

Diplomarbeit

**Evaluierung der neuen praxiszentrierten
Ethikpflichtlehre an der
Medizinischen Universität Innsbruck**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Innsbruck

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin

unter der Anleitung von

Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. univ. Barbara Friesenecker

eingereicht von

Daniel Feller

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Daniel Feller, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen / Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Diese Arbeit wurde bisher bei keiner Hochschule oder Universität zur Erlangung eines akademischen Abschlusses oder Diploms eingereicht.

STATEMENT OF ORIGINALITY

I, Daniel Feller, declare that I have authored this thesis independently, that I have not used other than the declared sources / resources and that I have explicitly marked all material which has been quoted either literally or by content from the used sources.

This work has not previously been submitted for a degree or diploma in any university.

Inhaltsverzeichnis

I	Abbildungsverzeichnis.....	5
II	Tabellenverzeichnis	7
III	Zusammenfassung.....	9
IV	Abstract.....	10
V	Eigenleistung.....	11
1	Einleitung	12
1.1	Übersicht – internationaler Vergleich Ethiklehre im Medizinstudium	14
1.2	Medizin- und Bioethik-Organisationen in Österreich	16
1.2.1	Bioethikkommission (BEK)	16
1.2.2	Ethikkommission (EK)	16
1.2.3	Klinisches Ethikkomitee (KEKo)	17
1.3	Konzept der verpflichtenden Ethiklehre an der MUI.....	19
1.3.1	Ethiklehre im ersten Studienabschnitt	19
1.3.2	Ethiklehre im zweiten Studienabschnitt	20
1.3.3	Ethiklehre im dritten Studienabschnitt	21
1.4	Fokus klinische Ethiklehre an der MUI mit Schwerpunkt der End of Life Decisions (EOLD)	25
1.4.1	Ethische Grundlagen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung.....	25
1.4.1.1	Übertherapie / Chronic critical Illness (CCI).....	27
1.4.1.2	Therapiezieländerung – was ist das – wozu?	27
1.4.1.3	Der „richtige“ Zeitpunkt für eine TZÄ (von Gesundheit – Krankheit – Heilung – Palliation und Comfort Terminal Care (CTC))	28
1.4.1.4	Unterschied Therapiezieländerung – aktive Tötung / Euthanasie – Assistierter Suizid	30
1.4.1.5	Vermeidung von Übertherapie und chronisch kritischer Erkrankung.....	30
1.4.1.6	2-Säulen-Modell	34
1.4.1.7	Prinzipienethik (Georgetown Mantra)	35
1.4.2	Spezialfälle.....	38
1.4.2.1	Verhungern und Verdursten am Lebensende inkl. freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF).....	38
1.4.2.2	Assistierter Suizid.....	39
1.4.2.3	Triage.....	41
1.4.3	Rechtliche Grundlagen der klinisch ärztlichen Tätigkeit.....	43
1.4.3.1	Ärztegesetz (ÄrzteG).....	43

1.4.3.2	Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG)	44
1.4.3.3	Erwachsenenschutz-Gesetz (ErwSchG).....	45
1.4.3.4	Sterbeverfügungsgesetz	46
2	Arbeitshypothesen der Diplomarbeit.....	48
3	Material und Methoden.....	49
4	Resultate	55
4.1	VOR Modul 1.11 (erster Studienabschnitt, 1. Semester), WS 2023/24	56
4.2	NACH Modul 1.11 (erster Studienabschnitt, 1. Semester), WS 2023/24.....	60
4.3	VOR Modul 2.42 (zweiter Studienabschnitt, 6. Semester), SS 2024	72
4.4	NACH Modul 2.42 (zweiter Studienabschnitt, 6. Semester), SS 2024	76
4.5	VOR Modul 3.34 (dritter Studienabschnitt, 7. – 10 Semester), WS 2023/24	88
4.6	VOR Modul 3.34 (dritter Studienabschnitt, 7. – 10. Semester), SS 2024	93
4.7	NACH Modul 3.34 (dritter Studienabschnitt, 7. – 10. Semester), SJ 2023/24	98
4.8	Studienabschnittsübergreifende Zusammenstellung der wichtigsten Ergebnisse .	112
5	Diskussion.....	120
6	Fazit	130
7	Limitationen.....	133
8	Acknowledgement	134
9	Literaturverzeichnis	135
10	Abkürzungsverzeichnis	146
11	Anhang	148

Anmerkung: Aus platztechnischen Gründen wird statt Wintersemester (WS) 2023/24 und Sommersemester (SS) 2024 der Ausdruck Studienjahr (SJ) 2023/24 verwendet.

