachen entstand 1987 mit dem Haus Hörn das erste Hospiz. Seitdem gewinnt die Palliativmedizin in Deutschland stetig an Bedeutung. In den 1990er Jahren wurden deutschlandweit immer mehr stationäre Palliativeinrichtungen gegründet. Gab es 1990 nur jeweils drei Hospize und Palliativstationen³⁸, so wuchs deren Anzahl 1993 bereits auf elf Hospize und 23 Palliativstationen und 2001 konnte man schon 89 Hospize und 73 Palliativstationen verzeichnen.³⁹ Auch nach der Jahrtausendwende gab es keinen Abbruch im weiteren Ausbau. So konnte man laut aktuellsten Zahlen des Deutschen Hospiz- und PalliativVerband e.V. 2019 in Deutschland bereits 230 stationäre Hospize für Erwachsene, 17 stationäre Hospize für Kinder und Jugendliche und 330 Palliativstationen sowie über 300 Teams der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zählen.⁴⁰

3.1.6 Strukturierte Ausbildung des Personals – Anfänge palliativmedizinischer Lehre

Eine Umfrage an den im Jahre 2001 bestehenden palliativmedizinischen Einrichtungen beschäftigte sich unter anderem auch mit deren Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten:⁴¹ So habe es an den meisten Einrichtungen bereits regelmäßige Fortbildungen für alle beteiligten Berufsgruppen gegeben, aber nur in sieben Hospizen und auf 24 Stationen zusätzlichen Studentenunterricht in Form von Bed-side-teaching und noch keine Vorlesungen. Ohnehin habe es zu diesem Zeitpunkt erst vier Universitätskliniken gegeben, denen eine Palliativstation angegliedert war. Es habe noch eine erhebliche Spanne zwischen vorhandenen und benötigten Palliativbetten gegeben, wobei es in Zukunft nicht nur auf Quantität ankomme, sondern auch auf einheitliche Standards zur Qualitätssicherung. Bereits Ende der 1990er Jahre wurde zunehmend die Forderung nach einer Etablierung der Palliativmedizin in der studentischen Lehre laut. 1996 gab es eine Vorlesungsreihe für Medizinstudierende in Köln, Bonn und Mainz, in deren Anschluss die Studierenden bestätigten, dass die behandelten Themen bisher nur ungenügend im Studium zur Geltung gekommen seien.⁴² Kritiker

³⁷ Die Meldelisten umfassten unter anderem Patienten mit Schizophrenie, Epilepsie oder Enzephalitis sowie „Senile“ und „Geisteskranke“. (Schmuhl, H.-W. (1987) [wie Anm.36], S. 190 ff.)

³⁸ Klaschik, E.; Husebö, S.: Palliativmedizin. Der Onkologe 4 (1998), 85–93

³⁹ Sabatowski, R.; Radbruch, L.; Nauck, F.; Loick, G.; Meuser, T.; Lehmann, K. A.: Entwicklung und Stand der stationären palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland. Der Schmerz 15 (2001), 312–319

⁴⁰ Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.: Zahlen und Fakten. www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html, 02.07.2019

⁴¹ Sabatowski, R./Radbruch, L./Nauck, F./Loick, G./Meuser, T./Lehmann, K. A. (2001) [wie Anm.39]

⁴² Klaschik, E./Husebö, S. (1998) [wie Anm.38]

behaupteten indes, dass die palliative Therapie schon immer Teil des ärztlichen Berufes gewesen sei und deshalb keine darauf spezialisierten Abteilungen und Zusatzbezeichnungen nötig seien. Daraufhin verdeutlichte Prof. Dr. med. Eberhard Klaschik, der von 1998 bis 2006 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin war, in einer Stellungnahme den Unterschied zwischen palliativer Therapie und Palliativmedizin und betonte, nicht jeder Patient in palliativer Situation brauche eine palliative Einrichtung, jedoch seien solche Versorgungsstrukturen für die zahlreichen besonders problembeladenen Patienten unverzichtbar.⁴³

3.2 Palliativmedizin geht gestärkt aus der Debatte um den assistierten Suizid hervor

3.2.1 Klärung der Begriffe zur Sterbehilfe – Definitionen und aktuelle Rechtslage in Deutschland

Die in dieser Arbeit verwendeten Begriffe rund um die Sterbehilfe sollen im Folgenden kurz erläutert werden und stimmen in ihrer Definition mit denen von Eberhard Klaschik überein, die hier zitiert werden.⁴⁴

Die aktive Sterbehilfe meint das bewusste und aktive Eingreifen eines Arztes zum schnelleren Eintreten des Todes auf ausdrücklich geäußerten Wunsch des Patienten. Im deutschen Strafgesetzbuch (StGB) wird diese Form der Sterbehilfe als Tötung auf Verlangen bezeichnet und ist laut § 16 strafbar.⁴⁵

Unter passiver Sterbehilfe versteht man einen Verzicht auf weitere (Therapie-) Maßnahmen beziehungsweise die Beendigung oder Begrenzung solcher Behandlungen, die das Sterben eines Menschen hinauszögern. Die passive Sterbehilfe ist nicht strafbar.

Mit indirekter Sterbehilfe ist die ungewollte Nebenwirkung einer adäquaten Therapie, z.B. Schmerzmedikation, gemeint, die den Todeseintritt beschleunigt. Auch diese Sterbehilfe ist nicht strafbar.

Um die Formen der Sterbehilfe schon im Namen besser zu differenzieren, werden heute, auch nach Empfehlung der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, häufig die Begriffe Behandlungsbegrenzung anstelle von passiver Sterbehilfe und Sterbebegleitung anstelle von

⁴³ Klaschik, E.; Nauck, F.: Palliativmedizin - brauchen wir sie? Der Schmerz 11 (1997), 231–232

⁴⁴ Gordijn, B.; Klaschik, E.: Palliativmedizin - die Alternative zur Sterbehilfe. Zur Euthanasie-Diskussion in Deutschland. (Beiträge zur Palliativmedizin, Bd. 2) Stuttgart [u.a.] 1998, S. 1-2

⁴⁵ Deutscher Bundestag: StGB §16. www.gesetze-im-internet.de/stgb/_216.html, 02.07.2019

indirekter Sterbehilfe verwendet, die inhaltlich kaum abweichen. Sterbebegleitung umfasst zusätzlich alle Maßnahmen der palliativen Versorgung, unabhängig von ihrer Auswirkung auf die Lebenszeit.⁴⁶

Die bisher genannten Formen der Sterbehilfe sind kein großer Bestandteil aktueller Diskussionen und ihre Rechtslage scheint im Allgemeinen anerkannt zu sein. Kritisch und meinungsspaltend ist jedoch die Beihilfe zur Selbsttötung: Auch als assistierter Suizid bezeichnet, versteht man unter dieser Art der Sterbehilfe das Beschaffen eines Hilfsmittels, mit dem ein Mensch in eigener Verantwortung sein Leben beendet. Aus ärztlicher Sicht wäre dies zum Beispiel das Bereitstellen eines tödlichen Medikaments, was der Patient selbst zu sich nimmt. Gemäß StGB ist der assistierte Suizid in geschäftsmäßiger Absicht seit Dezember 2015 strafbar. Ein Gesetzentwurf „zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung“⁴⁷ wurde erstmals 2012 vorgelegt, der sich zu der Zeit allerdings noch nicht durchsetzen konnte und zunächst nicht weiter verfolgt wurde. Auch kritisch ist die Tatsache, dass der Helfer des Suizidenten gemäß § 323c StGB wegen Unterlassener Hilfeleistung bestraft werden kann, weil er beispielsweise keine Wiederbelebungsversuche angestellt hat.⁴⁸ Hinzugefügt sei noch, dass zwar auch ein Arzt, der nicht in gewerbsmäßiger Absicht handelt, rein rechtlich nicht für den assistierten Suizid bestraft werden kann, jedoch standesgemäß in einigen Bundesländern der Verlust der Approbation droht, wenn die Berufsordnung des Landes den assistierten Suizid ausdrücklich untersagt (siehe unten). Seit Inkrafttreten des neuen Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gibt es allerdings heftige Diskussionen und sogar Verfassungsbeschwerden bezüglich der Frage, wann Geschäftsmäßigkeit tatsächlich gegeben sei (siehe unten).

3.2.2 Legalisierte aktive Sterbehilfe in Nachbarstaaten facht die Diskussion in Deutschland an

Bevor der assistierte Suizid ins Zentrum der Diskussionen rückte, wurde in den 1990er Jahren in Deutschland vermehrt die Forderung laut, die aktive Sterbehilfe zu legalisieren. Angefacht wurde die Diskussion vor allem durch den niederländischen Dialog, wo es seit 1994 bis zum Erlass eines Gesetzes zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe im Jahr 2002 eine Umsetzungsrichtlinie gab, nach der der Arzt/die Ärztin nach begangener Euthanasie eine Meldeprozedur durchlaufen konnte, die ihm/ihr Straffreiheit verschaffte. Bedingungen dafür waren ein Patient, der ein ausdrückliches, freies und beständiges Verlangen nach Tötung aufwies, nicht zu ertragendes Leid erfuhr und sich in einem irreversiblen und unheilbaren Zustand befand sowie das Hinzuziehen eines unabhängigen Kollegen.⁴⁹

⁴⁶ Richter-Kuhlmann, E.: Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung: Mehr Licht für eine Grauzone. Deutsches Ärzteblatt (2017), B 266

⁴⁷ Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung. dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/111/1711126.pdf, 02.07.2019

⁴⁸ Deutscher Bundestag: StGB §323c. www.gesetze-im-internet.de/stgb/__323c.html, 02.07.2019

⁴⁹ Gordijn, B./Klaschik, E. (1998) [wie Anm.44], S. 4

Auch in Belgien ist die aktive Sterbehilfe seit 2002 erlaubt. Dort wurde sie 2014 sogar auch für Kinder und Jugendliche legalisiert. Es gibt keine Altersgrenze mehr, wohingegen in den Niederlanden erst ab zwölf Jahren eine Tötung auf Verlangen vollzogen werden darf. 2016 wurde in Belgien dem ersten Kind aktiv zum Sterben verholfen, was auf heftige Kritik aus Deutschland stieß. Der Deutsche Kinderhospizverein e. V. mahnte, Töten sei keine Alternative zum Leben und Sterbehilfe dürfe keine schnelle Gegenlösung für Zuwendung und Humanität bis zum Lebensende sein. Zudem könne ein Kind eine solche Entscheidung nicht treffen, weil es die Tragweite nicht begreife, und die Eltern seien einem gesellschaftlichen Druck ausgesetzt, der ebenfalls keine freie Entscheidung ermögliche.⁵⁰

2009 wurde die aktive Sterbehilfe auch in Luxemburg legalisiert, wobei ähnliche Kriterien wie in Belgien und den Niederlanden gelten.

Weiterhin existiere diese Diskussion, weil mit dem medizinischen Fortschritt die Angst der Menschen wachse, dass ihr Sterbeprozess gewaltsam durch Maschinen und Medikamente verlängert werden könne und zunehmend Forderungen nach Selbstbestimmung eines Patienten, auch bezüglich seines Sterbens, zu vernehmen seien.⁵¹

Wenngleich laut einer Emnid-Umfrage aus dem Jahr 1998 auch in Deutschland 42 % der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen die aktive Sterbehilfe befürworteten⁵², stand man ihr hier von offizieller Seite her doch ablehnend entgegen. Die Bundesärztekammer bezog seit Beginn der Debatte klar Stellung zum Thema. Auf dem Deutschen Ärztetag 1996 trat sie entschieden den Bemühungen der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe entgegen.⁵³ Der ehemalige Leiter des Ausschusses für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Eggert Beleites, betonte in seinem „Wegweiser für ärztliches Handeln“⁵⁴, die Aufgabe des Arztes sei es, Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern und dem Patienten bis in den Tod beizustehen. Aktive Sterbehilfe gehöre nicht zu den Aufgaben eines Arztes. Nicht unter allen Umständen seien jedoch lebensverlängernde Maßnahmen angebracht. In einigen Fällen sei eine Begrenzung geboten und die Therapie in Richtung palliativmedizinischer Maßnahmen zu lenken.⁵⁵ Schon 1998 konstatierte Eberhard Klaschik, die Palliativmedizin sei die Alternative zur Euthanasie. Leider würde sie in der Diskussion zumeist außen vor gelassen, weil sie schlichtweg zu unbekannt sei.⁵⁶ Man müsse die Palliativmedizin flächendeckend ausbauen, sie als Weiterbildungsgebiet für Ärzte anerkennen und einen Lehrplan für die Ausbildung erstellen.⁵⁷ Die

⁵⁰ Deutscher Kinderhospizverein e. V.: Assistierter Suizid. Das Leben ist alternativlos. Zeitschrift für Palliativmedizin 17 (2016), 279

⁵¹ Klaschik, E. (1999) [wie Anm.4], S. 276

⁵² ebd., S. 277

⁵³ Bundesärztekammer (1996) [wie Anm.5], S. 75

⁵⁴ Beleites, E.: Sterbebegleitung: Wegweiser für ärztliches Handeln. Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), 2365

⁵⁵ ebd.

⁵⁶ Gordijn, B./Klaschik, E. (1998) [wie Anm.44], S. 6

⁵⁷ ebd., S. 62

Palliativmedizin müsse ins bestehende Gesundheitssystem integriert werden, denn deren konsequente Anwendung mache eine aktive Sterbehilfe überflüssig.⁵⁸

Im Laufe der Diskussion um die aktive Sterbehilfe schien klar zu werden, dass es keine Legalisierung durch das deutsche Gesetz geben würde. In den letzten 15 Jahren verschob sich daher die Debatte eher in Richtung des ärztlich-assistierten Suizids, der auf Ebene der Gesetzgebung bis 2015 nie verboten war, jedoch schon lange sehr heterogen diskutiert wurde.

3.2.3 Positionierung der Bundesärztekammer zum ärztlich assistierten Suizid

Assistierter Suizid war bis 2015 in Deutschland generell nicht strafbar, weil die Haupttat des Suizids selbst keine Strafe nach sich zieht. In der Kritik stehen jedoch schon lange Vereine, wie einige bekannte in der Schweiz („EXIT“, „DIGNITAS“), die diese Form des Suizids gewerbsmäßig betreiben. In den letzten Jahren wurde heftig darüber diskutiert, ob ein Gesetz verabschiedet werden solle, welches den assistierten Suizid unter Strafe stellt. Die Bundesärztekammer vertrat dabei weiterhin klar die Position, dass die Mitwirkung bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe sei und dem ärztlichen Ethos widerspreche.⁵⁹ Im gleichen Zuge verfasste sie auf dem Deutschen Ärztetag 2011 die neue (Muster-) Berufsordnung⁶⁰, in der im § 16 „Beistand für Sterbende“ seitdem vermerkt ist, dass Ärzte keine Hilfe zur Selbsttötung leisten dürften. Für Ärzte und Ärztinnen, deren Landesärztekammern diesen Wortlaut in ihre Berufsordnung übernommen haben, bedeutet dies theoretisch, dass sie im Falle des assistierten Suizids ihre Approbation verlieren könnten. Die Berufsordnungen der einzelnen Länder sind in diesem Punkt allerdings uneinheitlich, sodass Ärzt(inn)en in Sachsen-Anhalt beispielsweise nicht der Entzug der Approbation droht. Darin besagt § 16, Ärzte hätten Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und Achtung ihres Willens beizustehen.⁶¹ Die Selbsttötung wird nicht erwähnt.

Auch unter Ärzten, sogar unter Palliativmedizinern, herrscht also diesbezüglich Uneinigkeit. So legte der renommierte Palliativmediziner Prof. Dr. med. Gian-Domenico Borasio 2014 einen „Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids“⁶² vor, in dem die Beihilfe zur Selbsttötung zwar strafbar sein, jedoch unter bestimmten Umständen eine Straffreiheit gewährt werden solle. Unter anderem müsse zuvor eine umfangreiche Aufklärung über palliativmedizinische Möglichkeiten stattgefunden haben. Prof. Borasio stellte die Hypothese auf, dass dadurch die Palliativmedizin gestärkt und der Wunsch nach Suizid bei den meisten Patienten ausgeräumt werden könne. Der

⁵⁸ Klaschik, E. (1999) [wie Anm.4], S. 280

⁵⁹ Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll 114. Deutscher Ärztetag. www.bundesaerztekammer.de/downloads/114Beschlussprotokoll20110704.pdf, 02.07.2019, S.178

⁶⁰ Bundesärztekammer (2011) [wie Anm.6], S. 16

⁶¹ Ärztekammer Sachsen-Anhalt: Berufsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt. www.aeksa.de/files/1465CCA7434/1_Berufsordnung_01012016.pdf, 24.07.2019, S. 12

⁶² Borasio, G. D. (2014) [wie Anm.7]

Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Frank U. Montgomery, widersprach diesem Gesetzesvorschlag und bezog sich erneut auf die Berufsordnung.⁶³

Da die Uneinheitlichkeit der Berufsordnungen auf Landesebene zunehmend in die Kritik geraten und eine Vereinheitlichung des Standesrechts von verschiedenen Stellen gefordert worden war, stellten sich die Vertreter der Landesärztekammern in einer Pressekonferenz geschlossen gegen den ärztlich assistierten Suizid und betonten, sie hätten alle dieselbe Haltung in dieser Debatte und lediglich föderal unterschiedliche Formulierungen in den Berufsordnungen.⁶⁴

Zur 2015 im Bundestag geführten Debatte über eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids nahm die Bundesärztekammer ebenfalls Stellung: Sie begrüße die Diskussionen und dass der Tod nun kein Tabuthema mehr sei. Dadurch könne die Palliativmedizin gefördert und die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen verbessert werden.⁶⁵ Kurz vor der Abstimmung über die vorgelegten Gesetzentwürfe im Bundestag (siehe unten) wandte sich die Bundesärztekammer in Form eines Schreibens an alle Abgeordneten und bekräftigte ihren Standpunkt, dass es auf gesetzlicher Ebene lediglich ein Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe geben, der Staat jedoch keine Einzelfälle regeln solle, und unterstützte damit den später mehrheitlich gewählten Gesetzentwurf der Abgeordneten Brand und Griese.⁶⁶

3.2.4 Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin distanziert sich von der Beihilfe zum Suizid

Auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin distanziert sich deutlich vom ärztlich-assistierten Suizid. In ihren „Reflexionen“⁶⁷ zum Thema stellte sie heraus, die Palliativmedizin würde „Hilfe beim Sterben, aber nicht zum Sterben“⁶⁸ leisten. Es gehöre nicht zum Grundverständnis der Palliativmedizin, Beihilfe zum Suizid zu leisten und man unterstütze die (Muster-) Berufsordnung der Bundesärztekammer. Dementsprechend empfehle man eine Vereinheitlichung auf Landesebene. In einer weiteren Stellungnahme von 2014 betonte die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, man müsse der Angst der Menschen mit einem Ausbau der Palliativmedizin begegnen: In jedem Krankenhaus und jeder Pflegeeinrichtung sollte es zukünftig einen Palliativbeauftragten geben und ein

⁶³ Bundesärztekammer: Montgomery: „Hilfe zum Leben leisten“. www.bundesaeztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/montgomery-hilfe-zum-leben-leisten/, 02.07.2019

⁶⁴ Fricke, A.: Ärztekammern: Geschlossen gegen Sterbehilfe. www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/875541/aerztekammern-geschlossen-sterbehilfe.html, 02.07.2019

⁶⁵ Bundesärztekammer: Ärzte leisten Hilfe beim Sterben, aber nicht zum Sterben. www.bundesaeztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/aerzte-leisten-hilfe-beim-sterben-aber-nicht-zum-sterben/, 02.07.2019

⁶⁶ Bundesärztekammer: Montgomery fordert Verbot von Sterbehilfevereinen. www.bundesaeztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/montgomery-fordert-verbot-von-sterbehilfevereinen/, 02.07.2019

⁶⁷ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2014) [wie Anm.9]

⁶⁸ ebd., S. 13

Zugang zur Palliativversorgung sollte über alle Lebensalter und lebensbedrohlichen Erkrankungen hinweg gewährt sein.⁶⁹ „Es gibt keine Situation, in der die Palliativmedizin nichts mehr anzubieten hat.“, betonte Prof. Dr. med. Lukas Radbruch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.⁷⁰ Im Oktober 2014 gab es bereits neun Lehrstühle für Palliativmedizin.⁷¹ Alle neun Lehrstuhlinhaber sprachen sich geschlossen gegen den ärztlich-assistierten Suizid aus mit der Begründung, Suizid sei kein alternativer Lösungsweg. Der Angst vor dem Sterben könne man nicht mit einer Gesetzesänderung begegnen, sondern nur durch kritische Reflexion des Umgangs mit Sterben und Tod in Medizin und Gesellschaft.⁷²

Als das Thema des assistierten Suizids im Jahr 2015 im Bundestag forciert wurde, führte die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin eine online-Befragung⁷³ ihrer Mitglieder zum Thema durch. Über 1800 Mitglieder nahmen teil, wovon 56 % der befragten Ärzte und Ärztinnen den assistierten Suizid ablehnen und ebenso viele organisierte Sterbehilfe verbieten wollen würden. Nur 21 % der Befragten hätten jedoch eine strafrechtliche Veränderung befürwortet. Die große Mehrheit der Befragten habe der Aussage zugestimmt, dass bei einem flächendeckenden Palliativangebot weniger Menschen den Wunsch nach Suizid äußern würden. Prof. Radbruch betonte stellvertretend für die Fachgesellschaft nochmals: „Diese absoluten Einzelfälle rechtfertigen keine Änderung des Strafrechts.“⁷⁴ Eine Begründung dafür sei, dass die Palliativmedizin Suizidwünsche nicht bewerte oder verurteile und auch mit diesen Patientengedanken respektvoll umgehen und ihnen einen geschützten Raum zur Verfügung stellen wolle.⁷⁵ Die Fachgesellschaft sehe für sich den gesellschaftlichen Auftrag, dafür zu sorgen, dass der Ausnahmefall eines assistierten Suizids nicht zur Selbstverständlichkeit werde. Man sei sich bewusst, dass selbst unter den Mitgliedern die Meinungen auseinandergehen, wie die Umfrage und zahlreiche Diskussionen zeigen konnten. Deswegen müsse man den kritischen Dialog

⁶⁹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2014) [wie Anm.10]

⁷⁰ Dlubis-Mertens, K.: Debatte Sterbehilfe: DGP sieht keinen strafrechtlichen Handlungsbedarf - Palliative Sedierung als seltene Option zur Linderung unerträglicher Symptome. www.dgpalliativmedizin.de/pressemitteilungen/debatte-sterbehilfe-dgp-sieht-keinen-strafrechtlichen-handlungsbedarf.html, 10.12.2014

⁷¹ Die Lehrstuhlinhaber zu diesem Zeitpunkt waren: Prof. Dr. med. Claudia Bausewein (München), Prof. Dr. med. Gerhild Becker (Freiburg), Prof. Dr. med. Friedemann Nauck (Göttingen), Prof. Dr. med. Christoph Ostgathe (Erlangen), Prof. Dr. med. Lukas Radbruch (Bonn), Prof. Dr. med. Roman Rolke (Aachen), Prof. Dr. med. Raymond Voltz (Köln), Prof. Dr. med. Martin Weber (Mainz), Prof. Dr. Boris Zernikow (Witten/Herdecke). (Unverändert im Juli 2019.)

⁷² Ostgathe, C.: Lehrstuhlinhaber für Palliativmedizin in Deutschland sprechen sich geschlossen gegen den ärztlich assistierten Suizid aus. www.klinikum.uni-muenchen.de/de/das_klinikum/zentrale-bereiche/weitere-informationen-presse/pressemitteilungen/archiv/141010_palliativmedizin/index.html, 02.07.2019

⁷³ Dlubis-Mertens, K. (2015) [wie Anm.8]

⁷⁴ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Debatte um Beihilfe zum Suizid geht an wirklichen Problemen der Patienten vorbei. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/PM_20150608_DGP_Debatte_um_Beihilfe_zum_Suizid.pdf, 02.07.2019

⁷⁵ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin für die Anhörung zum Thema Sterbebegleitung am 23. September. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Deutsche_Gesellschaft_f%C3%BCr_Palliativmedizin_Stellungnahme_zur_Anhr%C3%B6rung_Sterbebegleitung.pdf, 02.07.2019

aufrechterhalten, um der gesellschaftlichen Diskussion konstruktiv zu begegnen und eine klare, verantwortungsbewusste Position nach außen vertreten zu können.⁷⁶

3.2.5 Der assistierte Suizid im Deutschen Bundestag

Aufgrund der anhaltenden Diskussionen sowohl in Fachkreisen als auch in der Bevölkerung gab es am 13.11.2014 eine erste Debatte zur Sterbebegleitung im Bundestag, wo innerhalb eines Jahres über einen Gesetzentwurf abgestimmt werden sollte.⁷⁷ Für diese Debatte lagen fünf Positionspapiere vor, die nicht parteigebunden waren. Ein einheitlicher Konsens ging daraus nicht hervor, jedoch ließ sich die Tendenz erkennen, dass die Abgeordneten zwar den gewerbsmäßig assistierten Suizid unterbinden wollten, jedoch keine Einzelfälle. Bestehende ärztliche Behandlungsmöglichkeiten sollten nicht durch ein strafrechtliches Verbot eingeschränkt werden⁷⁸, die vorhandenen Berufsordnungen könnten das regeln.⁷⁹ Sterbehilfevereine oder eine generelle Förderung der Beihilfe zum Suizid sollten aber unterbunden werden.⁸⁰ Auch im Bundestag wurde betont, dass eine flächendeckende Versorgung mit guter Palliativmedizin vorrangig nötig sei.⁸¹

Nach weiterer Bedenk- und Diskussionszeit wurden Mitte 2015 von den Abgeordneten des Deutschen Bundestags vier Gesetzentwürfe mit Vorschlägen zur Regelung des assistierten Suizids vorgelegt und am 2. Juli erstmals beraten⁸²: Diese waren fraktionsübergreifend verfasst und reichten von gänzlicher Legalisierung des assistierten Suizids bis hin zur Bestrafung jeder Form der Suizidbeihilfe. Ersteres schlug der Gesetzentwurf „über die Straffreiheit der Hilfe zur Selbsttötung“⁸³ um die Abgeordneten Künast (Bündnis 90/Die Grünen) und Sitte (Die Linke) vor, der die Suizidbeihilfe legalisieren wollte, auch für Vereine, sofern diese nicht kommerziell handeln würden. Ein komplettes Verbot des assistierten Suizids ohne Ausnahmen für bestimmte Gruppen forderte der Gesetzentwurf „über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung“⁸⁴ der Abgeordneten Sensburg und Dörflinger (beide CDU/CSU) mit Verweis auf die Unantastbarkeit der Menschenwürde. Dazwischen standen der

⁷⁶ Jünger, S.: Plenumsdiskussion I – Den Diskurs lebendig halten. Zeitschrift für Palliativmedizin 16 (2015), 237

⁷⁷ Kosfeld, P.: Emotionale Debatte über Sterbehilfe im Bundestag.

www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2014/kw46_de_sterbebegleitung/339436, 02.07.2019

⁷⁸ Griese, K.; Högl, E.: Positionspapier: In Würde leben, in Würde sterben - Positionierung zu Sterbehilfe. kerstin-griese.de/PositionierungSterbehilfe_GrieseHoegl.pdf, 02.07.2019

⁷⁹ Hintze, P.; Reimann, C.; Lauterbach, K.; Lischka, B.; Reiche, K.; Wöhr, D.: Positionspapier: Sterben in Würde - Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte. www.spdfraktion.de/system/files/documents/2014-10-16_sterbehilfe_positionspapier.pdf, 02.07.2019

⁸⁰ Lücking-Michel, C.; Brand, M.; Frieser, M.: Positionspapier: Begleiten statt Beenden - Schutz der Würde am Ende des Lebens. www.michael-frieser.de/recht_post/positionspapier-begleiten-statt-beenden-schutz-der-wuerde-am-ende-des-lebens.html, 02.07.2019

⁸¹ Künast, R.; Sitte, P.; Gehring, K.: Positionspapier: Mehr Fürsorge statt mehr Strafrecht: Gegen eine Strafbarkeit der Beihilfe beim Suizid. www.renate-kuenast.de/w/files/papiere/mehr-fuersorge-statt-mehr-strafrecht_positionspapier-sterbehilfe_.pdf, 02.07.2019

⁸² Deutscher Bundestag: Stenografischer Bericht 115. Sitzung. dipbt.bundestag.de/dip21/btp/18/18115.pdf, 02.07.2019

⁸³ Künast, R.; Sitte, P.: Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Hilfe zur Selbsttötung. dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805375.pdf, 02.07.2019

⁸⁴ Sensburg, P.; Dörflinger, T.: Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung. dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805376.pdf, 02.07.2019

Gesetzentwurf „zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung“⁸⁵ der Abgeordneten Hintze (CDU/CSU) und Reimann (SPD), bei dem assistierter Suizid im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) für Ärzte ermöglicht und geregelt werden sollte mit der Begründung, Ärzte bräuchten eine rechtliche Sicherheit für ihr Handeln und könnten diese schwierigen Fälle am besten beurteilen, sowie ein weiterer Entwurf von Brand (CDU/CSU) und Griese (SPD) „zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“⁸⁶, der Einzelfälle zwar weiterhin unbestraft zu belassen, jedoch geschäftsmäßige Suizidbeihilfe zu verbieten empfahl, egal ob sie einen kommerziellen Hintergrund habe oder nicht. Begründet wurde dieses geforderte Verbot mit einer abstrakten Gefährdung des Lebens, wenn es zur Gewohnheit würde, in ausweglosen Situationen Suizid zu begehen. Außerdem könnten alte und kranke Menschen sich gedrängt fühlen, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen.

Der federführende Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz empfahl unter Berücksichtigung der mitberatenden Ausschüsse und der öffentlichen Anhörung mehrerer Sachverständiger (siehe unten), mit Hilfe dieser vier Entwürfe einen Beschluss durch das Plenum herbeizuführen und sprach sich dabei selbst für keinen der Entwürfe aus.⁸⁷

Zu einer Abstimmung im Bundestag nach zweiter und dritter Beratung über die vorgelegten Gesetzentwürfe kam es am 06.11.2015.⁸⁸ Angenommen wurde der zuletzt beschriebene der Gruppe um die Abgeordneten Brand und Griese mit 360 von 602 Stimmen (233 Ablehnungen, neun Enthaltungen).

Der Bundesrat rief in seiner 939. Sitzung⁸⁹ nach dem Gesetzesbeschluss durch den Bundestag⁹⁰ den Vermittlungsausschuss nicht an, sodass am 3. Dezember 2015 das Gesetz zur Strafbarkeit der Förderung der geschäftsmäßigen Selbsttötung beschlossen und am 9. Dezember verkündet wurde. Demzufolge trat am 10.12.2015 der neue § 217 in Kraft:

„Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

- (1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

⁸⁵ Hintze, P.; Reimann, C.: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz) dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805374.pdf, 02.07.2019

⁸⁶ Brand, M.; Griese, K.: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805373.pdf, 02.07.2019

⁸⁷ Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz. dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/065/1806573.pdf, 02.07.2019

⁸⁸ Deutscher Bundestag: Stenografischer Bericht 134. Sitzung. dipbt.bundestag.de/dip21/btp/18/18134.pdf, 02.07.2019

⁸⁹ Deutscher Bundesrat: Stenografischer Bericht 939. Sitzung. www.bundesrat.de/SharedDocs/downloads/DE/plenarprotokolle/2015/Plenarprotokoll-939.pdf?__blob=publicationFile&v=2, 02.07.2019

⁹⁰ Deutscher Bundesrat: Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages. dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2015/0544-15.pdf, 02.07.2019

- (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“⁹¹

Abschließend lässt sich konstatieren, dass von allen Abgeordneten und Parteien während der gesamten Debatte immer wieder betont wurde, dass der Ausbau der Palliativmedizin zukünftig die wichtigste Maßnahme sei, um die Ängste der Menschen vor dem Lebensende zu verringern, egal wie die Einzelpersonen sich zum assistierten Suizid positionierten.

3.2.6 Weitere Positionierungen zum ärztlich assistierten Suizid

Als besonders wichtiges Organ der palliativmedizinischen Versorgung – deshalb hier an erster Stelle erwähnt – hat die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin die Gesetzentwürfe des Bundestags in einer Stellungnahme⁹² kommentiert: Wie oben bereits zitiert, sehe man keinen Grund für eine Verschärfung des bestehenden Strafrechts. Wenn eine gesetzliche Änderung unbedingt nötig sei, wäre aus Sicht der Fachgesellschaft der Gesetzentwurf der Abgeordneten Brand und Griese, der sich später auch im Bundestag durchsetzen konnte, am geeignetsten. Eine Legalisierung im BGB, wie vom Entwurf Hintze/Reimann vorgeschlagen, sei abzulehnen, weil diese Regeln auf lange Sicht ausgedehnt werden könnten. Lediglich die kommerzielle Suizidbeihilfe abzuschaffen und alle anderen Formen zu legalisieren, wie es der Gesetzentwurf der Abgeordneten Künast und Sitte vorgeschlagen hat, würde das Weiterleben nur als eine von zwei Alternativen darstellen, was nicht zu unterstützen sei. Der konservative, alle Formen des assistierten Suizids verbietende Gesetzentwurf von Sensburg und Dörflinger sei letztendlich auch keine Option, weil Patienten offen über Sterbewünsche sprechen dürfen sollten. Nach der Abstimmung über den Gesetzentwurf im Bundestag war einer weiteren Pressemitteilung⁹³ der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu entnehmen, dass sie den Entschluss, die organisierte Sterbehilfe zu verbieten, unterstütze. Jedoch sei in diesem Fall auf gesetzlicher Ebene eine Klärung des Begriffs Sterbehilfe nötig und wann sich Ärzte strafbar machen würden, die wiederholt Sterbehilfe leisten, denn eine angemessene Palliativversorgung sei auch Sterbehilfe. Es müsse also eine unmissverständliche Trennung zur organisierten Suizidhilfe erfolgen.⁹⁴

Der Deutsche Ethikrat vertrat am 02.07.2015 seine Position, dass jedes der vom Bundestag vorgeschlagenen Gesetze letztlich Handlungseinschränkungen und Verbote beinhalte. Es sei

⁹¹ Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 49: Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. [www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*\[@attr_id=%2527bgbl115s2177.pdf%2527\]](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//*[@attr_id=%2527bgbl115s2177.pdf%2527]), 02.07.2019

⁹² Dlubis-Mertens, K.: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin zu den vier Gesetzentwürfen zur Suizidbeihilfe. www.dgpalliativmedizin.de/startseite/2015-10-16-11-16-43.html, 08.11.2015

⁹³ Dlubis-Mertens, K.: DGP mahnt: Beihilfe zum Suizid darf kein Dienstleistungsangebot werden. www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell-2015/dgp-mahnt-beihilfe-zum-suizid-darf-kein-dienstleistungsangebot-werden.html, 02.07.2015

⁹⁴ Dlubis-Mertens, K. (2015) [wie Anm.93]

ausgesprochen schwierig, alle Anschauungen in einem Gesetz angemessen abzubilden. Geschäfte mit der Sterbehilfe zu machen, sei allerdings ethisch nicht vertretbar.⁹⁵

Der Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz lud am 23.09.2015 zwölf Sachverständige in den Bundestag ein, um zu den Gesetzentwürfen Stellung zu nehmen.⁹⁶ Dabei wurden an jedem der vier Entwürfe Kritikpunkte geäußert, auszugsweise: Im Falle einer völligen Legalisierung des assistierten Suizids könnten Ärzte geschäftsmäßig Suizidbeihilfe anbieten, was eine gesellschaftliche Akzeptanz suggerieren würde. (PD Dr. med. S. Sahn, Palliativmediziner und Medizinethiker, Offenbach) Demgegenüber steht die Aussage von Fr. Prof. Dr. med. B. Schöne-Seifert (Medizinethikerin, Münster), dass der strafrechtlich erlaubte Suizid selbstbestimmt durchgeführt werden dürfen solle und deswegen die Suizidbeihilfe ethisch gerechtfertigt und mit dem ärztlichen Ethos vereinbar sei. Gegen das Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe spreche laut Prof. Dr. phil. Dr. jur. E. Hilgendorf (Rechtswissenschaftler, Würzburg) eine mögliche Kriminalisierung von Ärzten im palliativmedizinischen Bereich, die wiederholt Sterbehilfe leisten würden.

Der Wissenschaftliche Dienst des Bundestags bekundete verfassungsrechtliche Bedenken bezüglich drei der vier Gesetzentwürfe. An dieser Stelle sei nur auf den Brand/Griese-Entwurf eingegangen. Es sei zweifelhaft, ob die darin strafbare geschäftsmäßige Sterbehilfe dem verfassungsrechtlich geforderten Bestimmtheitsgebot genüge, weil sich die Frage stelle, unter welchen Bedingungen Ärzte, die im Rahmen ihrer Arbeit wiederholt Sterbehilfe leisten, gesetzeswidrig handeln würden.⁹⁷

Bereits 2008 veröffentlichte das Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland einen Beitrag in der Texte-Reihe unter dem Titel „Wenn Menschen sterben wollen – Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung“⁹⁸, der keine klare Stellungnahme darstellt, sondern einen Überblick über die aktuelle medizinische und rechtliche Lage gibt sowie die Schweizer Situation bezüglich erlaubter Sterbehilfevereine erklärt und ethische Perspektiven als Denkanstöße vorlegt. Im Fazit geht allerdings hervor, dass aus kirchlicher Sicht eine gesetzliche Legalisierung des assistierten Suizids Signalwirkung mit negativen Auswirkungen auf das ärztliche Ethos habe, was das gesellschaftliche Verständnis von Leben und Sterben negativ beeinflussen würde. Es sollte von einer Regelung der ärztlichen Suizidbeihilfe abgesehen werden, da sich manche Bereiche rechtlich nicht regeln ließen. Aber „Einigkeit sollte darüber bestehen, der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe [...] möglichst bald einen Riegel vorzuschieben“⁹⁹.

⁹⁵ Woopen, C.: Ethikrat sieht geplante Regelung zur Sterbehilfe skeptisch. hpd.de/artikel/11913, 02.07.2019

⁹⁶ Reimer, S. C.: Sterbehilfe-Entwürfe im Urteil der Fachleute. www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw39_pa_recht_sterbebegleitung/384486, 02.07.2019

⁹⁷ Beerheide, R.; Klinkhammer, G.: Gutachten: Verfassungsrechtliche Bedenken. Deutsches Ärzteblatt 112 (2015), A1454

⁹⁸ Evangelische Kirche in Deutschland: Wenn Menschen sterben wollen. Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. Hannover 2008

⁹⁹ Evangelische Kirche in Deutschland (2008) [wie Anm.98], S. 34

Auch die katholische Kirche spreche sich nachdrücklich gegen alle Formen der aktiven Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung aus, wie in einem Flyer der Deutschen Bischofskonferenz mitgeteilt wurde.¹⁰⁰ Außerdem sei der Staat in der Pflicht, alle organisierten Formen der Suizidbeihilfe unter Strafe zu stellen. Passive Sterbehilfe sei hingegen ethisch vertretbar.

Der Zentralrat der Muslime teilte in einer Handreichung¹⁰¹ mit, er würde in den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung mit den katholischen und evangelischen Kirchen sowie der Bundesärztekammer übereinstimmen.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz hat bereits 2014 den Vorschlag eines Gesetzentwurfs „zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“¹⁰² vorgelegt. Dieser hatte nicht nur den gleichen Titel wie der Brand/Griese-Entwurf aus dem Bundestag, sondern sah auch ein ähnliches Gesetz vor: § 217 StGB solle regeln, dass jemand, der absichtlich und geschäftsmäßig einem anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung verschaffe, mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder einer Geldstrafe bestraft werde. Hiervon ausgenommen seien dem Suizidenten nahestehende Personen.

Eine teilweise gegensinnige Position wird vom Humanistischen Verband Deutschlands vertreten. Dieser legte 2011 ein „Positionspapier [...] zum ärztlich assistierten Suizid“¹⁰³ vor, aus dem hervorging, dass die Gewissensentscheidung des Arztes bei der Frage nach assistiertem Suizid als letzte Instanz ärztlicher Handlungsfreiheit anzuerkennen sei und dass dem Arzt sowohl auf Ebene des Berufs- als auch des Strafrechts die Möglichkeit gegeben werden solle, Sterbenden in ihrem Wunsch beizustehen. Des Weiteren sei es diesbezüglich erforderlich, die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung so zu verändern, dass das Verschreiben geeigneter Mittel zum Zwecke des Suizids möglich sei. Jedoch vertrat der Humanistische Verband Deutschlands ebenfalls die Meinung, assistierter Suizid solle keine organisierte oder kommerzialisierte Form annehmen.

In Befragungen der Bevölkerung, die das Institut für Demoskopie Allensbach wiederholt durchgeführt hat, sprachen sich 2008 58 %¹⁰⁴ einer Stichprobe der deutschen Bevölkerung (1786 Teilnehmer) und 2014 67 %¹⁰⁵ (1530 Teilnehmer) sogar für die aktive Sterbehilfe aus. 60 % befürworteten eine

¹⁰⁰ Deutsche Bischofskonferenz: Sterben in Würde - Worum geht es eigentlich? www.dbk-shop.de/media/files_public/hnnbdncy/DBK_Sterben-in-Wuerde-2014.pdf, 18.07.2019, S. 4

¹⁰¹ Al-Halabi, M. Z. S.: Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung und Palliative Care aus islamischer Sicht. islam.de/files/pdf/sterbehilfe_islam_zmd_2013_03.pdf, 18.07.2019, S. 9 ff.

¹⁰² Augsberg, S.; Brysch, E.: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/files/pdf/PID2014/Gesetzentwurf_Strafbarkeit_Foerderung_Selbsttoetung_PID_2_2014.pdf, 18.07.2019, S. 4

¹⁰³ Humanistischer Verband Deutschlands: Positionspapier des Kuratoriums des Humanistischen Verbands Deutschlands zum ärztlich assistierten Suizid. www.humanismus.de/sites/humanismus.de/files/Positionspapier%20des%20Kuratoriums%20zum%20C3%A4rztlich%20assistierten%20Suizid.pdf, 18.07.2019, S. 2-3

¹⁰⁴ Institut für Demoskopie Allensbach (2008) [wie Anm.3]

¹⁰⁵ ebd.

Legalisierung privater Sterbehilfeorganisationen.¹⁰⁶ Konkret zum assistierten Suizid wurden die Teilnehmer dieser Studien nicht befragt. Hingegen führte die gleiche Institution im Jahr 2010 auch eine Befragung unter 527 deutschen Ärzt(inn)en durch, in der 62 % eine Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids und 78 % eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe ablehnten, wobei die Ablehnung bei Palliativmedizinern noch größer gewesen sei.¹⁰⁷

Auf internationaler Ebene versuchte man sich trotz der unterschiedlichen Ausrichtungen der einzelnen Länder Europas gemeinsam für die Palliativmedizin zu positionieren und stark zu machen. So veröffentlichte die European Association for Palliative Care 2015 ein Whitepaper zu Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid, in dem 21 Aussagen über Definitionen und ethische Grundsätze zum genannten Thema durch Experten aus ganz Europa und Vorstandsmitglieder der nationalen Palliativverbände ausgearbeitet und bewertet wurden.¹⁰⁸ Die Autoren seien sich einig, dass Euthanasie und assistierter Suizid nicht in die palliativmedizinische Praxis einbezogen werden sollten. Dennoch würden diesbezügliche Anfragen durch Patienten Respekt und Aufmerksamkeit erfordern. Außerdem sollte jeder einen Zugang zu palliativmedizinischer Expertise erhalten. In Punkten, bei denen man sich nicht einig sei, beispielsweise über die Definition der palliativen Sedierung und darüber, ob sie als Alternative für Euthanasie angesehen werden könnte, solle das Whitepaper auf Kontroversen hinweisen. Einstellungen zu Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid diskutiere es jedoch nicht. Es werde anerkannt, dass sich innerhalb Europas verschiedene Ansätze hinsichtlich dieser Themen herausbilden würden und eine respektvolle Debatte müsse gefördert werden. Letztendlich sei es die gesellschaftliche Verantwortung aller Länder, für ihre älteren, sterbenden und schutzbedürftigen Bürger zu sorgen und die Palliativversorgung als Teil des regulären Gesundheitswesens zu etablieren.

3.2.7 Meinungen, Probleme und Verfassungsbeschwerden nach Inkrafttreten des § 217 StGB

Wie oben beschrieben, herrschte vor dem Beschluss des neuen Paragraphen großer Diskussionsbedarf. Aber auch nach der entscheidenden Debatte in Politik und Öffentlichkeit, die im Dezember 2015 das Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung hervorgebracht hatte, schienen keineswegs klare Verhältnisse vorzuliegen.

