



Chirurgische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. H. Friess)

apl. Prof. Dr. P. O. Berberat, Abdominalchirurg und Wissenschaftlicher Leiter des
TUM MeDiCAL (MedizinDidaktisches Centrum für Ausbildungsforschung und Lehre)

Ärztlicher Umgang mit Leiden und Tod

Ein Seminar und seine Wirkung auf Medizinstudierende

Eva Maria Sift

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität
München zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation: 1. apl. Prof. Dr. P. O. Berberat
2. Univ. Prof. Dr. J. E. Gschwend

Die Dissertation wurde am 18.09.2013 bei der Technischen Universität München eingereicht
und durch die Fakultät für Medizin am 09.07.2014 angenommen.

DANKSAGUNG

Diese Dissertation war nur möglich durch die Zusammenarbeit mit verschiedenen Personen und deren wertvolle Beiträge:

Ich danke meinem Doktorvater Prof. Dr. Pascal Berberat für die exzellente Betreuung sowie das große Engagement, welches er in der Gestaltung des Projektes „Humanität in der Medizin“ an den Tag legte. Das Konzept der Seminareinheit wurde von ihm und Dr. Thomas Rutte (Theologe und Philosoph, Hochschulpfarrer KHG Heidelberg) konzipiert. Prof. Dr. Robin Stark (Persönlichkeitsentwicklung und Erziehung, Fachrichtung Bildungswissenschaften, Universität des Saarlandes) und Prof. Dr. Manfred Prenzel (Empirische Bildungsforschung, TUM School of Education, TUM) berieten in der Anwendung der Methoden und der Analyse der Ergebnisse. Die statistische Auswertung wurde unter der Beratung meiner langjährigen Freundin Ina Rondak (Institut für medizinische Statistik und Epidemiologie, TUM) durchgeführt. In ihr fand ich nicht nur eine sehr kompetente und engagierte Statistikerin, sondern auch eine geduldige Ansprechpartnerin für alle möglichen sich mir stellenden Probleme.

Besonders danken möchte ich meiner Mutter Inge Sift, die zur Überprüfung der Reliabilität der Methodik viel Zeit in die Kodierung großer Textmengen investierte. Auch hatte sie immer ein offenes Ohr für mich und beschäftigte sich, wie auch meine Schwester Elisabeth Sift, intensiv mit der Thematik meiner Dissertation. Auch mein Freund Christian Baumgartner unterstützte mich, wo immer es möglich war.

Allen diesen Personen sei an dieser Stelle mein tiefster Dank ausgesprochen.

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG.....	5
1 EINLEITUNG	7
1.1 Hintergrund der vorliegenden Arbeit	7
1.2 Einführung.....	7
1.3 Umgang mit Leiden und Tod	8
1.3.1 Leiden und Tod als Grenzsituationen nach Karl Jaspers	8
1.3.2 Leiden und Tod in der Gesellschaft	11
1.3.3 Umgang mit Leiden und Tod in der Institution Krankenhaus.....	14
1.3.4 Das Medizinstudium.....	20
1.4 Das Pilotprojekt „Humanität in der Medizin“	23
1.5 Psychologische Weisheitsforschung.....	25
1.5.1 Weisheit als Gegenstand psychologischer Forschung.....	25
1.5.2 Das Berliner Weisheitsparadigma	27
1.5.3 Weisheitsbezogene Kompetenzen im medizinischen Kontext.....	31
1.6 Transformatives Lernen	32
2 FRAGESTELLUNG	35
3 METHODIK	36
3.1 Stichprobe	36
3.2 Studienablauf.....	36
3.3 Intervention.....	37
3.4 Messinstrumente.....	38
3.4.1 Medizinische Dilemmasituationen	38
3.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse und Kodierleitfaden	42
3.4.3 Begleitfragebögen	62
3.5 Statistik und Ethik.....	62

4	ERGEBNISSE	63
4.1	Stichprobe	63
4.2	Ausgangsniveau der weisheitsbezogenen Kompetenzen.....	63
4.3	Entwicklung der weisheitsbezogenen Kompetenzen.....	66
4.3.1	Gesamtscores.....	67
4.3.2	Häufigkeit und Verteilung der Kodierung „nicht vorhanden“	70
4.3.3	Kollektive und individuelle Entwicklungen in den einzelnen Kategorien.....	71
4.4	Zusammenhänge mit Demografie und Ausgangskompetenz	76
4.5	Subjektive Wirkung der Intervention	78
5	DISKUSSION	80
5.1	Diskussion der Ergebnisse	80
5.1.1	Ausgangswerte weisheitsbezogener Kompetenzen unter Medizin-studierenden	80
5.1.2	Entwicklung der weisheitsbezogenen Kompetenzen	82
5.1.3	Einflussfaktoren.....	84
5.1.4	Subjektive Einschätzungen der Probanden	85
5.2	Diskussion der Methodik	86
5.2.1	Stichprobe.....	86
5.2.2	Studienablauf.....	86
5.2.3	Intervention	87
5.2.4	Messinstrumente.....	87
6	SCHLUSSFOLGERUNG, ANWENDUNG UND AUSBLICK	90
7	LITERATURVERZEICHNIS	94
8	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	105
9	TABELLENVERZEICHNIS	107
10	ANHANG.....	108

ZUSAMMENFASSUNG

Der Umgang mit Leiden und Tod stellt für angehende Mediziner eine große Herausforderung in ihrem alltäglichen Arbeiten dar. Die Ausbildung wird der dringend nötigen Vorbereitung der Studierenden auf derartige „Grenzsituationen des menschlichen Daseins“ gegenwärtig nicht gerecht. Um diesem bestehenden Bedarf zu begegnen, wurde 2009 an der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München das Pilotprojekt „Humanität in der Medizin“ ins Leben gerufen.

Hierzu wurden sechs Seminareinheiten zu je zwei Doppelstunden über wichtige Themen des medizinischen Rollenverständnisses und daraus resultierenden Konflikten konzipiert. Didaktisches Grundkonzept einer jeden Einheit war die Methode des transformativen Lernens nach Jack Mezirow, bei der von der eigenen Erfahrungswelt ausgehend bestimmte Konfliktsituationen bearbeitet werden und schon bestehende Verhaltensmuster sowie theoretische Konstrukte aufgedeckt, vergegenwärtigt und reflexiv revalidiert werden sollen.

Anhand von eigens zum Thema „Leiden und Tod“ konzipierten Dilemmasituationen wurde die Wirksamkeit der Intervention – der Seminareinheit „Mein Alltag – von Leiden und Tod“ – auf die Teilnehmer untersucht; eine vergleichbare Studentengruppe ohne Seminarteilnahme fungierte als Kontrollkollektiv. Hierzu wurden die schriftlichen Auseinandersetzungen der Studierenden mit den Dilemmata in der Interventionsgruppe vor (PRE-Test) und nach dem Seminarblock (POST-Test) bzw. ohne diese Intervention (Kontrollgruppe) mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach den Kriterien weisheitsbezogenen Wissens ausgewertet und miteinander verglichen. Der hierbei verwendete Kodierleitfaden wurde ausgehend von Staudingers und Baltes' „Berliner Weisheitsmodell“ sowie Hoffmanns und Starks „Weisheitsbezogener Kompetenz im medizinischen Kontext“ theoretisch erarbeitet und im Sinne einer deduktiven Kategorienbildung nach Mayring am Textmaterial erweitert und ergänzt. Dies führte zu einem individuell auf die Aufgabenstellung zugeschnittenen Kodierleitfaden, der acht Kategorien weisheitsbezogener Kompetenzen umfasst. Die Antworten der Studenten in PRE- bzw. POST-Test wurden in den einzelnen Kategorien anhand einer 7-Punkte-Skala bewertet, wobei ein, vier und sieben Punkte als „Ankerpunkte“ für unterdurchschnittliche, durchschnittliche bzw. überdurchschnittliche Antworten galten.

Das Studienkollektiv erreichte im PRE-Test als Darstellung des Ausgangsniveaus durchschnittlich 54% der maximal möglichen Gesamtpunktzahl. Dabei unterschieden sich Interventions- und Kontrollgruppe nur unwesentlich. Im POST-Test stellte sich sowohl kollektiv als auch individuell eine Leistungssteigerung der Seminargruppe dar: Erreichten die Teilnehmer zuvor durchschnittlich 58 von 112 möglichen Punkten, kamen sie im POST-Test auf 72 Punkte, was einer Steigerung um 24% entspricht. In der Kontrollgruppe konnte dieser Effekt nicht beobachtet werden, hier lag die Steigerung bei nur 3% gegenüber dem Ausgangswert. Auch in der Betrachtung der einzelnen Kategorien fiel die unterschiedliche Entwicklung der Versuchsteilnehmer auf: Die Leistungen der Probanden der Kontrollgruppe zeigten sich von PRE-zu POST-Test relativ konstant; in keiner der acht Kategorien konnten deutliche Veränderungen festgestellt werden. Vielmehr war das Bild von geringen Schwankungen im positiven sowie negativen Bereich geprägt. In der Seminargruppe waren dagegen fast nur positive Entwicklungen zu verzeichnen: Besonders groß war die kollektive Leistungssteigerung in den Kategorien „Wissen um die menschliche Natur“, „Ungewissheitstoleranz/-bejahung“ und der „Reflexiven Grundhaltung“, in der sich die Probanden um durchschnittlich 1,3 Punkte nach der Seminareinheit verbessern konnten. Diese Kategorie zeigte auch in der individuellen Entwicklung die meisten positiven Verläufe: 64% der Seminarteilnehmer boten hier eine deutlich positive Veränderung, 60% bzw. 55% waren dies in den Kategorien über die „Menschliche Natur“ bzw. „(Strategie-)

Wissen zu Komplexität“. In der individuellen Entwicklung der Kontrollgruppe dominierten dagegen Stagnation oder sogar Rückschritt. Auffällig war auch, dass in der Interventionsgruppe besonders diejenigen Teilnehmer durch eine große Steigerung ihrer Leistungen auffielen, die auf einem niedrigen Ausgangsniveau begannen; zuvor im PRE-Test erreichte hohe Punktwerte gingen dagegen eher mit einer geringeren Entwicklung einher. In der Kontrolle konnte kein derartiger Effekt dargestellt werden.

Zusammenfassend zeigt das untersuchte Studienkollektiv angehender Ärzte einen tatsächlichen Bedarf in der Weiterentwicklung ihrer weisheitsbezogenen Kompetenzen im medizinischen Kontext. Die Ergebnisse legen dabei eine deutliche Wirkung der Seminareinheit „Mein Alltag – von Leiden und Tod“ auf die Studierenden nahe. Dass sich die Probanden hier besonders in der Kategorie „Reflexive Grundhaltung“ steigern konnten, lässt auf die Wirksamkeit der reflexiven Lehrmethode nach Mezirow auch im medizinischen Kontext schließen. Auch die durchweg sehr positiven Evaluationen des Seminarprogramms machen Mut, weitere entsprechende Lehrangebote an medizinischen Fakultäten auf den Weg zu bringen.

1 EINLEITUNG

1.1 Hintergrund der vorliegenden Arbeit

Die vorgelegte Dissertation entstand im Kontext des Projektes „Humanität in der Medizin – Pilotprojekt zur Vermittlung einer anderen Lesart der medizinischen Disziplin“ von Prof. Dr. Pascal Berberat, welches er im Rahmen seines Masterstudiengangs Medical Education (MME) initiiert hatte.

Mit der Schaffung des neuen Seminarkonzepts „Humanität in der Medizin“ an der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München (TUM) im Jahr 2009 war es unser Ziel, humanistische Aspekte des ärztlichen Berufsbildes in ihrer Gesamtheit zu erkennen und gezielt im Medizinstudium zu fördern. Mit einem interdisziplinären Team (Mediziner und Geisteswissenschaftler) wurden mit Hilfe des didaktischen Ansatzes des „Transformativen Lernens“ (Mezirow 1997) sechs Lehreinheiten zu unterschiedlichen Themen entworfen und durchgeführt. Trotz der sehr hohen Akzeptanz bei Studierenden und Dozenten stellte sich schließlich die Frage nach einer empirisch belegbaren Wirksamkeit und den ablaufenden Lehr-Lernprozessen im Rahmen dieser Intervention.

Entsprechend sollte diese Frage in einer empirischen Studie exemplarisch zur Seminareinheit „Mein Alltag – von Sterben und Tod“ genauer untersucht werden. In einem ersten Teil sollte die Frage der „Wirksamkeit“ untersucht werden: Inwiefern führt transformatives Lernen zu einem Zuwachs an weisheitsbezogener Kompetenz? Schließlich sollte in einem zweiten Teil der potenzielle Kompetenzerwerb im Prozess verstanden werden: Inwiefern zeigt die potenzielle Wirksamkeit Unterschiede bzgl. Alter, Geschlecht und Haltung zu Sterben und Tod? Welchen Einfluss hat das momentane Erleben der Studierenden während der Intervention auf den Kompetenzerwerb?

Der erste Teil dieser Studie ist Inhalt dieser medizinischen Dissertation, wobei der zweite Teil Inhalt einer Masterarbeit ist (Berberat 2013).

1.2 Einführung

Während des sechsjährigen Studiums der Humanmedizin wird umfangreiches Fachwissen vermittelt, von physikalischen Grundlagen über die molekulare Zusammensetzung der kleinsten Lebenseinheit bis hin zu dem komplexen biochemischen Zusammenspiel bei der Krankheitsentstehung, therapeutischen Grundlagen sowie neuesten experimentellen Forschungsansätzen.

Dennoch sehen wir Mediziner uns im klinischen Alltag mit einer Vielzahl von Problemen konfrontiert, die über dieses vermittelte Fachwissen hinausgehen: Leid und Tod von Menschen sind real; Patienten, ihre Angehörigen und die Ärzteschaft müssen damit umgehen. Derartige Situationen sind nicht nur mit fassbarem, konkretem, systematischem Fachwissen zu bewältigen, sondern fordern vielmehr Geschick, Einfühlungsvermögen und Fingerspitzengefühl in zwischenmenschlichen Belangen. Es entsteht eine Diskrepanz zwischen diesen offensichtlichen Anforderungen im Alltag der zukünftigen Ärzte und den in der Ausbildung hauptsächlich vermittelten Inhalten. Daraus resultiert eine zunehmende

Unzufriedenheit zum einen auf Seiten der Patienten, die sich unverstanden und abgefertigt fühlen, zum anderen seitens der Ärzteschaft, die ihren eigenen Ansprüchen und den der Patienten nicht gerecht werden kann, sodass anfänglichem Idealismus schnell Überforderung, Frustration oder Zynismus folgen können.

Die vorliegende Arbeit ist ein Versuch, Möglichkeiten darzustellen und zu evaluieren, diese im ärztlichen Alltag so dringend benötigten Kompetenzen im Umgang mit spezifischen menschlichen Grenzsituationen fassbar zu machen und bei den Medizinstudenten zu schulen.

1.3 Umgang mit Leiden und Tod

1.3.1 Leiden und Tod als Grenzsituationen nach Karl Jaspers

„Grenzsituationen erfahren und Existieren ist dasselbe.“ (Jaspers 1956, 2:204)

Im Kontext der medizinischen Krankenversorgung sehen sich Patienten, deren Angehörige sowie ärztliches und pflegerisches Personal häufig mit Leiden und Tod konfrontiert. Diese Begegnungen stellen nach dem Philosophen und Psychiater Karl Jaspers (1883 - 1969) Grenzsituationen menschlichen Daseins dar. Er beschreibt dies in seinem Werk „Philosophie/Existenzerhellung“ (Jaspers 1956), welches ihn zum Mitbegründer der modernen Existenzphilosophie machte.

Die **Existenzphilosophie** bezeichnet verschiedene philosophische Ansätze im Europa des 19. und 20. Jahrhunderts, die die Frage nach dem Sinn und der Bedeutung der individuellen Existenz in den Mittelpunkt stellen¹ und darüber zentrale Themen des menschlichen Daseins wie Angst, Einsamkeit, Liebe und Freiheit aufgreifen. Wichtige Vertreter dieser Strömung sind unter anderen Sören Kierkegaard, Martin Heidegger, Albert Camus und Karl Jaspers. Sie prägten einen neuen Ansatz zur Betrachtung des Todesproblems: „Ihnen geht es primär nicht mehr um die Frage, ob der Tod das absolute Ende menschlichen Existierens sei, auch nicht darum, was nach dem Tode geschehe, sondern vielmehr um die Abklärung des Verhältnisses des menschlichen In-der-Welt-Seins zum Tode“ (Condrau 1984, 222), und denen sich daraus für das Leben ergebenden Konsequenzen.

Jaspers geht davon aus, dass das menschliche „Dasein ein Sein in **Situationen** ist“, die eine persönliche „sinnbezogene Wirklichkeit“ darstellen. Diese sei nicht völlig erfassbar für den Handelnden und einem stetigen Wandel unterworfen, der herbeiführbar sei und durch eigenes Handeln hervorgebracht werden könnte (Jaspers 1956, 2:202). In dieser Wirklichkeit ist der Mensch aufgerufen zu agieren: Er ist „implizit zur *Lebensführung* aufgefordert“ (Fintz 2002), also zu einem aktiven Umgang mit den stetig wechselnden Situationen des Lebens. Im Unterschied zu den immer bestehenden Situationen charakterisiert Jaspers **Grenzsituationen** als subjektiv unabwendbar, nicht wandelbar und „auf unser Dasein bezogen endgültig. [...] Sie sind wie eine Wand, an die wir stoßen, an der wir scheitern“ (Jaspers 1956, 2:203).

¹ <http://www.wissen-digital.de/Existenzphilosophie>, abgerufen am 12.08.2012

Allgemeinste Formel aller Grenzsituationen sind Widersprüche („antinomische Struktur“), wie beispielsweise der Zufall Widerspruch des Sinns und der Tod der des Lebens ist. Denn im Rationalen betrachtet bedeutet dies, dass etwas Falsches da sein muss. Und wenn in allem Rationalen Widersprüche aufgedeckt werden, würde dies als eine Zerstörung des Wissens erlebt (Jaspers 1919, 203 ff.). Das Wort „Grenze“ verdeutlicht hierbei, dass diese Situationen über die Objektivität des Bewusstseins nicht mehr voll zu erfassen sind, sie sind „nicht mehr Situation[en] für das Bewusstsein überhaupt, weil das Bewusstsein als wissendes und zweckhaft handelndes sie nur objektiv nimmt, oder sie nur meidet, ignoriert und vergisst; es bleibt innerhalb der Grenzen und ist unfähig, sich ihrem Ursprung auch nur fragend zu nähern“ (Jaspers 1956, 2:203). Sie gehen also über dessen Grenzen hinaus hin zu einem „anderen“ (ebd., S.203).

Als das gesamte Leben allgemein betreffende Grenzsituation versteht er zunächst die Tatsache, das Dasein immer in einer bestimmten Situation stattfindet und damit an diese einmaligen Lagen gebunden ist (so z. B. an das Geschlecht, Alter, Gelegenheiten und Zufälle). Zu den spezifischen, den Einzelnen jeweils in seiner persönlichen Wirklichkeit treffenden Grenzsituationen des Lebens zählt er den **Tod, Leiden, Kampf und Schuld** (ebd., S. 209).

In einer Grenzsituation werden wir existenziell herausgefordert. Sie kann nicht mit dem Denken erfasst, sondern nur in der Existenz erfahren werden (Brathuhn, S.25).

„Auf Grenzsituationen reagieren wir daher sinnvoll nicht durch Plan und Berechnung, um sie zu überwinden, sondern durch eine ganz andere Aktivität, das *Werden der in uns möglichen Existenz*; wir werden wir selbst, indem wir in die Grenzsituation offenen Auges eintreten.“ (Jaspers 1956, 2:204). Diese Konfrontation bringt den Betroffenen von dem passiven Dasein auf den Weg der aktiven Existenz. „Die Existenz bedeutet jenen innersten Kern im Menschen, der auch dann noch unberührt übrig bleibt, ja dann überhaupt erst richtig erfahren wird, wenn alles, was der Mensch in dieser Welt besitzen und an das er zugleich sein Herz hängen kann, ihm verlorengelht oder sich als trügerisch erweist“ (Bollnow 1955, 16). Das „feste Gehäuse“ der vorher objektiv selbstverständlichen Lebenseinstellungen wird durch die Begegnung mit der Grenzsituation zur Auflösung gebracht (Jaspers 1919, 248). Dies führt zu einem neuen individuellen Bewusstsein; „Es bleibt die Entwicklung neuer Kräfte, die [...] eigentlich Lebenseinstellungen, Lebensgesinnungen sind“ (ebd., S. 232). Diesen Vorgang nennt Jaspers „**Existenzerhellung**“. Nur so wird der Mensch zu einem bewusst teilhabenden, handelnden und verantwortlichen Menschen (Fintz 2006). Das Erleben der Grenzsituation birgt die Möglichkeit der Entfaltung der eigenen realen Persönlichkeit, die bewusste Entscheidung wer, wodurch und wofür man sein will: Der „Sprung zur Wirklichkeit“ (Jaspers 1956, 2:207) gelingt.

Doch nicht jede der Begegnungen mit diesen spezifischen Situationen vermag uns existenziell zu berühren. Es gibt viele Formen, diesem herausfordernden Moment auszuweichen. „So gibt es also neben dem Drang des Menschen, in unendlicher Verantwortung, lebendigem Wachsen und Schaffen zu erfahren, was das Dasein sei, und es darin zugleich selbst mit zu gestalten, einen Drang in das Nichts und einen Drang in die Gehäuse“ (Jaspers 1919, 250).

Gerade im medizinischen Alltag spielen die zwei Grenzsituationen „Leiden“ und „Tod“ eine zentrale Rolle. Im Folgenden sollen diese in Bezug auf Jaspers weiter erläutert werden.

Leiden als Grenzsituation

Unter Leiden versteht Jaspers jegliche Einschränkung des Daseins, z.B. durch Krankheiten, „welche nicht nur das Leben in Frage stellen, sondern den Mensch lebend unter sein eigenes Wesen sinken lassen.“ (Jaspers 1956, 2:230). Keinem Menschen bleibt Leid erspart; bedrohlich dahinter steht immer der Tod.

Die Begegnung mit der impliziten Grenzsituation würde vermieden, wenn Leiden nicht als notwendig zum Dasein gehörend aufgefasst, sondern als vermeidbar bekämpft würde, in Folge

der Utopie einer Wissenschaft, die irgendwann in der Lage sein würde, das Leid in der Welt auszulöschen. Man könne dem Leiden auch ausweichen, z.B. durch Schuldzuweisungen oder Verleugnung bzw. Nicht-Anerkennen von ärztlichen Diagnosen. Oder man hält sich von Menschen fern bzw. zieht sich rechtzeitig von denen zurück, deren Elend unheilbar ist, um sich vor der direkten Konfrontation zu schützen, und erweitert so „die Kluft zwischen Glücklichen und Leidenden“ (ebd., S. 231).

Erst wenn dem Leiden als Grenzsituation begegnet würde, könne es als unabwendbar existieren, zu einem Teil des Selbst werden und so zu einem Bewusstsein seiner selbst führen: „Mein Leid ist nicht mehr zufällig das Verhängnis meiner Verlassenheit, sondern Daseinserscheinung der Existenz. Jetzt kann der transzendierende Ausdruck in dem Gedanken gesucht werden, dass, wenn ich andere leiden sehe, es ist, als ob sie in Vertretung für mich leiden, und als ob die Forderung an Existenz gehe, das Leid der Welt als ihr eigenes Leid zu tragen.“ (S. 233, Existenzzerhellung)

Der Tod als Grenzsituation

Der Tod als Faktum bedeute für den Menschen noch keine Grenzsituation, solange er das Wissen um ihn als bloße Erwartung für einen nicht bestimmbareren Zeitpunkt habe und seine Beschäftigung mit dem Tod nur darin bestünde, ihn zu meiden (ebd., S.220). Diese trete erst durch dessen „einzigartigen umsetzenden Vollzug im eigenen Dasein“ (S. 206) ein; durch die existenzielle Begegnung mit dem Tod, die alles rationale Sortieren der Gedanken und alle psychologischen Erklärungsmodelle übersteige (Fintz 2002). Dabei könne der Tod uns als Grenzsituation nur in Form unseres eigenen und des Todes des Nächsten widerfahren.

Den Tod „des geliebtesten Menschen“ beschreibt Jaspers als den tiefsten Schnitt im Leben (Jaspers 1956, 2:221), der den Anderen in vollkommener Einsamkeit zurücklässt. Eine tiefe Verbundenheit könne jedoch ihr „Sein als ewige Wirklichkeit“ (ebd. S. 221) bewahren, was Jaspers mit der Formulierung „Wir sind sterblich als Lieblose, unsterblich als Liebende (...)“ (Jaspers 1965, 157) zum Ausdruck bringt. Dabei erfahre der Begleiter den Tod des Nächsten als existenzielle Erschütterung, die Einblick in die vitale Notwendigkeit des Sterbenmüssens erlaubt. Er reiße den Menschen aus der Gleichgültigkeit gegenüber seiner Endlichkeit, denn der zu sterbende Tod sei immer noch der eigene (Nassehi und Weber 1989, 37 ff.). Diesen sieht Jaspers auch als „entscheidende Grenzsituation“ (Jaspers 1956, 2:222) an, vom eigenen Tod gibt es keine Rückkehr, er bleibt so unerfahrbar für uns; wir sind ihm ohnmächtig ausgeliefert. Dadurch wird einem immer wieder ein Bewusstsein des Seins als bloßem Dasein aufgedrängt, welches durch die Vorstellung des absoluten Endes sinnlos und in seiner Vergänglichkeit gleichgültig erscheint (ebd., S. 224). Um sich dem zu entziehen, trösten sich die Menschen in religiöse Vorstellungen eines Lebens nach dem Tod im Sinne eines Überganges in andere Daseinsformen, womit der Tod den „Schrecken des Nichtseins“ (ebd., S. 225) verliert, oder sie versuchen, mögliche Ängste mittels Rationalisieren zu verdrängen. „Der Tod ist überwunden um den Preis des Verlustes der Grenzsituation.“ (ebd., S. 225)

Doch nur bei Annahme dieser Grenzsituation – in Konfrontation mit dem Tod kann der Mensch erkennen, was wesentlich ist: „was *angesichts des Todes wesentlich* bleibt, ist existierend getan; was *hinfällig* wird, ist bloß Dasein.“ (ebd., S. 223). So könne der Mensch erst seine Existenz erleben, denn „die Angst vor dem Tod ist es, die den Menschen zu einem bewussten Leben, zum ununterbrochenen Kampf um das Erlebnis der Existenz zwingt.“ (Brathuhn 1999, 28). Aus der Begegnung mit der Grenzsituation entsteht der Anspruch, das „Leben angesichts des Todes zu führen und zu prüfen.“ (S. 223). Der Tod wird so in das Leben integriert und bedeutet nach Jaspers die eigentliche Vollendung des Seins (ebd., S. 228). „Je mehr die Möglichkeit sich verzehrt hat, nicht zugunsten des Versäumens, sondern der Wirklichkeit, desto näher kommt die Existenz der Haltung, als Dasein gern zu sterben, hin

zu ihren Toten.“ (ebd., S. 228). Jaspers richtet so einen Appell an die Menschen, sich in Folge der Auseinandersetzung mit der Grenzsituation um das eigentliche Dasein zu bemühen (Schmidt 1991, 196).

1.3.2 Leiden und Tod in der Gesellschaft

1.3.2.1 Leiden und Tod im kulturgeschichtlichen Wandel

Unser heutiges Verhältnis zu Leiden, Sterben und Tod wird zentral durch seine Integration in den gesamt-kulturellen Hintergrund mitbestimmt. Dabei hat sich dieses Verhältnis in der Geschichte stetig gewandelt.

In **Antike und Mittelalter** war der Tod allgegenwärtig, „für ganze Generationen von Vorfahren war es selbstverständlich, dass Sterben und Tod zu jeder Zeit eintreffen konnten“ (Imhof, 22:12). Das durchschnittliche Sterbealter betrug bis ins 18. Jahrhundert hinein relativ konstant ca. 20 Jahre, nicht einmal die Hälfte der Bevölkerung erreichte das Erwachsenenalter (Condrau 1984, 76). Das Leben war ständig durch Gefahren wie Seuchen, Kriege und Hungersnöte bedroht, denen man ohnmächtig ausgeliefert war, „nichts vermochte den Tod zu beeindrucken, nichts ihn zu beeinflussen, schon gar nicht ihn an seinem Tun zu hindern“ (Imhof, 22:58). Diese konstante existenzielle Bedrohung zwang die Menschen, „sich ein Leben lang mit Sterben und Tod auseinanderzusetzen.“ (ebd., S.160). So sollte das Erlernen einer „ars moriendi“ einen guten Tod ermöglichen – frei von Angst, Enttäuschung und Nicht-Loslassen-Können (ebd., S.32). Ideologische Interpretationen des Leidens und des Todes stellten in diesem Zusammenhang von der Antike bis in die frühe Neuzeit die prinzipiellen Aufarbeitungsmechanismen dar, in denen die Menschen Sinn und Trost finden konnten. Bis weit ins Mittelalter fand die Deutung des Todes hauptsächlich auf einer religiösen Ebene statt. Krankheit, Leiden und Tod wurden als durch höhere Mächte geschickte Strafen, Prüfungen und als Möglichkeiten zum spirituellen Wachstum gewertet, wodurch sie sinnvoll in das Leben integriert werden konnten. Einem gottgefälligen Verhalten im Diesseits wurde nach dem Tod ein ewiges Leben im Jenseits in Aussicht gestellt. „Auf dem Boden der christlichen Offenbarung [...] und im Zuge der Heilsgeschichte ist der Tod in einem vertieften Sinne als Vernichtung genommen und zugleich im Mysterium der Auferstehung transzendent überwunden“ (Plessner 1952, 359).

Dieses Vermögen zur sinnvollen Integration von Leiden und Tod in das Leben änderte sich fundamental mit dem **Zeitalter der Moderne**. Nassehi und Weber bezeichnen diesen für unsere heutige Haltung prägenden Wandel als „Wende zur Selbstreferenz“ (Nassehi und Weber 1989, 151). Die früher von der Kirche institutionalisierten Sinnzusammenhänge, die „die Gesamtbiographie des Einzelnen umspannten“ (Luckmann 1963, 30), wurden durch die langsame Individualisierung der Gesellschaft abgelöst: „In der neuzeitlichen Bewusstseinsphilosophie kann das Todesproblem nur aus den Strukturen des je eigenen Bewusstseins selbst, also selbstreferenziell behandelt werden“ (Nassehi und Weber 1989, 152). Dies hat seinen Ursprung in den wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Umbrüchen, die mit dem Zeitalter der Moderne einhergehen. Wichtige Weichenstellungen für den heutigen Umgang mit Leiden und Tod finden dabei mit der im 17. und 18. Jahrhundert beginnenden **Aufklärung** statt. Hier steht die Rationalität als universelle Urteilskraft im Zentrum: „Der Glaube an die Kraft der menschlichen Vernunft [soll] die Gesellschaft [...] verändern und das

Individuum von den Fesseln der Tradition oder der willkürlichen Autorität [...] befreien. All dies gestützt durch eine Weltanschauung, die zunehmend durch die Wissenschaft anstatt durch Religion oder Tradition validiert wird“ (Outram 2005, 3). Dabei fußt die Aufklärung vielfach auf den Erkenntnissen der **Naturwissenschaften**, woraus sich auch ihre Wissenschaftsgläubigkeit und ihr Fortschrittsglaube begründet. Bisher vorherrschende meinungsbildende Institutionen wie Kirche oder Politik werden mit der Forderung nach der Mündigkeit des Einzelnen und dem damit einhergehenden Streben nach Individualität und Freiheit zurückgedrängt. Die Wissenschaften lösen so nach und nach die Religion als die Welt erklärende Instanz ab. Die enormen Fortschritte vor allem in der Physik und Biologie befeuern diesen Prozess. Mit Hilfe der Naturwissenschaften sollen die weltlichen Verhältnisse saniert werden; die das Leben bedrohende Natur unter Kontrolle gebracht werden, etwas, das die Religion in der Vergangenheit eben nicht leisten konnte. Die Utopie ist, die Natur besiegen und damit letztendlich jegliches Leiden verhindern zu können. „Die mit Macht einsetzende naturwissenschaftliche Denkweise sieht mehr und mehr von der Sonderstellung des Menschen im Bereich der Schöpfung ab und stellt ihn in den Bereich der Natur, d. h. des Sterblichen“ (Fuchs-Heinritz 1969, 66). So ist auch die menschliche Existenz der Erforschung durch die Naturwissenschaften zugänglich; das Streben nach Naturbeherrschung überträgt sich auf die Beherrschung des Todes: Das Leben soll verlängert und hinausgezögert werden (Reuter 1993, 21).

Mit zunehmender **Industrialisierung und Technisierung** findet zusätzlich eine Umgestaltung der Gesellschaft und der individuellen Lebensführung statt: Zweckdenken, Rationalität, Funktionalität, Überproduktion und Steigerung der Bedürfnisse charakterisieren die neue Ideologie. Gleichzeitig mit der Verstärkung individueller Freiheit erfolgt eine Verringerung im Sinne der Persönlichkeitswerte und damit eine personelle Entfremdung (Schmidt 1991, 715, „Technik“); Austauschbarkeit, Sinnlosigkeit und Entwurzelung des Einzelnen sind Grunderfahrungen dieses Werte- und Strukturwandels. In diesem Denken finden Lebenssituationen wie Alter, Krankheit und Tod keine Sinndeutung mehr (Brathuhn 1999, 35). Nach Schweidtmann findet zu dem Zeitpunkt eine „(...) Ausbürgerung des Todes aus dem Leben [statt]. Der Tod wird immer weniger etwas ‘Soziales und Öffentliches‘“ (Schweidtmann 1988, 39). Vielmehr wird er aus dem öffentlichen Bewusstsein weitgehend ausgeklammert, da er für die große Mehrheit der Bevölkerung durch die Religion nicht begreifbar gemacht werden kann, aber auch die modernen Wissenschaften sich als unfähig erwiesen haben, diese vormals von der Kirche ausgeübte Funktion zu übernehmen.

1.3.2.2 Leiden und Tod heute

Der oben geschilderte schleichende Verlust einer gesellschaftlich transportierten Sinngebung des Todes hat weitreichende Auswirkungen auf das Todesbewusstsein in der Moderne: „Je ausgeprägter das Persönlichkeitsbewusstsein, je differenzierter und wohl auch brüchiger das gesellschaftliche Gefüge der Individuen ist, umso tiefer empfindet es das Grauen des Todes und der Zeit“ (Plessner 1952, 383). Die über nahezu zwei Jahrtausende bestimmende christliche Ideologie vermochte den Tod in ihr Gesamtweltbild einzubinden und machte ihn damit für den Einzelnen verstehbar. Dies kann die moderne Sinn- und Wertestruktur der Gesellschaft nicht mehr leisten, der christlich traditionelle Glaube an eine ewig fortlebende Existenz nach dem Tod ist in unserer hochtechnisierten, wissenschaftlich orientierten Gesellschaft kaum aufrechtzuerhalten.

Vielmehr würde sich das Erleben von Wirklichkeit und Sinn in der heutigen Zeit vor allem durch die **die Moderne konstituierenden Merkmale** herausbilden: Als diese stellen Berger und Kellner die technologische Produktion, Bürokratie und die damit verbundene Pluralisierung von Lebenswelten dar (Berger und Kellner 1975, 159 ff.). Daraus resultiert für

das Individuum eine Fragmentierung der überkomplexen Wirklichkeit in Einzelteile, die zwar nicht mehr in Bezug zur Ganzheit des Lebens stehen, dafür aber gut technisch handhabbar sind und zu einer „Bruchstückhaftigkeit des modernen Alltagsbewusstseins“ (Nassehi und Weber 1989, 195) führen („Komponentialität“). Die Bürokratisierung weiterer Teile des öffentlichen Lebens beinhaltet die Erfahrung einer zunehmenden Anonymität und Machtlosigkeit des Einzelnen. Zudem pluralisiere die „Pluralität von Lebensstilen“ das Leben in strikt voneinander getrennte Lebensbereiche, „die moderne Identität bildet sich als Summe verschiedener [...] „Teilidentitäten“ aus, die der Mensch in seinen vielen Rollen im Laufe seines Lebens spielt“ (ebd., S. 191). Diese Merkmale prägen „dem gesellschaftlichen Leben, seinen Bewusstseinsformen, Realitätsdeutungen und Sinnhorizonten einen ganz bestimmten Stempel auf“ (Brand 1982, 52). Der Mensch könne diese verschiedenen Aspekte seiner modernen Existenz nicht in ein Ganzes „sinnhaft integrieren, da sie immer nur Teilidentitäten ausfüllen können“ (Nassehi und Weber 1989, 191). Folge sei eine immer mehr individuelle Sinnggebung des Einzelnen, die in der Frage des Todes an ihre Grenzen stoße, da er die größte Destruktionsgefahr für die subjektiv erlebte Wirklichkeit darstelle. (ebd., S. 198).

„Die Sicherheit tradierter Wertvorstellungen wurde für eine zunehmende Wertfreiheit eingetauscht, die wiederum für den Menschen weitgehend eine Überforderung darstellt und dadurch Angst erzeugt“ (Condrau 1984, 214). Damit entwickelt sich die Wahrnehmung des Todes zur Wahrnehmung der absoluten Endlichkeit und totalen Vergänglichkeit des eigenen Lebens. Angesichts „des Problems der Antizipation des je eigenen Todes [muss dies] das Gefühl von *Sinnlosigkeit* hervorrufen, wenn man mit Sinn den gesamten Horizont verstehbarer Wirklichkeit meint“ (Nassehi und Weber 1989, 197). Bereits Max Weber wies darauf hin, dass „der Verlust des Jenseitsglaubens für die moderne Gesellschaft schier unlösbare Probleme für die Sinnggebung des Todes“ mit sich bringt (Hahn 1979, 751).

Dem versuche die fortschrittliche, an bloßer Machbarkeit orientierte Gesellschaft auszuweichen, indem sie den **Todesgedanken „narkotisiere“**: „(...) der Sturz in den Strudel der Geschäfte um der Geschäfte selbst willen, das ist (...) die neue fragwürdige Medizin, die dem modernen Menschentypus die klare und leuchtende Idee des Todes verdrängt und die Illusion des endlosen Fortganges des Lebens zur unmittelbaren Grundhaltung seiner Existenz werden lässt.“ (Scheler und Scheler 1957, 30). Um mit Jaspers zu sprechen, wird der Begegnung mit den Grenzsituationen aus dem Weg gegangen, um sich den dadurch aufgeworfenen existenziellen Fragen und möglichen Erkenntnissen zu entziehen.

Dem spielt auch die immer besser werdende medizinische Versorgung in die Hände:

Der **wissenschaftliche Fortschritt** besonders seit Beginn des 20. Jahrhunderts hat eine enorme Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung zur Folge. Betrug diese im Jahr 1870 noch 35,6 Jahre für Männer bzw. 38,5 Jahre für Frauen (Statistisches Bundesamt 1972, 110) liegt sie bei heute Geborenen bei 77,9 bzw. 82,7 Jahren². Und jedes Jahr steigt sie laut Statistischem Bundesamt an, aktuell um etwa drei Monate pro Jahr. Goldschneider bezeichnet diese Zunahme der Lebenserwartung im Zuge der Industrialisierung und medizinischer Innovationen als „mortality revolution“ (Goldscheider 1971, 102).

Die Natur scheint durch die Wissenschaft – wenn noch nicht besiegt, so doch zumindest teilweise beherrschbar geworden zu sein. „Der schöne Schein von Dutzenden quasi garantierten „besten Jahren“ pervertiert die Lüge vom „ewigen“ Leben zur Wahrheit auf Zeit. Das Dilemma wird so über Jahre aufgebaut, erhält immer neue Nahrung und frisst sich in uns fest“ (Imhof, 22:167). So sind wir „zu einer sonnengebräunten, dynamischen Macher-Gesellschaft mit Jugendideologie geworden [...], die Altern, Tod und Sterben weitgehend aus

² Statistisches Bundesamt 2013. „Aktuelle Sterbetafeln für das Frühere Bundesgebiet und die Neuen Länder. 18.02.2013“. [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft Staat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/SterbetafelFBNL.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Gesellschaft%20Staat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/SterbetafelFBNL.html), abgerufen am 21.02.2013.

ihrem Blick verdrängt hat“ (Wiedemann 1996, 49) und deren Tabuisierung des Sterbens und des Alterns als Antizipation des Endes im Korrelat eine „Fetischisierung der Jugend nach sich gezogen hat“ (Holz 1981, 4:713). Schwerpunkt wissenschaftlichen Interesses ist, Jugendlichkeit und Leistungsfähigkeit so lange wie möglich zu erhalten und jegliche diese beschränkende Zustände – also Krankheiten und deren Folgen – fernzuhalten. Die zu Recht gefeierten dahingehenden enormen Fortschritte der Medizin entscheiden „den Kampf gegen den Tod [...] immer mehr zugunsten der Ärzte“ (Condrau 1984, 54).

Der **Tod ist somit selten geworden**; besonders das direkte Erleben des Sterbens als „face to face“ Begegnung, die Hahn als „intensiven Todkontakt“ bezeichnet (Hahn 1968, 34). Demnach kommt in einer (Klein-)Familie nur alle 10 bis 15 Jahre ein Todesfall vor. Der Tod wird somit immer seltener in einer Weise erlebt, die seine ganze Tragweite erfassen lässt und damit eine existenzielle Herausforderung darstellt. „Sterben wie Begleitung von Sterbenden sind nicht mehr eingeübt“ (Schmied 1988, 32). Es gibt praktisch keine allgemein gültigen Bräuche oder Regeln, an die man sich im Todesfall halten kann, ein adäquates Verhalten ist dem Einzelnen selbst überlassen. Dadurch sei der Tod mittlerweile mehr Improvisationstheater als traditionelles Drama (Lofland 1981, 49).

Zudem rücken durch die längere Lebensdauer vermehrt **chronische Erkrankungen** in den Vordergrund; die Zeitspanne vom Wissen des sicheren Endes – z.B. in Form einer infausten Prognose – und dessen letztendlichem Eintreten hat sich ausgedehnt. Tatsache ist, dass „nach dem Rückgang der seinerzeit meist relativ rasch und von daher gesehen relativ „gnädigen“ tötenden Infektionskrankheiten die „übriggebliebenen“ Todesursachen uns heute oft erheblich länger auf die Folter spannen“ (Imhof, 22:164) und mitunter einen langen Leidensweg bedeuten.

Die heutzutage so häufig zum Tod führenden chronischen Erkrankungen können besonders in der Schlussphase in der Regel nicht mehr zu Hause betreut werden, sondern verlangen eine professionelle Behandlung im Krankenhaus, welches dann häufig auch zum Sterbeort wird.

1.3.3 Umgang mit Leiden und Tod in der Institution Krankenhaus

1.3.3.1 Strukturelle Probleme

„Ein sicheres langes Leben hat seinen Preis. Die heutige Art zu sterben ist in diesem Preis inbegriffen“ (Imhof, 22:171)

Bereits 1910 kritisierte Rainer Maria Rilke den Umgang mit dem immer öfter im Krankenhaus stattfindenden Tod:

„Dieses ausgezeichnete Hotel ist sehr alt, schon zu König Chlodwigs Zeiten starb man darin in einigen Betten. Jetzt wird in 559 Betten gestorben. Natürlich fabrikmäßig. Bei so enormer Produktion ist der einzelne Tod nicht so gut ausgeführt, aber darauf kommt es auch nicht an. Die Masse macht es. Wer gibt heute noch etwas für einen gut ausgearbeiteten Tod? Niemand. Sogar die Reichen, die es sich doch leisten könnten, ausführlich zu sterben, fangen an, nachlässig und gleichgültig zu werden; der Wunsch, einen eigenen Tod zu haben, wird immer seltener. Eine Weile noch, und er wird ebenso selten sein wie ein eigenes Leben. [...] man stirbt den Tod, der zu der Krankheit gehört, die man hat (denn seit man alle Krankheiten

kennt, weiß man auch, dass die verschiedenen letalen Abschlüsse zu den Krankheiten gehören und nicht zu den Menschen; und der Kranke hat sozusagen nichts zu tun)“ (Rilke 1963).

Daran anknüpfend beschreiben Nassehi und Weber das **Krankenhaus als Spiegel der Gesellschaftsstrukturen** : „Die Bedingungen des modernen Krankenhaustodes sind nicht allein durch die institutionelle Verfasstheit des Krankenhauses selbst induziert, sondern dessen Verfasstheit ist bereits als ein Indiz einer allgemeinen Wert-, Sinn- und Wissensstruktur anzusehen (Nassehi und Weber 1989, 232).

Aktuell stirbt schätzungsweise jeder zweite Deutsche im Krankenhaus, weitere ca. vierzig Prozent in Pflegeheimen (Die Welt 2007; Deutsches Ärzteblatt 2008). Dies beruhe auf dem weitgehenden **Funktionsverlust der Familie und des gemeinschaftlichen Gemeinwesens**, was durch die Professionalisierung und damit einhergehende Institutionalisierung des helfenden Handelns ausgeglichen würde (Nassehi und Weber 1989, 232). Adäquate medizinische Versorgung ist von Laien oft nicht durchführbar, zudem lässt die veränderte Struktur des Zusammenlebens – u.a. durch vermehrte Berufstätigkeit der Frauen und die (räumliche) Beschränkung auf die Zwei-Generationen-Familie – dies oft aus praktischen Gründen nicht mehr zu.

Das Krankenhaus wird von Nassehi und Weber als eine „moderne“ Institution bezeichnet, da es zwei Grundkonstituenten modernen Denkstils vereinige: „*Technisch orientiertes und organisiertes strategisch-instrumentelles Handeln und bürokratische Verwaltung*“ (ebd., S. 233). Es zeigt sich dabei in der Wahrnehmung der Gesellschaft widersprüchlich: einerseits als Ort der Heilung und des Helfens aus Notlagen, andererseits aber auch als Ort des Sterbens und der Hilflosigkeit, der Angst vor Abhängigkeit von einer „undurchsichtigen technisch-organisatorischen Maschinerie“ erzeugt (Rohde 1973, 14 ff.). Rohde vertritt die These, dass „das Krankenhaus [...] tendenziell inhuman [ist], weil es generelle Humanität sich zuschreiben lässt, selber zuschreibt und eben dadurch daran gehindert wird, Einsicht in die strukturellen Momente seiner Inhumanität zu gewinnen, die Situation des Patienten und deren Humanisierungsbedürftigkeit zu durchdenken und zu analysieren“ (ebd., S. 19ff.). Als solches strukturelles Moment sieht er die Zielkomplexität der Organisation Krankenhaus und die daraus resultierende Zweckkonkurrenz und Zweckkonflikte an: Sie sei in differenzierte, sich relativ verselbstständigende Strukturteile zergliedert, die von ihren Funktionen her unterschiedliche Ziele verfolgten, was unterschiedliche Handlungsstrategien und Werteorientierungen bedinge. Dies fordere einen ständigen Prozess der Reintegration der Zielsetzungen und Strukturteile. Diese seien in einer Klinik allen voran die medizinisch-pflegerische Patientenversorgung, Lehre bzw. Ausbildung und die Forschung. Gleichzeitig aber auch administrativ-ökonomische Zielsetzungen, für die völlig andere Handlungsstrategien und Normen gelten würden (ebd., S. 23) und die die eigentlichen Zielbereiche zunehmend in den Hintergrund drängten. Die **Orientierung an funktionalistischen Prinzipien** berge die Gefahr der Verselbstständigung in sich und würde damit zur Dehumanisierung der Institution beitragen (Nassehi und Weber 1989, 234). Denn ihre Leistungswirksamkeit entstamme dem Prinzip rationaler Zweckverfolgung (Rohde 1973, 27), das Handeln orientiere sich hierfür an der Forderung nach Effizienz und Funktionsfähigkeit der Institution (Nassehi und Weber 1989, 233) und damit an jeglicher Art von Profit (Rohde 1973, 24) woraus „scharf umschriebene Verhaltenserwartungen gegenüber dem jeweiligen Positionsträger (Rohde 1962, 366) entstünden.

