

Anhang 6: Zitate der Assistenzärzt*innen

Thema	Zitat-nummer	Zitat
Palliativmedizin im klinischen Alltag	1	Auf der Station habe ich etwa anderthalb Jahre gearbeitet und da auch recht viel Kontakt gehabt mit dem palliativmedizinischen Konsildienst und letztendlich auch mit den Patientinnen diese Themen besprochen (...) und wir hatten eigentlich auch einen sehr guten Draht zum Konsildienst, zu den Kollegen aus dem Konsildienst von der Palliativstation (...). (D03, Pos. 3)
	2	Also ich arbeite sehr, sehr gerne mit den Palliativmedizinern zusammen. (A02, Pos. 35)
	3	(...) und es ist auch immer ein sehr angenehmes Arbeiten mit den Palliativmedizinern aus dem Konsildienst. (K06, Pos. 6)
	4	Und ich finde auch das, was spirituellen Beistand angeht, finde ich sehr schwierig und ich finde gut, dass es da andere Ansprechpartner für gibt. (K04, Pos. 24)
Evaluation der Lehre im QB 13 Palliativmedizin <i>Art der Veranstaltungen</i>	5	Aber was ich in Erinnerung habe ist, dass es immer viel Kleingruppenunterricht war. Deutlich mehr als in anderen Fachbereichen, man immer das Gefühl hatte und das es auch so war, dass sich viel Mühe gegeben wurde und dem eine große Bedeutung zu kommt. Und dass man durch Kleingruppenunterricht und auch durch viel Beteiligung daran schon viel mitgenommen hat und viel diskutieren konnte. (K03, Pos. 9)
	6	Ich weiß, dass wir Simulationspatienten hatten, mit denen wir Übungsgespräche durchgeführt haben. Wie überbringe ich die Diagnose einer finalen Erkrankung oder wie komme ich damit klar, dass ich Angehörigen entsprechend die Todesnachricht überbringen muss? Dass wir Schauspielpatienten oder Schauspielangehörige hatten, mit denen wir das durchgespielt haben und einen Supervisor, der einem dann hinterher erklärt hat, wie das ganze vernünftig abläuft, wie man so ein Gespräch gestaltet oder, was auch hängen geblieben ist, wie man so ein Gespräch generell aufbaut. (A01, Pos. 9)
Evaluation der Lehre im QB 13 Palliativmedizin <i>Bewertung der Transferleistung</i>	7	Wir hatten ja auch diesen Kleingruppenunterricht und wir hatten ja auch dieses Seminar, das fand ich ganz gut, dass man auch mal an Fallbeispielen nochmal so das anwenden konnte, was in der Vorlesung gesagt wurde. Einfach sagen kann, so in der Vorlesung war es so: Okay, das ist euer Handwerkszeug. Und in den Seminaren: Okay, wie kann man es anwenden? Wie kann man jetzt die spezielle Situation besser machen? Was kann man dem Patienten anbieten? Und ich glaube, bei uns in Köln hat man schon irgendwie immer klargemacht, dass es die Palliativmediziner gibt. (K10, Pos. 7)
	8	Das Gefühl, dass die Lehre in der Palliativmedizin meine Fähigkeiten beeinflusst hat, das habe ich schon. Also, das war auch einer der guten Studienblöcke tatsächlich. Ich finde wirklich, dass man schon sehr viel mitgenommen hat, weil man vor allen Dingen vorher gar keinen Bezug dazu hatte. Als Student auch gar nicht. Und ich denke schon, dass man relativ viel gelernt hat. Und jetzt nicht nur irgendwie, was gebe ich für ein Medikament, wenn er das und das hat, sondern auch so ein bisschen Sozialmedizin. (D01, Pos. 14)
