

**Die Vermittlung von Compassion mit Hilfe von
lehrfilmbasierten Seminaren an Medizinstudierende der
Justus-Liebig-Universität Gießen**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Jessica Schneider
aus Werdau

Gießen, 2021

Aus dem Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Medizinische Klinik V, Internistische Onkologie und Palliativmedizin

Gutachter: Prof. Dr. Sibelius

Gutachter: Prof. Dr. Kreuder

Tag der Disputation: 07.12.2022

1. Einleitung	1
2. Hintergrund – Erster Teil: Die palliative Haltung	3
2.1. Annäherung an den Haltungsbegriff	3
2.1.1. (Grund-)Haltung und professionelle Haltung	3
2.1.2. Professionelle Haltung in der Palliativmedizin	4
2.1.3. Teilaspekte und Dimensionen einer palliativen Haltung	4
2.2. Compassion als zentraler Gegenstand einer Arbeitsdefinition	7
2.2.1. Begriffsdefinition der Compassion	7
2.2.2. Barrieren der Compassion	9
2.2.3. Exkurs: Der G.R.A.C.E.-Prozess für die Implementierung von Compassion in die Arzt-Patienten-Beziehung	11
2.2.4. Abgrenzung der Compassion zu Sympathie, Empathie und Mitleid	13
2.3. Fazit	14
3. Hintergrund – Zweiter Teil: Die Palliativmedizinische Lehre	16
3.1. Forderungen, Zielsetzungen und Lehrkonzept von DGP und EAPC	16
3.2. Beschreibung der aktuellen Lehrsituation	21
3.2.1. QB 13 in Deutschland – ein Überblick	21
3.2.2. Stellenwert der palliativen Haltung in der bisherigen Lehre	23
3.2.3. Palliativmedizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen	25
4. Forschungsfrage	26
5. Methode	28
5.1. Übersicht zur Entwicklung eines lehrfilmbasierten Seminarkonzepts	28
5.2. Konzeptuelle Vorüberlegungen	28
5.3. Entwicklung der Lehrfilme	32
5.3.1. Fallbeschreibung der Lehrfilme	33
5.3.2. Finalisierung der Lehrfilme und des Seminarkonzeptes	35
5.4. Aufbau des Seminars	35
5.4.1. Einleitung und Gruppenarbeit	36
5.4.2. Begriffserklärung	36
5.4.3. Präsentation der Lehrfilme	36
5.4.4. Diskussion	36
5.5. Entwicklung eines Fragebogens	37
5.6. Datenerhebung	37
5.7. Statistische Auswertung	37
6. Ergebnisse	40
6.1. Vorwissen und Seminar	41
6.2. Eignungseinschätzung Wissen	49
6.3. Eignungseinschätzung Haltung	52
6.4. Eignungseinschätzung Fertigkeiten	56
6.5. Vergleich zwischen Vorerfahrung ja/nein	59
6.6. Vergleichende Betrachtung der Eignungseinschätzungen	60
6.7. Vergleichende Betrachtung von Einschätzungen der Seminarteile	61
7. Diskussion	63
8. Zusammenfassung deutsch	70
9. Summary in English	72
10. Literatur	74
11. Anhang	81
11.1. Muster des Fragebogens	81
11.2. Ehrenwörtliche Erklärung zur Dissertation	84

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf die vollständige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen (vollständige Paarformen) sowie auf Sparformen (z.B. Gender-Sternchen) verzichtet und in diesen Fällen das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

1. Einleitung

Wie ist es möglich, Studenten der Medizin professionelle Haltung zu vermitteln? Welche Aspekte der Digitalisierung können wir uns unter der Maxime der effizienten Lehre dabei zu Nutze machen? Die vorliegende Arbeit tangiert diese Fragen im Rahmen einer medizindidaktischen Studie zur palliativmedizinischen Lehre an der Justus-Liebig-Universität Gießen.

Zahlreiche Untersuchungen und Fachgesellschaften wie die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) fordern die Integration von Wissen, Fertigkeiten und Haltung in die palliativmedizinische Lehre (Geiss-Mayer et al., 2009; Prof. Dr. Müller-Busch et al., 2015; Seidemann et al., 2015; Simon et al., 2009). So spricht sich die DGP schon seit längerer Zeit für eine weitere bzw. systematische Integration von Haltungskompetenz in der studentischen Lehre – neben der Vermittlung der „klassischen“ Aspekte Wissen und Fertigkeiten – aus (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009).

In den etablierten Lehrformaten der Medizin wie beispielsweise Vorlesungen, Gruppenseminaren oder Praktika wie dem sog. „Unterricht am Krankenbett“ scheint der Fokus vorrangig auf der Vermittlung von entweder Wissen oder Fertigkeiten oder aber der Kombination beider Aspekte zu liegen. Die Vermittlung haltungsbezogener Lernziele dagegen scheint in der Trias des constructive alignments ‚Lehrintention, Lernaktivität und Prüfung‘ (Biggs, 1996) eine bislang untergeordnete Rolle zu spielen. In der Folge ist die Frage nach geeigneten Lehrmethoden für haltungsbezogene Lernziele in der palliativmedizinischen Lehre bislang kaum systematisch bearbeitet. Dem liegen wohl unterschiedliche Ursachen zugrunde. Zum einen handelt es sich beim Konstrukt der Haltung per se um kein Konstrukt, das im medizinischen Sinn operationalisierbar ist wie es etwa Konstrukte und Prozesse im Rahmen der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten sind. Zum anderen existiert bislang noch kein fachwissenschaftlicher Konsens über Gegenstand und Wesen einer palliativen Kultur und Haltung.

Ziel dieser Arbeit ist es nicht, diese Lücke zu schließen und eine allgemein gültige und definitive Begriffsbestimmung zu generieren. Vielmehr soll – im Rahmen einer theoretischen Vorarbeit – ein Überblick über die einzelnen Aspekte bzw. Komponenten von Haltung, im Speziellen der palliativen Haltung, gegeben werden und damit eine vorläufige Arbeitsdefinition – möglicherweise auch zum Zwecke weiterführender Forschung – vorgeschlagen werden. In diesem Zusammenhang sollen insbesondere

haltungsrelevante Fachbegriffe eingeführt und auf ihre Tauglichkeit und Nützlichkeit für die zu entwickelnde Arbeitsdefinition diskutiert werden. Schließlich soll herausgearbeitet werden, warum in vorliegender Studie das Konzept der „Compassion“ als konstituierendes Element einer palliativen Haltung gewählt wurde.

Nach eingehender Darstellung der aktuellen Lehrsituation, sowohl im Allgemeinen als auch im engeren Sinne der Palliativmedizin im Medizinstudium in Deutschland, an ausgewählten Beispielen und im Speziellen an der Justus-Liebig-Universität Gießen, wird die Frage aufgeworfen, auf welche Art und Weise eine Vermittlung von Haltungskompetenz möglichst effektiv und zugleich ressourcensparend realisiert werden könnte.

Es wird die Annahme aufgestellt und begründet, dass sich lehrfilmbasierte Seminare hierzu in besonderer Weise eignen. Über die Befragung von Studenten in der Rolle als naive Experten soll das Potenzial eines lehrfilmbasierten Seminars konzepts sodann empirisch exploriert und diskutiert werden.

2. Hintergrund – Erster Teil: Die palliative Haltung

2.1. Annäherung an den Haltungsbegriff

2.1.1. (Grund-)Haltung und professionelle Haltung

Grundhaltung oder Haltung bezeichnet dasjenige eines Menschen, „was ihn bewegt und motiviert zu denken und zu tun“ (Simon, 2005, S. 8), ebenso seine Weltanschauung, worin sich dann ein eigenes Welt- und Menschenbild begründe. Weiterhin sei daraus eine Basis für den Umgang der Menschen miteinander abzuleiten, eine Vorstellung davon, wie wir beurteilen, denken und agieren (Geiss-Mayer et al., 2009) und wir uns unserer selbst bewusst werden (Simon et al., 2009). Ein Merkmal jener Grundhaltung sei es zudem, dass diese zwar an sich erst einmal jedem innewohnen würde, sich diese aber erst mit zunehmender Lebenserfahrung von einem Teil des Unterbewusstseins zu einem bewussten und verbal kommunizierten Faktor entwickle und nicht bereits von Geburt an bestünde (Simon, 2005; Simon et al., 2009). Simon et al. beschreiben bei dieser Entwicklung einer persönlichen Kernhaltung den Einfluss des sozialen Umfeldes eines Menschen, wozu auch die Familie und die Kindheitserfahrungen eines Menschen zählen, als essenziell wichtig (Simon et al., 2009). Somit sei diese Haltung nicht als statisches Konzept zu verstehen, sondern als ein Konstrukt, das sich ständigen Anpassungen unterziehe, ein immer fortlaufender und wiederkehrender Prozess aus Neubewertungen in Folge von zunehmender beruflicher Erfahrung, durchlebten Krisensituationen, „Erfahrungen der eigenen Grenzen“ (Simon et al., 2009), aber auch Selbstreflexion und dem Erleben von Liebe im Umgang mit Anderen, mit gewissen Ideen oder mit sich selbst (Simon et al., 2009; Clemens et al., 2008).

Eine Haltung kann sich auch auf professionelle Kontexte beziehen. So definieren Kuhl, Schwer und Solzbacher (2014, S. 107) „eine professionelle Haltung als ein hoch individualisiertes (d.h. individuelles, idiosynkratisches) Muster von Einstellungen, Werten, Überzeugungen, das durch einen authentischen Selbstbezug und objektive Selbstkompetenzen zustande kommt, die wie ein innerer Kompass die Stabilität, Nachhaltigkeit und Kontextsensibilität des Urteilens und Handelns ermöglicht, sodass das Entscheiden und Handeln eines Menschen einerseits eine hohe situationsübergreifende Kohärenz und Nachvollziehbarkeit und andererseits eine hohe situationsspezifische Sensibilität für die Möglichkeiten, Bedürfnisse und Fähigkeiten der

beteiligten Person aufweist.“

2.1.2. Professionelle Haltung in der Palliativmedizin

Die Palliativmedizin widmet sich schwerstkranken und sterbenden Patienten am Ende ihres Lebens. Der Begriff der professionellen Haltung muss demnach eine Anpassung auf diesen speziellen Gegenstandsbereich erfahren. Geiss-Mayer et al. (2009) arbeiteten heraus, dass zur Arbeit mit Sterbenden nicht nur professionelle kompetenzorientierte Anteile gehören, sondern ebenso, dass sich die Mitarbeiter auch persönlich in die Betreuung der Patienten einbringen. Professionelle seien durch immer wiederkehrende Konfrontation mit dem Patientengut der Palliativmedizin permanent mit der eigenen Sterblichkeit konfrontiert, hinzu käme noch die Beschäftigung mit eigenen Auffassungen und Überzeugungen, Idealen und letztlich auch Grenzen (Geiss-Mayer et al., 2009).

Darüber hinaus machen die Autoren deutlich, dass der Umgang, insbesondere mit Palliativpatienten sowie deren sozialem Umfeld, geprägt sein sollte von aktiver Unterstützung, Respekt, Ehrlichkeit, Authentizität und Empathie durch den Behandelnden bei gleichzeitiger Zurücknahme der eigenen Interessen und Vorstellungen (Geiss-Mayer et al., 2009). Der Arzt habe dem Patienten einen sicheren Rahmen zu geben, in dem dieser sich entfalten könne, wie auch immer diese Entfaltung im Einzelnen aussehe. Hierfür seien Ärzte Stütze, Halt und Wahrer der Grenzen zugleich (Simon, 2005). Simon fordert von den Professionellen hierbei eine „Balance zwischen der fremdelden Distanz und der fürsorglichen Nähe“ als „eigentliche Kunst in der Begleitung unheilbar Erkrankter und Sterbender“ (Simon, 2005, S. 6).

Befragt man Palliativexperten nach beschreibenden Merkmalen für das Konzept der Kernhaltung im Bereich Palliative Care, so werden u.a. „Grundlage“, „Basis“, „wesentliches Verständnis vom Leben“ und auch „Glaube“ und „Spiritualität“ genannt (Simon et al., 2009, S. 406). Auch dies deutet darauf hin, dass sich Haltung nicht nur auf sich selbst, sondern auch auf andere Personen und die Umgebung bezieht, wobei sie am ehesten in der Beziehung mit anderen wirklich ersichtlich sei (Simon et al., 2009).

2.1.3. Teilaspekte und Dimensionen einer palliativen Haltung

Zum Konzept der palliativen Haltung werden in der Literatur immer wieder mehrere Faktoren, Dimensionen bzw. Teilaspekte genannt, auf die im folgenden Abschnitt

eingegangen werden soll. Unter anderem werden die Konstrukte „Fürsorge“ und „Verantwortung“ benannt. Fürsorge für den Patienten meint in diesem Zusammenhang, dass „ich mir seine Sorgen für eine gewisse Zeit zu meinen Sorgen mache“ (Simon, 2005, S. 9). Dabei bleibt jedoch darauf zu achten, als Arzt oder Ärztin eher als Begleiter zu agieren und dabei eine sinnvolle Distanz zu bewahren (Simon, 2005), wodurch erneut die Bedeutung der Wahrung einer angemessenen Distanz hervorzuheben ist. Damit einher gehe das Übernehmen von Verantwortung für die Patienten, denn diese befinden sich mit unheilbaren Krankheiten in einer existenzbedrohenden Situation mit besonderem Herausstechen der persönlichen Endlichkeit des Einzelnen. Ebenfalls zur Verantwortung gehört, dass in einem zumeist interdisziplinären Team bei der Betreuung schwerstkranker Patienten jedes Teammitglied die eigenen Kompetenzen und Grenzen erkennen sollte. Die Gesamtverantwortung und die Koordination obliegen dabei allerdings in der Regel dem ärztlichen Personal (Simon, 2005). Die Verbindung aus beiden Teilaspekten der Fürsorge und der Verantwortung wird von Simon mit dem englischen „care“ gleichgesetzt, im Umfeld mit diesem Patientenklientel spricht er von „palliative care“ (Simon, 2005).

Weiterhin werden eine Beziehung zum Patienten und die Präsenz (vor allem physisch) des Care-Gebenden als wichtige Bestandteile der palliativen Haltung genannt (Geiss-Mayer et al., 2009; Simon, 2005). Eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung solle auf Vertrauen basieren, wobei dies umso wichtiger wird, je weiter die Erkrankung voranschreite und somit das Sterben immer näher rücke (Simon, 2005). Für ein vertrauensvolles Verhältnis ist unterdessen Ehrlichkeit essentiell (Simon et al., 2009). Der Arzt solle „authentisch (...) Präsent-sein“ und „Ganz-anwesend-Sein“ (Geiss-Mayer et al., 2009, S. 19), wobei der Patient allzeit im Fokus stehen sollte (Simon et al., 2009). Folglich spielen auch Aufrichtigkeit, Wahrhaftigkeit, Authentizität und Ehrlichkeit eine zentrale Rolle (Geiss-Mayer et al., 2009; Simon, 2005; Simon et al., 2009). Diese sollten im gesamten Prozess der Sterbebegleitung zum Ausdruck kommen, nicht nur etwa im Zusammenhang mit rein medizinischen Fakten beim Stellen der Diagnose (Simon, 2005) und Aufzeigen von Behandlungsoptionen. Im Umgang mit Palliativpatienten fülle man nicht nur eine professionelle Rolle aus, man agiere auch als (private) Person. Dabei komme man nicht selten an einen Punkt, an dem man auch die individuellen Grenzen feststelle (Simon et al., 2009). Dessen sollte man sich nach Meinung der Autorin der vorliegenden Arbeit im Umgang mit Patienten im Allgemeinen, d.h. nicht nur im Umgang

mit Sterbenden, bewusst sein. Dies wird im klinischen Arbeitsalltag oftmals bestätigt. Eine weitere wichtige Rolle spiele die Empathie (Simon, 2005). Auf sie soll hier nur kurz eingegangen werden, eine genauere Beschreibung folgt an späterer Stelle. Laut Simon wird Empathie besonders in der Wahrnehmung der Emotionen des Patienten ersichtlich, wobei es auf ein *Mitfühlen* an Stelle des *Mitleidens* ankäme (Bausewein, 2005).

Ebenfalls zur palliativen Haltung gehöre eine Offenheit und eine „bedingungslose positive Wertschätzung“ (Simon et al., 2009, S. 408) des Care-Gebenden gegenüber den Patienten sowie neuen, andersartigen oder ansprechenden Ideen, jedoch auch negativ besetzten Facetten wie etwa Trauer und Verzweiflung. Wiederholend erwähnt wird dabei die (schwierige) Balance zwischen angemessener Distanz und Nähe (Simon, 2005). Respekt dem Patienten und seinen Entscheidungen gegenüber, egal in welcher Weise man diese in der Person des Arztes erlebt und einschätzt, zählen ebenso wie die Wahrung der Würde des Sterbenskranken bis zum Ende zu den Kriterien einer palliativen Haltung (Geiss-Mayer et al., 2009) wie die Achtsamkeit und Wahrnehmung des Patienten (Simon et al., 2009). Der Patient mit seinen Bedürfnissen steht demnach am Ende des Lebens noch mehr im Mittelpunkt bzw. Fokus des ärztlichen Handelns als etwa während eines einzelnen stationären Aufenthaltes aufgrund einer nicht lebenslimitierenden Erkrankung, wie es wohl eher im Großteil des medizinischen Alltages der Fall sein dürfte.

In der bereits erwähnten Studie zur Kernhaltung von Professionellen in der Palliativmedizin (Simon et al., 2009) wurden jene auch zum Erleben dieser Haltung befragt. Die Teilnehmenden gaben an, dies in „Beziehungen, im Dialog, in der Gesellschaft, einem systemischen Ansatz, dem Loslassen und der Nähe/Distanz“ (Simon et al., 2009, S. 408) erfahren zu haben. Die dafür notwendigen Kompetenzen in der Betreuung schwerstkranker und sterbender Patienten seien dabei „Wahrnehmung, aktives Zuhören, das Einbezogen werden und das Schaffen von Freiraum“ (Simon et al., 2009, S. 408). Auch hier sei erwähnt, dass sich eine Kernhaltung laut Meinung dieser Experten mit der Zeit und dem damit einhergehenden intensiven Umgang mit Palliativpatienten entwickle (Simon et al., 2009). Ferner zeigte sich an dieser Stelle erneut, dass es keine einheitliche Definition des Begriffes der „palliativen Haltung“ gebe, man sich aber über verschiedene Facetten der praktischen Umsetzung diesem Ausdruck nähern könne (Simon et al., 2009).

2.2. Compassion als zentraler Gegenstand einer Arbeitsdefinition

Da auch im Verlauf der Literaturrecherche deutlich wurde, dass bislang keine einheitliche und abschließende Definition bzw. Abgrenzung des Begriffes der „palliativen Haltung“ existiert, war es vor Umsetzung der Studie notwendig, ein Arbeitskonstrukt des Gegenstandsbereiches zu formulieren. Es liegen allerdings unterschiedliche Ansätze vor, die einen Rahmen zum Begriff der palliativen Haltung bilden können. Diese werden im Folgenden genauer erläutert.

2.2.1. Begriffsdefinition der Compassion

Von diversen Autoren wird Compassion als „Gefühl für das Leiden von einem selbst und von anderen mit dem Willen, dem vorzubeugen und es zu lindern“ (Brito-Pons und Librada-Flores, 2018, S. 1) beschrieben. Es kann also mit dem Begriff „Mitgefühl“ aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt werden (Gielas, 2015). Dabei beinhaltet Compassion als einer der zentralen Aspekte in der Palliativmedizin (Andreassen Devik et al., 2019; Larkin, 2016) das Erkennen, Verstehen und Akzeptieren des Leidens eines Patienten, beispielsweise in Form von Schmerzen, bei gleichzeitiger Motivation, dieses zu verbessern bzw. zu lindern (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018; Halifax, 2014) und das Wohlbefinden zu steigern (Andreassen Devik et al., 2019). Bei der Verwirklichung dessen geht es darum, sich bewusst zu machen, was zur Besserung der jeweiligen Beschwerden beitragen könnte und dies praktisch umzusetzen (Halifax, 2014). Andere Autoren wiederum beschreiben die zwei Hauptkomponenten der Compassion wie folgt: zum einen das Gefühl der Fürsorge für einen leidenden Menschen, zum anderen das Bedürfnis, dieses zu lindern (Halifax, 2014; Hofmann et al., 2011). Aus Sicht der Patienten bedeutet dies, dass sie nicht nur im rein professionellen Sinne gepflegt werden, sondern, dass jemand wirklich auf sie achtet bzw. sich um sie sorgt (Halifax, 2014). Kanov et al. wiederum haben drei Dimensionen der Compassion aufgezeigt, in denen sich die Dynamik dieses Begriffes zeige: „bemerken“, „einfühlen“ sowie „reagieren“ (Kanov et al., 2004).

Ähnlich wie bei der Begriffsbestimmung der palliativen Haltung bleibt an dieser Stelle anzumerken, dass auch hier bei der Definition von „Compassion“ die Forschung eher noch in den Kinderschuhen steckt, wobei das gestiegene Interesse an Compassion als eine Art Gegenreaktion auf die global immer schnelllebigeren und auf Wirtschaftlichkeit fokussierten Gesundheitssysteme zu verstehen ist (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018).

Nicht nur Professionelle in der Palliativmedizin sehen daher die Notwendigkeit für das Schaffen einer Kultur der Compassion als gegeben an (Andreassen Devik et al., 2019), sondern auch die betroffenen Patienten selbst und deren Angehörige (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018). In Studien konnte gezeigt werden, dass die Mehrheit der Ärzte und auch der Patienten Compassion für sehr wichtig halten für eine erfolgreiche Behandlung (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018); eine Korrelation mit einer sinkenden Hospitalisierungsrate, dem verminderten Einsatz von Intensivmedizinischen Maßnahmen am Lebensende und sogar der psychologischen Betreuung konnte ebenfalls festgestellt werden (Lown et al., 2011, 2015). Hieraus resultierte letztlich auch eine Senkung der Kosten im Gesundheitssystem. In den Augen der Palliativpatienten ist Compassion ein Mittel, um durch Verstehen und Handeln in der Arzt-Patienten-Beziehung einen moralischen Leitfaden zu geben, um Leiden und Bedürfnisse der Patienten zu erkennen und zu behandeln (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018). Verbreitet ist zwar die Meinung, dass Compassion bis zu einem gewissen Grad (einigen Ärzten) von Natur aus gegeben sei (Lögstrup, 2007), dies aber nach Ansicht von Palliativpatienten durch das Sammeln von persönlichen Erfahrungen auch trainierbar sei, beispielsweise mit Rollenspielen oder Kommunikationstraining (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018). Dabei sollten Faktoren wie die Wahrnehmung des Patienten als Menschen und nicht nur als Sterbenskranker, das Sich-Einlassen auf den Patienten oder die Wahrung der Würde im Fokus stehen (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018). Devik et al. zeigten in ihrer Untersuchung, dass Anteilnahme (Sympathy) oder auch Compassion schneller bzw. einfacher aus dem Gefühl heraus entstünden, dass der Patient den Professionellen und dessen Unterstützung brauche, sei dies aufgrund der Lebensumstände, der Diagnose oder auch mangelnder sozialer Anbindungen (Andreassen Devik et al., 2019). Ferner stellen die Teilnehmer dieser Untersuchung heraus, dass sie Compassion als „eine natürliche und freie Einstellung“ ansehen, „die nicht erzwungen oder provoziert“ werden könne (Devik et al., 2019, S. 5). Nach dieser Auffassung scheint es also ein zentrales Merkmal der Compassion zu sein, dass man sie „entweder hat oder nicht hat“. Ebenfalls scheint Compassion von äußeren Faktoren wie etwa einer positiven Arbeitsumgebung mit gegenseitiger Unterstützung abhängig zu sein (Singh et al., 2018). Dabei bleibt anzumerken, dass Compassion (wie auch die palliative Haltung) nicht als statischer, sondern dynamischer Vorgang zu verstehen ist, der sich im individuellen Handlungskontext ergebe und durch Aufmerksamkeit, kognitive und affektive Prozesse

und Wiederbewertungen geprägt sei (Halifax, 2014).

Joan Halifax et al. (2014) sind der Auffassung, es gebe zwei Kategorien von Compassion: bei der einen gebe es einen festen Bezugspunkt (in diesem Falle ein Patient), wobei auch da eigene Wertvorstellungen und eine gewisse Selbstlosigkeit des Arztes durchaus eine Rolle spielten. Zum anderen gebe es eine Form der Compassion ohne einen festen Bezugspunkt, welche universell sei und eben nicht auf den Einzelnen bezogen; es gehe eher um ein ganzheitliches Erleben und Geben von Compassion.

Die Palliativpatienten selbst stellten hingegen in Befragungen Werte als Teil der Compassion heraus, die so oder so ähnlich auch im Konzept der palliativen Haltung zu finden sind, nämlich Respekt, das Bewusstsein um und die Aufmerksamkeit für den Patienten, Ehrlichkeit und das Präsent-Sein, eine gewisse spirituelle Fürsorge und Engagement (Andreassen Devik et al., 2019; Brito-Pons & Librada-Flores, 2018). Einen ganz besonderen Stellenwert habe dabei die Achtung der Individualität des Patienten in allen Dimensionen (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018).

Es wird deutlich, dass es erneut viele Vorstellungen und Ausdruckweisen eines bestimmten Begriffes, hier der Compassion, gibt, diese aber schon greifbarer und realitätsnäher erscheinen und sich die unterschiedlichen Definitionen deutlich mehr überschneiden als beim noch vagen Haltungsbegriff.

2.2.2. Barrieren der Compassion

Von Professionellen im Bereich der Palliativmedizin wird im Alltag und im Umgang mit den Patienten erwartet, sich neben der eigentlichen fachlichen Expertise immer mehr im Sinne von Compassion bzw. einer palliativen Haltung zu zeigen und diese umzusetzen (Singh et al., 2018). Dabei gibt es sowohl aufseiten der Patienten als auch aufseiten der Professionellen selbst Barrieren. Figley (1995) beispielsweise prägte den Begriff der „Compassion Fatigue“ (dt.: Müdigkeit/Überdruß des Mitgefühls). Daran soll deutlich werden, dass das unbedingte Helfen und der zu starke Einsatz von Compassion ohne Methoden zur Bewältigung dessen bei Professionellen selbst zu Stresserscheinungen wie etwa Burn-Out führen kann (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018). Daher sei es ebenso wichtig, Strategien für (angehende) Ärzte zu entwickeln und weiterzugeben, um mit diesem (zumeist emotionalen) Stress auch umgehen zu können und diesen verarbeiten zu können, auch wenn das nicht der alleinige Aspekt zu sein scheint (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018). Im Gegensatz dazu zeigten andere Untersuchungen, dass ein von

Compassion geprägter Umgang mit Patienten beim Professionellen selbst zu vermehrter psychischer Gesundheit, einem mitfühlenden Umgang mit anderen und auch sich selbst gegenüber und zu einer Reduktion depressiver Verstimmungen und Stress führe (Brito-Pons et al., 2018; Jazaieri, Jinpa, et al., 2013; Jazaieri, McGonigal, et al., 2013; Pace et al., 2010, 2013; Scarlet et al., 2017). Es kommt also demnach insbesondere auf die richtige Balance dazwischen an, um möglichst nah an der Realität zu bleiben. Brito-Pons und Librada-Flores (2018) hingegen kommen abschließend zu dem Urteil, dass sich das Konzept der Fatigue im Zusammenhang mit Compassion nicht dazu eigne, die Sorgen und den Kummer der Professionellen im Palliativbereich zu erklären.

Eine wesentliche Barriere für Compassion scheinen ethische Bedenken bzw. Sorgen zu sein, beispielsweise wenn ein Angehöriger des medizinischen Personals aus Gründen der Wirtschaftlichkeit oder hierarchischen Strukturen nicht nach seinen oder ihren persönlichen Überzeugungen handeln könne oder aber die eigene Arbeit als zwecklos erachtet würde (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018). Hierfür sei der Einsatz von sogenannten Balint-Gruppen ratsam oder aber Seminare, in denen Strategien gegen solche Gefühle vermittelt würden (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018). Diese Forderung ließ sich in der vorliegenden Untersuchung aufgrund des begrenzten Zeitrahmens der Lehrinheit nicht umsetzen, obgleich die Autorin dieser Arbeit die Meinung vertritt, dass ein kognitives Verständnis von Compassion bzw. palliativer Haltung und deren Barrieren durchaus auch dazu beitragen kann, sich als Professioneller selbst zu schützen und möglicherweise günstige persönliche Coping-Strategien zu entwickeln.

Ferner gibt es weitere Faktoren, die Probleme für die praktische Umsetzung von Compassion darstellen. Einer davon ist die bereits erwähnte zunehmende wirtschaftliche Ausrichtung des Gesundheitssystems, bei der der Patient als Individuum mit persönlichen Vorstellungen und Bedürfnissen immer mehr in den Hintergrund gerät. Damit einhergehend präsentiert sich die steigende Arbeitsbelastung der Mediziner (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018); das Ideal des „sich für den Patienten Zeit nehmen“ ist im praktischen Arbeitsalltag zunehmend schwerer umzusetzen. Nach Meinung der Autorin sollten sich Ärzte gerade am Lebensende ihrer Patienten jedoch die Zeit nehmen können, auf die individuellen Bedürfnisse ihrer Patienten einzugehen und sich möglichst umfassend auch mit deren Persönlichkeit auseinandersetzen können. Zudem wird in der Literatur ein Mangel an Ausbildung und Training hinsichtlich Compassion,

Kommunikation und auch Self-Care angesprochen, wobei dieser auch schon in der studentischen Lehre bestehe (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018; Clemens et al., 2008; Kopf & Breckwoldt, 2011; Singh et al., 2018) .