Dies führe bei den Positionsträgern – insbesondere bei Ärzten – dementsprechend zu einer **Rollenüberlastung**, da mehrere, sich teilweise entgegengesetzte Organisationsziele zugleich verfolgt werden müssten. Der Betroffene komme nicht umhin, ein nach seinen Möglichkeiten und auch Bequemlichkeiten gestaltetes Arrangement zu treffen, welches nie allen Zielbereichen zugleich gerecht werden könne. Oft würden dann unbequeme und aufwändige

Tätigkeiten im patientenorientierten Bereich vernachlässigt, auch weil von dieser Seite weniger Sanktionen zu erwarten seien als von hierarchisch Höhergestellten beispielsweise bei unzulänglicher Forschungsarbeit und/oder Lehre (Rohde 1973, 26). Außerdem konstatiert Rohde eine durch zunehmende Spezialisierung entstehende Entfernung der Positionsinhaber vom Schauplatz der Leistungsziele, woraus eine Distanz zum eigentlichen Problemgegenstand und eine **Rollenentfremdung** entstehen und sich der jeweilige Blickwinkel konzentrisch einengen würde (ebd., S. 21ff.).

Er argumentiert, dass dadurch, dass praktisch alle Handlungen im Krankenhaus unter dem „Formenmantel der Humanität“ (ebd., S.19) durchgeführt werden würden und sie damit keiner objektiven Überprüfung mehr zugänglich seien, die Wachsamkeit gegenüber inhumanen Tendenzen eher eingeschläfert werde (ebd. S. 19ff.).

Dabei ergeben sich weitere solcher inhumanen Tendenzen seiner Meinung nach aus der Charakterisierung des **Krankenhauses als „totale Institution“**. Diese lässt sich nach Goffmann „als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal-reglementiertes Leben führen.“ (Goffman 1972). Sobald ein Individuum in eine solche totale Institution eintrete, werde es von der Gesellschaft physisch und sozial isoliert und verlasse damit auch seine dort übliche Rolle. Dies beinhalte auch einen Verlust des Status, der sozialen Bedeutung, was durch die alleinige Rollenzuschreibung „Patient“ von Seiten des Krankenhauses noch verstärkt werde. Außerdem sei der Patient personenfremden Regeln und Routinen unterworfen, vormals autonome Handlungsbereiche fielen nun in die Handlungsbereitschaft anderer und erzeugten so Abhängigkeit, was einer Infantilisierung des Betroffenen gleichkomme (Rohde 1973, 32). Der Patient werde durch seine strukturell verlangte Passivität in seiner krankheitsbedingten Regression fixiert, die Hospitalisation würde „zwangsläufig als drastische Umkehrung des irreversiblen Sozialisationsprozesses und folglich als Desozialisation empfunden [...], als personaler Identitätsverlust (ebd., S. 29). Dadurch hätten diese Einrichtungen „zwangsläufig die Tendenz, ihre Klienten zu depersonalisieren, das Selbst des Individuums [...] Prozessen der Mortifikation, also der Abtötung des eigenen Willens, der Umstrukturierung von Bedürfnissen, der Desozialisierung oder Diskulturation zu unterwerfen, um ihre Dienstleistungen an den Mann zu bringen“ (ebd., S. 31).

Diese Situation sei für Patienten, die sich mit Aussicht auf Heilung in der Klinik befänden, schon mehr oder weniger gut zu ertragen, für den **Sterbenden** jedoch „bedeutet die Entpersönlichung im Krankenhaus keine kurzfristige Unterwerfung unter eine von Experten getragene Sinnprovinz, sondern symbolisiert die Totalität seines Daseins; seine verbleibende Zukunftsperspektive ist und bleibt voraussichtlich mit der momentan erlebten Deprivation deckungsgleich“ (Nassehi und Weber 1989, 235). Das auf die Therapie von Krankheiten ausgerichtete Konzept spart die Bedürfnisse des existenziell von Krankheit bedrohten oder „austherapierten“ Patienten häufig aus: „Seine Krankheit wird vielleicht weiter behandelt, seine existenziell bedrückende Situation, seine Nöte und Ängste werden in der Regel nicht therapiert“ (Schmied 1988, 49). Aber genau diesen Bedürfnissen adäquat zu begegnen und den Kranken aus seiner möglicherweise bestehenden sozialen und emotionalen Deprivation zu lösen, bereitet im Umgang mit dem Betroffenen im Arbeitsalltag Schwierigkeiten.

1.3.3.2 Personelle Probleme

Dabei manifestieren sich nach Schmied die Probleme des Krankenhauspersonals im Umgang mit Sterbenden auf drei verschiedenen Ebenen, die sich in funktionalen, organisatorischen und

psychischen Hindernissen ausdrücken (Schmied 1988, 44 ff. Brathuhn 1999, 54). Im Kontext dieser Arbeit wird dabei besonders auf die Schwierigkeiten eingegangen, denen sich *Ärzte* in Bezug auf leidende und sterbende Patienten ausgesetzt sehen.

Funktion des Krankenhauses ist allgemein formuliert „die instrumentelle Wiederherstellung eines als gesund definierten körperlichen Zustandes“ und hat damit prädefinierte, erfolgsorientierte Handlungsziele (Nassehi und Weber 1989, 237). Dies wird auch in der Definition des Krankenhausfinanzierungsgesetzes deutlich, die „Krankenhäuser“ lediglich beschreibt als „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können“³ (*Krankenhausfinanzierungsgesetz 1991*)

Die Patienten, deren Behandlung nicht mehr in kurativer Absicht erfolgt, können diesen Handlungszielen nicht gerecht werden und haben somit eine dysfunktionale Rolle in diesem System inne (Nassehi und Weber 1989, 240). „Führen die lebensrettenden und -verlängernden Maßnahmen nicht zum Erfolg, bleibt der Sterbende sich selbst überlassen“ (Nuland 2007, 371). Das Krankenhaus ist eigentlich nicht auf seine Behandlung ausgelegt, obwohl es doch zum herausragenden Sterbeort der heutigen Zeit geworden ist. Die Ärzte sehen sich mit dem Versagen „jeder Heilkunst am Ende des Lebens“ (Nassehi und Weber 1989, 238) konfrontiert, was sie die an sie gestellten gesellschaftlichen Erwartungen nicht erfüllen lässt und was zum Gefühl des persönlichen Scheiterns führen kann. „Der Tod spielt gleichsam die Rolle eines Feindes, dem trotz aller perfektionierten Kunst nicht beizukommen ist“ (Nassehi und Weber 1989, 238; Charmaz 1980, 102 ff. Schott 1986, 7:71 ff.).

Weiterhin bestehen im Umgang mit Leiden und Tod von Patienten **organisatorische Probleme**; Schmied beschreibt in diesem Zusammenhang vor allem die fehlende Schulung medizinischen Personals in Bereichen der psychologischen Betreuung und des Verhaltens gegenüber den Betroffenen, was in Folge eingehender dargestellt werden wird. Außerdem seien die Ärzte durch die hohe Arbeitsbelastung oft schlichtweg zeitlich nicht dazu in der Lage, dem Patienten die nötige Hinwendung zu bieten (Schmied 1988, 45 ff.), die oben beschriebene Rollenüberlastung tut ihr Übriges.

Neben diesen Aspekten spielt die hohe **psychische Belastung** von Ärzten und Pflegenden im Umgang mit leidenden und sterbenden Patienten eine wichtige Rolle. Denn dabei wird ihnen ihre eigene Sterblichkeit vor Augen geführt; „auch das Klinikpersonal hat Angst vor dem Tod“ (ebd., S. 46). Daraus resultiert eine große Unsicherheit und Ratlosigkeit im Umgang mit diesen Patienten, man flüchtet sich in medizinischen Aktionismus oder „die Anwendung von routinierten Handlungsmustern“ (Lau 1975, 58; Schmied 1988, 47; Rohde 1973, 26). Auch der emotional belastende Kontakt mit den Betroffenen wird gemieden, es erfolgt häufig deren soziale und räumliche Isolation (Nassehi und Weber 1989, 240). Darin sehen Nassehi und Weber „Ausdruck und Folgen der diagnostizierten Verdrängung des Todes in der modernen Gesellschaft. Sie manifestiert sich darin, dass selbst in Institutionen, in denen mit Sterben und Tod per definitionem konkret umgegangen werden muss, Technozentrismus und mangelnde sinnhafte Antizipation der strukturellen menschlichen Endlichkeit für personenorientiertes, humanes Handeln kaum Chancen bietet“ (ebd., S. 240).

In dieser Hinsicht ist in den letzten Jahrzehnten in der Medizin aber auch teilweise ein **Umdenken** zu verzeichnen. Aus der oft mangelhaften Betreuung Sterbender und Angehöriger,

³ Krankenhausfinanzierungsgesetz 1991. <http://www.gesetze-im-internet.de/khg/BJNR010090972.html>. Abgerufen am 24.11.2012

die deren Bedürfnissen aufgrund obiger struktureller und individueller Gegebenheiten häufig nicht gerecht werden kann, entwickelte sich die moderne **Hospizbewegung**, zusammen mit einem Wiederaufleben der **Palliativmedizin**. Angestoßen wurde diese Entwicklung von Cicely Saunders, die 1967 das erste Hospiz in England gründete. Darin steht der Mensch im Fokus des Interesses, ihm soll in seinen körperlichen, sozialen, psychischen und spirituellen Bedürfnissen begegnet werden. Die Betreuung erfolgt interdisziplinär durch Palliativmediziner, Pflegende, Seelsorger, Psychologen und freiwillige Helfer. Die Palliativmedizin versteht sich dabei als lebensbejahende Disziplin, die „das Sterben als einen natürlichen Prozess“ ansieht⁴ und die den Patienten und dessen Angehörige individuell begleiten will. Im Vordergrund steht dabei die Lebensqualität des Einzelnen, der durch optimale Schmerztherapie, Symptomkontrolle und eine umfassende psychosoziale Sterbebegleitung Rechnung getragen wird. Aktuell gibt es in Deutschland 195 stationäre Hospize und 231 Palliativstationen, 1996 waren es erst 30 bzw. 28⁵. Zusätzlich wurde die Palliativmedizin im Jahr 2009 als Pflichtfach in das studentische Curriculum aufgenommen.

1.3.3.3 Arztberuf heute

„Wer würde ein Arzt werden, wenn er alle Unbilden auf einmal vor sich sähe, die seiner warten?“ (Goethe 1782, 75)

Wie oben bereits dargestellt, stellen in ihrer Krankheit existentiell bedrohte oder sterbende Patienten im Krankenhaus eine besondere Herausforderung in der menschlichen Betreuung dar. Diese hat eingebettet in den beruflichen Alltag der Ärzte zu erfolgen, der mittlerweile durch eine Vielzahl von unterschiedlichen Aufgaben und Rechenschaften charakterisiert ist, woraus das überkomplexe Anforderungsprofil (Saake und Vogd 2007) dieses Berufes resultiert.

Sie agieren im Spannungsfeld zwischen Wissenschaftlichkeit, Kostendämpfung und Kundendienst; Axel Bauer bezeichnet dies als das "**Trilemma der modernen Medizin**". Wissenschaftlichkeit beschreibt dabei eine Denk- und Handlungsweise der Ärzte, die in der prinzipiellen Bereitschaft zur Offenheit und Fähigkeit der Kritik, zur permanenten emotionalen und rationalen Überprüfung, Korrektur und Veränderung der Erkenntnisse besteht und die eine Festlegung auf Erkanntes und Bewiesenes nur im Sinne der Vorläufigkeit akzeptiert (Bauer 2001, 94 ff.). Ein Stichwort ist in diesem Zusammenhang die Evidence-based Medicine, die objektiv nachvollziehbare Therapieentscheidungen nach neuesten Forschungserkenntnissen ermöglichen und damit zu einer Rationalisierung (statt Rationierung) ärztlicher Leistungen führen soll. Die Forschung soll dabei im Sinne des Humboldtschen Ideals der Einheit von Klinik, Forschung und Lehre in den universitären Alltag integriert werden – Folge der Dreifachbelastung der Ärzte ist aber häufig, dass man in keinem Bereich den internationalen Standards entsprechen kann (Vogd 2004).

Im Zuge der **Kostenexplosion** im medizinischen Sektor werden zudem Kostendämpfungs-Rationalisierungs- und Rationierungsdebatten geführt, die mit der ethischen Perspektive des Heilauftrags nicht immer harmonieren können (Bauer 2001, 94) und die Ärzte unter Druck setzen, ihr fachliches Handeln und Entscheiden so wirtschaftlich wie möglich zu gestalten. Auch hat dies Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung der Mediziner: Klinikärzte arbeiten im Schnitt bis zu 60 Stunden in der Woche (Deutsches Ärzteblatt 2006; FAZ 2012); ein Drittel

⁴ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin; <http://www.dgpalliativmedizin.de/diverses/wir-ueber-uns.html>, abgerufen am 13.07.2012

⁵ Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V.; http://www.dhvp.de/themen_hospiz-palliativ.html, abgerufen am 13.07.2012

der im Rahmen einer Studie befragten Berliner Krankenhausärzte würde seinen Beruf aufgrund der „Arbeit in der Endlosschleife“ nicht wieder wählen (Berliner Ärzte 2002).

Währenddessen unterliegt das Medizinverständnis und die **Arzt-Patienten-Beziehung** durch technologische Fortschritte, gesellschaftliche und ökonomische Einflüsse einem kontinuierlichen Wandel (Wittern 1991; Geisler 2003; Jung 2005): Die Entwicklung geht unter dem Druck der zunehmenden Ökonomisierung von einem in der Vergangenheit überwiegend paternalistisch bestimmten Rollenverständnis, in dem der klassische Heilauftrag (Heilen, Lindern, Vorbeugen) im Vordergrund stand hin zu einem Dienstleistungsverhältnis zwischen Arzt und Patient (Saake und Vogd 2007), „einem Vertragsverhältnis mit genau definiertem, juristisch einklagbarem Leistungsumfang“, welches im Umgang miteinander dem von einander misstrauenden Geschäftspartnern ähneln lässt (Geisler 2003). Die Achtung der Gesellschaft gegenüber den Medizinern hat abgenommen, zusätzlich sind sie mit der Standardisierung ärztlicher Leistungen immer strenger in ihrer Arbeit reglementiert (Edwards, Kornacki, und Silversin 2002). So wird „das ärztliche Denken und Handeln in immer stärkeren Maße auf eine Orientierung an Betrachtungen statistischer und wahrscheinlichkeitstheoretischer Natur festgelegt“, damit wird „das Selbstverständnis des Arztes [an] zentraler Stelle herausgefordert“ (Wieland 1986, 90 ff.). Diese Einschränkungen der Autonomie, starke externe Kontrollen, Zunahme berufsfremder Tätigkeiten und sinkende Einnahmen kennzeichnen mittlerweile - laut dem Internationalen Kongress für Ärztegesundheit 2002 - in weiten Teilen der westlichen Welt die ärztlichen Arbeitsbedingungen (Deutsches Ärzteblatt 2002). Der damit vermehrt Einzug haltenden – sozusagen prozessbedingten – Entmenschlichung der Medizin, die zweifelsohne auch eine enorme Effizienz- und Qualitätssteigerung der Behandlung mit sich bringt, steht das Bedürfnis der Patienten entgegen, als Individuum wahrgenommen zu werden. Diese „**Industrialisierung**“ der Medizin, wie sie jetzt erkennbar wird [...] [erfordert] zwei Elemente: nämlich eine Standardisierung des Produktes und die Austauschbarkeit seiner Teile“ (Lown 2004, 15 ff.). Auch die Ärzte haben Schwierigkeiten, mit den immer mehr an finanziellen und gesundheitspolitischen Fragen orientierten Rahmenbedingungen zurechtzukommen. Dies zeigte eine Studie über das weltweite Phänomen der „**unhappy doctors**“, dem sich ein Editorial des British Medical Journals widmete. Die Autoren identifizierten diesen Wandel in der Schwerpunktsetzung ärztlichen Handelns – neben der hohen Arbeitsbelastung und der als unzureichend empfundenen Bezahlung – als Schlüsselfaktor die Unzufriedenheit und Verunsicherung vieler Ärzte. Der Beruf entspräche nicht mehr dem, was sich die Ärzte ursprünglich erwartet hätten (Edwards, Kornacki, und Silversin 2002; Geisler 2003).

Erschwerend kommt hinzu, dass im Krankenhaus teilweise nach wie vor mitunter strikte **hierarchische Strukturen** vorherrschen. Denn es sind nicht immer nur fachliche Leistungen, die für den beruflichen Aufstieg qualifizieren; vielmehr ist geschicktes Taktieren im Sinne einer erfolgreichen persönlichen Vermarktung oft notwendiger Bestandteil einer sorgfältigen Karriereplanung. Auswirkungen zeigt dies auch auf die Zusammenarbeit im Team: Konkurrenzdenken und Missgunst sind keine Seltenheit, werden in manchen Strukturen gar gefördert, um eine Leistungsmaximierung zu erzielen.

Neben dem ständig wachsendem Fachwissen müssen Ärzte also ebenso bürokratische und ökonomische Herausforderungen meistern und zusätzlich über ausreichende Expertise im Umgang mit menschlichen Problemsituationen verfügen, all dies in einem immer reduzierteren Zeitrahmen.

Diesen Hintergrund sollte man in der Betrachtung des ärztlichen Umgangs mit Leiden und Tod nicht außer Acht lassen. Denn in diesem Berufsalltag mit oben skizzierten Anforderungen und Schwierigkeiten hat der Arzt auch den individuellen Bedürfnissen der Patienten adäquat zu begegnen. In diesem Kontext ist er existenziellen und durchaus teilweise auch juristisch

relevanten Situationen ausgesetzt, die ihn in ein Spannungsfeld moralisch-ethischer Grundthemen eintreten lassen (Wallace 1997; Inui 2003; Feudtner und Christakis 1994; Ginsburg, Regehr, und Lingard 2003) und menschliche Höchstleistungen abverlangen. Um mit Johann Rohdes Worten zu sprechen, wird von den Ärzten als Positionsinhabern in einer Organisation zu vieles gleichzeitig erwartet, wobei diese **Rollenüberlastung** gleichzeitig in aller Regel auch noch mit **Rollenkonflikten** verbunden ist (Rohde 1973, 26).

Diese Anforderungen an die Ärzte können in ihrer Gesamtheit – besonders für Berufsanfänger – oft zu Überforderungen werden. „Und dies führt dann nur allzu leicht gerade zu einer Vernachlässigung der besonders aufwändigen Aktivitäten im patientenzentrierten Rollenbereich, [...] vor allem die Neigung, den Umgang mit dem Patienten auf ein technisch-objektiv notwendiges Minimum zu beschränken, sich vor den Kommunikationsbedürfnissen des Patienten abzuschirmen, Techniken des schnellen Überspielens solcher Bedürfnisse zu entwickeln, das eigentliche Engagement aber auf andere Bereiche, z. B. eben Forschung und / oder Lehre, zu verlagern“ (ebd.; vgl. auch Vogd 2006)

Dabei ist eine Auseinandersetzung mit diesen unterschiedlichen Bedürfnissen und grundsätzlichen Problematiken des menschlichen Lebens im Bereich der Medizin entscheidend für die Entwicklung eines beruflichen Selbstverständnisses und trägt damit maßgeblich zu späteren ärztlichen Haltungen und Verhaltensweisen bei (Feudtner und Christakis 1994). Dazu könnte bzw. sollte bereits das Studium die nötigen Anreize bieten, wobei auch in Weiter- und Fortbildung Entsprechendes kontinuierlich gepflegt werden müsste.

1.3.4 Das Medizinstudium

Vorbereitung auf die Anforderungen des Arztberufs?

Das Ziel jeder medizinischen Ausbildung ist es, den sog. „guten Arzt“ hervorzubringen. Dies nimmt die Ausbilder in die Pflicht, diejenigen Eigenschaften und Fähigkeiten bei den Studierenden zu fördern, die einen „guten Arzt“ ausmachen. Wie bereits beschrieben wurde, beinhaltet die ärztliche Tätigkeit eine Vielzahl von unterschiedlichen Anforderungen.

Fachliche und handwerkliche Kompetenz sind wichtige Grundvoraussetzungen, reichen alleine aber sicherlich nicht aus, um den „guten Arzt“ zu charakterisieren (vgl. (Drane 1995, 2 ff. Wallace 1997; Roberts u. a. 2005). Dennoch stellt dies für die Patienten meist die erstgenannte Eigenschaft guter Ärzte dar (Fones u. a. 1998). Genau darauf zielt auch das Gros der universitären Ausbildung ab. Als fast ebenso wichtig werden aber auch Attribute wie Ehrlichkeit, Vertrauenswürdigkeit, Zuverlässigkeit, Güte, Respekt, Integrität und Gerechtigkeit (z. B. Drane 1995; Geisler 2003; Conti 2006) im Umgang mit dem Patienten angesehen. John Harris fasst dies unter dem Begriff „Weisheit im Menschlichen“ (Harris 1995) zusammen, die für den Arztberuf essenziell sei. Diese verlangt von dem Handelnden ein hohes Maß an ethischer Selbstständigkeit, die ein autonomes moralisches Abwägen in Problemsituationen ermöglicht, sowie eine ständige Selbstreflexion als Voraussetzungen für umsichtiges Handeln. Diese Fähigkeit zu einem professionellen, unabhängigen und patientenorientierten Umgang mit ethischen Entscheidungen wird von vielen Autoren als Kernkompetenz und damit „Schlüssel“ zum guten Arzt angesehen (Feudtner und Christakis 1994; Drane 1995; Inui 2003; Roberts u. a. 2005). Auch in der Approbationsordnung von 2002 werden im ersten Paragraphen ähnliche Ziele der ärztlichen Ausbildung aufgeführt⁶. Diese sollte

⁶ Bundesministerium der Justiz, Approbationsordnung für Ärzte 2002; http://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html, abgerufen am 07.06.2012.

- Grundkenntnisse der Einflüsse von Familie, Gesellschaft und Umwelt auf die Gesundheit, die Organisation des Gesundheitswesens und die Bewältigung von Krankheitsfolgen,
- die geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes vermitteln.

Trotz all dieser berechtigten Formulierungen und Überlegungen ist bisher nur wenig im tatsächlichen Curriculum des Medizinstudiums angekommen. Zwar ist die **medizinische Ethik** im Rahmen des Querschnittfachs „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ Teilbereich eines der 35 geprüften Fächer des klinischen Studienabschnittes. Sie kann aber schon allein aufgrund ihrer zeitlichen Beschränkung im Stundenplan sowie der Vielzahl an Teilnehmern in Vorlesung und (falls vorhandenem) Seminar nicht vertieft behandelt werden.

Ferner gibt es Untersuchungen, die zeigen, dass das Medizinstudium in seiner heutigen Form diese entscheidenden Kernkompetenzen des „guten Arztes“ bei den Studenten alles andere als fördert: Dies demonstrierte eine Studie der Universität Konstanz über die **moralischen Kompetenzen** von Studenten in Deutschland, der Schweiz und Brasilien (Lind 2000; Lind 2010). Darin wurde die moralische Urteilsfähigkeit von 1149 Studenten der Fachrichtungen Humanmedizin, Psychologie und Wirtschaft anhand von Dilemmasituationen untersucht, bei denen das Für und Wider moralischer Argumente abgewogen werden musste. Das Ergebnis zeigte, dass die Psychologen und Wirtschaftsstudenten im Verlauf ihres Studiums an Urteilskompetenz gewonnen hatten oder zumindest gleich geblieben waren, während unter den Medizinerinnen eine deutliche Abnahme ebendieser zu verzeichnen war. Die Autoren führen dies auf eine ungünstige „Lernumwelt“ im verschulerten medizinischen Ausbildungssystem zurück, mit geringem Bedarf an Eigeninitiative und persönlichem Einbringen. Stures Auswendiglernen sei der Moral abträglich, die Studenten müssten zur aktiven Auseinandersetzung mit komplexen Themen angehalten werden. Dann sei auch im Erwachsenenalter durchaus „moralisches Lernen“ möglich.

Tatsächlich wird gegenwärtig das Studium aber oft „als obsoleter Frontalunterricht praktiziert, patientenfern, theoretisch überfrachtet, in unzusammenhängende Fächer gesplittet. Die Herangehensweise an Krankheitsbilder orientiert sich am unsäglichen Multiple-Choice-Fragenkatalog des Staatsexamens. Kommunikative Kompetenz wird nicht geschult.“ (Geisler 2003).

Die „**Medical Humanities**“ sind als eine Art Reaktion auf das stark wissenschaftlich orientierte Medizinstudium und die zunehmend technisierte Medizin zu sehen. Sie fordern die feste Implementierung humanistischer Inhalte in die ärztliche Ausbildung (vgl. Charon 2001; Evans 2008; Shapiro u. a. 2009). Mittels verschiedener geisteswissenschaftlicher Disziplinen wie Literatur, Kunst, Philosophie, Medizingeschichte, Ethik, Theologie, Anthropologie, Soziologie und Ethnologie soll ein neuer Zugang zu existenziellen medizinischen Themen wie Krankheit, Leiden, Heilen, Tod, therapeutischen Beziehungen u. ä. geschaffen werden und grundlegende Fragen der ärztlichen Profession reflektiert werden. Die zentrale Aufgabe ist dabei, „diejenigen Themengebiete und Aspekte von ärztlicher Tätigkeit, Krankheitserfahrung und gesellschaftlicher Wirkung der Medizin, die einer naturwissenschaftsförmigen Erforschung und Darstellung nicht [...] zugänglich sind, immer wieder ins Bewusstsein zu rufen, d.h., sie nicht zuletzt in einem akademischen Kontext diskursfähig zu halten oder zu machen. Sie müssen gegen die starken Tendenzen aller sozialen Systeme und somit auch der Medizin, das, was sich nicht genügend assimilieren lässt, auszuschließen, die unerlässliche Funktion solcher oftmals als «weich» angesehenen Faktoren in kreativer Form deutlich machen“ (Bruchhausen 2011). Sie dienen so der Erschließung (neuer oder zusätzlicher) humaner bzw. moralischer Ressourcen (ebd.) mit dem Bestreben, zu einem umfassenden medizinischen Rollenverständnis und kritischen Reflexionsvermögen zu gelangen. Basierend

auf einem tiefen und komplexen Verständnis für Krankheit, Leiden, Menschsein und verwandten Themen soll die medizinische Versorgung verbessert werden, indem die darin Praktizierenden motiviert werden, ihre Abwägungen in klinischen Entscheidungssituationen zu komplexifizieren und zu verfeinern (Shapiro u. a. 2009). Eine konkrete Umsetzung ist beispielsweise die „Narrative Medicine“; hier soll über die Analyse und Interpretation von literarischen Texten oder von Filmmaterial und reflexivem Schreiben über persönliche Erfahrungen mit Patienten, Kollegen oder ähnlichem die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme und Selbsteinsicht gefördert werden (Charon 2001; Coulehan 2007). Auch die Beschäftigung mit den bildenden Künsten soll anregend wirken: Kunst ist mehrdeutig und vielschichtig; ihre Interpretation verlangt Sensibilität, Engagement, Vorstellungskraft und Reflexion. Diese Fähigkeiten sind auch essenziell für klinische Kompetenz und professionelle Entwicklung und sollen auf diese Weise gefördert werden. (Frich und Fugelli 2003).

Tatsache ist, dass der **Fokus der ärztlichen Ausbildung** hauptsächlich noch auf der Vermittlung von Faktenwissen und technischen Fertigkeiten liegt. Dabei werden die traditionellen humanen und interpersonellen Aspekte der Medizin zusehends vernachlässigt (Murray 2003). Die vom Patienten eingeforderte „Weisheit im Menschlichen“ verlangt aber eine fortwährende Reflexion und Auseinandersetzung gerade mit existenziellen Themen unseres Daseins wie Krankheit, Verlust, Leiden und Tod sowie die Herausbildung eines individuellen, integrativen Selbstverständnisses als Mensch und als Mediziner. Dies im Rahmen eines so verschult und leistungsorientiert aufgebauten Medizinstudiums angemessen zu fördern, bildet eine zentrale Herausforderung für Gegenwart und Zukunft.

Ausgehend von dem oben skizzierten problematischen Umgang des heutigen Mediziners mit Leiden und Tod versucht diese Studie, „Weisheit im menschlichen Kontext“ durch eine entsprechende Intervention für die angehenden Ärzte konkret fassbar zu machen und im Rahmen der studentischen Ausbildung zu fördern.

1.4 Das Pilotprojekt „Humanität in der Medizin“

Im Rahmen der Seminarreihe „Humanität in der Medizin“, die 2009 als Pilotprojekt an der Technischen Universität München ins Leben gerufen wurde, wurden sechs Seminareinheiten zu je zwei Doppelstunden über wichtige Themen zum medizinischen Rollenverständnis und daraus resultierenden Konflikten konzipiert. Entscheidend für die Akzeptanz und das Interesse seitens der Studentenschaft für das Projekt ist die **Auswahl der Themen**: Diese sollen an die Bedürfnisse der Studenten angepasst sein und jene Bereiche aufgreifen, die im Studium ihrer Ansicht nach zu kurz kommen und dennoch elementar für den späteren Arztberuf sind. Um diese in Bezug auf „Humanität in der Medizin“ zu identifizieren, wurde das Prinzip der sogenannten **Fokusgruppen** angewendet. Dieses auf den Amerikaner Robert K. Merton zurückgehende Verfahren wird besonders in der Marktforschung angewendet, um Konsumentenbedürfnisse zu eruieren. Ziel ist es, qualitative Daten aus einer fokussierten Diskussion zu gewinnen. Die Forscher bekommen damit Zugang zu tiefgreifenderen Informationen, da die Dynamik der Gruppeninteraktion differenziertere Meinungen, Zusammenhänge und Haltungen zu Tage fördert (Krueger 1994, 8 ff.). Typischerweise besteht eine Gruppe aus ca. 7 – 12 Mitgliedern. Zu jedem Thema werden mehrere Fokusgruppen abgehalten, jedoch immer mit anderen Teilnehmern, um einen möglichst breiten Einblick in die Thematik zu bekommen. Ein Interviewer leitet die Diskussion anhand von offenen Fragen, die in der Gruppe diskutiert werden.

So wurden im Vorfeld zur Herausarbeitung der Themenkomplexe des „Humanität in der Medizin“ - Seminars vier derartige Fokusgruppen durchgeführt - jeweils zwei mit Studenten der Humanmedizin (rekrutiert aus Fachschaft und dem persönlichen Bekanntenkreis) und weitere zwei mit Patienten des Klinikums Rechts der Isar (Patienten der Chirurgie sowie der Psychosomatik), immer auf freiwilliger Basis und ohne Gegenleistung. Die Diskussionen wurden zur späteren Rekapitulation audiovisuell aufgezeichnet, zudem wurden die Sitzungen zweifach protokollarisch begleitet. Mehrfachnennungen bzw. sich überlappende oder zusammenhängende Aussagen wurden anschließend unter Zuhilfenahme der Protokolle in übergeordnete Kategorien zusammengefasst, und diese nach Häufigkeit der Nennungen und Diskussionszeit in eine hierarchische Ordnung gebracht, um die zentralen Aussagen der Fokusgruppen herauszuarbeiten. Angemerkt sei, dass das verwendete Verfahren aufgrund der kleinen Stichprobengröße keinesfalls den Anspruch erhebt, repräsentativ zu sein; dennoch können auf diese Weise prinzipielle Bedürfnisse bzw. Trends in einer Zielgruppe aufgedeckt werden. Unter Einbeziehung dieser Ergebnisse wurden bedürfnisorientiert die folgenden sechs Themenkomplexe für die Seminarreihe „**Humanität in der Medizin**“ festgelegt:

1. Mein Weg – Privatleben, Beruf und Karriere
2. Der Patient – eine leibhaftige Person
3. Mein Alltag – von Leiden und Tod
4. Das Gespräch – zwischen Arztrolle und Menschsein
5. Die Angst – zwischen Verantwortung und Unsicherheit
6. Die Arbeit – zwischen Hierarchie und Team

Diese Themenbereiche sollten in einzelnen Seminarblöcken über zwei Semester verteilt in einer Gruppe von zehn bis maximal fünfzehn Studenten erarbeitet werden. Jede Einheit wurde jeweils von einem Mediziner und einem Geisteswissenschaftler (z. B. aus Psychologie, Philosophie, Theologie etc.), geplant und durchgeführt. Als didaktisches Grundkonzept wurde der transformative Lernansatz nach Mezirow (Mezirow 1997) gewählt.

Mit der Frage nach der Wirksamkeit dieser didaktischen Intervention zu solchen komplexen und nicht alltäglichen Themen bei Medizinstudierenden entstand die Idee zu der vorliegenden Arbeit. Exemplarisch wurde dazu die Einheit „Mein Alltag – von Leiden und Tod“ ausgewählt und die Studierenden mit entsprechenden medizinischen Dilemmasituationen konfrontiert (siehe Methodenteil). Seit einigen Jahren wird in der psychologischen Weisheitsforschung der Versuch unternommen, die bereits angesprochene und für die erfolgreiche Bearbeitung derartiger Dilemmata dringend benötigte „Weisheit im Menschlichen“ qualitativ zu erfassen und zu bewerten. Bei der vorliegenden Untersuchung des möglichen Einflusses eines derartigen Seminarprogramms auf die Teilnehmenden wurden die Erkenntnisse dieser Forschungsrichtung für die Konzeption des Studienaufbaus zu Grunde gelegt, weshalb die psychologische Weisheitsforschung im Folgenden näher vorgestellt werden wird.

1.5 Psychologische Weisheitsforschung

1.5.1 Weisheit als Gegenstand psychologischer Forschung

Weisheit wird von Baltes, dem Wegbereiter der psychologischen Weisheitsforschung in Deutschland, als eine Art „Expertenwissen im Bereich grundlegender Lebensfragen“ angesehen (Baltes und Smith 1990). Dabei wird weises Handeln vor allem in sozialen Situationen manifest, in denen es um Ratgebung und Begleitung („guidance“) geht (Montgomery, Barber und McKee 2002). Mit solchen Situationen sind Ärzte im Alltag häufig konfrontiert; sie werden vor komplexe menschliche Problematiken gestellt und sollten darin so „weise“ wie möglich agieren und den Patienten gut beraten und begleiten. Es besteht folglich hier ein besonders hoher Bedarf an diesem „Expertenwissen im Bereich grundlegender Lebensfragen“ (Baltes und Smith 1990).

Das Streben nach Weisheit ist fast so alt wie die Menschheit selbst. Sehr frühe Beispiele sich mit diesem Thema beschäftigender Literatur stammen aus Mesopotamien und Ägypten um 300 v. Chr. Dabei wird Weisheit generell als der ideale Endpunkt menschlicher Entwicklung verstanden (Staudinger und Glück 2011). Die *wissenschaftliche* Beschäftigung mit diesem Thema im Rahmen der modernen Psychologie erfreute sich in den letzten Jahrzehnten zunehmender Beliebtheit (Sternberg 1990; Staudinger und Glück 2011); dies hängt zum einen mit der demographischen Entwicklung in unserer Gesellschaft zusammen, in deren Folge nun positive Aspekte des Alterns verstärkt zum Thema werden. Zugleich ist dies auch Ausdruck einer zunehmenden Suche der Menschen nach Orientierungswissen in Form von Weisheit (Staudinger und Baltes 1996a), an dem es in der postmodernen Zeit zu mangeln scheint. Dabei haben sich seit den 1970er Jahren im Wesentlichen zwei große Stränge der psychologischen Weisheitsforschung herausgebildet (Staudinger und Baltes 1995a). Im Folgenden seien beide Richtungen kurz zusammenfassend erläutert:

Implizite Weisheitsforschung

In der Erforschung von *impliziten Weisheitstheorien* nähern sich die Wissenschaftler über das Laienverständnis von Weisheit an die Bedeutung des Begriffs und eine *mögliche Definition* an. Weisheit wird vor allem in existenziellen und unsicheren Lebensproblemen sichtbar (ebd.). Sie ist nicht gleichzusetzen mit Lebenserfahrung (Staudinger und Kessler 2009; Staudinger und Kunzmann 2005), vielmehr beinhaltet sie eine kognitive, eine emotionale und eine motivationale Facette (Staudinger und Kessler 2009). Um zu verstehen, was Weisheit wirklich bedeutet und wie sie definiert werden kann, wurde im Rahmen der impliziten Forschung das Laienverständnis von Weisheit in verschiedenen Studien untersucht (z. B. Clayton und Birren 1980; Holliday und Chandler 1986; Jason u. a. 2001; Sternberg 1985). Die Teilnehmer wurden darin aufgefordert, Eigenschaften weiser Personen zu nennen und dann im zweiten Schritt deren Relevanz für Weisheit zu bewerten. Bluck und Glück fassten die Ergebnisse solcher deskriptiven Studien zusammen und arbeiteten fünf Kernkomponenten subjektiver Weisheitstheorien heraus (Bluck und Glück 2005). Die erste Komponente umfasst den kognitiv-wissensbezogenen Bereich, in dem Intelligenz, logisches Denken und argumentative Fähigkeiten eine wichtige Rolle spielen. Die zweite Kategorie beschreibt ein ständiges Streben nach Erkenntnis und verknüpft damit Kognition und Motivation: Weise Menschen hätten die Fähigkeiten und vor allem den Willen, ein tiefgreifendes Verständnis für komplexe Thematiken zu erlangen. Die dritte Kernkomponente – eine reflexive Grundhaltung – meint das Vermögen, sich intensiv und emotional distanziert mit Problemen auseinanderzusetzen,

was auch den kritischen Umgang mit sich selbst einschließt. Des Weiteren wird als vierte Kompetenz die Sorge um andere genannt; das Wohl der Allgemeinheit wird über persönliche Bedürfnisse gestellt und kann differenziert erfasst werden. Zuletzt nennen die Autoren zusätzliche Komponenten wie Spiritualität oder Humor, die in einer fünften Kategorie zusammengefasst wurden.

Explizite Weisheitsforschung

Im expliziten Forschungsstrang geht es um die Einbettung dieser psychologischen Erkenntnisse in ein wissenschaftlich-theoretisches Weisheitskonzept und dessen empirische Überprüfbarkeit (Staudinger und Baltes 1996a; Sternberg 2005). Hierzu werden Methoden und Tests entwickelt, um Weisheit möglichst objektiv messbar machen zu können und im nächsten Schritt deren Entwicklungsprozess in Individuen darstellen zu können. So soll die Plastizität von Weisheit besser verstanden werden und damit ihre Entwicklung gezielt gefördert werden können (Staudinger und Glück 2011). Ursula Staudinger schlägt hier eine Trennung zwischen persönlicher und allgemeiner Weisheit vor (Staudinger 1999; Staudinger, Dörner, und Mickler 2005): Die persönliche Weisheit beziehe sich auf die Fähigkeit zur Selbsteinsicht eines Individuums im Rahmen des eigenen Lebens, die allgemeine Weisheit habe eher mit Einsichten in das Leben generell von einer Beobachterposition aus zu tun, in der das ratgebende Individuum selbst nicht betroffen ist. Diese zwei verschiedenen Formen müssten nicht notwendigerweise gleichzeitig in einer Person vorhanden sein, deshalb sei auch deren getrennte Untersuchung angebracht. In diesem Sinne teilte Staudinger zur besseren Übersicht gängige Weisheitskonzepte und deren instrumentelle Erfassung in schwerpunktmäßig eher die persönliche oder die allgemeine Weisheit erfassend ein:

Die Erforschung **persönlicher Weisheit** ist eng mit der klinischen, der Persönlichkeits- sowie Entwicklungspsychologie verwandt. Die Eriksonsche Theorie geht beispielsweise von Weisheit als einem optimalen Endpunkt individueller Identitätsentwicklung aus, die nur durch das Durchleben persönlicher Lebenskrisen erreicht werden kann (Erikson 1959) und sich in der Transzendierung persönlicher Interessen, der gelungenen Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und der Zuwendung zu kollektiven und universellen Werten äußert (Staudinger und Baltes 1996a). Darauf aufbauend versteht Jeffrey Webster unter Weisheit die Fähigkeit und den Willen, kritische Lebenserfahrungen zur Ermöglichung einer optimalen Entwicklung der eigenen Person und der Anderen anzuwenden (Webster 2003; Webster 2007). Monica Ardelt beschreibt Weisheit in ihrem dreidimensionalen Persönlichkeitsmodell als Kombination persönlicher Charakteristiken, die sie in kognitive, reflexive und affektive Komponenten einteilt (Ardelt 2004). Allen diesen Konzepten gemein ist, dass sie zur Erfassung weisheitsbezogener Kompetenzen von Probanden auf deren persönliche Selbsteinschätzungen zurückgreifen. Dies ist zwar eine gut praktikable und leicht anzuwendende Methode, deren Ergebnisse jedoch zum einen durch eine zu positive Selbstdarstellung seitens der Probanden und zum anderen durch ihre möglicherweise unzutreffenden Selbsteinschätzungen verfälscht werden können (Staudinger und Glück 2011). Neuere Ansätze wie z.B. das Bremer Messinstrument für selbstbezogene Weisheit (Mickler und Staudinger 2008) gehen daher in die Richtung der Konfrontation von Probanden mit realistischen Dilemmasituationen, wie dies auch bei der Messung von allgemeiner Weisheit geschieht.

Konzepte der **allgemeinen Weisheit** gehen unter anderem auf Neo-Piagetsche Weisheitstheorien zurück, die formal-logische Denkansätze aus eher frühen

individuellen Entwicklungsstadien in der Konfrontation mit komplexen Lebensproblemen als unzureichend beschreiben, was eine Herausbildung eines dialektisch- integrativen Bewusstseins notwendig macht – wichtiges Kriterium für weise handelnde Personen (Arlin 1990; Labouvie-Vief 1990; Kramer 1983; Pascual-Leone 1990). Daran anknüpfend leistete Sternberg mit seiner „Wisdom balancing theory“ einen bedeutenden Betrag zur Erforschung der allgemeinen Weisheit. In ihr spielt der Ausgleich von intra-, inter- und extrapersonalen Interessen eine maßgebliche Rolle, die bei jeder Entscheidung in Konflikt zueinander stehen und in der Problemlösung sorgfältig gegeneinander abgewogen und berücksichtigt werden müssen (Sternberg 1998; Sternberg 1990; Sternberg 2005). Diese Ausbalancierung geschieht durch Anwendung von Intelligenz und Erfahrung und wird bestimmt durch höhere Werte und Ideale, die die bestmögliche Lösung für alle zum Ziel haben, also ein „commom good“. Damit wird der persönlichen Werteorientierung eine zentrale Rolle für weise Entscheidungen zugeschrieben (Sternberg 2004). Als sicherlich wichtigstes und am besten evaluiertes allgemeines Weisheitsmodell gilt das von Staudinger und Baltes postulierte Berliner Weisheitsmodell (Sternberg 2004; Ardel 2004).

Im Folgenden werden aufgrund des starken Bezuges zu der vorliegenden Arbeit Baltes' Weisheitsparadigma und die darauf aufbauenden weisheitsbezogenen Kompetenzen im medizinischen Kontext nach Stark sowie deren praktische Erfassung (Stark und Hoffmann 2009) eingehender vorgestellt.

1.5.2 Das Berliner Weisheitsparadigma

Paul Baltes – Entwicklungspsychologe und ehemaliger Direktor des Max-Planck-Institutes in Berlin – definiert Weisheit als ein „Expertenwissen, das zur Bearbeitung grundlegender Lebensfragen befähigt und sich in außergewöhnlich guten Urteilen und Ratschlägen manifestiert.“ (Baltes und Smith 1990). In seinem „Berliner Weisheitsmodell“, welches er in den 1980er Jahren zusammen mit Ursula Staudinger entwickelte, wurden verschiedene Forschungsrichtungen der Psychologie zu einer umfassenden Weisheitstheorie integrativ verknüpft: Neben der Erforschung individueller Höchstleistungen - auch als Expertentum bezeichnet - und der Erwachsenen- und Altersintelligenz sowie der allgemeinen Intelligenzforschung hatte die „Lifespan“- Psychologie einen maßgeblichen Einfluss auf deren Entwicklung. Die Psychologie der Lebensspanne beschäftigt sich mit den Auswirkungen von biografischen Merkmalen wie z.B. Alter, Erfahrungen, Motivation etc. auf die individuellen Verhaltensweisen von Personen sowie der Spannbreite der Plastizität von Entwicklungsprozessen (Baltes 1990). Sein Weisheitsmodell sollte als erstes seiner Art als Grundlage zur wissenschaftlichen Erforschung von Weisheit dienen. In diesem Zusammenhang schien ihm der Umgang mit komplexen Lebenssituationen von zentraler Bedeutung: „Wir bezeichnen mit Weisheit das hochentwickelte Wissens- und Urteilssystem, das für die Bearbeitung grundlegender Lebensfragen von essenzieller Bedeutung ist. Es stellt Fakten und Strategien für die Entscheidungsfindung in wichtigen, aber ungewissen Fragen der Lebensführung und Lebensdeutung bereit, für die keine standardisierten Lösungen greifbar sind“ (Baltes und Smith 1990). Auf dieser grundlegenden Annahme entwickelte er ein neuartiges Messverfahren, welches auf der Konfrontation mit gezielten Dilemmasituationen basiert. Dabei werden den Probanden verschiedene Lebensprobleme vorgelegt, über die diese dann laut nachdenken sollen. Bei diesen Lebensproblemen handelt es sich beispielsweise um

einen Freund, der telefonisch mitteilt, dass er sich das Leben nehmen will, oder ein vierzehnjähriges Mädchen, das unbedingt sofort von zu Hause ausziehen möchte. Mit der Methode des lauten Denkens, die ursprünglich aus der Software-Entwicklung stammt (Ericsson und Simon 1980), werden Gedanken zu Lösungsmöglichkeiten eines Problems verbalisiert, es wird also laut reflektiert und die geäußerten Gedankengänge werden protokolliert und schließlich mittels Inhaltsanalyse ausgewertet.

Zur Erfassung weisheitsbezogener Kompetenzen wurden von Baltes **fünf Kriterien** postuliert.

Folgende zwei **Basiskriterien** sind danach notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzungen für weise Antworten (Staudinger, Smith, und Baltes 1994):

1. *Reiches Faktenwissen über Lebensverlauf und Lebenslagen*

Hiermit ist zum einen ein „besonders umfangreicher und differenzierter Bestand an allgemeinem Wissen über die menschliche Natur und die Hintergründe des Lebens“ (ebd., S.22) gemeint, zum anderen aber auch konkretes Wissen über soziale Interaktionen und Abläufe wie auch spezifisches Fachwissen. Dieses Wissen sollte thematisch umfangreich sein, die Tiefe der Dinge beleuchten sowie vernetzt aufgebaut sein.