I Abbildungsverzeichnis

Alle Abbildungen beginnend mit der Zahl 1 gehören zur Einleitung. Alle Abbildungen beginnend mit der Zahl 4 gehören zu den Resultaten.

Abbildung 1.1 Konzept der Ethiklehre an der MUI [24]	19
Abbildung 1.2: Der "richtige" Zeitpunkt für eine TZÄ (eigene Darstellung)	28
Abbildung 1.3 Erwachsenenschutzgesetz (eigene Darstellung) vgl. [71]	45
Abbildung 4.1: Sicherheit in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlags (NACH Modul 1.11, WS 2023/24)	64
Abbildung 4.2: Einschätzung der Studierenden zur Wichtigkeit der Beschäftigung mit ethisch-rechtlichen Themen (NACH Modul 1.11, WS 2023/24)	65
Abbildung 4.3: Einschätzung der Studierenden zur aktuellen (Praxis-)relevanz der gelehrten Themen (NACH Modul 1.11, WS 2023/24)	66
Abbildung 4.4: Einschätzung der Studierenden zur Relevanz der gelehrten Themen im späteren Berufsalltag (NACH Modul 1.11, WS 2023/24)	67
Abbildung 4.5: Einschätzung der Studierenden zur Verbesserung der medizinischen / wissenschaftlichen Entscheidungsfähigkeit (NACH Modul 1.11, WS 2023/24)	68
Abbildung 4.6: Einschätzung der Studierenden zur Differenzierung zwischen ethischer, juristischer und klinischer Dimension (VOR Modul 2.42, SS 2024)	73
Abbildung 4.7: Sicherheit in der Erkennung eines ethischen Dilemmas (VOR Modul 2.42, SS 2024)	74
Abbildung 4.8: Wissen über wichtige ärztliche Wertvorstellungen (VOR Modul 2.42, SS 2024)	75
Abbildung 4.9: Sicherheit in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlags (NACH Modul 2.42, SS 2024)	80
Abbildung 4.10: Einschätzung der Studierenden zur Wichtigkeit der Beschäftigung mit ethisch-rechtlichen Themen (NACH Modul 2.42, SS 2024)	81
Abbildung 4.11: Einschätzung der Studierenden zur aktuellen (Praxis-)relevanz der gelehrten Themen (NACH Modul 2.42, SS 2024)	82
Abbildung 4.12: Einschätzung der Studierenden zur Relevanz der gelehrten Themen im späteren Berufsalltag (NACH Modul 2.42, SS 2024)	83
Abbildung 4.13: Einschätzung der Studierenden zur Verbesserung der medizinischen / wissenschaftlichen Entscheidungsfähigkeit (NACH Modul 2.42, SS 2024)	84
Abbildung 4.14: Anteile der einzelnen WPF an den abgegebenen Antworten (VOR Modul 3.34, WS 2023/24)	90
Abbildung 4.15: Anteile der einzelnen WPF an den abgegebenen Antworten (VOR Modul 3.34, SS 2024)	93
Abbildung 4.16: Einschätzung der Studierenden zur Differenzierung zwischen ethischer, juristischer und klinischer Dimension (VOR Modul 3.34, SS 2024)	94
Abbildung 4.17: Sicherheit in der Erkennung eines ethischen Dilemmas (VOR Modul 3.34, SS 2024)	95

Abbildung 4.18: Sicherheit in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlags (VOR Modul 3.34, SS 2024)	96
Abbildung 4.19: Wissen über wichtige ärztliche Wertvorstellungen (VOR Modul 3.34, SS 2024)	97
Abbildung 4.20: Anteile der einzelnen WPF an den abgegebenen Antworten (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)	103
Abbildung 4.21: Sicherheit in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlags (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)	104
Abbildung 4.22: Einschätzung der Studierenden zur Wichtigkeit der Beschäftigung mit ethisch-rechtlichen Themen (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)	105
Abbildung 4.23: Einschätzung der Studierenden zur aktuellen (Praxis-)relevanz der gelehnten Themen (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)	106
Abbildung 4.24: Einschätzung der Studierenden zur Relevanz der gelehnten Themen im späteren Berufsalltag (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)	107
Abbildung 4.25: Einschätzung der Studierenden zur Verbesserung der medizinischen / wissenschaftlichen Entscheidungsfähigkeit (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)	108
Abbildung 4.26: Vergleich zwischen den drei Studienabschnitten: Bewusstsein zu Tugenden und Wertvorstellungen des Arztberufes (NACH den Modulen) (Hypothese 1)	113
Abbildung 4.27: Vergleich zwischen den drei Studienabschnitten: Wissen über die gesetzlichen Grundlagen (NACH den Modulen) (Hypothese 1)	114
Abbildung 4.28: Vergleich zwischen den drei Studienabschnitten: Sicherheit in der differenzierten Begründung und Erarbeitung eines Handlungsvorschlags (NACH den Modulen) (Hypothese 2)	115
Abbildung 4.29: Vergleich zwischen den drei Studienabschnitten: Einfluss der Ethiklehre auf die Sorge vor rechtlichen Konsequenzen (NACH den Modulen)	116
Abbildung 4.30: Vergleich zwischen den drei Studienabschnitten: Einfluss der Ethiklehre auf eine angstfreiere Entscheidungsfindung (NACH den Modulen)	117

