SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Die grundlegenden Defizite ärztlicher Ausbildung und das Lebensende der Patienten

Gaßmann, Raphael

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Gaßmann, R. (1997). Die grundlegenden Defizite ärztlicher Ausbildung und das Lebensende der Patienten. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, *20*(4), 350-364. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-36755

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Die grundlegenden Defizite ärztlicher Ausbildung und das Lebensende der Patienten

Raphael Gaßmann

1 Vorbemerkung

Gegenstand schon beinah landläufiger Kritik ist das "Fehlen professioneller Handlungsmuster von Ärzten (...) gegenüber Sterbenden. (...) Sie sind nur noch in der Lage, als Privatpersonen zu handeln. Wie 'gut' ihr Handeln ist, hängt von ihrer ganz persönlichen, privaten Erfahrung im Umgang mit sterbenden Menschen ab" (Student 1991, S. 107). Primäres Merkmal so gearteter Pauschalaussagen, die nicht zuletzt der Ärzteschaft selbst entspringen, ist die ihnen inhärente massive und fundamentale Kritik, die für zentrale ärztliche Aufgabenfelder eine defizitäre Ausbildungssituation konstatiert.

Ergebnisse standardisierter Interviews mit achtzig Hausärzten zu Anforderungen der Sterbebegleitung sowie zu deren diesbezüglichen Bildungserfahrungen (vgl. Gaßmann/Schnabel 1996) lieferten gravierende Belege dieser Defizite. Nicht nur zeigen sich Berufsanfänger als unvorbereitet, sondern die weit überwiegende Mehrzahl aller, also auch der seit vielen Jahren niedergelassenen Ärzte, gab an, keinerlei Veranstaltungen zum Thema Sterbebegleitung besucht zu haben. Angesichts dieser Erhebungsresultate und der fundamentalen Bedeutung beruflicher Bildung für die Praxis soll im folgenden untersucht werden, inwieweit die zentralen, mit ärztlicher Sterbebegleitung verbundenen Aufgaben im Rahmen der ärztlichen Ausbildung Berücksichtigung finden.

2 Zur Kritik der ärztlichen Ausbildung

"Von den jungen Ärzten wird immer mehr Wissen und Können gefordert. In immer mehr Prüfungen werden sie gründlich befragt, so eingehend, daß die überforderten Studenten alle ihre Kräfte auf die kognitiven Aspekte konzentrieren müssen. Sie lernen heute vor-

dringlich, Examina zu bestehen, zu wenig aber Patienten zu behandeln, geschweige denn, sie wirklich zu verstehen und ihnen zu begegnen" (Kruse, S. 76).

Die Kritik der ärztlichen Ausbildung gerade aus den Reihen der Praktiker und Ausbilder kann auf eine ebenso lange Geschichte zurückblicken wie ihr Gegenstand selbst. Mit internationaler Tradition wird vielfach beklagt, "daß durch die Reduktion der Ausbildung auf kognitives Lernen wichtige ärztliche Fähigkeiten im kommunikativen und ethischen Bereich verkümmern oder mangelhaft entwickelt werden" (Sturm 1983, S. 201). "We are not training tomorrow's physicians for the real needs of the population" (Bloom, Speedling 1989, S. 124). "Wissen könnte zwar noch in vollem Umfang vermittelt werden. Die durch die Approbationsordnung vorgeschriebene Entwicklung des Könnens (...) und die Sammlung exemplarischer Erfahrung sind jedoch reduziert" (Bochnik et al. 1989, S. 19). Eine solche Vermittlung exemplarischer Erfahrung entspräche dem Konzept der Schlüsselqualifikationen. Der zukünftige Arzt soll dabei angesichts der Unmöglichkeit vollständigen Erwerbs sämtlicher Berufskompetenzen Praxisfähigkeit im Sinne von Lernfähigkeit auf Basis einer gemeingültigen Grundbildung erlangen. Da Lernfähigkeit zu entwickeln, doch nicht zu lehren ist, hat diese Zielsetzung die Notwendigkeit einer "Abkehr von der in der beruflichen Aus- und Weiterbildung weit verbreiteten 'Vier-Stufen-Methode' (des Vormachens, Nachmachens, Übens und Kontrollierens)" (Deutscher Bundestag 1994, S. 218) sowie des Dozierens zur Folge. Entsprechende "didaktisch-methodische Konzepte (müssen sich) am selbstbestimmten, selbstorganisierten und selbstkontrollierten Lernen, am Lernen im Prozeß der Arbeit (...) orientieren" (Deutscher Bundestag 1994, S. 218). Aktuelle Reformüberlegungen berücksichtigen demgemäß ausnahmslos Forderungen nach einer 'patientenbezogenen' oder 'problemorientierten', fächerübergreifenden Ausbildung, die psychosomatische und soziale Medizin integriert (statt sie allenfalls beizufügen), selbstorganisierte Erfahrungsprozesse anleitet sowie vorwiegend in Kleingruppen stattfindet. Derartige Angebote "haben einen unmittelbaren Bezug zum späteren Berufsfeld, steigern die Identifikation mit dem Studienfach und gewährleisten Effizienz, indem sie redundante Ausführungen einzelner Fachvertreter vermindern" (Wissenschaftsrat 1992, S. 61). Sie machen "problem- und themenorientiertes Lernen (zur) Grundlage problemorientierter und interdisziplinär verstandener Berufstätigkeit" (Heimpel 1991, S. 30). Durch ihren "Verzicht auf (...) Verschulung und Frontalunterricht erhält der Studierende größere Eigenverantwortung" (Robert Bosch Stiftung 1989, S. 106), die diesem zentralen Merkmal seines späteren Berufslebens entspricht.