Zwar mussten Sterbehilfevereine wie „DIGNITAS“ und „Sterbehilfe Deutschland e. V.“ ihre Tätigkeit in Deutschland sofort niederlegen, wie es beabsichtigt und von fast allen Lagern verlangt worden war. Zweifel kamen jedoch bei Einzelpersonen, vor allem Ärzten und Ärztinnen auf, wenn es um die Frage ging, ob das, was sie in ihrem Berufsalltag tun würden, als geschäftsmäßige Suizidbeihilfe

¹⁰⁶ Institut für Demoskopie Allensbach (2008) [wie Anm.3]

¹⁰⁷ Institut für Demoskopie Allensbach: Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbehilfe1.pdf, 18.07.2019

¹⁰⁸ Radbruch, L.; Leget, C.; Bahr, P.; Muller-Busch, C.; Ellershaw, J.; Conno, F. de; Vanden Berghe, P.: Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative medicine* 30 (2016), 104–116

anzunehmen sei. So wurde beispielsweise der Fall des Palliativmediziners Matthias Thöns bekannt: Es gebe eine laufende Ermittlung gegen ihn, weil er einem Patienten eine hohe Dosis von einem Medikament verschrieben und dabei von dessen Suizidabsicht gewusst habe.¹⁰⁹ Der Angeklagte äußerte sich in einem Interview und fand, er müsse nun „richtig schlechte Medizin“¹¹⁰ machen, weil er seinen Patienten nicht mehr die nötige Dosis Schmerzmittel verschreiben könne, wenn er befürchten müsste, sie könnten sich damit umbringen. Die Verweigerung des Rezepts würde den Patienten in den „harten Suizid“¹¹¹ treiben und dazu führen, dass sich Patienten ihrem Arzt bezüglich des Suizidgedankens nicht öffnen würden, weil sie eine Zwangseinweisung fürchten müssten. Dieses Argument nannte auch Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz, Direktor des Instituts für Medizinrecht der Universitäten Heidelberg und Mannheim sowie ehemaliger stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Ethikrates, und bezeichnete den Paragraphen als „Katastrophe für die Suizidprävention“¹¹². Weil Matthias Thöns sich in seiner täglichen Arbeit bedroht sehe, habe er Verfassungsbeschwerde eingelegt. Eine weitere Verfassungsbeschwerde ging vom Arzt Michael de Ridder aus. Darin wurde begründet, dass Palliativmedizin und Suizidassistenz sich nicht grundsätzlich ausschließen würden und dass professionelle Palliativmedizin im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit geschäftsmäßig sei, aber nicht strafbar sein dürfe, auch wenn Wiederholungsgefahr in einigen Fällen gegeben sei. Das neue Gesetz greife in die Gewissens- und Berufsausübungsfreiheit der Ärzte und Ärztinnen ein.¹¹³ So lagen im März 2017 dem Bundesverfassungsgericht insgesamt bereits 13 Verfassungsbeschwerden vor, unter anderem von Sterbehilfeorganisationen und Einzelpersonen in der Rolle als Patienten, die das Gesetz zu restriktiv empfinden würden, und von einem Ärzdebündnis, das generell keinen assistierten Suizid in Deutschland erlauben wollen würde. Noch 2017 wolle das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe darüber in einer mündlichen Verhandlung entscheiden.¹¹⁴ Diese fand letztendlich erst im April 2019 statt. Ein Urteil wird im Jahresverlauf erwartet. Unter anderem die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ist der Bitte um Stellungnahme zu den vorliegenden Verfassungsbeschwerden nachgekommen.¹¹⁵ Darin bekräftigt sie, die Einführung des Paragraphen 217 habe keine negativen Auswirkungen auf den Behandlungsalltag, da sie sich nicht gegen die in der Palliativversorgung

¹⁰⁹ Schwab, W.: Gesetz zur Sterbehilfe. www.taz.de/Gesetz-zur-Sterbehilfe/!5364552/, 18.07.2019

¹¹⁰ Wortmann, M.: "Richtig schlechte Medizin". www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/931441/richtig-schlechte-medizin-aerzte-klagen-sterbehilfegesetz.html, 18.07.2019

¹¹¹ Wortmann, M. (2017) [wie Anm.110]

¹¹² Schnack, D.: Streit um Sterbehilfegesetz. www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/924499/streit-sterbehilfegesetz-desaster-segen.html, 18.07.2019

¹¹³ Wortmann, M. (2017) [wie Anm.110]

¹¹⁴ Redaktion Deutsches Ärzteblatt: Sterbehilfegesetz: Karlsruhe will 2017 entscheiden. Deutsches Ärzteblatt 114 (2017), B344

¹¹⁵ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 18 (2017), 118

beschäftigten Menschen richte und keine Einschränkungen als guter klinischer Praxis anerkannter Herangehensweisen verlange.¹¹⁶

Aufgrund der allgemeinen Verunsicherung erarbeitete der Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer „Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis“¹¹⁷, die im Ärzteblatt veröffentlicht wurden. Darin wurden der neue Paragraf im Wortlaut erklärt und Beispiele für strafbare und nicht strafbare Handlungen aufgezeigt. Prinzipiell setze die Strafbarkeit die Förderung der Selbsttötung durch Gewähren, Verschaffen oder Vermitteln voraus, außerdem die Geschäftsmäßigkeit sowie eine Absicht, die Selbsttötung zu fördern. Als geschäftsmäßig sei zu verstehen, wenn eine Handlung dauernder oder wiederkehrender Bestandteil der Tätigkeit sei oder aber eine Absicht zur Wiederholung bestehe, wodurch auch schon die Ersttat strafbar wäre. Wer aber regelmäßig beruflichen Kontakt mit Sterbenden habe, handele nicht automatisch geschäftsmäßig. Die fehlende Absicht, eine Selbsttötung zu fördern, könne laut dem genannten Ausschuss durch den Arzt/die Ärztin deutlich gemacht werden, indem er/sie klar und eindeutig das Therapieziel in der Patientenakte dokumentieren würde. So werde anhand des Beispiels der Verordnung einer hohen, möglicherweise tödlichen Opiatdosis schnell klar, dass die Absicht Schmerzlinderung und nicht die Förderung der Selbsttötung sei. Ein direkt tödliches Medikament zum Zwecke des Suizids zu verschreiben, sei bei fehlender Wiederholungsabsicht nicht strafbar, verstoße aber gegen die Berufsordnung, weshalb der Verlust der Approbation drohen könnte. Wenn ein Arzt/eine Ärztin von einem Suizidwunsch eines Patienten wisse, aber nicht eingreife, könne dies nicht bestraft werden, solange es sich um einen freiverantwortlichen Suizid handele. Eine Vermittlung eines assistierten Suizids, beispielsweise über eine Organisation in der Schweiz, sei strafbar, sobald eine Wiederholungsabsicht bestehe.

Anhand dieser Erläuterungen der Bundesärztekammer scheint der neue Paragraf recht eindeutig zu sein und eine Verurteilung von Matthias Thöns wird unwahrscheinlich, wenn er glaubhaft machen kann, dass er bei seinem Patienten die Schmerzen habe lindern und nicht seinen Suizid fördern wollen.

Dennoch gab es weiterhin Diskussionen über Situationen, die sich immer noch in einer Grauzone des Gesetzes befinden würden und bei denen gerade Ärzte und Ärztinnen sich einer Straffreiheit nicht sicher sein könnten. So wurde zum Beispiel das Thema Behandlungsabbruch Gegenstand eines Beitrags des Humanistischen Pressedienstes.¹¹⁸ Es wurde darin zu bedenken gegeben, dass ein Behandlungsabbruch nicht nur in präfinalen Situationen möglich sei, in denen er allgemein nicht als Suizid verstanden werde. Auch denkbar seien Patienten, die beispielsweise mit Hilfe eines

¹¹⁶ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur mündlichen Verhandlung des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts am 16. und 17. April 2019 in Sachen „§ 217 StGB (geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung)“.
www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Stellungnahme_Verhandlung_BVerfG_120319.pdf, 12.06.2019, S. 2

¹¹⁷ Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer (2017) [wie Anm.11]

¹¹⁸ Walther, C.: ...denn sie wissen – nicht? – was sie tun. hpd.de/artikel/12322, 18.07.2019

implantierten Herzschrittmachers oder lebenswichtiger Medikamente noch Jahre leben könnten. Wenn diese nun freiwillig die Aktivität oder die Einnahme beenden wollen würden, um eines natürlichen Todes zu sterben, würde man dies vermutlich als Suizid verstehen, obwohl es ebenso ein Behandlungsabbruch wäre. Als weiteres Beispiel nannte der Autor den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. In einer hochpalliativen Situation sei er nicht diskutabel, wohl aber bei Patienten, die dem Tode nicht unmittelbar nahe seien, zum Beispiel bei Erkrankungen wie beginnender Demenz, Morbus Parkinson oder Polyarthrose. Deswegen sei eine sinnvolle Lösung des Problems, zwischen aktivem und passivem Suizid zu unterscheiden und nur die Beihilfe zum aktiven unter Strafe zu stellen, wobei die zuletzt genannten Beispiele dem passiven Suizid zuzuordnen wären.

Weitere Erklärungsversuche und alltagstaugliche Beispiele schienen vonnöten, um das neue Gesetz in der Praxis anwendbar und umsetzbar werden zu lassen. So erarbeite auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin zur Orientierung für Ärzte und Ärztinnen eine Übersicht zur aktuellen Gesetzeslage.¹¹⁹ Die Fachgesellschaft betonte darin, dass es klare Unterschiede zwischen Palliativversorgung und Suizidbeihilfe gebe und dass diese nicht zum Grundverständnis der Palliativmedizin gehöre. Dennoch könne es in Einzelfällen zum Dilemma kommen, wenn Patienten ihre Suizidwünsche äußern würden. Dann sollte der Arzt/die Ärztin respektvoll damit umgehen und die Optionen der Palliativversorgung und Leidenslinderung aufzeigen sowie offen auch über Therapiebegrenzung und palliative Sedierung sprechen. Letztendlich solle er die Situation mit dem Patienten gemeinsam aushalten. Die Intention des neuen Gesetzes sei es gewesen, eine Handhabung wie in der Schweiz zu vermeiden und nicht die Palliativversorgung zu erschweren. Für die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin sei klar, dass jegliche Form des Behandlungsabbruchs auf Wunsch des Patienten (zum Beispiel Beatmung, künstliche Ernährung, Sterbefasten) kein assistierter Suizid sei, auch dann nicht, wenn der Arzt/die Ärztin den Patienten anschließend bis zum Tod begleite, weil es sich in diesem Fall um Symptomlinderung handele. Selbst einen Suizid im Einzelfall zu unterstützen, sei nicht strafbar, wenn kein Wille zur Wiederholung bestehe. Da das Gesetz keine quantitativen Vorgaben mache, könne auch bei wiederholter Suizidassistenz die Geschäftsmäßigkeit eventuell nicht gegeben sein. Die Fachgesellschaft nannte in ihrem Beitrag außerdem auch Situationen, die grenzwertig oder unstrittig strafbar seien. Am Rande der Legalität sei es zum Beispiel, wenn ein/e ehrenamtliche/r Hospizmitarbeiter/in einen Patienten zum Zwecke seines Suizids in die Schweiz zu einer entsprechenden Organisation begleiten würde. Dann bliebe er/sie nur straffrei, wenn eine glaubhafte persönliche Beziehung zum Patienten beschrieben werden könne. Auch das oben mehrfach genannte Beispiel der hohen Opiatdosis sei strafbar, wenn der Patient vorher seine Suizidabsicht angekündigt habe und eine Alternativlosigkeit nicht durch den Arzt/die Ärztin dargelegt werden könne. Sogar zweifellos strafbar sei die Verordnung einer hohen Dosis Opiate mit dem Ziel der Suizidförderung oder die Steigerung einer palliativen Sedierung, ohne dass Unruhezeichen vorliegen würden. Auch wenn diese Beispiele und Erläuterungen zunächst eindeutig erscheinen, sind

¹¹⁹ Tolmein, O./Radbruch, L. (2017) [wie Anm.11]

Einzelfälle individuell zu beurteilen. So rät die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin dazu, solche kritischen Entscheidungen nicht allein zu treffen, sondern sich zum Beispiel Hilfe bei der klinischen Ethikberatung zu holen. Weiterhin sei eine gute Dokumentation ein einfaches Mittel, das ohnehin nicht allzu große rechtliche Risiko zu minimieren.¹²⁰ Außerdem appelliert sie erneut an die Öffentlichkeit, die noch viel zu wenig über die palliative Versorgung wisse, dass die Patientenautonomie gestärkt werden müsse, beispielsweise durch Patientenverfügungen, damit die Angst vor der Übertherapie am Lebensende und damit der Wunsch nach einem vorzeitigen Sterben geringer werde.

Eine Forschungsarbeit, die die Berichterstattung in den großen deutschen Printmedien zum Thema des ärztlich assistierten Suizids während und nach dem Gesetzgebungsverfahren untersuchte¹²¹, kam zu dem Ergebnis, dass diese überwiegend befürwortende Berichterstattung geleistet hätten, was die Meinung der Bevölkerung widerspiegeln, wie sie in mehreren Umfragen habe gezeigt werden können (zum Beispiel in denen des Instituts für Demoskopie Allensbach, siehe oben). Zwar hätten die Medien teilweise versucht, neutral zu berichten, jedoch seien für Interviews häufig Befürworter des assistierten Suizids gewählt worden. Auch die gedruckten Kommentare zu den Beiträgen seien zu 75 % zugunsten der Sterbehilfe formuliert gewesen.

Wie sich der neue § 217 etablieren und umsetzen lassen wird, muss die Zukunft zeigen. In den ersten zwei Jahren nach dessen Beschluss herrschte zumindest noch eine gewisse Unsicherheit bei vielen Betroffenen. Auch Heiner Melching, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin gab in einem Interview zu, dass das neue Gesetz nicht wirklich Klarheit gebracht habe und Angst vor Strafe in der Ärzteschaft hervorrufen würde, die möglicherweise sogar zu einer Übertherapie führe.¹²²

3.2.8 Stärkung der Palliativmedizin in weiteren Bereichen

Nicht nur die breite Öffentlichkeitsdiskussion über den ärztlich assistierten Suizid konnte bewirken, dass das Thema Sterben kein Tabu in der Gesellschaft mehr ist und dass die Palliativmedizin einen bedeutenden Stellenwert in der Medizin angenommen hat, sondern auch andere Initiativen leisteten große Beiträge dafür.

¹²⁰ Tolmein, O.: Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe. Keine Gefahr für die Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 17 (2016), 16–17

¹²¹ Schlager, C.: Assistierter Suizid. Im Spiegel der Medien. Zeitschrift für Palliativmedizin 17 (2016), 217–219
Für die Analyse ausgewählt wurden folgende Printmedien: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Süddeutsche Zeitung, Die Welt, Die Zeit, Der Spiegel, Der Stern.

¹²² Beneker, C.: Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe.

www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/926584/verbot-geschaeftsmaessiger-sterbehilfe-unsicherheit-bleibt.html, 18.07.2019

Im Mai 2015 wurde die S3-Leitlinie Palliativmedizin¹²³ veröffentlicht – eine Leitlinie zur klinischen Anwendung im multiprofessionellen Team, die evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen zu Themen wie Symptomkontrolle, Sterbephase und Kommunikation ausspricht. Sie stellt einen Meilenstein für die Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland dar und beinhaltet bisher 230 Empfehlungen, ein zweiter Teil sollte bis Ende 2018 noch erarbeitet werden und unter anderem weitere Symptome der palliativen Situation sowie den Umgang mit Todeswunsch behandeln.¹²⁴ Entwickelt wurde die Leitlinie unter der Leitung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Deutschen Krebshilfe.

Ein weiterer herausragender Fortschritt im Bereich der Palliativmedizin ist das ebenfalls 2015 durch den Bundestag beschlossene Hospiz- und Palliativgesetz¹²⁵, welches Änderungen im Fünften und Elften Sozialgesetzbuch (gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung) sowie im Krankenhausfinanzierungsgesetz vorgenommen hat. Schwerpunkte des Gesetzes sind unter anderem eine bessere Vernetzung palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen, deren Ausbau in ländlichen Regionen, eine bessere finanzielle Ausstattung der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste und ein Anspruch der Versicherten auf individuelle Beratung. Damit würden die Qualität der Palliativversorgung gesteigert sowie Zusatzqualifikationen der Ärzte/Ärztinnen und Netzwerkarbeit gefördert werden sollen.¹²⁶ Kritik an diesem Gesetz kam zum Beispiel von der Deutschen Stiftung Patientenschutz, die bemängelte, es trage den vielen Sterbenden in Pflegeheimen nicht genug Rechnung und fördere nur rein palliativmedizinische Strukturen, was zu einem „2-Klassen-Sterben“ führe.¹²⁷ Diesen Punkt griff auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin in einer Stellungnahme¹²⁸ auf: Ein Großteil der Bewohner der Pflegeheime befindet sich in einer palliativen Situation, die jedoch nicht als solche wahrgenommen und behandelt werde. Ansonsten begrüße die Fachgesellschaft jedoch das Gesetz. Zwar nicht darin verankert, aber dennoch von vielen gefordert, sind Hospiz- und Palliativbeauftragte in jeder Einrichtung, auch in Pflegeheimen, ähnlich den

¹²³ Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und Deutschen Krebshilfe: S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 2015

¹²⁴ Bausewein, C.; Voltz, R.; Simon, S.: Leitlinien – Die „S3“ ist da! Zeitschrift für Palliativmedizin 16 (2015), 96–97

¹²⁵ Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/051/1805170.pdf, 18.07.2019

¹²⁶ Deutsches Ärzteblatt: Hospiz- und Palliativgesetz: Mit großem Einvernehmen beschlossen. www.aerzteblatt.de/nachrichten/64702/Hospiz-und-Palliativgesetz-Mit-groessem-Einvernehmen-beschlossen, 18.07.2019

¹²⁷ Brysch, E.: 2-Klassen-Sterben: Kabinett vergrößert Kluft bei der Sterbebegleitung. www.stiftung-patientenschutz.de/2-Klassen-Sterben-Kabinett-vergr%C3%B6%C3%9Fert-Kluft-bei-der-Sterbebegleitung, 18.07.2019

¹²⁸ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Gesetzentwurf der Bundesregierung. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Deutsche_Gesellschaft_f%C3%BCr_Palliativmedizin_Stellungnahme_zum_HPG.pdf, 18.07.2019, S. 2-3

Beauftragten für Transfusionen oder Hygiene beispielsweise.¹²⁹ Die Aufgabe des/der Beauftragten sei es, Informationen über die bestehenden palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen bereitzustellen und Leistungen zu vermitteln sowie Qualitätssicherung zu gewährleisten. Dabei sei es unerheblich, von welcher Berufsgruppe diese Aufgabe übernommen werde, wichtig sei nur eine Qualifikation. Mit dem/der Hospiz- und Palliativbeauftragten solle die flächendeckende Palliativversorgung weiter verbessert werden.¹³⁰

Ein weiterer wichtiger Schritt zur Stärkung der Palliativmedizin war der Aufbau des Nationalen Hospiz- und Palliativregisters¹³¹ durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Mit der aktualisierten Version von April 2017 (Kerndatensatz von 2009) konnte es erfolgreich auf den Weg gebracht werden. Jede palliativmedizinisch tätige Einrichtung, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, kann pseudonymisierte Patientendaten einfließen lassen. Ziele des Registers seien, die Qualität der Versorgung weiter zu verbessern, die Position der Palliativmedizin in der Gesellschaft zu stärken und unabhängige Daten objektiv und wissenschaftlich im Sinne der Qualitätssicherung auszuwerten. Außerdem könnten die Einrichtungen Wissen untereinander austauschen. Nach Einverständniserklärung des Patienten sei eine einfache elektronische Dateneinspeisung möglich. Man hofft also auf einen großen Nutzerkreis des Registers, um die genannten Ziele umsetzen zu können.

3.3 Die Fachgesellschaften als wesentlicher Impulsgeber für die Etablierung der Palliativmedizin als Zusatzbezeichnung deutscher Fachärzte/-ärztinnen

3.3.1 Gründung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf eine Sonderbroschüre, die zum 20-jährigen Bestehen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin unter dem Namen „Die DGP – eine lebendige Gesellschaft“ herausgegeben wurde.¹³²

In anderen europäischen Ländern, zum Beispiel in Frankreich, Italien und Belgien, gab es bereits vor 1990 Vereinigungen auf dem Gebiet der Palliativmedizin, die auch international als European Association for Palliative Care (EAPC) zusammenarbeiteten. Seitens dieser Vereinigung wurde die

¹²⁹ Rösch, E.; Gratz, M.; Roser, T.: Neues HPG. Hospiz- und Palliativbeauftragte im Gesundheitswesen. Zeitschrift für Palliativmedizin 17 (2016), 120–126

¹³⁰ Radbruch, L.; Melching, H.: Hospiz- und Palliativgesetz. I had a dream. Zeitschrift für Palliativmedizin 17 (2016), 111

¹³¹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Nationales Hospiz- und Palliativregister. www.dgpalliativmedizin.de/images/2017_04_25_Informationsbrosch%C3%BCre_REGISTER.pdf, 18.07.2019, S. 2

¹³² Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Die DGP - eine lebendige Gesellschaft - 20 Jahre DGP. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/RZ_140703_Imagebrosch%C3%BCre_Doppelseiten_online.pdf, 18.07.2019

Forderung laut, dass hierzulande in der Palliativmedizin Tätige sich ebenfalls in einer Gesellschaft organisieren sollten. Da es auch in Deutschland bereits erste Hospize und Palliativstationen gab, war der fachliche Austausch sowohl den dortigen Mitarbeitern als auch anderweitig palliativmedizinisch Engagierten ein großes Anliegen. So gab es 1993 und 1994 drei „Treffen Palliativmedizin“, aus denen die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin mit insgesamt 14 Gründungsmitgliedern hervorging.¹³³ Der erste Präsident war von 1994-1998 Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Heinz Pichlmaier, unter dessen Leitung bereits 1983 die erste Palliativstation Deutschlands in Köln eröffnet wurde.

Seit der Gründung veranstaltet die Gesellschaft im zweijährigen Rhythmus einen Fachkongress, dessen Themen sich in den ersten Jahren vor allem auf die Etablierung der Palliativmedizin und die Umsetzung einer interdisziplinären Zusammenarbeit bezogen. Die letzten Kongresse standen unter den Leitsprüchen „Palliativ – Versorgung – Forschung – Hospiz – Begleitung – Praxis“ (Düsseldorf, 2014)¹³⁴, „Qualität braucht Miteinander – Mut und Kompetenz“ (Leipzig, 2016)¹³⁵ und „Auf breiten Wegen – Integration, Innovation, Intuition“ (Bremen, 2018)¹³⁶.

Im Jahr 2014 feierte die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ihr 20-jähriges Bestehen. Die Mitglieder aus Gründerzeiten waren hauptsächlich besonders motivierte und interessierte Ärzte und Pflegende, die zwar keine standardisierte Zusatzausbildung genossen hatten, sich jedoch aufgrund ihrer täglichen Berufserfahrung ein detailliertes Wissen über palliativmedizinische Versorgungsmöglichkeiten und den Umgang mit sterbenden und schwerstkranken Patienten angeeignet hatten und damit der Palliativmedizin entscheidend auf den Weg helfen konnten. Die Mitgliederzahl hat sich seit 2005 auf fast 5000 verdreifacht und zunehmend werden auch Mitglieder anderer Berufe, zum Beispiel Sozialarbeiter, Seelsorger und Psychologen, verzeichnet.¹³⁷ Mittlerweile hat die Fachgesellschaft 16 aktive Arbeitsgruppen, in denen sich die Mitglieder engagieren, unter anderem auch eine Arbeitsgruppe Bildung.¹³⁸

¹³³ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2014) [wie Anm.132], S. 10;
Anmerkung: Die Gründungsmitglieder waren: Prof. Dr. med. Eberhard Aulbert, Dr. med. Thomas Binsack, Dr. med. Hildburg Goeke, Prof. Dr. med. Reiner Hartenstein, Prof. Dr. med. Manfred Herbst, Dr. med. Ingeborg Jonen-Thielemann, Dr. med. Hubertus Kayser, Prof. Dr. med. Eberhard Klaschik, Prof. Dr. Dr. med. Heinz Pichlmaier, Dr. med. Wilm Sievers, Prof. Dr. med. Raymond Voltz, Dr. med. Renate Wiegert, Dr. med. Dietrich Würdehoff, Dr. med. Detlev Zech.

¹³⁴ ebd., S. 11

¹³⁵ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Qualität braucht Miteinander.
www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP16_HP_Web3.pdf, 18.07.2019

¹³⁶ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Auf breiten Wegen.
www.dgp2018.de/files/DGP18/downloads/RZ_DGP_Hauptprogramm_2018_ONLINE_klein.pdf, 18.07.2019

¹³⁷ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2014) [wie Anm.132], S. 20.
Im Dezember 2018 waren es bereits fast 6000 Mitglieder. (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: DGP freut sich auf bald 6.000 Mitglieder! www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/dgp-freut-sich-auf-6-000-mitglieder.html 30.07.2019)

¹³⁸ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Arbeitsgruppen.
www.dgpalliativmedizin.de/arbeitsgruppen/dgp-arbeitsgruppen.html, 12.06.2019

Seit November 2014 gibt es unter der Leitung von Prof. Dr. med. Christoph Kahl aus der Klinik für Hämatologie und Onkologie des Klinikums Magdeburg auch eine Landesvertretung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin in Sachsen-Anhalt mit über 200 Mitgliedern im Dezember 2016.¹³⁹

3.3.2 Kernkompetenzen in der Palliativversorgung

2013 veröffentlichte die European Association for Palliative Care ein Whitepaper in zwei Teilen über die Kernkompetenzen zur Lehre in der Palliativversorgung.¹⁴⁰ Zwei Jahre später wurde es ins Deutsche übersetzt und in der Zeitschrift für Palliativmedizin abgedruckt.¹⁴¹

Es solle aufzeigen, welche Kompetenzen für alle in der Palliativversorgung Tätigen wichtig seien, unabhängig von ihrer spezifischen Berufsgruppe, denn alle in der Gesundheitsversorgung Beschäftigten müssten eine angemessene Palliativversorgung anbieten können und daher aus- und weitergebildet werden. Das Weißbuch zeige Expertenmeinungen zu den globalen Kernkompetenzen und sei als Ressource für Praktiker und Lehrende gedacht. Dabei sei ein gemeinsames interdisziplinäres Lernen wichtig.

Nachfolgend werden die zehn von der European Association for Palliative Care genannten Kernkompetenzen aufgeführt:

1. „Die Kernbestandteile im Setting, in dem Patient und An- und Zugehörige leben, anwenden.
2. Das körperliche Wohlbefinden während des Krankheitsverlaufs fördern.
3. Den psychologischen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
4. Den sozialen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
5. Den spirituellen Bedürfnissen des Patienten gerecht werden.
6. Auf die Bedürfnisse der pflegenden An- und Zugehörigen des Patienten in Bezug auf kurz-, mittel- und langfristige Versorgungsziele reagieren.
7. Auf die Herausforderungen von klinischer und ethischer Entscheidungsfindung in der Palliativversorgung reagieren.
8. Umfassende Versorgungskoordination und interdisziplinäre Teamarbeit umsetzen, durch alle Settings hindurch, in denen Palliative Care angeboten wird.

¹³⁹ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Landesvertretung Sachsen-Anhalt - Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/landesvertretung-sachsen-anhalt.html, 12.06.2019

¹⁴⁰ Gamondi, C.; Larkin, P.; Payne, S.: Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1. *European Journal of Palliative Care* 20 (2013), 86–91; Gamondi, C.; Larkin, P.; Payne, S.: Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 2. *European Journal of Palliative Care* 20 (2013), 140–145

¹⁴¹ Krumm, N.; Schmidlin, E.; Schulz, C.; Elsner, F.: Kernkompetenzen in der Palliativversorgung. Ein Weißbuch der European Association for Palliative Care zur Lehre in der Palliativversorgung. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 16 (2015), 152–167

9. Angemessene interpersonelle und kommunikative Fertigkeiten in Bezug auf Palliative Care entwickeln.

10. Selbstwahrnehmung üben und kontinuierliche professionelle Weiterbildung praktizieren.¹⁴²

Für die palliativmedizinische Lehre empfehle die Fachgesellschaft den Einsatz eines interdisziplinären Teams von Lehrenden, und zwar Fachkräfte unterschiedlicher Berufshintergründe, Praktiker und Wissenschaftler, denn Palliative Care zu lehren bedeute auch die Reflektion persönlicher Haltungen, Überzeugungen und Verhaltensweisen. Außerdem sollten moderne Lerntechnologien mit digitalem und medialem Lernen angeboten werden, da E-Learning die Möglichkeit biete, sonst im Unterrichtsetting nicht verfügbare Ressourcen nutzbar zu machen. Zugleich sei es aber nötig, die Fähigkeiten zu üben, weshalb klinische Einsätze und Praktika gefördert werden sollten.

Dieses internationale Weißbuch diene als Grundlage der Entwicklung vieler nationaler Curricula im Bereich der palliativmedizinischen Lehre, so auch für die Ausbildung von Medizinstudierenden im Rahmen des Querschnittsbereichs 13 und von Fachärzten/-ärztinnen zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin.

Auf der Grundlage dieser Kernkompetenzen und des Deutschen Qualifikationsrahmens, einer Initiative der Kultusministerkonferenz zur Einordnung aller Qualifikationen des deutschen Bildungssystems in acht Niveaustufen¹⁴³, entwickelte die Arbeitsgemeinschaft Bildung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin eine bildungsübergreifende Kompetenzmatrix als Zertifizierungsverfahren für Curricula im Bereich palliativmedizinischer Lehre.¹⁴⁴ So hätten die bestehenden Curricula für beispielsweise Ärzte/Ärztinnen und Pflegende dem Kompetenzniveau der Stufe 5 zugeordnet werden können. Dies entspricht laut Deutschem Qualifikationsrahmen Kompetenzen zur selbständigen Planung und Bearbeitung umfassender fachlicher Aufgabenstellungen in einem komplexen, spezialisierten, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld. Anhand der entwickelten Kompetenzmatrix solle ein einheitlicher Qualitätsstandard der Weiterbildungen im Rahmen der Palliativversorgung gesichert werden.

3.3.3 Zusatzbezeichnung Palliativmedizin in der (Muster-) Berufsordnung

Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin setzten sich von Beginn an für eine strukturierte Ausbildung aller beteiligten Berufsgruppen, insbesondere der Ärzte und Ärztinnen, ein. Bereits 1997 wurden Curricula für Medizinstudierende, Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter und Seelsorger entworfen.¹⁴⁵

¹⁴² Krumm, N.; Schmidlin, E.; Schulz, C. (2015) [wie Anm.141]

¹⁴³ Kultusministerkonferenz: Deutscher Qualifikationsrahmen. www.dqr.de/content/2315.php, 18.07.2019

¹⁴⁴ Kopitzsch, F.; Kamper, S.: Weiterbildung. Die Kompetenzmatrix – ein Zusammenspiel von Bildung und Wissen. Zeitschrift für Palliativmedizin 18 (2017), 13–14

¹⁴⁵ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2014) [wie Anm.132], S. 15

2003 wurde die Palliativmedizin auf dem Deutschen Ärztetag, auf dem auch viele Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin vertreten waren, in der novellierten (Muster-) Weiterbildungsordnung als Zusatzbezeichnung für ausgebildete Fachärzte begrüßt¹⁴⁶, sodass einer standardisierten Ausbildung im Fach Palliativmedizin der Weg bereitet werden konnte. Diese sieht eine zwölfmonatige Ausbildung bei einem Weiterbildungsbefugten der Palliativmedizin oder anteilig ersetzbar durch 120 Stunden Fallseminare sowie 40 Stunden Kursweiterbildung in Palliativmedizin vor.¹⁴⁷ Die Landesärztekammer Sachsen-Anhalt hat diese Vorgaben exakt in ihre für alle im Bundesland tätigen Ärzte und Ärztinnen verbindliche Weiterbildungsordnung übernommen.¹⁴⁸

3.4 Palliativmedizin auf dem Weg ins deutsche Medizinstudium

3.4.1 Evaluationen erster Lehrveranstaltungen in Deutschland

Im Studium deutscher Medizinstudierender gewann die Palliativmedizin erst in der jüngeren Vergangenheit an Bedeutung. Seit 2000 findet man gehäuft Studien, die zu belegen versuchen, dass Studierende nach einer palliativmedizinischen Lehrveranstaltung ein deutlich besseres Verständnis und mehr Sicherheit im Umgang mit Sterbenden haben. So beurteilten beispielsweise Teilnehmer eines Kurses zur Übermittlung schlechter Nachrichten an der Berliner Charité ihre kommunikativen Fähigkeiten nach dem Kurs signifikant besser als davor.¹⁴⁹ Auch ein positiver Effekt auf die Selbstwirksamkeit der Studierenden konnte in einem Seminar zur Kommunikation mit Sterbenden an der Universität Witten/Herdecke nachgewiesen werden.¹⁵⁰ Die Evaluation eines nur zweistündigen Unterrichts am Krankenbett in Mainz zeigte bereits eine signifikant positive Auswirkung in den Bereichen Selbsteinschätzung der Sicherheit, Interesse an Palliativmedizin und Bewertung der ärztlichen Tätigkeit.¹⁵¹ Diese und weitere Studien zur Effektivität einer palliativmedizinischen Ausbildung deutscher Medizinstudierender leisteten einen wichtigen Beitrag zur Wegbereitung der

¹⁴⁶ Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll 106. Deutscher Ärztetag 2003: Zu Punkt III der Tagesordnung: Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland. www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/106-daet-2003/zu-punkt-iii-der-tagesordnung-palliativmedizinische-versorgung-in-deutschland/1-palliativmedizin/, 18.07.2019

¹⁴⁷ Bundesärztekammer: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf, 24.07.2019, S. 180

¹⁴⁸ Ärztekammer Sachsen-Anhalt: Weiterbildungsordnung. www.aeksa.de/files/1465CEF5B21/WBOSA%20ab%2001.01.2015-5.%20Satzungs%C3%A4nderung-KV%2008.11.2014.pdf, 18.07.2019, S. 137

¹⁴⁹ Schildmann, J.; Ortwein, H.; Herrmann, E.; Schwarz, C.; Klambneck, A.; Brunklaus, A.: Schlechte Nachrichten übermitteln - eine Lehrveranstaltung für Medizinstudierende zum Aufklärungsgespräch. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 4 (2003), 111–116

¹⁵⁰ Schulz, C.; Möller, M.; Haynert, H.; Schmalz, O.; Schnell, M. W.: Kommunikation mit Sterbenden – Beschreibung eines Seminars aus der palliativmedizinischen Ausbildung der Universität Witten/Herdecke. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 9 (2008), Poster 404

¹⁵¹ Weber, M.; Braun, J.; Schildmann, J.: Evaluation eines Unterrichts am Krankenbett (Bedside Teaching) auf einer Palliativstation im Rahmen einer studentischen Pflichtveranstaltung. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 11 (2010), Poster 116

Palliativmedizin in die Approbationsordnung für Ärzte. Noch bevor dieser bedeutende Schritt 2009 realisiert wurde, gab es bereits Analysen der derzeitigen Lehrsituation im palliativmedizinischen Bereich.

3.4.2 Analyse bestehender Lehrveranstaltungen vor der Einführung als Pflichtfach

In einer 2006 veranlassten Befragung, die die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) an allen deutschen Medizinischen Fakultäten durchgeführt hat, konnte gezeigt werden, dass die Lehre bisher größtenteils unzureichend und als eigenständiges Fach nur an den vier Fakultäten mit eigenem Lehrstuhl für Palliativmedizin anzusehen sei. An 14 Fakultäten habe es zu der Zeit zumindest ein Wahlfach oder integrierte Termine gegeben, die restlichen 18 Fakultäten hätten jedoch keine palliativmedizinischen Lehrangebote nachweisen können.¹⁵²

Seit 2003 gibt es einen Lehrstuhl für Palliativmedizin in Aachen, 2004 folgte eine Professur in Köln und 2006 richteten auch Göttingen und die Münchener Ludwig-Maximilians-Universität ihre Lehrstühle ein. Diese können als Vorreiter der palliativmedizinischen Lehre im deutschen Medizinstudium angesehen werden. In München beispielsweise konnten auf der Basis von Stiftungen im Zeitraum von 2006 bis 2010 vier Professuren geschaffen werden, die die WHO-Definition der Palliativmedizin, die Palliative Care als Schnittmenge aus physischer, psychosozialer und spiritueller Versorgung versteht, optimal abdecken sollten. So entstanden die Professuren für Palliativmedizin, für Kinderpalliativmedizin, für Spiritual Care und für Soziale Arbeit in Palliative Care.¹⁵³

In einer Wiederholungsumfrage von 2008 durch die bvmd e. V. konnten bereits Fortschritte verzeichnet werden. So habe es zu dieser Zeit an jeder der 36 Medizinischen Fakultäten zumindest fakultative Angebote im Bereich Palliativmedizin gegeben und die Anzahl der Universitäten, die bereits Pflichtkurse im Fach Palliativmedizin veranstalteten, habe sich verdreifacht.¹⁵⁴ Die Tendenz ging demnach deutlich in Richtung einer allgemeinen Einführung der Palliativmedizin an allen deutschen Medizinischen Fakultäten. Eine adäquate Vorbereitung aller Medizinstudierenden auf den Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Patienten im Berufsalltag erforderte allerdings eine Verankerung der Palliativmedizin in der Approbationsordnung für Ärzte, um die Grundlage für eine einheitliche Lehre zu schaffen.

¹⁵² Keilig, S.; Schewtschenko, J.; Laske, A.; Kuprella, T.: Palliativmedizinische Lehrveranstaltungen an Deutschlands Universitäten. Zeitschrift für Palliativmedizin 7 (2006), Poster 6_5

¹⁵³ Roser, T.; Borasio, G. D.: Am Lehrstuhl für Palliativmedizin der LMU München Die Definition der WHO wird akademische Realität. Zeitschrift für Palliativmedizin 11 (2010), 262–263

¹⁵⁴ Laske, A.; Dietz, I.; Ilse, B.; Nauck, F.; Elsner, F.: Palliativmedizinische Lehre in Deutschland - Bestandsaufnahme an den medizinischen Fakultäten 2009. Zeitschrift für Palliativmedizin 11 (2010), 18–25

3.5 Gesetzesebene – Palliativmedizin in der Approbationsordnung für Ärzte

3.5.1 Zusammenfassung der Neuerung der Approbationsordnung bezüglich der Palliativmedizin

Am 05.08.2009 trat das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus in Kraft. Damit erfolgte laut Artikel 7 eine Änderung der Approbationsordnung für Ärzte: § 27 Absatz 1, der zuletzt am 5. Dezember 2007 geändert wurde, enthält nun in Satz 5 als 13. Querschnittsbereich die Palliativmedizin. Der Leistungsnachweis müsse erstmals zum Beginn des Praktischen Jahres im August 2013 oder bei der Meldung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung für den Prüfungstermin ab Oktober 2014 vorliegen.¹⁵⁵

3.5.2 Der Gesetzentwurf

Vom Gesetzentwurf im Mai 2009 bis zur Verkündung des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vergingen drei Monate. Die folgenden Informationen sind dem „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus“ der Parteien CDU/CSU und SPD zu entnehmen.¹⁵⁶ Der Gesetzentwurf formuliert bezüglich der Palliativmedizin, dass die adäquate Versorgung Sterbender die Aufgabe aller Ärzte und Ärztinnen und für eine wirksame Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung in der Sterbephase unerlässlich sei. Fehlende Kenntnisse im Bereich der Palliativmedizin würden unnötiges Leiden durch wohl gemeinte, aber fachlich nicht indizierte Therapien am Lebensende verursachen, weshalb man die Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse ins Studium vorverlagern müsse. Die Lösung dieses Problems sei die Aufnahme der Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach des Medizinstudiums in die Approbationsordnung für Ärzte. Nur durch eine Verpflichtung zum Scheinerwerb würden alle Studierenden die erforderlichen Kenntnisse in ihrer Ausbildung erwerben. Somit könne sichergestellt werden, dass Ärzte und Ärztinnen den Anforderungen an die Versorgung Schwerstkranker und Sterbender gewachsen seien und dass eine kompetente und umfassende Versorgung möglich sei. Langfristig sollten daher alle Medizinischen Fakultäten die Errichtung eines Lehrstuhls für Palliativmedizin anstreben. Kurz- oder mittelfristig könnten Lehrbeauftragte benannt werden. Man solle die Palliativmedizin als Querschnittsbereich organisieren, da die Themen über einzelne Fächer hinaus übergreifende Querschnittsbedeutung hätten. Die Gesamtstundenzahl von 868 solle nicht

¹⁵⁵ Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 50: Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus. www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr_id=%27bgbl109s2495.pdf%27%5D, 18.07.2019, S. 2496

¹⁵⁶ Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus. dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1612855.pdf, 18.07.2019, S. 1-2

verändert werden, die Universitäten könnten kompensatorisch andere Fächer im Stundenansatz reduzieren.

3.5.3 Beratungen in Bundestag und Bundesrat

Im Bundestag gab es zu diesem Gesetzentwurf im Mai und im Juni 2009 drei Beratungen.¹⁵⁷ In der ersten wurden die Ausschüsse für Gesundheit, für Arbeit und Soziales sowie für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung um Stellungnahme gebeten. Der federführende Ausschuss für Gesundheit plädierte für eine Annahme des Gesetzes.¹⁵⁸ Daraufhin wurde in der zweiten Beratung über die Ausschussfassung abgestimmt. Die Parteien CDU/CSU, SPD, Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen stimmten zu, wohingegen sich die FDP enthielt. Es folgten die Reden der Parteivertreter¹⁵⁹: Willi Zylajew (CDU/CSU), Hilde Mattheis (SPD) und Elisabeth Scharfenberg (Bündnis 90/Die Grünen) sprachen sich für eine Aufnahme der Palliativmedizin in die Approbationsordnung für Ärzte aus. Lediglich der Abgeordnete Dr. med. Erwin Lotter von der FDP, der selbst Arzt war, bezeichnete dieses Vorhaben als ein überflüssiges Vollstopfen der Approbationsordnung, da die Studierenden nur auswendig lernen und ihre Fähigkeiten sowieso erst in der Praxis, nicht im Hörsaal erlernen würden. In der Abschlussabstimmung während der dritten Beratung wurde am 19.06.2009 das Ergebnis der Vorabstimmung bestätigt und somit der Gesetzentwurf vom Deutschen Bundestag beschlossen.¹⁶⁰ Der Ausschuss für Gesundheit empfahl die Zustimmung durch den Bundesrat. Im Bundesrat gab es im Anschluss noch einen Plenarantrag des Landes Schleswig-Holstein auf Anrufung des Vermittlungsausschusses, um den Artikel 7 der Approbationsordnung für Ärzte in der Art zu ändern, dass der neue Querschnittsbereich 13 „Palliativmedizin und Schmerzmedizin“ und nicht nur „Palliativmedizin“ heißen solle aufgrund der thematischen Überschneidung beider Fächer in vielen Bereichen.¹⁶¹ Dieser Antrag auf Anrufung des Vermittlungsausschusses wurde jedoch durch Abstimmung abgelehnt. Somit kam es am 10.07.2009 zur Abstimmung über die Zustimmung zum Gesetz im Bundesrat, woraufhin es mehrheitlich beschlossen und am 04.08.2009 verkündet wurde.

¹⁵⁷ Deutscher Bundestag: Stenografischer Bericht 228. Sitzung. dip21.bundestag.de/dip21/btp/16/16228.pdf, 18.07.2019, S. 25510 ff.

¹⁵⁸ Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/134/1613417.pdf, 18.07.2019, S. 2

¹⁵⁹ Deutscher Bundestag (2009) [wie Anm.157], S. 25531

¹⁶⁰ Deutscher Bundesrat: Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages. dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2009/0573-09.pdf, 18.07.2019, S. 1-2

¹⁶¹ Deutscher Bundesrat: Antrag des Landes Schleswig-Holstein - Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus. dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2009/0573-2-09.pdf, 18.07.2019

3.6 Umsetzung des neuen Querschnittsbereichs 13 an den Medizinischen Fakultäten Deutschlands

3.6.1 Unterschiedliche Ausgangssituationen für die Medizinischen Fakultäten Deutschlands

Mit dem Wissen um die Implementierung der Palliativmedizin in die Approbationsordnung für Ärzte mussten ab 2009 alle deutschen Medizinischen Fakultäten einen Plan zur Umsetzung des neuen Querschnittsbereichs 13 entwickeln. Aufgrund der bis dahin sehr unterschiedlichen Intensität der palliativmedizinischen Lehrangebote an den einzelnen Fakultäten gab es für das Pflichtfach sehr heterogene Strategien. Einige Fakultäten hätten 2010, zum Zeitpunkt einer dritten Umfrage¹⁶² der bvmde e. V., bereits ein Curriculum gehabt, andere hätten noch ein eigenes entwickeln und wieder andere sich auf das durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin herausgegebene¹⁶³ berufen wollen. Zudem sei eine Einführung des Pflichtfaches an den meisten Fakultäten zum Sommersemester 2011 geplant gewesen, lediglich an drei Standorten erst zum Sommersemester 2012.¹⁶⁴ Auch in Magdeburg war der Lehrbeginn erst für den späteren Zeitpunkt geplant. Das oben genannte Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin wurde erstmals bereits 2002 von der Arbeitsgemeinschaft für Aus-, Fort- und Weiterbildung entworfen und 2009 überarbeitet, bevor es an alle Studiendekane versandt wurde. Es solle zur Verbesserung der Regelversorgung unheilbar Kranker und Sterbender beitragen. Den Studierenden solle im Fach Palliativmedizin vermittelt werden, dass Diagnosestellung und Heilanspruch nicht immer vordergründig seien.¹⁶⁵ Außerdem enthält es eine genauere Beschreibung des Lehrkonzepts.

