

**Aspekte der Sozialisation zum Arzt:
Eine empirische Studie über Auswirkungen
der praktischen Makroanatomie auf
Medizinstudierende und deren Einstellung
zu Sterben und Tod**

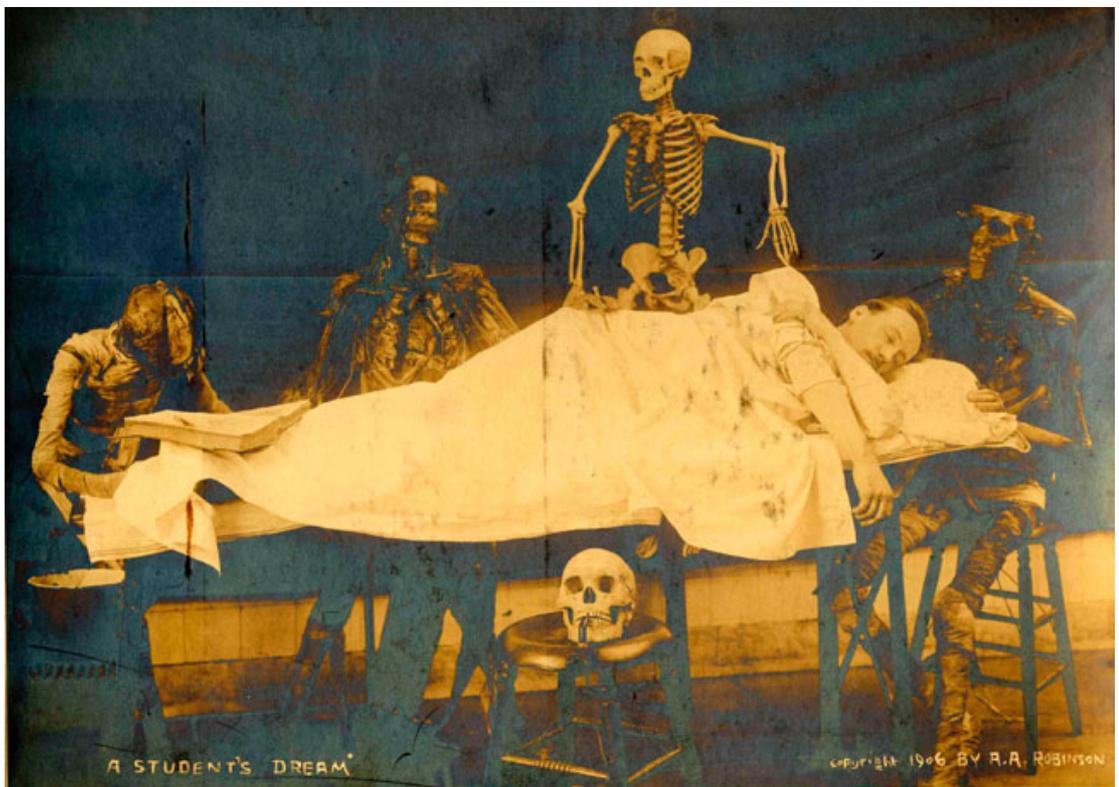
Dissertation zur
Erlangung des Doktorgrades
(Dr. rer. soc.)
des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften
der Justus-Liebig-Universität Gießen

im April 2005
vorgelegt von

Susanne Egbert M. A.

Danksagung

Ich bedanke mich bei allen, die mich bei der Anfertigung dieser Dissertation unterstützt haben. Insbesondere danke ich Frau Prof. Krebs für die Betreuung und fachliche Hilfe; Frau Prof. Baumgart-Vogt für die Erlaubnis, in ihrem PK die Befragungen durchzuführen; den Studierenden, die sich bereit erklärt haben, an der Studie teilzunehmen und die mir die Situation der Mediziner in spe durch Gespräche und Diskussionen näher gebracht haben; den Mitarbeitern des Hochschulrechenzentrums, die Daten auch von eigentlich zerstörten Festplatten retten können; und ganz besonders Herrn Michael Magic Plichta für die Begleitung im statistischen Wunderland und meiner Schwester Christa für Kritik, stetige Diskussionsbereitschaft und psychologische Unterstützung in schwierigen Phasen.



R. R. Robinson, „A Students Dream“, Kollage 1906

„Allein der Tod gibt den Handlungen des Lebens
einen Sinn und entreißt sie einer langweiligen
Beliebigkeit.“

(Martin Heidegger)

"Im Grunde glaubt niemand an den eigenen Tod."

(Sigmund Freud)

„Vor dem Tode habe ich keine Angst - denn alle, die
gestorben sind, lassen nicht wieder davon ab.“

(Heinz Erhardt)

Inhaltsverzeichnis

1 LEICHEN, TOD UND MEDIZINSTUDENTEN: EIN ÜBERBLICK ÜBER DIE VORLIEGENDE DISSERTATION	10
2 HISTORISCHE, EMPIRISCHE UND KRITISCHE BETRACHTUNGEN DER PRAKTISCHEN ANATOMIE.....	14
2.1 Historische Entwicklungen des PK von den prähistorischen Anfängen bis heute	15
2.2 Die aktuelle Situation: Makroanatomie heute	28
2.2.1 Der PK als Gegenstand wissenschaftlicher Forschung: Empirische Studien über den PK.....	29
2.2.2 Kritische Betrachtung des PK.....	35
2.2.3 Gespräche und Diskussionen mit Studierenden in Gießen	42
3 EIN GANZ BESONDERES VERHÄLTNISS: ÄRZTE UND TOD	48
4 ARZTBERUF, GESELLSCHAFT UND SOZIALISATION	58
4.1 Der Arztberuf aus soziologischer Sicht.....	59
4.2 Die Anwendung soziologischer Theorien über die Stabilisierung und Veränderung von Gesellschaften auf den ärztlichen Sozialisationsprozess	69
4.2.1 Die Funktion als zentraler Punkt: Der Parson´sche strukturfunktionalistische Ansatz	69
4.2.2 Kritik und Weiterentwicklung der Parson´schen Theorie: Das Konzept Mertons	73
5 DAS WISSEN UM DIE EIGENE STERBLICHKEIT: TODESFURCHT	82
5.1 Soziologische und psychologische Aspekte der Todesfurcht	83
5.2 Über die Schwierigkeit, Todesfurcht zu messen: Todesfurchtkonstrukte und Todesfurchtfragebögen	87

5.3 Ergebnisse der Todesfurchtforschung	93
6 MATERIAL UND METHODEN DER EMPIRISCHEN STUDIE	98
6.1 Entstehung und Validierung eines eigenen Fragebogens: der FBM.....	98
6.2 Die Fragebogenbatterie	102
6.2.1 Der FBM	102
6.2.2 Der FIMEST	104
6.2.3 Der SKI	106
6.3 Versuchspersonen, Durchführung und Rückläufe	107
7 ERGEBNISSE DER ERHEBUNG: AUSWERTUNG DER DATEN.....	108
7.1 Zusammensetzung der Stichprobe: Alter, Geschlecht und Vorerfahrungen .	109
7.2 Ergebnisse der Fragebögen.....	113
7.2.1 Ergebnisse des FBM	115
7.2.2 Ergebnisse des FIMEST	118
7.2.3 Ergebnisse des SKI	123
8 DISKUSSION.....	128
8.1 Todesfurcht als Indikator für Auswirkungen des PK auf die Teilnehmer	128
8.2 Die Bedeutung der Vorerfahrungen für den Umgang mit dem PK.....	133
8.3 Der Umgang mit dem PK und die Persönlichkeit der Teilnehmer	136
8.4 Die sozialisierende Funktion des PK.....	140
8.5 Resumée	144
LITERATUR.....	147

ANHANG

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Auswirkungen der Vorbildfunktion des Dozenten im PK auf die spätere Arzt-Patient-Beziehung</i>	36
<i>Abbildung 2: Medizinische Zeiteinteilung des Todes</i>	54
<i>Abbildung 3: Das Prestige unterschiedlicher Berufe</i>	62
<i>Abbildung 4: Beziehung zwischen Kultur, sozialem und personellem System</i>	70
<i>Abbildung 5: Beispiel zur Verdeutlichung der Begriffe Statusset und Rollenset</i>	74
<i>Abbildung 6: Bezugsgruppen der Medizinstudenten während des PK</i>	80
<i>Abbildung 7: Zeitlicher Ablauf aller durchgeführten Erhebungen</i>	99
<i>Abbildung 8: Altersverteilung der Stichprobe</i>	109
<i>Abbildung 9: Verteilung der Kategorie „Anzahl der vor dem PK gesehenen Leichen“</i>	110
<i>Abbildung 10: Verteilung der Kategorie „Alter, in dem zum ersten Mal eine Leiche gesehen wurde“</i>	111
<i>Abbildung 11: Verteilung der Kategorie „Situation, in der die erste Leiche gesehen wurde“</i>	111
<i>Abbildung 12: Verteilung der Kategorie „schon einmal am Sterbebett eines Menschen gewesen“</i>	112
<i>Abbildung 13: FBM: Skala Umgang Leiche, Verlauf der Kategorie „berufliche Vorbildung“</i>	117
<i>Abbildung 14: FBM: Skala Distanz PK, Verlauf der Kategorie „an der Demonstration zur Anatomie teilgenommen“</i>	117
<i>Abbildung 15: FBM: Skala Distanz PK, Verlauf der Kategorie „Geschlecht“</i>	117
<i>Abbildung 16: Profilblatt FIMEST der Stichprobe zum Messzeitpunkt 1</i>	119
<i>Abbildung 17: FIMEST Skala „Angst vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen“, Verlauf der Kategorie „schon einmal mit einem Sterbenden geredet“</i>	122
<i>Abbildung 18: FIMEST Skala „Angst vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen“, Verlauf der Kategorie „berufliche Vorbildung“</i>	122
<i>Abbildung 19: FIMEST Skala „Angst vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen“, Verlauf der Kategorie „schon einmal mit einem Sterbenden geredet“</i>	122
<i>Abbildung 20: FIMEST Skala „Angst vor Leichen“, Verlauf der Kategorie „berufliche Vorbildung“</i>	123
<i>Abbildung 21: FIMEST Skala „Akzeptieren des eigenen Sterbens und Todes“, Verlauf der Kategorie „berufliche Vorbildung“</i>	123

<i>Abbildung 22: Profilblatt SKI der Stichprobe zum Messzeitpunkt 1</i>	124
<i>Abbildung 23: SKI Skala Ich-Stärke, Verlauf der Kategorie „berufliche Vorbildung“</i>	126
<i>Abbildung 24: SKI Skala Vertrauen, Verlauf der Kategorie „Alter“</i>	126
<i>Abbildung 25: SKI Skala Ordnungsliebe, Verlauf der Kategorie „Geschlecht“</i>	127
<i>Abbildung 26: SKI Skala Ordnungsliebe, Verlauf der Kategorie „an der Demonstration zur Anatomie teilgenommen“</i>	127
<i>Abbildung 27: Der Selbstwert während des PK</i>	142
<i>Abbildung 28: Ausbildung zum Arzt, Gesellschaft und Tod</i>	145

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Überblick über Studien zum Thema PK</i>	<i>30</i>
<i>Tabelle 2: Organisation der Anatomie in der Vorklinik in Gießen</i>	<i>43</i>
<i>Tabelle 3: Mertons Typen der Anpassung an Muster kultureller Ziele und institutioneller Mittel</i>	<i>76</i>
<i>Tabelle 4: Chronologische Übersicht über die Entwicklung von Todesfurchtfragebögen</i>	<i>91</i>
<i>Tabelle 5: Todesfurchtkonstrukt nach Wittkowski.....</i>	<i>92</i>
<i>Tabelle 6: Items und Ladungen der Faktoranalyse mit drei Skalen.....</i>	<i>101</i>
<i>Tabelle 7: Kategorisierung der Untergruppen der Regressionsanalyse</i>	<i>114</i>
<i>Tabelle 8: Reliabilitäten des FBM.....</i>	<i>115</i>
<i>Tabelle 9: FBM Mittelwertvergleich zwischen erster und zweiter Erhebung</i>	<i>115</i>
<i>Tabelle 11: Reliabilitäten FIMEST.....</i>	<i>118</i>
<i>Tabelle 12: FIMEST Mittelwertvergleich zwischen erster und zweiter Erhebung.....</i>	<i>120</i>
<i>Tabelle 13: Ergebnisse der Regressionsanalyse des FIMEST</i>	<i>121</i>
<i>Tabelle 14: Reliabilitäten SKI</i>	<i>124</i>
<i>Tabelle 15: SKI Mittelwertvergleich zwischen erster und zweiter Erhebung</i>	<i>125</i>
<i>Tabelle 16: Ergebnisse der Regressionsanalyse des SKI.....</i>	<i>125</i>
<i>Tabelle 17: Korrelationen zwischen den Skalen der Fragebögen FBM und FIMEST zum Messzeitpunkt 1.....</i>	<i>132</i>
<i>Tabelle 18: Korrelationen zwischen den Skalen der Fragebögen SKI und FBM zum Messzeitpunkt 1.....</i>	<i>137</i>
<i>Tabelle 19: Korrelationen zwischen den Skalen der Fragebögen SKI und FIMEST zum Messzeitpunkt 1.....</i>	<i>137</i>
<i>Tabelle 20: Vergleich der unterschiedlichen geschichtlichen gesellschaftlichen Hintergründe in Bezug auf den PK.....</i>	<i>143</i>

1 Leichen, Tod und Medizinstudenten: Ein Überblick über die vorliegende Dissertation

In unserer Gesellschaft sind Ärzte und Ärztinnen hoch angesehen und das Medizinstudium genießt eine sehr gute Reputation. Was allerdings mit jungen Menschen während des Studiums geschieht und wie sie sich in ihren Einstellungen, Verhaltensweisen und Wertvorstellungen verändern, wird kaum hinterfragt. Die Art und Weise der Sozialisation zum Arzt¹ und die Auswirkungen auf die Sozialisanden werden nur marginal betrachtet.

Wohl kaum ein Kurs charakterisiert die ersten Semester des Medizinstudiums so sehr wie der Kurs der makroskopischen Anatomie², in dem die Studierenden an der Leiche anatomische Kenntnisse erwerben. Mit Spannung wird er erwartet. Die Vorstellung, mit Skalpell und Messer einen menschlichen Leichnam zu zerschneiden, ist einerseits befremdlich, andererseits ist der PK unumgehbarer Bestandteil des Medizinstudiums. Über die Auswirkungen des PK auf die Medizinstudenten sind empirische Studien durchgeführt worden, die widersprüchliche Ergebnisse erbracht haben. Die vorliegende Dissertation fügt sich in die Reihe der empirischen Forschungen ein und versucht, die Auswirkungen des PK anhand der Veränderungen der Einstellungen zu Sterben und Tod und besonders der Todesfurcht aufzudecken.

In der vorliegenden Arbeit wird die Einstellung zum Tod als Indikator aufgefasst, um Auswirkungen der Arbeit an der Leiche im PK auf angehende Mediziner zu entdecken. Eine Messgröße ist die empfundene Todesfurcht der Teilnehmer. Demzufolge lautet die aufgestellte Hypothese:

Hypothese 1: *Die Teilnehmer haben zu Beginn des PK eine andere Einstellung zu Tod und Sterben als am Ende des PK.*

Der PK hat mehr Aufgaben, als allein anatomisches Wissen zu vermitteln. Schwaiger und Bollinger (1981: 47) drücken provokativ ihre Thesen den PK betreffend folgendermaßen aus: „Überblickt man zusammenfassend die Qualifikationen, die unter

¹ Wegen der besseren Lesbarkeit wird darauf verzichtet, explizit die männliche und weibliche Form aufzuzählen. Es sind immer beide Geschlechter gemeint.

² Von den Studierenden wird dieser Kurs wegen der hier stattfindenden Präparationen an der Leiche auch „Präpkurs“ genannt. Diese Bezeichnung wird in der vorliegenden Arbeit beibehalten und mit „PK“ abgekürzt.

der Hand im Anatomiekurs vom Studenten erworben werden, so besteht deren wichtigste wohl darin, auch angesichts großer psychischer Bedrohung handlungsfähig zu bleiben. Der Student lernt, die Entgrenzung, das Verlassen der sicheren Pfade, die dem Durchschnittsmenschen vielfach die Konfrontation mit existentiellen Problemen, mit Tod, Aggression, Ekel ersparen, auszuhalten – er entwickelt die Sicherheit, „es schaffen zu können“, Angst und Unsicherheit aushalten zu können und den Glauben an die Machbarkeit von scheinbar Unmöglichem. Dieser Glaube, man könne alles schaffen, begründet die Neigung zu Omnipotenzvorstellungen bei vielen Medizinern. Damit einher geht die Annahme, alles *machen zu müssen*, der innere Handlungszwang – eine der Techniken, mit der Unsicherheit und Angst umzugehen.“ (Hervorhebungen im Original)

Das heißt, dass das im PK vermittelte anatomische Fachwissen von einigen Autoren als zweitrangig gesehen wird. An erster und wichtigster Stelle stünde somit das unmerkliche Aneignen der als typisch ärztlich beurteilten Handlungs- und Denkstile.

Der PK wird in der Fachliteratur oft klassifiziert als Kurs, dessen Stellenwert im Medizinstudium analog zu Initiationsriten bei Naturvölkern zu sehen ist (vgl. zum Beispiel Schneider, 1984; Linkert, 1993). Entweder absolviert man den PK und erreicht eine höhere Stufe in der Hierarchie des medizinischen Systems oder man schafft den PK nicht und muss das Studium abbrechen. Zudem wird in einigen Studien behauptet, der PK sei für ungefähr 5% der Studierenden solch ein einschneidendes Erlebnis, dass es zu posttraumatischen Belastungsstörungen komme. Das Lehrpersonal biete, wenn überhaupt, zu wenig Hilfe bei der Verarbeitung der Eindrücke an. Insbesondere vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Tabuierung von Tod und Sterben seien die Studierenden allein gelassen mit Fragen und Problemen, die auftreten können, wenn man sich mit Leichen konfrontiert sieht (vergleiche hierzu ausführlich Kapitel 2.2.1).

Die spezielle Situation im PK mit dem immensen Prüfungs- und Gruppendruck sowie der Konfrontation mit der Leiche wird immer wieder als Erklärung herangezogen, um die Bedeutung des PK während der informellen Sozialisation von Medizinern zu erklären. Diese spezielle Situation im Präpariersaal mache die Studierenden unsensibel und erschwere empathisches Umgehen mit den späteren Patienten, sei also grundlegend und ausschlaggebend für die spätere Arzt-Patient-Beziehung, die oft als mangelhaft charakterisiert wird. Auch die Situation Sterbender in Krankenhäusern und der

praktische medizinische Umgang mit ihnen ist ein Thema der vorliegenden Betrachtungen³.

Die Einschätzung des PK als folgenreicher Bestandteil der Sozialisation zum Mediziner ist der Ausgangspunkt für die in dieser Dissertation vorgestellte Studie. Die Meinungen und Vorstellungen über die Methodik der Anatomie, an Leichen zu lehren, werden ebenso aufgezeigt werden wie die Einschätzung, dass sich das medizinische System aufgrund der frühen Sozialisationserfahrungen der Studierenden während des PK Veränderungen und Reformen gegenüber als recht resistent erweist. Im PK werden medizinische Grundregeln kritiklos internalisiert und die zukünftigen Träger der Tradition sozialisiert, könnte man unterstellen. Aus diesen Annahmen lassen sich weiterführende Fragestellungen ableiten, zum Beispiel: Welche Rolle spielen persönliche Vorerfahrungen mit Sterben und Tod bei dem Umgang mit dem Geschehen im PK? Sind vorbereitende, begleitende und / oder nachbereitende Lehrangebote nützlich oder sogar notwendig? Welche Dinge sollten bei deren Konzeption beachtet werden?

Anhand einer empirischen Untersuchung an Teilnehmern des PK an der Justus-Liebig-Universität Gießen, die in der vorliegenden Dissertation vorgestellt wird, wurde überprüft, ob der PK wirklich einen prägenden Eindruck bei den Studierenden hinterlässt. Dazu wurde eine Fragebogenbatterie vor und nach Absolvierung des PK eingesetzt, um die Einstellung zum PK, die Furcht vor dem Tod und die Persönlichkeit der Teilnehmer zu erheben. Als Hauptindikator für Veränderungen in den Einstellungen wird hierbei die Todesfurcht gesehen. Da ein Messinstrument für die spezielle Situation während des PK bisher nicht existierte, wurde eigens zu diesem Zweck ein Fragebogen entwickelt und validiert.

Aus unterschiedlichen Blickwinkeln werden dem komplexen Thema Aspekte beigesteuert, so dass sich am Schluss ein möglichst umfangreiches und gleichzeitig in sich geschlossenes Gesamtbild ergibt. Davon ausgehend, dass der PK Auswirkungen auf die Todesfurcht der Teilnehmer hat, ergeben sich die einzelnen Kapitel, ihr Bezug aufeinander und die weitere Hypothese.

Wie der PK sich im Laufe der Zeit verändert hat, wie er heute stattfindet und welche Kritikpunkte es gibt, wird in Kapitel 2 berichtet. Nach der Darstellung der

³ Über das Verhältnis zwischen Medizin und Tod aus Sicht der Pathologie siehe Streckeisen, 2001.

geschichtlichen Entwicklung des PK richtet sich das Augenmerk auf die heutige Situation. Die Forschungsentwicklung bezüglich des PK sowie der gegenwärtige Forschungsstand werden ebenso vorgestellt wie Kritik an den Lehrmethoden und die Forderung nach begleitenden Kursen. Zudem wird an dieser Stelle über die konkrete Situation im PK berichtet.

Kapitel 3 befasst sich mit der Problematik des komplizierten Verhältnisses zwischen Ärzten und Tod. Philosophische Ansätze zum Thema Tod kommen hier ebenso zum Ausdruck wie soziologische. Die spezielle Beziehung zwischen Arzt und Tod wird diskutiert, wobei hier insbesondere auf eine kulturhistorische Grundlage, nämlich das Märchen, zurückgegriffen wird. Die Ursprünge des ambivalenten medizinischen Umgangs mit Sterben und Tod werden in Zusammenhang gebracht mit Einstellungen und Verhaltensweisen, die sich junge Medizinstudierende während des PK fast unmerklich aneignen.

Die theoretische Betrachtung der informellen Sozialisation im PK liefert Kapitel 4. Eine Darstellung des theoretischen Hintergrundes geschieht unter Bezug auf die strukturfunktionalistische Theorie des amerikanischen Soziologen Talcott Parsons. Auch die Ansätze seines Schülers, Kollegen und Kritikers Robert K. Merton werden berücksichtigt. Mit Hilfe der soziologischen Begriffe Sozialisation und Rollentheorie werden gesellschaftliche Ordnungen, Tradierungen und Strukturen erläutert. Insbesondere steht der Beruf des Arztes im Zentrum des Interesses und wird in Bezug gesetzt zu den vorgestellten Theorien. Die soziologische Betrachtung des Arztberufes mit dem von Parsons entwickelten Idealtypus bezieht wiederum Stellung zu der Situation während des PK und verdeutlicht die Tradierung der medizinischen Normen und Werte. Die Bedeutung des PK für die informelle Sozialisation angehender Mediziner wird betrachtet.

Kapitel 5 greift das Thema Todesfurcht auf. Der PK hat schon allein durch die Tatsache, dass er unabdingbar durch den direkten Kontakt zu Leichen charakterisiert ist, einen starken Bezug zum Tod und damit zur Todesfurcht. Da in dieser Studie die Todesfurcht als Hauptindikator für Auswirkungen des PK auf die Teilnehmer fungiert, ist der Furcht vor dem Tod ein eigenes Kapitel gewidmet. Nach der genauen Definition der Todesfurcht folgt die Darstellung soziologischer und psychologischer Aspekte und ein Überblick über verschiedene Todesfurchtkonstrukte und die wissenschaftliche Herangehensweise an die Erforschung dieser Thematik. Zum Abschluss dieses Kapitels werden die wichtigsten Ergebnisse der Todesfurchtforschung beschrieben.

Daraus resultierend wird die Überleitung zu der durchgeführten empirischen Studie hergestellt. Der Frage nach dem tatsächlichen Einfluss des PK auf Einstellungen und Meinungen zu Sterben und Tod wird durch die Erhebung einer Fragebogenbatterie nachgegangen. Um die Themenbereiche Einstellung zum PK, Todesfurcht und Persönlichkeit abzudecken, kamen drei unterschiedliche Fragebögen zum Einsatz. Für die Durchführung war es notwendig, einen Fragebogen zur Einstellung zum PK zu konzipieren. Wie der eigene Fragebogen entwickelt und validiert wurde, ist Bestandteil des sechsten Kapitels. Hier werden auch die weiteren zwei Fragebögen vorgestellt und das Erhebungsdesign erläutert.

In Kapitel 7 werden schließlich die Ergebnisse der Erhebung beschrieben. Signifikante Veränderungen der Einstellungen der Studierenden zu Tod und Sterben konnten nachgewiesen werden. Die Ergebnisse der empirischen Studie werden abschließend in Kapitel 8 eingehend diskutiert. Es wird versucht, die Bedeutung des PK für die berufliche Sozialisation von Mediziner*innen, die spätere Arzt-Patient-Beziehung insbesondere in krisenhaften Situationen und die Veränderbarkeit des medizinischen Systems zu bestimmen.

2 Historische, empirische und kritische Betrachtungen der praktischen Anatomie

Das Kapitel 2 wird sich ausführlich mit dem PK befassen, um den Gegenstand der vorliegenden Dissertation näher zu bringen und zu erläutern. Aus zwei unterschiedlichen Richtungen wird über den PK berichtet.

Zunächst erfolgt in Kapitel 2.1 eine Darstellung der historischen Entwicklung der anatomischen Forschung und Lehre und die Entstehung des PK. Die Wechselwirkung zwischen dem gesellschaftlichen Hintergrund und der Praxis der Erforschung der menschlichen Anatomie ist der Motor für die sich langsam aber stetig verändernde Einstellung zur Wichtigkeit der praktischen Anatomie. Der heutige Stellenwert hat sich im Laufe der Zeit entwickelt, parallel zu der Manifestation eines klaren Berufsbildes des Arztes. Auch die Herangehensweise an das Anatomieren und der Umgang mit den hier

gemachten Erfahrungen ist bestimmt von den jeweiligen Vorstellungen vom Leben und vom Tod.

Begonnen wird in der vorgeschichtlichen Ära, es folgt die Darstellung der Vorgehensweise der alten Griechen und Römer und deren großen Einfluss auf das Mittelalter. Hier ist besonders Galen (131-201 n. Chr.) zu erwähnen. Die von dem großen Anatomen Vesal (1514 – 1564) eingeläuteten Reformen der 1500 Jahre lang gültigen anatomischen Dogmen Galens markieren den Übergang in die Neuzeit und die Moderne. Heute ist der PK fester Bestandteil des Medizinstudiums.

Das Kapitel 2.2 befasst sich mit dem modernen PK. Es ist in drei Unterkapitel aufgeteilt, um einen möglichst detaillierten Einblick in die Thematik zu gewähren. Zunächst werden in Kapitel 2.2.1 empirische Studien vorgestellt, die die Auswirkungen des PK auf Studierende beinhalten. Diese internationalen Forschungen kommen zu teilweise diametral entgegengesetzten Ergebnissen. Einige Studien berichten das Auftreten posttraumatischer Belastungsstörungen während und nach dem PK, andere eine positive intellektuelle Stimulierung durch den PK.

Ausgehend von der Prämisse, dass der PK eine große emotionale Belastung für die Studierenden darstellt, kam es zu Kritikäußerungen an der Durchführung des PK und Vorschlägen, sinnvolle Hilfestellungen bei der Verarbeitung der im PK gemachten Erfahrungen anzubieten. Diese Kritik und Reformbestrebungen werden in Kapitel 2.2.2 dargestellt werden. Zum Abschluss folgen in Kapitel 2.2.3 Berichte über persönliche Erfahrungen mit Teilnehmern am PK, die die Autorin in Gesprächen und Diskussionen mit Studierenden der Justus-Liebig-Universität sammeln konnte.

2.1 Historische Entwicklungen des PK von den prähistorischen Anfängen bis heute

Der heutige Anatomieunterricht ist das Produkt einer langen, historisch relativ gut nachzuvollziehenden Entwicklung. Das Interesse an der Anatomie entwickelte sich vor dem Hintergrund sich verändernder Weltanschauungen und Philosophien, die sich mit dem Leben und dem Tod, Gesundheit, Krankheit und dem Sinnzusammenhang auseinandersetzen.

In seinem Werk über die Geschichte des Todes hat Ariès (1980) eine eigene Systematik des Todes aufgestellt, die die europäische Entwicklung des Umgangs mit Tod und

Sterben durch die Historie betrachtet. Er unterscheidet vier Einstellungen zum Tod und liest daran den Grad der menschlichen Individualität ab. Diese Einstellungen nennt er „gezähmter Tod“, „Tod des Selbst“, „Tod des Anderen“ und „ins Gegenteil verkehrter Tod“. An der Art und Weise, wie mit dem Tod und der Trauer umgegangen wird, kann nach Ariès auf die jeweilige Vorstellung, was eine Person ist und in welcher Beziehung sie zu der Gesellschaft, der Welt und Gott steht, rückgeschlossen werden. Dies ist auch der Hintergrund, vor dem der anatomische Unterricht stattfand und stattfindet. Die Zusammenhänge zwischen den gesellschaftlich-weltanschaulich geprägten Umgehensweisen mit Tod und Sterben und der Art der praktischen Anatomie von den Anfängen bis zur heutigen Zeit sind evident.

Die Anfänge medizinischen Handelns sind nicht zu datieren, sie liegen in prähistorischer Zeit. Beobachtungen von Naturvölkern zeigen, dass Leichenöffnungen zum Zwecke der Todesursachenfeststellung oder zum Studium der Anatomie nicht durchgeführt werden. Betrachtet man Naturvölker als Überreste prähistorischer Lebensweisen, kann man im Analogieschluss davon ausgehen, dass auch prähistorisch keine Leichenöffnungen stattfanden und Krankheiten als Konsequenz für begangene Tabubrüche⁴ oder als Folge von Verhexungen verstanden wurden. Weitere Erklärungen für Krankheit und Tod waren Vergiftungen oder von außen erkennbare Verletzungen. Die Leiche hatte in der Vorstellung dieser Zeiten besondere Macht und magische Kräfte, vor denen es sich zu schützen galt. Liegen derartige Weltanschauungen zugrunde, ist eine Leichenöffnung nicht nur sinnlos, sondern sogar unvorstellbar, da sie als Missachtung der geltenden Gesetze geahndet werden würde, sei es durch weltliche Mächte oder auch durch Mächte des Jenseits. Die Verstorbenen wurden eingäschert, Erdbestattungen fanden in der Regel nicht statt. Diese Scheu vor dem geöffneten menschlichen Körper ist nicht nur bei Naturvölkern sondern ebenso in der Kultur der alten Ägypter zu finden. Selbst die ägyptische Tradition des Mumifizierens diente nicht der anatomisch-medizinischen Forschung, sondern zielte allein auf die Haltbarmachung des Körpers ab, damit ein Weiterleben im Jenseits gewährleistet sei (vgl. Brugger und Kühn, 1979: 44ff).

Höchstwahrscheinlich gab es anatomische Betrachtungen, allerdings werden sie sich auf den tierischen Körper beschränkt haben. Diese sogenannte Küchen- oder Opfertieranatomie ist bei vielen alten Kulturen zu finden, zum Beispiel bei den Assyrern, Babyloniern, Etruskern, Germanen, Kelten oder auch Ägyptern. Der

⁴ Zum Beispiel die Beleidigung der Ahnen.

hypothetische Rückschluss von der tierischen auf die menschliche Anatomie lag nahe, ob ein praktisches Überprüfen stattfand, ist jedoch nicht klar ersichtlich. Sollte dies der Fall gewesen sein, muss es heimlich und unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattgefunden haben. Dokumentationen hierüber sind jedenfalls bisher nicht gefunden worden.

Die Situation in Griechenland stellt sich jedoch ganz anders dar. Viele große Philosophen beschäftigten sich mit dem Aufbau des Körpers und der Physiologie des Lebens. Anaximandros (ca. 545 v. Chr.), Diogenes (ca. 500 v. Chr.) und Aristoteles (384 – 322 v. Chr.) seien hier beispielhaft genannt. Empedokles, ein Schüler Pythagoras´ lebte von 490 – 430 v. Chr. und stellte seine Theorie von der Entstehung von Krankheiten auf, die Humoralpathologie⁵. Die ältesten Berichte über Leichenöffnungen gehen zurück auf das 5. vorchristliche Jahrhundert. Schüler des Asklepios zergliederten menschliche Körper zu anatomischen Zwecken (vgl. Amann, 1996: 53). Etwa zwei Jahrhunderte später fand die erste Forschungs- und Lehrsektion am Menschen statt. 320 v. Chr. wurden den Anatomen der Schule zu Alexandria Herophilos und Erasistratos menschliche Leichname zur Verfügung gestellt.

Die Motivation für Leichenöffnungen lässt sich grob in drei Hauptinteressen aufteilen. Zunächst ist hier der naturwissenschaftliche Erkenntnisdrang zu nennen. Die griechischen Naturphilosophen mit ihren Studien an Tieren waren Vorbild und Ansporn, die bisherigen Erkenntnisse der tierischen Untersuchungen am menschlichen Körper zu überprüfen. Zudem wollte der Wunsch nach einem fundierten Wissen über den Aufbau sowohl des gesunden als auch des kranken menschlichen Körpers befriedigt sein, um auf ärztlich-chirurgischem Gebiet mehr Sicherheit zu bekommen. Als dritte und erst im Mittelalter zu größerer Wichtigkeit wachsende Triebfeder für anatomische Forschung ist das Interesse der bildenden Künste an der Morphologie des Menschen zu berücksichtigen (vgl. Wolf-Heidegger und Cetto, 1967: 6).

Diese aufkeimende anatomische Sektionstätigkeit, die zunächst nur dem Sezierenden als Erkenntnisgewinn diente, entwickelte sich sukzessive zu einer Form der praktischen und lehrenden Form der Unterweisung. Der Anatom lehrte seinen Schülerkreis. Allerdings kam es zu einem abrupten Ende der aufkeimenden neuen Wissenschaft mit dem Einzug des römischen Imperiums, das die griechische Denkweise und Sitte ablöste.

⁵ Diese geht davon aus, dass Krankheiten durch ein Ungleichgewicht zwischen den vier Körperflüssigkeiten Blut, Schleim, schwarze und gelbe Galle entstehen. Auch das Temperament des Menschen wird durch das Zusammenspiel dieser Komponenten bestimmt (siehe zum Beispiel Eleftheriadis 1991).

Die griechische Philosophie hatte die Wissenschaftler dazu angehalten, keine Angst vor dem menschlichen Leichnam zu haben und förderte die Forschung auch auf dem Gebiet der Anatomie. Doch am Anfang der Kaiserzeit (um 100 v. Chr.) begann eine Romanisierung des Denkens, das heißt, es kam zu einer Durchdringung mit animistischen und magischen Vorstellungen. „Das religiöse Empfinden beginnt neu zu erstarken, durchsetzt sich mit Mystik und Aberglauben, es wirkt auf die Philosophie ein; so bereitet sich das Christentum vor. Den römischen magischen Vorstellungen ist damit freie Bahn gegeben. In keinem Staatsrecht ist der Tote und sein Grab so wie in dem römischen geschützt; aus dem römischen Recht geht dieser Schutz in das christliche über.“ (Apuleius zitiert nach Wolf-Heidegger und Cetto, 1967: 20) Es ist leicht einzusehen, dass die anatomische Forschung zum Erliegen kam, wenn man bedenkt, dass das römische Strafrecht alle der Zauberei zugesprochenen Handlungen, die mit Leichen oder Gräbern in Verbindung standen, besonders streng ahndete. Schon die Sektion eines Tieres konnte schnell zu dem Verdacht der Zauberei führen.

Fortschritte in der Anatomie sind durch Galen (131 – 201 n. Chr.) zu verzeichnen, dem Leibarzt des Kaisers Marc Aurel. Seine Forschungsergebnisse, die ausschließlich auf Tiersektionen beruhten⁶, sollten bis in das späte Mittelalter hinein zum Dogma der Anatomie werden, das keinen Widerspruch duldete. Die Analogieschlüsse Galens wurden von ihm selbst nie durch Sektionen an humanem Material überprüft. Diese Aufgabe fiel den Menschen des späten Mittelalters zu.

Zunächst jedoch unterband die christliche Kirche, die die Lebensweise, das Weltbild und die Wissenschaft des frühen abendländischen Mittelalters maßgeblich beeinflusste, zum größten Teil die praktische Anatomie. Ärzten⁷, die gleichzeitig dem Klerus angehörten, war jegliche chirurgische Tätigkeit untersagt, sei es nun am Lebenden oder an der Leiche. Ariès beginnt seine Betrachtungen über den Umgang mit Tod und Sterben in der vormittelalterlichen Zeit und beschreibt eine durch die Lebenssituation erzwungene Vertrautheit mit dem Tod. Die Sterblichkeit, insbesondere die Kindersterblichkeit war sehr hoch, der Tod war ein häufiger und öffentlicher Bestandteil des täglichen Lebens. Die Integration des Todes bewirkte ein bewussteres Sterben, welches normalerweise im Familienkreis stattfand, nachdem die weltlichen und spirituellen Vorkehrungen getroffen worden waren. Insofern wurde ein plötzlicher Tod als Unglück betrachtet. „Alles in allem stellt diese Einstellung des gezähmten Todes

⁶ Galen benutzte für seine Forschungen zumeist Schweine.

⁷ Über die Problematik der Anwendung des Begriffes Arzt in dieser historischen Epoche siehe Kapitel 4.1.

eine Haltung dar, in der die Sterblichkeit als Teil der menschlichen Existenz still akzeptiert wird. Die Aufmerksamkeit richtet sich nahezu vollständig auf diese Welt und ihre Aktivitäten: Ein verantwortliches Leben in einer Gemeinschaft, die dazu aufgerufen ist, Gott zu dienen.“ (Morgan, 2003: 23)

Obwohl die Kirche der praktischen Anatomie feindlich gegenüberstand, wurde ein explizites offizielles Verbot für Nicht-Kleriker nie ausgesprochen. Dennoch waren Forschung und Lehre auf dem Gebiet der Anatomie quasi lahmgelegt; so sprach der heilige Augustinus in seinem Werk „De Civitate Dei“ den Anatomen ab, je in der Lage zu sein, die göttliche Harmonie des menschlichen Körpers ganz zu erfassen und verurteilte ihr Handeln aufs schärfste (vgl. Wolf-Heidegger und Cetto, 1967: 35f). Der Leib als Tempel und Abbild Gottes sollte unverletzt und ganz bleiben, die göttliche Schaffenskraft sei mit dem menschlichen Geist nicht zu verstehen.

Einen weiteren geschichtlichen Abschnitt legt Ariès für die Zeit zwischen dem 12. und 15. Jahrhundert fest. An dem Aufkommen der *Ars moriendi* erkennt er einen Wandel in der Perspektive, nun tritt der eigene Tod ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Das stärker werdende Bewusstsein der eigenen Individualität führte dazu, dass das Sterben und der Tod als der letzte Akt eines privaten Dramas angesehen wurde, das entsprechend vom Sterbenden in Szene gesetzt sein sollte (vgl. Morgan, 2003: 23). Das Konzept der Unsterblichkeit der Seele ging Hand in Hand mit der Verständnis des einzelnen Menschen als einzigartigem Wesen.

In dieser Zeitspanne setzte Friedrich II. von Hohenstaufen (1194 – 1250) den ersten Meilenstein in der Geschichte der lehrenden Anatomie. Mit seinem Erlass der Studien- und Medizinalordnung setzte er fest, dass es zwingende Voraussetzung zur Zulassung zur chirurgischen Praxis sein sollte, neben allgemeinen medizinischen Studien auch ein einjähriges Praktikum der Humananatomie absolviert zu haben. Dieses sollte unter der Anleitung eines erfahrenen Anatomen stattfinden. Allerdings wird in diesem Erlass nicht festgelegt, wie der konkrete theoretische und praktische Unterricht gestaltet werden sollte. „So blieb die Entscheidung in Fragen der Methodik weitgehend den einzelnen Lehrern vorbehalten, die sich zumeist auf die bequemere und zweifellos auch ungefährlichere, doktrinäre Wiedergabe galenischen Wissens beschränkten.“ (vgl. Wolf-Heidegger und Cetto, 1967: 42). Mundius de Luzzi (1270 – 1326) begründete 1316 mit der Sektion zweier weiblicher Leichen die Lehranatomie in Bologna. Die im 14. und 15. Jahrhundert aufgenommenen, jedoch recht spärlichen Lehrsektionen wurden von der Kirche stillschweigend geduldet. Leichenöffnungen haben also in dieser Epoche

stattgefunden, allerdings dienten sie in erster Linie nicht der Forschung, sondern waren als Illustration des vom Dozenten aus den sich verbreitenden Büchern⁸ vorgetragenen Wissens gedacht⁹. Die eigentliche praktische Sektion wurde nicht vom Dozierenden selber durchgeführt, sondern hierfür waren eigens die sogenannten Scherer eingestellt, die die Arbeit an der Leiche durchführten. Die Dauer solch einer Lehrsektion betrug zumeist fünf Tage, wobei jedem Tag ein bestimmter Bereich des Körpers gewidmet war. Am ersten Tag fand die äußere Besichtigung und die Präparation der Knochen und Muskeln statt, am zweiten die des Verdauungs- und des Urogenitalapparates. Am Tag darauf beschäftigte man sich mit Leber, Lunge und Herz. Das Gehirn wurde am vierten Tag sezirt, Gefäße und Nerven am fünften (vgl. Wolf-Heidegger und Cetto, 1967: 61). Es gab noch keine modernen Techniken zur Haltbarmachung der Leichen, so dass die Anatomen dieser Zeit gezwungen waren, innerhalb eines engen Zeitrahmens zu arbeiten. Um die einsetzenden Verwesungsvorgänge nach Möglichkeit hinauszuzögern, fanden die Lehrsektionen in den kalten Wintermonaten statt. Da spezielle Räumlichkeiten nicht vorhanden waren, wurde zumeist in Privathäusern sezirt oder aber unter freiem Himmel auf dem Friedhof.

Gegen Ende des 15. Jahrhunderts ist ein grundlegender Wandel der Haltung der Kirche gegenüber den Leichenöffnungen zu verzeichnen. Papst Sixtus IV. (1471 – 1484) erlaubte ausdrücklich das Studium der Anatomie mit Hilfe des eröffneten menschlichen Leichnams. Diese Erlaubnis wurde von Papst Clemens (1523 – 1534) bestätigt. Der Umschwung innerhalb der Kirchendoktrin war die Voraussetzung dafür, dass nun eine öffentlich gezeigte und diskutierte, breit gefächerte Anatomie stattfinden konnte. Hiervon profitierten auch zeitgenössische bildende Künstler, zum Beispiel Leonardo da Vinci (1452 – 1519), Raphael (1438 – 1520), Albrecht Dürer (1471 – 1528), Michelangelo (1475 – 1564) und Titian (1477 – 1576), die wohl alle selbst Sektionen vorgenommen oder an ihnen teilgenommen haben; es kam zu einer naturalistischen Strömung in der westlichen Kunst (vgl. Rodning 1989: 282f). Künstler und Anatomen arbeiteten eng zusammen, beide Berufe waren voneinander abhängig und lebten in einer Art Symbiose zusammen (vgl. Wegner, 1939).

Die Darstellung und nachfolgend die Forschung war nun nicht mehr beschränkt auf Einzelfälle und Besonderheiten, jetzt konnte das Werk Galens kritisch und fundiert

⁸ 1450 hatte Johannes Gutenberg die Buchdruckerkunst erfunden.

⁹ Zu Tage tretende Fehlschlüsse Galens wurden aus Ehrfurcht vor dem großen Anatomen meist als Fehler des mittelalterlichen Anatomen deklariert oder als atypischer Zustand der untersuchten Leiche. Ein weiteres Argument, um die Unterschiede zwischen den Lehren Galens und der tatsächlich vorgefundenen Anatomie zu erklären, war die Aussage, der menschliche Körper habe sich seit der Zeit Galens verändert.

überarbeitet werden. Dieser Aufgabe widmete sich in besonderer Weise der spätere Leibarzt Karls V., Andreas Vesalius (1514 – 1564), genannt Vesal. Sein Werk „De humani corporis Fabrica“ von 1543 ist das Ergebnis einer systematischen naturwissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Anatomie. Vesal beschränkte sich nicht auf die Sektion von Tieren, um analog auf den Menschen zu schließen, wie es Galen tat, sondern ließ nur das gelten, was er kritisch am menschlichen Leichnam überprüfen konnte und als wahr erkannte. „Die Anatomie Vesals ist auf medizinisch-biologischem Gebiet die sichtbarste Auswirkung des durch Renaissance und Humanismus neu erwachten Strebens nach Erkenntnis. [...] So wurde die Anatomie durch Vesal vom theoretisierenden Dogma zur methodisch korrekten, auf Beobachtung am Objekt begründeten Naturwissenschaft erhoben.“ (vgl. Wolf-Heidegger und Cetto, 1967: 44). Man hatte erkannt, dass das Studium des toten Körpers Rückschlüsse auf den lebenden Organismus und dessen Krankheiten zulässt, also für die Medizin von großem Wert ist. Doch Vesal beschränkte sich nicht auf die Bedeutung der Anatomie für die Medizin. Er betonte, wie nützlich das anatomische Wissen auch für die philosophische Bildung und Reifung der Studierenden sei. Es rege den Geist zum Philosophieren an und könne zu einem allgemeinen Verständnis des Menschen hinführen (vgl. Stefenelli 1998: 675).

Begleitet waren diese Veränderungen in der Medizin und der Anatomie von weitreichenden tiefen Zäsuren auf anderen Gebieten, die die Voraussetzungen schufen: Nikolaus Kopernikus verabschiedete 1543 das geozentrische Weltbild, Martin Luther provozierte 1521 die Spaltung der christlichen Kirche, 1541 erzwang Calvin in Frankreich eine Erneuerung des Glaubens, die sich in Holland und Schottland ausbreitete.

Mit Vesal begann im 16. Jahrhundert die Tradition der „Anatomischen Theater“. Um einer großen Anzahl von Interessierten die Möglichkeit der Teilnahme an den Lehrsektionen zu bieten, wurden spezielle Räume eingerichtet, in deren Mitte der Sektionstisch stand. Kreisförmig und aufsteigend, ähnlich den römischen Amphitheatern, waren die Plätze für das Publikum angebracht. So konnte die Zahl der Teilnehmer auf bis zu 200 steigen, ohne dass der Dozierende beeengt oder gestört wurde. Zunächst nahmen in erster Linie Mediziner und Studierende teil, doch bald kamen auch interessierte Privatleute hinzu. „Der Name „Theater“ weist auf den Ablauf und die Form der Demonstration hin: Sie fanden in prunkvollem Rahmen als große Zeremonie statt, bei der sich die städtische Gesellschaft versammelte und bei Erfrischungen ausgelassen

feierte.“ (Amann 1996:57). Zur Veranschaulichung des Ablaufes einer Lehrsektion findet sich im Anhang ab Seite II der genaue Ablauf einer Sektion, die im Januar 1540 von Vesal in Bologna durchgeführt wurde. Das Studienobjekt während der ersten Tage war, wie zu dieser Zeit üblich, der Leichnam eines Gehängten¹⁰. Obwohl Sinn und Wert von Sektionen eingesehen und akzeptiert wurden, da sie zur Ausbildung von Medizinern und Chirurgen notwendig waren, galt doch die Zerstückelung des Körpers als entehrend und schimpflich. Über das Todesurteil hinaus wurde der Delinquent durch die Sektion bestraft. Anhand Darstellungen typischer Abläufe von teilweise zwei Wochen dauernden anatomischen Demonstration zu Lehrzwecken lassen sich einige Schlüsse ziehen. Es wird deutlich, dass alle Bereiche der Anatomie, die zu dieser Zeit von Bedeutung waren, behandelt und zum Teil stark vertieft wurden. Allerdings war der Dozent sehr von dem Zustand der Leiche abhängig und musste gegebenenfalls auf tierisches Material (Schafe, Hunde usw.) zurückgreifen, wenn die Verwesung zu weit fortgeschritten waren. Es liegt die Vermutung nahe, dass der Grund für die aus heutiger Sicht etwas unstrukturiert erscheinende Vorgehensweise darin liegt, dass die Anatomen einerseits die Partien des Körpers, die als erste verfallen, möglichst früh präparieren wollten und andererseits ihrem Publikum ein abwechslungsreiches und einigermaßen erträgliches Programm bieten wollten. Die Darstellung der inneren Organe beispielsweise wird belastender da geruchsintensiver gewesen sein als die Präparation der Armmuskulatur. Die durch Verwesung auftretenden Veränderungen an der Leiche konnten zu dieser Zeit noch nicht vermieden werden, wie es heutzutage durch den Einsatz von Chemikalien möglich ist.

Nach und nach veränderte sich die Art und Weise der anatomischen Übungen. Noch zur Zeit Vesals waren die Teilnehmer einer Lehrsektion passiv und bekamen Anatomie gezeigt und demonstriert, machten selber jedoch keine Sezierübungen an der Leiche. Dieses sollte sich durch das veränderte Selbstverständnis der lehrenden und forschenden Anatomie und die wandelnde Theorie der Pathogenese ändern. Im Vordergrund der Lehre stand die Weitergabe des gesicherten anatomischen Wissens, daher waren Abbildungssammlungen, Bücher und besonders auch Wachspräparate von großer

¹⁰ „Bei der Wiederaufnahme von anatomischen Forschungs- und Lehrsektionen im ausgehenden Mittelalter und der beginnenden Neuzeit an den medizinischen Schulen Italiens und anschließend Frankreichs wurden den Anatomen von den zuständigen Behörden zunächst ebenfalls nur die Leichen von hingerichteten Verbrechern zur Zergliederung übergeben; die Kirche beanspruchte sie nicht oder nur in seltenen Fällen für ein christliches Begräbnis, und dem Staat war es möglicherweise sogar angenehm, auf diese Weise der Sorge um Abtransport und schickliche Bestattung der Leiche ledig zu sein.“ (Wolf-Heidegger und Cetto, 1967: 72)

didaktischer Bedeutung. Mitte des 17. Jahrhunderts begann die Mikroskopie sich zu vervollkommen und erschloss eine neue Dimension der Anatomie. Maßgeblich durch das Werk von Giovanni Morgagni (1682 – 1771) wurde die pathologische Anatomie ins Leben gerufen und die klassische Humoralpathologie als Lehrmeinung abgelöst. Morgagni setzte die Ursache von Krankheiten in Beziehung zu dem pathologischen Zustand der Organe und stellte damit die Weichen für die Entstehung der Organdiagnostik der Inneren Medizin.

Xavier Bichat (1771 – 1802) vertiefte die Arbeiten Morgagnis und machte den Schritt vom Organ hin zu dem Organewebe als Sitz der Krankheit. Diese Entwicklung in der Forschung zog naturgegeben eine Erweiterung der Lehre mit sich und als Konsequenz einen größeren Bedarf an Räumlichkeiten. Die ersten anatomischen Abteilungen entwickelten sich, die Studierenden begannen, selbst an der Leiche zu arbeiten.

1749 wurde in Österreich Anatomie obligates Prüfungsfach. „Durch das Aufkommen der anatomischen Präparierübungen unter entsprechendem Zurücktreten der „Schau- und Demonstrationsanatomie“ wurde der Präpariersaal zum Schwerpunkt des anatomischen Institutes, während das „Theatrum anatomicum“ mehr und mehr einem gewöhnlichen akademischen Hörsaal Platz machte.“ (Wolf-Heidegger und Cetto, 1967: 71)

Auf der Seite der medizinischen Laien begann ebenfalls eine neue Entwicklung. Wie Ariès (1980: 466ff) beschreibt, waren Sektionen Mode geworden. Jeder gebildete und aufgeklärte Mensch wollte über die Anatomie des Körpers unterrichtet sein, das Interesse an der Medizin und Naturwissenschaften galt als ein Zeichen von Kultiviertheit. Waren genügend Geld und Platz vorhanden, konnte in jedem Haushalt ein Anatomiekabinett oder auch ein Chemielaboratorium eingerichtet werden. Die Nachfrage nach Leichen stieg durch die privaten Abnehmer stark an. „Im achtzehnten Jahrhundert beklagte man sich, daß es den jungen Chirurgen auf Grund der Konkurrenz der *privaten*, das heißt außerhalb des medizinischen Unterrichts vorgenommenen Sektionen nicht gelang, genügend Leichen aufzutreiben, und daß dieser Unterricht in den öffentlichen Hörsälen der Universitäten oder in den privaten Amphitheatern, die damals zahlreich waren, erteilt wurde.“ (ebd.: 467f, Hervorhebung im Original). Berichte über Leichendiebstähle und Grabplünderungen sind in der Literatur verarbeitet worden¹¹. Studenten und auch Privatleute versuchten, sich Leichen für ihre Studien zu

¹¹ Hier ist zum Beispiel Mary Shelleys weltberühmtes Werk „Frankenstein“ zu nennen.

beschaffen oder mit ihnen Geld zu verdienen¹². Auf Jahrmärkten und Rummelplätzen wurden anatomische Präparate von Fehlbildungen zur Schau gestellt. Entweder waren sie in Wachs nachgebildet oder in Spiritusgläser eingeschlossen und unterhielten das Publikum mit einem gruseligen Schauer (vgl. Gisel 1998: 647).

Die beschriebene neue Art, mit Tod und Sterben eher wissenschaftlich umzugehen, ging einher mit einem sich wandelnden Stellenwert des sozialen Lebens. Im 19. Jahrhundert bekam das Leben seine Bedeutung durch die sozialen Beziehungen, die der Einzelne einging und so wurde der Tod in erster Linie als Verlust von geliebten Menschen gesehen. Das Sterben fand im privaten Umfeld statt und nicht mehr öffentlich wie im Mittelalter. Sterben wurde nicht mehr hauptsächlich als Verlust für die Gemeinschaft verstanden, sondern als Trennung von Beziehungspartnern, wobei die Hoffnung auf ein Wiedersehen im Jenseits blieb. Im 19. Jahrhundert wandelte sich der Blickwinkel auf Leben und Tod. Die Divergenz zwischen einerseits der öffentlichen Zurschaustellung von Leichen und Leichenöffnungen und andererseits dem Rückzug des Sterbens und des Todes in den privaten Bereich fand zu dieser Zeit ihren Anfang und zieht sich bis in die heutige Zeit.

In der weiteren historischen Entwicklung der Medizin spielt Rudolf Virchow (1821 – 1902) eine herausragende Rolle. Er etablierte die pathologische Anatomie zum eigentlichen Hauptfach der Medizin und verortete mit seinem 1858 erschienen Werk „Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre“ die Krankheiten in die Zellen der Gewebe. Es folgte der rasche Ausbau der Anatomie mit der Entstehung von Forschungslaboratorien, Hörsälen, Präpariersälen, Mikrokopiersälen und den Sammlungen von anatomischen Präparaten zu Demonstrationszwecken. 1811 erging in Wien die Anordnung, alle Leichen der in der Klinik Verstorbenen in Gegenwart eines Professors zu sezieren und von allem Auffälligen Präparate herzustellen. 1833 wurde das Pflichtsezieren für Studierende beschlossen. Die dafür benötigten Leichen kamen aus den unteren Schichten der Stadtbevölkerung, zumeist Opfer der häufigen Epidemien (vgl. Gisel 1998: 648). Hermann schreibt 1916: „An die Stelle bescheidener, an Universitäten oder Krankenhäuser angegliederter Seziersäle von damals sind heute prächtige, weite anatomische Institute mit einer feinst ausgearbeiteten optischen, maschinellen und

¹² So ist zum Beispiel das Geschehen um die beiden Mörder Burke und Hare in Edinburgh gut dokumentiert. Sie hatten Menschen in ihre Herberge gelockt, sie dort mit alkoholischen Getränken betäubt und anschließend erstickt. Die Leichen verkauften sie an die Anatomie. Diese Verbrechen sind 1828 entdeckt worden, beide Delinquenten wurden zum Tode verurteilt.

chemischen Apparatur getreten, und der Siegeszug der Zellenlehre hat in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts zwei neue Wissenschaften gezeitigt und der Anatomie an die Seite gestellt, die Histologie und die moderne Entwicklungsgeschichte, deren Resultate in wissenschaftlichem und wohl auch pädagogischem Sinne gar nicht hoch genug bewertet werden können. Also Fortschritt nach außen und Fortschritt nach innen, und mit berechtigtem Stolz dürfen wir uns dessen freuen.“ (3).

Deutlich ist eine geschichtliche Entwicklung zu sehen, betrachtet man die jeweilige Verortung der Krankheitsursachen durch die Epochen. In der prähistorischen Ära lagen sie außerhalb des Körpers, zur Zeit der Griechen wurden sie in den Körper verlegt. Nach der Überwindung der mittelalterlichen Epoche mit ihrer strengen Bindung an die Weisung der christlichen Kirche und dem Verbot der anatomischen Forschung kann man eine fortschreitende Fokussierung des medizinischen Blickes auf immer kleinere Bereiche des Körpers beobachten. Waren zunächst die Organe der Sitz von Krankheiten gefolgt von den Geweben, wurden mit der technischen Entwicklung immer leistungsstärkerer Mikroskope Blicke in die Zelle möglich. Es entstand die Zellpathologie. Der vorerst letzte Stand der Dinge sieht die Ursachen für Erkrankungen besonders auch im genetischen Bereich.

Das 20. Jahrhundert bringt nach Ariès erhebliche Änderungen im Umgang mit dem Tod. Zwar sind immer noch Rudimente der oben beschriebenen Sichtweisen zu finden, aber mehrere Faktoren bilden den Hintergrund, vor dem der Tod im psychologischen Sinne negiert wird, auch wenn das kognitive Wissen um den zwangsläufigen Tod natürlich nach wie vor gegeben ist.

In der heutigen Zeit ist der Tod nicht mehr allgegenwärtig. Während der Tod im Mittelalter zum Beispiel in Form von Krieg, Hungersnot, Seuche usw. jeden jederzeit heimsuchen konnte, ist er heute an den Rand des Wahrnehmbaren gerückt. Durch die „sichere Lebenszeit“ (Imhof, 1988) ist es heute erwartbar geworden, ein gewisses Alter zu erreichen. Zu diesem Umstand, dass heutzutage vorwiegend im fortgeschrittenen oder hohen Alter gestorben wird, kommt die Tatsache, dass der Sterbeort sich ebenfalls verändert hat. Über die Hälfte aller Sterbenden beenden ihr Leben in dafür vorgesehenen Institutionen wie Krankenhäusern oder Hospizen und nicht im Kreise der Familie (vgl. Stroh, 1997: 49). „Unsere verlängerte Lebensspanne hat zu einem geringeren Respekt vor dem Tod geführt. [...] Persönliche Erfahrung und die verzerrte Wahrnehmung, dass Behandlung leicht verfügbar ist, lehren, dass Unfälle, Krankheit und Tod anderen zustoßen. Wenn man schließlich eine persönliche Begegnung mit dem

Tod hat, oft erst in der dritten Dekade des Lebens, erscheint dies als ungewöhnlich und daher grausam.“ (Morgan, 2003: 17) Gleichzeitig findet eine regelrechte Überflutung mit dem Tod aus zweiter Hand statt, der mit der Realität kaum etwas zu tun hat. Kino- und Fernsehfilme scheinen von Leichen, Mord und Totschlag überzuquellen.

Gorer (1956) spricht in diesem Zusammenhang von der „Pornographie des Todes“. Er vergleicht den Umgang mit Sexualität und Tod in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts mit dem einhundert Jahre später und kommt zu dem Schluss, dass die Gegebenheiten sich umgekehrt haben. Während zunächst die Sexualität mit Prüderie und Scham belastet, der Tod aber offen und unverstellt im Alltag integriert war, hat sich die Einstellung der Menschen zu diesen beiden Grunderlebnissen diametral verschoben. Der Tod wird schamhaft versteckt und möglichst nicht erwähnt, die Sexualität hingegen immer öffentlicher und diskussionsfähiger. Diese von Gorer Mitte des letzten Jahrhunderts unterstellte Entwicklung kann durchaus nachvollzogen werden und ist weiter fortgeschritten.