Singh et al. (2018) gehen sogar noch weiter und unterteilen die Herausforderungen bzw. Schwierigkeiten für die Umsetzung von Compassion in drei Kategorien, die zwar als solche wahrgenommen werden, aber auch nicht gänzlich unüberwindbar seien. Diese seien zum ersten die Probleme auf der persönlichen Ebene des Professionellen – dazu gehörten eigene Wertvorstellungen, Vorurteile, Probleme bei der Auseinandersetzung mit sich selbst, der „Pflege“ des eigenen Ichs und der Selbstreflexion, private Umstände oder auch die eigenen Grenzen im ärztlichen Alltag. Zum zweiten gäbe es den Faktor Arbeit bzw. Gesundheitssystem. Singh et al. (2018) erklären, dass eine positive Arbeitsumgebung mit gegenseitiger Unterstützung im Team zu einer möglichst guten Umsetzung von Compassion im Umgang mit den Patienten führe. Dagegen schränke ein hoher Kostendruck und eine zu große Arbeitsbelastung diese erheblich ein. Ebenfalls würden zu häufig nur Wissen und Fertigkeiten vermittelt und eben Compassion (bereits) in der Ausbildung vernachlässigt (Singh et al., 2018). Zum dritten führen Singh et al. das Verhältnis der Professionellen zu den Angehörigen und dem persönlichen Umfeld des Patienten an. Spannungen hierbei könnten sich auch im Arzt-Patienten-Verhältnis und dem Umgang miteinander bemerkbar machen und sich im weiteren Verlauf der Behandlung negativ auswirken (Singh et al., 2018).

Abschließend dazu lässt sich also herausarbeiten, dass das eigene „Ich“ der Mediziner und die Auseinandersetzung damit sowohl als positiver und unterstützender Faktor, als auch als Barriere für Compassion gesehen werden kann. Insofern sollte eine intensive Auseinandersetzung und Selbstreflexion der eigenen Gedanken und des Handelns bereits bei Studenten angestrebt werden (Singh et al., 2018). Barrieren, wie etwa die zunehmende Arbeitsbelastung bei sinkender Zeit für den Patienten, gehen als strukturelle Probleme des Gesundheitssystems über das hinaus, was sich im Rahmen dieser Untersuchung als Gegenstand einer Vermittlung von Haltungskompetenz eignen würde.

2.2.3. Exkurs: Der G.R.A.C.E.-Prozess für die Implementierung von Compassion in die Arzt-Patienten-Beziehung (Halifax, 2014)

Um Compassion in den Umgang mit Patienten, Angehörigen und anderen Teammitgliedern zu integrieren, wurde von Joan Halifax ein Modell für Mitarbeiter aus

dem Bereich der Pflege entwickelt, das laut der Autorin selbst aber ebenso für andere Berufe im medizinischen Bereich (z.B. Ärzte) anwendbar sei (Halifax, 2014). Dabei wird ein Kreislauf beschrieben, der aus fünf Schritten besteht. Der erste wird „Gathering attention“ (dt. „Aufmerksamkeit bündeln“, S.124) genannt. Dabei geht es laut der Entwicklerin darum, sich und die eigenen Gedanken während des Patientenkontakts für einen kurzen Moment zu sammeln. Beispielsweise könne man sich auf den Untergrund, die Muskelspannung oder auf die Atmung konzentrieren; worauf genau, ist dabei jedem selbst überlassen. Ziel ist es, innerhalb dieser kurzen Pause die Aufmerksamkeit in eine feste Richtung zu kanalisieren und einen Fokus zu finden. Dabei sei darauf zu achten, den Patienten damit nicht zu unterbrechen oder zum Beispiel durch eine übermäßig lange Pause zu verunsichern. Der nächste Schritt wird mit „Recalling intention“ (dt. „sich an die Absicht erinnern“, S.124) bezeichnet. Im Zuge dessen soll sich der Mediziner laut Halifax auf Aspekte wie die Motivation und Bedeutung des Berufes für einen selbst konzentrieren, kurzum: das, was einem im Umgang mit Patienten und der Verbesserung des Gesundheitszustandes dieser wichtig ist. Schritt drei wird von Halifax mit „Attunement to self and other“ (dt. „Einstimmen auf sich selbst und den anderen“, S.124) titulierte. Die Autorin meint damit, dass der Arzt oder die Ärztin sich zunächst auf die eigenen Emotionen konzentrieren solle und diese dann in den Bezug zum Patienten bzw. dessen Angehörigen (oder auch zu den Kollegen) setzen solle, um durch eine interne und sachlichere Neubewertung der Situation Vorverurteilungen und Übersprungshandlungen zu vermeiden.

Schritt vier im G.R.A.C.E.-Modell ist „Considering what will serve“ (dt. „Überlegen was dienlich wäre“, S.125). Dabei käme es vor allem darauf an, nicht zu schnell oder auch endgültig Schlüsse zu ziehen. Man solle nach bestem Wissen und Gewissen entscheiden, was in der individuellen Situation bei diesem einen Patienten von größtmöglichem Nutzen wäre. Im letzten Schritt spricht die Autorin von „enacting, ending“ (dt. „in Kraft setzen (in die Tat umsetzen), Abschließen“, S.125). Dabei solle man zuerst auf Grundlage der eben beschriebenen Schritte (Selbstbewertung, Überlegen etc.) Compassion anwenden in der Arzt-Patienten-Beziehung. Im Zuge dessen gehe es aber auch darum zu erkennen, was sich während dieses G.R.A.C.E.-Prozesses auf der inneren und auf der interpersonellen Ebene verändert haben könnte. Mit „Abschließen“ meint die Autorin, dass man sich am Ende der Interaktion von dem jeweiligen Patienten lösen müsse, um beim Nächsten erneut diesen Prozess zu durchlaufen. Die Autorin merkt an, dass es bei

diesem Vorgang darum gehe, die Schnelligkeit (und damit auch Unreflektiertes) aus der Interaktion mit dem Patienten zu nehmen und sich so immer wieder neu auf das jeweilige Individuum einzustellen. Diesen Prozess könne man auch auf Beziehungen und den Austausch mit anderen Menschen außerhalb des beruflichen Feldes übertragen, um generell auch im Alltag stärker unter der Maxime der Compassion zu handeln und zu kommunizieren.

2.2.4. Abgrenzung der Compassion zu Sympathie, Empathie und Mitleid

Oftmals werden die Begriffe Haltung, Mitleid, Anteilnahme (Sympathy), Empathie und Compassion im Zusammenhang mit der Arzt-Patienten-Beziehung als Synonyme verwendet, dabei bestehen durchaus wesentliche Unterschiede, die im Folgenden überblicksweise dargestellt werden.

Unter Mitleid versteht man dabei eine besonders emotionale Variante einer Reaktion einem (möglicherweise in den eigenen Augen „zu Unrecht“) leidenden Menschen gegenüber, ohne dabei bewusst oder gar sachlich die Situation zu reflektieren (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018; Sinclair et al., 2017). Mitleid wird im ärztlichen Alltag als nicht hilfreich und irreführend angesehen – Patienten können sich hiervon eher erdrückt und entmutigt fühlen (Sinclair et al., 2017). Mitleid ist auch als eine Art der persönlichen Kompensation zu verstehen, wenn man nicht mit einer gewissen Situation umzugehen weiß. Mitleid zeichnet sich nicht zuletzt dadurch aus, dass man den Patienten als schwach und unterlegen ansieht (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018). Im ärztlichen Umgang mit den Patienten (nicht nur im Palliativbereich) ist dies somit – wie bereits erwähnt – nicht zielführend (Sinclair et al., 2017), da die nötige Professionalität stark darunter leidet.

Bei Empathie hingegen spricht man von der Fähigkeit, das Innere eines anderen (leidenden) Menschen zu erkennen, zu verstehen (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018; Sinclair et al., 2017) und sich einzufühlen (Gielas, 2015). Es ist somit eine Reaktion auf den Patienten (Sinclair et al., 2017). Im Gegensatz zum Mitleid baue man hier eine wirkliche Beziehung zum Patienten auf, durch die man diesen und die jeweils individuellen Bedürfnisse noch besser verstehen und darauf reagieren könne. Die Patienten fühlten dabei Verständnis und Aufmerksamkeit des Professionellen. Problematisch hierbei bleibt allerdings anzumerken, dass der Mensch eher zu Empathie neigt gegenüber anderen Individuen, zu denen gewisse Ähnlichkeiten bestehen, in welcher Hinsicht auch immer diese ausgeprägt sind (Gielas, 2015). Der Psychologe Paul

Bloom bezeichnet das so: „Empathie heißt: Ich fühle das, was ein anderer Mensch fühlt“ (aus DIE ZEIT, Empathie blendet uns, 2015, S. 3). Dies könnte dazu führen, dass in einer bestimmten Hinsicht „andersartige“ Menschen von dieser Empathie ausgegrenzt werden und eine angemessene Arzt-Patienten-Beziehung stark beeinflussen, denn als Arzt sollte man sich nach Meinung der Autorin dieser Arbeit jedem Patienten gegenüber zunächst vorurteilsfrei begegnen und auf ruhigen, reflektierten Überlegungen basierend handeln. Überdies bestehe die Gefahr, dass man aufgrund der Tatsache, dass Empathie auf eigenen Erfahrungen basiert, auch selbst darunter leiden könnte, beispielsweise in Form von emotionalem oder psychischem Stress (Gielas, 2015).

Die Begriffe Empathie und Compassion haben vor diesem Hintergrund zwar das Sich-einlassen auf das Leiden eines Menschen bzw. im medizinischen Bereich eines Patienten gemeinsam, es „fehlt“ bei der Empathie allerdings die Absicht, dieses (aktiv) lindern oder verhindern zu wollen (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018). Compassion sei im Umgang insbesondere mit Palliativpatienten deshalb hilfreich, weil die Würde und der Respekt gewahrt würden, wobei der Arzt oder die Ärztin immer noch zum Treffen vernünftiger und klarer Entscheidungen fähig ist (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018; Gielas, 2015; Sinclair et al., 2017). Dies wäre nicht nur aus Sicht der Patienten die am meisten wünschenswerte Option, denn sie stünden im Mittelpunkt einer tragfähigen und auf längere Dauer ausgerichteten Arzt-Patienten-Beziehung und nicht der Professionelle selbst (Sinclair et al., 2017). Weiterhin ist Compassion nicht nur eine Reaktion auf den Patienten, sondern beinhaltet eben auch den proaktiven Aspekt des Handelns, um die Ziele „Leiden lindern, Wohlbefinden verbessern“ zu erreichen (Sinclair et al., 2017, S.6). Somit greift die Vermittlung des Konstruktes „Empathie“ als Gegenstand eines lehrfilmbasierten Seminarkonzepts nach Meinung der Autorin dieser Arbeit und ihrer Arbeitsgruppe zu kurz. Besser eignet sich aus genannten Gründen das Konstrukt „Compassion“.

2.3. Fazit

Nach Sichtung und Bearbeitung der erläuterten Konstrukte und derer zugrundeliegenden Studien haben die Autorin und die Arbeitsgruppe der vorliegenden Arbeit festgelegt, sich als (Arbeits-)Konstrukt der Compassion (Mitgefühl) im Sinne eines konstituierenden Elements einer palliativen Haltung zu bedienen.

Des Weiteren besteht die Annahme, dass man Compassion zwar nicht allumfassend

lehren kann, aber den Studenten zumindest ein Gefühl dafür vermitteln oder Vorhandenes sogar steigern kann. Inwieweit dies möglich war, wird im Abschnitt der Ergebnisse und der nachfolgenden Diskussion erläutert.

Nach Meinung der Autorin dieser Arbeit ist die palliative Haltung untrennbar mit dem Konstrukt der Compassion verbunden. Eine compassion-basierte Haltung sollte eine gute und tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung, wie sie in der Palliativmedizin besonders notwendig ist, prägen.

3. Hintergrund – Zweiter Teil: Die palliativmedizinische Lehre

3.1. Forderungen, Zielsetzungen und Lehrkonzept von DGP und EAPC

Mit steigender Zahl der Patienten mit palliativmedizinisch relevanten Erkrankungen steigt auch der Bedarf entsprechender Ressourcen (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009). Dies hat zur Folge, dass es nicht nur strukturelle Änderungen sondern auch „Anpassungen im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung der beteiligten Berufsgruppen“ (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009, S. 2) geben müsse. Grundlagen dafür sollten laut der DGP und der European Association for Palliative Care (EAPC) bereits in der studentischen Ausbildung geschaffen werden (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009; EAPC, 2007). So gab die EAPC bereits 2007 Empfehlungen zur Gestaltung eines Curriculums, d.h. eines Lehrplans, für Studierende der Humanmedizin heraus (EAPC, 2007). Denn bis zu jenem Zeitpunkt gab es keine einheitlichen Lehrkonzepte im Bereich der Palliativmedizin, weder in Europa (EAPC, 2007) noch in der Bundesrepublik Deutschland (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009). Dies führte die DGP als Grund dafür an, dass palliative therapeutische Möglichkeiten, seien sie medikamentös oder psychosozial, damals nur rudimentär in den Klinikalltag integriert gewesen seien (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009). Ebenfalls konnte man daher spekulieren, dass auch Fähigkeiten in der Kommunikation vor dem Hintergrund einer palliativmedizinischen Haltung mit eben diesen Patienten bisher in der medizinischen Ausbildung zu kurz gekommen sein könnten. Hier setzen nun die Vorschläge beider Organisationen für einen möglichst einheitlichen Lehrzielkatalog der Palliativmedizin inklusive dessen praktischer Umsetzung an.

2009 begann in Deutschland die akademische Einführung der Palliativmedizin als Querschnittsbereich 13 (QB 13) in die ärztliche Approbationsordnung. Dies machte die Integration entsprechender Lehrpläne und Curricula in die studentische Ausbildung notwendig (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009).

In seinem Vorwort beschreibt der Vorsitzende des ersten EAPC Bildungskomitees, Derek Doyle, dass dadurch die Palliativmedizin mit all ihren Dimensionen jedem Medizinstudenten nahegebracht werden sollte. Dazu „benötige man Wissen, Compassion, Empfindsamkeit und Demut“ (EAPC, 2007, S. 3). Insbesondere fordert die EAPC als eines der Hauptziele eine „Veränderung der Einstellung gegenüber der Pflege

schwerkranker und sterbender Patienten sowie deren Familien“ (EAPC, 2007, S. 5).

Die EAPC und die DGP arbeiteten die drei wesentlichen Komponenten bei der universitären Ausbildung im medizinischen Bereich „Wissen, Fertigkeiten und Haltungen“ (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009, S. 4) heraus. Diese seien notwendig, um durch eine möglichst wirksame und gleichzeitig einführende Palliativmedizin die Versorgung schwerkranker Patienten zu verbessern (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009; EAPC, 2007). Im Rahmen der Gegenstandskataloge beider Gesellschaften werden beispielhaft für die Vermittlung von Wissen die Möglichkeiten medikamentöser und nicht-medikamentöser Behandlungen verschiedenster Symptomkomplexe aufgezählt (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009). In der vorliegenden Arbeit soll es dagegen um die Vermittlung von Haltungskompetenz bzw. Compassion gehen, weshalb in der folgenden Darstellung der Zielsetzungen der Fokus auf diese (Teil-) Dimension gelegt wird.

Den Studenten der Humanmedizin soll laut DGP verdeutlicht werden, dass sie im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit den Patienten als Ganzes mit all seiner Individualität wahrnehmen sollen und es nicht mehr auf den ‚klassischen‘ Dreischritt Diagnose-Behandlung-Heilung ankommt (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009), insbesondere vor dem Hintergrund, dass es bei Palliativpatienten nicht mehr um Heilung geht. Dazu gehört, auf die „Bedürfnisse [...], Wünsche [...] und Wertvorstellungen der Patientinnen und Patienten und ihrer Nächsten“ einzugehen und diese zu respektieren (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009, S. 4). Ebenfalls sollen sich die Studenten laut EAPC und DGP ihrer eigenen Einstellung zu Themen wie Krankheit und Sterben bewusst werden und diese reflektieren. Weiterhin sei für eine qualitative ärztliche Versorgung der Patienten nicht medizinisches Wissen allein, sondern auch Kompetenzen in der Kommunikation, der Ethik und letztlich auch der Arbeit in einem Team entscheidend. Dies wird im „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin“ aus dem Jahre 2021 bestätigt (NKLM, 2021). Unter Kompetenz „versteht man (*allgemein*) die erlernbare Fähigkeit, situationsadäquat zu handeln. [...] Kompetentes Handeln beruht auf der Mobilisierung von Wissen, von kognitiven und praktischen Fähigkeiten sowie sozialen Aspekten und Verhaltenskomponenten wie Haltungen, Gefühlen, Werten und Motivation“ (North et al., 2013, S.43).

Zur besseren Umsetzung der palliativen Grundhaltung hat die EAPC auf Basis des Curriculums und der Idee einer palliativen Grundhaltung eine

„berufsgruppenunabhängige [...], kompetenz-basierte [...] Matrix zur Erstellung curricularer Bildungsinhalte in Palliative Care (KoMPAC)“ (Kompac, 2017, Seite 1) entwickelt, im Rahmen derer verschiedene Kompetenzen der an Palliative Care beteiligten Bereiche definiert werden (NKLM, 2021).

In Anlehnung daran definiert der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) Haltungskompetenz als Zusammenschluss von Sozial- und Selbstkompetenz (NKLM, 2021). Diese beschreiben z.B. die Fähigkeit des Zusammenarbeitens und der (Selbst-)Reflexion des Handelns (NKLM, 2021) als Teil dieser Kompetenzen. Des Weiteren beschreiben die Autoren der KoMPAC zehn zentrale Kompetenzen, die bereits in der medizinischen Grundausbildung Lehrbestandteil sein sollten (NKLM, 2021). Diese wiederum seien durch Kompetenzen auf den Ebenen Fertigkeiten, Wissen, Sozial- und Selbstkompetenz definiert. Letztere würden sich z.B. im Erkennen der Bedürfnisse des Patienten/ der Angehörigen oder auch im Erkennen eigener Limitationen bei der Behandlung des Betroffenen zeigen. Man solle als Mediziner darin geschult werden, auf unterschiedlichste Bedürfnisse des Patienten einzugehen, ebenfalls sollten kommunikative Aspekte sowie Selbstreflexion vermittelt werden (NKLM, 2021).

Die KoMPAC sei laut DGP vorrangig für diejenigen Mediziner gedacht, die im Arbeitsumfeld häufiger mit Patienten zu tun haben, die sich in einem palliativen Stand ihrer jeweiligen Erkrankung befinden (NKLM, 2021). Letztlich sind die genannten Kompetenzen nach Meinung der Autorin auch für die meisten anderen Fachbereiche relevant, sodass die Vermittlung von Haltungskompetenz auch für eine breite Studentenschaft – und damit spätere Ärzteschaft – allgemein förderlich ist.

Auch im 2015 entwickelten „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin“ (Richter-Kuhlmann, 2015) wurden Kompetenzen definiert, die den Medizinstudenten an den deutschen Fakultäten vermittelt werden sollten. Darin wird beschrieben, was ein junger Arzt am Ende seines Studiums bzw. Anfang seines Berufslebens können sollte. Dabei gehen die Lernziele über Wissen und praktische Fertigkeiten hinaus hin zu ebenjeneren Vorstellungen einer ärztlichen Grundhaltung. Der NKLM wurde u.a. von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden Deutschland e.V. (bvmd), Experten und Fachgesellschaften entwickelt und soll den Universitäten als Orientierungshilfe dienen, um eigene curriculare Formate zu erstellen und in die Praxis umzusetzen (Richter-Kuhlmann, 2015). Er wurde seither überarbeitet und erweitert und ist in seiner jetzigen Fassung 2.0 im Internet für alle einsehbar (NKLM, 2021). Unter

Abschnitt VIII des NLKM werden sogenannte „Übergeordnete Kompetenzen“ (NKLM, 2021) definiert, zu denen u.a. Aspekte der Gesprächsführung, Haltung, Handeln, Ethische Fragestellungen sowie „Interprofessionelle Kompetenzen“ wie z.B. (interprofessionelle) Kommunikation gehören (NKLM, 2021).

Um den Studenten eine umfassende Handlungskompetenz im palliativmedizinischen Bereich zu vermitteln, müsse man laut DGP Fertigkeiten vermitteln, aber auch die persönliche und fachliche Einstellung und Haltung der Lernenden fördern und weiterentwickeln. Hierfür schlägt die Fachgesellschaft in ihrem Curriculum den Einsatz von Vorlesungen, Kleingruppenarbeit sowie angeleiteter Reflexion vor, in Ergänzung könne je nach Verfügbarkeit und Ressourcen auch „bedside teaching“ bzw. „experiential learning“ auf einer Palliativstation stattfinden. Eine Verbindlichkeit sowie ein spezifischer Plan zur Umsetzung in der Praxis werden jedoch nicht angebracht. Übereinstimmend wird dies auch von der EAPC gefordert (EAPC, 2007). Sie schlägt weiterhin eher aktive als passive Lehrformate vor wie etwa Rollenspiele oder Diskussionen, in denen zur Selbstreflexion zu Themen wie Arbeit mit Angehörigen, Trauer und Problemen im Palliativteam angeregt werden sollte (EAPC, 2007). Im Zusammenhang damit fordert die EAPC ein „Multi-Professionelles Lernen“ (EAPC, 2007, S. 9), um die Arbeit in einem ebensolchen Team miteinzubeziehen. Im zum Zwecke dieser Untersuchung entwickelten Seminar war daher ein in der Arbeit mit Palliativpatienten erfahrener Psychologe an der Seminarentwicklung beteiligt.

Zur Umsetzung der genannten Ziele fordert die DGP in Anlehnung an die Empfehlungen ihres Europäischen Pendant eine Gesamtzahl von vierzig Unterrichtseinheiten (Vorlesungen, Seminare, Praktika) zu je 45 Minuten in der studentischen Ausbildung. Dabei sei zu berücksichtigen, dass andere Fachdisziplinen eventuell bereits (fachübergreifend) palliativmedizinische Inhalte vermitteln würden. Ebenfalls sei darauf zu achten, die Lehre sowohl horizontal als auch vertikal zu integrieren, das bedeutet z.B. nicht alle Veranstaltungen in ein Wochenpraktikum zu verlagern, sondern bestenfalls in mehrere Semester zu integrieren und somit über einen längeren Zeitraum zu verteilen. Überdies sollte auch auf klinisch-praktische Erfahrungen in einem klinischen Palliativsetting zurückgegriffen werden (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009; EAPC, 2007), was an der Justus-Liebig-Universität Gießen bereits so gehandhabt wird. Letztlich käme es laut DGP darauf an, eine Anzahl von zwanzig

Unterrichtseinheiten „unter der unmittelbaren Leitung einer palliativmedizinischen Abteilung bzw. eines entsprechenden Lehrstuhls“ (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009, S.5) nicht zu unterschreiten.

Beispielhaft für die Vermittlung von Wissen in der Palliativmedizin hingegen seien Kenntnisse über Medikamente und Dosierungen in der Schmerztherapie und bei der Kontrolle von anderen belastenden Symptomen genannt (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009). Auf diesen Teil des Lehrzielkataloges soll in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht im Detail eingegangen werden.

Laut offizieller Empfehlung der DGP soll der Anteil der Vermittlung von psychosozialen Aspekten bei ca. 30 Prozent liegen. Dabei sollen die Studenten hingewiesen werden auf „die Bedeutung von Wahrhaftigkeit [...], das gefährdete Selbstwertgefühl [...] und einen wertschätzenden Umgang mit den Gefühlen des Patienten und seiner Angehörigen“ (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009, S. 9). Ebenfalls soll ein Fokus auf Bewältigungs- und Anpassungsmechanismen in Bezug auf die Erkrankung und das bevorstehende Sterben gelegt werden (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009). Die EAPC ergänzt dies um Bereiche wie z.B. die Spiritualität, zu der auch ein Rückblick auf das eigene Leben und das des Patienten gehört (EAPC, 2007). Ethische und rechtliche Fragestellungen sollten nach Meinung der DGP circa fünf Prozent der Lehre ausmachen. Dazu zähle eine Reflexion der eigenen Haltung und Einstellung zu Themen wie Moral und Sterben (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009).

Bei beiden Ausarbeitungen von DGP und EAPC für ein Curriculum wird ein Anteil von zehn Prozent von Kommunikation und Wahrnehmung an der universitären Lehre gefordert. Dabei gilt es einerseits, die Wahrnehmung der Studenten für die Haltung des Patienten zur eigenen Krankheit zu schärfen, andererseits, die Facetten der eigenen verbalen sowie non-verbalen Kommunikation zu erkennen (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009; EAPC, 2007). Hierbei wird explizit auf spezielle Gespräche, wie etwa der Aufklärung/Prognose, einer Entscheidungsfindung oder einen Konflikt, hingewiesen (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009).

Zuletzt wird übereinstimmend mit einem Anteil von fünf Prozent an der Lehre das Arbeiten im Team gefordert. Dabei sollen die Studenten sensibilisiert werden für die unterschiedlichen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten innerhalb eines Teams, das einen Palliativpatienten betreut. Letztlich erscheint es jedoch schwierig, diese einzelnen

Komponenten zu Kommunikation, Haltung und psychosozialen Aspekten in klaren Prozentwerten inhaltlich voneinander zu trennen, da sie stark voneinander abhängen und in Beziehung zueinanderstehen. Vor diesem Hintergrund entschied sich die Autorin, auch bei den Inhalten der durchgeführten Untersuchung von einer solchen Trennung abzusehen.

3.2. Beschreibung der aktuellen Lehrsituation

3.2.1. QB 13 in Deutschland – ein Überblick

Das Querschnittsfach QB 13 Palliativmedizin wurde am 1. August 2009 in die Approbationsordnung für Ärzte als Teil von insgesamt dreizehn Querschnittsbereichen aufgenommen (DGP, 2012; Kopf & Breckwoldt, 2011; Ohlmeier et al., 2021). Damit war sie ab diesem Zeitpunkt laut §27 der ÄAppO „Pflichtlehr- und Prüfungsfach“ und wurde im Jahre 2013 auch nachweispflichtig, um die Zulassung zum zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung zu erhalten (Kopf & Breckwoldt, 2011; Ohlmeier et al., 2021).

Damals wie heute gab es allerdings keinen einheitlichen bzw. für alle medizinischen Fakultäten in Deutschland verbindlichen Plan, wie die Umsetzung dieses Faches im Einzelnen aussehen sollte. Zudem gab es keine Mindestzahl an bestimmten Lehreinheiten oder Festlegung von Lehrformaten. Dennoch markierte die Einführung des QB 13 den Übergang der Palliativmedizin vom Wahlfach hin zur obligatorischen Veranstaltung für alle Medizinstudenten (Kopf & Breckwoldt, 2011).

Mit der Implementierung in das Medizinstudium wurden allerdings auch Probleme in der Umsetzung verdeutlicht. „Einen Teil dieser Herausforderungen bildeten unflexible Strukturen des Medizinstudiums, ungenügende Vorgaben zur Ausgestaltung des QB 13, mangelnde personelle, zeitliche und finanzielle Ressourcen sowie die hohe Anzahl an Studierenden“ (Ohlmeier et al., 2021, S. 1).

Dies hatte zur Folge, dass in diversen Erhebungen teils deutliche Unterschiede in der palliativmedizinischen Lehre unter den deutschen Universitäten deutlich wurden (Ohlmeier et al., 2021). Nach einer Studie von Ohlmeier et al. ist bei lediglich 73 % der deutschen Fakultäten ein interdisziplinäres Team an der Lehre beteiligt, auch „eine [...] Spannweite von 4 bis 44 UE (*Unterrichtseinheiten*) pro Fakultät“ (Ohlmeier et al., 2021, S. 2) macht deutlich, dass es an einem einheitlichen Konzept zur Umsetzung der entwickelten Curricula derzeit noch mangelt. Insbesondere, da bei einer sowohl von DGP

als auch von EAPC geforderten Menge von 40 Unterrichtsstunden (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009; EAPC, 2007) nur eine durchschnittliche Menge von 25 erreicht werden konnte (Ohlmeier et al., 2021).

Zumeist bedienen sich die Lehrenden an eher klassischen Lehrformaten wie Vorlesungen und Seminaren und setzen bei der Prüfungsfrage zumeist auf Multiple-Choice-Formate (Ohlmeier et al., 2021).

Im Folgenden werden drei Beispiele der Integration des QB 13 an medizinischen Fakultäten erläutert.