2. *Reiches prozedurales Wissen über das Umgehen mit Lebensproblemen*

Darunter versteht Baltes das „Wissen, wie man mit grundlegenden Fragen des Lebens umgeht.“ (ebd., S.23) Schwerpunkte sind hier Strategien zur Entscheidungsfindung, Planung und rückblickenden Bewertung von Lebensszenarien sowie Strategien der Ratgebung unter Miteinbeziehung konkreten Wissens über Formen und Strategien der Kommunikation sowie der darin unterschiedlichen Rollenverteilungen und Bedingungen.

Die folgenden drei Kategorien stellen **Metakriterien** dar, die spezifischer für Weisheit sind und sich auf die „fundamentale Pragmatik des Lebens“ (ebd., S.21) beziehen:

3. *Lifespan-Kontextualismus*

meint die Betrachtung von Ereignissen oder Lebensproblemen im Kontext der Lebensspanne, sowohl in Sinne individueller Lebensverläufe als auch altersbezogener oder kultureller Bezüge. Diese kontextuelle Perspektive impliziert die Berücksichtigung vielfältiger individueller Facetten eines Lebensproblems in ihren Verknüpfungen und ihrer wechselseitigen Beeinflussung.

4. *Wert-Relativismus*

ist das „Wissen um die Relativität von individuellen oder gesellschaftlichen Wert- und Zielvorstellungen“ (ebd., S.26). Voraussetzung ist die Bewusstmachung eigener Standpunkte und Werte, um zu diesen in Distanz gehen zu können und einen nicht wertenden Umgang mit unterschiedlichen Blickwinkeln aufbauen zu können, ohne dabei universelle Werte aus den Augen zu verlieren.

5. *Ungewissheit: Wissen um die relative Unbestimmtheit des Lebens und die Art, damit umzugehen*

beinhaltet einen konstruktiven Umgang mit der jeder komplexen Situation innewohnenden Ungewissheit. Diese Ungewissheit ist ein nicht zu eliminierender Faktor in nahezu allen Problemsituationen, der sich der Kontrolle der Betroffenen

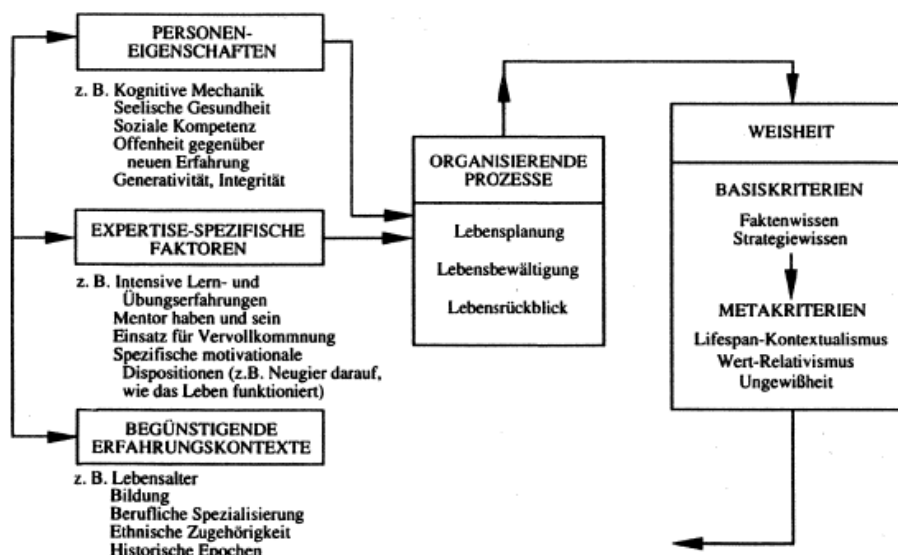
entzieht. Auf diesem Hintergrund bewusst die bestmögliche Entscheidung zu treffen und der Ungewissheit damit auch konstruktiv zu begegnen zeichnet eine gute Ungewissheitstoleranz aus.

Mit Hilfe dieser fünf Kategorien von Staudinger und Baltes wurde die empirische Analyse weisheitsbezogenen Wissens und der Umsetzung dieses Wissens möglich, was in zahlreichen Studien erprobt wurde (z. B. Staudinger, Smith und Baltes 1992; Baltes u. a. 1995; Staudinger und Baltes 1996a; Pasupathi, Staudinger und Baltes 2001). Hierbei untersuchten Baltes et al besonders die Bedingungen für die Entwicklung von Weisheit sowie die sich daraus ergebenden Konsequenzen:

Entstehung von Weisheit

Ausgehend von ihrem Weisheitskonzept, spezifizierten Staudinger und Baltes auch die Bedingungen bzw. Faktoren, die für die Entstehung von Weisheit förderlich sind und dabei zusammenwirken müssen (Staudinger und Baltes 1996; Staudinger und Glück 2011): Hierzu zählen sie Personeneigenschaften wie Intelligenz, Offenheit, Kreativität, Werteorientierung und soziale Kompetenz. Weiter nennen sie Expertise-spezifische Faktoren wie Lernbereitschaft und Motivation zu tieferen Einsichten in das Leben oder das Selbst und stattgefundene Konfrontationen mit schwierigen Lebenssituationen. Begünstigend können hier Erfahrungskontexte wirken, die sich in individuellem Alter, Epoche, Beruf etc. widerspiegeln. Diese Faktoren beeinflussen nicht nur, welche Arten von Erfahrungen gemacht werden, sondern vor allem, wie diese bewertet und integriert werden. Schlüsselfaktor hierbei ist eine reflexive Grundhaltung in Bezug auf das Leben („life reflection“) und seiner grundlegenden Fragen (Staudinger und Glück 2011), in **Abb. 1** unter organisierenden Prozessen dargestellt.

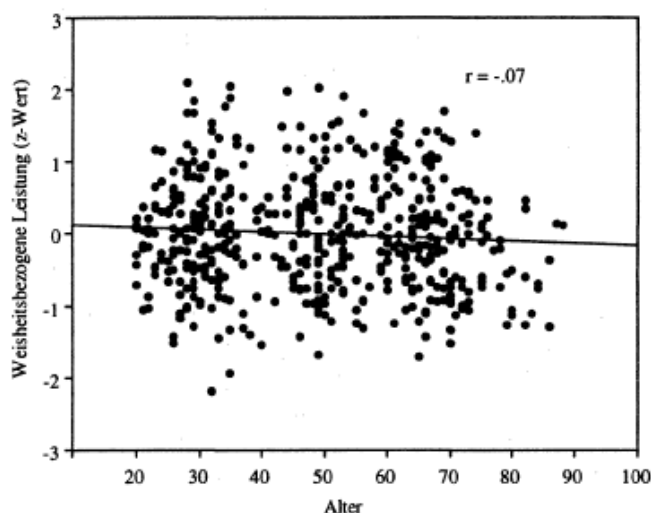
Abb. 1. Arbeitsmodell zur Erforschung der Vorbedingungen, Korrelate und/oder Konsequenzen weisheitsbezogenen Wissens und Urteils (adaptiert nach Baltes & Smith, 1990; Baltes & Staudinger, 1993). Aus: Staudinger und Baltes 1996a.



Basierend auf den Annahmen dieses Modells ergibt sich auch, dass das Alter mit der dort sicherlich höheren Erfahrungsdichte förderlich für Weisheit ist, jedoch nicht Bedingung für ihre Erscheinung, geschweige denn automatisch damit einhergeht. Dies untermauert auch

verschiedene von Smith, Baltes und Staudinger durchgeführte Studien. Hier zeigte sich eine relative Unabhängigkeit weisheitsbezogener Leistungen vom Lebensalter (**Abb. 2**), zumindest was den Bereich zwischen 20 und 80 Jahren angeht (Staudinger 1989; Staudinger, Smith, und Baltes 1992; Smith, Staudinger, und Baltes 1994; Baltes u. a. 1995; Staudinger und Baltes 1995b). Andere Studien legen nahe, dass weisheitsassoziierte Erkenntnisse ab dem Alter zwischen 14 und 25 Jahren aufkommen (Pasupathi, Staudinger, und Baltes 2001).

Abb. 2. Weisheitsbezogene Leistungen (nach dem Weisheitsparadigma von Baltes und Staudinger erhoben) zeigen in einem Altersspektrum von 20 bis ca. 75-80 Jahren keinen Zusammenhang mit chronologischem Alter (z-transformierte Daten aggregiert über fünf Studien: Smith et al., 1994; Staudinger, 1989; Staudinger et al., 1992; Baltes et al., 1995, Staudinger & Baltes, 1995). Aus: Staudinger und Baltes 1996a



Auch in der Entstehungstheorie von Weisheit wendet Ursula Staudinger die Unterscheidung in persönliche und generelle Weisheit an; es scheint viel schwieriger, persönliche Weisheit zu entwickeln, die Erkenntnisse über das eigene Leben und Verhalten voraussetzt e.g. (Greenwald und Pratkanis 1984). Generelle Weisheit kann hier sozusagen als Wegbereiter fungieren, da eine Auseinandersetzung mit den Lebensproblemen anderer in der Regel leichter zu fallen scheint.

Plastizität von Weisheit

Die verschiedenen Studien, die bislang zur Einschätzung weisheitsbezogener Leistungen durchgeführt wurden, zeigten durchschnittlich ein eher niedriges Niveau der Versuchsteilnehmer auf, das noch viele Möglichkeiten der Verbesserung in sich birgt (Staudinger und Glück 2011). Tatsächlich zeigten dahingehende Untersuchungen, dass die reale oder imaginäre Diskussion eines komplexen Lebensproblems mit einer Vertrauensperson (Staudinger und Baltes 1996b) oder das Erlernen von Strategien, um an Wissen zu kommen, eine signifikante Verbesserung weisheitsbezogener Leistungen mit sich bringt (Böhmig-Krumhaar, Staudinger und Baltes 2002). Dies führt unweigerlich zu der Frage, ob und wie Weisheit in Individuen gefördert werden kann, die von verschiedenen Autoren – allen voran dem Psychologen und Erziehungswissenschaftler Robert Sternberg – aufgegriffen wurde. Er plädiert für eine Implementierung weisheitsbezogener Kompetenzen in das Schulcurriculum. Weise (Lebens-)Entscheidungen würden zu Zufriedenheit und Erfüllung führen und seien der Weg zu einer am Allgemeinwohl aller orientierten, harmonischeren Welt. Um diese treffen zu können, würde pures Wissen nicht ausreichen, vielmehr ginge es um die Art und Weise, dieses

in den Entscheidungssituationen richtig anwenden zu können. Ziel des Unterrichts von Weisheit sei somit nicht, den Lernenden beizubringen, *was* sie denken sollen, sondern zu vermitteln, *wie* man denkt (Sternberg 2001; Sternberg 2004; Sternberg 2009). Dies soll unter anderem durch die Beschäftigung mit klassischer Literatur zum Thema Weisheit, Philosophie und Gruppendiskussionen bzw. Projektarbeiten geschehen, die das dialektische und dialogistische Denken sowie die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme fördern sollen. Als zentralen Punkt erachtet er, dass Lernende dazu motiviert werden, sich ihre eigenen Werte reflektierend bewusst zu machen und sich kritisch damit auseinanderzusetzen.

1.5.3 Weisheitsbezogene Kompetenzen im medizinischen Kontext

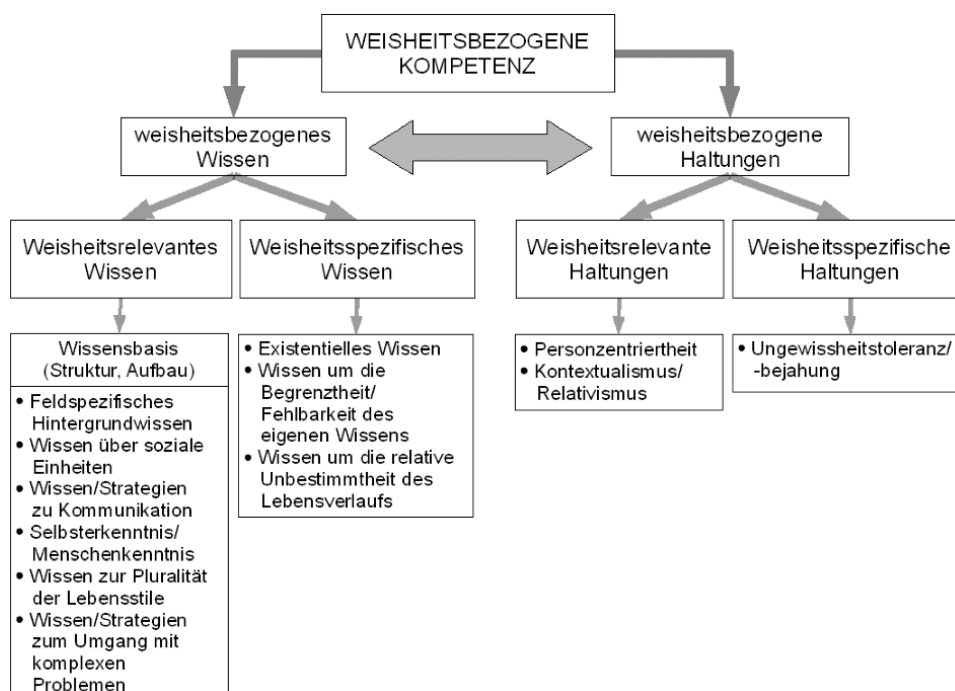
Die Theorie der **weisheitsbezogenen Kompetenzen nach Stark** findet hier Erwähnung, da bei der Ausarbeitung des Kodierleitfadens auf der Basis von Baltes' Weisheitsparadigma die entstandenen Kategorien eine erstaunlich gute Entsprechung in denen von Stark postulierten Kompetenzen fanden.

Hoffmann und Stark entwickelten angelehnt an Staudinger und Baltes sowie der „Balance Theory of Wisdom“ nach Robert J. Sternberg ein eigenes System zur Erfassung weisheitsbezogener Kompetenzen im medizinischen Kontext, das auf der von Stark 2006 postulierten Weisheitstheorie gründet (Hoffmann 2008; Stark und Hoffmann 2009): Dabei wird zunächst unterschieden zwischen weisheitsbezogenem *Wissen und Können* einerseits sowie weisheitsbezogenen *Haltungen*, die als seine Art „bewertetes Wissen“ gelten und bestimmen, wie neue Erfahrungen in die individuelle Wirklichkeit integriert werden. Zusätzlich wird in *weisheitsrelevante* – also notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für weisheitsbezogene Kompetenzen – und *weisheitsspezifische* Kompetenzen unterteilt (**Abb 3**), welche charakteristisch für „weise“ handelnde Personen seien (Hoffmann 2008, 22).

Zur Untersuchung der weisheitsbezogenen Kompetenz unter Medizinstudierenden konfrontierten Stark und Hoffmann 15 Probanden mit vier medizinischen Dilemmasituationen, die beispielsweise den Umgang mit Fehlern (Bauchtuch bei einer OP zurückgelassen), das Überbringen schlechter Nachrichten (positiver HIV-Test), sowie allgemein den Umgang mit Patienten in Ausnahmesituationen thematisierten (Befragung Angehöriger bezüglich Organentnahme nach Unfalltod, Bluttransfusion bei einem Kind, dessen Eltern Zeugen Jehovas sind). Die Antworten wurden mittels obiger Kategorien inhaltlich ausgewertet. Im Ergebnis zeigte sich ein recht niedriges „Weisheitsniveau“ der Probanden, die im Mittel nur 43% der maximal möglichen Punktzahl erreichten. Besonders schlecht schnitten die Medizinstudenten in den Kategorien der *weisheitsbezogenen Haltungen* ab – der Umgang mit Ungewissheit auch bezüglich der eigenen Fähigkeiten („Begrenztheit des eigenen Wissens“, „Wissen über die relative Unbestimmtheit des Lebenslaufs“, „Ungewissheitstoleranz/-bejahung“) und die Begegnung mit den Patienten in deren individueller Lebenswirklichkeit („Kontextualismus/Relativismus“) bereitete vielen Studenten in diesem Zusammenhang Probleme (Stark und Hoffmann 2009).

Die Autoren schließen daraus, dass ein hoher Bedarf in der Vermittlung weisheitsbezogener Kompetenzen unter angehenden Ärzten besteht, damit diese in komplexen menschlichen Situationen, wie sie der medizinische Arbeitsalltag oft bereithält, adäquat handeln können (ebd.).

Abb. 3. Modell der weisheitsbezogenen Kompetenz nach Stark. Aus: Stark und Hoffmann 2009.



In Anbetracht der offensichtlichen Defizite bezüglich weisheitsbezogener Kompetenzen unter Medizinstudierenden (Lind 2000; Fischer u. a. 2007; Stark und Hoffmann 2009; Donaldson, Fistein, und Dunn 2010) und der grundsätzlichen Plastizität von Weisheit als solcher (Staudinger und Baltes 1996; Sternberg 2004) stellt sich die konkrete Frage nach geeigneten didaktischen Methoden, um eben diese Fähigkeiten bei angehenden Ärzten zu fördern.

1.6 Transformatives Lernen

„Man kann niemanden etwas lehren, man kann ihm nur helfen, es in sich selbst zu finden“
Galileo Galilei (1564-1642)

Zur Förderung weisheitsbezogener Fähigkeiten erschien der Ansatz des transformativen Lernens besonders geeignet, da hier der Fokus insbesondere auf die für Weisheit so relevanten reflexiven Auseinandersetzung mit persönlichen Werteorientierungen gelegt wird (Sternberg 2001; Sternberg 2004). Die durch den Amerikaner Jack Mezirow vertretene Theorie des transformativen Lernens (Mezirow 1997) stellt eine wissenschaftlich-pragmatische Strömung in der Erwachsenenbildung dar.

Die **Erwachsenenbildung** ist eine noch junge Disziplin der pädagogischen Forschung, deren Legitimation lange in Frage gestellt wurde: häufig vorherrschende Meinung war (und ist), dass die bedeutenden und tiefgreifenden Schritte in der individuellen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter vollzogen werden, sodass von Bildungsmaßnahmen im Erwachsenenalter keinerlei grundlegende Lerneffekte mehr zu erwarten seien (Olbrich 2001, 14). Vor allem durch die wachsenden Herausforderungen der Moderne (Prange 2005) erkannte die Pädagogik jedoch, „dass die eigentlichen Aufgaben der Volksbildung innerhalb des Jugendalters überhaupt nicht

zu bewältigen sind, weil Bildungsamkeit und Reife fehlen, weil für ihr Gelingen Lebenserfahrung [...] Voraussetzung ist“ (Tietgens 1985, 35). So versteht sich die Erwachsenenbildung auch nicht als Kompensationsmöglichkeit für früh gescheiterte Bildungsaufträge, sondern vielmehr als eigenständiges und unabdingbares Element eines umfassenden Bildungsauftrages. Programme der Erwachsenenbildung funktionieren somit nicht *trotz*, sondern *wegen* des höheren Alters ihrer Teilnehmer.

Von grundlegender Wichtigkeit für den **transformativen Lernansatz** nach Merizow ist die persönliche Erfahrungsumwelt eines lernenden Individuums, in welche neue Inhalte integriert werden müssen. Während unseres Sozialisierungsprozesses eignen wir uns Definitionen und Annahmen an, die „von signifikanten Anderen als erwiesen angesehen und weitervermittelt werden.“ (Mezirow 1997, 2). Daraus resultiert unsere Sicht der Welt, d.h. es entsteht ein Gefüge von diesen assimilierten Annahmen und Erwartungen, in die wir alle erlebten Erfahrungen einbetten und interpretieren. Mezirow bezeichnet diese Bündel von Erwartungen als „Bedeutungsperspektiven“ (Mezirow 1997, 3). Bedeutungsperspektiven stellen sozusagen unseren persönlichen Filter gegenüber der Realität dar; alles Erlebte wird nach diesen Codes interpretiert und so dessen Bedeutung für das Individuum bestimmt. „Bedeutung heißt, unseren Erfahrungen Sinn oder Zusammenhang geben. Bedeutung ist eine Interpretation.“ (ebd., S. 9). Diese persönlichen Interpretationen stellen sowohl „Grenzstrukturen“ (ebd., S. 4) als auch mögliche Fehlerquellen unserer Wahrnehmung dar. Die möglichen Verfälschungen bzw. Begrenzungen nehmen wir nach Mezirow zunächst in Kauf, zum einen weil Unbekanntes, das nirgendwo einzuordnen ist, als Bedrohung empfunden wird und somit Angst erzeugt, die vermieden werden soll. Zum anderen ist es der leichtere Weg, mögliche Unstimmigkeiten in unserem Bedeutungssystem auszuklammern, als bei deren Auftreten unser gesamtes theoretisches Konstrukt zu hinterfragen, was die Fähigkeit zur Selbstreflexion voraussetzt, die nicht immer gegeben ist.

„Lernen kann als Prozess verstanden werden, bei dem eine früher von dem Individuum vorgenommene Interpretation der Bedeutung einer Erfahrung dazu verwendet wird, um zu einer neuen oder revidierten Interpretation als Orientierungshilfe für künftiges Handeln zu gelangen“ (ebd., S. 10). Vor allem Situationen, in denen unsere Bedeutungsschemata nicht ausreichen, um neue Erfahrungen zu integrieren oder ein Problem zu lösen, bzw. sogar Konflikte innerhalb unserer Konstrukte hervorrufen, wird der Handelnde zu einer Prüfung seiner Interpretationskriterien gezwungen, einer sog. „Validitätsprüfung“ (ebd., S. 5). Eine forcierte Auseinandersetzung mit schwierigen Problemen, also Dilemmasituationen, kann somit vermehrt diese Validitätsprüfungen anstoßen und im Rahmen der transformativen Erwachsenenbildung konzeptuell integriert werden.

Konkret entwirft Mezirow folgende **Phasen des transformativen Lernens**:

Auf die *initiale Konfrontation* mit einem Dilemma folgt die sorgfältige *Analyse* der dadurch ausgelösten persönlichen Gefühle und der zugrunde liegenden Annahmen bzw. Einstellungen. Dies bedingt die Anerkennung der *Notwendigkeit der Transformation* bestehender Sichtweisen. Im nächsten Schritt werden *alternative Zugangswege und Einstellungen* betrachtet und deren *Integration* in bisherige Interpretationskonstrukte aktiv gefördert, woraus eine *Veränderung* individueller Haltungen und Handlungen resultieren soll (Mezirow 2000).

Ziel von transformativem Lernen ist folglich zunächst eine Bewusstmachung und danach die kritische Reevaluierung der persönlichen Bedeutungsschemata, um dadurch die Fähigkeit zu erlangen, rational und unabhängig denken zu können und immer wieder flexibel auf die Umwelt reagieren zu können. Daraus folgt eine reflexive Validierung und daraus resultierende Veränderung bzw. Ausdifferenzierung unserer übergeordneten Bewertungsmaßstäbe.

Erst im Erwachsenenalter würden wir in zunehmendem Maß die dazu nötigen Fähigkeiten erlangen: „Die Entwicklung Erwachsener wird als eine ständige Verbesserung der Fähigkeit

verstanden, das früher Gelernte durch reflexiven Diskurs zu validieren und nach den gewonnen tieferen Einsichten zu handeln“ (ebd., S. 6). Es wird an die Eigenverantwortlichkeit eines jeden Individuums appelliert, die Transformation eigener Interpretationskonstrukte ist fast schon logische Konsequenz einer reflektierten Auseinandersetzung mit seiner Umwelt, der ab einem bestimmten Niveau nicht mehr auszuweichen ist. Diese Fähigkeit der Transformation und damit der Mut zum kreativen, eigenständigen Denken muss durch eine geeignete Lernumwelt gezielt gefördert werden, Kultur könne dazu ermutigen oder aber entmutigen (ebd., S. 161 ff.). Zweifellos fordert transformatives Lernen mehr Einsatz seitens der Lernenden und auch Lehrenden, es muss die Bereitschaft vorhanden sein, sich selbst zu hinterfragen und sich neu auftretenden Problematiken zu stellen. Gerade deshalb ist eine dahingehende Ermunterung seitens Lehrender so wichtig, um eine Kultur zu schaffen, in der die Analyse persönlicher Bedeutungsperspektiven nicht Zeichen der Schwäche, sondern selbstverständlicher Bestandteil jeder Entscheidungsfindung bzw. moralischer Positionierungen ist.

Der Umgang mit der Thematik „Leiden und Tod“ wird in hohem Maße durch die bereits bestehenden individuellen Bedeutungsperspektiven der beteiligten Personen bestimmt. Deren Bewusstmachung und kritische Hinterfragung ist elementar für die Förderung ärztlicher Kompetenzen im Umgang mit existenziellen Problemen wie Sterben und Tod (Moon 2008).

2 FRAGESTELLUNG

In einem qualitativen Experiment sollte erfasst werden, ob durch die Anwendung der Prinzipien des Transformativen Lernens die weisheitsbezogene Kompetenz von Medizinstudierenden, mit Sterben und Tod umzugehen, gefördert werden kann.

Im Einzelnen ergeben sich die folgenden spezifischen Fragenstellungen:

- 1A. Inwieweit kann Transformatives Lernen bei Medizinstudierenden deren weisheitsbezogene Kompetenz steigern?
- 1B. Welche unmittelbare subjektive Wertigkeit zeigt die Intervention bei den Studierenden?
- 1C. Wie verändert sich die subjektive Wertigkeit der Intervention bei den Studierenden im mittelfristigen Verlauf (sechs Monate)? Inwiefern gibt es einen Zusammenhang zwischen der subjektiven Wertigkeit und der ermittelten weisheitsbezogenen Kompetenz?

3 METHODIK

3.1 Stichprobe

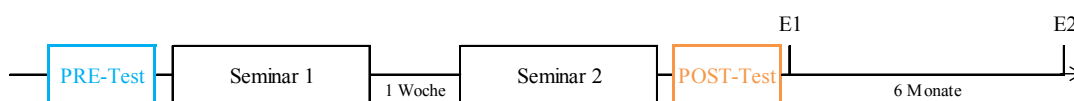
An der sich über ein Studienjahr erstreckenden fakultativen Seminarreihe nahmen 14 Studierende der Humanmedizin der TU München teil. Diese wurden aufgrund der didaktisch notwendigen Beschränkung der Teilnehmerzahl per Losverfahren aus allen Bewerbern ausgewählt. Die Kontrollgruppe wurde aus den nicht-ausgelosten Bewerbern gebildet, um eine höchst mögliche Vergleichbarkeit bezüglich deren Interessen und Motivation zu gewährleisten. An den Tagen der Datenerhebung waren elf Seminarteilnehmer ($n_1 = 11$) anwesend sowie zwölf Studenten der Kontrollgruppe ($n_2 = 12$). Die Teilnahme an der Studie erfolgte auf freiwilliger Basis. Hierzu erfolgte im Vorfeld eine schriftliche sowie mündliche Aufklärung. Die Zustimmung der Probanden wurde durch eine Unterschrift auf der Einwilligungserklärung dokumentiert (s. Anhang). Die Teilnehmer der Kontrollgruppe erhielten als Aufwandsentschädigung einen Büchergutschein im Wert von fünfzig Euro. Die Erhebung jeglicher Daten erfolgte anonymisiert. Hierzu verwendete jeder Teilnehmer durchgehend einen individuellen Identifikationscode (Anfangsbuchstabe des Namens der Mutter, sowie Tag und Monat ihres Geburtstags in vier Ziffern, z. B. I 2609).

3.2 Studienablauf

Die Datenerhebung erfolgte jeweils vor und nach der Seminareinheit „Mein Alltag – von Leiden und Tod“. Diese Einheit bestand wie eingangs erwähnt aus jeweils zwei Zeitstunden, die im Abstand von einer Woche abgehalten wurden. Die erste Datenerhebung fand unmittelbar vor der ersten Seminareinheit statt. Sowohl die Kontroll- als auch die Interventionsgruppe wurden im gleichen Zeitraum mit zwei Dilemmasituationen (Fall 1 und 2) zum Thema „Leiden und Tod im ärztlichen Alltag“ konfrontiert (PRE-TEST). Den Teilnehmern stand insgesamt 1 Stunde Zeit zur Verfügung, um sich mit den Fällen anhand von Leitfragen auseinanderzusetzen.

Ein korrespondierender POST-TEST – ebenfalls zwei Dilemmata (Fall 3 und 4) – wurde den Probanden direkt anschließend an das Ende des zweiten Seminarblocks vorgelegt. Es folgte ein abschließender Fragebogen zur subjektiven Einschätzung der allgemeinen und persönlichen Wertigkeit der Intervention (E1), der den Seminarteilnehmern in ähnlicher Form sechs Monate später erneut vorgelegt wurde (E2), (**Abb. 4**).

Abb. 4. Ablauf der Datenerhebung



3.3 Intervention

Angelehnt an das oben beschriebene Konzept der transformativen Erwachsenenbildung, in deren Zentrum die Motivation zum kritischen Reflektieren steht, wurde die Einheit „Mein Alltag – von Leiden und Tod“ der Seminarreihe „Humanität in der Medizin“ ausgestaltet. Wie auch in den anderen Kursen wurde die Einheit von einem Mediziner – hier Prof. Dr. Pascal Berberat, Chirurg - und einem Geisteswissenschaftler - Dr. Thomas Rutte, Theologe und Philosoph – konzipiert und durchgeführt. Es wurde folgender viergliedrige didaktische Ablauf mit entsprechenden Lernzielen ausgearbeitet:

1. Erkennen und Verbalisierung eigener und beobachteter Reaktionsmuster im Umgang mit Leiden und Tod und damit einhergehend Identifikation eventueller persönlicher Bedürfnisse bezüglich dieser Thematik
→ Phase I: Selbstreflexion
2. Bewusstwerden der ideologischen Grundstrukturen der Kultur, durch die diese erlebten Verhaltensmuster geprägt werden.
→ Phase II: Provokative Initiierung des rationalen Diskurses
3. Gemeinsame interpretative Erarbeitung von alternativen Zugangswegen zu der Thematik anhand eines Beispiels aus der Literatur
→ Phase III: Anderer methodischer Zugang zum Diskurs
4. Ansätze zur weiteren individuellen Beschäftigung mit der Thematik in der Zukunft entwickeln
→ Phase IV: Erarbeitung und Formulierung persönlicher Perspektiven

Die erste Seminareinheit beinhaltete Phase I und II, die eine Woche später stattfindende Fortsetzung bildete Punkt III und IV ab. Beide Einheiten umfassten jeweils zwei Zeitstunden. Im Folgenden werden beide Einheiten in Ablauf und Inhalt kurz skizziert:

Erste Seminareinheit

Phase I

Zum Einstieg in die Thematik schildert jeder Teilnehmer - auch die Dozenten - persönliche Erfahrungen bezüglich des Umgangs mit Sterben und Tod. Dies dient der Verbalisierung und damit der Vergegenwärtigung der persönlichen Erfahrungswelt, auf deren Grundlage später entsprechende zugrundeliegende Bedeutungsperspektiven identifiziert werden sollen. Gleichzeitig werden hier auch Probleme expliziert, die sich im Umgang mit Leiden und Tod ergeben können. Schließlich bereitet diese initiale Aktivierung der Teilnehmer den Weg für eine vertrauensvolle und offene Diskussion.

Phase II

Mezirow will Lernende dazu anhalten, „sich der geschichtlichen Entwicklung, der Zusammenhänge (Normen, Codes, Reaktionsmuster, Wahrnehmungsfilter) und der Konsequenzen ihrer Überzeugungen stärker bewusst zu werden“ (Mezirow 1997, 183). Dazu wird ein historischer Abriss der Haltungen zu Leiden, Sterben und Tod in Religion, Philosophie und Medizin vermittelt und es werden Implikationen für die heutige kulturelle Integration dieser Thematik sichtbar gemacht. „Insgesamt hat sich, und das ist für die

Geschichte der Erwachsenenpädagogik von besonderer Bedeutung, mehr und mehr die Erkenntnis durchgesetzt, dass historisches Wissen eine spezifische Funktion im kulturellen Leben der Gegenwart wahrnimmt. Die Geschichtswissenschaft ist somit eingebunden in den lebensweltlichen Zusammenhang“ (Olbrich 2001, 13). Dabei wird im theoretischen Input durch den geisteswissenschaftlichen Tutor besonderes Augenmerk auf die Entwicklung der modernen Naturwissenschaften und den daraus entstandenen Erwartungen bzw. der dadurch mitbestimmten sozialen Rolle des Arztes in der Gesellschaft gelegt. Dieser theoretische Input dient der Bewusstmachung möglicher verborgener Grundannahmen, die unsere Wahrnehmung, Empfindungen und daraus folgernd auch unser Handeln bestimmen. Gerade auch im Zusammenspiel der anfangs geschilderten persönlichen Erfahrungen und Einstellungen provoziert es die Seminarteilnehmer zu einer Reflexion der persönlichen Bedeutungsperspektiven.

In einer anschließenden Diskussion wird versucht, die einzelnen Komponenten der Problematik im Umgang mit Sterbenden bzw. Leidenden systematisch zu spezifizieren und zu analysieren sowie mögliche erste Ansätze zum konstruktiven Umgang damit zu erörtern.

Zweite Seminareinheit

Phase III

Begonnen wird mit dem gemeinsamen Lesen des Märchens „Gevatter Tod“ von den Gebrüder Grimm. Ausgehend von diesem Text wird erneut in einer philosophisch-interpretativen Diskussion die sozial und kulturell gewachsene Rolle des Arztes in der Gesellschaft und sein Selbstverständnis beleuchtet. Nach dem eher abstrakten und kognitiven Zugang in der Phase II der ersten Seminareinheit sollte damit ein alternativer Zugang zu der Thematik angestrebt werden.

Phase IV

Zum Abschluss werden die Seminarteilnehmer dazu angeregt, sich entsprechend ihrer Bedürfnisse auch in Zukunft mit dem Thema Leiden und Tod auseinanderzusetzen. Hierzu wird eine Literaturliste (s. Anhang) ausgehändigt und Möglichkeiten besprochen, sich im klinischen Alltag mit Philosophie und Ethik zu beschäftigen.

3.4 Messinstrumente

3.4.1 Medizinische Dilemmasituationen

Um Veränderungen der weisheitsbezogenen Kompetenz zu messen, wurde die Methode der Dilemma-Analyse verwendet, wie sie auch von der Forschergruppe um Paul Baltes (Staudinger, Smith und Baltes 1992; Baltes u. a. 1995; Pasupathi, Staudinger und Baltes 2001) und im medizinischen Kontext von Stark (Stark und Hoffmann 2009) angewendet wurde.

Auch Mezirow beschreibt in seinem Werk zur transformativen Erwachsenenbildung, dass Dilemmasituationen geeignet sind, um einen Lernfortschritt festzustellen: „Ein Ansatz zur Evaluierung transformativer Lernprogramme wäre die Erzeugung eines hypothetischen

Dilemmas und die Aufforderung an die Lernenden, vor Beginn und nach Beendigung des Programms darauf zu reagieren [...]“ (Mezirow 1997, 188).

Nach den Kriterien von Dietrich Dörner wurden vier verschiedene Dilemmasituationen im Bereich der Grenzsituationen Leiden und Tod kreiert, die den Studenten vor und nach dem Seminar zur Bearbeitung vorgelegt wurden:

Ein **Dilemma** bezeichnet im eigentlichen Sinn des Wortes eine Situation, in der der Betroffene die Wahl zwischen zwei („di“) bzw. mehreren, allesamt aber unbefriedigenden Handlungsalternativen hat, um in einer komplexen Situation zu reagieren (Schmidt 1991). **Komplexe Entscheidungssituationen** zeichnen sich **nach Dörner** durch Komplexität, Vernetztheit, Dynamik und Intransparenz aus (Dörner 2011). Er definiert Komplexität als „die Existenz von vielen, voneinander abhängigen Merkmalen in einem Ausschnitt der Realität [...]“ (Dörner 2011, 60). Je mehr Merkmale vorhanden sind, desto komplexer ist die Situation. Dabei ist aber nicht die bloße Existenz vieler Variabler ausreichende Bedingung für Komplexität, diese entsteht vielmehr durch ihre Verknüpfung und daraus resultierenden wechselseitigen Abhängigkeiten voneinander. Der Effekt einer Beeinflussung einer einzelnen Variablen könne hier nie isoliert bleiben, sondern entfalte eine Wirkung auf das gesamte System. Diese „Vernetztheit“ sei schwierig zu antizipieren und somit eine häufige Fehlerquelle, da mögliche Fern- und Nebenwirkungen einer Handlung außer Acht gelassen werden können. (ebd., S. 61). Komplexität ist außerdem immer eine subjektive Eigenschaft, die von der Erfahrung des Betrachters abhängig ist. Weiteres Merkmal komplexer Situationen ist die ihnen innewohnende Eigendynamik: Diese erzeugt einen sich ständig ändernden „Ist - Zustand“, weswegen eine Momentaufnahme der Gegebenheiten nicht zielführend ist. Vielmehr müssen mögliche Entwicklungstendenzen erfasst werden und in die Handlungsplanung integriert werden können. Des Weiteren hat der Entscheidungsträger in einer komplexen Situation mit deren Intransparenz zu kämpfen: Viele, in Bezug auf eine Entscheidung wichtige Faktoren sind ihm gar nicht oder nicht unmittelbar zugänglich (ebd., S. 63). So muss unter Umständen unter weitgehender Unkenntnis der tatsächlichen Verhältnisse eine sinnvolle, diese Unbestimmtheit mit einkalkulierende Handlungskonzeption erfolgen.

Ärzte sind ständig komplexen Handlungssituationen ausgesetzt, ihr Alltag besteht aus Entscheidungen, die meist ohne Kenntnis der genauen Faktenlage getroffen werden müssen und deren Auswirkungen für alle Beteiligten oft nicht vollends abzusehen sind. Häufig verläuft dieser Prozess unbewusst, bzw. wird durch strenge Reglementierung (z.B. Leitlinien) gelenkt oder von den Akteuren verdrängt, um sich dieser großen Belastung und Verantwortung nicht aussetzen zu müssen.

Das Bestreben dieser Arbeit war es, eben solche fiktive komplexe Situationen zu kreieren, die die Studenten vor praxisnahe Dilemmata stellen. Die Auseinandersetzung mit den Dilemma-Fällen erfüllt dabei zwei **Funktionen**: Zum einen soll das Ausgangsniveau des Studienkollektives abgebildet werden sowie eine Vergleichbarkeit der Leistung eines Probanden vor und nach dem Seminar hergestellt und so eine eventuelle Wirkung der Intervention aufgezeigt werden. Zum anderen sind die Seminarteilnehmer durch die vorherige Bearbeitung der Dilemmata im besten Fall „geprint“, d.h. eventuell offener für neuen Input, da sie erkennen, dass ihre Bedeutungsperspektiven ergänzt bzw. modifiziert werden müssen, um zu einem höheren Verständnis zu gelangen (sofern Unsicherheit in der Auseinandersetzung empfunden wurde). Das Gleiche ist natürlich auch bei der Kontrollgruppe der Fall, wobei diese keinen Input bekommt, sondern es von den Probanden selbst abhängt, diesbezüglich in Eigeninitiative zu gehen. Daraus ergibt sich auch die interessante Frage, ob auch schon die alleinige Auseinandersetzung mit den Dilemmasituationen eine Reflexion

entsprechender Themen mit sich bringt und damit einen Effekt auf die Kompetenzen der Studenten hat.

Folgende **vier Dilemmata** wurden in Absprache mit Experten aus der Klinik obigen Kriterien entsprechend formuliert:

Fall1

Ein 50 jähriger Mann hat bei sich Blut im Stuhl bemerkt. Bei einer Darmspiegelung wird dann ein Dickdarmkrebs festgestellt. Die Umgebungsuntersuchungen zeigen, dass der Tumor noch nicht gestreut hat. Es kann eine chirurgische Entfernung des Tumors durchgeführt werden. Bei den Nachsorgeuntersuchungen konnte bei unserem Patienten über Jahre kein Tumor mehr nachgewiesen werden. Nach 3 Jahren wird bei der Sonografie eine diffuse Metastasierung der Leber festgestellt. Eine operative Therapie ist aufgrund der Ausdehnung nicht möglich. Es wird eine palliative Chemotherapie eingeleitet, welche ihn ziemlich belastet und in seiner Lebensqualität einschränkt. Nach 3 Zyklen zeigt sich in den Kontrolluntersuchungen ein weiteres Fortschreiten der Metastasierung.

Auch eine alternative Chemotherapie bringt keine Verbesserung. Der Patient zeigt nun eine zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustandes, aber sein Lebenswillen ist ungebrochen. Im Rahmen einer dritten experimentellen Chemotherapie verstirbt der Patient zwei Monate später. Beim Durchlesen des letzten Briefes aus der Klinik fragt sich der Hausarzt, inwiefern all diese Therapien sinnvoll waren.

Fall2

Bei einem 55jährigen Patienten wurde vor einem Jahr ein Pankreaskarzinom mittels Operation radikal entfernt. In der Kontrolluntersuchung zeigt sich ein Lokalrezidiv mit mehreren Lebermetastasen. Bei der Besprechung der Befunde erklärt ihm der behandelnde Chirurg, dass leider der Tumor wiedergekommen sei und dass eine erneute Operation nicht möglich wäre, dass sich nun aber die onkologischen Kollegen mittels einer Chemotherapie um den Tumor kümmern werden. Auf die Nachfrage, was dies nun heiße, antwortete der Chirurg, er solle nun mal noch nicht den Mut verlieren, die Onkologen würden sich gut um ihn kümmern und ihm alles Weitere erklären.

Fall3

Eine 90jährige Patientin wird aus dem Alters- und Pflegeheim mit einer perianalen Blutung vorgestellt. Es zeigt sich eine massive Divertikelblutung, welche eine notfallmässige Sigmaresektion notwendig macht. Bekannt waren eine Tachyarrhythmia absoluta, eine arterielle Hypertonie und eine schwere Herzinsuffizienz (NYHA III-IV). 3 Tage nach der Operation kommt es zu einer akuten respiratorischen Insuffizienz, welche eine Intubation und Verlegung auf die Intensivstation notwendig macht. In der Folge entwickelt die Patientin neben einer zusätzlichen Pneumonie auch ein Nierenversagen. Die Intensivtherapie mit Beatmung, Katecholaminen, Antibiose und Dialyse wird insbesondere auch auf Wunsch der Angehörigen über die nächsten vier Wochen fortgesetzt. Schließlich wird bei weiterer Verschlechterung der kardiopulmonalen Situation schrittweise auf eine Basistherapie umgestellt. Die Patientin verstirbt kurz darauf am 30. postoperativen Tag. Unter Pflegenden und Ärzten der Intensivstation wird in der Folge kontrovers über die erfolgte Intensivbehandlung diskutiert.

Fall4

Der 60jährigen Patientin auf der Station geht es immer schlechter. Vor wenigen Tagen erfolgte die Aufnahme bei einem Ileus bei diffus metastasiertem Ovarialkarzinom. Die Anlage

des künstlichen Darmausganges bringt nur kurzfristig eine Besserung. Die Patientin leidet vor allem unter Schmerzen und der weiterhin kaum möglichen Nahrungsaufnahme. Diverse Bemühungen der behandelnden Ärzte scheinen keinen großen Effekt zu zeigen. Die Patientin wird in ein Einzelzimmer verlegt und auf eine Basistherapie mit Morphinperfusor umgestellt. Die Visite wird vor dem Zimmer durchgeführt und die Besuche der Ärzte bleiben fast aus. Drei Tage später verstirbt die Patientin im Beisein ihres Ehemannes, der später meint: „Ein einziges Mal nur hat ein Arzt das Sterben besprochen. Ansonsten hat jeder nur davon gesprochen, wie meine Frau noch behandelt werden kann.“

Die folgenden Leitfragen dienten den Studierenden als Orientierung bei der schriftlichen Bearbeitung der Dilemmata, wobei in der Ausarbeitung nicht chronologisch darauf Bezug genommen werden musste.

Leitfragen:

1. Welche Gedanken/Gefühle gehen Ihnen in Bezug auf diesen Fall spontan durch den Kopf?
2. Wie stehen Sie persönlich als zukünftige Ärztin/Arzt zu dieser Situation?
3. Schildern Sie eventuelle Haltungs- bzw. Handlungsalternativen sowie deren Vor- und Nachteile.
4. Analysieren Sie bitte die Situation in Bezug auf die Thematik „Ärztlicher Umgang mit Leiden und Tod“

Alle vier Fälle entsprechen den Kriterien für komplexe Situationen nach Dörner. Die Sachverhalte konstituieren sich aus mehreren voneinander abhängigen und damit untereinander vernetzten Variablen (medizinische Situation der Patienten, individuelle Bedürfnisse darin, Begegnung mit den Ärzten, Haltung dieser bezüglich existenzieller Themen wie Leiden und Tod, Kommunikation etc.). Zudem zeichnen sie sich durch ihre Intransparenz aus; eine endgültige Prognose der Erkrankungen und ihres weiteren Verlaufes sowie der Umgang der Patienten damit ist im Einzelfall nicht mit endgültiger Sicherheit abzuschätzen, zumal ihnen eine natürliche Eigendynamik innewohnt, die nicht zu beeinflussen ist. Dabei wurden die Dilemmata so konzipiert, dass sich jeweils Fall 1 und 3 bzw. Fall 2 und 4 weitgehend thematisch entsprechen: Der Schwerpunkt bei ersteren liegt auf Therapieentscheidungen bzw. dem Therapieabbruch angesichts schlechter Prognosen und berührt damit zentral das Selbstverständnis des Arztes und dessen Umgang mit den Chancen und Grenzen der Medizin. Fall 2 und 4 beleuchten verstärkt den persönlichen Umgang der Ärzte mit sterbenden Patienten als Ausdruck der Reflexion existenzieller Fragen des Lebens sowie kommunikativer Fertigkeiten im medizinischen Kontext. Dies soll eine verbesserte Vergleichbarkeit der Fälle vor (Fall 1 und 2) – und nach dem Seminar (Fall 3 und 4) bzw. ohne Intervention in der Kontrollgruppe ermöglichen.

Realitätsnähe und Relevanz der Dilemmata

Die Probanden sollten einschätzen, inwieweit die ihnen vorgelegten Dilemmasituationen auch wirklich der klinischen Realität entsprachen. Außerdem waren sie aufgefordert, die Fälle bezüglich ihrer Relevanz in Bezug auf die ärztliche Tätigkeit bzw. Ausbildung zu bewerten. Hierzu wurde ebenfalls eine 7-Punkte-Skala verwendet, wobei 7 Punkte ein Szenario als „sehr relevant bzw. realistisch“ markiert, 4 Punkte „teils-teils“ entspricht und 1 Punkt „sehr irrelevant bzw. unrealistisch“ meint.

Die Studierenden schätzten die Szenarien 1 - 4 allesamt als realistisch bis sehr realistisch ein (**Abb. 5**) sowie als relevant bis sehr relevant für Studium und Beruf (**Abb. 6**; Mittelwerte zwischen 6,3 und 6,7 Punkten). Hierbei war ein nur kleiner Range von 4-7 vergebenen Punkten zu beobachten; schlechter als mit „teils-teils“ wurde kein Szenario weder in Bezug auf Realitätsnähe noch Relevanz bewertet.

Abb. 5. Empfinden Sie die Dilemmata als *realistisch* in Bezug auf Studium/Beruf?