	9	Und klar, in der Palliativmedizin hat es auch viel mit der Persönlichkeit zu tun, ob man es kann oder nicht. Aber ich glaube, alleine das medizinisch, da hat die Lehre auf jeden Fall geholfen. Man weiß, bei Luftnot mache ich das und mein Schmerzen so, und ich traue mich auch mal MSI zu geben, auch wenn der Atemantrieb dann weniger wird, aber genau das wollen wir. Das sind schon Inhalte, die wurden auch gut vermittelt. Und klar, im PJ habe ich das dann immer gesehen und daher war es dann auch für mich auf Station ein bisschen einfacher umzusetzen. (A06, Pos. 9)

Anhang 6 zu Dronia MC, Dillen K, Elsner F, Schallenburger M, Neukirchen M, Hagemeyer A, Hamacher S, Doll A, Voltz R, Golla H. *Palliative care education and knowledge transfer into practice – a multicenter survey among medical students and resident physicians in Germany using a mixed-methods design*. GMS J Med Educ. 2024;41(3):Doc27. DOI: 10.3205/zma001682

Evaluation der Lehre im QB 13 Palliativmedizin <i>Abbau von Ängsten und Hemmungen</i>	10	Was auf jeden Fall geholfen hat, war, dass in den Seminaren klar gemacht wurde, dass es eine Akzeptanz für das Sterben geben darf und soll. Und dass das halt Teil der Therapiezieländerung ist, dass man das Sterben akzeptiert. Auch wenn das vielleicht gegen den intuitiven Wunsch ist, doch noch etwas Kuratives zu machen. Dass das einfach okay ist und dass das akzeptiert wird. Und mit dieser Grundeinstellung, dass man darauf so ein bisschen geprimed wurde und dass einem das so ein bisschen bewusst gemacht wurde. Das hilft im Alltag, dass man das besser akzeptieren kann und dass man sich bewusst machen kann, dass das einfach ok ist, wenn man andere Therapieziele verfolgt. (K05, Pos. 11)
	11	Und das ist absolut wichtig, dass man es im Studium als Bestandteil hat, aber da kann ich mich jetzt nicht beschweren, weil wir das ja schon in der Uni gelernt habe und da schon mal Kontakt zu hatten und auch eine Woche so ein Pflichtpraktikum dann da mal vor Ort gemacht haben. Sodass man auch so ein bisschen die Kontaktängste verliert. Das finde ich auch wichtig für die Studenten, aber das ist ja bereits hier gegeben. (D02, Pos. 34)
	12	Also, ich glaube, was ich in dem Qualifikationsprofil gelernt habe, was ja eine freiwillige aber zusätzliche Lehre war, das auf jeden Fall. Nicht nur inhaltlich, sondern dass man auch ein bisschen vielleicht die Hemmungen davor verliert oder die Angst davor verliert, dass man etwas falsch machen kann und dass man schon mal einen Einblick bekommen hat. (A03, Pos. 10)
Evaluation der Lehre im QB 13 Palliativmedizin <i>Probleme bei der konkreten Umsetzung im Alltag</i>	13	Also ich fand mich auf jeden Fall besser vorbereitet als wenn wir das nicht gehabt hätten, aber es war bei weitem noch nicht ausreichend. Also in den ersten Situationen, wo man als junger Assistenzarzt diese Situationen hatte, wo man die Gespräche führen musste oder auch mit diesen Patienten konfrontiert war, war das schon eine eigene emotionale Belastung und man musste sich auch erst einmal rantasten an solche Gespräche. Also, wie führe ich das jetzt eigentlich, und dann auch seinen eigenen Gesprächsstil erst einmal entwickeln. (A01, Pos. 11)
	14	Da habe ich mich wirklich am Anfang sehr hilflos gefühlt, als ich dann meinen ersten Patienten hatte, der beispielsweise an einen Morphin-Perfusor sollte. Ich hatte überhaupt keine Ahnung, wie ich diesen Perfusor einstellen soll, was ich da machen soll, wie ich das anordnen soll. (K 08, Pos. 20).