- An der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg ist die Palliativmedizin sowohl im zweiten als auch im sechsten klinischen Semester Bestandteil des Lehrplans, außerdem wird ein Wahlfach „Lebenswelt Sterben“ angeboten. Bei diesem ist es besonders an der Palliativmedizin interessierten Medizinstudenten möglich, gemeinsam mit Studenten anderer Richtungen wie z.B. Theologie und Psychologie, zentrale und auch weniger bekannte Themen der Palliativmedizin in mehreren interdisziplinären Seminareinheiten gemeinsam zu erarbeiten. Beispielhaft zu nennen sind an dieser Stelle die Wahrnehmung des Todes in unterschiedlichen Kulturen, Ethik, Kommunikation mit dem Patienten oder aber auch die Selbstfürsorge (Universitätsklinik Freiburg, 2020).
- An der Ludwig-Maximilian-Universität München gibt es zwei sogenannte Longitudinalkursangebote. Diese beinhalten neben Pflichtvorlesungen auch Supervision im klinischen Alltag, Rollenspiele/Simulationen und insgesamt sechs Seminare zu je anderthalb Stunden in Kleingruppen, wobei sich die Themenbereiche sowohl über die Vermittlung von Wissen über z.B. die Therapie von Symptomen des Gastrointestinaltrakts als auch über Kommunikation mit Patienten, psychosoziale Aspekte und die eigene Einstellung der Studenten zum Sterben erstrecken. Dabei wird durch den Einsatz von Psychologen, Seelsorgern etc. auch auf Multidisziplinarität geachtet. Weiterhin wird ein einwöchiges Wahlfach angeboten. Darüber hinaus setzt die Palliativmedizin in München auch auf den Einsatz einer universitätseigenen E-Learning/Blended Learning Plattform („Moodle“) (Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, 2020) .
- An der Carl-Gustav-Carus-Universität Dresden wird Palliativmedizin im vierten Studienjahr gelehrt. Die Angebote umfassen Vorlesungen, Seminare in Groß- und Kleingruppen, praktische Übungen und ergänzend bzw. alternativ elektronische

Lehrinhalte mit fallbasiertem Lernen („CASUS“). Außerdem gibt es eine Beteiligung an einem Wahlfach der Inneren Medizin und die Möglichkeit einer freiwilligen Hospitation in Kleingruppen auf der Palliativstation (TU Dresden, 2020; Universitätsklinikum Dresden, 2020).

Bereits diese drei Beispiele zeigen die Heterogenität der Umsetzung von QB 13 in der studentischen Lehre an den medizinischen Fakultäten in Deutschland.

3.2.2. Stellenwert der palliativen Haltung in der bisherigen Lehre

Diverse Autoren beschreiben die palliative Haltung in der Palliativmedizin und in der palliativmedizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung als ebenso wichtig wie Wissen und Fertigkeiten (Geiss-Mayer et al., 2009; Ohlmeier et al., 2021; Prof. Dr. Müller-Busch et al., 2015; Seidemann et al. et al., 2015; Simon et al., 2009). Gleichzeitig besteht in der studentischen Lehre bis dato ein Mangel an der Vermittlung von Haltung bei zu großem Fokus auf dem Erlernen „klassischen“ Wissens und praktischer Fertigkeiten (Ohlmeier et al., 2021; Schulz et al., 2015).

Die AG Palliativmedizin der bvmd fand in Erhebungen heraus, dass Studierende sich mehr Patientenkontakt wünschen und mehr Raum für den Umgang mit sowohl den individuellen Emotionen als auch denen des Patienten (Hildebrandt et al., 2007) fordern. Seidemann et al. (2015) stellten ebenfalls fest, dass psychosoziale Aspekte in bisherigen Lehrveranstaltungen zu kurz kamen. Langfristig gesehen sollte eine Zunahme der klinischen Kompetenz in der palliativmedizinischen Aus- und Weiterbildung zu verzeichnen sein, dazu gehört neben Fertigkeiten und Wissen eben auch die Entwicklung bzw. Vermittlung einer palliativen Haltungskompetenz (Clemens et al., 2008; Schulz et al., 2015; Seidemann et al. et al., 2015).

Die Vermittlung von palliativer Haltung ist zwar auch Gegenstand des 2009 eingeführten Querschnittsbereiches 13 (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009; Ohlmeier et al., 2021), allerdings ist die Frage nach einer geeigneten didaktischen Umsetzungsform von Haltungskompetenz bislang nicht ausreichend geklärt. Es werden in diesem Zusammenhang Möglichkeiten des E-Learnings, der Einsatz von Schauspielpatienten, Lehrfilmen und auch echten Palliativpatienten diskutiert (Clemens et al., 2008; Ohlmeier et al., 2021; Schulz et al., 2015). Nach Meinung der Autorin dieser Arbeit sollte überdies die Beziehung zwischen möglichst erfahrenen Lehrenden und Lernenden gestärkt

werden, wodurch die Selbstreflexion der Studierenden ebenfalls intensiviert werden könnte. Ziel sollte es daher sein, den Studenten durch verschiedene Handlungsweisen und Hintergrundwissen eine gewisse Sicherheit im Umgang mit (Palliativ-)Patienten zu vermitteln, wozu nach Meinung der Autorin dieser Arbeit auch die Fähigkeit zur Anpassung an die jeweilige Situation im praktisch-ärztlichen Alltag gehören sollte. Lehrformate, in denen die Vermittlung palliativmedizinischer Haltungskompetenz angelegt ist, wurden an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf in Form eines neuartigen „Curriculums Palliativmedizin“ entwickelt, in dessen Rahmen Studenten der 45-minütige Spielfilm „Ich sehe Dich“ gezeigt wird. In diesem Film wird der Werdegang einer sterbenskranken Schauspielpatientin dargestellt. Im Anschluss daran erfolgt eine Diskussionsrunde mit den Studenten (Schulz et al., 2015).

Ein weiterer Ansatz zur Vermittlung von Haltungskompetenz wurde ebenfalls an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf verfolgt. Hier wurden ‚Experteninterviews‘ durchgeführt, bei denen die Studenten mit Palliativpatienten ins Gespräch kommen sollten. Diese, so das Ergebnis, seien durchaus bereit dazu, mit den Lernenden über Themen wie Tod und Sterben zu sprechen (Schulz et al., 2015). Nach Einschätzung der Autorin bleibt jedoch kritisch anzumerken, dass sich vermutlich diejenigen Patienten zu solchen Gesprächen bereit erklären, denen es verhältnismäßig ‚gut‘ zu gehen scheint und die sich in entsprechender ‚Gesprächs-laune‘ befinden. Es dürfte damit also eher keine repräsentative Auswahl von Gesprächspartnern im palliativen Feld zu erwarten sein. Zudem ist anzunehmen, dass sich Interviewsituationen nur bedingt eignen, um ein authentisches In-Kontakt-kommen unter realen Bedingungen zu veranschaulichen bzw. zu simulieren. Im Allgemeinen wird deutlich, dass sich bereits unmittelbar nach der Integration von QB 13 Herausforderungen in der Vermittlung einer palliativen Grundhaltung stellen.

Die neueste Untersuchung von Ohlmeier et al. (2021) zeigt hingegen, dass sich in den letzten Jahren viele neue Ansätze in der studentischen Lehre von Palliativmedizin entwickelt haben und auch der Aspekt der Grundhaltung eine immer bedeutendere Rolle erhält. Die Vermittlung von Haltung habe unter den Lehrenden mittlerweile einen ähnlich hohen Stellenwert wie die Vermittlung von Wissen. Die Integration neuer Lehrformate und eine zunehmende Interprofessionalität bestätigen dies, wenngleich insbesondere in der Wahl einer geeigneten Prüfungsmethode noch deutliche Defizite bestehen (Ohlmeier et al., 2021).

3.2.3. Palliativmedizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen

Im Folgenden soll ein Überblick über die Umsetzung des QB 13 „Palliativmedizin“ an der Justus-Liebig-Universität Gießen gegeben werden. Die Angaben hierüber beruhen im Wesentlichen auf der Ankündigung der Dozierenden auf der Informationsplattform des Fachbereiches und auf den persönlichen Erfahrungen der Autorin.

Das Fach Palliativmedizin wird in das dritte klinische Semester des Studiums der Humanmedizin eingegliedert. Die Lehrveranstaltungen bestehen aus der ‚Interdisziplinären Ringvorlesung Palliativmedizin‘, die unterschiedliche Themen der Palliativmedizin behandelt, u.a. Schmerztherapie, Betreuung von schwerstkranken Kindern und Jugendlichen sowie rechtliche Aspekte (Universitätsklinikum Gießen, 2019). Diese findet wöchentlich statt mit zwölf Terminen zu je 45 Minuten. Die Teilnahme an der Vorlesung ist freiwillig.

Ein zweites Lehrformat stellt das ‚Palliativmedizinische Seminar‘ dar, mit (bis zur Entwicklung des dieser Arbeit zugrundeliegenden Seminars) vier wöchentlichen Terminen in Gruppen zu je ca. 30 Teilnehmenden. Das 90-minütige Seminar funktioniert nach dem Rotationsprinzip, sodass die Studenten nun fünf Dozenten mit fünf Themen durchlaufen, die im Folgenden kurz erläutert werden sollen. Das Thema ‚Kommunikation in der Palliativmedizin‘ besteht aus Gesprächsübungen mit anschließender Evaluation u.a. mit ebenjungen Schauspielpatienten, die auch im Rahmen der Lehrfilme zum Einsatz kamen. Das Thema ‚Ethik in der Palliativmedizin‘ besteht aus dem Zeigen einer Dokumentation zum Thema Sterbehilfe inklusive anschließender Diskussion. In zwei weiteren je anderthalbstündigen Themenkomplexen werden psychosoziale Aspekte sowie einzelne Fälle besprochen. Seit 2017 ist nun ein fünftes Seminar ‚Die palliative Haltung‘ fester Bestandteil der Lehre. Es besteht die Möglichkeit eines Fehltermins, wobei das Seminar zum Thema Kommunikation mit den Schauspielpatienten von dieser Regelung ausgeschlossen ist.

Ferner sieht das Gießener Curriculum der Inneren Medizin eine dreistündige obligatorische ‚Hospitation Palliativstation‘ für jeden Studenten vor. Im Rahmen dessen besuchen circa 10 Studierende gleichzeitig nach einem kurzen Film ausgewählte Patienten in ‚ihrem‘ Umfeld.

Weiterhin existiert ein ‚Wahlfach Palliativmedizin‘, bei dem mit einer begrenzten Teilnehmerzahl von 12–14 die Inhalte im Rahmen einer Blockveranstaltung über zwei

Tage vertieft werden sollen.

Eine Klausur mit Multiple-Choice-Fragen am Ende des siebten Semesters dient der Überprüfung des Lernerfolges.

4. Forschungsfrage

Die Verankerung des Lehrziels ‚Vermittlung einer palliativen Haltung‘ wirft die Frage auf, welche Lehr- und Lernformate sich hierfür am besten eignen.

Während sich das klassische lecture-based teaching wohl vor allem für die Vermittlung von Faktenwissen eignet, dürften sich für die Vermittlung konkreter Fertigkeiten vor allem patientennahe Fallunterriehte am Krankenbett eignen.

Die Vermittlung von Haltungskompetenz, so lässt sich annehmen, profitiert, ähnlich wie auch die Vermittlung von Fertigkeiten, von der Anschaulichkeit einer – im besten Falle – unmittelbaren 1:1-Situation mit Patienten. Zugleich muss Haltungskompetenz allerdings auch möglichst effizient vermittelbar sein, um der teils beträchtlichen Zahl an Studenten im klinischen Studienabschnitt gerecht zu werden. Somit stellt sich die Vermittlung von Haltungskompetenz ebenso wie die von Fertigkeiten augenscheinlich als Dilemma dar.

Ein möglicher Lösungsweg kann es sein, die Anschaulichkeit von themenzentrierten Lehrfilmen zu nutzen, die in einem Seminarformat mit vorausgehender Instruktion sowie einer nachträglichen Diskussion kombiniert werden, um ein Tiefenlernen anzuregen (KHM-CAP, 2021). Themenzentriert bedeutet in diesem Falle, dass sich im Vorfeld Gedanken zu möglichst typischen Situationen im Umgang mit Palliativpatienten gemacht wurden und man sich dabei auf bestimmte Aspekte wie z.B. die Schuldfrage vor dem Hintergrund der Einbeziehung der palliativen Haltung des Arztes gemacht hat. Thema ist an dieser Stelle die palliative Haltung bzw. Compassion, auf die sich die Lehrfilme bzw. das Seminar konzentrieren sollten.

Miller beschrieb unterschiedliche Lerntiefen mit seiner Grafik zur Evaluation der Ausbildung in der Medizin (KHM-CAP, 2021). Wissen, das zumeist durch frontale Instruktion vermittelt wird, bildet demnach die kognitive Grundlage (Oberflächenlernen), die durch Demonstration (Lehrfilme) und interaktive Diskussion um tiefere Lernebenen ergänzt werden. Im Rahmen von Seminaren lässt sich diese Formatkombination entsprechend verinnerlichen, sodass das Gelernte am Ende in die Praxis und das alltägliche Handeln umgesetzt werden kann (KHM-CAP, 2021).

Von diesem Lösungsansatz ausgehend stellt sich die globale Forschungsfrage, inwieweit sich ein lehrfilmbasiertes Seminarkonzept und Lehrfilme im Besonderen dazu eignen, die palliative Haltung an Medizinstudenten zu vermitteln, die in vorliegender Arbeit über das Konstrukt der Compassion operationalisiert wurde.

5. Methode

Im Sinne einer explorativen Vorgehensweise interessierte die Autorin und die Arbeitsgruppe die Einschätzung der Studenten selbst – in ihrer Rolle als ‚naive Experten‘. Hierzu wurde ein lehrfilmbasiertes Seminarkonzept entwickelt und durch teilnehmende Studenten über einen Fragebogen evaluiert. Dieses mehrschrittige Vorgehen soll nachstehend detailliert dargestellt werden.

5.1. Übersicht zur Entwicklung eines lehrfilmbasierten Seminarkonzepts

a) Entwicklung und Produktion von Lehrfilmen und Seminarkonzept

In einem ersten Schritt wurde ein Seminarkonzept entwickelt, das die Vermittlung von Compassion im Sinne der palliativen Haltung als Lernziel zum Gegenstand hat. In diesem Rahmen wurden in enger Zusammenarbeit mit palliativmedizinisch erfahrenen Dozenten, Ärzten und Psychologen Drehbücher verfasst und mit Hilfe zweier Amateurschauspielpatienten erste Versionen von Lehrfilmen produziert.

b) Pretest

Darauffolgend wurden die lehrfilmbasierten Seminare mit einer Kohorte Medizinstudierender des siebten Fachsemesters abgehalten und mündlich evaluiert. Die Evaluationen wurden selektiv protokolliert (Höld, 2009).

c) Auswertung

Aus den Transkripten wurden in einem Konsensverfahren innerhalb der Arbeitsgruppe Verbesserungspotenziale identifiziert.

d) Neuentwicklung

Unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse wurde die Entwicklung eines Seminarkonzepts wiederholt.

5.2. Konzeptuelle Vorüberlegungen

Sowohl die DGP als auch die EAPC verweisen in ihren Ausführungen auf die sechs Schritte nach Kern et al. (2016), um ein Curriculum zu entwerfen und praktisch umzusetzen. Die Entwicklung des Seminarkonzepts im Rahmen dieser Arbeit orientiert sich an diesen Schritten (s. Abb. 1).

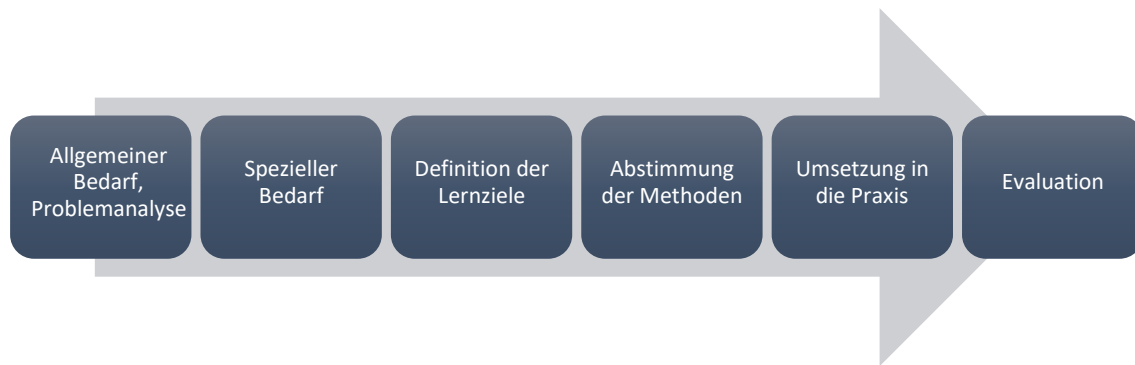


Abb. 1: Curriculumsentwicklung nach Kern et. al (2016)

Im ersten Schritt geht es um eine Analyse des Bedarfs im Allgemeinen und eine Identifikation des Problems (Kern et al., 2016). Laut Aussage der DGP wird aufgrund des demografischen Wandels die Zahl von Patienten mit palliativmedizinischen Bedürfnissen zunehmen, dies würde sich auch im klinischen Alltag widerspiegeln. Dahingehend sollte die Ausbildung junger Ärzte angepasst werden. Weiterhin sollten auch die zur Verfügung stehenden Ressourcen, beispielsweise in Person von qualifizierten Lehrenden, in die Analyse eines übergeordneten Ziels einbezogen werden. Unbestritten sind die demografischen Entwicklungen in unserer Gesellschaft. Dass diese Umstände in der aktuellen Lehre berücksichtigt werden sollten, daran besteht nach Meinung der Autorin dieser Arbeit und, wie in den bisherigen Ausführungen deutlich wird, auch von anderen Autoren, ebenfalls kein Zweifel. Da allerdings nicht eine unbegrenzte Anzahl an Lehrenden und Patienten zur Verfügung steht, wurde nach einer Möglichkeit gesucht, den Studenten die gewünschten Inhalte möglichst effektiv (zielführend) und zugleich effizient (ressourcenschonend) vermitteln zu können. Und weil sich nicht nur nach Meinung der Autorin vorliegender Arbeit, sondern auch nach Auffassung anderer Autoren (wie bereits erwähnt) die palliativmedizinische Lehre Haltungskompetenzen bislang zu wenig integriert hat, sollten diese bzw. ausgewählte Aspekte hier im Mittelpunkt stehen.

Im zweiten Schritt solle man sich mit einer Bedarfsanalyse im speziellen Bereich beschäftigen, wobei hier zwischen der studentischen und der (fach-)ärztlichen Ausbildung zu unterscheiden sei. Darüber hinaus befürchten die beiden Fachgesellschaften DGP und EAPC allerdings eine thematische Überfrachtung der Lehreinheiten, da die Gefahr bestehe, möglichst alle der vielfältigen Themenbereiche in kurzer Zeit abhandeln zu wollen. Zudem fordern beide Gesellschaften in ihren Entwürfen

eine vertikale Integration des Lehrstoffes in die Aus- und Weiterbildung, d.h. dass Lehreinheiten in mehreren Semestern verankert werden sollten. Vermutlich könne damit einer solchen Überladung vorgebeugt werden (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009; EAPC, 2007). Um nun einer thematischen Überfrachtung vorzubeugen lag bei den Lehrfilmen der Fokus auf ausgewählten Aspekten der compassion-basierten Haltung im Rahmen der Palliativmedizin. Ziel war es weiterhin, diese Inhalte bereits in die Ausbildung der Studenten zu integrieren. Nicht, weil Grundsätze der palliativmedizinischen Haltung oder Compassion nicht auch bei bereits im Berufsleben stehenden Ärzten von Bedeutung wären, sondern weil nach Meinung der Arbeitsgruppe bei einem möglichst frühzeitigen Einsatz dieser Thematik in der medizinischen Ausbildung später eine breitere Masse an Fachdisziplinen und letztlich auch Patienten davon profitieren würden.

Ebenfalls in diesem Schritt solle der Einsatz unterschiedlicher Lern- und Lehrmethoden analysiert werden. Zusätzlich zu berücksichtigen seien das zur Verfügung stehende Equipment an den jeweiligen Einrichtungen und natürlich auch personelle Ressourcen beispielsweise in Form von Schauspielpatienten (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009; EAPC, 2007). Daher wurden zunächst zur Verfügung stehende Ressourcen (Schauspieler, technisches Equipment) gesichtet und bei der Planung und Umsetzung des Projektes berücksichtigt.

Im dritten Schritt geht es um eine Definition der Lernziele, wobei man „übergeordnete Ziele (goals) von spezifischen Lernzielen (objectives)“ unterscheidet (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009, S. 13). Letztere sind „spezifisch für die Überprüfung des Lernerfolgs definierte und operationalisierte Lernziele“ (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009, S. 13) auf den Gebieten Wissen (kognitiv), Fertigkeiten (psychomotorisch) und Haltung bzw. Einstellung (affektiv) (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009). Der Fokus lag bei vorliegender Untersuchung auf dem Letzteren bzw. auf dem Arbeitskonstrukt der Compassion.

Im nun folgenden Schritt vier müsse man die gewählten Inhalte auf die einzusetzenden Methoden abstimmen. Die DGP führt an, dass beispielsweise zur Vermittlung von Fähigkeiten der Entscheidungsfindung das Arbeiten in Kleingruppen besser sei als klassischer Frontalunterricht durch einen Dozenten (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009). Gleichwohl sei eine Integration verschiedener Lehrmethoden in die Unterrichtseinheiten sinnvoll, da damit auch unterschiedliche Lernstrategien der

Studenten angesprochen werden würden. Im weiteren Verlauf des Gegenstandskataloges der DGP werden verschiedene Beispiele für Lehrmethoden für die drei weiter oben genannten sog. „objectives“ ausgeführt. Für die Vermittlung von Wissen hilfreich wären demnach „problembasiertes Lernen, Kleingruppenarbeit, Vorlesungen und Rollenspiele“ (AG Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009, S. 13). Fertigkeiten könnten insbesondere durch „Supervision im klinischen Alltag, Simulationen [...]“ (AG Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009, S. 13) vermittelt werden. Um eine Vorstellung der Einstellung zu übermitteln, eigneten sich u.a. Rollenspiele, Diskussionen und eine Supervision durch Andere (AG Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009). Im Zuge dessen fordert die DGP erneut eine möglichst umfangreiche Integration von Selbstreflexion durch die Studenten sowie Introspektion und Teamarbeit in die angebotenen Lehreinheiten, um die unterschiedlichen Dimensionen der Arbeit im Palliativbereich breit erfassen und vermitteln zu können (AG Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009). Das entwickelte Seminarkonzept nutzt eine Kombination verschiedener Lehrmethoden. Am Anfang stand eine Gruppenarbeit in Kleingruppen zur Einführung in das Thema, bereits hier bestand dadurch eine Möglichkeit zum gegenseitigen Wissens- und Erfahrungsaustausch der Studenten zur Förderung der Kommunikation. Im Anschluss wurden die Erläuterungen des Dozenten als Frontalunterricht im Stil einer Vorlesung präsentiert, um eine gemeinsame und einheitliche Basis für alle Seminarteilnehmer zu schaffen. Als nächstes folgte die Präsentation der Lehrfilme als standardisierte audiovisuelle Einheit ähnlich eines Rollenspiels oder einer Simulation. Daran anschließend erfolgte eine erneute Diskussion in größerer Runde unter Anleitung des Dozenten. Somit wurden nicht nur sehr viele unterschiedliche Lehr- und Lernmethoden berücksichtigt, sondern auch über die gesamte Lehreinheit die Selbstreflexion der Studenten gefördert und damit die bereits weiter oben herausgearbeiteten Anforderungen der DGP, EAPC und der Wissenschaftler zu erfüllen versucht.

Schritt fünf bezeichnet die Umsetzung der neuen Lehreinheit in die Praxis. Als Leitfaden gibt die DGP hierfür eine kurze Liste, auf deren Punkte ein besonderes Augenmerk gelegt werden sollte. Dazu zählen eine erneute Analyse der zur Verfügung stehenden Ressourcen inklusive Anwerbung von Dozenten aus anderen Bereichen des Teams, die medizindidaktische und palliativmedizinische Ausbildung des Dozenten, Strukturen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung sowie eine Vernetzung zu anderen Disziplinen

(AG Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009). Dieser Aspekt wurde miteinbezogen, indem das Seminar von einem Dozenten gehalten wurde, der als Psychologe in einem multidisziplinären Team in der Praxis tätig ist.

Der sechste und damit letzte Schritt nach Kern et al. (2016) besteht aus einer Evaluation. Dahingehend seien zwei Fragestellungen zu beantworten: Was kann der Teilnehmer und was kann das Curriculum? Mittels formativer Evaluation könne man durch ständige Rückmeldung recht direkt in das laufende Curriculum eingreifen. Durch summative Evaluation sei demgegenüber das Ergebnis bzw. der Wissenszuwachs bei den Studenten zu beurteilen (AG Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009; Kern et al., 2016).

Die Ergebnisse der Evaluation sollten dann allen Interessierten zugänglich gemacht werden, um eine flächendeckend gute Lehre gewährleisten zu können (AG Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009). Beim Pretest dieser Untersuchung wurde die Evaluation durch eine mündliche Befragung durch die Studenten realisiert. Bei der eigentlichen Hauptuntersuchung wurden am Ende des Seminars Fragebogen ausgeteilt, deren Antworten als Ergebnisse der Studie statistisch ausgewertet und interpretiert wurden. Im Zuge dieser Dissertation werden die Resultate veröffentlicht, damit auch anderen Einrichtungen und medizinischen Fakultäten zugänglich gemacht und somit viele der geforderten Aspekte zur Curriculumsentwicklung in dieser Arbeit erfüllt.

5.3. Entwicklung der Lehrfilme

Die Entwicklung und audiovisuelle Umsetzung der Lehrfilme erfolgte in zwei Phasen. Zunächst wurden Überlegungen zu typischen Situationen des ärztlichen Alltags vor dem Hintergrund einer Integration des palliativmedizinischen Ansatzes angestellt. Diese beruhten im Wesentlichen auf den persönlichen Erlebnissen und Erfahrungen der Mitwirkenden in Person eines Arztes, eines Psychologen und einer Studentin der Humanmedizin im klinischen Abschnitt der Ausbildung. Nach Ansicht dieser Beteiligten erschienen die Themenbereiche „Diagnoseübermittlung“ und die „Frage nach der Schuld“ als geeignet. In beiden Fällen wurden in den Augen der Mitwirkenden „gute“ und „schlechte“ Versionen einer Arzt-Patienten-Interaktion geskriptet und in mehreren Durchläufen innerhalb der Arbeitsgruppe auf Plausibilität geprüft. Anschließend erfolgte die filmerische Umsetzung mithilfe von Amateurschauspielern, die mehrjährige Erfahrungen in der Rollendarstellung klinischer Situationen und in der Arzt-Patienten-

Kommunikation aufweisen. Diese Filme wurden den Studenten des siebten Fachsemesters der Justus-Liebig-Universität Gießen im Rahmen des Palliativmedizinischen Seminars präsentiert. Im Rahmen dessen sollten die Seminarteilnehmer begründen, wie sie die Versionen (für sich und im Vergleich) vor dem Hintergrund der präsentierten Konzepte zur palliativen Haltung einschätzen würden. Im Folgenden werden die Inhalte der Lehrfilme in verkürzter Version dargelegt.

5.3.1. Fallbeschreibung der Lehrfilme

Der dargestellte Fall handelt von dem 56-jährigen Stefan Westermann. Es handelt sich um einen fiktiven Charakter, jegliche Verbindungen zu realen Personen sind unbeabsichtigt. Herr Westermann leidet seit einiger Zeit unter starkem Husten mit blutigem Auswurf. Er schläft schlechter, hat in den letzten Monaten ungewollt zehn Kilogramm an Gewicht verloren und leidet unter starken Schmerzen im Brustkorb. Nach einigen Untersuchungen steht die Diagnose Kleinzelliges Bronchialkarzinom fest. Als Assistenzärztin im Rotationssystem soll eine der beiden Hauptfiguren nun die Diagnose übermitteln und das weitere Vorgehen besprechen. In der ersten, nach Meinung der Autoren besten Version, vermittelt die Ärztin dem Patienten die Diagnose in einer möglichst verständlichen Sprache und reagiert einführend. Sie schafft eine ruhige Umgebung und geht angemessen auf die Fragen des Erkrankten ein. Im Gegensatz dazu reagiert die behandelnde Ärztin in der zweiten Version eher sachlich-nüchtern und benutzt eine für den Patienten besonders in dieser Situation unverständliche Fachsprache, die es Herrn Westermann unmöglich macht, dem Gespräch adäquat folgen zu können und seine Situation zu realisieren. In der dritten Version geht die Ärztin nicht auf die Fragen des Patienten ein und es erscheint, als würde sie ein auswendig gelerntes Programm durchführen ohne auf die individuellen Informationsbedürfnisse des Herrn Westermann einzugehen. Im Zuge dessen ist das Gespräch eher von ungläubigen Blicken von Seiten der Ärztin geprägt als von Verständnis. Dieser letzte Film zeichnet sich durch eine gestresste Ärztin in Zeitnot aus, deren Wortwahl gefüllt ist mit Plattitüden und einer professionellen aber gespielten Freundlichkeit.

Im weiteren Verlauf der Fallgeschichte ist Herr Westermann auf der Palliativstation aufgenommen worden. Er stellt sich die Frage, ob er aufgrund seines exzessiven Nikotinkonsums über Jahrzehnte hinweg selbst die Schuld für seine Erkrankung trägt. Hier setzt nun die zweite Lehrfilmreihe an. Auch hier zeigt sich die Ärztin in der ersten

Version zunächst sehr ruhig und einfühlsam. Im Verlauf erkennt sie, dass ihre eigenen Kompetenzen überschritten sind und bietet die Unterstützung durch eine Psychologin an. Während des zweiten Gespräches erhebt sie hingegen indirekt einen Vorwurf, dass der Patient nun intensiver und ausführlicher mit ihr über seine Schuldfrage sprechen will. Anstatt ihm nun bei offensichtlicher Überforderung den Kontakt zu geschultem Fachpersonal zu vermitteln, rät sie dem Patienten zur Verleugnung seiner Schuldfrage. In der dritten Version wird eine Ärztin mit grenzüberschreitender Nähe porträtiert. Die Ärztin streicht Herrn Westermann ungefragt über den Arm und lässt ihm keinen Raum mehr, selbst zu Wort zu kommen. In der letzten Version hat man sich für die Darstellung einer empathielosen Ärztin entschieden, die überhaupt nicht auf den Patienten eingeht und deren Sprache von leeren Phrasen ohne Bedeutung geprägt ist.