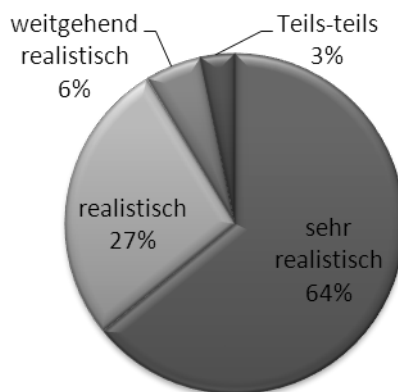
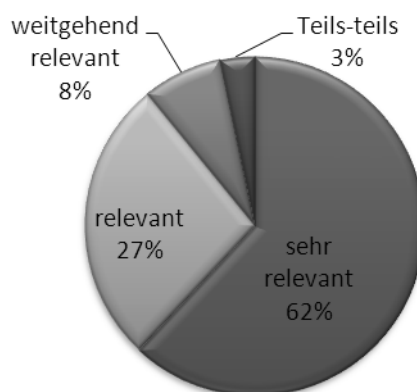


Abb. 6. Empfinden Sie die Dilemmata 1-4 als *relevant* in Bezug auf Studium/Beruf?



3.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse und Kodierleitfaden

3.4.2.1 Hintergrund der Methode

Die von den Studenten erstellten Texte wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Im Folgenden werden deren Prinzipien cursorisch dargestellt:

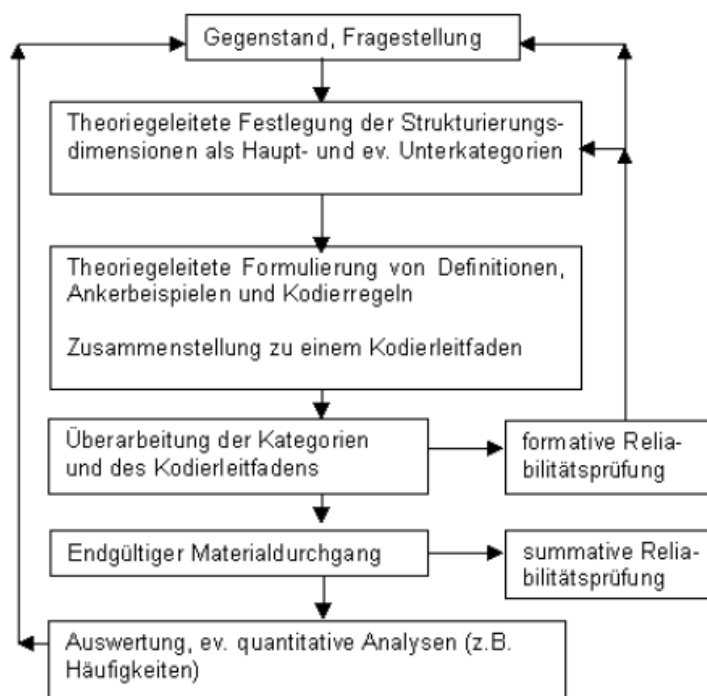
Die **qualitative Inhaltsanalyse** stellt eine eigenständige wissenschaftliche Forschungsmethode zur Auswertung von Textinhalten dar, die vor allem in sozial- und kommunikationswissenschaftlichen Kontexten zur Anwendung kommt. Die Anfänge ihrer wissenschaftlichen Fundierung finden sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts, als in den USA unter dem Label "Content Analysis" der Einfluss der Massenmedien auf die Gesellschaft untersucht werden sollte (Mayring 2000). Früh definiert Inhaltsanalyse als „empirische Methode zur systematischen, intersubjektiv nachvollziehbaren Beschreibung inhaltlicher und formaler Merkmale von Mitteilungen“; häufig mit dem Ziel einer darauf gestützten interpretativen Deutung (Früh 2004, 25). Empirie („auf Erfahrung beruhend“) bezeichnet hier die Art und Weise des Zugangs zur Realität; ein Vorgehen ist dann empirisch, wenn das Erkenntnisobjekt ein prinzipiell wahrnehmbares Korrelat in der Realität besitzt, was aber nicht nur im Sinne einer konkreten, realen Existenz zu verstehen ist, sondern sich z. B. auch auf gesellschaftliche Konstrukte wie Werte oder Normen bezieht. Wissenschaftlichen Ansprüchen genügt der Empiriebegriff erst dann, wenn nachprüfbar Kriterien angegeben werden, die den Wahrnehmungsprozess prinzipiell reproduzierbar machen (ebd., S. 26ff.). Dies bezeichnen die Begriffe „systematisch und intersubjektiv nachvollziehbar“ der Definition.

Es sollen also Kommunikationsinhalte hinsichtlich theoretisch interessierender Merkmale reproduzierbar analysiert werden, um sie unter einer bestimmten forschungsleitenden Perspektive klassifizierend beschreiben zu können und daraus interpretative Schlussfolgerungen ziehen zu können. Hierzu wird der Text anhand von verschiedenen Analyseaspekten, die in genau definierte Kategorien gefasst werden und deren Ausprägungen dann einzeln im Text bewertet werden, methodisch kontrolliert ausgewertet. Die Erstellung der spezifischen Auswertungskriterien kann auf zwei verschiedenen Wegen erfolgen (Mayring 2000; Früh 2004, 141 ff.):

- Im **induktiven** Ansatz werden die Kategorien aus den Textinhalten heraus entwickelt (empiriegeleitete Kategorienbildung); nach Sichtung des Materials werden thematische Gruppen erstellt, die dann zu Kategorien definiert werden und in der weiteren Auswertung einer ständigen Validitätsüberprüfung unterliegen (s. u.).
- Alternativ werden in der **deduktiven** Kategorienanwendung bereits bestehende, theoretisch begründete Kategorien herangezogen und ein provisorischer Kodierleitfaden erstellt (theoriegeleitete Kategorienbildung). Anhand des Textmaterials werden diese im Verlauf der Auswertung gegebenenfalls empiriebasiert angepasst, erweitert oder eingeschränkt (**Abb. 7**).

Meist empfiehlt sich in der Konstruktion eines Kategoriensystems ein gemischt theorie- und empiriegeleitetes Vorgehen (Früh 2004, 142). In der vorliegenden Arbeit wurde in Sinn der deduktiven Kategorienanwendung Bezug genommen auf die im Berliner Weisheitsmodell postulierten fünf Kategorien für weises Handeln sowie auf die Adaptation von Hoffmann und Stark mit dreizehn Kriterien für weisheitsbezogene Kompetenzen im medizinischen Kontext.

Abb. 7. Ablaufmodell deduktiver Kategorienanwendung. Aus: Mayring 2000



3.4.2.2 Prinzipielles Vorgehen

Ausgehend von den weisheitsdefinierenden Kategorien nach Baltes und Hoffmann/Stark wurde ein erster Kodierdurchlauf begonnen. In Konfrontation mit dem Untersuchungsmaterial kristallisierten sich diese für unseren Kontext als zu allgemein bzw. detailliert gefasst heraus. Zu deren Ausdifferenzierung und Ergänzung wurde daraufhin eine repräsentative Textstichprobe aus dem Untersuchungsmaterial gezogen, die dann im Sinne der empiriegeleiteten Kategorienbildung einer systematischen qualitativen Bearbeitung unterzogen wurde (Früh 2004, 144 ff.). Dabei wurden in mehreren Arbeitsschritten relevante Textpassagen extrahiert und gebündelt, um ihnen Labels zuzuweisen, die ihren gemeinsamen Bedeutungsgehalt bezeichnen. Anschließend wurde überprüft, ob die so erzeugten Labels den bereits bestehenden theoriebasierten Kategorien zugeordnet werden können, um diese zu spezifizieren bzw. falls nötig neue Kategorien zu generieren („Rückkopplungsschleife“ (Mayring 2000)). So entstand ein neuer, aus acht Kategorien aufgebauter Kodierleitfaden, der nach wie vor viele Elemente von Baltes enthält sowie zusätzlich Einflüsse aus Starks weisheitsbezogenen Kompetenzen integriert, jedoch auf das in der vorliegenden Arbeit erhobene Untersuchungsmaterial angepasst wurde.

3.4.2.3 Prozess der Kodierung

Zunächst wurden die handschriftlich angefertigten Texte der Probanden transkribiert, um sie in digitaler Version auswerten zu können. Dabei wurden eventuell vorhandene Schreibfehler korrigiert und nicht zweifelsfrei lesbare Wörter gekennzeichnet. Im Vorfeld des abschließenden Kodiervorgangs wurden zur Verinnerlichung der gestaffelten Punktwertung

das „Training zur Anwendung der 7-Punkte-Bewertungsskala“ (Staudinger, Smith, und Baltes 1994, 31), sowie Übungen am Textmaterial durchgeführt, um sich mit Methodik und einzelnen Kategorien vertraut zu machen. Die endgültige Kodierung wurde dann mit Hilfe eines Auswertungsbogens (s. Anhang) durchgeführt (Mayring 2000; Früh 2004), wobei in Reihenfolge der einzelnen Fälle vorgegangen wurde: Zunächst erfolgte die Auswertung aller studentischen Antworten des Szenario eins, danach Szenario zwei usw. Dies sollte zu einer gewissen Routine in der Kodierung führen. Dabei wurde anfangs die Bewertung jeder einzelnen Kategorie im Auswertungsbogen begründet bzw. kommentiert, um in der Anwendung sicherer zu werden und die Kodierungen in der Anfangsphase nachvollziehbar zu gestalten (Hoffmann 2008, 72). Mit zunehmender Sicherheit wurde dieses System verlassen, sodass später nur noch aus gegebenem Anlass Kommentierungen angebracht wurden.

Als Auswertungseinheiten der Kodierung (Flick 2002) galten jeweils die Antworten einer Versuchsperson zu einem Dilemma; die minimalste Kodiereinheit wurde dabei aus einzelnen Wörtern gebildet (z. B. fachliche Stichworte, relevant für die Beurteilung medizinischen Faktenwissens), maximal wurde die gesamte Antwort als Kontexteinheit erfasst (besonders in Kategorien, die Haltungen und Einstellungen darstellen). Angemerkt sei in diesem Zusammenhang, dass gleiche Textabschnitte durchaus in unterschiedlichen Kategorien kodiert wurden, wenn darin entsprechend mehrere Aspekte enthalten waren.

3.4.2.4 Der Kodierleitfaden

Im Laufe der theorie- und empiriegeleiteten Kategorienanwendung nach Mayring kristallisierten sich acht Kategorien heraus, nach denen die abschließende qualitative Auswertung der Texte erfolgte.

Nach Vorbild von Baltes fand die Bewertung der Texte der Probanden innerhalb einer 7-Punkte-Skala statt (Staudinger, Smith, und Baltes 1994); niedrige Bewertungen (1-2 Punkte) markieren dabei eine unterdurchschnittliche Antwort, mittlere Bewertungen (3-5 Punkte) durchschnittliche, und hohe Punktwerte (6-7 Punkte) eine überdurchschnittliche Antwort.

Wurde zu einer oder mehreren Kategorien keinerlei inhaltliche Entsprechung im Textmaterial gefunden, konnte keine Aussage über die Qualität eventuell vorhandener oder eben nicht vorhandener Kompetenzen gemacht werden. Solche im Text nicht auftretende Kategorien wurden mit dem Label „nicht vorhanden“ kodiert, was auch in der statistischen Auswertung Berücksichtigung fand.

Im Folgenden wird zunächst die *Kurzbeschreibung* einer jeden der acht Kategorien erfolgen, nachfolgend der Bezug zu den bekannten Kategorien aus der *Literatur* beschrieben (deduktive Kategorienbildung), sowie abschließend eine Definition der „Ankerpunktzahlen“ anhand von Beispielen aus den Texten der Probanden erläutert.

1. Spezifisches Faktenwissen

Kurzbeschreibung:

Die Kategorie des Faktenwissens setzt sich aus dem medizinischen Fachwissen sowie institutionellem Strukturwissen zusammen. Ein solides Fachwissen über die Krankheitsbilder, deren Therapiemöglichkeiten und Prognosen, aber auch medizinrechtliches Hintergrundwissen ist die Grundlage zur Einschätzung der unterschiedlichen Dilemmasituationen. Zudem ist ein gutes Strukturwissen erforderlich, um die jeweiligen Problematiken realistisch einschätzen zu können und praxisnahe Handlungsalternativen zu entwickeln. Strukturwissen meint hierbei das Wissen über Strukturen und Abläufe im Krankenbetrieb, so z.B. über die medizinische

Ausbildung, die (Arbeits-) Bedingungen, die gegenwärtigen Möglichkeiten in der individuellen Patientenversorgung sowie deren gesundheitspolitische und -ökonomische Aspekte, aber auch die Struktur der Beziehung zwischen Arzt und Patient und die daraus resultierenden gegenseitigen Erwartungen und Rollenbilder.

Bezug zur Literatur:

Gleiche Aspekte werden bei Hoffmann und Stark in den Kategorien „Wissen über soziale Einheiten“ bzw. „Feldspezifisches Hintergrundwissen“ definiert (Hoffmann 2008, 24ff.). Bei Staudinger und Baltes sind diese Aspekte Teil der umfassenden Kategorie „Reiches Faktenwissen über Lebensverlauf und Lebenslagen: Diese fordert „besonders reichhaltiges faktisches Wissen“ sowie „spezifisches Wissen [...] über das Funktionieren von Institutionen“ (Staudinger, Smith, und Baltes 1994, 22).

Ankerpunktzahlen und Textbeispiele:

- Eine **überdurchschnittliche Antwort (6 oder 7 Punkte)** lässt ein fundiertes Fachwissen erkennen; der Student beurteilt die Situation kompetent und ordnet sie in den Kontext des Klinikalltags ein. Er kennt die Strukturen der Patientenversorgung, z.B. weiß er um die verschiedenen Möglichkeiten zur individuellen Unterstützung, kennt die Konditionen des Alltages, die eine für alle Beteiligten befriedigende Patientenbetreuung erschweren können und versucht gleichzeitig, konstruktiv mit diesen umzugehen. Zudem sind ihm die Erwartungen bewusst, die seitens des Patienten oder der Gesellschaft an ihn herangetragen werden und weiß diesen zu begegnen.
 - *„Verbindung herstellen zur Palliativmedizin, Schmerzambulanz. Einstellen der Therapie, nur supportive Maßnahmen anbieten. Was sind noch Alternativen? Naturheilverfahren, Esoterik... [...] Wie sieht es aus mit begleitender Psychoonkologie?“ (S J1910 Fall1)*
 - *„Die Sigmaresektion der Patientin war notfallmäßig, also keine OP, die man hätte (aufgrund des hohen Alters der Frau) aufschieben und abwarten hätte können. Die Patientin war natürlich eine Hochrisikopatientin, jede OP sollte strengste Indikation haben. Es war zu erwarten, dass sich die Patientin nicht sehr schnell von dem Eingriff erholt bzw. dass sich ihr Zustand auch verschlechtern kann. Die Patientin hat auf der Intensivstation eine Pneumonie bekommen, was leider auf Intensivmedizinstationen sehr häufig ist [...].“ (K H0606 Fall3)*
 - *„Zu erwähnen ist sicherlich in diesem Zusammenhang auch, dass die intensivmedizinische Versorgung einerseits sehr teuer ist und andererseits die Anzahl der Betten auch sehr begrenzt ist. Dies ist sicherlich oft der Grund, weshalb über die Notwendigkeit dieser Maßnahmen gerade bei sehr Alten oder Schwerkranken diskutiert wird, da diese mit und ohne Therapie eine geringe Lebenserwartung haben.“ (K V2908 Fall3)*
- Eine **durchschnittliche Antwort (3, 4 oder 5 Punkte)** zeigen Teilnehmer, die die Situation fachlich adäquat einschätzen, sie aber nicht ausreichend in den strukturellen Kontext integrieren. Außerdem diejenigen Studenten, die Mängel in Fach-oder Strukturwissen aufweisen, aber versuchen, sich damit auseinanderzusetzen:
 - *„Natürlich hoffe ich, in diesem Augenblick die richtigen Worte zu finden. Aber wird mein Alltag das zulassen? Die Zeit, oder viel mehr mein Zeitmanagement, das ich ja auch erst lernen muss, sind starke Faktoren dabei, wie wohl sich mein Patient in dieser Situation fühlt.“ (S A2007 Fall2)*

-
- „Der Arzt wird direkt mit dem Thema konfrontiert, da er derjenige ist, der technisch in der Lage wäre, ein sicherlich vorliegendes Leiden zu beenden. Jedoch zeigt sich hier, dass es nicht der Arzt alleine ist, der über dieses Thema nachzudenken und zu entscheiden hat. Vielmehr wird sein Tun durch Gesetze, Angehörige und Vorgesetzte beeinflusst, um genauer zu sein, sogar geregelt. Es stellt sich also die Frage, inwiefern der Arzt Leiden und Tod überhaupt beeinflussen kann.“ (K B0108 Fall3)
 - „Zwiespältig; es wird ja – gesellschaftlich - von mir erwartet, noch mehr für die Patientin zu tun (medizinisch), aber mein „humaner Instinkt“ wäre, die Patientin möglichst schmerzfrei in den Tod zu „entlassen“.“ (S I1212 Fall4)
 - Eine **wenig kompetente Antwort in dieser Kategorie (1 oder 2 Punkte)** geben Probanden, deren Fachkenntnisse nicht ausreichen, um die Szenarien kompetent zu beurteilen; die sich der Strukturen, innerhalb derer die Krankenversorgung erfolgt, nicht hinreichend bewusst sind oder die das Thema im Sinne fachlicher Mutmaßungen verfehlt haben.
 - „Wichtig ist es zunächst einmal zu wissen, was der Patientenwille ist! Aufklärung über Risiken/Nachteile [der Chemotherapie] Überlebensrate 50%.“ (S U1407 Fall1)
 - „Anstatt den Tumor durch Chemo zu therapieren schauen, was es für andere, unkonventionelle, naturheilkundliche Möglichkeiten/Ideen gibt, den Tumor zu bekämpfen. Nachteil: wird nicht von der Kasse gezahlt. Vorteil: die Therapien sind meistens so, dass sie versuchen, den Körper aufzubauen anstatt kaputt zu machen.“ (S B2008 Fall1)
 - „Man hätte von Anfang an nicht versuchen müssen, kurativ zu behandeln, also keine Chirurgie mit Stomaanlage.“ (S B2008 Fall4)

2. Wissen über die menschliche Natur

Kurzbeschreibung:

Die Voraussetzung für kompetentes und umsichtiges Handeln in menschlichen Ausnahmesituationen ist ein fundiertes Wissen über die „*Conditio humana*“ - also die menschliche Natur an sich.

Bezug zur Literatur:

Angelehnt ist dies an einen Teilaspekt von Staudinger und Baltes' Kategorie „Reiches Faktenwissen über Lebensverlauf und Lebenslagen“: damit ist „ein besonders umfangreicher und differenziert organisierter Bestand an allgemeinem Wissen über die menschliche Natur und die Hintergründe des Lebens gemeint, über das jedes Individuum als Mitglied einer Sprachengemeinschaft verfügt (Motive, Emotionen, Verletzbarkeit, Sterblichkeit, Handlungsweisen und ihre sozialen, normativen und persönlichen Bedingungen).“ sowie spezielles Wissen über „konkrete soziale Ereignisse“ wie z.B. in den vorliegenden Fällen Krankheit und Tod (Staudinger, Smith, und Baltes 1994, 22).

Ähnlich haben es Hoffmann und Stark mit der Kategorie „Ontogenese“ formuliert: Menschen sind in ihrer aktuellen Lebenswirklichkeit und ihren Emotionen, Erwartungen Reaktionsweisen und Ängsten wahrzunehmen und es ist ein „nicht wertende[r] und akzeptierende[r] Umgang damit“ anzustreben (Hoffmann 2008, 24). Weiterhin ist auch deren Kategorie „Grenzsituationen des menschlichen Daseins“ enthalten. Denn besonders im

medizinischen Alltag begegnet man Menschen, die sich - konfrontiert mit Krankheit, Leiden und Sterben - in diesen existenziellen Grenzsituationen befinden. Als Arzt ist es wichtig, sich dessen bewusst zu sein und dem Patienten in diesem Kontext zu begegnen.

Ankerpunktzahlen und Textbeispiele:

- Eine **überdurchschnittliche Antwort (6 oder 7 Punkte)** zeigt ein hohes Maß an wertfreiem Einfühlungsvermögen in die beteiligten Personen und deren Handeln:
 - *„Er [der Chirurg] hätte die Patientin aufklären können, v. a. nach ihrem Nachfragen. Er weiß nicht, mit welchen Ängsten die Patientin jetzt nach Hause geht, hat keinen Einblick in ihre Gedanken/ Gefühl, weiß sie die Diagnose? Prognose? Kommt sie damit klar oder nicht? Ist sie alleine?“ (S I1510 Fall2)*
 - *„Letztlich möchte der Arzt wohl nicht derjenige sein, den der P. mit Fragen nach den Folgen einer palliativen Behandlung, mit Fragen zum Sterben konfrontiert. Vielleicht fühlen sich manche Ärzte persönlich schuldig dafür, dass sie nicht mehr weiterhelfen können und schieben die Patienten lieber ab, als sich mit deren Fragen und Ängsten zu konfrontieren.“ (K H0501 Fall2)*
 - *„Diese Situation ist wohl ein klassisches Beispiel für die Umgehungsweise vieler Ärzte (und Menschen allgemein!) mit dem Thema Leiden und Tod. Der Arzt distanziert sich radikal, indem er die Aufgabe der Schlechten- Nachrichten-Übermittlung seinen Kollegen überlässt. Damit schützt er sich vor einer emotionalen Beteiligung an diesem Fall. Dies ist eine angenehme Vorgehensweise, um sich als Arzt nicht zu viel (oder keine) emotionalen Belastungen zuzumuten. Sehr nachvollziehbar, wenn man bedenkt, wie viele solcher Situationen der Viszeralchirurg in diesem Fall wahrscheinlich hat oder noch haben wird.“ (B 0108 Fall 2)*
- Eine **durchschnittliche Antwort (3, 4 oder 5 Punkte)** geben Probanden, deren Analyse zwar die menschlichen Probleme expliziert, vor denen die Akteure in den Dilemmata stehen, diese jedoch nicht ausreichend tief beleuchten bzw. sich nicht vollends im Klaren über deren Dimensionen und Konsequenzen sind. Andere Studenten sind sich den Bedürfnissen und Hintergründen der menschlichen Natur bewusst, aber sie sehen sich (noch) nicht in der Lage, all diesen adäquat zu begegnen; es wird nach Hilfestellungen und Auswegen gesucht.
 - *„Ich denke, dass ich als Ärztin in diesem Fall nur beratende Funktion habe. Ich stelle dem Patienten alle Möglichkeiten dar und helfe ihm (idealerweise ohne ihn zu beeinflussen), seine eigene Entscheidung zu treffen. [...] Ich habe quasi nur beratende Funktion und keine Exekutive.“ (S A2007 Fall1)*
 - *„Wie sehr ist es jedoch überhaupt gut für mich als Arzt, dass ich mich ständig mit dem Leid meiner Patienten beschäftige und somit mit deren Schicksalen. Wie kann ich mein Leben glücklich leben, obwohl ich ständig mit Leid und Tod konfrontiert bin. Kann ich das allein oder brauche ich dafür Hilfe, sei es Balint-Gruppen? oder andere Gesprächsangebote.“ (S A2007 Fall2)*
 - *„Warum fragt man den Patienten nicht wies ihnen geht, was sie denken? Manche haben ein sehr gutes Gespür wensns zu Ende geht. Und genau dann haben die Patienten nochmal andere Bedürfnisse (wie z.B. Gespräch, Hilfe...) als wenn es um einen neuerlichen Therapieversuch geht.“ (S R1010 Fall4)*
- Eine **wenig kompetente Antwort in dieser Kategorie (1 oder 2 Punkte)** zeigen Studenten, die sich mit den Patienten nicht als durch Krankheit existenziell bedrohte

Individuen auseinandersetzen bzw. sich der Bedeutung von Krankheiten und deren Prognosen für ein menschliches Leben nicht bewusst sind.

- *„Der Patient hatte ja schon 2 Zyklen, die ihm stark zusetzten und die Erkrankung nicht aufhalten konnten, danach sich für ein Experiment zu entscheiden ist seine Sache.“ (K K2607 Fall1)*
- *„Mehr Aufklärung und etwas mehr Zeit würden die Sorgen des Patienten um seine Gesundheit bestimmt drastisch senken.“ (K G2506 Fall2)*
- *„Je besser man sich der zwischenmenschlichen Beziehungen untereinander bewusst ist, desto besser kann man mit dem Leid und Tod eines Menschen umgehen.“ (S A2007 Fall3)*

3. (Strategie-)Wissen um Komplexität von Problemen und Abläufen

Kurzbeschreibung:

Ein komplexes System zeichnet sich durch die „Existenz von vielen, voneinander abhängigen Merkmalen in einem Ausschnitt der Realität“ (Dörner 2011, 60) aus. Die Studierenden wurden in allen Dilemmasituationen mit solchen komplexen Problemen konfrontiert. In den Szenarien 1 und 3 geht es beispielsweise hauptsächlich um den Umgang mit einer infausten Prognose; deren Vermittlung an die Betroffenen, die persönlichen Reaktionen darauf sowie richtungsweisende Therapieentscheidungen, deren Konsequenzen man sich bewusst stellen muss (auch im gesellschaftlichem Kontext). Die Dilemmata 2 und 4 beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit Kommunikation, deren Funktion und Auswirkungen sowie die Bedingungen für ihr Gelingen, was eine fundierte Auseinandersetzung mit existenziellen Problemen seitens der Beteiligten impliziert. Voraussetzung für die erfolgreiche Bearbeitung eines komplexen Sachverhaltes ist, dass die Teilnehmer in der Lage sind, die darin enthaltenen einzelnen Teilaspekte zu erkennen („Breite“) und umfassend zu beleuchten („Tiefe“). Zudem ist das Wissen um deren wechselseitige Beeinflussung unabdingbar: die einzelnen Aspekte sind untereinander vernetzt, sodass eine Handlung nie einen isolierten Effekt auf nur ein Merkmal haben kann, sondern das System in seinem dynamischen Wechselspiel beeinflusst („Vernetztheit“).

Bezug zur Literatur:

Bei Hoffmann und Stark wird dies in der Kategorie „Wissen, Strategien zum Umgang mit komplexen Problemen“ kodiert, von Staudinger und Baltes wird dies so nicht expliziert. Es könnte aber als Teilaspekt in der Kategorie „Prozedurales Wissen über das Umgehen mit Lebensproblemen“ verstanden werden: Voraussetzung für eine erfolgreiche Bearbeitung von derlei Lebensproblemen ist zweifellos das Erkennen und Analysieren der konstituierenden Teilaspekte und ein konstruktiver, vorausschauender Umgang damit.

Ankerpunktzahlen und Textbeispiele:

- **Überdurchschnittliche Antworten (6 oder 7 Punkte)** sind gegeben, wenn die verschiedenen Problemaspekte strukturiert und fundiert herausgearbeitet werden und zusätzlich deren Vernetztheit erkannt und verbalisiert werden kann.
 - *„Vielleicht scheut er [der Chirurg] sich davor, schlechte Nachrichten weiterzugeben, vielleicht möchte er aber auch dem Patienten seinen Lebensmut nicht nehmen. Vielleicht macht der Chirurg sich auch ein wenig Gedanken über die erste Operation, bei der evtl. durch radikaleres Vorgehen ein Rezidiv hätte verhindert werden können und er sich deshalb Vorwürfe macht. Allerdings ist*

es schade, dass der Patient ohne genauere Info, die er sich ja offensichtlich wünscht, weitergeschickt wird.“ (K V2908 Fall2)

- *„Meistens geht das Verhalten dann in die Richtung, dass man sich Möglichkeiten offen hält. Lieber noch ein paar Tage Intensivstation als die geballte Endgültigkeit des Todes. Ich zweifle daran, ob das so in Ordnung ist und bin nicht sicher, wie man das handhaben sollte, fürchte aber, dass das zunehmend in der Verantwortung des behandelnden Arztes liegen muss. Also mehr Mut zu Entscheidungen (nicht die Entscheidung zur Nichtentscheidung)- natürlich immer im mutmaßlichen Sinne des Patienten [...]*

Alternative: keine Behandlung der respiratorischen Insuffizienz. Vorteile: spart (wahrscheinlich) Leid und Geld bzw. Ressourcen, die anderweitig hätten verwendet werden können.

Nachteile: juristisches Nachspiel? Man macht sich angreifbar/ evtl. auch selbst Vorwürfe.

- schlechte Klinikbilanz?

- Tadel vom Chef? Jedenfalls muss man sich rechtfertigen [...]

Heilung war von Anfang an quasi ausgeschlossen. Lasse ich einen Menschen sterben? Angst vor dieser Entscheidung und dieser Endgültigkeit. Ab wann nehme ich den Tod in Kauf? Darf ich ein Leben bewerten? („die ist ja 90 Jahre alt- dann ist auch mal gut“). Wie löst man das? Anscheinend hat man mehr Angst davor, dass der Patient stirbt und nimmt eher in Kauf sein Leiden zu verlängern.“ (S C0802 Fall3)

- *„Ich denke, für die meisten Ärzte, v.a. junge Ärzte (oder eben angehende Ärzte wie wir) ist der Umgang mit dem Thema „Leiden und Tod“ sehr schwer, weil man sich diesem Thema nicht gewachsen fühlt und einfach auch zu wenig Erfahrung damit hat und es einem Angst bereitet, hilflos zu sein. Gerade durch diese „Einstellung“ zum Thema „Leiden und Tod“ versuchen vermutlich viele Ärzte diesem aus dem Weg zu gehen und auch einen sterbenskranken Patienten immer weiter zu therapieren, damit sie sich mit dem Thema Tod nicht auseinandersetzen müssen - zumindest nicht zu diesem Zeitpunkt.*

Meiner Meinung nach würde es einigen Patienten besser gehen, wenn man sich mit ihnen unterhält - über ihre Wünsche, Ängste und auch den Tod.

Vielleicht würden manche Patienten dadurch kürzer leben, hätten aber in dieser Zeit weniger Ängste in Bezug auf das Sterben.“ (K H0110, Fall 1)

- Eine **durchschnittliche Antwort (3, 4 oder 5 Punkte)** zeigen Studierende, denen die Mehrschichtigkeit des Sachverhaltes zwar bewusst ist, also ihre Situationsanalyse in die Breite, jedoch nicht in die Tiefe geht und die unterschiedlichen Teilaspekte auch nicht miteinander in Beziehung gesetzt werden.

- *„Ich denke, der Wille des P. ist entscheidend für die Therapie. Und wenn dieser dann weitere Therapien will, obwohl der Erfolg nicht viel verspricht, hat er ein Recht darauf, ihm die Therapie zu verweigern halte ich nicht für sehr menschlich. Es gibt natürlich auch Ausnahmesituationen, und es ist auch zu prüfen, ob nach Gesprächen mit dem P. er vielleicht auch einen anderen Weg gehen will.“ (S I1510 Fall 1)*

- *„In diesem Falle besteht für die Ärzte der Konflikt zwischen dem Versuch der wohl nicht mehr erreichbaren Heilung der Patienten und dem möglichst schmerzlosen Tode der Patientin. Hinzu kommt der Wille der Angehörigen, dem man auch noch versuchen muss irgendwie nachzukommen.*

Das einfachste wäre in diesem Fall, wenn eine Patienten-Verfügung vorhanden gewesen wäre. Denn aus medizinischer Sicht ist wohl sowieso bei dieser Patientin nicht viel zu erreichen gewesen.“ (K A2310 Fall3)

- *„Meine Meinung ist, dass die Angehörigen deutlich danach hätten befragt werden müssen, ob der Wunsch der weiteren Therapie dem der Mutter entspricht. Wenn ja, dann hätte meiner Meinung nach die Therapie weitergeführt werden sollen, wenn nicht, hätte bereits früher die Therapie reduziert werden sollen und auf palliative Versorgung umgestellt werden sollen.“ (K A0605 Fall3)*
- Eine **wenig kompetente Antwort in dieser Kategorie (1 oder 2 Punkte)** zeigen Probanden, die die Komplexität der Situation nicht erkennen, sondern eine einseitige und absolute Sicht der Dinge erkennen lassen oder sich in einem nebensächlichen Teilaspekt festbeißen und somit zum großen Teil das Thema verfehlen.
 - *„Ich würde mir für so eine Befundbesprechung mehr Zeit nehmen und den Patienten auffangen; d. h., nachdem ich ihn ehrlich über seine Befunde aufgeklärt habe, alle Fragen, die er hat, authentisch und realistisch und mitfühlend beantworten.“ (S I1212, Fall2)*
 - *„Kennt der Chirurg die Therapieoptionen der Chemo oder warum geht er nicht mehr auf den Patienten ein? [...] Ich meine, wir geben dem Patienten eine Chemo und lassen ihn dann trotzdem sein Leben genauso weiterleben wie zuvor. Okay wir können die Menschen nicht von Grund auf ändern, aber wenigstens ein paar andere Ideen zu Krebstherapie haben als schneiden, bestrahlen und Chemo. Wie ist es mit der Bewegung, dem Essen, dem seelischen Wohlbefinden, Rauchen, und alle anderen Faktoren, die ein menschliches Leben ausmachen. Vorteil: Es kostet meistens nichts, jemandem beizubringen, sich „richtig“ zu ernähren oder zu bewegen oder auch wirklich seine Vergangenheit zu bewältigen.“ (S B2008 Fall2)*
 - *„Bevor man mit der Intensivtherapie nach dem Nierenversagen begann, hätte man die Frau auch bereits fragen können, ob es im Sinne der Patientin und den Angehörigen ist, die Intensivtherapie einzuleiten (v. a. bei den niedrigen Erfolgsaussichten).“ (K H0606 Fall3)*

4. (Strategie-)Wissen zu Kommunikation, Gesprächsführung und Ratgebung

Kurzbeschreibung:

Alle vier Dilemmata beschreiben Situationen, in denen die Arzt- Patienten- Kommunikation unbefriedigend verläuft oder gänzlich vermieden wird. Dabei ist Kommunikation eine zentrale Fertigkeit im klinischen Alltag. Basis ist das Wissen um die Funktionen und Auswirkungen ärztlicher Gespräche, sowie Kenntnisse zu allgemeinen Kommunikationsregeln (z.B. adäquate räumliche Situation, Zeitfenster festlegen, zuhören und ausreden lassen usw.). „Die ärztliche Kommunikation beschränkt sich nicht auf die Vermittlung von medizinischen Fachinformationen. In jedem Arzt-Patienten-Gespräch reagiert der Patient vielmehr in drei Ebenen auf das, was er vom Arzt erfährt: (A) Faktisch: „Um was geht es?“, (B) Emotional: „Wie fühle ich mich dabei?“, und (C) Existentiell: „Was bedeutet das für mein Leben?““ (Hick 2007, 16). Beim Überbringen schlechter Nachrichten („breaking bad news“) ist dies besonders wichtig; ein gutes Aufklärungsgespräch wirkt sich nachgewiesenermaßen auf das Behandlungsergebnis und noch nach Jahren positiv auf die Lebensqualität der Betroffenen aus

(Stewart u. a. 1999; Betancourt, Carrillo, und Green 1999; Tamblyn u. a. 2010). Alle Ebenen sollten dem Arzt bewusst sein, und er sollte in der Lage sein, auf diese einzugehen bzw. sie gezielt anzusprechen.

Bezug zur Literatur:

Staudinger und Baltes verlangen in ihrer Kategorie „Reiches prozedurales Wissen über das Umgehen mit Lebensproblemen“ ein „differenziertes Wissen darüber, [...] welche Gesprächsbedingungen und –folgen angesichts eines konkreten Gesprächspartners berücksichtigt werden müssen“. Darüber hinaus wird ein „differenziertes Wissen über Strategien der Ratgebung“ gefordert, „das vermittelt, woran sich jemand bei schwierigen Problemen des Lebens orientieren und wie er zu eigenen Entscheidungen gelangen kann.“ (Staudinger, Smith, und Baltes 1994, 23)

Bei Hoffmann und Stark wird dies in der Kategorie „Wissen/Strategie zu Kommunikation“ erfasst (Stark und Hoffmann 2009).

Ankerpunktzahlen und Textbeispiele:

- **Überdurchschnittliche Antworten (6 oder 7 Punkte)** zeichnen sich demnach durch eine besonnene Kommunikationsweise aus; der Proband ist sich der Wichtigkeit des Gesprächs für sein Gegenüber bewusst. Er versucht, dessen individuelle Bedürfnisse und Reaktionen einzuschätzen und darauf einzugehen. Eigene Reaktionen werden reflektiert und konstruktiv genutzt.
 - „Ein wichtiger Teil ist hier aber sicherlich zu merken, ob und was der Patient in dieser Krisensituation auf - und wahrnimmt. Wichtig ist es, weiteres Gesprächsangebot zu liefern“ (S A2007 Fall2)
 - „Die Patientin hätte zu aller erst nach ihren Wünsche gefragt werden können: Möchte sie tatsächlich in ein Einzelzimmer? Gibt es Bedarf an Hilfe/Gesprächsbestand mittels eines Psychologen/ eines Pfarrers oder möchte sie vielleicht mit einem der Ärzte regelmäßige Gespräche führen? Natürlich hat diese Herangehensweise den „Nachteil“, dass man die Patientin gezielt ansprechen muss, dass man schwierige Fragen stellen muss und zugeben muss, dass man medizinisch nichts mehr für ihre Heilung tun kann. Die Patientin könnte daraufhin entsetzt reagieren, Behandlungen einfordern und sich nicht mit der Situation auseinandersetzen wollen. Doch gerade dies ist ja ein wichtiger Schritt und wenn sie nicht schon selbst erkannt hat, in welcher Situation sie sich befindet und dass ihr Tod bevorsteht, dann ist es nicht falsch, diese Gedanken bei ihr anzuregen.“ (K H0501 Fall4)
 - „Die Angst der Verbalisierung des Sterbens und des Todes ist ganz deutlich aus dem Fall zu erkennen. Die Vermeidung des Gespräches zeigt die Angst der Ärzte, das Thema anzugehen und evtl. mit Fragen konfrontiert zu werden, die sie nicht beantworten können. Aber anstatt dazu zu stehen und so ihre Menschlichkeit einzugestehen und ihre „Unvollkommenheit“, vermeiden sie die Situation. Es zeigt auch eine Minderbewertung des Gesprächs, der Zeit und der Empathie gegenüber der Therapie in Form von Medikamenten etc. Eine meiner Ansicht nach falsche Interpretation der Aufgaben des Arztberufes.“ (K A0605 Fall4)
- Eine **durchschnittliche Antwort (3, 4 oder 5 Punkte)** ist gegeben, wenn Teilnehmer die Schwierigkeiten solcher Gespräche erkennen, und dies zu Verunsicherungen und Fragen führt, die aber nicht konstruktiv für den weiteren Umgang mit diesem Thema verwendet werden. Oder aber vermeintliche Strategien, die von den Studenten

angeboten werden, sind nicht richtig durchdacht bzw. zu oberflächlich ausgeführt und umgehen damit Teile der Problematik.

- *„Ich denke, dass ich als Ärztin in diesem Fall nur beratende Funktion habe. Ich stelle dem Patienten alle Möglichkeiten dar und helfe ihm (idealerweise ohne ihn zu beeinflussen), seine eigene Entscheidung zu treffen. [...] Ich habe quasi nur beratende Funktion und keine Exekutive.“ (S A2007 Fall1)*
 - *„[...] wie begleite ich die seelischen Bedürfnisse als Arzt überhaupt? Inwiefern und v.a. wann muss ich dem Patienten Sterbebegleitung anbieten? Darf/Soll ich ihn damit konfrontieren, obwohl er voller Hoffnung ist, dass die Therapie anspringt?“ (S A2007 Fall1)*
 - *„Ein ambivalentes Gefühl: einerseits sollte der Chirurg dem Patienten Mut machen, denn gerade in so einer Situation könnten hoffnungslose Mitteilungen den Patienten schwer beeinträchtigen, er also für immer die Zuversicht verlieren; andererseits ist – meines Wissens – die Aussicht auf Heilung sehr gering und mit zu viel Zuversicht steigt die Gefahr einer umso größeren Enttäuschung.“ (K I2508 Fall2)*
- Eine **wenig kompetente Antwort in dieser Kategorie (1 oder 2 Punkte)** geben Studierende, die sich nicht mit den Anforderungen und Schwierigkeiten des ärztlichen Gesprächs und entsprechenden möglichen Lösungsansätzen auseinandersetzen. Sie beschreiben oberflächlich dessen idealen theoretischen Ablauf oder zeichnen ein idealisiertes Bild seines Effektes.
 - *„Ich würde mir für so eine Befundbesprechung mehr Zeit nehmen und den Patienten auffangen; d. h., nachdem ich ihn ehrlich über seine Befunde aufgeklärt habe, alle Fragen, die er hat, authentisch und realistisch und mitfühlend beantworten.“ (S I1212, Fall2)*
 - *„Mehr Aufklärung und etwas mehr Zeit würden die Sorgen des Patienten um seine Gesundheit bestimmt drastisch senken.“ (K G2506 Fall2)*
 - *„Wenn ich mir die Zeit für den P. nehme, es ihm ausführlich erkläre, wie z. B. die Chemotherapie abläuft, welche Prognosen es gibt, Risiken,...nimmt das [...] dem P. die Ungewissheit, den Schock“ (K H0606 Fall 2)*

5. Reflexive Grundhaltung

Kurzbeschreibung:

Das zentrale Thema der Dilemmata und auch der Seminareinheit ist der Umgang mit „Leiden und Tod“. Im ärztlichen Beruf wird man praktisch täglich mit dem Leiden Anderer konfrontiert, wobei die Begleitung der Patienten in diesen persönlichen Ausnahmesituationen zweifellos zu den großen ärztlichen Herausforderungen gehört. Alle vier Szenarien beschreiben Situationen, in denen dies nicht befriedigend erfüllt werden konnte.

Es reicht aber nicht aus, die darin Handelnden zu kritisieren und einen idealen Verlauf zu präsentieren („So hätte ich das gemacht.“). Zielführend ist es vielmehr zu hinterfragen, aus welchen Gründen in der Begegnung mit diesen Patienten auf eine bestimmte Art und Weise reagiert wurde. Denn nur wer die Mechanismen versteht, die zu unbefriedigenden Arzt-Patienten-Interaktionen führen können und reflektiert, welche Grundlagen und Bedingungen für ihr Gelingen gegeben sein müssen, hat die Voraussetzung dafür geschaffen, sich selbst anders verhalten zu können. Dewey definiert reflexives Denken als das „aktive, beharrliche und sorgfältige Durchdenken jeder Überzeugung oder in Vermutung gekleideten Wissens im

Blick auf die sie bestätigende Begründung sowie die weitere Folgerung, zu der es tendiert.“ (Dewey 1933, 9). Nur wenn wir verstehen, warum etwas geschieht, können wir darauf reagieren und unsere eigene Handlung planen, also „wirksam handeln“ (Dewey 1933, 19).

Bezug zur Literatur:

Weder Baltes noch Hoffmann und Stark kennen diese Kategorie. Im Sinne der hier untersuchten Intervention auf Grundlage des „Transformativen Lernens“ scheint aber eine gesonderte Betrachtung der Fähigkeit zur Reflexion bzw. Selbstreflexion in einer eigens dafür geschaffenen Kategorie sinnvoll zu sein: „Reflexion ist die entscheidende Kraft bei der Stellung und Lösung von Problemen sowie der Transformation von Bedeutungsschemata und Bedeutungsperspektiven.“ (Mezirow 1997, 97).

„Eine Möglichkeit der Vornahme einer Bewertung [...] [transformativer Lernprogramme] besteht darin, dass man sich auf Änderungen der Reflexion konzentriert, also auf den Umfang, in dem der Lernende über den Prozess der Problemlösung und seinen Gegenstand reflektiert hat, und zwar sowohl im Rahmen überlegten Handelns als auch in rückblickender Reflexion, sowie auf die Qualität dieser Reflexion.“ (ebd., S. 187)

Ankerpunktzahlen und Textbeispiele:

- **Überdurchschnittliche Antworten (6 oder 7 Punkte)** geben demnach Probanden, die sich ihren eigenen Schwierigkeiten, Gefühlen und Ängsten bewusst sind und dies in die Analyse einbeziehen. Eigene Sichtweisen und Werte und deren möglicher Einfluss auf das Gegenüber können reflektiert werden. Außerdem wird versucht, die Diskrepanz zwischen theoretisch optimalen Verhalten und realer Praxis sowie verschiedenen Ziel- und Wertvorstellungen zu erklären und daraus Handlungsalternativen herzuleiten.
 - *„Solche Situationen erfordern menschliche Höchstleistungen. Es setzt voraus, dass wir mit Themen wie unserer eigenen Endlichkeit auseinandergesetzt haben, da wir sonst im Kontakt mit solchen Patienten Angst haben d. h. dies dann auch vermeiden, wie in diesem Beispiel. D. h. wir sind dann nicht offen genug und klar, solche Patienten gut zu begleiten. Ich denke, dass es auch für uns als Ärzte nicht gesund ist, täglich diesem Konflikt ausgesetzt zu sein und diese Ängste dann zu verdrängen.“* (S I1510 Fall2)
 - *„Heilung war von Anfang an quasi ausgeschlossen. Lasse ich einen Menschen sterben? Angst vor dieser Entscheidung und dieser Endgültigkeit. Ab wann nehme ich den Tod in Kauf? Darf ich ein Leben bewerten? („die ist ja 90 Jahre alt- dann ist auch mal gut“). Wie löst man das? Anscheinend hat man mehr Angst davor, dass der Patient stirbt und nimmt eher in Kauf sein Leiden zu verlängern.“* (S C0802 Fall3)
 - *„Ich finde diese Situation ausgesprochen schwierig. Es ist leicht zu sagen, wie die Ärzte sich hätten verhalten sollen und dass man mit der Patientin hätte sprechen sollen. Ich selbst kann aber auch nicht sagen, dass ich das sicher getan hätte. Gerade in der „Gruppe“ (also auf Visite) ist es so schön einfach, diesen „schwierigen Fall“ mehr oder weniger zu übergeben. Abgesehen von der Zeit, die es kostet, mit der Patientin ausführlich über das Sterben zu sprechen, wäre dies auch eine große Belastung für mich als Arzt, die mich sicher den ganzen Tag verfolgen würde. So gerne man als „zukünftiger Arzt“ behaupten möchte, man hätte sich anders verhalten, garantieren kann es wohl kaum einer.“* (K B0108 Fall4)

- **Durchschnittliche Antworten (3, 4 oder 5 Punkte)** lassen zwar Reflexivität erkennen, dies jedoch nur oberflächlich oder es wird versucht, kritischen Punkten in der Auseinandersetzung auszuweichen.
 - *„Als Arzt finde ich es besonders wichtig, den Patienten und auch Angehörigen beizustehen und v. a. auch den Willen des Patienten zu respektieren. In diesem Fall fällt das sicherlich nicht so schwer, da der Patient bis zum Ende jede Therapieoption versuchen möchte, was auch meiner Motivation als Arzt entspricht.“ (K V2908 Fall1)*
 - *„Meiner Meinung nach haben Ärzte ein Problem damit, wenn sie nicht alles versucht haben, auch mal zu sagen, dass es - aus verschiedenen Gründen - keinen „Sinn“ hat, eine Behandlung aufrechtzuerhalten.“ (K H0110 Fall3)*
 - *„Ja, genau so läuft es, kenne ich aus eigener Erfahrung: Alles muss therapiert werden, auch wenn der Tod unausweichlich ist. Warum muss das denn so sein? Kann es nicht anders laufen?“ (K G2506 Fall4)*

- Eine **wenig kompetente Antwort in dieser Kategorie (1 oder 2 Punkte)** zeigen Studierende, die das Verhalten der Ärzte (teils heftig) kritisieren, ohne die dazu führenden Hintergründe und möglichen persönlichen Schwierigkeiten zu reflektieren und sozusagen „vom hohen Ross herunter“ ausführen, wie sie in idealer Weise gehandelt hätten.
 - *„Als Ärztin würde ich später bestimmt jeden Patientenwillen, sei es nun der Wunsch das Leben zu verlängern (Versuch der Kuration) oder der Wunsch auf möglichst angenehmes weiteres Leben (Palliation) respektieren. Ich würde nicht auf unbedingte Heilungsversuche bestehen.“ (S R1010 Fall1)*
 - *„Ich würde mir für so eine Befundbesprechung mehr Zeit nehmen und den Patienten auffangen; d. h., nachdem ich ihn ehrlich über seine Befunde aufgeklärt habe, alle Fragen, die er hat, authentisch und realistisch und mitfühlend beantworten.“ (S I1212, Fall2)*
 - *„In meiner menschlichen Haltung würde ich es für unmöglich halten, so mit einem Patienten umzugehen. Ich würde mich selbst als Chirurg versuchen einfühlsam zu verhalten [...].“ (S R1010 Fall2)*

6. Kontextualismus/Relativismus

Kurzbeschreibung:

Im Zentrum steht die Individualität jedes Patienten. Es wird versucht, ihn in seiner Lebenswirklichkeit wahrzunehmen und in diesem Zusammenhang auf ihn zu reagieren: Wie sieht die Lebenssituation des Patienten aus? Welches sind seine Bedürfnisse? Auf welche möglichen Ängste, Trauer, Wut u. ä. muss eingegangen werden? Welche Angebote können gemacht werden? Dabei ist wichtig zu versuchen, diese Fragen individuell für jeden Einzelnen zu beantworten und im Kontext seiner Lebensgeschichte zu sehen.