Evaluation der Lehre im QB 13 Palliativmedizin <i>Probleme bei der konkreten Umsetzung im Alltag – Symptomkontrolle</i>	15	Bei Schmerzen fühle ich mich relativ sicher. Ich sage mal, ich habe Erfahrungen damit Betäubungsmittel zu verschreiben und ich habe auch keine Hemmungen damit, die zu verschreiben bei Patientinnen, die in einer palliativen Behandlungssituation sind oder in eine metastasierten Behandlungssituation. Und habe auch BTM-Rezepte und stelle die quasi auch selber aus. Da habe ich kein Problem mit. (D03, Pos. 16)
	16	Bei Übelkeit haben wir das schon ganz gut besprochen, quasi welches so die Hauptsymptome sind und welches die geeigneten Medikamente. Also, ich weiß, was ich brauche oder nehmen müsste und müsste mich dann mit der Dosierung noch einmal beschäftigen. (D04, Pos. 22)

	17	Ja, das würde ich sagen teils teils. Es gibt eine hohe Bandbreite, die bei uns auch vorkommt, sei es vor allem Angstzustände, Luftnot, irgendwie so das Gefühl, ein Trockenheitsgefühl, Übelkeit. Also mit solchen Sachen würde ich schon sagen, das ich damit eigentlich gut zurechtkomme. (K01, Pos. 20)
	18	Oder auch - das haben wir jetzt sehr sehr wenig auf Station - aber vielleicht auch Dinge, die nicht medikamentös behandelt werden. Also, dass man jetzt nicht, wenn man gerade Prognosen übergibt, aber dass man ja schon über kommunikative Strategien Symptome wie Angst lindern kann. Oder auch medikamentös Angst lindern, ohne dass man jetzt einen Patienten vollends abschießen möchte. Aber das man so ein bisschen abschirmt. So diese Psychopharmaka, sage ich jetzt mal im weitesten Sinne, da bin ich jetzt nicht so fit. (A03, Pos. 19)
	19	Das hatte ich einfach noch nicht so oft. (..) also starke Angst wäre eher schwieriger für mich, glaube ich (A05, Pos. 18)
	20	Andere Symptome, die schon schwerer zu kontrollieren sind, aber die vielleicht auch nicht so ganz allgemein zu formulieren sind. Also so eine (..) also zum Beispiel Patienten, die einfach (..) zum Beispiel Malnutrition, nenne ich es jetzt einfach mal, im letzten Teil des Lebens. Das ist jetzt doch etwas, was einfach sehr schwierig ist zu händeln. Und ja auch zum Beispiel Ernährung im Allgemeinen. Und dann noch ein paar, ich nenne sie jetzt mal kleinere - aber sie sollen jetzt nicht unwichtiger sein - Symptome wie Obstipation oder auch bei sehr terminalen Patienten Delir, delirantes Erleben. (06 K, Pos. 17)
Evaluation der Lehre im QB 13 Palliativmedizin <i>Probleme bei der konkreten Umsetzung im Alltag – Therapiezieländerung</i>	21	Also, was wirklich die große Schwierigkeit von mir am Anfang war, war die Diagnose auch wirklich zu stellen, also wirklich die Grenze zu setzen, es reicht mit therapeutischen Maßnahmen und ab wann ist es eine reine Symptomkontrolle und Schmerzkontrolle. Also so die Grenze, aber das ist wahrscheinlich auch schwierig und von Patient zu Patient anders. Und wie gesagt, gerade am Anfang war es für mich schwierig die ganzen Kontrolle, Schmerzkontrolle, Delirkontrolle gut umzusetzen. (A07, Pos. 31)
	22	Also ich muss sagen, von der palliativmedizinischen Sicht her, habe ich mich nicht überfordert gefühlt. Die Überforderung bestand bei mir eher auf der medizinischen Seite, also quasi die Begründung, warum eine Situation jetzt wirklich palliativ ist. Das man die gut darlegen kann, dass die Leute dann mit einem auch mitgehen können, weil sie es dann einsehen. Das fand ich eher schwer. Sonst fand ich, dass man eigentlich dadurch das man ein Team hinter sich hat, also auch zum Beispiel der Stationsoberarzt oder die anderen Teammitglieder, dann sehr gut damit zurecht kommen konnte. (K01, Pos. 14)
