

Schlüsselerlebnisse von Medizinstudierenden und Assistenzärzt_innen in Bezug auf Sterben und Tod

Nana Jedlicska, Dagmara Srnová & Pascal Berberat

Technische Universität München

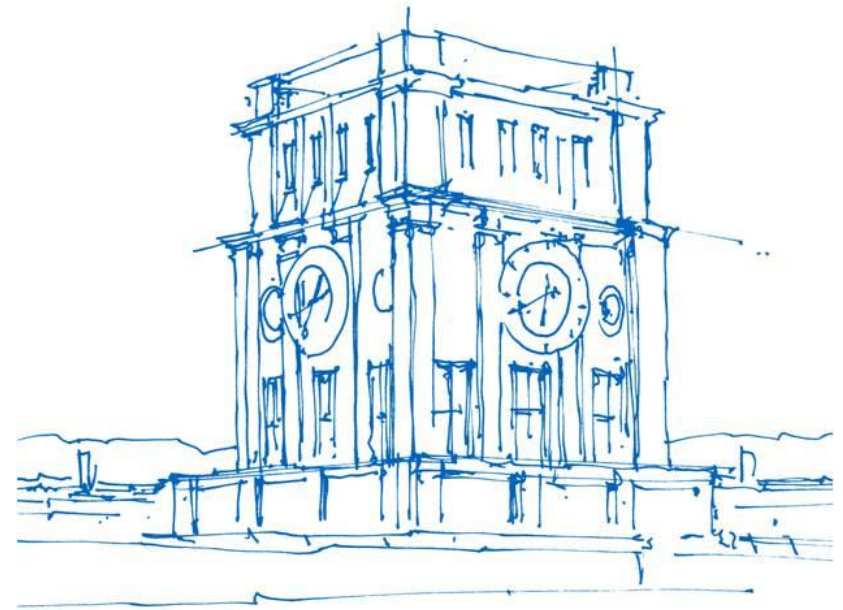
Fakultät für Medizin – Klinikum rechts der Isar

TUM Medical Education Center (TUM MEC)

Lehrstuhl für Medizindidaktik, medizinische

Lehrentwicklung und Bildungsforschung

Münster, 22. September 2017



Uhrenturm der TUM

Hintergrund: Relevanz des Themas

- Umgang mit den Sterbenden und die Auseinandersetzung mit dem Tod als emotional belastende Situationen
- Einfluss auf die Einstellungen und Verhaltensweisen der Mediziner_innen in Bezug auf den Tod und auf die Qualität der Versorgung von Sterbenden

Quellen: Pessagno et al., 2013, *Journal of Death and Dying*, 68(3)/ Ratanawongsa et al., 2005, *Acad Med*, 80(7)/ Redinbaugh et al., 2003, *Bmj*, 327(7408)/ Rhodes-Kropf et al., 2005, *Acad Med*, 80(7)/ Meier et al., 2001, *Jama*, 286(23)

Stand und Limitationen der bisherigen Forschung

- Betrachtung des studentischen und ärztlichen Umgangs mit Sterben und Tod in separaten Studien
- Keine Rücksicht auf Einfluss privater Erfahrungen
- Selten Aufarbeitung authentischer Erlebnisse
- Mangelnde Anzahl an Studien aus dem deutschsprachigen Raum

Quellen: Wear, 2002, *Acad Med*, 77(4)/ Rhodes-Kropf et al., 2005, *Acad Med*, 80(7)/ Jackson et al., 2005, *Acad Med*, 80(7)/ Kelly & Nisker, 2010, *Med Educ*, 44(4)/ Ratanawongsa et al., 2005, *Acad Med*, 80(7)

Fragestellung

Welche Schlüsselerlebnisse schildern die Medizinstudierenden und die Assistenzärzt_innen in Weiterbildung als für sie prägend in Bezug auf Sterben und Tod?