Erst in den letzten Jahrzehnten scheint es erneut zu einem Umschwung in dem Umgang mit dem Tod zu kommen, er tritt wieder etwas mehr und deutlicher in das tägliche Leben der Menschen. Mit der steigenden Lebenserwartung und der sinkenden Geburtenrate in Westeuropa schreitet die Überalterung der Gesellschaft weiter voran. Der in Deutschland bestehende Generationenvertrag kippt und zwingt dazu, sich über den eigenen Lebensstandard im Alter Gedanken zu machen. Es liegt nahe, sich in diesem Zusammenhang ebenfalls damit auseinander zu setzen, wie und in welcher Umgebung man einmal sterben möchte. Dazu kommt auch, dass der feste Glaube an die Domestizierbarkeit der Natur und letztlich auch des Todes erschüttert wurde. Die Einsicht, dass trotz der stark fortschreitenden Technisierung der Welt der Mensch letztendlich doch Teil der Natur ist, unter deren Gesetze er sich zu beugen hat, löst allmählich den Glauben an die Allmacht der Wissenschaft ab. Versuche, den Tod mit Hilfe von Rationalität auszuklammern, schlagen fehl. Der Verdrängungsprozess scheint seine Grenzen erreicht zu haben. Die wissenschaftliche Herangehensweise an den Tod hat die spirituell-religiöse abgelöst, dieses kann jedoch einfach nur ein Zeichen für eine neue Form der Abwehr des Todes sein. Demzufolge ist die Verwissenschaftlichung nur eine neue Art, mit der Angst vor dem Sterbenmüssen fertig zu werden¹³ (vgl. Condrau, 1991: 75).

¹³ Siehe zu dieser Thematik auch die kritischen Anmerkungen von Racek (1985) zu kryobiologischen Bestattungen, also den schockgefrorenen und bei -196 Grad Celsius in flüssigem Stickstoff gelagerten

Das ist der gesellschaftliche Hintergrund, vor dem heute angehende Mediziner den PK durchlaufen müssen. Hinzu kommt, dass die Ärzteschaft als Berufsgruppe in ganz besonderer Weise in dieses Geschehen involviert ist. Einerseits ist zum größten Teil sie es, die wissenschaftlich an dem Sieg über den Tod arbeitet, andererseits muss sie sich immer wieder ihre Ohnmacht eingestehen. Diese besondere Situation wird in Kapitel 3 näher beleuchtet werden, das sich speziell mit dem Verhältnis zwischen Arzt und Tod auseinandersetzt. Die Entstehung der modernen Anatomie ist kausal verknüpft mit den jeweiligen Vorstellungen von Krankheit und deren Entstehung. Erst das Abwenden von der Metaphysik und die Etablierung einer naturwissenschaftlich-sekularen Anschauung ermöglichte den rationalen Umgang mit dem toten menschlichen Körper, der Voraussetzung für die Anatomie ist. Der Körper gilt nun nicht mehr in erster Linie als sakrale Verkörperung der göttlichen Schöpferkraft, sondern als Forschungsobjekt zum Zwecke des wissenschaftlichen Fortschritts.

Lachmund beschreibt den Wandel in der Medizin und vor allem den veränderten Umgang mit dem Patienten vor dem Hintergrund der entstehenden Krankenhäuser mit ihrer Zentralisierung der Kranken. Diese Entwicklung nahm insbesondere in Paris um 1800 ihren Anfang. „Die pathologische Anatomie ist der Versuch, ein völlig neues medizinisches Ordnungssystem zu errichten und dabei auf eben jene Handlungsoptionen zurückzugreifen, die die Krankenhausmedizin mit ihrem reichhaltigem Leichenmaterial bietet. Die Leichenöffnung wird zum privilegierten Bezugskriterium [...] für die medizinische Konstruktion der Krankheit und des Körpers. Sie beginnt jene Stelle einzunehmen, die in der Krankenbettmedizin der Diskurs des Kranken besetzte.“ (Lachmund, 1997: 66). Im Zuge der Anatomisierung des Menschen steht nicht mehr der Patient als Ganzes im Mittelpunkt, mit dem kommuniziert und auf dessen Eigenarten eingegangen wird. Der Körper als funktionierendes gesundes oder gestörtes krankes Objekt erhält nun die universelle Bedeutung.

Leichnamen. Die Hoffnung auf Reanimation in einer Epoche des perfektionierten medizinischen Könnens führt zu diesem Verhalten, von dem Racek sagt, es sei der tragische Versuch, dem Kreislauf des „Stirb und Werde“ zu entrinnen (1985: 142).

2.2 Die aktuelle Situation: Makroanatomie heute

Die Anatomie ist heute eines der grundlegenden und wichtigsten Fächer der Medizin, auf dem alle anderen Fächer fußen. Der Körper ist das Objekt, das in der Medizin betrachtet wird und im Mittelpunkt steht. Direkt in den ersten Semestern findet der Kursus der Makroanatomie gemäß der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) als unumgänglicher Pflichtkurs statt. Neben den Veranstaltungen in den Fächern Chemie, Physik, Biologie, Terminologie, Berufsfelderkundung, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie sticht der PK schon durch die zeitliche Inanspruchnahme heraus: in 4 Semestern werden zum Beispiel in Gießen insgesamt 15 Semesterwochenstunden (SWS) Vorlesungen (fakultativ) und 23 SWS praktische Anatomie (18 obligat, 5 fakultativ) angeboten. In Deutschland ist der Ablauf der Lehre von Universität zu Universität leicht variabel, aber im Grundsatz sind die PKe an jeder Universität identisch.

In fast jedem Lehrbuch der Anatomie wird auf die Spezifität des PK hingewiesen. Es heißt zum Beispiel bei Sasse und Stammler (1996) in dem Kapitel „Allgemeine Hinweise für die Teilnehmer an einem Präparierkurs“, dass der PK der erste spezifisch medizinische Kurs sei, da er die Studierenden mit Menschen, wenn auch toten Menschen, konfrontiere. Daher wird den Studierenden ein besonderes Verhalten abverlangt, „[...] da auch der tote Mensch den Anspruch auf Wahrung seiner Würde behält [...]“ (Sasse und Stammler, 1996: 1). So unterliegen die Teilnehmer der Schweigepflicht, sollen sich dem Leichnam „mit Anstand“ nähern und ein „dezenes Verhalten“ an den Tag legen. Obwohl darauf hingewiesen wird, dass der direkte Umgang mit Toten ein tief in der Psyche des Menschen vorhandenes Tabu berührt, heißt es deutlich: „Dennoch ist der Präparierkurs keine Einführung in die Problematik des ärztlichen Umgangs mit dem individuellen Sterben.“ (ebd.: 3) Das Wissen um die Form und Lage der Organe im menschlichen Körper sei einziger Lehrinhalt. So wird das aktuelle Postulat der Anatomie formuliert und damit in seiner Eindimensionalität evident.

Seit einigen Dekaden erfolgen sporadisch empirische Studien über die PK. Die nachfolgenden Kapitel geben einen Überblick über die Entwicklung und den Stand der Forschung (Kapitel 2.2.1), über die Diskussion der potentiellen Notwendigkeit eines den PK begleitenden Lehrangebotes (Kapitel 2.2.2) sowie über Eindrücke, die in

Gesprächen und Diskussionen mit den Studierenden in Gießen entstanden (Kapitel 2.2.3).

2.2.1 Der PK als Gegenstand wissenschaftlicher Forschung: Empirische Studien über den PK

Immer wieder wird der PK als das herausragende Ereignis im Studium der Humanmedizin bezeichnet. Vor dem Hintergrund der Tabuierung des Todes seien die jungen angehenden Mediziner der schockierenden Konfrontation mit der Leiche schutzlos ausgesetzt. Begleitende Lehre sei dringend notwendig, um den Mangel auch an privater Unterstützung aufzufangen. Dass der PK als Belastung empfunden werden kann, zeigen die Prozentanteile der Studierenden, die den Kurs vorzeitig abbrechen und damit das Medizinstudium aufgeben. Nussbaum (1996) berichtet eine Zahl von 8%.

Persönliche schriftliche Berichte über die Erfahrungen, die während des PK gemacht wurden, sind relativ selten (siehe als Ausnahme zum Beispiel Miles, 1991). Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass die gesammelten Eindrücke zu oberflächlich sind, als dass sie berichtenswert erscheinen, oder aber auf eine Hemmung innerhalb der Ärzteschaft deuten, sich mit dieser Thematik auseinander zu setzen. Zwei in der Presse veröffentlichte Interviews mit Teilnehmern des PK finden sich im Anhang ab Seite V.

Die wissenschaftliche Erforschung des PK ist Thema dieses Kapitels. In Tabelle 1 ist zunächst als einführender Überblick eine Auflistung wichtiger Studien über die Auswirkungen des PK auf Studierende der Medizin zusammengestellt.

Tabelle 1: Überblick über Studien zum Thema PK

Autor	Jahr	Methode	N	Messzeitpunkte	tendenzielles Ergebnis
Lippert und Schneller Deutschland	1980	Interview	keine Angabe	vor und nach PK	PK ist traumatisierend für 4% der Teilnehmer
Penney Kanada	1980	Fragebogen	95 Studierende	am Ende des PK	PK ist eine große Belastung
Schneller und Lippert Deutschland	1981	Fragebogen	60 Studierende	eine Woche vor und eine Woche nach Kursbeginn	PK ist eine große Belastung
Shalev und Nathan Israel	1985	Fragebogen	127 Studierende	am Ende des PK	schnelles und adäquates Coping-Verhalten der Studierenden
Horne et. al. Australien	1986	Fragebogen	100 Studierende	vor und nach dem PK	PK sollte Themen wie Menschenwürde, Trauer, Sterblichkeit usw. integrieren
Gustavson USA	1988	Feldstudie, teilnehmende Beobachtung, Erzählungen	60 Studierende, 5 Assistenten	während des PK	Hauptthematiken der Studierenden: 1. Angst, gefühllos zu werden, 2. Zweck des PK
Wear USA	1989	Interview qualitativ	7 Studierende	eine Woche vorher, nach dem ersten Schnitt, nach dem PK	PK ist Übergangsritus
Finkelstein und Mathers USA	1990	Fragebogen Interview Traumanalysen	175 Studierende	Langzeitstudie über 4 Jahre	PK erzeugt bei 5% der Teilnehmer posttraumatische Belastungsstörungen
Evans und Fitzgibbon England	1992	Fragebogen	167 Studierende	6 Wochen nach PK-Beginn, retrospektiv	Prüfungen sind belastender als Leichenkontakt
Shaida England	1992	Interview	138 Studierende	keine Angaben	Interesse fällt von 75% auf 46%; Langeweile steigt von 4% auf 49%
Stefenelli, Kugi, Wintersperger, Prokop, Steininger und Walch Österreich und Deutschland	1992	Fragebogen	Wien: 100 Studierende Göttingen: 150 Studierende	nach dem PK	anfängliche Aufregung legt sich schnell
Charlton, Dovey, Jones und Blunt Neuseeland	1994	Fragebogen	173-140-136 Studierende	vor PK, drei Wochen nach Beginn und nach PK	Studierende gewöhnen sich schnell an das Außergewöhnliche
Nnodim Nigeria	1996	Fragebogen	80 Studierende	nach 101,5 Stunden PK	anfänglich negative Reaktionen wandeln sich schnell zu neutralen oder positiven
Druce und Johnson England	1997	Fragebogen	20 Institute + 248 Studierende	während des PK	starke Affektivität am Beginn nimmt schnell ab

Weiterführung der Tabelle 1: Überblick über Studien zum Thema PK

Autor	Jahr	Methode	N	Messzeitpunkte	tendenzielles Ergebnis
Sanner Schweden	1997	Interview qualitativ	keine Angaben	nach dem PK	der Initiationscharakter des PK zwingt die Studierenden zu schnellem Coping
Dickinson, Lancaster Winfield, Reece und Colthorpe USA	1997	Fragebogen	84 Studierende	vor und nach PK	Todesfurcht vor und nach PK bleibt gleich
Weir und Carline England	1997	Fragebogen	43 Studierende	nach dem zweiten Besuch des PK	PK wird sehr negativ bewertet, 58% haben starke negative Reaktionen
Pearse und Parkin England	2000	Fragebogen	106 Studierende	am Ende des PK	PK ist intellektuell stimulierend
Dinsmore, Daugherty und Zeitz USA	2001	Fragebogen	48 Studierende	Langzeitstudie, 4 Jahre	PK erzeugt bei 5% der Teilnehmer PTBS
McGarvey Irland	2001	Fragebogen	188 Studierende	10 Wochen nach PK-Beginn, retrospektiv	PK ist ein positives Erlebnis und ein guter Stimulus
O'Carroll et. al. England	2002	Fragebogen	114 Studierende	4 Wochen nach PK-Beginn	PK ist positive Erfahrung und herausforderndes Ereignis

Quelle: eigene Darstellung

In den ersten Studien werden Stimmen laut, der PK sei eine sehr große psychische Belastung. Als eine der ersten Mediziner im deutschsprachigen Raum haben sich Lippert und Schneller (1980, 1981) der Thematik Makroanatomie in der Lehre in den achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts angenommen. Sie unterstellen unerkannte oder herabgespielte Folgen des PK auf Studierende und deren späteres Verhältnis zum Patienten und fordern begleitende Kurse. Lippert und Schneller berichten, dass etwa ein Viertel der Studierenden sich bereits am ersten Kurstag an die Arbeit an der Leiche gewöhnen, die Mehrzahl nach zwei bis drei Wochen, dass allerdings 4% nach dem PK bekennen, mit den Problemen nicht fertig geworden zu sein. Nur 22% der Befragten geben an, mit dem PK überhaupt keine Schwierigkeiten gehabt zu haben. Penney (1980) kommt zu vergleichbaren Ergebnissen. Sie schreibt, dass „[...] the students experienced strong reactions to human dissection; the experience had a profound effect upon their thinking about life and death; they were concerned about the need to balance objectivity and compassion; they needed to discuss their feelings; and they needed more preparation for the event.“ Auch Finkelstein (1988)

nimmt für 5% der Teilnehmer ernsthafte Probleme in Bezug auf die psychische Verarbeitung des PK an.

In einigen Studien wird das Hauptaugenmerk nicht nur darauf gelegt, wie die Reaktionen der Studierenden aussehen, sondern auch darauf, welche Verarbeitungsformen sie entwickeln. Horne, Tiller, Eizenberg, Tashevskaja und Biddle (1990) referieren Diskussionen mit Kommilitonen, Ablenkungen und Dissoziation als typische Verhaltensweisen, Lippert und Schneller (1980) postulieren Verdrängungsvorgänge, Evans und Fitzgibbon (1992) finden schwarzen Humor und die Objektivierung der Leiche. Die Aufzählung von Verhaltensweisen wird erweitert durch den Vorgang der Partialisierung der Leiche (vgl. Sanner, 1997) und Aktivismus am Präpariertisch (vgl. Nnodim, 1996). Solche Strategien sind besonders intensiv bei der Präparation von Körperteilen, die an die humane Herkunft des Materials erinnern, wie Kopf, Gesicht, Hände, Genitalien.

Bereits 1985 unterteilen Shalev und Nathan den PK in folgende vier verschiedene Phasen, die unterschiedliche Reaktionen und Verhaltensstrategien hervorrufen. Sie bezeichnen die erste Phase als psychologische Vorbereitung auf den PK. Im Vordergrund steht die Angst vor dem Unbekannten, denn die wenigsten haben schon einmal eine Leiche berührt und wohl niemand hat schon einen menschlichen toten Körper aufgeschnitten gesehen, geschweige denn selbst aufgeschnitten. Der stressgenerierende Faktor ist die eigene Phantasie und nach Shalev und Nathan haben nur wenige Studierende die Kompetenz, ihre Ängste zu verbalisieren und externe Unterstützung zu erfragen. Die erste Begegnung mit der Leiche läutet Phase 2 ein und ist meist mit großer Angst behaftet. Akuter Stress und Verwirrung bringen Symptome wie Übelkeit, Schwitzen, trockener Mund, Schwindelgefühl. In dieser Situation bilden die Studierenden häufig enge Gruppen, um sozialen Schutz zu spüren und zeigen Rituale der Identifikation und Abgrenzung von der Leiche. Diese können zum Beispiel in Form von Gesprächen darüber auftreten, wer der oder die Tote wohl war und was genau zum Tod geführt hat. Auch philosophische Gespräche über die Endgültigkeit des Todes und die zeitliche Begrenzung des Lebens sind nicht selten. Hin und wieder wird der Leiche ein Name gegeben und ihre Hand geschüttelt, um sich von ihr abzugrenzen. Einige wenige Teilnehmer beginnen sofort mit der Arbeit, ohne sich irgendeine offen gezeigte Emotionalität zu erlauben. Nur in dieser Phase werden eventuelle problematische Reaktionsweisen, zum Beispiel Widerwillen gegen Fleischspeisen oder obsessive Gedanken, als möglich angenommen. Der Übergang in Phase 3 ist fließend,

es beginnt die Aktivierung von internen und externen Ressourcen während der Präparierarbeit. Bedingt durch die Pflicht, einen menschlichen Körper systematisch zu verletzen, entstehen Probleme in Bezug auf eigene Aggressionen und zwischenmenschliche Beziehungen. Je nach der Persönlichkeit und den individuellen Vorerfahrungen sucht jeder Studierende mehr oder weniger stark nach Anleitung und Vorbild. Schwarzer Humor ist oft eine Möglichkeit, mit der ungewohnten und befremdlichen Tätigkeit umzugehen. In Phase 4 ist bei den Teilnehmern neues Gleichgewicht und Stabilität entstanden. Jeder hat seine Rolle akzeptiert und Routine im Umgang mit der Leiche entwickelt. Die Gruppe ist organisiert. Es gibt diejenigen, die präparieren und diejenigen, die direkten Kontakt mit der Leiche eher meiden. Einige dozieren, andere hören zu. Shalev und Nathan gehen davon aus, dass ernsthafte und gravierende Probleme im PK nur bei Studierenden auftreten, die zum Beispiel zu dieser Zeit einen Todesfall betrauern oder die prinzipiell ein Problem mit dem menschlichen Körper haben. Bei allen anderen sollte sich relativ zügig ein Gefühl der Ausgeglichenheit entwickelt haben.

Finkelstein und Mathers (1990) dagegen sehen die Auswirkungen der Situation viel gravierender und vergleichen beobachtete studentische Reaktionsweisen während des PK mit denen, wie sie bei posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) auftreten. Sie nennen hier insbesondere Schlafstörungen, Alpträume, Konzentrationsstörungen, Depression, Furchtsamkeit und andere, die eine auffallende Ähnlichkeit mit den Symptomen der PTBS haben. Der PK wird für ungefähr 5% der Teilnehmenden als traumatisierend charakterisiert. Auch wenn diese große Belastung nicht öffentlich gezeigt werde, sei sie doch existent. In ihrer umfangreichen Studie, die sich über einen Zeitraum von vier Jahren erstreckt, kommen sie unter anderem zu dem Schluss, dass „[...] most students face strong challenges to their emotional and psychological balance when they study anatomy. [...] Strong social pressure encourages students to conceal their anxieties.“ Dinsmore et al. bestätigen die These von Finkelstein und Mathers, dass ungefähr 5% starke negative Gefühle und Reaktionsweisen entwickeln (2001).

Andere neuere Forschungen hinterfragen die Behauptungen von Finkelstein und Mathers kritisch und kommen teilweise zu anderen Ergebnissen. Oft werde der PK, obwohl er eine Vielzahl von unterschiedlichen Belastungen bietet, von den Studierenden auch als positive Erfahrung und intellektueller Stimulus gesehen (vgl. Pearse, 2000; O'Carroll, Whiten, Jackson und Sinclair, 2002). Besonders McGarvey et al. (2001) unterstreichen das schnelle Nachlassen der Aufregtheit bei den

Studierenden, die rasche Gewöhnung und das Einschätzen des PK als herausforderndes Lebensereignis, dem man sich gerne und mit positiver Spannung stellt. Nicht die Arbeit an der Leiche werde als besonders belastend empfunden, sondern die allgemeinen Anforderungen, die der PK und die neue Lebenssituation stellen.

Zwei Studien differenzieren die Stressoren, mit denen die Studierenden umgehen müssen, genauer und bieten eine Rangliste. Evans und Fitzgibbon (1992) befragten 167 Studierende nach Abschluss des PK. Nur 9% der Befragten gaben den PK als sehr wichtige Ursache für Stress an, er lag damit auf Platz 12 hinter Themen wie dem großen Arbeitspensum, der Sorge über die Examina, der Trennung von der Familie oder den Problemen, neue Freunde zu finden. Bemerkenswert ist in dieser Studie auch der gefundene Anstieg der Langeweile im PK von 4% zu Beginn auf 49%. Nnodim (1996) findet eine variierende Rangliste. Hier liegt der PK als Stressor auf Platz 5 (30%) hinter dem großen Arbeitspensum, der Schwierigkeit des Lehrstoffes, den Sorgen wegen der Prüfungen und den Wohnbedingungen.

In Bezug auf die Rolle, die das Geschlecht bei der Verarbeitung des PK spielt, kommen die Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen. Entweder wird kein signifikanter Unterschied gefunden (vgl. zum Beispiel Shalev und Nathan, 1985; Evans und Fitzgibbon, 1992) oder aber eine stärkere Belastung der weiblichen Befragten (vgl. Howell und Field, 1982). Wie auch in anderen Zusammenhängen muss hier unterstellt werden, dass Frauen offener im Umgang mit ihren Ängsten sind und diese leichter kommunizieren können. Es ist zu vermuten, dass Männern der PK also höchstwahrscheinlich nicht leichter fällt, sondern sie sozialisationsbedingt größere Hemmungen haben, ihre Gefühle mitzuteilen.

Der chronologische Überblick über die empirischen Studien (siehe Tabelle 1) lässt den oberflächlichen Schluss zu, dass die Auswirkungen des PK sich im Laufe der Jahre verändert haben. In diesem Zusammenhang entsteht die Frage, ob sich tatsächlich die Umgehensweise der Studierenden geändert hat, der PK also wirklich als weniger belastend empfunden wird. Der Aspekt des Einflusses der sozialen Erwünschtheit auf das Verhalten der Studierenden sollte ebenfalls berücksichtigt werden.

Die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse ist kritisch zu hinterfragen, da die Methodologien stark divergieren. Bis auf wenige Ausnahmen (Lippert und Schneller 1980; Gustavson 1988; Wear, 1989; Finkelstein, 1990; Shaida, 1993; Sanner, 1997) werden in den Studien Fragebögen benutzt, um quantitative Daten zu erheben. Die Methodologie einiger Studien ist mehr als fragwürdig (zum Beispiel Charlton, Dovey,

Jones und Blunt 1994), Reliabilität und Validität der Fragebögen sind nicht immer gewährleistet. Auch die Wahl der jeweiligen Messzeitpunkte der Erhebungen ist diskutabel. Daher ist der direkte Vergleich der Studienergebnisse nicht oder nur bedingt möglich, die Postulierung einer chronologischen Entwicklung der PK-Verarbeitung rein spekulativ. Zudem darf nicht vernachlässigt werden, dass es sich hier um Studien handelt, die vor unterschiedlichen gesellschaftlichen Hintergründen durchgeführt wurden. Vorhandene kulturelle Unterschiede werden nicht berücksichtigt.

Wie auch immer die Methodologie aussehen mag und zu welchen Ergebnissen die unterschiedlichen Studien kommen, im Hintergrund steht auch die Frage, ob die Studierenden die Anforderungen des PK allein gerecht werden können und / oder sollten. Sowohl die Lehrmethoden als auch das Lehrangebot können kritisch hinterfragt werden. Nicht wenige Dozenten und Studierende fordern zusätzliche Kurse, um den Studierenden Unterstützung bei der Verarbeitung des PK anzubieten. Die Darstellung ihrer Argumentationsweise erfolgt im nächsten Kapitel.

2.2.2 Kritische Betrachtung des PK

Eine Befragung von Studierenden aus dem Jahre 2002 ergab, dass der PK durchweg als bestes Mittel gesehen wird, um Anatomie zu lehren und zu lernen. Kein Studierender will auf diesen Kurs verzichten, allerdings wird die Art und Weise der Lehre kritisch hinterfragt. Praktische Demonstrationen zur Anatomie werden verstärkt nachgefragt, der anwendungsorientierte Anatomieunterricht gewünscht (vgl. Fröber, 2002).

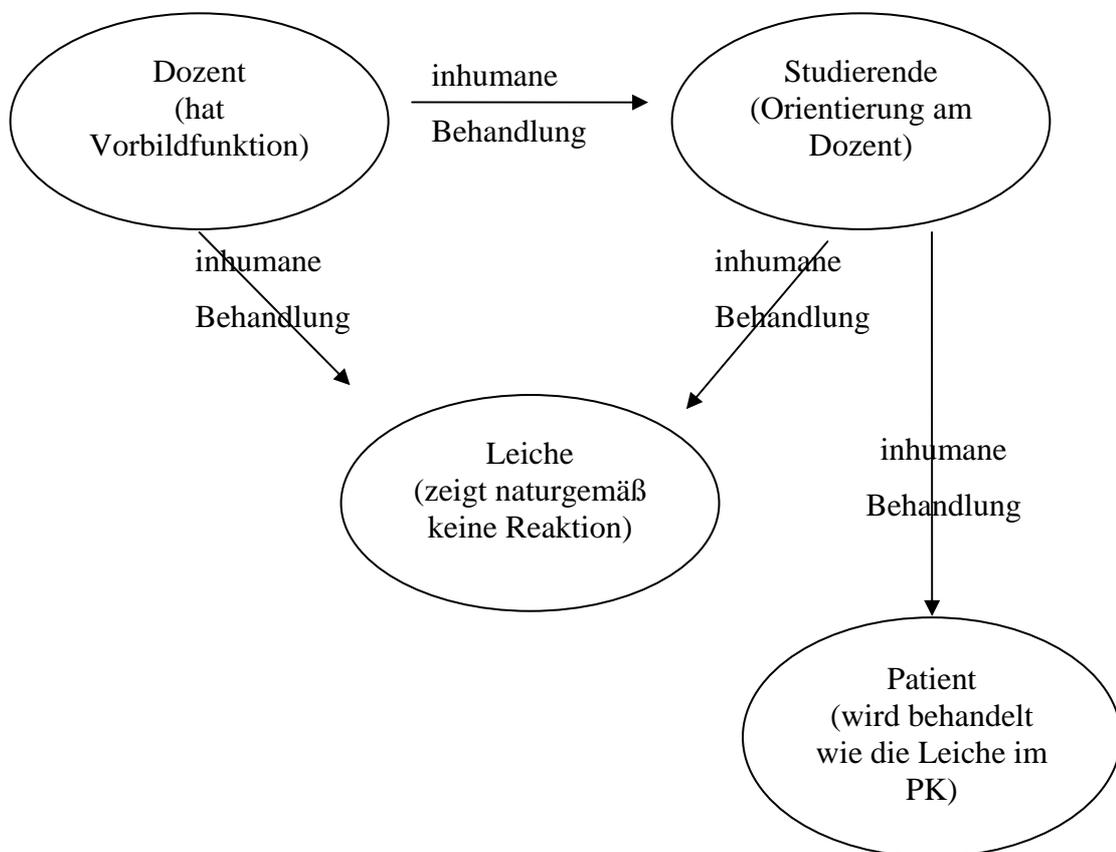
Bereits 1985 sprach Lippert von der dringenden Notwendigkeit, den Ablauf des PK zu reformieren. Als Professor für Anatomie an der Universität Hannover betrachtete er die Situation aus dem Blickwinkel der Lehrenden und betonte besonders die Verantwortung den Studierenden gegenüber, der sich jeder Dozent bewusst sein müsse.

Der Ausgangspunkt seiner Argumentation sind Studien, die die Situation von Patienten im Krankenhaus beleuchten und zu dem Schluss kommen, dass Patienten sich vom medizinischen Personal häufig inhuman behandelt fühlen. Nach Howard gibt es unterschiedliche Aspekte der Dehumanisierung. So würden Patienten wie Dinge, Maschinen oder Versuchskaninchen behandelt, nur als Problem gesehen, sozial degradiert und isoliert. Zudem hätten Patienten zumeist keine Wahlmöglichkeit und würden oft von gefühlskalten Betreuern in ungemütlicher Umgebung schlecht versorgt.

Insgesamt fielen sie dem Verlust der Ehrfurcht vor dem Leben zum Opfer (vgl. Howard 1975 in: Lippert 1985).

Lippert bringt diese erschreckende Einschätzung der Patientenrealität in Krankenhäusern ursächlich in Zusammenhang mit der Situation im PK. Was die Studierenden hier lernen, so Lippert, wenden sie später auch in der Praxis im Krankenhaus an. Zur Verdeutlichung werden die Charakteristika der verschiedenen Beziehungen der im PK Beteiligten dargestellt: Dozent, Studierende, Leiche.

Abbildung 1: Auswirkungen der Vorbildfunktion des Dozenten im PK auf die spätere Arzt-Patient-Beziehung



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Lippert, 1985

Lippert vergleicht die Beziehung zwischen Student und Leiche mit der späteren Arzt-Patient-Beziehung. Studierende lernen, das anfängliche Interesse an der persönlichen Geschichte der Leiche zu unterdrücken. „Am Anfang des Kurses bestürzen die Studenten den Lehrer mit Fragen nach der Herkunft der Leiche, nach Beruf und Krankengeschichte. Im Laufe des Kurses erstirbt dieses personenorientierte Interesse. Die Leiche wird ein Objekt, an dem es ein Testat zu bestehen gilt.“ (Lippert, 1985: 23)

Sie bekomme nach und nach die Rolle des Versuchskaninchens, an dem unterschiedliche Dinge ausprobiert werden können und das sich nicht wehrt oder auch nur reagiert. Gefühlsäußerungen sind nicht zu erwarten, der einzige pflegerische Bedarf ist hin und wieder die Befeuchtung der Leiche, um der Austrocknung vorzubeugen. Die im PK an der Leiche erlernte Entmenschlichung ist nach Lippert fest im Studierenden fundiert und kommt auch beim späteren Umgang mit den Patienten mehr oder weniger stark zur Ausdruck.

Auch das Verhältnis zwischen Dozent und Studierenden ist nicht zu vernachlässigen. Der Anatomiedozent hat in der Vorklinik den engsten und intensivsten Kontakt mit den Studierenden und prägt zudem als erster „richtiger“ medizinischer Dozent stark das Bild der Studierenden vom Arzt. Der Dozent betrachtet die Studierenden nach Lippert allerdings primär nicht gleichberechtigt als spätere Kollegen, sondern als Störfaktor, der ihn von seinen Forschungsprojekten abhält. „Professoren legen gewöhnlich großen Wert darauf, als Forscher und nicht als Lehrer zu gelten. Der typische Forscher verdächtigt einen Kollegen, dem an der Lehre gelegen ist, daß diesem nur nichts mehr zu forschen einfiel.“ (ebd.: 25) Insofern werde den Studierenden suggeriert, dass in erster Linie die wissenschaftlich-nüchterne Herangehensweise an Probleme jeglicher Art die wahre medizinische und erstrebenswerte ist. Engagierte Lehre sei selten und die Teilnehmer am PK erfahren, dass der Dozent nur daran interessiert ist, anatomisches Wissen zu vermitteln und sich nicht mit den Problemen der Studierenden herumschlagen will. Diese Einstellung werde übernommen und in die spätere Arzt-Patienten-Beziehung eingebracht. Auch hier würden emotionale Faktoren möglichst ausgeblendet, um sich an rationalen Fakten zu orientieren.

Als geeignete Maßnahmen zur Verbesserung dieser problematischen Situation schlägt Lippert zunächst vor, Anatomie vermehrt am lebenden Objekt zu lehren. Dazu sollten parallel zur Arbeit an der Leiche Kurse abgehalten werden, in denen die Studierenden sich gegenseitig als Lehrobjekt nutzen. „Bei Übungen zur Anatomie am Lebenden geht es mithin nicht nur um die Technik von Inspektion, Palpation¹⁴, Perkussion¹⁵, Auskultation¹⁶ und Funktionsprüfung, sondern gleichrangig um Übung von Humanität in der Arzt-Patient-Beziehung. Dabei erscheint mir der ständige Wechsel aus der Rolle des Arztes in die Rolle des Patienten und umgekehrt pädagogisch wichtig.“ (ebd.: 26) Um diesen zusätzlichen Zeitaufwand zu kompensieren, verlangt Lippert ein Umdenken

¹⁴ Palpation = Untersuchung des Körpers durch Abtasten und Befühlen

¹⁵ Perkussion = Untersuchung des Körpers durch Beklopfen der Körperoberfläche und Deutung der Töne

¹⁶ Auskultation = Abhören der Körpergeräusche, zum Beispiel von Herz und Lunge

bei den Lehrinhalten. Nicht das Auswendiglernen der kleinsten Einzelheiten für die nächste mündliche Prüfung sei wichtig, denn dieses Wissen gehe schnell wieder verloren. „Zur humanitären Forderung an den Anatomen gehört also auch, daß er sinnvolle Prioritäten setzt, den Studenten von weniger wichtigem Lehrstoff entlastet und mit ihm statt dessen Fähigkeiten und Einstellungen für die ärztliche Praxis übt.“ (ebd.: 27) Die Belastung durch den Lehrstoff und die Behandlung durch die Dozenten sei demnach optimierbar durch erstens eine Umstellung der Lehrinhalte und zweitens ein Umdenken des Lehrpersonals. Diese Forderungen sind keineswegs neu, schon 1914 erschien ein Text mit dem Titel „Gedanken über den anatomischen Unterricht“ von Hermann, der sich mit genau dieser Problematik befasst. Schon hier wird beklagt, dass die Studierenden mit Wissen vollgestopft werden, dass sie entweder nicht oder nur kaum brauchen werden, oder sofort nach den Prüfungen wieder vergessen. Die Belastungen durch den PK sollten in sinnvoller Weise reduziert werden.

Junge Studierende brauchen und schätzen ihre Dozenten als ärztliches Rollenmodell und Vorbild. Dabei wird das wissenschaftliche Können allerdings als unwichtig erachtet. Viel bedeutender sind für die Studierenden die Fähigkeiten als Lehrer, Arzt und Persönlichkeit. Die wichtigen Charakteristika, die am häufigsten genannt werden, sind respektvoller Umgang mit Patienten, deren Familien, Personal und Kollegen sowie Ehrlichkeit, Höflichkeit, Enthusiasmus, Kompetenz und Wissen (vgl. Elzubeir und Rizk, 2001).

Auf die spezielle Wichtigkeit des Lehrers und Dozenten als Rollenmodell machen auch Bertman und Marks (1989) aufmerksam. Der PK bereite sowohl auf die akademische Arbeit als auch auf die Patientenversorgung vor. Schon 1985 geben die Autoren einen Überblick über die Erfahrungen aus zehn Jahren Vorbereitungskurs in den USA. Dieser Kurs, der mehr Menschlichkeit zum Ziel hat, werde von den Studierenden sehr gut angenommen. Wie die Autoren betonen, sind nicht die Emotionen selbst das Problem, sondern der falsche Umgang mit ihnen (vgl. Bertman und Marks, 1985). Tuohima (1993) berichtet von den Erfahrungen aus Finnland. Hier wird ein dreistündiger Vorbereitungskurs angeboten, den ein Anatom, ein Psychiater und ein Geistlicher leiten. Auch hier sei die Einschätzung durch die Studierenden positiv. Über die Notwendigkeit, die Thematiken Tod und Sterben schon während des PK zu behandeln, berichtet Barton bereits 1972. Er zieht eine Verbindungslinie zwischen dem PK und der späteren Einstellung, der Tod eines Patienten bedeute persönliches Misslingen und Versagen.

Diese Einstellung führe häufig zu Vermeidungsverhalten gegenüber todkranken Patienten (siehe Kapitel 3).

Tschernig, Schlaud und Pabst führen den Ansatz von Lippert im deutschsprachigen Raum (Hannover) fort und berichten 2000 über die praktische Durchführung. Der PK beginnt hier in der ersten Woche mit einem Einblick in die medizinische Betrachtungsweise von Tod und Sterben, es folgt der erste Leichenkontakt sowie Diskussionsrunden, in denen über Erwartungen und Ängste bezüglich des PK gesprochen wird. Diese Gesprächsrunde ist für den Großteil (67%) der Studierenden eine wichtige Möglichkeit, Gefühle und Ängste zu teilen. Die schrittweise Heranführung an die Leiche wird von 72% positiv bewertet. Die anatomischen Inhalte werden in drei Stufen vermittelt: zuerst wird eine bestimmte Körperregion während Vorlesungen behandelt, dann erfolgt die praktische Lehre dieses Bereiches an der Leiche. Zum Abschluss untersuchen die Studierenden sich gegenseitig, zum Beispiel mit Hilfe von Ultraschall. Diese Umstellung der Lehrmethoden wird von den Studierenden sehr positiv aufgenommen.

Einige Studien zeigen, dass zusätzliche begleitende Kurse psychische Probleme, die durch den Umgang mit der Leiche und der Konfrontation mit dem Tod entstehen, bewältigen helfen. Studierende, die in der Leiche nicht das Studienobjekt sehen sondern in erster Linie den Menschen, haben starke Empfindungen, die nur schwer zu verarbeiten sind. Zum Beispiel beschreibt eine 23jährige Studentin ihre Gedanken folgendermaßen. „Ich hatte das Gefühl, am Krankenbett zu stehen. Als wir den Arm aufschnitten, habe ich meine Hand unwillkürlich auf die Hand der Toten gelegt. Und wenn wir einen Nerv herausnahmen und der durchriss, dachte ich: „Oh, das muss wehgetan haben.“ Obwohl das ja gar nicht sein konnte.“¹⁷ Und an anderer Stelle schreibt sie: „Ich glaube, dass ein Toter sieht, was mit seinem Körper geschieht. Ich überlegte, ob die Frau wohl gutheißt, was wir mit ihrem Kopf tun.“ (Weitz, 2002.)

Die Zerrissenheit zwischen den Erfordernissen des PK und den eigenen Vorstellungen vom respektvollen Umgang mit der menschlichen Leiche kann demnach zu ernsthaften Problemen führen, die aufgefangen werden sollten. Diskussionen in Kleingruppen können die Lösung sein, um den Studierenden Hilfestellungen zu geben bei der Gratwanderung zwischen Abhärtung und Menschlichkeit (vgl. Charlton und Smith, 2000). Babad und Kedar (1999) bezeichnen diesen Prozess als Versuch, sensibel zu

¹⁷ Callahan (1987) beschäftigt sich eingehend mit der philosophischen Frage, ob einem Leichnam Leid zugefügt werden kann. Sie betrachtet in ihrem Artikel „On Harming the Dead“ sowohl Aspekte des Todes als auch die Lage der Hinterbliebenen.

bleiben, ohne verletzlich zu werden. Gespräche werden als besonders geeignete Form der Erlebnisverarbeitung genannt, seien es Gespräche mit Angehörigen und engen Freunden oder Gespräche mit Kommilitonen. An der Universität Mainz werden beispielsweise einführende Gespräche von der Klinikseelsorge organisiert. Weiher beschreibt die Zielsetzung dieser sogenannten subjektiven Lernmethode: „Befreite Subjektivität ermöglicht eine differenzierte und qualifizierte Objektivität. Die subjektive Seite ist sowieso da, nur setzt die Anatomie durch eine solche Einführung das Signal, daß es normal und „erlaubt“ ist, nicht nur mit dem Kopf und den Händen, sondern auch mit Empfindungen, Gefühlen, Erinnerungen, Phantasien bei der Arbeit und beim Lernen zu sein.“ (Weiher, 1997).

Die Solidarität in der Arbeitsgruppe und die Feststellung, dass auch andere Gruppenmitglieder sich unsicher und unwohl fühlen, führt ebenfalls zu einer Entlastung (vgl. Schneller und Lippert, 1981). Ob diese Angebote von den Studierenden angenommen werden, hat ebenso viel damit zu tun, wie Stress und mentale Probleme beurteilt werden. Häufig findet sich zudem eine gewisse Scheu, Hilfsbedürftigkeit öffentlich einzugestehen und Hilfe aktiv zu erfragen. Zu stark ist die Befürchtung, für diesen Beruf als zu schwach eingestuft zu werden (vgl. zum Beispiel Chew-Graham, Rogers und Yassin, 2003).

Neben Gesprächen und Diskussionen zeigt Reifler (1996) eine weitere Möglichkeit auf, Hilfestellung bei der Verarbeitung des PK anzubieten. Er leitet Studierende an, ihre Gedanken und Gefühle zu formulieren und in Erzählungen zu fassen. Dabei gibt es drei Themen mit jeweils zwei Aufgabenstellungen zur Auswahl.

Diese lauten:

- 1a. Beschreiben Sie Ihre Gefühle und Gedanken beim ersten Schnitt an der Leiche.
- 1b. Beschreiben Sie ein reales oder erfundenes lustiges Ereignis während des PK.
- 2a. Schreiben Sie einen Brief an Ihre Leiche, in dem Sie erklären, was Sie mit ihr tun und warum Sie es tun.
- 2b. Beschreiben Sie in den Worten Ihrer Leiche die Erfahrung einer Sektion.
- 3a. Schreiben Sie eine autobiographische Szene aus dem Leben Ihrer Leiche in den Worten Ihrer Leiche basierend auf körperlichen Merkmalen.
- 3b. Beschreiben Sie den Tod oder den Sterbeprozess Ihrer Leiche.

Anhand dieser sehr persönlichen und konkreten Auseinandersetzung mit den Ereignissen während des PK wird den Studierenden die Möglichkeit geboten, aktiv zu verarbeiten, ohne die Menschlichkeit der Leiche zu verdrängen. Zudem sieht Reifler einen weiteren Vorteil in der Tatsache, dass die Verschriftlichungen auch später eine Hilfe sein können, um sich in Problemsituationen an frühere Einstellungen und Meinungen zu erinnern und den eigenen Entwicklungsprozess nachzuvollziehen.

Um dem Prozess der Verdrängung vorzubeugen, befürworten Marks und Bertman (1980) und Marks, Bertman und Penney (1997) eine „Death Education“, also Lehre, die sich speziell mit der Thematik Tod und Sterben aus medizinischer Perspektive befasst¹⁸. Diese sollte schon vor dem PK beginnen, um den Studierenden ein stabiles Fundament zu geben, damit sie in späteren belastenden Situationen handlungsfähig und menschlich bleiben. Der Tod als Bestandteil des Lebens darf besonders im Medizinstudium nicht ausgegrenzt werden. „Death Education“ beinhaltet auch die Erziehung zum respektvollen Umgang mit der Leiche, um die Fähigkeiten zu Mitgefühl und Mitleid zu bewahren. Hierfür sind nach Weeks, Harris und Kinzey (1995) eine respektvolle Sprache¹⁹ im PK notwendig sowie die Weitergabe möglichst vieler Informationen über die Leiche an die Studierenden. Neben Diskussionen über Tod und Sterben sollte auch eine Gedenkfeier für die Toten nach dem PK selbstverständlich sein. Den Studierenden sollte nicht nur die Teilnahme nahegelegt werden, sondern auch die aktive Gestaltung der Zeremonie. Diese Zeremonie hinterlässt bei vielen Studierenden einen tiefen Eindruck, denn die Strategie der Dehumanisierung der Leiche bricht in sich zusammen. Plötzlich bekommt der über Wochen bearbeitete Leichnam wieder Individualität und einen sozialen Hintergrund, er ist nun zum Beispiel Vater oder Ehefrau, hat trauernde Angehörige und verliert seinen Status als Präparierobjekt (vgl. Eggers, 1998: 628).

Abschließend kann gesagt werden, dass in den Studien die ausschließliche Vermittlung von anatomischem Fachwissen im PK als nicht ausreichend bewertet wird. Der PK ist zu speziell und hat eine ganz andere Dimension an psychischen und emotionalen Auswirkungen als andere Fächer, als dass die Studierenden einfach mit diesen Thematiken allein gelassen werden sollten. Die Befragung von 103 anatomischen Instituten in Kanada und den USA ergab, dass eine Erweiterung der behandelten

¹⁸ Frühe Ergebnisse der „Death Education“ berichtet zum Beispiel Hardt (1976).

¹⁹ Weeks et al. lehnen die im englischen Sprachraum gängige Bezeichnung „cadaver“ wegen des negativen und respektlosen Beiklangs ab. Sie befürworten stattdessen den Ausdruck „donor“, also „Spender“.

Themen im PK für notwendig erachtet wird (vgl. Bourguet et al., 1997). Die Befragten gaben folgende Punkte an, die zusätzlich im PK gelehrt werden sollten:

- Geschichte der Anatomie
- soziologische Aspekte von Tod und Sterben inklusive interkultureller Vergleiche
- Respekt vor der Leiche vermitteln
- Konfliktmanagement in interpersonellen Beziehungen
- Sicherheits- und Hygienestandards

Dass diese breite Palette an erwünschten Lehrinhalten allerdings praktisch umsetzbar ist, ist höchst unwahrscheinlich. Dass die Studierenden zumindest teilweise jedoch Hilfe bei der Verarbeitung des PK brauchen, scheint aber unbestritten. Hull (1991) führt diese Hilfsbedürftigkeit auch auf die mangelnde Erfahrung der Studierenden mit Tod und Sterben im privaten Bereich zurück. Insbesondere der zweite und dritte Punkt der oben aufgelisteten erwünschten zusätzlichen Thematiken sind hier zu berücksichtigen. Ob es praktikabel ist, auf gesellschaftlicher Ebene auftretende Mankos institutionell aufzufangen, ist fraglich.

Nach dieser Darstellung des internationalen Diskurses zum Thema PK und dessen emotional belastende Wirkung auf Studierende folgt nun in Kapitel 2.2.3 ein Einblick in die konkrete Erfahrung Studierender. Die folgenden Aussagen basieren auf persönlichen Begegnungen und Gesprächen der Verfasserin dieser Arbeit mit Studierenden der Justus-Liebig-Universität.

2.2.3 Gespräche und Diskussionen mit Studierenden in Gießen

Für diese Dissertation ist der Ablauf des Lehre an der Justus-Liebig-Universität in Gießen ausschlaggebend, die gemäß der alten ÄAppO stattfand²⁰. Tabelle 2 zeigt den Ablauf je nach Semester, in dem das Studium angetreten wird.

²⁰ Am 01.10.03 ist mit Beginn des Wintersemesters 2003 / 2004 die Reform der ÄAppO vom 27.06.02 in Kraft getreten, die einige Änderungen im Ablauf des vorklinischen Studienabschnitts vornimmt. Der inhaltliche Aspekt des PK ist hiervon jedoch nicht betroffen, es ergaben sich lediglich Auswirkungen auf die organisatorische Komponente.

Tabelle 2: Organisation der Anatomie in der Vorklinik in Gießen

Wintersemester	1.Sem.		Demonstration zur Anatomie (1 SWS, freiwillig)
Sommersemester	2. Sem.	1.Sem.	Hirnkurs (2 SWS, Pflichtkurs) Mikroskopische Anatomie (6 SWS, Pflichtkurs)
Wintersemester	3. Sem.	2. Sem.	Makroskopische Anatomie (8 SWS, Pflichtkurs)
Sommersemester	4. Sem.	3. Sem.	Anatomisches Seminar (2 SWS, Pflichtkurs)
Wintersemester		4. Sem.	Demonstration zur Anatomie (1 SWS, freiwillig)

Quelle: eigene Darstellung

In Gießen wird jeweils im Wintersemester eine fakultative Veranstaltung mit dem Titel „Demonstration zur Anatomie“ angeboten, die eine erste Einführung in die Anatomie darstellt. An fixierten Exponaten werden Zusammenhänge verdeutlicht und die Studierenden bekommen einen Eindruck von dem Aussehen und der Konsistenz des später zu bearbeitenden Materials. Hier wird nicht mit ganzen Leichen gearbeitet sondern mit Leichenteilen, zum Beispiel einzelnen inneren Organen oder Extremitäten. Die Studierenden brauchen nicht selbst Hand anzulegen, dieses bewerkstelligen die Dozenten und deren Gehilfen. Im darauf folgenden Sommersemester besuchen die Studierenden den sogenannten Hirnkurs, der sich mikroskopisch und makroskopisch mit dem Aufbau und den Strukturen des menschlichen Gehirns, des Rückenmarks und des Auges befasst. Hier sind sie wiederum in ersten Linie reine Zuschauer, der Dozent übernimmt die Präparation und Darstellung der Organe. Kleinere Präparationen dürfen auch die Studierenden erledigen. Der Hirnkurs schließt mit einer mündlichen Prüfung (Testat) ab.

Im Wintersemester folgt der eigentliche PK. Zwei Wochen vor Beginn sind die Studierenden angehalten, sich eigenständig die Skelette der anatomischen Sammlung anzusehen und als Anschauungsmaterial für ihre Studien zu nutzen, denn direkt am ersten Tag des PK wird ein Testat über die Osteologie (Knochen, Bänder, Gelenke) abgenommen. Danach präparieren Gruppen von jeweils 16 Studierenden (14 Humanmediziner, 2 Zahnmediziner) unter Anleitung dreimal pro Woche vormittags direkt an der Leiche. Betreut werden sie durch einen Assistenten pro Tisch. Zusätzlich beaufsichtigt je ein Dozent zwei Tische.

Thematisch wird so vorgegangen, dass zunächst der Bewegungsapparat präpariert wird. Das heißt, dass Haut und Fettgewebe von der Leiche entfernt werden, damit Fazien, Muskeln, Nerven, Gelenke und Gefäße herausgearbeitet werden können. Danach folgt

die Präparation des Kopf- und Halsbereiches. Auch hier werden zunächst Haut und Fettgewebe entfernt. Muskeln und Nerven werden freigelegt, bevor verschiedene Eröffnungen des Kopfes erfolgen. Den Abschluss bildet der Situs, das heißt, der Brust- und Bauchraum. Dieser Bereich wird ebenfalls von Fettgewebe befreit, dieses Mal auch von innen, damit die inneren Organe, Gefäße und Nerven sichtbar gemacht werden können. Jeder Teilbereich des PK (Bewegungsapparat, Kopf/Hals, Situs) endet mit einem Testat.

Diese kurze Beschreibung der Organisation der Lehre in Gießen kann natürlich keinen Einblick geben in das konkrete Erleben der Studierenden, die sich mit den Anforderungen der Makroanatomie auseinandersetzen müssen. Parallel zu dem PK fand die Veranstaltung Berufsfelderkundung statt, die die Verfasserin dieser Arbeit lehrte. In diesem Rahmen wurden unter anderem auch Gespräche und Diskussionen mit den Studierenden über die Makroanatomie, Sterben und Tod geführt²¹. Hier wurde immer wieder die große Bedeutung des PK deutlich, sowohl als Stressor als auch als unabdingbare Prüfung auf dem Weg zum Arzt. Folgende Aussage wird von allen Studierenden bekräftigt: „Cadaveric dissection is an essential component of the early phase of the medical education of all physicians independent of their eventual area of expertise and specialisation. It provides them with a vocabulary by which they communicate with their peers about their patients. It serves as a focal point upon which physicians learn to assess and to apply medical knowledge, and as such is invaluable for graduate, post-graduate, and continuing medical education.” (Rodning 1989: 288) Sinn und Zweck des PK werden nicht in Frage gestellt. Die Studierenden akzeptieren ebenso, wenn auch manchmal notgedrungen, die Vorgehensweise im PK, die Inhalte und das Lehrmaterial Leiche. Dass ihnen das nicht immer leicht fällt, machen die folgenden Auszüge aus der schriftlichen Ausarbeitung einer Studentin deutlich, die sich mit dem PK auseinandergesetzt hat²²:

„Damals als Erstis [umgangssprachliche Bezeichnung für Erstsemestler, Anmerkung der Verfasserin] waren wir anfangs auch ziemlich scharf darauf, endlich in den Präpariersaal zu gehen um endlich zu erfahren, wie es denn nun wirklich in der Anatomie aussieht, denn wir kannten diese auch nur aus dem Fernsehen und das war ja nicht gerade realitätsgetreu. [...] In den ersten Stunden Präp-Demo (eine freiwillige

²¹ Während der Erhebung im Wintersemester 2002/2003 wurden andere Lehrinhalte gewählt, so dass eine Beeinflussung der befragten Studierenden von dieser Seite vermieden wurde.

²² Die folgenden Zitate stammen aus einer unveröffentlichten Seminararbeit, die in Rahmen der Berufsfelderkundung geschrieben wurde und werden hier mit freundlicher Genehmigung der Autorin verwendet.

Veranstaltung für Erstis, die von Studenten eines höheren Semesters betreut wird) blieb die Plane über der Leiche und wir schauten uns nur Knochen oder einzelne Extremitäten an, was auch ausreichend war, denn man musste erst einmal mit den ganzen Eindrücken fertig werden, die da plötzlich auf einen niederprasselten. Und vor allem musste man sich auch an den seltsamen Geruch des Formalins gewöhnen und dass im Saal alle Studenten ganz eng zusammensitzen und man nicht viel Platz hat, sich zu bewegen.“ Die Studentin beschreibt eindrücklich, mit welcher Belastung die erste Zeit des Leichenkontakts verbunden ist. Auch wenn es sich noch nicht um vollständige Leichen handelt, sondern zunächst um Leichenteile, sind der Anblick und der Geruch extrem gewöhnungsbedürftig. Wie die Gewöhnung dann vonstatten geht, beschreibt die Studentin ebenfalls: „Ohne mir darüber klar zu sein, welche Bedeutung es hat, die Leiche zu entfremden, habe auch ich dies getan. Ich habe mir die Leiche immer als ein großes Stück Naturradiergummi vorgestellt, denn durch die bräunliche Farbe und Konsistenz sah diese so aus und fühlte sich auch so an. [...] denn für mich stellte es dann kein Problem mehr dar, die Leiche auch anzufassen oder auch mal ein Stück davon in die Hand zu nehmen.“ Diese spezielle Bewältigungsstrategie ist auch von anderen Teilnehmern berichtet worden. Anscheinend wird es als sehr arbeitserleichternd empfunden, die menschliche Herkunft des Arbeitsmaterials zu ignorieren oder sogar zu leugnen.

Interessant ist auch die Tatsache, dass ausnahmslos alle Studierenden großen Respekt und tiefe Dankbarkeit gegenüber den Körperspendern empfanden. Auf die Frage, ob es nicht entlastender und sinnvoller wäre, statt menschlicher Körper Kunststoffpräparate zu benutzen, entgegnete ein Student, er wolle Arzt für Menschen werden, daher müsse er auch an Menschen präparieren. Wer Pupp doktor werden wolle, der solle an Puppen lernen. Immer wieder wurde auch das Argument gebracht, dass jeder Körper individuelle Eigenarten habe und dass diese Vielfalt niemals durch künstliche Präparate erreicht werden könne. Auf den Aspekt des Individuellen innerhalb der anatomischen Schemata und Systeme wurde besonderen Wert gelegt. Während einerseits also Körperspenden an sich stark begrüßt und für gut und notwendig erachtet wurden, war andererseits die Zahl der Studierenden, die sich vorstellen könnten, nach dem Tod ihren Körper der Lehre zu überlassen, verschwindend gering.

Die bereits zuvor zitierte Studentin schreibt zu dieser Thematik: „Ich für meinen Teil könnte es mir überhaupt nicht vorstellen, später einmal meinen Körper zu spenden und dann kleine unerfahrene Mediziner an meinen Körper heranzulassen. Es ist zwar etwas

paradox, denn auch ich bin als Medizinstudentin auf diese Körperspenden angewiesen, aber vielleicht weil ich weiß, was mit den Leichen gemacht wird, scheue ich mich davor, meinen eigenen Körper der Wissenschaft zur Verfügung zu stellen. Außerdem glaube ich, dass unter den Körperspendern kaum Mediziner sind. Aber da es ausreichend Menschen gibt, die ihren Körper spenden wollen, brauche ich mir darüber wohl keine Gedanken zu machen.“ Als Argument für diese Diskrepanz wurde häufig angegeben, dass eine Körperspende zu belastend für die Angehörigen wäre. Um diesen die lange Wartezeit bis zur Beisetzung zu ersparen, hielt man die eigene Körperspende für nicht sinnvoll. Inwieweit diese Argumentation vorgeschoben ist, bleibt unklar. Nicht selten wurde jedoch die Vermutung geäußert, dass die Spender ihren Körper „nie und nimmer“ der Anatomie vermacht hätten, hätten sie bildlich vor Augen gehabt, was genau dann mit ihm geschehen wird²³.

In den Diskussionen über die persönliche Umgangsweise mit den Erfahrungen während des PK war immer wieder die Aufspaltung in zwei Lager zu bemerken. Ein Teil der Studierenden behauptete, überhaupt keine Probleme mit dem PK zu haben, hielt begleitende Kurse für überflüssig und bezweifelte, dass jemand, der mit dem PK seelisch-nervlich zu kämpfen hat, ein guter Mediziner werden könne. Diese Fraktion hatte zumeist eine Ausbildung als Rettungssanitäter oder Krankenschwester und schon Erfahrungen mit Tod und Sterben gemacht. Zwar konnten diese Studierenden die Ergebnisse einiger der unter 2.2.1 vorgestellten Studien bestätigen (ungutes Gefühl und Angespanntheit zu Beginn des PK), hielten sie aber oft für aufgebauscht und überbewertet.

Andererseits gab es auch Studierende, die auch noch nach Wochen über Probleme mit dem Umgang mit der Leiche berichteten und sich über den rein medizinisch-anatomischen Inhalt der Veranstaltung beklagten. Von diesem Personenkreis wurde ein freiwilliger Begleitkurs, in dem eher philosophische Aspekte der Medizin und der Anatomie, des Lebens und Sterbens und des menschlichen Körpers eine Rolle spielen sollten, für begrüßenswert gehalten. Diese Studierenden hatten zum größten Teil vor dem PK noch keine Erfahrungen mit dem Tod gemacht oder schon einmal eine Leiche gesehen. Zudem hatten sie in der Mehrzahl vor dem Beginn des Studiums keine medizinische Berufsausbildung genossen.

²³ Zu der speziellen Problematik, dass in einigen Ländern auch Körper für die Lehre oder als Organspender verwendet werden, die nicht freiwillig gespendet worden sind (zum Beispiel Hinrichtungsoffer), siehe Jones, 1994.

Aufgrund dieser ins Auge stechenden Unterschiede wird eine zweite Hypothese generiert, die sich mit der Bedeutung der beruflichen Vorerfahrungen der Teilnehmer des PK beschäftigt. Es wird angenommen, dass der PK umso stärker als einschneidendes Erlebnis empfunden wird, je ungewohnter und neuer der Umgang mit Tod und Sterben im beruflichen Kontext ist. Demzufolge ist es wahrscheinlich, dass auch die Auswirkungen auf die Einstellungen zu Tod und Sterben unterschiedlich ausfallen, je nachdem, ob beruflichen Erfahrungen vorliegen oder nicht. Der in Kapitel 2.2.1 dargestellte uneinheitliche Forschungsstand lässt allerdings von der Formulierung einer inhaltlich konkreten Hypothese absehen. Die aufgestellte Hypothese ist zwar gerichtet, aufgrund der unklaren Forschungslage aber inhaltlich unspezifisch. Sie lautet:

Hypothese 2: *Die Einstellungen zu Tod und Sterben verändern sich bei den Teilnehmern, die berufliche Erfahrungen mit dem Thema Sterben und Tod gemacht haben, weniger stark als bei den Teilnehmern des PK ohne solche Erfahrungen.*

Bis auf verschwindend geringe Ausnahmen waren sich die Studierenden einig, dass der PK nicht nur konkretes fachliches Wissen vermittelt, sondern auch eine spezielle Prüfung oder Hürde darstellt, die von ganz besonderer Bedeutung ist. Diese Besonderheit erfuhren die Studierenden teilweise auch in ihrer privaten Umgebung. Eine Studentin erzählte, sie sei von ihrem Hausarzt gleich ganz anders und „irgendwie wie eine Kollegin“ behandelt worden, sobald sie gesagt habe, dass sie den PK bereits hinter sich habe. Andere berichteten, dass eine der ersten Fragen auf die Bemerkung, man studiere Medizin, immer sei: „Und, hast Du schon den Leichenkurs gemacht?“ Aufgrund der ganz eigenwilligen Konnotation²⁴ des PK ist er einzigartig und mit den anderen Fächern der Vorklinik nicht zu vergleichen, diese sind auch in der Bevölkerung meist gar nicht bekannt. Charakteristisch für das Medizinstudium ist nach wie vor die Anatomie, die an der menschlichen Leiche gelehrt wird. Fächer wie Chemie, Physik, Psychologie oder Soziologie fallen in der öffentlichen Wahrnehmung kaum ins Gewicht, obwohl sie ebenfalls eine große Belastung für die Studierenden darstellen können, zumindest was das Lernpensum angeht. Das Lernpensum ist wahrscheinlich der Grund dafür, dass der PK schon nach relativ kurzer Zeit für die Studierenden seine

²⁴ Diese spezielle Konnotation ist auch begründet in der Kombination von Faszination, Ekel und Angst beim Umgang mit der Leiche, wie sie zum Beispiel Helmers (1989) beschreibt.