Bereits in der ersten Fassung der ÄAppO von 1970 schlugen sich derartige Konzepte von fächerübergreifendem, patientenbezogenem Kleingruppenunterricht nieder, scheiterten aber bis in die Gegenwart schon im Ansatz am gravierenden Mißverhältnis zwischen einer extrem hohen Zahl von Studenten und einer nicht genügenden Zahl von Hochschullehrern. Tatsächlich stehen somit, den Zwängen des Unterrichts in übergroßen Seminaren und Vorlesungen folgend, bei "den ohnehin wenigen Patientenkontakten während der klinischen Ausbildung (...) oft entweder die Krankheitsbilder im Vordergrund (und der kranke

Mensch im Hintergrund) oder es werden - mehr kognitiv - Techniken im Patientenumgang (Anamnese etc.) vermittelt" (Kruse 1992, S. 47).

Dem entspricht auch die gegenwärtig aktuelle ÄAppO. Ihre seit 1990 gültige 7. Novelle fordert hinsichtlich unseres Untersuchungsgegenstandes, der 'Prüfling' habe im dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung "insbesondere nachzuweisen, daß er (...) die allgemeinen Regeln ärztlichen Verhaltens gegenüber dem Patienten *kennt*, sich der Situation entsprechend zu verhalten *weiß* und zu Hilfe und Betreuung bei chronisch und bei unheilbar Kranken und Sterbenden fähig ist" (in: Pera 1991, S. 15 f.: Hervorhebungen nicht im Original). Die Kontrolle von Kenntnissen und Wissen dominiert mithin den Nachweis von Fähigkeiten, der im Rahmen einer ausschließlich mündlichen Prüfung ohnehin schwerlich zu erbringen ist.[1] Doch es genügt nicht, das Augenmerk auf Prüfungsvorschriften und theoretische Anforderungen zu richten. Vielmehr ist nach dem tatsächlichen Stellenwert der bezüglich ärztlicher Sterbebegleitung relevanten Wissensgebiete und Fertigkeiten in der ärztlichen Ausbildung an deutschen Hochschulen zu fragen.

Zunächst fällt bei "der Inspektion der Ausbildungspläne für das ärztliche (...) Personal (...) auf, daß dort in aller Regel die Thematik 'Tod und Sterben' (...) nicht erwähnt oder nur unzureichend behandelt wird" (Schmitz-Scherzer 1984, S. 113). Die Wahrscheinlichkeit ihrer Berücksichtigung besteht lediglich im Rahmen des Lehrgebietes Medizinische Psychologie[2] sowie des Kursus oder Praktikums der Allgemeinmedizin, d. h. marginal bzw. erst zu Mitte bis Ende des 2. Klinischen Studienabschnittes.[3] Dieses Manko ist zum einen Ausfluß des angeführten akademischen Primates der Wissensaneignung vor dem Erwerb psychosozialer Fähigkeiten; andererseits trägt es dem Umstand Rechnung, daß sich die Position, "Einrichtung und Ausstattung des Fachgebietes Allgemeinmedizin an (den) meisten Ausbildungsstätten (als) ausgesprochen beschämend" (Habeck 1992, S. 82)[4] erweist. Sein generalistischer Ansatz kann keinen Einfluß auf Grundlagen und Systematik des medizinischen Studiums nehmen, da das Fach, wie seine Positionierung innerhalb der siebzehn obligatorischen Kurse und Praktika des Klinischen

---

1 Der zum Prüfungstermin der Kommission vom Prüfling vorzulegende schriftliche Praxisbericht bezieht sich ausschließlich auf die Dokumentation von "Anamneseerhebung und Untersuchung", besitzt also hinsichtlich der Betreuung chronisch und unheilbar Kranker und Sterbender keinerlei Aussagekraft.

2 Zu dessen einschlägiger Bedeutung siehe Asadullah/Franze/Dietze 1996.

3 Detaillierte Darstellungen finden sich hierzu jeweils im 'Semesterbericht über die Unterrichtsveranstaltung Allgemeinmedizin' (herausgegeben von der Vereinigung der Hochschullehrer und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin e.V. Aachen).

4 Siehe hierzu außerdem die vergleichbar differenzierte Analyse der gegenwärtigen Situation an bundesdeutschen medizinischen Fakultäten in Fischer/Gerlach/Pangritz/Pullwitt/Rossa 1993.

Studienabschnittes zeigt, der organ- und gebietsmedizinisch orientierten Ausbildungsstruktur ein- bzw. untergeordnet ist.[5]

Von ebenso bedeutsamer Auswirkung aber wie das Angebot einer obligatorischen oder fakultativen Veranstaltung des Titels 'Tod und Sterben' wäre die Möglichkeit des Erwerbs auch, jedoch keineswegs nur in diesem Aufgabenfeld unverzichtbarer ärztlicher Fähigkeiten und Kenntnisse auf drei Gebieten: psychosoziale Kompetenz, Kooperation im Gesundheitswesen, Schmerztherapie. Gewicht, Form und Inhalte ihrer Vermittlung im Rahmen der Hochschulausbildung seien eingehender untersucht.

2.1 Ausbildungsziel 'Psychosoziale Kompetenz'

Das Spektrum der Merkmale psychosozialer Kompetenz scheint wenig randscharf. Dennoch können sie hinsichtlich der Erfordernisse des Arztberufes, der Herausforderungen der Arzt-Patient-Beziehung, eindeutig definiert werden. Zwei Aspekte erweisen sich dabei als von zentraler Bedeutung: Im Zusammensein mit dem Patienten sind zum einen ärztliche Fähigkeiten der Wahrnehmung, zum anderen der Gestaltung von Beziehungssituationen erforderlich. Zur Übung der Wahrnehmung zählen:

- "Training der Beobachtung (des Patienten)
- Training der Selbstreflexion ('Selbsterfahrung')
- Training der Beziehungsanalyse" (Helmich et al. 1991, S. 331).