Bezug zur Literatur:

Staudinger & Baltes beschreiben dies in der Kategorie „Lifespan- Kontextualismus“: „Eine Voraussetzung guten Urteilens bei schwierigen Problemen und Entscheidungen des Lebens ist die Kenntnis von und das Denken in Kontexten der Lebensspanne. Damit ist gemeint, dass eine Person oder ein Ereignis nicht isoliert betrachtet wird, sondern dass man die vielfältigen zeitlichen (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft) und thematischen (Familie, Beruf, Freizeit,

Freunde usw.) Bezüge eines Lebensproblems aufzeigt und herausarbeitet.“ (Staudinger, Smith, und Baltes 1994, 24). Unter Berücksichtigung dieses Kontextes wird auch deutlich, dass abhängig vom persönlichen Hintergrund, den Erfahrungen und der Lebenssituation einer Person diese auch individuelle Wert- und Zielvorstellungen im Leben entwickelt. Baltes' Kategorie des „Wert-Relativismus“ verlangt hier die Fähigkeit, Distanz zum eigenen Standpunkt einnehmen zu können, um alternativ begründeten Standpunkten mit Respekt und Neutralität begegnen zu können (ebd., S.26) und auf diesem Hintergrund die für den Betroffenen relativ beste Entscheidung zu treffen.

Auch bei Hoffmann und Stark findet sich die Kategorie „Kontextualismus/Relativismus“: „Abstrakte Lösungsschemata [werden] als ungenügend empfunden, weil [...] gerade komplexe soziale Situationen von so vielen Faktoren mit bedingt werden, dass „Schema F“ zur einfachen, unkomplizierten und stets gleichen Lösung eines Problems nicht ausreicht, sondern spezifisch auf die Situation abgestimmte Problemlöseansätze gefunden werden müssen.“ (Hoffmann 2008, 32) In Abgrenzung zur Kategorie „Wissen über die menschliche Natur“ stellt diese Kategorie die praktische „Umsetzung“ des Wissens über die menschliche Natur dar; dieses muss folglich als Voraussetzung für personenorientiertes Handeln angesehen werden.

Ankerpunktzahlen und Textbeispiele:

- **Überdurchschnittliche Antworten (6 oder 7 Punkte)** zeichnen sich durch den Versuch aus, den Patienten im Kontext seiner Umwelt zu erfassen. Auch persönliche Standpunkte und Haltungen können in diesem Zusammenhang re-evaluiert und distanziert betrachtet werden.
 - *„Verbindung herstellen zur Palliativmedizin, Schmerzambulanz. Einstellen der Therapie, nur supportive Maßnahmen anbieten. Was sind noch Alternativen? Naturheilverfahren, Esoterik... Es ist in diesem Punkt entscheidend, was der jeweilige Patient sich vorstellen kann. Wie sieht es aus mit begleitender Psychoonkologie?“ (S J1910 Fall1)*
 - *„Daraus folgend auch ein Gespräch darüber, welche Ziele hinsichtlich kurativer oder palliativer Therapie vom Patienten gemeinsam mit den Ärzten formuliert werden. Dies darf vom Arzt nicht einfach verkündet werden, sondern er muss sich vorsichtig einen Eindruck davon verschaffen, ob der Patient eher optimistisch oder pessimistisch mit der Diagnose umgeht, ob und wie viel Unterstützung er hat, wie stark oder schwach der Patient psychisch ist.“ (K I2508 Fall2)*
 - *„Die Patientin hätte weiterhin täglich bei der Visite miteinbezogen werden müssen. Sie hätte weitere Angebote bekommen müssen wie z. B. Seelsorge, andere Therapeuten, Psychoonkologen ect. anstatt sie lediglich mit Morphin zu versorgen. So hätte sie körperlich und seelisch sich besser auf den Tod vorbereiten können. Unter Umständen wäre es auch ihr Wunsch gewesen nach Hause entlassen zu werden, was durch einen Hopitzdienst verwirklicht hätte werden können.“ (K A0605 Fall4)*
- **Studierende mit durchschnittliche Antworten (3, 4 oder 5 Punkte)** sind sich der individuellen Realität eines jeden Patienten, dessen Hoffnungen und Bedürfnissen zwar bewusst, können diese aber nicht genügend integrieren, wenn sie der Sachlage oder eigenen Überzeugungen gegenläufig sind, oder beleuchten sie relativ einseitig.
 - *„Da es sich bei der ersten Chemotherapie schon um eine palliative Therapie handelt und er scheinbar sehr unter ihr litt und sie seine Lebensqualität einschränkte, ist es eine denkbare Option, danach aufzuhören mit*

Chemotherapie und auf eine weniger belastende, sondern primär schmerzlindernde palliative Therapie umzusteigen. Der Vorteil wäre, dass dem Patienten mehrere Monate des Leidens unter der weiteren Chemo erspart geblieben wären. Ein „Nachteil“ wäre, dass man den Patientenwillen berücksichtigen muss und es wahrscheinlich nicht mit seinem starken Lebenswillen vereinbar gewesen wäre.“ (K H0501 Fall1)

- *„Selbst wenn ich persönlich den Tod als nicht so dramatisch erachte und natürlich hinnehme [...] , muss ich den Patienten und seine Todesangst/-haltung respektieren und ihm darin begegnen und unterstützen.“ (S I1212, Fall2)*
- *„Aus medizinischer Sicht erscheint der Fall ziemlich klar - eine multimorbide, sehr alte Patientin mit massiver Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Aber auch unter wirtschaftlicher Betrachtungsweise stellt sich die Frage, ob sich diese allumfassende Behandlung wirklich „lohnt“. Unabhängig von allen objektiven Gründen, die gegen diese intensive Behandlung gesprochen hätten, hätte ich als Ärztin nach dem Wunsch der Angehörigen gehandelt ohne zu zögern.“ (K B0108 Fall3)*

- Eine **wenig kompetente Antwort in dieser Kategorie (1 oder 2 Punkte)** zeigen Studierende, die nicht fähig sind, Distanz zum eigenen Standpunkt einzunehmen als Voraussetzung dafür, auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten eingehen zu können.

Dies war nur bei einem Probanden der Fall, der als Lösungsansatz für die Dilemmata ausschließlich eine naturheilkundliche Therapie anbieten wollte, und damit keine andere Perspektive als die eigener Überzeugungen anbieten konnte:

- *„Anstatt den Tumor durch Chemo zu therapieren schauen, was es für andere, unkonventionelle, naturheilkundliche Möglichkeiten/Ideen gibt, den Tumor zu bekämpfen.“ (S B2008 Fall1)*

7. (Umgang mit) Grenzen des Wissens

Kurzbeschreibung:

Trotz ständiger Weiterentwicklungen und wissenschaftlicher Durchbrüche in verschiedenen Bereichen der Medizin bleiben nicht wenige Erkrankungen schlecht oder gar nicht kurativ therapierbar. Es erwächst eine Diskrepanz zwischen der als so leistungsfähig und erfolgsorientiert erlebten Medizin auf der einen Seite, auf der auch entsprechende Erwartungen und Hoffnungen seitens der Betroffenen ruhen und denen sich die Ärzteschaft zunehmend verpflichtet fühlt, und auf der anderen Seite die schlichte Unerfüllbarkeit und fragliche Sinnhaftigkeit einiger dieser Ansprüche, der sich die Mediziner im Einzelfall stellen müssen. Ein Arzt, der seine „Pflicht“ - also die Heilung seines Patienten mit allen Mitteln - nicht erfüllt, kann schnell in einen Rechtfertigungsdruck vor der Gesellschaft und auch sich selbst geraten. Vor diesem Hintergrund ist es oft nicht einfach, in der individuellen Situation eine nach außen wie innen vertretbare Entscheidung zu treffen. Nicht nur aktuelle Leitlinien, sondern vor allem der Einzelfall und die persönlichen Einstellungen des Arztes tragen zu wichtigen Therapieentscheidungen bei. Zentral ist hierbei das Selbstverständnis des Arztes und dessen Einstellung zur Begrenztheit und Fehlbarkeit des (eigenen) Wissens: Betrachtet er seine therapeutischen Bemühungen als qualitatives Ausschlusskriterium für die Existenz von Leiden und Tod („wenn ich gut therapiere, kann/darf das nicht passieren“) oder akzeptiert er

deren Koexistenz? Betrachtet er ein verfehltes Therapieziel als persönliches Scheitern, einen Misserfolg? Fügt er sich der Einfachheit halber dem gesellschaftlichen Druck oder tritt er in eine konstruktive Auseinandersetzung damit? Dies sind Basisfragen im Umgang mit den Grenzen der Medizin, mit denen sich angehende Ärzte differenziert beschäftigen sollten.

Bezug zur Literatur:

Dem wird auch bei Stark mit der Kategorie „Wissen um Begrenztheit und Fehlbarkeit des (eigenen) Wissens“ Rechnung getragen (Stark und Hoffmann 2009).

Staudinger und Baltes erwähnen diesen Aspekt nicht explizit als eigene Kategorie, jedoch ist er inhaltlich am ehesten in der Kategorie „Ungewissheit“ zu verorten.

Ankerpunktzahlen und Textbeispiele:

- Studierende mit **überdurchschnittlichen Antworten (6 oder 7 Punkte)** zeigen, dass sie sich dem Spannungsfeld zwischen dem „Machbaren“ und dem „noch Sinnvollen“ bewusst sind und die an sie herangetragenen Erwartungen reflektieren können. Dabei sind nicht absolute Therapieentscheidungen im Ergebnis wichtig, sondern ein differenzierter Umgang und das Abwägen unterschiedlicher Positionen und deren persönliche Konsequenzen und Auswirkungen für Patient und Arzt im Kontext der Grenzdiskussion.
 - *„Als Arzt ist es schwer sich einzugestehen, dass es evtl. keine Möglichkeit gibt den Pat zu heilen oder auch nur das Leben auf erträgliche Weise zu verlängern. Diese Hilflosigkeit, das Annehmen der „Zuschauerrolle“ ist extrem schwer und widerspricht vielleicht dem intuitiven Willen zu helfen. [...] Der Arzt muss in entsprechenden Situationen aber auch entscheiden, was noch sinnvoll ist an Therapie, was zum Wohl und was gegen das Wohl des Pat ist. Wann ist es sinnvoller offen mit dem Tod und der Untherapierbarkeit der Krankheit umzugehen. Und den Pat besser auf den Sterbevorgang vorzubereiten.“* (S B0706, Fall 1)
 - *„Heilung war von Anfang an quasi ausgeschlossen. Lasse ich einen Menschen sterben? Angst vor dieser Entscheidung und dieser Endgültigkeit. Ab wann nehme ich den Tod in Kauf? Darf ich ein Leben bewerten? („die ist ja 90 Jahre alt- dann ist auch mal gut“). Wie löst man das? Anscheinend hat man mehr Angst davor, dass der Patient stirbt und nimmt eher in Kauf sein Leiden zu verlängern.“* (S C0802 Fall3)
 - *„Problem im Krankenhausalltag ist folgendes:
Therapieerfolg = Erfolg des Arztes
Therapieversagen/Tod = Versagen des Arztes.
Somit impliziere ich, dass mein Ziel als Arzt es ist, jeden Tod zu vermeiden, eine Unmöglichkeit. Die Medizin ist so verfahren in der Wissenschaft, dass sie gar nicht mehr merkt, dass der Tod unumgänglich ist und dass es vielleicht irgendwann an der Zeit ist den Tod zuzulassen. Der Tod ist Realität, Teil der Natur und somit nicht Versagen des Arztes.“* (S A2007 Fall4)
- **Studierende mit durchschnittliche Antworten (3, 4 oder 5 Punkte)** zeigen, dass sie sich der Problematik bewusst sind, deren Tragweite aber nicht ausreichend erfassen oder die resultierenden Schwierigkeiten nicht befriedigend klären können bzw. ihnen ausweichen.
 - *„Sicher würde ich mich vielleicht fragen, wie sinnvoll die Therapien sind, dem Patienten gegenüber würde ich aber so neutral wie möglich bleiben und mir*

- nicht das Recht herausnehmen, ihm Entscheidungen aufzudrängen zu wollen.“ (K B0108 Fall 1)*
- *„Der Arzt befindet sich also in einer Konfliktsituation, in der er keinen Anspruch wirklich erfüllen kann: Er kann die Patientin nicht retten, kann aber auch nicht den Willen der Familie außer Acht lassen. Letzten Endes muss er einen Zwischenweg finden, den er mit den Familienmitgliedern zusammen finden muss.“ (K C1204 Fall3)*
 - *„In diesem Fall verzögern die Ärzte mit ihren Möglichkeiten den Tod und verlängern das Leiden. Sie tun es aber wahrscheinlich, weil sie zumindest am Anfang noch die Möglichkeit sahen der Patientin zu helfen. Wenn einmal mit der Behandlung begonnen wurde ist es schwierig den richtigen Zeitpunkt zu finden, an dem die Behandlung nicht fortgesetzt werden soll.“ (S E1410 Fall3)*
- Eine **wenig kompetente Antwort in dieser Kategorie (1 oder 2 Punkte)** geben Studierende, die sich der Problematik um die Grenzen der Medizin nicht bewusst sind oder diese ausblenden, um nach einfachen Strategien und Regeln eine Therapieentscheidung zu treffen und begründen zu können, oder gar nicht dazu in der Lage sind.
 - *„Meiner Meinung nach sollte alles probiert werden, solange es dem Willen des Patienten entspricht. Dieser muss angeben, ab wann er keine Therapie mehr will.“ (K A2310, Fall1)*
 - *„Da es der Wunsch der Angehörigen war, hätte man die Intensivbehandlung sicher nicht anders durchführen sollen. Ob es der Patientin zugute kam, kann man jedoch anzweifeln.“ (K C1204 Fall3)*
 - *„[...] Vorteil in diesem Fall ist sicher für die Familie, dass sie sich keine Vorwürfe machen braucht: „Sie haben alles versucht“. Hm für mich schwierig. Ich wünsche mir jemanden, der für mich entscheidet.“ (S J1910 Fall3)*

8. Ungewissheitstoleranz /-bejahung

Kurzbeschreibung:

Eine komplexe Situation ist, wie oben bereits ausgeführt, durch das Vorhandensein vielfältiger Einzelmerkmale sowie die Dynamik in deren Zusammenspiel bedingt. Unmöglich kann man über alle Informationen zu jedem einzelnen Faktor verfügen, sowie deren wechselseitige Entwicklung vollständig antizipieren. Es bleibt also immer - trotz sorgfältigster Situationsanalyse und Planung - ein gewisser Grad an Ungewissheit, der sich jeglicher Kontrollierbarkeit entzieht. Entscheidungen müssen jedoch gerade in diesem Bewusstsein aktiv getroffen und nicht aus Angst vor Fehlern vermieden werden. Ein Proband sollte somit in der Lage sein, sich die jeder schwierigen Situation innewohnende Ungewissheit bewusst zu machen und konstruktiv damit umzugehen: Eine Entscheidung kann nur auf Grundlage der momentan verfügbaren Informationen getroffen werden.

Gerade im medizinischen Kontext ist der Umgang mit dieser Ungewissheit ein zentrales Thema; jede Therapieentscheidung und Prognose ist sehr individuell und im Einzelfall nicht vorhersehbar. Dennoch müssen sich der Arzt und der Patient (anhand von Wahrscheinlichkeiten und Überzeugungen) für einen bestimmten Weg entscheiden. Voraussetzung dafür sind „Annahmen und Schätzungen darüber, welche Ereignisse [...] wahrscheinlich eintreten werden, welche gegenwärtige Entscheidung noch die relativ beste ist [...].“ (Staudinger, Smith, und Baltes 1994, 27).

Bezug zur Literatur:

Baltes führt in seiner Kategorie „Ungewissheit“ weiter aus, dass die Bereitschaft bestehen müsse, „seinem eigenen Urteil zu vertrauen, aber auch angesichts eines unerwarteten Ereignisses dieses Urteil zu überdenken und das Unerwartete konstruktiv aufzunehmen“. (ebd., S. 27). Auch Hoffmann und Stark definieren diese Kategorie: „Ungewissheit und Ambiguität werden nicht als Bedrohung empfunden, sondern es wird nach der bestmöglichen Entscheidung gesucht, stets im Bewusstsein, dass diese „nur“ nach bestem Wissen und Gewissen getroffen werden kann und nie in Kenntnis aller Faktoren“ (Hoffmann 2008, 33).

Ankerpunktzahlen und Textbeispiele:

- Studierende mit **überdurchschnittlichen Antworten (6 oder 7 Punkte)** zeigen, dass sie sich aktiv anhand von Wahrscheinlichkeiten und Überzeugungen für eine bestimmte Vorgehensweise entscheiden können. Ungewissheiten werden in den Entscheidungsprozess miteinbezogen, hemmen diesen jedoch nicht oder der Einfluss von Ungewissheit auf die Entscheidungsfindung wird eingehend reflektiert.
 - *„Über Überleben/Tod der Patienten zu entscheiden ist immer extrem schwer. Meistens geht das Verhalten dann in die Richtung, dass man sich Möglichkeiten offen hält. Lieber noch ein paar Tage Intensivstation als die geballte Endgültigkeit des Todes. Ich zweifle daran, ob das so in Ordnung ist und bin nicht sicher, wie man das handhaben sollte, fürchte aber, dass das zunehmend in der Verantwortung des behandelnden Arztes liegen muss. Also mehr Mut zu Entscheidungen (nicht die Entscheidung zur Nichtentscheidung)-natürlich immer im mutmaßlichen Sinne des Patienten.“* (S C0802 Fall3)
 - *„In diesem Zusammenhang sehe ich in ärztlicher Behandlung auch die Möglichkeit des Nicht- Handelns bzw. des Nicht-alles-menschenmögliche-Tuns, um das Leben einer Person auf das Maximalmaß zu verlängern.“* (K C1204 Fall3)
- **Studierende mit durchschnittliche Antworten (3, 4 oder 5 Punkte)** nehmen die Ungewissheiten einer Situation zwar wahr, sind aber nicht fähig in eine konstruktive Auseinandersetzung diesbezüglich zu gehen; die Situation wird als überfordernd wahrgenommen.
 - *„Einerseits ist es sehr verständlich, dass der P. alle ihm angebotenen Therapien - eben auch die experimentelle - angenommen hat. Wenn sein Lebenswillen derart stark war, dann kämpft man sicherlich mit vielen/allen Mitteln. Andererseits ist zu überlegen, wie stark ihn die Therapien in seiner Lebensqualität eingeschränkt haben, und er nicht ohne Chemo die letzte Zeit besser hätte verbringen können. Das ging u. U. auch dem Hausarzt durch den Kopf. Aber die Therapien hätten ja auch helfen können, dann hätte danach keiner gefragt!“* (K A0605 Fall 1)
 - *„Allerdings konnte man nie mit absoluter Sicherheit vorhersagen, wie der weitere Verlauf sein würde und ob sich die Patientin nicht zumindest teilweise erholen würde. Andererseits hätte man die Intensivbehandlung auch unendlich fortführen können, wobei hier irgendwann jede Aussicht auf Genesung gefehlt hätte.“* (K I2508 Fall3)
 - *„Arzt verhilft Patientin bei Abbruch der Therapie zum Tod. Hat der Arzt die Macht bzw. darf ein Arzt/ Mensch darüber entscheiden, ob ein anderer Mensch jetzt sterben soll? → schwierige Frage, dazu muss man selbst sehr selbstsicher*

sein, v. a. wenn jemand anderer Meinung ist → ziemlich schwere Frage, was wäre, wenn sie wieder gesund wird und 10 Jahre weiterlebt?“ (S I1510 Fall3)

- Eine **wenig kompetente Antwort in dieser Kategorie (1 oder 2 Punkte)** zeigen Studierende, die sich von der allseits gegenwärtigen Ungewissheit verunsichern und in ihren Therapieentscheidungen dadurch leiten lassen. Es besteht geringes Vertrauen in das eigene Urteil und es wird versucht, dessen Verantwortung zu verschieben. Nicht jeder Therapieversuch ist aber allein mit der noch so minimalsten Aussicht auf Heilung zu begründen; es entbindet nur zunehmend den Arzt von der Verantwortung des differenzierten Entscheidens.
 - *„Vielleicht hätte er sich dann gefragt, ob er einen Nutzen hätte ziehen können aus einer weiteren Chemo. Vielleicht... Ich meine, dass er es hätte bereuen können, wenn er keine weitere Therapie nach Chemo 1 gemacht hätte. Dass er nicht alles versucht hat.“ (S J1910 Fall1)*
 - *„Man weiß ja auch nicht, ob die Prognose wirklich infaust ist → Wunder geschehen!“ (S I1212 Fall1)*
 - *„Man weiß ja nicht, ob sich die Patientin nicht doch noch erholt, wenn sie weiterhin Intensivtherapie bekommt.“ (K A2401 Fall3)*

3.4.2.5 Kodierqualität

Reliabilität

Um den Kodierleitfaden und die resultierenden Kodierungen in ihrer Zuverlässigkeit zu überprüfen, wurde die Intra- und Interkodierreliabilität unter Verwendung von Cohen's Kappa berechnet (Cohen 1960; Cohen 1968). Dies ist eine von Jacob Cohen 1960 hergeleitete Methode, um anhand der Häufigkeit von übereinstimmenden Kodierungen zweier Kodierer die Interraterreliabilität zu bestimmen

In dieser Formel wird jedoch eine Nichtübereinstimmung zwischen zwei Kodierern in ihrer Punktwertung auf einer Ordinalskala, so gering diese auch sein mag, immer gleich bewertet. Dem wird mit der durch Hedderich vorgeschlagenen Berechnung des *linear gewichteten* Kappas Rechnung getragen (Hedderich und Sachs 2013, 666 ff.)

- Zur Überprüfung der **Intrakodierreliabilität** wurde das erste Szenario der gesamten Interventionsgruppe zu einem späteren Zeitpunkt erneut von der Verfasserin kodiert (entspricht 88 Kodierungen). Daraus ergab sich eine Schätzung für das linear gewichtete Kappa von 0.63; (95%-Konfidenzintervall auf Basis des Bootstrap-Standardfehlers = 0.55, 0.71). Zur Beurteilung der Qualität der Übereinstimmung wurde die von Landis 1977 angegebene Skala verwendet (Landis und Koch 1977), wonach ein gewichtetes Kappa von 0,63 einer starken Übereinstimmung entspricht.
- Für die Berechnung der **Interkodierreliabilität** wurden die vier Dilemmaanalysen aller Seminarteilnehmer von einer unabhängigen Person aus der Familie der Verfasserin vollständig kodiert und mit denen der Verfasserin verglichen. Bei einer Gesamtzahl an Kodierungen von C=352 ergab sich eine Schätzung für das linear gewichtete Kappa von 0.77; (95%-Konfidenzintervall auf Basis des Bootstrap-

Standardfehlers = 0.717, 0.808). Somit kann auch hier auf eine starke Übereinstimmung zwischen den zwei Kodierern geschlossen werden.

Interne Konsistenz

Die 8 unterschiedlichen Items der Skala wurden bezüglich ihrer Korrelation untereinander überprüft. Daraus wurde der Koeffizient Cronbach's Alpha errechnet. Dies ist ein Maß für die interne Konsistenz eines Messinstrumentes (Bland und Altman 1997; Hedderich und Sachs 2013, 99), d. h. inwiefern alle Items unterschiedliche Aspekte desselben theoretischen Konstruktes messen. In der vorliegenden Arbeit ergab sich ein Cronbach's Alpha von 0,88, was als gut zu bewerten ist und vergleichbar mit bisherigen Ergebnissen aus der Weisheitsforschung ist (Staudinger und Baltes 1996).

3.4.3 Begleitfragebögen

Jede der vier Dilemmasituationen wurde von den Probanden unmittelbar nach deren Bearbeitung im Hinblick auf ihre Realitätsnähe und Relevanz für den klinischen Alltag evaluiert (siehe Anhang). Des Weiteren wurde im Anschluss an die zweite Datenerhebung von den Seminarteilnehmern ein Fragebogen zur Qualität und subjektiven Wirksamkeit des Seminars „Mein Alltag – von Leiden und Tod“ ausgefüllt. Zur Erfassung der mittelfristigen Wirkung des Seminars auf die Teilnehmer wurde ein dementsprechender Fragebogen 6 Monate nach Beendigung der Unterrichtseinheit an die Interventionsgruppe versendet (Rücklauf n= 9, entspricht 82%).

3.5 Statistik und Ethik

Zur Beschreibung der Ergebnisse wurden für die Darstellung der quantitativen Größen der verschiedenen Versuchsgruppen Mittelwerte, Mediane und Standardabweichungen berechnet. Der Vergleich der zwei Gruppen erfolgte mit dem Zweistichproben-t-Test. Die Beurteilung einer Änderung innerhalb einer Gruppe erfolgte bei normalverteilten Differenzen mit dem gepaarten t-Test. Für die qualitativen Größen wurden absolute und relative Häufigkeiten bestimmt. Der Vergleich qualitativer Merkmale erfolgte mit dem Mann-Whitney-U Test. Zur Beurteilung des Zusammenhangs zweier quantitativer Größen wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman berechnet.

Um die Zuverlässigkeit kategorialer Daten zu untersuchen, wurde Cohen's Kappa als Maß der zufallskorrigierten Übereinstimmung berechnet und nach der Tabelle von Landis (Landis 1977) interpretiert. Die interne Konsistenz der Skala wurde mit Cronbach's alpha beurteilt.

Sämtliche Tests erfolgten auf einem zweiseitigen Signifikanzniveau von 5%, ein p-Wert < 0,05 wird dabei als statistische Signifikanz interpretiert. Die Auswertungen und graphischen Darstellungen erfolgten mit Microsoft Excel (2010) und der Statistik Software SPSS (v20.0).

Die vorliegende Studie wurde im Januar 2010 von der Ethikkommission der medizinischen Fakultät der TU München genehmigt.

4 ERGEBNISSE

4.1 Stichprobe

Die Seminareinheit „Mein Alltag – von Leiden und Tod“ wurde von 11 Probanden besucht. 8 der Teilnehmer waren weiblich, 3 männlich. Das Durchschnittsalter betrug 25 Jahre, mit einer Streuung von 21 – 29 Jahren. Vom 5. bis 12 Semester waren alle Bereiche des klinischen Studienabschnitts vertreten.

Die Kontrollgruppe rekrutierte sich aus 12 Studenten, die aus den erfolglosen Anmeldungen für die Seminarreihe ausgelost wurden. Die Gruppe zeigte eine sehr ähnliche Demografie wie die Seminargruppe: 8 Probanden waren weiblich, 4 männlich. Das Durchschnittsalter betrug 24 Jahre (Streuung: 22 – 32 Jahre) und die Studierenden befanden sich im 7 – 13 Semester.

4.2 Ausgangsniveau der weisheitsbezogenen Kompetenzen

Die Ergebnisse werden einerseits als individuelle Gesamtscores und als Durchschnittswerte pro Kategorie dargestellt.

A. Individueller Gesamtscore

Für jede Dilemmaanalyse der PRE-Test Fälle 1 und 2 wurde aus den in den acht Kategorien jeweils erzielten Punkten ein individueller Gesamtscore berechnet. Aus acht Kategorien mit maximal 7 Punkten ergibt sich ein theoretischer Maximalscore von 56 Punkten. Gesamthaft konnten für Dilemmata 1 und 2 damit 112 Punkte erreicht werden. Dabei ist zu beachten, dass Kategorien, deren Thematik in den Texten der Probanden inhaltlich keine Entsprechung fanden, wie bereits angesprochen mit dem Label „nicht vorhanden“ kodiert wurden, da keine Aussage über die Qualität des eventuell vorhandenen Wissens gemacht werden konnte. Eine so als „nicht vorhanden“ klassifizierte Kategorie wurde in der Berechnung von Gesamtpunktzahl und Durchschnittswerten nicht berücksichtigt, so wie dies auch in vergleichbaren Arbeiten erfolgte (Stark und Hoffmann 2009).

Die Gesamtscores der Versuchsteilnehmer lagen im PRE-Test zwischen 31 und 90 Punkten und boten damit einen relativ großen Range von 59 Punkten in den individuellen Leistungen der Probanden. Durchschnittlich erreichten diese eine Gesamtpunktzahl von $M = 60,2$ Punkte, wobei die im Mittel erreichten Punktwerte in Fall 1 und Fall 2 vergleichbar waren (M Fall 1 = 30,6; M Fall 2 = 29,6). Der Durchschnittscore von 60,2 Punkten entspricht 54% der theoretisch möglichen Maximalpunktzahl von 112 Punkten. Dabei war kein signifikanter Unterschied zwischen dem Abschneiden der Probanden in der Kontroll- bzw. der Interventionsgruppe festzustellen (M Intervention = 57,8 entspricht 52% des theoretischen Maximums; M Kontrolle = 62,4, entspricht 56% der Maximalpunktzahl; **Abb. 8 und 9**, S. 65).

B. Durchschnittliche Gesamtscores pro Kategorie

Um eine eingehendere Analyse der studentischen Leistungen in den acht unterschiedlichen Kategorien für weisheitsbezogene Kompetenzen zu ermöglichen, wurden diese einzeln ausgewertet: Bei jeder Fallanalyse waren pro Kategorie jeweils maximal 7 Punkte zu erreichen, insgesamt also 14 Punkte in jeweils 8 Kategorien für die Dilemmata 1 und 2.

Die von den einzelnen Probanden erzielten Punktzahlen zeigten eine breite Streuung innerhalb der jeweiligen Kategorien. Dies war sowohl in der Interventionsgruppe als auch im Kontrollkollektiv zu beobachten (**Abb. 10**, S. 66): In der Seminargruppe bewegte sich der Range zwischen Delta min./max. = 5 -11 Punkten; die größte Differenz wurde dabei in der Kategorie „(Strategie-)wissen zu Kommunikation“ beobachtet. Ähnlich stellte sich das Bild im Kontrollkollektiv dar: Hier fand sich ein Range von Delta min./max. = 4 – 10 Punkte, wobei sich hier die größte Streuung in der Kategorie „Ungewissheitstoleranz/-bejahung“ zeigte.

Insgesamt lagen die gemessenen Mittelwerte in 6 der 8 Kategorien in einem durchschnittlichen Rahmen von 5,5 bis 9 Punkten, was ca. 40 – 65% der theoretisch möglichen Punktzahl entspricht. Ein unterdurchschnittlicher Median ($X_{\text{med}} = 3$ bzw. 4) fand sich in beiden Gruppen in der Kategorie „Ungewissheitstoleranz/-bejahung“. Leicht überdurchschnittlich zeigte sich dagegen der Median der Kontrolle in der Kategorie „Kontextualismus/Relativismus“ ($X_{\text{med}} = 11$; Abb. 10).

In keiner der acht Kategorien konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Leistungen der beiden Gruppen festgestellt werden; die Mittelwerte der von den Probanden erreichten Punkte lagen in allen Kategorien sehr dicht beieinander (Delta min./max. (M IG-KG) = 0,08 – 2,02 Punkte, Mittleres Delta = 0,79).

Abb. 8. Individuell erreichte Gesamtscores im PRE-Test (Interventionsgruppe)

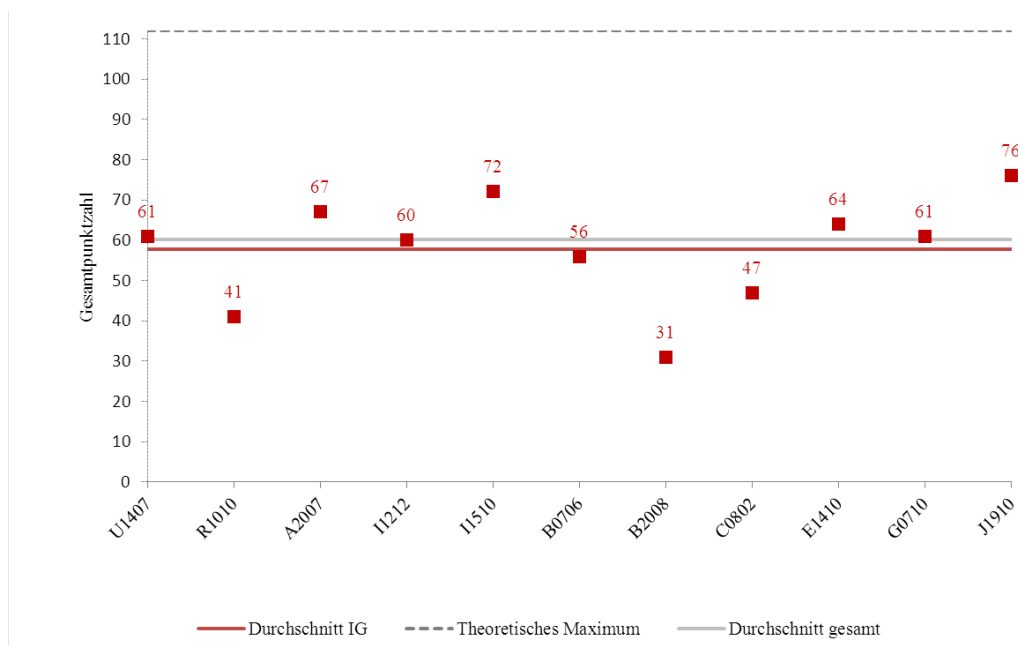


Abb. 9. Individuell erreichte Gesamtscores im PRE-Test (Kontrollgruppe)

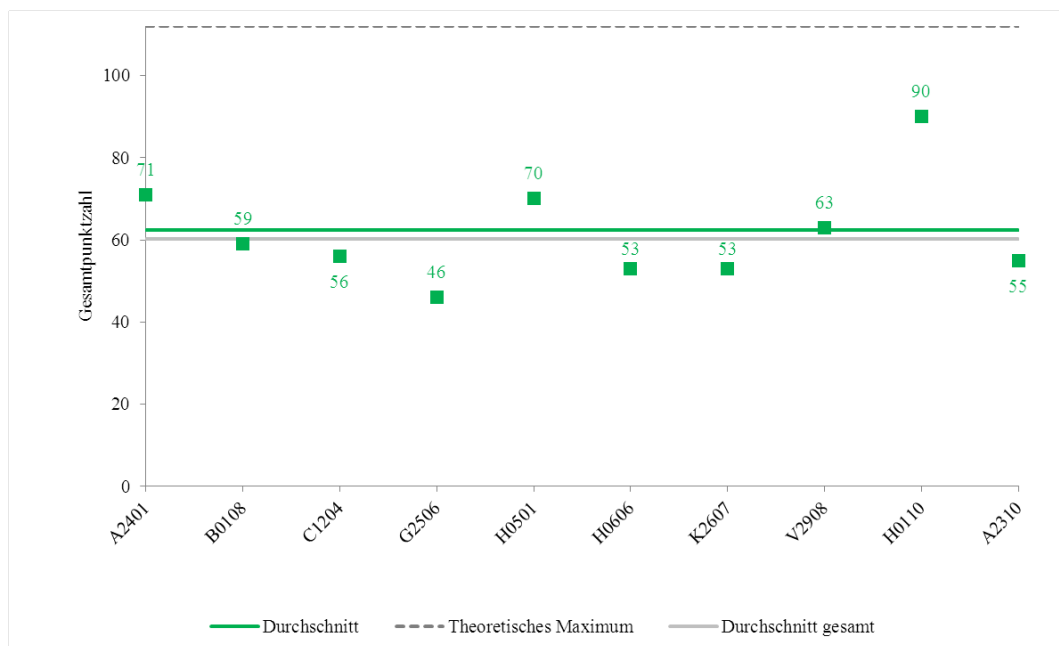
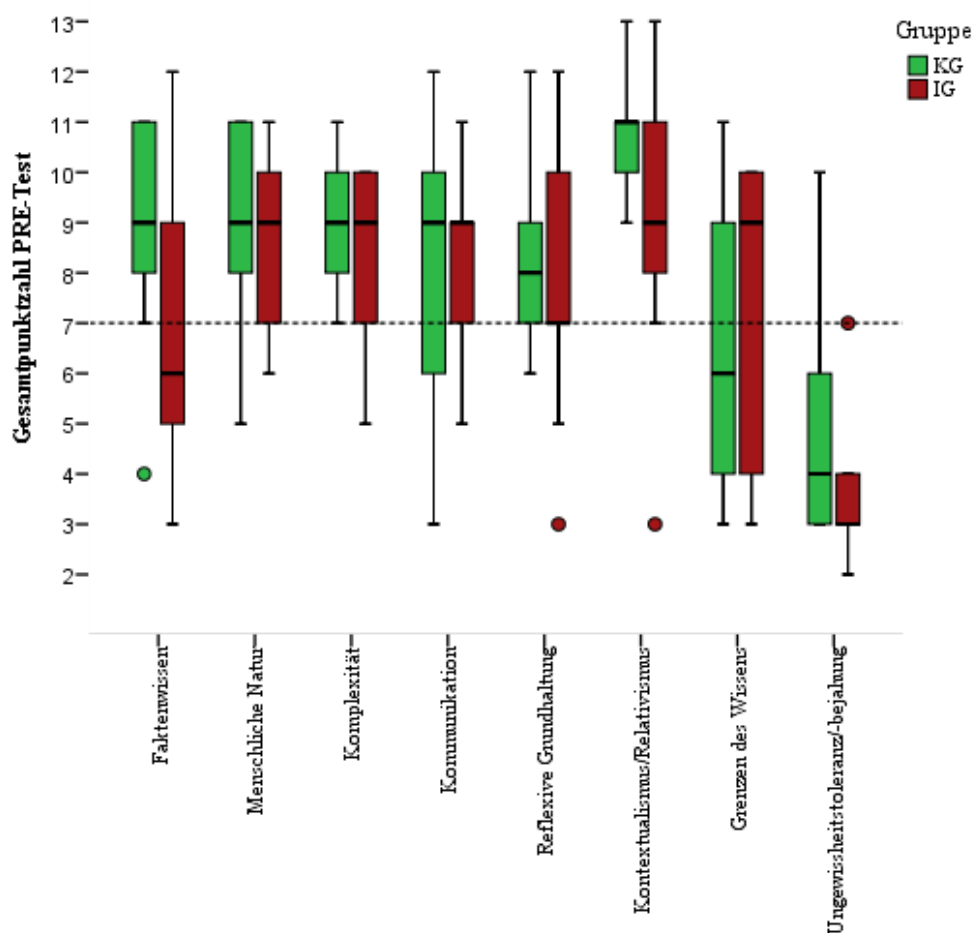


Abb. 10. Gesamtscores pro Kategorie in Kontroll- bzw. Interventionsgruppe (Boxplot mit Median und Ausreißern)



4.3 Entwicklung der weisheitsbezogenen Kompetenzen

Die Ergebnisse werden zunächst in Bezug auf die Entwicklung der individuellen Gesamtscores dargestellt und danach sowohl als Durchschnittswerte des Gesamtkollektives als auch als Individualwerte der Probanden in den jeweiligen *einzelnen Weisheits-Kategorien*.

4.3.1 Gesamtscores

Nach der für die Interventionsgruppe durchgeführten Seminareinheit „Mein Alltag – von Leiden und Tod“ wurden die Probanden beider Gruppen mit zwei dem PRE-Test thematisch ähnlichen Fällen konfrontiert, um erneut deren weisheitsbezogene Kompetenzen in den acht definierten Kategorien zu erfassen und mögliche diesbezügliche Entwicklungen individuell und im Kollektiv zu untersuchen.

Abb. 11 und 12 (S. 68) zeigen die individuellen Ergebnisse der Probanden aus Interventions- bzw. Kontrollgruppe im Vergleich von PRE-Test zu POST-Test. Im Vergleich zu dem vorherig im PRE-Test erreichten durchschnittlichen Gesamtscore von 57,8 Punkten wurde in der Interventionsgruppe im POST-Test eine Steigerung auf 71,7 Punkte beobachtet. Dies entspricht einer Zunahme um 24% gegenüber der Ausgangssituation und stellt 64% der theoretisch maximal möglichen Punktzahl dar. In der Kontrollgruppe zeigte sich kaum ein Effekt; die Probanden zeigten von 62,4 Punkten in Fall 1+2 eine Steigerung von 3% auf 64,4 Punkte in Fall 3+4, was 58% des theoretischen Maximums entspricht.

In der grafischen Darstellung der individuellen Gesamtpunktzahlen der Probanden fiel ebenfalls die deutlich positivere Entwicklung der Seminarteilnehmer auf: Abgesehen von 2 Probanden konnten sich alle Seminarteilnehmer in ihrer Gesamtpunktzahl steigern (**Abb. 13**, S. 69). In der Kontrolle war dieser Effekt nicht erkennbar; hier fiel eher ein generelles Nachlassen der individuellen Leistungen auf. Lediglich zwei Probanden wiesen eine deutlich positive Entwicklung auf, die jedoch immer noch kleiner ausfiel als die der Seminarteilnehmer (**Abb. 14**, S. 69).

Abb. 11. Individuell erreichte Gesamtpunktzahl: PRE- versus POST-Test (Interventionsgruppe)

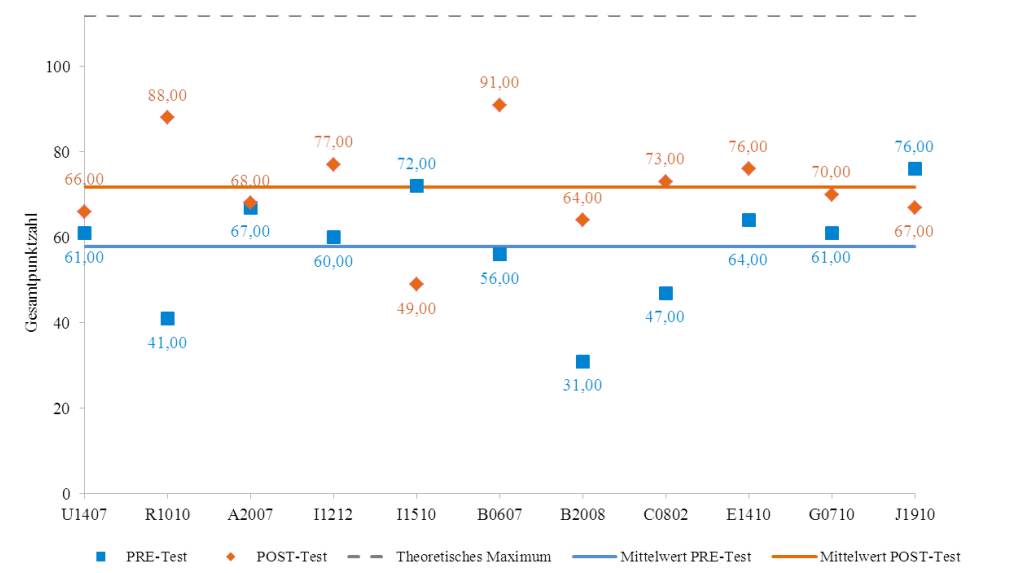


Abb. 12. Individuell erreichte Gesamtpunktzahl: PRE- versus POST-Test (Kontrollgruppe)

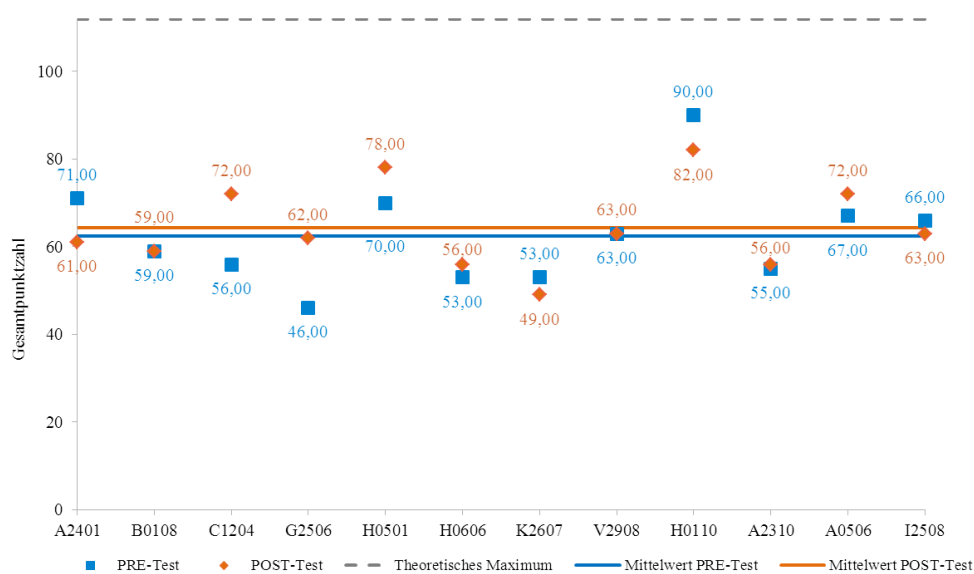


Abb. 13. Entwicklung der Gesamtpunktzahl von PRE- zu POST-Test (Interventionsgruppe)

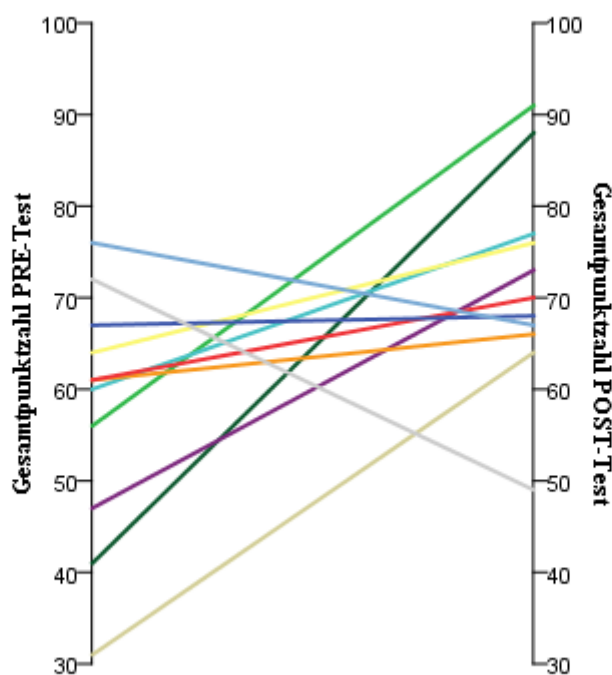
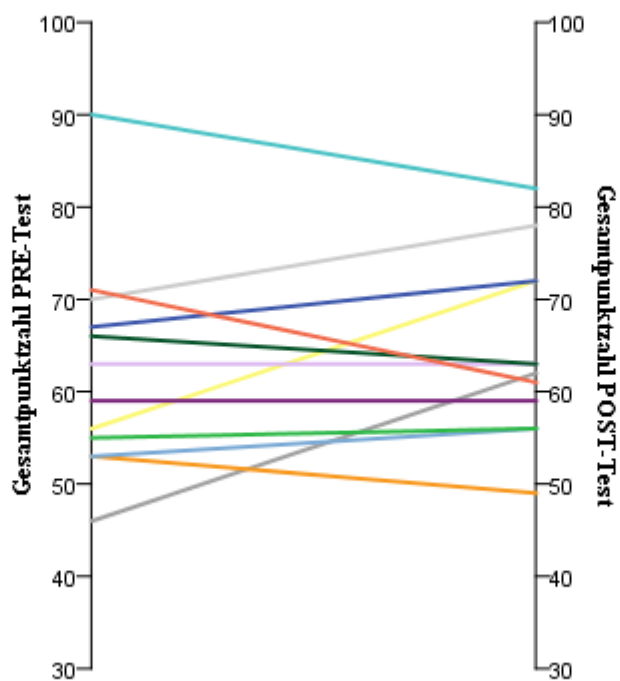


Abb. 14. Entwicklung der Gesamtpunktzahl von PRE- zu POST-Test (Kontrollgruppe)

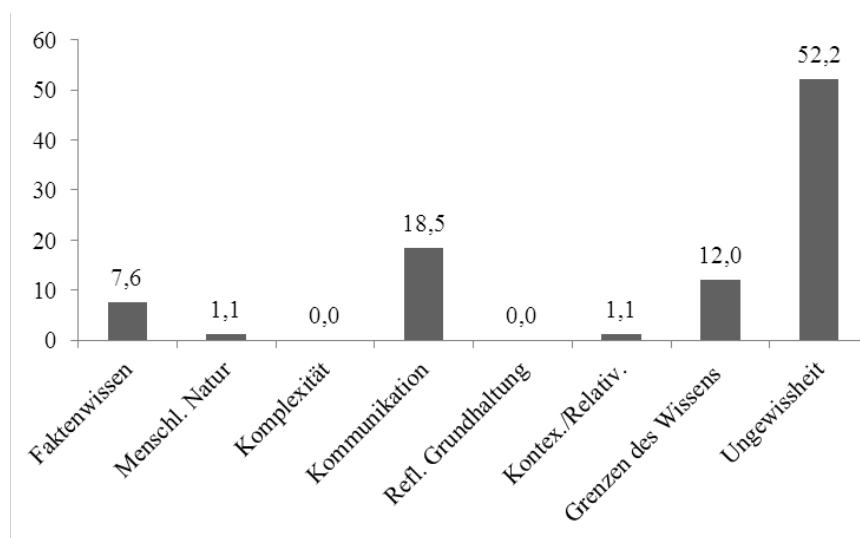


4.3.2 Häufigkeit und Verteilung der Kodierung „nicht vorhanden“

Wie bereits erwähnt wurden Kategorien, deren Inhalt in den Texten der einzelnen Probanden keine Entsprechung fand, mit dem Label „nicht vorhanden“ kodiert.