- a) Was sind die objektivierbaren, manifesten Merkmale dieser Erfahrungen, die die faktischen Umstände der jeweiligen Situation erfassen?
- b) Welche sind die nicht-objektivierbaren, latenten Charakteristika, die zur Sonderstellung dieser Erfahrungen beitragen?

Material und Methodik

Stichprobe

- 9 Medizinstudierende im 2. bzw. 3. Tertial des PJ
- 9 Assistenzärzt_innen ab dem 2. Weiterbildungsjahr (aus den Fachbereichen Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie sowie Anästhesie bzw. Intensivmedizin)

Erhebung

- 18 leitfadengestützte semi-strukturierte Interviews im Zeitraum vom Dezember 2013 bis April 2014 (ca. 60 Minuten pro Interview)

Auswertung

- Analyse des Materials mithilfe qualitativer Inhaltsanalyse nach C. Schmidt

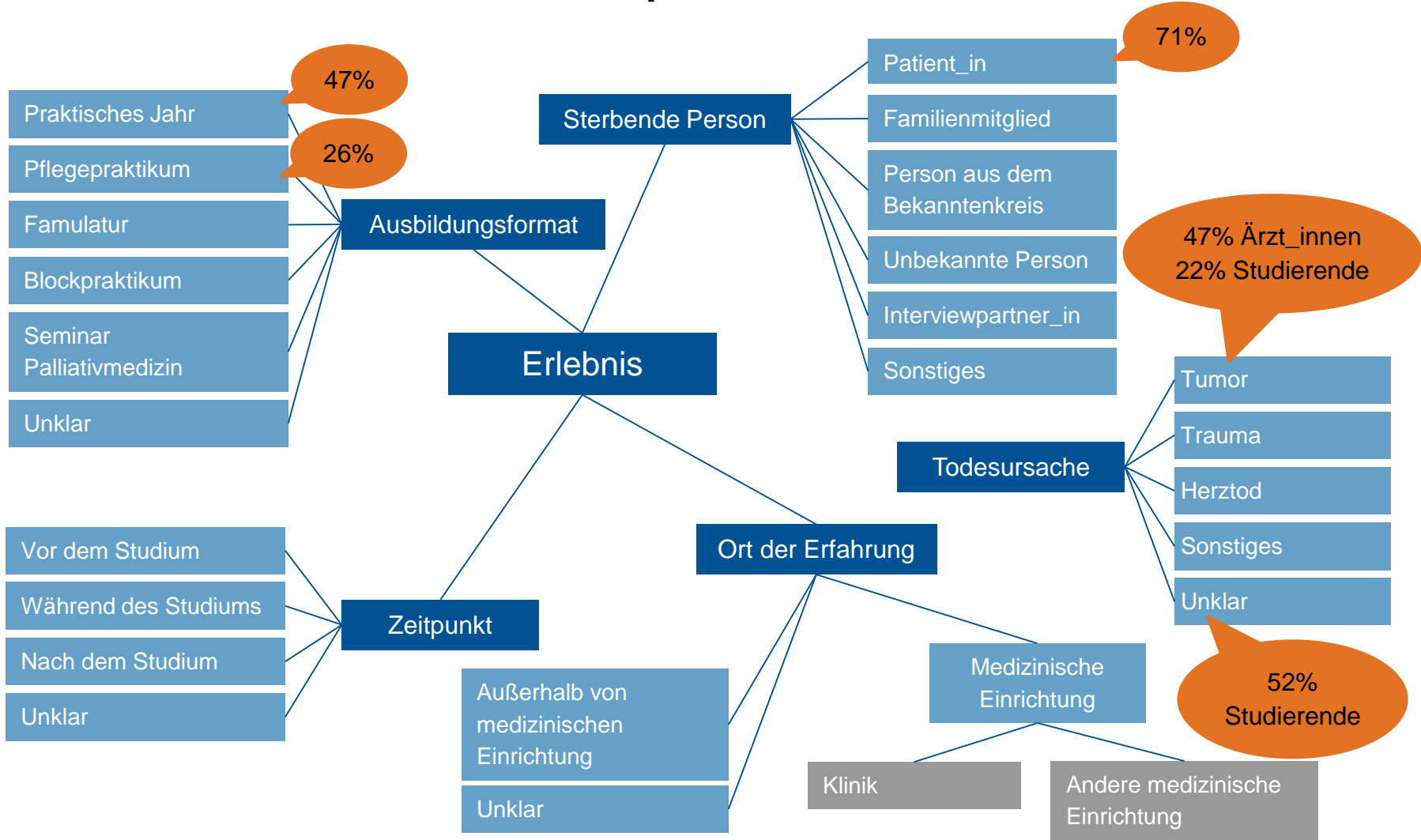
Quelle: Schmidt, C. (2004), in: Flick et al.: *Qualitative Forschung*, Reinbek: Rowohlt