Die darauf aufbauende Fähigkeit zur Gestaltung von Beziehungssituationen erfordert die Bildung eines Selbstbewußtseins, das

- "Aufgeschlossenheit
- Konfliktfähigkeit
- Akzeptieren eigener Grenzen" (Robert Bosch Stiftung 1990, S. 53)[6]

ermöglicht. All diese Merkmale wurden und werden bisweilen unter dem Begriff der 'Kommunikationskompetenz'[7] zusammengefaßt. "In der Ausbildung wird diese Kompetenz nicht vermittelt, sondern oft noch explizit als 'ärztliche Kunst' aus dem Bereich des Lehr- und Lernbaren ausgegliedert" (Helmich et al. 1991, S. 219). "Gelehrt und geprüft werden fast ausschließlich klinische Fakten" (Robert Bosch Stiftung 1990, S. 49), Möglichkeit zum Erwerb von Kommunikationskompetenz - im bloß engeren, verbalorientierten Sinn - gewährt allenfalls ein 'Praktikum der medizinischen Terminologie' im vorklinischen

---

5 In diesem Zusammenhang sei ergänzend angemerkt, daß eine Weiterbildungsordnung 'Allgemeinmedizin' 1968 (auf Beschluß des 71. Deutschen Ärztetages) eingeführt wurde, das Fach jedoch erst 1978 (im Zusammenhang einer Novellierung der ÄAppO) zum Pflichtlehr- und Prüfungsfach an den bundesdeutschen Universitäten avancierte.

6 Diese drei Fähigkeiten werden praxisorientiert erläutert in Helmich 1993, S. 5.

7 Da diese Bezeichnung bisweilen als reine 'Gesprächsfähigkeit' mißdeutet wird, erscheint der Oberbegriff 'psychosoziale Kompetenz' angemessener.

Studienabschnitt. Es schult jedoch lediglich das Vokabular der Arzt-Arzt-Beziehung, dessen Dominanz in der Arzt-Patient-Beziehung eher hinderlich zu wirken vermag.[8]

Überdies unterbleibt die grundlegend erforderliche Hinwendung zu Fragen des persönlichen und beruflichen Selbstverständnisses weitgehend. Individuelle Rollenbilder finden keinerlei, professionelle Rollenbilder regelmäßig äußerst knappen curricularen Raum in den ebenfalls vorklinisch angesiedelten Praktika der 'Berufsfelderkundung' und der 'Einführung in die Klinische Medizin'. Vor diesem Hintergrund kann es nicht verwundern, daß in der medizinischen Literatur zur Behandlung sterbender Patienten das sog. 'Problem der Wahrheit', also der ärztlichen Vermittlung lebensbedrohender Diagnosen, am weitaus häufigsten, eingehendsten und als besonders schwer lösbar diskutiert wird.

Dem Ziel des reflektiert handelnden, sozialkompetenten Arztes stehen in der gegenwärtigen Ausbildung neben curricularen ebenfalls die eingangs bereits diskutierten methodischen Schwerpunktsetzungen entgegen. Die an deutschen Universitäten vorherrschenden Unterrichtsformen sind die Vorlesung und das (Groß-)Seminar.[9] Tatsächliche Übungen erfolgen in deutlich geringerem Umfang. Soziale Kompetenzen jedoch bedürfen des Erprobens, der Entwicklungsmöglichkeit, können nicht doziert werden. Dem entsprechende Unterrichtsformen, selbstgesteuert, in Kleingruppen praktiziert, finden derzeit keinen Platz im Methodenkanon. Dieser Umstand entspricht sowohl gewachsenen Bildungsstrukturen als auch den trotz Zulassungsbeschränkungen nach wie vor extrem hohen Studentenzahlen.

2.2 Ausbildungsthema 'Kooperation im Gesundheitswesen'

Mit wenigen Ausnahmen birgt die Betreuung eines sterbenden Menschen sehr verschiedene Herausforderungen, denen keine Einzelperson, gleich ob privat oder beruflich gefordert, umfassend zu entsprechen vermag. Hier sind sowohl die zumindest nahezu kontinuierliche Verfügbarkeit von Hilfestellungen bei den Anforderungen des täglichen Lebens als auch pflegerische und medizinische Leistungen zu nennen. Die Handlungen auf jedem dieser Gebiete sind in Ursache und Wirkung miteinander verknüpft. Daher zählt, soll eine

---

8 Dies gilt zumal für die Begleitung Sterbender, die Ärzte wie keine andere Aufgabe auffordert, eine ungewohnte Position einzunehmen: "to change their roles from 'professional advisers and attendants' to intimate companions on the loneliest journey a human being ever takes" (Doyle 1992, S. 144). Tatsächlich berichten verschiedene Untersuchungen übereinstimmend, "Medizinstudenten seien (...) zu Beginn ihres Studiums (...) deutlich auf Patientenbedürfnisse ausgerichtet. Am Ende des Studiums werde (jedoch) den psychosozialen Bedingungen (...) nur eine geringe Bedeutung beigemessen, andere medizinische Vorgehensweisen (z. B. die apparative Diagnostik) sehr hoch bewertet" (Venner 1993, S. 343).

9 Im Rahmen der ÄAppO vorgeschriebene Praktika werden zudem nicht selten durch Vorlesungen ersetzt. (Siehe hierzu etwa Schmitten 1991, S. 91 und Moeller 1991, S. 128).

angemessene Betreuung im Interesse von Betreutem und Betreuern gewährleistet sein, zu den zweifellos unerläßlichen "Grundvoraussetzungen für Sterbebegleitung (...) ein fest zusammenarbeitendes Betreuungsteam" (Rossa 1991, S. 140). Dessen Größe und Struktur variiert entsprechend den individuellen Erfordernissen ganz verschiedener Konstellationen, ist weitgehend abhängig von

- Art und Ausmaß der Hilfewünsche des Betreuten,
- seiner gesundheitlichen Verfassung (mobil oder bettlägerig, bei vollem Bewußtsein, getrübt oder ohne Bewußtsein etc.),
- seiner Lebenssituation (eingebunden in familiäre, freundschaftliche und/oder nachbarschaftliche Strukturen),
- dem Lebensort (in eigener Wohnung oder Heim) sowie
- der Struktur des dort vorhandenen Betreuungsangebotes (Ambulante Dienste, Selbsthilfegruppen, Initiativen) und dessen Kapazität.

In der Regel sind an diesem Team zumindest ein dem Sterbenden nahestehender Mensch und/oder der Angehörige eines Pflegeberufs sowie ein Arzt beteiligt.