Evaluation der Lehre im QB 13 Palliativmedizin <i>Probleme bei der konkreten Umsetzung im Alltag – Kommunikation</i>	23	Aber irgendwelche Befunde mitzuteilen und schlechte, also wie soll ich sagen, lebenslimitierende Diagnosen mitzuteilen oder so, dass denke ich schon, dass das soweit klappt. Ich weiß nicht, es gibt sicher irgendwelche Leute, die das besser machen könne, aber das ist schon ganz ok, denke ich. (D01, Pos. 16)
	24	Also, beim Überbringen von solchen Nachrichten ist es natürlich immer schwierig, aber ich fühle mich schon sicher dabei. Das hat natürlich auch so ein bisschen was damit zu tun, wie viel man über den Verlauf der Erkrankung auch fachlich weiß. Also, dass man vielleicht so ein bisschen abschätzen kann, was kommt da auf mich zu. Grundsätzlich fühle ich mich da eigentlich nicht hilflos, sondern es gehört für mich dazu, und da habe ich eigentlich kein Problem und da fühle ich mich eigentlich sicher. (A06, Pos. 11)

	25	Ja, das ist mir selbst jetzt schon passiert und das ist vor allem bei Angehörigen, die da sehr viel Interesse daran haben, was ich ja auch nachvollziehen kann. Man wird, und das ist ja auch diese Situation über die man damals schon in der Lehr gesprochen hat im Studium, sehr häufig nach diesen genauen Zeitfenstern gefragt. Und das finde ich besonders gut, dass man darauf vorbereitet wurde, weil das hätte ich mir vorher gar nicht so gedacht, dass das viele so genau wissen wollen, wenn man selber nicht in dieser Situation ist. Aber da habe ich doch das Gefühl, dass, wenn man eine gewissen Strategie fährt, ehrliche, aber ungefähre Zeiträume anzugeben, häufig deutlich besser mit fährt als gar nichts zu sagen oder etwas zu versprechen. Und daran kann ich mich erinnern, das haben wir damals auch häufiger im Rahmen diese Teachings auch häufiger thematisiert und von daher fühle ich mich damit doch relativ sicher. (A04, Pos. 18)
	26	Tatsächlich finde ich den Umgang mit Angehörigen deutlich schwieriger als den Umgang mit Patienten, weil den kann man auch irgendwie gar nicht üben. Die Angehörigen sind ja auch häufiger weniger einsichtig als der Patient selber. Und das fand ich war im Studium weniger Thema. (K07, Pos. 9)
	27	Ich benutze auf jeden Fall das Wort Tod. Ich bin überhaupt kein Freund davon zu sagen, irgendwie der schläft ein oder der wird nicht mehr wach. (...) Klar manchmal sage ich auch das Wort Sterben anstatt Tod, aber dieses Wort präfinal finde ich ganz ganz furchtbar. Also das ist zumindest meine Meinung und ich sage das auf jeden Fall so. (A02, Pos. 19)
	28	Also für die Gespräche an sich, die führe ich schon. Ich versuche die recht früh zu führen, also zum Beispiel bei der Erstdiagnose von Metastasen, dass sich die Erkrankung verändert hat und wir jetzt nicht mehr versuchen die Erkrankung zu besiegen, sondern nur in Schach zu halten. Also, ich benutze viele Umschreibungen, inklusive Umschreibungen für den Tod. Also, da wären eher so Wörter wie „das Ende“ oder „im letzten Abschnitt des Lebens“. (D03, Pos. 14)
	29	Das Wort „Tod“ an sich versuche ich zu vermeiden. Also meistens rede ich dann eher über Versterben oder finaler Verlauf oder ähnliches. (A01, Pos. 13)