Von insgesamt 736 möglichen Kodierungen in der vorliegenden Arbeit wurden 85 als „nicht vorhanden“ gewertet, was einem Gesamtanteil von 11,6% entspricht. Besonders häufig war dies in den Kategorien „Ungewissheitstoleranz/-bejahung“ der Fall (52% der Kodierungen in dieser Kategorie), aber auch „Strategiewissen zu Kommunikation“ (18,5%) sowie „Umgang mit Grenzen der Medizin“ (12,0%) fielen durch häufiges Nicht-Erwähnen seitens der Testpersonen auf (**Abb. 15**)

Abb. 15. Prozentualer Anteil der Kodierung "nicht vorhanden" pro Kategorie (Gesamtkollektiv)



Allerdings war kein relevanter Unterschied zwischen PRE-Test und POST-Test zu beobachten; wurde im PRE-Test insgesamt 46 mal das Label „nicht vorhanden“ vergeben (entspricht 12,5% aller Kodierungen), geschah dies im POST-Test noch 39 mal (entspricht 10,6%). Wie man in **Abbildung 16 und 17** (S. 71) erkennen kann, zeigte sich das Verhältnis zwischen der Anzahl der Kodierung „nicht vorhanden“ in PRE- und POST-Test in Interventions- und Kontrollgruppe relativ konstant; lediglich in der Kategorie „Umgang mit Grenzen des Wissens“ war eine Häufung dieses Labels im PRE-Test (sowohl in IG als auch KG) zu beobachten. Auch wurde im Kontrollkollektiv in der Kategorie „Kommunikation“ im POST-Test eine größere Anzahl an „nicht vorhandenen“ Elementen gezählt.

Abb. 16. Prozentualer Anteil der Kodierung "nicht vorhanden" in PRE- versus POST-Test (Interventionsgruppe)

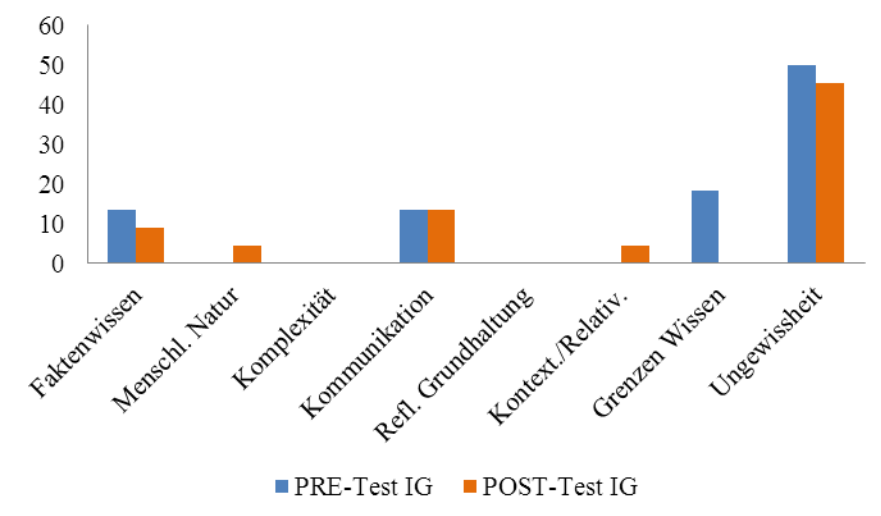
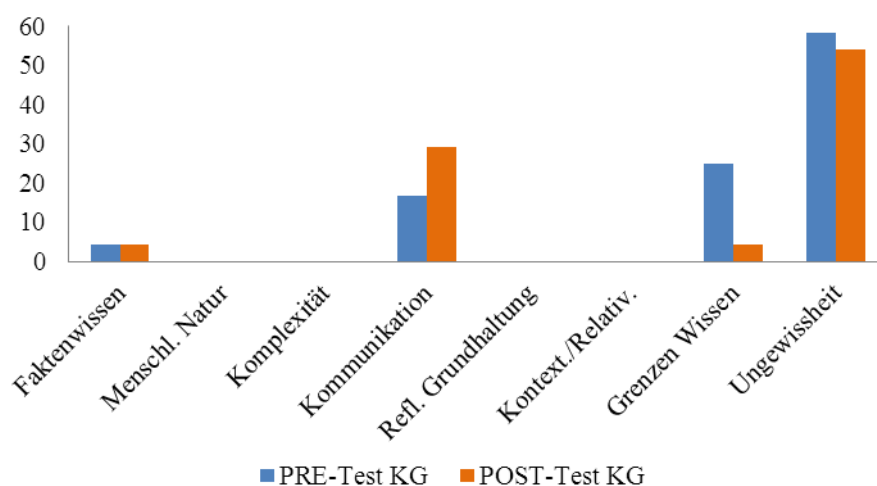


Abb. 17. Prozentualer Anteil der Kodierung "nicht vorhanden" in PRE- versus POST-Test (Kontrollgruppe)



4.3.3 Kollektive und individuelle Entwicklungen in den einzelnen Kategorien

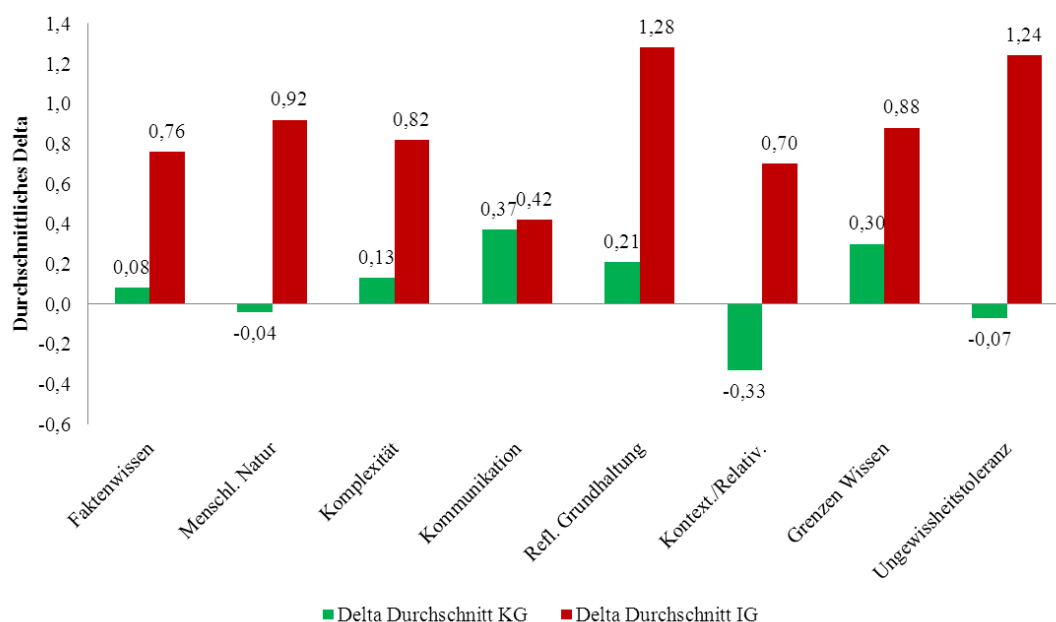
In der Auswertung der individuellen und kollektiven Entwicklung der Versuchsteilnehmer in den jeweiligen Kategorien (Delta POST-PRE) wurde die Kodierung „nicht vorhanden“ als fehlender Wert behandelt, da bei fehlender Textentsprechung keine Aussage über mögliche *qualitative Veränderungen* der diesbezüglichen weisheitsbezogenen Kompetenz gemacht

werden konnte. Auch hätte die oben skizzierte ungleiche Verteilung der Häufigkeit von „nicht vorhanden“ in einzelnen Kategorien bei Miteinbeziehung dieser Kodierung als numerische Null in der Auswertung der betroffenen Kategorien zu einer Verschiebung des Verhältnisses zwischen den tatsächlich erreichten Punktwerten in PRE- zu denen im POST-Test und damit zu einer Verfälschung des Deltas geführt.

Kollektive Entwicklung pro Kategorie

Zur Sichtbarmachung der *absoluten kollektiven* Entwicklungen von PRE- zu POST-Test in den einzelnen Kategorien wurde das jeweilige Delta (POST – PRE) beider Gruppen aus den durchschnittlichen Punktwerten in den einzelnen Kategorien berechnet (**Abb. 18**). Die Probanden der Interventionsgruppe verbesserten sich auf der 7-Punkte-Skala gemittelt über alle Kategorien um 0,89 Punkte, in der Kontrollgruppe waren es hingegen nur 0,08 Punkte. Dabei stellte sich die Entwicklung der Seminarteilnehmer in jeder einzelnen Kategorie deutlich positiver dar als die der Mitglieder der Kontrolle. Hier waren nur positive Deltas zu verzeichnen; in der Kontrollgruppe hingegen wurden in drei Kategorien sogar negative Entwicklungen beobachtet. In der IG fiel weiterhin eine klare Verteilung der Leistungssteigerung auf: In den Kategorien „Reflexive Grundhaltung“ sowie „Ungewissheitstoleranz/-bejahung“ legten die Probanden mit Delta = 1,28 bzw. 1,24 Punkten am stärksten zu. Statistische Signifikanz erreichte dies in der „Reflexiven Grundhaltung“ sowie der „Komplexität“ ($p < 0,05$). In der „Kommunikation“ waren die geringsten Effekte zu beobachten (Delta = 0,42). In der Kontrollgruppe dagegen zeigten sich über alle Kategorien hinweg nur unwesentliche Entwicklungen (Delta min./max. = -0,33/ 0,37).

Abb. 18. Kollektive Entwicklung der weisheitsbezogenen Kompetenzen. Durchschnittliches Delta POST-PRE (Kontrollgruppe versus Interventionsgruppe)

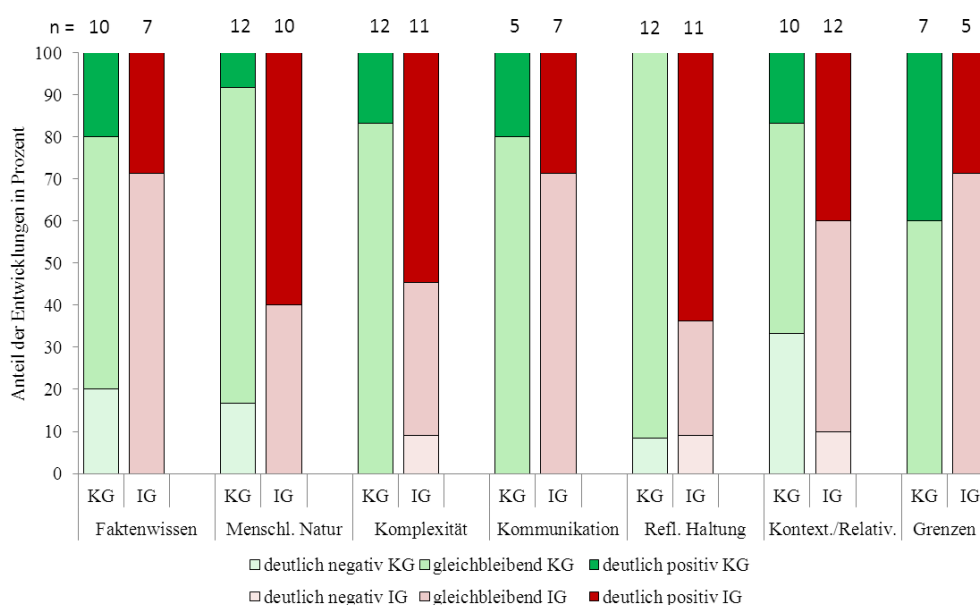


Individuelle Entwicklung pro Kategorie

Betrachtet man die *individuellen* Leistungen der Probanden in den acht unterschiedlichen Kategorien im PRE-Test im Verhältnis zu denen im POST-Test, waren in der

Interventionsgruppe insgesamt deutlich positivere Entwicklungen im Vergleich zum Kontrollkollektiv zu erkennen. Abbildung 19 zeigt den prozentualen Anteil an Probanden mit deutlich positiven, gleichbleibenden sowie deutlich negativen Entwicklungen aus Interventions- bzw. Kontrollgruppe in den acht Kategorien. Als deutlich positiv bzw. negativ werden dabei diejenigen Entwicklungen definiert, die im Vergleich von PRE-Test zu POST-Test eine Differenz von Delta (POST-PRE) ≥ 2 bzw. ≤ -2 Punkten zeigten. Hierbei wurden ebenfalls die „nicht vorhandenen“ Werte eliminiert, sodass sich die Gesamtanzahl der Probanden in den jeweiligen Kategorien entsprechend änderte. Dies ist im folgenden Diagramm jeweils gekennzeichnet (**Abb. 19**). In der Kategorie „Ungewissheitstoleranz/-bejahung“ wurde bei allen Probanden in mindestens einem der vier Fälle das Label „nicht vorhanden“ vergeben, weshalb keine Aussagen in Bezug auf die individuellen Entwicklungen gemacht werden konnten. Die nachfolgende grafische Darstellung erfolgt entsprechend ohne diese Kategorie.

Abb. 19. Individuelle Entwicklungen der Probanden: Prozentualer Anteil an deutlich positiven, gleichbleibenden und deutlich negativen Entwicklungen (Kontrollgruppe versus Interventionsgruppe)



In der Seminargruppe war in allen Kategorien der Anteil an Probanden mit positiven Entwicklungen höher als der mit negativen (deutlich positiv: 29 – 64%; deutlich negativ: 0 – 10%). In drei der sieben Kategorien stellten die deutlich positiven Entwicklungen den größten Anteil an den individuellen Veränderungen der Studenten dar („Komplexität“ 55%; „Menschliche Natur“ 60%; „Reflexive Grundhaltung“ 64%).

In der Kontrollgruppe war dies in keiner Kategorie der Fall, es dominierte hier ein gleichbleibendes Niveau der Studierenden (gleichbleibend: 50 – 92%). In vier Kategorien war sogar der Anteil der Studierenden mit negativer Entwicklung größer oder gleich derer mit positiver Veränderung (negativ: 8 – 33% versus positiv: 0 – 20%). Im Vergleich der beiden Gruppen war in der Interventionsgruppe in sechs von sieben dargestellten Kategorien ein größerer Anteil an positiven Entwicklungen der Probanden zu verzeichnen als im Kontrollkollektiv (29 – 64% versus 0 – 40%). Besonders ausgeprägt war der Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in der Kategorie „Reflexive Grundhaltung“: 64% der Seminarteilnehmer zeigte hier eine deutlich positive Entwicklung, wohingegen diese im Kontrollkollektiv bei keinem einzigen Probanden festgestellt werden konnte. Die

Kontrollgruppe bot dagegen in sechs der sieben Kategorien einen höheren Anteil an Probanden mit negativen Entwicklungen als die Interventionsgruppe.

Insgesamt zeigte sich somit in der Interventionsgruppe außer in der Kategorie „Umgang mit Grenzen des Wissens“ in allen Kategorien einen höherer Anteil an Studenten mit individuell positiven Entwicklungen im Vergleich zur Kontrollgruppe, in der Stagnation oder sogar Rückschritt beobachtet wurden.

Fasst man die einzelnen Entwicklungen in den sieben dargestellten Kategorien für alle Probanden der Interventionsgruppe zusammen, wiesen 7 von 11 Probanden in allen Kategorien eine positive oder zumindest gleichbleibende Entwicklung auf (Mittleres individuelles Delta $M \Delta = 1,00$ bis $4,8$; $R = 0$ bis 7), 5 davon zeigten ausschließlich positive Deltas und keinerlei Stagnation. Vier Probanden boten Δ -Werte im positiven wie im negativen Bereich ($M \Delta = -2,8$ bis $0,8$; $R = -4$ bis 3 ; **Abb. 20**, S. 75).

In der Kontrollgruppe war lediglich ein Proband von 12 auszumachen, der nur positive oder keine Veränderungen zeigte ($M \Delta = 1,4$), kein einziger wies ausschließlich positive Entwicklungen auf. Alle übrigen Teilnehmer boten ein gemischtes Bild von negativen sowie positiven Entwicklungen in den einzelnen Kategorien ($M \Delta = -1,3$ bis $1,1$. $R = -3$ bis 3 ; **Abb. 21**, S. 75).

Abb. 20. Individuelle Entwicklungen der Probanden (Interventionsgruppe). Scatter Plot der einzelnen Deltas der Probanden pro Kategorie mit Mittelwert $M \Delta^*$

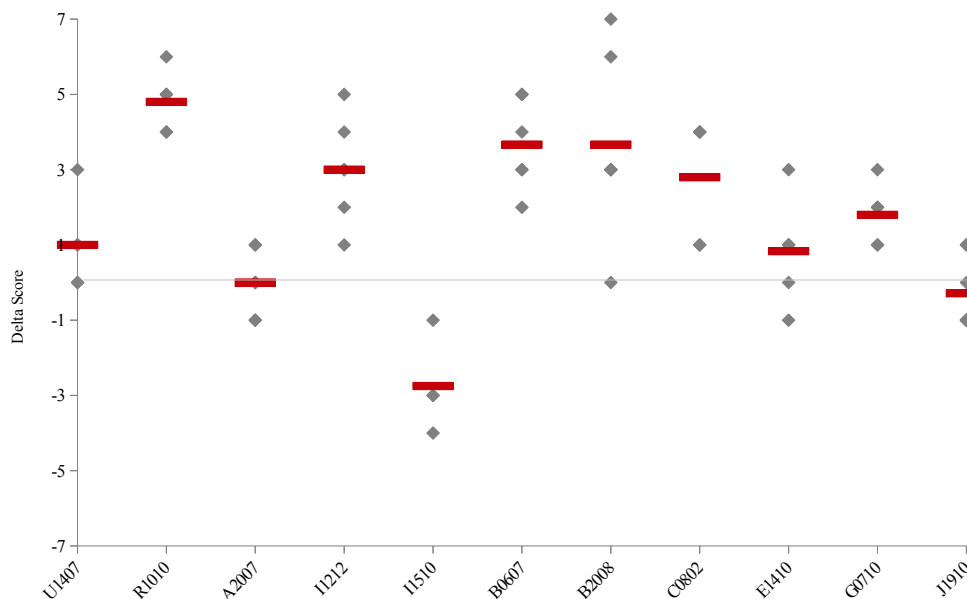
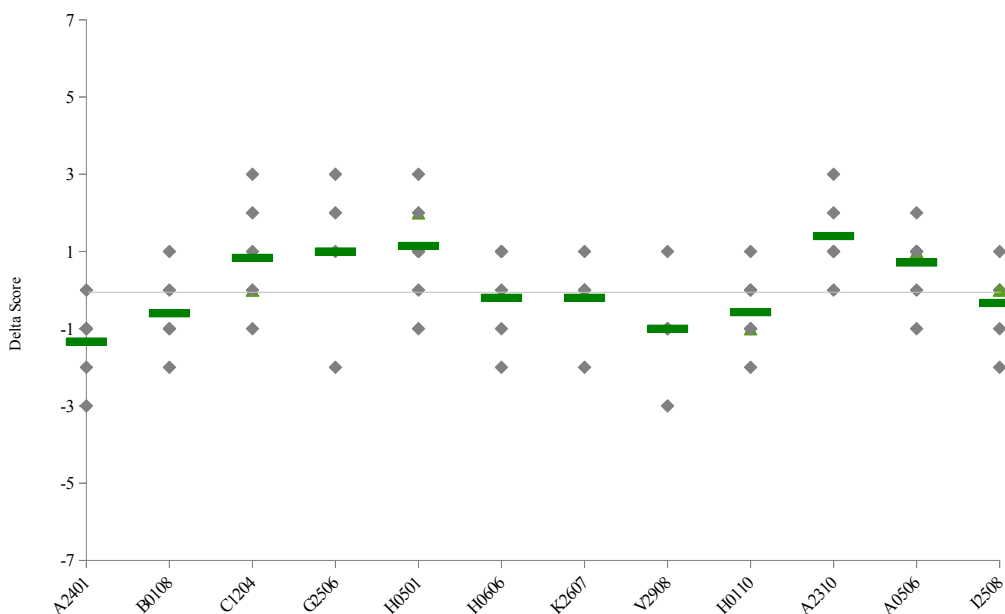


Abb. 21. Individuelle Entwicklungen der Probanden (Kontrollgruppe). Scatter Plot der einzelnen Deltas der Probanden pro Kategorie mit Mittelwert $M \Delta^*$



⁷ * Nach Elimination der Kodierung „nicht vorhanden“ entsprechend teilweise reduzierte Anzahl an individuellen Deltas pro Proband. Gleiche Delta-Werte eines Probanden sind übereinander dargestellt.

4.4 Zusammenhänge mit Demografie und Ausgangskompetenz

A. Demografie

Zunächst wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen Geschlecht bzw. Alter der Probanden und dem *Ausgangsniveau* ihrer Kompetenzen in den acht weisheitsrelevanten Kategorien besteht. Hierzu wurde zunächst mittels Mann-Whitney-U-Test die Signifikanz der Übereinstimmung der Ergebnisse beider Geschlechter getestet. Die weiblichen Teilnehmer schnitten dabei in 4 der 8 Kategorien signifikant besser ab als ihre männlichen Kollegen. Dies waren die Kategorien „Menschliche Natur“, „Komplexität“, „Kommunikation“ sowie „Reflexive Grundhaltung“ (**Tab. 1a**).

Zudem wurden die weisheitsbezogenen Leistungen der Probanden mit deren Alter und Studiensemester korreliert. Beides schien im Gegensatz zum Geschlecht keinen Einfluss auf die weisheitsbezogenen Ausgangswerte zu haben (**Tab. 1b**).

Tab. 1a. Einfluss demografischer Daten auf die weisheitsbezogenen Leistungen im PRE-Test (Gesamtes Studienkollektiv) – Geschlecht der Probanden (p-Werte)

Ausgangswert (Gesamtkollektiv)								
	Faktenwissen	Menschl. Natur	Komplexität	Kommunikation	Refl. Haltung	Kontext./Relativ.	Grenzen Wissen	Ungewissheit
Geschlecht	0,41	0,01	0,00	0,03	0,02	0,22	0,58	0,38

Tab. 1b. Einfluss demografischer Daten auf die weisheitsbezogenen Leistungen im PRE-Test (Gesamtes Studienkollektiv) – Alter und Studiensemester (Korrelationskoeffizienten)

Ausgangswert (Gesamtkollektiv)								
	Faktenwissen	Menschl. Natur	Komplexität	Kommunikation	Refl. Haltung	Kontext./Relativ.	Grenzen Wissen	Ungewissheit
Alter	-0,15	0,05	0,11	0,13	0,30	0,35	0,24	0,34
Semester	0,01	-0,09	0,13	0,10	-0,01	0,02	-0,05	0,18

Im nächsten Schritt wurde in gleicher Art und Weise der Einfluss dieser demografischen Faktoren auf die *Entwicklung* der weisheitsbezogenen Kompetenzen in beiden Gruppen getrennt untersucht. Das Geschlecht schien in der Entwicklungsphase keine Rolle mehr zu spielen (**Tab. 2a**). Im Gegensatz dazu zeigte nun aber das Alter der Probanden in der Interventionsgruppe eine moderat bis starke negative Korrelation in 6 der 8 Kategorien ($r = -0.57$ bis -0.83 ; alle $p < 0.05$), wobei in der Kontrollgruppe weiterhin keinerlei Zusammenhang zu beobachten war (außer einer starken positiven Korrelation zwischen Semester und „Kontextualismus/Relativismus“, **Tab. 2b**).

Tab. 2a. Einfluss von Demografie auf die Entwicklung weisheitsbezogener Leistungen (7 Kategorien) in beiden Gruppen (KG vs. IG) – Geschlecht der Probanden (p-Werte)

Entwicklung (Delta) KG versus IG														
	Faktenwissen		Menschl. Natur		Komplexität		Kommunikation		Refl. Haltung		Kontext./Relativ.		Grenzen Wissen	
	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG
Geschlecht	0,53	0,86	0,15	0,83	0,26	0,38	0,80	0,38	0,81	0,13	0,37	0,67	0,40	1,00

Tab. 2b. Einfluss von Demografie auf die Entwicklung weisheitsbezogener Leistungen (7 Kategorien) in beiden Gruppen (KG vs. IG) – Alter und Studiensemester (Korrelationskoeffizienten)

Entwicklung (Delta) KG versus IG														
	Faktenwissen		Menschl. Natur		Komplexität		Kommunikation		Refl. Haltung		Kontext./Relativ.		Grenzen Wissen	
	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG
Alter	0,25	-0,76	0,50	-0,62	0,48	-0,83	0,16	-0,50	0,00	-0,57	0,41	-0,79	0,36	-0,72
Semester	0,10	-0,33	-0,22	0,01	0,11	-0,32	0,44	0,22	0,34	-0,17	0,83	-0,23	0,97	0,15

B. Ausgangskompetenz

Schließlich wurde in der Interventionsgruppe evaluiert, inwiefern die Ausgangswerte in den einzelnen Kategorien die jeweiligen weiteren Entwicklungen darin beeinflussten.

Bei fast allen Kategorien bestand eine negative Korrelation zwischen dem vorherigen Ausgangswert und der Entwicklung in der gleichen Kategorie. Dies bedeutet, dass bei hohen Ausgangswerten eine geringe Entwicklung in der jeweiligen Kategorie zu beobachten war und umgekehrt ein geringes Ausgangsniveau mit einem höheren Entwicklungspotential einherging (in 6 von 7 Kategorien; in der Kategorie „Ungewissheitstoleranz“ konnte wie oben beschrieben aufgrund der häufigen Kodierung „nicht vorhanden“ kein Delta gebildet werden). In der Kategorie „Reflexive Grundhaltung“ war die negative Korrelation zwischen Ausgangsniveau und weiterer Entwicklung sehr stark ausgeprägt, in den übrigen Kategorien stark. Auch waren die beobachteten Korrelationen allesamt signifikant ($p < 0,05$), nicht aber in den Kategorien „Faktenwissen“ sowie „Grenzen der Medizin“ (**Tab. 3**). Betrachtet man die individuellen Entwicklungen der Gesamtpunktzahl von PRE- zu POST-Test bei den Probanden in der Interventionsgruppe, bestätigt sich diese Tendenz: Anfangs unterdurchschnittliche Probanden konnten sich deutlich mehr steigern als ihre Kollegen, die schon im PRE-Test überdurchschnittlich gut geantwortet hatten (siehe **Abb. 13**, S.69). Die zwei „besten“ Teilnehmer zeigten als einzige der Gruppe einen Rückgang ihrer Leistungen,

wohingegen die fünf am unteren Rand platzierten allesamt eine deutliche Steigerung vollzogen.

Tab. 3. Interventionsgruppe: Zusammenhang zwischen Ausgangswerten weisheitsbezogener Kompetenz und weiterer Kompetenzentwicklung (Delta PRE-POST) in der gleichen Kategorie. Darstellung der Korrelationskoeffizienten

Zusammenhang zw. Basiskompetenz und Entwicklung							
	Faktenwissen	Menschl. Natur	Komplexität	Kommunikation	Refl. Haltung	Kontext./Relativ.	Grenzen Wissen
Faktenwissen	-0,33						
Menschl. Natur		-0,65					
Komplexität			-0,67				
Kommunikation				-0,83			
Refl. Haltung					-0,96		
Kontext./Relativ.						-0,81	
Grenzen Medizin							0,75

4.5 Subjektive Wirkung der Intervention

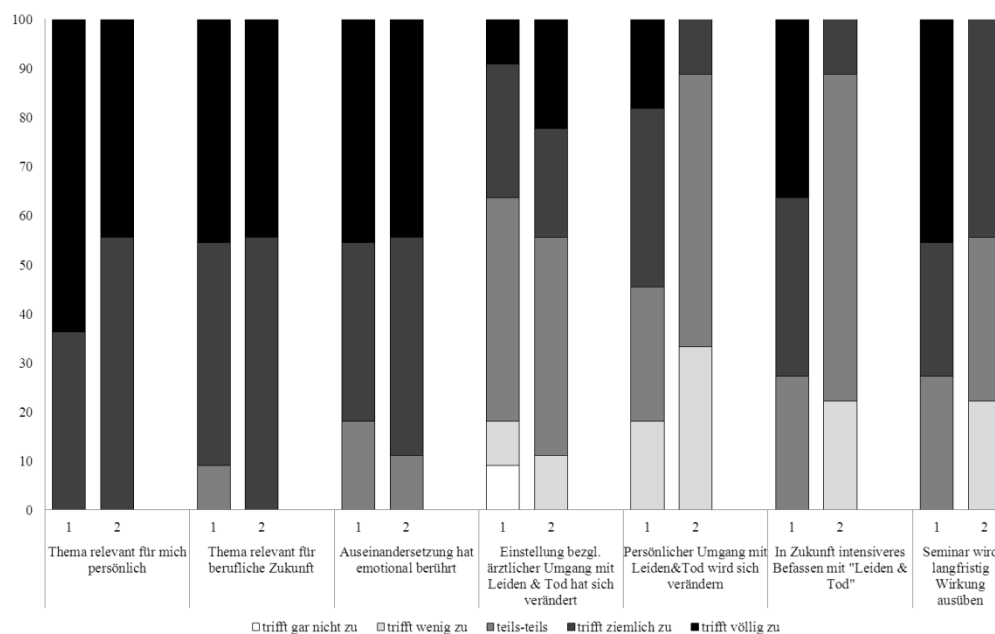
Um die unmittelbare und mittelfristige subjektive Wertigkeit der Intervention zu erfassen, wurde in der Interventionsgruppe unmittelbar nach dem Kurs und nochmals sechs Monate nach dessen Ende die subjektive Einschätzung seiner Auswirkungen auf die Probanden erfragt. Dabei lag der Rücklauf bei dieser zweiten Evaluation nach einem halben Jahr bei 82%. Fast alle Seminarteilnehmer empfanden die behandelten Inhalte als sehr relevant für ihre berufliche Zukunft, ebenso wie für sie persönlich (trifft ziemlich/völlig zu: 100 bzw. 90%). Dies wurde nicht nur unmittelbar nach dem Seminar, sondern auch noch sechs Monate später konstatiert (trifft ziemlich/völlig zu: jeweils 100%). Ein ähnliches Bild zeichnete sich für die emotionale Wirkung auf die Probanden: diese zeigten sich direkt nach der Intervention von den Lerninhalten emotional berührt; dieser Effekt bestand ebenfalls noch sechs Monate später (trifft ziemlich/völlig zu: 82 versus 89%).

Weniger eindeutig verhielt sich die Einschätzung bezüglich der Wirkung des Seminars auf die Haltung und den persönlichen Umgang mit dem Thema: insbesondere die Wirkung auf den persönlichen Umgang mit Sterben und Tod wurde unmittelbar nach dem Kurs zunächst noch mehrheitlich positiv wahrgenommen (trifft völlig, ziemlich zu: 55%). Nach sechs Monaten teilte nur noch eine Minderheit diese Einschätzung (trifft ziemlich zu: 11%). Ähnlich führte der zeitliche Abstand zum Seminar zu einer deutlichen Reduktion der positiven Wertungen bezüglich der Motivation zum weiteren intensiven Befassen mit der Thematik (73% versus

11%) und dementsprechend auch zu einer schlechteren Beurteilung der langfristigen Wirkung (73% versus 45%; **Abb. 22**).

Diese Selbsteinschätzungen zeigten kaum einen signifikanten Zusammenhang mit der weisheitsbezogenen Kompetenzentwicklung in den verschiedenen Kategorien (signifikante Zusammenhänge: IG 3 von 49 Korrelationen, KG 1 von 49).

Abb. 22. Subjektive Wirkung der Intervention unmittelbar (1) und mittelfristig (2). Darstellung des prozentualen Anteils der jeweiligen Wertungen der Seminarteilnehmer



5 DISKUSSION

5.1 Diskussion der Ergebnisse

5.1.1 Ausgangswerte weisheitsbezogener Kompetenzen unter Medizin- studierenden

Die Probanden aus Interventions- und Kontrollgruppe erreichten im PRE-Test vor der Seminareinheit durchschnittlich 54% der theoretisch möglichen Punkte. Dies stellt – gemessen an den speziellen Anforderungen in der medizinischen Betreuung von kranken Menschen – einen relativ niedrigen Wert dar. Dabei wurden alle vier Dilemmata von den Studierenden mehrheitlich als sehr realistisch bzw. sehr relevant für die Ausbildung und den späteren Beruf des Mediziners bewertet und damit deren unmittelbarer Praxisbezug bestätigt. In diesem Zusammenhang sind auch die Ergebnisse einer vergleichbaren Studie von Hoffmann und Stark zu beachten, die ähnlich bescheidene Resultate lieferte: die von den angehenden Ärztinnen und Ärzten hier in 13 Kategorien erreichten Durchschnittswerte weisheitsbezogener Kompetenzen im medizinischen Kontext lagen mit 43% des theoretischen Maximums noch tiefer als in der vorliegenden Untersuchung (Stark und Hoffmann 2009). Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Probanden dieser Studie durch ihr Interesse an dem Seminarangebot eine vorselektierte Gruppe darstellten. Die durchweg relativ niedrigen Werte weisheitsbezogener Kompetenzen decken sich auch mit anderen Ergebnissen aus der Weisheitsforschung: Demnach erreicht nur eine kleine Minderheit von Probanden eine sehr hohe Punktzahl; die „ideale Antwort“ wird selbst von als weise nominierten Personen relativ selten spontan formuliert (Baltes u. a. 1995; Maercker, Böhmig-Krumhaar, und Staudinger 1998; Staudinger und Glück 2011).

Die unvorhergesehene Konfrontation mit den verschiedenen Problematiken und die Aufforderung zur sofortigen Reaktion unter relativem Zeitmangel stellen dabei zweifellos erschwerende Faktoren dar. Da dies aber besonders in der ärztlichen Wirklichkeit durchaus in vergleichbarer Form häufig vorkommt, trägt es nur zu einem realistischerem Bild einer möglichen Reaktion der Betroffenen bei. Wie die Probanden dabei in der realen Situation wirklich gehandelt hätten, lässt sich anhand einer theoretischen Dilemmaanalyse natürlich nicht mit Sicherheit voraussagen; jedoch kann ihre schriftliche Auseinandersetzung Anhaltspunkte für zugrundeliegende Einstellungen und Haltungen liefern, die als Voraussetzung für künftige Reaktionsweisen angenommen werden können und somit durchaus relevant für die spätere Berufsausübung sind.

Andrerseits ist in diesem Kontext vermutlich auch das verstärkte Auftreten von sozial erwünschten „Ideal-Antworten“ zu beobachten: Den Studierenden war als Teilnehmern einer Studie durchaus bewusst, dass ihre darin angefertigten Problemlösungen einer eingehenden Qualitätsanalyse unterzogen werden würden. Die Tendenz, sich möglichst gut zu präsentieren, ließ sicherlich bei einigen Probanden eine „optimale“ Version ihrer persönlichen Reaktion zu Tage treten, die in dieser Weise in der Realität kaum zu erwarten wäre. Hohe Punktzahlen in den einzelnen Kategorien könnten daher teilweise auch diesem Effekt geschuldet sein, da es praktisch unmöglich ist, diesen in der inhaltsanalytischen Auswertung zu eliminieren. Dahingehende Hinweise könnten unter Umständen eine niedrige Punktzahl in den Kategorien „Komplexität“ bzw. „Reflexive Grundhaltung“ liefern, da hier die einzelnen Facetten der

Problemstellung und des persönlichen Umgangs damit vertieft beleuchtet werden sollten und das Präsentieren einer flachen Ideallösung ohne Beachtung anderer möglicher Blickwinkel und Schwierigkeiten nicht zielführend ist und entsprechend mit niedrigen Wertungen einhergeht.

Die Kategorie „**Ungewissheitstoleranz/-bejahung**“ zeigte mit durchschnittlich 1,8 Punkten das mit Abstand niedrigste Ergebnis aller Wertungen. Ein vergleichbares Ergebnis präsentierten auch Hoffmann und Stark, die bei ihrer Studie in dieser Kategorie besonders hohe Defizite beim Studienkollektiv nachweisen konnten (Stark und Hoffmann 2009). Neben der niedrigeren Punktzahl zeichnete sich diese Kategorie in der vorliegenden Arbeit auch durch eine sehr häufige Nicht-Erwähnung in den Texten der Probanden aus (52%). Dies ließ einerseits im Einzelfall keine Beurteilung einer möglicherweise vorhandenen Kompetenz zu, andererseits kann ein so hoher Anteil dieses Labels durchaus auch als Qualitätskriterium wahrgenommen werden: Ein kollektiv so häufiges Nicht-Erwähnen der Thematik „Ungewissheitstoleranz“ könnte bedeuten, dass diese im Denkansatz der Probanden schlichtweg „nicht vorhanden“ ist und somit keinerlei Auseinandersetzung mit diesem Aspekt erfolgte. Im POST-Test konnte ein nur unwesentlicher Rückgang des Anteils der Kodierung „nicht vorhanden“ (um 5% in der IG bzw. 4% in der KG) verzeichnet werden. Die erheblichen Schwierigkeiten der Probanden mit dieser Kategorie könnten zum einen - wie Stark anführt - an einem Mangel an Erfahrung der Studierenden in der Konfrontation mit individuellen schwierigen Lebensproblemen liegen. Dies zeigte sich als starker Prädiktor für weisheitsbezogene Leistungen, deutlich stärker als das Lebensalter (Maercker 1995; Maercker, Böhmig-Krumhaar und Staudinger 1998), welches nur sehr beschränkt ausschlaggebend für gute Leistungen zu sein scheint (Staudinger, Smith, und Baltes 1992; Mickler und Staudinger 2008). Entsprechende persönliche Daten wurden von den Probanden jedoch nicht erfragt und konnten daher auch nicht mit den individuellen Ergebnissen korreliert werden. Auch wird von einigen Autoren eine sukzessive Entwicklung weisheitsrelevanter Kompetenzen postuliert, in der Ungewissheitstoleranz sozusagen den Endpunkt in der Weisheitsentwicklung darstellt und somit erst zu einem späteren Zeitpunkt sichtbar wird (Maercker, Böhmig-Krumhaar und Staudinger 1998; Pasupathi, Staudinger, und Baltes 2001). Schließlich könnten die niedrigen Bewertungen auch in inhaltlichen Aspekten der vier Fallpräsentationen begründet liegen: In der Schilderung der konkreten klinischen Situationen in den Dilemmata blieb wenig Raum für Unsicherheiten und Ungewissheit; die Aufforderung zu einer spontanen Reaktion unter Zeitdruck könnte diesen Effekt zusätzlich verstärkt haben.

Eine weitere Kategorie mit einem recht hohen Anteil der Kodierung „nicht vorhanden“ war mit 19% diejenige über „**(Strategie-)Wissen zu Kommunikation**“. Dies könnte mehr noch als bei der Kategorie „Ungewissheitstoleranz/-bejahung“ der Formulierung der Aufgabenstellung geschuldet sein: Es wurde nicht explizit eine Beschreibung der konkreten Handlungsstrategien verlangt, sodass einige Probanden nicht im Detail auf die Praxis einer guten Kommunikation eingingen, sondern sich mit eher oberflächlichen Äußerungen begnügten (im Sinne von „das muss man dann halt gut kommunizieren“). Im Gegensatz zu einem mündlichen Interview war in der schriftlichen Datenerhebung die Möglichkeit eines konkretisierenden Nachfragens nicht gegeben, was hier ggf. zur Klärung bzw. Vertiefung hätte beitragen können (siehe Methodendiskussion). Wie bereits mehrfach geschildert, kann eine solch vereinfachte Betrachtung durchaus zu einer niedrigeren Punktzahl in anderen Kategorien führen (wie beispielsweise „Komplexität“), erlaubt aber keine Einschätzung über mögliche kommunikative Kompetenzen der betroffenen Studienteilnehmer.

Auch im „**Umgang mit Grenzen des Wissens**“ fiel die häufigere Nicht-Erwähnung dieser Thematik auf (12%). Dabei reduzierte sich der Anteil der Kodierung „nicht vorhanden“ in der Kontroll- bzw. Interventionsgruppe von 25 bzw. 18% im PRE-Test auf 4 bzw. 0% im POST-

Test. Dies könnte auf eine verstärkte Auseinandersetzung der Probanden mit den Grenzen des (medizinischen) Wissens durch die Konfrontation mit konkreten diesbezüglichen Problematiken im PRE-Test bzw. Seminar hinweisen. Eventuell wurde auf diese Weise das Thema erstmals mit den späteren beruflichen Herausforderungen in Verbindung gebracht und damit dessen Relevanz realisiert. Im Seminar war dieser Punkt wichtiger Bestandteil der intensiven Auseinandersetzung mit dem Umgang mit „Leiden und Tod“, was den Effekt aber nicht sichtbar zu verstärken schien. Nicht komplett auszuschließen ist aber auch ein zufälliges Auftreten der ungleichen Verteilungen dieses Labels in PRE- und POST-Test ohne inhaltliche oder strukturelle Ursachen.

5.1.2 Entwicklung der weisheitsbezogenen Kompetenzen

Kollektive und individuelle Entwicklungen in den einzelnen Kategorien

Die Probanden aus der Interventionsgruppe zeigten kollektiv wie individuell eine deutliche Steigerung ihrer weisheitsbezogenen Kompetenzen von PRE- zu POST-Test. Im Kontrollkollektiv war dieser Effekt sehr diskret ausgeprägt bzw. nicht zu beobachten, was eine Beeinflussung der Ergebnisse des POST-Tests durch Training der Methode der schriftlichen Dilemmaanalyse im PRE-Test weitgehend ausschließt. Damit scheint die alleinige Konfrontation der Lernenden mit entsprechenden medizinischen Problemfällen in dieser Häufigkeit und ohne gleichzeitigen Input bzw. Diskussionsangebot – wie in der Kontrollgruppe geschehen – keine automatische Verbesserung ihrer diesbezüglichen weisheitsassoziierten Leistungen zu bewirken. Die signifikante Leistungssteigerung der Interventionsgruppe kann somit mit großer Wahrscheinlichkeit auf die Intervention – das Seminar „Mein Alltag – von Leiden und Tod“ zurückgeführt werden.

Auch andere Studien zeigten bereits, dass weisheitsbezogene Kompetenzen durchaus erfolgreich gefördert werden können: Staudinger et al. untersuchten den Einfluss von sozialer Interaktion im Sinne einer Diskussion mit realen oder fiktiven Gesprächspartnern über komplexe Lebensprobleme und zeigten, dass dadurch ihre weisheitsbezogenen Leistungen signifikant gesteigert werden konnten (Staudinger und Baltes 1996b). Einen ebensolchen Effekt erzielten Böhmig-Krumhaar et al. durch intensive Denk- und Gedächtnisübungen mit den Probanden vor der Bearbeitung von Dilemmasituationen (Böhmig-Krumhaar, Staudinger, und Baltes 2002).

Eine besonders große *kollektive* Leistungssteigerung zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung in den Bereichen „Menschliche Natur“ (Mittelwert Delta $\Delta = 0,92$ Punkte), „Ungewissheitstoleranz/-bejahung“ (Delta = 1,24) sowie „Reflexive Grundhaltung“, in der mit einem mittleren Delta von 1,28 Punkten die größte Steigerung zu verzeichnen war.