Wiewohl gerade die Letztgenannten ab dem Zeitpunkt ihrer Berufswahl mit großer Gewißheit davon ausgehen müssen, zukünftig in häufigem, jedoch jeweils nicht alleinigem Kontakt mit Sterbenden zu stehen, sind sie auf Arbeitssituationen im Team nur äußerst selten praxisrelevant vorbereitet. Dies mag zum einen darin begründet sein, daß ihre Arbeitsweise auch hinsichtlich der Kooperation mehr als bei jedem anderen der potentiell beteiligten professionellen Helfer eigener Verantwortung, Überzeugung und Belieben anheimgestellt ist.[10] Zum anderen wird die beobachtbare institutionelle Distanz zwischen ärztlichem, pflegerischem und sozialem Bereich nicht zuletzt durch ein massives Bildungsdefizit des ersteren verursacht. "Vielen niedergelassenen Ärzten fehlte während ihrer Ausbildung im Krankenhaus die Einübung von Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Personen, die an der Krankenbetreuung beteiligt sind" (Dieckhoff, Berghof 1987, S. 97). Diese besitzen dort, wie die ambulanten Dienste, in aller Regel keine Funktion, oder ihnen wird, wie den Angehörigen, überwiegend eine passive Rolle zugewiesen. Da das dortige Lehrpersonal ausschließlich der ärztlichen Berufsgruppe entstammt und keine berufsgruppenübergreifenden Veranstaltungen vorgesehen sind, fehlen zudem institutionalisierte Kontakte zum Pflegepersonal, dem Sozialdienst sowie der Krankenhausseelsorge.

---

[10] Nur vor diesem Hintergrund kann eine empirische Untersuchung zu dem Schluß gelangen: "Gewohnheitsmäßig behält sich der Arzt in allen Stadien der Erkrankung seiner Patienten das ausschließliche Entscheidungsrecht vor, obwohl seine Kenntnisse in vielen Bereichen (zum Beispiel in Grundpflege, Organisation zusätzlicher pflegerischer, sozialer und ökonomischer Hilfen) denen der Gemeindekrankenschwester unterlegen sind" (Dieckhoff/ Berghof 1987, S. 98).

Erst seit wenigen Jahren soll hier ein knappes, vorklinisches 'Praktikum der Berufsfelderkundung'[11] Abhilfe schaffen. In dessen Rahmen wird etwa eine Einführung in die Strukturen des Gesundheitswesens gegeben, später dann ein (halber) Arbeitstag im Gesundheitsamt oder in der Praxis eines niedergelassenen Arztes an dessen Seite beobachtet, um die gemachten Beobachtungen später im Kurs zu referieren bzw. in Form einer Niederschrift zum Erhalt eines Leistungsnachweises einzureichen. So aber kann der gerade aus der Praxis der Sterbebegleitung begründeten wie pauschalen Forderung danach, daß den Beteiligten in der "Ausbildung Gelegenheit gegeben wird, miteinander bekannt zu werden, sich gegenseitig zu schätzen und einander zu vertrauen" (Scheytt 1984, S. 429) kaum hinreichend entsprochen werden. Anstrengungen, dieses Ziel zu erreichen, verlangen, wie bereits gelegentlich der Voraussetzungen zur Erlangung psychosozialer Kompetenz erörtert, nicht nur nach Vermittlung fundamentaler Sachinformationen. Vielmehr wird darüber hinaus "die Notwendigkeit deutlich, die tradierte berufliche Selbsteinschätzung aufzugeben, um einen realistischen Zugang zum Verständnis der beruflichen Ziele und Arbeitsweisen des anderen zu finden" (Dieckhoff, Berghof 1987, S. 99).

Eine derart fundierte, tatsächliche Kooperation zu erreichen, hieße bereits in der Ausbildung, also vor der Festigung eines solipsistischen Berufsbildes, gemeinsam voneinander und miteinander zu lernen. Auch in dieser Hinsicht wird, wie schon bezüglich des Erwerbs psychosozialer Kompetenzen, die Kontraproduktivität gängiger Lehrinhalte und -formen deutlich. "Interdisciplinary teaching is most successful when it is problem-based rather than subject-based, when it incorporates small group problem-solving" (Simpson 1975, S. 95). Nur ein solcher problemorientierter Unterricht erlaubt die Einübung interprofessionellen, kooperativen Handelns statt der bloßen Benennung und Anschauung der Aufgaben und Leistungen anderer Berufe.

2.3 Ausbildungsthema 'Palliative Therapie'

Palliative Therapien[12] widmen sich der lindernden, nicht ursächlich krankheitsheilenden Behandlung inkurabel erkrankter Menschen. Ihr primäres Ziel ist die Sicherung von Lebensqualität. Wiewohl palliative Therapien gegenwärtig überwiegend im Zusammenhang der Behandlung an Tumoren erkrankter Patienten praktiziert und gefördert werden, berücksichtigen ihre Methoden sämtliche mit starken bzw. chronischen Schmerzen verbunde-

---

11 Vorgeschrieben im Rahmen der 7. Novelle der ÄAppO seit 1990 mit einer Mindestgesamtstundenzahl von 12.

12 Der Begriff ist vom lateinischen 'pallium' (= Mantel) abgeleitet und deutet auf das Ziel des beschützten Wohlbefindens.

nen Erkrankungen.[13] Gerade hinsichtlich seiner Aufgaben im Bereich der ambulanten Betreuung chronisch Kranker und Sterbender ist der Allgemeinarzt von ihren Möglichkeiten und Erfordernissen in besonderer Weise angesprochen: "Schwerpunkte seiner Tätigkeit sind neben der kausalen vor allem auch die palliativen Therapien" (Robert Bosch Stiftung 1990, S. 36). Die drei Eckpfeiler palliativer Therapie sind Zuwendung, Pflege und Schmerzbehandlung.