	30	Und gerade von diesen Gesprächen, wo man zugehört hat oder mal selber das Gespräch geführt hat, ich finde, das hat am meisten gebracht, weil man hat einerseits geschaut, wie machen andere das und gehen damit um, und man konnte sich selber auch mal in so einer Situation wiedererleben, ohne dass man jetzt direkt selber derjenige ist, der die Diagnose übermittelt, weil das war ja quasi alles so eine Übung. Ich habe jetzt auch selber noch nie so eine Diagnose übermitteln müssen, aber ich finde schon, dass es vor allem hilft, wenn man Gesprächstraining hat und das hatten wir ja schon. (K08, Pos. 15)
	31	Also, ich habe zwar ganz viele Eindrücke gewonnen, aber wie ich jetzt ein Gespräch führen würde (..). Ich sage mal, das Gespräch mit der Patientin kann ich schon führen, aber das habe ich eher gelernt im beruflichen Zusammenhang, eher vom Abgucken quasi. Also, dass ich mir eher meine Kollegen angeschaut habe, meine Oberärztinnen, meine Chefin und mir das von denen so ein bisschen abgesehen habe. (D03, Pos. 10)
	32	Also, um das zweigeteilt zu beantworten: Ich fühle mich deutlich sicherer als am Anfang meiner Berufszeit. Also im letzten Jahr oder in den letzten anderthalb Jahren habe ich schon viele dieser Gespräche mitbekommen und über die Zeit selbst geführt, sodass das deutlich besser und deutlich sicherer geworden ist. (A03, Pos. 12)
	33	Also, das finde ich immer noch nicht so einfach darüber zu sprechen. Das ist bei uns auch mehr so geregelt, dass die erste Breaking-Bad-News wird quasi oberärztlich gemacht. Das ist dann nicht meine Aufgabe. Ich betreue dann die Patienten im Verlauf, wo die dann schon wissen, dass das vielleicht zum Tod führt. (D02, Pos. 14)

	34	Generell, dadurch, dass wir so eine kleine Abteilung sind, ist das mehr oder weniger nicht mein Aufgabenbereich, weil das die Oberärzte übernehmen. Ich glaube, ich würde auch einen auf den Deckel kriegen, wenn ich das mache. (D05, Pos. 15)
Evaluation der Lehre im QB 13 Palliativmedizin <i>Probleme bei der konkreten Umsetzung im Alltag – Umgang mit Sterben</i>	35	Also was wir inzwischen schon ziemlich selbstständig machen, wenn wir wirklich Patienten haben, wo wir wissen, die sind in der letzten Lebensphase, wo man sieht, die gehen in Richtung präfinal, dass wir dann schon selber die Sedierung (...) auch ohne weitere Hilfe, sage ich mal, anbauen oder das den Patienten mit an die Hand geben. (...) Wenn ich jetzt einen Patienten habe, der noch klar im Kopf ist und es jetzt darum geht, dass er in der nächsten Zeit versterben wird, bin ich schon noch unsicher, muss ich ehrlicherweise sagen. (A01, Pos. 15)
	36	Schwer zu sagen. Ich habe mich selber mal damit beschäftigt und darüber einiges gelesen. Ich hätte jetzt das Gefühl, dass, was ich darüber weiß, ich mir eher selbst angeeignet habe. Wobei es sicherlich schon in einer Vorlesung mal zur Sprache kam, präfinale, finale Phase. Das meine ich schon, aber nicht so viel. (D02, Pos. 20)
	37	Das eigentlich nicht. Also über den Tod ja, also Totenschein ausstellen schon, aber den Sterbeprozess oder Sterben zu erkennen, da haben wir eigentlich uns im Studium gar nicht mit beschäftigt. (A03, Pos. 21)