Die Didaktik zur Seminareinheit basierte auf dem Prinzip des transformativen Lernens nach Mezirow: Die Studierenden wurden aufgefordert, eigene Werte- und Handlungsstrukturen durch reflexiven Diskurs zu reevaluieren. Ein Hinweis auf den Erfolg dieses Konzeptes im medizinischen Kontext ist die Tatsache, dass sich in der „**Reflexiven Grundhaltung**“ die meisten deutlich positiven Entwicklungen unter den Seminarteilnehmern (64%) finden. Nach Mezirow, Begründer der Methode des transformativen Lernens, würden „bei der Auswertung der durch transformatives Lernen gemachten Fortschritte“ in einer entsprechenden Analyse festgestellte qualitative Unterschiede unter anderem im „kritischen Reflexionsvermögen“ auf eine erfolgreiche Intervention schließen lassen. (Mezirow 1997, 193). Wenn man zudem die oben erwähnte Problematik des möglichen Aufkommens „sozial erwünschter“ Antworten berücksichtigt, erscheint das Ergebnis der Untersuchung als besonders erfreulich; bildet doch die Kategorie „Reflexive Grundhaltung“ eine persönliche Haltung ab, die nur schwerlich

„schöngefärbt“ werden kann. Dass die Mitglieder der Seminargruppe auf diesem Hintergrund einen beträchtlichen Anstieg ihrer weisheitsbezogenen Kompetenz im reflexiven Denken unter Beweis stellen konnten, lässt vermuten, dass das universitäre Seminarangebot „HIM“ in der Lage war, die Studenten zur Reflexion der komplexen Handlungs- und Erwartungsstrukturen im Kontext mit Leiden und Tod zu bewegen und eben nicht lediglich einen idealen Umgang damit propagierte, den die Studenten in den Tests wiedergaben.

Auch in den Kategorien „**Ungewissheitstoleranz/-bejahung**“ und „**Wissen um die menschliche Natur**“ wurde offensichtlich von der Lerneinheit profitiert. In diesem Zusammenhang könnten sich Seminarinhalte als effizient erwiesen haben, die sich mit den kulturell gewachsenen Handlungs- und Rollenstrukturen der heutigen Gesellschaft beschäftigten, sowie solche, die die Vergegenwärtigung eigener Reaktionen in Bezug auf die Thematik Leiden und Tod zum Ziel hatten. All dies reflektiert in hohem Maß typische menschlichen Verhaltensmuster und deren Ursprünge im Umgang mit diesen „Grenzsituationen des menschlichen Daseins“, wodurch den Studenten durchaus neue Perspektiven eröffnet werden könnten. Immerhin konnte bei 60% der Teilnehmer eine deutlich positive Entwicklung festgestellt werden. Im Bereich „Ungewissheitstoleranz“ konnten die *individuellen* Entwicklungen nicht ausgewertet werden, da bei jedem Teilnehmer mindestens ein Wert fehlte (Kodierung „nicht vorhanden“). Die Steigerung der durchschnittlich erreichten Punktzahl von PRE- zu POST-Test könnte jedoch durch eine möglicherweise im Seminar angeregte Auseinandersetzung mit dem individuellen ärztlichen Selbstverständnis zu einer bewussten Integration der immer gegenwärtigen Ungewissheit als wichtige Voraussetzung für besonnenes Handeln geführt haben. Dabei war allerdings keine Reduktion der Häufigkeit des Labels „nicht vorhanden“ zu beobachten.

Auch im Bereich „**Komplexität**“ zeigte sich eine deutlich positive individuelle Entwicklung bei 55% der Seminarteilnehmer. Dies spricht für eine umfassendere Wahrnehmung unterschiedlicher Positionen und ein geschärftes Problembewusstsein unter den Probanden, was ebenfalls mit einem Effekt der Seminarinhalte zu erklären wäre.

In allen Kategorien war in der Seminargruppe ein positives Delta zu verzeichnen, was im Kontrollkollektiv so nicht beobachtet werden konnte. Dies mag in Bereichen wie dem „**Faktenwissen**“ verwundern (Delta = 0,76), da es unwahrscheinlich erscheint, innerhalb von einer Woche einen solchen Wissenszuwachs im medizinischen Wissen und auch Strukturwissen zu erlangen. Bei näherem Betrachten der individuellen Entwicklungen fällt aber auf, dass nur etwa ein Drittel der Seminarteilnehmer (29%) hier eine positive Entwicklung boten (die dann allerdings auch beträchtlich war, was möglicherweise durch unterschiedliche „Wissenschwerpunkte“ bei den zwei Probanden hervorgerufen wurde); die übrigen Studenten zeigten sich in ihren Leistungen unverändert.

Die geringste Entwicklung war in der IG in der „**Kommunikation**“ zu verzeichnen (Delta = 0,42 versus 0,37 in der KG). Dies scheint einleuchtend, da das Seminar nicht auf die praktische Schulung kommunikativer Fähigkeiten ausgelegt war, sondern grundlegende Überlegungen zu der Thematik Leiden und Tod anstrebte, und ist somit in Zusammenschau mit den restlichen Ergebnissen durchaus plausibel.

Insgesamt lassen die Ergebnisse folglich auf einen grundlegenden Effekt des betreffenden Lernangebots schließen. Ob dieser positive Effekt auf die Probanden von längerer Dauer sein wird, ist eine Frage, deren Beantwortung durchaus von Interesse und unmittelbarer Relevanz wäre. In der subjektiven Bewertung der **mittelfristigen Wirkungen des Seminars** war in der diesbezüglichen Auswertung nach 6 Monaten eine deutliche Reduktion der positiven Einschätzungen zu verzeichnen. Auch die Motivation, sich mit der Thematik weiterhin zu beschäftigen, ließ spürbar nach. Dies könnte auch eine verblässende Wirkung der Intervention

auf die Qualität medizinischer Dilemmaanalysen bedeuten und im Folgeschluss, dass es einer kontinuierlichen Beschäftigung mit der Thematik „Leiden und Tod“ bedürfte, um hier langfristige Effekte erreichen zu können. Derartige Untersuchungen stehen aber noch aus. Welche Dauer und welcher Zeitaufwand einer diesbezüglichen studentischen Ausbildung dann mindestens für einen nachhaltigen Effekt auf die Teilnehmer notwendig wäre, müsste ebenfalls in weiteren Studien überprüft werden. Führende Forscher auf diesem Gebiet wie Kroll, Kitchener und King gehen beispielsweise davon aus, dass sich reflexives Denken eher langsam entwickelt und so die Lernenden mehr als nur einen einsemestrigen Kurs benötigen würden, um größere Veränderungen in ihren Bedeutungsperspektiven zu erreichen (Mezirow 1990, 173). Trotzdem zeigte das untersuchte Seminarangebot einen deutlichen Einfluss dieser relativ überschaubaren Intervention auf die Seminarteilnehmer. Eine (zeitlich) intensivere Ausgestaltung könnte auch zu langfristigen positiven Effekten und damit zu einem nachhaltig reflektierteren Umgang mit Leiden und Tod im medizinischen Kontext beitragen.

5.1.3 Einflussfaktoren

5.1.3.1 Demografie

Geschlecht

Das weibliche Geschlecht zeigte im PRE-Test einen signifikanten positiven Einfluss in den Kategorien „Menschliche Natur“, „Komplexität“, „Kommunikation“ sowie „Reflexive Grundhaltung“ ($p < 0.05$). Generell scheinen weibliche Studierende humanistischen Themen eher zugeneigt zu sein als Männer. Dies spiegelt sich auch in der Geschlechterverteilung in Seminar und Kontrollgruppe wider: Mit über zwei Dritteln aller Teilnehmer war das weibliche Geschlecht deutlich überrepräsentiert. Dies ist nach wie vor in den meisten sozialen Berufen der Fall⁸ und könnte mit der unterschiedlichen Sozialisation von Mädchen und Jungen zusammenhängen. Nach der Intervention relativierte sich der Effekt jedoch wieder. Auch in der Literatur findet sich kein Anhaltspunkt für die unterschiedliche Verteilung weisheitsassoziiierter Kompetenzen bei den beiden Geschlechtern (Staudinger und Glück 2011).

Alter

Das Alter der Probanden zeigte keinerlei Zusammenhang mit der weisheitsbezogenen *Ausgangskompetenz*. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Staudinger und Baltes, die eine relative Unabhängigkeit weisheitsbezogener Leistungen vom Lebensalter konstatierten (Staudinger und Baltes 1996). Auf die *Entwicklung* der individuellen Leistungen zeigte das Alter jedoch in 6 von 8 Kategorien einen signifikant negativen Einfluss und lässt damit ältere Studierende weniger empfänglich für entsprechende Interventionen erscheinen. Dabei wurde mit der Didaktik der Seminareinheit eine Methode gewählt, die auf Erwachsene ausgerichtet ist und gerade durch deren höheres Lebensalter funktioniert (Mezirow 1990). Es bleibt offen, ob weisheitsbezogene Leistungen zwar altersunabhängig sind, deren gezielte Förderung jedoch in jüngeren Jahren mit einem größeren Entwicklungspotential einhergeht.

⁸ Statistisches Bundesamt; <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Aktuelles/BerufeMaennerFrauen.html>, abgerufen am 20.04.13

5.1.3.2 Ausgangsniveau der Probanden

In sieben von acht Kategorien zeigten sich negative Korrelationen zwischen dem Ausgangsniveau der Probanden und der weiteren Entwicklung ihrer weisheitsbezogenen Kompetenz in der gleichen Kategorie. Dies bedeutet, dass in Kategorien, in denen schon von Anfang an hohe Punktwerte an die Probanden vergeben wurden, eine eher geringe Entwicklung zu erwarten war. Ein geringes Ausgangsniveau barg dagegen die Chance einer größeren Entwicklung in der entsprechenden Kategorie. Dies lässt vermuten, dass Versuchsteilnehmer mit unterdurchschnittlichen Dilemmaanalysen das größte Entwicklungspotential in sich bergen. Dies widerspricht der häufigen öffentlichen Meinung, dass genau die Studenten oder Ärzte, die im Umgang mit solchen sensiblen Problematiken wie Leiden und Tod Defizite aufweisen, sich sowieso nicht ändern könnten. Im Gegenteil; um mit Mezirow zu sprechen, erwiesen sich genau bei diesen Leuten deren Bedeutungsperspektiven als nicht ausreichend, um entsprechend komplexe Sachverhalte befriedigend zu integrieren, sodass die Notwendigkeit ihrer reflexiven Revalidierung bestand, die als Motor für eine weitere Entwicklung derselben fungiert haben könnte (Mezirow 1997). Probanden, die diese Notwendigkeit aufgrund ihres bereits guten Niveaus nicht spürten, hatten so weniger Anreiz zu weiterer reflexiver Auseinandersetzung, was zu Stagnation bzw. Rückschritten ihrer Leistungen führte. Eine unmittelbare Relevanz hat dies für die Integration entsprechender Lernprogramme an medizinischen Universitäten: Die vorliegende Studie legt den Schluss nahe, dass besonders Studenten mit eher unterdurchschnittlichen weisheitsbezogenen Kompetenzen am meisten von derartigen Angeboten profitieren könnten. Diese zu erreichen stellt sicherlich eine bedeutende Herausforderung in der Konzeption derartiger Programme dar (s. Ausblick).

5.1.4 Subjektive Einschätzungen der Probanden

Die Qualität und studentische Akzeptanz der betreffenden Seminareinheit wurde von der sehr positiven Evaluation von Seiten der Teilnehmer gestützt: Sie zeigten sich emotional berührt und überzeugt von der Relevanz der angesprochenen Inhalte. Über die Hälfte gab sogar an, das Seminar würde zu Änderungen ihres persönlichen Umgangs mit Leiden und Tod führen. Außerdem ließ sich eine deutliche Motivation zur weiteren ernsthaften Beschäftigung mit der Thematik erkennen. Jedoch zeigten sich diese Einschätzungen – besonders was die von den Probanden angenommene langfristige Wirkung der Intervention auf ihren persönlichen Umgang mit Leiden und Tod sowie ihre Motivation zur weiteren Beschäftigung mit derartigen Themen angeht – von nicht allzu langer Dauer. Möchte man demnach eine nachhaltige Wirkung bei den Studierenden erzielen, müssten entsprechende Lehrangebote vermutlich langfristiger in die studentische Ausbildung aufgenommen werden. Dabei ist sicherlich deren Qualität von entscheidender Bedeutung: Wie diese dauerhaft und für eine ggf. höhere Anzahl an Teilnehmern gewährleistet werden kann, stellt die große Herausforderung im Hinblick auf eine eventuelle Integration ins Pflichtcurriculum dar.

5.2 Diskussion der Methodik

5.2.1 Stichprobe

Selektion

Die Versuchsteilnahme erfolgte – sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe – auf freiwilliger Basis. Die Probanden wurden, wie bereits dargestellt, allesamt aus einer Gruppe von Studenten des gesamten klinischen Studienabschnittes rekrutiert, die sich zum Wintersemester 2009 für den freiwilligen Kurs „Humanität in der Medizin“ angemeldet hatten. Da gemessen an der vorgesehenen Gruppenstärke zu viele Anmeldungen vorlagen, wurden die 14 teilnehmenden Studenten ausgelost (Interventionsgruppe). Die Kontrollgruppe konstituierte sich entsprechend aus Anwärtern, die für den Kurs nicht ausgewählt wurden. Einziges Einschlusskriterium war somit die Bewerbung um die Teilnahme an dem Kurs (*Einschlusskriterium = Anmeldung*). Dies gewährleistete eine gute Vergleichbarkeit der beiden Gruppen bezüglich ihres Interesses an den angebotenen Seminarthemen, die die zentralen menschlichen Herausforderungen des späteren Arztberufs zum Inhalt hatten. Gleichzeitig bedeutet dies aber auch, dass die Untersuchungen an einer hochselektierten Gruppe von derartigen Studieninhalten zugeneigten Medizinstudenten vorgenommen worden ist. Dieser Selektionsbias könnte Auswirkungen auf die Ergebnisse in Bezug auf das abgebildete Ausgangsniveau des Studienkollektivs gehabt haben – im Sinne eines besseren Abschneidens der Studienteilnehmer im Vergleich zu „normalen“ Studenten – und damit ein zu positives Resultat zeigen, welches nicht den durchschnittlichen Medizinstudenten repräsentieren kann. Hinweise hierzu liefert auch der Vergleich mit den Ergebnissen von Hoffmann und Stark, die ein niedrigeres Niveau weisheitsbezogener Leistungen unter Medizinstudierenden feststellten (Stark und Hoffmann 2009). Da aber das Hauptaugenmerk der Untersuchung auf dem *Vergleich* der beiden Gruppen untereinander vor und nach der Intervention lag, konnte der Selektionsbias in Kauf genommen werden.

Stichprobengröße

Bei der angefertigten Studie handelt es sich um eine im Rahmen einer Dissertation durchgeführte Untersuchung der Wirkung humanistischer Lernangebote auf die teilnehmenden Studenten. Aus wissenschaftlicher Sicht ist die Fallzahl gering (Interventionsgruppe $n_1 = 11$; Kontrollgruppe $n_2 = 12$ Teilnehmer); die Ergebnisse sind demzufolge als qualitative Exploration zu werten, die als Impulsgeber für die zukünftige Planung medizinischer Ausbildungsprogramme fungieren wollen.

5.2.2 Studienablauf

Die Datenerhebung fand zu zwei verschiedenen Zeitpunkten statt, die in einwöchigem Abstand zueinander lagen. Um gleiche Bedingungen für Interventions- und Kontrollgruppe zu schaffen, befanden sich alle Studienteilnehmer in einem Raum und hatten dieselbe Bearbeitungszeit zur Verfügung. Der einwöchige Abstand zwischen den Untersuchungen bzw. die Durchführung des POST-Tests direkt nach Ende der zweiten Unterrichtseinheit wurde gewählt, um zum einen die Präsenz des Seminarinhalts bei den Kursteilnehmern so hoch wie möglich zu halten; zum anderen war in einem so kurzen Zeitraum die Wahrscheinlichkeit des Auftretens anderweitiger Einflussfaktoren im Leben der Probanden, die die Qualität ihrer

Dilemmaanalysen signifikant hätten verändern können, sehr gering. Gleichzeitig könnte dies natürlich auch den Effekt gehabt haben, dass die Interventionsgruppe bei der zweiten Datenerhebung noch sehr unter dem Einfluss des Seminars stand, der bei einem längeren Zeitabstand möglicherweise nicht mehr so präsent gewesen wäre. Die Beschränkung der Bearbeitungszeit stellt zusätzlich einen möglichen Einflussfaktor auf die Leistungen der Probanden dar; für zwei Dilemmasituationen wurde insgesamt eine Zeitstunde zur Verfügung gestellt. Dies impliziert einen gewissen Zeitdruck, unter dem die Studierenden agieren mussten, so wie es auch in einer realen Konfrontation der Fall wäre.

5.2.3 Intervention

Die Seminareinheit „Mein Alltag – von Leiden und Tod“ wurde nach der Methode des transformativen Lernens nach Mezirow ausgestaltet. Eine solche Intervention ist, wenn auch theoriebasiert und nach entsprechenden Prinzipien umgesetzt, in gleicher Weise niemals deckungsgleich wiederholbar, weil sie sehr von den gestaltenden Persönlichkeiten und der sich entwickelnden Gruppendynamik abhängt. Somit können im Prinzip nur Aussagen über Effekte dieser speziellen Intervention auf die Studienteilnehmer gemacht werden, die nicht ohne weiteres auf ähnliche Konzepte übertragen werden können. Dennoch wurde ein erfolgreicher Versuch der Entwicklung eines didaktischen Konzeptes dokumentiert, der Anregungen für die Entwicklung weiterer Lernprogramme geben könnte.

5.2.4 Messinstrumente

Hierbei geht es um die Frage, mit welcher Plausibilität und Geschicklichkeit die Fragestellung in ein schlüssiges Untersuchungsdesign und ein präzises Messinstrument umgesetzt wurde (Früh 2004, 130).

5.2.4.1 Dilemmasituationen

Schon Jack Mezirow schlägt als Evaluation eines transformativen Lernprogrammes die Konfrontationen der Probanden mit Dilemmasituationen vor (Mezirow 1997, 188). In der Weisheitsforschung ist dies Mittel der Wahl zur Bewertung weisheitsbezogener Kompetenzen eines Individuums. Somit scheint diese Methode sehr geeignet, um zum einen das allgemeine weisheitsbezogene Niveau der Studenten im Umgang mit komplexen Problemen im medizinischen Kontext zu quantifizieren, zum anderen um eine mögliche Veränderung darin durch das transformative Lernen zu untersuchen. Dass die vier Dilemmata bezogen auf die Thematik Leiden und Tod sehr realitätsnah und relevant waren, wurde von den Studienteilnehmern in der Evaluation bestätigt. Vorhergehende Untersuchungen beispielsweise von Baltes, Staudinger und Stark bezüglich weisheitsbezogener Kompetenzen stellten die Probanden vor akute Problemsituationen mit der Anweisung, eine konkrete Handlungsstrategie zu entwickeln, um das Problem so gut wie möglich zu lösen (Staudinger, Smith, und Baltes 1994; Stark und Hoffmann 2009). Im Gegensatz dazu wurden in der vorliegenden Arbeit Szenarien konzipiert, in denen ein typischer – wenn auch unbefriedigender – Umgang mit der Thematik „Leiden und Tod“ stattfand. Die Studenten

waren aufgefordert, die abgelaufenen Situationen *rückblickend* zu beurteilen und alternative Herangehensweisen darzustellen. Dies verlangt eine vertiefte Reflexion über mögliche Ursachen und Hintergründe, durch die bestimmte Verhaltensweisen von Beteiligten hervorgerufen werden könnten, sowie eine konstruktive Auseinandersetzung damit. Genau dies war Gegenstand des Seminars und wurde mittels des transformativen Lernansatzes gefördert, sodass diese Art der Szenarien hier geeignet erscheint.

5.2.4.2 Durchführung

Die Auseinandersetzung mit den Dilemmata durch die Versuchsteilnehmer erfolgte auf schriftlichem Weg. In anderen vergleichbaren Untersuchungen wurde die Methode des „lauten Denkens“ angewendet (Staudinger, Smith, und Baltes 1992; Baltes u. a. 1995; Pasupathi, Staudinger, und Baltes 2001; Stark und Hoffmann 2009), bei der die mündlichen Äußerungen eines Probanden zu einem Thema aufgenommen und anschließend inhaltsanalytisch untersucht werden. Diese Methode ist das etablierteste Verfahren im Bereich der Erforschung weisheitsbezogener Kompetenzen im Umgang mit schwierigen Lebensproblemen. Aufgrund der besonderen Studienkonstellation war in der vorliegenden Arbeit eine derartige Umsetzung nicht möglich.

Die schriftlichen Antworten präsentieren sich dabei im Vergleich zu entsprechenden Denkprotokollen sicherlich unterschiedlich, vor allem was Form und Umfang anbetrifft. Letztere zeichnen sich durch die Abbildung spontaner Reaktionsweisen aus (Ericsson und Simon 1980), auch kann in vergleichbarer Zeit mehr gesagt als geschrieben werden. Die vorliegenden Dilemmata sind jedoch wie oben beschrieben auf eine rückwirkende Analyse ausgelegt, sodass weniger spontane Handlungskonzepte als vielmehr die reflexive Auseinandersetzung mit ablaufenden Verhaltensmustern und deren Konsequenzen im Fokus des Interesses stehen, was gut in schriftlicher Form erfolgen kann. Dass dabei jede Art von schriftlichen Dokumenten der Untersuchung von personengebundenen weisheitsbezogenen Merkmalen zugänglich ist, wurde hinreichend erprobt (Staudinger und Baltes 1996a). Angemerkt sei, dass dabei kein Eingreifen im Sinne von gezieltem Nachfragen oder Nachhaken seitens des Interviewers möglich war, wenn z. B. die Versuchsperson in der Beantwortung uneindeutig oder ausweichend blieb. Dies könnte dazu geführt haben, dass die Probanden weniger ihres „Weisheitspotenzials“ ausschöpfen konnten, als dies bei einem mündlichen Interview der Fall gewesen wäre. Dies könnte auch einen Einfluss auf die Häufigkeit des Labels „nicht vorhanden“ gehabt haben. Auf der anderen Seite könnten aber auch unterschiedlich gut geführte Interviews von den einzelnen Interviewern zu einer Beeinflussung der Ergebnisse führen, was ihre Vergleichbarkeit entsprechend einschränken könnte. Auch kann ein Trainingseffekt in der Methode des lautten Denkens nicht ausgeschlossen werden, sodass sich die Probanden nach zwei stattgefundenen Interviews darin eventuell verbessert haben könnten und damit die Vergleichbarkeit der Ergebnisse vor und nach dem Seminar eingeschränkt wäre. Hierzu liegen jedoch keine Daten vor. Ein solcher Trainingseffekt ist bei der schriftlichen Analyse dagegen unwahrscheinlich, da diese Methode schon als hinreichend bekannt und erprobt vorausgesetzt werden darf. In diesem Zusammenhang könnte aber, mehr noch als in der mündlichen Befragung, die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der Probanden eine Rolle gespielt haben: Es besteht die Gefahr, dass Texte, die in ihrem Aufbau und Schreibstil ein harmonisches Gesamtbild erzeugten, tendenziell besser bewertet wurden als solche, deren sprachliches Niveau eher niedrig war. Durch die möglichst genaue Definition der einzelnen Kategorien sollte diesem Effekt entgegengewirkt werden, was sich in der sehr guten Reliabilität des Kodierleitfadens widerspiegelte. Dennoch können derartige Risiken nur minimiert und nicht völlig ausgeschlossen werden.

Auch sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die Beschreibung eines potenziellen Vorgehens nicht automatisch bedeutet, dass in der konkreten Situation auch wirklich so gehandelt werden würde. Dieser Einwand ist sicherlich berechtigt; allerdings gibt es mit dem Anspruch einer wissenschaftlichen Datengewinnung kaum alternative Wege, weisheitsrelevante Kompetenzen zu untersuchen. Zudem lässt allein die Schilderung eines in den Augen des Probanden „guten Verhaltens“ durchaus Rückschlüsse auf dessen Reflexionsniveau zu, was wiederum als Basis für künftiges Handeln gelten kann.

5.2.4.3 Qualitative Inhaltsanalyse

Der in der vorliegenden Arbeit verwendete Kodierleitfaden stellt einen eigens zu diesem Zweck angefertigten Messinstrument dar. Er ist durch keine weitere Studie erprobt und validiert worden. Dabei entsprach das Vorgehen bei dessen Erarbeitung den Regeln der in der qualitative Inhaltsanalyse geltenden Standards (Mayring 2000; Flick 2002; Fröh 2004).

Der theoretische Input wurde aus der psychologischen Weisheitsforschung gewonnen; besonders Baltes' vielfach erprobte fünf Kategorien für weisheitsbezogene Kompetenzen dienten hier als Basis (Staudinger, Smith, und Baltes 1994). Die Validität des vorliegenden Kodierleitfadens – das heißt, ob auch wirklich das gemessen wurde, was zu messen vorgegeben wurde – ist durch den klaren theoretischen Hintergrund sowie die am Textmaterial erfolgende deduktive Kategorienbildung als hinreichend gewährleistet anzunehmen. Außerdem wurde der Kodierleitfaden durch die Berechnung der Intra- bzw. Interkoderreliabilität auf seine Qualität hin überprüft: Zwei unterschiedliche Kodierer (bzw. derselbe Kodierer zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten) erzielten eine sehr gute Übereinstimmung ihrer individuellen Wertungen. Dies spricht zum einen für eine gut nachvollziehbare Definition der einzelnen Kategorien und zum anderen für die Reproduzierbarkeit der dadurch ermittelten Punktevergaben und damit für ein sorgfältiges Arbeiten bei den Kodierungen.

6 SCHLUSSFOLGERUNG, ANWENDUNG UND AUSBLICK

Seminare und Kurse (wie auch das Projekt „Humanität in der Medizin“), die die **Förderung sogenannter „soft skills“** bei den Studierenden zum Ziel haben, finden immer breitere Umsetzung an medizinischen Universitäten e.g. (Muller 1984; Charon 2001; Jackson 2002; Ahlzén und Stolt 2003; Louis-Courvoisier 2003; Frich und Fugelli 2003; Roberts u. a. 2004). Man reagiert so – zwar noch etwas zaghaft – auf den auch in ethischer Hinsicht immer komplexer werdenden Alltag der Mediziner mit den sich daraus ergebenden Herausforderungen und Bedürfnissen (angehender) Ärzte und Patienten: Sowohl die Fokusgruppen mit den Studenten zur Eruiierung ihrer Ansprüche bezüglich eines Seminars zum Thema „Humanität in der Medizin“ als auch die Gruppendiskussionen und Evaluationen im Seminar selber zeigten den hohen Bedarf der Teilnehmer, sich mit zentralen ethischen Aspekten des Arztseins zu beschäftigen. So schrieb ein Proband beispielsweise in einer Dilemmaanalyse:

„Ich empfinde es durchaus als Herausforderung später bzw. in naher Zukunft sich dem „Unweigerlichen“ [Leiden und Tod] zu stellen. Vor allem, da nicht bewusst in den vergangenen 6 Jahren der Ausbildung, also geradezu null vermittelt wurde über genau diesen Teil des Arztseins. Ich fühle mich unvorbereitet und ziemlich allein gelassen mit diesem Aspekt.“ (S G0710 Fall4)

Auch eine Studie von Roberts et al. zeigt, dass sich Medizinstudenten nicht ausreichend auf die menschlichen Herausforderungen ihres Berufes vorbereitet sehen (Roberts u. a. 2005). Hierzu wurden 200 Studierende und 136 Residents der Medical School in New Mexico zu 24 praxisnahen, ethischen Dilemmata des Arztberufs befragt. Die Teilnehmer waren aufgefordert, deren wünschenswerte Präsenz in der medizinischen Ausbildung – gemessen an ihrer Relevanz für den ärztlichen Berufsalltag – einzuschätzen. Vergleichend dazu sollten sie angeben, wie viel Zeit diesen Themen im Studium tatsächlich gewidmet wird. Das Ergebnis zeigte, dass sich die Studenten eine größere Beachtung aller 24 vorgeschlagenen Themen im Studium wünschten. Besonders unvorbereitet und unsicher fühlten sie sich aber im Umgang mit Fehlern, ihrer großen gesellschaftlichen Verantwortung, der Balance zwischen Beruf und Privatleben und im Umgang mit Familienangehörigen von Patienten (ebd.). Auch andere Autoren beschrieben die Unsicherheit der angehenden Ärzten bezüglich wichtigen psychosozialen Aspekten ihres Berufes (Jungbauer u. a. 2004; Fischer u. a. 2007): Hier wurden nach Befragen von 671 Absolventen eklatante Defizite bei der Vermittlung von Basiskompetenzen im Umgang mit den Patienten eruiert (Jungbauer u. a. 2004). Besonders kommunikative Fertigkeiten sowie der Umgang mit schwer kranken Patienten sind davon betroffen – gleichzeitig wurden genau diese Kompetenzgebiete von den Befragten zu den wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Ausübung des Berufes eingestuft (Jungbauer u. a. 2004; Fischer u. a. 2007).

Diese Kompetenzen entsprechen im Wesentlichen den durch studentische Fokusgruppen als relevant in Bezug auf „Humanität in der Medizin“ erachteten Themengebieten, nach denen auch die Seminarreihe konzipiert wurde. Dabei spielt der Umgang mit Leiden und Tod eine zentrale Rolle, da dies die Basis jeglichen Umgangs mit den Patienten und ihren Erwartungen und Problemen ist. Die Notwendigkeit einer ernsthaften Beschäftigung mit Inhalten, die diesen Umgang mit zentralen Aspekten des Arztseins reflektieren, scheint bezüglich der

studentischen Ausbildung immer mehr erkannt zu werden (z. B. Fones u. a. 1998; Friedman 2002; Ginsburg, Regehr und Lingard 2003; Roberts u. a. 2005). Nun geht es vor allem um die Frage, in welcher Form man deren **Implementierung** innerhalb des Curriculums sinnvoll umsetzen kann, sodass für alle Beteiligten der größtmögliche Nutzen entsteht und so die Anwesenheit humanistischer Inhalte im studentischen Stundenplan zur Selbstverständlichkeit wird, die keiner Begründung oder Rechtfertigung mehr bedarf.

In diesem Sinn stellt das Konzept der Seminareinheit „**Mein Alltag – von Leiden und Tod**“ einen guten Ansatz dar; dies wird zum einen durch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit unterstrichen, die einen deutlichen Effekt auf die Studenten nahelegen, zum anderen durch die durchweg sehr positiven Resonanzen der Kursteilnehmer. In diesem „Mikrokosmos“ von vierzehn freiwilligen Teilnehmern stellte sich die Umsetzung des Lehrkonzepts damit als sehr erfolgreich heraus. Wie sehen aber andere diesbezügliche Erfahrungen aus?

Vor allem an Universitäten im angloamerikanischen Raum wurden schon zahlreiche, mehr oder weniger erfolgreiche Versuche unternommen, im Rahmen der „Medical Humanities“ sogenannte „soft“ Themen vermehrt in die Ausbildung zu integrieren e.g. (Acuña 2000; Charon 2001; Rifkin u. a. 2000; Morris 2001; Evans 2002; Murray 2003). Dabei kristallisierten sich einige **Hauptschwierigkeiten in der Umsetzung derartiger Curricula** heraus (Shapiro u. a. 2009):

Zunächst einmal stellt sich die Frage, welcher Zeitpunkt für einen solchen Kurs im Studium am besten geeignet ist: Wenn dieser zu früh stattfände – so eine häufige Kritik der Studierenden – sei der Bezug zur praktischen klinischen Tätigkeit noch nicht vorhanden. Werde er aber im späteren Studium angeboten, seien die Studenten häufig vom Erlernen praktisch relevanter Fertigkeiten so sehr in Beschlag genommen, dass die Zeit für derartige „Nebensächlichkeiten“ fehle. Der beste Zeitpunkt einer solchen Veranstaltung in der Ausbildung ist demzufolge nicht existent (ebd.).

Der persönliche Lernerfolg hängt zudem stark mit der Eignung bzw. Motivation und Ausbildung der Dozenten und deren Methoden zusammen – die Autoren berichten in diesem Zusammenhang von einer eingeschränkten Akzeptanz von Nicht-Medizinern als Lehrern, einem spärlichen persönlichen Engagement in den Seminaren seitens der Teilnehmer sowie dem Glauben mancher Studenten, empathische Qualitäten seien nicht lernbar und dahingehende Seminare damit überflüssig (ebd.). Denn in solchen Kursen werden im Gegensatz zu anderen Fächern keine konkreten Fähigkeiten oder Wissen vermittelt, sodass sich aus Sicht vieler Studenten ihre unmittelbare Relevanz und ihr Benefit für eine spätere ärztliche Tätigkeit nicht erschließt. Zwar würden sie teilweise als „ganz nett“ eingestuft, aber sicherlich nicht als zentral für die Ausbildung zukünftiger Mediziner (ebd.).

Dies hat eine **niedrige Priorisierung derartiger Bildungsangebote** seitens der Studenten zur Folge; angesichts der inhaltlichen Überfrachtung des Medizinstudiums konzentriert man sich lieber auf die essenziellen klinischen Fächer, in denen überdies auch ein benoteter Leistungsnachweis zu erbringen ist. Diese Erfahrungen wurden teilweise bei der Etablierung der Seminarreihe „Humanität in der Medizin“ geteilt: Der auf freiwilliger Teilnahme basierende Kurs verzeichnete im dritten Semester nach seiner Einführung trotz konstanter sehr guter Evaluationen zu wenige Anmeldungen, sodass sein erneutes Zustandekommen scheiterte. Dieser vermutlich durch obige Gründe bedingte Mangel an freiwilligen Teilnehmern wird der Wichtigkeit solcher Ausbildungsinhalte in keinster Weise gerecht und verfestigt die periphere Rolle, die sie bis dato im Curriculum einnehmen.

Auch legen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nahe, dass gerade die Studenten von derartigen Kursen profitieren könnten, die ein eher niedriges Ausgangsniveau weisheitsbezogener Kompetenzen zeigen. Ob sich diese Studenten in einer Gruppe Freiwilliger wiederfinden, die aus persönlichem Interesse zusätzlichen Zeitaufwand in Kauf

nimmt, um sich mit existenziellen Fragen des menschlichen Daseins zu beschäftigen, scheint fraglich.

Dies führt zwangsläufig zu der Überlegung, ein Seminar wie „Humanität in der Medizin“ nicht als freiwilligen Kurs, sondern als **festen Bestandteil studentischer Ausbildung** in den Stundenplan zu integrieren. Bevor man dies aber ernsthaft in Betracht zieht, muss man sich die Chancen und Risiken bewusst machen, die ein solcher Schritt in sich birgt: Eine entsprechende Pflichtveranstaltung könnte als **Chance** genutzt werden, eine Vielzahl von Studenten zu erreichen und ihnen eine neue Lernerfahrung zu ermöglichen, die die Förderung von individuellem, reflexivem und eigenständigem Denken als zentral für die Entstehung beruflicher Professionalität sichtbar macht und so eine breitere Akzeptanz derartiger Studieninhalte unter den Studenten entstehen lässt. Voraussetzung dafür ist aber, dass sowohl von Seiten der Dozenten als auch der Studenten die Bereitschaft und Motivation besteht, sich auf neue, eventuell intensivere Lehrmethoden bzw. eine erhöhte Lernverantwortung einzulassen. Dies ist aber umso schwerer, je mehr Studenten unterrichtet werden müssen und je weniger deren Präsenz auf Freiwilligkeit beruht: Geeignete Lehrkräfte sind nur in begrenztem Maß verfügbar; personelle und finanzielle Engpässe bedingen allzu oft eine inadäquate Gruppengröße sowie erhebliche qualitative Unterschiede zwischen den einzelnen Seminaren (Kießling u. a. 2003). Auch die Studierenden müssen lernen, mit den auch an sie gestellten hohen Anforderungen umzugehen: Es wird oft mit Überforderung reagiert, wenn das gewohnte wissenschaftliche Terrain eindeutig richtiger oder falscher Antworten verlassen wird und persönliches Einbringen im Sinne aktiver Beteiligung vornehmlich auf eigenständigen Gedanken beruhen soll (Shapiro u. a. 2009). Einer derartigen Lernkultur wurde bislang wenig Platz im Medizinstudium eingeräumt; die Teilnehmer empfinden deren Intimität als ungewohnt. Die Sorge, sich in diesem Kontext inadäquat zu äußern, lässt Hemmungen und Unsicherheit entstehen (ebd.). Auch sehen sich manche Studenten durch die Aufforderung zur Reflexion eigener Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen unter Druck gesetzt, da sie von deren Unabänderbarkeit ausgehen, womit jegliches dahingehende Bemühen als nutzlos abgetan wird (Hatem und Ferrara 2001; Shapiro, Rucker und Beck 2006; Case und Micco 2006; Van Roessel und Shafer 2006; Levine, Kern und Wright 2008). Die Verweigerung eines persönlichen Einbringens, basierend auf dieser Unsicherheit oder auch fehlender Motivation erschwert so die Etablierung eines vertrauensvollen und offenen Gesprächsklimas.

Darin besteht zusammenfassend betrachtet auch das **Risiko**: Dass nämlich diese Chance einer festen Etablierung geisteswissenschaftlicher Inhalte im medizinischen Curriculum aufgrund obiger Schwierigkeiten nicht ergriffen werden kann und entsprechende Pflichtkurse somit Gefahr laufen, von der studentischen Zielgruppe als nicht relevant in Bezug auf das Studium oder gar als Zeitverschwendung abgetan zu werden, was ihre Legitimation grundlegend gefährden würde und die Zugänglichkeit der Studierenden für derartige Lernangebote weiter verringern könnte.

Wenn also Programme wie „Humanität in der Medizin“ verpflichtende Bestandteile des Curriculums werden, muss diese Möglichkeit genutzt werden, den Studenten anhand eines **qualitativ hochwertigen Seminars** die Berechtigung solcher Inhalte im Studium zu vermitteln, um so den Boden für eine neue Lernerfahrung zu bereiten. Elementar hierfür ist die Auswahl und Schulung geeigneter Dozenten in ausreichender Anzahl, sodass die Seminare regelmäßig und in kleinen Gruppen abgehalten werden können. Deren Qualität müsste über fortlaufende Evaluationen überprüft werden. Auch besteht Grund zu der Annahme, dass sich im Sinne des transformativen Lernansatzes nach Mezirow größere Veränderungen im Bereich persönlicher Bedeutungsperspektiven relativ langsam entwickeln, sodass ein einsemestriger Kurs sicherlich nicht ausreichend ist (Mezirow 1990, 173; Kroll 1992). Vielmehr wäre ein den

klinischen Studienabschnitt begleitender Kurs anzustreben, der sich über mehrere Semester erstreckt. Der Reformstudiengang der Berliner Charité bietet beispielsweise seit 2003 einen Kurs an, der aus verschiedenen wöchentlich stattfindenden Seminaren besteht, die sich jeweils über ein Semester erstrecken und von denen im Verlauf von fünf Jahren mindestens vier belegt werden müssen. Die Evaluationsergebnisse sind vielversprechend, besonderen Handlungsbedarf sehen die Autoren aber noch in einer Verbesserung der individuellen Unterrichtsqualität der einzelnen Dozenten und in der Motivation der Studenten, sich an Diskussionen aktiv zu beteiligen (Kießling u. a. 2003).

All dies verlangt viel Arbeit und sicherlich auch einen nicht unerheblichen finanziellen Aufwand. Letztlich bleibt die Frage, wie viel jeder einzelne von uns bereit ist, zu investieren – sei es Engagement, Zeit und/oder Geld. Denn wer sich im Umgang mit seinen Mitmenschen einer „Weisheit im Menschlichen“ annähern will, kommt nicht umhin, sich mit existenziellen Fragen des Lebens auseinanderzusetzen, also in irgendeiner Form zu „investieren“. Dies in der Ausbildung zum Mediziner zu fördern und zu fordern, sollte eine Selbstverständlichkeit sein und nicht das Privileg einer kleinen Gruppe von Interessierten.

7 LITERATURVERZEICHNIS

- Acuña, L. E. 2000. „Don't cry for us Argentinians: two decades of teaching medical humanities“. *Medical Humanities* 26 (2): 66–70.
- Ahlzén, R., und C. M. Stolt. 2003. „The humanistic medicine program at the Karolinska Institute, Stockholm, Sweden“. *Academic Medicine* 78 (10): 1039–1042.
- Ardelt, M. 2004. „Wisdom as expert knowledge system: A critical review of a contemporary operationalization of an ancient concept“. *Human Development* 47 (5): 257–285.
- Arlin, PK. 1990. „Wisdom: the art of problem finding.“ In *Wisdom: its nature, origins, and development*, by RJ Sternberg, 230–43. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. 1990. „Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze“. *Psychologische Rundschau* 41 (1): 1–24.
- Baltes, P. B., und J. Smith. 1990. „Weisheit und Weisheitsentwicklung: Prolegomena zu einer psychologischen Weisheitstheorie“. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie* 22 (2): 95–135.
- Baltes, P. B., U. M. Staudinger, A. Maercker, und J. Smith. 1995. „People nominated as wise: A comparative study of wisdom-related knowledge.“ *Psychology and aging* 10 (2): 155.
- Bauer, A. W. 2001. *Das Trilemma der modernen Medizin zwischen Wissenschaftlichkeit, Kostendämpfung und Kundendienst. In: Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität. Jahrestagung der Akademie Ethik in der Medizin e.V. Frankfurt 2000.* Herausgegeben von Dietrich von Engelhardt. Münster/Hamburg/Berlin/London: LIT Verlag Münster.
- Berberat, P. 2013. „Förderung der Kompetenz von Medizinstudierenden mit Sterben und Tod umzugehen“. Masterarbeit zur Erlangung des Master of Medical Education. Ruprecht-Karls-Universität, Medizinische Fakultät Heidelberg
- Bland, J M, und D G Altman. 1997. „Cronbach's Alpha“. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 314 (7080) (Februar 22): 572.
- Berger, Peter L., und H. Kellner. 1975. *Das Unbehagen in der Modernität.* Campus-Verlag.
- Berliner Ärzte. 2002. „Arbeit in der Endlosschleife. Ergebnisse einer Befragung junger Ärztinnen und Ärzte in Berlin“. *Berliner Ärzte* (5): 18ff.
- Betancourt, J. R., J. E. Carrillo, und A. R. Green. 1999. „Hypertension in multicultural and minority populations: Linkin communication to compliance“. *Current Hypertension Reports* 1 (6): 482–488.

-
- Bluck, S., und J. Glück. 2005. „People’s Implicit Theories of Wisdom“. *A handbook of wisdom: Psychological perspectives*: 84.
- Böhmig-Krumhaar, S. A., U. M. Staudinger, und P. B. Baltes. 2002. „Mehr Toleranz tut Not: Lässt sich wert-relativierendes Wissen und Urteilen mit Hilfe einer wissensaktivierenden Gedächtnisstrategie verbessern?“ *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 34 (1): 30–43.
- Bollnow, O. F. 1955. *Neue Geborgenheit - Das Problem einer Überwindung des Existentialismus*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brand, K.-W. 1982. *Neue soziale Bewegungen*. Westdeutscher Verlag.
- Brathuhn, S. 1999. *Lernen, mit dem Tod zu leben : menschenwürdiges Sterben - Möglichkeiten der Sterbebegleitung - Hospizbewegung*. Bissendorf: Der Andere Verlag.
- Bruchhausen, W. 2011. „Medical Humanities in Deutschland – komplementäre und kritische Beiträge zur Medizin“. *Bioethica Forum* 4 (4, Focus: Medical Humanities) (Dezember).
- Case, G. A., und G. Micco. 2006. „Moral imagination takes the stage: Readers’ theater in a medical context“. *Journal for Learning through the Arts* 2 (1).
- Charmaz, K. 1980. *The Social Reality of Death: Death in Contemporary America*. Addison-Wesley.
- Charon, R. 2001. „Narrative medicine“. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 286 (15): 1897–1902.
- Clayton, V. P., und J. E. Birren. 1980. „The development of wisdom across the life span: A reexamination of an ancient topic“. *Life-span development and behavior* 3: 103–135.
- Cohen, J. 1960. „A coefficient of agreement for nominal scales“. *Educational and psychological measurement* 20 (1): 37–46.
- . 1968. „Weighted kappa: Nominal scale agreement provision for scaled disagreement or partial credit“. *Psychological Bulletin* 70 (4): 213–220.
- Condrau, G. 1984. *Der Mensch und sein Tod - certa moriendi condicio*. 1. Aufl. Zürich: Benziger Verlag.
- Conti, C. R. 2006. „What makes a good doctor?“ *Clinical cardiology* 28 (11): 496–498.
- Coulehan, J. 2007. „Written Role Models in Professionalism Education“. *Medical Humanities* 33 (2) (Januar 12): 106–109.
- Deutsches Ärzteblatt. 2002. „Förderung der Ärztegesundheit: Es besteht Nachholbedarf (13.12.2002)“. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/34878>.

-
- . 2006. „Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland: Erste Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung im Herbst 2006 (07.09.2007)“. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/56790>.
- . 2008. „Sterbekultur im Krankenhaus: Ein würdevoller Abschied (28.11.2008)“. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/62492>.
- Dewey, J. 1933. *Wie Wir Denken*. D. C. Heath & Company.
- Donaldson, T. M., E. Fistein, und M. Dunn. 2010. „Case-based seminars in medical ethics education: how medical students define and discuss moral problems“. *Journal of Medical Ethics* (Oktober 2010).
- Dörner, D. 2011. *Die Logik des Misslingens - Strategisches Denken in komplexen Situationen*. 10. Aufl. Reinbeck: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Drane, J. F. 1995. *Becoming a Good Doctor - The Placa of Virtue and Character in Medical Ethics*. 2. Aufl. Kansas City: Sheed & Ward.
- Edwards, N., M. J. Kornacki, und J. Silversin. 2002. „Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?“ *Bmj* 324 (7341): 835–838.
- Ericsson, K. A., und H. A. Simon. 1980. „Verbal reports as data.“ *Psychological review* 87 (3): 215.
- Erikson, E. H. 1959. *Psychological issues: Identity and the life cycle*. International Universities Press.
- Evans, H. M. 2002. „Reflections on the humanities in medical education“. *Medical Education* 36 (6): 508–513.
- . 2008. „Affirming the Existential Within Medicine: Medical Humanities, Governance, and Imaginative Understanding“. *Journal of Medical Humanities* 29 (1) (März 1): 55–59.
- Feudtner, C., und D. A. Christakis. 1994. „Making the rounds: the ethical development of medical students in the context of clinical rotations“. *Hastings Center Report* 24 (1): 6–12.
- Fintz, A. S. 2002. „Scheitern als Anfang—Jaspers ‘Grenzsituation‘“. In *Vortrag auf der Konferenz der Internationalen Gesellschaft für Philosophische Praxis am, 2:2002*.
- . 2006. *Die Kunst der Beratung: Jaspers' Philosophie in Sinn-orientierter Beratung*. Aisthesis Verlag.
- Fischer, Thomas, Jean-Francois Chenot, Anne Simmenroth-Nayda, Stephanie Heinemann, Michael M. Kochen, und Wolfgang Himmel. 2007. „Learning core clinical skills—a survey at 3 time points during medical education“. *Medical Teacher* 29 (4) (Januar): 397–399.