Schmerztherapie erschöpft sich dabei nicht in der ärztlichen Verordnung von Medikamenten, doch bestanden gerade in diesem Bereich Jahrzehnte währende, gravierende Kontroversen und Unsicherheiten in Theorie und Praxis. Seit einigen Jahren kann jedoch ein international weit fortgeschrittener, gesicherter Forschungsstand konstatiert werden. Aus ihm resultieren folgende, lange umstrittene Erkenntnisse, Erfahrungen und Überzeugungen:

- Der weitaus überwiegende Teil aller Schmerzphänomene ist mit guten, befriedigenden oder doch feststellbaren Resultaten therapierbar. Gesicherte Daten zu Notwendigkeit und Erfolgen liegen gerade hinsichtlich der in der Praxis überwiegenden Tumorschmerzen vor. So ergab eine internationale Studie zur Betreuung von Sterbenden in der Allgemeinpraxis analog zu ähnlichen Untersuchungen, daß bei der Behandlung von Carzinom-Patienten "in etwa der Hälfte der Fälle Betäubungsmittel erforderlich" (Weisner, Vagn-Hansen 1986, S. 186)[14] sind. Dazu haben die "inzwischen langjährigen Erfahrungen (...) gezeigt, daß in allen Fällen eine Schmerzreduktion und bei 85-90 % sogar weitgehende Schmerzfreiheit erreicht werden kann" (Klaschik, Nauck 1991, S. 9)[15].
- "Die Gefahr einer Abhängigkeit und einer Sucht ist bei terminal Kranken ohne größere Bedeutung" (Häberle et al. 1983, S. 294). Neuere Untersuchungen ermittelten, "daß diese Patienten selten (0,1 %) eine echte Abhängigkeit (von Narkotika) entwickeln" (Helmich et al. 1991, S. 246). "Eine Verweigerung von Opiaten aus ethischen Gründen, um das Suchtrisiko zu umgehen, ist nicht mehr haltbar" (Baust 1992, S. 98). Zudem erlaubt es der gegenwärtige Stand der medizinischen Entwicklung, "weitgehend, Schmerz-

---

13 Diese Vielfältigkeit spiegelt sich jedoch nur bedingt in der gegenwärtigen Angebotsstruktur. "Terminal Kranken mit AIDS oder anderen inkurablen Erkrankungen bleiben die meisten der bundesdeutschen Palliativeinrichtungen bis heute verschlossen" (Zech 1993, S. 22). So definiert etwa die Broschüre eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten stationären Modellversuchs, palliative Therapie sei auf die Bedürfnisse "inkurabel (an Krebs) erkrankter Menschen" (Klinik Dr. Hancken 1992, S. 2) gerichtet.

14 Andere Untersuchungen ermittelten, daß "bei 56 % der Krebskranken die Schmerzen gering bis mäßig sind, in 39 % stark und in 3 % unerträglich" (Mattern 1985, S. 165). "In der Endphase der Erkrankung leiden etwa 60 % aller Patienten an chronischen Schmerzen" (Helmich/Hesse/Köhle/Mattern/Pauli/Uexküll/Wesiack 1991, S. 239).

15 Genaue Daten zu Art und Applikationsform der Analgetika, eingesetzten Co-Analgetika, Begleitsymptomen sowie der Dauer bis zum Einsetzen des Therapieerfolges bei Patienten ihrer Einrichtung (n = 64-124) liefern die Autoren in Nauck/Kern 1992, S. 20 ff.

und Angstzustände auch ohne Risiko für die Lebenserwartung des Kranken zu beheben. In vielen Fällen werden im übrigen selbst starke Medikationen das Leben eher verlängern als verkürzen, wenn der Organismus durch Wegfall von Schmerz und seelischem Druck entlastet wird" (Lutterotti 1989, S. 150 f.).

- Doch selbst eine sichere Beschleunigung des Todeseintritts als Folge von Schmerztherapie ist, so das Resultat einer umfangreichen Analyse der gegenwärtigen Rechtsprechung und ihrer gesetzlichen Grundlagen (Lutterotti 1989), zu "rechtfertigen, falls es keine andere Wahl der Linderung unerträglicher Leiden gibt. Rechtsdogmatisch wird dem Arzt überwiegend rechtfertigender Notstand zugebilligt. Zwingend erscheint daneben (...), daß die Verweigerung einer wirksamen Schmerzbekämpfung und Leidenslinderung den Tatbestand der Körperverletzung verwirklicht" (Lutterotti 1989, S. 167).
- Darüber hinaus "kann eine Verordnung nur auf Verlangen unmenschlich sein" (Mattern 1985, S. 165). Vielmehr entspricht die Schmerzmittelgabe 'nach Reglement' dem aktuellen medizinischen Forschungs- und Diskussionsstand. "Die Analgetika dürfen (...) niemals sporadisch oder im Bedarfsfall, sondern müssen regelmäßig nach einem Zeitplan verabreicht werden. Nur so kann eine anhaltende Schmerzfreiheit erzielt werden, die gleichzeitig (...) das ängstliche Warten des Patienten auf den qualvollen Wiedereintritt des Schmerzes verdrängt" (Baust 1992, S. 97)[16].
- Doch so unverzichtbar ein sicheres, ausreichendes Medikamentenreglement auch ist, so ungewiß müssen seine Erfolge bleiben, wird es nicht in den Rahmen eines umfassenderen Verständnisses von Schmerztherapie eingebettet. "Gerade weil der Schmerz ein Bewußtseinsphänomen ist, können wir ihn so gut beeinflussen: durch Ablenkung, Hypnose, Narkose, Akupunktur" (Dethlefsen, Dahlke 1991, S. 145), und gerade deshalb auch erweist sich Schmerz, ausschließlich medikamentös behandelt, bisweilen als so scheinbar unerklärlich therapieresistent. "Schmerz stellt zu einem großen Teil auch Angst dar, und die beste Schmerzbekämpfung bleibt (...) die Überwindung der Angst" (Raes 1986, S. 40).[17]

Obwohl die skizzierten Erkenntnisse moderner Forschung zur Schmerztherapie als weitgehend unstrittig gelten können, ist ihre angemessene Berücksichtigung in der medizinischen Ausbildung nicht zu beobachten. Zum einen "besteht noch ein großer Nachholbedarf, (...) eine Herausforderung, die insbesondere an das Fachgebiet Anästhesiologie gerichtet ist" (Baust 1992, S. 98 f.) und sich vorrangig im Rahmen der

---

16 Zum Prinzip der Schmerzmittelgabe nach Reglement sowie dem von der WHO weltweit propagierten sog. 'Stufenschema der medikamentösen systemischen Schmerztherapie' vgl. dort auch S. 94 ff. sowie Klaschik/Nauck 1991, S. 14 ff. Zu praktischen Fragen siehe ausführlich Auberger/Biermann 1988.