Besonderheit verliert und zu dem wird, was die anderen Kurse schon von Anfang an sind: eine Anhäufung von unzähligen Einzelfakten, die auswendiggelernt werden müssen. Die Belastungen durch Prüfungsdruck und Zeitmangel treten in den Vordergrund und verdrängen die Probleme, die durch den Umgang mit der Leiche entstehen.

Die vielen Gespräche mit den Studierenden gaben einen Einblick in die konkrete Situation während des PK und beleuchteten die persönlichen Einschätzungen und Meinungen der Gesprächspartner. Es ist zu vermuten, dass der im nachfolgenden Kapitel 3 beschriebene oft schwierige Umgang mit dem Tabuthema Tod sich besonders in der Ärzteschaft widerspiegelt, da ihr eine Vermeidung dieses Themas nicht so direkt und einfach wie der Restbevölkerung möglich ist. Mehrere Studierende berichten, dass die Gedanken über den Tod im PK eine ganz eigene Dynamik entwickeln: je näher er in Gestalt der zu bearbeitenden Leiche komme und je enger der Kontakt werde, desto abstrakter und ferner erscheine er.

3 Ein ganz besonderes Verhältnis: Ärzte und Tod

Der Tod ist ein zentrales Thema der vorliegenden Arbeit, aus diesem Grund ist dem Thema Tod ein eigenes Kapitel gewidmet. Nachdem zunächst allgemeine Gedanken über den Tod vorgestellt werden, folgt eine Abhandlung über das spezielle Verhältnis zwischen dem Tod und Ärzten. Am Beispiel des Märchens vom „Gevatter Tod“ werden Entwicklungen erläutert. Es wird in diesem Kapitel insbesondere auch auf die problematische Situation eingegangen, die durch den gesellschaftlichen Anspruch an die Ärzte und die Begrenztheit der medizinischen Möglichkeiten gekennzeichnet ist.

Menschliches Leben organisiert sich in Gesellschaften und alles was lebt, muss früher oder später sterben. Daher ist der Tod ein unvermeidlicher Tatbestand in allen Gesellschaften. Alle Menschen müssen sich mit der absoluten Gewissheit des Todes auseinandersetzen und mit dem Geheimnisvollen, das ihn umgibt. Niemand weiß, was nach dem Tod kommt. Von dem Schriftsteller La Rochefoucauld stammt der Vergleich, man könne ebenso wenig direkt in die Sonne schauen, wie direkt in den Tod. Eine

Betrachtung muss immer mittelbar bleiben. Der Tod, besonders der eigene Tod, ist unvorstellbar. Jean Paul sagt, der Tod sei ein Pfeil, der im Augenblick unserer Geburt abgeschossen wird und uns am Ende trifft. Es gibt unzählige Metaphern für Tod und Sterben²⁵, die den Tod greifbarer und verstehbarer machen sollen. Macho charakterisiert den Tod als das absolute Schweigen, das kaum ertragen werden kann. Er schreibt: „Die Toten schweigen, und wir müssen reden, um zu beweisen, daß wir noch leben.“ (Macho, 1987: 7)

Archaische Kulturen sind reich an Mythen, die den Ursprung des Todes erzählen. In den meisten Geschichten wird den ursprünglich nichtsterblichen Menschen der Tod von den Göttern aus Neid auf die Erde geschickt. Eine andere Variante ist die, dass ein von den Göttern gesandter Bote, der den sterblichen Menschen die Unsterblichkeit überbringen soll, einen Fehler begeht, so dass die Menschen sterblich bleiben (vgl. Barloewen, 2000: 26 f).

Schon in der allerfrühesten Menschheitsgeschichte lassen sich Begräbnisriten nachweisen²⁶. Dies weist darauf hin, dass die Menschen schon sehr früh den Tod als Mysterium sahen und versuchten, ihn in das Leben einzuordnen. Die meisten Begräbnisriten erfüllen mehrere Aufgabenbereiche, sie sind Trennungs-, Umwandlungs- und Eingliederungsriten sowohl für die Verstorbenen als auch für die Trauernden, wobei die Trauerzeit eine wichtige Rolle spielt. „Sie ist für die Hinterbliebenen eine Umwandlungsphase, in die sie mit Hilfe von Trennungsriten eintreten und aus der sie mit Hilfe von an die Gesellschaft wieder angliedernden Reintegrationsriten (Riten, die die Trauerzeit aufheben) heraustreten. In einigen Fällen stellt diese Umwandlungsphase der Lebenden das genaue Gegenstück zur Umwandlungsphase der Toten dar, dann nämlich, wenn das Ende der Trauerzeit zeitlich mit der abgeschlossenen Angliederung des Toten an das Totenreich zusammenfällt.“ (Gennep, 1999: 143) In der heutigen Zeit ist der Großteil dieser Übergangsriten weggefallen.

Religionsstifter und Philosophen haben sich mit dem Tod befasst und versucht, ihn zu erklären. Epikur rät, sich über den Tod überhaupt keine Gedanken zu machen, denn so lange man lebe, sei der Tod nicht da und wenn der Tod da sei, könne man sich keine Gedanken mehr machen. Das Nachdenken über den Tod und die Versuche, ihn zu

²⁵ Nach Stefenelli gibt es im deutschsprachigen Raum etwa 500 verschiedene Bezeichnungen, Wörter und Wortführungen zum Thema Tod, Sterben und Selbsttötung (1998: 29). Zur weiterführenden Lektüre zum Thema Sterben und Tod in Malerei, Literatur und Musik sei auf Hart Nibbrig (1989) verwiesen.

²⁶ Der Mensch ist das einzige Lebewesen, dass seine Toten bestattet. Es stellt sich die Frage: wird der Mensch zum Menschen, weil er sich der Sterblichkeit bewusst ist und deshalb Riten entwickelt, die sich mit dem Tod befassen?

ergründen, seien also völlig sinnlos. Platon definiert den Tod als Trennung von Körper und Seele. Schopenhauer betrachtet den Tod als natürlichen Vorgang in der Natur, der das Subjektive wohl zerstöre, das Objektive allerdings nicht. Dieses bleibe erhalten. Er schreibt: „Die Schrecken des Todes beruhen zum größten Teil auf dem falschen Schein, dass jetzt das Ich verschwinde und die Welt bleibe. Vielmehr ist das Gegenteil wahr: die Welt verschwindet; hingegen der innerste Kern des Ich, der Träger und Hervorbringer jenes Subjekts, in dessen Vorstellung allein die Welt ihr Dasein hatte, beharrt“ (1988: 581). Der Übergang vom Sein zum Nichtsein ist von allen Menschen schon einmal durchschritten worden, wenn auch in der Gegenrichtung.

Die Erklärungsmuster, die das Phänomen Tod in das jeweilige Weltbild integrieren und die Umgangsweisen mit dem Tod unterscheiden sich von Kultur zu Kultur. In den meisten nicht-westlichen Kulturen wird der Tod als Übergang oder Verwandlung verstanden. Die völlige Auslöschung durch den Tod ist unvorstellbar, die postulierten unterschiedlichen Arten der Transformation der Existenz sind durch Religion und Mythologie beschrieben²⁷. In den westlichen Kulturen hat die Entstehung einer linearen Zeitvorstellung dazu geführt, den Tod als Endpunkt zu sehen und nicht als Teil der ewigen Metamorphose, wie es das zyklische Zeitverständnis nach sich zieht. Dieser Umstand hat einen großen Einfluss auf das Selbstverständnis von Medizinern und deren Verhältnis zum Tod.

Arzt und Tod haben eine enge Beziehung zueinander. Seit jeher wird der Arzt als Kämpfer gegen den Tod gesehen, der schlussendlich doch verlieren muss. Zwar ist die medizinische Technologie in den letzten Jahrhunderten stark fortgeschritten, so dass eine Steigerung der Lebenserwartung auf nahezu das Doppelte zu verzeichnen ist²⁸, der Tod konnte jedoch nur herausgezögert, nicht aber besiegt werden. Dafür ist die Erwartungshaltung an die Medizin gestiegen. Die Begrenzungen der medizinischen Möglichkeiten werden häufig von Patienten und Angehörigen nur gezwungenermaßen akzeptiert, denn der Wert des Lebens hat sich mit dem Wandel des Weltbildes weg vom metaphysischen Standpunkt hin zum technisch-naturwissenschaftlichen gesteigert. Der Tod erscheint heute eher als Grenze des Vorstellbaren in einer wissenschaftlich geprägten Welt, nicht als Übergang zu etwas Neuem. Dem Arzt stehen Menschen

²⁷ So ist zum Beispiel der Glaube an die Reinkarnation in vielen unterschiedlichen Religionen und Philosophien zu finden: im frühen Christentum, im Hinduismus, Buddhismus, den Kosmologien verschiedener nordamerikanischer Indianerkulturen, der platonischen und neuplatonischen Philosophie oder den Mysterienreligionen des alten Griechenlandes (vgl. Barloewen, 2000: 13).

²⁸ Als weiterführende Literatur sei hier auf Imhof, 1988: 54 ff verwiesen.

gegenüber, die von ihm nicht nur die Ermöglichung eines langen und gesunden Lebens erwarten, sondern zusätzlich auch noch ein schmerzfreies und würdevolles Sterben.

Diese Erwartungshaltung hat es in dieser Form nicht immer gegeben. Anhand des Märchens vom „Gevatter Tod“ der Gebrüder Grimm lässt sich der Wandel der Erwartungen an der Arzt sehr schön verdeutlichen (vgl. Käser, 1998: 26 ff). In diesem Märchen erhält ein armer Junge den Tod als Paten, nachdem der Vater des Jungen sowohl den lieben Gott, weil dieser die Menschen ungleich behandelt, als auch den Teufel wegen seiner Boshaftigkeit als Paten abgelehnt hat. Der Tod bildet den Jungen zum Arzt aus und macht ihn berühmt. Zwischen ihnen herrscht folgendes Abkommen: steht der Tod am Fußende des Krankenbettes, so wird er den Patienten mitnehmen, steht er am Kopfende, kann der Arzt den Kranken mit Hilfe eines Krautes heilen. Der Arzt betrügt den Tod, als der König tödlich erkrankt, indem er den Patienten umlagert, so dass der Tod ungewollt am Kopfende steht. Der erboste Tod verwarnt ihn daraufhin streng. Dennoch kann der Arzt nicht widerstehen. Als die schöne Königstochter auf ihrem Sterbebett liegt und ihm ihre Hand und das Königreich versprochen wird, sollte er sie heilen, wiederholt er die Prozedur der Umlagerung und raubt dem Tod ein zweites Mal, was diesem gehört. Dieses Mal jedoch kennt der Tod keine Gnade: er zeigt dem Arzt dessen Lebenskerze und lässt sie fallen, so dass der Arzt stirbt²⁹.

Die zentrale Figur dieses Märchens ist der Arzt als Prognostiker. Er ist das Patenkind des Todes und kann die Zeichen des Todes sehen (der Tod steht am Kopfende oder am Fußende des Bettes), deuten (der Patient wird sterben oder gesund werden, es gibt nur diese zwei Alternativen) und gegebenenfalls therapieren. Das am wenigsten wichtig erscheinende Element ist hier die Therapie, steht doch der Ausgang der Krankheit von Anfang an durch den Standort des Todes am Bett des Kranken fest. Ob das Kraut für die Heilung des Patienten wirklich notwendig ist oder nicht, bleibt unklar. Der Arzt tritt hier als derjenige auf, der im Gegensatz zum Laien die Zeichen des Todes sieht und erkennt und als Dolmetscher fungieren kann. Die Prognose steht im Mittelpunkt, nicht die Diagnose. Grundlegend für den Erfolg sind nicht die Therapien des Arztes, sondern die Tatsache, dass er sich in Hinsicht auf die Prognose nie irrt. Auch wird vom Arzt nicht erwartet, dass er aktiv in die Konstellation zwischen Patient und Tod eingreift. Solange sich der Arzt an die vom Tod vorgegebenen Regeln hält, ist das Verhältnis zwischen Arzt und Tod ungetrübt und der Arzt wird berühmt und reich.

²⁹ Der komplette Märchentext ist im Anhang ab Seite XII zu finden.

Dieses ausgeglichene und von der Abhängigkeit des Arztes vom Tod gekennzeichnete Verhältnis kommt ins Schwanken, als der Arzt sich über die Anweisungen des Todes hinwegsetzt und den Körper des erkrankten Königs umlagert. Der Arzt wandelt sich vom passiven Zeichenempfänger zum manipulierenden Therapeuten. Dieser Vorgang hat Auswirkungen auf verschiedenen Ebenen. Er verändert zunächst das Verhältnis von Prognose und Therapie, zugleich aber auch die Erwartungen, die der Patient und die Angehörigen in die Macht des Arztes stecken. Der weitere Verlauf des Märchen macht dies deutlich, denn der kurierte König verlangt das aktive Eingreifen des Arztes auch bei seiner todkranken Tochter. Käser (1998: 30) beschreibt, welche Auswirkungen dies hat: „Verführt durch die Aussicht auf Lust und Macht läßt er sich hinreißen, den Tod ein zweites Mal zu betrügen. Damit verletzt er die Verhaltensregeln, die der Tod an sein Patengeschenk geknüpft hat, und er verrät die Werthaltung, die der Patenwahl seines Vaters zugrunde lag. Durch die semiotische List des Arztes verliert der Tod nämlich seine egalisierende Bedeutung. Für Könige und Königskinder gibt es nun ein Privileg auch vor dem Tod, und der Arzt verhält sich damit wie Gott: er gibt den Reichen und den Armen nicht.“

Der Tod nimmt den Arzt mit in die unterirdische Höhle der Lebenslichter und hier geschehen zwei paradigmatische Wechsel. Zum einen erkennt der Arzt mit der Metapher der Lebenskerze das Leben als begrenzt. So, wie die Kerze erlöschen wird, wenn der Brennstoff sich verbraucht hat, wird der Tod eintreten, wenn die Lebenskraft sich erschöpft hat. Der Tod tritt nicht von außen an den Menschen heran, sondern ist lebensimmanent. Zum zweiten ändert sich das Auftreten des Todes. Zu Anfang des Märchens ist der Tod eine mystische Gestalt, mit der man sich trotz ihrer Autorität befreunden kann und der als Pate zur Familie gehört. Anhand sicherer Zeichen ist seine Anwesenheit zu erkennen. Am Ende hingegen tritt er urgewaltig auf, eiskalt und hart. Er rächt sich am Arzt und lässt die Lebenskerze fallen, so dass der Arzt selbst stirbt. Die Handlungsweise des Todes wird unberechenbar, die Zeichen des Todes sind trügerisch geworden. Das Verhältnis zwischen Tod und Arzt als Mentor und Patenkind ist zerstört, der Tod wird drohend und beängstigend.

Das Märchen vom Gevatter Tod spiegelt in besonderer Weise den Paradigmenwechsel im medizinischen Diskurs und den kulturellen Todesvorstellungen zwischen Mittelalter und Neuzeit (vgl. Käser 1998: 31). Vom Arzt wird nun weit mehr erwartet als die bloße Prognose, von ihm wird therapeutisches Handeln verlangt, um den Tod abzuwehren und

zu überlisten. Der Tod selbst wird zum stetigen Antagonisten des Arztes, er ist hinterlistig und dem Arzt feindlich gesonnen.

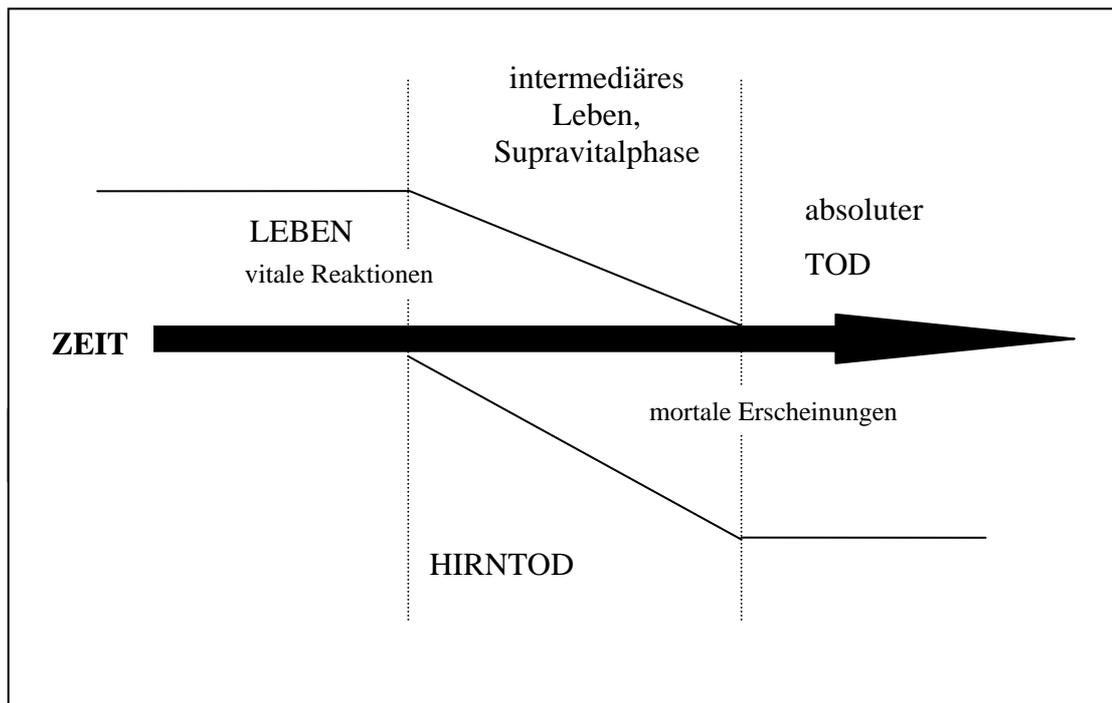
Diese Entwicklung geht Hand in Hand mit der Zunahme der Technisierung der Medizin³⁰, die in die Apparatemedizin der Moderne mündet. Die Medizin entwickelt immer mehr und ausgefeiltere Technologien und Geräte, die in dem Verhältnis zwischen Arzt, Patient und Tod oft eine superiore Stellung einnehmen. Die Akzeptanz des Todes wird hierdurch zusätzlich erschwert. Einerseits wird mit der Apparatemedizin Leben gerettet und verlängert, man denke nur an die Dialyse oder die Reanimation nach Herzinfarkt. Andererseits stellt sie die Medizin auch vor ethische Probleme, die diese allein und abgegrenzt von dem gesellschaftlichen Diskurs nicht lösen kann (siehe hierzu zum Beispiel Stroh, 1997). Bereits 1983 macht Ridder auf die Problematik der technisierten Medizin aufmerksam. Die „Industrialisierung der Medizin“ führt seiner Meinung nach nicht nur zur Objektivierung des Patienten, sondern ebenso zur Versachlichung der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Die Verständigung werde immer indirekter und unpersönlicher, der Patient trete als Problemträger auf, über den verhandelt wird, anstatt dass mit ihm zusammen gehandelt würde (vgl. Ridder, 1983).

Auch die mit der Technisierung einhergehende Entwicklung hin zum Spezialistentum erschwert die Situation für Arzt und Patient. Die Ärzte früherer Generationen hatten noch die Gewissheit, dass die eigenen Grenzen auch die Grenzen der Medizin waren, heutige Ärzte dagegen sehen sich einer Vielzahl von Fachgebieten und Spezialisten gegenüber, an die man verweisen kann. Dies kann gerade am Beginn und am Ende des Lebens die Medizin in Versuchung führen, den Menschen als zweitrangig hinter dem technisch Möglichen zu stellen, bedenkt man zum Beispiel Handlungsweisen bei der Präimplantationstechnik oder den lebensverlängernden Maßnahmen bei Sterbenden auf Intensivstationen. Die Aufspaltung des Patienten in seine Krankheiten und Symptome mit dem Verlust des ganzheitlichen Blickes droht.

Die genaue medizinische Einteilung des Sterbens und Todes, wie sie beispielhaft in Abbildung 2 dargestellt ist, arbeitet mit exakten Definitionen und Bezeichnungen. Dennoch kann dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass die wissenschaftliche Sicht auf Sterben und Tod Unklarheiten, Grauzonen und Spekulationen nicht wirklich überwinden kann. Die utilitaristisch-wissenschaftliche Betrachtungsweise gerade des letzten Zeitabschnitts menschlichen Lebens kann und sollte in Frage gestellt werden.

³⁰ Zur Thematik der Technisierung der medizinischen Diagnostik siehe Lachmund (1997).

Abbildung 2: Medizinische Zeiteinteilung des Todes



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: Schneider 1987: 31, Helmers 1989: 7

Die Abbildung zeigt den zeitlichen Verlauf des Todes, wie er in der Medizin gesehen wird. In der Lebensphase sind ausschließlich vitale Reaktionen zu verzeichnen, die beim Sterben langsam abnehmen. Der Hirntod bezeichnet den Beginn der sogenannten Supravitalphase oder Phase des intermediären Lebens. Hier sind gleichzeitig sowohl vitale Reaktionen als auch mortale Erscheinungen vorhanden. Erst wenn keinerlei vitalen Reaktionen mehr zu verzeichnen, also alle Zellaktivitäten erloschen sind, ist vom absoluten Tod die Rede. Diese genauen Zeiteinteilungen und Definitionen sind allerdings wohl wenig hilfreich, wenn in der Grauzone zwischen Hirntod und absolutem Tod wichtige Entscheidungen getroffen werden müssen, zum Beispiel die über Organentnahmen.

Neben dem Wert in der Medizin als potentielltem Organspender kommt dem toten Körper eine weitere, in der Öffentlichkeit oft übersehene Aufgabe zu. Mit der Untersuchung in der Pathologie und der Durchführung einer Sektion können postmortal die gestellte Diagnose und die therapeutischen Maßnahmen überprüft werden. Der Leichnam trägt auf diese Weise zur Qualitätssicherung im Krankenhaus bei (vgl. Brunner und Schilling, 1984).

Bereits vor über dreißig Jahren beschrieb Thure von Uexküll das Verhältnis der Medizin zum Tod vom soziologischen Standpunkt her. Er sagt: „Die Medizin ist nach der Definition des amerikanischen Soziologen Robert K. Merton eine Institution,

welche die Gesellschaft geschaffen hat, um ihre Mitglieder von der Beunruhigung durch Krankheit und Sterben zu entlasten. Das ließ sich früher dadurch erreichen, daß Ärzte mit Rollen ausgestattet wurden, die dem Glauben an magische Omnipotenz im Kampf gegen Krankheit entgegenkamen. In der modernen Gesellschaft ist die Funktion der Medizin vordergründiger: Sie hat Einrichtungen geschaffen, in die man Sterbende und Kranke „abschieben“ kann, und damit hat sich auch die Funktion des Arztes grundlegend gewandelt.“ (Uexküll, 1973: XV f)

Es ist davon auszugehen, dass sich nur wenige Studierende Gedanken über den gesellschaftlichen Anspruch an die Medizin machen. Als Kinder ihrer Gesellschaft sind sie gewöhnt, dem Tod nicht direkt zu begegnen. Sie begreifen den Umgang mit dem Tod weniger als gesellschaftliches und mehr als persönliche Problematik. Zugleich beschränkt das Lebensalter der Studierenden die Möglichkeiten, auf persönliche Erfahrungen zurückgreifen zu können, so dass die Beschäftigung theoretisch bleibt. Diese Altersgruppe zeichnet sich von der Lebenssituation her nicht durch eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Tod und Sterben aus. Die Komponenten Lebensalter, Lebenssituation und gesellschaftlicher Hintergrund sind wichtige Voraussetzungen für den Umgang mit Krankheit und Tod. „Die Auseinandersetzung mit dem Tod beschränkt sich zumeist auf die Kenntnisnahme der Todesanzeigen in den Tageszeitungen, auf die Auseinandersetzung mit dem Sterben eigener Angehöriger, prominenter Persönlichkeiten und – was die eigene Person betrifft – auf die Beunruhigung durch den Tod in Träumen.“ (Condrau, 1991: 371)

Angehende Ärzte können diese verleugnende Haltung nicht aufrecht erhalten, sie sind durch die Art des Studiums gezwungen, sich mit dem Tod auseinander zu setzen. Allerdings wird das Thema Sterben, Tod und Trauer aus dem akademischen Lehrangebot stark ausgegrenzt, die Studierenden werden rein naturwissenschaftlich herangeführt, so dass eine rationale Sicht entsteht: der Mensch ist die Summe seiner Teile. Dabei stehen die Studierenden zu Beginn des Medizinstudiums an einem Wendepunkt. Sie wandeln sich langsam und manchmal ohne es zu merken vom Laien zum Profi. Das heißt, einerseits verlieren sie ihre oft naiv-kindlichen Vorstellung von einer nahezu omnipotenten Macht der Medizin und können gleichzeitig die Konfrontation mit dem Tod nicht mehr vermeiden. Andererseits erhalten sie immer tiefere Einblicke in medizinisches Wissen und verlassen langsam die passive Gruppe der Laien.

Dieser Rollenwechsel betrifft auch den Umgang mit dem Tod. Eine ausreichende Vorbereitung auf diese Aufgaben findet im Studium nicht statt. Wie eine Studie aus den Jahren 1989 bis 1994 zeigt, stieg der Anteil derjenigen Studierenden, die während der Ausbildung diese Problematik behandelt hatten, von 32,7% auf 51%. Ausreichend vorbereitet fühlten sich 1989 4,3% und 1994 12,7%, was eine deutliche Steigerung bedeutet, im Endeffekt jedoch immer noch ein großes Defizit aufzeigt. Dieses Defizit wird von den Studierenden auch durchaus wahrgenommen, so war bei beiden Messzeitpunkten von über 97% der Befragten die Behandlung der Thematik Tod und Sterben als notwendig erachtet worden (vgl. Asadullah, Franze und Dietze, 1996).

Vom Mediziner werden andere Reaktionsweisen erwartet und gezeigt als vom Nicht-Mediziner. Die Zugehörigkeit zur Gruppe der Mediziner grenzt stark von den Verhaltensweisen der Nichtmediziner ab. Wie alle Menschen haben auch Mediziner Affekte und Emotionen, allerdings wird von ihnen als Vertreter der Institution, die sich mit Kranken und Sterbenden befasst, kontrolliertes Verhalten erwartet. In einer Gesellschaft, die Tod und Krankheit marginalisiert und dem Ideal der Jugend nachstrebt, gibt es kaum öffentliche Unterstützung für Menschen, die sich mit diesen Themen auseinandersetzen müssen, wie zum Beispiel Mediziner und Pflegepersonal³¹. Diese müssen mit belastenden Situationen und Erfahrungen zurechtkommen, um weiterhin den Beruf ausüben zu können, sind aber gezwungen, dies oftmals allein zu bewältigen. Denn zum einen ist die gesellschaftliche Bereitschaft zur Hilfestellung gering, zum anderen droht der Gesichtsverlust Kollegen gegenüber.

Die Entwicklung des Umgangs mit Sterben und Tod während des Medizinstudiums haben Coombs und Powers bereits 1976 eindringlich beschrieben. Anhand einer vier Jahre dauernden Längsschnittstudie in den USA, die ein Datenmaterial von 229 Interviews erbrachte, formulieren die Autoren vorhersagbare Entwicklungsstadien, die die Studierenden und späteren Ärzte durchlaufen. Am Beginn steht die Idealisierung der Arztrolle. Der Studierende hat die gleichen Einstellungen und Gefühle gegenüber Ärzten wie die allgemeine Öffentlichkeit, daher tut er sich schwer mit dem in der Medizin vorgelebten emotionsarmen Umgang mit dem Tod. Während der medizinischen praktischen Arbeit jedoch wird der Student mit dem omnipräsenten Tod konfrontiert und lernt, sich für Todessymbole wie Blut, Knochen oder Leichen zu

³¹ Als weitere betroffene Gruppe sind hier die Hinterbliebenen zu erwähnen. Mit dem Rückgang der ritualisierten Verhaltensweisen bei Sterbefällen und in der Trauerzeit werden Trauerarbeit und Emotionalität fast ganz in die Privatsphäre verdrängt, so dass das öffentliche Leben kaum oder gar nicht davon beeinflusst wird. Siehe zu dieser Thematik auch Walter, 1996, Kapitel 3: Secularisation and the Terror of Death.

desensibilisieren. Er wird darauf trainiert, auch gegenüber menschlichen Tragödien den Anschein emotionalen Abstandes zu wahren. Dieses wird oft mit der Einnahme einer wissenschaftlich orientierten Haltung bewerkstelligt.

Als weiterer Schritt entsteht unmerklich parallel mit dem emotionalen Abstand zum Tod auch der zum Patienten. Dieser wird in erster Linie nicht mehr als Mensch mit Gefühlen gesehen, sondern auf intellektuelle Weise seziert und in Einzelteile zerlegt. Hinzu kommt die Einstellung, dass „[...] death is preventable and is not supposed to happen to good physicians.“ (Coombs und Powers, 1976: 25) Beim Kampf zwischen Arzt und Krankheit tritt der Patient als Objekt auf, um das gefochten wird.

Diesem Stadium der Einstellung zum Tod folgt häufig die Infragestellung des gelernten medizinischen Modells. Erkennt der Arzt die Diskrepanz zwischen der Wissenschaft der Medizin und der Kunst der Medizin, also dem Wissen über Krankheiten und Therapien einerseits und den zwischenmenschlichen Fähigkeiten im Umgang mit Patienten und Angehörigen andererseits, ist die Tür zu einem reflektierten Umgang mit eigenen Ängsten und Gefühlen geöffnet. Häufig kommt es dabei zu der Aufdeckung eigener psychischer Probleme oder traumatischer Erfahrungen, die den Arzt belasten und zu der abwehrenden Attitüde führen³². Schafft der behandelnde Arzt den ehrlichen Umgang mit den persönlichen Gefühlen, braucht er den Patienten nicht mehr zu entpersonalisieren oder ihm und seiner Familie aus dem Weg zu gehen. Nur der Arzt, der die eigenen Emotionen und Grenzen kennt, kann sowohl technisches Wissen als auch menschliche Wärme dem Patienten gegenüber aufbringen.

Gerade das System Krankenhaus birgt häufig das Phänomen des sozialen Todes. Sozialer Tod bedeutet, dass ein Individuum die Verfügungsgewalt über sich selbst und seinen Besitz, sowie seine Stellung im gesellschaftlichen Umgang verliert. Dieser unmittelbare Blick auf die sozialen Komponenten des Sterbens und des Todes in der modernen Gesellschaft ist zum größten Teil den Ärzten und dem medizinischen Personal vorbehalten, die Verarbeitung ist oft schwierig. Doch auch Mediziner sind nur Menschen, die mit ihrem Leben und der Gewissheit des eigenen Todes fertig werden müssen. So findet sich bei Baum folgendes Zitat: „Es ist ganz natürlich, den Tod zu tabuisieren, es ist eine natürliche Abwehr da, wir leben! Unser Leben ist nicht die Vorbereitung auf den Tod. Vielleicht war das mal anders bei Generationen, die eine

³² Zu den bei Medizinern häufiger als bei anderen Berufsgruppen vorkommenden psychosozialen Problemen und der Flucht zu Medikamenten und Alkohol siehe auch Braun (2002). Sie schreibt: „Ist dies die Folge der Notwendigkeit immer stark zu sein, alles zu wissen und alles zu können? Ist es die Unfähigkeit, Schwäche zu zeigen und eigene Bedürfnisse an andere zu richten, sowie die Unfähigkeit zu Gegenseitigkeit in Beziehungen, die Angewiesenheit auf Anerkennung und Dank?“

entsprechende religiöse Bindung hatten. Das ist in unseren naturwissenschaftlichen Zeiten und speziell für den Mediziner schwierig: Der Tod ist ein Ende, ein „ewiges Leben“ gibt es meines Erachtens nicht, biologisch ist das zweifellos nicht möglich.“ (1976: 32)

Die Figur des Medizinmannes oder Heilers vereinte noch sowohl religiöse als auch medizinische Aspekte in sich. Diese Entität spaltete sich im Laufe der Zeit in zwei unterschiedliche Berufsbereiche: zum einen entstand der Arzt, der sich um die körperlichen Belange des Menschen kümmerte, zum anderen der Priester, dessen Aufgaben die Betreuung der Seele des Menschen waren. Im Zuge der Säkularisierung verschwindet die Sorge um Bereich des seelisch-metaphysischen immer mehr, wenn auch das Bedürfnis hiernach nach wie vor besteht. Ärzte werden allerdings nicht darauf vorbereitet, dass in ihnen auch der geistige Beistand in belastenden Situationen gesehen wird.

Je mehr Sterbende an den Rand gedrängt und ausgegrenzt werden, desto mehr steigt die Angst der Ärzte und Pflegenden vor dem eigenen Tod. Dieses verschlimmert die Situation insgesamt und verstärkt die ohnehin schon starken Verdrängungsmechanismen sowohl beim Einzelnen als auch in der Gesellschaft (vgl. Kruse, 1989: 114).

4 Arztberuf, Gesellschaft und Sozialisation

Das folgende Kapitel 4 beleuchtet einerseits das medizinische System und andererseits das Fortbestehen und die Veränderung von sozialen Systemen allgemein aus soziologischem Blickwinkel. Es wird versucht, beides zusammen zu bringen und die dargestellten Theorien auf das medizinische System anzuwenden.

Kapitel 4.1 betrachtet konkret den Beruf des Mediziners und geht hierbei zunächst auf seine historische Entstehung und seinen professionalen Charakter ein. Bezugnehmend auf den funktionalistischen Ansatz von Parsons folgt eine Beschreibung der von ihm konzipierten idealtypischen Arztrolle. Um aufzuzeigen, welche Entwicklung Ärzte im Laufe ihrer beruflichen Sozialisation erfahren, schließt sich an dieser Stelle ein Einblick

in praktische Vorgehensweisen bei der Sozialisation zum Arzt an. Der Schwerpunkt liegt weniger auf der formellen sondern mehr auf der informellen Sozialisation und hier insbesondere auf den okkulten Aufgaben und unterstellten Auswirkungen des PK.

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels schwenkt der Blickwinkel hin zur soziologischen Betrachtung gesellschaftlicher Systeme und ihren Stabilisatoren. Die impliziten Interdependenz zwischen Kultur, Individuum und Institution stehen hierbei im Vordergrund. Tradierungen von Normen und Werten geschehen durch Sozialisationsmechanismen, welche allgemein theoretisch aufgezeigt werden. Diese Ausführungen basieren auf der strukturfunktionalistischen Theorie Parsons' (Kapitel 4.2.1) und den Ausführungen Mertons (Kapitel 4.2.2). Gleichzeitig wird Bezug genommen auf den Beruf des Arztes und die Situation von Studierenden während des PK.

4.1 Der Arztberuf aus soziologischer Sicht

Bevor man sich damit beschäftigt, wie Menschen in unserer Zeit zu Medizinern sozialisiert werden, ist es sinnvoll, zunächst einen Blick auf die Entstehung und Entwicklung des Arztberufes zu werfen. Von nicht weniger großer Bedeutung ist die Betrachtung der heutigen gesellschaftlichen Stellung von Ärzten und die gesellschaftstheoretische Erläuterung des Bildes vom idealtypischen Arzt.

Der heutige Arztberuf existiert erst seit relativ kurzer Zeit und entwickelte sich historisch im Mittelalter aus einer Vielzahl von unterschiedlichen Berufsgruppen, deren Tätigkeitsbereich in der Behandlung von Krankheiten lag. Der Begriff „Arzt“ ist hier schwierig, denn die moderne Definition dieses Begriffes ist in dieser Epoche nicht passend. Viele Berufe setzten sich mit medizinischen Problemstellungen auseinander, zum Beispiel die Kräuterkundigen, Hebammen, Steinschneider, Bader, Wundärzte, Starstecher, Feldscher, Zahnbrecher. Zentral gesteuerte einheitliche Ausbildungen gab es nicht. Weder geregelte Lehrmeinungen³³ noch definierte Berufsbilder prägten damals

³³ Als ein Beispiel unter vielen sei hier auf die zu dieser Zeit kontrovers geführte und stark religiös geprägte Diskussion der Embryologie und Zeugungsphysiologie hingewiesen. Es gab verschiedene Lehrmeinungen: Die Präformationstheorie ging davon aus, dass der Organismus von Anfang an vollständig entweder im Samentierchen (Animalkulisten) oder im Ei (Ovisten) vorhanden ist und lediglich wachsen muss. Dahingegen unterstellte die Epigenesistheorie, dass der Organismus zuerst nur teilweise und vorübergehend existiere und sich der Mensch im Laufe der embryonalen Entwicklung durch Um- und Neubildung erst entwickle. Die Urzeugungstheorie letztlich wollte Lebewesen auch aus toter

die medizinische Landschaft. Erst die Etablierung einheitlicher Ausbildungen führte dazu, dass sich dieses Bild änderte. Speziell die Entstehung von Universitäten, die der Elite eine höhere Bildung ermöglichte, strukturierte und systematisierte die medizinischen Methoden und Behandlungsweisen. Freidson bemerkt hierzu: „Die medizinische Fakultät der mittelalterlichen Universität legte den Grund für die Entwicklung eindeutiger Kriterien, anhand deren eine spezifische Gruppe von Berufstätigen bestimmt werden konnte. Sie trug auch zur Schaffung eines seiner Gruppenrealität bewussten Berufsstandes bei, dessen Angehörige eine gemeinsame Ausbildungsgrundlage besaßen.“ (1979: 23)

Der Staat unterstütze den sich entfaltenden Beruf des Mediziners in der Form, dass er den an den Universitäten ausgebildeten Ärzten die Macht über Entscheidungen im medizinischen Bereich gab. Mit der Institutionalisierung der Krankenhäuser um 1800 erweiterte sich die Definitionsmacht der Ärzte. Das medizinische Wissen und Vorgehen wurde zunehmend strukturiert und systematisiert, eine eindeutige Zuordnung von Zeichen und Symptomen zu bestimmten Krankheiten wurde angestrebt. Im Zuge dieser Entwicklung kam die Entscheidung, welche Zustände als krank und welche als gesund definiert werden, immer mehr der Medizin zu. Hierzu haben insbesondere die systematische Forschung inklusive der Einführung von Statistiken als Grundlage für die Bestimmung von „normal“ und „nicht normal“ beigetragen (vgl. hierzu zum Beispiel Foucault, 1973, Kapitel 6). Ärzte bekamen das staatlich anerkannte Monopol auf die Beurteilung gesellschaftlich und finanziell relevanter Zustände. Sie definieren und entscheiden seitdem über die Lebens- und Handlungschancen des Einzelnen und finden sich so in einer machtvollen Position. „Medizinische Behandlung, Arbeitsunfähigkeit, Wahl des Berufes und des Arbeitsplatzes, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität werden von der Definition der Medizin abhängig. Die zumindest normativ frei zugängliche Chance professioneller Hilfe, die relative Sicherheit im Falle von Krankheit und Gebrechen wird durch den Verlust an Verfügungsmacht über den eigenen Leib erkaufte.“ (Labisch, 1989: 29)

Erst 1852 wurde die ärztliche Ausbildung in Deutschland völlig vereinheitlicht. 1869 traten zwei Bestimmungen in Kraft: die Berufsbezeichnung „Arzt“ wurde gesetzlich geschützt und gleichzeitig entfiel die Verpflichtung für Ärzte, sozial Schwache unentgeltlich zu behandeln. 1873 wurde der Dachverband Deutscher Ärzte gegründet,

Materie entstanden wissen, zum Beispiel Fische aus Schlamm oder Ratten aus Stroh (vgl. Jetter 1992: 230f).

1883 folgte die gesetzliche Verankerung der Krankenkassen durch die Sozialpolitik. Mit der Gründung des Hartmannbundes („Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“) 1900 wurde versucht, auf die Abhängigkeit der niedergelassenen Ärzte von den Krankenkassen Einfluss zu nehmen. 1931 folgte die Entstehung kassenärztlicher Vereinigungen. Die Entwicklung hin zu einem freien Beruf manifestierte sich 1961 mit der Verabschiedung der Bundesärzteordnung und 1965 mit der Einführung der ärztlichen Gebührenordnung.

Seit der Institutionalisierung der Medizin arbeiten offizielle Vertreter der Berufsgruppe und des Staates zusammen, um die beiderseitigen Interessen abzugleichen. Die Kontrolle der Ärzteschaft liegt bei der Ärzteschaft selbst, allerdings ist diese Souveränität nicht absolut. Ärzte sind Bürger eines Staates und unterliegen insofern den sozialen und politischen Gegebenheiten, die respektiert werden müssen. Die letzte Kontrolle liegt beim Staat. Innerhalb dieser staatlichen Grenzen jedoch ist die Autonomie der Ärzte groß. Eingebettet in die soziale Marktwirtschaft basiert das heutige medizinische Versorgungssystem in Deutschland auf der Solidarität zwischen den Gesellschaftsmitgliedern. Jeder Arbeitnehmer muss krankenversichert sein und teilt sich mit dem Arbeitgeber die Kosten. Auch die Familie des Versicherungsnehmers ist versichert.

Die Ärzteschaft hat den gesellschaftlichen Auftrag, Krankheiten zu bekämpfen. Dieser Auftrag wird in drei Bereiche eingeteilt, nämlich Prävention, Therapie und Rehabilitation. Alle Leistungen des medizinischen Systems stehen allen Versicherten zur Verfügung. Der Zugang zu medizinischer Versorgung wird nicht beschränkt, zum Beispiel durch Altersgrenzen. Generell gibt es auch keine Wartelisten.

So hat sich der Ärzteberuf im Laufe der Zeit von einem unübersichtlichen Sammelsurium verschiedener Tätigkeiten zu einer klar definierten und abgegrenzten Profession entwickelt. Als charakteristische Eigenschaften von Professionen sind folgende Merkmale zu nennen (vgl. unter anderem Freidson, 1979: 66 ff):

- Grundlage ist die standardisierte Ausbildung, die im Falle der Ärzteschaft ein an der Hochschule erworbenes und systematisch weiterentwickeltes Expertenwissen vermittelt.
- Die Leistungen der Berufsgruppe werden weitgehend als Monopol angeboten, hierbei tritt der Staat als unterstützendes Element auf.
- Zudem ist die Tätigkeit von starker beruflicher Autonomie gekennzeichnet, was sich auch in der Tatsache spiegelt, dass sie einer

kollegialen Eigenkontrolle unterliegt und sich der Kontrolle durch Laien entzieht.

- Häufig ist mit der Profession ein hohes Sozialprestige verbunden.
- Im Falle der Profession Arzt kommen weitere Charakteristika hinzu: sie ist gekennzeichnet durch eine vielfältige Spezialisierung³⁴ und eine eigene Fachsprache.

Ärzte genießen in der Gesellschaft einen guten Ruf und sind angesehen und positiv konnotiert. Dieses zeigt auch die Allensbacher Berufsprestige-Skala (Abbildung 3), die unterschiedliche Berufe in Bezug auf ihre Wertschätzung hin vergleicht.

Die Auflistung unterschiedlicher Berufe verdeutlicht die Sonderstellung, die die Gruppe der Ärzte in der Gesellschaft einnimmt. Sie bekommt die bei weitem beste Bewertung und genießt großes Vertrauen. Häufig wird Ärzten zudem moralische Integrität unterstellt, daher kommt es vor, dass sie als Bezugsgröße bei ethischen Fragen herangezogen werden.

Abbildung 3: Das Prestige unterschiedlicher Berufe



Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach, 2003

³⁴ Im medizinischen Bereich sind circa 64 Facharztdisziplinen und Zusatzbezeichnungen bekannt.

Das Selbstverständnis der Ärzte fußt auf dem Hippokratischen Eid, dessen Inhalt sich in dem Genfer Ärztegelöbnis von 1948 abgewandelt wiederfindet³⁵. Hierin wird festgelegt, dass jegliche ärztliche Tätigkeit folgendes zum Ziel haben soll:

- das Wohl des Kranken
- die Würde des Menschen
- die Erhaltung des Lebens
- die Abwendung von Schaden
- die Vertrauenswürdigkeit des Arztes.

Die Umsetzung diese hehren Zielsetzungen ist in der modernen Apparatedizin oft nicht zu bewerkstelligen. Ärzte stehen heute nicht selten vor dem Problem, die Würde des Menschen zu wahren und gleichzeitig das Leben um jeden Preis zu erhalten.

Der Soziologe Talcott Parsons hat das Bild des idealtypischen Arztes entwickelt, dieses mit dem des Patienten in Bezug gebracht und sich eingehend mit der optimalen Arzt-Patient-Beziehung auseinandergesetzt. Er beschreibt in seinem Artikel „Struktur und Funktion der modernen Medizin“ (1958) die Rechte und Pflichten des Arztes und des Patienten, die sich aus der gesellschaftlichen Forderung ableiten, seine jeweiligen Rollen zu erfüllen, um ein „Funktionieren“ der Gesellschaft zu gewährleisten.

Parsons unterstellt dem Patienten drei bedeutsame Eigenarten: Hilflosigkeit bzw. Hilfsbedürftigkeit, fachliche Inkompetenz und emotionales Engagement. Er sieht Krankheit als abweichendes Verhalten ohne Eigenverantwortung. Die Rolle des Patienten ist gekoppelt an das Recht, sämtliche anderen Rollenerwartungen beiseite schieben zu dürfen und nicht erfüllen zu müssen. Das heißt zum Beispiel, dass ein Krankgeschriebener nicht auf seinem Arbeitsplatz erscheinen muss, um seine Rolle als Arbeiter zu erfüllen. Negative Sanktionen sind nicht zu befürchten, da der Status als Kranker hiervoor schützt. Er darf für seine Erkrankung nicht verantwortlich gemacht werden. Gleichzeitig hat der Patient die Pflicht, möglichst bald gesund werden zu wollen, dafür fachkundige Hilfe in Anspruch zu nehmen und an seiner Genesung aktiv mitzuarbeiten. Er darf sich also nicht auf Kosten der Gesellschaft in seinem Krankenstand verharren und das ihm zugestandene Recht auf Nichterfüllung der Rollenerwartungen ausnutzen.

³⁵ Das Genfer Ärztegelöbnis entstand unter dem Eindruck der fürchterlichen medizinischen Verbrechen, die im Namen des Nationalsozialismus von Ärzten verübt worden waren. Zu der Verbindung von Medizin und Nationalsozialismus siehe zum Beispiel Hanauske-Abel, 1995.

Auf Seiten des Arztes formuliert Parsons ebenfalls charakteristische Merkmale, die genau komplementär zu denen des Patienten sind: Der Arzt ist fähig, Hilfe zu geben und auch hilfsbereit, er besitzt die fachliche Kompetenz und ist emotional nicht engagiert. Für ihn ist die Situation Routine, aus der sich Rechte und Pflichten gegenüber dem Patienten ergeben. Der Arzt hat die Pflicht, alles für das Wohl seines Patienten zu unternehmen. Damit er dies leisten kann, muss er sich ständig weiterbilden und so auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Forschung sein. Als Arzt hat er jedoch auch das Recht, in persönliche Tabuzonen des Patienten einzudringen (zum Beispiel bei körperlichen Untersuchungen) und gegebenenfalls auch Handlungsweisen vorzunehmen, die unter anderen Umständen unter den Tatbestand der Körperverletzung fallen würden (zum Beispiel Injektionen, Operationen). Er muss davon ausgehen können, dass der Patient ihm vertraut und dass die Basis der Konsultation eine gute und stabile Arzt-Patienten-Beziehung ist.

Anhand dieser Beschreibung der Situationen von Arzt und Patient lässt sich auf die von Parsons unterstellte Machtverteilung zwischen beiden schließen. Der Arzt erscheint als Autorität, der sich der Patient unterzuordnen hat. Der Arzt weiß, was zu tun ist und wie es zu tun ist, der Patient ist Laie und emotional zu sehr involviert, als dass er kompetent eine eigene Meinung über Diagnose und Therapie vertreten könnte. Andererseits ist das Arzt-Patienten-Verhältnis auch ein sehr enges und „[...] so ergibt sich, daß seine Tätigkeit den Arzt in einer Weise an psychologisch bedeutsamen „privaten“ Angelegenheiten seiner Patienten „engagiert“, wie es für die meisten anderen Berufe nicht zutrifft. Manche dieser Dinge dürften anderen Personen unter normalen Umständen gar nicht zugänglich sein, andere sind es nur im Rahmen besonders intimer und persönlicher Beziehungen.“ (ebd.: 32) Auf diese Weise entsteht ein spezielles Bild der Arzt-Patienten-Beziehung, das einerseits die Abhängigkeit des Patienten und andererseits die Verantwortung des Arztes widerspiegelt.

Die Gefahr, dass der Arzt seine superiore Stellung in dieser Konstellation ausnutzt, wird von Parsons durchaus beachtet. Er postuliert, dass jede Handlungsweise innerhalb von bestimmten Orientierungsalternativen des Verhaltens abläuft. Diese werden bezeichnet als *pattern variables* und stellen Muster der Wertorientierungen und des Handelns dar. Sie lauten:

- Universalismus versus Partikularismus
- Leistung versus Zuschreibung
- funktionale Spezifität versus Diffusität

-
- affektive Neutralität versus Affektivität
 - Kollektivitätsorientierung versus Selbstorientierung

In unserer Gesellschaft sind die professionellen Berufe, speziell der Arztberuf, gekennzeichnet durch die Orientierung an jeweils den zuerst genannten Alternativen. Somit wird sichergestellt, dass ein Missbrauch der Notsituation des Patienten unterbleibt. Die im Rahmen des strukturfunktionalistischen Ansatzes erarbeiteten Kennzeichen der professionellen Berufe werden im Folgenden näher erläutert (vgl. ebd.: 33ff).

Die Orientierung am Universalismus bedeutet, dass bei der Durchführung oder Beurteilung von Handlungen allgemeine Normen bestehen, die für alle Beteiligten und alle gleichartigen Situationen gelten. Das heißt für die Medizin unter anderem die Gültigkeit der Krankheitskriterien und Symptomeinordnungen für alle Patienten. So ist zum Beispiel die Diagnose „Verbrennung dritten Grades“ exakt definiert und variiert nicht von einem Fall zum nächsten. Dieses wäre die Orientierung am Partikularismus, also jeweils am Einzelfall. Parsons bezeichnet den Universalismus auch als Schutz davor, in zu engen privaten Kontakt mit dem Patienten zu kommen. Er sagt, dass „[...] eine starke Tendenz besteht, den Arzt jenseits der spezifischen fachlichen Aufgaben, die er in seinem Beruf zu erfüllen hat, in den Kreis der persönlichen Beziehungen hineinzuziehen. Insoweit seine Rolle unmißverständlich als universalistisch definiert werden kann, wird der Arzt gegen eine solche Einbeziehung gesichert, da persönliche Freundschaften, Liebesverhältnisse und familiäre Bande ausgeprägt partikularistische Beziehungen sind.“ (ebd.: 34). Auch die Ausbildung der Ärzte ist universal organisiert. Studium, Approbationsbestimmungen und Fortbildungen sind definiert und müssen von allen Aspiranten gleich durchlaufen werden. Dieser Aspekt leitet über zu dem Begriff der Orientierung an der Leistung. Der Beruf des Arztes muss durch die Absolvierung des Studiums in eigener Leistung erworben werden und nicht etwa durch Kauf oder Erbe. Andererseits steht der Arztberuf jedem offen, der die nötige Leistung erbringt, unabhängig von Alter, Geschlecht oder sozialen Merkmalen.

Der dritte Punkt, die funktionale Spezifität, ist ein wichtiges Moment bei der Überwindung möglicher Widerstände gegen den Arzt. Praktisch gesehen bedeutet sie, dass während der Konsultation nur Handlungen ablaufen, die zu Zwecken der Diagnose oder Therapie notwendig sind. Sie garantiert eine Trennung der beruflichen Tätigkeiten des Arztes von denen übriger Lebensbereiche und somit, dass offenbarte Informationen oder Privilegien des Arztes gegenüber dem Patient nicht zweckentfremdet oder

ausgenutzt werden. Dem Arzt liegen Handlungsmuster vor. Diese kann er natürlich mit einer persönlichen Note versehen, aber von dem eigentlichen Muster darf er nicht abweichen. So entstehen Sicherheit und Vertrauen auf Seiten des Patienten.

Die Trennung der privaten von den beruflichen Bereichen ist auch bei der Bewerkstellung der affektiven Neutralität von Nutzen. Die Rolle als Arzt schützt nicht vor emotionalen Reaktionen. Antipathien oder Sympathien treten auch zwischen Ärzten und Patienten auf, sollten aber möglichst unter Kontrolle gehalten werden und dürfen im Idealfall keine Rolle spielen. Der Arzt sollte nicht affektiv sein, eventuelle Antipathien dürfen sich nicht in einer schlechteren Behandlung niederschlagen.

Zu guter letzt ist eine Orientierung am Kollektiv von Nöten. Der Arzt soll sich nicht am Patienten bereichern, er darf nicht wie ein Geschäftsmann Werbung betreiben oder über sein Honorar verhandeln. Parsons betont: „Der Schutz des Patienten gegen die Ausnutzung seiner Hilflosigkeit, seiner Inkompetenz und seiner Irrationalität stellt somit die offensichtlichste Funktion der Kollektivitätsorientierung dar.“ (ebd.: 40) Ebenso stellt er fest: „Das lässt sich dahingehend interpretieren, daß die Beziehung sich auf gegenseitigem Vertrauen aufbauen soll, auf dem Vertrauen, daß der Arzt sein Bestes tut, um dem Patienten zu helfen, und dass dieser umgekehrt auf jede ihm mögliche Weise bei der Behandlung „mitarbeitet“.“ (ebd.: 41)

Parsons Überlegungen zur Arzt- und Patientenrolle und seine Orientierungsalternativen stellen theoretische Idealtypen dar, die real in Reinform schwerlich vorkommen können. Er berücksichtigt weder die Situation chronisch Kranker, die ihre berufliche Funktion in der Gesellschaft nicht wieder werden erfüllen können, noch geht er auf Sterbende ein. Gerade für die komplexen Zusammenhänge in der Beziehung zwischen Arzt und sterbendem Patient gibt Parsons keine theoretischen idealtypischen Verhaltensweisen. Die zuvor beschriebenen sind jedenfalls auf diese Situationen nicht komplett übertragbar, der Arzt sollte sich nicht hinter einer theoretischen Vorstellung seiner beruflichen Rolle verstecken, sondern zusätzlich die menschlich-emotionale Dimension erkennen (siehe Kapitel 3).

Die Ausführungen Parsons über die idealtypischen Eigenschaften der Ärzteschaft haben definitionsgemäß nicht das Individuum, sondern theoretisch konzipierte Typen zum Thema. Die individuellen Eigenheiten jedes Einzelnen spielen jedoch keine geringe Rolle bei der Bewältigung des Studienbeginns allgemein und des Studiums der Humanmedizin im besonderen. Es wäre also nicht zuträglich für die Diskussion möglicher Auswirkungen des PK auf Studierende, wenn die persönlichen Merkmale der

Teilnehmer außer Acht gelassen würden³⁶. Inwieweit die Persönlichkeitsmerkmale der Teilnehmer einen Einfluss auf die Umgangsweise mit dem PK haben könnten, wird eingehend in Kapitel 8.3 diskutiert werden.

Ärzte werden nicht als Ärzte geboren, sondern erfahren im Laufe ihres Studiums eine Entwicklung, die stark von den universitären Strukturen geprägt ist. Die Bedeutung des PK für die angehenden Mediziner kann besser verstanden werden, wenn man ihn als Sozialisationsmechanismus sieht, welcher auf das Individuum einwirkt. Das Studium stellt eine Phase der beruflichen Sozialisation dar, in welcher mit Hilfe von formellen und informellen Aspekten medizinisches Wissen, Werte und Handlungsweisen vermittelt und gefestigt werden. Anders als zum Beispiel in den geistes- oder sozialwissenschaftlichen Fachrichtungen ist der Studiengang Medizin sehr verschult und reglementiert, dem Einzelnen bleibt kaum Freiheit in der Gestaltung des Ablaufs. Britische Studien zeigen, dass Studierende der Medizin eine größere Verpflichtung gegenüber ihrem gewählten Fach empfinden als zum Beispiel Jurastudenten. Sie sind mit der Wahl ihres Studienfaches zufriedener und würden es häufiger als Jurastudenten noch einmal wählen (vgl. Cavenagh, Dewberry und Jones, 2000).

Befragt man Menschen, die das Studium der Medizin aufgenommen haben, nach ihren Motiven, erhält man in der Regel vier unterschiedliche Antwortgruppen (vgl. Huppmann und Wilker, 1988: 224). Zunächst werden idealistisch-humanitäre Motive genannt, die den Wunsch ausdrücken, anderen zu helfen und sozial-karitativ tätig zu sein. Eine zweite Gruppe gibt als Hauptmotivation das Interesse an naturwissenschaftlichen Themen an. Aber auch die Antizipation sozioökonomischer Vorteile tritt als Motivator für das Medizinstudium auf. Finanzielle Sicherheit, soziales Ansehen und selbständiges Arbeiten erscheinen mit dem Arztberuf gekoppelt und erstrebenswert. Als vierte Kategorie werden Einflüsse von Familientraditionen und / oder Vorbildern genannt oder die Erwartungshaltung anderer, zum Beispiel der Eltern. Weber, Strebl, Weltke und Lehnert (1996) untersuchten die Erwartungen der Studienanfänger in Bezug auf die Ausbildung und den Beruf. Hierbei kamen sie zu dem Schluss, dass einer qualifizierten Lehre mit persönlichen Kontakten zu Lehrenden eine erhebliche Bedeutung beigemessen und gleichzeitig allgemein ein Massenlehrbetrieb

³⁶ Aus diesem Grund wurde in der hier durchgeführten empirischen Studie zusätzlich zu zwei Fragebögen mit der Thematik Tod und Sterben ein Persönlichkeitsfragebogen erhoben (Selbstkonzeptinventar), so dass sich zusätzlich auch ein eher psychologischer Fokus einstellt.

und eine Anonymisierung beklagt werden. Die Hälfte der Befragten schätzten ihre eigenen Berufschancen eher skeptisch ein.

Zusätzlich zu den Belastungen, die das Studium an sich durch das Lernpensum mit sich bringt, haben viele Studierende mit Sekundärproblemen zu kämpfen. Die Aufnahme des Studiums ist verbunden mit einer neuen Lebenssituation und einem neuen Status. Eine erste eigene Wohnung in einer oftmals fremden Stadt und die Trennung von vertrauten Menschen und Orten können sich zu schwerwiegenden Problemen ausweiten. Die alten Bezugsgruppen schwinden, neue müssen entdeckt und kennen gelernt werden³⁷.

Den wenigsten Studienanfängern ist bewusst, dass das System Krankenhaus eng verwandt mit dem Militär ist. Die ersten Krankenhäuser entwickelten sich unter anderem aus Lazaretten, die nach Beendigung der kriegerischen Handlungen weitergeführt wurden. Militärische Vorstellungen von Hierarchie, Kontrolle, Weisungsgebundenheit und Machtverhältnissen sind auch heute noch im System der Krankenhäuser zu finden. Diese Grundsätze werden schon zu Beginn des Studiums vermittelt. „Ärzte wurden (und werden) nach militärischen Grundsätzen ausgebildet; das heißt, Gehorsam und widerspruchsfreies Verhalten werden belobigt und positiv sanktioniert, wohingegen Widerspruch und „abweichendes Verhalten“ negativ sanktioniert werden. [...] In einem solchen Umfeld wollen sich Kreativität, soziales Engagement und einfühlsames patientenzentriertes Verhalten nur schwer einstellen. Emotionale Aufmerksamkeit und Sensibilität – das wesentliche Handwerkszeug eines guten Arztes - verkümmern hier.“ (Ruebsam-Simon, 2002) Die ursprünglichen Motive der Studierenden, Menschen helfen zu wollen und ihr anfänglicher Enthusiasmus und Idealismus können unter diesen Umständen schnell schwinden.

Der Leistungsdruck ist enorm und führt zu einem Wandel in der Einstellung zum Lernstoff. Während zu Beginn des Studiums noch der Anspruch besteht, alles zu lernen und möglichst viel Wissen aufzunehmen, kommt es jedoch in Anbetracht der Tatsache, dass das Lernpensum gar nicht zu schaffen ist, schnell zu einer Selektion dessen, was für die Prüfungen unabdingbar ist. Der Rest muss aus Mangel an Zeit und Energie vernachlässigt werden. „Dieser Prozess der Konkretisierung und Desillusionierung ist von zahlreichen Forschern minutiös belegt worden und unter dem Stichwort „Schicksal des Idealismus“ [...] in die medizinsoziologische Literatur eingegangen.“ (Siegrist, 1974: 112)

³⁷ Siehe zu diesem Themenbereich Krüger, Maciejewski und Steinmann (1982).