Aus dieser Reihe an produzierten Videos wurden einzelne Filme ausgewählt und den Studenten im Sinne einer Pilotierung in einer vorläufigen Testversion des Seminars vorgespielt und während einer offenen Diskussionsrunde mit ihnen besprochen. Im Anschluss daran fand eine mündliche Beurteilung durch die Studenten statt. Eine formative Evaluation erfolgte durch selektive Protokollierung der Wortbeiträge der Seminarteilnehmer durch die Autorin dieser Arbeit, um durch eine Verbesserung des Konzeptes bereits an dieser Stelle die Chance auf den größtmöglichen Lernzuwachs bei den Seminarteilnehmern zu erhöhen. Die Auswertung der Evaluation ergab, dass insbesondere die Darstellung konkreter Situationen in Form eines Videos deutlich besser empfunden wurde als die Präsentation allgemeiner und wenig konkreter Situationen in reiner Textform. Weiterhin wurde die Methode „Film“ als gut geeignet empfunden. Ferner wurde eine teils überspitzte Darstellung der Schauspieler gut angenommen, da dadurch bestimmte Kernpunkte wie z.B. die Körperhaltung und -sprache der handelnden Personen jedem Teilnehmer auffielen. Gleichzeitig wurde dies allerdings auch als Kritikpunkt genannt, da recht schnell deutlich wurde, welche die beste Version sein sollte und damit laut einigen Studenten die Konzentration derartig beeinflusst wurde, dass kleinere aber gleichsam bedeutende Details nicht mehr auffielen. Darüber hinaus wurde eine mangelnde Echtheit der Filme genannt, da „nur“ Schauspieler zum Einsatz kamen. Aufgrund ethischer Bedenken erschien die Möglichkeit des Einsatzes echter Palliativpatienten fragwürdig, daher wurde auch in der zweiten Phase der Untersuchung davon abgesehen. Die Studenten vertraten außerdem die Meinung, dass bei künftigen Versionen von einer strikten Trennung in „gut“ und „schlecht“ Abstand genommen

werden sollte. Als weiterer Kritikpunkt wurde die Qualität der Filme bemängelt. Nach Zusammenschau der Ergebnisse dieser Auswertung erfolgte die Finalisierung der Rollen und des Seminarkonzepts und es wurde im Folgenden eine Mischung aus von der Mehrheit der Studenten als „gut“ und „schlecht“ empfundenen Aspekte angestrebt, um die Konzentration auf nicht minder wichtige Details zu schärfen.

5.3.2. Finalisierung der Lehrfilme und des Seminarkonzeptes

Für die eigentliche Untersuchung dieser Arbeit wurden die Lehrfilme im Anschluss qualitativ und didaktisch aufgearbeitet. In dieser Version wurde das Thema „Diagnoseübermittlung“ durch „Vermittlung einer infausten Prognose“ ersetzt, da erstgenanntes bereits im Seminar „Schauspielpatienten“ inhaltlich und praktisch aufgegriffen wurde. Ebenso wurde entschieden, auch wünschenswerte Aspekte in der Interaktion zwischen Ärztin und Patient in eine insgesamt „eher schlechte“ Version zu integrieren. Letztendlich wurde dadurch das Konzept einer insgesamt „etwas besseren“ und „etwas schlechteren“ Version beibehalten. Kritisch zu betrachten bleibt das Alter der Schauspielerin, das optisch deutlich über dem einer durch sie verkörperten Assistenzärztin liegt. Aufgrund der begrenzt zur Verfügung stehenden Schauspieler musste auf eine Anpassung dahingehend verzichtet werden.

Herr Westermann ist nun nach Anpassung an das Alter des Schauspielers ein siebzig Jahre alter Patient mit den oben genannten Symptomen, der sich stationär im Krankenhaus befindet. Ihm sollen die Resultate der letzten Untersuchungen übermittelt werden. Die erste Version steht ganz im Zeichen des Einfühlens, der palliativen Haltung und der Compassion, dennoch kommt die Ärztin auch hier dem Patienten erneut viel zu nahe und „übertreibt“ es dadurch. In der zweiten Version zeigt sie sich zwar ebenfalls mitfühlend, lässt aber eher Plattitüden für sich sprechen.

Die Umsetzung der Schuldfrage erfolgte in drei Filmen, bei denen ebenfalls eine Mischung „guter“ und „schlechter“ Aspekte stattfand. Beispielsweise wurde der Verweis auf eine Psychologin bei mit dieser Thematik überforderter Assistenzärztin erneut angesprochen, jedoch gibt es auch eine andere Version, in der dieser gänzlich fehlt.

5.4. Aufbau des Seminars

Das Seminar zur Integration von Lehrfilmen zum Thema palliative Haltung und Compassion für Medizinstudierende des siebten Fachsemesters wurde in fünf

verschiedene Teile gegliedert.

5.4.1. Einleitung und Gruppenarbeit

Zuerst wurden die Studenten zu ihren Vorstellungen des Begriffes der „palliativen Haltung“ befragt. Dazu wurden Gruppen mit vier bis sechs Studenten und Studentinnen gebildet und ihnen etwa fünf Minuten Zeit gegeben. Die Ergebnisse dieser Ideenfindung wurden anschließend von je einer Person aus den Gruppen im Plenum vorgestellt.

5.4.2. Begriffserklärung

Nachher erfolgte eine Erläuterung des Begriffes „palliative Haltung“ durch den Dozenten. Dabei wurde zunächst auf die Vorstellung von Haltung im Sinne der Körperhaltung eingegangen. Im nächsten Schritt wurde die Definition erweitert um die psychologisch geprägte Auffassung. Im Anschluss daran erfolgte durch den Dozenten die Einbettung des Themas in das palliative Umfeld. Die Begriffe Mitleid, Anteilnahme, Empathie („Einfühlung“) und Compassion („Mitgefühl“) wurden in Bezug zueinander gesetzt und Differenzen geklärt. Grundlage dafür waren die Erläuterungen der vorherigen Seiten dieser Arbeit. Dieser Teil des Seminars nahm etwa 25 Minuten in Anspruch.

5.4.3. Präsentation der Lehrfilme

Nachfolgend wurden den Studenten je zwei Filme zu den Themen Schuldgefühle und Prognoseschock präsentiert. Dabei waren die Studenten angehalten, die Handlungen und Aussagen der Ärztin vor dem Hintergrund der zuvor dargestellten Erläuterungen und dem damit verbundenen Wissen zu bewerten. Die Lehrfilme hatten eine Länge von je etwa zwei bis drei Minuten.

5.4.4. Diskussion

In der anschließenden Diskussion wurden die Studenten nach ihrer Sichtweise auf das Verhalten der Ärztin befragt. Der Dozent übernahm dabei die Rolle des Diskussionsleiters. Dabei wurden Kontroversen, beispielsweise bei der Frage nach der angemessenen körperlichen Nähe, herausgestellt und im Plenum diskutiert. Weiterhin wurden Überlegungen durch die Befragten herausgestellt, wie sie selbst in einer solchen Situation handeln würden und auf welche Worte sie achten bzw. verzichten würden. Die Diskussion hatte ebenfalls einen Umfang von ca. zwanzig Minuten.

5.5. Entwicklung eines Fragebogens

Der genutzte Fragebogen umfasst zunächst standardisierte Fragen zur Charakterisierung der Seminarteilnehmer. Dabei handelt es sich um Alter, Geschlecht, Fachsemester und der Frage nach (Vor-)Erfahrung im Bereich Palliativmedizin und falls ja, in welcher Art und Weise diese besteht. Es folgt der Hinweis, dass nicht Zutreffendes unausgefüllt gelassen werden sollte.

Im zweiten Teil des Fragebogens wird nach einer bereits vor Besuch des Seminars bestehenden Vorstellung von Mitgefühl/Compassion gefragt. Anschließend folgen Fragen die einzelnen Teile des Seminars betreffend. Im Hauptteil erfolgt die Bewertung der Lehrfilme, Fragen nach der Relevanz von Compassion und die Reflexion des eigenen Handelns durch die Studenten und letztlich der Vergleich zwischen den Lehrformaten Vorlesung, Übungen mit Schauspielpatienten, Lehrfilmen, Gruppen- und Einzelhospitationen bei der Vermittlung von palliativmedizinischem Wissen, Haltung/Compassion und Fertigkeiten. Zur Beantwortung dieser 26 Fragen des zweiten Teils wurde je eine fünfstufige Likert-Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll zu“ genutzt. Im Anhang der vorliegenden Arbeit befindet sich ein Muster des verwendeten Fragebogens.

5.6. Datenerhebung

Das lehrfilmbasierte Seminar wurde mit drei Kohorten von Studenten abgehalten. Diese befanden sich im Wintersemester 2018/2019, im Sommersemester 2019 und im Wintersemester 2019/2020 jeweils im siebten Fachsemester. Anschließend wurden die Studenten über standardisierte Fragebogen befragt. Um eine maximale Rücklaufquote zu erreichen, hatten die Studenten am Ende des Seminars ausreichend Zeit (etwa 15 Minuten), den Fragebogen zu beantworten. Dieser wurde nachher durch die Dozenten eingesammelt. Das Ausfüllen der Fragebogen erfolgte freiwillig. Studenten, die diesen nicht abgaben, entstanden dadurch keine Nachteile. Auf den Schutz der persönlichen Daten der Studenten wurde geachtet, sodass nicht zurückverfolgt werden kann, welcher Bogen durch wen ausgefüllt wurde (Anonymisierung).

5.7. Statistische Auswertung

Die Eingabe der Daten erfolgte nach Fragebogen getrennt zuerst händisch in Microsoft Excel, anschließend wurden diese in IBM SPSS Statistics Version 25 übertragen. Die

Grafiken und Abbildungen wurden zum einen mit SPSS und zum anderen mit Adobe erstellt. Die Häufigkeiten der Antworten auf die jeweiligen Fragen wurden als absolute Zahlen und Prozentwerte angegeben, außerdem wurden Median, Mittelwert und Standardabweichung bestimmt. Da bei dieser Untersuchung mögliche Ausreißer erfasst werden sollten und der Mittelwert in dieser Hinsicht empfindlicher reagiert (vgl. Bamberg, Baur, Krapp S.16) wurde das arithmetische Mittel als „bekannteste[s] Maß der zentralen Tendenz“ (Albert & Marx, 2016, S. 116) in der vorliegenden Untersuchung als aussagekräftiger erachtet und deshalb dem Median als Zentralwert in der statistischen Auswertung vorgezogen. Vom Median ist zu erwarten, dass er nur bei sehr starken Unterschieden in den Antworten entsprechend unterschiedlich ausfällt, was bei so wenigen Ausprägungen (5-stufige Likert-Skala) nicht adäquat gegeben ist. Das arithmetische Mittel kann dagegen differenziertere Werte annehmen als ein Median (Kühnel & Krebs, 2006). Ebenfalls erfolgte die Auswertung der Spannweite, des Maximums und des Minimums der einzelnen Items. Zur grafischen Darstellung wurden Kreis- sowie Balkendiagramme herangezogen.

In einem weiteren Schritt erfolgte die Anwendung des Mann-Whitney-Tests, da die Ergebnisse dieser Untersuchung nur ordinalskaliert und zudem nicht näherungsweise normalverteilt waren. Dieser diente u.a. dem Vergleich zweier Gruppen von Studenten, die nach Beantwortung der Frage, ob Vorerfahrungen im Bereich der Palliativmedizin vorhanden seien, in „ja“ und „nein“ eingeteilt wurden. Vor dem Hintergrund der hier zur Anwendung kommenden Faustregel „je mehr Kategorien eine streng genommen ordinal gemessene Variable hat, desto eher kann sie wie metrische Variable behandelt werden“ (Kühnel & Krebs, 2006), wurde in der nicht-parametrischen Analyse verfahren. Vorteilhaft für diese Untersuchung ist außerdem, dass beim Mann-Whitney-Test „sämtliche Ranginformationen berücksichtigt werden“ (Leonhart, 2017, S. 244).

Um nun auch einen relevanten Unterschied zwischen den Gruppen „Vorerfahrung ja“ und „Vorerfahrung nein“ bei der Bewertung bzw. Einschätzung der verschiedenen Lehrformate feststellen zu können, kam der Wert r als standardisiertes Maß für die Effektstärke zur Anwendung. Dieser zeigt zwischen 0 und 1 einen Unterschied an, wobei nach Cohen $r=0,1$ mit einem schwachen, $r=0,3$ mit einem mittleren und ein Wert von $r=0,5$ mit einem starken Unterschied angegeben wird (Cohen, 1992). Hierbei wurde die

Formel nach Andy Field: $r = \frac{\text{Absolutwert}(z)}{\sqrt{\text{Fallzahl}}}$ verwendet (Field, 1991). Ein negatives Vorzeichen konnte dabei verworfen werden, da es sich in dieser Untersuchung um absolute Zahlenwerte handelte.

Im Verlauf der Dateneingabe in Excel fiel auf, dass einige Fragebogen unvollständig ausgefüllt worden waren. Ein Grund hierfür war, dass konkrete Vergleiche zwischen den angegebenen Lehrformaten wie beispielsweise zwischen Lehrfilmen und Gruppenhospitationen den Studenten nicht möglich waren, da einzelne Studienteilnehmer zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht beide Lehreinheiten besucht hatten. Dies war der Organisation des Stundenplanes geschuldet und konnte dadurch von der Autorin dieser Arbeit und der Arbeitsgruppe nicht geändert werden. Daher wurde im Fragebogen vermerkt, dass nicht Zutreffendes unausgefüllt bleiben sollte. Dadurch sollte zusätzlich verhindert werden, dass die Studenten bei den tatsächlich angebotenen Lehrformaten auf persönliche Vorstellungen an Stelle von eigenen tatsächlichen Erfahrungen zurückgreifen und damit einer Verfälschung der Daten vorgebeugt werden. Die fehlenden Angaben konnten durch die übrigen Items nicht sinnvoll ersetzt werden, daher wurden diese von der statistischen Auswertung ausgeschlossen. Ebenso hätte die Gefahr einer Fehlinterpretation in einer Missing-Data-Analyse bestanden. Die übrigen bearbeiteten Items der betreffenden Bögen wurden jedoch berücksichtigt. Ferner hat sich die Autorin für geschlossene Frageformate entschieden. Lediglich bei der Frage nach der Art und Weise der Vorerfahrung im palliativen Bereich wurde ein offenes Format benutzt, um die Breite der Antwortmöglichkeiten der Studenten zu erfassen, wobei diese in einzelnen Untergruppen sinngemäß zusammengefasst wurden.

6. Ergebnisse

Die Anzahl der über drei Semester ausgewerteten Fragebogen beträgt 316. Die Anzahl der gültigen Antworten variierte allerdings, da bei einzelnen Items unterschiedlich viele Missings zu verzeichnen waren. Bei einigen Fragen war eine Beantwortung zum Erhebungszeitpunkt von einzelnen Studenten nicht möglich, da (wie bereits oben erwähnt) diese bestimmte Seminare oder Termine aufgrund der zeitlichen Organisation des Semesters noch nicht besucht hatten.

Im weiteren Verlauf dieses Abschnittes werden die gültigen Antworten zu den einzelnen Fragen jeweils in folgender Weise geschrieben: (n=x). Fehlende Angaben werden mit {x} gekennzeichnet und nicht nach Schätzung bzw. Wahrscheinlichkeit ergänzt, um statistische Fehler so gering wie möglich zu halten. Aus den bereits erläuterten Gründen waren diese Zahlen teils beträchtlich.

Des Weiteren werden die Werte für das standardisierte Effektstärkemaß r zunächst lediglich zu den Antworten der Studenten hinzugefügt. Eine Interpretation erfolgt im Anschluss. Bei der Angabe der Zahlenwerte wird zwecks der Übersichtlichkeit auf gängige Rundungsregeln zurückgegriffen.

Von den 316 Befragten über die Semester WS 2018/19, SS 2019 und WS 2019/20 waren 62,3% weiblich und 36,7% männlich {3}, s. Abb. 1.1. Die meisten Studenten waren zum Erhebungszeitpunkt in einem Alter von 21 bis 24 Jahren (66,3%). 27,9% waren zwischen 25 und 30 Jahre alt. Nur 5,4% waren älter (31 bis 37 Jahre) und 0,32% jünger (20 Jahre), s. Abb.1.2.

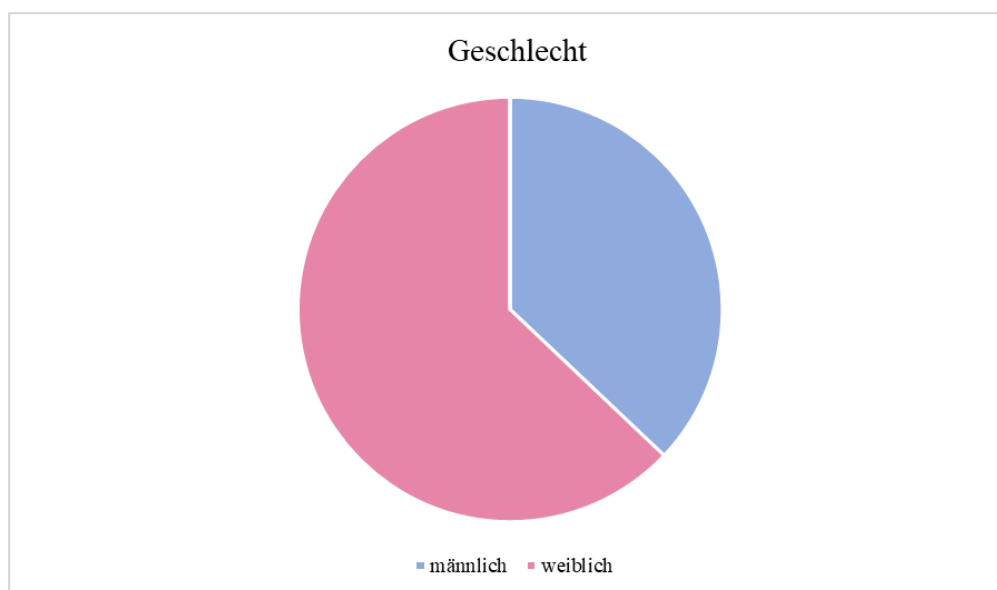


Abb. 1.1

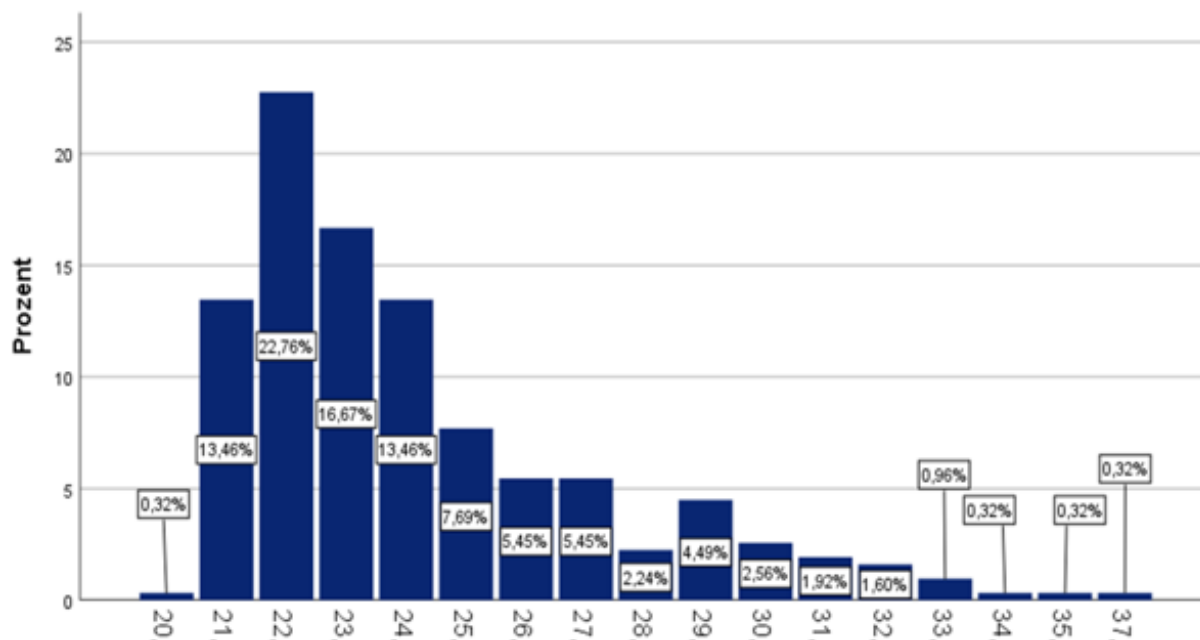


Abb. 1.2. Alter der Studienteilnehmer

Von 314 gültigen Antworten {2} bejahten 58 (18,5%) die Frage nach Vorerfahrung im Bereich der Palliativmedizin, 256 (81,5%) verneinten dies.

Da die darauffolgende Frage nach der Art der Vorerfahrung offen formuliert war, wurden die gegebenen Antworten induktiv angelegten Kategorien zugeordnet. Von 58 erhaltenen Antworten {256} gaben 43,1% an, durch eine vorangegangene Ausbildung im medizinischen Bereich über derartige Vorerfahrung zu verfügen. Bei 17,2% befanden sich Angehörige in einer palliativen Situation. 34,5% gaben an, im Rahmen des Medizinstudiums (durch Praktika o.ä.) Erfahrungen gemacht zu haben und 5,2% hatten Bekannte oder Angehörige, die selbst im palliativmedizinischen Bereich arbeiten.

6.1. Vorwissen und Seminar

Im folgenden Abschnitt werden Ausprägungen der Likert-Skala (z.B. „trifft voll zu“ und „trifft eher zu“) zum Teil zusammengefasst, um eine bessere Übersichtlichkeit zu erreichen. Die genauen Zahlenangaben der einzelnen Antwortmöglichkeiten sind dabei den eingefügten Grafiken zu entnehmen.

Bereits vor dem Seminar eine Vorstellung von Compassion zu haben, meinten insgesamt 75,4% der Studenten, 9,27% waren unentschieden und 15,33% gaben an, eher keine bis gar keine Vorstellung gehabt zu haben (n=313; r=0,113; {3}), s. Abb. 2.1.

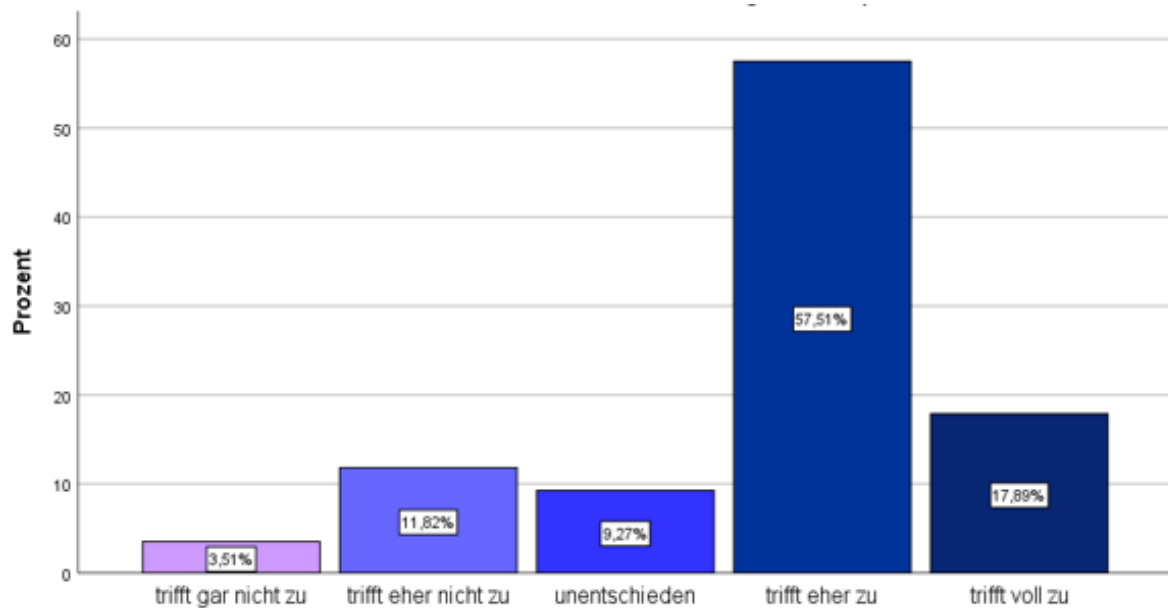


Abb. 2.1 Verteilung der Antworten zum Item „bereits vor dem Seminar bestand eine Vorstellung von Compassion“

Insgesamt 7,3% der Befragten gaben an, die Erläuterungen des Dozenten im Seminar hätten ihnen eher nicht bis gar nicht geholfen, ein Verständnis zu entwickeln und 20,32% waren unsicher. Für 44,76% waren die Erläuterungen eher hilfreich, 27,62% der Studenten und Studentinnen erachteten die Aussagen des Dozenten als sehr hilfreich (n=315; $r=0,113$; {1}), s. Abb. 2.2.

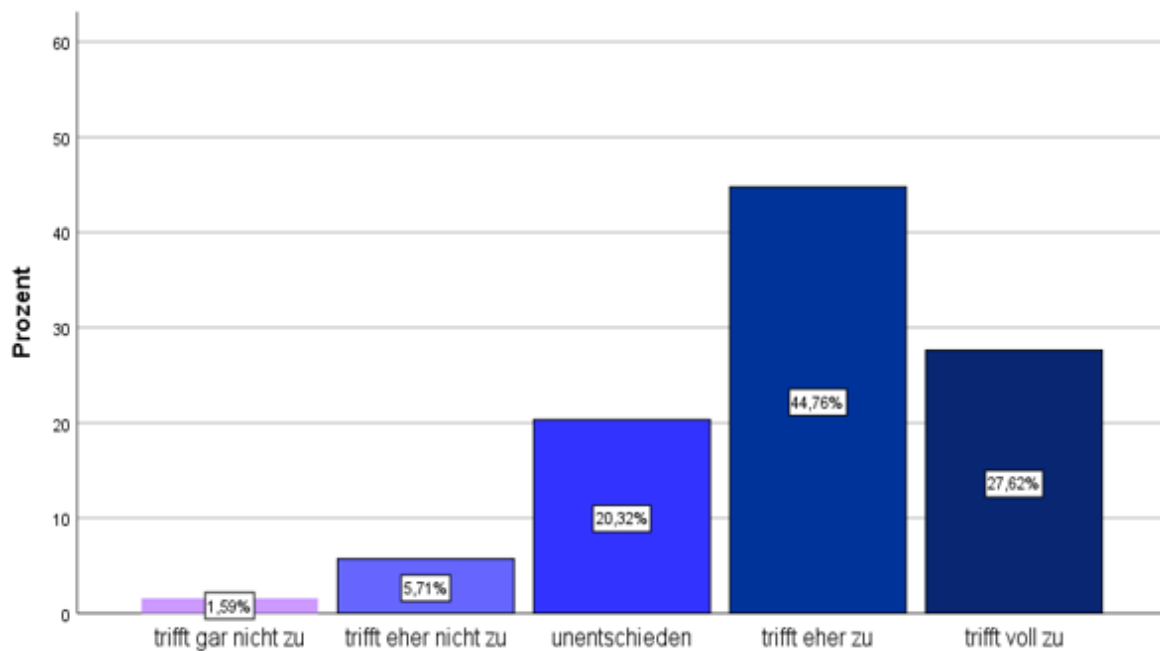


Abb. 2.2 Verteilung zum Item „die Erläuterungen haben geholfen, ein Verständnis von Compassion zu entwickeln“

2,9% gaben an, die Lehrfilme hätten ihnen gar nicht geholfen, ein Verständnis von Compassion zu entwickeln, bei 15,58% traf dies eher nicht zu. 47,4% der Studenten gaben an, die Lehrfilme hätten ihnen eher geholfen dieses Verständnis zu entwickeln und 14,61% antworteten mit vollster Zustimmung. 19,48% waren nicht entschieden bei dieser Fragestellung (n=308; r=0,114; {8}), s. Abb 2.3.

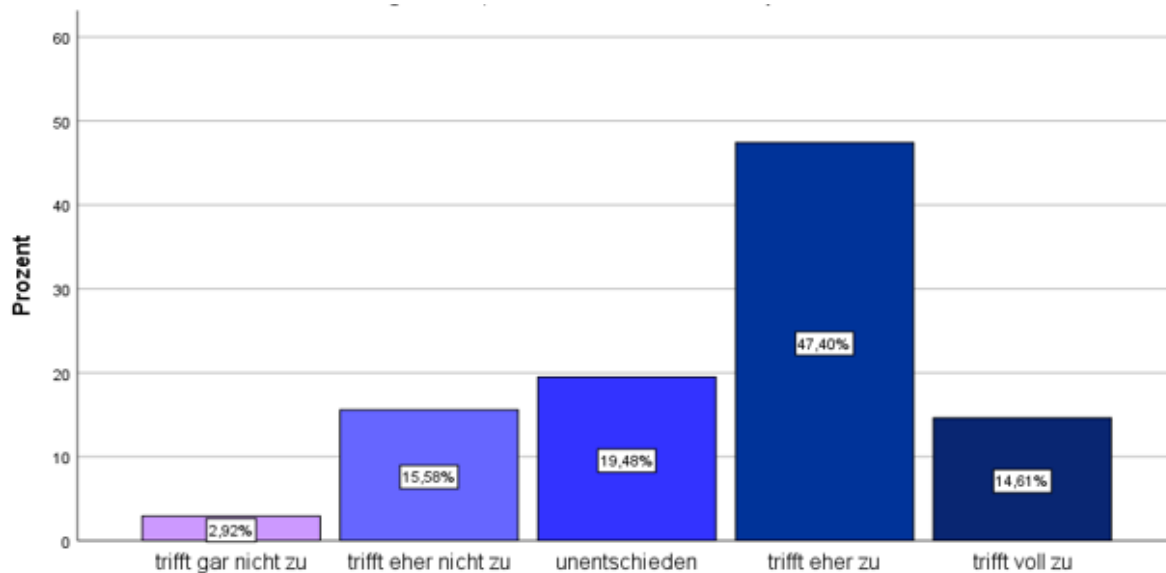


Abb. 2.3 Verteilung der Antworten zum Item „die Lehrfilme haben geholfen, ein Verständnis von Compassion zu entwickeln“

Kumuliert 62,92% waren der Meinung, dass die Gruppendiskussion im Anschluss an die Lehrfilme hilfreich war und zum Verständnis des Begriffes der Compassion beigetragen habe. Für 12,91% traf dies eher nicht zu, 22,52% waren unentschieden und 1,66% der Studenten bewerteten die Diskussion als gar nicht hilfreich (n=302; r=0,115; {14}), s. Abb. 2.4.