-
- Flick, U. 2002. *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Fones, C. S. L., E. H. Kua, L. G. Goh, und others. 1998. „What Makes a Good Doctor? – Views of the Medical Profession and the Public in Setting Priorities for Medical Education“. *Singapore medical journal* 39: 537–542.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ). 2012. „Klinikärzte Nachwuchs unterm Joch“. *FAZ.NET*, Januar 12, Abschn. Beruf & Chance. <http://www.faz.net/aktuell/beruf-chance/arbeitswelt/klinikaerzte-nachwuchs-unterm-joch-11604319.html>, abgerufen am 11.11.2012.
- Frich, J. C., und P. Fugelli. 2003. „Medicine and the arts in the undergraduate medical curriculum at the University of Oslo Faculty of Medicine, Oslo, Norway“. *Academic Medicine* 78 (10): 1036.
- Friedman, L. D. 2002. „The precarious position of the medical humanities in the medical school curriculum“. *Academic Medicine* 77 (4): 320–322.
- Früh, W. 2004. *Inhaltsanalyse*. Unveränd. Nachdr. der 5. Aufl. UTB ; 2501. Stuttgart: UVK-Verl.-Ges.
- Fuchs-Heinritz, W. 1969. *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*. Suhrkamp.
- Geisler, L. 2003. „Plädoyer für einen ‚Neuen Arzt ‘“. *Dr. med. Mabase* 142: 34–37.
- Ginsburg, S., G. Regehr, und L. Lingard. 2003. „The Disavowed Curriculum“. *Journal of General Internal Medicine* 18 (12) (Dezember): 1015–1022.
- Goethe, J. W. v. 1782. *West-Östlicher Diwan*, Berliner Ausgabe, Bd. 3.
- Goffman, E. 1972. *Asyle - Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Suhrkamp.
- Goldscheider, C. 1971. *Population, Modernization, and Social Structure*. Little, Brown.
- Greenwald, A. G., und A. R. Pratkanis. 1984. „The self, In. R. S. Wyer and TK Srull“. *Handbook of social cognition* 1: 129–178.
- Günther, U. 1993. *Erwachsenenbildung in ihrer Vielfalt*. [Europäische Hochschulschriften / 11]; 530. Frankfurt am Main u.a.: Lang.
- Hahn, A. 1968. *Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit*. F. Enke.
- . 1979. „Tod und Individualität“. *KZfSS - Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 31: 733–745.
- Harris, J. 1995. *Der Wert Des Lebens: Eine Einführung in Die Medizinische Ethik*. Akademie Verlag.

-
- Hatem, D., und E. Ferrara. 2001. „Becoming a doctor: fostering humane caregivers through creative writing.“ *Patient Education and Counseling; Patient Education and Counseling*.
- Hedderich, J., und L. Sachs. 2013. *Angewandte Statistik - Methodensammlung mit R*.
- Hick, C. 2007. *Klinische Ethik*. 1. Aufl.
- Hoffmann, M. 2008. „Also, ich als Arzt oder Ärztin hab' ja nicht wirklich 'ne Ahnung“. *Weisheitsbezogene Kompetenzen im medizinischen Kontext*. Saarbrücken: Universität des Saarlandes.
- Holliday, S. G., und M. J. Chandler. 1986. „Wisdom: Explorations in adult competence.“ *Contributions to human development*.
- Holz, H. H. 1981. *Betrachtungen eines Atheisten zu Sterben und Tod*. In *Kindlers Enzyklopädie „Der Mensch“*. Bd. 4. Zürich.
- Imhof, A. *Ars Moriendi - Die Kunst des Sterbend einst und heute*. 1991. Aufl. Bd. 22. Kulturstudien - Bibliothek der Kulturgeschichte. Wien; Köln; Böhlau: Böhlau Verlag Wien.
- Inui, T. S. 2003. *A flag in the wind: educating for professionalism in medicine*. Association of American Medical Colleges.
- Jackson, M. 2002. „Back to the future: history and humanism in medical education“. *Medical education* 36 (6): 506–507.
- Jason, L. A., A. Reichler, C. King, D. Madsen, J. Camacho, und W. Marchese. 2001. „The measurement of wisdom: A preliminary effort“. *Journal of Community Psychology* 29 (5): 585–598.
- Jaspers, K. 1919. *Psychologie der Weltanschauungen*. 1. Aufl. Berlin: Julius Springer.
- . 1956. *Band 2: Existenzerhellung*. 3. Aufl. Bd. 2. 3 Bd. Philosophie. Berlin; Göttingen; Heidelberg: Springer-Verlag.
- . 1965. *Kleine Schule des philosophischen Denkens*. München: Piper.
- Jung, S. 2005. *Das präoperative Aufklärungsgespräch*. 1. Aufl. Nomos.
- Jungbauer, J, C Kamenik, D Alfermann, und E Brähler. 2004. „Wie bewerten angehende Ärzte rückblickend ihr Medizinstudium? Ergebnisse einer Absolventenbefragung“. *Das Gesundheitswesen* 66 (01) (Januar): 51–56.
- Kiessling, C., T. Müller, C. Becker-Witt, J. Begenau, V. Prinz, und S. Schleiermacher. 2003. „A medical humanities special study module on principles of medical theory and practice at the Charité, Humboldt University, Berlin, Germany“. *Academic Medicine* 78 (10): 1031.

-
- Kramer, Deirdre A. 1983. „Post-Formal Operations? A Need for Further Conceptualization“. *Human Development* 26 (2): 91–105.
- Kroll, B. M. 1992. „Reflective Inquiry in a College English Class.“ *Liberal Education* 78 (1): 10–13.
- Krueger, R. A. 1994. *Focus groups*. 2. ed. Thousand Oaks [u.a.]: Sage.
- Labouvie-Vief, G. 1990. „Wisdom as integrated thought: historical and developmental perspectives“. In *Wisdom: Its nature, origins, and development*, by RJ Sternberg, 52–83. New York: Cambridge University Press.
- Landis, J. R., und G. G. Koch. 1977. „The measurement of observer agreement for categorical data“. *Biometrics*: 159–174.
- Lau, E. E. 1975. *Tod im Krankenhaus*. Bachem.
- Levine, R. B., D. E. Kern, und S. M. Wright. 2008. „The impact of prompted narrative writing during internship on reflective practice: A qualitative study“. *Advances in health sciences education* 13 (5): 723–733.
- Lind, G. 2000. „Moral regression in medical students and their learning environment“. *Rev bras educ med* 24 (3): 24–33.
- . 2010. „The meaning and measurement of moral judgment competence: A dual-aspect model“. *Fasko, Daniel, Jr. & Willis, Wayne, eds. (2008). Contemporary Philosophical and Psychological Perspectives on Moral Development and Education, pp. 185-220. Creskill, Hampton Press.*
- Lofland, L. H. 1981. *The Craft of Dying: The Modern Face of Death*. 2. Aufl. Beverly Hills/Cal. - London: Sage Publications.
- Louis-Courvoisier, M. 2003. „Medical Humanities: a new undergraduate teaching program at the University of Geneva School of Medicine, Switzerland“. *Academic Medicine* 78 (10): 1043.
- Lown, B. 2004. *Die verlorene Kunst des Heilens - Anleitung zum Umdenken*. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch.
- Luckmann, T. 1963. *Das Problem der Religion in der modernen Gesellschaft*. Freiburg.
- Maercker, A. 1995. *Existenzielle Konfrontation: Eine Untersuchung im Rahmen eines psychologischen Weisheitsparadigmas*. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Maercker, A., S. A. Böhmgig-Krumhaar, und U. M. Staudinger. 1998. „Existenzielle Konfrontation als Zugang zu weisheitsbezogenem Wissen und Urteilen: Eine Untersuchung von Weisheitsnominierten.“ *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*.

-
- Mayring, P. 2000. „Qualitative Content Analysis“. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 1 (2) (Juni 30).
- Mezirow, J. 1990. *Fostering critical reflection in adulthood*. 1. ed. Jossey-Bass higher education series. San Francisco: Jossey-Bass.
- . 1997. *Transformative Erwachsenenbildung*. Grundlagen der Berufs- und Erwachsenenbildung ; 10. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.
- . 2000. „Learning to think like an adult. Core concepts of transformation theory“. In *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress*, by J. Mezirow, 3–33. Jossey-Bass.
- Mickler, C., und U. M. Staudinger. 2008. „Personal wisdom: Validation and age-related differences of a performance measure.“ *Psychology and aging* 23 (4): 787.
- Montgomery, A., C. Barber, und P. McKee. 2002. „A phenomenological study of wisdom in later life“. *The International Journal of Aging and Human Development* 54 (2): 139–157.
- Moon, Paul J. 2008. „Death-Talks: Transformative Learning for Physicians“. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 25 (4) (Januar 8): 271–277.
- Morris, D. B. 2001. „Narrative, ethics, and pain: Thinking with stories“. *Narrative*: 55–77.
- Muller, S. 1984. „Physicians for the twenty-first century: report of the project panel on the general professional education of the physician and college preparation for medicine“. *J Med Educ* 59: 1–208.
- Murray, J. 2003. „Development of a medical humanities program at dalhousie university faculty of medicine, Nova Scotia, Canada, 1992-2003“. *Academic Medicine* 78 (10): 1020–1023.
- Nassehi, A., und G. Weber. 1989. *Tod, Modernität und Gesellschaft*. 1. Aufl. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Nuland, S. B. 2007. *Wie wir sterben - Ein Ende in Würde?* München: Knaur Taschenbuch.
- Olbrich, J. 2001. *Geschichte der Erwachsenenbildung in Deutschland*. Opladen: Leske Budrich.
- Outram, D. 2005. *The Enlightenment*. Cambridge University Press.
- Pascual-Leone, J. 1990. „An essay on wisdom: toward organismic processes that make it possible“. In *Wisdom: Its nature, origins, and development*, by RJ Sternberg, 224–78. New York: Cambridge University Press.
- Pasupathi, M., U. M. Staudinger, und P. B. Baltes. 2001. „Seeds of wisdom: Adolescents' knowledge and judgment about difficult life problems.“ *Developmental Psychology* 37 (3): 351.

-
- Plessner, H. 1952. *Über die Beziehung der Zeit zum Tode*, in: *Eranos-Jahrbuch 1951*. XX. Zürich.
- Prange, K. 2005. „Die vielen Erziehungswissenschaften und die eine Pädagogik – zum Verhältnis von Erwachsenenbildung und Allgemeiner Pädagogik“. *REPORT* 28 (1).
- Reuter, S. 1993. *Tod und Sterben- ein Thema für den Schulunterricht?: Ergebnisse einer Lehrerbefragung; zum 65. Geburtstag von Prof. Karl Andre*. Fachbereich 8, Univ. Koblenz-Landau.
- Rifkin, M. R., K. D. Smith, B. D. Stimmel, A. Stagnaro-Green, und N. G. Kase. 2000. „The Mount Sinai humanities and medicine program: an alternative pathway to medical school“. *Academic Medicine* 75 (10): S124–S126.
- Rilke, R. M. 1963. *Die Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge*. Bd. Dritter Band Prosa. 3 Bd. Werke in drei Bänden. Frankfurt am Main.
- Roberts, L. W., K. A. G. Hammond, C. M. A. Geppert, und T. D. Warner. 2004. „The positive role of professionalism and ethics training in medical education: a comparison of medical student and resident perspectives“. *Academic Psychiatry* 28 (3): 170–182.
- Roberts, L. W., T. D. Warner, K. A. Green Hammond, C. M.A. Geppert, und T. Heinrich. 2005. „Becoming a Good Doctor: Perceived Need for Ethics Training Focused on Practical and Professional Development Topics“. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry* 29 (3): 301–309.
- Van Roessel, P., und A. Shafer. 2006. „Music, medicine, and the art of listening“. *Journal for Learning through the Arts* 2 (1).
- Rohde, J. J. 1962. *Soziologie des Krankenhauses - Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart.
- . 1973. *Arzt und Patient in der Industriegesellschaft - Herausgegeben von Otto Döhner*. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Saake, I., und W. Vogd. 2007. *Moderne Mythen der Medizin: Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Springer DE.
- Scheler, M., und M. Scheler. 1957. *Gesammelte Werke: Schriften aus dem Nachlass*. Francke.
- Schmidt, H. 1991. *Philosophisches Wörterbuch*. 22. Aufl. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Schmied, G. 1988. *Sterben und Trauern in der Modernen Gesellschaft*. 1. Aufl. München ; Zürich: Piper Verlag.
- Schott, H. 1986. *Eros und Thanatos. Spekulationen über Tod und Sterben in der Medizin*. In: *Leiden, Sterben und Tod*. Herausgegeben von J. v. Geyer-Kordesch, P. Kröner, und H. Seithe. Bd. 7. Schriftenreihe der Westfälischen Wilhelms-Uni. Münster: Aschendorff.

-
- Schweidtmann, W. 1988. *Leben im Angesicht des Todes, eine empirisch-pastoralpsychologische Studie zu einem angemessenen Umgang mit den „Wahrheiten“ des Sterbens*. Diss., Universität Münster (Westfalen).
- Shapiro, J., J. Coulehan, D. Wear, und M. Montello. 2009. „Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications“. *Academic Medicine* 84 (2): 192–198.
- Shapiro, J., L. Rucker, und J. Beck. 2006. „Training the clinical eye and mind: using the arts to develop medical students’ observational and pattern recognition skills“. *Medical education* 40 (3): 263–268.
- Smith, J., U. M. Staudinger, und P. B. Baltes. 1994. „Occupational settings facilitating wisdom-related knowledge: The sample case of clinical psychologists.“ *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62 (5): 989.
- Stark, R., und M. Hoffmann. 2009. „Weisheitsbezogene Kompetenz im medizinischen Kontext Wisdom-related competence in the medical context“. *GMS Z Med Ausbild* 26: 4.
- Statistisches Bundesamt. 1972. *Bevölkerung und Wirtschaft 1872 - 1972: hrsg. anlässl. d. 100jährigen Bestehens d. zentralen amtl. Statistik*. Kohlhammer.
- Staudinger, U. M. 1989. *The Study of Life Review. An Approach to the Investigation of Intellectual Development across the Life Span*. Studien und Berichte 47. ERIC.
- . 1999. „Social cognition and a psychological approach to the art of life“. In *Social cognition and aging*, herausgegeben von T. M. Hess und F. Blanchard-Fields, 343–375. San Diego, CA, US: Academic Press.
- Staudinger, U. M., und P. B. Baltes. 1995a. *The Psychology of Wisdom*. In: *Encyclopedia of Human Intelligence*. Macmillan.
- . 1995b. „Gedächtnis, Weisheit und Lebenserfahrung im Alter: Zur Ontogenese als Zusammenwirken von Biologie und Kultur“. *D. Dörner & EV d. Meer (Hrsg.), Das Gedächtnis. (Festschrift zum 65. Geburtstag von Friedhart Klix)*: 433–484.
- . 1996a. „Weisheit als Gegenstand psychologischer Forschung“. *Psychologische Rundschau* 47 (2): 1–21.
- . 1996b. „Interactive minds: A facilitative setting for wisdom-related performance?“ *Journal of Personality and social psychology* 71 (4): 746.
- Staudinger, U. M., J. Dörner, und C. Mickler. 2005. „Wisdom and personality“. *A handbook of wisdom: Psychological perspectives*: 191–219.
- Staudinger, U. M., und J. Glück. 2011. „Psychological Wisdom Research: Commonalities and Differences in a Growing Field“. *Annual Review of Psychology* 62 (1) (Januar 10): 215–241.

-
- Staudinger, U. M., und E. M. Kessler. 2009. „Adjustment and growth—Two trajectories of positive personality development across adulthood“. *Handbook of research on adult learning and development*: 241–68.
- Staudinger, U. M., und U. Kunzmann. 2005. „Positive Adult Personality Development“. *European Psychologist* 10 (4): 320–329.
- Staudinger, U. M., J. Smith, und P. B. Baltes. 1992. „Wisdom-related knowledge in a life review task: Age differences and the role of professional specialization.“ *Psychology and Aging* 7 (2): 271.
- . 1994. *Handbuch zur Erfassung von weisheitsbezogenem Wissen*. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Sternberg, R. J. 1985. „Implicit theories of intelligence, creativity, and wisdom.“ *Journal of personality and social psychology* 49 (3): 607.
- . 1990. *Wisdom: Its nature, origins, and development*. Cambridge University Press.
- . 1998. „A balance theory of wisdom.“ *Review of general psychology* 2 (4): 347.
- . 2001. „Why Schools Should Teach for Wisdom: The Balance Theory of Wisdom in Educational Settings“. *Educational Psychologist* 36 (4): 227–245.
- . 2004. „What Is Wisdom and How Can We Develop It?“ *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 591 (1) (Januar 1): 164–174.
- . 2005. *Intelligence and Wisdom*. In: *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Herausgegeben von Malcolm L. Johnson. Cambridge University Press.
- . 2009. „Teaching for Wisdom, Intelligence and Creativity“. *School Administrator* 66 (2) (Februar): 12–13.
- Stewart, M., J. B. Brown, H. Boon, J. Galajda, L. Meredith, und M. Sangster. 1999. „Evidence on patient-doctor communication.“ *Cancer prevention & control: CPC= Prevention & controle en cancerologie: PCC* 3 (1): 25.
- Tamblyn, R., M. Abrahamowicz, D. Dauphinee, E. Wenghofer, A. Jacques, D. Klass, S. Smee, T. Eguale, N. Winslade, und N. Girard. 2010. „Influence of physicians’ management and communication ability on patients’ persistence with antihypertensive medication“. *Archives of internal medicine* 170 (12): 1064.
- Tietgens, H. 1985. *Zugänge zur Geschichte der Erwachsenenbildung*. J. Klinkhardt.
- Vogd, W. 2004. „Evidence-based Medicine und Leitlinienmedizin - Feindliche Übernahme durch die Ökonomie oder wissenschaftliche Professionalisierung der Medizin“. *MMW-Fortschritte der Medizin Originalien Nr. 1/2004* 146 (1): 11–14.
- . 2006. „Verändern sich die Handlungsorientierungen von Krankenhausärzten unter den neuen organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen“. *Medizinische*

Professionalität unter der Bedingung fallpauschalisierter Verwaltung. Themenschwerpunkt der Zeitschrift Sozialer Sinn 7 (2): 197–230.

- Wallace, A. G. 1997. „Educating tomorrow’s doctors: the thing that really matters is that we care“. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 72 (4) (April): 253–258.
- Webster, J. D. 2003. „An exploratory analysis of a self-assessed wisdom scale“. *Journal of Adult Development* 10 (1): 13–22.
- . 2007. „Measuring the character strength of wisdom“. *The International Journal of Aging and Human Development* 65 (2): 163–183.
- Die Welt. 2007. „Wo und wie man in Europa stirbt. 16.10.07.“
http://www.welt.de/welt_print/article1269089/Wo-und-wie-man-in-Europa-stirbt.html.
Abgerufen am 13.07.2012
- Wiedemann, R. 1996. „Orte des Sterbens heute - Eine vergleichende Bestandaufnahme (Podiumsgespräch)“. *Sterben und Sterbebegleitung. Ein interdisziplinäres Gespräch. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* 122: 45 – 148.
- Wieland, W. 1986. *Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik*. C. Winter.
- Wittern, R. 1991. *Kontinuität und Wandel des Arztbildes im Abendland*. In: *Der Arzt*. Herausgegeben von U. Gessler. Düstri-Verlag Feistle.
- Wolgast, Günther. 1996. *Zeittafel zur Geschichte der Erwachsenenbildung*. Grundlagen der Weiterbildung. Neuwied [u.a.]: Luchterhand.

8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1. Arbeitsmodell zur Erforschung der Vorbedingungen, Korrelate und/oder Konsequenzen weisheitsbezogenen Wissens und Urteilens (adaptiert nach Baltes & Smith, 1990; Baltes & Staudinger, 1993). Aus: Staudinger und Baltes 1996a.....	29
Abb. 2. Weisheitsbezogene Leistungen (nach dem Weisheitsparadigma von Baltes und Staudinger erhoben) zeigen in einem Altersspektrum von 20 bis ca. 75-80 Jahren keinen Zusammenhang mit chronologischem Alter (z-transformierte Daten aggregiert über fünf Studien: Smith et al., 1994; Staudinger, 1989; Staudinger et al., 1992; Baltes et al., 1995, Staudinger & Baltes, 1995). Aus: Staudinger und Baltes 1996a.....	30
Abb. 3. Modell der weisheitsbezogenen Kompetenz nach Stark. Aus: Stark und Hoffmann 2009.....	32
Abb. 4. Ablauf der Datenerhebung.....	36
Abb. 5. Empfinden Sie die Dilemmata als <i>realistisch</i> in Bezug auf Studium/Beruf?.....	42
Abb. 6. Empfinden Sie die Dilemmata 1-4 als <i>relevant</i> in Bezug auf Studium/Beruf?.....	42
Abb. 7. Ablaufmodell deduktiver Kategorienanwendung. Aus: Mayring 2000.....	44
Abb. 8. Individuell erreichte Gesamtscores im PRE-Test (Interventionsgruppe).....	65
Abb. 9. Individuell erreichte Gesamtscores im PRE-Test (Kontrollgruppe).....	65
Abb. 10. Gesamtscores pro Kategorie in Kontroll- bzw. Interventionsgruppe (Boxplot mit Median und Ausreißern).....	66
Abb. 11. Individuell erreichte Gesamtpunktzahl: PRE- vs POST-Test (Interventionsgruppe)	68
Abb. 12. Individuell erreichte Gesamtpunktzahl: PRE- vs POST-Test (Kontrollgruppe).....	68
Abb. 13. Entwicklung der Gesamtpunktzahl von PRE- zu POST-Test (Interventionsgruppe)	69
Abb. 14. Entwicklung der Gesamtpunktzahl von PRE- zu POST-Test (Kontrollgruppe).....	69
Abb. 15. Prozentualer Anteil d. Kodierung "nicht vorhanden" pro Kategorie (Gesamtkollektiv).....	70

Abb. 16. Prozentualer Anteil der Kodierung "nicht vorhanden" in PRE- versus POST-Test (Interventionsgruppe).....	71
Abb. 17. Prozentualer Anteil der Kodierung "nicht vorhanden" in PRE- versus POST-Test (Kontrollgruppe).....	71
Abb. 18. Kollektive Entwicklung der weisheitsbezogenen Kompetenzen. Durchschnittliches Delta POST-PRE (Kontrollgruppe versus Interventionsgruppe).....	72
Abb. 19. Individuelle Entwicklungen der Probanden: Prozentualer Anteil an deutlich positiven, gleichbleibenden und deutlich negativen Entwicklungen (Kontrollgruppe versus Interventionsgruppe).....	73
Abb. 20. Individuelle Entwicklungen der Probanden (Interventionsgruppe). Scatter Plot der einzelnen Deltas der Probanden pro Kategorie mit Mittelwert $M \Delta$	75
Abb. 21. Individuelle Entwicklungen der Probanden (Kontrollgruppe). Scatter Plot der einzelnen Deltas der Probanden pro Kategorie mit Mittelwert $M \Delta$	75
Abb. 22. Subjektive Wirkung der Intervention unmittelbar (1) und mittelfristig (2). Darstellung des prozentualen Anteils der jeweiligen Wertungen der Seminarteilnehmer.....	79

9 TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1a. Einfluss demografischer Daten auf die weisheitsbezogenen Leistungen im PRE-Test (Gesamtes Studienkollektiv) – Geschlecht der Probanden (p-Werte).....	76
Tab. 1b. Einfluss demografischer Daten auf die weisheitsbezogenen Leistungen im PRE-Test (Gesamtes Studienkollektiv) – Alter und Studiensemester (Korrelationskoeffizienten)	76
Tab. 2a. Einfluss von Demografie auf die Entwicklung weisheitsbezogener Leistungen (7 Kategorien) in beiden Gruppen (KG vs. IG) – Geschlecht der Probanden (p-Werte)	77
Tab. 2b. Einfluss von Demografie auf die Entwicklung weisheitsbezogener Leistungen (7 Kategorien) in beiden Gruppen (KG vs. IG) – Alter und Studiensemester (Korrelationskoeffizienten)	77
Tab. 3. Interventionsgruppe: Zusammenhang zwischen Ausgangswerten weisheitsbezogener Kompetenz und weiterer Kompetenzentwicklung (Delta PRE-POST) in der gleichen Kategorie. Darstellung der Korrelationskoeffizienten	78

10 ANHANG

- a. Probandeninformation
- b. Einverständniserklärung Probanden
- c. Literaturliste (Seminareinheit „Mein Alltag – von Leiden und Tod“)
- d. Bearbeitungsbögen Fälle 1-4
- e. Kodier-Auswertungsbogen
- f. Fragebogen zur subjektiven Wirksamkeit der Intervention
 - unmittelbar (nach dem Seminar)
 - mittelfristig (im Verlauf)



Direktor: Univ.-Prof. Dr. H. Friess

**Forschungsprojekt:
Förderung der Kompetenz von Medizinstudenten mit Leiden und Tod umzugehen**

Probandeninformation

Liebe Studentin, Lieber Student

Worum geht es in diesem Projekt?

Mit dem neunten Seminar „Humanität in der Medizin“ ist ein Forschungsprojekt verbunden, durch welches der Wirkungsgrad solcher Lernveranstaltungen näher untersucht werden soll. Neben dem dadurch angestrebten Wissensgewinn soll auch die dauerhafte Etablierung dieser Kurse an der Fakultät gerechtfertigt und unterstützt werden. Exemplarisch soll dazu der Seminarblock „Mein Alltag – von Leiden und Tod“ vertieft wissenschaftlich begleitet werden. Konkret soll dabei untersucht werden inwieweit eine spezifische interaktive Unterrichtsmethode („transformatives Lernen“) latente Vorstellungen über „Leiden & Tod“ bei Medizinstudenten verändern und damit deren Kompetenz mit der Grenzsituation Leiden & Tod im ärztlichen Alltag umzugehen verbessern kann.

Zum Vergleich werden Probandinnen und Probanden befragt die nicht an dem Seminar teilnehmen (Kontrollgruppe).

Bei der Gruppe der Seminarteilnehmer werden zusätzlich die Prozesse während der Seminare beobachten um diese mit den entsprechenden Veränderungen in Beziehung zu setzen.

Was wird von den Probandinnen und Probanden erwartet?

Im Vorfeld der Untersuchungen werden allen Probandinnen und Probanden ein etablierter Fragebogen zum Thema: „Erleben gegenüber Sterben und Tod“ zugesandt. Die Beantwortung der 66 Fragen dauert ca. 20 Minuten.

Zu zwei vereinbarten Zeitpunkten (für die Seminarteilnehmer unmittelbar vor und nach Seminarbeginn) werden die Probandinnen und Probanden eingeladen an jeweils ca. 1 Stunde dauernden Untersuchungen teilzunehmen. Diese gestalten sich vom Ablauf her beide gleich: Die Probandinnen und Probanden werden mit zwei verschiedenen Fallbeispielen und einem Bild im Zusammenhang mit Grenzsituationen ärztlichen Handelns in Bezug auf die Thematik „Ärztlicher Umgang mit Leiden und Tod“ in konfrontiert. In der zur Verfügung stehenden Zeit von einer Stunde werden die Probandinnen und Probanden aufgefordert sich mit den

zwei Fällen und dem Bild auseinanderzusetzen und in kurzen Essays schriftlich festzuhalten. Leitfragen werden helfen die Bearbeitung zu strukturieren.

Um die ablaufenden Prozesse während der Seminare besser zu verstehen und diese auch in Zusammenhang mit potentiellen Veränderungen, die durch oben dargestellten Untersuchungen vor und nach den Seminaren erfasst werden, in Zusammenhang zu setzen, sollen folgende Datenerhebungen während des Seminars erhoben (betrifft demzufolge Probanden in der Kontrollgruppe nicht) werden:

1. Ablauf der Seminare (Audio-visuelle Aufzeichnung)
2. Erleben der Probanden

Natürlich kann das Erleben der Probanden nicht lückenlos registriert werden, das wäre für die teilnehmenden Personen viel zu belastend. Daher kommt ein sogenanntes „Zeitstichprobenverfahren“ zur Anwendung: Die Probandinnen und Probanden werden zu bestimmten Zeitpunkten während des Seminars aufgefordert einen kurzen Fragebogen auszufüllen (dauert rund zwei bis drei Minuten). Dabei sollen sich die Probandinnen und Probanden beim Ausfüllen auf ihr Erleben unmittelbar vorher beziehen (die letzten 10-20 Minuten). Es geht dabei um Fragen wie: Wie fühle ich mich? Wie erlebe ich den Unterricht? Macht mir das, was ich tue, Freude? usw. Dies findet während jedem Seminar ca. dreimal statt. Das ganze Verfahren wird vor Beginn der eigentlichen Untersuchung noch einmal ausführlich erläutert.

Zum Abschluss wird in einem kurzen weiteren Fragebogen nach den Eindrücken und Bewertung des Gesamtseminars (nur Seminarteilnehmer) und der Untersuchungen (alle) gefragt.

Was geschieht mit den erhobenen Daten?

Die Informationen aus den Fragebögen und den Texten werden EDV gestützt archiviert. Anschließend werden die gesammelten Angaben statistisch (quantitativ) und inhaltlich (qualitativ) analysiert, um daraus neue Erkenntnisse zu gewinnen.

Gibt es für mich einen Nutzen durch die Teilnahme an dieser Studie?

Durch die Teilnahme an der Studie entstehen Ihnen keine Nachteile. Als symbolische Gegenleistung für die ca. 3-stündige Belastung durch die Studie wird jeweils ein Büchergutschein im Wert von € 50.- pro Proband vergeben.

Wie ist die Anonymität gewährleistet?

Ihre Daten (Fragebögen und Texte) werden über eine Verschlüsselung bearbeitet und können somit nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden. Die audiovisuellen Aufnahmen während der Seminare werden vertraulich behandelt und eine Weitergabe der Inhalte an Dritte erfolgt nur pseudoanonymisiert, das heißt diese Personen erhalten keinen Einblick in Originalaufnahmen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie werden keine Namen genannt.

Wird die Auswertung der Studie nur in München durchgeführt?

Ja, die Auswertung der Fragebögen, der Texte und des audiovisuellen Materials wird nur in München, am Klinikum rechts der Isar, durchgeführt.

Freiwilligkeit der Teilnahme

Die Teilnahme an der o.g. Studie ist freiwillig. Die Teilnahme kann ohne Angabe von Gründen abgelehnt oder eine einmal erteilte Einwilligung ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Aus der Nichtteilnahme oder dem Abbruch der Teilnahme entsteht kein Nachteil für das weitere Studium.

An wen können weitere Fragen gerichtet werden?

Sofern Sie noch weitere Fragen zu der o.g. Studie haben, bitten wir Sie, sich mit dem Projektleiter in Verbindung zu setzen.

Sollten Sie mit der Teilnahme an der Studie einverstanden sein, so bitten wir um eine Unterschrift auf der Einverständniserklärung. Für weitere Rückfragen stehen wir Ihnen gern und jederzeit zur Verfügung.

Herzlichen Dank!

PD Dr. med. P.O. Berberat, Projektleiter

(Telefon: 089 41405092, e-mail: berberat@chir.med.tu-muenchen.de)



Direktor: Univ.-Prof. Dr. H. Friess

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Teilnahme an der Studie „**Förderung der Kompetenz von Medizinstudenten mit Leiden und Tod umzugehen**“

Name, Vorname: _____

Der Chirurgischen Klinik und Poliklinik des Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München ist es ein Anliegen, auch sog. „weiche“ Themen der Medizin während des Medizinstudiums zu fördern.

Mit dem neunten Seminar „Humanität in der Medizin“ ist ein Forschungsprojekt verbunden, durch welches der Wirkungsgrad solcher Lernveranstaltungen näher untersucht werden soll. Neben dem dadurch angestrebten Wissensgewinn soll auch die dauerhafte Etablierung dieser Kurse an der Fakultät unterstützt und gerechtfertigt werden. Exemplarisch soll dazu der Seminarblock „Mein Alltag – von Leiden und Tod“ vertieft wissenschaftlich begleitet werden.

Ich habe die schriftliche Probandeninformation erhalten und bin über die oben genannte Studie schriftlich und mündlich ausreichend informiert worden. Auftretende Fragen sind mir verständlich und vollständig beantwortet worden.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine in der Studie anonym erhobenen Daten (Fragebögen und Texte) aufgezeichnet und ausgewertet werden können. Die audiovisuellen Aufnahmen während der Seminare werden vertraulich behandelt und eine Weitergabe der Inhalte an Dritte erfolgt nur pseudoanonymisiert, das heißt, diese Personen erhalten keinen Einblick in Originalaufnahmen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt.

Mir ist bekannt, dass ich als symbolische Gegenleistung für die ca. 3-stündige Belastung durch die Studie einen Büchergutschein im Wert von € 50.- erhalte.

Ich stimme der Teilnahme an der Studie freiwillig zu. Ich weiß, dass ich diese Zustimmung ohne Angabe von Gründen jederzeit und ohne Nachteile für meine weiteres Studium widerrufen kann.

Datum

Unterschrift der Probandin/ des Probanden

Literatur

Michel Foucault	Wahnsinn und Gesellschaft, Frankfurt 1969.
Michel Foucault	Die Geburt der Klinik, Frankfurt 1976.
Robert Spaemann	Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns, Stuttgart 2001.
Marianne Gronemeyer	Das Leben als letzte Gelegenheit, Darmstadt 1993.
Hans Ebeling (Hrsg.)	Der Tod in der Moderne, Frankfurt 1984.
Paul-Ludwig Landsberg	Die Erfahrung des Todes, Frankfurt 1973.
Ulrich Beck	Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt 1986

Romane/Erzählungen

Simone de Beauvoir	Ein sanfter Tod	Roman 1964
Albert Camus	Die Pest	Roman 1947
Leo Tolstoi	Der Tod des Iwan Iljitsch	Novelle 1890
Philipp Roth	Jedermann	Novelle 2006
Christa Wolf	Leibhaftig	Roman 2002
Thomas Mann	Schwere Stunde	Roman 1905
Isabel Allende	Paola	Roman 1942
Harold Brodkey	Die Geschichte meines Todes	Roman 1996

Von Medizinern für Medizinern

Sherwin Nuland	Wie wir sterben, Knauer, 1996.
Pauline Chen	Der Tod ist nicht vorgesehen, Herder, 2007.

PRE-TEST – Fall 1

Identifikation _____

(Erster Buchstaben des Vornamens der Mutter, Tag und Monat des Geburtsdatums der Mutter in vier Zahlen: z.B. E0212)

Ein 50 jähriger Mann hat bei sich Blut im Stuhl bemerkt. Bei einer Darmspiegelung wird dann ein Dickdarmkrebs festgestellt. Die Umgebungsuntersuchungen zeigen, dass der Tumor noch nicht gestreut hat. Es kann eine chirurgische Entfernung des Tumors durchgeführt werden. Bei den Nachsorgeuntersuchungen konnte bei unserem Patienten über Jahre kein Tumor mehr nachgewiesen werden. Nach 3 Jahren wird bei der Sonografie eine diffuse Metastasierung der Leber festgestellt. Eine operative Therapie ist aufgrund der Ausdehnung nicht möglich. Es wird eine palliative Chemotherapie eingeleitet, welche ihn ziemlich belastet und in seiner Lebensqualität einschränkt. Nach 3 Zyklen zeigt sich in den Kontrolluntersuchungen ein weiteres Fortschreiten der Metastasierung.

Auch eine alternative Chemotherapie bringt keine Verbesserung. Der Patient zeigt nun eine zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustandes, aber sein Lebenswillen ist ungebrochen. Im Rahmen einer dritten experimentellen Chemotherapie verstirbt der Patient zwei Monate später. Beim Durchlesen des letzten Briefes aus der Klinik fragt sich der Hausarzt, inwiefern all diese Therapien sinnvoll waren.

LEITFRAGEN:

1. Welche Gedanken/Gefühle gehen Ihnen im Bezug auf diesen Fall spontan durch den Kopf?
2. Wie stehen Sie persönlich als zukünftige Ärztin/Arzt zu dieser Situation?
3. Schildern Sie eventuelle Haltungs- bzw. Handlungsalternativen sowie deren Vor- und Nachteile.
4. Analysieren Sie bitte die Situation in Bezug auf die Thematik „Ärztlicher Umgang mit Leiden und Tod“.

Entspricht dieser Fall der klinischen Realität?

Sehr realistisch

Teils - teils

Sehr unrealistisch

⑧

⑧

⑧

⑧

⑧

⑧

⑧

Finden Sie diesen Fall in Bezug auf Studium/Beruf relevant?

Sehr relevant

Teils - teils

Sehr unrelevant

⑧

⑧

⑧

⑧

⑧

⑧

⑧

PRE-TEST – Fall 2

Identifikation _____

(Erster Buchstaben des Vornamens der Mutter, Tag und Monat des Geburtsdatums der Mutter in vier Zahlen: z.B. E0212)

Bei einem 55jährigen Patienten wurde vor 1 Jahr ein Pankreaskarzinom mittels Resektion radikal entfernt. In der Kontrolluntersuchung zeigt sich ein Lokalrezidiv mit mehreren Lebermetastasen. Bei der Besprechung der Befunde erklärt ihm der behandelnde Chirurg, dass leider der Tumor wiedergekommen sei und dass eine erneute Operation nicht möglich wäre, dass sich nun aber die onkologischen Kollegen mittels einer Chemotherapie um den Tumor kümmern werden. Auf die Nachfrage, was dies nun heiÙe, antwortete der Chirurg, er solle nun mal noch nicht den Mut verlieren, die Onkologen würden sich gut um ihn kümmern und ihm alles weitere erklären.

LEITFRAGEN:

1. Welche Gedanken/Gefühle gehen Ihnen im Bezug auf diesen Fall spontan durch den Kopf?
2. Wie stehen Sie persönlich als zukünftige Ärztin/Arzt zu dieser Situation?
3. Schildern Sie eventuelle Haltungs- bzw. Handlungsalternativen sowie deren Vor- und Nachteile.
4. Analysieren Sie bitte die Situation in Bezug auf die Thematik „Ärztlicher Umgang mit Leiden und Tod“.

Entspricht dieser Fall der klinischen Realität?

Sehr realistisch

Teils - teils

Sehr unrealistisch

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Finden Sie diesen Fall in Bezug auf Studium/Beruf relevant?

Sehr relevant

Teils - teils

Sehr unrelevant

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

POST-TEST – Fall 1

Identifikation _____

(Erster Buchstaben des Vornamens der Mutter, Tag und Monat des Geburtsdatums der Mutter in vier Zahlen: z.B. E0212)

Eine 90jährige Patientin wird aus dem Alters- und Pflegeheim mit einer perianalen Blutung vorgestellt. Es zeigt sich eine massive Divertikelblutung, welche eine notfallmäßige Sigmaresektion notwendig macht. Bekannt waren eine Tachyarrhythmia absoluta, eine arterielle Hypertonie und eine schwere Herzinsuffizienz (NYHA III-IV). 3 Tage nach der Operation kam es zu einer akuten respiratorischen Insuffizienz, welche eine Intubation und Verlegung auf die Intensivstation notwendig machte. In der Folge entwickelte die Patientin neben einer zusätzlichen Pneumonie auch ein Nierenversagen. Die Intensivtherapie mit Beatmung, Katecholaminen, Antibiose und Dialyse wurde insbesondere auch auf Wunsch der Angehörigen über die nächsten vier Wochen fortgesetzt. Schließlich wurde bei weiterer Verschlechterung der kardiopulmonalen Situation schrittweise auf eine Basistherapie umgestellt. Die Patientin verstarb kurz darauf am 30. postoperativen Tag. Unter Pflegenden und Ärzten der Intensivstation wird in der Folge kontrovers über die erfolgte Intensivbehandlung diskutiert.

LEITFRAGEN:

1. Welche Gedanken/Gefühle gehen Ihnen im Bezug auf diesen Fall spontan durch den Kopf?
2. Wie stehen Sie persönlich als zukünftige Ärztin/Arzt zu dieser Situation?
3. Schildern Sie eventuelle Haltungs- bzw. Handlungsalternativen sowie deren Vor- und Nachteile.
4. Analysieren Sie bitte die Situation in Bezug auf die Thematik „Ärztlicher Umgang mit Leiden und Tod“.

Entspricht dieser Fall der klinischen Realität?

Sehr realistisch

Teils - teils

Sehr unrealistisch

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Finden Sie diesen Fall in Bezug auf Studium/Beruf relevant?

Sehr relevant

Teils - teils

Sehr unrelevant

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

Ⓢ

POST-TEST – Fall 2

Identifikation _____

(Erster Buchstaben des Vornamens der Mutter, Tag und Monat des Geburtsdatums der Mutter in vier Zahlen: z.B. E0212)

Der 60jährigen Patientin auf der Station ging es immer schlechter. Vor wenigen Tagen erfolgte die Aufnahme bei einem Ileus bei diffus metastasiertem Ovarialkarzinom. Die Anlage des künstlichen Darmausganges brachte nur kurzfristig eine Besserung. Die Patientin litt vor allem unter Schmerzen und der weiterhin kaum möglichen Nahrungsaufnahme. Diverse Bemühungen der behandelnden Ärzte schienen keinen großen Effekt zu zeigen. Die Patientin wurde in ein Einzelzimmer verlegt und auf eine Basistherapie mit Morphinperfusion umgestellt. Die Visite wurde vor dem Zimmer durchgeführt und die Besuche der Ärzte blieben fast aus. Drei Tage später verstarb die Patientin im Beisein ihres Ehemannes, der später meinte: „Ein einziges Mal nur hat ein Arzt das Sterben besprochen. Ansonsten hat jeder nur davon gesprochen, wie meine Frau noch behandelt werden kann.“

LEITFRAGEN:

1. Welche Gedanken/Gefühle gehen Ihnen im Bezug auf diesen Fall spontan durch den Kopf?
2. Wie stehen Sie persönlich als zukünftige Ärztin/Arzt zu dieser Situation?
3. Schildern Sie eventuelle Haltungs- bzw. Handlungsalternativen sowie deren Vor- und Nachteile.
4. Analysieren Sie bitte die Situation in Bezug auf die Thematik „Ärztlicher Umgang mit Leiden und Tod“.

Entspricht dieser Fall der klinischen Realität?

Sehr realistisch

Teils - teils

Sehr unrealistisch

⑧

⑧

⑧

⑧

⑧

⑧

⑧

Finden Sie diesen Fall in Bezug auf Studium/Beruf relevant?

Sehr relevant

Teils - teils

Sehr unrelevant

⑧

⑧

⑧

⑧

⑧

⑧

⑧

PROBAND	Punkte						
Fall 1	7	6	5	4	3	2	1
1.) Faktenwissen (Fachwissen + Strukturwissen)							
2.) Wissen über die „Conditio humana“							
3.) (Strategie-) Wissen um Komplexität von Problemen und Abläufen							
4.) (Strategie-) Wissen zu Kommunikation, Gesprächsführung und Ratgebung							
5.) Reflexion/Selbstreflexion							
1.) Personenzentriertheit							
2.) Umgang mit Grenzen der Medizin							
3.) Ungewissheitstoleranz/- bejahung							
Kommentar							

PROBAND	Punkte						
Fall 1	7	6	5	4	3	2	1
1.) Faktenwissen (Fachwissen + Strukturwissen)							
2.) Wissen über die „Conditio humana“							
3.) (Strategie-) Wissen um Komplexität von Problemen und Abläufen							
4.) (Strategie-) Wissen zu Kommunikation, Gesprächsführung und Ratgebung							
5.) Reflexion/Selbstreflexion							
1.) Personenzentriertheit							
2.) Umgang mit Grenzen der Medizin							
3.) Ungewissheitstoleranz/- bejahung							
Kommentar							

PROBAND	Punkte						
Fall 1	7	6	5	4	3	2	1
1.) Faktenwissen (Fachwissen + Strukturwissen)							
2.) Wissen über die „Conditio humana“							
3.) (Strategie-) Wissen um Komplexität von Problemen und Abläufen							
4.) (Strategie-) Wissen zu Kommunikation, Gesprächsführung und Ratgebung							
5.) Reflexion/Selbstreflexion							
1.) Personenzentriertheit							
2.) Umgang mit Grenzen der Medizin							
3.) Ungewissheitstoleranz/- bejahung							
Kommentar							

Schlussfragebogen – Seminargruppe

Identifikation _____

(Erster Buchstaben des Vornamens der Mutter, Tag und Monat des Geburtsdatums der Mutter in vier Zahlen: z.B. E0212)

Zum Thema „Leiden & Tod“	trifft völlig zu	trifft ziemlich zu	teils-teils	trifft wenig zu	trifft gar nicht
Wesentlichen Punkte des ärztlichen Umgangs mit Leiden & Tod wurden behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trotzdem habe ich wesentliche Punkte vermisst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fand die Diskussionen zum Thema relevant für mich persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fand die Diskussionen zum Thema relevant für meine berufliche Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Auseinandersetzung mit dem Thema hat mich emotional berührt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Sicht/Einstellung auf den ärztlichen Umgang mit Leiden & Tod hat sich verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein persönlicher Umgang mit Leiden & Tod im Studium und Beruf wird sich dadurch verändern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Seminar hat mich angeregt , mich in Zukunft intensiver mit der Thematik zu befassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke dieses Seminar wird auch langfristig auf mich eine Wirkung ausüben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beschreiben Sie in Stichworten was bei Ihnen durch das Seminar **passiert** ist? Welche Einflüsse haben Sie auf Ihr Denken, Fühlen und Ihre Einstellungen wahrgenommen?

FP: Kompetenz – Leiden & Tod (V1.1209)
Nachgefragt – Seminargruppe

Identifikation _____

(Erster Buchstaben des Vornamens der Mutter, Tag und Monat des Geburtsdatums der Mutter in vier Zahlen: z.B. E0212)

Nachgefragt zum Seminar „Leiden & Tod“ im Februar 2010	trifft völlig zu	trifft ziemlich zu	teils-teils	trifft wenig zu	trifft gar nicht
Das Seminar ist mir bis heute in bleibender Erinnerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die damals besprochenen Inhalte beschäftigen mich bis heute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fand die Diskussionen zum Thema relevant für mich persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fand die Diskussionen zum Thema relevant für meine berufliche Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Auseinandersetzung mit dem Thema hat mich emotional berührt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Sicht/Einstellung auf den ärztlichen Umgang mit Leiden & Tod hat sich verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein persönlicher Umgang mit Leiden & Tod im Studium und Beruf hat sich dadurch verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seit dem Seminar habe ich mich intensiver mit der Thematik befasst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke dieses Seminar wird auch weiterhin langfristig auf mich eine Wirkung ausüben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skizzieren Sie in Stichworten kurz die Inhalte des Seminars.

In welchen Momenten haben Sie in den vergangenen 5 Monaten an dieses Seminar gedacht – was ging dabei in Ihnen vor?

Hatte dieses Seminar für Sie in den vergangenen 5 Monaten irgendwelche Auswirkungen (bzgl. Fühlen, Denken, Einstellung oder Handeln) – wenn ja welche?

Hatte dieses Seminar auf Ihren Umgang (A) mit todkranken Patienten und (B) mit der eigenen Endlichkeit haben?

Wie werde sie sich weiter mit der Thematik auseinandersetzen?