4.2 Die Anwendung soziologischer Theorien über die Stabilisierung und Veränderung von Gesellschaften auf den ärztlichen Sozialisationsprozess

Im Folgenden werden die Theorien von Talcott Parsons und Robert K. Merton dargestellt. Insbesondere Parsons hat sich eingehend mit der Sozialisationstheorie befasst. Er ist einer der einflussreichsten Soziologen des letzten Jahrhunderts und hat die Theorie des Strukturfunktionalismus aufgestellt. Mit ihr versucht Parsons „[...] ein abstraktes Modell zu entwickeln, mit dessen Hilfe über alle historisch-gesellschaftlichen Besonderheiten hinweg die Bedingungen genannt werden, die für die Stabilität bzw. Bestandserhaltung von Gesellschaftssystemen verantwortlich sind.“ (Baumgart, 1997: 81) Seine Überlegungen bezüglich des von ihm erstellten Strukturfunktionalismus sind von Merton kritisch gewürdigt und weiterentwickelt worden.

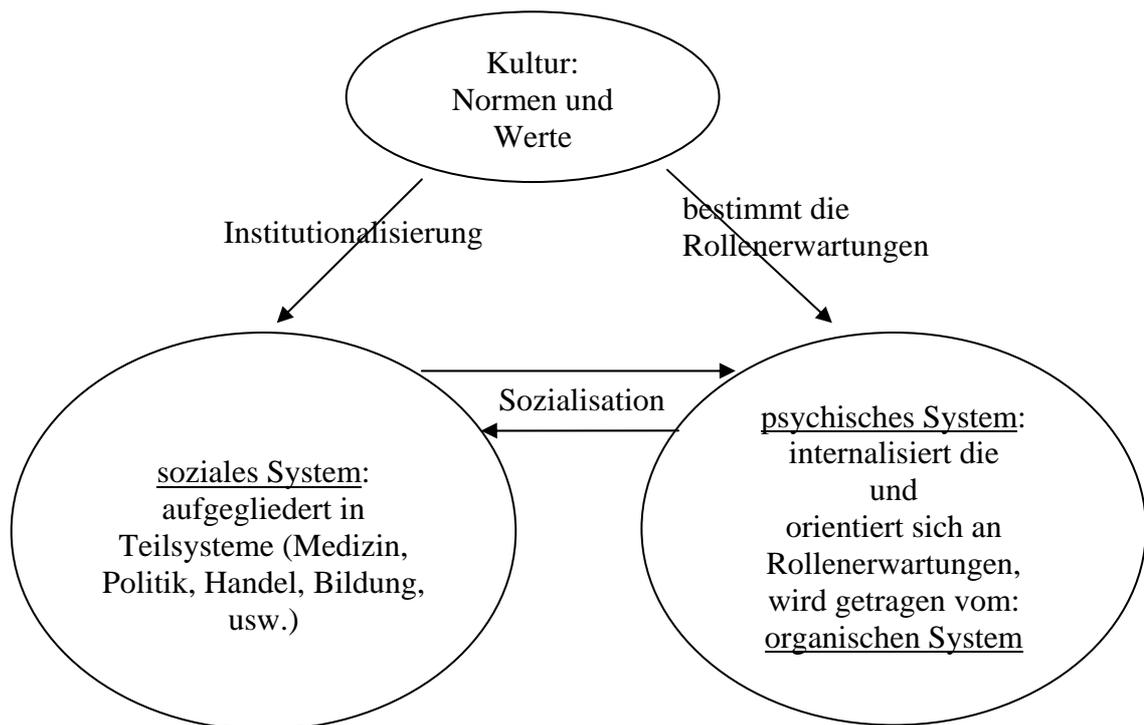
4.2.1 Die Funktion als zentraler Punkt: Der Parson'sche strukturfunktionalistische Ansatz

Im Rahmen der Theorien über die Sozialisation existieren unterschiedliche Ansätze in der Soziologie. Neben zum Beispiel den gesellschafts- und handlungstheoretischen Perspektiven, auf die hier nicht weiter eingegangen wird, existiert die strukturfunktionalistische Systemtheorie Parsons'. Da Parsons im Rahmen seines Ansatzes auch ausführlich auf den Arztberuf und die Rollen von Arzt und Patient eingegangen ist, wurde er als Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit gewählt.

Ein zentraler Begriff in der Soziologie allgemein und auch bei Parsons ist der der sozialen Rolle. Das Wörterbuch der Soziologie definiert „soziale Rolle“ als Begriff, „[...] der allgemein die Summe der Erwartungen und Ansprüche von Handlungspartnern, einer Gruppe, umfassender sozialer Beziehungsbereiche oder der gesamten Gesellschaft an das Verhalten und das äußere Erscheinungsbild (Rollenattribute) des Inhabers einer sozialen Position bezeichnet. [...] Die Ausprägung einer Rolle hängt somit von der jeweils zugrunde liegenden sozialen Position und deren Funktion sowie vom gesellschaftlichen Werte- und Normensystem ab.“ (Hillmann, 1994: 742ff) Bei seinem Versuch, ein allgemeingültiges Konzept zu erstellen, geht

Parsons davon aus, dass soziales Handeln nicht vereinzelt auftritt, sondern immer nur in Konstellationen und Verbindungen, die Parsons Systeme nennt. Er unterscheidet drei Systeme, die er organisches, psychisches und das soziale System nennt. Wie in Abbildung 4 dargestellt, ist die Kultur als Trägerin der für eine Gesellschaft relevanten Werte ausschlaggebend für die Gestaltung der Systeme.

Abbildung 4: Beziehung zwischen Kultur, sozialem und personellem System



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Parsons, 1999

Die menschliche Persönlichkeit besteht nach Parsons aus zwei Systemen, dem organischen und dem psychischen. Die Verbindung zwischen beiden wird von Hurrelmann so beschrieben: „Das organische System der menschlichen Persönlichkeit bildet die Ausgangsbasis aller Handlungsprozesse. Es versorgt die Persönlichkeit mit Energie für physiologische und psychische Grundfunktionen. Das psychische System der Persönlichkeit hat vor allem die Aufgabe, diese Antriebsenergien zu kontrollieren und in gesellschaftlich erlaubte und vorgeschriebene Bahnen zu lenken.“ (Hurrelmann, 1986: 41) Parsons orientiert sich bei seiner Konzeption von organischem und psychischem System stark an den psychoanalytischen Konzepten Freuds.

Die Kultur hat nicht nur Einfluss auf das Individuum durch die Bestimmung der übernommenen Rollen, sondern ist auch maßgeblich an der Gestaltung des sozialen

Systems beteiligt. Dieses soziale System setzt sich in der Parsons'schen Theorie aus kleineren Teilsystemen zusammen. Jedes Teilsystem trägt seinen Beitrag zum Funktionieren des Ganzen bei und entwickelt spezifische Institutionen mit Handlungsregeln. So entstehen unterschiedliche institutionelle Bereiche mit charakteristischen Vorgaben und Richtlinien. Alle Teilbereiche müssen auf einander bezogen sein und miteinander arbeiten, um einen möglichst reibungslosen Ablauf zu garantieren und damit das System als Ganzes nicht ins Schwanken gerät. Die Medizin ist beispielsweise ein Teilsystem des sozialen Gesamtsystems, das seinen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Funktionstüchtigkeit der Gesellschaft mit den ihm eigenen Institutionen, Regeln, Handlungsweisen und Vorschriften leistet. Im Krankenhaus gelten andere Verhaltensvorschriften als an der Börse oder auf dem Sportplatz, denn alle drei Orte sind jeweils anderen Teilsystemen zugehörig. Für das Funktionieren dieses Konglomerats an Teilsystemen ist die Interaktion unabdingbar. Interaktion baut auf der gemeinsamen Kultur und hier insbesondere auf dem gemeinsamen kulturellen Symbolsystem auf. Parsons Definition des sozialen Systems lautet: „Ein soziales System ist somit die Funktion einer gemeinsamen Kultur, die nicht nur die Basis der Interkommunikation seiner Mitglieder bildet, sondern auch den relativen Status seiner Mitglieder definiert und deshalb in gewissem Sinn bestimmt.“ (Parsons, 1999: 31)

Parsons geht bei seinen Überlegungen, wie sich die Stabilität einer Gesellschaft reproduziert, davon aus, dass der Prozess der Sozialisation die zentrale Instanz darstellt. Während der Sozialisation werden Rollen der unterschiedlichen Teilsysteme gelernt und übernommen. „Sozialisation ist im Begriffsverständnis von Parsons der Vorgang der Übernahme und Verinnerlichung der Wertvorstellungen und Rollennormen der sozialen Umwelt.“ (Hurrelmann, 1986: 42) Diese Übernahme erfolgt quasi zwangsläufig. Jedes Mitglied der Gesellschaft hat Bedürfnisse, die durch den kulturellen Hintergrund bestimmt werden, und versucht, diese Bedürfnisse zu befriedigen. Die Möglichkeit der Bedürfnisbefriedigung ist abhängig von dem Erlernen sozialer Rollen. „Sozialisation wird bei Parsons zunächst als gesellschaftliche Formung der Bedürfnisdispositionen verstanden, die in konformem Rollenhandeln befriedigt wird. Darüber hinaus ist Sozialisation ein Prozeß, in dem grundlegende Wertorientierungen erworben werden, die zum erfolgreichen Rollenhandeln erforderlich sind.“ (Tillmann, 1997: 94) Erfolgreiches Rollenhandeln ist demnach für Parsons Ergebnis der Sozialisation und Voraussetzung für das Bestehen der Gesellschaft.

Jede Rolle, die in einer bestimmten Gesellschaft entstanden ist, erfüllt eine spezielle Funktion in eben dieser Gesellschaft. Da eine Tendenz zur Spezialisierung unterstellt wird, entstehen neben Rollen, die nahezu von jedem eingenommen werden im Laufe des Lebens (speziell Rollen innerhalb des Verwandtschaftssystems, zum Beispiel Tochter- oder Sohnrolle) auch solche, die nur von wenigen ausgefüllt werden. Dieser Zustand, dass nicht alle Gesellschaftsmitglieder alle Rollen und damit alle Funktionen tragen, hat einen Effekt auf das Zusammenleben in einer Gesellschaft. Parsons formuliert: „Die Differenzierung von Rollen hat eine sehr wichtige Implikation. In dem Grad, in dem sich ein Individuum einer spezialisierten Rolle widmet, wird es von anderen Individuen hinsichtlich der Funktion abhängig, die es selbst nicht mehr ganz oder in zureichendem Maß ausfüllt.“ (Parsons, 1994: 204) Das bedeutet, dass die einzelnen Mitglieder einer Gesellschaft voneinander abhängig sind und nur durch das soziale Miteinander überleben. Soziale Handlungen sind nach Parsons nur dann möglich, wenn ein Gleichgewicht zwischen dem sozialen, dem psychischen und dem organischen System besteht. „Ein Gleichgewichtszustand ist z.B. dadurch gegeben, daß die kognitive und motivationale Struktur eines Menschen sich in Übereinstimmung mit den Strukturen des sozialen Systems, in dem die Erwartungen des kulturellen, politischen und ökonomischen Systems institutionalisiert sind, befindet.“ (Hurrelmann, 1986: 42)

Zu Beginn des Lebens steht der Mensch in erster Linie in Beziehung zu seiner Mutter, später multiplizieren und differenzieren sich die Rollen, die ein Mensch übernimmt bzw. mit denen er umgeht. Die zeitliche Abfolge beschreibt Parsons als Entwicklung immer komplexer werdender Rollensysteme, mit denen das Individuum interagieren muss. Die einfach strukturierte Beziehung zwischen Mutter und Kind erweitert sich rasch, wenn die Kernfamilie hinzukommt. Später folgen die Rollensysteme, die sich in Bezug auf die Gruppe der Gleichaltrigen und die Schule entwickeln. Danach ergeben sich immer vielschichtiger Differenzierungen von Rollen, die im Berufsleben, in der eigenen Familie oder anderen gesellschaftlichen Bereichen angenommen werden. Hurrelmann fasst zusammen: „Die Sozialisationsgeschichte eines Individuums besteht für Parsons im Durchlaufen einer Hierarchie unterschiedlich strukturierter und sich zunehmend differenzierender Rollenbeziehungen.“ (1986: 43)

Die Theorie Parsons hat bei kritischer Betrachtung Punkte, die durchaus diskutabel sind. So ist sie in der Grundtendenz „[...] auf Konsens mit den herrschenden Verhältnissen, also auf konformes Handeln ausgerichtet. Auch die durch Klassen- und

Schichtungsstrukturen fixierten Privilegien und Wohlstandsdifferenzen sind in dem als allgemeine Sozialisationstheorie konzipierten Ansatz des Rollenspieler irrelevant.“ (Heinz, 1995: 54) Die Möglichkeit von Konflikten zwischen den einzelnen Systemen tritt in den Hintergrund, ebenso die Betrachtung der Individuation und Autonomie. Der Schwerpunkt liegt auf der Anpassung und Vergesellschaftung. Der Einzelne wird eher als Assimilant an eine übermächtige Gesellschaft verstanden denn als aktiver Gestalter derselben.

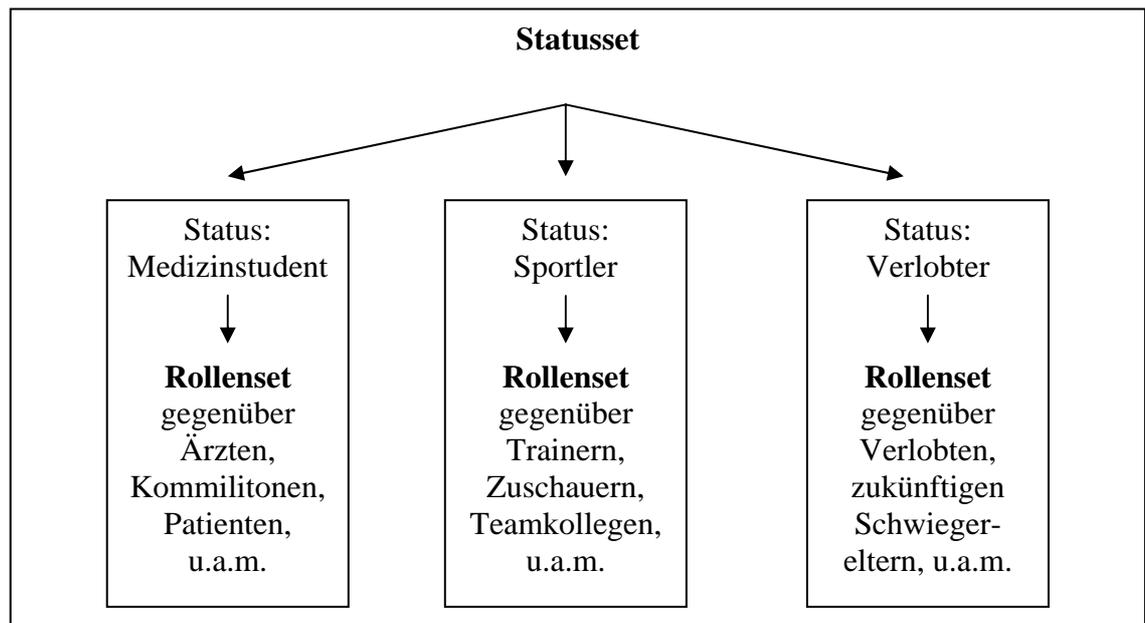
4.2.2 Kritik und Weiterentwicklung der Parson'schen Theorie: Das Konzept Mertons

Kritik an den Ausführungen Parsons' führt einer seiner Schüler und spätere Kollege an, der amerikanische Soziologe Robert K. Merton. Im Zentrum seines Werkes steht nicht die Frage, wie Gesellschaft sich stabilisiert und unverändert fortbesteht, sondern wie sozialer Wandel und soziale Konflikte funktionalistisch erklärt und analysiert werden können. Diese Ausführungen, die sich auf gesellschaftliche Systeme allgemein beziehen, lassen sich sehr gut auf das medizinische System übertragen. Während der beruflichen Sozialisation von angehenden Medizinern bestimmt insbesondere der hierarchische Aufbau des Krankenhauswesens die Art und Weise, wie sich die Sozialisanden in das gegebene Gefüge einfinden und in welchem Maße ihnen Kritik zugestanden wird.

Merton führt den Begriff des Rollensets ein (vgl. Merton, 1995: 350ff). Jeder Mensch nimmt in einem sozialen System bestimmte Positionen ein, die den sozialen Status definieren. Das Ausagieren der an diesen Status gebundenen gesellschaftlichen Erwartungen ist die Rolle. Man könnte also den Status als Beschreibung der passiven Anteile einer in der Gesellschaft eingenommenen Position betrachten, die Rolle als deren aktiven Anteil. Ausgehend von der Überlegung, dass mit einem bestimmten sozialen Status nicht nur eine, sondern eine ganze Reihe von Rollen verbunden ist, definiert Merton „jenes Bündel von Rollenbeziehungen [...] die die Personen Kraft der Tatsache haben, daß sie einen bestimmten sozialen Status einnehmen“ als Rollenset (ebd.: 350). Als Beispiel führt Merton den Status des Medizinstudenten an. Zu diesem Status gehört nicht nur die Rolle, die er gegenüber seinen Professoren einnimmt,

sondern ebenso die gegenüber Kommilitonen, Pflegepersonal, Patienten usw. Das heißt, dass ein Rollenset jeweils an einen bestimmten Status gebunden ist. Demgegenüber ist der Statusset das Bündel verschiedener Positionen, die ein Mensch einnimmt. Zur Verdeutlichung dieser Begrifflichkeiten siehe Abbildung 5.

Abbildung 5: Beispiel zur Verdeutlichung der Begriffe Statusset und Rollenset



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Merton, 1995

Bezieht man in dieses Modell nun als weitere Komponente den zeitlichen Verlauf ein, entsteht der Begriff der Sequenz. Merton schreibt hierzu. „Rollenset und Statusset sind strukturelle Begriffe und bezeichnen Bestandteile der Sozialstruktur zu einem gegebenen Zeitpunkt. Betrachtet man sie in ihrer Veränderung im Zeitablauf, wird eine Statusabfolge, die häufig genug auftritt, um sozial bedingt zu sein, als *Statussequenz* bezeichnet, im Fall des Medizinstudenten zum Beispiel die nacheinander eingenommenen Statuspositionen des Famulus, Assistenzarztes und niedergelassenen Arztes. Entsprechend können natürlich auch *Sequenzen von Rollensets* und *Statussets* beobachtet werden.“ (ebd.: 351, Hervorhebung im Original) Jeder Mensch bewegt sich also dementsprechend in seiner Struktur aus Rollensets und Statussets, die sich über die Zeit hinweg verändern und modifizieren können. Aber nicht nur Rolle und Status sind vom kulturellen Hintergrund geprägt, sondern auch die persönlichen Ziele, die man sich setzt und die Möglichkeiten, diese erstrebten Ziele zu erreichen.

Nach Merton können nämlich in allen Gesellschaften zwei Elemente unterschieden werden, die sich analytisch trennen lassen, in der konkreten Situation allerdings ineinander über gehen. Auf der einen Seite sieht Merton die kulturell festgesetzten Ziele, die der Mensch im Laufe seines Lebens erreichen möchte. Diese von der Kultur als erstrebenswert definierten Ziele können ganz unterschiedlicher Natur sein. Es kann sich hierbei zum Beispiel um das Ziel handeln, möglichst viel Geld zu bekommen oder aber einen hohen Grad an Bildung zu erreichen oder auch eine große Familie zu haben. Die unterschiedlichen Ziele sind vielfältig, so wie die unterschiedlichen Kulturen vielfältig sind³⁸.

Jede Kultur bestimmt allerdings nicht nur die Ziele, sondern auf der anderen Seite auch die Mittel und Wege, die erlaubt sind, um diese Ziele zu erreichen. Merton schreibt hierzu: „Ausnahmslos jede soziale Gruppe koppelt ihre kulturellen Ziele an bestimmte Regeln, die in den Sitten oder den Institutionen verankert sind und festlegen, welche Verfahren zulässig sind, um sich auf diese Ziele zuzubewegen.“ (ebd.: 128) Für das Erstreben von Zielen existieren Vorschriften, Erlaubnisse und Verbote, die beachtet werden müssen, da sonst negative Sanktionen zu erwarten sind. Viele Wege, die einigen als effizient erscheinen, um zum Ziel zu gelangen, sind ausgeschlossen aus dem Repertoire des erlaubten Verhaltens. Hierzu können zum Beispiel Betrug, Ausübung von Gewalt oder Machtmissbrauch zählen. Merton konstatiert auf diese Weise, dass die Wahl der Mittel zur Erreichung der kulturellen Ziele durch institutionalisierte Normen eingeschränkt wird. Das Verhältnis zwischen diesen beiden Elementen kann sich dabei ebenso wandeln wie die Elemente selbst.

Das Verhältnis zwischen Weg und Ziel charakterisiert unterschiedliche Typen von Gesellschaften. Merton beschreibt zwei Extremfälle. Eine Gruppe, die kulturellen Zielen nahezu ihre gesamte Beachtung schenkt und wenig Akzente auf die Art und Weise der Erreichung dieser Ziele legt, nennt Merton den „Typus der schlecht integrierten Kultur“. Er bedeutet, dass in diesem Extremfall alle Verfahren erlaubt wären, „[...] die ein Erreichen des allwichtigen Zieles verheißen.“ Der entgegengesetzte Extremfall wäre die Annahme der puren Konformität als zentraler Wert. Wenn der Sinn einer Praktik vergessen und die Praktik als solche ritualisiert wird, tritt die ursprüngliche Zielsetzung völlig in den Hintergrund. Der genaue Ablauf des vorgegebenen Handelns wird so zum Selbstzweck (vgl. ebd.: 129).

³⁸ Merton bezieht sich in seinen Ausführungen zum größten Teil auf die in der amerikanischen Kultur verankerten Ziele des wirtschaftlichen und materiellen Wohlstandes. Seine Theorie ist natürlich auch auf andere Kulturen und Ziele anwendbar.

Merton nimmt diese Gedanken zum Ausgangspunkt seiner Überlegungen, wie anomales Verhalten entsteht. Seine zentrale These lautet, „[...] daß das anomale Verhalten soziologisch als ein Symptom der Dissoziation von kulturell vorgeschriebenen Ansprüchen und sozial strukturierten Wegen zur Realisierung dieser Ansprüche angesehen werden kann.“ (ebd.: 130) Wenn also die kulturell gegebenen Ziele, die ein Mensch internalisiert hat, mit den gleichfalls kulturell vorgegebenen Möglichkeiten, das heißt, den institutionalisierten Normen, nicht erreicht werden können, entsteht Verhalten, das den Normen nicht mehr entspricht, also anomal ist.

Das Konzept des Zusammenspiels zwischen Ziel und Mittel ist bei Merton nicht nur grundlegend für die Erklärung von Anomie. Er betrachtet ebenso die Anpassung und unterscheidet unterschiedliche Typen der individuellen Anpassung an ein Kulturmuster, je nachdem, ob kulturelle Ziele und institutionelle Mittel akzeptiert oder abgelehnt werden. Diese Typen sind in Tabelle 3 aufgelistet.

Tabelle 3: Mertons Typen der Anpassung an Muster kultureller Ziele und institutioneller Mittel

	kulturelle Ziele	institutionelle Mittel
Konformität	Annahme (+)	Annahme (+)
Innovation	Annahme (+)	Ablehnung (-)
Ritualismus	Ablehnung (-)	Annahme (+)
Rückzug	Ablehnung (-)	Ablehnung (-)
Rebellion	Ersatz durch neue Ziele (+ / -)	Ersatz durch neue Mittel (+ / -)

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: Merton, 1995: 135 ff³⁹

Die fünf Typen der Anpassung sollen im Folgenden näher erläutert werden.

Konformität ist die Bezeichnung Mertons für die Akzeptanz und Annahme sowohl der kulturellen Ziele als auch der institutionellen Mittel. Dieser Typ ist der übliche und am weitesten verbreitete, er ist der Grundstock für die Stabilität und Kontinuität einer Gesellschaft überhaupt (vgl. ebd.: 136).

Werden jedoch nur die kulturellen Ziele einer Gesellschaft angenommen, die institutionalisierten Mittel allerdings nicht, führt das dazu, dass vermehrt ganz neue Wege gesucht werden, um zum Ziel zu gelangen. Die Risikobereitschaft steigt und unerlaubte oder halblegale Mittel werden billiger in Kauf genommen. In einer

³⁹ Cave: In der Ausgabe von 1995 beinhaltet die Tabelle auf Seite 135 einen Druckfehler!

Gesellschaft, die Reichtum besonders hoch bewertet und als großes Ziel vor Augen hält und gleichzeitig Bahnen zur Erreichung dieses Zieles verengt oder gar versperrt, können deviante Menschen schnell zu Ruhm gelangen. Als Beispiel verweist Merton auf den Respekt, den zum Beispiel Al Capone teilweise genossen hat. „Wer sich in den Niederungen der sozialen Struktur befindet, den stellt die Kultur vor unvereinbare Anforderungen. Auf der einen Seite verlangt sie von ihm, sein Verhalten an der Aussicht auf großen Reichtum zu orientieren [...], auf der anderen Seite enthält sie ihm die Chancen, dies erfolgreich mit institutionellen Mitteln zu tun, weitgehend vor. Die Folge dieser strukturellen Ungereimtheit ist eine hohe Devianzrate.“ (ebd.: 141) Merton fasst diesen Anpassungstyp unter dem Begriff der Innovation zusammen. Sein Wesen drückt sich in dem Sprichwort „Der Zweck heiligt die Mittel.“ aus.

Der umgekehrten Fall ist der Ritualismus. Hier treten die Ziele in den Hintergrund oder werden heruntergeschraubt, es entsteht das Syndrom des Sozialritualismus. Merton sagt hierzu: „Der Grundtenor all dieser Einstellungen ist, daß hohe Ansprüche nur in Frustration und Gefahr führen, niedrige Ansprüche dagegen zu Zufriedenheit und Sicherheit. Dies ist die Reaktion auf Verhältnisse, die als bedrohlich erlebt und mit Mißtrauen betrachtet werden.“ (ebd.: 145) Bedrohung und Misstrauen sind hier die Initiatoren für das überkonforme Verhalten und die ritualisierte Erfüllung normativer Erwartungen. Fehlt in der Organisation die soziale Sicherheit in den Beziehungen zwischen den Individuen, wird dieses Manko mit ritualisiertem Festhalten an übernommenen Regeln und Praktiken ausgeglichen. Die eigentlichen Ziele werden zunehmend unwichtig, wohingegen die gesicherten Abläufe und institutionellen Normen in den Vordergrund treten. Das Individuum reagiert dann mit Überanpassung, wenn „[...] die Statusangst und die Angst, den institutionellen Erwartungen nicht gewachsen zu sein, durch die Struktur der Verhältnisse nicht gemildert wird.“ (ebd.: 177) Strukturimmanente Unsicherheit und Misstrauen zwischen den Einzelnen fördert also überangepasstes Verhalten.

Diese These Mertons ist von besonderer Bedeutung bei der Betrachtung der beruflichen Sozialisation von angehenden Medizinern. Das Ziel, Mediziner zu werden und Menschen zu helfen, tritt kurz nach Studienbeginn in den Hintergrund. Das übergroße Lernpensum und die Furcht zu versagen lässt den Horizont schrumpfen und macht einer Desillusionierung Platz (vgl. Sigrist, 1974: 112). Zumeist gilt die Orientierung nicht mehr dem ursprünglichen Ziel, sondern nur noch der jeweils nächsten Prüfung. Diese

Veränderung hin zum Merton'schen Ritualismus ist bedenklich besonders im Hinblick auf den späteren Umgang der Ärzte mit Patienten.

Werden sowohl die kulturellen Ziele als auch die institutionalisierten Mittel abgelehnt, kann man genaugenommen nicht mehr von einer Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft sprechen. Menschen mit diesem Verhaltensmuster teilen den Bezugsrahmen der gesellschaftlichen Werte nicht mehr und fallen so gewissermaßen „aus dem Rahmen“. „Soziologisch sind sie die eigentlich anderen.“ (ebd.: 147) Merton beschreibt dieses Verhalten mit dem Begriff des Rückzugs.

Während beim Typus des Rückzugs die Normen einer Kultur abgelehnt und nicht beachtet werden, versucht der Typus der Rebellion, die abgelehnten kulturellen Ziele und institutionalisierten Mittel durch andere zu ersetzen. Rebellion „[...] setzt die Entfremdung von den herrschenden Zielen und Normen voraus. Diese werden als etwas völlig Willkürliches angesehen. Und was willkürlich ist, kann natürlich weder Treue beanspruchen, noch Legitimität besitzen, könnte es doch ebensogut anders sein.“ (ebd.: 150) Und eben dieses „andere“ wird angestrebt.

Neben seinen Überlegungen zu kulturell vorgegebenen Zielen und den dazugehörigen institutionellen Mitteln, sie zu erreichen, hat Merton auch die Theorie der Bezugsgruppen aufgestellt. In Anbetracht der Tatsache, dass Bezugsgruppen insbesondere bei der Betrachtung der Situation junger Medizinstudierender von enormer Bedeutung sind, werden die grundsätzlichen Thesen Mertons im Folgenden erläutert.

Die Bezugsgruppentheorie Mertons basiert auf den initialen Gedanken von Herbert H. Hyman. Er definierte Bezugsgruppen als Orientierungsmaß für den Einzelnen. Dieses ist in zweifacher Hinsicht von Bedeutung. Das Individuum orientiert erstens sein eigenes Verhalten, seine Normen und seine Einstellungen an denen seiner Bezugsgruppe. Hierbei kann die Bezugsgruppe als Vorbild oder aber als Negativbeispiel fungieren. Bezugsgruppen sind zudem zweitens von besonderer Bedeutung bei der Einschätzung der eigenen Situation, der eigenen Befriedigung bzw. Nichtbefriedigung. Indem zwischen der persönlichen Lage und der Lage der Bezugsgruppen verglichen wird, kann das Maß der relativen Deprivation, wie Merton es nennt, ermessen werden. Der Begriff der relativen Deprivation dient dem theoretischen Zweck der Vermittlung und der Interpretation von Ergebnissen (vgl. Merton, 1995: 221).

Die Theorie gibt als Vergleichsgruppen drei unterschiedliche Typen an. Zunächst gibt es den Vergleich mit der konkreten Situation anderer Menschen, mit denen man in einer realen Beziehung steht. Eine zweite Vergleichsbasis besteht aus Menschen, mit denen zwar kein reeller Kontakt besteht, die aber in der relevanten Hinsicht den gleichen Status haben oder der gleichen sozialen Kategorie angehören. Als dritte Vergleichsmöglichkeit postuliert Merton die Situation von Menschen, zu denen kein direkter Kontakt besteht und deren Status oder soziale Kategorie von der eigenen abweicht (vgl. ebd.: 222)

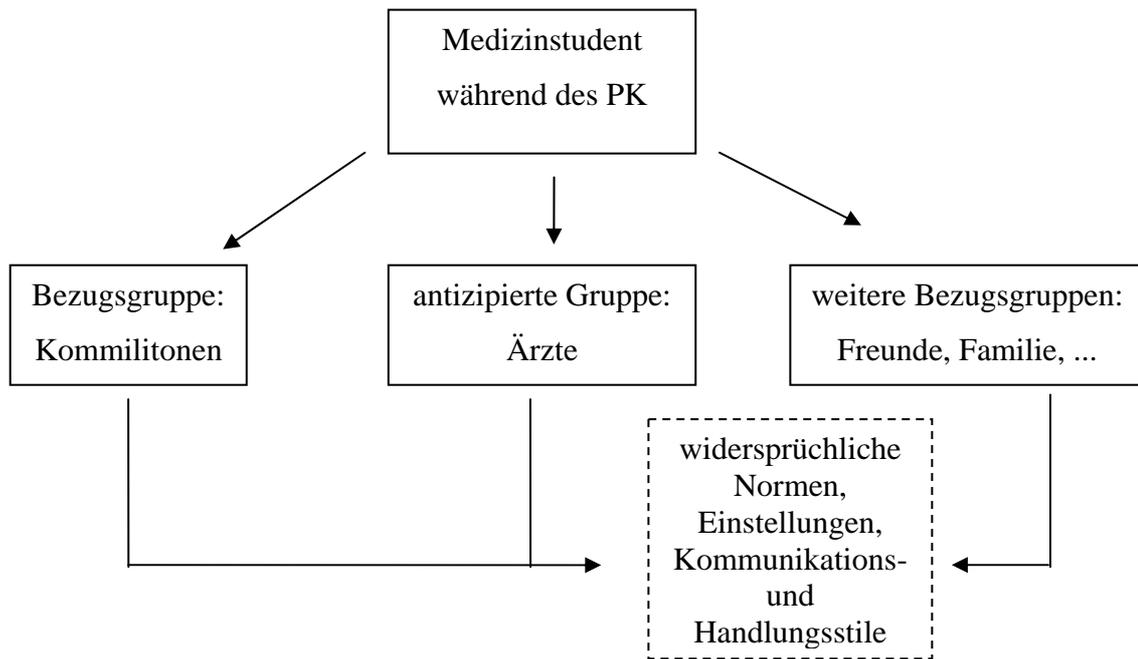
So kann es zum Beispiel zu folgender Aussage kommen: Mir geht es finanziell in etwa ebenso gut wie meinen Kollegen. Auch bei Betrachtung der bundesweiten Situation der Menschen mit meinem Beruf kann ich mich nicht beklagen. Im Vergleich zu der Gruppe der Millionäre bin ich allerdings sehr arm.

Im Allgemeinen kommen diese drei Typen der Vergleichsgruppen nicht in Reinform, sondern als Mischform vor. Weiterhin unterscheidet Merton zwischen den Eigen- bzw. Mitgliedsgruppen und den Außen- bzw. Nichtmitgliedsgruppen, je nachdem, ob zwischen dem vergleichenden Subjekt und den zum Vergleich herangezogenen Personen eine dauerhafte Sozialbeziehung besteht. Die Anzahl der Bezugsgruppen ist beliebig groß.

„Bezugsgruppen gibt es im Grunde unzählig viele: Jede Gruppe, deren Mitglied man ist, und dies sind relativ wenige, wie auch die Gruppen, deren Mitglied man nicht ist, und diese sind natürlich Legion, können zu Bezugsgrößen für die Bildung der eigenen Einstellungen, Bewertungen und Verhaltensweisen werden.“ (ebd.: 225) Die Bezugsgruppentheorie versucht nun „[...] Determinanten und Folgen jener Prozesse der Einschätzung und Selbsteinschätzung zu systematisieren, bei denen eine Person die Werte oder Standards anderer Personen oder Gruppen als Vergleichsrahmen heranzieht.“ (ebd.: 225)

Der Medizinstudent im PK findet sich in einer Situation, die geprägt ist von Erfahrungen, die in dieser Weise nur Menschen machen, die entweder seiner Bezugsgruppe der Kommilitonen zugehörig sind, oder aber seiner Bezugsgruppe der Ärzte, also seiner antizipierten Gruppe. Mit keiner anderen Bezugsgruppe (Freunde, Familie etc.) kann er die im PK erfahrenen und gemachten Dinge teilen. Ganz im Gegenteil, häufig widersprechen sich die Normen der medizinischen und der anderen Bezugsgruppen (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Bezugsgruppen der Medizinstudenten während des PK



Quelle: eigene Darstellung

Die Ausübung des Arztberufes setzt voraus, dass bestimmte Tabubestimmungen der Gesellschaft überschritten werden. Diese Überschreitungen beginnen früh im Studium mit den Handlungen im PK. Gesellschaftlich anerkannte Tabus werden im PK verletzt (Zerstörung toter menschlicher Körper), hierdurch entstehende Affekte dürfen nicht offen gezeigt, sondern müssen in akzeptierte Bahnen kanalisiert werden. Dieser gesellschaftlich vorgegebene Zwang der Affektkontrolle, der vom Individuum internalisiert worden ist, ist bereits von Elias beschrieben worden (vgl. Elias, 1993).

Das universitäre System und die Strukturen des medizinischen Apparates sind nach Schwaiger und Bollinger notwendig, um den Studienanfänger zum Arzt zu „deformieren“. Sie betonen den PK als notwendigen Bestandteil des „heimlichen Curriculums“, das inoffizielle Lernziele und Qualifikationen vermittelt. Nach ihrer Auffassung hat das „heimliche Curriculum“ des Anatomiekurses zum Ziel „[...] dem angehenden Arzt beizubringen, mit zivilisatorischen Selbstverständlichkeiten, vor allem Scham-, Ekel- und Distanzgrenzen und Aggressionstabus anders und neu umzugehen. Die strategische Bedeutung des Anatomiekurses liegt u.E. darin, daß solche zivilisatorischen Selbstverständlichkeiten zunächst zerstört werden (Entgrenzung) und

dann differenziert, den Anforderungen des Berufs entsprechend, neu strukturiert werden.“ (Schwaiger und Bollinger, 1981: 28)

Im PK wird nicht nur anatomisch-fachliches Wissen vermittelt, sondern zudem die von Parsons aufgestellten Orientierungsalternativen eingeübt. Universell gültige Tatsachen werden an der Leiche aufgezeigt. Nur wer Leistung erbringt und praktische Arbeit an der Leiche verrichtet, kann den PK erfolgreich absolvieren. Ebenso wird darauf geachtet, dass das Arbeiten funktional spezifisch ist, zielgerichtet und möglichst losgelöst von jeglicher Affektivität. Ermöglicht wird die Orientierung an diesen Handlungsrichtlinien indem das Selbst zurückgestellt wird und das Kollektiv in den Vordergrund tritt.

Das konkrete praktische Arbeiten an der Leiche wird flankiert von unscheinbaren, aber nichtsdestotrotz wichtigen Begleitumständen, die eine große Rolle bei der Sozialisation spielen (vgl. hierzu ausführlich Hafferty, 1991). Zum ersten Mal empfinden die Studierenden, dass sie eine Sonderstellung einnehmen: sie dürfen exklusiv den Präpariersaal betreten, Angehörige anderer Fakultäten haben keinen Zugang. Der Kittel, das eigene Präparierbesteck und das Durchführen des Waschrituals, welches an die Chirurgie erinnert, tragen das ihrige dazu bei, dass sich unbewusst eine Identifizierung mit dem Arztberuf einstellt.

Als besonders wichtiger Punkt ist das Erlernen der medizinischen Fachsprache anzuführen, das das Zugehörigkeitsgefühl zur eigenen und zur antizipierten Gruppe stärkt. Das Erwerben der medizinischen Sprache vermittelt Sicherheit und Gruppenzugehörigkeit. Nach Hafferty (1988: 345) spielt die Sprache „[...] a pivotal role in transmitting group culture to newcomers, establishing orienting principles, defining areas and elements of social control, and setting up lines of demarcation, particularly in differentiating insiders from outsiders and marking one’s progress from one camp to the other.“

Heim und Schuller (1992: 59) formulieren: „Für den Medizinstudenten ist die Anatomie der Ort seiner „Transsubstantiation“. Nach dem Präparierkurs ist er ein anderer. Das beginnt beim Tragen des weißen Kittels, dem Gebrauch des Präparierbestecks, der Verwendung von Handschuhen und endet bei Distanzierung und Differenz.“ Meist unbewusst tritt eine Veränderung der psycho-sozialen Mechanismen der Medizinstudenten ein.

Aus der Zusammenführung der Theorien Mertons und der Situation während des PK wird abgeleitet, dass die Situation im PK zu einer schnellen und unkritischen

Rollenübernahme und zu einer starken Orientierung an Normen und Werten des medizinischen Systems führt. Eine eingehende Diskussion dieser These erfolgt in Kapitel 8.4.

Das Hineinwachsen in unterschiedliche Gruppen und die Orientierung an eigenen, fremden und angestrebten Gruppen hat zu allen Zeiten stattgefunden und ist in der vorliegenden Arbeit unmittelbarer Ausgangspunkt für die Frage nach der modernen Sozialisation von Ärzten und den charakteristischen Merkmalen des Arztberufes. Die Bedeutung des PK als Sozialisationsmechanismus während der Einstiegsphase in die Medizin ist nicht zu unterschätzen. Er ist ein wichtiger Abschnitt auf dem Weg zum Arzt. Hier werden zum ersten Mal konkrete medizinische Handlungen vorgenommen, das Vokabular und die Symbole des Arztes werden übernommen und gelernt, bis sie unmerklich zur Normalität werden.

5 Das Wissen um die eigene Sterblichkeit: Todesfurcht

Die Messung der Einstellung zu Sterben und Tod und PK wurde in der vorliegenden Studie auch durch den Aspekt der Todesfurcht operationalisiert. Das folgende Kapitel befasst sich eingehend mit der Furcht vor dem Tod, die wohl in dieser Form dem Menschen vorbehalten ist.

Das Unterkapitel 5.1 erläutert soziologische und psychologische Aspekte der Todesfurcht, unter anderem auch die Entwicklung derselben beim Menschen. Die Versuche, Todesfurcht empirisch mit Hilfe von Fragebögen zu erheben, werden in Kapitel 5.2 dargestellt. Dies erfolgt inklusive der Darstellung theoretischer Konstruktionen von Todesfurcht. Das Kapitel 5.3 schließlich erläutert Ergebnisse der Todesfurchtforschung.

Für das weitere Verständnis ist es notwendig, genaue Definitionen zu geben, das heißt, Todesfurcht und Todesangst voneinander zu unterscheiden. Todesfurcht ist im Folgenden die Bezeichnung einer Emotion, die entstehen kann bei dem Bewusstwerden der eigenen Sterblichkeit, ohne dass eine tödliche Bedrohung tatsächlich gegeben ist. Todesangst dagegen wird verstanden als Reaktion auf eine konkrete Situation, die als lebensbedrohlich empfunden wird (vgl. zum Beispiel Wittkowski, 1993). Hensle führte

diese Unterscheidung 1977 ein, sie ist in der Thanatologie allgemein anerkannt (vgl. Hensle, 1977: 547f). Die Ausprägung und eventuelle Veränderung der Todesfurcht ist empirisch zu erfassen und messbar, während eine Untersuchung der Todesangst ethisch nicht zu vertreten ist.

5.1 Soziologische und psychologische Aspekte der Todesfurcht

Dass der Tod und die Furcht vor ihm eines der zentralen Themen der Menschheit ist, belegt die Tatsache, dass das älteste erhaltene Schriftstück der Menschheitsgeschichte sich hiermit befasst. Es ist dieses das Gilgamesch-Epos, welches die Unvermeidlichkeit des Todes und die Furcht der Menschen vor ihm zum Thema hat⁴⁰. Man kann davon ausgehen, dass die Geschichte von Gilgamesch aus der Zeit ungefähr 4000 bis 5000 v. Chr. stammt. In dieser ersten literarischen Bearbeitung des Themas treten gleichzeitig mit der Erkenntnis um die Unvermeidbarkeit des Todes die Furcht vor dem Tod und der Wunsch nach Unsterblichkeit auf. Dieses Grundthema des Lebens ist häufig zu finden und wird in Mythen und Geschichten vieler Kulturen behandelt.

Was es tatsächlich bedeuten kann, unsterblich zu sein, macht Jonathan Swift einige Jahrtausende nach dem Gilgamesch-Epos in seinem Buch „Gullivers Reisen“ aus dem Jahre 1726 auf satirische Weise klar. Er behandelt in seinem sozialkritischen Werk unter anderem auch den uralten Menschheitstraum von der Unsterblichkeit und beschreibt in diesem Zusammenhang das Land Luggnagg, in welchem der Held die seltenen Struldbruggs kennen lernt. Diese ganz speziellen Menschen sind mit einem Mal über der linken Augenbraue gekennzeichnet, das ihre Unsterblichkeit anzeigt. Nach anfänglicher Begeisterung und großem Neid auf die scheinbar so Glücklichen muss Gulliver seine Meinung jedoch revidieren, als er sich diese endlose Leben näher betrachtet⁴¹.

⁴⁰ Gilgamesch ist ein Fürst, dessen Herrschaft in die Zeit kurz nach der Sintflut einzuordnen ist. Die erschreckende Erkenntnis, dass er eines Tages sterben wird, versetzt ihn in Panik. Nach großen Strapazen gelingt es ihm, von dem weisen Utnapischtim, der dem biblischen Noah entspricht, den Weg zum Urozean tief in der Erde zu erfahren. Hier pflückt er das Wunderkraut, das unsterblich macht. Bei einer Rast auf dem Rückweg allerdings wird das Kraut von einer Schlange gefressen, die sich wenig später häutet und verjüngt. Gilgamesch jedoch hat das Kraut verloren und bleibt sterblich, wie es das Schicksal aller Menschen ist.

⁴¹ Nach ihrem dreißigsten Lebensjahr werden die Struldbruggs melancholisch und niedergeschlagen, ab ihrem achtzigsten Lebensjahr leiden sie unter allen Arten von Krankheiten. Sie beneiden die Jugend um ihre Laster und die Alten um den Tod und sind getrieben von einem Verlangen nach Dingen, die sie

Diese zwei Beispiele können nur einen kleinen Einblick geben darüber, wie sehr der Tod und der Wunsch nach Unsterblichkeit die Menschen bewegt und welch großes Thema dementsprechend der Tod und die Angst vor ihm in der Literatur und der Kunst ist. Bedeutende Denker haben sich mit der Sterblichkeit auseinander gesetzt.

Georg Simmel beschreibt den Tod als Tatsache, die schon vor ihrem Eintreten das Leben der Individuen bestimmt. Er ist das Strukturelement des Lebens. „Der Tod steht nicht wie ein Schicksal vor uns, das in irgendeinem Augenblick eintreten wird, vorher aber nur als Idee oder Prophezeiung, als Furcht oder Hoffnung da ist, ohne in die Realität dieses Lebens bis zu ihm hin einzugreifen. Sondern, daß wir sterben werden, ist eine von vornherein dem Leben einwohnende Qualität, in all unsrer lebendigen Wirklichkeit ist etwas, was nachher als unser Tod nur seine letzte Phase oder Offenbarung findet: wir sind, von unserer Geburt an, solche, die sterben werden. Freilich sind wir es auf verschiedene Weise; nicht nur die Art, wie wir subjektiv diese Beschaffenheit und ihren Schlußeffekt vorstellen und auf ihn reagieren, ist verschieden, sondern die Art, wie sich dieses Element unsres Seins mit dessen andren Elementen verwebt, ist von äußerster Mannigfaltigkeit.“ (1908: 60)

Unsere Vorstellung vom Tod also bestimmt unser Leben, die Todesfurcht hat Einfluss auf dessen Gestaltung. Demzufolge hat der Umgang mit der eigenen Sterblichkeit direkten, wenn auch vielleicht unbewussten Einfluss auf das gesellschaftliche Leben.

Ein Aspekt der Thanatologie beleuchtet die Entwicklungsstadien der Todesvorstellung und Todesfurcht bei Kindern (vgl. Wittkowski, 1990: 51 ff). Die Forschungen ergeben, dass die meisten Kindern ein Todeskonzept anwenden, das als Vorläufer des Erwachsenenkonzepts gelten kann. Dieses Erwachsenenkonzept besteht aus mehreren Subkonzepten:

- Unvermeidlichkeit = Der Tod ist unausweichlich.
- Universalität = Jeder wird sterben.
- Irreversibilität = Der Tod ist endgültig.
- Nonfunktionalität = Tote zeigen keinerlei Reaktionen.

selbst nicht näher beschreiben können. Mit neunzig Jahren verlieren sie ihre Geschmacksempfindung und nach und nach ihr Gedächtnis. Da sich die Sprache des Landes schnell verändert, leben sie nach 200 Jahren wie Fremde im eigenen Land und können sich nur noch mit Gleichaltrigen verständigen. Von den Gebrechen des Alters verunstaltet leben sie gespensterhaft, sind mürrisch und dumpf im Geiste. Gulliver beschreibt seine Reaktion: „Niemals hat mich etwas mit tieferem Grauen erfüllt als der Anblick dieser Geschöpfe. [...] Der Leser wird begreifen, daß mir nach allem, was ich gesehen und gehört hatte, die Lust auf Unsterblichkeit gründlich vergangen war. Ich schämte mich der Illusionen, die ich mir vorgegaukelt hatte, und mir schien, kein noch so gewalttätiger Tyrann könne sich eine Todesart ausdenken, in die ich mich nicht freudig vor diesem Leben geflüchtet hätte.“ (Swift, 1980: 334 f)

-
- Kausalität = Innere oder äußere Vorgänge verursachen den Tod.

3- bis 5-jährige Kinder glauben, der Tod sei durch bestimmte Verhaltensweisen, zum Beispiel Verstecken, vermeidbar und nur bestimmte Menschen müssten sterben, zum Beispiel Alte. Dass auch die Eltern und sie selbst sterben werden, ist ihnen nicht bewusst. Zudem wird der Tod in diesem Alter als vorübergehender Zustand gesehen, der prinzipiell wieder rückgängig gemacht werden kann. Die Nonfunktionalität des Toten ist noch nicht ausgeprägt, die Vorstellung der Kinder geht eher in Richtung eines reduzierten Lebens im Spektrum eines graduell abgestuften Lebendigseins. Als Todesursachen werden äußere Gewalteinwirkung verstanden, körpereigene intrinsische Ursachen jedoch nicht.

Auch wenn das kindliche Todeskonzept sich von dem der Erwachsenen unterscheidet, spielen der Tod und besonders die ersten Todeserfahrungen eine wichtige Rolle. Eine Studie aus dem Jahre 1992 zeigt auf, dass 57% der Befragten ihre erste Begegnung mit dem Tod bei dem Verlust eines Verwandten erlebten, zumeist dem Tod eines Großelternteils. 15% berichteten vom Tod eines Freundes / Bekannten, 28% vom Tod eines Haustieres. Das durchschnittliche Alter der ersten Todeserfahrung war 8 Jahre. Todeserfahrungen sind oft die ersten erinnerbaren Begebenheiten. Kinder können mit der gleichen Intensität trauern wie Erwachsene, daher sind die Verhaltensweisen der begleitenden Erwachsenen oft ausschlaggebend für die spätere Einstellung zum Tod (vgl. Dickinson, 1992). Je offener über den Todesfall geredet wird und je mehr Emotionen gezeigt werden dürfen, umso einfacher ist der spätere Umgang mit dem Tod (vgl. Knight, Elfenbein und Capozzi, 2000).

In der Altersspanne zwischen ungefähr 6 und 8 Jahren nähert sich das Todeskonzept der Kinder immer mehr dem der Erwachsenen an, bis es sich mit durchschnittlich 9 Jahren voll angeglichen hat. Natürlich sind interindividuelle Unterschiede in jedem Alter vorzufinden, aber als richtungsweisend ist diese Einteilung der Entwicklung trotzdem anzusehen. So lange Kindern die Bedeutung des Todes für sich selbst nicht ganz klar ist, scheint auch die Intensität der Furcht vor Tod und Sterben gering zu sein (vgl. Wittkowski, 1990: 75). Die Furcht vor dem Tod ist also gekoppelt an die kognitive Entwicklung des Menschen, aber ist sie zwangsläufig? Es stellt sich die Frage, ob die Todesfurcht dem Menschen eigen, also angeboren ist oder ob sie im Laufe der Entwicklung erst gelernt wird.

In der Psychologie werden zwei unterschiedliche Ansätze vertreten (vgl. ausführliche Darstellung in Becker, 1976: 33 ff). Die eine Theorie sieht die Todesfurcht von der

Gesellschaft erzeugt. Das Kind ist vollständig von der Mutter abhängig. Wird die Mutter ihrer Aufgabe gerecht, dem Kind die nötige Nestwärme und das nötige Vertrauen zu geben, dann wird das Kind sich später entwickelnde Ängste in seine Persönlichkeit integrieren können. „Wenn es alt genug ist, also neun oder zehn Jahre, wird es auch den Tod als Teil seines Weltbildes erkannt haben, aber der Gedanke an ihn wird sein Gefühl der Selbstsicherheit und Lebendfreude nicht tangieren oder gar verdüstern können.“ (Becker, 1976: 36) Einige Psychiater behaupten laut Becker, die Furcht vor der Auslöschung sei kein integraler Teil kindlicher Erfahrung, also angeboren, sondern die Folge schlechter Erfahrungen mit einer nahrungsverweigernden Mutter.

Eine differierende These geht davon aus, dass allen Menschen die Furcht vor dem Tod angeboren ist. Niemand kann sich vor ihr lossprechen, auch wenn sie noch so geschickt verborgen wird. William James hat die Metapher des Todes als Wurm im Kern geprägt. Jeder ahnt diesen Wurm und kann sich dieser furchterzeugenden Ahnung nicht erwehren. Diese Furcht ist allerdings Ausdruck des Selbsterhaltungstriebes und das bedeutet: „Die Todesfurcht als Triebfeder muß bei allen normalen Funktionen präsent sein, um den Organismus für seine Selbsterhaltung zu wappnen. Aber die Todesfurcht sollte nicht unentwegt in unseren Denkvorgängen präsent sein, denn dann würde unser Organismus nicht mehr funktionieren können.“ (Becker, 1976: 40)

Vielleicht ist es müßig, herausfinden zu wollen, woraus und wann genau Furcht vor dem Tod entsteht, so lange man sich klar darüber ist, welchen Sinn sie erfüllt. Ebenso wichtig ist wohl, sich mit den unterschiedlichen Arten der Todesfurcht zu befassen sowie den Umgang mit ihr zu betrachten. Zwei charakteristische Merkmale des Todes und des Sterbens sind für die Entstehung von Todesfurcht von besonderer Bedeutung: der Todeszeitpunkt ist ungewiss (*mors certa, hora incerta*) und die Erfahrung des Sterbens kann nicht geteilt werden. Mit der eigenen Todesfurcht kann man sich entweder aktiv und bewusst auseinander setzen oder aber verschiedene Abwehrmechanismen ausbilden. Wittkowski (1978: 122 ff) zählt insgesamt vier Abwehrmechanismen auf, die Menschen in Bezug auf die Angst vor dem Tod anwenden: Verdrängung, Negation, Rationalisierung, Projektion.

5.2 Über die Schwierigkeit, Todesfurcht zu messen: Todesfurchtkonstrukte und Todesfurchtfragebögen

Die Entwicklung der wissenschaftlichen Forschung zu Tod und Sterben, Todesfurcht und Death Education ist eng verbunden mit dem gesellschaftlichen Hintergrund⁴². Tod und Todesfurcht beschäftigen die Menschen immer schon, die wissenschaftliche Herangehensweise an diese Thematik, die Thanatologie, ist jedoch noch recht jung. Insbesondere in den USA der 1950´er Jahre setzte ein Boom ein, der sich in den 1960´er Jahren verstärkte und bis heute anhält. Ursächlich hierfür sind zunächst die Anforderungen, die die Betreuung von Kriegsveteranen, suizidgefährdeten Personen, unheilbar Kranken und Angehörigen von Verstorbenen mit sich bringen (vgl. Wittkowski, 1990: 12). Hinzu kommen später die Auswirkungen der demographischen Entwicklung in den Industrieländern. Hierzu gehören die erhöhte Lebenserwartung, der Anstieg der Altenquote, eine Verlagerung des Sterbens in Institutionen sowie die Verlängerung des Sterbevorgangs durch den technischen Fortschritt in der Medizin. Dies sind zumindest einige gesellschaftliche Faktoren, die das gesteigerte Interesse an der Thanatologie erklären. Shneidman (1970) versucht schon früh, Lebens- und Umweltbedingungen in Zusammenhang mit der Thanatologie zu bringen. Er untersucht insbesondere die Beeinflussung der Todeskonzepte und Todesfurcht durch autobiographische Ereignisse, den damaligen Vietnamkrieg und die Bedrohung durch Nuklearwaffen.

Die Erforschung der Todesfurcht ist ein Aspekt der Thanatologie, der besondere theoretische Überlegungen erfordert. Um den Begriff Todesfurcht überhaupt operationalisierbar zu machen, ist es notwendig, ein Konstrukt der Todesfurcht zu erstellen. Die ersten empirischen Studien zum Thema Todesfurcht aus den 50´er Jahren des vergangenen Jahrhunderts gehen von der theoretischen Annahme aus, dass Todesfurcht ein eindimensionales Konstrukt sei, welches quantitativ zu messen ist. Eher am Rande werden in der Empirie Verfahren wie Sprach-Inhaltsanalysen, semantische Differentiale, Satzergänzungstests, Worterkennungsaufgaben oder Kombinationen davon verwendet, der weitaus größere Teil der Daten wird mit Hilfe von Fragebögen erhoben (vgl. Wittkowski, 1978: 15 f).

⁴² Einen Überblick über Geschichte und gegenwärtigen Stand der Thanatosoziologie bietet unter anderem Feldmann, 2003.

1959 veröffentlichen Sarnoff und Corwin den ersten Todesfurchtfragebogen, der allerdings aus nur 5 Items besteht. Auch den folgenden Fragebögen liegt ein eindimensionales Konstrukt von Todesfurcht zugrunde. Boyar (1964, nach Steigerwald, 1980) erstellt den Fear of Death Scale (FODS), der 18 Items beinhaltet. Einen speziellen Todesfurchtfragebogen für Mediziner erstellen Livingston und Zimet 1965, der aus 24 Feststellungen über Todesfurcht besteht. Diese müssen auf einer 7-Punkte-Rating-Skala gescort werden. 1967 modifizieren Tolor und Reznikoff diesen Test, indem sie 4 Items eliminieren. Beide Skalen genügen jedoch nicht den gängigen Gütekriterien, die bei Testkonstruktionen gefordert werden. Zudem muss gesagt werden, dass Angaben zu Validität und Reliabilität zumeist fehlen (vgl. Steigerwald, 1980). Diese ist auch bei Dickstein (1972) zu beklagen. Die hier konstruierte Death Concern Scale basiert auf der Conscious of Death Scale (vgl. Dickstein und Blatt, 1966), die aus 8 Items besteht. Große Verbreitung fand die Death Anxiety Scale (DAS) von Templer (1970). Sie besteht aus 15 Items und wurde in einer Vielzahl von Untersuchungen mit unterschiedlichen Fragestellungen verwandt. Hochsignifikante Korrelationen zwischen der DAS und der FODS kann Vargo (1980) nachweisen. Nehrke veröffentlicht 1973 die Revised Death Anxiety Scale (RDAS), die eine Kombination von Items aus der DAS von Templer, der FODS von Boyar und von Nehrke neu zugefügten Items darstellt (vgl. Thorson und Powell, 1994: 31 ff).

Collet und Lester (1969) sind die ersten, die zwei grundlegende Unterscheidungen einführen und somit zu einem Konzept von Todesfurcht kommen, das vier Dimensionen umfasst. In ihrer Fear of Death Scale unterscheiden sie zum einen Furcht vor dem Tod versus Furcht vor dem Sterben und zum anderen Furcht vor Tod und Sterben auf sich selbst bezogen versus Furcht vor Tod und Sterben auf andere bezogen. Es ergeben sich also vier Dimensionen⁴³:

- Furcht vor dem eigenen Tod
- Furcht vor dem eigenen Sterben
- Furcht vor dem Tod anderer
- Furcht vor dem Sterben Anderer

Zur Reliabilität und Validität der Collett-Lester Fear of Death Scale (sowohl als Originalversion als auch in der Revision) siehe Lester (1990).

⁴³ Livneh (1985) kommt nach einer Cluster-Analyse zu dem Schluss, dass nicht vier Skalen vorhanden sind, sondern fünf Cluster.

Den ersten deutschsprachigen Fragebogen zur Todesfurcht entwickelt Hensle (vgl. Hensle 1977). Seine Faktorenanalyse von 80 Items, die er aus den oben beschriebenen amerikanischen Todesfurchtskalen entnommen hatte, ergeben drei Skalen:

1. Todesfurcht mit den Komponenten

- affektive Ablehnung und Abwehr des Todes
- akzeptierende Einstellung zu Tod und Endlichkeit des Daseins
- Betroffenheit durch den möglichen Tod Angehöriger
- Angst vor dem Prozess des Alterns und Sterbens

2. Verdrängung des Todes

3. Jenseitsglaube

Die von Hensle gefundenen Todesfurchtkomponenten ähneln den vier Skalen von Collett und Lester (vgl. Steigerwald, 1980: 59).

Einen umfassenden mehrdimensionalen Ansatz stellt Hoelter 1978 mit der Multidimensional Fear of Death Scale (MFODS) vor (vgl. Neimeier und Moore, 1994: 104 f). Er entwickelt eine faktorenanalytisch konstruierte Skala, die aus 8 Subskalen besteht. Insgesamt bilden 42 Items vom Likert-Typ den Fragebogen. Die Gesamtskala besteht aus den folgenden Subskalen:

- Fear of dying process
- Fear of the dead
- Fear of being destroyed
- Fear of significant others
- Fear of the unknown
- Fear of conscious death
- Fear for the body after death
- Fear of premature death

Eine Überprüfung des MFODS in Neuseeland ergibt die Verifizierung der Subskalen (vgl. Walkey, 1982).