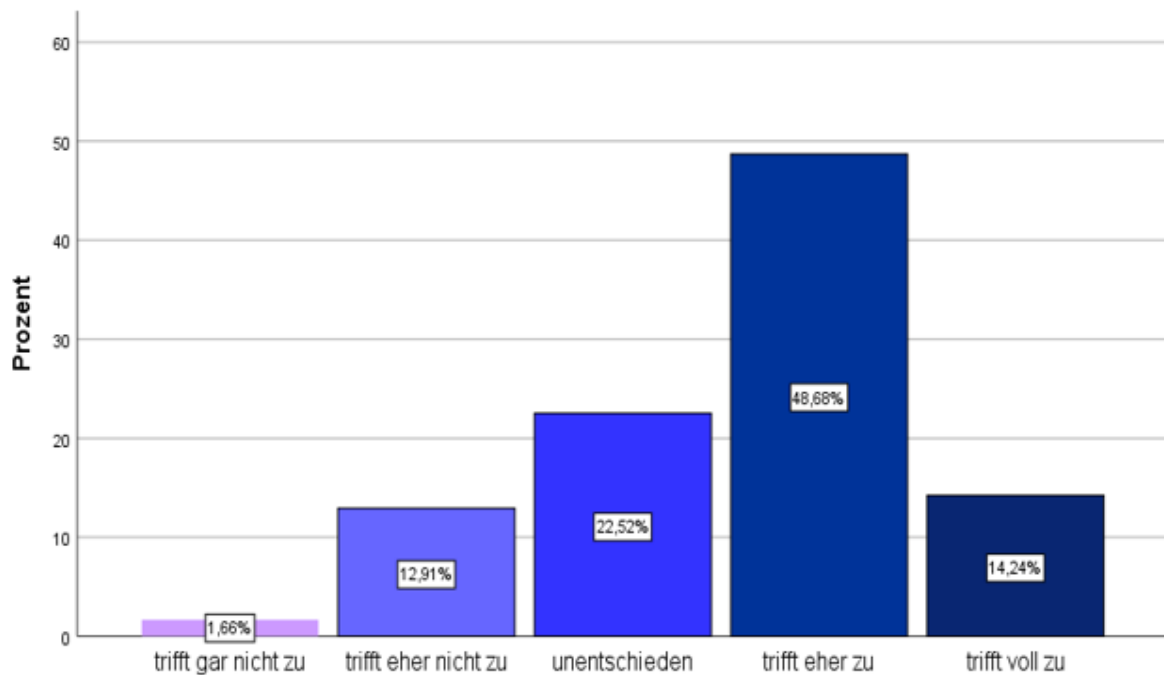


Abb. 2.4 Verteilung zu „die Diskussion hat geholfen, ein Verständnis von Compassion zu entwickeln“

Bei der Frage, ob sich Lehrfilme grundsätzlich besser eignen, ein Verständnis von Compassion zu vermitteln als Vorlesungen, reagierten 42,49% mit etwas und 34,19% mit voller Zustimmung. Insgesamt 6,39% standen dieser Aussage (eher) ablehnend gegenüber. 16,93% waren unentschieden ($n=313$; $r=0,113$; {3}), s. Abb. 2.5.

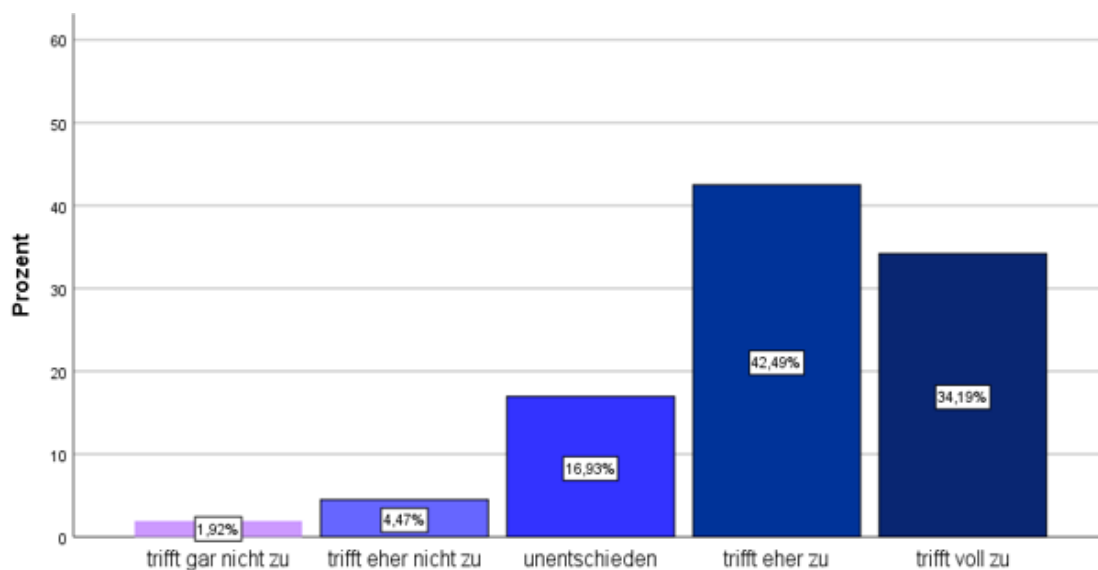


Abb. 2.5 Verteilung zum Item „Lehrfilme eignen sich grundsätzlich besser, ein Verständnis von Compassion zu vermitteln, als Vorlesungen“

Hingegen ergab sich eine Gesamt-Zustimmung von nur 16,96% zu der Frage, ob sich ein Lehrfilm besser eignet als eine Gruppenhospitation, um ein Verständnis von Compassion zu erlangen. 31,1% waren unentschieden. Für 16,96% waren Lehrfilme nicht grundsätzlich besser geeignet für die Vermittlung eines Verständnisses von Compassion als Gruppenhospitationen, für 34,98% war dies zumindest eher der Fall ($n=283$; $r=0,12$; {33}), s. Abb. 2.6.

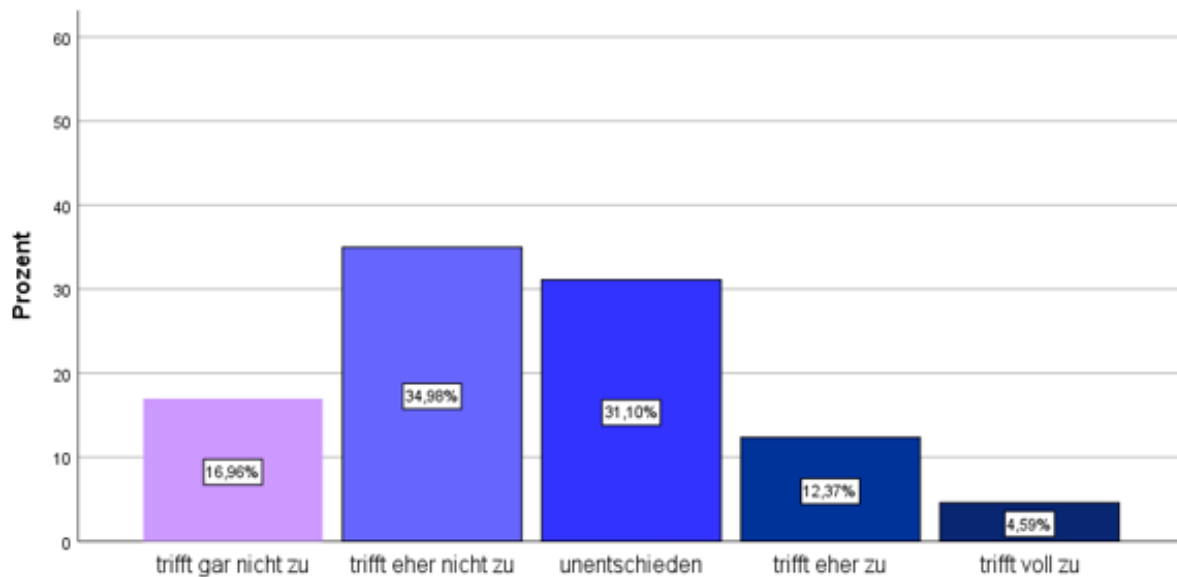


Abb. 2.6 Verteilung der Antworten zu „Lehrfilme eignen sich grundsätzlich besser, ein Verständnis von Compassion zu vermitteln, als Gruppenhospitationen“

Ebenfalls wurde die Frage gestellt nach der Eignung der Lehrfilme im Vergleich zu Übungen mit Schauspielpatienten, um ein Verständnis von Compassion zu erlangen. Dass Lehrfilme sich grundsätzlich besser eignen, bejahten 15,15% der Befragten mit „trifft eher zu“ und 10,77% mit „trifft voll zu“. Für 33,67% traf dies eher nicht und für 12,79% gar nicht zu. 27,61% waren un schlüssig ($n=297$; $r=0,116$; {19}), s. Abb. 2.7.

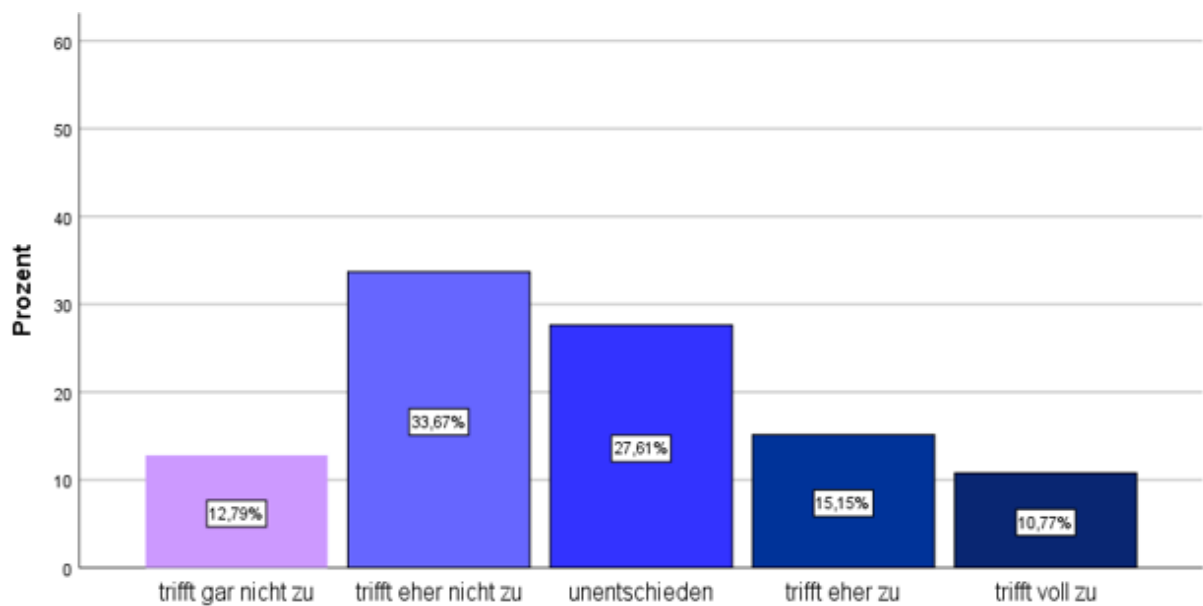


Abb. 2.7 Verteilung zum Item „Lehrfilme eignen sich grundsätzlich besser, ein Verständnis von Compassion zu vermitteln, als Übungen mit Schauspielpatienten“

Der Frage, ob sie über die Lehrfilme eher ein Verständnis von Compassion entwickeln konnten als über die Hospitation im Rahmen der Funktionseinheit des GICUMED (Hospitation auf der Palliativstation) stimmten 5,53% der Studenten voll und 16,13% eher zu. Für 18,43% traf dies eher nicht und für 14,29% gar nicht zu. Unentschieden waren hierbei allerdings 45,62% der Befragten ($n=217$; $r=0,136$; $\{99\}$), s. Abb. 2.8.

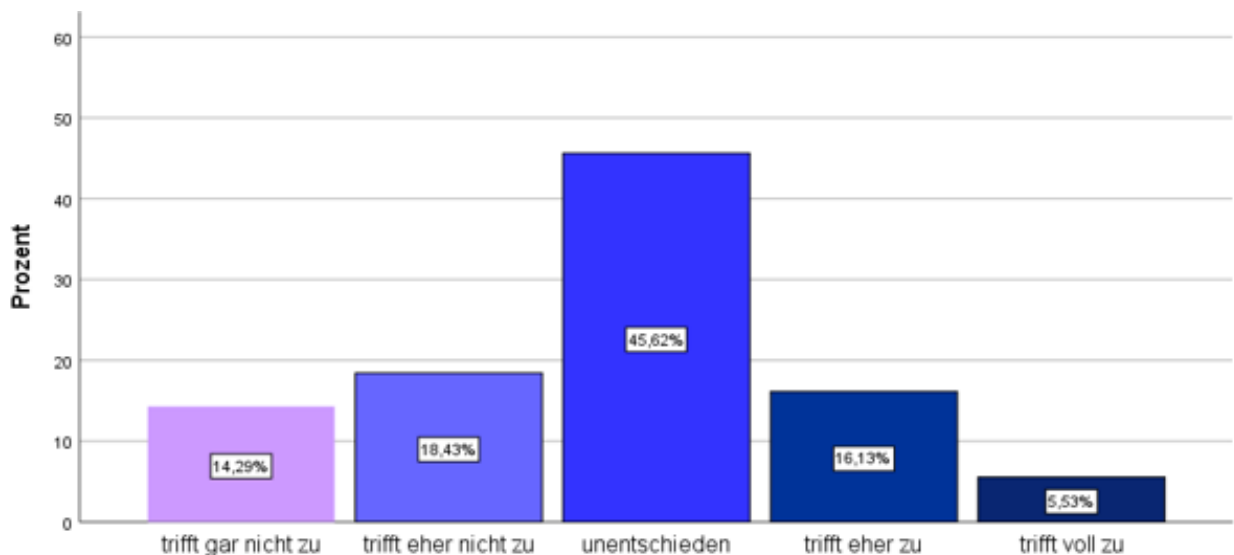


Abb. 2.8 Verteilung der Antworten zum Item „über die Lehrfilme habe ich eher ein Verständnis von Compassion entwickeln können als über die Hospitation der Funktionseinheit“ (GICUMED)

Der Aussage „über die Lehrfilme habe ich eher ein Verständnis von Compassion entwickeln können als über die interdisziplinäre Ringvorlesung Palliativmedizin“ stimmten 36,07% eher und 11,89% voll zu, für insgesamt 47,96% traf dies eher bis gar nicht zu. 36,89% der Teilnehmer waren hinsichtlich dieser Aussage unentschieden (n=244; r= 0,13; {72}), s. Abb. 2.9.

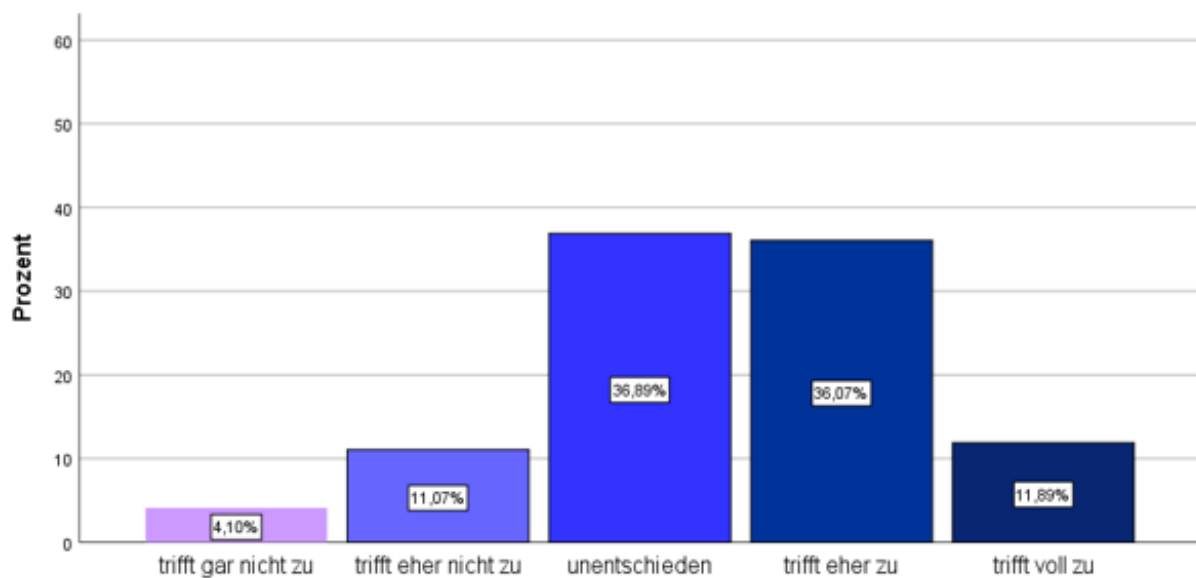


Abb. 2.9 Verteilung zu „über die Lehrfilme habe ich eher ein Verständnis von Compassion entwickeln können als über die interdisziplinäre Ringvorlesung Palliativmedizin“

Insgesamt 73,39% der Studenten stimmten der Aussage zu, dass die Lehrfilme sie angeregt haben, ihre eigene Haltung gegenüber Patienten zu reflektieren. 15,06% waren unentschieden bei dieser Frage und für 8,01% und 3,53% traf dies eher nicht bzw. gar nicht zu (n=312; r=0,113; {4}), s. Abb 2.10.

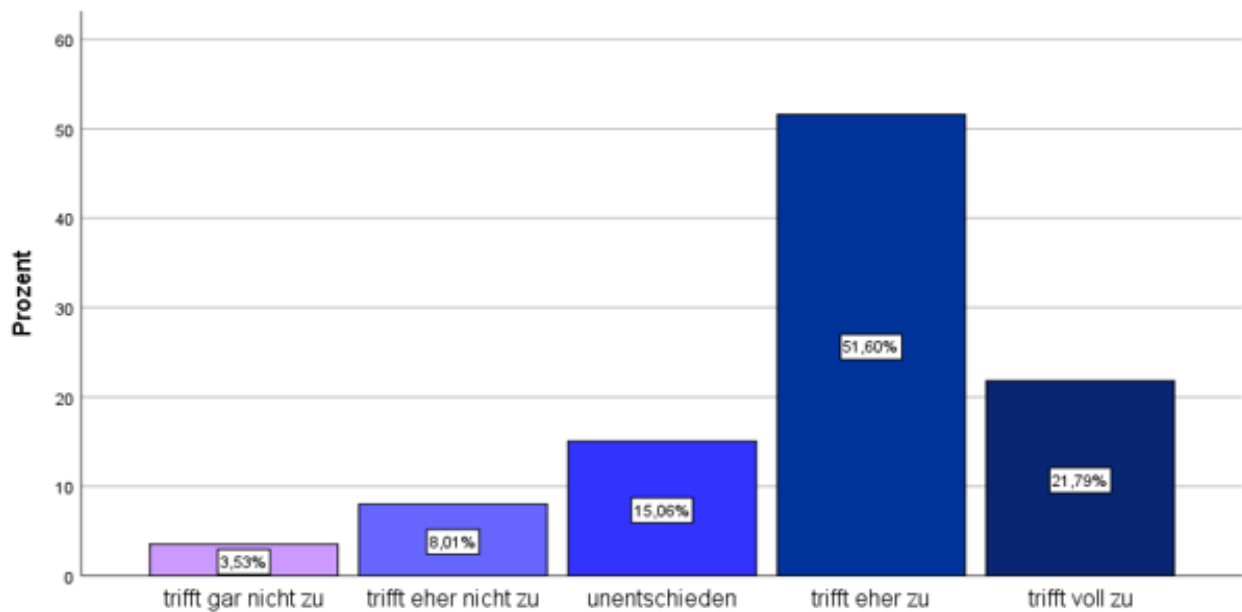


Abb. 2.10 Antwortverteilung zum Item „die Lehrfilme haben mich angeregt, meine eigene Haltung gegenüber Patienten zu reflektieren“

Im Anschluss wurde die Frage nach der Relevanz von Compassion für die spätere Arbeit als Arzt gestellt. 14,74% hielten dies für eher relevant, eine überwiegende Mehrheit von 81,09% stimmte der Aussage voll zu. 2,88% waren unentschieden und insgesamt 1,28% hielten Compassion für eher bis gar nicht relevant ($n=312$; $r=0,113$; $\{4\}$), s. Abb. 2.11.

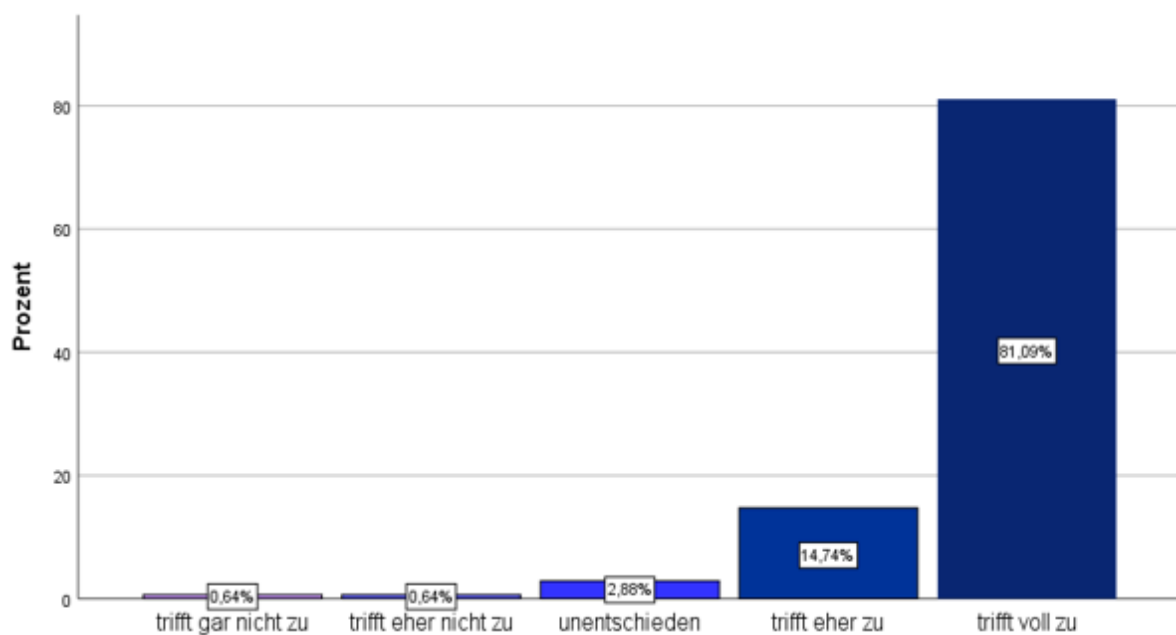


Abb. 2.11 Verteilung zu „ich halte Compassion für meine spätere Arbeit als Arzt/Ärztin für relevant“

6.2. Eignungseinschätzung Wissen

Bei der Frage nach der Empfehlung von Vorlesungen zur Vermittlung palliativmedizinischen Wissens antworteten 43,23% der befragten Studenten mit „trifft eher zu“ und 9,35% mit „trifft zu“. 23,55% waren unentschieden. Für 18,39% traf die Aussage eher nicht zu und für 5,48% gar nicht ($n=310$; $r=0,113$; {6}), s. Abb. 3.1.

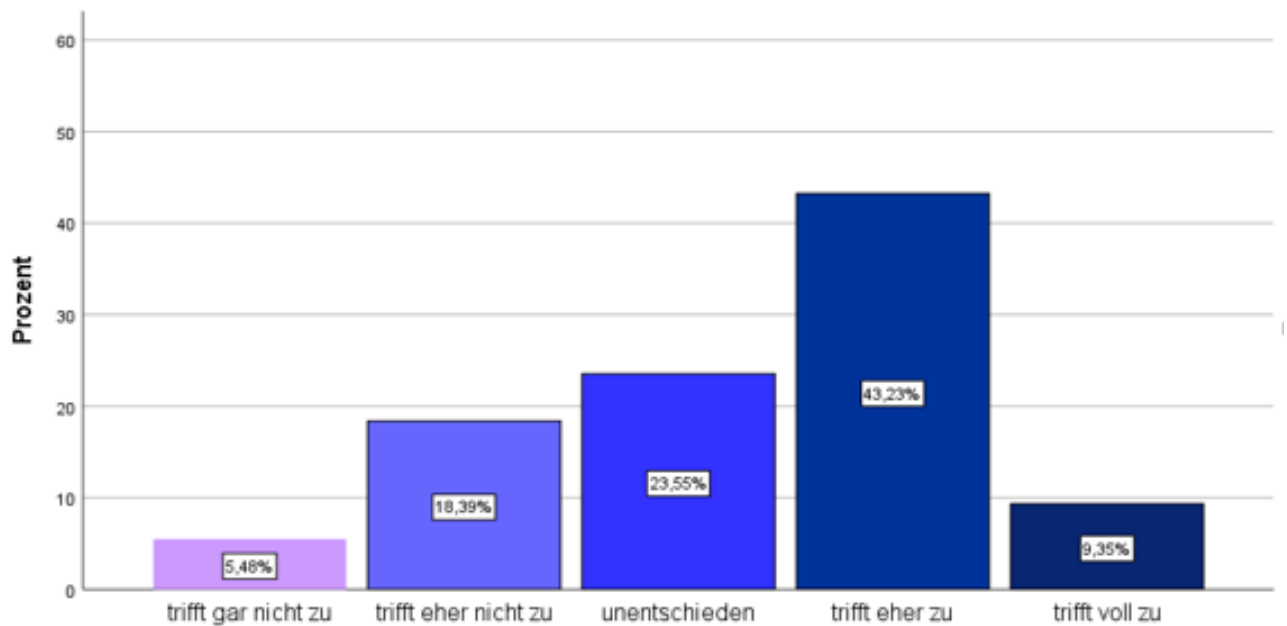


Abb. 3.1 Antworten zum Item „zur Vermittlung palliativmedizinischen Wissens empfehle ich Vorlesungen“

Übungen mit Schauspielpatienten zur Wissensvermittlung hingegen wurden von 35,39% der Studenten „eher“ und von 26,95% „voll“ empfohlen. Für 15,58% traf dies eher nicht und für 7,47% gar nicht zu. 14,61% der Befragten waren unentschieden ($n=308$; $r=0,114$; {8}), s. Abb. 3.2.

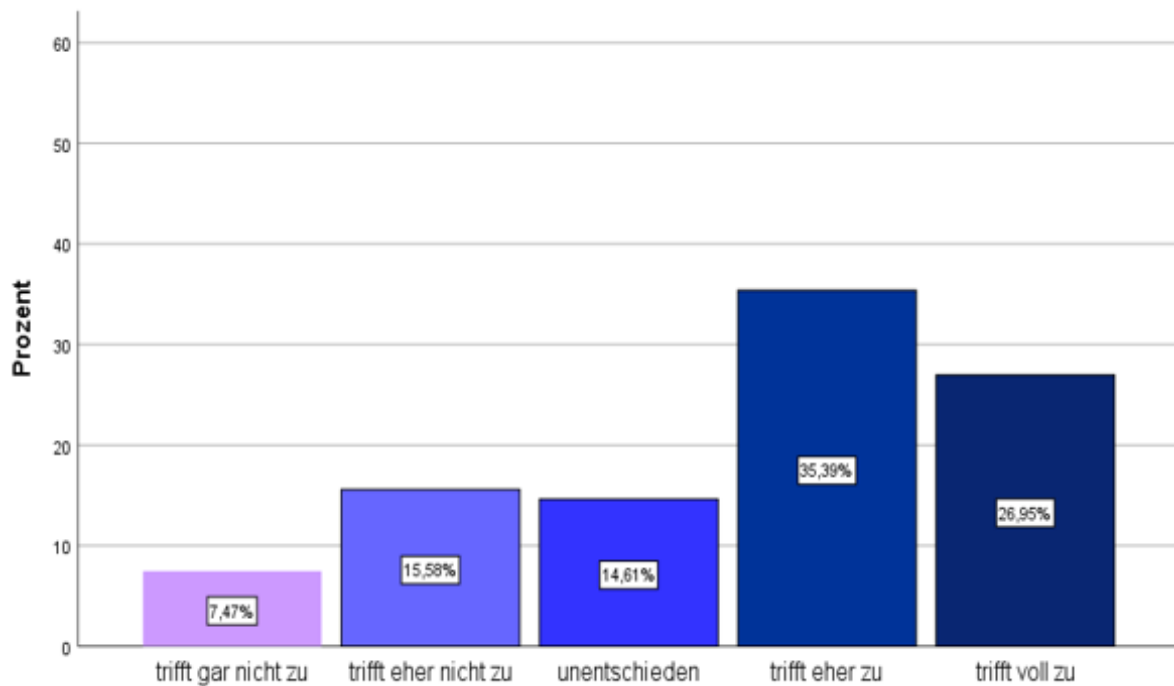


Abb. 3.2 Verteilung der Antworten zum Item „zur Vermittlung palliativmedizinischen Wissens empfehle ich Übungen mit Schauspielpatienten“

Themenzentrierte Lehrfilme wurden von insgesamt 72,49% der Studenten des siebten Semesters der Justus-Liebig-Universität Gießen „eher“ bis „voll“ empfohlen, 15,86% waren unentschieden. Der Aussage stimmten insgesamt 11,65% eher nicht bis gar nicht zu ($n=309$; $r=0,114$; $\{7\}$), s. Abb. 3.3.