3.6.2 Dozentenworkshops für einen deutschlandweiten fachlichen Austausch

Um eine strukturierte Lehre anzubieten und einen deutschlandweiten Austausch der Dozenten zu fördern, wurde ein Konzept für Dozentenworkshops erstellt. Der erste Workshop mit Teilnehmern aus 25 Fakultäten fand im Juli 2010 in München statt. Hier stellten vorrangig diejenigen Fakultäten ihre Erfahrungen im Bereich palliativmedizinischer Lehre zur Verfügung, die zu dem Zeitpunkt bereits einen eigenen Lehrstuhl hatten. Ergebnis des Workshops war die „Münchener Erklärung zur Lehre im

¹⁶² Ilse, B.; Hildebrand, J.; Posselt, J.; Laske, A.; Dietz, I.; Borasio, G. D.; Kopf, A.; Nauck, F.; Elsner, F.; Wedding, U.; Alt-Epping, B.: Palliativmedizinische Lehre in Deutschland – Planungen der Fakultäten zum zukünftigen Querschnittsfach 13. Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 29 (2012), 1–5

¹⁶³ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Curriculum: Grundlagen der Palliativmedizin - Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin.

www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/ag/090810%20AG%20AFW%20Curriculum%20Studierende%20Elsner%20Stand%20090810.pdf, 18.07.2019

¹⁶⁴ Ilse, B./Hildebrand, J./Posselt, J./Laske, A./Dietz, I./Borasio, G. D./Kopf, A./Nauck, F./Elsner, F./Wedding, U./Alt-Epping, B. (2012) [wie Anm.162]

¹⁶⁵ Elsner, F.: Studentische Lehre Das neue DGP-Curriculum für Studierende. Zeitschrift für Palliativmedizin 10 (2009), 182

neuen Querschnittsbereich 13¹⁶⁶, aus der die nachfolgenden Angaben stammen. In der Erklärung wurden Richtlinien zu Umfang und Inhalt der Lehre veröffentlicht. Inhaltlich sollte sie sich hauptsächlich am Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin orientieren. Außerdem wurde bezüglich der Auswahl der Lehrverantwortlichen im Falle des Fehlens einer eigenen Professur nahegelegt, einen hauptamtlich tätigen Palliativmediziner zu wählen. Auch zum Unterrichtsablauf, der Prüfungsform und der Finanzierung wurden Aussagen getroffen und eine enge Zusammenarbeit mit den Studierenden zur Entwicklung der Lehre empfohlen. Ein zweiter Workshop fand im April 2011 in Köln statt. Nach dem letzten Workshop zur grundsätzlichen Umsetzung des Themas hätten hier Probleme bei der Konkretisierung im Vordergrund gestanden. Fakultätsspezifische Curricula seien vorgestellt und diskutiert worden, so auch das des Magdeburger Lehrverantwortlichen, Prof. Dr. med. Thomas Lichte.¹⁶⁷ Es sollten weitere konstruktive Workshops folgen und so fand noch im selben Jahr im Oktober der dritte Dozentenworkshop statt. Themen seien hier unter anderem die Durchführungsmodi der Prüfungen und die Motivation anderer Fachrichtungen zur Mitarbeit gewesen.¹⁶⁸ 2014 setzte man das Format mit 21 Teilnehmern aus 16 Fakultäten zum sechsten Mal um, wobei das Thema „Prüfungen in der palliativmedizinischen Lehre“ gewesen sei.¹⁶⁹ Die Tradition der Workshops wurde und wird fortgesetzt, sodass er im Oktober 2015 zum siebenten Mal, dieses Mal in Marburg, und 2016 zum achten Mal (in Schwerin) durchgeführt werden konnte. Zuletzt seien vor allem die Interprofessionalität des Lernens im Bereich Palliativmedizin diskutiert und verschiedene Projekte, zum Beispiel aus Halle, dazu vorgestellt worden mit dem Fazit, dass berufsgruppenübergreifendes Lehren und Lernen gegenseitige Wertschätzung und Teamkommunikation fördere und weiter ausgebaut werden sollte.¹⁷⁰ Der bislang letzte Workshop fand 2018 in Aachen statt.¹⁷¹

3.6.3 Evaluationsergebnisse des neuen Querschnittsbereichs 13 – erstes Fazit

Auch nach der Implementierung der Palliativmedizin als Pflichtfach an allen Medizinischen Fakultäten Deutschlands wurden evaluierende Daten zur Wirksamkeit der Lehre erhoben. In Mainz beispielsweise wurden die Auswirkungen des neuen Querschnittsbereichs Palliativmedizin auf das Sicherheitsgefühl Studierender im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden signifikant positiv

¹⁶⁶ Borasio, G. D.; Dietz, I.; Hildebrand, J.; Elsner, F.: Hochschullehre - Münchner Erklärung zur Lehre im neuen Querschnittsbereich 13: Palliativmedizin. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 12 (2011), 45–48

¹⁶⁷ Hildebrand, J.; Schiessl, C.: 2. Dozentenworkshop Q13 - Querschnittsbereich 13 Palliativmedizin: Pflichtlehre im Medizinstudium. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 12 (2011), 139

¹⁶⁸ Wildfeuer, S.: Dozentenworkshop Q13 Palliativmedizin in Köln. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 13 (2012), 11

¹⁶⁹ Oorschot, B.; Scherg, A.; Ilse, B.: Palliativmedizin prüfen. 6. Q13-Workshop in Würzburg. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 16 (2015), 48

¹⁷⁰ Scherg, A.; Elsner, F.: Fortbildungsveranstaltung. 8. QB 13 Workshop in Schwerin. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 18 (2017), 18

¹⁷¹ AG Bildung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Digital Lehren und Prüfen. www.dgpalliativmedizin.de/images/Flyer_Dozentenworkshop_Aachen.pdf

bewertet.¹⁷² Im selben Zusammenhang wurde eine positive Akzeptanz des neuen Querschnittsbereichs bestätigt sowie als besonders lehrreiche und wichtige Unterrichtseinheit die ärztliche Gesprächsführung evaluiert.¹⁷³ In einer anderen Studie aus dem Jahr 2012 (ebenfalls aus Mainz) bewerteten Studierende einen 90-minütigen Pflichtkurs am Krankenbett positiv in den Punkten Verständnis der Palliativmedizin und Anregung zur Reflexion. Negativ wurde lediglich der Zeitmangel notiert.¹⁷⁴

Das Universitätsklinikum in Greifswald berichtete über eine nicht unproblematische Umsetzung einer suffizienten Lehre aufgrund des Fehlens eines Lehrstuhls, was persönliches Engagement zwingend erforderlich gemacht habe. Es habe anfangs zu wenig Lehrende für alle Studierenden eines Jahrgangs gegeben, jedoch habe man fakultätsübergreifend Dozent(inn)en angefragt und positive Resonanz erhalten, was die Umsetzung des Curriculums ermöglicht habe.¹⁷⁵

Eine Publikation zur Implementierung des neuen Querschnittsbereichs gibt es auch von der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf. Hier untersuchten die Verantwortlichen vor allem die Entwicklung eines nachhaltigen Curriculums und kritisierten die Heterogenität der Implementierungsprozesse an den deutschen Fakultäten, die zu einer Inkonsistenz der Lehrinhalte führen könne.¹⁷⁶ Eine in Zeitpunkt, Umfang und Dauer stark variierende palliativmedizinische Lehre zeigte ebenso eine Übersichtsarbeit über internationale Curricula. Damit verglichen zeige die deutsche Lehre vielversprechende Ansätze, ein fakultätsübergreifender Austausch sei jedoch anzustreben.¹⁷⁷

Am Universitätsklinikum in Heidelberg gab es ein Projekt zur Implementierung einer interprofessionellen Lehre für Auszubildende in Gesundheitsberufen. Getestet und evaluiert wurde zunächst im Rahmen des Querschnittsbereichs 13 während der Hospitation auf einer Palliativstation. Dabei sei eines der Lernziele gewesen, die interprofessionelle Versorgung bei der Symptomkontrolle wahrzunehmen. Längerfristig sollten damit die berufsübergreifenden Kompetenzen verbessert werden.

¹⁷² Mai, S.; Gerlach, C.; Feldmann, K. H.; Kerpes, C.; Laufenberg-Feldmann, R.; Marloth-Claaß, B.; Reinholz, U.; Schwab, R.; Weiher, E.; Windschmitt, U.; Weber, M.: Auswirkungen des neuen Querschnittsbereichs Palliativmedizin auf das Sicherheitsgefühl Studierender im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden. Zeitschrift für Palliativmedizin 13 (2012), Poster 16

¹⁷³ Reinholz, U.; Gerlach, C.; Feldmann, K. H.; Kerpes, C.; Laufenberg-Feldmann, R.; Mai, S.; Marloth-Claaß, B.; Schwab, R.; Weiher, E.; Windschmitt, U.; Weber, M.: Studentische Evaluation des neu eingeführten Querschnittsbereichs Palliativmedizin an der Universitätsmedizin Mainz. Zeitschrift für Palliativmedizin 13 (2012), Poster 12

¹⁷⁴ Traoré, J.; Schildmann, J.; Weber, M.: 90 Minuten Pflichtlehre Palliativmedizin auf Station: Lehrkonzept und qualitative Ergebnisse einer Evaluationsstudie. Zeitschrift für Palliativmedizin 13 (2012), 229–235

¹⁷⁵ Klenner, A.; Busemann, A.: Universitätsklinik Greifswald - Die Implementierung der Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach. Zeitschrift für Palliativmedizin 13 (2012), 168

¹⁷⁶ Schulz, C.; Wenzel-Meyburg, U.; Karger, A.; Scherg, A.; Paul, B.; Trapp, T.; in der Schmitt, J.; Bien, J.; Bakus, S.; Paling, A.; Rudolf, E.; Ludwig, J. B.; Korsten, U.; Stratmann, K.; Schmitz, A.: Implementierung der Lehre im Querschnittsfach Palliativmedizin (QB13) im Modellstudiengang Medizin an der Heinrich Heine Universität Düsseldorf. Zeitschrift für Palliativmedizin 15 (2014), Poster 156

¹⁷⁷ Heintz, S.; Pastrana, T.: Palliativmedizinische Ausbildung im Medizinstudium – Eine Systematische Übersichtsarbeit über internationale Curricula und deren Effekte. Zeitschrift für Palliativmedizin 15 (2014), Poster 160

Letztendlich sei die Palliativmedizin als geeigneter Bereich für eine interprofessionelle Lehre identifiziert worden.¹⁷⁸

Über alternative Lernzielkontrollen zur weit verbreiteten Multiple-Choice-Klausur wurde an der Universitätsklinik in Köln diskutiert. Hier werden seit einigen Semestern im Fach Palliativmedizin stattdessen Hausarbeiten geschrieben, womit Haltungen und reflexives Denken überprüfbar seien. Themen der Hausarbeiten seien zum Beispiel das S3-Leitlinienkapitel Sterbephase und die Gesetzgebung zur Sterbehilfe. Die Studierenden würden dieses Prüfungsformat unterschiedlich bewerten: Manche würden das selbstständige Denken und Schreiben während der erstmaligen Auseinandersetzung mit dem Thema sehr loben, andere fänden es zu zeitaufwendig und nicht angemessen als Vorbereitung auf das Staatsexamen. Laut Lehrverantwortlichen sei dieser Prüfungsmodus aber trotz hohem Zeitaufwand umsetzbar, was die Erfahrung einiger Semester gezeigt habe.¹⁷⁹

3.6.4 Erste Daten der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Die Magdeburger Lehrverantwortlichen um die Koordinatorin Marianne Schneemilch veröffentlichten ebenfalls nach erstmaliger Durchführung des Pflichtkurses Palliativmedizin im Sommersemester 2012 ihre Evaluationsergebnisse durch die Studierenden. Demnach sei der Praxisbezug in den Hospitationsstätten zu über 70 % mit „sehr hoch“ oder „hoch“ bewertet worden und es sei gelungen, abwechslungsreiche Seminare zu gestalten. Dies habe man mit Hilfe von Dozenten und Dozentinnen aus 25 universitären und nichtuniversitären Einrichtungen realisieren können, denn die Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg verfüge weder über eine Palliativstation, noch seien im Klinikum Palliative-Care-Teams etabliert.¹⁸⁰

3.6.5 Erneuter deutschlandweiter Vergleich der aktuellen Lehrsituation

2012 konnte von der bvmd e. V. eine erneute Umfrage an den Medizinischen Fakultäten durchgeführt werden. Dieses Mal sollte die Umsetzung des neuen Querschnittsbereichs 13 erfragt werden.¹⁸¹ Die Ergebnisse sollen hier kurz zusammengefasst werden: An den meisten Fakultäten seien fünf bis zehn Personen an der Lehre beteiligt, vor allem Internisten und Anästhesisten, ansonsten Pflegende und

¹⁷⁸ Wipfler, K.; Mitzkat, A.; Mahler, C.; Geist, M.; Kessler, J.; Bardenheuer, H.; Frankenhauser, S.: Entwicklung und Implementierung einer interprofessionellen Lehrinheit im Rahmen des Querschnittsbereichs Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 17 (2016), 1–59

¹⁷⁹ Doll, A.; Wels, B.; Trauthwein, A.; Golla, H.; Voltz, R.: Lernzielkontrolle in QB 13. Hausarbeiten als Prüfungsformat zur Evaluation von Fachwissen und Kompetenzen. Zeitschrift für Palliativmedizin 17 (2016), 1–59

¹⁸⁰ Schneemilch, M.; Schneemilch, C.; Lichte, T.: Einführung des Querschnittsbereiches 13 Palliativmedizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Zeitschrift für Palliativmedizin 13 (2012), Poster 21

¹⁸¹ Schiessl, C.; Ilse, B.; Hildebrand, J.; Scherg, A.; Giegerich, A.; Alt-Epping, B.: Implementierung des Querschnittsbereichs 13. Umfrage an den medizinischen Fakultäten in Deutschland. Der Schmerz 27 (2013), 275–288

Psychologen sowie Seelsorger. Der praktische Teil der Ausbildung finde gehäuft auf Palliativstationen statt, aber Vorlesungen würden etwa die Hälfte der gesamten palliativmedizinischen Lehre ausmachen. Zukünftig solle noch mehr Wert auf interaktive Lehrformate gelegt werden. Inhaltlich orientiere sich die Lehre stark am Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Auffällig sei die Tatsache gewesen, dass nur Fakultäten ohne Lehrstuhl für Palliativmedizin Hausärzte und -ärztinnen als Lehrkräfte engagiert hätten, dafür signifikant weniger Pflegepersonal. Zusammenfassend sei die Implementierung seit den letzten Umfragen gut vorangeschritten, aber die Lehre bezüglich des Stundenumfangs immer noch sehr inhomogen.

3.6.5.1 Angaben des Magdeburger Lehrverantwortlichen in der Umfrage

Prof. Dr. med. T. Lichte stellte freundlicherweise seine im Fragebogen der bvmd e. V. gegebenen Antworten¹⁸² für diese Arbeit zur Verfügung: Eine Besonderheit in Magdeburg sei die Anzahl der Lehrpersonen, die mit etwa 30 deutlich über dem Durchschnitt liege. Den größten Anteil würden Dozent(inn)en aus der Inneren Medizin, der Anästhesie und der Psychosomatik bilden, aber auch drei Allgemeinmediziner/innen seien vertreten. Insgesamt seien zwölf Ärzte und Ärztinnen mit einer Zusatzbezeichnung Palliativmedizin an der Lehre beteiligt. Eine eigene Palliativstation habe das Magdeburger Universitätsklinikum nicht, dafür würden jedoch drei Palliativstationen anderer Lehrkrankenhäuser während der Hospitationen durch die Studierenden besucht. Außerdem nutze man unter anderem ein stationäres Hospiz und Hausarztpraxen für den Unterricht am Krankenbett. Herausforderungen sehe Prof. Lichte vor allem in der Organisation und Koordination der vielen Dozent(inn)en und Hospitationsstätten sowie im „Sponsoring“ der Unterrichtseinheiten durch die verschiedenen Fachgebiete, da die Gesamtanzahl der Stunden gleich bleiben müsse.

3.6.6 Wünsche und Anforderungen der Studierenden an eine gute palliativmedizinische Lehre

Im Rahmen von drei Studierendenworkshops zum Thema Palliativmedizin innerhalb des jährlichen Bundeskongresses der bvmd e. V. stellten Studierende ihr „Traumcurriculum“¹⁸³ für das Fach Palliativmedizin zusammen, verglichen mit dem der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Es hätten sich viele Überschneidungen gezeigt, jedoch würden die Studierenden vor allem Wert auf praxisnahen Unterricht in Form von Rollenspielen, Selbsterfahrungsübungen und Exkursionen in Hospize und ambulante Einrichtungen legen. Außerdem würden sie sich ein Kennenlernen der örtlichen Strukturen im Bereich der Palliativmedizin wünschen und hätten den Zeitpunkt der

¹⁸² Lichte, T.: Antworten zur "Lehrumfrage 2012". Befragung der bvmd e.V. zu Qualitätsaspekten der palliativmedizinischen Lehre in Deutschland Magdeburg 13.07.2012 (Vom Autor erhaltenes, ansonsten unveröffentlichtes Manuskript.)

¹⁸³ Hildebrand, J.; Ilse, B.; Schiessl, C.: „Traumcurriculum“ - Wünsche Medizinstudierender an die Ausbildung in Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 14 (2013), 80–84

Integration des Querschnittsbereichs 13 ins Medizinstudium diskutiert. Ebensolche Erwartungen und Wünsche Medizinstudierender an die palliativmedizinische Lehre konnte auch eine Freiburger Studie eruieren.¹⁸⁴ Hier seien vor allem Praktika in Hospiz- und Palliativeinrichtungen, ein Unterricht durch Lehrkräfte verschiedener Professionen, der Erwerb von psychologischen und Gesprächsführungskompetenzen, das Üben des Umgangs mit Angehörigen und die Wissensaneignung über Schmerztherapie, Versorgungsstrukturen sowie ethische und rechtliche Grundlagen genannt worden. Außerdem würden sich die Studierenden einen über das gesamte Medizinstudium hinweg verlaufenden palliativmedizinischen Unterricht wünschen.

3.6.7 Virtuelle Medien als mögliche zukünftige Form der Lehre im Fach Palliativmedizin

Es wird immer wieder praxisnaher Unterricht von den Studierenden gefordert, was allerdings aufgrund des zahlenmäßigen Ungleichgewichts zwischen Palliativbetten und Medizinstudierenden an den meisten Universitätsklinikum schwer für jede/n einzelne/n umsetzbar ist. Daher werden zunehmend Methoden des medialen Lernens evaluiert.

In Düsseldorf wurde der Einsatz eines selbstgedrehten Lehrfilms erprobt und positiv evaluiert. Diese Methodik würde emotionale Eindrücke vermitteln und das Modelllernen sowie die Motivation zum Auseinandersetzen mit Sterben und Tod fördern.¹⁸⁵

Die Arbeitsgemeinschaft Bildung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin arbeitet an einer online zugänglichen Plattform, der sogenannten „PalliThek“¹⁸⁶, auf der Material in Form von Spielfilmen und Dokumentationen für die palliativmedizinische Lehre zur Verfügung gestellt wird, was einen Ersatz für den direkten Patientenkontakt darstellen möge.¹⁸⁷ Mittlerweile sind in dieser Datenbank, die online jedem nach kostenfreiem Erhalt eines Passworts von den Entwicklern zugänglich ist, über 300 Dokumente und vor allem Videos zu palliativmedizinischen Inhalten verfügbar.

2016 legte die Arbeitsgemeinschaft Bildung außerdem ein Positionspapier zum Thema E-Learning in der Aus-, Fort- und Weiterbildung mit speziellem Augenmerk auf die palliativmedizinische Lehre im

¹⁸⁴ Philipp, D.; Stöbel, U.; Meffert, C.; Körner, M.; Baumeister, H.; Becker, G.: „Gutes Sterben“ – Kann das Medizinstudium angemessen auf den Umgang mit Sterbenden vorbereiten? Eine qualitative Studie bei n = 500 Medizinstudenten in Freiburg. Zeitschrift für Palliativmedizin 15 (2014), Poster 159

¹⁸⁵ Schulz, C.; Wenzel-Meyburg, U.; Karger, A.; Schmitz, A.: E-Learning-Kurs Basiswissen Palliativmedizin – Ein Praxisbeispiel zum Querschnittsbereich 13. Zeitschrift für Palliativmedizin 15 (2014), Vortrag 20

¹⁸⁶ AG Bildung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: PalliThek. www.pallithek.de/, 04.05.2015, Website 2019 in Wartung.

¹⁸⁷ Ilse, B.; Scherg, A.; Laske, A.: Die „Pallithek“ – Erstellung einer Online-Datenbank für Medien mit palliativmedizinischem Bezug zur Nutzung in der Lehre. Zeitschrift für Palliativmedizin 15 (2014), Vortrag 21

Medizinstudium vor, aus dem die folgenden Aussagen zitiert wurden.¹⁸⁸ Die Autoren stellen klar, dass E-Learning als Bestandteil eines multimodalen Curriculums zwar kein Ersatz für Präsenzveranstaltungen sein könne, aber eine gute Möglichkeit biete, Fertigkeiten und Haltungen zu lehren und durch virtuelle Fälle den direkten Einsatz von schwerstkranken Patienten zu reduzieren. Für ein effektives E-Learning wird empfohlen, ein theoriebasiertes didaktisches Konzept zu entwerfen und konkrete Lernziele zu formulieren. Es sollte weiterhin die Lernenden zu Interaktivität und Reflexion motivieren. Schwierigkeiten bei der Umsetzung von E-Learning seien die anfallenden Kosten für Soft- und Hardware sowie qualifiziertes Personal. Eine entsprechende Technik müsse auf beiden Seiten der Lehre verfügbar sein. Ein komplettes Curriculum zu erstellen, sei sehr zeitaufwendig und erfordere besonderes Engagement seitens der Institution und der Lehrenden, auch weil es aktuell an den Hochschulen noch nicht als Lehrleistung angerechnet werde und ein didaktischer Aufwand betrieben werden müsse, um E-Learning mit Präsenzveranstaltungen zu verbinden. Erprobt worden sei ein solches Konzept exemplarisch während des Aufbaus des Querschnittsbereichs 13 an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf, wobei die Evaluation der verschiedenen Veranstaltungen gute bis sehr gute Werte ergeben habe.

¹⁸⁸ Schulz, C.; Wenzel-Meyburg, U.; Becker, D.; Kamp, T.; Gramm, J.; Nauck, F.; Kern, M.; Elsner, F.: Positionspapier. E-Learning in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Zeitschrift für Palliativmedizin 17 (2016), 64–68

4 Hauptteil B – Implementierung der Palliativmedizin in die studentische Ausbildung an der Medizinischen Fakultät in Magdeburg

4.1 Fakultätsratsbeschluss

Aufgrund der Änderung der Approbationsordnung vom 5. August 2009, laut der ein Leistungsnachweis im Fach Palliativmedizin erstmals zum Beginn des Praktischen Jahres im August 2013 oder bei der Meldung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung für den Prüfungstermin ab Oktober 2014 verpflichtend war, wurde am 7. September 2010 in der Fakultätsratssitzung der Medizinischen Fakultät Magdeburg die Palliativmedizin in die Studienordnung als Querschnittsbereich 13 aufgenommen.

4.1.1 Bestimmung der Lehrbeauftragten

In den Monaten zuvor hatte das Studiendekanat die Professoren Lichte und Fischer beauftragt, ein Konzept für die Magdeburger Lehre im Fach Palliativmedizin zu erstellen. Prof. Dr. med. Thomas Lichte als Lehrstuhlinhaber im Fach Allgemeinmedizin wurde unter anderem ausgewählt, weil er zu der Zeit der einzige Ordinarius mit einer Zusatzbezeichnung Palliativmedizin war. Außerdem trägt er die Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Rettungsmedizin. Prof. Dr. med. Thomas Fischer, Leiter der Klinik für Hämatologie und Onkologie mit der Zusatzbezeichnung Rettungsmedizin, wurde ihm gleichrangig zur Seite gestellt.

Im Auftrag dieser beiden Lehrkoordinatoren wurden im August 2010 alle Lehrverantwortlichen und Lehrbeauftragten der anderen Kliniken und Institute angeschrieben mit der Bitte um Beteiligung an der palliativmedizinischen Lehre. In diesem Zuge konnten die interessierten Institutionen auch ihre Vorstellungen zum Lehrkonzept mitteilen und wurden zudem darauf hingewiesen, dass die Semesterwochenstunden im Fach Palliativmedizin vom eigenen Fach abgegeben werden mussten.

4.1.2 Stundenvergabe an die einzelnen Kliniken und Institute

Weil für den neuen Querschnittsbereich keine zusätzlichen Unterrichtseinheiten im Medizinstudium geschaffen wurden, war es notwendig, dass die Unterrichtszeiten im Fach Palliativmedizin in anderen Fächern reduziert und der Palliativmedizin abgegeben wurden. Da es in anderen Lehrbereichen ohnehin schon vorher einzelne Unterrichtseinheiten zu palliativmedizinischen Themen gab, konnten diese teilweise einfach dort entnommen und inhaltlich etwas abgewandelt von den gleichen Dozenten und Dozentinnen in der Palliativmedizin abgehandelt werden, teilweise mussten andere Fächer aber auch Zeiten abgeben, die durch wieder andere Institutionen im Fach Palliativmedizin ausgefüllt

werden sollten. So wurden für den Querschnittsbereich 13 insgesamt 14 neue Planstunden für Vorlesungen aus den Bereichen Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie, Pharmakologie, Psychiatrie, Psychosomatik, Rechtsmedizin, Geschichte und Ethik, Geriatrie und Radiologie sowie 15 neue Planstunden für Praktika und Seminare aus den Bereichen Pathologie, Pharmakologie und Radiologie überführt.

4.2 Erstellen des Lehrkonzepts

Der vom Studiendekanat als palliativmedizinischer Lehrverantwortlicher beauftragte Prof. Lichte hatte die Aufgabe, ein Curriculum für den palliativmedizinischen Kurs an der Medizinischen Fakultät in Magdeburg zu entwerfen. Um diesen Weg nachzuvollziehen, wurde er im Rahmen eines Experteninterviews zum Thema befragt. Die Informationen des folgenden Kapitels wurden diesem Interview, das im Anlage 1 abgebildet ist, entnommen.

4.2.1 Allgemeine Anfänge

Prof. Lichte habe im Jahr 2009 erstmals erfahren, dass die Palliativmedizin Bestandteil der Approbationsordnung für Ärzte werden würde. Er sei vom damaligen Studiendekan, Prof. Robra, persönlich gefragt worden, ob er sich vorstellen könne, die Aufgabe des Implementierungsprozesses zu übernehmen. Zu diesem Zeitpunkt habe er sich mit dem Thema auseinandergesetzt und bereits gewusst, dass er den neuen Querschnittsbereich zumindest mitgestalten würde. Er habe diese Bitte als Herausforderung für sich als Allgemeinmediziner verstanden. Zugleich habe er die Vermutung gehabt, dass seitens der Universität eine gewisse Notwendigkeit bestanden hätte, ihn zu bestimmen, weil er der einzige Ordinarius am Klinikum mit einer Zusatzbezeichnung Palliativmedizin gewesen sei.

Dementsprechend spielte die Palliativmedizin in seiner beruflichen Laufbahn auch schon vor der Einführung des Querschnittsbereichs 13 eine bedeutende Rolle: Er habe sich in seiner Position im Vorstand der Landesärztekammer Niedersachsen, die er von 2002 bis 2005 innehatte, bereits einige Jahre zuvor dafür eingesetzt, die palliativmedizinische Versorgung in Niedersachsen flächendeckend auszubauen sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung zu fördern. 2004 habe er in diesem Zusammenhang auch die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erlangt. In der Lehre an der Medizinischen Fakultät in Magdeburg habe Prof. Lichte schon lange palliativmedizinische Themen in die anderen von ihm betreuten Querschnittsbereiche (Medizin des Alterns und des alten Menschen und Allgemeinmedizin) integriert.

Ein eigener Lehrstuhl für Palliativmedizin an der Medizinischen Fakultät in Magdeburg sei bisher nicht in der Diskussion gewesen. Prof. Lichte glaubt, bei einer beschränkten Anzahl von 60 W3-Professuren an der Universität sei die Palliativmedizin kein Forschungsschwerpunkt und habe damit kaum eine Chance auf eine eigene Professur. Selbst an vielen größeren Universitäten könne das noch

nicht realisiert werden. Seiner Meinung nach habe es sogar Vorteile, einen Querschnittsbereich auch tatsächlich aus verschiedenen Fachrichtungen zusammenzusetzen und nicht die gesamte Verantwortung durch einen einzelnen Lehrstuhl übernehmen zu lassen. So würden die unterschiedlichen Disziplinen besser eingebunden und die Belange vieler könnten abgedeckt werden. Demnach empfinde Prof. Lichte einen Querschnittsbereich unter der Leitung mehrerer Kollegen als „gute Alternative“.

In diesem Sinne habe das Studiendekanat für die Umsetzung des neuen Querschnittsbereichs eine Zusammenarbeit Prof. Lichtes mit der Klinik für Hämatologie und Onkologie, die als spezialisierte Abteilung regulär mit Schwerstkranken und Sterbenden umgehen müsse, vorgeschlagen. Als Bindeglied zur Klinik unter der Leitung von Prof. Fischer habe dabei Frau Marianne Schneemilch fungiert, die in ihrer Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin derzeit Assistenzärztin in der Klinik für Hämatologie und Onkologie gewesen sei. Sie und auch Frau Annette Henniges, Lehrkoordinatorin im Institut für Allgemeinmedizin, hätten wesentlich zur Entwicklung des Querschnittsbereichs Palliativmedizin beigetragen. Frau Schneemilch und Prof. Lichte seien zusammen bei den deutschlandweiten Dozentenworkshops gewesen und hätten dabei das Magdeburger Konzept auf den Weg gebracht. Wesentlich sei dabei der Workshop in Köln im April 2011 gewesen, den Prof. Lichte als „Geburtsstunde“ des Magdeburger Curriculums bezeichnet. Es folgten weitere Workshops, die die beiden zusammen besucht hätten. Das Ziel dieser Workshops sei gewesen, deutschlandweit alle Dozenten, die am Aufbau eines neuen Kurses beteiligt sind, einzuladen, um Ideen, mögliche Lehrinhalte und Probleme auszutauschen sowie selbst Unterrichtseinheiten bei den Kollegen wahrzunehmen. So habe Prof. Lichte einige Inhalte – sowohl interaktive Konzepte als auch Material und Filme – von den Workshops mit nach Magdeburg gebracht und in die eigene Lehre integriert. Die Zusammentreffen der Dozenten und Dozentinnen aus den verschiedenen Universitäten seien teilweise „provokant“, aber in jedem Fall „ergiebig“ gewesen. Prof. Lichte wolle auch künftig daran teilnehmen.

4.2.2 Aufbau einer quergeschnittenen Lehre

Um Prof. Lichtes Idee von einer quergeschnittenen Lehre mit Beteiligung vieler Fachrichtungen und Disziplinen an der eigenen Universität zu verwirklichen, habe er die Organisation zwischen seinem Institut für Allgemeinmedizin und der Klinik für Hämatologie und Onkologie aufgeteilt: Während sich Frau Schneemilch hauptsächlich um die innerklinischen und stationären Anteile der palliativmedizinischen Lehre gekümmert habe, habe Prof. Lichte sich vor allem um die Kooperation mit den außeruniversitären Partnern bemüht. Prof. Fischer als eigentlicher durch das Studiendekanat Lehrbeauftragter sei von Frau Schneemilch über die Planungen und Abläufe informiert worden und habe selbst weniger aktiv mitgewirkt. Für die gemeinsame Rekrutierung der Lehrkräfte habe es

Treffen gegeben und auch die spätere Einführungsveranstaltung hätten die Professoren zusammen organisiert und geleitet.

Um Kliniken, Institute und Einrichtungen für die palliativmedizinische Lehre in Magdeburg gewinnen zu können, hätten die Professoren Lichte und Fischer gemeinsam mit dem Studiendekanat zunächst eine E-Mail an alle potentiellen Teilnehmer geschickt und gefragt, wer Interesse hätte, an der Lehre mitzuwirken. Darauf hätten sich vor allem die Fachrichtungen gemeldet, die im Versorgungsalltag mit malignen Tumoren zu tun hätten, namentlich beispielsweise die Hämatologie, die Gastroenterologie, die Chirurgie, die Urologie und die Gynäkologie, weniger konservative Fächer. Mit einer ersten Vorstellung, wer sich alles beteiligen würde, habe Prof. Lichte diejenigen dann gebeten, an einer Ringvorlesungsserie als Probelauf im Wintersemester 2011/2012 teilzunehmen. Er habe Themenvorschläge gemacht und am Ende ein Programm aus zwölf Vorlesungen zusammenstellen können. Es seien damals noch hauptsächlich Dozenten und Dozentinnen der Universität beteiligt gewesen. Da die Vorlesungsreihe aber für alle geöffnet gewesen sei und auch nichtuniversitäre Kollegen eingeladen worden seien, habe sich aus den Interessierten und Besuchern der Dozentenkreis erweitert. Zusätzlich habe Prof. Lichte mit Hilfe von Frau Henniges, die sehr gute Vorarbeit geleistet habe, über die Kassenärztliche Vereinigung und persönliche Kontakte weitere mögliche Dozent(inn)en im ambulanten Bereich und in externen Krankenhäusern aufgesucht und persönlich gefragt, ob sie sich an der Lehre beteiligen würden. So habe er zum Beispiel Mitarbeiter der Palliativstation und des Hospizes in den Pfeifferschen Stiftungen sowie Frau Dr. Blümel und Frau Dr. Ambrosch als niedergelassene Kolleginnen für die Lehre gewinnen können. Es sei wichtig gewesen, Berührungspunkte der außeruniversitären Einrichtungen mit der Universitätsmedizin auszuräumen. Am meisten Überzeugungsarbeit habe er im Pflegeheim an der Elbe leisten müssen. Die Pflegekräfte hätten sich diese Aufgabe zunächst nicht zugetraut, nach inhaltlich vertiefenden Gesprächen dann aber doch zugesagt.

Die Resonanz derjenigen, die ohnehin interessiert seien, sei nach der Ringvorlesungsserie und den ersten Gesprächen durchaus positiv gewesen. Insgesamt habe Prof. Lichte aber festgestellt, dass nicht allzu viele überhaupt die Notwendigkeit einer palliativmedizinischen Lehre gesehen hätten, sodass die allgemeine Beteiligung an der Ringvorlesungsserie doch sehr gering gewesen sei. Das habe ihn für den Anfang aber nicht entmutigt, weil eine gewisse Anlaufzeit normal sei. Prof. Lichte habe zudem den Eindruck gehabt, die Zuhörenden hätten viel mit der eigenen Betroffenheit zu kämpfen gehabt, was seiner Meinung nach die anfänglich schlechte Teilnehmerquote mitbedingt habe.

Im Anschluss an die Ringvorlesungsserie, die auch eine Übung für die Lehrenden sein sollte, habe Prof. Lichte im Gespräch mit den beteiligten Dozenten und Dozentinnen versucht, starke Redundanzen, die immer wieder aufgetreten seien und die Studierenden teilweise gelangweilt hätten, auszuräumen. Dies sei nicht immer gelungen. Manche „Eckpfeiler“ dürften aber auch wiederholt

werden und sollten auf die Studierenden verstärkend wirken. Außerdem sei es interessant gewesen, zu erleben, wie jede/r Dozent/in einen anderen Blickwinkel habe einbringen können.

So entstand zum Sommersemester 2012 das erste Magdeburger palliativmedizinische Curriculum, das im Kapitel 5.3. inhaltlich detailliert beschrieben wird. An dieser Stelle folgen zunächst weitere Aspekte zur Umsetzung des Kurses, wie sie sich aus Sicht Prof. Lichte nach den ersten Durchläufen ergeben haben.

4.2.3 Fazit nach drei Sommersemestern mit dem Querschnittsbereich 13 (2012 bis 2014)

Um den neuen Kurs aufzuarbeiten sowie Mängel aufzudecken und auszubessern, habe Prof. Lichte nach dem ersten Durchlauf viele Dozenten und Dozentinnen persönlich besucht oder zumindest angerufen, um sich für ihr Engagement zu bedanken und eine Rückmeldung einzuholen. Manche hätten sich in ihrer Rolle wohl gefühlt, andere hingegen selbst Mängel festgestellt. Vor allem seien aber organisatorische Aspekte diskutiert worden. Ein Kritikpunkt sei die schlechte Beteiligung der Studierenden an den Vorlesungen gewesen und dass dadurch in Seminaren Vorlesungsthemen hätten aufgearbeitet werden müssen. Prof. Lichte würde sich daher wünschen, Vorlesungen und Seminare auf zwei Semester zu verteilen, was seitens der Fakultät organisatorisch aber nicht umsetzbar wäre.

Gemeinsame Treffen der Dozenten und Dozentinnen habe es jeweils vor dem Sommersemester gegeben, wobei die Anzahl von drei im ersten Jahr kontinuierlich reduziert worden sei und seit 2014 nur noch ein Treffen organisiert werde. Eine auswertende Veranstaltung nach dem Sommersemester habe es nur 2012 gegeben, wo aber nur sehr wenige Kollegen anwesend gewesen seien. Prof. Lichte würde sich eine Wiederaufnahme solcher abschließenden Treffen mit größerer Beteiligung für die Zukunft wünschen.

Auch die Studierenden wurden anhand einer Umfrage, die nach dem Sommersemester 2012 durch Frau Schneemilch entworfen wurde, zum neuen Querschnittsbereich befragt.¹⁸⁹ Prof. Lichte erinnerte sich, dass die Studierenden sehr unterschiedlich engagiert gewesen seien. Während einige das Fach überflüssig gefunden hätten, hätten sich andere sehr gut an den Diskussionen beteiligt. Besonders die Hospitationen seien gut bewertet worden und die Studierenden hätten sich mehr davon gewünscht. Dahingegen sei das Urteil über die Vorlesungen „stellenweise vernichtend“ gewesen. Bei den Seminaren seien vor allem die Themen „Schmerztherapie“ und „Symptomkontrolle“ gut bewertet worden. Aus den eigenen Seminaren in den Bereichen „Kommunikation“ und „Spiritualität“ schätzte Prof. Lichte ein, dass Interaktivität und Rollenspiele am besten von den Studierenden angenommen worden seien. Er habe seine Seminare in diesem Sinne als „Impulsreferate“ angeboten, in denen er einen 20-minütigen Vortrag gehalten und den Rest der Zeit für interaktive Übungen genutzt habe. So

¹⁸⁹ Die daraus hervorgegangene Publikation wurde im Punkt 2.6.4. inhaltlich zitiert.

hätten die Studierenden beispielsweise ein Bild aus vielen auswählen und dazu eine spirituelle These zur Sterbebegleitung entwickeln müssen. Oder er habe nach persönlichen Erfahrungen mit Sterbebegleitung gefragt, wobei die eigene Betroffenheit und Berührungängste mit dem noch nicht vertrauten Thema wiederum eine große Rolle gespielt hätten. Insgesamt sei der Kurs mit Schulnoten zwischen 2 und 3 qualitativ recht gut bewertet worden.

Ein Kritikpunkt, den Prof. Lichte selbst nannte, sei die Klausur im Fach Palliativmedizin. Er sei der Meinung, dass solch ein Fachgebiet nicht mit einer Multiple-Choice-Klausur abgebildet werden könne, was ihm auch einige Studierende gesagt hätten. Es sei viel darüber diskutiert und sich am Ende dennoch dafür entschieden worden. Weiterhin betrachte er ebenso wie die Studenten und Studentinnen das Format der Vorlesung kritisch. Sie würden dem Kurs zu wenig Praxis im Sinne von Hospitationen ermöglichen. Neue Medien wie beispielsweise Videomaterial könnten stattdessen vermehrt eingesetzt werden. Ebenso ein elektronisches Skript wäre aus Sicht Prof. Lichtes wünschenswert. Vorlesungen seien aber ein Pflichtanteil eines jeden Kurses, weshalb man sie nicht einfach weglassen könne.

Insgesamt sei der Implementierungsprozess sowohl in der Approbationsordnung als auch an der Fakultät ein schneller gewesen. Man habe in Magdeburg die Einführung des Kurses realisieren können, bevor er seitens der Approbationsordnung verpflichtend gemacht worden sei. Eine gute Hilfe, den Prozess zu verkürzen, seien die Dozentenworkshops gewesen, die es in dieser Form in anderen Bereichen nicht gegeben habe. Auch die Kollegen, zum Schluss fast 65 in der Zahl, hätten gut mitgemacht, sodass Prof. Lichte die wenige Zeit, die man für den Aufbau des Kurses gehabt habe, als ausreichend betrachte. Die Koordination habe ihm Freude bereitet und zugleich viel Arbeit bedeutet. Dafür habe er bewusst vor allem Freiwillige eingebracht. Prof. Lichte fasste zusammen, man habe die Idee eines Querschnittsbereichs mit der Palliativmedizin gut umsetzen können. Sie müsse noch reifen und es gebe vor allem Organisatorisches zu verbessern. Inhaltlich habe man sich am Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin orientiert.

Für sein persönliches Berufsleben habe er mithilfe des Querschnittsbereichs 13 noch einmal eine Weiterentwicklung erlebt. Er setze sich vermehrt vor allem für die ambulante palliativmedizinische Versorgung ein und übernehme als Allgemeinmediziner Dienste im ambulanten Bereich. Durch die Organisation des Kurses habe er die universitären Strukturen noch einmal näher kennengelernt und sei an den Aufgaben gewachsen.

4.2.4 Entwicklung nach 2013

Seit dem Sommersemester 2014 obliegt die Hauptverantwortung für die Lehre im Fach Palliativmedizin nicht mehr dem Institut für Allgemeinmedizin, sondern der Klinik für Hämatologie und Onkologie. Prof. Lichte habe die Organisation, die sein Institut bis dahin größtenteils allein übernommen hätte, aufgrund eines Forschungsfreisemesters abgegeben. Dafür hätten er und Frau Henniges sich im Januar 2014 mit Prof. Fischer und dessen damals leitenden Oberarzt, Herrn Dr. med.

Florian Heidel, getroffen und im persönlichen Gespräch die nötigen Informationen und Unterrichtsmaterialien übergeben. Prof. Lichte habe sich gefreut, dass im Wesentlichen alles so übernommen worden sei und sei bereit gewesen, nach dem Forschungssemester auch wieder in die Organisation einzusteigen. Zum Zeitpunkt des Interviews im Dezember 2014 habe Prof. Lichte noch nicht gewusst, wie es im nächsten Sommersemester weitergehen würde und ob das Studiendekanat ihn erneut beauftragen würde, die Organisation zu übernehmen oder sich zumindest teilweise zu beteiligen. Er habe sich vorstellen können, die Arbeit so aufzuteilen, dass er sich weiterhin um die außeruniversitären Bereiche kümmere und Prof. Fischer die innerklinischen Anteile übernehme, so wie es im ersten Jahr auch zwischen ihm und Frau Schneemilch organisiert gewesen sei. Er würde sich dafür noch wünschen, dass Herr Dr. Heidel, der als Hauptlehrverantwortlicher eingesetzt werden sollte, die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erlange. Mit einer Aufteilung der Arbeit, so habe Prof. Lichte die Hoffnung, könnte man das Fach Palliativmedizin sogar noch intensivieren. Für die Zukunft wünsche er sich außerdem einen internen Dozentenworkshop mit allen beteiligten Lehrpersonen, um den Austausch untereinander noch besser zu pflegen. Er glaube jedoch, dass sich daran nur die ohnehin schon besonders Aktiven beteiligen würden und habe in der Vergangenheit den Eindruck gehabt, dass viele Kollegen es nicht ganz so wichtig nehmen würden. Während des Interviews wurde entschieden, in der geplanten Umfrage unter den Dozenten und Dozentinnen das Interesse an einem solchen Workshop konkret zu erfragen.

Nachfolgend wird die Entwicklung des Querschnittsbereichs 13 im Anschluss an das Interview dargestellt. Die Informationen sind persönlichen Gesprächen mit Herrn Dr. Heidel und der Beauftragten im Studentensekretariat der Klinik für Hämatologie und Onkologie, Frau Peggy Seeliger, die die Aufgaben von Frau Henniges übernahm, entnommen.

Im Sommersemester 2015 leitete Herr Dr. Heidel gemeinsam mit Frau Seeliger die Organisation des Kurses. Inhaltlich und strukturell wurde dabei an dem Konzept von Prof. Lichte festgehalten. Dieser wurde weiterhin mit der Seminarleitung in den Bereichen „Kommunikation“ und „Spiritualität“ betraut, jedoch nicht mehr in die Organisation eingebunden. 2015 erlangte Herr Dr. Heidel seine Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und trat im Dezember eine W2-Professur und Oberarztstelle am Universitätsklinikum Jena an, wo er aktuell stellvertretender Klinikdirektor ist. Der Lehrauftrag für den Querschnittsbereich 13 in Magdeburg blieb weiterhin bei der Klinik für Hämatologie und Onkologie, verantwortlich ist seit 2016 Oberarzt Dr. med. Enrico Schalk. Seitdem wurde das Curriculum nahezu unverändert fortgeführt.