II Tabellenverzeichnis

Alle Tabellen beginnend mit der Zahl 1 gehören zur Einleitung. Jene Tabellen beginnend mit der Zahl 3 gehören zu den Material & Methoden, jene beginnend mit der Zahl 4 gehören zu den Resultaten und jene beginnend mit der Zahl 11 gehören zum Anhang.

Tabelle 1.1: Innsbrucker „Handwerkszeug“ für die strukturierte Diskussion eines komplexen Falls [29].....	22
Tabelle 1.2: Fächer mit ethischem Inhalt im Wahlpflichtfächerkorb des dritten Studienabschnitts (Beispiel Studienjahr 2023/24) [30].....	23
Tabelle 3.1: Auflistung der Fragebögen in den Modulen	51
Tabelle 4.1: Allgemeine Fragen zum Vorwissen und zur Einschätzung der Studierenden in Bezug auf ethisch-rechtliche Themen in der Medizin (VOR Modul 1.11, WS 2023/24)	56
Tabelle 4.2: Beschäftigung der Studierenden mit Ethik und Recht vor dem Studium (VOR Modul 1.11, WS 2023/24)	58
Tabelle 4.3: Erwartungen der Studierenden an die LV zu Ethik in der Medizin (VOR Modul 1.11, WS 2023/24).....	59
Tabelle 4.4: Allgemeine Fragen zum Wissensstand und zum Interesse der Studierenden an den ethisch-rechtlichen Themen sowie zur Transparenz der Ethiklehre im Studium (NACH Modul 1.11, WS 2023/24)	61
Tabelle 4.5: Allgemeine Fragen zur persönlichen Einschätzung der Studierenden (NACH Modul 1.11, WS 2023/24)	62
Tabelle 4.6: Feedback (NACH Modul 1.11, WS 2023/24)	63
Tabelle 4.7: Nicht relevante Inhalte für Studierende (NACH Modul 1.11, WS 2023/24).....	69
Tabelle 4.8: Gewünschte (noch nicht angebotene) Themen (NACH Modul 1.11, WS 2023/24)	70
Tabelle 4.9: Positive Rückmeldungen der Studierenden über die LV (NACH Modul 1.11, WS 2023/24)	70
Tabelle 4.10: Negative Rückmeldungen der Studierenden über die LV (NACH Modul 1.11, WS 2023/24).....	71
Tabelle 4.11: Allgemeine Fragen zum Wissensstand und zum Interesse der Studierenden an den ethisch-rechtlichen Themen sowie zur Transparenz der Ethiklehre im Studium (NACH Modul 2.42, SS 2024).....	77
Tabelle 4.12: Allgemeine Fragen zur persönlichen Einschätzung der Studierenden (NACH Modul 2.42, SS 2024)	78
Tabelle 4.13: Feedback (NACH Modul 2.42, SS 2024)	79
Tabelle 4.14: Nicht relevante Inhalte für Studierende (NACH Modul 2.42, SS 2024)	85
Tabelle 4.15: Gewünschte (noch nicht angebotene) Themen (NACH Modul 2.42, SS 2024)	85
Tabelle 4.16: Positive Rückmeldungen der Studierenden über die LV (NACH Modul 2.42, SS 2024).....	86