Einen anderen Ansatz wählen Neimeyer, Bagley und Moore 1986. Sie versuchen, die kognitiven Strukturen des Glaubens- und Überzeugungssystems eines Individuums näher zu beleuchten und in Zusammenhang mit der Todesfurcht zu bringen. Im Mittelpunkt stehen hierbei die feinen subtilen Eigenschaften solcher persönlichen Glaubenssysteme. Zu diesem Zweck entwickelten sie den Death Attitude Repertory Test (DART), der mit Hilfe von Beispielen, die sich um Sterben und Tod drehen und eingeschätzt werden müssen, arbeitet.

Als weiterer wichtiger Test wird 1994 das Death Attitude Profile – Revised (DAP-R) von Wong, Reker und Gesser veröffentlicht, welches ein zusätzliches multidimensionales Instrument zur Messung der Einstellung zum Tod darstellt. Die Autoren beschreiben 36 Items, die 5 Faktoren bilden (vgl. Wong, Reker und Gesser, 1994: 121 ff). Neben zwei Faktoren, die die Todesfurcht und die Todesvermeidung zum Thema haben, treten drei Faktoren zur Todesakzeptanz auf⁴⁴:

- Approach Acceptance
- Fear of Death
- Death Avoidance
- Escape Acceptance
- Neutral Acceptance.

Der erste, vierte und fünfte dieser Faktoren bilden zusammen das Drei-Komponenten-Modell der Todesakzeptanz, das die Autoren folgendermaßen beschreiben. Der Faktor „neutral acceptance“ beinhaltet, dass der Tod als natürlicher Bestandteil des Lebens gesehen wird, der weder gefürchtet noch gewünscht wird. Der Tod ist der unabänderbare Schlusspunkt des Lebens und aus diesem endlichen Leben macht man das Beste. Dahingegen impliziert der Faktor „approach acceptance“ den Glauben an ein glückliches Leben nach dem Tod, was eine enge Verbindung mit Religiosität vermuten lassen könnte. Zusammenhänge konnten jedoch nicht nachgewiesen werden. Der dritte Faktor „escape acceptance“ schließlich beinhaltet ein Bild vom Tod, das ihn als Ausweg aus einem schmerzvollen und nicht zu ertragendem Leben darstellt. Daher entsteht die positive Einstellung gegenüber dem Tod nicht, weil er an sich als gut angesehen wird, sondern weil das Leben, das durch ihn beendet wird, als schlecht empfunden wird. Zur Faktorenstruktur des Death Attitude Profile – Revised sowie dessen Reliabilität und Validität siehe Clements und Rooda (1999-2000). Eine Übersicht über Fragebögen zur Todesfurcht gibt Tabelle 4.

⁴⁴ Schon 1974 haben Ray und Najman darauf aufmerksam gemacht, dass Todesakzeptanz nicht notwendigerweise das Gegenteil von Todesfurcht sein muss. Sie bezeichnen ihre dritte Kategorie nicht wie Wong, Reker und Gesser als Todesvermeidung, sondern als Todesverleugnung.

Tabelle 4: Chronologische Übersicht über die Entwicklung von Todesfurchtfragebögen

Jahr	Autor	Name	Todesfurchtkonstrukt
1959	Sarnoff und Corwin	“Fear of Death Scale”	eindimensional
1964	Boyar	“Fear of Death Scale” (FODS)	eindimensional
1965	Livingston und Zimet	Todesfurchtfragebogen für Mediziner	eindimensional
1966	Dickstein und Blatt	“Conscious of Death Scale”	eindimensional
1972	Dickstein	„Death Concern Scale“	eindimensional
1969	Collett und Lester	“Fear of Death Scale”	4 Dimensionen
1970	Templer	“Death Anxiety Scale” (DAS)	eindimensional
1973	Nehrke	“Revised Death Anxiety Scale” (RDAS)	eindimensional
1977	Hensle	„Todesfragebogen“	3 Skalen (+ 4 Subskalen)
1979	Hoelter	“Multidimensional Fear of Death Scale” (MFODS)	8 Dimensionen
1986	Neimeyer, Bagley u. Moore	Death Attitude Repertory Test (DART)	Glaubenssysteme
1994	Wong, Reker und Gesser	“Death Attitude Profile – Revised” (DAP-R)	5 Faktoren
1996	Wittkowski	“Fragebogeninventar zur mehrdimensionalen Erfassung des Erlebens gegenüber Sterben und Tod” (FIMEST)	7 bzw. 8 Subtests

Quelle: eigene Darstellung nach Steigerwald (1980) und Neimeyer (1994)

Wittkowski stellt 1996 den ersten deutschsprachigen Fragebogen vor, der sich mit Tod, Sterben und Todesfurcht befasst. Das Fragebogeninventar zur mehrdimensionalen Erfassung des Erlebens gegenüber Sterben und Tod (FIMEST) fußt auf der Todesfurchteinteilung von Collett und Lester (1969), bringt jedoch weitere Verfeinerungen. Wittkowski listet die theoretisch denkbaren Dimensionen der Furcht vor Sterben und Tod auf und kommt zu folgendem Ergebnis, das in Tabelle 5 zusammengefasst ist.

Tabelle 5: Todesfurchtkonstrukt nach Wittkowski

	Bezug auf die eigene Person	Bezug auf andere Personen
Sterben	Angst vor dem eigenen Sterben: - Angst vor körperlichem Leiden - Angst vor Demütigung - Angst vor dem Verlust von Würde - Angst vor Einsamkeit	Angst vor dem Sterben anderer Personen: - Angst vor der eigenen Hilflosigkeit angesichts fremden Leidens
Tod	Angst vor dem eigenen Tod: - Angst vor der Aufgabe wichtiger Ziele - Angst vor den Folgen des eigenen Todes für die Angehörigen - Angst vor Strafe im Jenseits - Angst vor dem Unbekannten - Angst vor der Vernichtung des eigenen Körpers	Angst vor dem Tod anderer Personen: - Angst vor dem Verlust wichtiger Bezugspersonen - Angst vor Toten

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Wittkowski, 1990: 78 ff und 1996: 4

Zusätzlich zu diesen Angstdimensionen postuliert Wittkowski weitere, die sich auf das Akzeptieren von Sterben und Tod beziehen, nämlich das Akzeptieren des eigenen Sterbens, des eigenen Todes, des Sterbens anderer und des Todes anderer. Der FIMEST besteht aus 7 (FIMEST-R) beziehungsweise 8 (FIMEST-E) Subtests. Bei der dieser Arbeit zugrunde liegenden empirischen Studie kam der FIMEST-E zum Einsatz, er wird daher in Kapitel 6.2.2 näher beschrieben werden.

Diese kurze Auflistung der Entwicklung der wichtigsten quantitativen Instrumente zur Messung der Todesfurcht gibt einen Einblick in die Problematik, die Vielschichtigkeit des Begriffes Todesfurcht in der empirischen Forschung in den Griff zu bekommen⁴⁵. Zu berücksichtigen bleibt auch, dass zum Beispiel die Erforschung der Todesfurcht bei Kindern noch in ihren Anfängen steckt. Vernachlässigt wird in der Forschung ebenfalls die Entwicklung von Interviewleitfäden und der zugehörigen inhaltsanalytischen Auswertungsskalen (vgl. Wittkowski, 2002).

⁴⁵ Einen umfassenden Überblick über die psychometrischen Merkmale englischsprachiger Verfahren zur Erfassung von Einstellungen zu Sterben und Tod bieten Neimeyer, Moser und Wittkowski (2003: 56 ff).

In der folgenden Zusammenstellung wichtiger Ergebnisse der Todesfurchtforschung sind diese Umstände zu berücksichtigen, ebenso wie die Tatsache, dass bei den unterschiedlichen methodologischen Vorgehensweisen verschiedene Konstrukte von Todesfurcht als theoretischer Hintergrund fungierten.

5.3 Ergebnisse der Todesfurchtforschung

Um die Darstellung einiger Ergebnisse der Todesfurchtforschung übersichtlich zu gestalten, wird eine Auswahl getroffen, die sich in folgende Bereiche aufgliedert: Todesfurcht in Bezug zu soziodemographischen Variablen (Geschlecht und Alter) sowie Todesfurcht in Bezug zu anderen Variablen (Religiosität, persönliche Erfahrungen). Zum Abschluss folgen einige Ergebnisse, die sich speziell mit der Einstellung zum Tod und der Todesfurcht bei Studierenden der Medizin befassen.

In der Literatur werden unterschiedliche Ergebnisse berichtet, was die Beziehung zwischen Geschlecht und Todesfurcht angeht. In den frühen Studien wird eine größere Todesfurcht bei Frauen gefunden (vgl. Wittkowski, 1978: 79f). Die angeführten Erklärungsversuche für diesen Befund erscheinen recht unbeholfen, zum Beispiel eine prinzipiell größere Furcht bei Frauen oder eine stärkere sozialisationsbedingte Identifikation mit dem eigenen Körper, was eine größere Furcht vor dessen Untergang nach sich ziehe. Einige spätere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass keine Unterschiede festzustellen sind, andere wiederum, dass Männer höhere Todesfurchtwerte aufweisen. Die Mehrzahl der Studien jedoch berichten eine stärkere Todesfurcht bei Frauen als bei Männern (vgl. Thorson und Powell, 1994). Postuliert man, dass Frauen weniger Hemmungen haben, Emotionen mitzuteilen, relativiert sich dieses Ergebnis jedoch schnell.

Einen Zusammenhang zwischen Lebensalter und Todesfurcht scheint es aber tatsächlich zu geben. So kommen Gesser, Wong und Reker (1987-88) zu dem Schluss, dass die Todesfurcht mit zunehmendem Alter abnimmt, während gleichzeitig die Akzeptanz des Todes wächst. Einige Theoretiker gehen davon aus, dass die Todesfurcht in der Lebensmitte am größten ist, denn in dieser Lebensphase trete häufig eine Umorientierung ein, die mit der Rückschau auf das bisherige Leben und eine Vorschau auf noch Geplantes einher gehe. „In dieser Situation der Selbstprüfung und Neubewertung bisher gültiger Werte und Ziele setzt eine allgemeine Labilisierung ein,

die für die Bedrohung des Alterns und des Todes besonders empfänglich macht.“ (Wittkowski, 1978: 78) So wäre die Todesfurchtkurve in Bezug auf das Alter umgekehrt u-förmig: niedrige Werte in jungen Jahren und im Alter, hohe Werte in der Mitte des Lebens. Ciricelli (1998) macht auf die unterschiedliche Bedeutung des Todes in unterschiedlichen Lebensaltern aufmerksam. Während jüngere Menschen den Tod eher als Auslöschung verstehen, sehen ihn ältere Menschen tendenziell als Tür zu neuem Leben.

In Bezug auf die Religiosität können Krieger und Epting (1974) keine signifikante Beziehung zwischen dem Glauben an ein Leben nach dem Tod und der Frequenz von Gedanken an den Tod oder der Skala von Templer (DAS) nachweisen. Diese Ergebnisse haben schon Beerman und Hays (1973) vorgelegt. Auch sie finden keine bzw. nur geringe Zusammenhänge zwischen der persönlichen Kontrollüberzeugung (Locus of Control), dem Glauben an ein Leben im Jenseits, der DAS von Templer und der FODS von Lester.

Noppe und Noppe (1997) setzen in einer nach Ansicht der Verfasserin methodologisch recht fragwürdigen Studie risikoreiches Verhalten in Bezug zur Erfahrung mit Tod und kommen zu dem Ergebnis, dass zum Beispiel der Suizid eines nahen Angehörigen zu einer signifikant höheren Risikobereitschaft führe. Patton und Freitag (1977) überprüfen die Hypothese, dass eine externe Locus-of-Control-Überzeugung sowohl mit Todesfurcht als auch mit Furcht allgemein hoch positiv korreliert. Sie können jedoch nur niedrige Korrelationen nachweisen. Tomer und Eliason (2000) zählen allerdings eine ganze Reihe von Studien auf, die den Zusammenhang zwischen Selbstbewusstsein und Todesfurcht aufzeigen. Je niedriger das Selbstwertgefühl, desto größer sei die Todesfurcht.

Nach Florian und Mikulincer (1997) spielen für die Entwicklung der Todeseinstellungen und der Todesfurcht der Verlust eines signifikanten Anderen sowohl in der Kindheit als auch während des Zeitraums von zwei Jahren vor der Befragung eine große Rolle. Der Tod der Mutter in jedem Kindesalter führt zu signifikant höheren Todesfurchtwerten, der Tod des Vaters erst wenn die Befragten zu diesem Zeitpunkt etwa sieben Jahre alt oder älter waren. Florian und Mikulincer differieren Todesangst in drei unterschiedliche Komponenten:

- die intrapersonale (Bezug auf die erwarteten Auswirkungen des Todes auf Geist und Körper, inklusive der Furcht vor dem Verfehlen persönlicher Lebensziele)

-
- die interpersonale (Bezug auf die Auswirkungen auf soziale Beziehungen, zum Beispiel die Furcht, nach dem Tode vergessen zu werden oder Sorge um das Wohlergehen der Angehörigen nach dem eigenen Tod)
 - die transpersonale (Furcht vor dem Unbekannten und vor Strafe im Jenseits)

Der frühe Verlust eines signifikanten Anderen hat den größten Einfluss auf die interpersonale Komponente der Todesfurcht. „Overall, our findings emphasize that the loss of a significant other in different life stages has an incremental effect on the fear of one’s mortality.” (ebd.: 17)

Weitere Untersuchungen beschäftigen sich mit dem Vergleich unterschiedlicher Gruppen. Bezogen sich die bisher dargestellten Studien auf generelle Befunde, folgen nun Erhebungen, die spezielle studentische und hier insbesondere medizinische Gruppen betreffen.

So untersuchten Haaf und Huppmann (1992) die todesbezogenen Einstellungen von Medizinstudierenden in der Vorklinik (Semester 1-4) und verglichen sie mit denen der Kliniker (Semester 5 und höher). Sie konnten keine signifikanten Unterschiede feststellen, weder in Bezug auf die todesbezogenen Einstellungen, die sie mit dem Todesfurchtfragebogen von Hensle erhoben, noch in Bezug auf die Konnotation Tod erhoben mit dem semantischen Differential nach Potthof oder bei der Kontrollorientierung der Studierenden.

Howells, Gould und Field (1986) untersuchten die Hypothese, dass die Todesfurcht bei Medizinstudierenden steigt, je mehr Erfahrungen mit Sterbenden in der Klinik sie machen. Diese These kann nicht verifiziert werden. Die Todesfurcht steigt nicht an, wohl aber die Häufigkeit der Gedanken über Tod und Sterben allgemein und den eigenen Tod speziell.

Streng (1999) findet in seiner Studie zur Meinung über postmortale Organspende und der Angst vor Tod und Sterben bei Studierenden keinerlei Korrelationen bei den Variablen Alter oder Geschlecht. Allerdings wiesen diejenigen Untersuchten, die Todeserfahrungen in Freundes- und Bekanntenkreis gemacht hatten, niedrigere Todesfurchtwerte auf. Diejenigen, die Todeserfahrungen im Familienkreis gemacht hatten (Tod eines Geschwisterkindes oder Elternteils), wiesen höhere Furchtwerte auf. Durchschnittlich erzielten Medizinstudierende niedrigere Angstwerte als Nicht-Medizinstudierende. Eine eindeutige Beziehung zwischen der Todesfurcht und der Bereitschaft zur Organspende konnte bei den Befragten nicht aufgezeigt werden.

Mende et al. (2001) vergleicht Studierende unterschiedlicher Fakultäten und ihre Einstellungen zu Sektionen mit Hilfe eines eigenen Fragebogens, des Selbstkonzeptinventars (SKI) und des FIMEST. Es sind keine Unterschiede nachweisbar zwischen Medizinstudierenden, Studierenden der Soziologie und der Jura. Allerdings ist bemerkenswert, dass gerade die Medizinstudierenden deutliche Wissensdefizite zu dieser Thematik aufweisen.

Der Versuch, eine Rangfolge unterschiedlicher Aspekte der Todesfurcht bei Medizinstudenten und Studierenden der Sozialwissenschaften zu erstellen, führte zu folgenden Ergebnissen (vgl. Howells und Field, 1982). Die beiden befragten Gruppen unterschieden sich weder in der Ausprägung ihrer Todesfurcht noch in der Rangfolge der Todesfurchtaspekte. Die größte Furcht empfanden beide Gruppen jeweils vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen, gefolgt von der Furcht vor dem eigenen Sterben. Am wenigsten Furcht hatten sie vor dem eigenen tot sein. Die Ergebnisse bezüglich der Rangfolge konnten bestätigt werden (vgl. Field und Howells, 1985). Diesmal wurden nur Medizinstudierende befragt und es kam ein offener Fragebogen zum Einsatz. Als zusätzliches Ergebnis aus der Studie von 1985 ist hinzuzufügen, dass die Furcht vor dem eigenen Sterben verbunden ist mit der Furcht vor Schmerzen. In Bezug auf den Umgang mit Sterbenden Patienten bestand die größte Furcht darin, eine möglicherweise schwierige Kommunikationssituation bestehen zu müssen.

Eine besonders interessante Studie veröffentlichten Lester und Becker 1992-93. Sie führten eine Fragebogenerhebung zum Thema Einstellung zum Tod bei Studenten durch und benutzten dazu einen Fragebogen, der bereits 1935 zum Einsatz gekommen war. So konnten sie direkt vergleichen, ob sich die Einstellungen von Studierenden im Laufe von mehr als fünf Jahrzehnten verändert hatten, immerhin hatte währenddessen zum Beispiel ein weiterer Weltkrieg stattgefunden, die nukleare Bedrohung war entstanden und der HI-Virus aufgetreten. Die Autoren berichten, dass „[...] death is of much greater concern to today's students than to students fifty-five years ago. The students questioned today thought about death more, feared death more, and were made more depressed and anxious by death than were students in 1935.“ Als Erklärungsansatz für diese Entwicklung nehmen Lester und Becker die zunehmende Säkularisierung an. Den Studenten von 1991 fehle eher das Eingebundensein in Sicherheit gebende religiöse Glaubenssysteme, was zu einer Steigerung sowohl der Beschäftigung mit dem Tod als auch der Furcht vor ihm führe.

Die Ergebnisse der Thanatologie sind immer vor dem jeweiligen Konstrukt der Todesfurcht zu sehen. Es wird zum Beispiel kontrovers diskutiert, ob die Dimension Todesfurcht als „state“ oder „trait“ anzusehen ist. „State“ bedeutet einen akuten Zustand, während „trait“ als Eigenschaft eine relative Stabilität aufweist. Pettigrew und Dawson (1979) kommen zu dem Schluss, dass, wie auch schon in früheren Studien gezeigt, Todesfurcht eher als „trait“ einzuschätzen ist. Auch Powell, Kara und Uhl (1990) können zeigen, dass die Einstellungen von Medizinstudierenden zum Altern und zum Tod eher stabil bleiben. Eine eindeutige Zuordnung ist allerdings fraglich (vgl. Wittkowski, 1996: 7). Auf diese Problematik wird in Kapitel 8.1 noch eingegangen werden.

Durlak und Kass (1981-82) beklagen die häufig widersprüchlichen Ergebnisse, die in der bisherigen Forschung erzielt wurden und kommen durch die faktorenanalytische Untersuchung von 15 bekannten Todeseinstellungs-Skalen⁴⁶ zu dem Schluss, dass in jedem Individuum multiple Gewichtungen der Teilaspekte zum Tod gleichzeitig existierten, was eine valide Messung zweifelhaft mache. Bei jeder Studie sei demzufolge eine eindeutige Abgrenzung des untersuchten Teilgebietes notwendig. Diesem Umstand wird in der vorliegenden Arbeit Rechnung getragen, indem eigens ein neues Messinstrument für die spezielle Situation im PK erstellt wurde.

Die Betrachtung der wichtigsten Aspekte des theoretischen Hintergrundes für die empirische Studie und die damit einhergehenden Hypothesenaufstellungen ist mit diesem Kapitel abgeschlossen. Die Überprüfung der aufgestellten Hypothesen erfolgt in der nachfolgend dokumentierten empirischen Studie, die im Rahmen dieser Dissertation durchgeführt wurde. Zunächst werden Material und Methoden (Kapitel 6) beschrieben, sodann die Ergebnisse (Kapitel 7). Konklusionen und die kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen in Bezug auf die Hypothesen bilden dann in Kapitel 8 den Abschluss dieser Arbeit.

⁴⁶ Siehe zu dieser Untersuchung auch Rigdon und Epton (1981-82).

6 Material und Methoden der empirischen Studie

Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, haben Kass und Durlak (1981-82) Kritik an der Durchführung einiger Studien der Thanatologieforschung geübt. Insbesondere die ungenügende Berücksichtigung der Vielschichtigkeit der Todesfurcht wird beklagt sowie die Verwendung unzweckmäßiger Messinstrumente. Bezugnehmend auf diese Kritik kam es im Rahmen der vorliegenden Arbeit zu dem Entschluss, einen eigens für die Beurteilung des PK zugeschnittenen Fragebogen zu erstellen. Die besondere Situation der Studierenden im PK kann durch die eher allgemein gehaltenen Fragebögen nicht genügend berücksichtigt werden, daher ist es notwendig, ein ganz neues Instrument zu erstellen. Neben der Bewertung des PK sollte ebenfalls die allgemeine Einstellung gegenüber Leichen erfasst werden sowie eventuelle Veränderungen der Verarbeitungsstrategien, die sich im PK entwickeln. Ein vergleichbares Instrument ist bisher nicht vorhanden.

Zusätzlich zu diesem selbst erstellten Fragebogen kamen zwei weitere zum Einsatz: das Fragebogeninventar zur mehrdimensionalen Erfassung des Erlebens gegenüber Tod und Sterben (FIMEST) als einziges deutschsprachiges Instrument zur Messung von Todesfurcht und das Selbstkonzeptinventar (SKI) als gängiger Persönlichkeitstest.

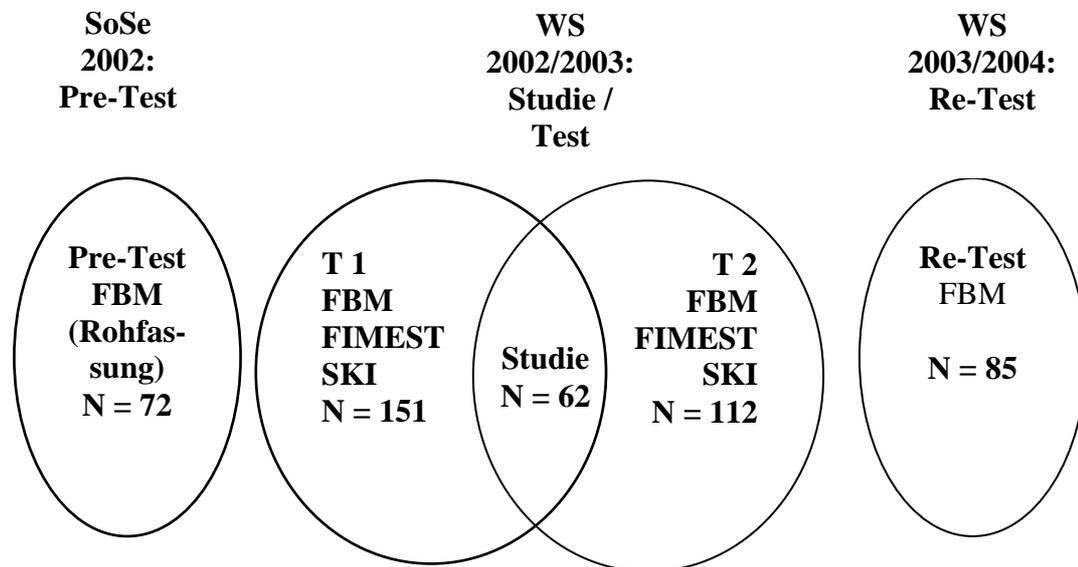
Um das Kapitel 6 übersichtlich zu gestalten, wird folgende Reihenfolge eingehalten. Zunächst wird in Kapitel 6.1 beschrieben, wie der eigene Fragebogen zum Thema Makroanatomie (FBM) kreiert, getestet und validiert wurde. Danach schließt sich Kapitel 6.2 an, in welchem auf die verwendeten Fragebögen eingegangen wird (6.2.1 – 6.2.3). In Kapitel 6.3 sind die Vorstellung der Messzeitpunkte, Messdurchführungen und Rückläufe enthalten.

6.1 Entstehung und Validierung eines eigenen Fragebogens: der FBM

Da ein standardisierter Fragebogen zu der Thematik Leichen und Makroanatomie nicht existiert, musste ein eigenes Messinstrument erarbeitet werden. In mehreren Stufen wurde ein Fragebogen kreiert und weiterentwickelt. Einen Überblick über die Vorgehensweise bei der Erstellung des „Fragebogen zur Makroanatomie“ (FBM) vermittelt Abbildung 7. Sie zeigt die Chronologie der durchgeführten Erhebungen,

deren Daten für die Erstellung des FBM verwendet wurden. Die Schnittmenge zwischen T1 und T2 stellt die Datengrundlage für die Studie dar.

Abbildung 7: Zeitlicher Ablauf aller durchgeführten Erhebungen



Wie Abbildung 7 zeigt, wurde zu Beginn ein explorativer Pre-Test durchgeführt. Neben den Angaben zur Person und den Vorerfahrungen mit Sterbenden und Leichen wurden Items zum Thema Tod, Sterben und Makroanatomie erhoben. Hierzu wurden zunächst inhaltliche Vorüberlegungen angestellt, die sich facetzentheoretisch mit der zu untersuchenden Thematik Leichen und PK befassten. Auf diese Weise wurden 73 Items kreiert, die sowohl die Angst vor Leichen und die Todesfurcht als auch eine Beurteilung des PK messen sollten (siehe Anhang ab Seite XV). Die fünfstufige Likert-like Skalierung der Antwortmöglichkeiten lag zwischen 0 = starke Ablehnung und 4 = starke Zustimmung.

Versuchspersonen dieses explorativen Pre-Tests waren 72 Studierende der Medizin, die den PK bereits absolviert hatten und daher eine Meinung abgeben konnten, die auf persönlicher Erfahrung fußt. Die Versuchspersonen wurden im Sommersemester 2002 nach dem Zufallsprinzip auf dem Campus angesprochen und gebeten, an diesem Pre-Test teilzunehmen. Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgte direkt an Ort und Stelle.

Nach der Eingabe der Daten in SPSS 11 und Berechnungen von Korrelationsmatrizen, Maßen der Testgüte und Faktorenanalysen verblieben 32 Items, die sich als geeignet für die Untersuchung erwiesen und bei der Erhebung verwendet wurden. Zusätzlich wurden

drei weitere hinzugefügt, die nachträglich erdacht waren, so dass die Zahl der Items auf 35 festgelegt war.

Dieser neue Fragebogen mit 35 Items wurde in der Studie bei beiden Messzeitpunkten unverändert verwendet. Um die Testentwicklung weiterzuführen, wurden die erhobenen Daten aus Messzeitpunkt 1 zweifach benutzt: Mit den Daten aller Teilnehmer (N = 151) wurden erneut Faktorenanalysen gerechnet, um den Fragebogen zu optimieren. Die Daten der verbliebenen Items derjenigen Teilnehmer, die an beiden Messzeitpunkten an der Studie teilgenommen haben (N = 62), wurden für die Auswertung der Untersuchung herangezogen.

Mit Hilfe von SPSS 11 wurden die Daten aus Messzeitpunkt 1 ausgewertet und Faktorenanalysen durchgeführt. Nach umfangreichen Berechnungen wurde eine dreifaktorielle Lösung als optimale angenommen. Es war nach der Hauptachsenmethode extrahiert worden, als Rotationsmethode wurde Varimax mit Kaiser-Normalisierung gewählt. Die Items Nummer 4, 6, 11, 15, 17, 33 und 34 wurden eliminiert. Zusätzlich wurden die Items aussortiert, die eine Ladung unter 0,4 aufwiesen (Item Nummer: 2, 22, 26, 23, 25, 13, 27, 32). Die verbleibenden 20 Items sind in der nachfolgenden Tabelle 6 mit den Ladungen dargestellt. Die Häufigkeiten der Antworten auf den jeweiligen Items aus Messzeitpunkt 1 sind im Anhang ab Seite XXIX abgebildet.

Als Kennwert der Reliabilität wurde Crohnbach's Alpha-Koeffizient berechnet. Schnell, Hill und Esser sagen hierzu: „Alpha kann Werte zwischen Null und Eins annehmen; empirische Werte über 0,8 können als akzeptabel betrachtet werden. In der Praxis werden meist weit niedrigere Koeffizienten noch akzeptiert.“ (1999: 147) Crohnbach's Alpha steht in der ersten Zeile der Tabelle 6. Die inhaltliche Betrachtung der Items, die die drei Faktoren bilden, führte zu den Benennungen „*Umgang Leiche*“, „*Urteil PK*“ und „*Distanz PK*“.

Tabelle 6: Items und Ladungen der Faktoranalyse mit drei Skalen

Cronbach's Alpha	0,777	0,713	0,604
Faktor 1: Umgang Leiche			
7. Die Vorstellung, mit einem toten Menschen allein in einem Raum zu sein, macht mich nervös	0,757	0,043	-0,068
5. Der Gedanke an eine Leiche erweckt ein ungutes Gefühl bei mir	0,659	0,174	-0,099
8. Ich würde mich unbehaglich fühlen, wenn ich in einem Zimmer übernachten müsste, in dem vor kurzem jemand verstorben ist	0,656	-0,116	-0,115
1. In der Gegenwart eines Sterbenden würde ich Angst empfinden	0,643	0,007	-0,142
9. Den Anblick einer Leiche sollte man möglichst vermeiden, da er nur belastet	0,453	0,192	0,076
10. Wenn ich auf der Straße einen Leichenwagen sehe, berührt mich das unangenehm	0,443	0,191	-0,186
3. Ich finde es gut, daß Verstorbene in den Tagen vor der Beerdigung in der Regel nicht mehr zu Hause aufgebahrt werden	0,431	-0,267	0,159
Faktor 2: Urteil PK			
18. Die Abschaffung des Präparierkurses würde die Qualität des Medizinstudiums herabsetzen	0,087	-0,788	-0,075
28. Es wäre besser, anstelle von echten menschlichen Präparaten künstliche zu verwenden	0,015	0,698	-0,063
30. Der Präparierkurs ist eine Leichenfledderei	0,012	0,554	-0,017
16. Der Präparierkurs macht Spaß	-0,236	-0,548	-0,005
35. Es wäre besser, wenn man den Präparierkurs umgehen könnte	0,048	0,483	0,022
29. Der Präparierkurs ist der wichtigste Kurs im Grundstudium	-0,042	-0,463	-0,010
Faktor 3: Distanz PK			
14. Witze über die Leiche am Seziertisch berühren mich unangenehm	0,217	0,154	-0,506
21. Man macht sich keine Gedanken darüber, was für ein Mensch der Körperspender wohl gewesen ist	0,042	0,031	0,487
20. Wenn alle Testate geschafft sind, beschäftige ich mich nicht mehr mit dem Präparierkurs	-0,021	0,222	0,462
12. Man sollte versuchen, einer Leiche möglichst emotionslos entgegenzutreten	0,065	-0,058	0,443
31. Die Leichen im Präparierkurs erinnern nicht an lebende Menschen	0,235	-0,043	0,416
24. Es tut gut, mit Freunden und Verwandten über den Präparierkurs zu sprechen	0,155	0,001	-0,407
19. Durch die Präparation verliert die Leiche jegliche Individualität	0,246	0,090	0,401

Um den selbst erstellten Fragebogen FBM weiter zu überprüfen, fand im Wintersemester 2003/2004 eine neue Erhebung statt. Insgesamt 85 Teilnehmer des Pflichtkurses Berufsfelderkundung erklärten sich bereit, den Fragebogen auszufüllen. Bei dieser Re-Testung konnten folgende Reliabilitäten erzielt werden. Es wird jeweils Crohnbach's Alpha angegeben.

Faktor 1 „Umgang Leiche“:	0,763
Faktor 2 „Urteil PK“:	0,627
Faktor 3 „Distanz PK“:	0,606

6.2 Die Fragebogenbatterie

Die bei der Erhebung benutzte Fragebogenbatterie setzt sich aus drei Fragebögen zusammen (FBM, FIMEST und SKI) und wurde in der Form eingesetzt, wie sie im Anhang ab Seite XXII dargestellt ist. Diese drei Fragebögen sollen ein möglichst großes Spektrum der Auswirkungen des PK auf Einstellungen zu Tod und Sterben abdecken. Die Reihenfolge der besprochenen Fragebögen wird von der Fragebogenbatterie übernommen. Zunächst wird der FBM vorgestellt, darauf der FIMEST und zum Schluss der SKI.

6.2.1 Der FBM

Wie oben dargestellt, wurde der besonderen und einzigartigen Situation im PK Rechnung getragen, indem eigens ein neuer Fragebogen kreiert und validiert worden ist. Nach den Voruntersuchungen, den Berechnungen der Werte aus Messzeitpunkt 1 und der erfolgten Re-Testung wurde der Schluss gezogen, dass die dreifaktorielle Lösung (siehe Tabelle 6) das angemessene Design für den erarbeiteten Fragebogen darstellt.

Der neue Fragebogen zur Feststellung möglicher Auswirkungen der Teilnahme am PK auf Einstellungen und Verhaltensweisen zu Tod und Sterben („Fragebogen zur Makroanatomie“, FBM) beinhaltet folgende Faktoren:

Faktor 1: *Umgang Leiche*, (7 Items)

Der erste Faktor erfragt die allgemeine Einstellung zu Leichen und den Umgang mit ihnen. Einerseits werden individuelle Bewertungen imaginierter Situationen erhoben (zum Beispiel Item 8: „Ich würde mich unbehaglich fühlen, wenn ich in einem Zimmer übernachten müsste, in dem vor kurzem jemand verstorben ist“), andererseits Meinungen zu konkreten Fragestellungen (zum Beispiel Item 3: „Ich finde es gut, dass Verstorbene in den Tagen vor der Beerdigung nicht mehr zu Hause aufgebahrt werden“). Hier spielt die Tatsache, dass die Befragten allesamt Studierende der Medizin sind, keine Rolle, denn es wird quasi die Einstellung des Privatmenschen erfasst. Je niedriger die auf diesem Faktor erzielten Werte, desto offener und bewusster ist der Umgang mit Leichen. Je höher die Werte, desto eher liegt die Vermutung nah, dass Themen wie Tod und Sterben möglichst umgangen und Leichen als Manifestation dieser Themen negativ bewertet werden.

Faktor 2: *Urteil PK*, (6 Items)

Dahingegen ist der zweite Faktor „*Urteil PK*“ durchaus spezifisch für Mediziner und Medizinstudierende, denn hier wird explizit nach der Beurteilung des PK gefragt. Je höher die Werte auf dieser Skala, desto niedriger die Akzeptanz des PK an sich und der Art und Weise der Durchführung. Dabei geht es hier nicht um die Bewertung des PK im Sinne einer Lehrevaluation, sondern um den Stellenwert, den der PK bei den Studierenden einnimmt.

Faktor 3: *Distanz PK*, (7 Items)

Der dritte Faktor „*Distanz PK*“ erhebt, welche Verhaltensstrategien die Befragten entwickeln (zum Beispiel Item 12: „Man sollte versuchen, einer Leiche möglichst emotionslos entgegenzutreten“). Je niedriger der Wert auf dieser Skala, desto eher werden die Problematiken des PK aktiv und bewusst angegangen. Eine Verdrängungstendenz ist abzulesen an hohen Skalenwerten. Besonderes Augenmerk wird auf eventuelle Veränderungen im Umgang mit der Leiche im PK gelegt und auf Verhaltensweisen der Studierenden.

6.2.2 Der FIMEST

Das „Fragebogeninventar zur mehrdimensionalen Erfassung des Erlebens gegenüber Sterben und Tod“ (FIMEST) ist bisher das einzige valide deutschsprachige Instrument, das die Psychologie des Todes aufzuweisen hat (zu Todesfurchtfragebögen allgemein siehe Kapitel 5.2). Der FIMEST ist in zwei Formen vorhanden, zum einen als FIMEST-R (rationale Konstruktion) und FIMEST-E (empirische Konstruktion). Der FIMEST-R besteht aus sieben Subskalen mit insgesamt 65 Items. Die Subskala „*Angst vor Leichen*“ fehlt beim FIMEST-R, daher kam er in dieser Studie nicht zur Verwendung und wird hier nicht weiter behandelt.

Der in dieser Studie zum Einsatz gekommene FIMEST-E differenziert zwischen Todesfurcht und dem Akzeptieren von Tod und Sterben. Die konzeptionellen Grundlagen gehen von einem mehrdimensionalen Charakter sowohl der Todesfurcht als auch des Akzeptierens von Tod und Sterben aus. Der FIMEST-E (vgl. Wittkowski, 1996: 25 f) besteht aus 47 Items, die in acht Subskalen zusammengefasst sind und im Folgenden vorgestellt werden:

- *Angst vor dem eigenen Sterben*, AnES (8 Items)

Dieser Subtest erfasst Gefühle wie Unbehagen und Besorgnis, die sich auf den Sterbevorgang bezüglich der eigenen Person beziehen. Implizit fällt hierunter auch die Angst vor den möglichen Begleitumständen schwerer Krankheit, also Schmerzen, körperlichem Verfall, Verlust der Würde, inhumaner Behandlung, Einsamkeit. Auch die Angst vor einem Hinauszögern des Sterbens durch medizinische Maßnahmen fällt in diese Kategorie.

- *Angst vor dem eigenen Tod*, AnET (6 Items)

Mit der Angst vor dem eigenen Tod ist der Verlust der eigenen Persönlichkeit, der eigenen Existenz gemeint. Hinzu kommt die Ungewissheit über das, was nach dem Tod kommt.

- *Angst vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen*, AnFS (6 Items)

Mit diesem Subtest soll die Angst erfasst werden, sich in Gegenwart Sterbender aufzuhalten und emotionalen Beistand leisten zu müssen. Hierbei handelt es sich um sterbende Personen, zu denen eine enge Beziehung besteht.

- *Angst vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen*, AnFT (4 Items)

Hier wird die Angst vor dem endgültigen Verlust eines nahestehenden Menschen thematisiert.

-
- *Angst vor Leichen, AnL (4 Items)*

Dieser Subtest erfasst die Angst, die durch das Imaginieren einer Leiche evoziert wird. Speziell die Kälte, Starre und Bleichheit der Leiche spielen hier eine Rolle.

- *Akzeptieren des eigenen Sterbens und des eigenen Todes, AkEST (8 Items)*

Hier wird die grundsätzliche Bejahung der Begrenztheit des Lebens angesprochen. Sterben und Tod werden als natürliche und sinnvolle Bestandteile des Lebens verstanden.

- *Akzeptieren des Todes wichtiger Bezugspersonen, AkFT (6 Items)*

Mittels dieses Testes wird ermittelt, inwiefern auch der Verlust wichtiger Bezugspersonen in einem größeren Zusammenhang gesehen, einer übergeordneten Gesetzmäßigkeit zugeschrieben und somit letztendlich grundsätzlich bejaht wird.

- *Innerliche Ablehnung des eigenen Todes, AbET (5 Items)*

Dieser Subtest beschreibt das Ausmaß innerer Widerstände beim Gedanken an die Endlichkeit des eigenen Lebens. Es wird davon ausgegangen, dass dieser Widerstand auf der Ansicht beruht, der Tod sei in gewisser Weise eine „Fehlkonstruktion des Lebens“. Dementsprechend wird der Tod als gewaltsamer Eingriff oder Fremdkörper gesehen, gegen den sich aufgelehnt und innerlich protestiert wird.

Dem FIMEST liegen Annahmen zugrunde, die im weiteren näher erläutert werden (vgl. Wittkowski, 1996: 6 f). Insbesondere ist hier die Frage nach der Konstanz bzw. Veränderbarkeit des Erlebens gegenüber Tod und Sterben von Bedeutung. Wittkowski geht bei der Entwicklung des FIMEST davon aus, dass es sich bei dem Erleben gegenüber Sterben und Tod um Temperamenteigenschaften handelt, die sowohl zeitlich als auch situativ konstant und konsistent sind. Als Beleg hierfür zitiert er zum Beispiel die Arbeiten von Gilliland und Templer (1985-86) und Pettigrew und Dawson (1979), die die Furcht vor Sterben und Tod als zeitlich stabile Disposition deklarieren, also als „trait“. Allerdings gibt Wittkowski zu bedenken, dass es neben den Einteilungen „stait“ und „trait“ auch mittelfristige Zustände gibt. Er schreibt: „Inwieweit es sich bei einzelnen Komponenten der Angst vor Sterben und Tod und des Akzeptierens von Sterben und Tod um emotionale Befindlichkeiten zwischen Zustand und Disposition handelt, ist derzeit noch unklar.“ (1996: 7)

Zu der Anwendbarkeit des FIMEST in der vorliegenden Studie siehe auch Kapitel 8.1.

6.2.3 Der SKI

Um zu untersuchen, inwieweit die Persönlichkeit Einfluss auf die Umgangsweise mit dem PK hat, wurde parallel zu anderen Fragebögen ein Persönlichkeitstest erhoben. Der SKI eignet sich hier besonders gut, weil er relativ kurz ist und dennoch eine große Menge an Informationen liefert. Der SKI ist ein Test, der vornehmlich die Persönlichkeitsaspekte betont, die sich durch die Interaktionen mit dem sozialen Umfeld herausbilden. Auch aus diesem Grund wurde er für die Studie ausgewählt. Der PK erfolgt im sozialen Gefüge der angehenden Mediziner, dieser Aspekt sollte insbesondere wegen des soziologisch-theoretischen Hintergrundes nicht vergessen werden. Folgende fünf Dimensionen werden erfasst (vgl. von Georgi und Beckmann, 2002: 20ff):

- *Ich-Stärke – Unsicherheit* (8 Items)

Diese Dimension erfasst eine allgemeine Lebens- und Selbstsicherheit. Personen mit hohen Werten machen sich selten Sorgen und fühlen sich wohl. Sie machen sich nur manchmal Selbstvorwürfe und sind nur ganz selten von einer Lebensangst befallen. Sie denken meist positiv, hatten nur selten eine Lebenskrise und sind eher unabhängig von äußeren Einflüssen. Dementsprechend sind Personen mit niedrigen Werten eher besorgt, haben häufiger Angstgefühle und fühlen sich dann alleingelassen. Sie haben häufiger Lebenskrisen, denken eher negativ und sind leicht verletzbar.

- *Attraktivität – Marginalität* (8 Items)

Mit dieser Skala wird die eigene Einschätzung der sozialen Wirksamkeit in sozialen Gruppen gemessen. Hierunter fällt auch die empfundene allgemeine und sexuelle Anziehung auf andere Personen. So deuten hohe Werte auf die Überzeugung, auf andere anziehend zu wirken und beliebt zu sein. Dahingegen spiegeln niedrige Werte die Auffassung wieder, für andere eher langweilig und uninteressant zu sein.

- *Vertrauen – Zurückhaltung* (8 Items)

Anhand dieser Skala wird abgeschätzt, wie die Versuchsperson die eigene Offenheit in der zwischenmenschlichen Kommunikation in Bezug auf eigene Wünsche und Bedürfnisse einschätzt. Hinzu kommt der Stellenwert, der der Intimität zugemessen wird. Je höher die erreichten Werte, desto offener werden Wünsche geäußert, eigene Vorstellungen in der Sexualität durchgesetzt und Gefühle offen mitgeteilt. Je niedriger die Werte, desto eher werden auch bei festen Partnern zärtliche Gefühle abgewehrt und enger Kontakt gemieden.

-
- *Ordnungsliebe – Sorglosigkeit* (8 Items)

Je höher die Werte auf dieser Skala, desto größer ist der Wunsch nach einer guten Strukturierung der Umwelt und des Lebens. Personen mit hohen Werten schätzen Genauigkeit, Sparsamkeit, geordnete Verhältnisse und klare Regeln. Sie sind eher sorgfältig und verlässlich und schätzen ihr Leben als gut geplant ein. Niedrige Werte kennzeichnen Personen, denen diese Dinge eher unwichtig und gleichgültig sind.

- *Durchsetzung – Kooperation* (8 Items)

Die letzte Skala erfasst die Einschätzung der eigenen Durchsetzungsfähigkeit in sozialen Situationen. Je höher die Werte, desto größer ist die Tendenz, den eigenen Willen durchzusetzen, zu rivalisieren und anderen nur zu folgen, wenn es nicht anders geht.

6.3 Versuchspersonen, Durchführung und Rückläufe

Die Studie wurde als Messwiederholung mit zwei Messzeitpunkten durchgeführt, wobei die Teilnahme am PK zwischen diesen Messungen als Treatment zu verstehen ist. Eine Kontrollgruppe konnte nicht erhoben werden, da eine solche nicht zu realisieren ist. Sie hätte aus Medizinstudenten bestehen müssen, die einerseits den PK noch nicht absolviert haben, andererseits im Studium bereits vergleichbar fortgeschritten sind. Eine solche Gruppe existiert allerdings nicht.

Die Erhebung fand im Wintersemester 2002 / 2003 an der Universität Gießen statt. Als Zeitrahmen der ersten Erhebung wurden die ersten zwei Wochen des PK gewählt, wobei davon ausgegangen wurde, dass während dieser Zeit eine Gewöhnung an die Tätigkeit im PK noch nicht stattfindet. Dieses wurde aus Gesprächen mit Studierenden, die die Autorin geführt hat, geschlossen. Den Studierenden wurde zu Beginn des PK die Fragebogenbatterie ausgeteilt, sie hatten zwei Wochen Zeit, sie auszufüllen und bei ihrem Tischdozenten abzugeben. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Der Rücklauf betrug 151 von 380 und somit 39,7%.

Der zweite Erhebungszeitraum erstreckte sich über die letzten zwei Wochen des PK, wiederum war eine Teilnahme freiwillig. Die Studierenden gaben die ausgefüllten Fragebögen vor dem letzten Testat des PK ab. Der Rücklauf betrug hier 112 von 380, also 29,5%. Die sinkende Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen, kann

höchstwahrscheinlich damit begründet werden, dass die Belastung durch die im PK zu absolvierenden Testate sich im Laufe des PK gesteigert hat.

In die Auswertung flossen die Daten derjenigen Personen ein, die sowohl an der ersten als auch der zweiten Erhebung teilgenommen hatten und deren Fragebögen eindeutig zugeordnet werden konnten. Als Identifizierung diente die Angabe „Geburtsdatum der Mutter“. Auf diese Weise erfolgte einerseits die Zuordnung und andererseits die Gewährleistung der Anonymität der Befragten. Insgesamt belief sich die Zahl der Teilnehmer, deren Einstellungen vor und nach PK miteinander verglichen wurden, auf 62.

Nach der Darstellung der Entstehung des selbstentworfenen Fragebogens, des Inhalts der Fragebogenbatterie und des Erhebungsdesigns folgt nun die Vorstellung der Ergebnisse der Studie in Kapitel 7.

7 Ergebnisse der Erhebung: Auswertung der Daten

Kapitel 7 beinhaltet die Ergebnisse der in der empirischen Studie erhobenen Daten. Bei der Berechnung der Ergebnisse sind nur diejenigen Befragten berücksichtigt worden, die an beiden Messzeitpunkten an der Untersuchung teilgenommen haben. Die Anzahl beläuft sich auf $N = 62$. Sämtliche Berechnungen wurden mit SPSS 11 durchgeführt.

Die Darstellung der Ergebnisse gestaltet sich in der Form, dass zunächst in Kapitel 7.1 auf demographische Merkmale (Alters- und Geschlechtsverteilung) der untersuchten Gruppe eingegangen wird. Ein besonderer Schwerpunkt wird zudem auf die jeweiligen persönlichen Vorerfahrungen der Probanden in Bezug auf Tod und Sterben gelegt, denn diese Informationen sind ausschlaggebend für die Bewertung der Hypothese 2. Es soll nicht nur untersucht werden, welche Auswirkungen der PK auf die Teilnehmer hat sondern auch, welche Rolle die persönlichen Vorerfahrungen mit Tod und Sterben der Befragten bei der Absolvierung des PK spielen.

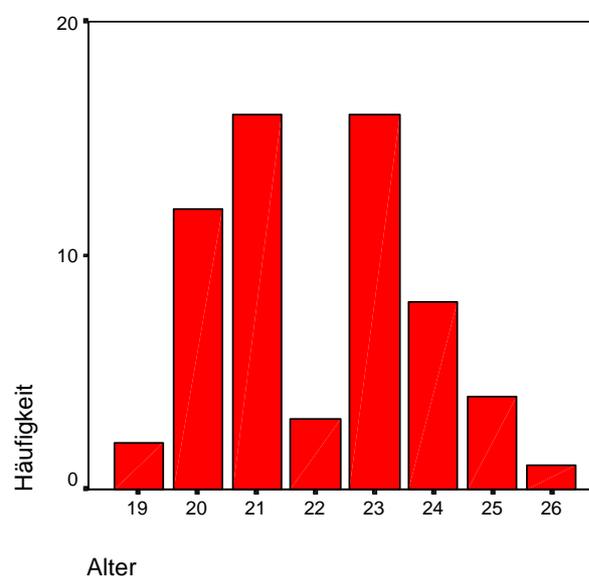
Kapitel 7.2 berichtet über die Ergebnisse der Fragebogenbatterie. Als erstes wird dargestellt, in welcher Form Untergruppen für die nachfolgende statistische Auswertung definiert werden. Die Auswertung der Daten mittels Regressionsanalyse erfolgt in den

Kapiteln 7.2.1 (Ergebnisse des FBM), 7.2.2 (Ergebnisse des FIMEST) und 7.2.3 (Ergebnisse des SKI). Es ist zu beachten, dass der Faktor Zeit in dieser Studie mit dem Treatment PK konfundiert ist. Das heißt, es wird davon ausgegangen, dass die Auswirkungen des PK gemessen werden und nicht die Auswirkungen der Zeit.

7.1 Zusammensetzung der Stichprobe: Alter, Geschlecht und Vorerfahrungen

Bei der Gruppe der Befragten handelte es sich um 62 Personen, die an der Justus-Liebig-Universität in Gießen Medizin studierten. Sie setzte sich aus 19 männlichen und 43 weiblichen Probanden im Alter von 19 bis 26 Jahren zusammen. Der Mittelwert der Altersverteilung beträgt 22,03 Jahre, die Standardabweichung ist 1,727. Die differenzierte Altersverteilung zeigt Abbildung 8.

Abbildung 8: Altersverteilung der Stichprobe



Der überwiegende Teil der Befragten war deutscher Herkunft, nur 4 wiesen eine andere Nationalität auf (Kamerun, USA, Makedonien, Iran). 55 waren im christlichen Kontext aufgewachsen, 7 machten zu ihrem religiösen Hintergrund keine Angaben. Die berufliche Tätigkeit der Eltern lag zum größten Teil im außermedizinischen Bereich

(Väter: 53, Mütter: 48), 5 Väter und 4 Mütter waren Arzt / Ärztin, 2 Väter und 9 Mütter waren im krankenschwesterlichen Bereich tätig und zu den beruflichen Tätigkeiten von 2 Vätern und 1 Mutter wurden keine Angaben gemacht.

31 Versuchspersonen (Vpn) hatten vor dem Studium keinerlei Ausbildung genossen, 4 eine Ausbildung im außermedizinischen und 27 eine Ausbildung im medizinischen Bereich, also zum Beispiel als Krankenschwester bzw. Krankenpfleger oder Rettungssanitäter. Zum Zeitpunkt der Befragung waren 21 Studierende im zweiten Semester, 37 im dritten, 3 im vierten und 1 im fünften Semester des Studiums der Medizin.

Bei dieser Studie ist von besonderer Bedeutung, inwieweit die Probanden sich bereits mit der Thematik Tod und Sterben durch persönliche Erfahrungen befassen mussten und ob sie schon erste Einblicke in die medizinische Lehre der Anatomie gemacht hatten. Daher wurden diesbezüglich spezifische Angaben erhoben. An der freiwilligen Veranstaltung „Demonstration zur Anatomie“, die jeweils im vorherigen Semester als Einführung zum PK angeboten wird und bei der präparierte Leichenteile gezeigt werden, hatten 25 regelmäßig, 23 unregelmäßig und 14 nicht teilgenommen.

Zum Zeitpunkt der Befragung hatten 8 Studierende noch nie eine Leiche gesehen, 12 eine einzige, 24 zwei bis zehn Leichen und 18 mehr als zehn (siehe Abbildung 9). Die Altersverteilung des Zeitpunktes, wann zum ersten Mal eine Leiche gesehen wurde, zeigt Abbildung 10.

Abbildung 9: Verteilung der Kategorie „Anzahl der vor dem PK gesehenen Leichen“

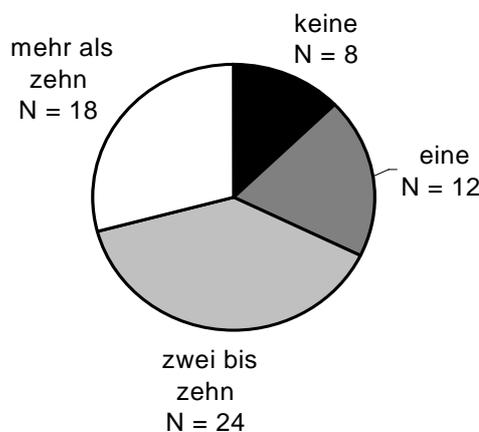
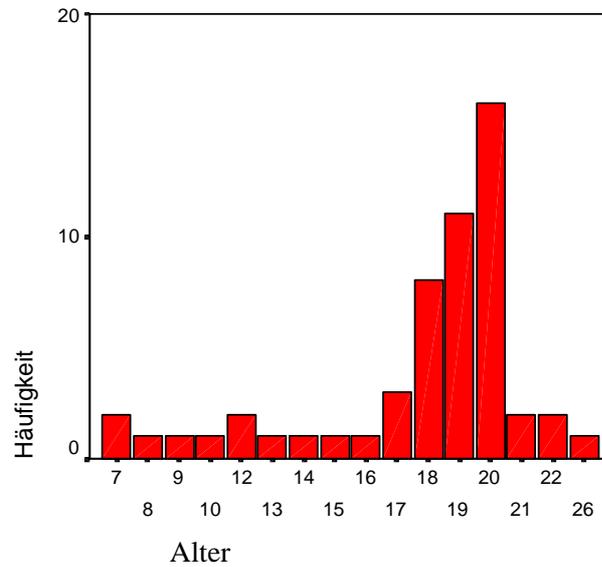
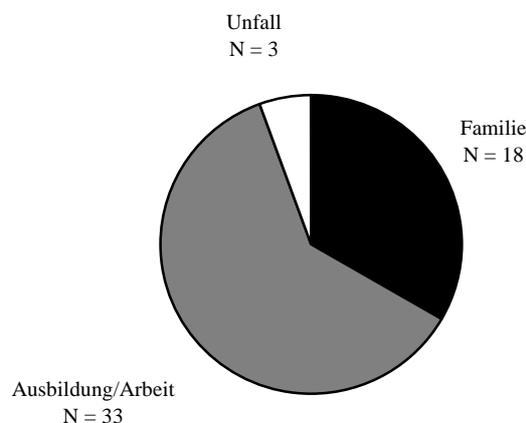


Abbildung 10: Verteilung der Kategorie „Alter, in dem zum ersten Mal eine Leiche gesehen wurde“



Die Frage nach den Umständen und der Wirkung der ersten Begegnung mit einer Leiche ist als offene Frage gestellt. Auf diese Weise wurde den Vpn die Möglichkeit gegeben, ihre Erfahrungen frei wiederzugeben. Von den 54 Befragten, die schon eine oder mehrere Leichen gesehen hatten, gaben 18 an, dieses sei im familialen Rahmen geschehen. Zumeist handelte es sich hier um Großvater oder Großmutter. 33 Vpn hatten die erste Leiche während der Ausbildung oder im Krankenpflegepraktikum gesehen, 3 zufällig durch Auffinden eines Unfallopfers oder Suizidanten (siehe Abbildung 11).

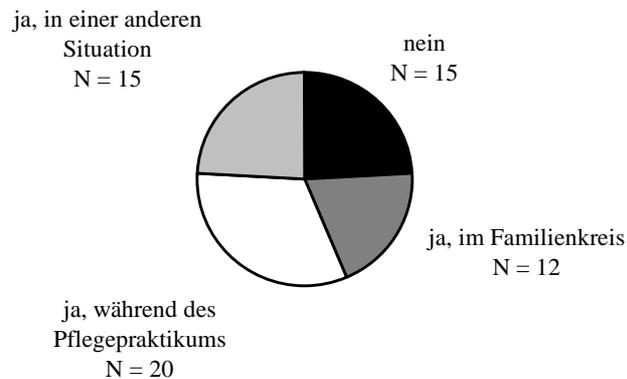
Abbildung 11: Verteilung der Kategorie „Situation, in der die erste Leiche gesehen wurde“



Zur Ermittlung weiterer Erfahrungen, die bereits mit der Thematik Sterben gemacht wurden, wurde erhoben, ob die Situation am Sterbebett eines Menschen zu sein, bekannt ist. Mit einem Sterbenden geredet hatten 15 Befragte noch nie, 12 im

Familienkreis, 20 während des Krankenpflegepraktikums und 15 in einer sonstigen Situation.

Abbildung 12: Verteilung der Kategorie „schon einmal am Sterbebett eines Menschen gewesen“



Auf die Frage, ob sie sich nach ihrem Tod als Körperspender für die medizinische Lehre zur Verfügung stellen würden, antworteten zum Messzeitpunkt 1 insgesamt 48 Befragte mit „nein“, 13 mit „eventuell“ und 1 mit „ja“. Dieses Ergebnis reproduziert sich nahezu völlig bei Messzeitpunkt 2. Hier antworteten ebenfalls 48 Befragte mit „nein“, 12 mit „eventuell“, 1 mit „ja“ und 1 machte keine Angabe (vgl. hierzu auch Kapitel 2.2.3).

Die demographischen Merkmale der Stichprobe sind recht homogen. Die nationale und religiöse Herkunft sowie die Altersstufe sind bei fast allen Probanden gleich. In Bezug auf die berufliche Vorbildung und die Erfahrung mit Tod und Sterben allerdings treten Unterschiede auf, die zu einer heterogenen Stichprobe führen. Dieser Umstand ist bei der Betrachtung der nachfolgenden Ergebnisse zu berücksichtigen und wird in Kapitel 8.2 eingehend thematisiert werden, wenn die unterschiedlichen Vorerfahrungen der Studierenden mit den Auswirkungen des PK in Zusammenhang gebracht und die Hypothese 2 diskutiert wird.

7.2 Ergebnisse der Fragebögen

Nachdem die Beschreibung der demographischen Charakteristika der untersuchten Stichprobe in Kapitel 7.1 durchgeführt worden ist, erfolgt nun die Darstellung der Fragebogenergebnisse. Jeweils ein Unterkapitel widmet sich einem Fragebogen, es wird dabei durchgängig folgende Reihenfolge eingehalten:

- Nennung der Reliabilitäten
- Betrachtung der Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten 1 und 2 mittels abhängigen t-Tests
- Vergleich der Untergruppen mittels Regressionsanalyse

Das Signifikanzniveau Alpha wurde folgendermaßen festgesetzt: als signifikant gelten p-Werte $<0,05$ (gekennzeichnet mit *) und als hochsignifikant Werte $<0,01$ (gekennzeichnet mit ***).

Regressionsanalysen werden durchgeführt, um Beziehungen zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen zu entdecken und zu analysieren. Ziel ist es, anhand von unabhängigen Variablen, den sogenannten Prädiktoren, auf abhängige Variablen zu schließen⁴⁷. In der vorliegenden Studie wurde auf die Regressionsanalyse zurückgegriffen, um herauszufinden, ob bestimmte Merkmale der Versuchspersonen, zum Beispiel die berufliche Vorbildung, im Zusammenhang mit der Veränderung der Einstellungen zu Sterben und Tod während des PK stehen. Um die inhaltliche Fragestellung nach der Bedeutung der Vorerfahrungen mit Tod und Sterben zu berücksichtigen, ist es notwendig, für die Durchführung der Regressionsanalyse geeignete Untergruppen zu wählen. Die Versuchspersonen weisen unterschiedliche Vorerfahrungen mit Tod, Sterben und Leichen auf, für die Regressionsanalyse wurden aus Gründen der Rechenbarkeit einige Kategorien zusammengefasst.