4.3 Magdeburger Lehre im Fach Palliativmedizin in den ersten drei Jahren (2013 bis 2015)

4.3.1 Konzept und Durchführung

An der Medizinischen Fakultät in Magdeburg fand im Sommersemester 2013 der Querschnittsbereich Palliativmedizin erstmals als Pflichtfach statt. Dieses sieht bis heute ein Unterrichtskonzept für Medizinstudierende des fünften Studienjahres, bestehend aus Vorlesungen, Praktika und einer Hospitation, vor. Am Ende des jeweiligen Sommersemesters erfolgt die Leistungsüberprüfung in Form einer Multiple-Choice-Klausur.

Insgesamt sollten laut Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin je eine Semesterwochenstunde à 45 Minuten als Vorlesung und als Praktikum oder Seminar angeboten werden. Dabei gab es 2013 elf sowie 2014 und 2015 dreizehn Vorlesungseinheiten, von denen eine pro Woche im Sommersemester abgehalten wurde. Die Vorlesungen fanden – wie üblich – ohne Anwesenheitspflicht statt. Ebenfalls während des zehnten Semesters finden die Praktika im Fach Palliativmedizin statt. Diese werden im Rahmen der etwa 20 Studierende umfassenden Seminargruppen in Seminarräumen durchgeführt, weshalb die von den Lehrkoordinatoren anfangs als Praktika bezeichneten Veranstaltungen der Verständlichkeit halber im Folgenden Seminare genannt werden. In den ersten drei Jahren gab es im Fach Palliativmedizin jeweils sechs solcher Seminare à 90 Minuten für jede Seminargruppe, die zeitlich über das Semester verteilt waren. Zu den Seminaren mussten die Studierenden mindestens fünfmal anwesend sein. Seit 2015 gibt es nur noch fünf Seminarblöcke, weil die Schmerzmedizin seitdem einen eigenen Querschnittsbereich 14 bildet und somit diese Thematik der Palliativmedizin entzogen wurde. Um den klinisch-praktischen Teil der palliativmedizinischen Lehre abzubilden, muss sich jeder Student zu Beginn des zehnten Semesters online über das Lehrportal der Medizinischen Fakultät für eine palliativmedizinische Hospitation seiner Wahl anmelden. Diese findet je nach Hospitationsstätte in Kleingruppen von bis zu sechs Studierenden an einem Einzeltermin im Sommersemester statt und umfasst drei Unterrichtseinheiten, die für alle Studierenden verpflichtend für den Scheinerwerb sind. Im Jahr 2013 standen zwölf Hospitationsstätten zur Auswahl, 2014 konnte krankheitsbedingt zwischenzeitlich auf nur zehn Hospitationsstätten zurückgegriffen werden, seit 2015 beteiligen sich dreizehn Einrichtungen an der Kleingruppenarbeit (siehe unten).

Das Bestehen der Multipel-Choice-Klausur am Ende des fünften Studienjahres ist ebenfalls Voraussetzung zum erfolgreichen Abschluss des Querschnittsbereichs 13. Während diese im Jahr 2013 als E-Learning-Klausur im Computerkabinett geschrieben wurde, gingen die Lehrverantwortlichen 2014 noch einmal zur Papierform über, um technische Probleme auszuschließen, kehrten aber nach Überarbeitung des elektronischen Klausursystems 2015 wieder zur computerbasierten Form zurück. Inhaltlich-thematisch unterschieden sich die Klausuren nicht

wesentlich, die Klausurfragen wurden jeweils am Ende des Semesters durch die Lehrenden, die die Vorlesungen gehalten hatten, zusammengetragen. Es wurden jährlich zwischen 30 und 40 Fragen gestellt, von denen die Studierenden 60 % richtig beantworten mussten, um zu bestehen.

Um die neue palliativmedizinische Lehre in Magdeburg qualitativ zu überprüfen, wurden Umfragen sowohl für Studierende als auch für Lehrende erstellt. Eine studentische Umfrage wurde 2013 und 2014 zweimalig durchgeführt, um eine eventuelle Entwicklungstendenz zwischen den Jahrgängen erkennen zu können. Der über die Jahre weitestgehend gleichgebliebene Dozentenkreis wurde 2015 erst nach dreimaliger Durchführung des Kurses befragt, damit die Lehrkräfte zunächst Erfahrung sammeln und retrospektiv differenzierte Aussagen treffen konnten. Die Ergebnisse dieser Umfragen sind Gegenstand der folgenden Kapitel.

4.3.2 Evaluation des neuen Pflichtlehr- und Prüfungsfaches durch die Studierenden

Die in Kapitel 3.3. beschriebene Umfrage wurde von 163 (2013) beziehungsweise 162 (2014) Studierenden ausgefüllt, was einen Rücklauf von jeweils circa 80 % bedeutet.

4.3.2.1 Vorlesungen

Im Sommersemester 2013 wurden im Fach Palliativmedizin elf Vorlesungsthemen angeboten, die im Durchschnitt von 36 Studenten und Studentinnen besucht wurden:

- a) Einführungsvorlesung
- b) Geschichte und Ethik
- c) Rechtsfragen – Sterbehilfe
- d) Psychoonkologie – Unruhe, Angst
- e) Auch Kinder müssen sterben
- f) Integration onkologischer Therapie
- g) Symptomkontrolle – Gastroenterologie
- h) Symptomkontrolle – Hämato-Onkologie
- i) Demenz, Hirntumoren – Neurologie
- j) Palliative Schmerztherapie
- k) Zu Hause sterben

2014 wurde das Vorlesungsspektrum um die Themen „Strahlentherapie“ (l) und „Terminale Herzinsuffizienz“ (m) erweitert, sodass 13 Themen angeboten werden konnten. Diese wurden durchschnittlich von 25 Studenten und Studentinnen besucht.

In beiden Jahren haben annähernd gleich viele Studierende an der Umfrage teilgenommen. Es muss ein relativer Rückgang der Vorlesungsbesucher von über 30 % verzeichnet werden. Ein Erklärungsversuch hierfür könnte sein, dass im Jahr 2013 erstmals ein Scheinerwerb im Fach Palliativmedizin gemäß Approbationsordnung notwendig war und die Studierenden keinerlei Informationen zum Fach von höheren Jahrgängen hatten, weshalb sie stärker auf die Vorlesungen angewiesen waren. Grundsätzlich muss aber festgestellt werden, dass die Vorlesungsbeteiligung mit 22 % im Jahr 2013 und 15 % im Jahr 2014 (absolute Reduktion um 7 %) generell gering war. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Palliativmedizin als 13. Querschnittsbereich ein kleines Fach ist, dem die Studierenden eine eher nachrangige Bedeutung zuordnen und wofür sie nur wenig Zeit zu investieren bereit sind.

Bei der Bewertung im Schulnotensystem wurden die meisten Vorlesungsblöcke im Gesamtblick über beide Jahre im Mittelwert mit „gut“ bewertet; das Spektrum der Mittelwerte reichte von 2,04 („Palliative Schmerztherapie“) bis 2,94 („Geschichte und Ethik“). Die folgende Tabelle verschafft einen Überblick über die einzelnen Besucherzahlen und Benotungen im Mittelwert¹⁹⁰:

¹⁹⁰ Die zugehörigen Mediane und Standardabweichungen befinden sich in der Tabellenanlage 1.

Tabelle 1: Besucherzahlen und Benotung der Vorlesungen durch die Studierenden

Vorlesungen	Besucherzahlen			Benotung		
	2013	2014	ges.	2013	2014	ges.
a) Einführungsvorlesung	75	45	120	2,84	1,98	2,52
b) Geschichte und Ethik	43	23	66	3,05	2,74	2,94
c) Rechtsfragen – Sterbehilfe	49	37	86	1,90	2,27	2,06
d) Psychoonkologie – Unruhe, Angst	37	35	72	2,16	2,26	2,21
e) Auch Kinder müssen sterben	43	31	74	1,98	2,16	2,05
f) Integration onkologischer Therapie	24	14	38	2,54	1,71	2,24
g) Symptomkontrolle – Gastroenterologie	23	29	52	2,39	2,24	2,31
h) Symptomkontrolle – Hämato-Onkologie	27	23	50	2,22	2,00	2,12
i) Demenz, Hirntumoren – Neurologie	24	17	41	2,42	2,29	2,37
j) Palliative Schmerztherapie	29	19	48	2,07	2,00	2,04
k) Zu Hause sterben	22	16	38	2,86	2,63	2,76
l) Strahlentherapie	/	13	13	/	2,31	2,31
m) Terminale Herzinsuffizienz	/	20	20	/	2,30	2,30

Positiv hervorzuheben sind die durch die Kliniken für Anästhesiologie und Intensivtherapie („Palliative Schmerztherapie“), Kinderheilkunde („Auch Kinder müssen sterben“) sowie Hämatologie und Onkologie („Symptomkontrolle“) veranstalteten Vorlesungen, die sich in beiden Jahrgängen unter den besten fünf Vorlesungen platzieren konnten.

Im Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben, der zum jahresübergreifenden Vergleich der Vorlesungsthemen untereinander durchgeführt wurde, wurden zwischen den zehn im Mittel bestbewerteten Vorlesungen mit Ausnahmen keine signifikanten Unterschiede festgestellt. Auffällig ist vor allem, dass das Thema „Geschichte und Ethik“ signifikant schlechter bewertet wurde als neun der zwölf anderen Themen. Lediglich „Zu Hause sterben“, „Strahlentherapie“ und „Terminale

Herzinsuffizienz“ wurden nicht signifikant besser bewertet.¹⁹¹ Hier wurde womöglich einer medizinhistorischen Vorlesung aufgrund der relativ gesehen geringeren Relevanz für den Arztberuf und des fehlenden Praxisbezugs weniger Interesse durch die Studierenden entgegengebracht. Eine gewisse Theoriefeindlichkeit ist zu unterstellen, wenn man bedenkt, dass den Studierenden während des gesamten Studiums ein problemorientiertes und praktisches Vorgehen nahegelegt wird, was sich vor allem auf klinische Symptomkomplexe, nur in seltenen Fällen auf ethische und noch seltener auf historische Fragestellungen konzentriert.

Im Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben zum Vergleich des Notendurchschnitts der einzelnen Vorlesungsthemen zwischen beiden Jahrgängen zeigte sich in der Häufigkeitsverteilung der Benotung ein höchstsignifikanter Unterschied für die Einführungsvorlesung ($p < 0,001$) mit deutlicher Verbesserung im Jahr 2014. Bei den meisten anderen Vorlesungen, außer bei den Themen „Rechtsfragen - Sterbehilfe“ ($p = 0,042$) und „Integration onkologischer Therapie“ ($p = 0,018$), konnten keine Unterschiede zwischen der Bewertung von 2013 und 2014 festgestellt werden.¹⁹² Dieser auffällige Unterschied bezüglich der Einführungsvorlesung lässt einigen interpretatorischen Spielraum. Generell dient eine Einführungsvorlesung sowohl der Vorstellung des Faches als auch der Gabe organisatorischer Hinweise an die Studierenden, weshalb möglicherweise diese Vorlesung in beiden Jahrgängen die meistbesuchte war. Auch hier waren 2013 deutlich mehr Studierende anwesend ($N = 75$) als 2014 ($N = 45$), weshalb die Daten nur bedingt valide, aber doch auffällig sind. Ein erster einfacher Erklärungsansatz des deutlichen Unterschieds bei der Einführungsvorlesung ist der Zugewinn an Erfahrung und Routine der Lehrenden mit dem neuen Querschnittsbereich, weshalb eine noch bessere Strukturierung und Organisation vermutet werden können. Da aber bei den meisten anderen Vorlesungsthemen kein Unterschied verzeichnet werden konnte, scheint ein weiterer Erklärungsversuch wahrscheinlicher: Von 2013 auf 2014 fand ein Wechsel der Lehrkoordination vom Institut für Allgemeinmedizin hin zur Klinik für Hämatologie und Onkologie statt. Die Organisation der Lehre und auch die Durchführung der Einführungsveranstaltung ging damit von einem eher theoretisch arbeitenden Institut zu einer mehr praxisorientierten Klinik über, sodass annehmbar ist, dass die in der Einführungsvorlesung gebotene Sichtweise auf die Palliativmedizin die Studierenden mehr beeindruckte, als sie 2014 von einem in der Klinik tätigen Arzt dargestellt wurde. Zudem konnte aus den Antworten auf die offenen Fragen in der Umfrage entnommen werden, dass die Organisation des Kurses durch das Institut für Allgemeinmedizin als „übertrieben streng und kompliziert“¹⁹³ gesehen wurde, weshalb möglicherweise bereits die Einführungsvorlesung, in der diese Organisation besprochen wurde, weniger gut durch die Studierenden angenommen wurde.

Zusammenfassend lässt sich über die Vorlesungen feststellen, dass das vielseitige Themenangebot im Querschnittsbereich Palliativmedizin in den Jahren 2013 und 2014 durch die Studierenden leider nur

¹⁹¹ Eine Tabelle mit allen p-Werten dieser Vergleiche in der Tabellenanlage 2 zu finden.

¹⁹² Eine Tabelle mit allen p-Werten kann in der Tabellenanlage 3 eingesehen werden.

¹⁹³ So einige Kommentare der Studierenden auf die offene Frage zu Kritik, Anmerkungen und Vorschlägen.

wenig angenommen wurde. Die Bewertungen zeigten dabei aber größtenteils gute Ergebnisse, wobei jedoch beachtet werden muss, dass unter den wenigen Zuhörern vermutlich vor allem jene besonders Interessierte gewesen sein könnten, die das Fach ohnehin bedeutsam fanden und daher besser bewerteten. Außerdem zeigte sich eine Tendenz, bei der vor allem Themengebiete positiv bewertet wurden, die eine besonders große klinische Relevanz für jeden Arzt/jede Ärztin zu haben scheinen und nicht nur für Palliativmediziner bedeutend sind. So zeichnete sich die „Palliative Schmerztherapie“ als insgesamt beste Vorlesung aus. Im Vergleich der Jahrgänge 2013 und 2014 konnten mit Ausnahme der Einführungsvorlesung keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden, wobei innerhalb eines Jahres auch keine allzu große Entwicklung zu erwarten war.

Trotz der geringen Resonanz auf die Vorlesungen zeigten sich die Studierenden in der offenen Frage, welche Themen sie gern zusätzlich in den Vorlesungen behandeln wollen würden, kreativ. Genannt wurden Aspekte wie „Angehörigenbegleitung“, „Umgang mit der eigenen Hilflosigkeit als Arzt“, „Humor und Sexualität in der Sterbephase“ oder „Sterben in anderen Kulturen“.¹⁹⁴ Diese Themenwünsche wurden den Lehrpersonen übermittelt und könnten Anregung zur inhaltlichen Gestaltung der Vorlesung in den Folgejahren gewesen sein.

4.3.2.2 Seminare

Für die Seminare gab es in den untersuchten Jahren das folgende, mit Ausnahme des Blocks a, der ab 2015 wegfiel, gleichbleibende Themenangebot, was durch verschiedene Kliniken, Institute und Einrichtungen bereitgestellt wurde:

- a) Schmerztherapie (Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie)
- b) Symptomkontrolle I (Hier konnten die Studierenden vorab auswählen, in welcher Klinik sie am Seminar teilnehmen möchten. Zur Auswahl standen die Klinik für Hämatologie und Onkologie sowie die Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie.)
- c) Symptomkontrolle II (Auch bei diesem Thema musste im Vorfeld eines der folgenden Fachgebiete ausgewählt werden: Gynäkologie, Urologie, Chirurgie, Pneumologie, Psychiatrie oder Geriatrie.)
- d) Spiritualität, eigene Betroffenheit (Team der Krankenhausseelsorge, bestehend aus evangelischen und katholischen Pfarrer/innen)
- e) Kommunikation (Institut für Allgemeinmedizin und Klinik für Hämatologie und Onkologie)
- f) Ethische Probleme, rechtliche Fragen (Diese letzten beiden Themengebiete wurden 2014 separat bewertet, weil das Seminar durch die Institute für Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin sowie für Rechtsmedizin in jeweils 45 Minuten geteilt veranstaltet wurde und sich in

¹⁹⁴ Antworten der Studierenden auf die offene Frage, welche Themen zusätzlich in der Vorlesung behandelt werden sollten.

der Umfrage 2013 gezeigt hatte, dass die Studierenden sich schwer für eine Gesamtbewertung entscheiden konnten.)

Da die Seminare Pflichtveranstaltungen sind, wurden sie von jeweils zwischen 132 und 155 Studierenden bewertet und sind im Verhältnis zu den Vorlesungen besser vergleichbar. Bei der Bewertung im Schulnotensystem zeigten sich wiederum im Mittel fast ausschließlich gute Ergebnisse. Im Gesamtblick über beide Jahre gab es Mittelwerte von 1,65 („Schmerztherapie“) bis 2,61 („Ethische Fragen“). Wie auch schon im Bereich der Vorlesungen wurde das Thema „Schmerztherapie“, das wiederum durch die Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie veranstaltet wurde, am besten bewertet und auch die relative Unbeliebtheit des theoretischen Themas „Ethische Fragen“ konnte bestätigt werden. Die folgende Tabelle verschafft einen Überblick über die einzelnen Besucherzahlen und Benotungen im Mittelwert¹⁹⁵:

Tabelle 2: Besucherzahlen und Benotung der Seminare durch die Studierenden

Seminare	Besucherzahlen			Benotung		
	2013	2014	ges.	2013	2014	ges.
a) Schmerztherapie	155	149	304	1,54	1,77	1,65
b) Symptomkontrolle I	145	142	287	1,91	1,75	1,83
c) Symptomkontrolle II	148	132	280	2,01	1,77	1,90
d) Spiritualität, eigene Betroffenheit	145	150	295	2,13	2,14	2,14
e) Kommunikation	143	140	283	2,52	2,36	2,44
f) Ethische Fragen, rechtliche Probleme (2013)	152			2,47		
Ethische Fragen (2014)		147			2,61	
Rechtliche Probleme (2014)		142			2,24	

Auch in den Seminaren bewerteten die Studierenden also diejenigen Themen mit besonders großer klinischer Relevanz („Schmerztherapie“, „Symptomkontrolle I und II“) in beiden Jahren am besten.

Im Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben zum jahresübergreifenden Vergleich der Seminarthemen untereinander konnten deutliche Unterschiede in der Bewertung verzeichnet

¹⁹⁵ Die zugehörigen Mediane und Standardabweichungen befinden sich in der Tabellenanlage 4.

werden.¹⁹⁶ Das Thema „Schmerztherapie“ wurde höchstsignifikant ($p < 0,001$) besser bewertet als alle anderen Themen. Die beiden nächstbesten Seminare zur „Symptomkontrolle“ waren untereinander vergleichbar und wurden ebenfalls mindestens hochsignifikant besser bewertet als die folgenden Themen. Damit konnte eine deutliche Abhebung dieser sehr klinischen im Vergleich zu den eher theoretischen Themen nachgewiesen werden und die Tendenz aus den wenig besuchten Vorlesungen bestätigte sich. Die durch Seelsorger, Psychoonkologen und Allgemeinmediziner veranstalteten Seminare („Spiritualität, eigene Betroffenheit“ und „Kommunikation“) wurden durch die Studierenden sehr uneinheitlich bewertet, alle Schulnoten waren bei der Bewertung vertreten und aus den freien Antworten auf offene Fragen waren die verschiedenen Meinungen zu diesen Bereichen abzulesen: Einerseits wünschten sich die Studierenden „mehr Kommunikationstraining und Rollenspiele“, andererseits fanden sie dieses Seminar „zu theoretisch“.¹⁹⁷ Bezüglich des „Spiritualität“-Seminars herrschte noch größere Unstimmigkeit: Die Meinungen reichten von „überflüssig und sinnlos“ bis hin zur Aussage, man müsste der Spiritualität mehr Spielraum geben, weil sie einer der „wichtigsten Aspekte überhaupt“ sei.¹⁹⁸ Die erhobene Schulnoten-Bewertung kann also hier sicher nur schwer die Qualität der Lehre widerspiegeln, weil der grundsätzliche Standpunkt gegenüber diesen Themen die Bewertung doch sehr zu beeinflussen scheint. Im Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben wurden die Themen zumindest schlechter bewertet als die drei oben genannten, die Mittelwerte lagen jedoch im guten Bereich. Das verbleibende Seminar zum Thema „Ethische Fragen, rechtliche Probleme“ wurde 2013 als Einheit bewertet, 2014 konnten die Studierenden je eine Note für die beiden Bereiche vergeben, weshalb hier eine für beide Jahre getrennte Datenauswertung stattfand. So wurde dieses Seminar 2013 bei einem Mittelwert von 2,47 schlechter bewertet als alle anderen Themen, außer „Kommunikation“. 2014 konnte dann gezeigt werden, dass die Studierenden eher den Bereich der Ethik schlechter bewerteten (Mittelwert 2,61), wohingegen die Rechtsmedizin ein besseres Ergebnis als im Vorjahr erzielen konnte (Mittelwert 2,24). 2014 war somit nur das Thema „Ethische Fragen“ signifikant schlechter als alle anderen, wohingegen die „Rechtlichen Probleme“ zumindest nicht schlechter waren als „Kommunikation“ und „Spiritualität, eigene Betroffenheit“ und sogar hochsignifikant besser als das Partnerthema. Damit konnte auch im Bereich der Ethik die Tendenz aus der Vorlesung bestätigt werden. Wiederum könnte man hier annehmen, dass die ethischen Fragen, die im Seminar bearbeitet werden, in ihrer Relevanz für die eigene ärztliche Praxis durch die Studierenden als gering eingeschätzt wurden. Möglicherweise fehlte vielen Studenten und Studentinnen bei diesem Aspekt der nötige ärztliche Weitblick, der sich mit einiger Berufserfahrung entwickeln sollte. Interessant wäre dementsprechend ein ähnliches Seminar, in dem klinisch tätiges Personal, sei es aus dem ärztlichen oder pflegerischen Bereich, ethische Problemstellungen aus konkreten Fällen des Berufsalltags beitragen und dem Seminar mehr Praxisbezug verleihen würde. Sicher könnte damit eine

¹⁹⁶ Alle p-Werte der Wilcoxon-Tests für verbundene Stichproben zum Vergleich der Seminarthemen untereinander können in der Tabellenanlage 5 eingesehen werden.

¹⁹⁷ Kommentare der Studierenden [wie Anm. 193]

¹⁹⁸ ebd.

bessere Bewertung durch die Studierenden erzielt werden. Die Umsetzung dieser Idee ist wegen des höheren Personalaufwands allerdings denkbar schwierig, weshalb im Seminar anhand eines konstruierten Fallbeispiels möglichst viel Praxisnähe geboten werden soll.

Ein weiterer Vergleich wurde 2014 für die Seminarthemen „Symptomkontrolle I und II“ angestellt. Es sollte die Frage beantwortet werden, ob sich die Bewertung der Seminare abhängig von der durchführenden Klinik unterschied, denn hier konnten die Studierenden wie oben erwähnt jeweils ein Fachgebiet auswählen. Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über Besucherzahlen, Mittelwerte und Mediane:

Tabelle 3: Bewertung des Seminarthemas Symptomkontrolle durch die Studierenden in Abhängigkeit von der Einrichtung

Besucherzahlen N, Mittelwerte und Mediane der Benotung	N	Mittelwert	Median
des Seminarthemas "Symptomkontrolle I"			
a) Hämatologie und Onkologie	47	1,62	1
b) Gastroenterologie	50	1,82	2
des Seminarthemas "Symptomkontrolle II"			
a) Gynäkologie	17	1,65	1
b) Urologie	24	1,58	2
c) Chirurgie	20	1,70	2
d) Pneumologie	16	1,75	2
d) Psychiatrie	19	1,95	2
e) Geriatrie	9	1,89	1

Das Seminar „Symptomkontrolle I“ konnten die Studierenden entweder in der Klinik für Hämatologie und Onkologie oder in der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie besuchen. Schon im Mittelwert war ein Unterschied zu erkennen: Die Hämatologie wurde durch die Studierenden im Mittel mit 1,62 und im Median mit 1 bewertet, während die Gastroenterologie einen Mittelwert von 1,82 und einen Median von 2 erreichte. Dieser Unterschied konnte mittels Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben tendenziell signifikant ($p = 0,072$) gesehen werden.

Eventuell investierte die Klinik für Hämatologie und Onkologie als lehrverantwortliche Klinik für den Querschnittsbereich Palliativmedizin besonders viel Engagement in die Lehre. Außerdem liegt die Vermutung nahe, dass es in der Onkologie einen größeren Anteil palliativer Patienten gibt, sodass die Seminarleiter mehr und lebhaftere Erfahrungsberichte bieten konnten, was für die Studierenden besonders interessant war. Auch für das Seminarthema „Symptomkontrolle II“ konnten die Studierenden ein Fachgebiet wählen und wiederum wurden die einzelnen Kliniken und Einrichtungen verglichen. Hier konnten jedoch zwischen den Bewertungen der Gynäkologie, Urologie, Chirurgie, Pneumologie, Psychiatrie und Geriatrie mittels Kruskal-Wallis-Test keine signifikanten Unterschiede verzeichnet werden ($p = 0,857$), wobei die Mittelwerte von 1,58 (Urologie) bis 1,95 (Psychiatrie) reichten und damit alle Fachgebiete eine gute Bewertung erzielten, im Mittelwert sogar besser als die meisten Seminare insgesamt, weil jede/jeder Studierende sich ein Fachgebiet seines Interesses aussuchen konnte und somit vermutlich gespannt und aufgeschlossen in das Thema einstieg. Diese durch die Lehrkoordinatoren geschaffene Option stellt also eine gute Möglichkeit dar, die Palliativmedizin aus verschiedenen Blickwinkeln kennenzulernen und sie für alle angehenden Ärzte und Ärztinnen interessant zu machen. Wie die Umfrage zeigen konnte, wurde dieses Konzept durch die Studierenden gut angenommen.

Außerdem wurde wiederum ein Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben durchgeführt, um zu untersuchen, ob es in der Bewertung der Seminarthemen Unterschiede zwischen den Jahren 2013 und 2014 gibt.¹⁹⁹ Hier konnten erwartungsgemäß innerhalb nur eines Jahres mit einer Ausnahme keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden, da die Seminare inhaltlich und strukturell gleich geblieben waren. Einzig das Thema „Schmerztherapie“ wurde 2014 signifikant unterschiedlich ($p = 0,009$) zum Vorjahr bewertet. In den Mittelwerten zeigte sich hier eine Verschlechterung (von 1,54 auf 1,77), womit die „Schmerztherapie“ zwar immer noch insgesamt eines der besten Seminare war, jedoch 2014 eine Relativierung im Vergleich zu den anderen Themen stattgefunden hat. Eventuell ist daher das deutlich bessere Ergebnis aus dem Jahr 2013 als Ausreißer zu werten. Das Seminar „Ethische Fragen, rechtliche Probleme“ wurde wegen der unterschiedlichen Bewertungsmodi (2013 eine Gesamtnote, 2014 zwei einzelne Noten für die Teilbereiche) nicht zwischen beiden Jahrgängen verglichen.

4.3.2.3 Hospitation

Die Hospitation als einzige Möglichkeit für die Studierenden, direkt mit Patienten in Kontakt zu treten, und als einmalige Veranstaltung im jährlichen palliativmedizinischen Kurs stellt aus den genannten Gründen für alle Beteiligten den Höhepunkt des Querschnittsbereichs 13 dar. Deshalb wurde auch in der Umfrage ein Hauptaugenmerk auf die Hospitation gelegt und die Bewertung erfolgte – anders als bei den Vorlesungen und Seminaren – anhand mehrerer Items. Die Studierenden

¹⁹⁹ Die kompletten p-Werte sind der Tabellenanlage 6 zu entnehmen.

sollten abhängig vom Ort, wo sie hospitiert hatten, angeben, wie hoch der Praxisbezug während ihrer Hospitation war, wie gut die Hospitation durch die verantwortlichen Dozent(inn)en organisiert war und wie gut die Hospitationsstätte ihrer Meinung nach für die palliativmedizinische Lehre geeignet ist. Unabhängig vom Ort der Hospitation konnten noch Angaben darüber gemacht werden, wie die Patienten den Kontakt zu den Studierenden tolerierten, wie viel Sicherheit im Umgang mit Sterbenden durch die Hospitation gewonnen werden konnte und welche Gefühle die Studierenden während der Hospitation hatten.

2013 standen den Studierenden folgende Hospitationsstätten zur Auswahl, die zu Beginn des Kurses online im Lehrportal getroffen werden musste:

- a) Hospiz im Luisenhaus der Pfeifferschen Stiftungen Magdeburg
- b) Schmerzambulanz der Uniklinik
- c) Palliativstation der Lungenklinik Lostau der Pfeifferschen Stiftungen
- d) Strahlentherapie der Uniklinik
- e) Palliativstation der Pfeifferschen Stiftungen Magdeburg
- f) Gastroenterologie der Uniklinik
- g) Hämatologie/Onkologie des Klinikums Magdeburg
- h) Pflegezentrum an der Elbe
- i) Dermatologie der Uniklinik
- j) gynäkologisch-onkologische Praxis Dr. Blümel Magdeburg
- k) allgemeinmedizinische Praxis Nyari Magdeburg
- l) allgemeinmedizinische Praxis Dr. Ambrosch Magdeburg

2014 fielen krankheitsbedingt die Hospitationsmöglichkeiten auf der Palliativstation in Magdeburg und in der Praxis Nyari weg, die aber seit 2015 wieder verfügbar sind. Zusätzlich gibt es seit 2015 die Möglichkeit, in der Krankenhausseelsorge bei den zuständigen Pfarrer(inne)n zu hospitieren.

Die folgende Tabelle soll zunächst einen Überblick über die Teilnehmerzahlen und Mittelwerte in den Items Praxisbezug, Organisation und Eignung verschaffen. Da im Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben zum Vergleich der Bewertungen innerhalb der einzelnen Hospitationsstätten zwischen beiden Jahrgängen keine signifikanten Unterschiede ermittelt werden

konnten²⁰⁰, werden in der Tabelle lediglich die Gesamtbewertungen aus den Jahren 2013 und 2014 dargestellt.²⁰¹

Tabelle 4: Besucherzahlen und Benotung der Hospitation durch die Studierenden

Hospitationsstätten	Besucherzahlen	Benotung		
	(2013 + 2014)	Praxisbezug	Organisation	Eignung
a) Hospiz	37	1,62	1,24	1,11
b) Schmerzzambulanz	38	1,84	1,57	1,92
c) Palliativstation Lostau	32	1,63	1,41	1,19
d) Strahlentherapie	32	2,53	2,34	2,52
e) Palliativstation Magdeburg (nur 2013)	18	1,89	2,00	1,53
f) Gastroenterologie	30	2,73	2,35	2,58
g) Hämatologie/Onkologie	45	1,67	1,53	1,60
h) Pflegezentrum an der Elbe	18	3,22	2,89	3,00
i) Dermatologie	24	3,83	3,21	3,72
j) Praxis Dr. Blümel	22	1,95	1,73	1,86
k) Praxis Nyari (nur 2013)	4	2,50	1,50	2,00
l) Praxis Dr. Ambrosch	9	2,67	1,78	1,89

Die sehr unterschiedlich großen Teilnehmerzahlen sind zum einen darauf zurückzuführen, dass die Studenten und Studentinnen ihre Hospitationsstätte frei wählen konnten und einige von vorn herein beliebter zu sein schienen als andere, zum anderen darauf, dass die verantwortlichen Dozenten und Dozentinnen selbst festlegen konnten, wie viele Studierende gleichzeitig hospitieren durften. So gab es in einigen Hospitationsstätten Kleingruppen von bis zu sechs Studierenden, in anderen wurde eine 1:1:1-Lehre bevorzugt (ein Studierender, ein Lehrender und ein Patient).

²⁰⁰ Eine Tabelle mit allen p-Werten der Mann-Whitney-U-Tests für unverbundene Stichproben liegt in der Tabellenanlage 7 vor.

²⁰¹ Die zugehörigen Mediane und Standardabweichungen befinden sich in der Tabellenanlage 8.

Bereits beim Blick auf die Mittelwerte fällt auf, dass das Hospiz im Luisenhaus, die Palliativstation in Lostau und die hämato-onkologische Station des Klinikums Magdeburg in allen drei untersuchten Items mit überwiegend sehr guten Ergebnissen die vorderen Plätze belegten. Dies sind alles Einrichtungen, die auch unabhängig von der Lehre vordergründig auf die palliativmedizinische Versorgung von Patienten spezialisiert sind. Deshalb war von vorn herein davon auszugehen, dass sie besonders gut für den Kurs geeignet sind, was durch die Umfrage bestätigt werden konnte. Die Dozent(inn)en aus den genannten Einrichtungen sind in ihrem Berufsalltag täglich palliativen Situationen ausgesetzt. Deswegen liegt die Vermutung nahe, dass sie viel Wert auf eine gute palliativmedizinische Ausbildung der angehenden Ärzte und Ärztinnen legen, was eine plausible Erklärung dafür liefert, dass die Studierenden in diesen Einrichtungen besonders viel Praxisnähe erlebten und eine gute Organisation und Strukturierung der Lehre erfahren konnten.

Um die Hospitationsstätten in den genannten Items auf signifikante Bewertungsunterschiede zu untersuchen, wurde der Kruskal-Wallis-Test angewendet. Dabei konnten signifikante Unterschiede ausgemacht werden, sodass paarweise Post-Hoc-Tests zum Vergleich der einzelnen Hospitationsstätten angeschlossen wurden.²⁰² Auffällig sind hier vor allem die Hospitationsstätten mit den schlechteren Bewertungen. So wurde beispielsweise die Hospitation in der Dermatologie in allen drei Items signifikant schlechter bewertet als mindestens fünf andere Hospitationsstätten. Auch das Pflegezentrum und die Strahlenklinik wurden häufig schlechter bewertet als viele andere Einrichtungen. Interessant ist zudem, dass die untersuchten Items scheinbar sehr eng zusammenhängen. Wurde in einem Item schlecht bewertet, so waren die Tendenzen bei den anderen beiden meist ähnlich. Entweder die Studierenden entwickelten einen Gesamteindruck, den sie am Ende des Semesters nicht mehr so klar differenzieren konnten, oder dieses Phänomen liegt tatsächlich an den Bemühungen der Dozenten und Dozentinnen. Wenn ein/e Dozent/in sich einen strukturierten Plan von seiner/ihrer Lehre machte, war diese gut organisiert und er/sie konnte den Studierenden viel Praxisnähe anbieten, was gleichzeitig dazu führte, dass seine/ihre Einrichtung als besonders geeignet für die palliativmedizinische Lehre betrachtet wurde. Nun müsste man den Dozenten und Dozentinnen der schlechter bewerteten Hospitationsstätten demnach unterstellen, sie hätten sich nicht so gewissenhaft engagiert wie die anderen. Tatsächlich könnten diese Gedanken gefestigt werden, wenn man die Kommentare aus der offenen Frage zur Kritik an der Lehre sammelt: Über die Dermatologie war zu lesen, dass sie „als Hospitationsstätte ungeeignet“ gewesen sei und die Ärzte dort „lustlos und unvorbereitet“ erschienen seien, außerdem habe der Unterricht „mit Palliativmedizin nichts zu tun“ gehabt.²⁰³ Die Dozent(inn)en des Pflegezentrums an der Elbe trafen ähnlich harte Worte: Es habe dort eine „schlechte Organisation“ gegeben, wobei die Lehre „spontan von einer Pflegekraft übernommen werden musste“. Sehr fragwürdig ist auch die Aussage eines/einer Studierenden, man hätte im

²⁰² Eine Tabelle mit allen p-Werten der entsprechenden Kruskal-Wallis- und Post-Hoc-Tests findet sich in der Tabellenanlage 9.

²⁰³ Kommentare der Studierenden [wie Anm. 193]

Pflegezentrum während des Kurses „Patienten waschen“ müssen.²⁰⁴ In Zusammenschau der drei bewerteten Items und der freien Kommentare kann also davon ausgegangen werden, dass seitens des Lehrpersonals unterschiedlich große Bemühungen in die palliativmedizinische Lehre investiert wurden. Zu erwarten war diesbezüglich, dass diejenigen Einrichtungen, die generell auf Palliativmedizin spezialisiert sind, wie beispielsweise die Palliativstationen, die Onkologie und das Hospiz, sich in der Lehre sehr engagiert präsentieren und von den Studierenden gut angenommen und bewertet würden. Diese Hypothese konnte mit Hilfe der studentischen Befragung bestätigt werden. Dass jedoch so große qualitative Unterschiede innerhalb eines Kurses bestehen würden, war nicht zu erwarten.

Im Hinblick auf die Frage, ob schwerstkranken oder sterbenden Patienten ein solches Aufeinandertreffen mit Studierenden während der Hospitation überhaupt zuzumuten ist, sollten die Studierenden angeben, wie gut ihrer Meinung nach die Patienten den Kontakt zu ihnen tolerierten. Zusätzlich wurden sie um eine Aussage darüber gebeten, wie viel Sicherheit im Umgang mit Sterbenden sie während der Hospitation gewinnen konnten. Diese Frage sollte den Lernerfolg der einmaligen Veranstaltung überprüfen. Über beide Jahre hinweg beantworteten knapp 300 Studenten und Studentinnen diese Fragen. Das nachfolgende Diagramm trägt die Ergebnisse zusammen.

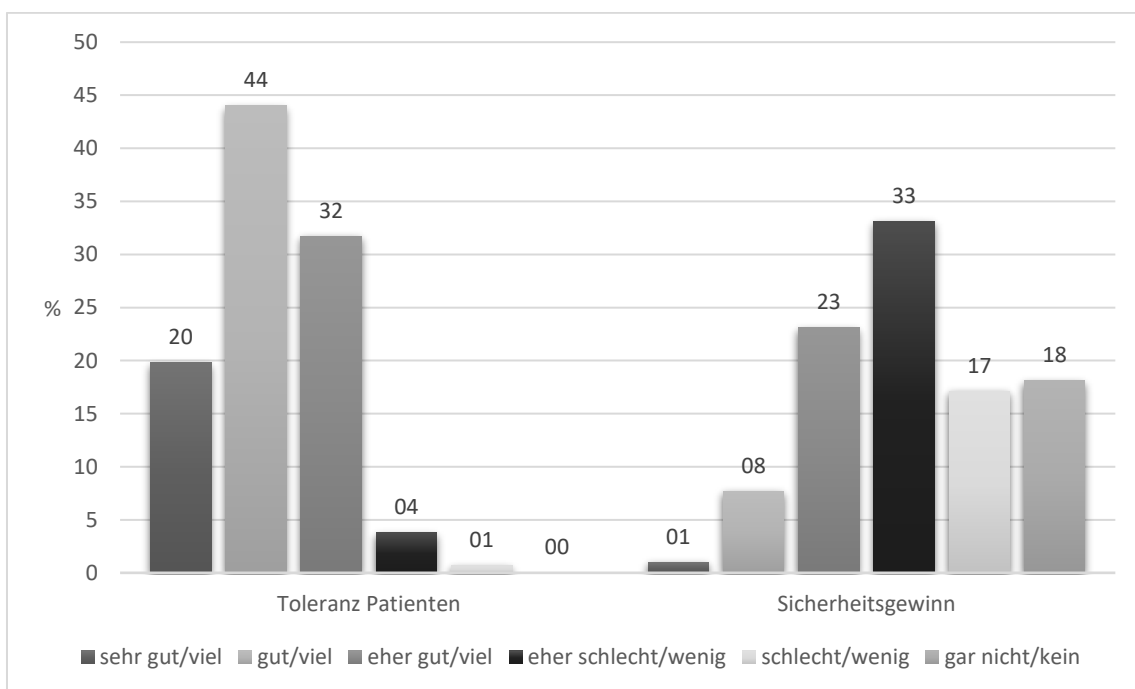


Abbildung 1: Einschätzung der Patiententoleranz und des eigenen Sicherheitsgewinns durch die Studierenden

²⁰⁴ Kommentare der Studierenden [wie Anm. 193]

Es konnte demnach zumindest aus Studierendensicht bestätigt werden, dass es keine Probleme bei der Interaktion mit den Patienten gab und diese bereitwillig am Unterricht teilzunehmen schienen, gaben doch über 90 % der Studierenden die Toleranz der Patienten im positiven Bereich (sehr gut, gut oder eher gut) an. Das kann als erfreuliches Ergebnis gewertet werden, wenn man bedenkt, dass seitens der Dozent(inn)en teilweise zu vernehmen war, es wäre schwierig, genug geeignete Patienten für alle Studierenden zu finden.²⁰⁵ Natürlich wurde dieses positive Ergebnis dadurch beeinflusst, dass durch die Lehrpersonen eine gewisse Vorauswahl der Patienten getroffen wurde und diese sich freiwillig zur Teilnahme am Unterricht bereitklärten.

Was den Gewinn an Sicherheit im Umgang mit Sterbenden betrifft, konnte eine weitere These bekräftigt werden. Es kann wohl kaum möglich sein, innerhalb nur eines Vormittags, den die Hospitationen in der Regel andauern, eine Routine im Umgang mit Palliativpatienten zu entwickeln. So gaben fast 70 % der Studierenden den Sicherheitsgewinn im schlechten Bereich (gar kein, wenig, eher wenig) an. Ein Großteil der Studenten und Studentinnen hatte vor dem Kurs nur sehr wenige Berührungspunkte mit der Palliativmedizin. Deshalb musste man davon ausgehen, dass die einzelne Hospitation lediglich ein erster Einblick sein konnte. Von den Studierenden wurde jedoch durchaus gewünscht, mehr hospitieren zu dürfen. In den freien Antworten der Umfrage machten die Studierenden selbst den Vorschlag „mehrere Hospitationsstätten besuchen“ zu dürfen und dort „mehr Zeit“ zu verbringen, im Ausgleich sollten dafür die „Vorlesungen reduziert“ werden. Außerdem müsste es „mehr Hospitationsplätze im Hospiz und auf den Palliativstationen“ geben.²⁰⁶

Eine weitere zu überprüfende Annahme war, dass eventuell Studierende, die bereits eine abgeschlossenen (medizinische) Berufsausbildung hatten, sich aufgrund früherer Berührungspunkte mit der Palliativmedizin sicherer im Umgang mit Sterbenden fühlten. Um diese Annahme zu überprüfen, wurde der Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben verwendet. Eine Übersicht zur Bewertung des Sicherheitsgewinns Studierender mit und ohne vorherige Berufsausbildung bietet die folgende Tabelle:

Tabelle 5: Bewertung des Items Sicherheit in Abhängigkeit einer zugrundeliegenden Berufsausbildung

Berufsausbildung	N	Bewertung der Sicherheit	Median
Ja	57	4,04	4
Nein	236	4,14	4

²⁰⁵ Zu lesen in den freien Kommentaren der Dozentenumfrage sowie zu hören beim jährlichen Dozententreffen.

²⁰⁶ Kommentare der Studierenden [wie Anm. 193]

Im Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben konnte kein signifikanter Unterschied bezüglich des Sicherheitsgewinns in den verglichenen Gruppen festgestellt werden ($p = 0,596$), was die Bedeutung des Querschnittsbereichs 13 untermauert, denn die meisten angehenden Ärzte und Ärztinnen waren in der Umfrage palliativmedizinisch nicht vorgebildet und fühlten sich im Umgang mit Sterbenden unsicher.

In der abschließenden Frage zur Hospitation konnten die Studierenden drei Gefühle nennen, die sie während der Hospitation im Umgang mit Sterbenden empfunden hatten. Während viele diese Aufgabe ausließen oder schrieben, sie hätten keinen direkten Kontakt zu Sterbenden gehabt, waren die meistgelesenen Antworten doch eher negative Gefühle. Das mit 83 Nennungen häufigste Gefühl war Trauer/Traurigkeit, gefolgt von Mitleid/Mitgefühl mit 78 Stimmen. Beides bezieht sich sicher am ehesten auf das nicht mehr abzuwendende Schicksal des Patienten. Gerade Letzteres zeigt, obwohl die Studierenden von Beginn des Studiums an eine gewisse Professionalität lernen, die auch beinhaltet, Patienten möglichst nicht mit Mitleid, sondern eher mit Empathie zu begegnen, das Sterben für den Arzt wie den Laien immer ein emotionales und sensibles Thema ist. Daher ist das Üben des Umgangs enorm wichtig. Die gerade erwähnte Empathie wurde im Übrigen nur sechsmal genannt. Weiterhin häufig genannt wurden Hilflosigkeit ($N = 38$), Unsicherheit ($N = 30$) und Unbehagen ($N = 25$). Das sind sicherlich normale Gefühle, die ein Jeder bei der erstmaligen Begegnung mit einem Palliativpatienten verspürt. Leider bildet die Umfrage nicht ab, wie sich die Gefühle mit zunehmender Erfahrung verändern. Anzunehmen ist jedoch, dass sie mit jedem weiteren Kontakt abnehmen, vielleicht aber nie ganz verschwinden. Auch die Angst wurde oft genannt ($N = 32$). Hierbei könnten verschiedene Ängste gemeint sein: die Angst, dem Patienten nicht genug helfen zu können; die Angst vor Sprach- und Hilflosigkeit in der Rolle als Arzt/Ärztin; oder aber die Angst vor dem eigenen Sterben beziehungsweise davor, irgendwann in ähnlicher Weise betroffen zu sein. Diese Ängste werden vermutlich auch mit zunehmender Professionalität nicht verschwinden, aber je mehr man sich mit dem Thema Sterben auseinandersetzt, desto besser wird man mit seinen Ängsten umgehen können. Für die angehenden Ärzte und Ärztinnen ist daher der Querschnittsbereich 13 ein guter Einstieg ins Thema. Als positive Gefühle nannten die Studierenden mit 13 Stimmen am häufigsten Respekt/Achtung. Auch Neugier ($N = 8$) und Interesse ($N = 6$) wurden während der Hospitation geweckt. Das ist gut so und wird von Studenten und Studentinnen in der Regel auch verlangt. Beim Umgang mit Sterbenden wurde jedoch von den Studierenden ein besonderes Maß an Neugier mit gleichzeitiger Zurückhaltung gefordert, was sicher für die meisten eine große Herausforderung darstellte. So gaben einige auch an, Scheu, Scham oder Überforderung gefühlt zu haben. Hoffnung, Wärme und Ruhe wurden auf der anderen Seite ebenfalls genannt und stellen wichtige Gefühle dar, die zum Sterbeprozess nicht weniger bedeutsam dazugehören. Die Gefühlsebene der Studierenden wurde mit dieser Frage überblickend erfasst, sollte jedoch nicht vertiefend statistisch ausgewertet werden. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Gefühle der Studenten und Studentinnen nur allzu menschlich und bisher wenig professionell waren sowie bei fehlender palliativmedizinischer

Vorkenntnis noch viel Unsicherheit bestand, was bereits die vorangehende Fragestellung zeigen konnte.