17 Siehe auch Basler/Carmen/Kröner-Herwig/Rehfisch/Seemann 1993.

Fortbildung auf Ärzte bezieht, deren Ausbildung vor längerer Zeit gemäß heute nicht mehr aktueller, schmerztherapeutischer Konzepte auf dem Gebiet der Pharmakologie erfolgte.[18] Zum anderen werden mit der auch für die Gegenwart vielfach beklagten "unzureichenden Medizinerausbildung im schmerztherapeutischen Bereich" (Sandgathe 1993, S. 3) darüber hinausgehende Aspekte angesprochen, die nur im Rahmen eines bio-psycho-sozialen ärztlichen Handlungsverständnisses angemessen zu berücksichtigen sind. Denn auch heutige Studenten werden "auf die Praxis überhaupt nicht vorbereitet, auch wenn sie theoretisch sehr gut wissen, was Schmerztherapie bedeutet (Stufenschema etc.). (Daß) der ganze Patient beeinflußt werden (muß), samt der Medikation (...) ist überhaupt noch nicht verstanden"[19]. Vielmehr drückt ärztliches Handeln häufig eine "nihilistische Einstellung des Arztes gegenüber dem chronischen, unheilbar Kranken" (Helmich et al. 1991, S. 249) aus. Sie entspringt dem Unvermögen, sich auf Maßnahmen der palliativen Therapie, Pflege, Zuwendung und Schmerzbekämpfung vermeintlich zu 'beschränken', tatsächlich zu konzentrieren, angesichts des nahen Todes unangebrachten kurativen Bemühungen zu entsagen. Häufig "wird die reine Palliation als unbefriedigend empfunden" (Stein 1993, S. 56).[20] Aus diesem Unbehagen resultierende, unreflektierte Versuche der Lebensverlängerung sind nicht selten Formen der Sterbeverlängerung.[21] Ursächlich für derartiges Verhalten ist in wesentlichem Maß eine ärztliche Ausbildung, die es versäumt, dem im Sinne der Heilung hochgradig hilfsmotivierten Studenten ein fernes Ziel nahezubringen: Das "Akzeptieren der eigenen Grenzen gegenüber Krankheit und Sterblichkeit und (das) Vermeiden destruktiver Abwehrformen. Die Bedeutung der Hochschullehrer als Vorbilder wird in diesem Zusammenhang unmittelbar deutlich" (Robert Bosch Stiftung 1990, S. 80). Nicht zuletzt also durch die Notwendigkeiten palliativer Therapie bedingt, wäre eine Bildung des Berufsverständnisses und der psychosozialen Kompetenz des Arztes von größter Bedeutung, hätte weitreichende Auswirkungen bis hinein eben in die Praxis der Schmerztherapie und damit auch der (menschenwürdigen) Sterbebegleitung.

---

18 Diese Aussage wird nachdrücklich durch die Resultate der eingangs erwähnten standardisierten Umfrage unter Hausärzten gestützt: Die Anzahl der ausgestellten Rezepte nach der BtMVV sank kontinuierlich mit zunehmender Niederlassungsdauer der Befragten, und immerhin 25 % aller Befragten gaben an, die 'Schmerzmittelgabe auf Nachfrage' zu praktizieren (Gaßmann/Schnabel 1996).

19 Stellungnahme eines befragten Lehrarztes. Vgl. hierzu auch Hüper 1994.

20 Verdrängungsbemühungen, die in dem Unvermögen bzw. Unwillen münden, die Therapie dem gesundheitlichen Zustand anzupassen, finden sich bei Ärzten und Patienten gleichermaßen.

21 Die Erfahrung derartiger Zusammenhänge mündet in der pointierten Aufforderung eines Arztes: "Let us not give the patient morphine for our own pain" (Simpson 1975, S. 94). Ein integratives, bio-psycho-soziales Schmerzkonzept wird ausführlich entwickelt und vorgestellt von Egle 1993.

3 Schlußbetrachtung

Wie gezeigt, wird die Vermittlung der zur ärztlichen Sterbebegleitung primär erforderlichen Fähigkeiten und Kenntnisse auf den Gebieten 'Psychosoziale Kompetenz', 'Kooperation im Gesundheitswesen' und 'Palliative Therapie' im Rahmen des gegenwärtigen Medizinstudiums eklatant vernachlässigt. Dieser gravierende Mangel hat über den Bereich der angesprochenen ärztlichen Aufgabe hinaus weitreichende Konsequenzen für die Qualität professionellen medizinischen Handelns, besitzen doch sämtliche Aspekte der untersuchten thematischen Trias grundlegende Relevanz für eine Vielzahl zentraler Herausforderungen des Arztberufes.

Eine Neuorientierung und -strukturierung universitärer Ausbildung ist auch vor diesem Hintergrund dringend geboten. Dabei scheint eine grundsätzliche Einsicht beinah banal: "Der Erfolg der (...) Medizinerausbildung hängt entscheidend von der Qualität der Lehre ab" (Wissenschaftsrat 1992, S. 71). Dennoch wird sie mit langer Tradition de facto negiert, findet Niederschlag allenfalls in ritualisierten Bekenntnissen. Schon die pragmatische Konkretisierung - "Jeder Lehrbeauftragte muß Lehren lernen" (Härter 1988, S. 1418) - besitzt Seltenheitswert. Bemerkenswerte Ausnahmen vom Gesagten bilden rare, auch im Bereich der medizinischen Ausbildung gerühmte 'Lehrerpersönlichkeiten', deren wesentliche Fähigkeit eine lebenserfahrene Thematisierung subjektiver Aspekte ihres Berufes ist. Grundsätzlich jedoch muß ein akademisch weitverbreiteter didaktischer Dilettantismus konstatiert werden, der im eklatanten Widerspruch zum verantwortungsvollen Lehrauftrag der medizinischen Fakultäten steht. Seine Auswirkungen werden mit der Einführung neuer qualitativer und methodischer Anforderungen an die medizinische Praxis und Lehre noch evidenter, als sie es bereits in der Gegenwart sind. Dies vor allem deshalb, weil gerade im Zuge solcher Entwicklungen das unreflektierte Nachahmen des (oft ebenfalls ungebildeten und -reflektierten) Verhaltens der eigenen früheren Lehrer nicht mehr möglich ist.