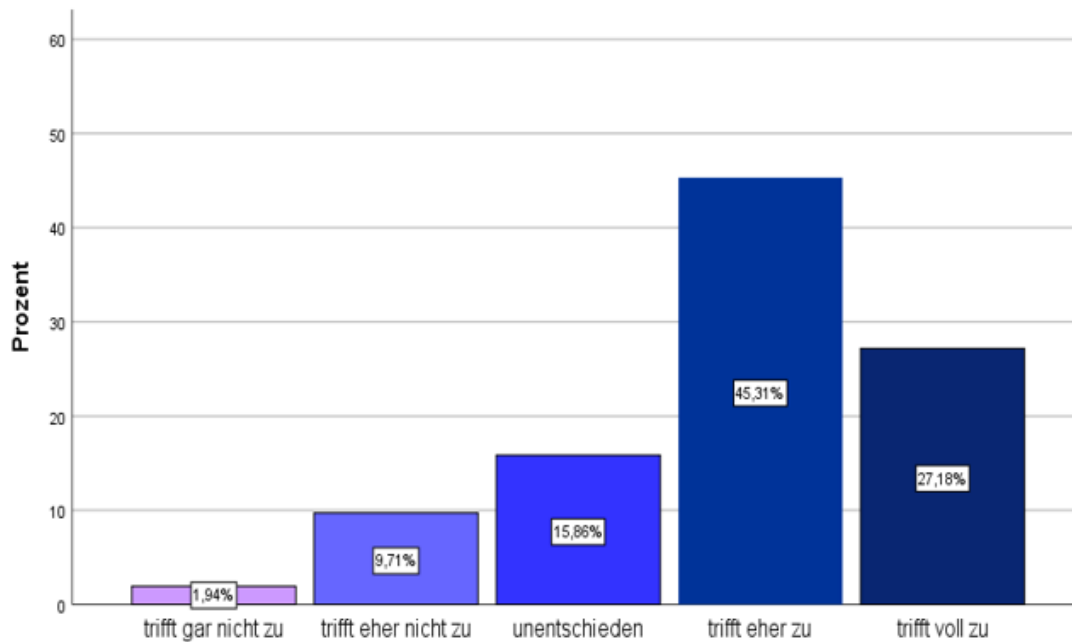


Abb. 3.3 Antwortverteilung zu „zur Vermittlung palliativmedizinischen Wissens empfehle ich themenzentrierte Lehrfilme“

38,69% bzw. 36,07% der Probanden waren „eher“ bzw. „voll“ der Meinung, zur Vermittlung palliativmedizinischen Wissens seien Gruppenhospitationen auf einer solchen Station zu empfehlen. 16,72% waren unentschieden bei dieser Fragestellung und für je 7,21% und 1,31% traf dies eher nicht bzw. gar nicht zu (n=305; r=0,115; {11}), s.

Abb. 3.4.

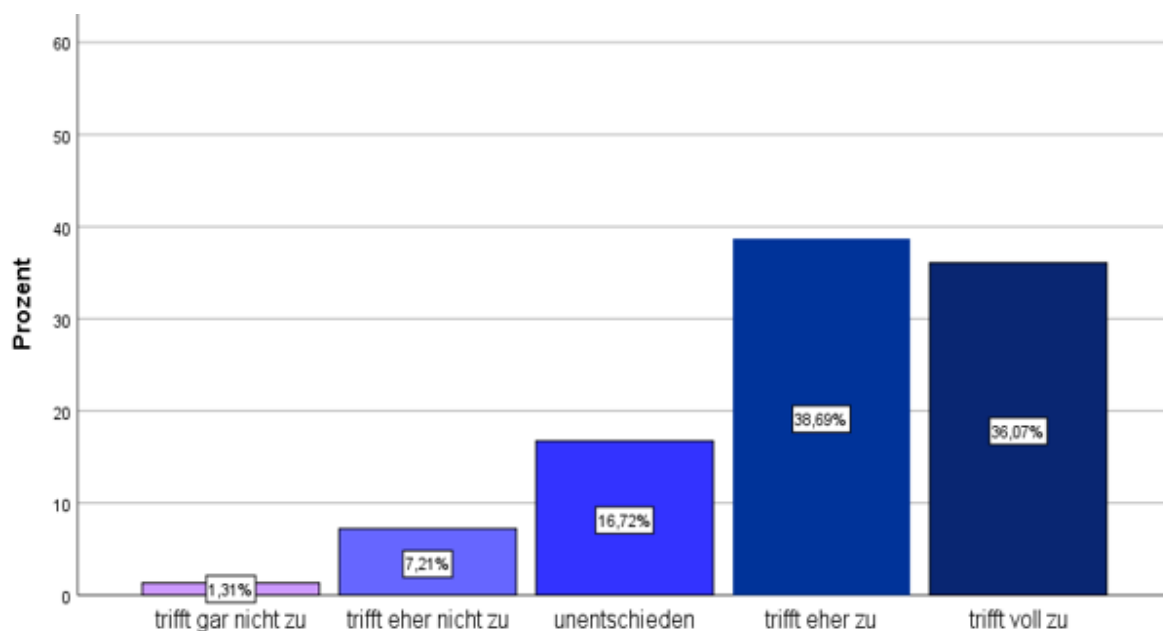


Abb. 3.4 Verteilung zum Item „zur Vermittlung palliativmedizinischen Wissens empfehle ich Gruppenhospitationen auf einer Palliativstation“

Auf die Aussage „zur Vermittlung palliativmedizinischen Wissens empfehle ich Einzelhospitationen auf einer Palliativstation“ reagierten 26,97% der Studenten mit „trifft eher zu“ und 47,04% mit „trifft voll zu“. Für insgesamt 8,22% traf dies eher bis gar nicht zu. 17,76% der Befragten waren unentschieden (n=304; r=0,115; {12}), s. Abb. 3.5.

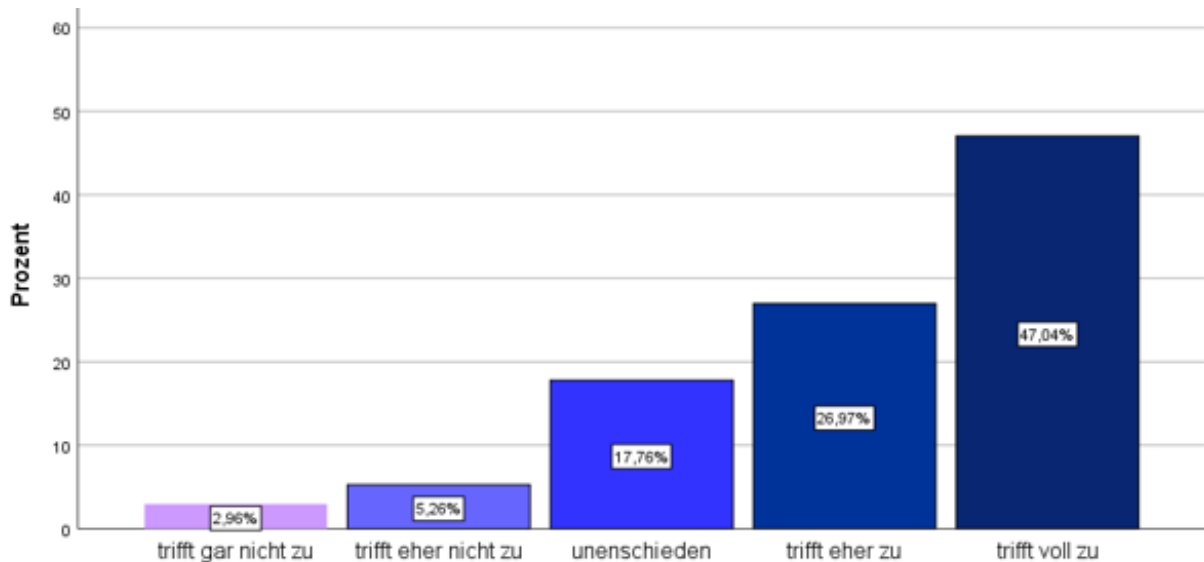


Abb. 3.5 Antworten zum Item „zur Vermittlung palliativmedizinischen Wissens empfehle ich Einzelhospitationen auf einer Palliativstation“

6.3. Eignungseinschätzung Haltung

Zur Vermittlung einer palliativ geprägten Haltung empfehlen 26,71% der befragten Studenten Vorlesungen, 11,73% bzw. 28,99% taten dies nicht bzw. eher nicht. Ein großer Teil von 32,57% der Befragten war unentschieden bei diesem Item (n=307, r=0,114; {9}), s. Abb. 4.1.

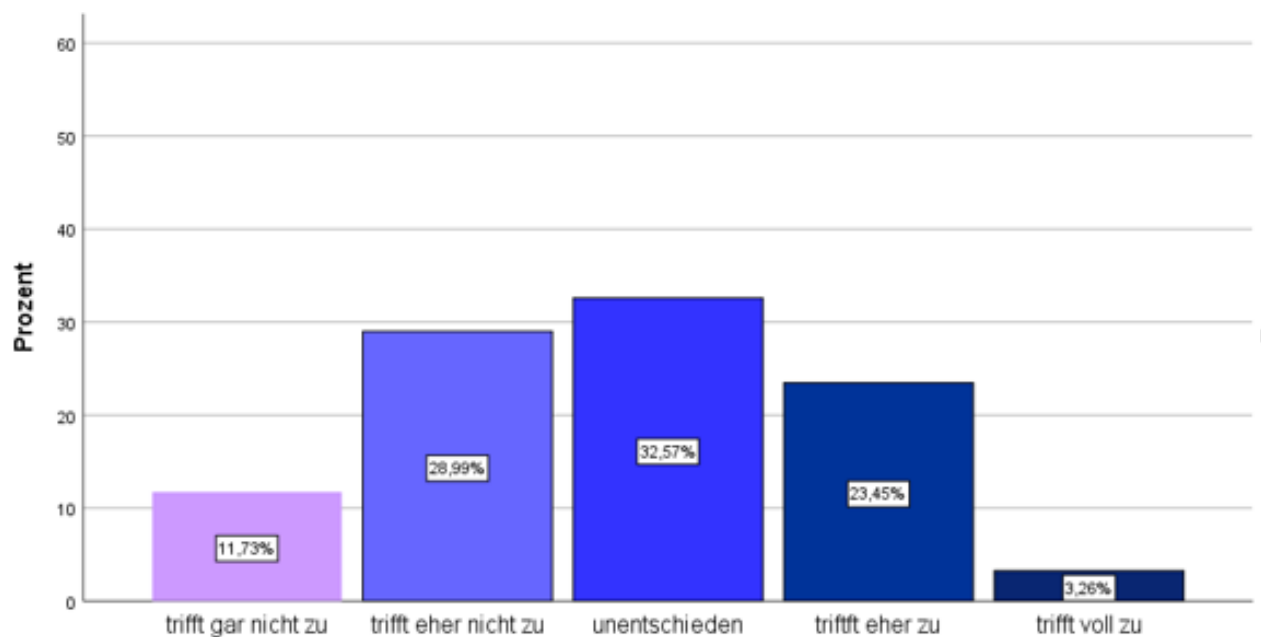


Abb. 4.1 Antwortverteilung bei „zur Vermittlung der palliativmedizinischen Haltung empfehle ich Vorlesungen“

Zur Haltungsvermittlung eigneten sich laut 39,87% bzw. 29,41% der Studenten in Gießen Übungen mit Schauspielpatienten „eher“ bzw. „voll“. 12,09% waren unentschiedig. "Trifft gar nicht zu" und „trifft eher nicht zu“ wurden von 8,17% bzw. 10,46% der befragten Personen angegeben (n=306; r=0,115; {10}), s. Abb. 4.2.

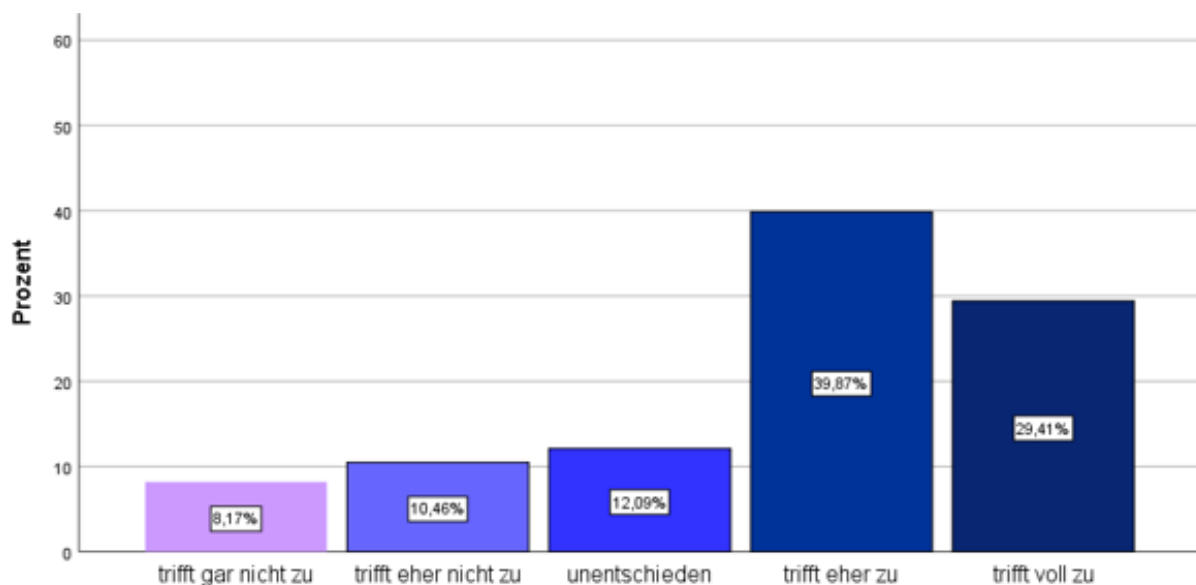


Abb. 4.2 Verteilung zum Item „zur Vermittlung der palliativmedizinischen Haltung empfehle ich Übungen mit Schauspielpatienten“

Bei der Frage nach der Eignung von themenzentrierten Lehrfilmen stimmten insgesamt 46,93% bzw. 28,48% der Befragten „eher“ bzw. „voll“ zu, 13,92% zeigten sich unentschieden. Nur für 8,41% und 2,27% der Befragten stellten diese eher keine bis gar keine Option dar (n=309; r=0,114; {7}), s. Abb. 4.3.

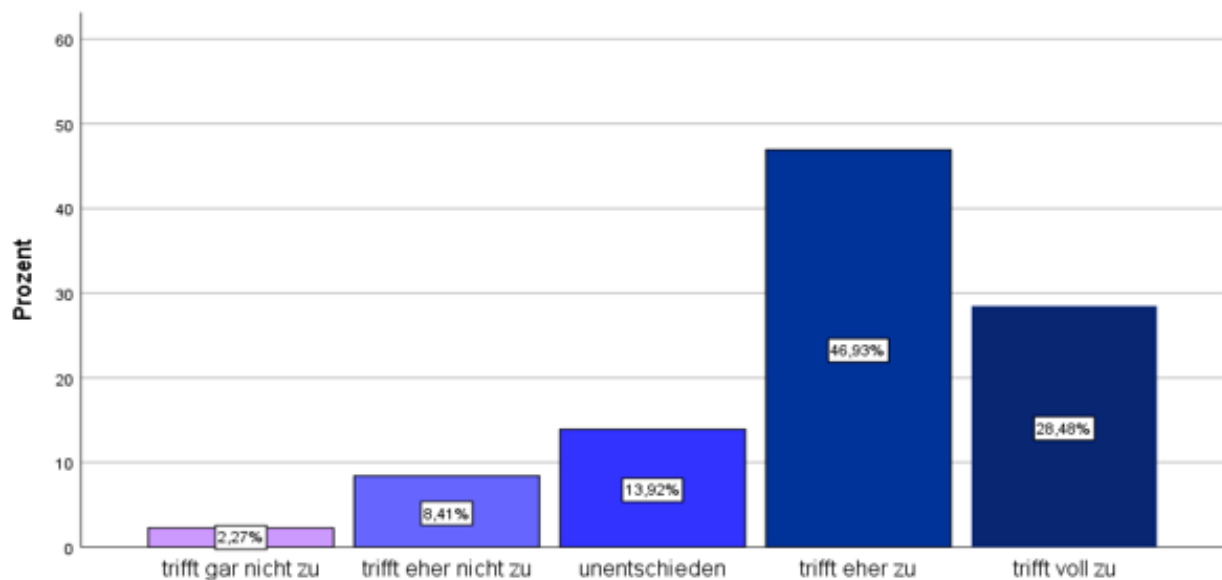


Abb. 4.3 Verteilung der Antworten zu „zur Vermittlung der palliativmedizinischen Haltung empfehle ich themenzentrierte Lehrfilme“

Gruppenhospitationen wurden von 39,07% und 36,09% der Studenten zur Vermittlung einer palliativmedizinischen Haltung teils bis vollumfänglich empfohlen, für insgesamt 10,93% war dies eher bis gar nicht zutreffend. 13,91% waren unentschieden (n=302; r=0,115; {14}), s. Abb. 4.4.

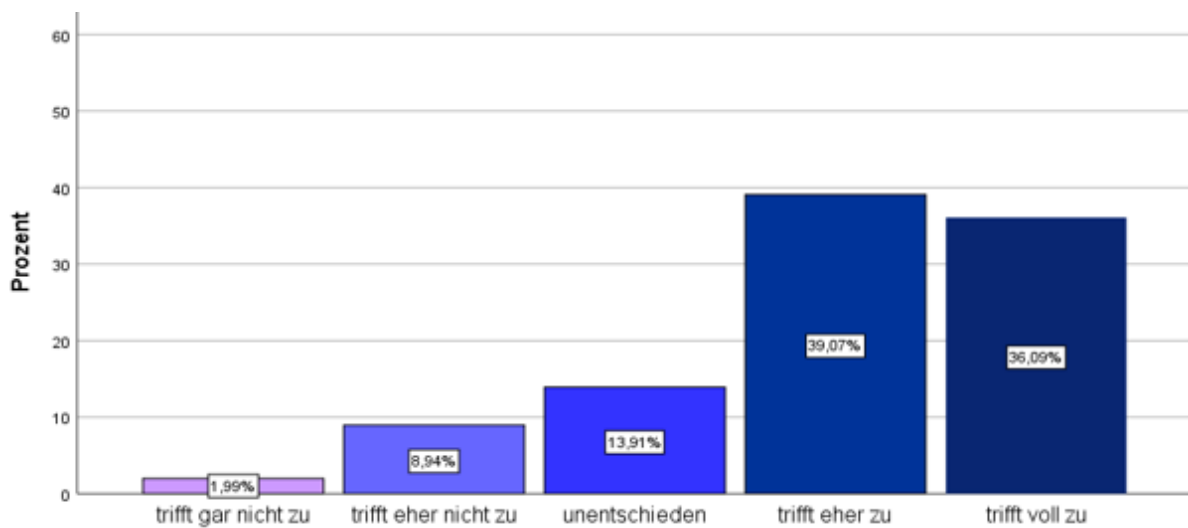


Abb. 4.4 Antwortverteilung zum Item „zur Vermittlung der palliativmedizinischen Haltung empfehle ich Gruppenhospitationen auf einer Palliativstation“

Einzelhospitationen auf einer Palliativstation zur Haltungsvermittlung wurden von 2,98% bzw. 2,65% der Medizinstudenten in Gießen „eher nicht“ bis „gar nicht“ empfohlen, 16,56% waren sich unsicher. 28,48% bzw. 49,34% der Befragten stimmten der Frage nach einer Eignung eher bzw. voll zu (n=302; r=0,115; { 14}), s. Abb. 4.5.

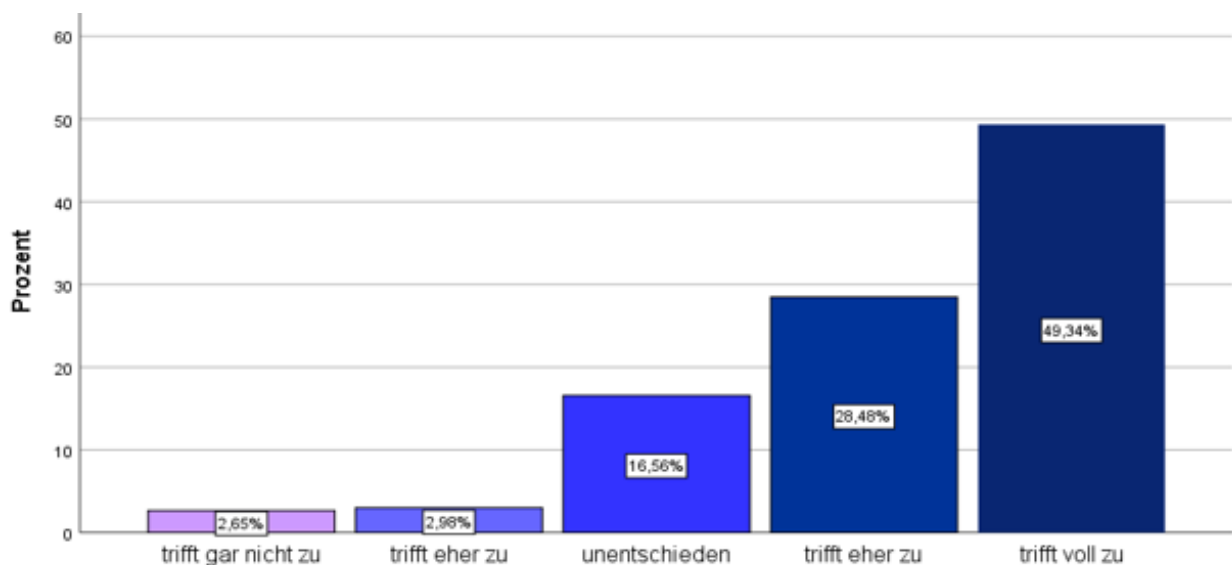


Abb. 4.5 Verteilung der Antworten zum Item „zur Vermittlung der palliativmedizinischen Haltung empfehle ich Einzelhospitationen auf einer Palliativstation“

6.4. Eignungseinschätzung Fertigkeiten

Für 29,33% bzw. 16,33% der befragten Studenten traf die Aussage „zur Vermittlung palliativmedizinischer Fertigkeiten empfehle ich Vorlesungen“ eher nicht bzw. gar nicht zu. 24,33% waren bei dieser Fragestellung unentschieden. 23,67% und 6,33% entschieden sich für „trifft eher zu“ und „trifft voll zu“ (n=300; r=0,116; {16}), s. Abb. 5.1.

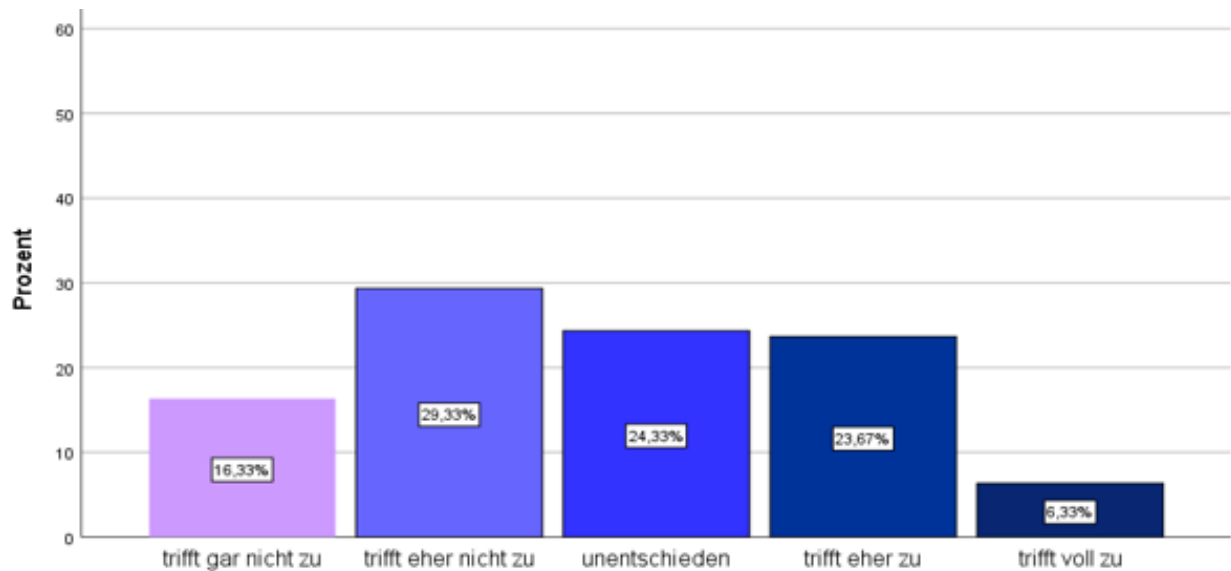


Abb. 5.1 Verteilung zu „zur Vermittlung palliativmedizinischer Fertigkeiten empfehle ich Vorlesungen“

Übungen mit Schauspielpatienten zur angegebenen Thematik wurden von 37,22% eher und 35,6% der Medizinstudenten des siebten Semesters mit voller Zustimmung empfohlen. 11,97% waren unentschlossen und 8,09% bzw. 7,12% haben sich für „trifft eher zu“ bzw. „trifft voll zu“ entschieden (n=309; r=0,114; {7}), s. Abb. 5.2.

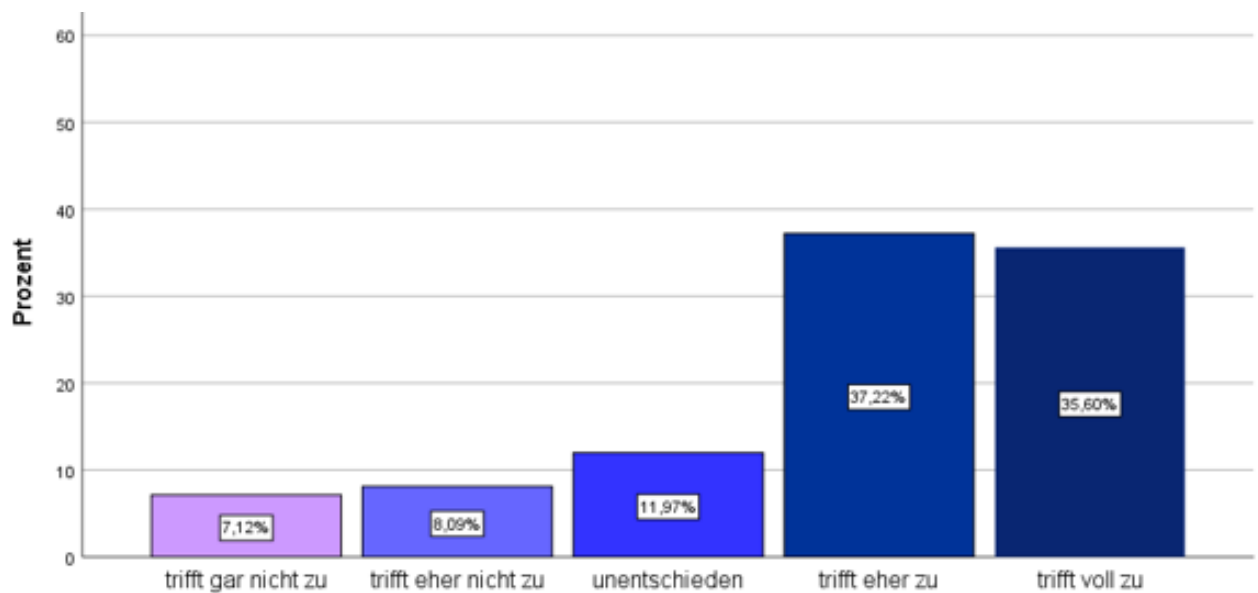


Abb. 5.2 Verteilung der Antworten beim Item „zur Vermittlung palliativmedizinischer Fertigkeiten empfehle ich Übungen mit Schauspielpatienten“

Bei der Aussage „zur Vermittlung palliativmedizinischer Fertigkeiten empfehle ich themenzentrierte Lehrfilme“ entschieden sich 42,48% der Studenten für „trifft eher zu“ und 21,9% für „trifft voll zu“, 20,26% waren unentschieden. 11,76% markierten die Antwort „trifft eher nicht zu“ und 3,59% kreuzten „trifft gar nicht zu“ an (n=306; r=0,115; {10}), s. Abb. 5.3.