4.3.2.4 Gesamteindruck

Im letzten Abschnitt des Fragebogens konnten die Studierenden zusammenfassende Bewertungen abgeben und grundsätzliche Fragen zur palliativmedizinischen Lehre beantworten. Eine Frage sollte eruieren, ob die Studierenden der Meinung sind, jede/r Medizinstudent/in sollte eine palliativmedizinische Ausbildung erfahren. Die Antwort darauf fiel eindeutig aus: von 309 gültigen Stimmen sprachen sich 88 % dafür aus. 6,5 % antworteten mit „Ich weiß nicht.“ und nur 5,5 % lehnten die für alle verpflichtende Lehre im Fach Palliativmedizin ab. Dieses Ergebnis zeigt, dass die Studierenden die Bedeutung des Kurses durchaus zu schätzen wissen, wirft aber gleichzeitig die Frage auf, warum die Vorlesungsbeteiligung so gering war. Möglicherweise ist diese Diskrepanz einfach mangelnder Zeit zuzuschreiben. Andererseits würden die Studierenden gern mehr Zeit in den Hospitationsstätten verbringen, wie oben zitiert. Also bleibt die Schlussfolgerung, dass Vorlesungen kein besonders gut geeignetes Format für eine palliativmedizinische Ausbildung sind. Sie bilden jedoch die theoretische Grundlage für einen jeden praktischen Unterricht und sollten deshalb in Zukunft durch die Studierenden mehr ausgeschöpft und in den Lernprozess integriert werden. Schlecht besuchte Vorlesungen sind jedoch nicht nur im Querschnittsbereich 13 ein Problem. Generell sind Vorlesungen im Medizinstudium wegen des veralteten Formats des Frontalunterrichts eine diskutabile Lernform, die allerdings aufgrund der großen Anzahl Medizinstudierender kaum adäquat zu ersetzen ist.

Im nächsten Punkt konnten die Studierenden darüber abstimmen, in welchem Studienjahr sie den Kurs Palliativmedizin im Medizinstudium am sinnvollsten integriert sehen würden. Wäre es erstrebenswert, den Kurs bereits an den Anfang des Studiums zu legen, vielleicht sogar schon in den vorklinischen Abschnitt, damit die Studierenden bei ihren ersten Patientenkontakten bereits auf palliativmedizinische Aspekte vorbereitet sind? Oder ist es eher anders herum sinnvoller, dass Studenten und Studentinnen erst allgemeine Erfahrungen im Umgang mit Patienten sammeln sollten, um sie dann erst am Ende des Studiums mit der besonders schwierigen Palliativmedizin zu konfrontieren? An der Medizinischen Fakultät in Magdeburg ist der Querschnittsbereich 13 ins letzte Semester vor dem Praktischen Jahr integriert, wird also ganz am Ende des Studiums gelehrt. Die Magdeburger Studierenden stimmten in dieser Frage wie folgt ab:

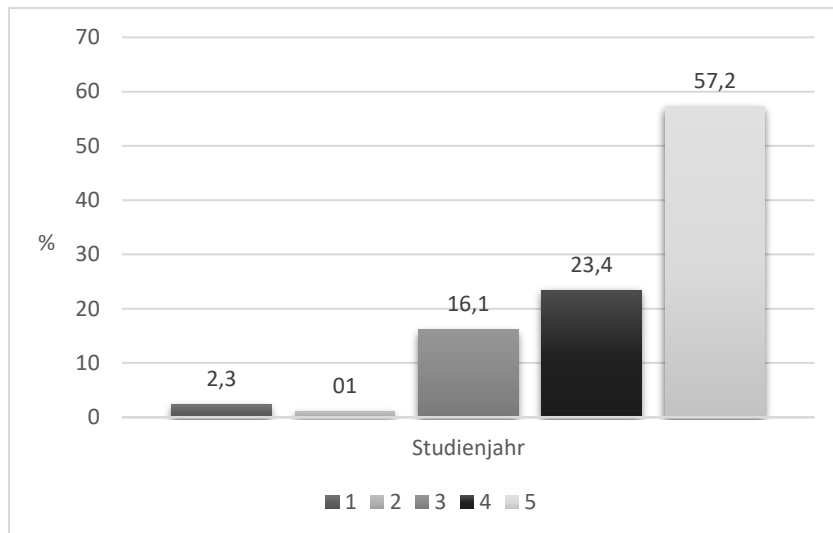


Abbildung 2: In welchem Studienjahr sollte der Querschnittsbereich 13 durchgeführt werden?

Über 50 % der Studierenden, die in dieser Frage abgestimmt haben (N = 304), sahen den Querschnittsbereich im fünften Studienjahr richtig platziert. Insgesamt über 95 % waren der Meinung, dass der Kurs im klinischen Abschnitt des Medizinstudiums stattfinden sollte. Am palliativmedizinischen Unterricht bereits in der Vorklinik teilzunehmen zu können, erscheint in der Tat eher zweifelhaft, denn zu diesem Zeitpunkt haben die Studierenden noch keinerlei Erfahrung im Umgang mit Patienten und mit einer angemessenen medizinischen Gesprächsführung. Sie wären somit zumindest den Anforderungen der Hospitation überhaupt nicht gewachsen und würden demnach auch nur wenig davon profitieren. Auch den Patienten wäre solch ein Erstkontakt eher nicht zuzumuten. Es bleibt die Frage offen, in welchem klinische Studienjahr der Kurs Palliativmedizin am besten passt. Vom Studiendekanat der Medizinischen Fakultät in Magdeburg konnte in Erfahrung gebracht werden, dass der Querschnittsbereich 13 eher aus organisatorischen und Kapazitätsgründen als aus inhaltlichen ins fünfte Studienjahr gelegt wurde. Ein Aspekt, warum über 50 % der Studierenden für das fünfte Studienjahr gestimmt haben, ist möglicherweise der, dass sie es selbst so erlebt haben, den Zeitpunkt passend fanden und Veränderungen generell eher ablehnend gegenüberstehen könnten. Am Ende des Studiums kann man sich sicherlich besonders gut mit ersten eigenen Erfahrungen aus den diversen Praktika der letzten Jahre in den palliativmedizinischen Unterricht einbringen, wodurch eine gewisse Diskussionsgrundlage entsteht, was den Unterricht möglicherweise interaktiver gestaltet. Andererseits hätte man in den Praktika, die vor dem letzten Jahr stattfinden, bereits eine bessere Schulung auf dem Gebiet der Palliativmedizin, wenn der Querschnittsbereich 13 schon eher stattfinden würde. Dann könnte man während der Praktika direkt das Gelernte anwenden und üben und müsste damit nicht bis zum Praktischen Jahr oder gar bis zur Assistenzarztphase warten. Mit der vorhandenen Umfrage wurde lediglich die Meinung der Studierenden erfragt, ohne jede Begründung oder Rechtfertigung. Damit kann also nicht geklärt werden, in welchem Studienjahr der Kurs tatsächlich am sinnvollsten anzusiedeln wäre. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wäre eine separate Studie nötig, die den

Lernerfolg von Kursen vergleicht, die in unterschiedlichen Studienjahren angeboten werden. Für diese Arbeit kann das Fazit gezogen werden, dass es wichtig ist, überhaupt eine palliativmedizinische Lehre zu erfahren, was die Studenten und Studentinnen zu 88 % in der Umfrage befürworteten (siehe oben), und dass die Magdeburger Studierenden in der Mehrheit (57,2 %) zufrieden mit der Durchführung des Kurses im fünften Studienjahr waren.

Die letzte Bewertung in der Umfrage sollte eine Gesamtnote für den Kurs Palliativmedizin einbringen. Die Studierenden konnten eine Schulnote für den Gesamtaufbau des Kurses aus Vorlesungen, Seminaren und der Hospitation vergeben. Es wurden die Bewertungen der Jahre 2013 und 2014 anhand des Mann-Whitney-U-Tests für unverbundene Stichproben miteinander verglichen, um eine eventuelle Entwicklungstendenz feststellen zu können.

Tabelle 6: Bewertung des Kurses durch die Studierenden im Vergleich zwischen den Jahrgängen 2013 und 2014

Gesamtaufbau des Kurses	N	Benotung	Median	p-Wert (zweiseitig)
2013	158	2,47	2,0	0,021
2014	150	2,27	2,0	

Erfreulich ist, dass der Querschnittsbereich in beiden Jahren eine gute Gesamtbewertung von den Studierenden erhielt. Dieses Ergebnis stellt eine Bestätigung für die Lehrverantwortlichen dar, die ein wirksames Konzept für den neuen Querschnittsbereich entwickelt haben. Erfreulich ist ebenfalls die ermittelte Verbesserung von 2013 auf 2014. Bei fast gleich großen N gelang ein aussagekräftiger Vergleich der Gesamtbewertungen, der eine signifikante Verbesserung des Kurses 2014 gegenüber dem des Vorjahres zeigte. Mit diesem Ergebnis kann eine Weiterentwicklung des neuen Querschnittsbereichs in positive Richtung nachvollzogen werden, die die Bemühungen der Dozenten und Dozentinnen sowie der Lehrkoordinatoren anerkennt. Mit Hilfe der Erfahrung, die vom Dozentenkreis in den ersten zwei Jahren gesammelt werden konnte, gelang 2014 diese signifikante Verbesserung. Ein weiterer Aspekt, der eine Rolle für die Steigerung in der Bewertung gesorgt haben könnte, ist der oben bereits erwähnte Wechsel der Lehrverantwortung vom Institut für Allgemeinmedizin zur Klinik für Hämatologie und Onkologie. Das Institut für Allgemeinmedizin um Professor Lichte schaffte 2012 die Implementierung des neuen Querschnittsbereichs und entwickelte das vorgestellte ganzheitliche Konzept. Nach dem Sommersemester 2013 fand bei einem Treffen der alten und neuen Lehrverantwortlichen eine Übergabe an die Klinik für Hämatologie und Onkologie unter Professor Fischer statt. Dabei wurden unter anderem auch Umsetzungsprobleme und organisatorische Schwierigkeiten besprochen, was die Grundlage für eine Verbesserung darstellte. Die

neuen Lehrverantwortlichen hatten den Vorteil, ein bereits fertiges Konzept übernehmen und sich somit auf Problemlösungen konzentrieren zu können. Nach guter Vorarbeit durch das Institut für Allgemeinmedizin ging das Lob der Studierenden an die Klinik für Hämatologie und Onkologie. Die Frage, ob es eine gleiche Entwicklungstendenz bei konstanter Lehrkoordination gegeben hätte, bleibt offen. Allerdings kann auch vermutet werden, dass eine praxisorientierte Klinik für die palliativmedizinische Lehre generell besser geeignet ist als ein eher theoretisch arbeitendes Institut. In der Zusammenschau kann festgestellt werden, dass die beschriebene zweigeteilte Lehrverantwortung dem Kurs Palliativmedizin mit Sicherheit nicht geschadet hat: Professor Lichte hat mit dem Institut für Allgemeinmedizin eine erfolgreiche Implementierung erreicht und ein gutes Konzept geschaffen, was nach zwei Jahren durch die klinische Erfahrung der Hämato-Onkologen um Professor Fischer ergänzt und verbessert werden konnte.

4.3.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Umfrage unter den Studierenden

- Die Vorlesungsbeteiligung war mit 22 % im Jahr 2013 und 15 % im Jahr 2014 zu gering. Der Grund dafür kann eher in mangelnder Bereitschaft, Zeit in einen kleinen Querschnittsbereich zu investieren, gesucht werden als in der Vorlesungsqualität.
- Inhaltlich wurden Vorlesungen und Seminare mit besonders großer klinischer Relevanz, zum Beispiel „palliative Schmerztherapie“, besser bewertet als eher theoretische Themen wie „Geschichte der Palliativmedizin“. Studierende forderten mehr praktische Übungen, dafür weniger Vorlesungen.
- Bei den Bewertungen der Hospitationen gab es gravierende Unterschiede in Abhängigkeit von der Hospitationsstätte. Diese sind einerseits auf die besonders gute Eignung einiger Einrichtungen für die palliativmedizinische Ausbildung, zum Beispiel des Hospizes oder der Palliativstationen, zurückzuführen, andererseits vermutlich auf das unterschiedlich große Engagement der Dozenten und Dozentinnen.
- Die Studierenden würden generell gern mehr hospitieren. Eine Hospitation reichte nicht aus, um Sicherheit im Umgang mit Sterbenden zu gewinnen.
- Palliativmedizin als Pflichtfach im Medizinstudium wurde von 88 % der Studierenden befürwortet. Der Unterricht sollte im klinischen Abschnitt des Studiums stattfinden, bevorzugt im 5. Studienjahr.
- Der Gesamtaufbau des Kurses erhielt von den Studierenden das Prädikat „gut“, wobei eine Verbesserung über die Zeit erreicht werden konnte.

4.3.3 Evaluation des Querschnittsbereichs 13 durch die Dozenten und Dozentinnen

Um auch eine Evaluation des neuen Querschnittsbereichs aus der anderen Perspektive zu erhalten, wurde eine zweite Umfrage im Dozentenkreis durchgeführt. Der Zeitpunkt wurde so gewählt, dass der Kurs bereits über drei Sommersemester stattgefunden hatte (2012 bis 2014) und die Dozenten und Dozentinnen gerade in der Vorbereitung auf den vierten Durchlauf waren. Von März bis April 2015 wurden 40 an der palliativmedizinischen Lehre beteiligte Lehrkräfte beim vorbereitenden Dozententreffen persönlich angesprochen sowie nochmals per E-Mail zur Teilnahme an der Umfrage motiviert. So konnten 31 ausgefüllte Fragebögen wieder eingesammelt werden, was einem Rücklauf von 77,5 % entspricht.

Inhaltlich war die Umfrage in mehrere Themenblöcke unterteilt. Zunächst sollte nachvollzogen werden, wie die einzelnen Lehrpersonen Teil der palliativmedizinischen Lehre geworden sind. Im zweiten Teil sollten organisatorische Aspekte und Probleme in diesem Zusammenhang behandelt werden. Anschließend gab es einen Block zur Arbeit mit den Studierenden, in dem deren Vorwissen und Engagement eingeschätzt werden sollten. Der nächste Abschnitt sollte das persönliche Empfinden der Lehrenden gegenüber dem Kurs Palliativmedizin erfassen und beinhaltete auch eine offene Frage, in der Kritik und Anregungen geäußert werden konnten. Den Abschluss der Umfrage bildete ein Block, der sich speziell auf die Hospitation bezog und nur durch die daran beteiligten Dozenten und Dozentinnen beantwortet werden sollte. Er beinhaltete dieselben Fragen wie die studentische Umfrage, sodass hier die beiden Perspektiven miteinander verglichen werden konnten. Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse dieser Umfrage dargestellt.

4.3.3.1 Weg in die Lehre

Mit der ersten Frage wurde bestätigt, was seitens des Studiendekanats und Professor Lichte angegeben wurde: Ein erstes Dozentenkollektiv konnte zusammengestellt werden, nachdem die Professoren Lichte und Fischer im Auftrag des Studiendekanats eine Anfrage an Ihrer Meinung nach geeignete Kliniken, Institute und Einrichtungen gestellt hatten. 71 % des Lehrpersonals gaben an, aufgrund dieser Anfrage Teil der palliativmedizinischen Lehre geworden zu sein, weitere circa 10 % wurden direkt durch das Studiendekanat beauftragt. 20 % kreuzten an, durch Eigeninitiative in den Dozentenkreis aufgenommen worden zu sein. (Mehrfachantworten waren bei dieser Frage möglich.) 20 % Eigeninitiative lassen zunächst ein eher mäßiges Engagement vermuten, jedoch muss ergänzt werden, dass den meisten Dozenten und Dozentinnen zum Zeitpunkt der Anfrage im August 2010 noch gar nicht bewusst gewesen sein dürfte, dass es ein Pflichtfach Palliativmedizin geben würde. Aus diesem Grund könnten die 20 % durchaus optimistisch gewertet werden.

Dieser Erstkontakt geschah erwartungsgemäß größtenteils per E-Mail (52 %) oder persönlich (31 %), was den üblichen Kommunikationswegen an der Fakultät entspricht.

Interessant waren die Antworten auf die Frage, wann die Lehrenden erstmals an der Lehre im Querschnittsbereich 13 beteiligt waren:

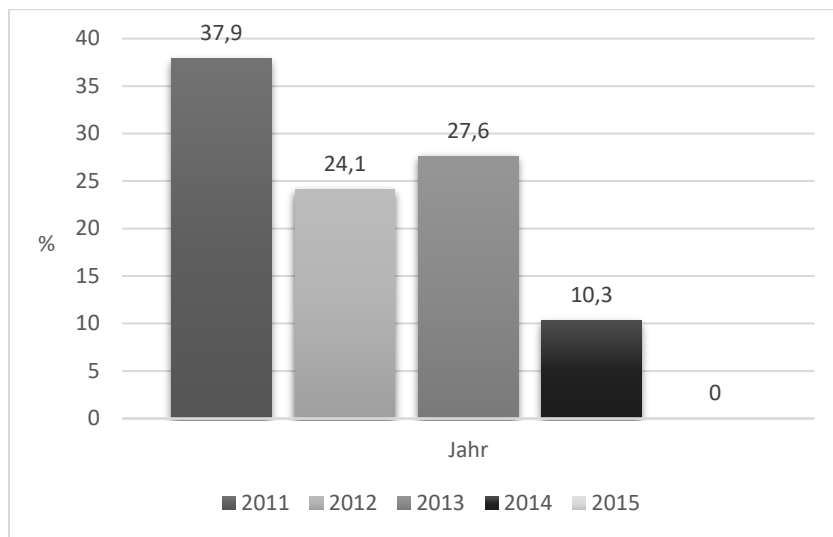


Abbildung 3: Zeitpunkt der erstmaligen Teilnahme als Dozent/in am Querschnittsbereich 13

2011 war das Jahr vor der erstmaligen Durchführung des Kurses als Pflichtfach. In dem Jahr gab es einen Probedurchlauf, der lediglich eine Vorlesungsreihe im Wintersemester umfasste. Fast 40 % der befragten Dozenten und Dozentinnen waren zu diesem Zeitpunkt bereits Teil der Lehre. Als der Kurs 2012 verpflichtend wurde, brauchte man zusätzliche Lehrkräfte für die Seminare und Hospitationen, weshalb dann nochmals 24 % der befragten Lehrpersonen einstiegen. Weiterhin zu erkennen ist, dass der Dozentenkreis sich scheinbar auch danach noch jährlich erweitert hat. Da alle Lehrenden zur Teilnahme an der Umfrage berechtigt waren, die mindestens einmal an der Lehre beteiligt waren, kann aus den Antworten nicht abgelesen werden, ob der Dozentenkreis sich tatsächlich erweitert hat oder ob möglicherweise eher ein Austausch stattgefunden hat. Diese Tatsache, dass jedes Jahr neue Dozent(inn)en hinzugekommen sind, kann sowohl positiv als auch negativ ausgelegt werden: Einerseits bedeutet es einen jährlich neuen Input mit kreativen Ideen und einer möglichen Weiterentwicklung der Lehre, andererseits aber auch eine geringe Konstanz, die für einen kontinuierlichen Implementierungsprozess nötig wäre. Erstmals 2015 sind keine neuen Dozenten und Dozentinnen mehr hinzugekommen, wobei unklar ist, ob eventuell neue Lehrpersonen durch die Umfrage vor dem Sommersemester 2015 überhaupt erreicht werden konnten.

Weiterhin sollten die Dozent(inn)en angeben, welcher Berufsgruppe sie angehören und ob sie eine spezielle Qualifikation im Fach Palliativmedizin haben. Die Mehrzahl der Lehrkräfte stammte aus der Berufsgruppe der Ärzte (71 %). Eine Besonderheit des Magdeburger Curriculums im Fach Palliativmedizin ist jedoch die Integration einiger anderer Berufsgruppen, was in der palliativmedizinischen Patientenversorgung generell von großer Bedeutung und deshalb auch in der Ausbildung der angehenden Ärzte und Ärztinnen enorm hilfreich ist. So gaben jeweils ein bis zwei

Teilnehmer der Umfrage an, aus den Bereichen Pflege, Sozialarbeit, Seelsorge, Psychologie und Sonstige (zum Beispiel Medizingeschichte und –ethik) zu stammen. Dieser Aspekt kann die palliativmedizinische Lehre ungemein bereichern. Eine Zusatzqualifikation im Bereich Palliativmedizin konnten dabei fast 50 % der Lehrkräfte angeben. Ein Drittel hatte die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin inne, weitere 13 % wiesen andere Zusatzqualifikationen auf. Diese Quote ist nicht schlecht, wenn man bedenkt, wie viele Fachgebiete an der Lehre beteiligt sind, die sich im Berufsalltag nicht hauptsächlich und vordergründig mit Palliativpatienten beschäftigen. So kann positiv festgehalten werden, dass etwa 15 Dozenten und Dozentinnen Teil der Lehre sind, die speziell für das Gebiet der Palliativmedizin qualifiziert sind.

Als Nächstes ging es um die Frage, wie wichtig die Einführung der Palliativmedizin als Pflichtfach eingestuft wird. Über 95 % der Lehrenden empfanden dabei die Lehre im Fach Palliativmedizin als „unbedingt nötig“ oder „sehr sinnvoll“, der Rest kreuzte die Antwort „kann nicht schaden“ an. Die Antworten im negativen Bereich wählte niemand. Natürlich ist es verständlich, dass die Dozent(inn)en die Lehre im eigenen Fach wichtig finden, aber wenn man bedenkt, dass die Palliativmedizin bis vor wenigen Jahren nicht gelehrt wurde und viele approbierte Ärzte und Ärztinnen selbst nie einen palliativmedizinischen Kurs besucht haben, stellt diese Antwort eine Bekräftigung für die Einführung des Pflichtkurses da. Diese Abstimmung bestätigt die der Studierenden, die zu 88 % der Meinung waren, die palliativmedizinische Lehre im Medizinstudium sei wichtig (siehe oben).

Weiterhin war durch die Lehrkräfte des Querschnittsbereichs 13 eine Einschätzung zu treffen, wie gut erstens die palliativmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten für Patienten in und um Magdeburg und zweitens die Ausbildungsmöglichkeiten im Fach Palliativmedizin für Magdeburger Medizinstudierende sind. Beide Befragungen zeigten Potential für Verbesserungen, jedoch nötiger im Bereich der Patientenversorgung. Hier gaben immerhin fast 45 % der Befragten das Prädikat „verbesserungswürdig“ an. Rund ein Drittel schätzte die Versorgungsmöglichkeiten „gut“, der Rest der Teilnehmer „ausreichend“ ein. Welche Aspekte der Versorgung zu verbessern sind, kann diese Umfrage nicht abbilden. Möglich wären eine zu geringe Anzahl an verfügbaren Palliativbetten für stationär zu versorgende Patienten, ein zu geringes Budget für ambulante Palliativversorgung sowie zu wenig oder teilweise zu schlecht ausgebildetes Personal im Bereich der Palliativmedizin. Das Ergebnis zu den Ausbildungsmöglichkeiten stellte sich fast spiegelbildlich dar:

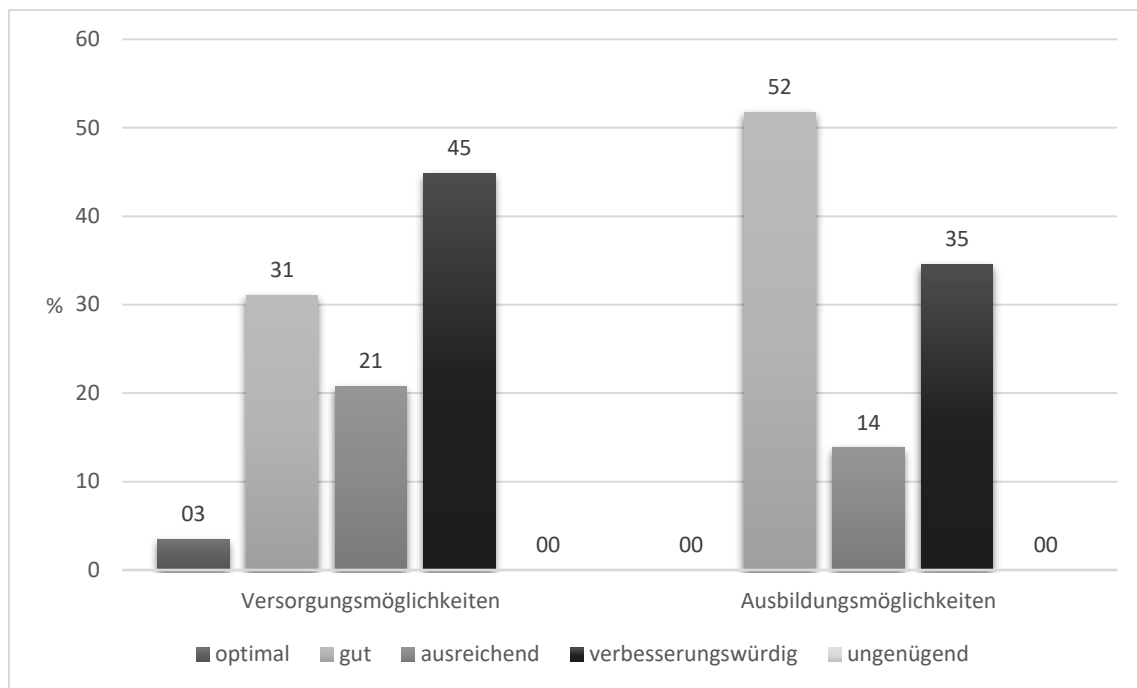


Abbildung 4: Einschätzung der palliativmedizinischen Versorgungs- und Ausbildungsmöglichkeiten durch die Dozent(inn)en

Hier waren immerhin über die Hälfte der Befragten der Überzeugung, den Studierenden „gute“ Möglichkeiten anbieten zu können. Trotzdem glaubten wiederum 34,5 %, die Situation sei verbesserungswürdig. Diese letztgenannten Dozenten und Dozentinnen haben eine kritische Sicht auf die eigene Lehre, was jedoch auch das Bestreben nach einer weiteren Optimierung zeigt. Hier könnte unter anderem der Aspekt gemeint sein, dass es nicht genügend stationäre Palliativpatienten gibt, damit jeder Student mindestens einmal einen direkten Kontakt herstellen kann, was wiederum an den noch nicht ausgeschöpften Versorgungsmöglichkeiten liegen könnte. Sofern mit dieser Einstellung, die Ausbildungsmöglichkeiten seien verbesserungswürdig, auch an einer Optimierung gearbeitet wird, ist das vorliegende Ergebnis durchaus annehmbar und bestätigt das große Potential der palliativmedizinischen Lehre, aber auch das Engagement, was sie fordert.

Im Zusammenhang mit den Ausbildungsmöglichkeiten wurde auch gefragt, in welcher Form Studierende schon einmal Kontakt zu den Lehrenden beziehungsweise den entsprechenden Kliniken/Instituten/Einrichtungen hatten, um deren Erfahrung mit Studentenunterricht abschätzen zu können. Dabei sahen sich knapp 13 % vor eine ganz neue Herausforderung gestellt und hatten noch nie zuvor Medizinstudent(inn)en unterrichtet. Alle anderen hatten in Vorlesungen, Seminaren, Blockpraktika, fakultativen Lehrveranstaltungen, Wahlfächern, Famulaturen oder dem Praktischen Jahr schon vor dem Querschnittsbereich 13 Lehrtätigkeiten bei Studierenden übernommen. Das spiegelt eine gute Erfahrungsbasis wider, ergänzt um speziell für die Palliativmedizin qualifizierte Dozenten und Dozentinnen, die mit dem Kurs erstmals die Möglichkeit bekamen, angehenden Ärzten und Ärztinnen einen Einblick in ihren Berufsalltag und damit in wichtige, anderswo vielleicht nicht

bedachte Aspekte der Palliativmedizin zu geben. So ist beispielsweise vorstellbar, dass das Pflegepersonal aus dem „Pflegezentrum an der Elbe“ zuvor noch keinen regulären Kontakt zu Medizinstudierenden hatte, weil einfach an anderer Stelle im Studium dafür kein Raum war. Deswegen ist es positiv zu erwähnen, dass für ebensolche Bereiche der Medizin die Möglichkeit geschaffen wurde, an der ärztlichen Ausbildung teilzuhaben. Allerdings ist es dann auch wichtig, dass diese in der Lehre unerfahrenen Personen durch die erfahrenen Kollegen geschult werden. Ein solches Training konnte leider bisher im Rahmen der Vorbereitungen auf die jährlichen Palliativmedizin-Kurse noch nicht umgesetzt werden, was möglicherweise auch die teilweise signifikant schlechteren Bewertungen der genannten Einrichtung erklären könnte. Hierfür wäre ein Konzept wie das der deutschlandweiten Dozentenworkshops im Querschnittsbereich 13 vorstellbar.

Ein weiteres wichtiges Argument für die Durchführung eines solchen Workshops ist das Ergebnis der nächsten Befragung: Hier wurden die Dozent(inn)en gefragt, ob sie die palliativmedizinischen Curricula anderer deutscher Universitätsklinika kennen würden. Insgesamt ein Drittel gab an, aufgrund persönlicher Kontakte (25,8 %), einer Vorstellung durch die Magdeburger Lehrkoordinatoren (6,4 %) oder/und durch das eigenständige Einholen von Erfahrungsberichten (3,2 %) Konzepte anderer Universitäten im Ansatz zu kennen. Die anderen zwei Drittel jedoch hatten noch nie etwas von der palliativmedizinischen Lehre an den anderen Medizinischen Fakultäten gehört. Dieses Ergebnis stimmt etwas nachdenklich, wenn man bedenkt, dass die Studierenden deutschlandweit auf dasselbe Staatsexamen vorbereitet werden müssen, wofür eine gewisse Homogenität der Lehre gegeben sein sollte. Dass nicht alle rund 40 Magdeburger Dozenten und Dozentinnen des Querschnittsbereichs 13 an den jährlichen deutschlandweiten Curricula teilnehmen können, ist verständlich. Aber wenn doch jedes Jahr nur ein paar Verantwortliche die Erfahrungen mit nach Magdeburg bringen und den hiesigen Kollegen vorstellen könnten, würden Studierende, Lehrende und die gesamte palliativmedizinische Ausbildung von diesem Austausch profitieren.

Diese zuletzt genannten Aspekte bilden einen direkten Übergang zum nächsten Abschnitt der Umfrage, der Organisation des Kurses.

4.3.3.2 Organisation des Kurses

Unter dieser Überschrift sollten vor allem Probleme herausgearbeitet werden, die bei der jährlichen Planung der Unterrichtseinheiten und deren Organisation durch die Lehrkräfte entstehen. Am Ende sollte nach der Durchführbarkeit eines möglichen Lösungsansatzes solcher Probleme gefragt werden, eines oben bereits erwähnten fakultätsinternen Dozentenworkshops.

Zunächst wurde gefragt, wie die Dozent(inn)en die Kommunikation zwischen allen an der Lehre Beteiligten bewerten würden. Immerhin knapp zwei Drittel antworteten mit „gut“ oder „ausreichend“, das andere Drittel meinte „verbesserungswürdig“ oder „ungenügend“. Die Antwort „optimal“ kreuzte niemand an. Für mindestens ein Drittel der beteiligten Lehrpersonen bestand also ein

Absprachebedarf, der bis dahin nicht gedeckt wurde. Dieses Defizit könnte sich inhaltlich oder auch organisatorisch negativ auf die Lehre niedergeschlagen haben und wäre theoretisch recht einfach zu beheben. Bei der Frage, in welcher Form Absprachen getroffen würden, waren die zwei meistgewählten Antworten: „beim einmaligen Treffen aller Beteiligten vor Kursbeginn“ (77,4 %) oder/und „per E-Mail“ (74,2 %). Beides sind durchaus gängige Kommunikationswege. Wenn man jedoch bedenkt, dass bei diesen besagten Treffen, die jährlich im März vor Beginn des jeweiligen Sommersemesters stattfinden und eine kurze organisatorische Einführung seitens der Lehrkoordinatoren beinhalten, nur zwischen 15 und 20 Dozenten und Dozentinnen anwesend waren²⁰⁷ und dass per E-Mail meist nur Absprachen zwischen einzelnen Teilnehmern getroffen werden können, ist verständlich, dass einige Informationen manche Dozent(inn)en gar nicht erreichen.

Eine weitere wichtige Frage zur Qualitätssicherung der Lehre war die, ob und in welcher Form die Lehrkräfte nach dem jährlichen Palliativmedizinkurs eine Rückmeldung beziehungsweise Evaluation erhalten hätten. Über 30 % verneinten diese Frage. Die anderen erhielten Rückmeldungen vor allem direkt durch Studierende (35,5 %) oder/und durch die Lehrkoordinatoren (51,6 %). Letzteres könnte unter anderem ein Resultat der oben beschriebenen studentischen Umfragen sein, deren Ergebnisse bei den Zusammenkünften der Beteiligten präsentiert wurden. Nichtsdestotrotz waren es über 30 % der Lehrkräfte, die überhaupt keine Fremdeinschätzung und somit Qualitätskontrolle der Lehre, die sie angeboten hatten, erhalten haben. Das führt dazu, dass Mängel möglicherweise nicht bemerkt wurden und deshalb nicht ausgebessert werden konnten. Gründe für das fehlende Feedback könnten die Nichtanwesenheit bei den Vorbereitungstreffen, die unzureichende Weitergabe von Evaluationsergebnissen, die beispielsweise per E-Mail verschickt wurden, durch Bereichsleiter(inne)n an ihre Dozenten und Dozentinnen oder schlichtweg das fehlende Interesse an einer Rückmeldung sein. Schließlich könnte jede/r Dozent/in wenigstens am Ende eines Kurses die Studierenden um eine Kritik bitten.

Veränderungen am Kurs haben etliche Dozenten und Dozentinnen dennoch vorgenommen. Das zeigten die Antworten auf die Frage, was sich im Laufe der ersten drei Jahre am Umsetzungskonzept verändert hätte: Die Lehrinhalte wurden (teilweise) abgewandelt (58,1 %), die Organisation wurde optimiert (25,8 %) oder/und es wurden andere Lehrpersonen eingesetzt (38,7 %). Überraschend war der hohe Anteil an veränderten Lehrinhalten, denn zumindest die Themenüberschriften, die seitens der Lehrkoordinatoren vorgegeben waren, sind über die Jahre gleichgeblieben. Interessant wäre hier die Frage, warum diese Veränderungen vorgenommen wurden, beispielsweise aufgrund negativer Rückmeldungen, eines Dozentenwechsels, neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse oder eines Erfahrungsgewinns, der eine Inhaltsanpassung implizierte. Dies wurde jedoch nicht erfragt. 25,8 % der Befragten gaben an, in den ersten drei Jahren am Kurs nichts verändert zu haben. Das zeugt zwar von einer gewissen Konstanz, gerade in der Implementierungsphase sollten sich die Dozenten und

²⁰⁷ Unterschriebene Teilnehmerlisten seit 2014, geführt durch die Lehrkoordinatoren.

Dozentinnen jedoch offen für Veränderungen zeigen. Grundlage dafür wäre wiederum eine strukturierte Evaluation des Kurses mit einer Rückmeldung an jede/n einzelne/n Lehrende/n.

Passend hierzu wurde von den Dozent(inn)en erfragt, auf welcher Grundlage Lehrinhalt und Programm für den Kurs Palliativmedizin entstehen würden. Dabei konnten mehrere Antworten angekreuzt werden. Führend war mit 83,9 % die Antwort „eigene Ideen“, was auch ganz natürlich erscheint und sicher gewünscht ist. Erfreulicherweise war die zweithäufigste Auswahl „Wünsche der Studierenden“ (38,7 %). Wenn die Studierenden tatsächlich regelmäßig einbezogen wurden und Wünsche bezüglich des Lehrinhalts äußern durften, wäre das ein sehr moderner Ansatz zur interaktiven Gestaltung des Kurses. Die weiteren Antworten, die jeweils von etwas weniger als einem Drittel der Befragten gewählt wurden, waren „Vorgaben durch Lehrkoordinatoren“, „Ideen der Kollegen“ (je 32,3 %) und „Rücksprachen mit Lehrverantwortlichen der anderen Bereiche“ (25,8 %). Zu wünschen wäre bei dieser Frage gewesen, dass die Dozenten und Dozentinnen jeweils alle Antworten angekreuzt hätten, weil durchaus alle genannten Aspekte für die Entwicklung eines ganzheitlichen Lehrkonzepts wichtig wären. Beispielsweise den Lehrinhalt ohne Rücksprachen mit den Kolleg(inn)en festzulegen, was von drei Vierteln der Befragten so praktiziert wurde, führt fast unausweichlich zu Themendopplungen. Weiterhin ist überraschend, jedoch passend zu den vorherigen Fragen, dass über zwei Drittel keine Vorgaben der Lehrkoordinatoren einbezogen haben. Vermutlich haben sie gar keine Vorgaben durch die Lehrkoordinatoren bekommen, denn dass sich die Dozent(inn)en diesen widersetzt hätten, erscheint eher unwahrscheinlich. Dann stellt sich doch aber die Frage, ob das durch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin entworfene Curriculum²⁰⁸, was einen sehr strukturierten inhaltlichen Leitfaden für die Lehre bietet und eine bundesweite Basis bilden sollte, überhaupt bei den Magdeburger Dozenten und Dozentinnen angekommen ist. Vielleicht haben sie sich selbstständig darüber informiert, aber seitens der Lehrverantwortlichen scheint dieses Curriculum den Dozenten nicht nahegelegt worden zu sein. Ein anderes wohl auch nicht, wenn man den zwei Dritteln glaubt, die keine Vorgaben durch die Lehrkoordinatoren erhalten hätten. Es mutet demnach so an, als könnten die an der Lehre Beteiligten unter der Vorgabe lediglich eines Themas frei entscheiden, was sie lehren und wie sie es umsetzen würden. Zumindest ein gewisser Rahmen sollte aber doch im Team festgelegt und vorgegeben werden. Eine einfache Lösung dieses Problem könnte ein durch die Lehrkoordinatoren online auf der Lehrplattform „Moodle“ zur Verfügung gestelltes Curriculum sein, auf dessen Grundlage die Dozenten und Dozentinnen ihren Unterricht erstellen könnten. So könnten ebenfalls online auch konkrete Lernziele für Studierende formuliert werden.

Am Ende dieses Abschnitts der Umfrage ist festzustellen, dass ein jährlich einmaliges Treffen der Beteiligten vor jedem Sommersemester ungenügend für inhaltliche und organisatorische Absprachen zwischen Dozent(inn)en und Lehrkoordinatoren sowie den Dozent(inn)en untereinander ist und dass dieses Treffen auch keinen Rahmen bietet für eine hinreichende Rückmeldung an die Lehrenden zur

²⁰⁸ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2009) [wie Anm.163]

möglichen Verbesserung der einzelnen Konzepte. Die wahrscheinlich beste Möglichkeit zur Lösung der in den letzten Abschnitten genannten Probleme wäre ein weiteres Treffen aller Beteiligten. Ein Treffen vor dem Sommersemester gibt es bereits. Dieses bietet hauptsächlich einen Rahmen für organisatorische Hinweise durch die Lehrkoordinatoren. Natürlich könnten dort die Probleme aus dem Vorjahr diskutiert werden, aber viele Gedanken gehen sicherlich zwischen dem Ende eines Kurses im Juli und dem Beginn des nächsten im März des Folgejahres verloren. Außerdem wechseln teilweise die Lehrenden von einem Jahr zum nächsten und manche Veränderung bräuchte vermutlich mehr Zeit als vom Vorbereitungstreffen bis zum Beginn des Kurses nur wenige Wochen später. Deutschlandweit gab es schon einige Workshops von und für Dozenten und Dozentinnen der Palliativmedizin, wie im Kapitel 4.6. beschrieben. Ein solches Konzept wäre auch intern für die Medizinische Fakultät in Magdeburg denkbar, gerade weil so viele Personen aus unterschiedlichen Einrichtungen an der palliativmedizinischen Lehre beteiligt sind. Nach drei Bestandsjahren des Querschnittsbereichs 13 hatte noch niemand den Vorschlag oder Wunsch geäußert, solch einen Workshop durchzuführen. In der Umfrage sollte nach dem generellen Interesse daran gefragt und eventuelle Probleme bei der Durchführung, die dafür verantwortlich sein könnten, dass bis dahin noch kein Workshop veranstaltet wurde, eruiert werden. Die Dozenten und Dozentinnen sollten also angeben, ob sie bereit wären, an solch einem Treffen teilzunehmen: Nur 6,5 % waren der Meinung, ein weiteres Treffen nach Abschluss des Kurses sei nicht unbedingt nötig. 19,4 % wählten die Antwort „Vielleicht, ich würde es mir spontan überlegen.“. 45,2 % kreuzten an, eine anschließende Aufarbeitung und Optimierung des Kurses wäre sehr sinnvoll. Da bei dieser Frage Mehrfachantworten möglich waren, lassen sich die Prozentwerte nicht auf 100 % addieren. Mit Hilfe zweier weiterer Antwortmöglichkeiten sollte abgeschätzt werden, ob die Planung eines Workshops, den ja viele Dozenten und Dozentinnen (hier 45,2 %) für sinnvoll hielten, begonnen werden könnte. Wenn man davon ausgeht, dass diejenigen, die es nicht oder nur vielleicht nötig fänden, in den meisten Fällen keine weitere Antwortmöglichkeit ausgewählt haben, lassen sich die beiden anderen Antwortmöglichkeiten ziemlich genau auf die Gruppe derer aufteilen, die ein weiteres Treffen sehr sinnvoll fänden. Dabei gaben 25,8 % an, dass die Lehrverantwortlichen gern eine eintägige Veranstaltung organisieren könnten, und noch einmal genauso viele, dass sie es zwar gut fänden, es aber Probleme mit dem Zeitmanagement geben könnte. Bei einer klarer gewählten Fragestellung (nur Einfachantworten, dafür Unterfragen) würden sich die Antworten sicher besser differenzieren lassen, jedoch konnte als Fazit festgestellt werden, dass nur etwa die Hälfte der beteiligten Lehrkräfte einen Dozentenworkshop befürworten würde und davon wiederum die Hälfte keine zeitlichen Kapazitäten dafür sieht. Um dem Konzept dennoch eine Chance zu geben, wurde im Rahmen der Vorstellung der Umfrageergebnisse beim Vorbereitungstreffen im März 2016 nochmals explizit auf die Möglichkeit solcher Workshops hingewiesen und darum gebeten, geeignete Zeiträume zusammenzutragen, um das Zeitproblem vielleicht lösen zu können. Nach ausreichend Bedenkzeit und dem Ablauf des vierten Palliativmedizin-Kurses wurden im Juni 2016 wiederholt alle Dozenten und Dozentinnen per E-Mail kontaktiert und um Rückmeldung bezüglich des

Workshops gebeten. Darauf gab es leider nur zwei Antworten mit konkreten Vorschlägen für einen Workshop, sodass dessen Durchführung vorerst als nicht umsetzbar gilt. Als Hauptgrund dafür kann Zeitmangel seitens der Dozenten und Dozentinnen angesehen werden. Diese sind in ihren beruflichen Alltag eingebunden, in dem die Lehre nur einen kleinen Raum einnimmt, den sich der Querschnittsbereich 13 oftmals auch noch mit anderen Unterrichtsfächern teilen muss. Ein etwas ernüchterndes Fazit ergibt, dass an der Entwicklung und Verbesserung der palliativmedizinischen Lehre in Magdeburg in kleinen Schritten Jahr für Jahr gearbeitet werden muss, weil die Bedeutung dieses 13. Querschnittsbereichs einfach nicht ausreicht, um besonders großes Engagement bei allen Beteiligten hervorzurufen und Platz in deren Terminkalendern zu schaffen.

4.3.3.3 Arbeit mit den Studierenden

Ziel des nächsten Abschnittes der Umfrage war es, herauszufinden, wie groß die Motivation und die Akzeptanz des Kurses durch die Studierenden aus Sicht der Lehrenden war.