	38	Ja also, da würde ich sagen, dass das im Studium wenig bis gar nicht thematisiert worden ist. Und dass das eher was ist, was man dann beim Arbeiten lernt. Auch so die erste Leichenschau macht man halt mit Kollegen zusammen. Das ist auch schwierig zu üben im Studium, muss man auch sagen. Aber auch zum Teil, wie erkenne ich, dass ein Patient jetzt gerade im Sterben liegt? Das ist, soweit ich weiß oder ich mich erinnere, im Studium nicht thematisiert worden. (A02, Pos. 31)
	39	Also ich finde, das ist etwas, was schon mehr behandelt werden könnte. Ich meine, das ist natürlich sehr individuell. Es gibt ja Sachen, die sind gleich, und andere sind unterschiedlich. Aber das ist nichts, was mir so im Kopf geblieben ist und ich finde, das ist auch viel Bauchgefühl. Einfach, wo man ein irgendwann ein Gefühl für bekommt, dass man weiß, derjenige wird das nicht überleben oder wird auch nicht mehr eine Woche oder so leben. Aber ich habe nicht das Gefühl, dass mir aus einer Vorlesung oder so geholfen hat. (K04, Pos. 20)
	40	Wenn ich einen stressigen Dienst hatte, wo Patienten verstorben sind und vor allem, wenn jemand plötzlich verstorben ist, wo ich nach dem Angehörigengespräch wirklich danach in der Umkleide eine halbe Stunde geweint habe. Also man hat oft Situationen, in denen man wirklich psychisch belastet wird. (AC 01, Pos. 27).
	41	Ich weiß, dass es für Mitarbeiter so einen psychologischen Dienst gibt. Den habe ich selber noch nicht genutzt. Ich kenne auch niemanden, der den nutzt. Ich wüsste auch nicht so ganz, wie man den findet. (...) Jetzt so ein direktes Angebot wüsste es jetzt nicht. Also es gibt eins, aber ich wüsste nicht, wie man es in Anspruch nehmen könnte. (D03, Pos. 28)
	42	Ich glaube theoretisch gäbe es das Angebot in der Uniklinik, dass man hier mit Psychologen und Psychiatern reden kann. Das hat aber, glaube ich, noch niemand wahrgenommen. Ich selber auch nicht und ich bin schon oft mit belastenden Situationen konfrontiert worden. (A01, Pos. 27)
	43	Also das ist ein schwieriges Thema. Also wir sprechen schon, also ich habe so bestimmte Fälle vor Augen einfach, haben wir schon viel im Team darüber gesprochen. Also einfach mit den Kollegen selber. Ein Fall, der mir besonders nahegegangen ist, da habe ich auch mit Freunden drüber gesprochen oder einmal meine Eltern angerufen, weil ich einfach viel zu fertig war nach der Arbeit. (A02, Pos. 41)

	44	Ja ich denke, dass ich dann am ehesten die privaten Ressourcen dafür nutzen würde. Also es gibt natürlich einzelne schicksalhafte Geschichten, die man seinen Freunden und seiner Familie erzählt und dadurch eigentlich so ein Coping damit gut erreicht. Also ich muss sagen, ich kann mich davon relativ gut distanzieren, weil ich da immer noch so eine professionelle Aufgabe sehe, wo ich dann eigentlich mehr im Stress bin, die Aufgabe zu erfüllen, die auch den Tod betreffen quasi. Wenn es dann aber nicht so ist, dann würde ich es so sagen. (K01, Pos. 34)
	45	Und was ich sehr klar sage und was ich auch explizit kritisiere ist, dass es eigentlich – nicht mal in unserer Abteilung, wo wir eigentlich sehr viele Patienten im Sterbeprozess begleiten und auch kritische Situationen haben – dass es eigentlich gar kein wirkliches Angebot gibt für beispielsweise eine Balint-Gruppe oder Supervision oder irgendwas in dem Bereich. Dass es auch keine Art, zumindest bei uns im Ärztebereich – ich weiß nicht, wie es bei der Pflege ist – Krisenintervention gibt. Also jemand, der dafür zur Verfügung steht oder zumindest nicht, dass ich wüsste. An den man sich wenden könnte, wenn man selber in einer schwierigen Situation im Alltag gewesen ist oder so etwas. Da wüsste ich ehrlich gesagt nicht, an wen ich mich wenden könnte. (...) Aber ich finde eigentlich sollte man von der Uniklinik und auch unserer Abteilung erwarten, dass es so etwas gibt, dass es auch explizit gefördert wird. (K06, Pos. 35)