Es wurden Referenzkategorien gebildet, in denen die Frauen, die jüngeren Teilnehmer, die Teilnehmer ohne medizinische Vorbildung und diejenigen, die weder beruflich noch privat Erfahrungen mit Tod und Sterben gemacht hatten (an der Veranstaltung „Demonstration zur Anatomie“ nicht teilgenommen, vor dem PK noch keine Leiche gesehen und weder im familiären noch in einem anderen Rahmen mit einem Sterbenden geredet) zusammengefasst und gegen die verbleibenden Versuchspersonen getestet

⁴⁷ Für weitere Informationen zu Regressionsanalysen siehe zum Beispiel Stevens, 2002, Kapitel 3: Multiple Regression.

wurden. Die völlig Unerfahrenen wurden also den Erfahrenen gegenübergestellt, wobei hier die Anzahl und Art der Erfahrungen unberücksichtigt bleibt.

Die Auflistung der berücksichtigten Untergruppen ist in Tabelle 7 dargestellt. Die Zahlen in den Klammern beziffern die jeweilige Gruppengröße.

Tabelle 7: Kategorisierung der Untergruppen der Regressionsanalyse

	Referenzkategorie	Vergleichsgruppe
Geschlecht	weiblich (N = 43)	männlich (N = 19)
Altersgruppe	19 – 22 Jahre (N = 33)	23 – 26 Jahre (N = 29)
berufliche Vorbildung	keine oder außermedizinisch (N = 35)	medizinisch (N = 27)
an der Veranstaltung „Demonstration zur Anatomie“ teilgenommen	nein (N = 14)	ja, regelmäßig oder unregelmäßig (N = 48)
Anzahl der vor dem PK gesehenen Leichen	keine (N = 8)	eine bis mehr als zehn (N = 54)
schon mit einem Sterbenden geredet	nein (N = 15)	ja, in der Familie oder außerfamiliär (N = 47)

Das Merkmal *Alter* wurde in zwei Kategorien eingeteilt, wobei darauf geachtet wurde, dass die Kategoriegrenzen gleich und die entstehenden zwei Untergruppen ungefähr gleich groß sind. Bei dem Merkmal *„berufliche Vorbildung“* wurden diejenigen Befragten mit beruflicher Vorbildung in einem außermedizinischen Bereich und die ohne berufliche Vorbildung zusammengefasst. Es entstehen so zwei Untergruppen, die ebenfalls ungefähr die gleiche Größe haben. Ebenso wurden die Befragten, die an der *„Demonstration zur Anatomie“* regelmäßig oder unregelmäßig teilgenommen hatten, denen gegenübergestellt, die nicht teilgenommen hatten. In Bezug auf die direkten Erfahrungen mit Tod und Sterben wurden Kategorien gebildet, die zwischen der völlig unerfahrenen Gruppe (noch keine Leiche gesehen, noch nie mit einem Sterbenden geredet) und der erfahrenen (mindestens eine Leiche gesehen, schon einmal am Sterbebett eines Menschen gewesen) diskriminieren.

7.2.1 Ergebnisse des FBM

Zunächst erfolgt in Tabelle 8 die Darstellung der Reliabilitäten des FBM. Der FBM weist akzeptable bis gute Werte auf, so dass von einer verlässlichen Messung ausgegangen werden kann. Die Reliabilitäten des FBM wie auch der anderen beiden Fragebögen sind überprüft worden, indem für die erste Haupterhebung (N=151) und für die gematchten Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten (jeweils N=62) sowohl Crohnbach´s Alpha als auch die Split-half-Reliabilität berechnet wurden⁴⁸.

Tabelle 8: Reliabilitäten des FBM

		Umgang Leiche	Urteil PK	Distanz PK
Crohnbach´s Alpha	T1 gesamt	0,78	0,75	0,70
	Matches T1	0,80	0,68	0,74
	Matches T2	0,79	0,69	0,71
Split-Half-Reliabilität	T1 gesamt	0,83	0,74	0,73
	Matches T1	0,83	0,65	0,76
	Matches T2	0,83	0,74	0,77

T1 = Messzeitpunkt 1
T2 = Messzeitpunkt 2

Zu Beginn der Auswertung der Daten erfolgt der Vergleich der Stichprobe mittels abhängigem t-Test vor und nach Absolvierung des PK. Es ergeben sich für zwei der Faktoren signifikante bzw. hochsignifikante Ergebnisse (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: FBM Mittelwertvergleich zwischen erster und zweiter Erhebung

	MW T 1 (SD)	MW T 2 (SD)	T	df	p
Umgang Leiche	11,14 (6,041)	9,87 (5,593)	2,638	58	0,011*
Urteil PK	4,59 (3,324)	4,43 (4,116)	0,343	55	0,733
Distanz PK	20,93 (7,746)	26,37 (7,662)	-6,685	55	0,000***

MW T1 = Mittelwert zum Messzeitpunkt 1
MW T 2= Mittelwert zum Messzeitpunkt 2
*** = hochsignifikant
* = signifikant

SD = Standardabweichung
T= T-Wert
df= Freiheitsgrade
p= Irrtumswahrscheinlichkeit

⁴⁸ Die Re-Test-Reliabilitäten sind in Kapitel 6.1 zu finden.

Aus diesem Vergleich lässt sich ablesen:

Der Umgang mit den Thematiken Tod und Sterben ist zu Beginn des PK relativ offen (Je niedriger die Werte, desto offener der Umgang, siehe Kapitel 6.2.1). Dies steigert sich nach der Absolvierung signifikant. Der PK als Bestandteil des Medizinstudiums nimmt bei den Studierenden einen hohen Stellenwert ein. (Je höher die Werte, desto niedriger die Akzeptanz.) Daran ändert auch die aktive Teilnahme nichts. Sowohl vor als auch nach PK sind ähnliche Ergebnisse zu verzeichnen. Die Tendenz, die durch den PK hervorgerufenen Belastungen zu verdrängen und passiv zu ertragen, ist schon zu Beginn des PK relativ hoch und steigert sich signifikant. (Je höher die Werte, desto größer die Verdrängungstendenz.)

Es folgt die Berechnung der Regressionsanalyse der in Kapitel 7.2 dargestellten Untergruppen (siehe Tabelle 8). Wie Tabelle 10 zeigt, lassen sich für Veränderungen der Werte von zwei der drei Skalen statistisch relevante unabhängige Variablen nachweisen.

Tabelle 10: Ergebnisse der Regressionsanalyse des FBM

Faktor	Einflussvariable(n)	Beta	T	p
Umgang Leiche	medizinische berufliche Vorbildung	0,460	3,975	0,000***
Distanz PK	an der Demonstration zur Anatomie teilgenommen	-0,440	-3,823	0,000***
	Geschlecht männlich	-0,312	-2,710	0,009***

Beta = standardisierter Regressionskoeffizient

T = T-Wert

p = Irrtumswahrscheinlichkeit

*** = hochsignifikant

Die berufliche Vorbildung kann dazu herangezogen werden, den Umgang mit einer Leiche einzuschätzen. Die Gruppe mit medizinischer Vorbildung zeigt höhere Werte und damit ein größeres Unbehagen als die ohne medizinische Vorbildung.

Die Teilnahme an der vorbereitenden Veranstaltung „Demonstration zur Anatomie“ sowie das Geschlecht der Versuchspersonen geben einen Hinweis darauf, wie die Verarbeitung der Erlebnisse im PK abläuft. Männer und die Teilnehmer der

Veranstaltung weisen signifikant niedrigere Werte auf der Skala „Distanz PK“ auf und sind dementsprechend offener in der Verarbeitung als Frauen und diejenigen, die nicht teilgenommen haben. Zur Veranschaulichung der Ergebnisse werden sie in den Abbildungen 13 – 15 graphisch dargestellt.

Abbildung 13: FBM: Skala Umgang Leiche, Verlauf der Kategorie „berufliche Vorbildung“

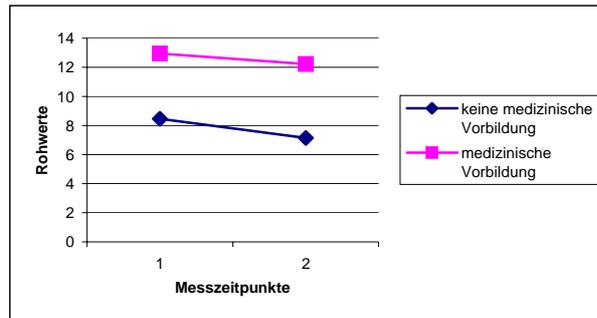


Abbildung 14: FBM: Skala Distanz PK, Verlauf der Kategorie „an der Demonstration zur Anatomie teilgenommen“

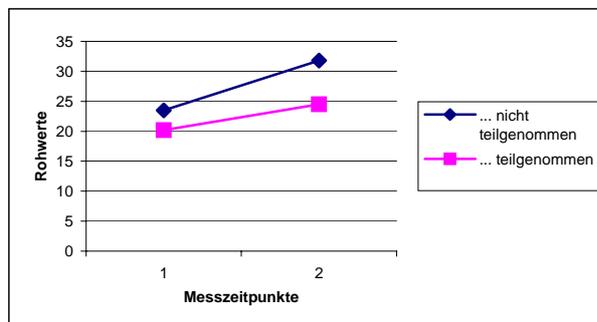
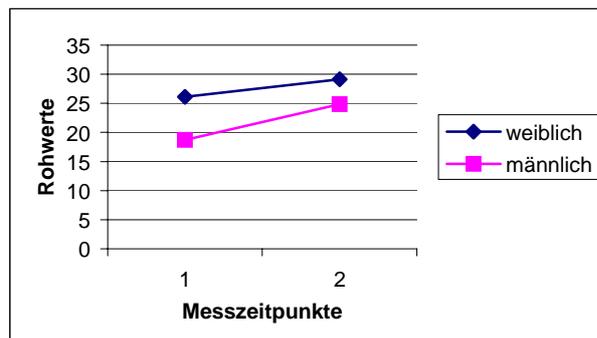


Abbildung 15: FBM: Skala Distanz PK, Verlauf der Kategorie „Geschlecht“



7.2.2 Ergebnisse des FIMEST

Bevor die Ergebnisse des FIMEST dargestellt werden, stellt Tabelle 11 die Reliabilitäten zusammen. Der FIMEST erreicht durchweg gute bis sehr gute Werte.

Tabelle 11: Reliabilitäten FIMEST

		AnES	AnET	AnFS	AnFT	AnL	AkEST	AkFT	AbET
Cronbach's Alpha	T1 gesamt	0,80	0,88	0,86	0,88	0,80	0,88	0,80	0,83
	T1 matches	0,69	0,89	0,87	0,85	0,78	0,86	0,80	0,78
	T2 matches	0,82	0,86	0,88	0,88	0,78	0,87	0,85	0,78
Split-Half- Reliabilität	T1 gesamt	0,77	0,88	0,87	0,88	0,77	0,85	0,80	0,79
	T1 matches	0,62	0,86	0,89	0,84	0,76	0,87	0,78	0,70
	T2 matches	0,73	0,86	0,89	0,88	0,74	0,88	0,88	0,75

AnES = Angst vor dem eigenen Sterben

AnET = Angst vor dem eigenen Tod

AnFS = Angst vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen

AnFT = Angst vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen

AnL = Angst vor Leichen

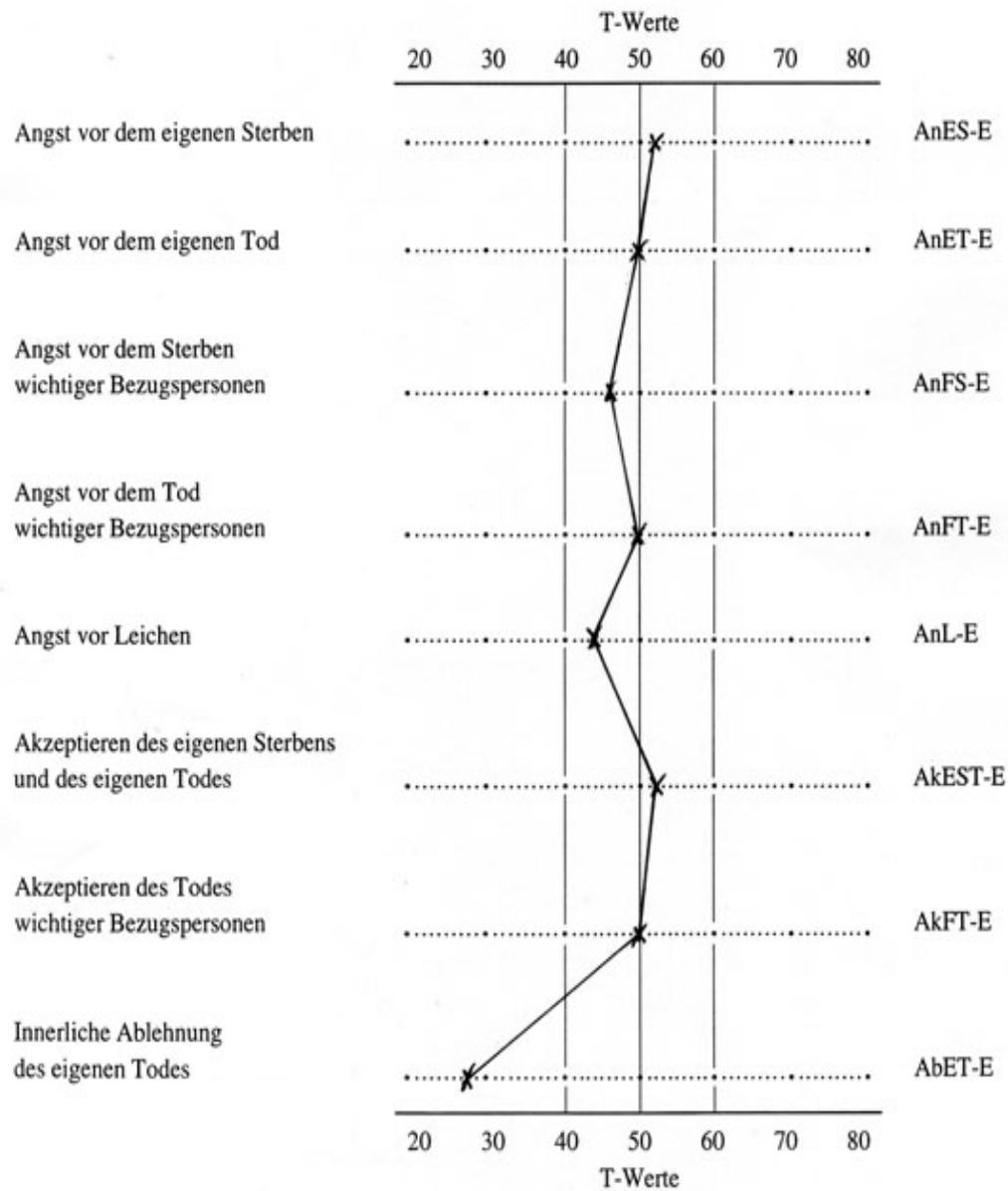
AkEST = Akzeptieren des eigenen Sterbens und Todes

AkFT = Akzeptieren des Todes wichtiger Bezugspersonen

AbET = Ablehnung des eigenen Todes

Durch die Umwandlung der erhobenen Rohwerte in Standardwerte (T-Werte) ergibt sich die Möglichkeit, ein Profilblatt für die Stichprobe zu erstellen (vgl. Wittkowski, 1996: 36f). Es zeigt sich, dass alle Skalen zum Messzeitpunkt 1 (N=62) bis auf eine im statistischen Sinne normal ausgeprägt sind. Einzig die Skala „*Ablehnung des eigenen Todes*“ weist eine sehr viel schwächere Ausprägung auf (siehe Abbildung 16).

Abbildung 16: Profilblatt FIMEST der Stichprobe zum Messzeitpunkt 1



Die Durchführung eines t-Tests für abhängige Stichproben führt zu dem Ergebnis, dass sich nur bei einem Faktor ein signifikantes Ergebnis zeigt (siehe Tabelle 12). Für die Berechnungen wurde auf die Rohwerte zurückgegriffen.

Tabelle 12: FIMEST Mittelwertvergleich zwischen erster und zweiter Erhebung

	MW T1 (SD)	MW T2 (SD)	T	df	p
AnES	15,22 (4,379)	15,43 (4,864)	-0,426	58	0,672
AnET	6,12 (4,627)	5,55 (4,143)	1,360	57	0,179
AnFS	4,36 (3,396)	4,50 (3,774)	-0,446	57	0,657
AnFT	8,72 (2,793)	7,98 (3,003)	2,031	59	0,047*
AnL	1,68 (2,004)	1,45 (1,859)	0,997	58	0,323
AkEST	16,02 (4,736)	16,57 (5,035)	-1,118	54	0,269
AkFT	10,41 (3,943)	10,63 (4,105)	-0,509	57	0,613
AbET	3,13 (3,074)	2,93 (2,684)	0,581	58	0,564

AnES = Angst vor dem eigenen Sterben
 AnET = Angst vor dem eigenen Tod
 AnFS = Angst vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen
 AnFT = Angst vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen
 AnL = Angst vor Leichen
 AkEST = Akzeptieren des eigenen Sterbens und Todes
 AkFT = Akzeptieren des Todes wichtiger Bezugspersonen
 AbET = Ablehnung des eigenen Todes

MW T1 = Mittelwert Messzeitpunkt 1
 MW T2 = Mittelwert Messzeitpunkt 2
 SD = Standardabweichung
 T = T-Wert
 df = Freiheitsgrade
 p = Irrtumswahrscheinlichkeit
 * = signifikant

Nur die Skala „Angst vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen“ (AnFT) zeigt einen signifikanten Unterschied. Nach der Absolvierung des PK ist die Angst vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen überzufällig gesunken.

Nach Berechnung der Regressionsanalyse für den FIMEST ergaben sich folgende Ergebnisse wie sie in Tabelle 13 dargestellt sind.

Tabelle 13: Ergebnisse der Regressionsanalyse des FIMEST

Faktor	Einflussvariable(n)	Beta	T	p
AnFS	schon einmal mit einem Sterbenden geredet	-0,365	-2,957	0,005***
	medizinische berufliche Vorbildung	0,248	2,008	0,049*
AnFT	schon einmal mit einem Sterbenden geredet	-0,295	-2,369	0,021*
AnL	medizinische berufliche Vorbildung	0,411	3,465	0,001***
AkETS	medizinische berufliche Vorbildung	-0,379	-3,035	0,004***

AnFS = Angst vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen
 Beta = standardisierter Regressionskoeffizient
 AnFT = Angst vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen
 AnL = Angst vor Leichen
 AkETS = Akzeptieren des eigenen Sterbens und Todes

T = T-Wert
 p = Irrtumswahrscheinlichkeit
 *** = hochsignifikant
 * = signifikant

Für die Skala „Angst vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen“ treten die Kategorisierungen *schon mit einem Sterbenden geredet* und *berufliche Vorbildung* prädiktorisch auf. Erfahrungen mit Sterbenden wirken sich im PK angstmindernd aus, eine Ausbildung in einem medizinischen Beruf angststeigernd.

Bedeutsam für die Veränderungen der Skala „Angst vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen“ ist es, ob die Befragten schon einmal mit einem Sterbenden Kontakt hatten oder nicht. Die Gruppe derjenigen ohne solche Erfahrung weist signifikant höhere Werteverchiebungen auf.

Das Merkmal berufliche Vorbildung schlägt sich hochsignifikant auf Veränderungen der Skala „Angst vor Leichen“ nieder, wobei eine medizinische Vorbildung die Angst stärker steigen lässt.

Als letztes hochsignifikantes Ergebnis tritt das Merkmal berufliche Vorbildung in Bezug auf Veränderungen der Skala „Akzeptieren des eigenen Sterbens“ auf. Die Gruppe ohne medizinische Vorbildung akzeptiert das eigene Sterben eher als die Gruppe mit medizinischer Vorbildung.

Die Abbildungen 17 – 21 zeigen den Verlauf der oben genannten unabhängigen Variablen graphisch.

Abbildung 17: FIMEST Skala „Angst vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen“, Verlauf der Kategorie „schon einmal mit einem Sterbenden geredet“

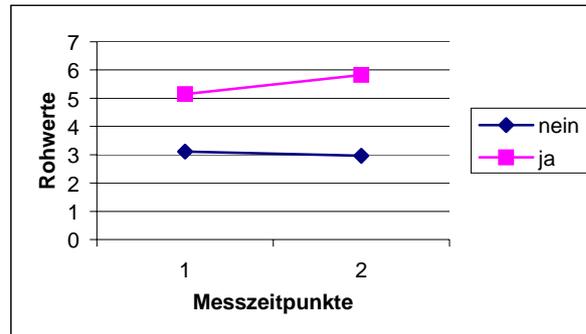


Abbildung 18: FIMEST Skala „Angst vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen“, Verlauf der Kategorie „berufliche Vorbildung“

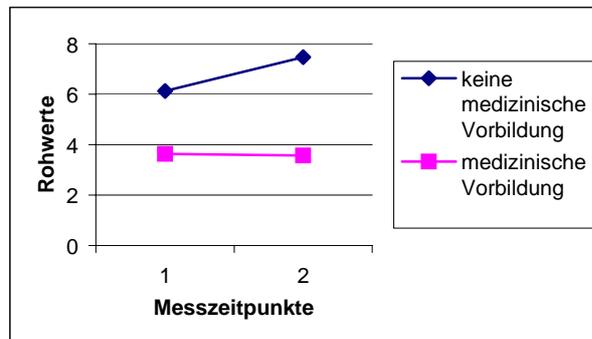


Abbildung 19: FIMEST Skala „Angst vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen“, Verlauf der Kategorie „schon einmal mit einem Sterbenden geredet“

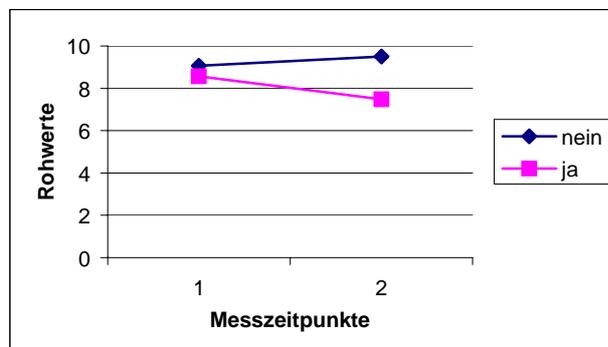


Abbildung 20: FIMEST Skala „Angst vor Leichen“, Verlauf der Kategorie „berufliche Vorbildung“

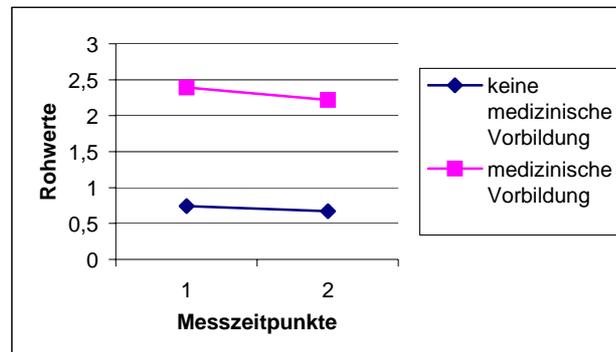
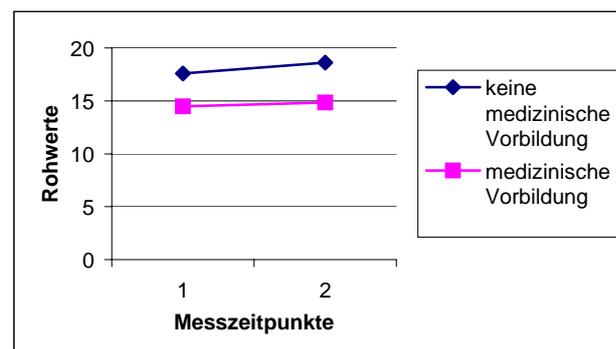


Abbildung 21: FIMEST Skala „Akzeptieren des eigenen Sterbens und Todes“, Verlauf der Kategorie „berufliche Vorbildung“



7.2.3 Ergebnisse des SKI

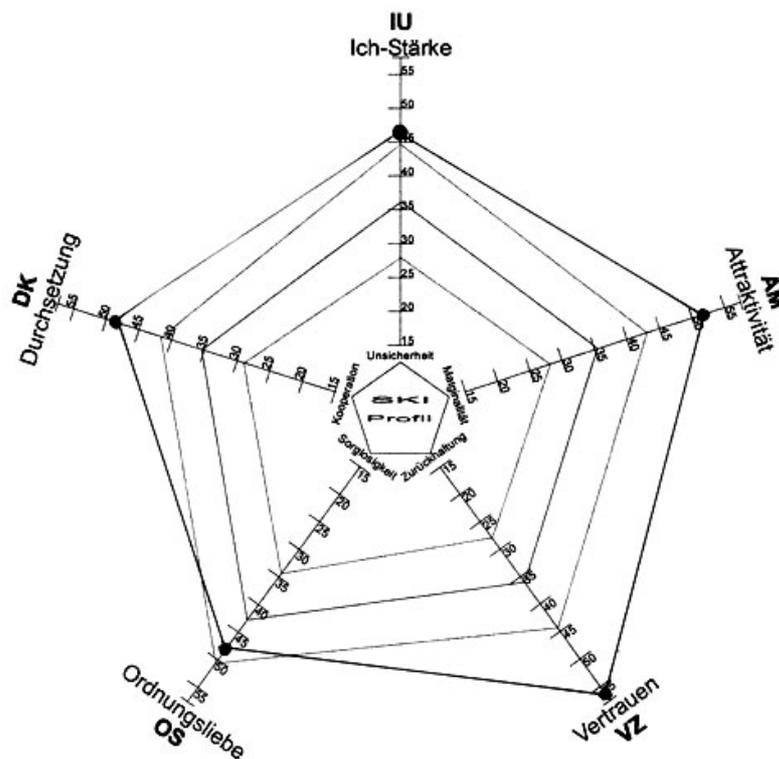
Wie auch bei den beiden vorhergehenden Darstellungen der Ergebnisse erfolgte zunächst die Überprüfung der Reliabilitäten. Der SKI konnte hier gute bis sehr gute Werte erzielen.

Tabelle 14: Reliabilitäten SKI

		Ich-Stärke	Attraktivität	Vertrauen	Ordnungs- liebe	Durch- setzung
Cronbach's Alpha	T1 gesamt	0,85	0,90	0,83	0,79	0,72
	T1 matches	0,83	0,91	0,79	0,78	0,69
	T2 matches	0,87	0,92	0,82	0,80	0,70
Split-Half- Reliabilität	T1 gesamt	0,88	0,89	0,62	0,84	0,68
	T1 matches	0,86	0,90	0,45	0,80	0,62
	T2 matches	0,93	0,92	0,77	0,86	0,64

Wie auch beim FIMEST wurden die erhobenen Rohwerte in T-Werte umgewandelt (vgl. von Georgi und Beckmann, 2002: 14ff). Es zeigt sich, dass die untersuchte Stichprobe zum Messzeitpunkt 1 (N=62) auf den Skalen *Durchsetzung*, *Attraktivität* und *Vertrauen* überdurchschnittlich hohe Werte erzielt, auf der Skala *Ich-Stärke* liegt sie an der oberen Grenze.

Abbildung 22: Profilblatt SKI der Stichprobe zum Messzeitpunkt 1



Beim Vergleich der Stichprobe vor und nach PK mittels t-Test ergibt sich ein signifikantes Ergebnis (siehe Tabelle 15):

Tabelle 15: SKI Mittelwertvergleich zwischen erster und zweiter Erhebung

	MW T 1 (SD)	MW T 2 (SD)	T	df	p
Ich-Stärke	33,87 (9,414)	33,81 (9,826)	0,095	59	0,924
Attraktivität	36,02 (9,031)	37,28 (9,622)	-1,949	57	0,056
Vertrauen	40,75 (7,803)	41,37 (7,963)	-0,861	58	0,393
Ordnungsliebe	41,97 (6,767)	41,59 (7,216)	0,608	58	0,545
Durchsetzung	36,19 (6,055)	34,94 (7,273)	2,019	56	0,048*

MW T1 = Mittelwert Messzeitpunkt 1
 MW T2 = Mittelwert Messzeitpunkt 2
 SD = Standardabweichung

T = T-Wert
 df = Freiheitsgrade
 p = Irrtumswahrscheinlichkeit
 * = signifikant

Auch für den SKI wurde eine Regressionsanalyse gerechnet, um Möglichkeiten für Vorhersagen und Schätzungen zu bestimmen, die die Vorerfahrungen der Versuchspersonen bezogen auf ihre Persönlichkeit betreffen.

Tabelle 16: Ergebnisse der Regressionsanalyse des SKI

Faktor	Einflussvariable(n)	Beta	T	p
Ich-Stärke	medizinische berufliche Vorbildung	-0,324	-2,606	0,012*
Vertrauen	Alter 23 – 26 Jahre	0,282	2,218	0,031*
Ordnungsliebe	Geschlecht männlich	0,297	2,438	0,018*
	an der Demonstration zur Anatomie teilgenommen	-0,247	-2,024	0,048*

Beta = standardisierter Regressionskoeffizient
 T = T-Wert

p = Irrtumswahrscheinlichkeit
 * = signifikant

Es zeigt sich, dass für drei der fünf Skalen Zusammenhänge mit unabhängigen Variablen nachgewiesen werden können. Die Ausprägung der *Ich-Stärke* kann in Bezug gesetzt werden zu der beruflichen Vorbildung der Testpersonen. Die Ausbildung in einem medizinischen Beruf kann als Hinweis genommen werden, dass die *Ich-Stärke* geringer ist. Die Einteilung in eine ältere und eine jüngere Altersgruppe ergibt lediglich auf der Skala *Vertrauen* einen signifikanten Zusammenhang. Die Gruppe der jüngeren Befragten weisen einen höheren Wert auf. Ebenfalls vorhersagend ist die Kategorie Geschlecht in Bezug auf die Skala *Ordnungsliebe*. Männer haben einen höheren Wert als Frauen. Hier sind zusätzlich Signifikanzen festzustellen je nachdem, ob an der Veranstaltung „Demonstration zur Anatomie“ teilgenommen wurde oder nicht. Die Teilnehmer sind weniger stark ordnungsliebend.

Die Abbildungen 23 – 26 veranschaulichen die Verläufe der unterschiedlichen Kategorien graphisch.

Abbildung 23: SKI Skala *Ich-Stärke*, Verlauf der Kategorie „berufliche Vorbildung“

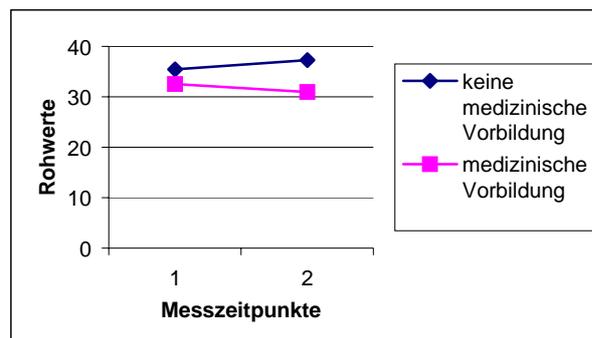


Abbildung 24: SKI Skala *Vertrauen*, Verlauf der Kategorie „Alter“

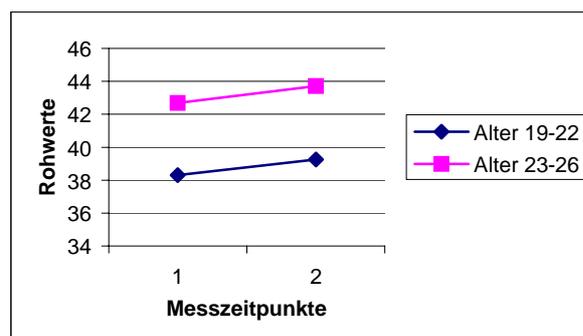


Abbildung 25: SKI Skala Ordnungsliebe, Verlauf der Kategorie „Geschlecht“

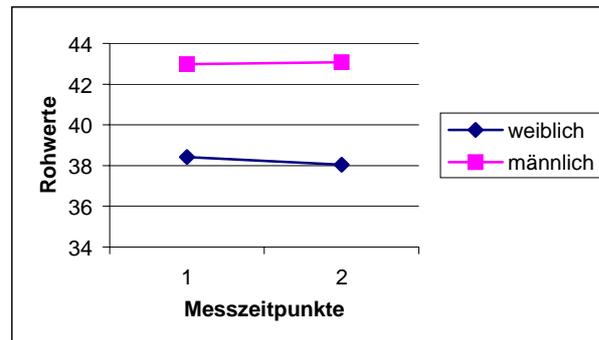
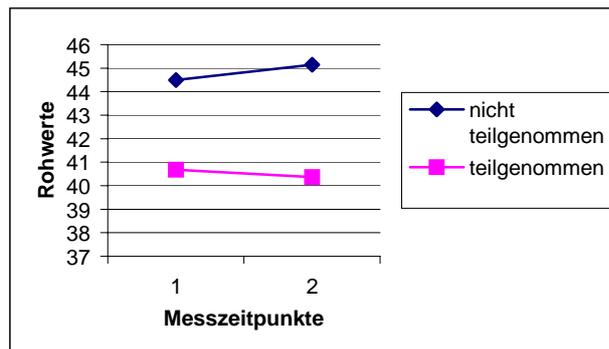


Abbildung 26: SKI Skala Ordnungsliebe, Verlauf der Kategorie „an der Demonstration zur Anatomie teilgenommen“



Nach dieser Darstellung der Ergebnisse folgt nun die kritische Diskussion derselben in Kapitel 8.

8 Diskussion

Zum Abschluss der vorliegenden Dissertation werden nun die empirischen Ergebnisse vor dem Hintergrund der theoretischen Darstellungen kritisch hinterfragt und analysiert. Im Zuge der Betrachtungen und Erläuterungen der Thematiken PK, Ärzte und Tod, Sozialisationstheorien und Todesfurcht in den Kapiteln 1 und 2 sind insgesamt 2 Hypothesen aufgestellt worden, die an dieser Stelle nacheinander aufgegriffen und diskutiert werden.

Die Hypothesen lauten:

Hypothese 1: Die Teilnehmer haben zu Beginn des PK eine andere Einstellung zu Tod und Sterben als am Ende des PK.

Hypothese 2: Die Einstellungen zu Tod und Sterben verändern sich bei den Teilnehmern, die berufliche Erfahrungen mit dem Thema Sterben und Tod gemacht haben, weniger stark als bei den Teilnehmern des PK ohne solche Erfahrungen.

Zudem wird außerdem darauf eingegangen, ob die jeweilige Persönlichkeit der Teilnehmer bei der Umgehensweise mit dem PK von Bedeutung ist. Hierzu werden die Ergebnisse des SKI diskutiert und mit denen des FBM und FIMEST in Verbindung gebracht.

Die grundsätzliche Betrachtung des PK als Instrument der Sozialisation zum Arzt findet Raum in Kapitel 8.4. Hier werden die Ausführungen von Merton zusammengeführt mit weiteren Theorien.

8.1 Todesfurcht als Indikator für Auswirkungen des PK auf die Teilnehmer

Hypothese 1: Die Teilnehmer haben zu Beginn des PK eine andere Einstellung zu Tod und Sterben als am Ende des PK.

In der vorliegenden Studie lag das Augenmerk nicht allein auf der Beurteilung und dem Umgang mit dem PK, sondern auch auf der Ermittlung möglicher Auswirkungen des

PK auf Einstellungen zu Tod und Sterben. Bei den Überlegungen, welcher Indikator hierfür verwendet werden sollte, wurde schnell deutlich, dass Todesfurcht als Messgröße sinnvoll ist. Die enge Verbindung zwischen anatomischer Lehre und Leichen prädestiniert Todesfurcht als Indikator. Zusätzlich ermöglichen die bereits durchgeführten Forschungen zu diesem Themengebiet im Bereich der Thanatologie eine Einbettung der eigenen Ergebnisse in den theoretischen Hintergrund.

Eine Auswahl an etablierten Messinstrumenten ist jedoch nicht vorhanden. Im deutschsprachigen Raum ist allein der FIMEST veröffentlicht, ein alternativer Fragebogen ist nicht existent. Dieser Umstand spricht gegen den Versuch, anhand der Todesfurcht Auswirkungen des PK erkennen zu wollen. Auch ist das Konstrukt Todesfurcht nicht eindeutig und birgt vielerlei Fragen. Das im FIMEST zugrundegelegte Konstrukt der Todesfurcht von Wittkowski ist komplex und kontrovers. Ein wichtiger Diskussionspunkt ist, ob sich Todesfurcht im Laufe der Zeit verändern kann oder nicht. Es herrscht keine Einigkeit darüber, ob das Maß der empfundenen Todesfurcht und die Einstellung zu Sterben und Tod eher stabil oder eher veränderlich sind. Der FIMEST beurteilt die verschiedenen Komponenten des Erlebens von Tod und Sterben als zeitlich und situativ eher konstant, also als trait. Es wird allerdings unterstellt, dass einzelne Teilaspekte durchaus zwischen Disposition und Eigenschaft anzusiedeln sein könnten und insofern mittelfristige Zustände seien. Wittkowski geht allerdings nicht darauf ein, welche Teilaspekte seines Konstrukts von Todesfurcht mittelfristige Zustände sein könnten (vgl. Wittkowski, 1996: 7).

Der FIMEST fand in der vorliegenden Studie Anwendung, da es erstens keinen alternativen deutschsprachigen Fragebogen gibt und da zweitens in der Diskussion um den stait/trait-Aspekt der Todesfurcht unterschiedliche Positionen eingenommen werden. Es kann kontrovers diskutiert werden, ob einige Teilaspekte der Todesfurcht und des Erlebens von Tod und Sterben eine Disposition darstellen und andere Teilaspekte mittelfristige Zustände beschreiben und ob das aktuelle Erleben Einfluss auf das mehrdimensionale Konstrukt Todesfurcht hat.

Als Konsequenz aus diesen Überlegungen wurde sowohl der einzig verfügbare etablierte Fragebogen zum Thema Einstellung zu Tod und Sterben eingesetzt, als auch ein ganz neues Instrument entwickelt, der FBM.

Es liegt die Annahme nah, dass Einstellungen zum Tod eher state sind. Der Tod ist allen Lebewesen unbekannt und kann nicht gedacht werden. Niemand kann aus eigener Erfahrung vom Tod erzählen, es gibt keine Tatsachenberichte. Das führt dazu, dass

jeder einzelne Mensch seine Einstellung und Haltung gegenüber dem Tod aus sich selbst schöpfen muss. Der Tod ist für die Lebenden nicht erfahrbar, insofern muss jegliche Einstellung zu ihm auf Spekulationen, Stimmungen und aktuellen Situationen beruhen. Hingegen gibt es beim Sterben vielfältige Varianten zu erfahren und mitzuerleben. Daher wird die Einstellung zum Sterben eher *trait* sein. Sterben ist mitteilbar, persönliche Erfahrungen sind möglich, die notwendigerweise für die Entwicklung von Einstellungen vorhanden sein müssen. Das Sterben wird in einem breiten Spektrum unterschiedlicher Möglichkeiten wahrgenommen, das als Ausgangspunkt für die Ausbildung einer grundsätzlichen Einstellung dient. Der Tod ist dagegen nur mittelbar und eindimensional.

In der durchgeführten Studie zeigt eine von acht Skalen des FIMEST einen signifikanten Unterschied beim Vergleich der Einstellungen zu Sterben und Tod zu Beginn und am Ende des PK. Hieraus lassen sich unterschiedliche Schlussfolgerungen ziehen. Entweder sind Auswirkungen des PK nicht messbar, weil Todesfurcht eine Disposition (*trait*) darstellt und daher auch durch extreme Empfindungen während des PK kaum verändert wird. Oder aber die Teilnahme am PK hat keine nennenswerten Auswirkungen auf die prinzipiell veränderbare Todesfurcht der Teilnehmer, so dass eine Veränderung der Todesfurcht als Zustand (*state*) nicht stattfindet. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sprechen für die Annahme, dass Todesfurcht beim FIMEST als Gesamtkonstrukt eher als konstant (*trait*) zu charakterisieren ist, so wie es Wittkowski auch postuliert.

Man kann davon ausgehen, dass die Entwicklung einer Disposition in Bezug auf die Einstellungen zu Tod und Sterben eine gewisse Zeit der Reife und Lebenserfahrung braucht und dass die befragten Studierenden diesen Prozess schon zum größten Teil abgeschlossen hatten. Einstellungen sind einem kontinuierlichen latenten Wandel, der im Idealfall einem kumulativen Wachstum entspricht, unterworfen. Die Wichtigkeit von persönlichen Erfahrungen tritt in dieser Studie besonders deutlich hervor. Die Einstellungen zu Sterben und Tod sind abhängig von den konkreten Erfahrungen, die die Befragten vor der Erhebung gemacht haben.

Betrachtet man die Ergebnisse der t-Tests beim FIMEST wird klar, dass die extremen und sehr außergewöhnlichen Erfahrungen während des PK zwar nicht dazu führen, dass sich die bereits durch die eigene Entwicklung gefestigten Einstellungen der Befragten, wie sie der FIMEST erhebt, ändern. Allerdings müssen auch die Ergebnisse des FBM bedacht werden, die verdeutlichen, dass während des PK durchaus Veränderungen bei

den Teilnehmern stattfinden. Der FIMEST ist für die Detektion dieser Veränderungen ein ungeeignetes Instrument, da er zu allgemein und theoretisch konzipiert ist. Ähnlich wie bei Howells, Gould und Field (1986) ist davon auszugehen, dass der PK durchaus Einfluss auf den Umgang mit Tod und Sterben hat, der sich jedoch nicht in einer Steigerung oder Minderung der Todesfurcht äußert. In ihrer Studie untersuchten sie die Hypothese, dass sich die Todesfurcht von Medizinstudenten steigert, wenn der Kontakt zu Sterbenden in der Klinik zunimmt. Diese These konnte nicht verifiziert werden. Mit zunehmender klinischer Erfahrung stieg allein die gedankliche Beschäftigung mit Sterben, Tod und der eigenen Sterblichkeit, nicht aber die Todesfurcht an sich.

Ein Unterschied in der Konzeption der beiden Fragebögen FBM und FIMEST besteht darin, dass der FIMEST eher theoretische Vorstellungen und Emotionen erhebt, der FBM dagegen sowohl Meinungen und Einschätzungen als auch konkret-praktische Verhaltensweisen. Zudem ist der FIMEST eher auf die Zukunft bezogen, der FBM dagegen eher auf die aktuelle Situation. Anhand der Ergebnisse kann davon ausgegangen werden, dass der PK keine bzw. wenige Auswirkungen auf die theoretischen Aspekte der Einstellung gegenüber Tod und Sterben hat, wie sie im FIMEST abgefragt werden, allerdings starke Veränderungen im praktischen Umgang mit der Leiche nach sich zieht. Ein Einfluss auf die theoretische Grundhaltung gegenüber Tod und Sterben ist nicht oder nur kaum nachweisbar, sie ändert sich durch die Teilnahme nicht. Allerdings ist die Einstellung zu praktischen Umgehensweisen Veränderungen unterlegen. Die Studierenden erhalten in der Extremsituation PK ihren Selbstwert (der ziemlich hoch ist, siehe Ergebnisse des SKI), indem sie sich das typisch verdrängende und wissenschaftliche Verhalten der Medizin aneignen (siehe Kapitel 8.4).

Korreliert man FIMEST und FBM zum Messzeitpunkt 1 (N=151), so erhält man die in Tabelle 17 aufgelisteten Werte. Es wurde jeweils der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet.

Tabelle 17: Korrelationen zwischen den Skalen der Fragebögen FBM und FIMEST zum Messzeitpunkt 1

	Umgang Leiche	Urteil PK	Distanz PK
AnES	0,305 p = 0,018*	0,090	-0,184
AnET	0,367 p = 0,004***	-0,090	0,061
AnFS	0,697 p = 0,000***	0,109	-0,129
AnFT	0,401 p = 0,002***	-0,147	-0,245
AnL	0,618 p = 0,000***	0,323 p = 0,016*	-0,197
AkEST	-0,347 p = 0,007***	0,132	-0,230
AkFT	-0,503 p = 0,000***	0,084	0,000
AbET	0,312 p = 0,015*	0,021	0,222

AnES = Angst vor dem eigenen Sterben

AnET = Angst vor dem eigenen Tod

AnFS = Angst vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen

AnFT = Angst vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen

AnL = Angst vor Leichen

AkEST = Akzeptieren des eigenen Sterbens und Todes

AkFT = Akzeptieren des Todes wichtiger Bezugspersonen

AbET = Ablehnung des eigenen Todes

* = signifikant

*** = hochsignifikant

Die eher theoretisch gehaltenen Fragen der Skala *Umgang Leiche* korrelieren stark mit den Skalen des FIMEST. Der speziell-konkrete und auf die Situation im PK abgestimmte Charakter der Skala *Distanz PK* weist keine signifikanten Korrelationen auf, was auf die Unterschiedlichkeit beider Fragebögen hinweist. Dies kann als Beweis für die oben angestellten Überlegungen gelten und stellt noch einmal die Unterschiedlichkeit der beiden Fragebögen heraus.

Obwohl bei der Skala *Urteil PK* nicht nach der Angst vor Leichen gefragt wird, sondern nach der Beurteilung des PK, ist eine signifikante positive Korrelation mit der Skala *Angst vor Leichen* zu finden. Das heißt, je größer die Angst vor einem toten menschlichen Körper ist, desto stärker ist auch die Ablehnung des PK. Dieses ist ein logischer und gut nachzuvollziehender Zusammenhang.

Als Konsequenz aus den vorhergehenden Ergebnissen und Überlegungen werden folgende Schlussfolgerungen gezogen:

Die Teilnahme am PK hat keinen bzw. kaum Einfluss auf die Einstellungen zu Sterben und Tod der Befragten, wie sie im FIMEST erhoben werden. Um Auswirkungen des PK zu detektieren, ist die Todesfurcht, wie sie im FIMEST als Konstrukt postuliert wird, als Indikator nicht geeignet. Nichtsdestotrotz muss aus den Ergebnissen des FBM geschlussfolgert werden, dass der PK die Teilnehmer in ihren Einstellungen und Verhaltensweisen nicht unbeeinflusst lässt. Aber nicht die Ausprägung der Todesfurcht wird durch die Teilnahme am PK verändert, sondern das praktische Umgehen mit der Thematik Tod und Sterben. In Kapitel 5.2 wurde ausführlich über die Schwierigkeiten berichtet, ein valides Messinstrument für die sensible und vielschichtige Thematik Tod und Sterben zu etablieren. Um dem speziellen Setting im PK gerecht zu werden, ist es unabdingbar, ein geeignetes Messinstrument zu entwickeln. Der FBM kann dabei als erster Schritt angesehen werden. Todesfurcht und Umgang mit Tod und Sterben sind als Indikator für Auswirkungen des PK geeignet, sofern sie mit einem speziell entwickelten Messinstrument (FBM) erhoben werden. Dann sind auch die Interpretationen der Ergebnisse geeignet, als Grundlage für Diskussionen über Möglichkeiten der Verbesserung der makroanatomischen Lehre zu dienen.

8.2 Die Bedeutung der Vorerfahrungen für den Umgang mit dem PK

Anhand von Gesprächen und Diskussionen mit Studierenden wurde die zweite Hypothese aufgestellt, die sich nun durch empirische Daten verifizieren lässt.

Hypothese 2: Die Einstellungen zu Tod und Sterben verändern sich bei den Teilnehmern, die berufliche Erfahrungen mit dem Thema Sterben und Tod gemacht haben, weniger stark als bei den Teilnehmern des PK ohne solche Erfahrungen.

Die Betrachtung der Ergebnisse von FBM und FIMEST ergibt den Schluss, dass Vorerfahrungen mit dem medizinischen System direkten Einfluss auf den Umgang mit dem PK haben.

Die regressionsanalytischen Ergebnisse des FBM stützen diese Theorie. Der zu Beginn des PK recht offene privat-theoretische Umgang mit der Thematik Tod und Sterben,

wie er in der Skala *Umgang Leiche* zum Ausdruck kommt, hat sich nach der Absolvierung gesteigert. Das Merkmal *berufliche Vorbildung* wirkt hier als Prädiktor. Die Gruppe mit medizinischer Vorbildung erweist sich grundsätzlich als verschlossener als die Gruppe ohne. Gleichzeitig sinkt nach dem PK die vorher schon recht geringe Bereitschaft, beruflich und praxisbezogen mit Tod und Sterben verarbeitend umzugehen (Skala *Distanz PK*). Hier erweist sich die *Teilnahme an der Demo zur Anatomie* als Prädiktor, also wieder ein medizinsystemimmanentes Merkmal. Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnahme an dieser hinführenden Veranstaltung verbunden ist mit einem schwächeren Effekt auf die Verdrängungsmentalität im späteren PK. Je mehr Erfahrungen gemacht wurden, die im Zusammenhang mit der Arztrolle stehen (medizinischer Beruf, Vorerfahrungen in der medizinischen Lehre), desto größer ist bereits die Adaptation an das medizinische System und desto eher sind die typisch ärztlichen Verhaltensweisen zu finden.

Auch die Ergebnisse des FIMEST lassen sich auf diese Weise interpretieren. Hier tritt ebenfalls das Merkmal *berufliche Vorbildung* als Prädiktor auf. Die Vorbildung im medizinischen Bereich ist mit einer größeren *Furcht vor dem Sterben eines signifikanten Anderen* verknüpft und gleichzeitig mit einer geringeren *Akzeptanz des eigenen Sterbens und Todes*. Die *Furcht vor Leichen* ist größer. Die Vermutung liegt nahe, dass hier eine Übertragung von Einstellungen stattfindet. Die bereits gemachten beruflichen Erfahrungen in der Medizin haben schon eine zumindest teilweise Identifizierung mit dem medizinischen System nach sich gezogen. So werden praktische medizinische Normen und Herangehensweisen auf die theoretischen Konstrukte des FIMEST angewendet. Die internalisierten beruflichen Attitüden kommen hier zum Ausdruck und führen auf der privaten Ebene zu Schwierigkeiten.

Der zweite Prädiktor beim FIMEST ist das Merkmal *schon einmal mit einem Sterbenden gesprochen*. Ist dies der Fall, sind die *Furcht vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen* und die *Furcht vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen* geringer. Dieses Ergebnis zeigt, dass direkte und konkrete Erfahrungen mit Tod und Sterben einen Einfluss ausüben, wobei es unbedeutend ist, ob sie im privaten oder beruflichen Rahmen gemacht wurden.

Eine Strategie, mit der durch Prüfungsdruck und Leichenkontakt belastenden Situation im PK umzugehen, ist die Auftrennung des Umgangs mit Tod und Sterben in einen privat-theoretischen und einen beruflich-praktischen Teil. Das medizinische System lässt andere Verfahrensweisen kaum zu, hierfür fehlen sowohl der zeitliche Rahmen als

auch die Einsicht der Notwendigkeit. Hilfestellungen sind, wenn überhaupt, nur sporadisch eingeplant.

Nach Parsons´ kann man „[...] schließen, daß die Sektion nicht nur für das Studium der Anatomie instrumental wichtig ist, sondern ebenso als ein symbolischer Akt aufgefaßt werden muß, der mit emotionaler Bedeutung geladen ist. In einem gewissen Sinne handelt es sich um den Initiationsritus⁴⁹, der den künftigen Arzt in seine enge Beziehung zum Tod und zu Toten einführt.“ (1958: 24f). Diese Aussage ist ein Ausgangspunkt für die folgenden Interpretationen der empirischen Ergebnisse. Die Teilnahme am PK stellt für angehende Mediziner insofern einen Übergangsritus dar, als dass sehr wohl die typischen medizinischen Verhaltensweisen gegenüber Tod und Sterben internalisiert werden (vgl. Ergebnisse des FBM). Das bedeutet allerdings nicht gleichzeitig auch die Beeinflussung der privaten Einstellungen, diese sind schon durch vorher gemachte Erfahrungen gefestigt und werden kaum durch den PK berührt (vgl. Ergebnisse des FIMEST). Der PK ist ein Initiationsritus in Bezug auf die professionelle Rolle als Arzt, der eine Spaltung zwischen Privatmensch und Mediziner provoziert.

Die Ergebnisse der bisher angestellten Studien über die Auswirkungen des PK (siehe Tabelle 1) sind sehr unterschiedlich und widersprechen sich teilweise. Einerseits wird beschrieben, dass der PK eine positive und stimulierende Wirkung auf die Teilnehmer hat, andererseits wird von extremen Reaktionen, die posttraumatischen Belastungsreaktionen gleichen, berichtet.

Es ist zu vermuten, dass die Vielschichtigkeit des Themas zu diesem Ergebniswarrirring beiträgt. Einstellungen zu Tod und Sterben sind facettenreich und umfassen ein breites Spektrum an Möglichkeiten, welches durch die postulierte Aufteilung in berufliche und private Bereiche näher abgegrenzt wird. Dadurch wird die Komplexität der Thematik etwas entzerrt, was allerdings nicht zu einer prinzipiellen Simplifizierung führt. Höchstwahrscheinlich kann ein Großteil der Unstimmigkeiten in den Forschungsergebnissen dadurch erklärt werden, dass in unterschiedlichen Phasen der Sozialisierung Daten erhoben wurden und besonders die beruflichen Vorerfahrungen der Teilnehmer unterschiedlich waren. Wahrscheinlich ist, dass eine positivere Beurteilung des PK mit einer fortgeschrittenen Identifizierung mit der Arztrolle einhergeht, sei es nun durch eine bereits absolvierte medizinische Berufsausbildung

⁴⁹ Initiationsritus bezeichnet eine Phase, die als unsichere und instabile Lebensstation charakterisiert wird. Ein Individuum wird mit Hilfe von Ritualen als Mitglied in eine Gruppe aufgenommen. Dieser Vorgang teilt sich in drei Abschnitte: Trennung, Zweideutigkeit, Angliederung (vgl. Grunder, 1997). Van Gennep (1999) bezeichnet diese Abläufe als Trennung, Übergang und Einführung.

oder eine Befragung gegen Ende des PK. Negativere Einschätzungen dagegen sprechen für eine größere Entfernung zur Arztrolle. Auf diese Weise lassen sich die unterschiedlichen Ergebnisse zumindest teilweise erklären.

8.3 Der Umgang mit dem PK und die Persönlichkeit der Teilnehmer

Um zu diskutieren ob, und falls ja, welche Zusammenhänge zwischen dem Umgang mit dem PK und der Persönlichkeit der Teilnehmer nachweisbar sind, werden die Ergebnisse der Fragebögen FBM und FIMEST jeweils mit denen des SKI korreliert.

Die in der vorliegenden Studie untersuchten Testpersonen zeigen beim SKI überdurchschnittlich hohe Werte bei den Skalen Durchsetzung, Vertrauen und Attraktivität. Der Wert der Skala Ich-Stärke liegt an der oberen Grenze und auch auf der Skala Ordnungsliebe liegen die Versuchspersonen im oberen Bereich (siehe Abbildung 22). Die befragte Gruppe zeigt somit ein Persönlichkeitsmuster, das durch Selbstsicherheit und Offenheit gekennzeichnet ist. Zusätzlich empfinden sich die Befragten als fähig und geneigt, den eigenen Willen durchzusetzen und bevorzugen eine gut strukturierte Umwelt sowie klare Regeln, die sie auch verlässlich einhalten. Eine solche Persönlichkeit ist geeignet, sich den streng vorgegebenen Strukturen des medizinischen Systems anzupassen. Im zwischenmenschlichen Bereich haben sie den Eindruck, gut anzukommen und anziehend zu wirken.

Die Beschreibung der befragten Gruppe entspricht dem Bild der klischeehaften Medizinerpersönlichkeit: selbstbewusst und klar, von sich und seinen Fähigkeiten überzeugt, nicht von Selbstzweifeln geplagt. Ob diese allzu positive Selbsteinschätzung der Medizinstudenten allerdings während des Studiums und danach konstant bleibt, ist zweifelhaft. Schon die Teilnahme am PK bewirkte ein signifikantes Absinken auf der Skala *Durchsetzung*. Das bedeutet, dass der Wille zu Rivalität und Durchsetzung der eigenen Pläne abgenommen haben und die Kooperationsbereitschaft gestiegen ist. Höchstwahrscheinlich gibt es einen Zusammenhang zwischen dieser Veränderung und dem Zwang, gemeinsam an der Leiche arbeiten zu müssen und sich zum ersten Mal direkt der medizinischen Hierarchie ausgesetzt zu sehen. Dies steigert das Gefühl der Gruppenzugehörigkeit und der Solidarität und grenzt von Studierenden anderer Fächer ab. Bringt man den Persönlichkeitstest mit den anderen zwei Fragebögen in

Verbindung, kommt man zu dem Schluss, dass einige Skalen stark miteinander korrelieren. Die Tabellen 19 und 20 zeigen die Korrelationen nach Pearson zwischen den Skalen des SKI und den Skalen der anderen Fragebögen jeweils zum Messzeitpunkt 1 (N=151).

Tabelle 18: Korrelationen zwischen den Skalen der Fragebögen SKI und FBM zum Messzeitpunkt 1

	Ich-Stärke	Attraktivität	Vertrauen	Ordnungsliebe	Durchsetzung
Unbehagen Leiche	-0,277 p = 0,032*	-0,220	-0,053	0,373 p = 0,004***	-0,100
Ablehnung PK	-0,250	-0,177	0,032	-0,004	-0,008
Distanz PK	0,268 p = 0,042*	0,031	-0,207	-0,439 p = 0,001***	0,318 p = 0,017*

* = signifikant

*** = hochsignifikant

Tabelle 19: Korrelationen zwischen den Skalen der Fragebögen SKI und FIMEST zum Messzeitpunkt 1

	Ich-Stärke	Attraktivität	Vertrauen	Ordnungsliebe	Durchsetzung
AnES	-0,226	-0,005	-0,002	0,151	-0,098
AnET	-0,229	-0,184	-0,204	0,268 p = 0,040*	0,016
AnFS	-0,321 p = 0,012*	-0,345 p = 0,007***	-0,125	0,216	-0,284 p = 0,031*
AnFT	-0,354 p = 0,005***	-0,212	-0,054	0,348 p = 0,007***	-0,302 p = 0,020*
AnL	-0,366 p = 0,004***	-0,212	-0,019	0,235	-0,071
AkEST	0,308 p = 0,017*	-0,042	0,192	0,103	-0,135
AkFT	0,395 p = 0,002***	0,165	0,155	-0,059	0,035
AbET	-0,251 p = 0,049*	-0,248	-0,373 p = 0,003***	0,025	0,119

AnES = Angst vor dem eigenen Sterben

AnET = Angst vor dem eigenen Tod

AnFS = Angst vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen

AnFT = Angst vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen

AnL = Angst vor Leichen

AkEST = Akzeptieren des eigenen Sterbens und Todes

AkFT = Akzeptieren des Todes wichtiger Bezugspersonen

AbET = Ablehnung des eigenen Todes

* = signifikant

*** = hochsignifikant

Wie die Tabellen 18 und 19 zeigen, sind die Skalen *Unbehagen Leiche* und *Ich-Stärke* negativ korreliert, je stärker also das eine ausgeprägt ist, desto schwächer ist das andere. Dieser Befund passt zu den Korrelationen, die zwischen *Ich-Stärke* und den Skalen des FIMEST errechnet wurden. Je größer die Ausprägung der *Ich-Stärke*, umso geringer ist die Angst vor dem Tod und dem Sterben. Positive Korrelationen finden sich dementsprechend zwischen *Ich-Stärke* und dem *Akzeptieren des eigenen Sterbens und Todes* und dem *Akzeptieren des Sterbens wichtiger Bezugspersonen* und *Akzeptieren des Todes wichtiger Bezugspersonen*. Je ausgeprägter also die eigene Selbstsicherheit ist, desto geringer ist die Angst vor Tod und Sterben und die Ablehnung des eigenen Todes.

Die Skala *Attraktivität* ist negativ korreliert mit der *Angst vor dem Sterben Anderer*. Das heißt, je höher die eigene soziale Wirksamkeit eingeschätzt wird, um so geringer ist die *Angst vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen*. Eine negative Korrelation zeigen ebenfalls die Skalen *Vertrauen* und *Ablehnung des eigenen Todes*. Ein großes Maß an Offenheit im Umgang mit den Mitmenschen ist verbunden mit geringerer Ablehnung des eigenen Todes. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem von Tomer und Eliason (2000), die eine negative Korrelation zwischen Todesfurcht und Selbstbewusstsein feststellten.