Zunächst wurde nach dem Vorwissen der Studierenden auf dem Gebiet der Palliativmedizin gefragt. Fast 90 % der Dozent(inn)en gaben an, dass die Studierenden wenig oder sehr wenig Vorwissen gehabt hätten. Ein solches Ergebnis war zu vermuten, denn die Studierenden hatten während ihres Studiums vor dem Querschnittsbereich 13 nur in Ausnahmefällen Berührungspunkte mit der Palliativmedizin. Außerdem unterstreicht es die Notwendigkeit einer palliativmedizinischen Lehre.

In der nächsten Frage sollten die Lehrkräfte einschätzen, wie gut der Kurs durch die Studenten und Studentinnen angenommen wurde. Es zeigte sich ein durchwachsenes Bild, wobei die Einschätzungen bei einer sechsstufigen Skala („sehr gut“ bis „gar nicht“) zu 90 % im positiven Bereich lagen. Mittelwert und Median lagen hier bei der Antwort „eher gut“. In Zusammenschau mit dem Ergebnis der letzten Frage aus diesem Block nach der (Diskussions-) Beteiligung der Studierenden, die gemäß Dozenteneinschätzung ähnlich verteilt war mit über 80 % positiven Antworten, bestätigt sich damit abermals die zuvor gewonnene Erkenntnis, dass die Palliativmedizin allseits als sehr wichtig angesehen wird, die Leistungsbereitschaft und das Engagement für dieses kleine Fach jedoch durchschnittlich sind. Gerade die aktive Beteiligung der Studierenden am Unterricht stellt in der Regel eine Motivation und gleichzeitig eine Bestätigung für die Lehrenden dar. So ergibt sich eine auf Gegenseitigkeit beruhende Effektivität der Lehre: Nicht nur das Engagement der Dozenten und Dozentinnen spielt eine Rolle für einen guten Unterricht, sondern eben auch das der Studierenden. Im Falle der Palliativmedizin scheinen gemäß der für diese Arbeit durchgeführten Umfragen beide Seiten gleichermaßen gut, aber nicht übermäßig motiviert zu sein.

Das folgende Diagramm bietet einen Überblick über die zuvor beschriebenen Ergebnisse des Umfrageblocks „Arbeit mit den Studierenden“:

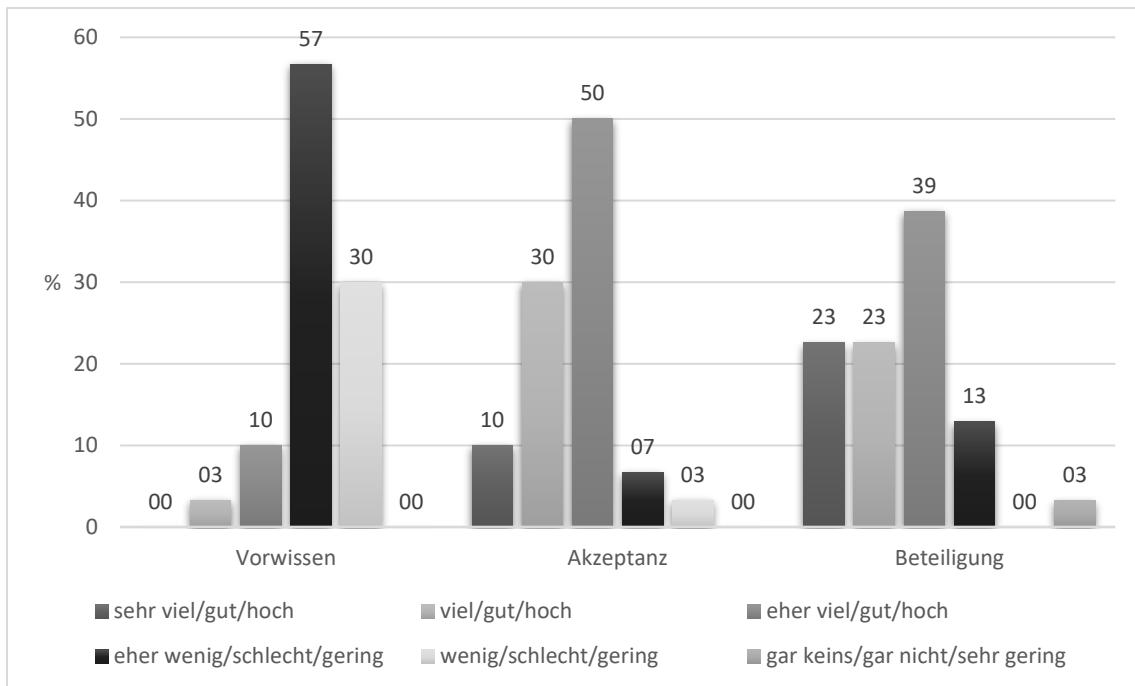


Abbildung 5: Einschätzung von Vorwissen, Kursakzeptanz und Diskussionsbeteiligung der Studierenden durch die Dozent(inn)en

4.3.3.4 Persönliches Empfinden

Um die zuvor getroffenen Aussagen zu stützen, wurden die Dozenten und Dozentinnen zu Beginn des nächsten Blockes nach ihrer Bereitschaft, persönliches Engagement zu investieren, befragt. Damit konnten die Ergebnisse des vorangegangenen Blockes bestätigt werden: Fast 85 % der Dozent(inn)en gaben ihre Bereitschaft zwar im positiven Bereich an („sehr viel“, „viel“ oder „eher viel“), Median und Mittelwert lagen aber auch hier bei der Antwort „eher viel“. Die übrigen Lehrkräfte waren sogar „eher wenig“ oder „wenig“ bereit, Engagement zu investieren, wobei sich hier die Frage stellt, ob diese Personen überhaupt für die Lehre geeignet sind. Das nachfolgende Diagramm zeigt die Ergebnisse:

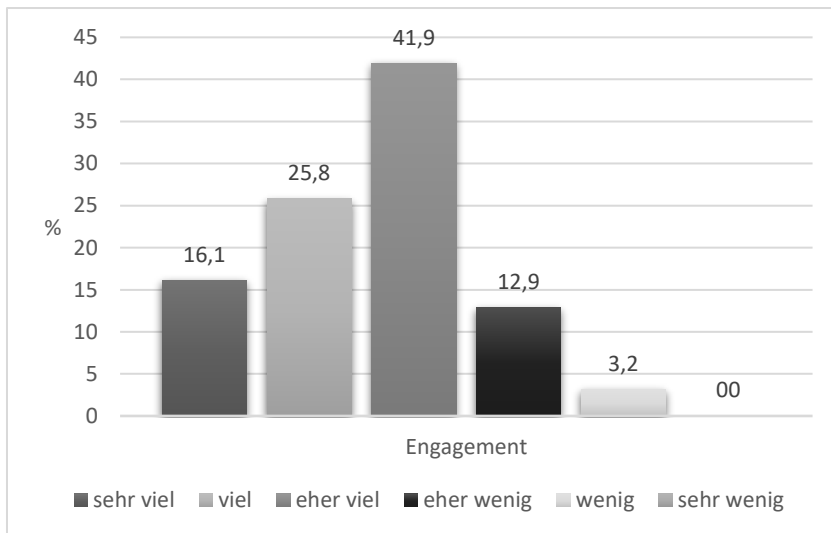


Abbildung 6: Bereitschaft der Dozent(inn)en, persönliches Engagement in den Querschnittsbereich 13 zu investieren

Unter der Überschrift „persönliches Empfinden“ sollten die Dozent(inn)en weiterhin eine Bewertung des Gesamtkonzepts und des Aufbaus des Querschnittsbereichs 13 abgeben. Diese Fragestellung fand sich auch in der studentischen Umfrage, sodass hier ein Vergleich der beiden Gruppen mittels Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben angestellt werden konnte. Das Ergebnis zeigt die folgende Tabelle:

Tabelle 7: Bewertung des Gesamtaufbaus des Kurses im Vergleich zwischen Studierenden und Lehrenden

Gesamtaufbau des Kurses	N	Benotung	Median	p-Wert (zweiseitig)
Studierende	308	2,37	2,00	0.013
Lehrende	31	2,00	2,00	

Es zeigte sich eine signifikant bessere Bewertung des Kursaufbaus durch die Dozenten und Dozentinnen, wobei wegen der sehr unterschiedlichen Gruppengrößen erschwerte Vergleichsbedingungen vorlagen. Es ist jedoch durchaus vorstellbar, dass Dozent(inn)en einen etwas objektiveren Blick auf das Format des Kurses gehabt haben könnten. Beispielsweise wurde aus der studentischen Umfrage deutlich, dass weniger Vorlesungen und mehr praktischer Unterricht wünschenswert wären. Das könnte die Bewertung des Gesamtaufbaus verschlechtert haben, wohingegen die Lehrkräfte in diesem Punkt vielleicht realistischer einschätzten, welchen Stellenwert Vorlesungen in einem Kurs haben – auch im Hinblick auf die anfallende Arbeit zur Vorbereitung der

einzelnen Kurselemente – und hier keinen so großen Kritikpunkt sahen. Beide Gruppen bewerteten insgesamt „gut“, was ein erfreuliches Gesamtergebnis für den Querschnittsbereich 13 darstellt.

Eine nächste Frage beschäftigte sich mit Schwierigkeiten bei der Umsetzung des palliativmedizinischen Unterrichts. Es waren Mehrfachantworten möglich. Etwa ein Viertel (25,8 %) der befragten Dozenten und Dozentinnen antwortete, dass es keine Schwierigkeiten gebe. Über die Hälfte (54,8 %) wählte die Antwort „Zeitmangel“. Alle anderen Antworten sind zu vernachlässigen: Jeweils ein Dozent/eine Dozentin kreuzte „Finden der geeigneten Lehrperson“, „zu wenig Palliativpatienten“ oder/und „Thema bereits in anderer Lehrveranstaltung behandelt“ an. Zwei Stimmen gab es jeweils für die Antworten „zu große Studentengruppen“ und „zu häufige Wiederholung des Kurses innerhalb eines Semesters“. Wie oben bereits diskutiert, scheint das größte Problem des Querschnittsbereichs 13 der Zeitmangel aller Beteiligten zu sein. Dieses Problem wird sich in einem schnelllebigen und umfangreichen Fachgebiet wie der Medizin nicht ausräumen lassen. Deswegen sollte es das Ziel sowohl der Lehrenden als auch der Studierenden sein, die Qualität des Unterrichts trotzdem hoch zu halten und mit Engagement und Interesse diese eher unterzuordnende Hürde zu bewältigen.

Die letzte an alle Dozent(inn)en gerichtete Frage wurde offen gestaltet und bot Raum für Wünsche zur zukünftigen Gestaltung des Querschnittsbereichs 13. Die Antworten darauf passten gut zu den durch die übrigen Fragen erhobenen Daten. Einerseits wünschten sich die Dozenten und Dozentinnen von den Organisatoren bessere Absprachen zu Terminen und Räumlichkeiten sowie eine schriftliche Ausformulierung der Lernziele zur besseren Standardisierung. Außerdem wurde mehr Kommunikation zwischen den Lehrkräften erbeten, unter anderem zur Vermeidung von Überschneidungen. Andererseits hatten sie auch Wünsche an die Studierenden: eine größere Beteiligung an den Lehrveranstaltungen, insbesondere den Vorlesungen, mehr Interesse und Mitarbeit sowie innerstudentische Überzeugungsarbeit für die einzelnen Themenbereiche. Die übrigen genannten Wünsche bezogen sich hauptsächlich auf Zeit- und Geldmangel. Es müsse mehr Zeit für Hospitationen, Rollenspiele und das Üben der Gesprächsführung geben, denn in der Kürze der Unterrichtseinheiten sei es „trotz persönlichem Engagement nicht möglich, den Ansprüchen gerecht zu werden“. Die Studierendengruppen müssten kleiner sein und es sollte mehr Möglichkeiten für individuelle Gespräche und generell mehr Praxisnähe geben. Mit etwas mehr finanzieller Unterstützung würden die Dozent(inn)en sich beispielsweise richtige Schauspielpatienten für die Seminare wünschen.²⁰⁹

²⁰⁹ So einige Antworten auf die offene Frage, was sich Lehrende zukünftig für die Weiterentwicklung des Querschnittsbereichs 13 in Magdeburg wünschen würden.

4.3.3.5 Hospitation

Der letzte Abschnitt der Umfrage wurde zusätzlich für all diejenigen Dozenten und Dozentinnen entworfen, die eine Hospitation für Studierende angeboten hatten.

Es wurden identisch zur studentischen Umfrage die Items „Toleranz des Studentenkontakts durch die Patienten“, „Eignung der Hospitationsstätte für die palliativmedizinische Lehre“, „Praxisbezug während des Unterrichts“ und „Sicherheitsgewinn der Studierenden im Umgang mit Sterbenden“ verwendet, sodass diesbezüglich ein Vergleich zwischen Studierenden und Lehrenden möglich war.

Es wurde der Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben verwendet. Nachfolgend eine Übersicht der Mittelwerte, Mediane (Skalen von 1 bis 6, entsprechend „sehr gut“ bis „sehr schlecht“) und p-Werte:

Tabelle 8: Bewertung der Items Toleranz, Eignung, Praxisbezug und Sicherheitsgewinn im Vergleich zwischen Studierenden und Lehrenden

Anzahl N, Mittelwerte und Mediane				
der Benotung sowie p-Wert	N	Mittelwert	Median	p (zweiseitig)
des Items "Toleranz"				
Studierende	293	2,22	2,0	0,798
Lehrende	20	2,25	2,0	
des Items "Eignung"				
Studierende	311	2,01	2,0	0,346
Lehrende	18	2,06	2,0	
des Items "Praxisbezug"				
Studierende	313	2,19	2,0	0,861
Lehrende	20	1,95	2,0	
des Items "Sicherheitsgewinn"				
Studierende	299	4,12	4,0	<0,001
Lehrende	19	3,16	3,0	

Zu erkennen waren durchgehend gute Bewertungen der Items „Toleranz“, „Eignung“ und „Praxisbezug“ sowohl bei Studierenden als auch bei Lehrenden, die sich nicht signifikant voneinander unterschieden. So konnte aus zwei verschiedenen Perspektiven festgestellt werden, dass es kein Problem ist, schwerstkranken Patienten den Umgang mit Medizinstudent(inn)en zuzumuten, was eine wichtige Basis für eine praxisorientierte Lehre ist. Der Praxisbezug wurde ebenfalls gleichermaßen gut

bewertet. Dieses Ergebnis zeigt, dass die Bemühungen der Lehrpersonen, praxisorientierten Unterricht anzubieten, genauso durch die Studenten und Studentinnen wahrgenommen wurde. Auch die Eignung der Hospitationsstätten wurde beiderseits im Durchschnitt für gut befunden. Das bestätigt, dass seitens der Lehrkoordinatoren zu Beginn des Implementierungsprozesses eine gute Auswahl getroffen wurde, die so beibehalten werden könnte.

Einzig in der Frage zum Sicherheitsgewinn, den die Studierenden im Rahmen des Kurses im Umgang mit Sterbenden hatten, traten höchstsignifikante Unterschiede auf. Die Dozenten und Dozentinnen sollten einschätzen, welchen Zugewinn an Sicherheit sie den Studierenden zutrauen würden. Während die Lehrenden ihn im Durchschnitt noch positiv einschätzten („eher viel“), lag die Durchschnittsaussage der Studierenden im negativen Bereich („eher wenig“). Es liegt also eine Fremdeinschätzung durch die Dozent(inn)en vor, die zu optimistisch war. Das ist durchaus vorstellbar, wenn man bedenkt, dass diese selbst seit Jahren fast jeden Tag Umgang mit Palliativpatienten haben und sich daher nur schwer in die Lage völlig unerfahrener Medizinstudierender versetzen können.

Zusammenfassend traten insgesamt kaum Diskrepanzen zwischen den Bewertungen der Lehrenden und Studierenden auf, sodass von einer guten Aussagekraft der erhobenen Ergebnisse ausgegangen werden kann. Für die palliativmedizinische Lehre bedeutet es ein angemessenes Verhältnis zwischen Engagement seitens der Lehrverantwortlichen und Akzeptanz seitens der Studenten und Studentinnen.

Zum Ende der Umfrage wurden die Dozent(inn)en noch gefragt, welche Aufgaben die Studierenden während der Hospitation bei ihnen bewältigen mussten. Es konnten mehrere Antworten gewählt werden mit folgendem Ergebnis:

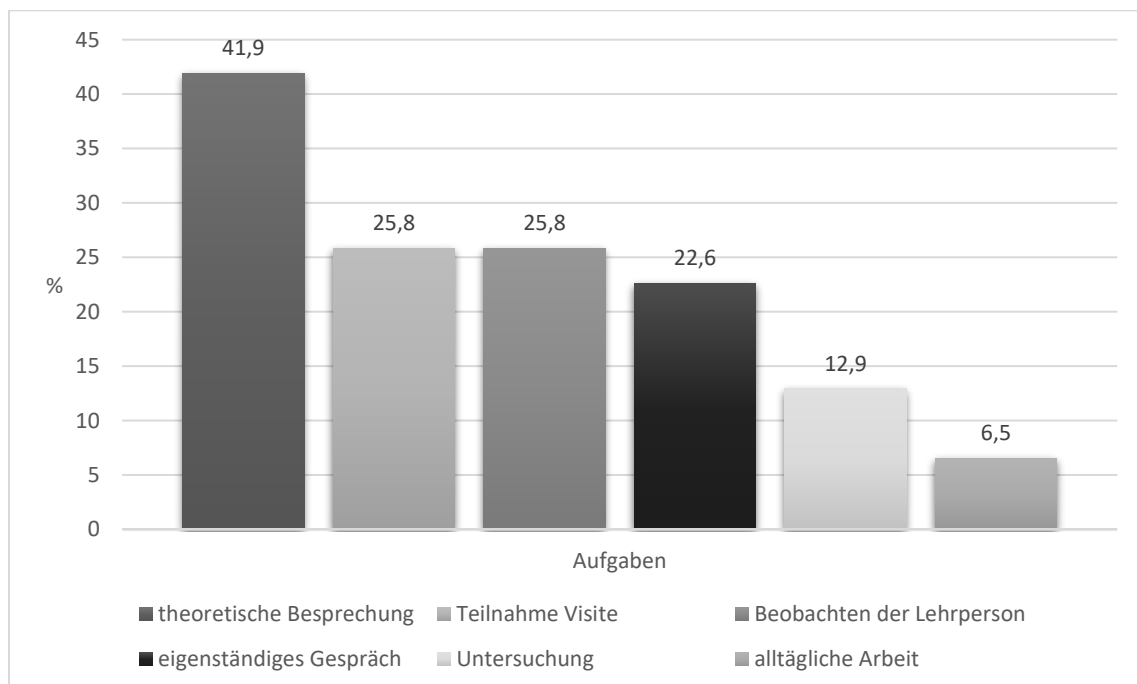


Abbildung 7: Aufgaben der Studierenden während der Hospitationen

Eine theoretische Besprechung zwischen Dozent(inn)en und Student(inn)en fand in über 40 % der Hospitationen statt. Eigentlich könnte man denken, eine solche Besprechung wäre in jedem Fall zu Beginn einer Hospitation nötig, denn oft gehen die Studierenden erstmals in die entsprechende Einrichtung und wissen noch nichts über deren Strukturierung und die dortigen Abläufe. Demnach wäre es wünschenswert, den Studenten und Studentinnen eine kurze Einführung zu geben, bevor sie die weiteren Aufgaben erhalten. Weitere Aufgaben waren die Teilnahme an einer Visite sowie das reine Hospitieren bei der Lehrperson (je 25,8 %). Hierbei sind sicher je nach Hospitationsstätte verschiedene Ansätze denkbar: Findet die Hospitation auf einer Station statt, so erscheint die Teilnahme an einer Visite ein sinnvolles Konzept. Im ambulanten Bereich (Hochschulambulanzen oder allgemeinmedizinische Praxen) sollten die Studierenden sich eher im Hintergrund halten und beobachten.

Ein eigenständiges Gespräch mit einem Patienten sollte allerdings das Ziel einer jeden Hospitation sein, um den Studierenden Übung im Umgang mit Sterbenden zu ermöglichen. Diese Antwort wurde jedoch von weniger als einem Viertel (22,6 %) der Dozent(inn)en gewählt, sodass es nicht mehr überraschend erscheint, dass die Studierenden angaben, eher wenig Sicherheit im Umgang mit Sterbenden zu gewinnen. In diesem Punkt könnte tatsächlich das Lehrkonzept überarbeitet werden. So könnte beispielsweise seitens der Koordinatoren die Vorgabe gemacht werden, jeder Studierende müsse ein selbstständiges Patientengespräch führen. Denkbar wäre in dem Zusammenhang auch, dass der Leistungsnachweis im Querschnittsbereich 13 nicht mehr als Multiple-Choice-Klausur, sondern als Fallbericht erfolgt. Für ein Fach wie die Palliativmedizin, in dem es weniger um Faktenwissen geht, wäre das sicher ein sinnvollerer Format. Problematisch könnte dabei nur die Korrektur der Fallberichte sein, die doch einen erheblichen Mehraufwand erfordert gegenüber der Korrektur einer computerbasierten Multiple-Choice-Klausur. Bei dem bereits thematisierten Zeitmangel der Dozenten und Dozentinnen erscheint das eine unüberwindbare Hürde. Würde man jedoch die Fallberichte auf alle etwa 30 aktiven Dozenten und Dozentinnen aufteilen, so hielte sich der Aufwand für jede/n einzelne/n wieder in Grenzen und es würde zusätzlich ein interdisziplinärer Austausch stattfinden, indem die Lehrkräfte Berichte von Patienten aus anderen Einrichtungen zu lesen bekämen.

Weitere weniger bedeutende Aufgaben im Rahmen der Hospitation waren die körperliche Untersuchung von Patienten (12,9 %) sowie die Übernahme alltäglicher Arbeit am Patienten wie beispielsweise Blutentnahmen (6,5 %). Diese Aufgaben sollten im Querschnittsbereich Palliativmedizin nicht im Vordergrund stehen, da es dafür genügend andere Gelegenheiten während des Studiums gibt. Im palliativmedizinischen Kurs sollten tatsächlich die Gesprächsführung und andere vor allem im Rahmen der Sterbebegleitung wichtige Aspekte im Mittelpunkt stehen.

Im letzten Teil der Umfrage sollte eine Fremdeinschätzung der studentischen Emotionen und Motivationen während der Hospitation durch die Dozent(inn)en erfolgen. Es wurden Attribute genannt, deren Zutreffen durch die Dozenten und Dozentinnen charakterisiert werden sollte. Möglich

waren Antworten auf einer Skala von „trifft voll zu“ (=1) bis „trifft gar nicht zu“ (=5). Folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte:

Tabelle 9: Bewertung einiger studentischer Attribute durch die Dozent(inn)en

Attribut	Mittelwert
motiviert	2,3
traurig	4,4
interessiert	2,2
mitleidsvoll	3,6
engagiert	2,2
ängstlich	3,7
rücksichtsvoll	1,9
hilflos	3,6
respektvoll	1,8
zurückhaltend	2,9

Die Attribute „motiviert“, „engagiert“ und „interessiert“ wurden jeweils im Mittel mit 2,2 oder 2,3 bewertet. Dieses Ergebnis deckt sich mit der zuvor gewonnenen Erkenntnis, dass die Leistungsbereitschaft im Fach Palliativmedizin seitens der Studierenden gut, aber nicht überschwänglich ist, und passt auch zum durchschnittlichen Engagement der Lehrenden. Die Attribute, die sich eher auf den Umgang mit dem Patienten beziehen, hatten sogar eine noch bessere Tendenz: „Respektvoll“ und „rücksichtsvoll“ wurden mit 1,8 und 1,9 angegeben. Diese studentischen Verhaltensweisen sind einfach Voraussetzung für eine praxisorientierte Lehre im palliativmedizinischen Bereich. „Traurig“ (4,4) und „mitleidsvoll“ (3,6) erschienen die Studierenden den Dozent(inn)en eher nicht, was von einer gewissen Professionalität und Distanzwahrung zeugt, die auf beruflicher Ebene nötig ist. Allerdings können während einer kurzen Hospitation keine empathischen Beziehungen zu Patienten aufgebaut werden, sodass die Distanz ohnehin recht groß ist. Die Attribute „ängstlich“ (3,7) und „hilflos“ (3,6) könnten im Umgang mit Sterbenden unerfahrenen Studenten und Studentinnen unterstellt werden, trafen aber laut Aussage der Dozent(inn)en eher nicht zu. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass Studierende im fünften Jahr ihrer Ausbildung auch bei

erstmaliger Konfrontation mit einer Situation eine gewisse Handlungs- und Entscheidungsgrundlage zur Bewältigung dieser neuen Problematik haben. Beim Attribut „zurückhaltend“ (2,9) konnte weder eine positive noch eine negative Tendenz ausgemacht werden, was vielleicht ganz gut ist, denn Zurückhaltung ist manchmal gefordert, manchmal aber auch schlecht. So schienen die Studierenden in den Augen der Dozenten und Dozentinnen dabei das richtige Maß gefunden zu haben.

Insgesamt bewerteten die Lehrkräfte die Eigenschaften der Studierenden so, wie man es von ihnen erwarten würde: durchaus positiv, vor allem im Umgang mit den Patienten, deren Achtung auf jeden Fall im Mittelpunkt stehen sollte.

4.3.3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Umfrage unter den Dozenten und Dozentinnen

- Bei erstmaliger Durchführung des Kurses im Jahr 2011 waren bereits 40 % der 2015 befragten Dozenten und Dozentinnen an der Lehre beteiligt. Ein sich jährlich erweiternder Dozentenkreis wurde hauptsächlich durch Anfragen der Lehrkoordinatoren rekrutiert, Eigeninitiative spielte mit 20 % eine untergeordnete Rolle.
- Der Großteil der beteiligten Lehrpersonen (über 70 %) entstammte der Berufsgruppe der Ärzte. Erfreulicherweise konnten auch Lehrkräfte aus den Bereichen Pflege, Sozialarbeit, Seelsorge, Psychologie und Medizingeschichte und –ethik in die interdisziplinäre palliativmedizinische Lehre integriert werden. Dabei konnten etwa 50 % der Dozent(inn)en eine Zusatzqualifikation im Bereich Palliativmedizin angeben.
- Fast alle Befragten (95 %) hielten die Einführung der Palliativmedizin als Pflichtfach für sehr wichtig.
- Die palliativmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten in Magdeburg wurden zu einem großen Teil mit „verbesserungswürdig“ (44,8 %) eingeschätzt, die palliativmedizinischen Ausbildungsmöglichkeiten hingegen überwiegend „gut“ (51,7 %).
- 13 % der befragten Dozenten und Dozentinnen hatten vor dem Querschnittsbereich 13 noch nie Kontakt zu Medizinstudierenden, beispielsweise im Rahmen anderer Praktika. Dies ist einerseits erfreulich, da neue Berufsgruppen in die Ausbildung von Ärzten und Ärztinnen integriert werden. Andererseits erfordert es eine besondere Schulung dieses Personals, die es zumindest speziell für den Querschnittsbereich 13 nicht gab, was eine mögliche Erklärung für die besonders schlechten Bewertungen einiger Einrichtungen sein könnte.
- Wichtige Argumente für die Organisation eines jährlichen Dozentenworkshops konnten zusammengetragen werden:
 - Eine spezielle Schulung der Lehrkräfte ist nötig (siehe oben).

- Studierende müssen deutschlandweit dasselbe Examen ablegen. Die meisten Magdeburger Dozenten und Dozentinnen (zwei Drittel) wussten allerdings nichts über die palliativmedizinischen Curricula der anderen Universitäten.
 - Ein Drittel der Befragten bewertete die Kommunikation untereinander als „verbesserungswürdig“ oder „ungenügend“. Kommuniziert wurde hauptsächlich beim jährlich einmaligen Treffen vor Beginn des Sommersemesters und zwischen Einzelpersonen per E-Mail.
 - Über 30 % der Lehrpersonen erhielten nach dem Kurs keine Rückmeldung oder Evaluation.
 - Zwei Drittel bezogen keine Vorgaben der Lehrkoordinatoren, die das von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin entworfene Curriculum enthalten sollten, in die inhaltliche Gestaltung der Lehre ein und drei Viertel sprachen den Lehrinhalt nicht mit den Kolleg(inn)en ab, was unausweichlich zu Themendopplungen führen musste.
- In der konkreten Frage nach dem Wunsch der Durchführung eines Workshops befürworteten ihn knapp die Hälfte der Befragten, wovon wiederum die Hälfte ein zeitliches Problem darin sah. Bei einem Versuch, Terminvorschläge für einen Workshop zusammenzutragen, antworteten nur zwei Dozent(inn)en, sodass die Durchführbarkeit zunächst nicht möglich erschien.
 - Die Akzeptanz des Kurses durch die Studierenden wurde durch die meisten Dozenten (etwa 90 %) positiv wahrgenommen, wenngleich ihr Vorwissen von ebenfalls 90 % der Befragten mit „wenig“ bis „sehr wenig“ eingestuft wurde. Die Diskussionsbeteiligung der Studierenden wurde zu über 80 % positiv bewertet.
 - In der Frage nach der Bereitschaft, persönliches Engagement in die Lehre zu investieren, wurde die Antwort „eher viel“ am häufigsten gewählt (41,9 %). Insgesamt lag die Bereitschaft zwar zu fast 85 % im positiven Bereich, aber wie auch schon in der studentischen Umfrage gezeigt werden konnte, ist die Leistungsbereitschaft für dieses kleine Fach nicht übermäßig.
 - Im Vergleich der Lehrenden und Studierenden bei der Frage nach dem Gesamtaufbau des Kurses konnte im Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben eine signifikant bessere Bewertung seitens der Lehrkräfte ermittelt werden ($p=0,006$). Eine mögliche Erklärung ist die relative Unbeliebtheit der Vorlesungen bei den Studenten und Studentinnen, wohingegen die Lehrenden hierin möglicherweise einen wichtigen Bestandteil der palliativmedizinischen Lehre sahen.
 - Bei den Schwierigkeiten in der Umsetzung des Kurses war „Zeitmangel“ die führende Antwort (54,8 %).

- In den zwischen Studierenden und Lehrenden vergleichbaren Antworten bezüglich der Hospitation ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den Items „Toleranz“, „Eignung“ und „Praxisbezug“. Lediglich den „Sicherheitsgewinn“ im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden schätzten die Dozenten und Dozentinnen signifikant höher ein als durch die Studierenden angegeben ($p < 0,001$).
- Weniger als einem Viertel der Studierenden (22,6 %) wurde von den Lehrpersonen die Möglichkeit eingeräumt, ein eigenständiges Gespräch mit einem Palliativpatienten zu führen. In diesem Punkt sollte eine Überarbeitung des Lehrkonzepts stattfinden, möglicherweise dahingehend, dass ein Fallbericht über einen solchen Patientenkontakt als Leistungsnachweis dienen könnte.
- Die Studenten und Studentinnen verhielten sich während des Kurses aus Sicht der Lehrkräfte den Patienten und der Situation gegenüber insgesamt angemessen.

5 Zusammenfassung

Die Palliativmedizin und einhergehend die palliativmedizinische Lehre erfreuten sich in den letzten zwei Dekaden eines Aufschwungs, der sich in einem Ausbau der Versorgungsstrukturen und einer strukturierten Qualifizierung des Fachpersonals darstellte. Dies konnte die Arbeit in den gesellschaftspolitischen, universitären und medizinhistorischen Kontext einordnen. Insbesondere das Thema des ärztlich assistierten Suizids wurde als wesentlicher Impulsgeber für einen Ausbau der Palliativmedizin interpretiert.

Als Bestandteil der aufstrebenden Palliativmedizin spielte der neue Querschnittsbereich 13 in der Ausbildung deutscher Medizinstudierender die zentrale Rolle dieser Arbeit. Wir konnten den Implementierungsprozess an der Medizinischen Fakultät der Magdeburger Otto-von-Guericke-Universität detailliert aufarbeiten. Hierfür konnte ein eigenes strukturiertes Evaluationsverfahren für die ersten drei Jahre, in denen unterrichtet wurde, entwickelt und erfolgreich durchgeführt werden.

Die Ergebnisse der Evaluation zeigten, dass der Querschnittsbereich Palliativmedizin in Magdeburg aufgrund des fehlenden Lehrstuhls einen besonderen „Querschnittscharakter“ hat. Innerhalb von drei Jahren waren insgesamt über 50 Dozenten und Dozentinnen am Unterricht beteiligt. Dies brachte eine hohe Zahl an Lehrstätten mit sich, wodurch der interdisziplinäre Aspekt von „Palliative Care“ abgebildet wurde. Ein praxisnaher Unterricht konnte dabei nur teilweise realisiert werden.

Generell fanden die Befragten die Einführung der Palliativmedizin als Pflichtfach im Medizinstudium wichtig. Die Beteiligung durch die Studierenden an den Vorlesungen war jedoch gering. Auch bei den Lehrpersonen wurde die Bereitschaft, eigenes Engagement in die Lehre zu investieren, am häufigsten mit „eher viel“ beantwortet. Insgesamt bleibt die Palliativmedizin ein kleiner Bereich der Medizin.

Der Gesamtaufbau des Curriculums wurde in beiden befragten Gruppen mit „gut“ bewertet, womit uns eine Bestätigung des Konzepts und der erfolgreichen Etablierung gelang. Die Evaluationsergebnisse tragen mit den gesammelten Anregungen zu einer Verbesserung der Lehre bei. Da nur die ersten drei Lehrjahre evaluiert wurden, konnte lediglich ein initialer Impuls gegeben werden. Sinnvoll wäre die Fortsetzung der Evaluation durch die Lehrverantwortlichen.

Eine Diskussion im Dozentenkreis fand bisher nur im Rahmen der Vorbereitungsveranstaltung vor Semesterbeginn statt. Sinnvoll wäre ein weiteres jährliches Treffen im Rahmen eines fakultätsinternen Dozentenworkshops. Interesse und Bereitschaft hierzu wurden in der Umfrage erhoben und von einer Minderheit bejaht, weshalb es nicht gelang, eine solche Veranstaltung zu etablieren.

Im deutschlandweiten Ausblick können die Daten die besondere Situation eines fehlenden Lehrstuhls darstellen und anderen Universitäten bei der Erstellung ihrer Curricula für den Querschnittsbereich 13 durch die Bereitstellung der eigenen Erfahrungen hilfreich sein, sodass der Aufschwung der Palliativmedizin und der palliativmedizinischen Ausbildung weiter anhalten kann.

6 Literaturverzeichnis

- 1) AG Bildung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: PalliThek. www.pallithek.de/, 04.05.2015.
- 2) AG Bildung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Digital Lehren und Prüfen. www.dgpalliativmedizin.de/images/Flyer_Dozentenworkshop_Aachen.pdf.
- 3) Al-Halabi, M. Z. S.: Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung und Palliative Care aus islamischer Sicht. islam.de/files/pdf/sterbehilfe_islam_zmd_2013_03.pdf, 18.07.2019.
- 4) Ärztekammer Sachsen-Anhalt: Weiterbildungsordnung. www.aeksa.de/files/1465CEF5B21/WBOSA%20ab%2001.01.2015-5.%20Satzungs%C3%A4nderung-KV%2008.11.2014.pdf, 18.07.2019.
- 5) Ärztekammer Sachsen-Anhalt: Berufsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt. www.aeksa.de/files/1465CCA7434/1_Berufsordnung_01012016.pdf, 24.07.2019.
- 6) Augsberg, S.; Brysch, E.: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/files/pdf/PID2014/Gesetzentwurf_Strafbarkeit_Foerderung_Selbsttoetung_PID_2_2014.pdf, 18.07.2019.
- 7) Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer: Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB): Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis. Deutsches Ärzteblatt 114 (2017), B290-B292.
- 8) Bausewein, C.; Voltz, R.; Simon, S.: Leitlinien – Die „S3“ ist da! Zeitschrift für Palliativmedizin 16 (2015), 96–97.
- 9) Beerheide, R.; Klinkhammer, G.: Gutachten: Verfassungsrechtliche Bedenken. Deutsches Ärzteblatt 112 (2015), A1454.
- 10) Beleites, E.: Sterbebegleitung: Wegweiser für ärztliches Handeln. Deutsches Ärzteblatt 95 (1998), 2365.
- 11) Beneker, C.: Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe. www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/926584/verbot-geschaeftsmaessiger-sterbehilfe-unsicherheit-bleibt.html, 18.07.2019.
- 12) Binding, K.; Hoche, A.; Nauke, W.: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form ; (1920) (Juristische Zeitgeschichte Taschenbücher, Bd. 1) Berlin 2006.
- 13) Borasio, G. D.: Selbstbestimmung im Sterben - Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids. Stuttgart 2014.
- 14) Borasio, G. D.; Dietz, I.; Hildebrand, J.; Elsner, F.: Hochschullehre - Münchner Erklärung zur Lehre im neuen Querschnittsbereich 13: Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 12 (2011), 45–48.
- 15) Brand, M.; Griese, K.: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805373.pdf, 02.07.2019.
- 16) Brysch, E.: 2-Klassen-Sterben: Kabinett vergrößert Kluft bei der Sterbebegleitung. www.stiftung-patientenschutz.de/2-Klassen-Sterben-Kabinett-vergr%C3%B6%C3%9Fert-Kluft-bei-der-Sterbebegleitung, 18.07.2019.
- 17) Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll des 99. Deutschen Ärztetages. www.bundesaerztekammer.de/downloads/Beschlussprotokoll_99_DAEt_Koeln.pdf, 01.07.2019.

- 18) Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll 106. Deutscher Ärztetag 2003: Zu Punkt III der Tagesordnung: Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland.
www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/106-daet-2003/zu-punkt-iii-der-tagesordnung-palliativmedizinische-versorgung-in-deutschland/1-palliativmedizin/, 18.07.2019.
- 19) Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll 114. Deutscher Ärztetag.
www.bundesaerztekammer.de/downloads/114Beschlussprotokoll20110704.pdf, 02.07.2019.
- 20) Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 108 (2011), 346–348.
- 21) Bundesärztekammer: (Muster-) Berufsordnung der Bundesärztekammer.
www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_08_20112.pdf, 01.07.2019.
- 22) Bundesärztekammer: (Muster-) Weiterbildungsordnung 2003.
www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf, 24.07.2019.
- 23) Bundesärztekammer: Ärzte leisten Hilfe beim Sterben, aber nicht zum Sterben.
www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/aerzte-leisten-hilfe-beim-sterben-aber-nicht-zum-sterben/, 02.07.2019.
- 24) Bundesärztekammer: Montgomery: „Hilfe zum Leben leisten“.
www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/montgomery-hilfe-zum-leben-leisten/, 02.07.2019.
- 25) Bundesärztekammer: Montgomery fordert Verbot von Sterbehilfevereinen.
www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/montgomery-fordert-verbot-von-sterbehilfevereinen/, 02.07.2019.
- 26) Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 49: Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung.
www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//*[@attr_id=%2527bgbl115s2177.pdf%2527], 02.07.2019.
- 27) Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 50: Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus.
www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr_id=%27bgbl109s2495.pdf%27%5D, 18.07.2019.
- 28) Chauliac, G. d.; Keil, G.: Chirurgia magna Guidonis de Gauliaco. Darmstadt 1976.
- 29) Deutsche Bischofskonferenz: Sterben in Würde - Worum geht es eigentlich? www.dbk-shop.de/media/files_public/hnnbdncy/DBK_Sterben-in-Wuerde-2014.pdf, 18.07.2019.
- 30) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Landesvertretung Sachsen-Anhalt - Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/landesvertretung-sachsen-anhalt.html, 12.06.2019.
- 31) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Curriculum: Grundlagen der Palliativmedizin - Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin.
www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/ag/090810%20AG%20AFW%20Curriculum%20Studierende%20Elsner%20Stand%20090810.pdf, 18.07.2019.
- 32) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Ärztlich assistierter Suizid.
www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/140128_%C3%A4rztlich_assistierter_suizid_online.pdf, 24.07.2019.
- 33) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Ärztlich assistierter Suizid: Wenn die Ausnahme zur Regel wird.
www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/20140826_DGP_Stellungnahme_%C3%84rztlich_assistierter_suizid.pdf, 01.07.2019.

- 34) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Die DGP - eine lebendige Gesellschaft - 20 Jahre DGP.
www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/RZ_140703_Imagebrosch%C3%BCre_Doppelseiten_online.pdf, 18.07.2019.
- 35) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Arbeitsgruppen.
www.dgpalliativmedizin.de/arbeitsgruppen/dgp-arbeitsgruppen.html, 12.06.2019.
- 36) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Debatte um Beihilfe zum Suizid geht an wirklichen Problemen der Patienten vorbei.
www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/PM_20150608_DGP_Debatte_um_Beihilfe_zum_Suizid.pdf, 02.07.2019.
- 37) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin für die Anhörung zum Thema Sterbebegleitung am 23. September.
www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/Deutsche_Gesellschaft_f%C3%BCr_Palliativmedizin_Stellungnahme_zur_Anh%C3%B6rung_Sterbebegleitung.pdf, 02.07.2019.
- 38) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Gesetzentwurf der Bundesregierung.
www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Deutsche_Gesellschaft_f%C3%BCr_Palliativmedizin_Stellungnahme_zum_HPG.pdf, 18.07.2019.
- 39) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Qualität braucht Miteinander.
www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP16_HP_Web3.pdf, 18.07.2019.
- 40) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 18 (2017), 118.
- 41) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Nationales Hospiz- und Palliativregister.
www.dgpalliativmedizin.de/images/2017_04_25_Informationsbrosch%C3%BCre_REGISTER.pdf, 18.07.2019.
- 42) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Auf breiten Wegen.
www.dgp2018.de/files/DGP18/downloads/RZ_DGP_Hauptprogramm_2018_ONLINE_klein.pdf, 18.07.2019.
- 43) Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zur mündlichen Verhandlung des Zweiten Senats des Bundesverfassungsgerichts am 16. und 17. April 2019 in Sachen „§ 217 StGB (geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung)“.
www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Stellungnahme_Verhandlung_BVerfG_120319.pdf, 12.06.2019.
- 44) Deutscher Bundesrat: Stenografischer Bericht 939. Sitzung.
www.bundesrat.de/SharedDocs/downloads/DE/plenarprotokolle/2015/Plenarprotokoll-939.pdf?__blob=publicationFile&v=2, 02.07.2019.
- 45) Deutscher Bundesrat: Antrag des Landes Schleswig-Holstein - Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus. dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2009/0573-2-09.pdf, 18.07.2019.
- 46) Deutscher Bundesrat: Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages.
dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2009/0573-09.pdf, 18.07.2019.
- 47) Deutscher Bundesrat: Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages.
dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2015/0544-15.pdf, 02.07.2019.
- 48) Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD.
dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/134/1613417.pdf, 18.07.2019.

- 49) Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus. dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1612855.pdf, 18.07.2019.
- 50) Deutscher Bundestag: Stenografischer Bericht 228. Sitzung. dip21.bundestag.de/dip21/btp/16/16228.pdf, 18.07.2019.
- 51) Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung. dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/111/1711126.pdf, 02.07.2019.
- 52) Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Recht und Verbraucherschutz. dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/065/1806573.pdf, 02.07.2019.
- 53) Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/051/1805170.pdf, 18.07.2019.
- 54) Deutscher Bundestag: Stenografischer Bericht 115. Sitzung. dipbt.bundestag.de/dip21/btp/18/18115.pdf, 02.07.2019.
- 55) Deutscher Bundestag: Stenografischer Bericht 134. Sitzung. dipbt.bundestag.de/dip21/btp/18/18134.pdf, 02.07.2019.
- 56) Deutscher Bundestag: StGB §16. www.gesetze-im-internet.de/stgb/__216.html, 02.07.2019.
- 57) Deutscher Bundestag: StGB §323c. www.gesetze-im-internet.de/stgb/__323c.html, 02.07.2019.
- 58) Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.: Zahlen und Fakten. www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html, 02.07.2019.
- 59) Deutscher Kinderhospizverein e. V.: Assistierter Suizid. Das Leben ist alternativlos. Zeitschrift für Palliativmedizin 17 (2016), 279.
- 60) Deutsches Ärzteblatt: Hospiz- und Palliativgesetz: Mit großem Einvernehmen beschlossen. www.aerzteblatt.de/nachrichten/64702/Hospiz-und-Palliativgesetz-Mit-groessem-Einvernehmen-beschlossen, 18.07.2019.
- 61) Dlubis-Mertens, K.: Debatte Sterbehilfe: DGP sieht keinen strafrechtlichen Handlungsbedarf - Palliative Sedierung als seltene Option zur Linderung unerträglicher Symptome. www.dgpalliativmedizin.de/pressemitteilungen/debatte-sterbehilfe-dgp-sieht-keinen-strafrechtlichen-handlungsbedarf.html, 10.12.2014.
- 62) Dlubis-Mertens, K.: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin zu den vier Gesetzentwürfen zur Suizidbeihilfe. www.dgpalliativmedizin.de/startseite/2015-10-16-11-16-43.html, 08.11.2015.
- 63) Dlubis-Mertens, K.: DGP mahnt: Beihilfe zum Suizid darf kein Dienstleistungsangebot werden. www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell-2015/dgp-mahnt-beihilfe-zum-suizid-darf-kein-dienstleistungsangebot-werden.html, 02.07.2015.
- 64) Dlubis-Mertens, K.: DGP: Palliativärzte lehnen mehrheitlich den ärztlich assistierten Suizid ab. www.dgpalliativmedizin.de/startseite/2015-09-22-10-57-50.html, 08.11.2015.
- 65) Doll, A.; Wels, B.; Trauthwein, A.; Golla, H.; Voltz, R.: Lernzielkontrolle in QB 13. Hausarbeiten als Prüfungsformat zur Evaluation von Fachwissen und Kompetenzen. Zeitschrift für Palliativmedizin 17 (2016), 1–59.
- 66) Elsner, F.: Studentische Lehre Das neue DGP-Curriculum für Studierende. Zeitschrift für Palliativmedizin 10 (2009), 182.
- 67) Evangelische Kirche in Deutschland: Wenn Menschen sterben wollen. Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung. Hannover 2008.