	46	Ich denke bzw. ich weiß es auch von Kollegen anderer Fachabteilungen, dass es bei Ihnen eher unter den Tisch gekehrt wird. Dass es keine Kommunikation darüber gibt, geschweige denn eine Supervision. Und dass sie sich eher eine Anlaufstelle wünschen würden, aber sie das Gefühl haben, dass es in ihrer Abteilung oder von ihren Vorgesetzten überhaupt nicht gewünscht wird. Und das ist mehr als schade und führt wahrscheinlich auch zu einer Belastung, die es so gar nicht geben müsste. Also, da sehe ich auf jeden Fall Handlungspotential. (D06, Pos. 24)
Verbesserungsvorschläge für die Aus- und Weiterbildung	47	Ich finde Palliativmedizin ist halt ein sehr praktisches Fach, sodass ich es halt ein bisschen schwierig finde im Vorlesungsformat. Natürlich ist es wichtig, dass man da die Medikamente lernt und darüber spricht, weil es schon ja auch ein großer Teil ist der ärztlichen Aufgabe, die medikamentöse Betreuung gut durchführen zu können. (...) Ich fand mein Praktikum mit „Der Patient als Lehrer“ auf jeden Fall super. Aber das geht einfach nicht für jeden, weil dafür gibt es einfach nicht genug Patienten. (A02, Pos. 45)
	48	Ich würde mir schon wünschen, dass es mehr thematisiert wird, aber ich glaube, das Mindset von den Klinikern ist einfach so, dass sie uns beibringen zu heilen und nicht Patienten/-innen in den Tod zu begleiten. (...) Auch als Berufsanfänger finde ich es wahnsinnig, wie viele Freunde schockiert sind, wenn der erste Tote bei Ihnen auftritt. (DUS 04, Pos. 25).
	49	Ich hoffe, dass man irgendwann einen Facharzt für Palliativmedizin machen kann. Und das die Lehre auf jeden Fall weiter so ausgebaut wird, wie es in den letzten Jahren jetzt auch schon geschehen ist, sodass jeder Medizinstudierende etwas über Palliativmedizin erfährt und im Idealfall auch praktische Erfahrungen machen kann – auch wenn es nur für ein paar Tage ist. Und das den angehenden Ärztinnen und Ärzten nicht nur Dosierungen und Krankheiten beigebracht werden, sondern dass sie auch ein Gefühl für Versorgungsstrukturen bekommen. (D06, Pos. 28)

	50	Also was sehr sinnvoll ist, vor allem in großen Krankenhäusern/Unikliniken, dass es eine eigene Palliativmedizin mit Lehrstuhl gibt. Vielleicht das man auch für Ärzte Fortbildungen anbietet. Das man zum Beispiel sagt, die medikamentöse Therapie von Schmerzen und Luftnot, dass man das thematisiert und das man da einen gewissen Leitfaden hat. (A04, Pos. 28)
Visionen für die zukünftige Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland	51	Also, der SAPV in Aachen hat sehr lange Wartezeiten. Das heißt, ich kann die Patienten teilweise gar nicht nach Hause entlassen, wenn die Hausärzte das nicht leisten können, und dann leiden die einfach bei uns, weil wir da irgendwie sehr viele Wochen Wartezeit sind. Und dann sterben die Patienten im Krankenhaus oder sind über Wochen da und das finde ich irgendwie sehr schade, wenn sich die Patienten eigentlich etwas anderes gewünscht haben. (A05, Pos. 38)