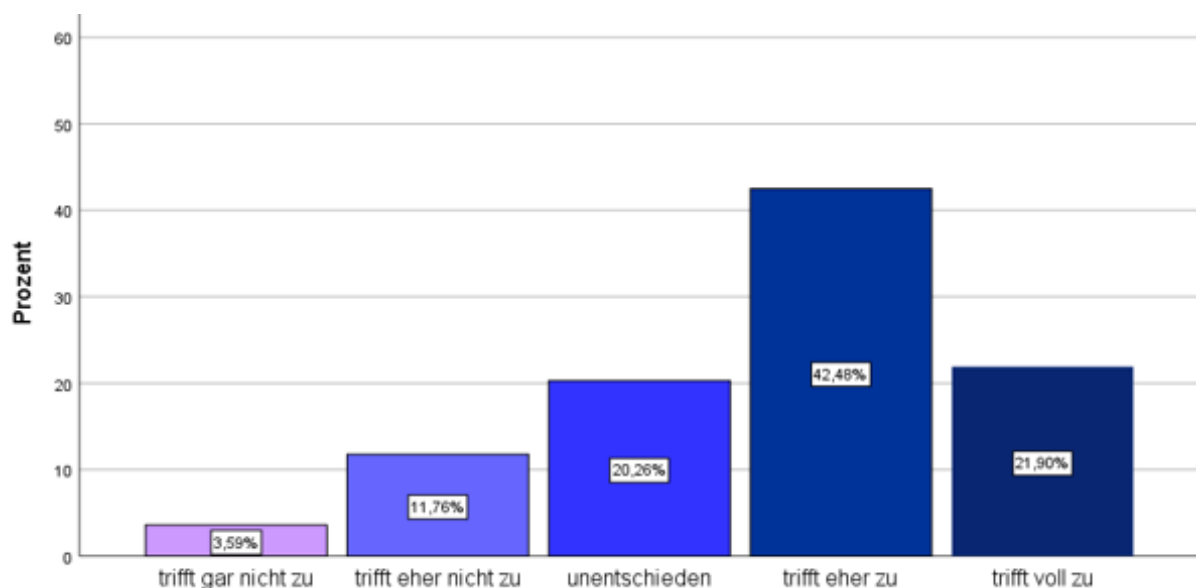


Abb. 5.3 Antworten zu „zur Vermittlung palliativmedizinischer Fertigkeiten empfehle ich themenzentrierte Lehrfilme“

Gruppenhospitationen auf einer Palliativstation wurden von insgesamt 74,91% der befragten Studenten „eher“ bis „voll“ empfohlen. „Eher“ bis „voll“ ablehnend standen 8,25% bzw. 2,64% der Studienteilnehmer dieser Aussage gegenüber, 14,19% waren unentschiedig (n=303; r=0,115; {13}), s. Abb. 5.4.

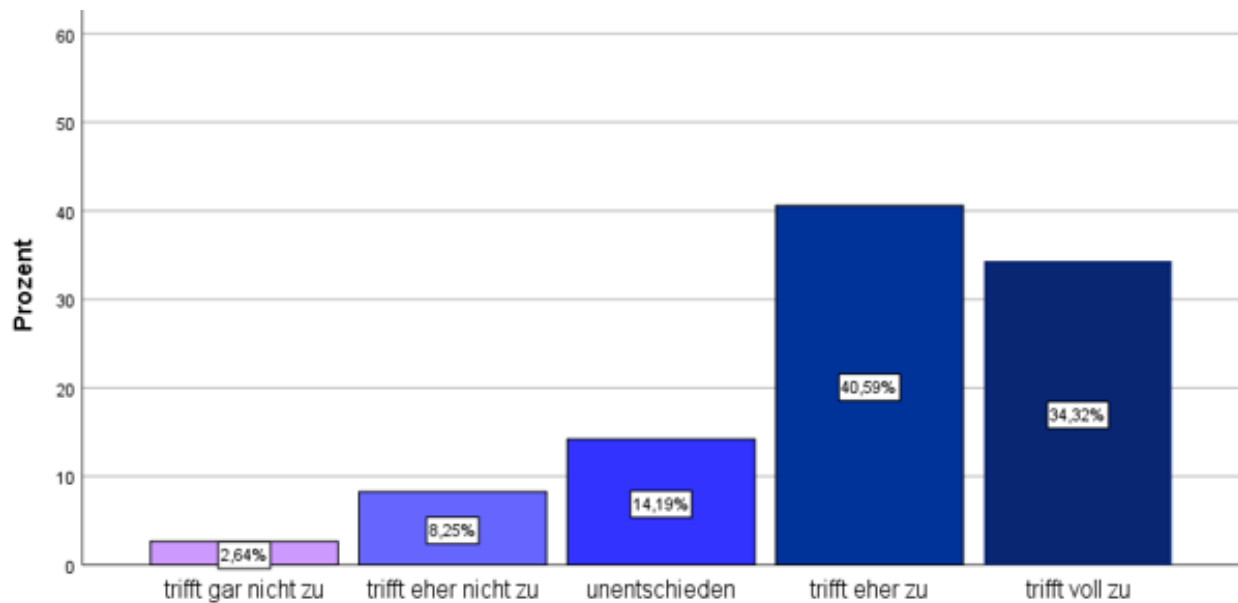


Abb. 5.4 Antwortverteilung zum Item „zur Vermittlung palliativmedizinischer Fertigkeiten empfehle ich Gruppenhospitationen auf einer Palliativstation“

Ergänzend wurde dieselbe Aussage für Einzelhospitationen formuliert. Hierbei entschieden sich 31,48% bzw. 52,46% für „trifft eher zu“ und „trifft voll zu“, 9,84% waren unentschiedig. Insgesamt 6,23% der Studenten standen der Aussage eher bis ganz ablehnend gegenüber (n=305; r=0,115; {11}), s. Abb. 5.5.

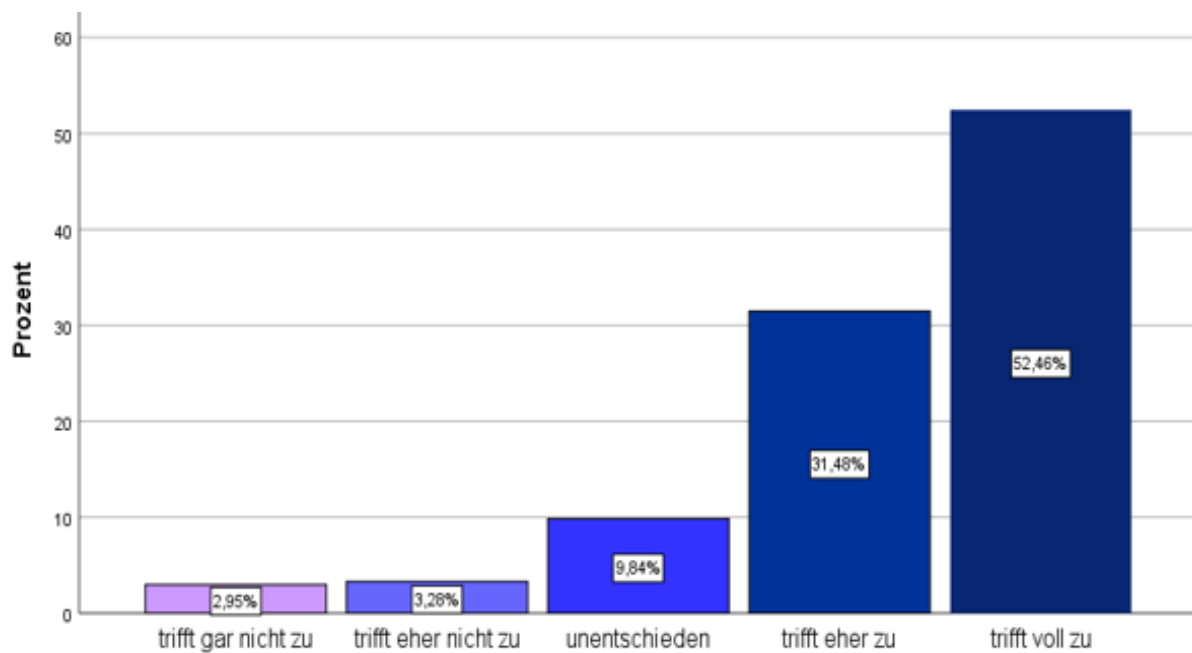


Abb. 5.5 Verteilung zum Item „zur Vermittlung palliativmedizinischer Fertigkeiten empfehle ich Einzelhospitationen auf einer Palliativstation“

6.5. Vergleich zwischen Vorerfahrung ja/nein

Anhand der Effektstärke r wurde, wie bereits erwähnt, untersucht, ob signifikante Unterschiede bei der Eignungseinschätzung der Lehrformate zwischen den Gruppen mit und ohne (selbst eingeschätzter) Vorerfahrung im palliativmedizinischen Bereich vorliegen. Bei der Auswertung ergaben sich bei allen Items Werte zwischen 0,113 und 0,136 für r . Diese liegen allesamt im Bereich eines schwachen Unterschiedes nach der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegten Definition nach Cohen (1992). Er präsentiert sich sogar als so gering, dass man (für das Ergebnis dieser Arbeit) keinen relevanten bzw. aussagekräftigen Unterschied feststellen kann. Damit ist festzuhalten, dass Studenten, die von sich selbst behaupten, Vorerfahrungen im Bereich Palliativmedizin zu besitzen, die Fragen nicht wesentlich anders beantwortet haben als diejenigen ohne und somit die Lehrfilme und das Seminar zwischen diesen Gruppen auch nicht signifikant unterschiedlich bewerten. Dabei wurde nicht unterschieden nach der Art der Vorerfahrung und wie diese im Einzelnen objektiv zu bewerten ist.

6.6. Vergleichende Betrachtung der Eignungseinschätzungen

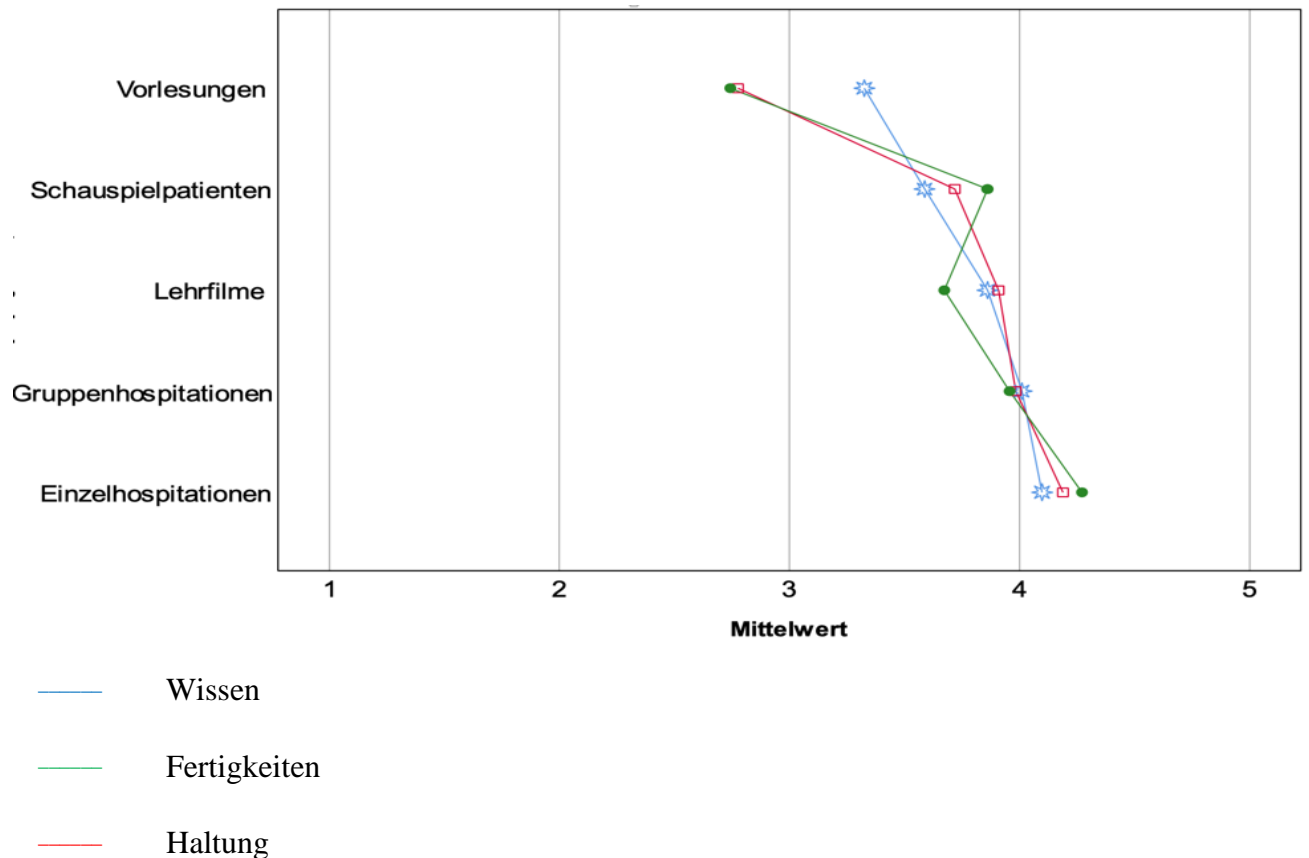
In Abb. 6.1 wurden die Mittelwerte der Ergebnisse von Vorlesungen, Lehrfilmen, Schauspielpatienten und Gruppen- sowie Einzelhospitationen anhand der Kompetenzbereiche Wissen, Fertigkeiten und Haltung miteinander verglichen. Die Autorin hat sich an dieser Stelle aufgrund der höheren statistischen Aussagekraft für den Mittelwert anstelle des Modalwertes entschieden. Die Fragestellung hinter den einzelnen Zusammenhängen ist jeweils wie folgt zu verstehen: „zur Vermittlung von [x-Achse] empfehle ich [y-Achse]“. Bei den Antwortmöglichkeiten 4 und 5 handelte es sich um „trifft eher zu“ und „trifft voll zu“. Die Möglichkeit 3 wurde mit „unentschieden“ bezeichnet. Die Abbildung verdeutlicht, dass eine Zustimmung näherungsweise im Bereich von ungefähr 4 und aufwärts liegt. Dies bleibt bei den folgenden Ausführungen und Abbildungen zu berücksichtigen.

Es stellt sich heraus, dass Vorlesungen als das wohl „klassischste“ Lehrformat von den Studenten der JLU Gießen für alle drei Kompetenzbereiche am schlechtesten abschnitt. Wie von der Autorin erwartet, wurde eine Vorlesung am besten zur Vermittlung von Wissen im palliativmedizinischen Bereich eingeschätzt.

Im Gegensatz dazu sei sie nicht besonders geeignet für eine Übermittlung von Fertigkeiten und Haltung. Generell deutlich besser bewertet als die Vorlesungen wurden Übungen mit Schauspielpatienten. Des Weiteren seien diese zwar mit den Lehrfilmen für die Vermittlung von Fertigkeiten gleichauf, die Lehrfilme schnitten allerdings besser bei der Vermittlung von Haltung/Compassion und Wissen ab. Als besser geeignet als Vorlesungen, Schauspielpatienten und auch Lehrfilme wurde von den Studenten Gruppenhospitationen auf der Palliativstation eingeschätzt – in allen drei Kompetenzbereichen annähernd in gleicher Ausprägung. Am besten haben die Studenten die Möglichkeit von Einzelhospitationen bewertet. Diese seien ihrer Meinung nach besonders gut geeignet, um die drei Dimensionen Haltung/Compassion, Wissen und Fertigkeiten im Palliativbereich angemessen vermitteln zu können. Jedoch bleibt hierbei zu beachten, dass hier eher Erwartungen an bzw. Vorstellungen von Einzelhospitationen als tatsächlich gemachte Erfahrungen zugrunde liegen, da diese in der Realität an dieser medizinischen Fakultät nicht stattgefunden haben.

Abb. 6.1 zeigt damit im Wesentlichen, dass Lehrfilme nicht in allen der genannten Kompetenzbereiche Haltung, Wissen und Fertigkeiten das bestmögliche Ergebnis erzielt haben und somit nicht das „perfekte“ Lehrformat bilden. Allerdings lässt die Befragung

darauf schließen, dass Lehrfilme laut Einschätzung der Studenten eine durchaus diskutabile Alternative zu den bereits bestehenden Lehrformaten an der Justus-Liebig-Universität darstellen. Warum dies auch aus der Sicht der Autorin der Fall ist, wird im Abschnitt „Diskussion“ genauer erläutert.



1 = trifft gar nicht zu ... 5 = trifft voll zu

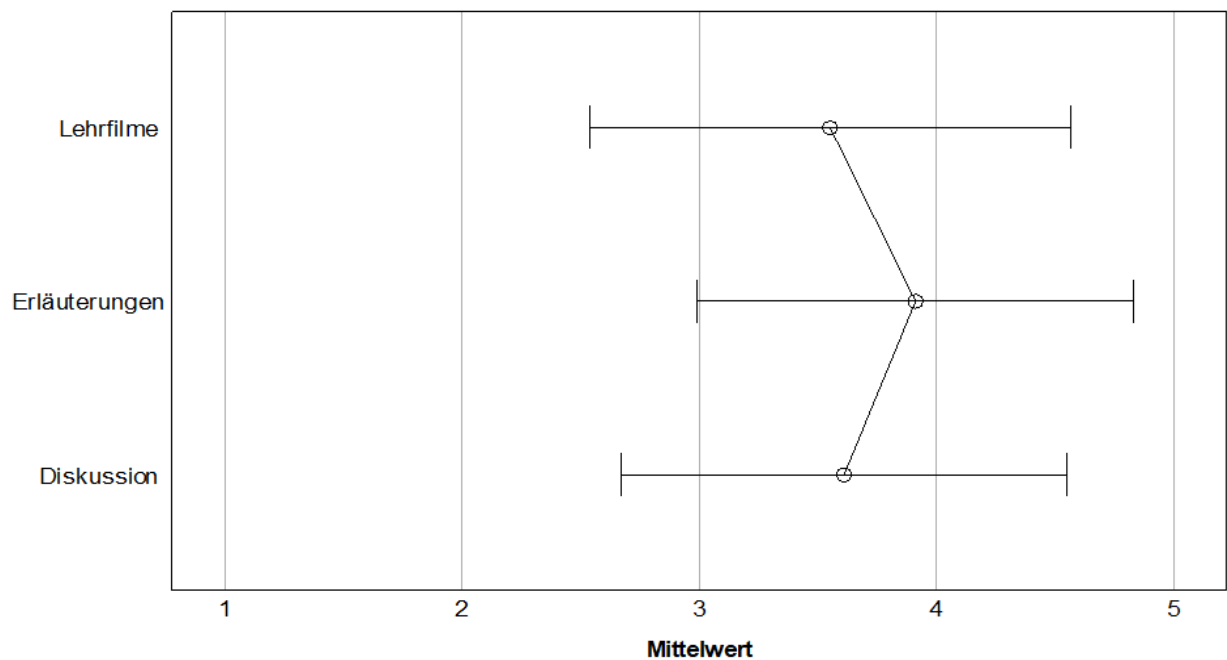
Abb. 6.1. Vergleich der Mittelwerte in den einzelnen Kompetenzbereichen

6.7. Vergleichende Betrachtung von Einschätzungen der Seminarteile

Schließlich wurden die verschiedenen Teile des Seminars in Bezug auf die Vermittlung einer Vorstellung von einer palliativen Haltung miteinander verglichen, siehe Abb. 6.2. Erneut wurde aus genannten Gründen der Mittelwert als statistische Größe herangezogen. Ebenfalls sind die Antwortmöglichkeiten mit 1= „trifft gar nicht zu“ bis 5 „trifft voll zu“ bei 3= „unentschieden“ mit einer Standardabweichung von +/- 1 angegeben.

Dabei stellte sich heraus, dass die den Lehrfilmen vorausgegangenen Erläuterungen des Dozenten den befragten Studenten laut eigenen Angaben am besten eine Vorstellung vom

Begriff der Haltung bzw. Compassion in der Palliativmedizin vermitteln konnten. Die Lehrfilme selbst sowie die anschließende Diskussion derer schnitten etwas schlechter ab, allerdings beide in einer sehr ähnlichen und trotzdem eher positiven Ausprägung. Daran lässt sich erkennen, dass Lehrfilme zwar als audiovisuelle Umsetzung eines Verständnisses von palliativmedizinischer Haltung/Compassion zur Vermittlung selbiger als geeignet wahrgenommen wurden, passende Erläuterungen eines Dozenten den Studenten jedoch ebenfalls wichtig erscheinen und weiterhin ein Bestandteil von Lehrformaten sein sollten.



Mittelwerte +/- 1 Standardabweichung

1 = trifft gar nicht zu ... 5 = trifft voll zu

Abb. 6.2

7. Diskussion

Eignet sich ein lehrfilmbasiertes Seminarkonzept, Medizinstudenten ein Verständnis von Compassion im Sinne der palliativen Haltung zu vermitteln? Die vorliegende explorative Untersuchung weist darauf hin, dass dem zugestimmt werden kann. Dennoch besteht Diskussionsbedarf.

Am Anfang steht das Problem, dass in der Literatur (noch) keine einheitliche und endgültige Definition des Begriffes „palliative Haltung“ zu finden ist. Wie soll man also ein Konstrukt an Studierende vermitteln, über das selbst unter Experten noch keine definitorische Klarheit besteht? Des Weiteren ging es in dieser Untersuchung auch darum, die Selbsteinschätzung und Selbstreflexion der Studenten zu diesem Thema zu stärken. Daher hat sich die Autorin bei vorliegender Studie des Arbeitskonstrukts der Compassion, im Deutschen „Mitgefühl“, bedient, da dies in der Literatur erarbeitet und hinreichend konzeptualisiert ist. In den Ausführungen im ersten Teil der Arbeit wird diesbezüglich erkennbar, dass Compassion hier im Sinne der palliativen Haltung verstanden werden kann. Immer wieder kam in den vergangenen Jahren die Forderung auf, dass man in einem mehr und mehr auf Kostensenkung und Effizienz ausgerichteten Gesundheitssystem Haltung und einen respektvollen Umgang mit Patienten an Studenten vermitteln müsse. Auch aus der persönlichen Erfahrung der Autorin lässt sich bestätigen, dass viele Ärzte, sei es aufgrund des Zeitmangels oder der eigenen Unsicherheit, dies im alltäglichen Umgang mit ihren Patienten vermissen lassen. Ziel des entwickelten Seminarkonzepts war es somit, den Studenten wesentliche Aspekte der Compassion zu vermitteln, den Sinn für die Feinheiten in der ärztlichen Kommunikation und der Körpersprache (und was diese nach außen hin bewirken) zu schärfen und eine gewisse Haltungssicherheit im grundsätzlichen Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen zu vermitteln. Keinesfalls lassen sich innerhalb eines anderthalbstündigen Seminars alle Aspekte der Compassion in unterschiedlichen Lerntiefen vermitteln – dies war auch nicht der Anspruch dieser Untersuchung. Vielmehr sollten den Studenten haltungsrelevante Aspekte der ärztlichen Gesprächsführung nahegebracht werden. Dies gestaltete sich jedoch teils schwierig, da insbesondere bei den Details in den Filmen (Körpersprache, Wortwahl) in der Bewertung der Studenten teilweise erhebliche interindividuelle Unterschiede bestanden. Dennoch gibt es generelle Aspekte (beispielsweise den Patienten ausreden lassen, zuhören, nicht zu nahekommen), die hier als allgemein „gut“ bzw. „notwendig“ betrachtet wurden. Dahingehend ist noch einmal

dringlich zu betonen, dass den Studenten nicht ´die eine perfekte palliative Haltung/Compassion bzw. Handlungsweise´ vermittelt werden sollte, sondern vielmehr die Auseinandersetzung jedes Einzelnen mit dem Thema und den persönlichen Ansichten gestärkt werden sollte.

Weiterhin bleibt anzumerken, dass die Autorin und die Arbeitsgruppe nicht das Lehrfilmbasierte Seminarkonzept, sondern die Lehrfilme (als Kernstück des lehrfilmbasierten Seminars), verwendet haben, um das Anschauungspotenzial der Lehrfilme im Speziellen und nicht den Einfluss eines individuellen Dozenten als Grundlage zu stellen.

Wenngleich sich dieser Einfluss selbstverständlich nicht gänzlich aus den Ergebnissen der Untersuchungen herausstellen lässt. Eine Möglichkeit könnte es sein, dass für eine eventuelle spätere Integration der Lehrinhalte die jeweiligen Dozenten selbst ein entsprechendes Seminar absolvieren sollten, um eine möglichst einheitliche Vermittlung der Aspekte dieses Seminars anzustreben, dabei ließen sich den Dozenten auch einheitliche Grundsätze der Didaktik vermitteln. Denn natürlich bleibt kritisch zu hinterfragen, ob diese Meinung von den Erläuterungen sich nur auf einen bestimmten Dozenten beziehen oder ob sich dies bei anderen Lehrenden ebenfalls so herausstellen würde. Als ein Hindernis für eine standardisierte Umsetzung stellte sich die Semesterorganisation bei der terminlichen Ansetzung der Lehreinheiten und Seminare heraus. Nicht alle Studenten waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung auf einem diesbezüglich einheitlichen Stand. Manchen fehlte etwa noch der Termin der Gruppenhospitation. Daher lässt sich, trotz der Möglichkeit des Aussetzens der jeweiligen Antwort, nicht gänzlich ausschließen, dass einige Studenten doch auf der Grundlage reiner Erwartungen bzw. bloßem Erfahrungsaustausch untereinander die Lehrfilme mit den anderen Formaten verglichen haben.

Ebenfalls zu diskutieren ist die Selbsteinschätzung der Studenten beim Thema Vorerfahrung im palliativen Bereich. 18,5% der Befragten gaben an, diese zu besitzen. Im Verlauf der statistischen Auswertung wurde deutlich, dass sich die Antworten der beiden Gruppen (Vorerfahrung ja/nein) nicht wesentlich voneinander unterschieden. Erklären lässt sich dies, da letztlich unklar bleibt, was man objektiv als (ausreichende) Vorerfahrung im palliativen Bereich bezeichnen kann und inwiefern jeder Einzelne dies als „ausreichend“ empfindet. Auch könnte das vorbestehende Wissen der Studenten über palliative Haltung und Compassion unzureichend gewesen sein, da bis dahin noch keine

dezidierte Auseinandersetzung mit der Thematik stattgefunden haben könnte.

Daran anknüpfend stellt sich die Frage, zu welchem Zeitpunkt Palliativmedizin in der studentischen Lehre stattfinden sollte. Ist das dritte klinische Semester wirklich geeignet? Denn als Student hatte man bis dato schon Kontakt zu einigen Patienten, sicherlich auch schwerstkranken, und ist diesen im Nachhinein betrachtet möglicherweise nicht immer im Sinne einer von Compassion geprägten Haltung begegnet. Auf der anderen Seite ist eine gewisse Erfahrung im Umgang mit Patienten essentiell, um das eigene Verhalten und die eigenen Einstellungen angemessen reflektieren zu können. Denkbar wäre daher eine vertikale Integration von Palliativmedizin, und im Speziellen von Haltungskompetenzen, in die Lehre über mehrere Semester verteilt, wie sie auch von den beiden Fachgesellschaften DGP und EAPC gefordert wird (AG Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009; EAPC, 2007). Letztlich bleibt jedoch anzumerken, dass ein möglichst frühzeitiger Beginn der Integration dieser Inhalte dazu führen sollte, dass die angehenden Ärzte auf die Umsetzung in ihrem zukünftigen Berufsfeld eben auch frühzeitig hingewiesen werden und daran wachsen können. Auch über die Palliativmedizin hinaus.

Dies führt zum nächsten Aspekt, dass nämlich ein einziges Seminar zur Vermittlung von Compassion und palliativer Haltung nicht ausreichen dürfte. In der Literatur gibt es genügend Hinweise, dass diese Begrifflichkeiten nicht als statische, sondern als dynamische Konstrukte zu verstehen sind, die sich im Laufe des Lebens und des beruflichen Alltages entwickeln und formen (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018; Halifax, 2014; Simon et al., 2009; Singh et al., 2018). Dennoch sind die Lehrfilme und das Seminar ein Anfang, der nicht nur von den Studenten, sondern gleichermaßen von Experten gefordert wurde (Albert & Marx, 2016; Hochschulforum Digitalisierung, 2016; Ilse et al., 2018; Kern et al., 2016; Kuhn, 2017; Kuhn et al., 2018; Shaffer & Small, 2004). Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen außerdem, dass die Studenten das Format gut bewerteten. Insofern sollte dieser Ansatz unbedingt weiterverfolgt und ausgebaut werden, möglicherweise auch in anderen Fachdisziplinen, da man als Mediziner auch außerhalb des Palliativbereiches immer wieder unheilbar kranke und sterbende Patienten betreuen wird.

Ferner bleibt festzuhalten, dass die teilnehmenden Studenten die Lehrfilme zwar als gut und hilfreich einschätzten, die vorausgegangenen Erläuterungen durch den Dozenten und die Gruppendiskussion im Anschluss aber als ebenfalls wichtig erachtet wurden. Die

Absicht dabei bestand darin, zunächst mittels gemeinsamen Brainstormings und den Erläuterungen einen gemeinsamen Einstieg zu schaffen und die Studenten auf einen möglichst einheitlichen Ausgangspunkt hinsichtlich des Wissenstandes zu den Konstrukten Compassion und palliative Haltung zu bringen. Darauf aufbauend sollten die Lehrfilme die praxisbezogenen Aspekte jener möglichst anschaulich vermitteln. Diese Lehrfilme sind auch nach Einschätzung der Studenten eine effektive Maßnahme, um die Lehrinhalte zu vermitteln. Und es lässt sich ebenfalls anmerken, dass sie sich durch den ressourcensparenden Aspekt auszeichnen: Denn sind die Lehrfilme einmal produziert, kann man sie beliebig oft wiederverwenden und letztlich auch universitätsübergreifend verbreiten (Schulz-Quach et al., 2016). Aufgrund dieser Tatsache könnte man in Zukunft sogar so weit gehen, ein gemeinsames Archiv aller deutschen medizinischen Fakultäten zu erschaffen, aus denen man sich bedienen könnte, nicht nur im Bereich der palliativmedizinischen Lehre, sondern auch zu anderen Themengebieten. Nach Ansicht der Autorin wäre es vielversprechend, wenn die Lehrverantwortlichen der Fakultäten aber auch Vertreter der Studentenschaft mit Fachverbänden wie der DGP in Diskussion treten würden, um ein möglichst umfassendes und qualitativ hochwertiges Lehrangebot zu etablieren, da „beide Seiten“ für ein optimales Ergebnis an der Umsetzung beteiligt sein sollten.