- 68) Fricke, A.: Ärztekammern: Geschlossen gegen Sterbehilfe. www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/875541/aerztekammern-geschlossen-sterbehilfe.html, 02.07.2019.
- 69) Gamondi, C.; Larkin, P.; Payne, S.: Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1. *European Journal of Palliative Care* 20 (2013), 86–91.
- 70) Gamondi, C.; Larkin, P.; Payne, S.: Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 2. *European Journal of Palliative Care* 20 (2013), 140–145.
- 71) Gordijn, B.; Klaschik, E.: Palliativmedizin - die Alternative zur Sterbehilfe. Zur Euthanasie-Diskussion in Deutschland. (Beiträge zur Palliativmedizin, Bd. 2) Stuttgart [u.a.] 1998.
- 72) Griese, K.; Högl, E.: Positionspapier: In Würde leben, in Würde sterben - Positionierung zu Sterbehilfe. kerstin-griese.de/PositionierungSterbehilfe_GrieseHoegl.pdf, 02.07.2019.
- 73) Heintz, S.; Pastrana, T.: Palliativmedizinische Ausbildung im Medizinstudium – Eine Systematische Übersichtsarbeit über internationale Curricula und deren Effekte. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 15 (2014), Poster 160.
- 74) Hildebrand, J.; Ilse, B.; Schiessl, C.: „Traumcurriculum“ - Wünsche Medizinstudierender an die Ausbildung in Palliativmedizin. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 14 (2013), 80–84.
- 75) Hildebrand, J.; Schiessl, C.: 2. Dozentenworkshop Q13 - Querschnittsbereich 13 Palliativmedizin: Pflichtlehre im Medizinstudium. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 12 (2011), 139.
- 76) Hintze, P.; Reimann, C.: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der ärztlich begleiteten Lebensbeendigung (Suizidhilfegesetz) dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805374.pdf, 02.07.2019.
- 77) Hintze, P.; Reimann, C.; Lauterbach, K.; Lischka, B.; Reiche, K.; Wöhrle, D.: Positionspapier: Sterben in Würde - Rechtssicherheit für Patienten und Ärzte. www.spdfraktion.de/system/files/documents/2014-10-16_sterbehilfe_positionspapier.pdf, 02.07.2019.
- 78) Humanistischer Verband Deutschlands: Positionspapier des Kuratoriums des Humanistischen Verbands Deutschlands zum ärztlich assistierten Suizid. www.humanismus.de/sites/humanismus.de/files/Positionspapier%20des%20Kuratoriums%20zum%20%C3%A4rztlich%20assistierten%20Suizid.pdf, 18.07.2019.
- 79) Ilse, B.; Hildebrand, J.; Posselt, J.; Laske, A.; Dietz, I.; Borasio, G. D.; Kopf, A.; Nauck, F.; Elsner, F.; Wedding, U.; Alt-Epping, B.: Palliativmedizinische Lehre in Deutschland – Planungen der Fakultäten zum zukünftigen Querschnittsfach 13. *Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 29 (2012), 1–5.
- 80) Ilse, B.; Scherg, A.; Laske, A.: Die „Pallithek“ – Erstellung einer Online-Datenbank für Medien mit palliativmedizinischem Bezug zur Nutzung in der Lehre. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 15 (2014), Vortrag 21.
- 81) Institut für Demoskopie Allensbach: Einstellungen zur aktiven und passiven Sterbehilfe. www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/prd_0814.pdf, 01.07.2019.
- 82) Institut für Demoskopie Allensbach: Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbehilfe1.pdf, 18.07.2019.
- 83) Institut für Demoskopie Allensbach: Deutliche Mehrheit der Bevölkerung für aktive Sterbehilfe. www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/KB_2014_02.pdf, 01.07.2019.
- 84) Jünger, S.: Plenumsdiskussion I – Den Diskurs lebendig halten. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 16 (2015), 237.

- 85) Keilig, S.; Schewtschenko, J.; Laske, A.; Kuprella, T.: Palliativmedizinische Lehrveranstaltungen an Deutschlands Universitäten. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 7 (2006), Poster 6_5.
- 86) Klaschik, E.: Sterbehilfe - Sterbebegleitung. *Der Internist* 40 (1999), 276–282.
- 87) Klaschik, E.; Husebö, S.: Palliativmedizin. *Der Onkologe* 4 (1998), 85–93.
- 88) Klaschik, E.; Nauck, F.: Palliativmedizin - brauchen wir sie? *Der Schmerz* 11 (1997), 231–232.
- 89) Klenner, A.; Busemann, A.: Universitätsklinik Greifswald - Die Implementierung der Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 13 (2012), 168.
- 90) Kopitzsch, F.; Kamper, S.: Weiterbildung. Die Kompetenzmatrix – ein Zusammenspiel von Bildung und Wissen. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 18 (2017), 13–14.
- 91) Kosfeld, P.: Emotionale Debatte über Sterbehilfe im Bundestag. www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2014/kw46_de_sterbebegleitung/339436, 02.07.2019.
- 92) Krumm, N.; Schmidlin, E.; Schulz, C.; Elsner, F.: Kernkompetenzen in der Palliativversorgung. Ein Weißbuch der European Association for Palliative Care zur Lehre in der Palliativversorgung. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 16 (2015), 152–167.
- 93) Kultusministerkonferenz: Deutscher Qualifikationsrahmen. www.dqr.de/content/2315.php, 18.07.2019.
- 94) Künast, R.; Sitte, P.: Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Hilfe zur Selbsttötung. dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805375.pdf, 02.07.2019.
- 95) Künast, R.; Sitte, P.; Gehring, K.: Positionspapier: Mehr Fürsorge statt mehr Strafrecht: Gegen eine Strafbarkeit der Beihilfe beim Suizid. www.renate-kuenast.de/w/files/papiere/mehr-fuersorge-statt-mehr-strafrecht_positionspapier-sterbehilfe_.pdf, 02.07.2019.
- 96) Laske, A.; Dietz, I.; Ilse, B.; Nauck, F.; Elsner, F.: Palliativmedizinische Lehre in Deutschland - Bestandsaufnahme an den medizinischen Fakultäten 2009. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 11 (2010), 18–25.
- 97) Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und Deutschen Krebshilfe: S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 2015.
- 98) Lichte, T.: Antworten zur "Lehrumfrage 2012". Befragung der bvmd e.V. zu Qualitätsaspekten der palliativmedizinischen Lehre in Deutschland. Magdeburg 13.07.2012.
- 99) Lücking-Michel, C.; Brand, M.; Frieser, M.: Positionspapier: Begleiten statt Beenden - Schutz der Würde am Ende des Lebens. www.michael-frieser.de/recht_post/positionspapier-begleiten-statt-beenden-schutz-der-wuerde-am-ende-des-lebens.html, 02.07.2019.
- 100) Mai, S.; Gerlach, C.; Feldmann, K. H.; Kerpes, C.; Laufenberg-Feldmann, R.; Marloth-Claaß, B.; Reinholz, U.; Schwab, R.; Weiher, E.; Windschmitt, U.; Weber, M.: Auswirkungen des neuen Querschnittsbereichs Palliativmedizin auf das Sicherheitsgefühl Studierender im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 13 (2012), Poster 16.
- 101) Oorschot, B.; Scherg, A.; Ilse, B.: Palliativmedizin prüfen. 6. Q13-Workshop in Würzburg. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 16 (2015), 48.
- 102) Ostgathe, C.: Lehrstuhlinhaber für Palliativmedizin in Deutschland sprechen sich geschlossen gegen den ärztlich assistierten Suizid aus. www.klinikum.uni-muenchen.de/de/das_klinikum/zentrale-bereiche/weitere-informationen-presse/presse-meldungen/archiv/141010_palliativmedizin/index.html, 02.07.2019.

- 103) Philipp, D.; Stößel, U.; Meffert, C.; Körner, M.; Baumeister, H.; Becker, G.: „Gutes Sterben“ – Kann das Medizinstudium angemessen auf den Umgang mit Sterbenden vorbereiten? Eine qualitative Studie bei n = 500 Medizinstudenten in Freiburg. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 15 (2014), Poster 159.
- 104) Radbruch, L.; Leget, C.; Bahr, P.; Müller-Busch, C.; Ellershaw, J.; Conno, F. de; Vanden Berghe, P.: Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative medicine* 30 (2016), 104–116.
- 105) Radbruch, L.; Melching, H.: Hospiz- und Palliativgesetz. I had a dream. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 17 (2016), 111.
- 106) Redaktion Deutsches Ärzteblatt: Sterbehilfegesetz: Karlsruhe will 2017 entscheiden. *Deutsches Ärzteblatt* 114 (2017), B344.
- 107) Reimer, S. C.: Sterbehilfe-Entwürfe im Urteil der Fachleute. www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw39_pa_recht_sterbebegleitung/384486, 02.07.2019.
- 108) Reinholz, U.; Gerlach, C.; Feldmann, K. H.; Kerpes, C.; Laufenberg-Feldmann, R.; Mai, S.; Marloth-Claaß, B.; Schwab, R.; Weiher, E.; Windschmitt, U.; Weber, M.: Studentische Evaluation des neu eingeführten Querschnittsbereichs Palliativmedizin an der Universitätsmedizin Mainz. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 13 (2012), Poster 12.
- 109) Richter-Kuhlmann, E.: Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung: Mehr Licht für eine Grauzone. *Deutsches Ärzteblatt* (2017), B 266.
- 110) Rösch, E.; Gratz, M.; Roser, T.: Neues HPG. Hospiz- und Palliativbeauftragte im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 17 (2016), 120–126.
- 111) Roser, T.; Borasio, G. D.: Am Lehrstuhl für Palliativmedizin der LMU München Die Definition der WHO wird akademische Realität. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 11 (2010), 262–263.
- 112) Sabatowski, R.; Radbruch, L.; Nauck, F.; Loick, G.; Meuser, T.; Lehmann, K. A.: Entwicklung und Stand der stationären palliativmedizinischen Einrichtungen in Deutschland. *Der Schmerz* 15 (2001), 312–319.
- 113) Scherg, A.; Elsner, F.: Fortbildungsveranstaltung. 8. QB 13 Workshop in Schwerin. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 18 (2017), 18.
- 114) Schiessl, C.; Ilse, B.; Hildebrand, J.; Scherg, A.; Giegerich, A.; Alt-Epping, B.: Implementierung des Querschnittsbereichs 13. Umfrage an den medizinischen Fakultäten in Deutschland. *Der Schmerz* 27 (2013), 275–288.
- 115) Schildmann, J.; Ortwein, H.; Herrmann, E.; Schwarz, C.; Klambneck, A.; Brunklaus, A.: Schlechte Nachrichten übermitteln - eine Lehrveranstaltung für Medizinstudierende zum Aufklärungsgespräch. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 4 (2003), 111–116.
- 116) Schlager, C.: Assistierter Suizid. Im Spiegel der Medien. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 17 (2016), 217–219.
- 117) Schmuhl, H.-W.: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung 'lebensunwerten Lebens', 1890-1945. (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, Bd. 75) Göttingen 1987.
- 118) Schnack, D.: Streit um Sterbehilfegesetz. www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/924499/streit-sterbehilfegesetz-desaster-segen.html, 18.07.2019.

- 119) Schneemilch, M.; Schneemilch, C.; Lichte, T.: Einführung des Querschnittsbereiches 13 Palliativmedizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Zeitschrift für Palliativmedizin 13 (2012), Poster 21.
- 120) Schulz, C.; Möller, M.; Haynert, H.; Schmalz, O.; Schnell, M. W.: Kommunikation mit Sterbenden – Beschreibung eines Seminars aus der palliativmedizinischen Ausbildung der Universität Witten/Herdecke. Zeitschrift für Palliativmedizin 9 (2008), Poster 404.
- 121) Schulz, C.; Wenzel-Meyburg, U.; Becker, D.; Kamp, T.; Gramm, J.; Nauck, F.; Kern, M.; Elsner, F.: Positionspapier. E-Learning in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Zeitschrift für Palliativmedizin 17 (2016), 64–68.
- 122) Schulz, C.; Wenzel-Meyburg, U.; Karger, A.; Scherg, A.; Paul, B.; Trapp, T.; in der Schmitt, J.; Bien, J.; Bakus, S.; Paling, A.; Rudolf, E.; Ludwig, J. B.; Korsten, U.; Stratmann, K.; Schmitz, A.: Implementierung der Lehre im Querschnittsfach Palliativmedizin (QB13) im Modellstudiengang Medizin an der Heinrich Heine Universität Düsseldorf. Zeitschrift für Palliativmedizin 15 (2014), Poster 156.
- 123) Schulz, C.; Wenzel-Meyburg, U.; Karger, A.; Schmitz, A.: E-Learning-Kurs Basiswissen Palliativmedizin – Ein Praxisbeispiel zum Querschnittsbereich 13. Zeitschrift für Palliativmedizin 15 (2014), Vortrag 20.
- 124) Schwab, W.: Gesetz zur Sterbehilfe. www.taz.de/Gesetz-zur-Sterbehilfe/!5364552/, 18.07.2019.
- 125) Sensburg, P.; Dörflinger, T.: Entwurf eines Gesetzes über die Strafbarkeit der Teilnahme an der Selbsttötung. dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805376.pdf, 02.07.2019.
- 126) Stolberg, M.: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute. Frankfurt am Main 2011.
- 127) Tolmein, O.: Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe. Keine Gefahr für die Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 17 (2016), 16–17.
- 128) Tolmein, O.; Radbruch, L.: Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung: Balanceakt in der Palliativmedizin. Deutsches Ärzteblatt 114 (2017), B267-B270.
- 129) Traoré, J.; Schildmann, J.; Weber, M.: 90 Minuten Pflichtlehre Palliativmedizin auf Station: Lehrkonzept und qualitative Ergebnisse einer Evaluationsstudie. Zeitschrift für Palliativmedizin 13 (2012), 229–235.
- 130) Walther, C.: ...denn sie wissen – nicht? – was sie tun. hpd.de/artikel/12322, 18.07.2019.
- 131) Weber, M.; Braun, J.; Schildmann, J.: Evaluation eines Unterrichts am Krankenbett (Bedside Teaching) auf einer Palliativstation im Rahmen einer studentischen Pflichtveranstaltung. Zeitschrift für Palliativmedizin 11 (2010), Poster 116.
- 132) Wildfeuer, S.: Dozentenworkshop Q13 Palliativmedizin in Köln. Zeitschrift für Palliativmedizin 13 (2012), 11.
- 133) Wipfler, K.; Mitzkat, A.; Mahler, C.; Geist, M.; Kessler, J.; Bardenheuer, H.; Frankenhauser, S.: Entwicklung und Implementierung einer interprofessionellen Lehrereinheit im Rahmen des Querschnittsbereichs Palliativmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin 17 (2016), 1–59.
- 134) Woopen, C.: Ethikrat sieht geplante Regelung zur Sterbehilfe skeptisch. hpd.de/artikel/11913, 02.07.2019.
- 135) Wortmann, M.: "Richtig schlechte Medizin". www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/sterbehilfe_begleitung/article/931441/richtig-schlechte-medizin-aerzte-klagen-sterbehilfegesetz.html, 18.07.2019.

7 Danksagung

Ohne viele Worte gilt mein herzlicher und aufrichtiger Dank

- meiner Betreuerin Frau Prof. Dr. Brinkschulte und allen Mitarbeitern des Instituts für Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin,
- Frau Lux aus dem Institut für Biometrie und Medizinische Informatik,
- Frau Seeliger aus der Klinik für Hämatologie und Onkologie,
- allen Teilnehmern der Umfragen und des Interviews, insbesondere Herrn Prof. Dr. Lichte,
- meiner Frau Melanie,
- meiner Familie,
- meinem langjährigen treuen Wegbegleiter Enrico.

8 Ehrenerklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

„Implementierung der palliativmedizinischen Lehre an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg“

im Institut für Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin
mit Unterstützung durch Frau Prof. Dr. Eva Brinkschulte

ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, den 31.08.2019

Lisa Heberling

9 Bildungsweg

ärztliche Weiterbildung

seit 07/2016 Ärztin in Weiterbildung am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden,
Medizinische Klinik I, Abteilung für Hämatologie und Onkologie

Studium

2009 – 2016 Studium der Humanmedizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Abschluss: Staatsexamen 05/2016 (Note 2,5)

Praktisches Jahr

12/2015 - 04/2016 Innere Medizin, Hämatologie/Onkologie, Universitätsklinikum Dresden
Innere Medizin, Gastroenterologie, Universitätsklinikum Dresden

09/2015 - 12/2015 Urologie, Universitätsklinikum Magdeburg

05/2015 - 09/2015 Allgemein- und Unfallchirurgie, Spital Aarberg, Spital Netz Bern, Schweiz

schulische Laufbahn

2003 - 2009 Gymnasium Dr. Carl Hermann Schönebeck
Abschluss Abitur (Note 1,0)

2001 - 2003 Sekundarschule Bruno H. Bürgel Schönebeck

1997 - 2001 Grundschule Ludwig Schneider Schönebeck

Magdeburg, den 31.07.2019

Lisa Heberling

10 Anlagenverzeichnis

ANLAGE 1	I
ANLAGE 2	XV
ANLAGE 3	XVII
TABELLENANLAGE 1	XXIII
TABELLENANLAGE 2	XXIV
TABELLENANLAGE 3	XXV
TABELLENANLAGE 4	XXVI
TABELLENANLAGE 5	XXVII
TABELLENANLAGE 6	XXVIII
TABELLENANLAGE 7	XXIX
TABELLENANLAGE 8	XXX
TABELLENANLAGE 9	XXXI

Anlagen

Anlage 1

Experteninterview mit Prof. Lichte am 16.12.2014

Themenblock 1: allgemeine Anfänge der palliativmedizinischen Lehre in Magdeburg

I (Interviewer): Wann und wie haben Sie zum ersten Mal davon erfahren, dass die Palliativmedizin in die Approbationsordnung für Ärzte aufgenommen wird?

L (Prof. Lichte): Das müsste ca. 2009 gewesen sein. Zu dem Zeitpunkt wurde es für die Absolventen, die im Herbst 2013 ins Praktische Jahr gingen, verpflichtend gemacht. Das heißt, in Magdeburg wurde das Fach ein Jahr vor der Pflicht eingeführt.

I: Und wie haben Sie davon erfahren? Hatte es etwas mit Ihrer Rolle in den Ärztekammern zu tun?

L: Ich denke, das ging vorab über Gespräche mit Prof. Robra. Er wusste, dass ich Palliativmediziner bin und hat damals die Entscheidung mit auf den Weg gebracht, wer so eine Aufgabe übernehmen könnte.

I: Also wussten Sie zu dem Zeitpunkt bereits, dass Sie derjenige sein würden, der für unsere Fakultät das Lehrkonzept entwerfen würde?

L: Ich wurde gefragt, ob ich es mir denn vorstellen könnte, so etwas zu machen. Also habe ich mich damit beschäftigt und dann schon angenommen, dass ich es zumindest mitgestalten würde.

I: Von Frau Dr. Winkler-Stuck habe ich erfahren, dass das Studiendekanat Sie mit der Bitte kontaktiert hat, ein Konzept zu entwerfen.

L: Ja, das passt gut, denn Prof. Robra war damals der Studiendekan.

I: War das ein persönliches Gespräch oder eine E-Mail? Wie verlief der erste Kontakt?

L: Ich denke, Prof. Robra und auch Frau Dr. Winkler-Stuck haben mich persönlich angesprochen. Prof. Robra hat mich gefragt, ob ich es mir vorstellen könnte, denn ehe man jemanden vorschlägt, sollte man ihn auch fragen. Aber das ist jetzt wohl schon über vier Jahre her.

I: Wie haben Sie diese Bitte im Allgemeinen aufgenommen?

L: Als eine Herausforderung mit dem Gedanken: Wenn das tatsächlich dem Allgemeinarzt zugetraut wird, dann ist das für mich eigentlich eine gute Sache. Dann gab es ja auch die Überlegung, dass man neben dem Allgemeinarzt den spezialisierten Arzt hinzuzieht, der es auch mit Schwerstkranken zu tun hat, um den Bogen zu spannen. Vielleicht war es auch eine Notwendigkeit seitens der Universität, weil ich noch immer der einzige Ordinarius hier am Klinikum bin, der die Zusatzbezeichnung

Palliativmedizin hat, soweit ich weiß, aber das weiß ich nicht genau. Ich meine, Prof. Fischer hat sie nicht, aber einige Anästhesisten schon.

I: Waren Sie in den Jahren davor selbst jemand, der sich einen Querschnittsbereich Palliativmedizin in der Approbationsordnung gewünscht hat und haben Sie sich in irgendeiner Form dafür eingesetzt?

L: In der Ärztekammer Niedersachsen, wo ich auch einige Jahre im Vorstand war, habe ich schon aktiv in diesem Bereich mitgearbeitet. Da ging es darum, wie man die Palliativmedizin flächendeckend in ganz Niedersachsen umsetzen und die Lehre sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung auf den Weg bringen könnte. Zur Fortbildung gab es damals schon einige Veranstaltungen und auf einer der Ärztekammer Niedersachsen war ich auch dabei, um meine Zusatzqualifikation vollständig zu erwerben. Das war etwa 2004. Die niedersächsische Ärztekammer war eine der ersten, die diese Bezeichnung eingeführt hat.

I: Fanden Sie die Palliativmedizin davor gut in den anderen Fächern oder Querschnittsbereichen repräsentiert?

L: Ich habe sie im Querschnittsbereich 7 (Medizin des Alterns und des alten Menschen) und auch ein bisschen im Fach Allgemeinmedizin mitbetreut, habe diese Bereiche dann aber herausgenommen, als sich der Querschnittsbereich 13 abzeichnete.

I: Hatten Sie Ihrer Meinung nach genug Kapazitäten, also vor allem zeitliche (Sie persönlich, das Institut für Allgemeinmedizin und auch die Fakultät) für die Umsetzung des Kurses?

L: Ich denke, dass da relativ viel Eigeninitiative dabei war. Außerdem bin ich an jemanden geraten, – ich weiß eigentlich gar nicht, wie das war, – der auch großes Interesse daran hatte. Das war Frau Marianne Schneemilch, die selbst Allgemeinmedizinerin werden wollte und jetzt kurz vor der Prüfung steht. Sie hat damals gesagt, sie hätte Spaß daran, die Organisation mit auf den Weg zu bringen und eine Evaluation durchzuführen, weshalb sie auch den Fragebogen entwickelt hat. Sie war zudem das Bindeglied zu Prof. Fischer, weil sie damals Assistenzärztin in der Klinik für Hämatologie und Onkologie war. Sie und Frau Henniges haben also sehr, sehr viel mitgearbeitet und gemeinsam haben wir den Querschnittsbereich auf den Weg gebracht, das Konzept entwickelt und die anderen Dinge, die es zu beachten gab, geregelt.

I: Jetzt haben Sie schon ein bisschen dazu gesagt, aber ich würde gern noch mal genauer wissen: Wie verlief denn die Aufteilung der Organisation mit der Klinik für Hämatologie? Frau Schneemilch haben Sie ja als Koordinatorin zur Seite gestellt bekommen.

L: Frau Schneemilch war anfangs quasi von Prof. Fischer abgeordnet und hat diesen Bereich vertreten. Über sie haben wir die stationären Anteile eingebracht und ich habe mich mehr um die ambulanten bzw. außeruniversitären Anteile gekümmert. Das haben wir dann zusammengefügt und waren auch beide auf dem Dozentenworkshop anwesend. Das war der erste in Köln, soweit ich mich erinnere. Auf diesem Workshop haben wir letztendlich schon ganz viel auf den Weg gebracht und

überlegt, wie wir das machen könnten. Das war also etwa die Geburtsstunde. Frau Schneemilch hat dann Prof. Fischer informiert und ich habe ihm zwischendurch den aktuellen Stand mitgeteilt. Er war in diesem Bereich direkt, sagen wir mal, etwas weniger eingebunden als ich, vielleicht weil das Fach nicht so ein Schwerpunkt in seinem beruflichen Leben ist wie in meinem. Auch wenn er Schwerstkranke betreut, ist das trotzdem ein Unterschied, weil ich aktiv mit der Palliativmedizin arbeite.

I: Sind Sie im Allgemeinen zufrieden mit der Kommunikation zwischen der Klinik und Ihrem Institut?

L: Wenn es um die Frage ging, wie man so ein Konzept aufstellen könne, haben wir uns getroffen und solche Dinge wie die Rekrutierung der Lehrärzte zusammen besprochen. Auch die Einführungsveranstaltung für die Studierenden haben wir gemeinsam gemacht.

I: Dann noch eine letzte Frage aus diesem Block: Gab es jemals die Überlegung, an unserer Fakultät einen eigenen Lehrstuhl für Palliativmedizin einzurichten? Und wären Sie dafür, wenn es (z. B. rein finanziell) möglich wäre?

L: Wir können ja höchstens 60 W3-Professoren hier an der Universität einstellen und unterhalten. Da wäre die Palliativmedizin von den Schwerpunkten der Universität her wahrscheinlich nicht auf der ersten Wunschliste. Ich denke, da werden die Forschungsschwerpunkte vorgezogen. Und wenn man die Situation in der Palliativmedizin betrachtet, muss man sagen, dass größere Universitäten und Medizinische Fakultäten damit eigentlich erst angefangen haben. Ich glaube, es gibt jetzt ca. zehn Palliativmedizin-Lehrstühle in Deutschland. Bei uns stand das nicht im Vordergrund und soweit ich weiß, ist es im Augenblick auch nicht geplant.

I: Ich wiederhole noch einmal den zweiten Teil meiner Frage: Wären Sie dafür, wenn es die Möglichkeit gäbe?

L: Die Frage dabei ist, inwieweit die Belange aller berücksichtigt werden. Ich habe durchaus von Kollegen an anderen Standorten, wo es einen Lehrstuhl gibt, gehört, dass es dort zwar als Querschnittsbereich unterrichtet wird, sich meine Fachkollegen aber nicht eingebunden fühlen. Es ist vielleicht ein Zufall, dass das Fach hier von mir mit auf den Weg gebracht wurde und ich glaube, ich bin der Einzige, der es aus der Allgemeinmedizin heraus entwickelt hat. Aus diesem Blickwinkel würde ich sagen, ein Querschnittsbereich kann auch so – unter der Leitung mehrerer Kollegen – aufgebaut werden. Es bleibt eine Frage, ob das für einen solchen Querschnittsbereich nicht eine gute Alternative ist. Ich sage nicht „ausreichend ist“, sondern „eine gute Alternative ist“.

Themenblock 2: Erstellung eines Lehrkonzepts

I: Dann würde ich jetzt mit dem zweiten Block fortfahren. Darin geht es um die Erstellung des Lehrkonzepts. In der Fakultätsratssitzung vom 07.09.2010 wurde die Palliativmedizin in die Studienordnung aufgenommen. Gleichzeitig stellten Sie erste Überlegungen vor. Welche waren das zum Zeitpunkt 2010?

L: Der erste und wichtigste Punkt war die erste Überlegung, möglichst das Konzept der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, was in Kooperation mit der Bundesvertretung Medizinstudierender Deutschlands e.V. entwickelt wurde, zu verwirklichen und umzusetzen. Wir wollten die darin enthaltenen Punkte in etwa prozentual übernehmen. Und der zweite Punkt, meine persönliche Idee war, den palliativmedizinischen Querschnittsbereich so zu gestalten, wie auch die reale Versorgung ist, die ja hier am Universitätsklinikum bisher nie so intensiv umgesetzt wurde. Dafür habe ich mir einfach angeschaut, wer was im Klinikum macht und wer außerhalb die Versorgung übernimmt. Zu diesen Kollegen habe ich Kontakt aufgenommen und überlegt, wer die Lehre mit unterstützen könnte. Aus diesen beiden Punkten – dem durch die DGP vorgegebenen Curriculum und den realen Versorgungsmöglichkeiten in Magdeburg – ist dann das Konzept entstanden. Diese Dinge haben wir zusammengefügt und man kann sehen, dass die Elemente, die auch jetzt noch in der Struktur vorhanden sind, durch alle Dozenten, die wir gewonnen haben, ganz gut aufbereitet werden konnten.

I: Ein erstes schlüssiges Lehrkonzept haben Sie vorgestellt in der Lehrkommission am 09.05.2011, gemeinsam mit Prof. Fischer. (L: Ja.) Und zuvor hatten Sie im April, also einen Monat vorher, an einem Dozentenworkshop in Köln teilgenommen. (L: Ja.) Vielleicht könnten Sie mir dazu noch etwas erzählen: Welche Eindrücke haben Sie von dort mitgenommen?

L: Die ersten Workshops fanden zeitlich in dichter Folge statt, weil klar war, dass man jetzt eigentlich relativ schnell starten müsse. Da war der Austausch zwischen den Fakultäten natürlich auch wichtig. Eindrucksvoll für mich war, dass ein Dreiviertel aller deutschen Medizinischen Fakultäten vertreten war, freiwillig! Da kamen natürlich sehr viele Ideen auf, die alle ganz individuell auf die konkreten Landschaften der Universitäten angepasst waren. Wenn ein Lehrstuhl vorhanden war, war klar, dass der Lehrstuhlinhaber die Sache in die Hand genommen und seine Strukturen vorgestellt hat. Es wurden immer viele Modelle präsentiert. Auch wir haben das Modell Magdeburg unter dem Aspekt der vorhandenen Versorgung, die wir als Vorbild und als Möglichkeit, die Lehre umzusetzen, nutzen wollten, vorgestellt. Da haben wir eigentlich viel positive Rückmeldung erhalten, weil es ein bisschen abgewichen ist von anderen Modellen. Das hat uns auch bestärkt, das Konzept weiter so zu verfolgen. Ich glaube, zu diesem Zeitpunkt auf dem zweiten Workshop habe ich Frau Schneemilch erst kennengelernt. Nach den Präsentationen konnte man auf dem Workshop schon einmal die Vor- und Nachteile diskutieren und aus einem groben Klotz etwas Erkennbares formen, was vielleicht noch ein Diamant wird. Das war der entscheidende Schritt vor der Vorstellung in der Lehrkommission einen Monat später. Der grobe Abriss der Vorlesungsthemen passte auch sehr gut in die Vorgaben der DGP. Daraus wollten wir außerdem eine Seminarstruktur entwickeln und Interdisziplinarität hineinbringen. Neu war zum Beispiel, dass wir von Anfang an Hospizmitarbeiter und sogar auch Altenheime mit einbinden wollten, also die Palliative-Care-Kräfte, die teilweise auch bis heute vertreten sind.

Themenblock 3: Teilnahme an deutschlandweiten Dozentenworkshops

I: Dann würde ich Sie jetzt gern noch einmal ein bisschen konkreter zu den Dozentenworkshops befragen. Was können Sie mir darüber erzählen?

L: Es war auf jeden Fall eine erste Idee, einmal alle Dozenten einzuladen für so einen neuen Bereich. In München war der damalige Lehrstuhlinhaber, Prof. Borasio, federführend und hat auch selbst einige kleine Lehreinheiten angeboten. Das war sehr spannend. Da habe ich dann etwas für unsere Seminare „geklaut“ – aber er hat uns dazu aufgefordert, indem er sagte: ‚Machen Sie doch Folgendes: Besorgen Sie sich ein paar Bilder und lassen Sie die Menschen davon eines aussuchen und dann sollen sie zu jedem Bild etwas sagen, das mit Palliativmedizin zu tun hat.‘ Das habe ich hier in Magdeburg in die Spiritualität eingebaut. Durch die Teilnahme an den Untereinheiten von 45-90min haben wir letztendlich in den Workshops selbst viel gelernt, neben der Theorie auch etwas zur Entwicklung in den einzelnen Bundesländern bzw. Universitäten. Die Entwicklung an der eigenen Fakultät wurde in der Regel auch abgefragt und in intensiven Pausengesprächen ausgetauscht. Da die Workshops in der Regel zweitägig stattgefunden haben, sind dann doch recht enge Beziehungen entstanden. Am Anfang wurden vor allem die Themen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin abgearbeitet, die auch im Curriculum enthalten sind. Später wurde auch die Pflege stark repräsentiert als nichtärztliche interdisziplinäre Einheit. Beispielsweise hat eine Lehrschwester eine Rolle Toilettenpapier auf den Tisch gelegt und dazu aufgefordert, jeder möge sich so viel Papier abreißen, wie er für seine nächste Sitzung braucht, um darzustellen, wie die Intimität in der Palliativsituation im Krankenhaus aufgelöst wird. Oder: ‚Wir kommen jetzt hier vier Stunden nicht heraus. Jeder von Ihnen kann sich eine Inkontinenzvorlage anlegen, damit keiner gestört wird, wenn Sie zur Toilette müssen.‘ Solche praktischen Dinge wurden immer wieder vorgetragen und waren schon ganz provokant. Das war also sehr ergiebig. Auch Vorschläge zu Filmen und Material für die Studenten wurden gemacht.

I: Wird es die Workshops in Zukunft auch weiter geben?

L: Soweit ich weiß, ja. Nächstes Jahr ist es auf jeden Fall geplant, aber ich weiß nicht, wo. Ich werde auch versuchen, unbedingt wieder hinzugehen, egal wie sich die Situation hier entwickelt. Wenn sich natürlich eine Veränderung ergeben sollte, dass ich aus irgendeinem Grund gar nichts mehr mit der Lehre zu tun hätte, dann würde ich es nicht unbedingt machen. Also, bei dem ersten bis fünften war ich dabei und wurde auch finanziell von der Universität unterstützt, nur 2014 habe ich es wegen des Allgemeinmedizin-Kongresses nicht geschafft.

Themenblock 4: Aufbau einer quergeschnittenen Lehre

I: Der nächste Block bezieht sich auf den Aufbau einer quergeschnittenen Lehre. Bei der Erarbeitung des Lehrkonzepts war es ja eine wichtige Aufgabe, andere Dozenten der verschiedenen Kliniken/Institute und Einrichtungen für die palliativmedizinische Lehre zu gewinnen. Wie haben Sie genau Ihre Auswahl getroffen, wen Sie da ansprechen?

L: Ich habe das zunächst nicht direktiv von mir aus gemacht, sondern habe mit Hilfe des Studiendekanats eine Umfrage gemacht, wer Interesse hätte. Wir haben erst einmal ganz offen gefragt, wer mitmachen würde und bei wem das ins Gebiet passen könnte. Da kamen letztendlich genau die Fächer, die jetzt auch beteiligt sind, also die, die mit bösartigen Geschwülsten zu tun haben, und natürlich auch die Anästhesie, weniger die konservativen Fächer. Also namentlich die Gastroenterologie, die Onkologie, die Chirurgie, die Urologie und die Gynäkologie zum Beispiel. Daraus habe ich eine Umfrage gemacht, wer an einer ersten Ringvorlesungsserie als Probelauf im Wintersemester 2011/2012 teilnehmen würde. Dafür habe ich Themenvorschläge gemacht und wir konnten eigentlich ein volles Programm aus zwölf Vorlesungen anbieten. Davon waren neun oder zehn Dozenten aus der Universität, aber auch damals waren schon das Hospiz und die Geistlichen dabei. Aus den Besuchern und Interessierten wurde dann die Dozentenlandschaft etwas erweitert. So konnte man für diese Querschnittsidee Palliativmedizin Menschen gewinnen. Zugleich habe ich mit Frau Schneemilch über die Kassenärztliche Vereinigung und über mir bekannte Institutionen weitere mögliche Lehrkräfte besucht und gefragt, ob sie mitmachen würden. So zum Beispiel Mitarbeiter der Palliativstation und des Hospizes in den Pfeifferschen Stiftungen, Frau Dr. Blümel und Frau Ambrosch, die ich zum Teil schon aus meiner Arbeit im Querschnittsbereich Alter Mensch kannte. Am schwierigsten war es im Altenheim, jemanden zu motivieren. Dort waren die Pflegekräfte zunächst der Meinung, sie könnten das nicht. Aber natürlich können die das! Ich habe ihnen erzählt, wie ich das in dem von mir betreuten Altenheim mache und dann hatten sie auch Interesse daran.

I: Also würden Sie sagen, die Resonanz war im Allgemeinen positiv und oft auch Eigeninitiative, da mitzuwirken?

L: Man könnte sagen, die Resonanz von den relativ wenigen, die sich dafür interessiert haben und die auch bei der Probevorlesung waren, war eigentlich positiv. Aber es war nicht unbedingt so, dass alle gesagt hätten, sie bräuchten die Palliativmedizin unbedingt. Es war auch nicht der Fall, dass im Vorlesungssaal jemals 100 Leute gewesen wären, vielleicht waren im Schnitt zehn bis 20 Zuhörer anwesend. Das waren vor allem Studierende aus dem 5. und 6. Studienjahr, aber das hat mich nicht extrem entmutigt, weil ich gedacht habe, es müsste eben erst einmal in Fahrt kommen.

I: War es generell schwierig, die Hospitationsstätten zu finden? Also haben Sie viel mehr angefragt, als Sie am Ende gewinnen konnten?

L: Da war ich eigentlich erstaunt. Wir haben vorab die Recherche per Telefon oder mit einem kurzen Anschreiben gemacht. Da hat Frau Henniges, die ja sehr erfahren darin ist, Ausbildungsstätten zu finden, sehr gute Vorarbeit geleistet. Es war wichtig, gerade zu denen einen Draht herzustellen, die außerhalb sind, weil da auch Berührungspunkte bestanden, jetzt plötzlich mit der Universität zusammenzuarbeiten, denn das war neu. So haben wir dann wie gesagt Hospiz, Palliativstationen und Palliativpraxen gewonnen. Und in der Universität haben wir in der Regel Poliklinik-Sprechstunden genutzt, z. B. in der Dermatologie oder in der Gastroenterologie.

I: Sie haben es eben schon angesprochen: Es gab eine Ringvorlesung im Wintersemester 2011/2012.

War das sozusagen der Probelauf?

L: Ja, das war eine Art Probelauf, um zu gucken, wie solche Vorlesungen aufgebaut werden können und wer welche Themen übernimmt. In diesen Probevorlesungen hat man auch gesehen, inwieweit Überschneidungen da sind, und hat versucht, im persönlichen Gespräch auf zu starke Redundanzen hinzuweisen. Manche Themen dürfen ruhig redundant sein, aber natürlich gibt es so ein paar Basisinformationen, die jeder meint, noch einmal bringen zu müssen. Wir haben erfahren, dass das manchmal für die Studierenden langweilig war, nicht verstärkend. Wir wollten also noch ein wenig restriktiv vorgehen und festlegen, worüber gar nicht mehr gesprochen werden muss. Das gelang nicht konsequent und die Eckpfeiler wurden eigentlich immer wieder eingesetzt, nur überall ein bisschen anders beleuchtet. Spannend ist aber auch, dass jeder Dozent einen anderen Blickwinkel hat, den er mit einbringt.

I: Also habe ich das richtig verstanden, dass diese Vorlesung nicht nur für Studenten sein sollte, sondern auch für die Lehrkräfte, die sich gegenseitig anhören konnten?

L: Die Probevorlesung war auf jeden Fall auch für die niedergelassenen Ärzte geöffnet, die hatten wir auch eingeladen. Ich weiß nicht, ob es an dem Tag lag, aber die Resonanz war sehr, sehr klein. Allgemein ist das Fach auch am Anfang deswegen „sehr schlecht“ angelaufen, weil man auch noch mit der eigenen Betroffenheit umzugehen lernen musste. Ich denke, das spielte oft eine Rolle.

B (Frau Prof. Brinkschulte): Gut, es war aber auch wirklich geplant, dass die Dozenten sich bei der Ringvorlesung anhören, was die Kollegen in ihrem Bereich vorstellen, um dadurch Redundanzen zu vermeiden.

L: Es sollte zudem eine gewisse Übung sein, wie man letztendlich so eine Vorlesung, die interdisziplinär/multiprofessionell ablaufen soll, auch interessant gestalten und mit den anderen abstimmen kann.

I: Haben Sie daraufhin dann noch etwas abstimmen können?

L: Ja, da konnte man noch Einiges abstimmen, vor allem als nach der Ringvorlesung daraus der endgültige Plan wurde, den wir bei der ersten Besprechung den eingeladenen Dozenten vorgestellt haben. Wir hatten damals ca. 40-45 Dozenten für die erste Veranstaltung eingeladen, von denen ungefähr 30 gekommen sind. Da saßen wir alle zusammen an einem Tisch, das war sehr kommunikativ. Da wurde dann im Einzelgespräch und auch in der Runde bei der Themenvorgabe gefragt, wer was machen würde und ob es noch andere Wünsche gäbe. Da hat dann zum Beispiel Prof. Lippert gesagt, dass seine Klinik auch eine Vorlesung machen würde. Das passte ganz gut und diese Vorlesung war eigentlich dann auch sehr spannend. Das hat das Ganze durchaus noch belebt.

Themenblock 5: Auswertung und Rückmeldung nach Durchführung der ersten Kurse

I: Dann würde ich zum nächsten Block kommen. Darin geht es um die Auswertung und Rückmeldung bezüglich des Kurses. Die erste Frage: Bekommen Sie regelmäßig Rückmeldung von den Dozenten und den Hospitationspartnern und wenn ja, welche?

L: Wir haben das eigentlich nur ganz persönlich gemacht, das heißt, die Dozenten außerhalb der Universität haben wir nach dem ersten Durchgang besucht und gefragt, wie Sie das Ganze erlebt haben. Außerdem haben wir uns bedankt mit einer Urkunde und einem Blumenstrauß. Es war ganz spannend zu sehen, wer sich in der Rolle wohl gefühlt hat und wo selbst Mängel festgestellt wurden. Also gab es das persönliche Gespräch, aber auch telefonische Rückmeldungen, zum Beispiel zu organisatorischen Mängeln. Wir hatten überlegt, ob wir eine konkrete Befragung mit einem Fragebogen machen sollten. Wir haben es nicht gemacht, das könnte man aber noch tun, weil sich die Dozenten im Prinzip gar nicht so stark verändert haben. Ich schätze, 70% der Dozenten, die 2012 dabei waren, sind auch 2014 noch beteiligt gewesen. Vielleicht ist das sogar ganz spannend, zu fragen, was sich in der Zeit verändert hat. Aber in den Rückmeldungen kamen natürlich hauptsächlich organisatorische Dinge zur Sprache, inhaltliche eigentlich relativ wenig. Es wurde zum Beispiel gesagt, dass die Vorlesung nicht gut genug besucht sei und deswegen im Seminar Themen aufgearbeitet werden mussten, die eigentlich schon in der Vorlesung besprochen wurden. Das Problem ist natürlich auch, dass Vorlesungen und Seminare parallel in einem Semester ablaufen. Man könnte den Aufbau verändern und die Einheiten versetzt machen, also Vorlesungen ein Semester eher. Das haben wir zwar überlegt, aber es ist momentan nicht umsetzbar. Es wäre aber ein guter Weg, das so zu verändern, finde ich.

I: Gut, über die Evaluation durch die Studenten haben wir ja schon gesprochen. Vielleicht können Sie nur noch einmal zusammenfassend ein paar Sätze dazu sagen.

L: Interessant war, dass die Seminargruppen stellenweise mit sehr unterschiedlichem Engagement teilgenommen haben. Manche fanden das Fach einfach überflüssig, andere sehr spannend. Einige Gruppen waren eher kritisch, andere haben sich sehr eingebracht. Diese allgemeine Rückmeldung hat man mitbekommen und natürlich konnte man das auch mit der eigenen Erfahrung einschätzen. Ich habe relativ viele Seminare zum Thema Kommunikation gemacht. Da wollte ich ein gewisses Konzept/eine Basis noch einmal einbringen. Heute würde man das wohl ‚Impulsreferat‘ nennen, das heißt, ich habe höchstens 20 min einen Einstieg gegeben und dann die Studierenden an Fallbeispielen mitarbeiten lassen. Am Anfang einer Veranstaltung habe ich auch oft gefragt: ‚Haben Sie selbst ein Erlebnis, über das Sie reden können?‘ Das war manchmal gar nicht so einfach, wenn es nicht so lange her war, weil die eigene Betroffenheit sehr stark war. Wenn zum Beispiel die Großmutter erst kürzlich gestorben ist, habe ich schon gemerkt, dass das unter Umständen schwierig wird. Die anderen mussten dann damit leben, dass auch mal ein paar Tränen geflossen sind und sie haben das größtenteils ganz gut durchgestanden. Das war eigentlich die Erfahrung, die jeder Dozent selbst gemacht hat. Viele haben ja nur in bestimmten Blöcken mitgearbeitet, ich vor allem in Kommunikation

und Spiritualität. Aus meiner Psychotherapie-Weiterbildung passte da Einiges gut hinein. Die meisten Studenten fanden es zum Beispiel ganz gut, sich mit einem Bild auseinanderzusetzen und dazu eine kurze These zu entwickeln, wie es mit spirituellen Gedanken im Rahmen der Sterbebegleitung zusammenhängen könnte. Von der Evaluation weiß ich noch, dass die Hospitationen im Großen und Ganzen am besten bewertet und davon mehr gewünscht wurden. Außerdem wurden die Seminare zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle positiv bewertet und Themen wie die Spiritualität eher nicht so begeistert angenommen. Ich hatte den Eindruck, dass die Seminare ein bisschen besser angenommen wurden, wenn man sie interaktiv mit Fallbeispielen gestaltet und keine Ersatzvorlesung daraus gemacht hat. Und bei den Vorlesungen war das Urteil stellenweise vernichtend, die waren nie ein Hype.