Ordnungsliebe ist mit mehreren Skalen sowohl des FBM als auch des FIMEST korreliert. So zeigt sie eine positive Korrelation mit der Skala *Unbehagen Leiche* und eine negative mit *Distanz PK*. Je mehr Wert eine Person also auf klare Regeln, Pläne und Strukturen legt, desto unangenehmer ist ihr das Thema Tod und Sterben allgemein und desto eher lehnt sie einen offenen Umgang mit ihm im privat-praktischen Bereich ab. Dementsprechend sind starke positive Korrelationen mit den Skalen *Angst vor dem eignen Tod* und *Angst vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen* des FIMEST zu finden. Personen mit großer Ordnungsliebe vermeiden privat die Themen Tod und Sterben eher, höchstwahrscheinlich weil hier wegen des gesellschaftlichen Tabus soziale Vorbilder und Verhaltensregeln im Umgang mit Tod und Sterben fehlen. Bei der Teilnahme am PK allerdings versuchen diese Menschen eine aktive und bewusste Verarbeitung der Erlebnisse zu bewerkstelligen. Im beruflichen Umfeld werden explizit und implizit klare Regeln für die Leichenpräparation vorgegeben, es fällt dementsprechend Menschen mit starker Ausprägung der *Ordnungsliebe* leichter, die Sicherheit gebenden Strukturen des medizinischen Systems als Orientierung für das eigene Verhalten im PK zu nutzen.

Ein großes Maß an *Durchsetzung* geht einher mit einer geringen *Angst vor dem Sterben wichtiger Bezugspersonen* und *Angst vor dem Tod wichtiger Bezugspersonen* im theoretischen Bereich (Skalen des FIMEST). Gleichzeitig korreliert *Durchsetzung* positiv mit der Skala *Distanz PK*, also einer eher passiven und auf Vermeidung ausgelegten Verarbeitung der Geschehnisse im PK.

Dieses Ergebnis wird auch durch andere wissenschaftliche Untersuchungen unterstützt und bietet neben der in Kapitel 8.2 diskutierten Bedeutsamkeit der Vorerfahrungen eine weitere Erklärung für die uneinheitlichen Ergebnisse der bisherigen Forschungen bezüglich der Auswirkungen des PK.

Howells und Field (1982) finden in ihrer Studie bezüglich der Furcht von Tod und Sterben bei Medizinstudenten eine konsistente Korrelation zwischen Todesfurcht und Neurotizismus im Persönlichkeitsfragebogen von Eysenck. Ähnliche Ergebnisse weisen auch Emmrich, Phenn, Krill, Unger und Rockenbauch (2004) vor. Sie untersuchten die erste Begegnung von Medizinstudierenden mit einer Leiche im PK und berichten Zusammenhänge, die vor der Absolvierung des PK gemessen wurden. Die Korrelation zwischen Neurotizismus und der antizipierten vorstellungsbezogenen Furcht vor Unwohlsein / Übelkeit / Ekel durch die bevorstehende Leichenbearbeitung ist 0,35. Die Zusammenhangsstärke zwischen Neurotizismus und dem antizipierten Konfrontationsstress in Anbetracht des bevorstehenden Präparationsgeschehens ist 0,26.

Diese Ergebnisse ziehen wichtige Konsequenzen für die Death Education (siehe Kapitel 2.2.2) nach sich. Der Versuch, den Umgang mit Tod und Sterben zu verändern, kann nicht losgelöst von der Persönlichkeitsstruktur der einzelnen Individuen geschehen. Sollen Überlegungen und Vorhaben der Death Education in die Praxis umgesetzt werden, müssen die Persönlichkeiten der Teilnehmer immer berücksichtigt werden⁵⁰. Beachtenswerte Aspekte für die Planung von vorbereitenden, begleitenden und nachbereitenden Lehrangeboten, die von den Ergebnissen der vorliegenden Studie abgeleitet werden können, sind:

Bei dem Versuch, den Umgang mit Tod und Sterben bewusster und verantwortungsvoller zu gestalten, ist das Maß an *Ich-Stärke* der Teilnehmer zu berücksichtigen. Es liegt nahe zu vermuten, dass hier Interdependenzen bestehen. Ein starkes Selbstbewusstsein ermöglicht den offenen Umgang mit Tod und Sterben, dieser

⁵⁰ Einen Überblick über die Möglichkeiten, durch Unterricht die Einstellungen zu Tod und Sterben zu beeinflussen, gibt Durlak, 2003.

wiederum stärkt das Selbstbewusstsein. Je stärker das Persönlichkeitsmerkmal *Ordnungsliebe* ausgeprägt ist, desto eher benötigt das Individuum klare Regeln und Verhaltensmuster im Umgang mit Sterben und Tod. Ist es eher weniger stark, kann die Begleitung freier gestaltet werden. Tendieren die Studierenden dazu, möglichst ihren eigenen Willen durchzusetzen, fällt ihnen der theoretische Umgang mit Tod und Sterben eher leicht. Das konkrete Verhalten ist aber vergleichsweise vermeidend und distanziert. Daher ist es in der praktischen Tätigkeit vonnöten, zunächst die Offenheit, die Motivation und die Kooperationsbereitschaft zu fördern.

8.4 Die sozialisierende Funktion des PK

Um den PK als sozialisierenden Faktor während des Medizinstudiums näher einstuft zu können, werden die Theorien von Merton (siehe Kapitel 4.2.2) aufgegriffen und mit weiteren Aspekten verbunden. Insbesondere sei auch darauf hingewiesen, dass die Ausführungen in Kapitel 3 über Ärzte und deren Verhältnis zum Tod an dieser Stelle von Bedeutung sind.

Aufgegriffen wird die Fragestellung, ob die Situation im PK zu einer schnellen und unkritischen Rollenübernahme und zu einer starken Orientierung an Normen und Werten des medizinischen Systems führt.

Die rollentheoretischen Betrachtungen Mertons bieten sich als Grundlage an, um Auswirkungen des Bewusstseins der eigenen Sterblichkeit auf die Orientierung an Normen und Werten zu betrachten. Bezugnehmend auf die Terror Management Theorie werden die Zusammenhänge zwischen Todesfurcht, Sozialisation zum Arzt und Internalisierung berufsspezifischer Attitüden aufgedeckt.

In den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts stellten Rosenblatt et al. die Terror-Management-Theorie (TMT) auf, die eine Verbindung schafft zwischen dem Bewusstsein der eigenen Sterblichkeit und dem Grad der Akzeptanz kultureller Werte (vgl. Rosenblatt, Greenberg, Solomon, Pyszczynski, Lyon, 1989; Greenberg, Pyszczynski und Solomon, 1995). Die Autoren gehen davon aus, dass das Wissen um den eigenen Tod existentiellen Terror verursacht, der mit Hilfe von kulturellen Systemen, Weltanschauungen und Regelwerken verdrängt werden kann. Durch Weltbilder ist es möglich, das Universum zu ordnen sowie Sinn und Vorhersagbarkeit

zu erreichen. Jeder Mensch zieht Sicherheit und Selbstwert aus erstens diesem kulturellen Rahmen und dessen internalisierten Normen und Werten und zweitens aus der Überzeugung, die an ihn gestellten Erwartungshaltungen mindestens zu erfüllen, wenn nicht gar zu übertreffen. Nur wenn er die ihm kulturell zugewiesenen Rollen lebt und ausfüllt und das Gefühl hat, einen Beitrag zur Kultur zu leisten, entwickelt der Mensch einen Selbstwert. „So liefert die kulturelle Weltsicht dem Menschen einen existentiellen Kontext, in welchem er sich als wertvollen Teil einer geordneten Welt sehen und seinen Gleichmut angesichts der Bedrohung durch die endgültige Vernichtung seiner Existenz erhalten kann.“ (Ochsmann, 2002: 8) In diesem Zustand ist es leicht, den unausweichlichen Tod zu verdrängen und das Gefühl von Sicherheit und Sinnhaftigkeit zu entwickeln.

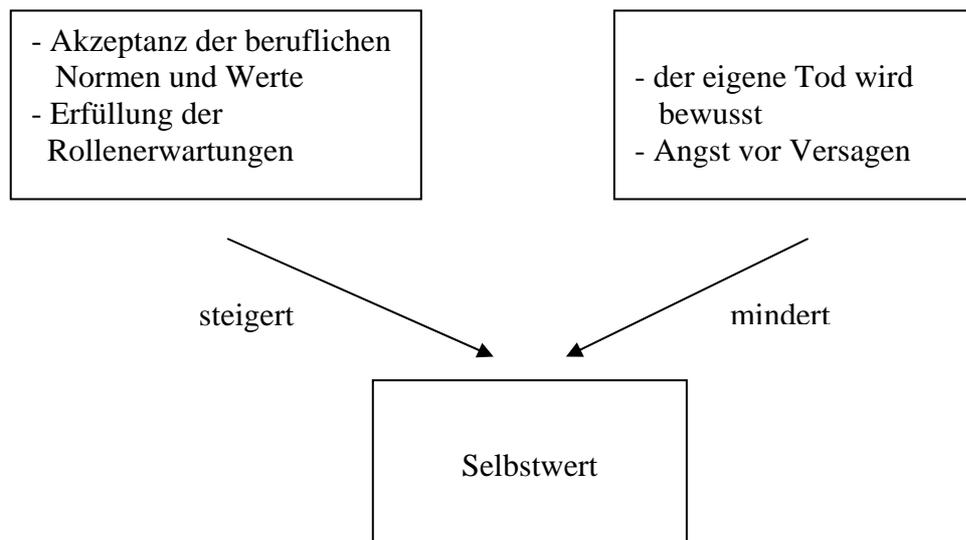
Wird nun das Weltbild erschüttert, indem die eigene Sterblichkeit plötzlich bewusst und Sinn und Logik des kulturellen Rahmens hierdurch in Frage gestellt wird, treten Reaktionen auf, die die bedrohte Weltordnung stabilisieren sollen. Solche so genannten Mortalitätssalienzeffekte konnten experimentell nachgewiesen werden. Individuen, denen zuvor die eigene Sterblichkeit in Erinnerung gerufen wurde, orientierten sich enger an kulturellen Normen und Werten als Vergleichspersonen. Rosenblatt et al ließen zum Beispiel zwei Gruppen von Berufsrichtern einen Fall von Prostitution bewerten. Eine Gruppe hatte vorher einen Fragebogen ausgefüllt, der unter anderem das Thema Tod und Sterben behandelte. Diese Gruppe von Richtern verurteilte die Angeklagte signifikant härter als die Richter, die nicht an die eigene Sterblichkeit erinnert worden waren (vgl. Rosenblatt et al, 1989).

Bringt man die TMT zusammen mit den theoretischen Konstrukten Mertons und bezieht alles auf die Situation der Studierenden im PK, so lassen sich einige Schlussfolgerungen ziehen. Experimentell wurde in der TMT-Forschung den Testpersonen die eigene Sterblichkeit durch das Ausfüllen von Fragebögen, den Anblick von Unfallszenen oder die räumliche Nähe zu Bestattungshäusern ins Bewusstsein gerufen. Um wie viel stärker muss der Effekt im PK sein, wo nicht nur die eigene Sterblichkeit sondern auch die Vergänglichkeit des Körpers durch die Arbeit an der Leiche abrupt, hautnah und mit allen Sinnen erfassbar gemacht wird. Laut der TMT folgt aus solchen Situationen eine verstärkte Orientierung an den kulturellen Normen und Werten, hier also an dem Arztbild, dass den Studierenden von den Dozenten aber auch von dem sozialen Umfeld nahegebracht wird. Hier sind Selbstbeherrschung, sachliches Denken, Selbstlosigkeit und Leistung gefragt. Die Bewusstwerdung der

eigenen Sterblichkeit während des PK führt zu einer verstärkten Identifizierung mit der antizipierten Gruppe und dem Versuch, deren Verhalten zu kopieren. Mertons Begriff des Ritualismus ist hier ebenfalls von Bedeutung. Die unsichere Situation, das Misstrauen zwischen den Studierenden und die Angst, den institutionellen Anforderungen nicht gewachsen zu sein, fördern zusätzlich ein überangepasstes Verhalten, das sich in der ritualisierten Erfüllung normativer Erwartungen zeigt.

Je stärker also die Bewusstheit der eigenen Sterblichkeit durch die Präparation der Leiche und je größer die Angst, den Anforderungen der Arztrolle nicht gewachsen zu sein, desto tiefer der negative Einfluss auf das persönliche Selbstwertgefühl. Um dieses Manko auszugleichen, beginnt wohl schon früh die starke Identifizierung mit ärztlichen Normen, Werten und Verhaltensweisen. Hinterfragung oder gar Kritik am Medizinstudium seitens der Studierenden sind kaum möglich, würde das doch der Restaurierung des ramponierten Selbstwertes entgegenwirken.

Abbildung 27: Der Selbstwert während des PK



Quelle: eigene Darstellung

Der in Abbildung 27 dargestellte Mechanismus erklärt, warum das medizinische System so starr und auf Traditionen aufgebaut ist. Gerade weil tiefgreifende und das eigene Weltbild erschütternde Themen berührt werden, geben Traditionen und Rituale die Möglichkeit, Sicherheit und Selbstwert zurückzuerhalten.

Die Sozialisierung als Weitergabe von Verhaltensweisen, Erwartungshaltungen und Werten ist per definitionem immer mit dem gesellschaftlichen Hintergrund verwoben. Betrachtet man den Umgang mit Tod und Sterben historisch und bezieht ihn auf die Situation von angehenden Medizinern in ihrer jeweiligen Epoche, fallen deutliche Unterschiede auf. Siehe hierzu auch die ausführliche Betrachtung in Kapitel 2.1. Tabelle 18 stellt die gesellschaftlichen Hintergründe zweier Epochen gegenüber und verdeutlicht die historischen Unterschiede, die in Bezug auf den Arztberuf und den Umgang mit Sterben und Tod auftreten. Beide Bereiche sind durch diametral entgegengesetzte Charakteristika gekennzeichnet.

Tabelle 20: Vergleich der unterschiedlichen geschichtlichen gesellschaftlichen Hintergründe in Bezug auf den PK

Mittelalter	Gegenwart
Berufsbild des Arztes ist diffus: <ul style="list-style-type: none"> - Absolvierung des PK ist keine Pflicht - PK ist öffentlich, eher ein Spektakel - Anspruch an die Lehre ist niedriger 	Arztberuf ist Profession: <ul style="list-style-type: none"> - PK ist Pflichtveranstaltung - PK ist exklusiv für Studierende der Medizin - Anspruch an die Lehre ist höher
Tod ist ins Leben integriert: <ul style="list-style-type: none"> - Affekte sind weniger unterdrückt, keine Wissenschaftlichkeit in Bezug auf Tod und Sterben - jeder in der Gesellschaft geht mit Tod und Sterben um 	Tod ist tabuisiert: <ul style="list-style-type: none"> - Affekte sind stärker unterdrückt, Aspekt der Wissenschaftlichkeit tritt in den Vordergrund - gesellschaftlicher Auftrag an die Ärzteschaft, mit Tod und Sterben umzugehen

Quelle: eigene Darstellung

Die Absolventen eines anatomischen Kurses des Mittelalters sahen sich zwar einem diffusen Berufsbild gegenüber, konnten aber gleichzeitig bei problematischen und / oder belastenden Vorkommnissen Rückhalt und Sicherheit im gesellschaftlich-sozialen Umgang finden. Diametral entgegengesetzt hierzu stehen heutige Medizinstudenten vor dem Problem, ein exakt definiertes Studium absolvieren zu können, mit auftretenden Problemen und Belastungen jedoch allein fertig werden zu müssen. Verdrängung und Verwissenschaftlichung von Tod und Sterben ist das Verhalten, das in der Gegenwart

auftritt und den Menschen, die direkt mit Tod und Sterben konfrontiert werden, kaum konkrete Hilfe bietet.

Als Konsequenz muss geschlussfolgert werden, dass die Sicherheit bietende schnelle Rollenübernahme als Reaktion auf die Situation im PK und die kritiklose Übernahme der vorgegebenen Normen, Werte und Verhaltensweisen mehr als wahrscheinlich ist. Denn als einzige Alternative steht den Studierenden ein Abbruch des Studiums frei.

8.5 Resumée

An einigen Universitäten wird versucht, die medizinische Lehre zum Beispiel durch Death Education parallel zum PK zu optimieren und so unter anderem auch zu einer Verbesserung des späteren Arzt-Patienten-Verhältnisses beizutragen. Hier tritt grundsätzlich die Frage auf, ob sich automatisch auch die informelle Sozialisation der angehenden Mediziner ändert, wenn die formelle Sozialisation erweitert wird. Das heißt: reichen zusätzliche Veranstaltungen und Lehrangebote aus, um die negativen Auswirkungen des Medizinstudiums aufzufangen? Es wäre wohl sinnvoll, zusätzlich die Struktur des Studiums kritisch zu hinterfragen und gleichzeitig auch zu überdenken, welche Idealbilder und Wunschvorstellungen vom Mediziner in der Gesellschaft vorhanden sind und als wie realistisch sie einzuschätzen sind. Natürlich ist auch der medizinische Blick auf den Menschen, der angehenden Mediziner formell durch die Lehrinhalte und informell durch Lehrende und Lehrpraktiken vermittelt wird, zu thematisieren.

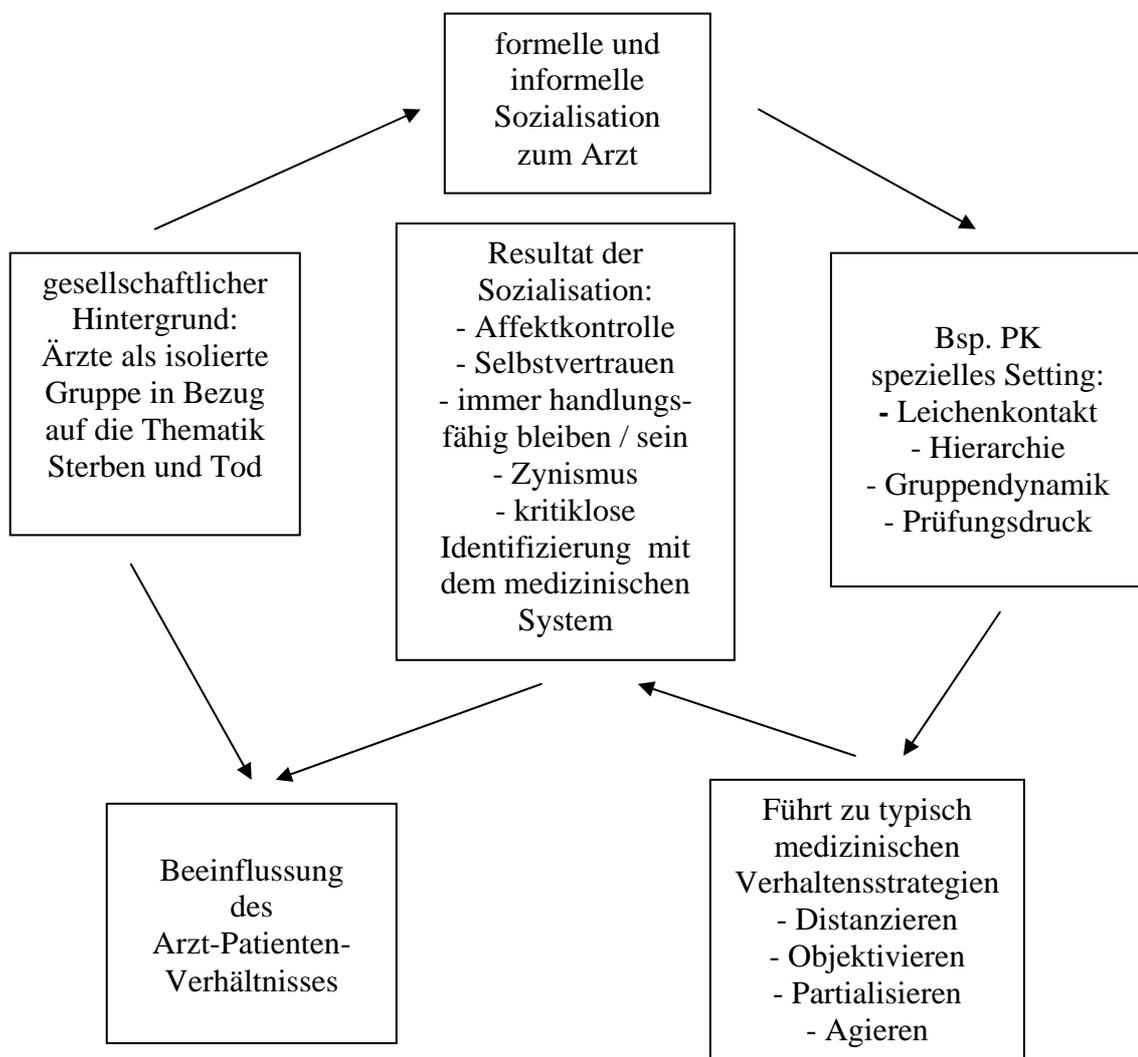
Das medizinische System ist Teil der Gesellschaft, daher kann es auch nur durch die Gesellschaft selbst reformiert werden. Schon sehr früh werden angehende Mediziner streng in das medizinische System integriert und müssen sich den gegebenen Strukturen anpassen. Eine Verbesserung der Situation sowohl der Ärzte als auch der Patienten im medizinischen System müsste von innen her stattfinden, was allerdings in Anbetracht der frühen Formung der Ärzte insbesondere im PK schwierig sein dürfte. Kritikfähigkeit und Rollendistanz als Voraussetzung für Veränderungen werden hier wohl kaum gefördert.

Es ist von besonderer Wichtigkeit, die durch die berufliche Sozialisation provozierte Auftrennung in eine beruflich-praktische und eine privat-theoretische Umgehensweise mit Tod und Sterben aufzuheben, um sowohl dem Arzt als auch dem Patienten gerecht

zu werden. Das medizinische System ist nicht zuletzt deshalb so unflexibel, weil der Schrecken des täglichen Leides und Todes die Mitglieder dazu bringt, sich streng an Normen und Werten zu halten, die schon ganz zu Anfang der beruflichen Sozialisation internalisiert wurden. Auf gesellschaftliche Unterstützung ist kaum zu hoffen, vielmehr werden Mediziner und Pflegepersonal mit dieser Aufgabe allein gelassen und häufig mit unrealistischen Erwartungshaltungen überfordert.

Das Systems reproduziert sich selbst (siehe Abbildung 28).

Abbildung 28: Ausbildung zum Arzt, Gesellschaft und Tod



Quelle: eigene Darstellung

Die stark naturwissenschaftliche Ausrichtung des Studiums bietet einerseits ein gewisses Gefühl von Sicherheit für den Mediziner, er kann mit klaren Klassifizierungen zwischen physiologisch und pathologisch unterscheiden. Der Einzelfall kommt hierbei oft zu kurz und es besteht die Gefahr einer Entfremdung zwischen Arzt und Patient. Soziale Fähigkeiten und zwischenmenschliche Kompetenzen werden im Studium wenig, wenn überhaupt gefördert. Und so schließt Geisler (2002): „Der altruistisch motivierte Studienanfänger beendet seine Ausbildung mit mangelhafter psychosozialer Kompetenz. Wer so ins ärztliche Leben entlassen wird, kann leicht den Kranken als angstmachenden Fremdling erleben.“

Solange der Umgang mit Tod, Sterben, Leid und Trauer weiterhin gesellschaftlich marginalisiert und der Medizin die praktische und ethische Verantwortung zugeschoben wird, ist mit einer Veränderung kaum zu rechnen. Um die Situation insgesamt zu verbessern, ist ein intensiver gesellschaftlicher Dialog notwendig, denn: „Solange das Bild des Arztes der Zukunft vage und das Menschenbild der Medizin unbestimmt bleiben, werden Einzelkorrekturen, zum Beispiel am Ausbildungsgang, nur Stückwerk bleiben.“ (Geisler, 2002)

Es ist im Sinne sowohl der zukünftigen Patienten als auch der angehenden Medizinstudierenden, sich dieser Aufgabe zu stellen.

Literatur

Amann, Ines: „hic mors vivos docet“. Die Geschichte der Leichenöffnung, in: Daxelmüller, Christoph (Hrsg.) Tod und Gesellschaft – Tod im Wandel: Begleitband zur Ausstellung im Diözesanmuseum Obermünster Regensburg, 8. November 1996 bis 22. Dezember 1996, Regensburg: Schnell und Steiner 1996, 53-58

Ariès, Philippe: Geschichte des Todes, München: Hanser 1980

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

Babad, Yael und Kedar, Hannah: How to remain sensitive without becoming vulnerable: Medical students coping with reactions to dissection, in: Medical Teacher 1999, 21: 227

Backhaus, Klaus; Erichson, Bernd; Plinke, Wulff und Weiber, Rolf: Multivariate Analysemethoden, Berlin: Springer 2000

Barloewen, Constantin von (Hrsg.): Der Tod in den Weltkulturen und Weltreligionen, Frankfurt am Main: Insel 2000

Barloewen, Constantin von: Der lange Schlaf, in: Barloewen, Constantin von (Hrsg.): Der Tod in den Weltkulturen und Weltreligionen, Frankfurt am Main: Insel 2000, 12 - 119

Barton, David: The need for including instruction on death and dying in the medical curriculum, in: Journal of medical education 1972, 47: 169-175

Baum, Stella.: Der verborgene Tod, Frankfurt am Main: Fischer 1976

Baumgart, Franzjörg (Hrsg.): Theorien der Sozialisation, Bad Heilbrunn / Obb.: Klinkhardt 1997

Becker, Ernest: Angel in Armor, New York: Braziller 1969

Becker, Ernest: Dynamik des Todes, Olten: Walter 1976

Berman, Alan L. und Hays, James E.: Relation between death anxiety, belief in afterlife and locus of control, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology 1973, 41(2): 318

Bertman, Sandra L. und Marks, Sandy C.: Humanities in medical education: rationale und resources for the dissection laboratory, in: Medical Education 1985, 19: 374-381

Bertman, Sandra L. und Marks, S. C.: The dissection experience as a laboratory for self-discovery about death and dying: Another side of clinical anatomy, in: Clinical Anatomy 1989, 2: 103-113

Bollinger, Heinrich; Brockhaus, Gudrun; Hohl, Joachim und Schwaiger, Hanne: Medizinerwelten Die Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation, München: Zeitzeichen 1981

Bourguet, Claire C.; Whittier, William L. und Taslitz, Norman : Survey of the educational roles of the faculty of anatomy departments, in: Clinical Anatomy 1997, 10: 264-271

Braun, Lisa: Immer stark sein, alles wissen? Mechanismen und Auswirkungen der ärztlichen Berufssozialisation, in:
www.aerztekammer-berlin.de/10_Aktuelles/bae/18_BERLINE.../05Immer_stark.htm
(Zugriff: 01.04.04)

Brugger, Claudia Maria und Kühn, Hermann: Sektion der menschlichen Leiche, Stuttgart: Enke 1979

Brunner, P. und Schilling, A.: Zur Epidemiologie der Sektionsverweigerung, in: Der Pathologe 1984, 5: 235-237

Callahan, Joan C.: On harming the dead, in: Ethics: An international Journal of social, political and legal Philosophy 1987, 341-352

Cavenagh, Penny; Dewberry, Chris und Jones, Paul: Becoming professional: When and how does it start ? A comparative study of first-year medical and law students in the UK, in: Medical Education 2000, 34: 897-902

Charlton, R.; Dovey, S. M.; Jones, D. G. und Blunt, A.: Effects of cadaver dissection on the attitudes of medical students, in : Medical Education 1994, 28: 290-295

Charlton, Rodger und Smith, Gary: Undergraduate medical students' views on the value of dissection, in: Medical Education 2000, 34: 961

Chew-Graham, Carolyn A.; Rogers, Anne und Yassin, Nuha: "I wouldn't want it on my CV or their records": Medical students' experiences of help-seeking for mental health problems, in: Medical Education 2003, 37: 873

Cicirelli, Victor G.: Personal meanings of death in relation to fear of death, in: Death Studies 1998, 22(8): 713-733

Clements, Richard und Rooda, Linda A.: Factor structure, reliability and validity of the Death Attitude Profile-Revised, in: Omega – Journal of Death and Dying 1999-2000, 40(3): 453-463

Collett, L. J. und Lester, David: The fear of death and the fear of dying, in: The Journal of Psychology 1969, 179 - 181

Condrau, Gion: Der Mensch und sein Tod: certa moriendi condicio, Zürich: Benziger 1991

Coombs, Robert H. und Powers, Pauline S.: Socialisation for death: The physician's role, in: Lofland (Hrsg.): Toward a sociology of death and dying, Beverly Hills / London: Sage Publications 1976, 15 - 36

Dickinson, George E.; Lancaster, Carol J.; Winfield, Idee C.; Reece Eleanor F. und Colthorpe, Christopher A.: Detached concern and death anxiety of first-year medical students: Before and after the gross anatomy course, in: Clinical Anatomy 1997, 10: 201-207

Dickinson, George E.: First childhood death experience, in: Omega - Journal of Death and Dying 1992, 25(3): 169-182

Dickstein, L. S.: Death concern: Measurements and correlates, in: Psychological Reports 1972, 563 - 571

Dickstein, L. S. und Blatt, S. J.: Death concern, futurity, and anticipation, in: Journal of Consulting Psychology 1966, 11 - 17

Dinsmore, Charles E.; Daugherty, Steven und Zeitz, Howard J.: Student responses to the gross anatomy laboratory in a medical curriculum, in : Clinical Anatomy 2001 (14): 231-236

Druce, Maralyn und Johnson, Martin H.: Human dissection and attitudes of preclinical students to death and bereavement, in: Clinical Anatomy 1994, 7: 42-49

Durlak, Joseph A.: Die Veränderung von Einstellungen zu Sterben und Tod durch Unterrichtsveranstaltungen, in: Wittkowski (Hrsg.): Sterben, Tod und Trauer, Stuttgart: Kohlhammer 2003, 211 - 225

Durlak, Joseph A. und Kass, Richard A.: Clarifying the measurement of death attitudes: A factor analytic evaluation of fifteen self-report death scales, in: Omega - Journal of Death and Dying 1981-1982, 12(2): 129-141

Eggers, Reinhard: Trauerfeiern ohne Leichnam, in: Stefenelli, Norbert (Hrsg.): Körper ohne Leben, Wien: Böhlau 1998, 626 - 629

Eleftheriadis, Anastasia: Die Struktur der hippokratischen Theorien der Medizin, Frankfurt am Main: Lang 1991

Elias, Norbert: Über den Prozeß der Zivilisation, Band 1 und 2, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1993

Elzubeir, Margaret A. und Rizk, Dina E. E.: Identifying characteristics that students, interns and residents look for in their role models, in: Medical Education 2001, 35: 272-277

Emmrich, P., Phenn, J., Krill, M., Unger, U. und Rockenbauch, K.: Die erste Begegnung von Medizinstudierenden mit einem menschlichen Leichnam im Präpariersaal der Anatomie, in: Zeitschrift für Medizinische Psychologie 2004, 13: 51-60

Evans, E. J. und Fitzgibbon, G. H.: The dissecting room: Reactions of first-year medical students, in: *Clinical Anatomy* 1992, 5: 311-320

Feldmann, Klaus: Thanatsoziologie: Anomie oder Anämie?, in: *Soziologische Revue* 2003, 2: 213 - 221

Field, David und Howells, Kevin: Medical students' self-reported worries about aspects of death and dying, in: *Death Studies* 1985, 10: 147-154

Finkelstein, Peter und Mathers, Lawrence: Psychological issues in the gross anatomy laboratory, in: *Clinical Anatomy* 1988, 1: 223

Finkelstein, Peter und Mathers, Lawrence: Post-traumatic stress among medical students in the anatomy dissection laboratory, in: *Clinical Anatomy* 1990, 3: 219-226

Florian, Victor und Mikulincer, Mario: Fear of personal death in adulthood: The impact of early and recent losses, in: *Death Studis* 1997, 21: 1-24

Foucault, Michel: *Die Geburt der Klinik*, München: Hanser 1973

Freidson, Eliot: *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*, Hrsg.: Rohde, Johann Jürgen und Schoene, Wolfgang; Stuttgart: Enke 1979

Fröber, R.; Lemke, C.; Beinemann, J. und Linß, W.: Innovationsbestrebungen der Lehre im Fach Anatomie, in: *Medizinische Ausbildung* 2002, 19: 84-86

Geisler, Linus S.: Am Horizont der Mangel, in: *Frankfurter Rundschau* 17.12.2002, 2

Gennep, Arnold van: *Übergangsriten*, Frankfurt am Main: Campus 1999

Gesser, Gina; Wong, Paul T. P. und Reker, Gary T.: Death attitudes across the life span: The development and validations of the Death Attitude Profile, in: *Omega – Journal of Death and Dying* 1987-1988, 18(2): 113-128

Gisel, Alfred: Amphitheater, Theatrum anatomicum, Auditorium, Domus anatomica, in: Stefenelli, Norbert (Hrsg.): *Körper ohne Leben*, Wien: Böhlau 1998, 643-648

Gilliland, Jack C. und Templer, Donald I.: Relationship of death anxiety scale factors to subjective states, in: *Omega – Journal of Death and Dying* 1985-86, 16(2): 155-167

Gorer, Geoffrey: Die Pornographie des Todes, in: *Der Monat* 1956, 58-62

Grunder, H. U.: Initiation und Institution, in: *PÄD Forum* 1997, 25(1): 29-40

Greenberg, Jeff; Porteus, Jonathan; Simon, Linda; Pyszczynski, Tom und Solomon, Sheldon: Evidence of a terror management function of cultural icons: The effects of mortality salience on the inappropriate use of cherished cultural symbols, in: *Personality and Social Psychology Bulletin* 1995, 21: 1221-1228

Gustavson, Norman: The effect of human dissection on first-year students and implications for the doctor-patient relationship, in: Journal of Medical Education 1988, 63: 62-64

Haaf, Hans-Günter und Huppmann, Gernot: Todesbezogene Einstellungen und Kontrollüberzeugungen von Medizinstudenten – Eine Querschnittstudie, in: Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 1992, 42: 349-356

Hafferty, Frederic W.: Cadaver stories and the emotional socialisation of medical students, in: Journal of Health and Social Behaviour 1988, 29: 344-356

Hafferty, Frederic W.: Into the valley. Death and the socialisation of medical students, New Haven und London: Yale University Press 1991

Hahn, Susanne (Hrsg.): “Und der Tod wird nicht mehr sein...”, Darmstadt: Steinkopf 1997

Hanauske-Abel, Hartmut: Von Anbeginn eine tiefe Beziehung: Nationalsozialismus und Ärzteschaft im Jahre 1933, in: Kolb und Seithe (Hrsg.): Medizin und Gewissen, Frankfurt am Main: Mabuse 1995, 52-67

Hardt, Dale V.: A measurement of the improvement of attitudes toward death, in: Journal of School Health 1976, 46(5): 269-270

Hart Nibbrig, Christiaan L.: Ästhetik der letzten Dinge, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1989

Heim, N. und Schuller, Alexander: Sozialisation zum Arzt, in: Schuller, Heim und Halusa (Hrsg.): Medizinsoziologie, Stuttgart: Kohlhammer 1992

Heinz, Walter R.: Arbeit, Beruf und Lebenslauf, Weinheim und München: Juventa 1995

Helmers, Sabine: Tabu und Faszination, Berlin: Dietrich Reimer 1989

Hensle, Ulrich: Todesfurcht, in: Psychologische Beiträge 1977, 19: 545-566

Hermann, Fr.: Gedanken über den anatomischen Unterricht, Jena: Fischer 1916

Hillmann, Karl-Heinz: Wörterbuch der Soziologie, Stuttgart: Kröner 1994

Hoelter, Jon W. und Hoelter, Janice A.: The relationship between fear of death and anxiety, in: The Journal of Psychology 1978, 99: 225-226

Horne, David J. de L.; Tiller, John W. G.; Eizenberg, Norman; Tashevskaja, Marika und Biddle, Nola: Reactions of first-year medical students to their initial encounter with a cadaver in the dissecting room, in: Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges 1990, 65(10): 645-646

Howells, Kevin und Field, David: Fear of death and dying among medical students, in: Social Science and Medicine 1982, 16(15): 1421-1424

Howells, K.; Gould, M. und Field, D.: Fear of death and dying in medical students: Effects of clinical experience, in: *Medical Education* 1986, 20: 502-506

Hull, F. M.: Death, dying and the medical student, in: *Medical Education* 1991, 25 (6): 491-496

Huppmann, Gernot und Wilker, Friedrich-Wilhelm (Hrsg.): *Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie*, München: Urban & Schwarzenberg 1988

Hurrelmann, Klaus: *Einführung in die Sozialisationstheorie*, Weinheim und Basel: Beltz 1986

Imhof, Arthur E.: *Die Lebenszeit*, München: Beck 1988

Institut für Demoskopie Allensbach: Allensbacher Berichte, Nummer 7, 2003, www.ifd-allensbach.de/pdf/prd_0307.pdf (Zugriff: 20.03.04)

Jetter, Dieter: *Geschichte der Medizin*, Stuttgart: Thieme 1992

Jones, Gareth: Use of bequeathed and unclaimed bodies in the dissection room, in: *Clinical Anatomy* 1994, 7:102-107

Käser, Rudolf: *Arzt, Tod und Text*, München: Fink 1998

Kass, Richard A. und Durlak, Joseph A.: Re-clarifying the measurement of death attitudes: A comment, in: *Omega – Journal of Death and Dying* 1981-1982, 12(2): 147-150

Knight, Kim H.; Elfenbein, Morton, H. und Capozzi, Lauren: Relationship of recollections of first death experience to current death attitudes, in: *Death Studies* 2000, 24(3): 201-221

Kolb, Stephan und Seithe (Hrsg.): *Medizin und Gewissen*, Frankfurt am Main: Mabuse 1995

Krieger, Seth R. und Epting, Franz R.: Personal constructs, threat and attitudes towards death, in: *Omega – Journal of Death and Dying* 1974, 5(4): 199-210

Krüger, H. J.; Maciejewski, F. und Steinmann, I.: *Studentenprobleme*, Frankfurt am Main: Campus 1982

Kruse, Torsten: *Ars moriendi, Aufgabe und Möglichkeiten der Medizin*, in: Wagner, Harald (Hrsg.): *Ars moriendi, Erwägungen zur Kunst des Sterbens*, Freiburg: Herder 1989, 99 - 116

Labisch, Alfons: *Gesundheitskonzepte und Medizin im Prozeß der Zivilisation*, in: Labisch, Alfons und Spree, Reinhard (Hrsg.): *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel*, Bonn: Psychiatrie 1989

Labisch und Spree (Hrsg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel, Bonn: Psychiatrie 1989

Lachmund, Jens: Der abgehorchte Körper, Opladen: Westdeutscher Verlag 1997

Lester, David: The Collett-Lester Fear of Death Scale: The original version and a revision, in: *Death Studies* 1990, 14(5): 451-468

Lester, David: The Collett-Lester Fear of Death Scale, in: Neimeyer, Robert (Hrsg.): *Death Anxiety Handbook*, Washington: Taylor & Francis 1994, 45 - 60

Lester, David und Becker, DeAnne M.: College students' attitudes toward death today as compared to the 1930s, in: *Omega – Journal of Death and Dying* 1992-93, 26 (3): 219-222

Linkert, Christine: Die Initiation der Medizinstudenten, in: *Ethnopsychanalyse 3, Körper und Kultur*, Frankfurt am Main: Brandes und Appel 1993, 135-143

Lippert, Herbert und Schneller, Thomas: Die Angst des Medizinstudenten vor der Leiche, in: *Medizinische Klinik* 1980, 895

Lippert, H.: Wie human ist die Humananatomie?, in: *Verhandlungen der Anatomischen Gesellschaft* 1985, 79: 21-30

Livingston und Zimet: Death anxiety, authoritarianism and choice of specialty in medical students, in: *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1965, 222-230

Livneh, Hanoch: Brief note on the structure of the Collett-Lester Fear of Death Scale, in: *Psychological Reports* 1985, 56(1): 136-138

Lofland, L. H. (Hrsg.): *Toward a sociology of death and dying*, Beverly Hills / London: Sage Publications 1976

Macho, Thomas H.: *Todesmetaphern Zur Logik der Grenzerfahrung*, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1987

Marks, Sandy C. und Bertman, Sandra L.: Experiences with learning about death and dying in the undergraduate anatomy curriculum, in: *Journal of Medical Education* 1980, 48-52

Marks, Sandy C.; Bertman, Sandra L. und Penney, June C.: Human anatomy: a foundation for educationg about death and dying in medicine, in: *Clinical Anatomy* 1997, 10: 118-122

McGarvey, M. A.; Farrell, T.; Conroy, R. M.; Kandiah, S. und Monkhouse, W. S.: Dissection: A positive experience, in : *Clinical Anatomy* 2001, 14: 227-230

Mende, A.; Laubach, W. und Friedrich, Th.: Einstellungen zur Sektion bei Studierenden der Medizin, Soziologie und Rechtswissenschaften, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2001, 126: 1191-1196

Merton, Robert K.: Soziologische Theorie und soziale Struktur, Berlin: de Gruyter 1995

Miles, Steven H. : The anatomy lesson, in: Clinical Anatomy 1991, 4: 456-459

Morgan, John D.: Der historische und gesellschaftliche Kontext von Sterben, Tod und Trauer, in: Wittkowski, Joachim (Hrsg.): Sterben, Tod und Trauer, Stuttgart: Kohlhammer 2003

Neimeyer, Robert A. (Hrsg.): Death anxiety handbook, London: Taylor & Francis 1994

Neimeyer, Bagley und Moore: Cognitive structure and death anxiety, in: Death Studies 1986, 10(3): 273-288

Neimeyer, Robert A. und Moore, Marlin K.: Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale, in: Neimeyer, Robert A. (Hrsg.): Death Anxiety Handbook, London: Taylor & Francis 1994, 103-119

Neimeyer, Robert A.; Moser, Richard P. und Wittkowski, Joachim: Untersuchungsverfahren zur Erfassung der Einstellungen gegenüber Sterben und Tod, in: Wittkowski, Joachim (Hrsg.): Sterben, Tod und Trauer, Stuttgart: Kohlhammer 2003, 52-83

Nnodim, J. O.: Preclinical reactions to dissection, death, and dying, in: Clinical Anatomy 1996, 9: 175-182

Noppe, Illene C. und Noppe, Lloyd D.: Evolving meanings of death during early, middle and later adolescence, in: Death Studies 1997, 21: 253-275

Nussbaum, Brigitte: Angehende Mediziner lernen den Körper in der Anatomie kennen, Die Toten lehren die Lebenden, in: Münsters Universitäts-Zeitung, Ausgabe 1/96

O'Carroll, R. E.; Whiten, S.; Jackson, D. und Sinclair, D. W.: Assessing the emotional impact of cadaver dissection on medical students, in: Medical Education 2002, 36: 550-554

Ochsmann, Randolph: Umgang mit existentieller Angst: Der 11. September und seine Folgen, in: Beiträge zur Thanatologie 2002, Heft 24

Parsons, Talcot: Struktur und Funktion der modernen Medizin, eine soziologische Analyse, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1958, Sonderheft 3, 10-57

Parsons, Talcot: Aktor, Situation und normative Muster, Frankfurt: Suhrkamp 1994

Parsons, Talcot: Sozialstruktur und Persönlichkeit, Frankfurt: Klotz 1999

Patton, John F. und Freitag, Carl B.: Correlation study of death anxiety, general anxiety and locus of control, in: Psychological Reports 1977, 40(1): 51-54

Pearse, E. O. und Parkin, I.: Undergraduate medical students' views on the value of dissecting, in: *Medical Education* 2000, 34: 493

Penney, June C.: Reactions of medical students to dissection, in: *Journal of Medical Education* 1985, 60: 58-60

Pettigrew, C. Gary und Dawson, Joseph G.: Death anxiety: „state“ or „trait“?, in: *Journal of Clinical Psychology* 1979, 35: 154-158

Powell, F. C.; Kara, Gail und Uhl, Henry S. M.: Stability of medical students' attitudes toward aging and death, in: *The Journal of Psychology* 1990, 124(3): 339-342

Racek, Milan: Die nicht zu Erde wurden... Kulturgeschichte der konservierenden Bestattungsformen, Wien: Böhlau 1985

Ray, J. J. und Najman, J.: Death anxiety and death acceptance: A preliminary approach, in: *Omega – Journal of Death and Dying* 1974, 5(4): 311-315

Reifler, Douglas R.: “I actually don't mind the bone saw”: Narratives of gross anatomy, in: *Literature and Medicine* 1996, 15(2): 183-199

Ridder, Paul: Tod und Technik: Sozialer Wandel in der Medizin, in: *Soziale Welt* 1983, 24: 110-119

Rigdon, Michael A. und Epting, Franz R.: Re-clarifying the measurement of death attitudes, in: *Omega – Journal of Death and Dying* 1981-1982, 12(2): 143-146

Ruebsam-Simon, Ekkehard: Veränderung beginnt im Kopf, Einige Bemerkungen zur Sozialisation des deutschen Arztes oder: Warum taugen Ärzte so wenig zum Widerstand?, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2002, 99(43): 2840-2844

Rodning, Charles B.: “O death where is thy sting?” Historical perspectives on the relationship of human postmortem anatomical dissection to medical education and care, in: *Clinical Anatomy* 1989, 2: 277-292

Rosenblatt, Abram; Grrenberg, Jeff; Solomon, Sheldon; Pyszczynski, Tom und Lyon, Deborah: Evidence for terror management theory: I. The effects of mortality salience on reactions to those who violate or uphold cultural values, in: *Journal of Personality and Social Psychology* 1989, 57(4): 681-690

Sanner, Margareta A.: Encountering the dead body: Experiences of medical students in their anatomy and pathology training, in: *Omega – Journal of Death and Dying* 1997, 53(2): 173-191

Sarnoff, I. und Corwin, S.: Castration anxiety and the fear of death, in: *Journal of Personality* 1958, 374-385

Sasse, Dieter und Stammler, Lukas: Anleitung zum Präparierkurs, Stuttgart: Fischer 1996

Schneider, Gisela: Über den Anblick des eröffneten Leichnams, in: Winau, Rolf und Rosemeier, Hans Peter (Hrsg.): Tod und Sterben, Berlin: Walter de Gruyter 1984, 188-201

Schnell, Rainer; Hill, Paul B. und Esser, Elke: Methoden der empirischen Sozialforschung, München: Oldenbourg 1999

Schneller, Th. und Lippert, H.: Erwartungen, Reaktionen und Vorbereitungsstile von Medizinstudenten auf die Konfrontation mit der Leiche im Präparierkurs, in: Verhandlungen der Anatomischen Gesellschaft 1981, 75: 657-658

Schopenhauer, Arthur: Die Welt als Wille und Vorstellung II, Zürich: Haffmans 1988

Schuller, Alexander; Heim, N. und Halusa, G.: Medizinsoziologie, Stuttgart: Kohlhammer 1992

Schwaiger, Hanne und Bollinger, Heinrich: Der Anatomiekurs – Aus dem heimlichen Lehrplan des Medizinstudiums, in: Bollinger, Heinrich; Brockhaus, Gudrun; Hohl, Joachim und Schwaiger, Hanne: Medizinerwelten Die Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation, München: Zeitzeichen 1981, 16-49

Shaida, Azhar M.; Wong, C. und Ellis, Harold: The dissecting room – students attitudes, in: Clinical Anatomy 1993, 6: 259

Shalev, A. und Nathan, H.: Medical students' stress reactions to dissection, in: Israel Journal of Psychiatry 1985, 22: 121-133

Shneidmann, Edwin: Modifikation of a questionnaire on you and death, in: Psychology Today 1970, 4: 67-72

Siegrist, Johannes: Lehrbuch der Medizinischen Soziologie, München: Urban & Schwarzenberg 1974

Simmel, Georg: Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung, Berlin: Duncker & Humblot 1908

Stefenelli, Norbert (Hrsg.): Körper ohne Leben, Wien: Böhlau 1998

Stefenelli, N.; Kugi, A.; Wintersperger, U.; Prokop, E.; Steininger, P. und Walch, E.: Auswirkungen der Begegnung von Medizinstudenten und Krankenhausärzten mit dem menschlichen Leichnam, in: Der Pathologe 1993, 14: 341-345

Steigerwald, Friedbert: Die empirische Erfassung der Todesangst mit Fragebogen, in: Medizinische Psychologie 1980, 6: 54-65

Stevens, James: Applied multivariate statistics for the social science, London: Lawrence Erlbaum Associates 2002

Streckeisen, Ursula: Die Medizin und der Tod, Opladen: Leske und Budrich 2001

Streng, Hans: Todesfurcht und Bereitschaft zur Organspende bei Medizinstudenten, in: Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie 1999, 49: 23-28

Stroh, Werner: Sterben zwischen Angst und Hoffen, in: Hahn, Susanne (Hrsg.): "Und der Tod wird nicht mehr sein...", Darmstadt: Steinkopf 1997, 49-59

Sudnow, David: Organisiertes Sterben, Frankfurt am Main: Fischer 1973

Swift, Jonathan: Reisen in verschiedene ferne Länder der Welt von Lemuel Gulliver – erst Schiffsarzt, dann Kapitän mehrere Schiffe, München: Winkler 1980

Templer, Donald I.: The construction and validation of a death anxiety scale, in: The Journal of General Psychology 1970, 165-177

Thorson, James A. und Powell, F. C.: A revised death anxiety scale, in: Neimeyer, Robert (Hrsg.): Death Anxiety Handbook, Washington: Taylor & Francis 1994, 31-43

Tillmann, Klaus-Jürgen: Gesellschaft und Sozialisation aus der Sicht Parsons, in: Baumgart, Franzjörg (Hrsg.): Theorien der Sozialisation, Bad Heilbrunn / Obb.: Klinkhardt 1997

Tolor, A. und Reznikoff, M.: Relation between insight, repression-sensitization, internal-external control, and death anxiety, in: Journal of abnormal Psychology 1967, 426-430

Tomer, Adrian: Death attitudes and the older adult: Theories, concepts and applications, in: Series in Death, Dying and Bereavement, New York: Brunner-Routledge 2000, 87-94

Tomer, Adrian und Eliason, Grafton: Attitudes about life and death: Toward a comprehensive model of death anxiety, in: Tomer: Death attitudes and the older adult: Theories, concepts and applications, in: Series in death, dying and bereavement, New York: Brunner-Routledge 2000, 87-94,

Tschernig, Thosam; Schlaud, Martin und Pabst, Reinhard : Emotional reactions of medical students to dissection human bodies: A conceptual approach and its evaluation, in: The Anatomical Record 2000, 261: 11-13

Tuohimaa, Pentti; Tamminen, Tuula und Fabrin, Vesa: Is it appropriate to speak of death during a dissection course?, in: Teaching and Learning in Medicine 1993, 5: 169-173

Uexküll, Thure von: Das Verhältnis der Heilkunde zum Tode, in: Sudnow: Organisiertes Sterben, Frankfurt am Main: Fischer 1973, Seite XI - XX

Vargo, Marc: Relationship between the Templer Death Anxiety Scale and the Collett-Lester Fear of Death Scale, in: Psychological Reports 1980, 46(2): 561-562

Von Georgi, Richard und Beckmann, Dieter: Selbstkonzept-Inventar (SKI), Handanweisung, Göttingen: Hogrefe 2002

Wagner, Harald (Hrsg): *Ars moriendi, Erwägungen zur Kunst des Sterbens*, Freiburg: Herder 1989

Walkey, Frank H.: The Multidimensional Fear of Death Scale: An independent analysis, in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1982, 50(3): 466-467

Walter, Tony : *The eclipse of eternity*, Houndmills: Palgrave 1996

Wear, Delese: Cadaver talk: Medical student's accounts of their year long experience, in: *Death Studies* 1989, 13: 379-391

Weber, A.; Strebl, H.; Weltle, D. und Lehnert, G.: Ausbildungs- und Berufserwartungen der Ärztegeneration von morgen, in: *Das Gesundheitswesen* 1996, 58: 629-634

Weeks, Susan E.; Harris, Eugene E. und Kinzey, Warren G. : Human gross anatomy: A crucial time to encourage respect and compassion in students, in : *Clinical Anatomy* 1995, 8(1): 69-79

Wegner, Richard N.: *Das Anatomenbildnis. Seine Entwicklung im Zusammenhang mit der anatomischen Abbildung*, Basel: Schwabe & Co. 1939

Weiber, Erhard: Umgang mit dem Leichnam in der Mediziner-Ausbildung: Erschließung der Todes-Begegnung durch die Seelsorge, in: *Beiträge zur Thanatologie* 1997, Heft 5

Weir, Evelyn C. und Carline, Thomas E.: Reactions of first-year podiatry students to cadaver dissection, in: *Medical Teacher* 1997, 19(4): 311-313

Weitz, Burkhard: Anfänge, in: *Chrismon* 2002, 6:54

Wittkowski, Joachim: *Tod und Sterben*, Heidelberg: Quelle & Meyer 1978

Wittkowski, Joachim: *Psychologie des Todes*, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1990

Wittkowski, Joachim: Angst vor Sterben und Tod, in: *psychomed* 1993, 5: 11-15

Wittkowski, Joachim: Fragebogeninventar zur mehrdimensionalen Erfassung des Erlebens gegenüber Sterben und Tod (FIMEST), Handanweisung, Göttingen: Hogrefe 1996

Wittkowski, Joachim: *Psychologie des Todes: Konzepte, Methoden, Ergebnisse*, in: *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 2002, 23(1): 5-29

Wittkowski, Joachim (Hrsg.): *Sterben, Tod und Trauer*, Stuttgart: Kohlhammer 2003

Wolf-Heidegger, G. und Cetto, Anna Maria: *Die anatomische Sektion in bildlicher Darstellung*, Basel: Karger 1967

Wong, Paul T. P.; Reker, Gary T. und Gesser, Gina: Death Attitude Profile – Revised: A multidimensional measure of attitudes towards death, in: Neimeyer, Robert A. (Hrsg.): Death anxiety handbook, London: Taylor & Francis 1994, 121-148

Anhang

Inhaltsverzeichnis

1	Ablauf der Lehrsektion von Vesal in Bologna, Januar 1540.....	II
2	Persönliche Berichte aus dem PK.....	V
2.1	Notizen aus der Anatomie.....	V
2.2	„Schlechte Arbeit schändet die Leiche“	IX
3	Märchentext: „Gevatter Tod“	XII
4	Pretest.....	XV
5	Testbatterie	XXII
6	Verteilungen der Items des FBM zum Messzeitpunkt 1.....	XXIX

1 Ablauf der Lehrsektion von Vesal in Bologna, Januar 1540 (vgl. Wolf-Heidegger und Cetto, 1967: 61ff)

1. Tag

Morgens: Demonstration der Schichten der Haut und des Unterhautfettgewebes sowie der darin enthaltenen Nerven und Venen. Erklären der Bauchmuskeln, die schon vor der Lehrsektion präpariert worden waren.

Nachmittags: Darstellung von Bauchfell und Nabel. Danach Betrachtung der Muskulatur des Armes.

2. Tag

Morgens: Demonstration des großen Bauchfellnetzes am Hund, weil sich am menschlichen Präparat bereits Fäulnis zeigte. Daraufhin Fortführung der Betrachtung der Armmuskulatur des Menschen, insbesondere des Vorderarms und der Hand.

Abends: Vertiefende Präparation der Hand- und Armmuskulatur. Untersuchung der Eingeweide des Hundekadavers.

3. Tag

Morgens: Präparation der Gesichtsmuskeln, anschließend Darstellung der Schädelknochen mit den Nähten und Öffnungen. Daraufhin folgte die Untersuchung der Mundhöhle und des Schlundes sowie der Gaumenmandeln. Zum Abschluss dieses Tages wurden getrocknete und aufgeblasene Teile des Darmkanals gezeigt.

4. Tag

Morgens: Nachdem Vesal zunächst die Skelettgrundlagen erklärt hatte, folgte die Demonstration der Schulter-, Nacken-, Zungenbein- und Rückenmuskulatur.

Abends: Nochmals Darstellung der Armmuskulatur. Daraufhin waren Magen, Leber, Gallenblase Gallenwege und Milz Thema der Sektion.

5. Tag

Morgens: Muskulatur des Thorax. Da der menschliche Leichnam bereits stark verwest war, mussten die Rückenmuskeln an einem Hundekadaver präpariert werden.

Abends: Lektion über die Anatomie der Leber und ihrer Gefäße beim Hund. Anschließend Demonstration der Hüft- und Oberschenkelmuskulatur beim Menschen.

6. Tag

Morgens: Präparation des Harnapparates beim Hund und der Gesäßmuskeln an der Leiche.

Abends: Skelett und Muskulatur des menschlichen Unterschenkels und Fußes.

7. Tag

Morgens: Betrachtung der Anatomie des Fußes unter besonderer Berücksichtigung der Zehenbewegung.

Abends: Vortrag über die Halsmuskulatur. Für die Demonstration derselben musste ein Hundekadaver verwendet werden.

8. Tag

Morgens: Demonstration des Uterus. Hierfür wurde eine trächtige Hündin getötet; somit konnten ebenfalls die Embryonen, die Eihüllen und Nabelschnüre gezeigt werden.

Abends: Von dem ursprünglichen Leichnam war nur noch der Kopf vorhanden. Hieran präparierte Vesal die Kopfhaut, die Schädelkalotte mit ihrer Knochenhaut, sodann die harte und weiche Hirnhaut mit Gefäßen. Die Hirnventrikel wurden sowohl am Schafshirn als auch am menschlichen Hirn aufgezeigt und erläutert, ebenso wie die Hirnbasis mit den erkennbaren Nerven.

Hiermit war der erste Teil der Lehrsektion abgeschlossen. Für den zweiten wurde Vesal eine neue Leiche zur Verfügung gestellt.

9. Tag

Morgens: Darstellung der gesamten Abdominalorgane.

Abends: Präparation der Harnblase und des Harnleiters sowie der männlichen Geschlechtsorgane.

10. Tag

Morgens: Zwerchfell, Herz, Herzbeutel, Lunge, Brustfell, Mittelfellraum, große Gefäße des Thoraxraumes

Abends: Herz und dessen Klappensystem, Diskussion über Aderlass

11. Tag

Morgens: Darstellung des Aufbaus der Lunge. Bezugnehmend auf die Aderlassdiskussion wurden die oberflächlichen Venen sowie der Ellbogenbereich des linken Armes präpariert.

12. Tag

Morgens: Gefäße und Nerven des Armes.

Abends: Darstellung des Venenverlaufs im Unterschenkel

13. Tag

Morgens: Zunächst Betrachtung des großen Körperschlagader und deren

Verzweigungen. Daraufhin folgte die Darstellung der Kehlkopfnerve und der Nervi recurrentes sowohl beim Menschen als auch beim Hund.

Abends: Sektion des Kehlkopfes beim Ochsen und einigen anderen Tieren, da dieser Bereich bei dem Leichnam durch das Hängen beschädigt worden war.

14. Tag

Morgens: Darstellung des Gehirns und seiner Nerven und Hüllen, zunächst beim Schaf, dann beim Menschen. Sodann folgte die Präparation der Arterien, Venen und Nerven des Beines.

Abends: Abschluss der Lehrsektion mit der Demonstration des Sehorgans.

Präparation der Augen eines Schafes.

2 Persönliche Berichte aus dem PK

2.1 Notizen aus der Anatomie

Quelle:

http://www.stuttgarter-zeitung.de/stz/page/detail.php/385551?_kunde=fremd

Respekt vor dem Körper

Notizen aus der Anatomie

Die Ausstellung "Körperwelten" in Stuttgart zieht die Zuschauer an. Eine andere Realität erleben Mediziner während des Studiums im Anatomiekurs. Die unmittelbare Begegnung mit toten Körpern schildert eine Medizinerin an Hand ihrer Tagebuchaufzeichnungen aus dieser Zeit.

Von Silke Schieber

Der Anatomiekurs, kurz Präpkurs genannt, fängt gleich zu Beginn des dritten Studiensemesters an. Bei der Einführungsvorlesung sagt der Direktor des Anatomischen Instituts in Heidelberg ein paar Worte zu Verhaltensregeln und Erfahrungen, die uns erwarten. Er ermahnt uns, Respekt zu zeigen vor den Menschen, die ihren Körper der Wissenschaft zur Verfügung gestellt haben. Was ist, wenn ich meine Leiche kenne, fährt es mir plötzlich durch den Kopf, wenn ich feststelle, dass es zum Beispiel der gebückte alte Mann mit der blassen Hautfarbe war, den ich eine Zeit lang so oft an der Straßenbahnhaltestelle getroffen habe?

Die Masse der Studenten wälzt sich vor die Doppeltüren des Präpariersaals, hastig ziehen wir die Kittel über, es wird eng. Als die Türen aufgehen, spült uns die Woge in den Raum, in dem es stechend nach Formalin riecht und in dem knapp zwanzig Edeltahltische stehen. Auf jedem davon liegt etwas, das aussieht wie ein überdimensionaler weißer Raupenkokon: die verpackten Präpleichen. Unsere Gruppe wartet an einem Tisch. Uli gesellt sich zu uns: "Ich bin euer Präpassistent", sagt er. Als wissenschaftliche Hilfskraft wird er uns in diesem halben Jahr durch den Kurs führen. Dann sagt er, dass wir verantwortlich dafür sind, dass die Leiche ordentlich behandelt wird, damit sie in möglichst gutem Zustand bleibt. "Das sollte euer Hauptinteresse sein, denn wenn sie austrocknet oder schimmelt, lernt ihr weniger. Neue gibt es nicht."