Ergebnisse

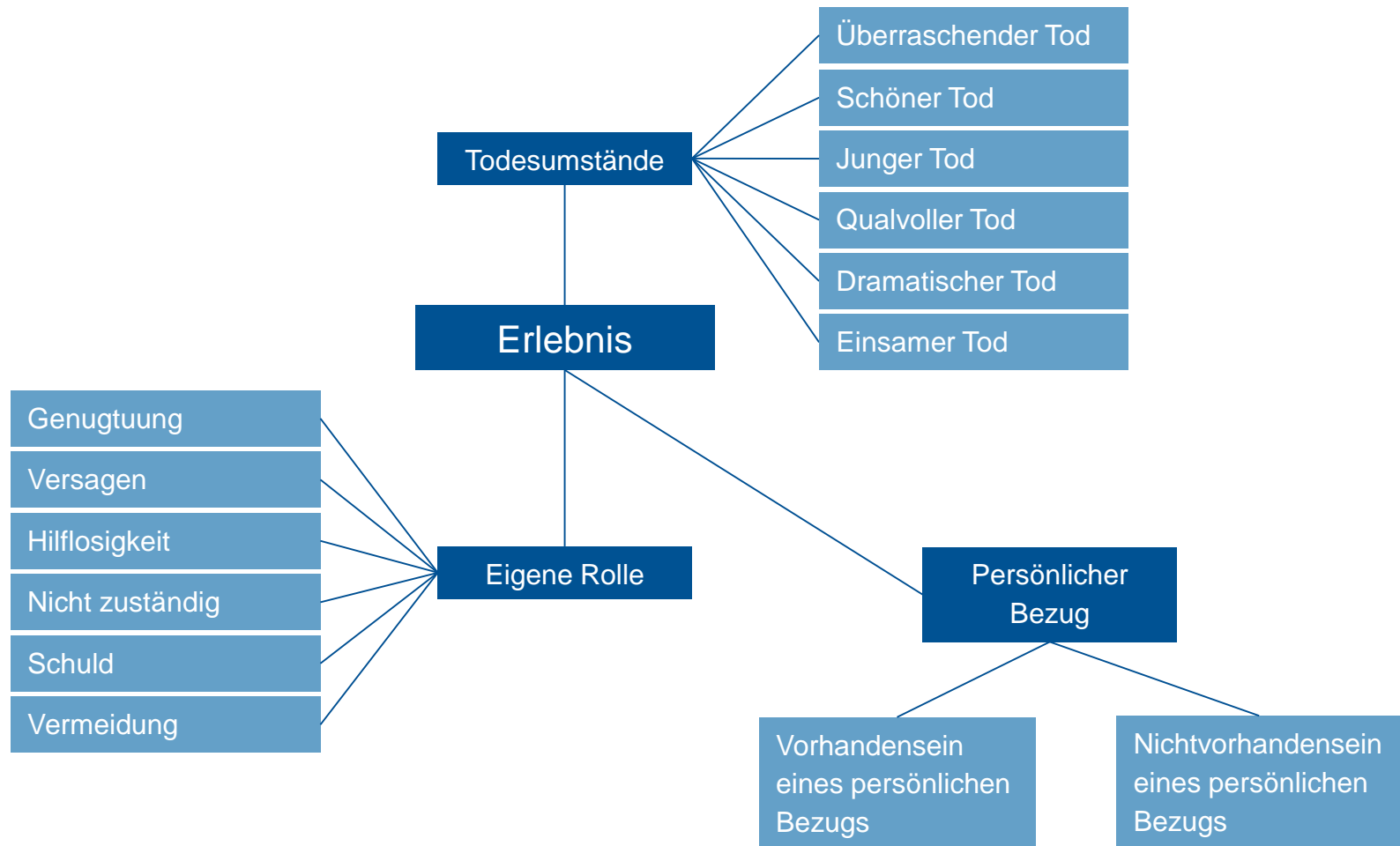
Quantitative Übersicht geschilderter Erfahrungen