I: Wann und wie oft fanden die großen Treffen zwischen allen Lehrbeteiligten statt?

L: Die waren immer zu Jahresbeginn vor dem Sommersemester, also von Januar bis März. Im ersten Jahr hatten wir drei Veranstaltungen, im zweiten Jahr zwei und 2014 war es nur noch eine, die Herr Dr. Heidel geleitet hat.

I: Jeweils nur vor dem Kurs?

L: Ja, nur vor dem Kurs. Danach gab es keine Veranstaltung mehr, das ist ein bisschen schade, muss man zugeben. Vielleicht könnte man das nach dem nächsten Sommersemester doch noch einmal machen. Nach dem ersten Durchgang gab es noch eine Sitzung, da waren aber nicht so viele Kollegen anwesend.

Themenblock 6: Zusammenfassung: persönliche Meinung und Zukunftsperspektive

I: Dann würde ich jetzt zum letzten Block kommen, der einfach noch ein paar zusammenfassende und persönliche Fragen beinhaltet. Hätte man Ihrer Meinung nach rückblickend eher mit dem Implementierungsprozess in Magdeburg anfangen sollen?

L: Dieser Prozess war ein sehr, sehr schneller in der Approbationsordnung, der noch im Gange war, als schon der erste Durchgang hier in Magdeburg lief, der von der Approbationsordnung her ja noch nicht unbedingt verpflichtend gewesen ist. Die Universität hat es aber schon verpflichtend gemacht und ich denke, dass er eigentlich eine recht gute Qualität hatte, wie auch die Evaluation gezeigt hat. Recht gut bedeutet eine Bewertung zwischen 2 und 3 in Schulnoten. Man hat aber auch sehr deutlich gemerkt, besonders in den Seminaren, dass es viele Berührungängste gab, weil es ein Thema war, was noch nicht ganz im Alltag der Studierenden etabliert war und weil es ganz viel um Einstellungen und Haltungen ging. Ich denke, eine gute Hilfe, die den ganzen Prozess verkürzen konnte, waren letztendlich die Dozentenworkshops, die ich sehr intensiv eingebracht habe und die durch die Diskussion in der Gruppe gute Ideen im Vorfeld geliefert haben. Dadurch konnte die wenige Zeit gut kompensiert werden. Das war eine Möglichkeit, die man bisher in anderen Lehrveranstaltungen weniger hatte. Man könnte rückblickend immer sagen, man hätte zu wenig Zeit gehabt, aber das

würde ich in diesem Fall nicht unbedingt tun. Die Kooperation war sehr, sehr gut. Die Kollegen haben da toll mitgemacht. Es waren zum Schluss fast 65 Dozenten. Die zu koordinieren, war nicht immer ganz einfach, hat aber eigentlich Freude gemacht.

I: Also kann ich das richtig feststellen, dass Sie im Großen und Ganzen zufrieden mit der Umsetzung des Kurses sind?

L: Ich denke, die Idee eines Querschnittsbereiches müsste ganz gut abgebildet worden sein. Die Umsetzung war gut, wenn man von der Klausur absieht, bei der es technische Probleme gab, was dem Querschnittsbereich zum Schluss noch einen negativen Stempel verliehen hat. Das war schade. Das liegt meines Erachtens auch daran, dass so ein Querschnittsbereich eigentlich nicht mit einer MC-Klausur abgebildet werden kann. Darüber haben wir viel diskutiert und das haben auch viele Studierende im persönlichen Gespräch gesagt. Ich glaube, dass man mit jeder Arbeit zufrieden ist, kann man nicht sagen. Es steckte natürlich ganz, ganz viel Arbeit dahinter und ich habe auch bewusst aus dem Institut wirklich nur Freiwillige eingebunden, weil mir das sonst vielleicht auch negativ ausgelegt worden wäre. Es ist natürlich schon so, dass es sicher mehr oder weniger berechtigte Kritikpunkte gab, gar nicht so bei der Planung, denn wir haben uns ja an das Curriculum angelehnt, nur vielleicht wie es dann umgesetzt wurde. Ich denke, dass so etwas wachsen muss. Nach dem ersten Durchgang hatte ich die Rückmeldung, dass einige festgestellt haben, dass es gar nicht so einfach ist, einen kompakten Querschnittsbereich anzubieten, der nicht einfach nur aus zwölf Vorlesungen besteht. Es war ganz gut, dass man hinterher gesagt hat, was man verbessern könnte. Da wäre die Evaluation vielleicht schon noch interessant gewesen. Das würde ich jetzt im Rückblick noch deutlicher sehen.

I: Und kommt der Palliativmedizin somit ein angemessenes Maß an Aufmerksamkeit im Medizinstudium zu?

L: Man kann natürlich jetzt zunächst bei der Kritik anfangen, dass es zu wenig Praxis im Sinne von Hospitationen gegeben hat und dass Vorlesungen von vielen gar nicht mehr genutzt werden und stattdessen neue Formate gefordert werden, die eventuell auch elektronische Medien als Lehrstoffe nutzen. Filmmaterial und Ähnliches wurde bei den Dozentenworkshops auch angeboten. Man könnte statt Vorlesungen so etwas ins Netz stellen, denn die Diskussion in den Vorlesungen war ja sehr oberflächlich. Für solche Formate bietet sich das Fach ganz gut an. Die Hospitation stellt eine 1:1:1-Lehre dar, das heißt ein Student, ein Lehrer und ein Patient. Das ist, glaube ich, schon ein ganz gutes Format. Das trifft auch für Seminare mit ca. 20 Studierenden zu, wenn wirklich alle ernsthaft mitdiskutieren. Dann bringt so ein Gruppenprozess auch eine Menge. Wie gesagt, die Vorlesungen durch etwas anderes zu ersetzen, wäre genauso gut oder vielleicht sogar besser.

I: Damit haben Sie eigentlich meine Frage, was Sie noch ändern würden, schon beantwortet. Ist dem noch was hinzuzufügen?

L: Ich denke, man muss aktuell bleiben: Wenn sich in der Versorgung etwas ändert, muss man das berücksichtigen. Dann könnte man noch ein Skript in elektronischer Form ausarbeiten und anbieten, was nicht wenig Arbeit wäre und deshalb wohl auch nicht von den Dozentenworkshop-Teilnehmern auf den Weg gebracht wurde. So konnte man lediglich die zur Verfügung stehenden Lehrbücher gut nutzen. Das „Basiswissen Palliativmedizin“ von Schnell/Schulz gibt es elektronisch in der Bibliothek, danach haben wir uns sehr gerichtet, das ist ein gutes Buch mit einer schönen Systematik. Wir mussten aber auch die Vorlesung als Voraussetzung mit angeben, weil es bis jetzt so einen Pflichtanteil an Vorlesungen gibt. Die Hospitationen zu organisieren, ist wahnsinnig viel Arbeit und die Studierenden müssen dafür teilweise ein bisschen weiter fahren, zum Beispiel nach Lostau. Dabei fand ich es eigentlich sehr gut, dass eine elektronische Eintragung und Buchung für Seminare und Hospitationen möglich war. Das hat gut geklappt und wir hatten positive Rückmeldungen. Also, ich kann es jetzt nicht so darstellen, dass wir alles toll gemacht hätten. Ich kann nur sagen, dass sich auch meine beiden Mitarbeiterinnen mit ganz viel Engagement reingehängt haben und in den Jahren 2012 und 2013 einen Grundstock gesetzt haben. Frau Henniges hat sich auch im letzten Jahr, als ich wegen meines Forschungssemesters nicht teilgenommen habe, mit Frau Seeliger und Herrn Dr. Heidel, die das dann übernommen haben, sehr intensiv ausgetauscht.

I: Was ist Ihr persönliches Fazit aus der Arbeit am Querschnittsbereich 13?

Es hat es mich natürlich auch verändert, indem ich gelernt habe, dass es schwierig ist, viele Dozenten unter einen Hut zu bekommen und die Universitätsstrukturen in manchen nicht so gelungenen Dingen noch intimer kennenzulernen. Für meine persönliche Arbeit kann ich feststellen, dass ich die Palliativmedizin auch weiterhin intensiv mit einbinden will. Ich bin jetzt auch im Palliativstützpunkt bei mir in der Heimat als stellvertretender Vorsitzender an der Organisation beteiligt. Ich habe im Augenblick 70 volle Dienste im Jahr in der Palliativmedizin. Das ist schon eine Veränderung für mich und hat auch mein Berufsleben noch ein bisschen abgerundet, weil es meiner Meinung nach für unser Fach unbedingt dazu gehört. Deswegen finde ich es auch so wichtig, dass die Palliativmedizin von allen Bereichen im klassischen Sinne eines Querschnitts angeboten wird. Diese Meinung habe ich auf den Dozentenworkshops intensiv, manchmal vielleicht auch fanatisch vertreten. Und demnächst will ich auf jeden Fall mitwirken bei der Gründung der Arbeitsgruppe „ambulante Versorgung“ in der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, weil die ambulante Versorgung so enorm wichtig ist. Im Rahmen meiner normalen Arbeit habe ich sie in meinen 30 praktischen Jahren schon sehr intensiv betrieben, das hat mich sicher ein bisschen geprägt.

I: Der letzte Durchlauf wurde wie gesagt vor allem durch die Klinik für Hämatologie und Onkologie organisiert. Wie verlief die Übergabe?

L: Wir haben uns im Januar 2014 hier getroffen. Das waren Herr Dr. Heidel, Prof. Fischer, Frau Seeliger, Frau Henniges und ich. Wir haben die Dinge, die wir organisatorisch mehr oder weniger allein übernommen hatten, letztendlich abgegeben wegen meines Forschungssemesters. Da haben wir

eineinhalb Stunden hier zusammengesessen, nachdem vorab die Informationsmaterialien ausgetauscht wurden, also die Pläne und Präsentationen für die Studierenden, die wir in den Jahren zuvor entwickelt hatten. Ich habe das dann elektronisch dargestellt und wir haben es gemeinsam diskutiert und übergeben. Ich kann jetzt nicht sagen, dass da etwas Besonderes dabei war. Ich hatte ja im Prinzip für das Sommersemester andere Dinge geplant und mich aus internen Gründen zurückgezogen. Jetzt gucken wir halt mal, wie es weitergeht. Ich habe noch keine Rücksprache mit dem Studiendekanat gehalten und weiß daher nicht, wie es geplant ist. Ich bin im Prinzip bereit, wieder mitzuarbeiten oder das weiter zu organisieren, das müssen wir jetzt noch abstimmen. Es hat mich gefreut, dass die Organisation, die ja erst bei uns lag, in diesem Jahr komplett von PD Heidel übernommen wurde und ich glaube, die Elemente haben auch genauso stattgefunden. Nur die Klausur war anders, in Papierform, glaube ich, da habe ich mich aber auf keinen Fall eingemischt, sondern eher zurückgenommen.

I: Meine letzte Frage wäre eigentlich, wie es in Zukunft weitergehen wird. Aber sie haben ja schon gesagt, dass es jetzt erst abgestimmt wird.

L: Dazu habe ich jetzt noch nichts gehört. Ich bin nach wie vor an der Uni auf meinem Lehrstuhl und muss jetzt noch einmal mit den Kollegen sprechen. Ich habe zunächst abgewartet, ob es irgendwelche Ideen von den Kollegen gibt. Aber da habe ich noch nichts gehört, auch nicht vom Studiendekan. Ich denke, spätestens in der Lehrkommission im Januar wird darüber diskutiert werden. Es ist viel Arbeit, aber ich denke, es ist wichtig, dass man die Arbeit klar aufteilt. Was ich mir vorstellen könnte, um die Arbeit auf mehrere Säulen zu stützen, ist eine Aufteilung der Organisation, dass zum Beispiel die Klinik für Hämatologie und Onkologie sich intensiv um die inneruniversitären Strukturen und Dozenten kümmert und ich die außeruniversitären übernehme. Das ist ja eh mein Spagat, den ich im Leben und auch im Lehrstuhl mache. Es ist auch wichtig, die Fachkompetenz mit einzubringen. Deswegen bin ich ein bisschen traurig, dass der Herr Dr. Heidel noch nicht die Zusatzweiterbildung in Palliativmedizin gemacht hat, soweit ich weiß. Aber das müsste er eigentlich, wenn er weiterkommen will. Das ist ja schon wichtig. Die Weiterbildung ist zwar relativ aufwendig, aber man lernt eine Menge. Ich würde schon sagen, dass sich diejenigen, die das Fach organisieren, damit intensiv auseinandergesetzt haben sollten. So, das ist meine etwas abwartende Haltung und wenn wir da, vielleicht nicht vom Konzept, aber von der Aufteilung her etwas verändern, bin ich dazu bereit. Vielleicht könnten wir das Fach intensivieren, indem wir uns die Arbeit teilen und uns nicht einfach nur abwechseln. Das wäre eine ganz interessante Innovation.

B: Ich würde auch gern noch etwas ergänzen im Hinblick auf eventuelle Veränderungen. Wir haben für den Bereich Geschichte und Ethik fallorientiert gearbeitet, was ein bisschen schwierig war in der Kombination mit den Rechtsmedizinern, weil die sich zwar auch auf diesen Fall geeinigt, aber nicht wirklich eingelassen haben. Und auch aus Ihren Erzählungen, die ich sehr eingängig fand, stellt sich die Frage, ob man nicht vielleicht so etwas wie dieses Modell des Dozentenworkshops für die

lehrenden Dozenten in diesem Querschnittsbereich übernehmen sollte. Man könnte einen Austausch pflegen, wie die anderen ihr Thema angehen und mit wem man es aufteilen könnte. Man könnte Erfahrungen austauschen und eine Transparenz für die anderen Fachinhalte schaffen.

L: Diesbezüglich hatten wir die Dozenten gebeten, ein paar Folien mit ihren Inhalten zur Verfügung zu stellen, aber da war natürlich nicht alles drin. Für so einen Dozentenworkshop müsste man letztendlich einen Samstagvormittag nehmen. Das kann man ja machen. Aber es ist dann halt so, dass da im Prinzip immer nur die Aktiven kommen. Man muss natürlich dazu motivieren. Aber das wäre sicher eine gute Idee, so ein Workshop. Das fand ich für mich eigentlich auch gut, gerade als Anderseinsteiger in die Lehre. Den Austausch, den man sonst eigentlich überhaupt nicht hat, über so einen Dozentenworkshop zu erreichen, hatte Pilotcharakter. Frau PD Schiessl, die da sehr engagiert mitgemacht hat, hat das richtig toll organisiert. Sie ist eine sehr eindrucksvolle Persönlichkeit. Auch ein paar andere Aktive waren dabei, zum Beispiel Herr Nauck und Herr Radbruch, der jetzt auch DGP-Chef ist. Jedenfalls könnte man das hier prinzipiell auch machen, aber ich glaube, die Kollegen sehen das als nicht ganz so wichtig an. Wenn ich beispielsweise an die letzte Fakultätsratssitzung denke, frage ich mich manchmal, ob wir hier an einer Medizinischen Fakultät sind oder an einer biochemischen oder immunologischen, das sei mir verziehen. Ich arbeite halt nur mit Menschen zusammen und davon lebt meine Lehre.

B: Bezüglich der Dozentenworkshops könnte man in die Befragung einbauen, ob Interesse bestehen würde und die Kollegen das wichtig fänden. Sicherlich wäre das irgendwie erst einmal ein Aufwand, aber ich glaube, dass jetzt die Kollegen nach drei Durchgängen ihre Erfahrungen gemacht haben und da doch an einem Austausch interessiert sind, anders als nach dem ersten Durchgang.

L: Ich könnte mir vorstellen, dass man es jetzt vor dem nächsten Durchgang ankündigt und vielleicht für nach dem fünften Durchgang plant. Die Dozentenworkshops haben ja auch eine Menge an Materialien auf den Weg gebracht. Wenn ich bei jemandem der Kollegen anrufe, dann kriege ich auch einen Film und alle Folien. Ich habe natürlich auch selbst etwas eingebracht, es ist ein Geben und Nehmen. Das ist auch für Magdeburg eine neue und gute Idee. Aber ich hatte halt den Eindruck, dass dafür bisher fast kein Raum vorhanden war. Dabei wäre es so wichtig! Ich denke, dass Palliativmedizin leicht so abgetan wird, als könnte man sie aus dem Bauch heraus anwenden. Es wird leicht verwechselt: Einige sagen, sie wüssten doch, wie man Schmerzmittel einsetzt und Atemnot behandelt. Aber dass das in Kombination mit einem schwerstkranken, sterbenden Menschen ganz anders zu leisten ist, stellt sich erst in dieser Komplexität heraus, wenn eine Kombination mehrerer Ebenen etwas Neues produziert.

B: Das ist natürlich auch ein Grund, warum man das Spirituelle erst einmal von sich wegschiebt.

L: Das ist ganz gefährlich, wenn man die Spiritualität bis spät im Verlauf außen vor lässt! Ich habe die Hilflosigkeit gegenüber Sterbenden im Krankenhaus erlebt, als man noch dachte, man müsste das Sterben still und heimlich bewältigen. Man hat mich als Landarzt aus der Klinik angerufen und

gefragt, ob man den Patienten zum Sterben nach Hause schicken dürfte. Ich habe also individuell in der Praxis ein Betreuungskonzept entwickelt, noch bevor es die Zusatzbezeichnung gab, die ich dann auch als einer der Ersten 2007 erlangt habe. Es war einfach schön und hat Freude gebracht, weil es eine Menge mit dem Arztsein im klassischen Sinne zu tun hat. Auch die Psychotherapie und Trauerarbeit mit einzubringen, war sehr spannend. Insofern habe ich wahrscheinlich in meinem Leben den Allgemeinarzt bei mir gebastelt, wie ich ihn mir idealerweise vorstelle, den es aber so gar nicht mehr gibt. Das Einzige, was ich nicht gemacht habe, war, Kinder zu Hause auf die Welt zu bringen. (lacht) Dann gab es noch den Schnitt zur Rettungsmedizin, die ich in der Klinik auch betrieben habe. Dabei konnte ich lernen, wo das Retten aufhört, wo das Kurative zu Ende ist und wo man es nicht genau weiß. Ja, das sind so meine Erfahrungen – ein bisschen Lebensgeschichte war jetzt auch dabei.

B: Ja, vielen, vielen Dank.

I: Von mir auch herzlichen Dank, es war sehr interessant.

L: Gern, das war für mich auch ganz spannend. Es war auch eine interessante Hilfe für mich selbst, eine Standortbestimmung sozusagen: Wie sehe ich das eigentlich, wenn ich konkret gefragt werde?

Anlage 2

Studentische Umfrage Palliativmedizin

Umfrage Palliativmedizin (QB 13) – Sommersemester 2014

Liebe Kommilitonen und Kommilitoninnen,
meine Dissertation beschäftigt sich mit der Ausbildung im Fach Palliativmedizin. Um die Lehre weiter zu verbessern, bitte ich euch, den Lehrverantwortlichen des Faches und mir über die einzelnen Ausbildungsbereiche und eure Bewertung der Palliativmedizin eine Rückmeldung zu geben.
Vielen Dank!
Lisa Wolf (betreut von PD Dr. Gross, PD Dr. Heidel, Fr. Seeliger)

Vorlesung

Bitte bewertet alle Vorlesungen, die ihr besucht habt, mit Schulnoten.

1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=ausreichend, 5=mangelhaft

- | | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| 1. Einführung – KHAE
(Heidel) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| 2. Psychoonkologie – KHAE
(Köhler) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| 3. Rechtsfragen, Sterbehilfe
(Heide (Halle)) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| 4. Geschichte und Ethik
(Dross) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| 5. „Auch Kinder müssen sterben“
(Aumann, Enke) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| 6. Integration onkologischer Therapie
(Kahl) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| 7. Symptomkontrolle – KGHI, KCHI
(Schütte, Stöbe) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| 8. Symptomkontrolle – KHAE
(Lipka (Heidelberg)) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| 9. terminale Herzinsuffizienz – KKR
(Said) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| 10. Demenz, ALS – KNEU
(Vielhaber) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| 11. Strahlentherapie – KSTRA
(Woerdhoff) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| 12. Palliative Schmerztherapie – KAIT
(Brinkers) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| 13. „Zu Hause sterben“
(Blömel, Heusinger v. Waldegg, Heidel) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> nicht besucht |

Findet ihr eines oder mehrere der Vorlesungsthemen verzichtbar für eure palliativmedizinische Ausbildung? Bitte gebt in diesem Fall die oben genannte(n) Nummer(n) an.

nein ja, _____

Welche Themen würdet ihr gern zusätzlich in der Vorlesung behandeln?

Seminare

Bitte bewertet den Inhalt der Lehrveranstaltungen mit Schulnoten.

1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=ausreichend, 5=mangelhaft

- | | | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Thema 1 – Schmerztherapie | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Thema 2 – Symptomkontrolle I
Klinik | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| | <input type="checkbox"/> KHAE | <input type="checkbox"/> KGHI | | | |
| Thema 4 – Symptomkontrolle II
Fachgebiet | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| | <input type="checkbox"/> Gyn | <input type="checkbox"/> Uro | <input type="checkbox"/> Chir | <input type="checkbox"/> Pneu | <input type="checkbox"/> Psych |
| Thema 5 – Spiritualität, eigene Betroffenheit | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Thema 6 – Kommunikation | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Thema 7 – Ethische Probleme,
rechtliche Fragen (bitte getrennte Bewertung) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Thema 3 – Hospitation

Wo habt ihr hospitiert?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hospiz im Luisenhaus | <input type="checkbox"/> Fr. Dr. Blümel | <input type="checkbox"/> Fr. Dr. Ambrosch |
| <input type="checkbox"/> Schmerzambulanz Uni | <input type="checkbox"/> Gastroenterologie Uni | <input type="checkbox"/> Hautklinik Uni |
| <input type="checkbox"/> Palliativstation Lostau | <input type="checkbox"/> Hämatologie/Onkologie Olvenstedt | |
| <input type="checkbox"/> Strahlentherapie Uni | <input type="checkbox"/> Pflegezentrum an der Elbe | |

Wie hoch war der Praxisbezug bei eurer Hospitation?

- sehr hoch hoch eher hoch eher gering gering sehr gering

Wie gut war die Organisation? Bitte vergebt Schulnoten.

1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=ausreichend, 5=mangelhaft

- 1 2 3 4 5

Wie gut ist eure Hospitationsstätte für die palliativmedizinische Lehre geeignet?

- sehr gut gut eher gut eher schlecht schlecht gar nicht

Nennt drei Gefühle, die ihr während des Umgangs mit Sterbenden hattet.

Wie gut tolerierten die Patienten eurer Meinung nach den Kontakt zu den Studenten?

- gar nicht schlecht eher schlecht eher gut gut sehr gut

Wie viel Sicherheit konntet ihr mit Hilfe der Hospitation im Umgang mit Sterbenden gewinnen?

- sehr viel viel eher viel eher wenig wenig gar keine

Allgemeines

Findet ihr es wichtig, dass jeder Medizinstudent eine palliativmedizinische Ausbildung erfährt?

- ja nein Ich weiß nicht.

In welchem Studienjahr sollte eurer Meinung nach der Querschnittsbereich 13 stattfinden?

- 1 2 3 4 5

Wie gut findet ihr den Aufbau des Kurses aus Vorlesung, Seminaren und Hospitation?

Bitte vergebt Schulnoten.

1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=ausreichend, 5=mangelhaft

- 1 2 3 4 5

Was könnte besser sein? Hier habt ihr Raum für Kritik, Anmerkungen und Vorschläge.

Angaben zur Person



Alter: Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

Ausbildung/Beruf vor dem Medizinstudium: nein ja, _____

Anlage 3

Dozentenfrage Palliativmedizin

EvaSys	Dozentenfrage Palliativmedizin	
L. Wolf, Prof. Dr. E. Brinkschulte (Institut für Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin)		

Markieren Sie so: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Weg in die Lehre

1.1 Wie sind Sie/Ihre Klinik/Ihr Institut/Ihre Einrichtung dazu gekommen, an der studentischen Lehre im Fach Palliativmedizin teilzunehmen? (Mehrfachantwort möglich)

- Anfrage durch die Lehrkoordinatoren (Professoren Lichte und Fischer) Anfrage durch das Studiendekanat Eigeninitiative
- anders

1.2 In welcher Form hatten Sie in diesem Rahmen erstmals Kontakt zu den Organisatoren des Querschnittsbereichs 13?

- persönlich Anruf Post
 E-Mail über Dritte

1.3 Seit wann sind Sie persönlich an der Lehre im Fach Palliativmedizin beteiligt?

- 2011 2012 2013
 2014 2015

1.4 Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

- Pflegepersonal Ärzte Sozialarbeiter
 Seelsorger Psychologen Ehrenamtliche
 Sonstige

1.5 Besitzen Sie eine spezielle Qualifikation in Palliativmedizin/Palliative Care?

- Nein. Zusatzbezeichnung Palliativmedizin Zusatzweiterbildung Palliative Care
 Master of Arts - Palliative Care Diplom in Palliative Care Sonstige

überflüssig
muss eben sein
sehr sinnvoll
kann nicht schaden
unbedingt nötig

1.6 Was denken Sie über die Einführung der Palliativmedizin als Pflichtfach für deutsche Medizinstudenten?

-



1. Weg in die Lehre [Fortsetzung]

verbesserungswürdig
 ungenügend
 ausreichend
 gut
 optimal

1.7 Wie schätzen Sie die palliativmedizinischen Versorgungsmöglichkeiten für Patienten in und um Magdeburg ein?

1.8 Wie schätzen Sie die palliativmedizinischen Ausbildungsmöglichkeiten für Magdeburger Medizinstudenten ein?

1.9 In welcher Form hatten Medizinstudenten vor der Einführung der Palliativmedizin in die Lehre Kontakt zu Ihnen/Ihrer Klinik/Ihrem Institut/Ihrer Einrichtung? (Mehrfachantwort möglich)

- gar nicht
 fakultative Lehrveranstaltungen/ Wahlpflichtfach
 Vorlesung
 Famulatur/Praktisches Jahr
 Seminare/Blockpraktika

1.10 Kennen Sie die Strukturen/den Aufbau des Querschnittsbereichs Palliativmedizin an anderen deutschen Universitätsklinika? (Mehrfachantwort möglich)

- Ja, wir haben uns in der Vorbereitung selbst Erfahrungsberichte eingeholt.
 Ja, die hiesigen Lehrkoordinatoren haben uns andere Konzepte vorgestellt.
 Ja, wir haben in Zusammenarbeit mit anderen Universitätsklinika unser Konzept entworfen.
 Ja, durch persönliche Kontakte.
 Nein.

2. Organisation des Kurses

2.1 In welcher Form treffen Sie Absprachen mit den Lehrkoordinatoren und den Lehrkräften der anderen Fachbereiche bezüglich der Organisation des Kurses? (Mehrfachantwort möglich)

- per E-Mail
 bei regelmäßigen Treffen mit anderen Beteiligten
 beim einmaligen Treffen aller Beteiligten vor Kursbeginn
 in persönlichen Einzelgesprächen
 Es sind keine weiterführenden Absprachen nötig.



2. Organisation des Kurses [Fortsetzung]

verbesserungswürdig
 ungenügend
 ausreichend
 gut
 optimal

2.2 Wie bewerten Sie die Kommunikation zwischen allen an der palliativmedizinischen Lehre Beteiligten?

2.3 Erhalten Sie eine Rückmeldung/Evaluation nach Ablauf des Kurses? (Mehrfachantwort möglich)

- Ja, durch die Lehrkoordinatoren.
 Ja, durch Studenten.
 Ja, durch Patienten.
 Ja, durch gezielte eigene Umfragen.
 Nein.

2.4 Wären Sie bereit, an einem jährlichen Dozentenworkshop (z.B. nach Abschluss des jeweiligen Kurses im Sommersemester) teilzunehmen? (Mehrfachantwort möglich)

- Ja, eine anschließende Aufarbeitung und Optimierung des Kurses wäre sehr sinnvoll.
 Ja, die Lehrkoordinatoren könnten von mir aus gern eine eintägige Veranstaltung organisieren.
 Ja, aber es könnte Probleme mit dem Zeitmanagement geben.
 Vielleicht, ich würde es kurzfristig entscheiden.
 Nein, das ist meiner Meinung nach nicht unbedingt nötig.

2.5 Wie entsteht das Programm/der Lehrinhalt bei Ihnen für das Fach Palliativmedizin? (Mehrfachantwort möglich)

- Vorgaben durch Lehrkoordinatoren
 Rücksprachen mit den Lehrverantwortlichen der anderen Bereiche
 eigene Ideen
 Ideen der Kollegen
 Wünsche der Studenten

2.6 Hat sich im Laufe der ersten drei Jahre, die dieser Kurs nun schon durchgeführt wird, etwas an Ihrem Programm und Umsetzungskonzept geändert? (Mehrfachantwort möglich)

- Nein.
 Ja, wir haben die Organisation optimiert.
 Ja, wir haben die Lehrinhalte (teilweise) verändert.
 Ja, die Lehrpersonen haben gewechselt.
 Ja, die Anforderungen durch die Lehrkoordinatoren haben sich geändert.



3. Arbeit mit den Studenten

3.1 Wie viel Vorwissen bezüglich palliativer Medizin haben Ihrem Eindruck nach die Studenten?

sehr viel
viel
eher viel
eher wenig
wenig
gar keins

3.2 Wie gut wird Ihrer Meinung nach der Kurs Palliativmedizin durch die Studenten angenommen?

sehr gut
gut
eher gut
eher schlecht
schlecht
gar nicht

3.3 Wie hoch ist die (Diskussions-) Beteiligung durch die Studenten in Ihrer Lehrveranstaltung?

sehr hoch
hoch
eher hoch
eher gering
gering
sehr gering

4. persönliches Empfinden

4.1 Wie viel persönliches Engagement sind Sie bereit, in die palliativmedizinische Lehre zu investieren?

sehr viel
eher viel
eher wenig
wenig
sehr wenig

4.2 Wie bewerten Sie das Gesamtkonzept und den Aufbau des Kurses aus Vorlesung, Seminaren und Hospitation?

sehr gut
gut
befriedigend
ausreichend
mangelhaft

4.3 Welche Schwierigkeiten tun sich bei der Umsetzung auf? (Mehrfachantwort möglich)

- keine Zeitmangel Finden der geeigneten Lehrperson
- zu wenig Palliativpatienten zu große Studentengruppen zu häufige Wiederholung des Kurses innerhalb eines Semesters
- Thema bereits in anderer Lehrveranstaltung behandelt

4.4 Was wünschen Sie sich zukünftig für die Weiterentwicklung des Querschnittsbereichs 13 in Magdeburg?



5. Zusatz A: Bitte beantworten Sie folgende hospitationsspezifische Fragen.

5.1 Wie gut tolerieren die Patienten den Kontakt zu den Studenten?	eher schlecht gar nicht schlecht gut eher gut sehr gut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.2 Wie gut ist Ihrer Meinung nach Ihre Einrichtung als Hospitationsstätte für die palliativmedizinische Lehre geeignet?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.3 Wie hoch schätzen Sie den Praxisbezug für Studenten in Ihrer Lehrveranstaltung ein?	sehr gering gering eher gering hoch eher hoch sehr hoch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.4 Wie viel Sicherheit können die Studenten nach Ihrer Einschätzung im Umgang mit Palliativpatienten gewinnen?	gar keine wenig eher wenig viel eher viel sehr viel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.5 Welche Aufgaben müssen die Studenten bei Ihnen bewältigen? (Mehrfachantwort möglich)		
<input type="checkbox"/> theoretische Besprechung mit der Lehrperson	<input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Visite	<input type="checkbox"/> Beobachten der Lehrperson im Umgang mit Patienten
<input type="checkbox"/> eigenständiges Gespräch mit einem Patienten	<input type="checkbox"/> Untersuchung eines Patienten	<input type="checkbox"/> Übernahme alltäglicher Arbeit am Patienten

6. Zusatz B: Bitte beurteilen Sie die Studenten anhand nachfolgender Attribute (bezogen auf deren Hospitationsverhalten).

	trifft gar nicht zu trifft voll zu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.1 motiviert		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.2 traurig		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.3 interessiert		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.4 mitleidvoll		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.5 engagiert		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.6 ängstlich		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.7 rücksichtsvoll		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.8 hilflos		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.9 respektvoll		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.10 zurückhaltend		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Tabellenanlage 1

Tabellenanlage 1 - Vorlesungen, deskriptive Statistik

	Besucherzahlen			Benotung			Median			Standardabweichung		
	2013	2014	ges.	2013	2014	ges.	2013	2014	ges.	2013	2014	ges.
a) Einführungsvorlesung	75	45	120	2,84	1,98	2,52	3,0	2,0	2,0	1,053	0,941	1,092
b) Geschichte und Ethik	43	23	66	3,05	2,74	2,94	3,0	3,0	3,0	1,234	1,054	1,175
c) Rechtsfragen – Sterbehilfe	49	37	86	1,90	2,27	2,06	2,0	2,0	2,0	0,918	0,962	0,950
d) Psychoonkologie – Unruhe, Angst	37	35	72	2,16	2,26	2,21	2,0	2,0	2,0	1,214	1,010	1,113
e) Auch Kinder müssen sterben	43	31	74	1,98	2,16	2,05	2,0	2,0	2,0	1,282	0,934	1,145
f) Integration onkologischer Therapie	24	14	38	2,54	1,71	2,24	2,0	2,0	2,0	1,215	0,611	1,101
g) Symptomkontrolle – Gastroenterologie	23	29	52	2,39	2,24	2,31	2,0	2,0	2,0	1,373	1,091	1,213
h) Symptomkontrolle – Hämato-Onkologie	27	23	50	2,22	2,00	2,12	2,0	2,0	2,0	1,476	0,853	1,223
i) Demenz, Hirntumoren – Neurologie	24	17	41	2,42	2,29	2,37	2,0	2,0	2,0	1,316	1,047	1,199
j) Palliative Schmerztherapie	29	19	48	2,07	2,00	2,04	2,0	2,0	2,0	1,307	0,943	1,166
k) Zu Hause sterben	22	16	38	2,86	2,63	2,76	2,0	2,5	2,0	1,320	1,088	1,218
l) Strahlentherapie	/	13	13	/	2,31	2,31	/	2,0	2,0	/	1,182	1,182
m) Terminale Herzinsuffizienz	/	20	20	/	2,30	2,30	/	2,0	2,0	/	1,129	1,129

Tabellenanlage 2

Tabellenanlage 2 - Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Vorlesungsthemen untereinander (jahresübergreifend, p-Werte zweiseitig)

1. Schmerztherapie	1.												
2. Kinder	0,358	2.											
3. Rechtsfragen	0,672	0,910	3.										
4. Hämato-Onkologie	0,966	0,792	0,767	4.									
5. Psychoonkologie	0,585	0,311	0,631	0,154	5.								
6. Integration onkologischer Therapie	0,852	0,804	0,842	1,000	0,497	6.							
7. Herzinsuffizienz	0,359	0,827	0,594	0,344	0,844	0,250	7.						
8. Gastroenterologie	<i>0,037</i>	0,177	0,393	0,652	0,864	0,622	0,883	8.					
9. Strahlentherapie	0,625	0,469	0,148	0,375	0,531	0,500	0,113	0,281	9.				
10. Neurologie	0,231	0,194	0,480	0,119	0,831	0,241	0,789	0,913	1,000	10.			
11. Einführung	0,207	<i>0,012</i>	0,138	0,228	0,176	0,237	0,140	0,555	0,750	0,917	11.		
12. Zu Hause sterben	0,094	<i>0,003</i>	<i>0,006</i>	0,104	<i>0,020</i>	<i>0,030</i>	0,297	0,137	0,250	0,328	0,104	12.	
13. Geschichte und Ethik	<i>0,005</i>	<i><0,001</i>	<i><0,001</i>	<i><0,001</i>	<i>0,032</i>	<i>0,001</i>	0,094	<i>0,007</i>	0,063	<i><0,001</i>	<i>0,026</i>	0,441	13.

Tabellenanlage 3

Tabellenanlage 3 - Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich des Notendurchschnitts der Vorlesungsthemen zwischen beiden Jahrgängen

	p (zweiseitig)
a) Einführungsvorlesung	<0,001
b) Geschichte und Ethik	0,333
c) Rechtsfragen – Sterbehilfe	0,042
d) Psychoonkologie – Unruhe, Angst	0,409
e) Auch Kinder müssen sterben	0,130
f) Integration onkologischer Therapie	0,018
g) Symptomkontrolle – Gastroenterologie	0,860
h) Symptomkontrolle – Hämato-Onkologie	0,736
i) Demenz, Hirntumoren – Neurologie	0,889
j) Palliative Schmerztherapie	0,637
k) Zu Hause sterben	0,722
l) Strahlentherapie	/
m) Terminale Herzinsuffizienz	/

Tabellenanlage 4

Tabellenanlage 4 - Seminare, deskriptive Statistik

	Besucherzahlen			Benotung			Median			Standardabweichung		
	2013	2014	ges.	2013	2014	ges.	2013	2014	ges.	2013	2014	ges.
a) Schmerztherapie	155	149	304	1,54	1,77	1,65	1	2	2	0,677	0,800	0,748
b) Symptomkontrolle I	145	142	287	1,91	1,75	1,83	2	2	2	0,881	0,706	0,802
c) Symptomkontrolle II	148	132	280	2,01	1,77	1,90	2	2	2	1,037	0,834	0,953
d) Spiritualität, eigene Betroffenheit	145	150	295	2,13	2,14	2,14	2	2	2	1,132	1,049	1,089
e) Kommunikation	143	140	283	2,52	2,36	2,44	2	2	2	1,119	0,975	1,051
f) Ethische Fragen, rechtliche Probleme (2013)	152			2,47			2			1,003		
Ethische Fragen (2014)		147			2,61			2			1,044	
Rechtliche Probleme (2014)		142			2,24			2			0,930	

Tabellenanlage 5

Tabellenanlage 5 - Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Seminarthemen untereinander (jahresübergreifend, p-Werte zweiseitig)

1. Schmerztherapie	1.						
2. Symptomkontrolle I	<0,001	2.					
3. Symptomkontrolle II	<0,001	0,773	3.				
4. Spiritualität	<0,001	<0,001	0,021	4.			
5. Kommunikation	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	5.		
6. Ethische Probleme, rechtliche Fragen (2013)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,934	6.	
6a. Ethische Probleme (2014)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,017	/	6a.
6b. Rechtliche Fragen (2014)	<0,001	<0,001	<0,001	0,419	0,570	/	0.002 6b.

Tabellenanlage 6

Tabellenanlage 6 - Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich des Notendurchschnitts der Seminarthemen zwischen beiden Jahrgängen

	p (zweiseitig)
a) Schmerztherapie	<i>0,009</i>
b) Symptomkontrolle I	0,247
c) Symptomkontrolle II	0,083
d) Spiritualität, eigene Betroffenheit	0,681
e) Kommunikation	0,354

Tabellenanlage 7

Tabellenanlage 7 - Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich des Notendurchschnitts der Hospitationsstätten zwischen beiden Jahrgängen

	p (zweiseitig)		
	Praxisbezug	Organisation	Eignung
a) Hospiz	0,188	0,094	0,584
b) Schmerzzambulanz	0,667	0,379	0,825
c) Palliativstation Lostau	0,881	0,749	0,519
d) Strahlentherapie	0,637	0,784	0,733
e) Palliativstation Magdeburg	/	/	/
f) Gastroenterologie	0,244	0,932	0,564
g) Hämatologie/Onkologie	0,450	0,589	0,421
h) Pflegezentrum an der Elbe	0,798	0,134	0,933
i) Dermatologie	0,659	0,532	0,915
j) Praxis Dr. Blümel	0,572	0,090	0,762
k) Praxis Nyari	/	/	/
l) Praxis Dr. Ambrosch	0,802	0,405	1,000

Tabellenanlage 8

Tabellenanlage 8 - Hospitationen, deskriptive Statistik

Hospitationsstätten	Besucher- zahlen	Mittelwerte			Median			Standardabweichung		
	(2013 + 2014)	Praxis- bezug	Organi- sation	Eignung	Praxis- bezug	Organi- sation	Eignung	Praxis- bezug	Organi- sation	Eignung
a) Hospiz	37	1,62	1,24	1,11	1,0	1,0	1,0	0,794	0,495	0,393
b) Schmerzzambulanz	38	1,84	1,57	1,92	1,0	1,0	2,0	1,242	0,647	1,010
c) Palliativstation Lostau	32	1,63	1,41	1,19	1,0	1,0	1,0	0,871	0,560	0,535
d) Strahlentherapie	32	2,53	2,34	2,52	2,0	2,0	2,0	1,244	1,004	1,122
e) Palliativstation Magdeburg (nur 2013)	18	1,89	2,00	1,53	1,0	2,0	1,0	1,367	1,237	1,068
f) Gastroenterologie	30	2,73	2,35	2,58	2,5	2,0	3,0	1,461	0,950	1,232
g) Hämatologie/Onkologie	45	1,67	1,53	1,60	1,0	1,0	1,0	1,206	0,919	1,053
h) Pflegezentrum an der Elbe	18	3,22	2,89	3,00	3,0	2,5	3,0	1,437	1,183	1,085
i) Dermatologie	24	3,83	3,21	3,72	3,5	3,0	3,0	1,659	1,285	1,621
j) Praxis Dr. Blümel	22	1,95	1,73	1,86	2,0	2,0	2,0	0,899	0,631	0,990
k) Praxis Nyari (nur 2013)	4	1,25	2,00	1,75	1,0	1,0	1,5	0,500	2,000	0,957
l) Praxis Dr. Ambrosch	9	2,67	1,78	1,89	3,0	2,0	2,0	1,000	0,667	1,054

Tabellenanlage 9

Tabellenanlage 9 - Kruskal-Wallis-Tests mit paarweisen Post-Hoc-Tests zum Vergleich der Hospitationsstätten untereinander (jahresübergreifend, p-Werte zweiseitig)

Item Praxisbezug	p-Wert Kruskal-Wallis-Test: <0,001												
1. Hospiz	1.												
2. Schmerzambulanz	1,000	2.											
3. Palliativstation Lostau	1,000	1,000	3.										
4. Strahlentherapie	0,164	0,601	0,188	4.									
5. Palliativstation Magdeburg	1,000	1,000	1,000	1,000	5.								
6. Gastroenterologie	0,080	0,308	0,093	1,000	1,000	6.							
7. Hämatologie/Onkologie	1,000	1,000	1,000	<i>0,034</i>	1,000	<i>0,015</i>	7.						
8. Pflegezentrum an der Elbe	<i>0,004</i>	<i>0,015</i>	<i>0,004</i>	1,000	0,093	1,000	<i>0,001</i>	8.					
9. Dermatologie	<i><0,001</i>	<i><0,001</i>	<i><0,001</i>	0,726	<i>0,001</i>	1,000	<i><0,001</i>	1,000	9.				
10. Praxis Dr. Blümel	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,695	<i>0,019</i>	10.			
11. Praxis Nyari	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,369	0,061	1,000	11.		
12. Praxis Dr. Ambrosch	0,735	1,000	0,727	1,000	1,000	1,000	0,354	1,000	1,000	1,000	1,000	12.	

<u>Item Organisation</u>	p-Wert Kruskal-Wallis-Test: <0,001											
1. Hospiz	1.											
2. Schmerzambulanz	1,000	2.										
3. Palliativstation Lostau	1,000	1,000	3.									
4. Strahlentherapie	<0,001	0,084	0,005	4.								
5. Palliativstation Magdeburg	0,596	1,000	1,000	1,000	5.							
6. Gastroenterologie	<0,001	0,063	0,004	1,000	1,000	6.						
7. Hämatologie/Onkologie	1,000	1,000	1,000	0,003	1,000	0,002	7.					
8. Pflegezentrum an der Elbe	<0,001	0,004	<0,001	1,000	0,711	1,000	<0,001	8.				
9. Dermatologie	<0,001	<0,001	<0,001	1,000	0,073	1,000	<0,001	1,000	9.			
10. Praxis Dr. Blümel	0,890	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,215	0,012	10.		
11. Praxis Nyari	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,634	1,000	11.	
12. Praxis Dr. Ambrosch	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,511	1,000	1,000	12.

<u>Item Eignung</u>	p-Wert Kruskal-Wallis-Test: <0,001											
1. Hospiz	1.											
2. Schmerzambulanz	0,021	2.										
3. Palliativstation Lostau	1,000	0,116	3.									
4. Strahlentherapie	<0,001	1,000	<0,001	4.								
5. Palliativstation Magdeburg	1,000	1,000	1,000	0,097	5.							

A bonis bona disse.