	52	Und das würde ich mir für alle Patienten wünschen, dass alle, bei denen es notwendig ist, mal mit einem palliativen Augen drauf geschaut wird, ob Bedarf besteht, und wenn nicht, ist es auch gut. Zum Beispiel auch bei chronisch Herzkranken. Und das vielleicht auch noch möglich frühzeitig. (D05, Pos. 33)
	53	Also, vielleicht ein bisschen mehr Lobbyarbeit. Dass Palliativmedizin vielleicht auch noch so ein bisschen mehr im Fokus ist, was auch so politische Entscheidungen rund ums Medizinwesen/Gesundheitswesen geht.(...) Dass da irgendwie so die Lobby ein bisschen stärker wäre und dass man vielleicht Palliativmedizin noch stärker als einfach Angebot auch für chronisch Kranke in den Fokus setzt. Und was mich immer wieder stört, ist zum Beispiel, ja nicht stört., aber dass man sich als Patientin entscheiden muss, ob man eine Therapie machen möchte oder ob man palliativmedizinisch betreut werden möchte. Und ich glaube, dass es ganz viele Therapien gibt, die davon profitieren würde, wenn man dann auch die Betreuung parallel bekommen würde. (D03, Pos. 32)
	54	Also in Bezug auf die unmittelbare Patientenversorgung fände ich es wünschenswert, weiß nicht, das sind dann wahrscheinlich auch politische Entscheidungen aus dem Gesundheitsministerium, wenn der Etat für die palliativmedizinische Versorgung insbesondere ambulant aufgestockt werden würde. Wir haben oft das Problem, dass wir – das ist zumindest ein Empfinden, ich bin ja auch nur einer von vielen – dass man Patienten gerne frühzeitiger und umfassender eine palliativmedizinische Versorgung zugänglich machen würde. Die meisten Patientinnen und Patienten sind meiner Meinung nach da auch sehr aufgeschlossen, aber dass dann Hospizplätze fehlen oder die SAPV-Team sehr lange anfahren müssen, bis sie dann beim Patienten sind. Also das fände ich toll, wenn das in Deutschland weiter ausgebaut werden würde. (K09, Pos. 40)
	55	Ich glaube meine Haltung ist da ein bisschen verzehrt, weil ich das Gefühl habe, dass bei uns die Palliativmedizin schon sehr implementiert, sehr akzeptiert, sehr fortgeschritten ist. Ich glaube, dass das nicht überall so ist. Zum einen nicht an allen Kliniken, zum anderen aber auch nicht in allen Fachdisziplinen. Also die Zusammenarbeit der Onkologie mit der Palliativmedizin ist da schon sehr viel weiter als in anderen Fachdisziplinen. Und ich würde mir wünschen, würde mir vorstellen, dass das auf andere Erkrankungsbilder, andere Fachdisziplinen, das man sich da ähnlich bewusst wird, dass das ein wichtiger Bestandteil der Behandlung ist und das man dem Raum gibt und das auch akzeptiert. Da ist ja auch das bekannte Beispiel, dass Herzinsuffizienzen oder so sehr schlechte Prognosen haben und es da wahrscheinlich einen ähnlichen Therapiebedarf gäbe wie bei onkologischen Erkrankungen, der aber in dieser Art und Weise bis jetzt nicht abgedeckt ist. (K05, Pos. 35)

	56	Und vielleicht auch in der Allgemeinbevölkerung das Verständnis von Palliativmedizin ein bisschen mehr geschult werden würde, weil früher vorm Studium habe ich immer gedacht: „Okay, ein Hospiz ist ein Ort, da gehen die Leute zum Sterben hin, das hat eine ganz drückende Atmosphäre, das ist ganz schlimm.“, so habe ich mir immer ein Hospiz vorgestellt. Und jetzt denke ich da sehr anders drüber. Ich denke dann an einen Ort, in dem es nicht um Zeit im Sinne von Tagen geht, sondern um Qualität, die innerhalb dieser Zeit stattfindet, und das kann ja etwas sehr Bereicherndes sein. (K09, Pos. 41)
--	----	--