"Nun zur Praxis", fährt Ulli fort, lockert die Plastikfolie über dem weißen Tuch auf dem Tisch, schlägt das Tuch zurück, faltet alles zusammen. Auf dem Edelstahl liegt eine gedrungene Figur, ihre Farbe ist grau, an manchen Stellen bräunlich bis violett. Der zweite Blick sagt mir, dass es eine Frau gewesen ist. Der erste Gedanke nach dem zweiten Blick: Ich bin nicht umgefallen. Und auch sonst niemand im Saal. "Fasst mal mit an", sagt Uli. Die Jungs in unserer Gruppe reagieren zuerst, mit ihrer Hilfe dreht er den steifen Körper vom Rücken auf den Bauch. Auf dem Rücken ist die flache Form des Tisches zu sehen. "Wir fangen mit der Präparation von Rücken, den Rückseiten der Arme und der Beine an", sagt Uli. "Holt euer Präparierbesteck, ihr braucht ein Skalpell und eine scharfe Pinzette."

Auf der Mitte des linken Unterschenkels hat die Leiche einen großen ovalen Leberfleck. Ich lege vorsichtig eine Hand in die Kniekehle darüber. Die Kniekehle fühlt sich hart, kalt und fest an. Ich zögere einen Moment, setze das Skalpell auf, drücke. Es geht überraschend schwer. Ganz langsam nur durchdringt die Klinge die Haut, sie ist zäh. Nur schwer lässt sich das Gewebe mit der Pinzette fassen, ich rutsche immer wieder ab, die Pinzette klackt leer zusammen. Es ist anstrengend. Die Konzentration verdrängt jeden anderen Gedanken.

Unter der Haut sehe ich Fettgewebe, gelbliches Zeug, das fast krümelig zerfällt. Das alles müssen wir abtragen, wie Uli es nennt, bis wir die Muskeln freilegen. Aber vorsichtig, mahnt er, im Unterhautfettgewebe liegen die Hautnerven und Hautgefäße: "Achtet darauf, dass ihr die stehen lasst." Doch die zarteren Strukturen haben in der ersten Stunde keine Chance. "Ist das ein Nerv?" fragt einer. Uli schaut genauer hin, hebt mit der Pinzette einen kurzen gelben Faden hoch und meint: "Könnte einer gewesen sein, reißt halt nicht alle so ab."

Nach einer Stunde habe ich einen Hautstreifen von etwa zehn mal fünfzehn Zentimeter vom Unterschenkel gelöst, gerade bis kurz vor dem ovalen Leberfleck. Erst hinterher wird mir klar, dass ich einer Leiche die Haut abgezogen habe. Als ich aus dem Saal komme, fühle ich mich erschöpft, zu müde, um nachzudenken. Das Leben geht weiter wie bisher. Telefonat mit dem Freund: "Na, wie war's?" fragt er. "Ich weiß nicht. Ganz ok. Völlig unspektakulär. Anstrengend. Eigentlich habe ich nichts dabei gefühlt." Nachts schlafe ich fest, traumlos.

Die ganze Sache wird schnell Routine. Und Stress. Sechs Testate müssen wir bestehen, jeden Vormittag sitzen wir zwei Stunden in der Anatomievorlesung, versuchen, uns Namen und Verläufe von hunderten von Blutgefäßen, Nerven, Knochenecken,

Muskelansätzen und Organpositionen zu merken. Dazu dreimal pro Woche einen Nachmittag lang präparieren. Uli geht es bei uns nicht schnell genug voran, die Leiche hat ziemlich viel Körperfett. Wir müssen vormittags zusätzlich kommen, um das vorgeschriebene Programm erfüllen zu können. Über den Tod sprechen wir in diesen Wochen nicht, auch nicht über Ekel, Grusel oder Angst, außer es geht um die Angst vor dem ersten Testat.

Gibt es überhaupt Gesprächsbedarf? Wenn man selbst etwas tut, Strukturen freilegt, siegt die Neugier doch schnell über andere Gefühle, Neugier darauf, was man als Nächstes sieht. Der menschliche Körper ist interessant, es ist, als würde man ein extrem sorgfältig konstruiertes dreidimensionales Puzzle ganz langsam auseinander nehmen. Ich staune, wie dick der Ischiasnerv ist; wie die Muskeln im Oberschenkel aneinander liegen; wie die vielen Fußknochen aufeinander und aneinander gestellt sind; wie sie fest verspannt durch Bänder dem Fuß seine Form geben; dass man auf so etwas steht und geht, sein Leben lang. Und meist geht es nicht kaputt. Anatomie ist wirklich spannend.

Einmal wache ich nachts auf, weil ich im Traum eine Person in einem weißen Bademantel langsam durch einen langen Gang gehen sehe, auf der linken Wade, knapp unterhalb des weißen Bademantelstoffs, sitzt ein großer ovaler Leberfleck. Mir ist kalt, aber noch während ich über den Traum nachgrüble, schlafe ich wieder ein.

Meine Kommilitonin und ich sitzen in der Cafeteria, plötzlich strömen die Worte. Wie alt die Leiche wohl geworden ist, fragen wir uns. Ziemlich alt bestimmt, die Haarstoppeln in der Kopfhaut sind alle weiß. Woran sie wohl gestorben ist, ob sie Kinder hatte, ob sie wusste, wie ein Präpkurs abläuft, als sie ihren Körper der Anatomie spendete? Ob sie es getan hat, weil sie die Begräbniskosten sparen wollte, ob sie arm war, ob sie noch Angehörige hat, wie mögen die sich wohl fühlen, in dieser Zeit, da sie tot ist und noch nicht begraben? Wir wissen nichts, gar nichts über diese Frau, in deren Körper wir mit jeder Woche tiefer eindringen. Würden wir gerne mehr über sie erfahren? Wir sind uns nicht sicher, ob wir das wirklich gern würden. Doch es gibt ohnehin keine Chance dazu: Die Leichen bleiben anonym.

Wir arbeiten uns durch die Leiche: Bein und Fuß, Arm und Hand, Brusthöhle, Bauchraum. Um den Kopf geht es erst am Ende des Semesters. Damit die Studenten die komplizierten Strukturen des Schädels besser verstehen lernen, können sie sich für zwei Wochen einen Schädel ausleihen. So fragen wir uns gegenseitig die Knochen ab, halten den Schädel in die Höhe und betrachten ihn im Gegenlicht: Die dünnen Schläfen schimmern fast rötlich - eine komplexe und zerbrechliche Kostbarkeit. Wir sitzen still.

Wäre interessant zu wissen, wie mein Schädel aussieht, fährt mir plötzlich durch den Kopf. Das werde ich aber nie erfahren, denn wenn ich ihn sehen könnte, wäre ich schon tot, denke ich fast gleichzeitig.

Im Sommer danach, meine Kommilitonin und ich haben beide den Kurs bestanden, reden wir kaum noch über das Semester mit der Leiche. Aber bevor der Präpkurs ganz vorbei ist, gibt es noch einen wichtigen Termin: die Bestattungsfeier, die einmal im Jahr, am Ende des Sommersemesters, für die Leichen aus jeweils zwei Semestern stattfindet. Wir wollen Abschied nehmen, wir haben das Gefühl, nur auf diese Weise ein wenig ausdrücken zu können, wie viel wir der unbekanntem Frau schulden, durch die wir unser neues Wissen gewonnen haben.

Auf dem Friedhof haben sich viele Studenten aus den beiden Semestern versammelt, dazu noch etliche andere Menschen. Wir sind nicht die einzigen, die keinen Platz in der Kapelle bekommen. Offensichtlich haben doch viele, die ihren Körper der Anatomie überlassen, Angehörige, die um sie trauern. Dann werden die Namen derjenigen verlesen, die an diesem Tag bestattet werden. Bei den Frauennamen höre ich gut hin. Es gibt mehrere Annas, Margaretes, eine Lina, eine Wilhelmine, eine Johanna . . . Welcher Name gehört zu dem stillen Gesicht, das ich in dem Moment wieder deutlich vor Augen habe, das mir fast so vertraut erscheint wie das einer guten Bekannten? Ich werde es nie erfahren.

Die Autorin ist Medizinerin und Redakteurin der Stuttgarter Zeitung.

Aktualisiert: 18.03.2003, 05:56 Uhr

2.2 „Schlechte Arbeit schändet die Leiche“

Quelle: <http://www.spiegel.de/unispiegel/studium/0,1518,248926,00.html>

MEDIZINSTUDENTIN ANKE MOLL

"Wenn man schlecht arbeitet, schändet man die Leiche"

Vor dem "Präp-Kurs", einer Art Härtetest zum Studienbeginn, zittern viele angehende Ärzte. Anke Moll, 23, studiert im ersten Semester Medizin an der Berliner Humboldt-Universität und hat zum ersten Mal mit Skalpell und Pinzette eine Leiche präpariert.

UniSPIEGEL: Wie geht's?

Anke Moll: Besser.

UniSPIEGEL: Warst du sehr aufgeregt?



Anke: Ja. Ich hatte ein flaues Gefühl im Magen und schwere Beine. Ich wusste nicht, ob ich umkippe, wenn die Leiche ausgepackt wird. Jetzt bin ich erleichtert, dass es vorbei ist.

UniSPIEGEL: Habt ihr vorher darüber geredet?

Anke: Klar. Die Jungs haben versucht, das Ganze ein bisschen lockerer zu sehen. Einer erzählte, er habe schon mal eine Leiche mit rot lackierten Fingernägeln gesehen. Das fand er todschick. Da konnte ich mir das Lachen nicht verkneifen. Solche Witze dienen dazu, die eigene Angst zu überwinden.

STEFANIE SUDEK
Anke Moll: Musste sich überwinden

UniSPIEGEL: Was schoss dir durch den Kopf, als die Leiche vor dir lag?

Anke: Ich wollte sie am liebsten zudecken, warm halten, weil sie so kalt und steril aussah.

UniSPIEGEL: Hast du dir einen Toten so vorgestellt?

Anke: Nein. Ich dachte, eine Leiche sieht aus wie ein Mensch, der schläft. Aber das stimmt nicht. Sie sah eher aus wie eine Wachspuppe. Die Haut ist gelblich-bräunlich wie Leder. Mit einem

Menschen, der lebt, hat so eine Leiche überhaupt nichts zu tun.

UniSPIEGEL: Bist du dem Geheimnis des Lebens auf die Spur gekommen?

Anke: Ich habe so klar wie nie zuvor gespürt, dass unser Dasein endlich ist. Und mir ist bewusst geworden, dass es eine menschliche Seele geben muss, dass es neben dem Körper noch etwas anderes gibt, was das menschliche Leben ausmacht.

UniSPIEGEL: Hast du auch darüber nachgedacht, was das wohl für ein Mensch gewesen sein mag, der da vor dir lag?

Anke: Zum Glück bleibt der Kopf der Leiche in diesem Semester noch abgedeckt. Im Gesicht drücken sich Persönlichkeit und Charakter am meisten aus, das möchte ich nicht sehen, während ich schneide. Trotzdem ging mir der Gedanke durch den Kopf, wie es wohl wäre, wenn mein Großvater da liegen würde.



UniSPIEGEL: Was genau habt ihr gemacht?

Anke: Jeder durfte sich ein Körperteil aussuchen, und dann haben wir begonnen, die Haut abzupräparieren. Man muss aufpassen, dass man nicht zu tief schneidet und die Fettschicht mit den Gefäßen und Nerven verletzt. Es ist gar nicht so einfach, mit der Pinzette die Haut zurückzuziehen, weil sie so zäh ist. Und vier Stunden stehen strengt ganz schön an.

Joker
Medizinstudenten mit Anatomiepuppe: "Die Leiche sah eher aus wie eine Wachspuppe"

UniSPIEGEL: Wie riecht es eigentlich im Präpariersaal?

Anke: Nach neuen Kiefernmöbeln, denn die enthalten viel Formalin. Und damit werden die Leichen konserviert.

UniSPIEGEL: Was war das für ein Gefühl, mit dem Skalpell zu arbeiten?

Anke: Erst hat es mir widerstrebt, den Körper zu verletzen. Ich hab mich aber überwunden, klar. Dabei hatte ich schon den moralischen Anspruch, meine Sache gut zu machen.

UniSPIEGEL: Warum?

Anke: Wenn man schlecht arbeitet, schändet man die Leiche.

UniSPIEGEL: Ist es überhaupt möglich, die Würde des Leichnams zu bewahren?



Anke: Jetzt am Anfang sind wir noch zurückhaltend, voller Ehrfurcht. Aber ich denke, dass wir später, wenn die Leiche so gut wie autopsiert ist, uns in ihrer Gegenwart ganz normal verhalten werden, über alles Mögliche reden. Ich bezweifle, dass da die Würde gewahrt bleibt.

UniSPIEGEL: Ist das der Preis von Forschung und Lehre?

DPA

Obduktion: Als Rechtsmediziner arbeiten manche Absolventen sogar freiwillig an Leichen

Anke: Es ist nicht nötig, Leichen zu zerfleddern, um die Anatomie des Menschen zu studieren. Das könnte man auch anhand von Modellen machen, wie das in Holland der Fall ist.

UniSPIEGEL: Ist der Präpkurs eine Art Härtetest für Medizinstudenten?

Anke: Er gibt nicht mehr als einen Vorgeschmack auf all das Schlimme, was noch auf uns zukommen wird. Wenn man nicht mal den Präpkurs aushält, sollte man die Medizin lieber bleiben lassen.

Aufgezeichnet von Ulla Hanselmann

3 Märchentext: Gevatter Tod

Es hatte ein armer Mann zwölf Kinder und musste Tag und Nacht arbeiten, damit er ihnen nur Brot geben konnte. Als nun das dreizehnte zur Welt kam, wusste er sich seiner Not nicht zu helfen, lief hinaus auf die große Landstraße und wollte den ersten, der ihm begegnete, zu Gevatter bitten. Der erste, der ihm begegnete, das war der liebe Gott, der wusste schon, was er auf dem Herzen hatte, und sprach zu ihm 'armer Mann, du dauerst mich, ich will dein Kind aus der Taufe heben, will für es sorgen und es glücklich machen auf Erden.' Der Mann sprach 'wer bist du?' 'Ich bin der liebe Gott.' 'So begehre ich dich nicht zu Gevatter,' sagte der Mann, 'du gibst dem Reichen und lässtest den Armen hungern.' Also wendete er sich von dem Herrn und ging weiter. Da trat der Teufel zu ihm und sprach 'was suchst du? willst du mich zum Paten deines Kindes nehmen, so will ich ihm Gold die Hülle und Fülle und alle Lust der Welt dazu geben.' Der Mann fragte 'wer bist du?' 'Ich bin der Teufel.' 'So begehre ich dich nicht zum Gevatter,' sprach der Mann, 'du betrügst und verführst die Menschen.' Er ging weiter, da kam der dürrbeinige Tod auf ihn zugeschritten und sprach 'nimm mich zu Gevatter.' Der Mann fragte 'wer bist du?' 'Ich bin der Tod, der alle gleich macht.' Da sprach der Mann 'du bist der rechte, du holst den Reichen wie den Armen ohne Unterschied, du sollst mein Gevattersmann sein.' Der Tod antwortete 'ich will dein Kind reich und berühmt machen, denn wer mich zum Freunde hat, dem kann's nicht fehlen.' Der Mann sprach 'künftigen Sonntag ist die Taufe, da stelle dich zu rechter Zeit ein.' Der Tod erschien, wie er versprochen hatte, und stand ganz ordentlich Gevatter.

Als der Knabe zu Jahren gekommen war, trat zu einer Zeit der Pate ein und hieß ihn mitgehen. Er führte ihn hinaus in den Wald, zeigte ihm ein Kraut, das da wuchs, und sprach 'jetzt sollst du dein Patengeschenk empfangen. Ich mache dich zu einem berühmten Arzt. Wenn du zu einem Kranken gerufen wirst, so will ich dir jedesmal erscheinen: steh ich zu Häupten des Kranken, so kannst du keck sprechen, du wolltest ihn wieder gesund machen, und gibst du ihm dann von jenem Kraut ein, so wird er genesen; steh ich aber zu Füßen des Kranken, so ist er mein, und du musst sagen, alle Hilfe sei umsonst, und kein Arzt in der Welt könne ihn retten. Aber hüte dich, dass du das Kraut nicht gegen meinen Willen gebrauchst, es könnte dir schlimm ergehen.'

Es dauerte nicht lange, so war der Jüngling der berühmteste Arzt auf der ganzen Welt. Er braucht nur den Kranken anzusehen, so weiß er schon, wie es steht, ob er wieder gesund wird, oder ob er sterben muss,' so hieß es von ihm, und weit und breit kamen die Leute herbei, holten ihn zu den Kranken und gaben ihm so viel Gold, dass er bald ein reicher Mann war. Nun trug es sich zu, dass der König erkrankte: der Arzt ward berufen und sollte sagen, ob Genesung möglich wäre. Wie er aber zu dem Bette trat, so stand der Tod zu den Füßen des Kranken, und da war für ihn kein Kraut mehr gewachsen. 'Wenn ich doch einmal den Tod überlisten könnte,' dachte der Arzt, 'er wirds freilich übelnehmen, aber da ich sein Pate bin, so drückt er wohl ein Auge zu: ich wills wagen.' Er fasste also den Kranken und legte ihn verkehrt, so dass der Tod zu Häupten desselben zu stehen kam. Dann gab er ihm von dem Kraute ein, und der König erholte sich und ward wieder gesund. Der Tod aber kam zu dem Arzte, machte ein böses und finsternes Gesicht, drohte mit dem Finger und sagte 'du hast mich hinter das Licht geführt: diesmal will ich dirs nachsehen, weil du mein Pate bist, aber wagst du das noch einmal, so geht dirs an den Kragen, und ich nehme dich selbst mit fort.'

Bald hernach verfiel die Tochter des Königs in eine schwere Krankheit. Sie war sein einziges Kind, er weinte Tag und Nacht, dass ihm die Augen erblindeten, und ließ bekannt machen, wer sie vom Tode errettete, der sollte ihr Gemahl werden und die Krone erben. Der Arzt, als er zu dem Bette der Kranken kam, erblickte den Tod zu ihren Füßen. Er hätte sich der Warnung seines Paten erinnern sollen, aber die große Schönheit der Königstochter und das Glück, ihr Gemahl zu werden, betörten ihn so, dass er alle Gedanken in den Wind schlug. Er sah nicht, dass der Tod ihm zornige Blicke zuwarf, die Hand in die Höhe hob und mit der dürren Faust drohte; er hob die Kranke auf, und legte ihr Haupt dahin, wo die Füße gelegen hatten. Dann gab er ihr das Kraut ein, und alsbald röteten sich ihre Wangen, und das Leben regte sich von neuem.

Der Tod, als er sich zum zweitenmal um sein Eigentum betrogen sah, ging mit langen Schritten auf den Arzt zu und sprach 'es ist aus mit dir und die Reihe kommt nun an dich,' packte ihn mit seiner eiskalten Hand so hart, dass er nicht widerstehen konnte, und führte ihn in eine unterirdische Höhle. Da sah er, wie tausend und tausend Lichter in unübersehbaren Reihen brannten' einige groß, andere halbgroß, andere klein. Jeden Augenblick verloschen einige, und andere brannten wieder auf, also dass die Flämmchen in beständigem Wechsel hin und herzuhüpfen schienen. 'Siehst du,' sprach

der Tod, 'das sind die Lebenslichter der Menschen. Die großen gehören Kindern, die halbgroßen Eheleuten in ihren besten Jahren, die kleinen gehören Greisen. Doch auch Kinder und junge Leute haben oft nur ein kleines Lichtchen.' 'Zeige mir mein Lebenslicht,' sagte der Arzt und meinte, es wäre noch recht groß. Der Tod deutete auf ein kleines Endchen, das eben auszugehen drohte, und sagte 'siehst du, da ist es.' 'Ach, lieber Pate,' sagte der erschrockene Arzt, 'zündet mir ein neues an, tut mir's zuliebe, damit ich meines Lebens genießen kann, König werde und Gemahl der schönen Königstochter.' 'Ich kann nicht,' antwortete der Tod, 'erst muss eins verlöschen, eh ein neues anbrennt.' 'So setzt das alte auf ein neues, das gleich fortbrennt, wenn jenes zu Ende ist,' bat der Arzt. Der Tod stellte sich, als ob er seinen Wunsch erfüllen wollte, langte ein frisches großes Licht herbei: aber weil er sich rächen wollte, versah er's beim Umstecken absichtlich, und das Stückchen fiel um und verlosch. Als bald sank der Arzt zu Boden, und war nun selbst in die Hand des Todes geraten.

3 Pre-Test FBM

Angaben zur Person

Geschlecht männlich weiblich

Alter _____ Jahre

Eigene berufliche Vorbildung
Bereich

- keine
- Ausbildung im medizinischen
- Ausbildung im außermedizinischen Bereich
- anderes Studium

Semesterzahl Medizin _____

**Haben Sie an der Veranstaltung
"Demonstration zur Anatomie" im ersten
Semester teilgenommen?**

- nein
- ja, unregelmäßig
- ja, regelmäßig

Beruf des Vaters

- Arzt
- Kranken-, Altenpfleger o.ä.
- im außermedizinischen Bereich

Beruf der Mutter

- Ärztin
- Kranken-, Altenpflegerin o.ä.
- im außermedizinischen Bereich

Familienstand

- alleinstehend
- verheiratet / in Beziehung lebend

ationale Herkunft _____

**Haben Sie (ausser in Film und
Fernsehen) schon einmal eine
Leiche gesehen?**

- nein
- ja, eine
- ja, zwei bis zehn
- ja, mehr als zehn

Wenn "ja", beschreiben Sie bitte kurz, in welchem Alter und unter welchen Umständen Sie zum ersten Mal eine Leiche gesehen haben. Wie hat das auf Sie gewirkt?

Haben Sie schon einmal mit einem Sterbenden geredet?

- ja
- nein

Wenn ja, war das

- im Familien- / Bekanntenkreis?
- während des Krankenpflegepraktikums?
- in einer anderen Situation?

Der nun folgende Fragebogen erfasst Ihre ganz persönliche Meinung über den Tod, Leichen und den Präparierkurs.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Denken Sie bei der Beantwortung nicht lange nach, wir sind an Ihrer spontanen Einschätzung interessiert.

Sie können ja nach Stärke der Zustimmung die 4, 3, 2, 1 oder 0 ankreuzen (von 4 = stimme voll zu bis zu 0 = stimme gar nicht zu).

Bitte arbeiten Sie die folgenden Fragen zügig durch und achten Sie darauf, keine Frage auszulassen.

Vielen Dank!

	stimme gar nicht zu					stimme voll zu				
1. Zu sterben ist das schlechteste, was mir je passieren kann.	0	1	2	3	4					
2. Der Tod ist ein natürlicher Aspekt des Lebens.	0	1	2	3	4					
3. Der unausweichliche Tod stellt den Sinn menschlichen Daseins in Frage.	0	1	2	3	4					
4. Es macht mich nervös, wenn andere über den Tod reden.	0	1	2	3	4					
5. Die Vorstellung, nach dem Tod nie wieder zu denken, beunruhigt mich nicht.	0	1	2	3	4					
6. Jeder Mensch hat eine unsterbliche Seele.	0	1	2	3	4					
7. Am liebsten würde ich ewig leben.	0	1	2	3	4					
8. Es stört mich nicht, dass ich durch meinen Tod so vieles versäumen könnte.	0	1	2	3	4					
9. Es verunsichert mich, dass ich nicht weiß, was nach dem Tod kommt.	0	1	2	3	4					
10. Der Tod ist keine Tragödie, wenn er nach einem erfüllten Leben eintritt.	0	1	2	3	4					
11. Der Tod gehört zum Leben.	0	1	2	3	4					
12. Der Tod ist naturgemäß der Feind des Menschen.	0	1	2	3	4					
13. Der Gedanke daran, dass mein Körper nach meinem Tod verfällt, beunruhigt mich nicht besonders.	0	1	2	3	4					
14. In der Gegenwart eines Sterbenden würde ich Angst empfinden.	0	1	2	3	4					
15. Der eigene Tod muss ohne Zweifel eine fürchterliche Erfahrung sein.	0	1	2	3	4					
16. Der Tod ist weder gut noch böse.	0	1	2	3	4					
17. Ich habe mir schon Gedanken über meinen eigenen Tod gemacht.	0	1	2	3	4					
18. Was wir "Tod" nennen, ist die Geburt der "Seele" zu einer neuen Daseinsform.	0	1	2	3	4					

	stimme gar nicht zu					stimme voll zu				
19. Es ist besser, sich mit dem Thema Tod nicht ausführlich zu beschäftigen.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
20. Ich versuche möglichst, nicht an den Tod zu denken.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
21. Ich habe keine Angst vor meinem eigenen Tod.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
22. Eine Beerdigung sollte möglichst unauffällig vonstatten gehen.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
23. Eine Leiche ist umgeben von einer geheimnisvollen Aura.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
24. Ich finde es gut, dass Verstorbene in den Tagen vor der Beerdigung in der Regel nicht mehr zu Hause aufgebahrt werden.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
25. Eine menschliche Leiche hat für mich nichts Furchterregendes.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
26. Man sollte Trauernden die Möglichkeit geben, lange und ausführlich vom Verstorbenen Abschied zu nehmen.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
27. Der Gedanke an eine Leiche erweckt ein ungutes Gefühl bei mir.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
28. Kinder sollte man vor dem Anblick einer Leiche bewahren.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
29. Hinterbliebene sollten ihre Trauer möglichst nicht öffentlich zeigen.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
30. Die Vorstellung, mit einem toten Menschen allein in einem Raum zu sein, macht mich nervös.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
31. Ich würde beim Tod eines Angehörigen alles, was zu erledigen ist, einem Beerdigungsinstitut überlassen.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
32. Öffentliche Ausstellungen, die präparierte Leichen zeigen, finde ich gut.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
33. In den Räumen der Pathologie hätte ich keine Angst.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
34. Ich würde mich unbehaglich fühlen, wenn ich in einem Zimmer übernachten müsste, in dem vor kurzem jemand verstorben ist.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

	stimme gar nicht zu					stimme voll zu				
35. Den Anblick einer Leiche sollte man möglichst vermeiden, da er nur belastet.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
36. Wenn ich auf der Straße einen Leichenwagen sehe, berührt mich das unangenehm.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
37. Ich könnte mir vorstellen, einen verstorbenen Angehörigen zu waschen um ihn für die Beerdigung vorzubereiten.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
38. Es wäre sinnvoll, menschliche Leichen ebenso wie die von Nutztieren zu verwerten.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
39. Ich hätte Angst davor, eine aufgebahrte Leiche zu berühren.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
40. Man sollte versuchen, einer Leiche möglichst emotionslos entgegenzutreten.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
41. Erfahrungen während des Präparierkurses beeinflussen die Einstellungen der Teilnehmer zu Krankheit.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
42. Das letzte Testat setzt den persönlichen Schlußpunkt des Präparierkurses.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
43. Der Präparierkurs sollte für jedermann zugänglich sein.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
44. Die Leichenteile im Präparierkurs erinnern nicht an lebende Menschen.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
45. Den Präparierkurs empfinden manche als Leichenfledderei.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
46. Ich würde mich als Körperspender für die Lehre zur Verfügung stellen.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
47. Witze über die Leiche am Seziertisch berühren mich unangenehm.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
48. Über den Präparierkurs spreche ich nicht gern.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
49. Je öfter man präpariert, desto eher vergisst man, dass man an einem menschlichen Leichnam arbeitet.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

	stimme gar nicht zu		stimme voll zu		
50. Wer mit dem Präparierkurs Schwierigkeiten hat, wird nie ein guter Arzt.	0	1	2	3	4
51. Der Präparierkurs macht Spaß.	0	1	2	3	4
52. Während des Präparierkurses träumt man von Toten.	0	1	2	3	4
53. Den Präparierkurs kann man als ekelig erleben.	0	1	2	3	4
54. Erfahrungen während des Präparierkurses beeinflussen die Einstellungen der Teilnehmer zu Sterben und Tod nicht.	0	1	2	3	4
55. Die Abschaffung des Präparierkurses würde die Qualität des Medizinstudiums herabsetzen.	0	1	2	3	4
56. Wenn alle Testate geschafft sind, beschäftige ich mich nicht mehr mit dem Präparierkurs.	0	1	2	3	4
57. Man macht sich keine Gedanken darüber, was für ein Mensch der Körperspender wohl gewesen ist.	0	1	2	3	4
58. Während des Präparierkurses macht man sich Gedanken über den eigenen Tod.	0	1	2	3	4
59. Während des Präparierens verliert man den Eindruck, dass das Präparierobjekt mal ein lebender Mensch gewesen ist.	0	1	2	3	4
60. Der Präparierkurs fördert das Zusammengehörigkeitsgefühl unter den Medizinstudierenden.	0	1	2	3	4
61. Es tut gut, mit Freunden und Verwandten über den Präparierkurs zu sprechen.	0	1	2	3	4
62. Es ist keine Schande, wenn man im Präparierkurs emotional reagiert.	0	1	2	3	4
63. Die Kommilitonen unterstützen sich emotional bei der Absolvierung des Präparierkurses.	0	1	2	3	4
64. Der Geruch im Präpariersaal ist unangenehmer als die Präparate selbst.	0	1	2	3	4
65. Es macht Spaß, Außenstehende mit Geschichten und Anekdoten aus dem Präparierkurs zu unterhalten.	0	1	2	3	4

	stimme gar nicht zu		stimme voll zu		
66. Es wäre besser, anstelle von echten menschlichen Präparaten künstliche zu verwenden.	0	1	2	3	4
67. Während des Präparierkurses träumt man vom eigenen Tod.	0	1	2	3	4
68. Der Präparierkurs ist der wichtigste Kurs im Grundstudium.	0	1	2	3	4
69. Die Leichen im Präparierkurs erinnern nicht an lebende Menschen.	0	1	2	3	4
70. Witze über die Leiche am Seziertisch lockern die Stimmung.	0	1	2	3	4
71. Es ist mir peinlich, während des Präparierkurses Nerven zu zeigen.	0	1	2	3	4
72. Lebensgewohnheiten verändern sich durch den Präparierkurs nicht.	0	1	2	3	4
73. Es wäre besser, wenn man den Präparierkurs umgehen könnte.	0	1	2	3	4

Vielen Dank für Ihr Teilnehmen!

4 Testbatterie

Geburtsdatum der Mutter: _____

Geschlecht männlich weiblich

Alter _____ Jahre

Eigene berufliche Vorbildung

- keine
- Ausbildung im medizinischen Bereich
- Ausbildung im außermedizinischen Bereich

Semesterzahl Medizin _____

Haben Sie an der Veranstaltung
"Demonstration zur Anatomie" im ersten
Semester teilgenommen?

- nein
- ja, unregelmäßig
- ja, regelmäßig

Beruf des Vaters

- Arzt
- Kranken-, Altenpfleger o.ä.
- im außermedizinischen Bereich

Beruf der Mutter

- Ärztin
- Kranken-, Altenpflegerin o.ä.
- im außermedizinischen Bereich

Eigene nationale Herkunft _____

Religionszugehörigkeit _____

Haben Sie (außer in Film und
Fernsehen) schon einmal eine
Leiche gesehen?

- nein
- ja, eine
- ja, zwei bis zehn
- ja, mehr als zehn

Wenn "ja", beschreiben Sie bitte kurz, in welchem Alter und unter welchen Umständen Sie zum ersten Mal eine Leiche gesehen haben. Wie hat das auf Sie gewirkt?

Haben Sie schon einmal mit einem Sterbenden geredet?

- ja
 nein

Wenn ja, war das

- im Familien- / Bekanntenkreis?
 während des Krankenpflegepraktikums?
 in einer anderen Situation?

Würden Sie sich als Körperspender für die Lehre zur Verfügung stellen?

- ja
 eventuell
 nein

TEIL 1:

Der nun folgende Fragebogen erfasst Ihre ganz persönliche Meinung über den Präparierkurs und Leichen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Denken Sie bei der Beantwortung nicht lange nach, wir sind an Ihrer spontanen Einschätzung interessiert.

Sie können je nach Stärke der Zustimmung die 4, 3, 2, 1 oder 0 ankreuzen (von 4 = stimme voll zu bis zu 0 = stimme gar nicht zu).

Bitte arbeiten Sie die folgenden Fragen zügig durch und achten Sie darauf, keine Frage auszulassen.

Vielen Dank!

	stimme gar nicht zu					stimme voll zu
1. In der Gegenwart eines Sterbenden würde ich Angst empfinden.	0	1	2	3	4	
2. Ich versuche möglichst, nicht an den Tod zu denken.	0	1	2	3	4	
3. Ich finde es gut, dass Verstorbene in den Tagen vor der Beerdigung in der Regel nicht mehr zu Hause aufgebahrt werden.	0	1	2	3	4	
4. Man sollte Trauernden die Möglichkeit geben, lange und ausführlich vom Verstorbenen Abschied zu nehmen.	0	1	2	3	4	
5. Der Gedanke an eine Leiche erweckt ein ungutes Gefühl bei mir.	0	1	2	3	4	
6. Kinder sollte man vor dem Anblick einer Leiche bewahren.	0	1	2	3	4	
7. Die Vorstellung, mit einem toten Menschen allein in einem Raum zu sein, macht mich nervös.	0	1	2	3	4	
8. Ich würde mich unbehaglich fühlen, wenn ich in einem Zimmer übernachten müsste, in dem vor kurzem jemand verstorben ist.	0	1	2	3	4	
9. Den Anblick einer Leiche sollte man möglichst vermeiden, da er nur belastet.	0	1	2	3	4	
10. Wenn ich auf der Straße einen Leichenwagen sehe, berührt mich das unangenehm.	0	1	2	3	4	
11. Ich hätte keine Angst davor, eine aufgebahrte Leiche zu berühren.	0	1	2	3	4	

	stimme gar nicht zu				stimme voll zu
12. Man sollte versuchen, einer Leiche möglichst emotionslos entgegenzutreten.	0	1	2	3	4
13. Die Leichenteile im Präparierkurs erinnern nicht an lebende Menschen.	0	1	2	3	4
14. Witze über die Leiche am Seziertisch berühren mich unangenehm.	0	1	2	3	4
15. Je öfter man präpariert, desto eher vergisst man, dass man an einem menschlichen Leichnam arbeitet.	0	1	2	3	4
16. Der Präparierkurs macht Spaß.	0	1	2	3	4
17. Den Präparierkurs kann man als ekelig erleben.	0	1	2	3	4
18. Die Abschaffung des Präparierkurses würde die Qualität des Medizinstudiums herabsetzen.	0	1	2	3	4
19. Durch die Präparation verliert die Leiche jegliche Individualität.	0	1	2	3	4
20. Wenn alle Testate geschafft sind, beschäftige ich mich nicht mehr mit dem Präparierkurs.	0	1	2	3	4
21. Man macht sich keine Gedanken darüber, was für ein Mensch der Körperspender wohl gewesen ist.	0	1	2	3	4
22. Während des Präparierkurses macht man sich Gedanken über den eigenen Tod.	0	1	2	3	4
23. Während des Präparierens verliert man den Eindruck, dass das Präparierobjekt mal ein lebender Mensch gewesen ist.	0	1	2	3	4
24. Es tut gut, mit Freunden und Verwandten über den Präparierkurs zu sprechen.	0	1	2	3	4
25. Es ist keine Schande, wenn man im Präparierkurs emotional reagiert.	0	1	2	3	4
26. Die Kommilitonen unterstützen sich emotional bei der Absolvierung des Präparierkurses.	0	1	2	3	4
27. Es macht Spaß, Außenstehende mit Geschichten und Anekdoten aus dem Präparierkurs zu unterhalten.	0	1	2	3	4
28. Es wäre besser, anstelle von echten menschlichen Präparaten künstliche zu verwenden.	0	1	2	3	4
29. Der Präparierkurs ist der wichtigste Kurs im Grundstudium.	0	1	2	3	4
30. Der Präparierkurs ist eine Leichenfledderei.	0	1	2	3	4
31. Die Leichen im Präparierkurs erinnern nicht an lebende Menschen.	0	1	2	3	4
32. Witze über die Leiche am Seziertisch lockern die Stimmung.	0	1	2	3	4
33. Während des Präparierkurses gewinnt man den Eindruck, dass der Körper eine Maschine ist und der Arzt ein Mechaniker.	0	1	2	3	4
34. Es ist mir peinlich, während des Präparierkurses Nerven zu zeigen.	0	1	2	3	4
35. Es wäre besser, wenn man den Präparierkurs umgehen könnte.	0	1	2	3	4

TEIL 2:

Die folgenden Feststellungen dienen dazu, etwas darüber zu erfahren, wie Menschen über Leben und Tod denken. Besonders für jüngere Personen kann die eine oder andere Aussage neu und überraschend sein.

Zu jeder Feststellung sind vier Antwortmöglichkeiten vorgesehen: „trifft gar nicht zu“, „trifft etwas zu“, trifft überwiegend zu“, trifft weitestgehend zu“. Bitte kreuzen Sie bei jeder Feststellung diejenige Antwortmöglichkeit an, die für Sie persönlich am ehesten zutrifft.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, jeder Mensch kann seine eigene Meinung haben.. Bitte grübeln Sie nicht lange über einen Satz nach, sondern antworten Sie so, wie es Ihnen gerade in den Sinn kommt. Achten Sie darauf, dass Sie keine Fragestellung auslassen, auch wenn Ihnen die Beantwortung schwer fallen mag.

	trifft gar nicht zu	trifft etwas zu	trifft über- wiegend zu	trifft weitest- gehend zu
1. Der Gedanke, dass mein Sterben lang und schmerzhaft sein könnte, ist unerträglich für mich.				
2. So schmerzlich es ist, ich bejahe es, dass für mich wertvolle Menschen eines Tages tot sein werden.				
3. Ich habe Angst davor, einmal einem anderen Menschen beim Sterben beistehen zu müssen.				
4. Ich bejahe den Vorgang des Sterbens als einen notwendigen Abschnitt des Lebens.				
5. Mich erschreckt der Gedanke, dass mit dem Tod mein gesamtes Denken und Fühlen aufhört.				
6. Innerlich sträube ich mich gegen den Gedanken an meinen Tod.				
7. Ich fürchte mich davor, geliebte Personen durch den Tod zu verlieren.				
8. Bei der Vorstellung, irgendwann einmal langsam und qualvoll zu sterben, empfinde ich Angst.				
9. Ich finde es ungerecht, dass auch mir nahestehende Personen eines Tages tot sein werden.				
10. Ich fürchte mich davor, einen Menschen sterben zu sehen.				
11. Der Sterbevorgang bedeutet für mich, mein Leben zu vollenden.				
12. Der Gedanke an die Kälte eines Leichnams versetzt mich in Schrecken.				
13. Über die Schwelle meines Todes hinauszudenken, macht mir Angst.				
14. Ich lehne mich innerlich dagegen auf, dass mein Leben auf der Erde befristet ist.				
15. Der Gedanke, dass ein mir nahestehender Mensch durch den Tod einfach verschwindet, ist entsetzlich für mich.				
16. Mich beunruhigt der körperliche Verfall, den ein langsames Sterben mit sich bringt.				
17. Ich akzeptiere den Tod von Menschen, die mir nahe stehen.				
18. Ich habe Angst davor, mit einem Sterbenden über seinen Tod zu sprechen.				
19. Dass ich irgendwann einmal sterben werde, ist für mich etwas ganz Natürliches.				
20. Die Vorstellung, dass mit meinem Tod meine ganze Persönlichkeit für immer verschwindet, ist entsetzlich für mich.				
21. Ich protestiere innerlich dagegen, dass ich eines Tages tot sein werde.				
22. Der Gedanke, mir nahestehende Menschen durch den Tod für immer zu verlieren, macht mir Angst.				
23. Ich habe Angst davor, dass mein Sterben durch medizinische Geräte in die Länge gezogen wird.				

	trifft gar nicht zu	trifft etwas zu	trifft über- wiegend zu	trifft weitest- gehend zu
24. Im Grunde finde ich es in Ordnung, dass auch mir nahestehende Personen eines Tages tot sein werden.				
25. Die Vorstellung, mich in der Gegenwart eines Sterbenden zu befinden, ist entsetzlich für mich.				
26. Ich bejahe den Sterbevorgang als Bestandteil meines Lebens.				
27. Der Gedanke an die Starre eines Leichnams versetzt mich in Angst.				
28. Die Vorstellung, dass ich nach meinem Tod nie wieder denken und Erfahrungen machen kann, beunruhigt mich.				
29. Dass ich einmal tot sein werde, betrachte ich als gewaltsamen Eingriff in mein Leben.				
30. Die Möglichkeit, einen anderen Menschen durch den Tod für immer zu verlieren, beunruhigt mich.				
31. Der Gedanke, dass ich eines Tages beim Sterben allein gelassen werde, ist schrecklich für mich.				
32. Letztlich bin ich damit einverstanden, dass auch mir nahestehende Menschen sterben müssen.				
33. Ich fürchte mich davor, einem anderen Menschen in seinen letzten Stunden beistehen zu müssen.				
34. Im Grunde finde ich es in Ordnung, dass ich einmal sterben werde.				
35. Der Gedanke daran, dass ich einmal tot sein werde, macht mich beklommen.				
36. Das Wissen um meinen Tod ist wie ein Fremdkörper in meinem Leben.				
37. Ich fürchte mich davor, eines Tages einen schmerzhaften Tod zu sterben.				
38. Innerlich sträube ich mich gegen den Gedanken, dass für mich wertvolle Menschen eines Tages tot sein werden.				
39. Die Vorstellung, dass ein Sterbender mich um Trost und Beistand bittet, beunruhigt mich.				
40. Irgendwie ist auch das Wissen um meinen Tod ein Bestandteil meines Lebens, den ich bejahe.				
41. Der Gedanke an die Blässe eines Leichnams versetzt mich in Panik.				
42. Die Vorstellung, dass mein Körper nach meinem Tode verschwinden wird, macht mich unruhig.				
43. Ich fürchte mich davor, nur noch wie ein Gegenstand behandelt zu werden, wenn ich im Sterben liege.				
44. Mein Tod ist ein Teil einer umfassenderen Ordnung, die ich bejahe.				
45. Der Anblick eines Toten wäre entsetzlich für mich.				
46. Die Möglichkeit, dass ich beim Sterben meine persönliche Würde verliere, ist entsetzlich für mich.				
47. Der Sterbevorgang trägt dazu bei, mein Leben abzurunden.				

TEIL 3:

Der letzte Fragebogen umfasst Ihr ganz persönliches Bild von Ihnen selbst.

Wenn Sie sich z. B. im Vergleich zu anderen Menschen weder selten noch häufig Sorgen über persönliche Probleme machen, kreuzen Sie bei der ersten Frage die 0 an (= mittel).

Weicht Ihr Selbstbild nach einer Seite ab, können Sie je nach Stärke die 1, 2 oder 3 ankreuzen.

Bitte arbeiten Sie nun die folgenden Fragen zügig durch und achten Sie darauf, keine Fragen auszulassen.

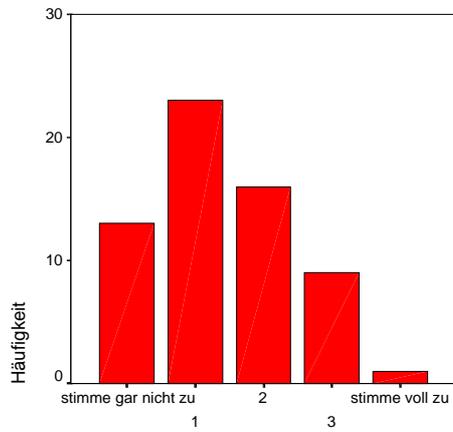
1	Ich mache mir eher selten	3 2 1 0 1 2 3	eher häufig Sorgen über persönliche Probleme
2	Ich komme beim anderen Geschlecht meist ganz leicht an	3 2 1 0 1 2 3	eigentlich nur schwer
3	Meist fühle ich mich ganz wohl	3 2 1 0 1 2 3	eigentlich fast nie
4	Es fällt mir leicht	3 2 1 0 1 2 3	meist ziemlich schwer, andere für mich zu interessieren
5	Bei Angstgefühlen fühle ich mich oft allein gelassen	3 2 1 0 1 2 3	berühren mich eher selten
6	Meine intimen Gewohnheiten kennen meine engsten Partner eher gut	3 2 1 0 1 2 3	kennen sie kaum
7	Meine Wünsche stimme ich gern ab	3 2 1 0 1 2 3	boxe ich lieber durch
8	Ich habe es sehr schwer	3 2 1 0 1 2 3	meist leicht, auf andere anziehend zu wirken
9	Ordnung ist mir wichtig	3 2 1 0 1 2 3	eher ziemlich gleichgültig
10	Wünsche nach Zärtlichkeit halte ich oft zurück	3 2 1 0 1 2 3	kann ich meist offen äußern
11	Es gelingt mir eher schwer	3 2 1 0 1 2 3	eher leicht, mich beliebt zu machen
12	In der Sexualität verwirkliche ich eher selten meine Wünsche	3 2 1 0 1 2 3	setze ich häufig durch, was ich will
13	Gewissenhafte Genauigkeit schreckt mich ab	3 2 1 0 1 2 3	genieße ich sehr
14	Gute Einfälle setze ich auch gegen die Interessen anderer durch	3 2 1 0 1 2 3	eigentlich fast nie
15	Meine sexuellen Wünsche äußere ich in einer Beziehung gern	3 2 1 0 1 2 3	behalte ich häufig eher für mich
16	Ich mache mir nur manchmal	3 2 1 0 1 2 3	fast immer Selbstvorwürfe
17	Ich mache auf das andere Geschlecht häufig	3 2 1 0 1 2 3	fast nie einen starken Eindruck
18	Ich setze meinen Willen oft durch	3 2 1 0 1 2 3	eigentlich fast nie
19	Sparsamkeit ist mir sehr wichtig	3 2 1 0 1 2 3	ist mir ziemlich egal
20	Ich zeige meine Gefühle nur ungerne	3 2 1 0 1 2 3	zeige sie häufiger ganz gern
21	Oft befällt mich Lebensangst	3 2 1 0 1 2 3	eher nur ganz selten
22	Meine Gefühle teile ich anderen gern mit	3 2 1 0 1 2 3	gehen niemanden etwas an

23	Es fällt mir leicht	3 2 1 0 1 2 3	eher ziemlich schwer, andere anzuregen
24	Ich liebe geordnete Verhältnisse	3 2 1 0 1 2 3	mache mir wenig daraus
25	Eine Lebenskrise hatte ich nur selten	3 2 1 0 1 2 3	eher schon häufiger
26	Für andere bin ich eher langweilig	3 2 1 0 1 2 3	meist ziemlich interessant
27	Ich rivalisiere gern mit anderen	3 2 1 0 1 2 3	eher ziemlich ungerne
28	Enge Kontakte meide ich	3 2 1 0 1 2 3	sind für mich sehr wichtig
29	Mein persönliches Eigentum hüte ich sehr sorgfältig	3 2 1 0 1 2 3	ist mir manchmal ganz unwichtig
30	Auch bei festen Partnern wehre ich zärtliche Gefühle oft ab	3 2 1 0 1 2 3	lasse sie gerne zu
31	Meist kann ich mich gegen andere gut behaupten	3 2 1 0 1 2 3	oft eher nicht
32	Ich bin eher ein verlässlicher Mensch	3 2 1 0 1 2 3	eher weniger verlässlich
33	Vieles drücke ich durch	3 2 1 0 1 2 3	manches eher nicht
34	Mein Leben ist ziemlich chaotisch	3 2 1 0 1 2 3	eher ganz gut geplant
35	Ich folge anderen gern	3 2 1 0 1 2 3	nur, wenn es nicht anders geht
36	Ich denke meist positiv	3 2 1 0 1 2 3	zu oft negativ
37	Verführen kann ich andere nur selten	3 2 1 0 1 2 3	meistens ganz spielend
38	Ich bin leicht verletzbar	3 2 1 0 1 2 3	eher ziemlich unabhängig von äußeren Einflüssen
39	Ich bevorzuge klare Regeln	3 2 1 0 1 2 3	lehne sie eher ab
40	Ich weiß auch ohne andere, was ich will	3 2 1 0 1 2 3	meist leider nicht

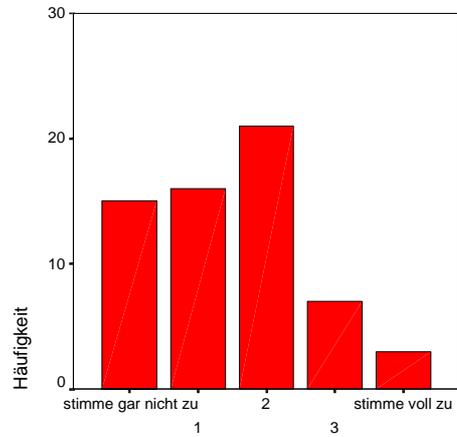
Bitte vergewissern Sie sich nochmals, dass Sie alle Fragen beantwortet haben – Vielen Dank!

6 Verteilungen der Items des FBM Messzeitpunkt 1

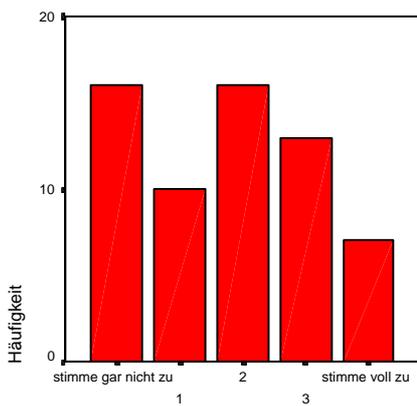
Faktor 1: Unbehagen Leiche



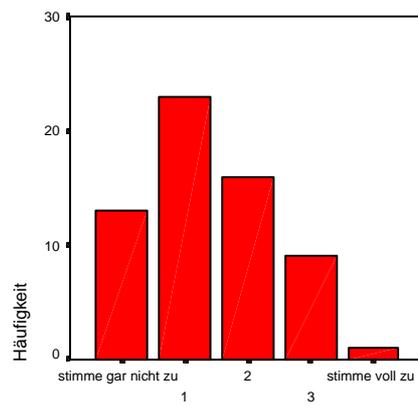
1: In der Gegenwart eines Sterbenden würde ich Angst...



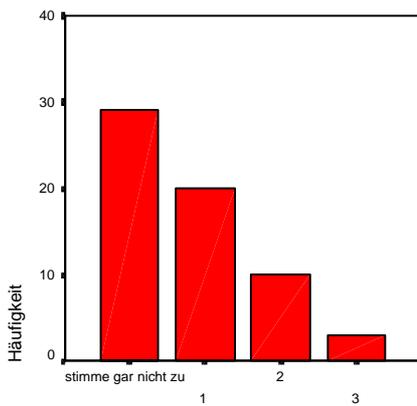
5: Der Gedanke an eine Leiche erweckt ein un gutes Gefühl bei mir



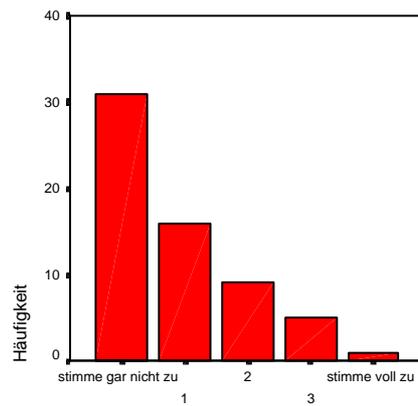
8: Ich würde mich unbehaglich fühlen, wenn ich in einem Zimmer ...



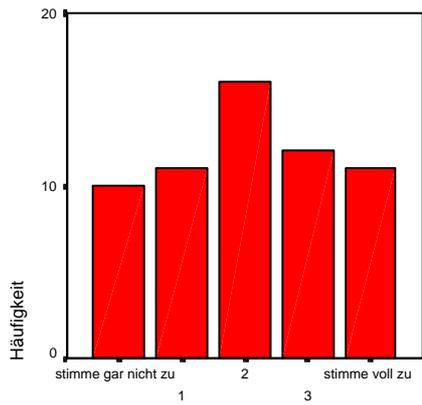
1: In der Gegenwart eines Sterbenden würde ich Angst...



9: Den Anblick einer Leiche sollte man möglichst vermeiden, ...

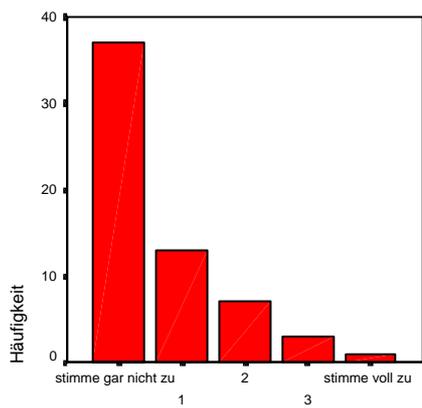


10: Wenn ich auf der Straße einen Leichenwagen sehe, ...

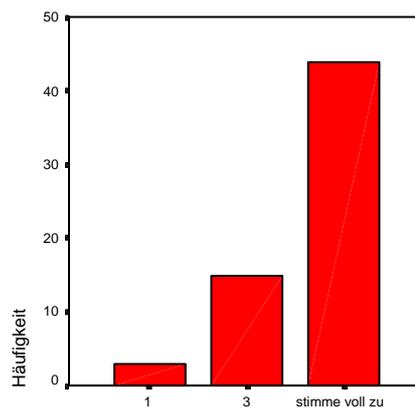


3: Ich finde es gut, dass Verstorbene in den Tagen vor der Beerdigung...

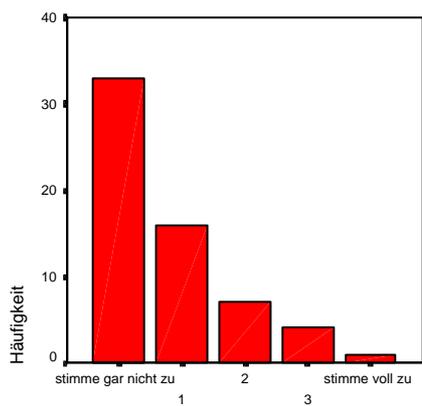
Faktor 2: Ablehnung PK



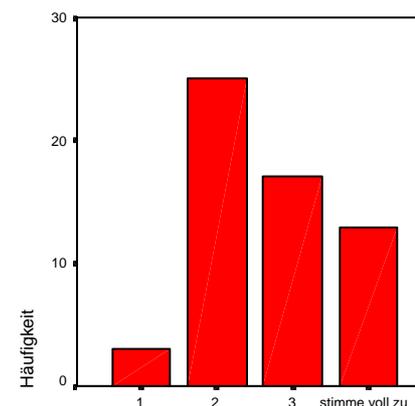
28: Es wäre besser, anstelle von echten menschlichen Präparaten ...



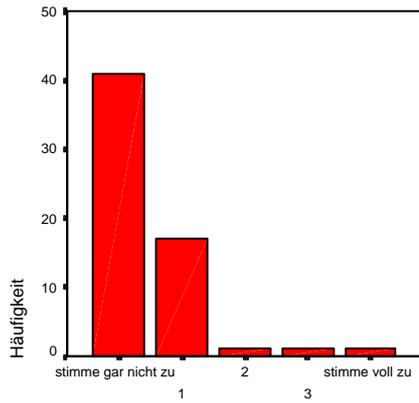
18: Die Abschaffung des PK würde die Qualität des Studiums herabsetzen.



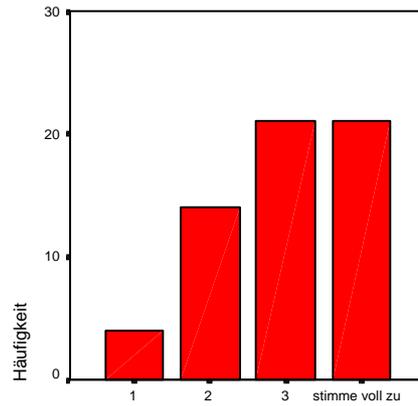
30: Der Präparierkurs ist eine Leichenfledderei



18: Der Präparierkurs macht Spaß

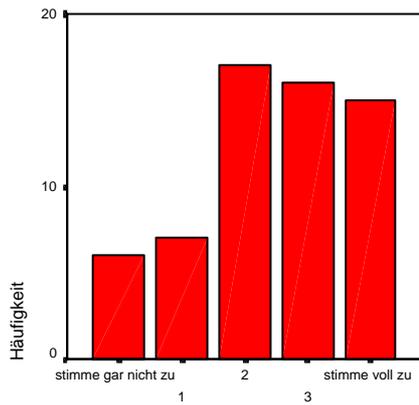


35: Es wäre besser, wenn man den Präparierkurs umgehen könnte

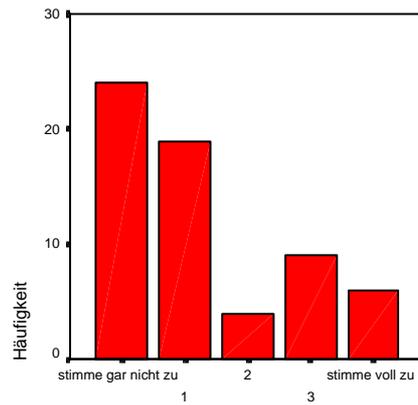


29: Der Präparierkurs ist der wichtigste Kurs im Grundstudium

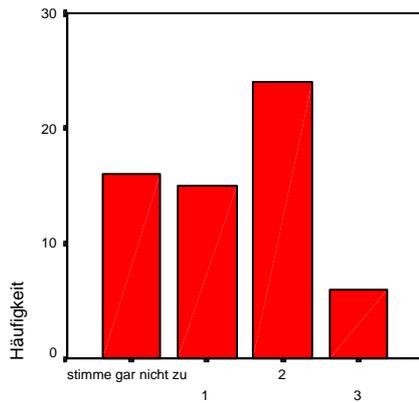
Faktor 3: Distanz PK



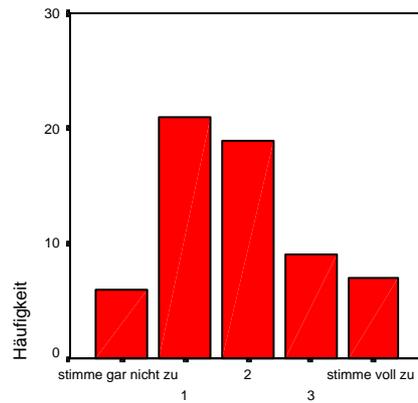
14: Witze über die Leiche am Seziertisch berühren mich unangenehm



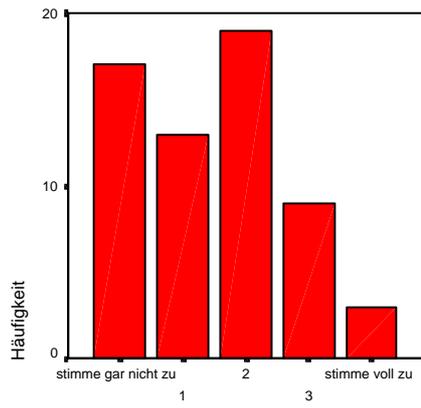
21: Man macht sich keine Gedanken darüber, was für ein Mensch ...



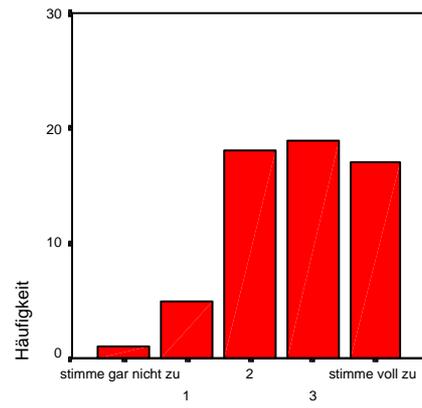
20: Wenn alle Testate geschafft sind, beschäftige ich mich nicht mehr...



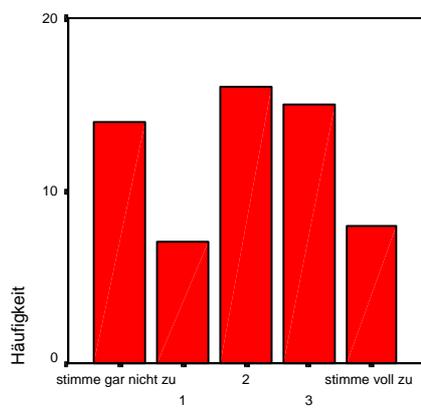
12: Man sollte versuchen, einer Leiche emotionslos entgegenzutreten



31: Die Leichen im Präparierkurs erinnern nicht an lebende Menschen



24: Es tut gut, mit Freunden und Verwandten über den PK zu sprechen



19: Durch die Präparation verliert die Leiche jegliche Individualität