- Insgesamt 114 Erfahrungen
- Durchschnittlich 6 Erlebnisse pro Interview mit einer Spannbreite von 3 bis 11 Ereignissen
- Kaum Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen, zwischen den studentischen und ärztlichen Teilnehmenden

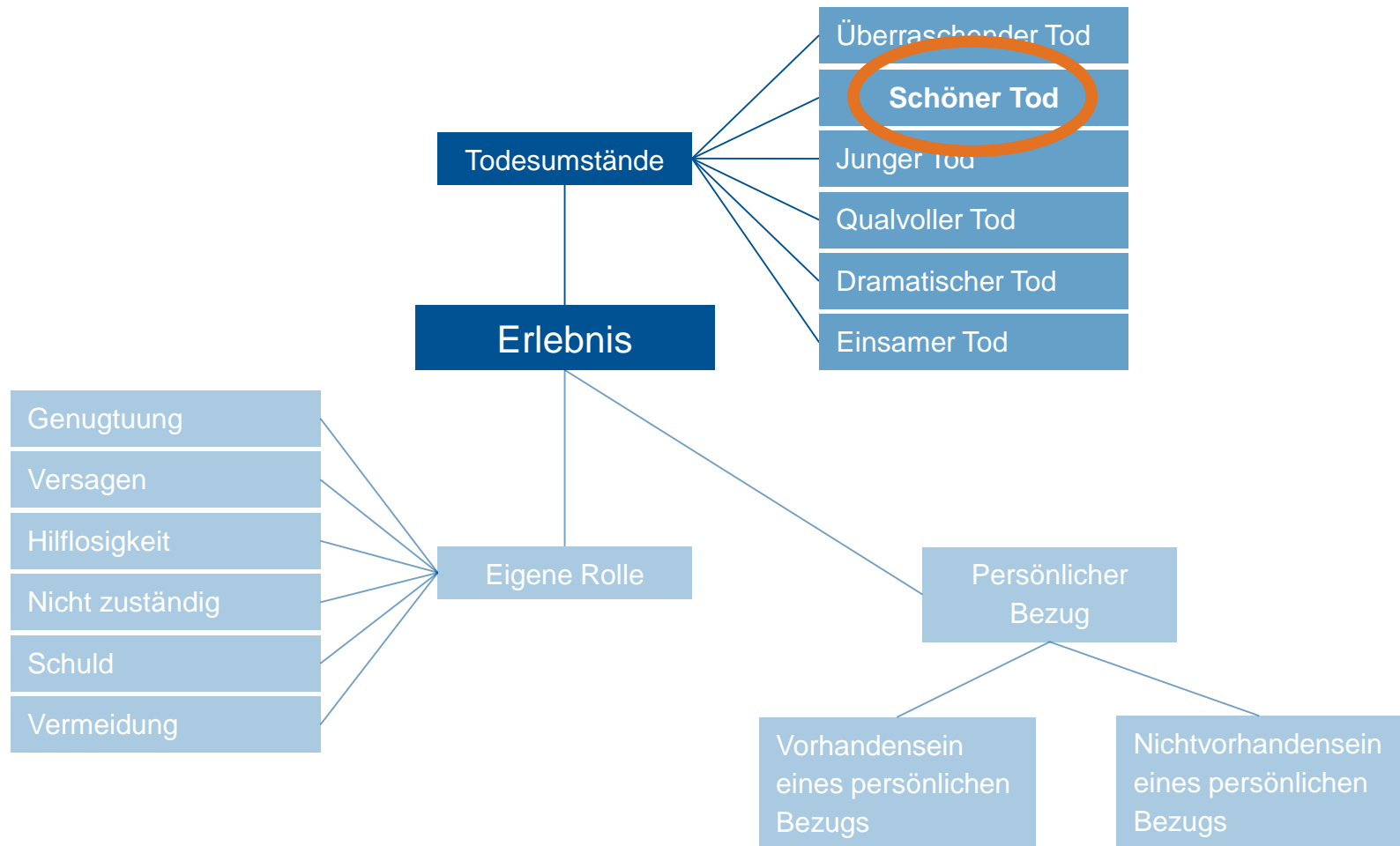
Kodierleitfaden I: Deskriptive Oberflächenmerkmale