Dringend geboten ist daher die breite, kurzfristige Bereitstellung von Angeboten des sog. 'teacher trainings', also der Lehrerausbildung anhand von Kurzcurricula. Eine diesbezügliche Forderung nach obligatorischer Aus- oder Weiterbildung aller Lehrenden erscheint angesichts des hohen wünschenswerten Anteils von Berufspraktikern in der medizinischen Lehre kontraproduktiv. Für einen mittelfristigen Zeitraum erscheint es jedoch unumgänglich, sämtliche Unterrichtsveranstaltungen zumindest von didaktischen Fachkräften begleiten zu lassen. Zudem sollte neues Lehrpersonal in festen Anstellungsverhältnissen vor Aufnahme seiner Tätigkeit eine obligatorische didaktische (Fort)Bildung nachweisen können bzw. erhalten. Die Besetzung von Professuren muß grundsätzlich mit dem Nachweis besonderer diesbezüglicher Qualifikationen verbunden sein.

Literatur:

Asadullah, K.;Franze, T.; Dietze, F., 1996: Die Behandlung der Problematik der Betreuung Sterbender im Medizinstudium. Ergebnisse einer Befragung von 565 Studenten und Ärzten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jg. 29, Heft 6, S. 432-437

Auberger, H.; Biermann, E., 1988: Praktische Schmerztherapie. Stuttgart.

Basler, H.-D.; Carmen, F.; Kröner-Herwig, B.; Rehfisch, H.-P.; Seemann, H. (Hrsg.), 1993: Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York.

Baust, Günter, 1992: Sterben und Tod - Medizinische Aspekte. 1. Aufl. Berlin.

Bloom, Samuel W.; Speedling, Edward J., 1989: The Education of Physicians: Training for What? In: Saladin, Peter; Schaufelberger, Hans Jürg; Schläppi, Peter (Hrsg.): "Medizin" für die Medizin. Arzt und Ärztin zwischen Wissenschaft und Praxis. Festschrift für Hannes G. Pauli. Basel und Frankfurt/Main, S. 107-128.

Bochnik, H.J.; Demisch, K.; Gärtner-Huth, C., 1989: Sprechende Allgemeinmedizin. Personale Orientierung und psychiatrische Praxis. 1. Aufl. Köln.

Dethlefsen, T.; Dahlke, R., 1991: Krankheit als Weg. Deutung und Be-Deutung der Krank-heitsbilder. 8. Aufl. München.

Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.), 1994: Zwischenbericht der Enquete-Kommission 'Demographischer Wandel' - Herausforderung unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Bonn.

Dieckhoff, D.; Berghof, U., 1987: Modell einer ambulanten gemeindenahen Krankenversorgung im Urteil der beteiligten Ärzte. In: Allgemeinmedizin, Jg. 16, Heft 2, 3, S. 94-99.

Doyle, D., 1992: Talking to the dying patient. In: Myerscough, Philip Roger (Hrsg.): Talking with patients. A basic clinical skill. 2. Aufl. Oxford, S. 144-151.

Egle, Ulrich T. (Hrsg.), 1993: Der Schmerzkranke. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht. Stuttgart.

Fischer, G.; Gerlach, F.; Pangritz, J.; Pullwitt, D.; Rossa, B., 1993: Allgemeinmedizin an deutschen Hochschulen. Ein aktueller Situationsbericht. In: Deutsches Ärzteblatt-Ärztliche Mitteilungen, Heft 22, S. 1641-1645.

Gaßmann, R.; Schnabel, E., 1996: Die Betreuung Sterbender durch den Hausarzt im Kontext medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Versorgung (=DZA. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit. Bd. 95). Berlin.

Habeck, Dietrich, 1992: Die Lehre der Allgemeinmedizin im deutschen Medizinstudium. In: Medizinische Ausbildung, Jg. 5, Heft 5, S. 81-90.

Häberle, H.; Sellschopp, A.; Brandeis, W., 1983: Der sterbende Patient. In: Luban-Plozza, B.; Mattern, H.; Wesiack, W. (Hrsg.): Der Zugang zum psychosomatischen Denken. Hilfen für den niedergelassenen Arzt. Berlin, Heidelberg, S. 284-296.

Härter, Georg, 1988: Lehrstoffkatalog Allgemeinmedizin und Familienmedizin. In: Internationale Allgemeinmedizin und Hochschule (Beilage zur Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Jg. 17, Heft 206) S. 1417-1426.

Helmich, Peter (Hrsg.), 1993: Allgemeinmedizin. Grundlagen hausärztlichen Handelns. München, Wien, Baltimore.

Helmich, P.; Hesse, E.; Köhle, K.; Mattern, H.; Pauli, H.; Uexküll, T. von; Wesiack, W., 1991: Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung. Ein Lernbuch für Ärztinnen, Ärzte und Studierende. Berlin, Heidelberg.

Hüper, Christa, 1994: Schmerz als Krankheit. Die kulturelle Deutung des chronischen Schmerzes und die politische Bedeutung seiner Behandlung. 1. Aufl. Frankfurt/Main.

Klaschik, E.; Nauck, F., 1991: Medikamentöse Schmerzbehandlung bei Tumorpatienten. Ein Leitfaden für Patienten und Angehörige. Bonn.