Im Übrigen bieten die Lehrfilme den Studenten die Möglichkeit, anhand der gezeigten Darstellung der Schauspieler zunächst das eigene Verhalten ganz für sich selbst zu reflektieren, ohne es umgehend mit anderen Teilnehmenden teilen zu müssen. Insofern stellen die Lehrfilme eine nachhaltige Lehr- und Lernmethode dar, was auch durch die Literatur und andere Untersuchungen (AG Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009; Ilse et al., 2018; Kuhn et al., 2018) bestätigt wird. Für das Besprechen bleibt im Rahmen der nachfolgenden Diskussion im Seminar genügend Raum. Dies fördert auch den Austausch und die Arbeit im Team, was im späteren Berufsleben durchaus eine zentrale Rolle spielt (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018; Ilse et al., 2018; Simon, 2005; Singh et al., 2018). Möglicherweise sollte man sich bei der Vermittlung der Lehrinhalte nicht nur auf Medizinstudierende begrenzen, sondern andere Fachdisziplinen wie z.B. Psychologiestudenten, ebenfalls am Seminar teilhaben lassen. Somit könnte schon frühzeitig interprofessionelle Kommunikation gefördert werden und eine noch bessere Vorbereitung auf das spätere Arbeitsumfeld bieten.

Außerdem ermöglicht die Diskussion einen Perspektivenwechsel durch den Austausch

der unterschiedlichen Ansichten der anderen Studenten; dies kann man sich im Umgang mit den Patienten und deren Angehörigen (und deren Ansichten) zu Nutze machen. Man erlebt durch die Lehrfilme das Geschehen als unbeteiligter Dritter und kann so auch auf Details achten, die einem beispielsweise bei einem selbst durchgeführten Arzt-Patienten-Gespräch mit einem Schauspielpatienten aufgrund der Situation bzw. des Settings nicht auffallen würden. Diskutabel bleibt jedoch die richtige Gruppengröße für solch eine Diskussion und ob es nicht sinnvoller wäre, dies ebenso im Rahmen von Kleingruppen durchzuführen wie das Brainstorming zu Beginn des Seminars. Auch hierbei bewegt man sich natürlich im Spannungsfeld zwischen Idealismus und praktischer Umsetzbarkeit, da kleinere Gruppen auch eine höhere Anzahl an Dozenten benötigen würden.

Die Digitalisierung in der Gesellschaft schreitet weiter und unaufhörlich voran, doch bisher schien es eher so, als habe man den breiten Einsatz in der studentischen (medizinischen) Lehre versäumt. Die Vorteile liegen auf der Hand und wurden im Laufe dieser Arbeit bereits abgehandelt. Warum also nicht auch Angebote für die Studenten entwickeln, die diese dann jederzeit und überall auf ihren mobilen Endgeräten abrufen können? Das ist sicher ein guter Ansatz und mag auf bestimmte Inhalte zutreffen, in Bezug auf die palliative Haltung/Compassion sollte dies nach Einschätzung der Autorin allerdings eher nicht zum Einsatz kommen. In der Untersuchung wird deutlich, dass die Studenten das Konzept des lehrfilmbasierten Seminars (also als Präsenzveranstaltung mit vorausgehenden Erläuterungen und der Diskussion im Anschluss) am besten einschätzten. Daher sollte man auch nicht auf diese verzichten, nur um die Lehre zwingend zu digitalisieren. Denn gerade der Arztberuf lebt von Kommunikation und dem persönlichen Umgang mit den Patienten und auch mit dem Personal untereinander.

Zu Beginn der Erhebung stand nicht die Überlegung oder der Ansatz, die eine „perfekte“ Lehrmethode zu finden und dabei klassische Lehrformate wie etwa die Vorlesung gänzlich aus der studentischen Lehre zu verdrängen. Auch sie haben ihre Berechtigung, sprechen sie doch einerseits einen bestimmten Lerntyp unter den Studenten an und eignen sie sich doch andererseits gerade für die Vermittlung des Aspektes „Wissen“. Die geforderten Inhalte zu Fertigkeiten und Haltung (Geiss-Mayer et al., 2009; Prof. Dr. Müller-Busch et al., 2015; Seidemann et al. et al., 2015; Singh et al., 2018) lassen sich damit jedoch eher weniger gut vermitteln, was in dieser Befragung von einem großen Teil der Studenten (ca. 45,6 bzw. ca. 40,7%) bestätigt wurde.

Vielmehr sollte es darum gehen, eine sinnvolle und möglichst nachhaltige (Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung, 2009; Ilse et al., 2018) Ergänzung zu den bereits etablierten Lehrformaten zu finden, um möglichst viele unterschiedliche Lerntypen unter den Studenten anzusprechen. Zumal es sich zeigte, dass sich etwa die Gruppenspitationen und die praktischen Übungen mit Schauspielpatienten großer Beliebtheit bei den Studenten erfreuen und laut deren Einschätzung ebenfalls dazu geeignet seien, ein Verständnis von palliativer Haltung und Compassion zu vermitteln. Das ist auch nachvollziehbar, denn gerade der so wichtige persönliche Patientenkontakt im Rahmen der Hospitation auf der Palliativstation mit realen Patienten kann, wenn überhaupt, nur sehr schwer ersetzt werden. Auch wenn eine überwiegende Mehrheit der Befragten Einzelhospitationen für alle drei Kompetenzen Wissen, Haltung und Fertigkeiten als am besten geeignet einschätzten, erscheint dies zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht in die Praxis umsetzbar. Zum einen liegt dies an der Anzahl der Studenten, zum anderen bleibt der ethische Aspekt zu berücksichtigen. Menschen auf einer Palliativstation befinden sich zumeist nicht in einem für einen praktischen Unterricht erforderlichen körperlichen wie seelischen Zustand. Dadurch würde auch die Planung und Organisation deutlich erschwert. Überdies ist zweifelhaft, ob ein kurzer Besuch von wenigen Stunden ausreichen würde, um einen entsprechend intensiven Kontakt herzustellen bzw. Umgang mit den Patienten zu pflegen, um sich diese Vorstellung der palliativen Haltung anzueignen, insbesondere im Rahmen der ärztlichen Funktion. Darüber hinaus würden sich die jeweiligen Termine höchstwahrscheinlich stark unterscheiden, was zu erheblichen Qualitätsunterschieden in der Lehre führen könnte. Zudem kann mit unterschiedlichen Lehrfilmen eine breitere Darstellung unterschiedlicher Situationen erfolgen, dies wäre im Rahmen einer kurzen Einzelhospitation bei einem einzigen Patienten nicht gegeben.

Die während dieser Studie produzierten Lehrfilme bedürfen trotz der positiven Bewertung durch die Studenten einer weiteren Überarbeitung, um sie auch qualitativ auf ein höheres Niveau zu bringen. Da die Untersuchung darauf hinweist, dass sie sich als Lehrmittel eignen, sollte man bei einer weiteren Filmreihe auf ein noch besseres technisches Equipment und noch mehr fachliche Expertise im Medienbereich achten, was sich durch eine universitätsübergreifende Zusammenarbeit durchaus realisieren und finanzieren lässt.

Schließlich sollte man sich auch damit beschäftigen, ob und auf welche Art und Weise

man das Gelernte über palliative Haltung und Compassion prüfen kann. In anderen Fachbereichen haben sich OSCE-Formate bereits etabliert und könnten auch an dieser Stelle zum Einsatz kommen. Doch wie bereits erwähnt, sollte zunächst herausgefunden werden, ob sich solche Inhalte überhaupt objektiv prüfen lassen und ob eine solche Überprüfung letztlich tatsächlich notwendig ist, wenn man doch die sowieso knappen Ressourcen eher für die Vermittlung nutzen sollte. Das führt an dieser Stelle aber weit über das Thema dieser Arbeit, nämlich einer ersten Exploration von geeigneten Möglichkeiten der Vermittlung palliativer Haltungskompetenz, hinaus und sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.

Abschließend bleibt nach dieser Untersuchung festzuhalten, dass sich die Lehrfilme in Kombination mit dem Seminar durchaus dazu eignen, den Medizinstudenten ein Verständnis von Compassion im Sinne der palliativen Haltung zu vermitteln, wenngleich sie eher als sinnvolle Ergänzung zu den bis dato etablierten Lehrformaten zu sehen sind als die alleinige perfekte und alle Anderen verdrängende Form, um diese Inhalte zu überbringen. Das Potenzial ist gegeben und sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen bzw. Überarbeitungen sein.

Zwar werden Lehrfilme in ihrer Eignung zur Vermittlung von palliativer Haltung nicht "besser" bewertet als Hospitationen und Schauspielpatienten (im Sinne der Effektivität), aber es lassen sich damit deutlich mehr Studierende erreichen (Effizienz).

Damit legt die Untersuchung nahe, dass lehrfilmbasierte Seminare – glaubt man den Einschätzungen der Studenten – das Potenzial beinhalten, die Aspekte Effektivität und Effizienz zu vereinen. Dies könnte letztendlich einer der ausschlaggebenden Punkte sein, um mit Vertretern aller Seiten in den Austausch zu treten und ein universitätsübergreifendes Netzwerk zum Austausch von an den Fachbereichen produzierten Lehrfilmen aufzubauen. Hiermit könnte der Bereich Palliativmedizin Vorreiter sein bei der viel geforderten und letztlich auch notwendigen Verbesserung und Weiterentwicklung der studentischen Lehre und dafür sorgen, dass sich dies auch in anderen Bereichen des Studiums der Humanmedizin in Deutschland integrieren, wenn nicht sogar durchsetzen könnte.

8. Zusammenfassung Deutsch

In den letzten Jahren wird zunehmend neben der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten die Integration von Haltung in die studentische palliativmedizinische Lehre gefordert (Geiss-Mayer et al., 2009; Prof. Dr. Müller-Busch et al., 2015; Seidemann et al. et al., 2015; Simon et al., 2009). Ferner werden Wünsche nach der Nutzung von digitalen Lehrangeboten in Ergänzung zu den bisher etablierten Lehrmethoden wie Vorlesungen immer lauter (Albert & Marx, 2016; Hochschulforum Digitalisierung, 2016; Kern et al., 2016; Kopf & Breckwoldt, 2011; Kuhn, 2017; Kuhn et al., 2018; Schulz-Quach et al., 2016). Insbesondere stellte sich die Frage, inwieweit Lehrfilme zur Vermittlung von Vorstellungen einer palliativen Haltung geeignet sind. Aufgrund einer bisher unzureichenden Definition des Begriffes „palliative Haltung“ hat man sich bei dieser Untersuchung für das Arbeitskonstrukt der Compassion (dt. „Mitgefühl“) entschieden. Darunter versteht man in der Palliativmedizin das Erkennen, Verstehen und Akzeptieren des Leidens von Patienten bei gleichzeitiger Motivation, dieses zu verbessern bzw. zu lindern (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018; Halifax, 2014) und das Wohlbefinden des Patienten durch Umsetzung in die Praxis zu steigern (Andreassen Devik et al., 2019). Auch in dieser Untersuchung bestätigten sich die Forderungen, denn eine überwiegende Mehrheit von ca. 95,7% der Studenten hielt Compassion für relevant für das Arbeiten als Arzt bzw. Ärztin. Es wurden also Drehbücher in einem interdisziplinären Team aus den Bereichen Palliativmedizin und Studium entwickelt und verfilmt. Diese Lehrvideos wurden in der Folge in ein Seminar mit vorangehender Kleingruppenarbeit, Erläuterungen eines Dozenten zum Thema und anschließender Gruppendiskussion eingegliedert. Zu guter Letzt erfolgte die Datenerhebung mittels eines Fragebogens. Damit sollten die an der Universität Gießen etablierten Lehrformate Vorlesung, Seminare, Übungen mit Schauspielpatienten und Gruppenhospitationen auf einer Palliativstation in Bezug auf die Vermittlung der drei Aspekte Wissen, Fertigkeiten und Haltung miteinander verglichen werden. Es zeigte sich unter anderem, dass sich Vorlesungen wie erwartet laut den Studierenden zur Vermittlung von Wissen eignen, Fertigkeiten und Haltungskompetenzen aber deutlich zu kurz kämen. Bezugnehmend auf die Compassion zeigte sich darüber hinaus, dass zwar insgesamt ca. 75,1% der Befragten die Lehrfilme zur Vermittlung empfehlen, die übrigen Anteile des Seminars (Erläuterungen, Diskussion) aber dennoch unverzichtbar erscheinen. Ca. 73,4% der Studenten gaben außerdem an, durch die Lehrfilme die eigene Haltung gegenüber Patienten reflektiert zu haben.

Als Fazit lässt sich also sagen, dass die Lehrfilme und das Seminar als sinnvolle Ergänzung zu den bisher etablierten Lehrformaten zu sehen sind, diese aber nicht gänzlich aus dem Studium verdrängen sollten.

9. Summary in English

In recent years, there has been an increasing claim for the incorporation of attitudes next to knowledge and skills in teaching medical students palliative care (Geiss-Mayer et al., 2009; Prof. Dr. Müller-Busch et al., 2015; Seidemann et al. et al., 2015; Simon et al., 2009). Furthermore, requests for the use of digital courses in addition to the previously established teaching methods such as lectures are becoming louder and louder (Albert & Marx, 2016; Hochschulforum Digitalisierung, 2016; Kern et al., 2016; Kopf & Breckwoldt, 2011; Kuhn, 2017; Kuhn et al., 2018; Schulz-Quach et al., 2016). In particular within this study the question arose as to what extent educational films are suitable for conveying ideas of the attitudes in palliative care. Due to the fact that there are only insufficient definitions of the term 'palliative attitude' we decided to work with the construct of compassion in this study. In the context of palliative medicine this means recognizing, understanding and accepting the suffering of the patients while at the same time being motivated to improve or alleviate this (Brito-Pons & Librada-Flores, 2018; Halifax, 2014) and to increase the patient's well-being by transferring compassion into the dealings with the people (Andreassen Devik et al., 2019).

The demands for an increasing integration of compassion in the study of medicine was also confirmed in this survey because a vast majority of 95.7% of the interviewees considered this aspect to be relevant for working as a doctor. Henceforth scripts were developed and filmed by an interdisciplinary team from the fields of palliative medicine and human medicine studies. These videos subsequently were integrated into a seminar consisting of previous work in small groups, explanations on the subject from a lecturer and a group discussion afterwards. At the end the data was collected by using a questionnaire. The aim was to compare the teaching methods established at the university of Gießen (lectures, seminars, exercises with actors and group visits of a palliative care unit) in terms of teaching the three required aspects knowledge, skills and attitude (compassion). Among other things in this study was shown that (as expected) lectures are suitable for imparting knowledge, but not for practical skills and attitudes. With reference to compassion, it was also shown that although a total of about 75.1% of the students recommended the films for teaching, the remaining parts of the seminar (explanations, discussion) nevertheless appear indispensable. Also about 73.4% of the interviewed students stated that they had reflected their own attitude towards patients through the educational films.

In conclusion it can be uttered that the films and the course should be seen as a useful addition to the previously established teaching methods, but should not displace them from the studies of human medicine completely.

10. Literatur

- Albert, R., & Marx, N. (2016). Empirisches Arbeiten in Linguistik und Sprachlehrforschung-Anleitung zu quantitativen Studien von der Planungsphase bis zum Forschungsbericht. Gunter Narr Verlag.
- Andreassen Devik, S., Enmarker, I., & Hellzen, O. (2019). Nurses' experiences of compassion when giving palliative care at home. *Nursing Ethics*, 1–12.
<https://doi.org/10.1177/0969733019839218>
- Arbeitsgruppe Aus-, Fort- und Weiterbildung. (2009). Curriculum: Grundlagen der Palliativmedizin Gegenstandskatalog und Lernziele für Studierende der Medizin. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
<https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/ag/090810%20AG%20AFW%20Curriculum%20Studierende%20Elsner%20Stand%20090810.pdf>
- Bausewein, C. (2005). *Sterbende begleiten*. Verlag echter.
- Brito-Pons, G., Campos, D., & Cebolla, A. (2018). Implicit or explicit compassion? Effects of compassion cultivation training and comparison with mindfulness-based stress reduction. *Mindfulness*, 9, 1494–1508.
- Brito-Pons, G., & Librada-Flores, S. (2018). Compassion in palliative care: A review.
<https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000393>
- Clemens, K. E., Jaspers, B., Klein, E., & Klaschik, E. (2008). Palliativmedizinische Lehre—Gibt es einen Einfluss auf die Haltung zukünftiger Ärzte zur aktiven Sterbehilfe? *Der Schmerz*, 4(22), 458–464. <https://doi.org/10.1007/s00482-008-0649-5>
- Cohen. (1992). *Psychological Bulletin of the American Psychological Ass.* (Vol. 112, No. 1).
- DGP. (2012). *Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)*

zur Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom
21.12.2011.

https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/2012/stellungnahme_qb_13_jan_2012.pdf

EAPC. (2007). Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical education- Recommendations of the European Association for Palliative Care. EAPC.
<https://doczz.net/doc/7600337/curriculum-in-palliative-care-for-undergraduate-medical-e...>

Field, A. (1991). Meta-Analytic Procedures für Social Research (R. Rosenthal, Hrsg.; 2. Auflage). Newbury Park, CA. Sage.

Geiss-Mayer, G., Ramsenthaler, C., & Otto, M. (2009). Haltung als Herzstück palliativer Begleitung. Einblicke Nr.50, Carl von Ossietzky IUniversität Oldenburg. <http://www.presse.uni-oldenburg.de/download/einblicke/50/geiss-otto-ramsenthaler.pdf>

Gielas, A. (2015, Dezember 3). Empathie blendet uns. ZEIT ONLINE, 1–5.

Halifax, J. (2014). G.R.A.C.E. for nurses: Cultivating compassion in nurse/patient interactions. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(1), 121–128.

Hildebrandt, J., Ilse, B., & Schiessl, C. (2007). Traumcurriculum- Wünsche Medizinstudierender an die Ausbildung in Palliativmedizin. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 14, 80–84.

Hochulforum Digitalisierung. (2016). The Digital Turn- Hochschulbildung im digitalen Zeitalter. Hochschulforum Digitalisierung Berlin.

Hofmann, S., Grossmann, P., & Hinton, D. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clin Psychol Rev*, 31(7), 1126–1132.

- Höld, R. (2009). Zur Transkription von Audiodaten. In R. Buber & H. H. Holzmüller (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung: Konzepte – Methoden – Analysen* (S. 655–668). Gabler Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-9441-7_41
- Ilse, B., Scherg, A., & Laske, A. (2018). Nutzung von Medien im palliativmedizinischen Unterricht- eine Umfrage unter den Nutzern der „Pallithek“. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 19, 81–82. <https://doi.org/10.1055/s-0044-101736>
- Jazaieri, H., Jinpa, G., & McGonigal, K. (2013). Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program. *J Happiness Stud*, 14, 1113–1126.
- Jazaieri, H., McGonigal, K., & Jinpa, T. (2013). A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motiv Emot*, 38, 23–35.
- Kanov, J., Maitlis, S., & Worline, M. (2004). Compassion in organizational life. *ABS*, 47, 808–827.
- Kern, D. E., Thomas, P. A., & Hughes, M. T. (2016). *Curriculum Development for Medical Education: A six Step Approach* (3. Aufl.). Johns Hopkins University Press.
- KHM-CAP. (2021). Miller-Pyramide. <https://www.khm-cap.ch/institutionen/millerpyramide/view>
- Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin. (o. J.). Information für Studenten. Abgerufen 23. Mai 2020, von <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Palliativmedizin/de-alt/info-studenten/l-kurs/index.html>
- Kopf, A., & Breckwoldt, J. (2011). Lehren, Lernen, Prüfen. *Der Schmerz*, 25(6), 617–618. <https://doi.org/10.1007/s00482-011-1114-4>

- Kuhn, S. (2017). Medizin im digitalen Zeitalter- ein Plädoyer für Innovation und Kompetenzorientierung. Hochschulforum Digitalisierung.
<https://hochschulforumdigitalisierung.de/de/blog/medizin-digitalen-zeitalter-plaedoyer-innovation-kompetenzorientierung>
- Kuhn, S., Frankenhauser, S., & Tolks, D. (2018). Digitale Lehr- und Lernangebote in der medizinischen Ausbildung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz volume, 61, 201–209. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2673-z>
- Kühnel, & Krebs. (2006). Statistik für die Sozialwissenschaften: Grundlagen, Methoden, Anwendungen (3. Auflage). rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Larkin, P. (2016). Compassion: The essence of palliative and end-of-life care. 226.
- Leonhart, R. (2017). Lehrbuch Statistik (4., überarb. und erw. Aufl.). Hogrefe Verlag.
- Lögstrup, K. (2007). Beyond the ethical demand. Notre Dame Press.
- Lown, B., Muncer, S., & Chadwick, R. (2015). Can compassionate healthcare be measured? The Schwartz Center Compassionate Care Scale. Patient Educ Couns, 98, 1005–1010.
- Lown, B., Rosen, J., & Marttila, J. (2011). An agenda for improving compassionate care: A survey shows about half of patients say such care is missing. Health Aff, 30, 1772–1778.
- North, K., Reinhardt, K., & Sieber-Suter, B. (2013). Was ist Kompetenz? In Kompetenzmanagement in der Praxis (S. 43). Gabler Verlag.
https://doi.org/10.1007/978-3-8349-3696-7_2
- Ohlmeier, L., Scherg, A., Ilse, B., & Elsner, F. (2021). Stand der palliativmedizinischen Lehre in Deutschland: Bestandsaufnahme an den medizinischen Fakultäten im

Jahr 2018. *Der Schmerz*, 35, 229–236. <https://doi.org/10.1007/s00482-021-00536-7>

Pace, T., Negi, L., & Dodson-Lavelle, B. (2013). Engagement with cognitively-based compassion training is associated with reduced salivary C-reactive protein from before and after training in foster care program adolescents. *Psychoneuroendocrinology*, 38, 294–299.

Pace, T., Negi, L., & Sivilli, T. (2010). Innate immune, neuroendocrine and behavioral responses to psychosocial stress do not predict subsequent compassion meditation practice time. *Psychoneuroendocrinology*, 35, 310–315.

Prof. Dr. Müller-Busch, H. C., Dr. Weihrauch, B., & Prof. Dr. Hoppe, J.-D. (2015).

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Träger und Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Bundesärztekammer.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Hospiz/charta_broschuere.pdf

Richter-Kuhlmann, E. (2015). Lernzielkatalog Medizin: Mehr als Faktenwissen.

Deutsches Ärzteblatt, 112, Dtsch Arztebl 2015; 112(33-34): A-1366 / B-1146 / C-1118.

Scarlet, J., Altmeyer, N., Knier, S., & Harpin, R. (2017). The effects of compassion cultivating training (CCT) on health-care workers. *Clin Psychol*, 21, 116–124.

Schulz, C., Wenzel-Meyburg, U., Karger, A., Scherg, A., in der Schmitt, J., Trapp, T., Paling, A., Bakus, S., Schatte, G., Rudolf, E., Decking, U., Ritz-Timme, S., Grünwald, M., & Schmitz, A. (2015). Implementierung der Lehre im Querschnittsbereich Palliativmedizin (QB13) an der Medizinischen Fakultät der

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 32(1), 9–22.

Schulz-Quach, C., Wenzel-Meyburg, U., Becker, D., Kamp, T., Gramm, J., Nauck, F., Kern, M., & Elsner, F. (2016). Positionspapier E-Learning in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. *Georg Thieme Verlag KG*, 17(*Z. Palliativmed.* 2016; 17), 65–69.

Seidemann et al., S., Jünger, J., Alt-Epping, B., Ilse, B., Isermeyer, L., Doll, A., & Schiessl, C. (2015). Prüfungen im Querschnittsbereich Palliativmedizin (QB 13)—Befragungen an 34 medizinischen Fakultäten in Deutschland. *Der Schmerz*, 2016–30, 174–180. <https://doi.org/10.1007/s00482-015-0057-6>

Shaffer, K., & Small, J. (2004). Blended learning in medical education: Use of an integrated approach with web-based small group modules and didactic instruction for teaching radiologic anatomy. *Acad. Radiol*, 11, 1059–1070.

Simon, S. (2005). Ärztliche Grundhaltung in der Hospiz- und Palliativarbeit. *Hospiz-Zeitschrift*, 4, 8–15.

Simon, S., Ramsenthaler, C., Bausewein, C., Krischke, N., & Geiss, G. (2009). Core attitudes of professionals in palliative care: A qualitative study. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(8), 405–411.

Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Chochinov, harvey, & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437–447.

<https://doi.org/10.1177/0269216316663499>

Singh, P., Raffin-Bouchal, S., McClement, S., Hack, T. F., Stajduhar, K., Hagen, N. A.,

Sinnarajah, A., Chochinov, H. M., & Sinclair, S. (2018). Healthcare providers' perspectives on perceived barriers and facilitators of compassion: Results from a grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9–10), 2083–2097.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14357>

TU Dresden. (o. J.). E-Learning CASUS. Abgerufen 23. Mai 2020, von <https://tu-dresden.de/med/mf/die-fakultaet/e-learning/casus>

Universitätsklinik Freiburg. (2020). Seminarbeschreibung Lebenswelt Sterben.

[https://www.uniklinik-](https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/07_kliniken/med_palliativ/pdf/Seminarbeschreibung_Lebenswelt_Sterben_SoSe2020.pdf)

[freiburg.de/fileadmin/mediapool/07_kliniken/med_palliativ/pdf/Seminarbeschreibung_Lebenswelt_Sterben_SoSe2020.pdf](https://www.uniklinik-freiburg.de/fileadmin/mediapool/07_kliniken/med_palliativ/pdf/Seminarbeschreibung_Lebenswelt_Sterben_SoSe2020.pdf)

Universitätsklinikum Dresden. (o. J.). Abgerufen 23. Mai 2020, von

[https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-](https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/upc/forschung-und-lehre)

[klinikum/universitaetscentren/upc/forschung-und-lehre](https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/upc/forschung-und-lehre)

Universitätsklinikum Gießen. (2019). Ankündigung der Lehrveranstaltungen in Palliativmedizin im Wintersemester 2019/20.

11. Anhang

11.1. Muster des Fragebogens

Lehrfilmzentrierte Seminare zur Vermittlung des Konstrukts Mitgefühl/Compassion

Ihr Alter _____

Ihr Geschlecht _____

Ihr Fachsemester _____

Haben Sie (Vor-) Erfahrung im Bereich Palliativmedizin? Ja Nein

Falls Ja, welche?

(Nicht zutreffende Fragen bitte einfach unausgefüllt lassen :-)

Frage	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	unent- schieden	trifft eher zu	trifft voll zu
Ich habe bereits vor dem Seminar eine Vorstellung davon gehabt, was unter Mitgefühl/Compassion zu verstehen ist.					
Die <u>Lehrfilme</u> haben mir geholfen, ein Verständnis von Mitgefühl/Compassion zu entwickeln.					
Die <u>vorausgehenden Erläuterungen</u> haben mir geholfen, ein Verständnis von Mitgefühl/Compassion zu entwickeln.					
Die <u>nachträglichen Diskussionen</u> haben mir geholfen, ein Verständnis von Mitgefühl/Compassion zu entwickeln.					
Lehrfilme eignen sich grundsätzlich <u>besser</u> , ein Verständnis von Mitgefühl/Compassion zu entwickeln ... als Vorlesungen.					
... als Gruppenhospitationen auf einer Palliativstation.					
... als Übungen mit Schauspielpatienten.					

Über die Lehrfilme habe ich eher ein Verständnis von Mitgefühl/Compassion entwickeln können als ... über die „Hospitation Palliativstation“ im Rahmen der Funktionseinheit Innere Medizin.					
... über die interdisziplinäre Ringvorlesung Palliativmedizin.					
Die Lehrfilme haben mich angeregt, meine eigene Haltung gegenüber Patienten zu reflektieren.					
Ich halte Mitgefühl/Compassion für meine spätere Arbeit als Ärztin/Arzt für relevant.					

Frage	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	unentschieden	trifft eher zu	trifft voll zu
Zur Vermittlung palliativmedizinischen <u>Wissens</u> empfehle ich meinen Dozenten das Lehrformat ... Vorlesungen.					
... Übungen mit Schauspielpatienten.					
... Themenzentrierte Lehrfilme mit Schauspielern.					
... Gruppenhospitationen auf einer Palliativstation.					
... Einzelhospitationen auf einer Palliativstation.					
Zur Vermittlung der palliativmedizinischen <u>Haltung</u> empfehle ich meinen Dozenten das Lehrformat ... Vorlesung.					
... Übungen mit Schauspielpatienten.					
... Themenzentrierte Lehrfilme mit Schauspielern.					
... Gruppenhospitationen auf einer Palliativstation.					
... Einzelhospitationen auf einer Palliativstation.					

Zur Vermittlung palliativmedizinischer <u>Fertigkeiten</u> empfehle ich meinen Dozenten das Lehrformat ... Vorlesungen.					
... Übungen mit Schauspielpatienten.					
... Themenzentrierte Lehrfilme mit Schauspielern.					
... Gruppenhospitationen auf einer Palliativstation.					
... Einzelhospitationen auf einer Palliativstation.					

11.2. ehrenwörtliche Erklärung zur Dissertation

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorgelegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Gießen, 15.12.2022

Unterschrift