Kodierleitfaden II: Latente Tiefenmerkmale



Kodierleitfaden II: Latente Tiefenmerkmale

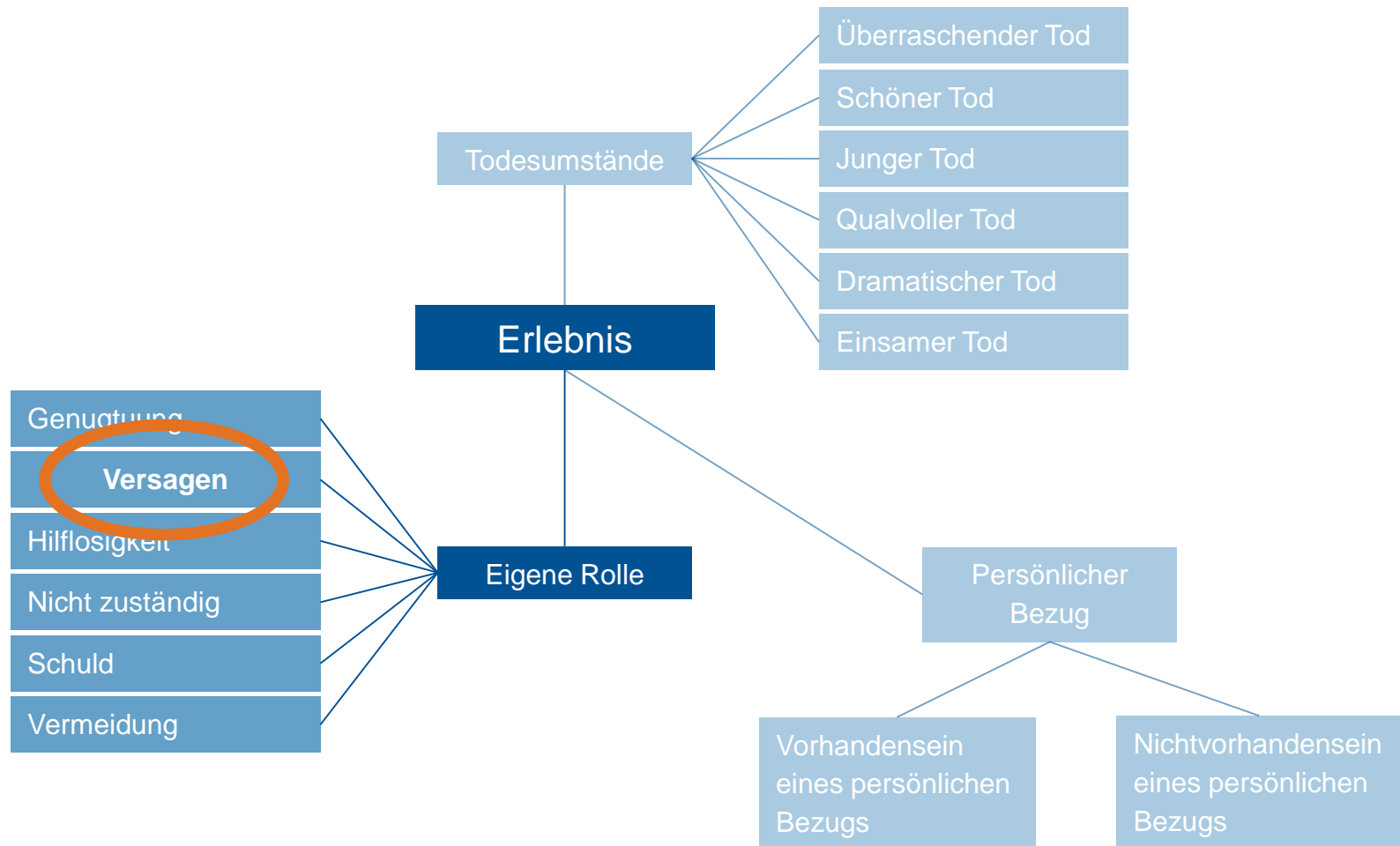


Latente Tiefenmerkmale: Todesumstände

Schöner Tod

- **Definition:** ein insgesamt als positiv wahrgenommener Sterbeprozess
- **Häufigkeit der Ausprägung:** 13 Interviewte, 7 Studierende und 6 Ärzt_innen
- **Charakteristika des schönen Todes:**
 - Schmerzfreiheit bzw. allgemeine Abwesenheit des körperlichen Leidens
 - Einerseits unerwarteter, plötzlicher Tod, andererseits Sterben mit der Möglichkeit einer gewissen Vorbereitung auf den Tod
 - Die Anwesenheit von Familie und Freunden \leftrightarrow Sterben in Einsamkeit
 - Sterbeort: Sterben zu Hause \leftrightarrow Sterben im Krankenhaus insbesondere im intensivmedizinischen Setting als „bedauerlich“, „abschreckend“, „inhuman“, „entwürdigend“
 - Die Einstellung und der Umgang der Sterbenden mit dem eigenen Tod – Akzeptanz des Todes

Kodierleitfaden II: Latente Tiefenmerkmale



Latente Tiefenmerkmale: Eigene Rolle

Versagen

- **Definition:** das subjektive Empfinden, einem bestimmten Anspruch nicht nachgekommen zu sein oder etwas Erwartetes nicht geleistet zu haben
- **Häufigkeit der Ausprägung:** 9 Interviewte, 6 Ärzt_innen und 3 Studierende
- **Faktoren**, die die Entwicklung der Versagensgefühle bedingen:
 - Nichterfüllung der externen Erwartungen der Patient_innen und deren Angehörigen → Zweifel an eigener Kompetenz
 - Nichterfüllung der internen Erwartungen – Anspruch auf Heilung und die Erwartungshaltung, stets die Kontrolle über die Situation und über die eigenen Emotionen zu behalten ← bedingt durch das vorhandene Arztrollenverständnis

Zusammenfassung und Diskussion

- Mehrheit der geschilderten Erfahrungen stammt aus dem beruflichen Kontext
- PJ und Krankenpflegepraktikum im vorklinischen Studienabschnitt als mit Abstand relevanteste Ausbildungsformate in Bezug auf Erfahrungen mit Sterben und Tod
- Dilemma über das richtige Ausmaß von Anteilnahme und Distanz
- Unrealistisches Arztbild – Anspruch auf Heilung, stets Kontrolle über die eigene Person und über die Situation

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!