Klinik Dr. Hancken GmbH (Hrsg.), 1992: Modellversuch Palliativeinheit. Eine Fachinformation. Stade.

Kruse, Waltraut, o.J.: Verabschiedung von Prof. H.H. Schrömbgens. In: Symposium "Allgemeinmedizin und Hochschule" am 24./25.Oktober 1992 in München. Dokumentation. o.O., S. 76-78.

Lutterotti, Karl Michael von, 1989: Ärztliche Handlungsanleitungen im Grenzbereich von Leben und Tod in strafrechtlicher Sicht. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der juristischen Doktorwürde der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i.Br.

Mattern, Hansjacob, 1985: Arzt und Patient zwischen Angst und Hoffnung. In: Allgemeinmedizin, Jg. 14, Heft 14, S. 163-166.

Moeller, Hans, 1991: Herausforderung durch die Medizin von morgen. Statement zur Medizinerausbildung. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Reform der Medizinerausbildung. Widerstreit und Konsens. Beiträge und Ergebnisse der 2. Bad BollerKonsultation vom 17. bis zum 19. November 1989. (= Materialien und Berichte. Bd. 33) Gerlingen, S. 127-129.

Nauck, F.; Kern, M. (Hrsg.), o.J. (1992): Palliativstation des Malteser Krankenhauses Bonn. Erfahrungsbericht 4/90 bis 10/91. Bonn.

Pera, Franz (Hrsg.), 1991: Approbationsordnung für Ärzte: 7. Novelle. Approbationsordnung für Zahnärzte: 3. Novelle. 1. Aufl. Neckarsulm, Stuttgart.

Raes, A., 1986: Betreuung des Krebspatienten zum Leben oder zum Tode? In: Allgemeinmedizin, Jg. 15, Heft 15, S. 37-40.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 1990: Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Abschlußbericht des Arbeitskreises Medizinerausbildung der Robert Bosch Stiftung - Murrhardter Kreis. (= Beiträge zur Gesundheitsökonomie. Bd. 26). 2. Aufl. Gerlingen.

Rossa, Beate, 1991: Umgang mit sterbenden alten Patienten. In: Fischer, Gisela C. (Hrsg.): Geriatrie für die hausärztliche Praxis. 1. Aufl. Berlin, Heidelberg, S. 140-144.

Sandgathe, Bettina, 1993: Welche Erleichterungen bringt die neue BtMVV? In: Klaschik, E.; Nauck, F. (Hrsg.): Symposium Palliativ-Medizin heute. Bonn, S. 3-5.

Scheytt, Christoph, 1984: Seelsorge an Sterbenden im Krankenhaus. In: Spiegel-Rösing, I.; Petzold, H. (Hrsg.): Die Begleitung Sterbender. Theorie und Praxis der Thanatotherapie. Ein Handbuch. Paderborn, S. 409-430.

Schmitten, Jürgen in der, 1991: Medizinstudium 1989, Ausbildung zum Arzt 2000. Überlegungen zur Reform des Medizinstudiums aus studentischer Sicht. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Reform der Medizinerausbildung. Widerstreit und Konsens. Beiträge und Ergebnisse der 2. Bad Boller Konsultation vom 17. bis zum 19. November 1989. (= Materialien und Berichte. Bd. 33) Gerlingen, S. 89-99.

Schmitz-Scherzer, Reinhard, 1984: Sterbebeistand. Eine Handreichung für hauptamtlich in der Altenpflege beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Köln.

Simpson, Michael A., 1975: Teaching About Death and Dying: An Interdisciplinary Approach. In: Raven, Ronald W. (Hrsg.): The Dying Patient. 1. Aufl. Kent, S. 92-105.

Stein, Rosemarie, 1993: Todkranke brauchen ärztliche Hilfe erst recht. Palliative Medizin - eine wichtige Aufgabe des Arztes. In: Ärzteblatt Rheinland-Pfalz, Heft 2, S. 56-59.

Student, Johann-Christoph, 1991: Von der Schwierigkeit der Ärzte im Umgang mit sterbenden Menschen. In: Laaser, U.; Wolters, P. (Hrsg.): Forum Gesundheitswissenschaften. Supplementbd. S1. Bielefeld, S. 102-112.

Sturm, Eckart, 1983: Renaissance des Hausarztes. Konzept für eine wissenschaftliche Grundlegung hausärztlicher Tätigkeit und für eine Wissenschaft vom Patienten. (= Patientorientierte Allgemeinmedizin. Bd. 1) Berlin, Heidelberg, New York, Tokio.

Venner, Margit, 1993: Erfahrungen bei der Vermittlung psychosozialer Kompetenz an Medizinstudenten durch ein Gesprächs-Trainingsprogramm. In: Habeck, D.; Schagen, U.; Wagner, G. (Hrsg.): Reform der Ärzteausbildung. Neue Wege in den Fakultäten. 1. Aufl. Berlin, S. 343-351.

Weisner, E.; Vagn-Hansen, C., 1986: Betreuung von Sterbenden in der Allgemeinpraxis. Größe des Problems und Organisation der Betreuung. In: Allgemeinmedizin, Jg. 15, Heft 4, S. 184-186.

Wissenschaftsrat, 1992: Leitlinien zur Reform des Medizinstudiums. Köln.

Zech, Detlev, 1993: Entwicklung der Palliativ-Medizin in Deutschland. In: Klaschik, E.; Nauck, F. (Hrsg.): Symposium Palliativ-Medizin heute. Bonn, S. 21 f.

Dr. Raphael Gaßmann
Salzstraße 5/6
48143 Münster
Tel: 0251/519459

Der Verfasser des Beitrags ist Wissenschaftlicher Angestellter im Dortmunder Institut für Gerontologie. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen auf Gebieten der Bildungsforschung, der Medizinsoziologie und Pflegewissenschaft sowie der Altenhilfeplanung. Publikationen sind vor allem der Fort- und Weiterbildung im Bereich der Gesundheitsberufe, Fragen der Sterbebegleitung und gesellschaftlichen Aspekten von Süchten und Drogen gewidmet.