Tabelle 4.17: Negative Rückmeldungen der Studierenden über die LV (NACH Modul 2.42, SS 2024)	87
Tabelle 4.18: Allgemeine Fragen zum Vorwissen und zur Einschätzung der Studierenden in Bezug auf ethisch-rechtliche Themen in der Medizin (VOR Modul 3.34, WS 2023/24)	88
Tabelle 4.19: Beschäftigung der Studierenden mit Ethik und Recht vor dem Studium (VOR Modul 3.34, WS 2023/24)	91
Tabelle 4.20: Erwartungen der Studierenden an die LV zu Ethik in der Medizin (VOR Modul 3.34, WS 2023/24)	92
Tabelle 4.21: Allgemeine Fragen zum Wissensstand und zum Interesse der Studierenden an den ethisch-rechtlichen Themen sowie zur Transparenz der Ethiklehre im Studium (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)	99
Tabelle 4.22: Allgemeine Fragen zur persönlichen Einschätzung der Studierenden (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)	100
Tabelle 4.23: Feedback (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)	102
Tabelle 4.24: Nicht relevante Inhalte für Studierende (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)	109
Tabelle 4.25: Gewünschte (noch nicht angebotene) Themen (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)	109
Tabelle 4.26: Positive Rückmeldungen der Studierenden über die LV (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)	110
Tabelle 4.27: Negative Rückmeldungen der Studierenden über die LV (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)	111
Tabelle 4.28: Zitate aus dem ersten und zweiten Studienabschnitt auf die Frage, was den Studierenden an der LV besonders gut gefallen hat	118
Tabelle 11.1: Antworten der Freitextfrage 11 VOR den Modulen 1.11 und 3.34 WS 2023/24	157
Tabelle 11.2: Antworten der Freitextfrage 16 VOR den Modulen 1.11 und 3.34 WS 2023/24	161
Tabelle 11.3: Antworten der Freitextfrage 12 bzw. 14 NACH den Modulen 1.11 und 2.42 ...	172
Tabelle 11.4: Antworten der Freitextfrage 14 bzw. 16 NACH den Modulen 1.11, 2.42 und 3.34	172
Tabelle 11.5: Antworten der Freitextfrage 24 bzw. 26 NACH den Modulen 1.11 und 2.42 ...	176
Tabelle 11.6: Antworten der Freitextfrage 25 bzw. 27 NACH den Modulen 1.11 und 2.42 ...	183

III Zusammenfassung

Aufgrund des stetigen Anstiegs der medizintechnologischen Möglichkeiten sind medizinethische und -rechtliche Kenntnisse wichtiger denn je, um Übertherapie, die sich rein über die technische „Machbarkeit“ begründet und sich nicht am individuellen Wohl / Nutzen für eine Patient:in orientiert, zukünftig bestmöglich zu vermeiden. Deshalb ist eine verpflichtende und praxisorientierte Ethiklehre im Medizinstudium unerlässlich, um bereits frühzeitig Verständnis für schwierige medizinische Entscheidungsfindung zu vermitteln.

An der Medizinischen Universität Innsbruck ist die neue praxiszentrierte Ethikpflichtlehre seit 2019 etabliert und ist seit 2023 in allen drei Studienabschnitten des Medizin-Curriculums fix verankert. Diese Diplomarbeit wertet die Evaluationen der Ethikpflichtlehrveranstaltungen des Studienjahres 2023/24 durch die Studierenden aus. Dazu nahmen diese jeweils VOR und NACH den Lehrveranstaltungen an Umfragen teil, die quantitativ und qualitativ (Freitextfragen; Inhaltsanalyse nach Mayring) ausgewertet wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrzahl der Studierenden NACH den Lehrveranstaltungen das Gefühl hat die ethischen und gesetzlichen Grundlagen ärztlichen Handelns zu kennen, eine differenzierte Begründung für ein ethisch-moralisches Dilemma erarbeiten und folgend einen Handlungsvorschlag unterbreiten zu können. Insbesondere im zweiten Studienabschnitt stieg das Wissen um medizinethische / -rechtliche Kenntnisse deutlich an. Gleichzeitig nahmen die Studierenden mit zunehmender Studiendauer die Komplexität ethischer Fragestellungen stärker wahr und fühlten sich dann weniger sicher in ihrer Entscheidungsfindung – ein Zeichen für zunehmendes Problembewusstsein. Besonders positiv wurde der Fokus auf die klinischen Fragestellungen und der intensive Praxisbezug in allen Ethiklehrveranstaltungen ab dem ersten Semester genannt.

Insgesamt bewerteten die Studierenden die Einführung der Ethik- und Rechtsinhalte in das verpflichtende Medizin-Curriculum sehr positiv. Die Verbindung von theoretischem Wissen mit der Möglichkeit schwierige medizinische Entscheidungsfindung fallbezogen praktisch zu üben wird als wertvoll und hilfreich für den späteren Berufsalltag empfunden. Dies kann langfristig zu einer reflektierteren und rationaleren Medizin beitragen, was angesichts zunehmender Ressourcenknappheit und Personalmangels dringend notwendig ist.

Die Integration ethisch-rechtlicher Inhalte in die medizinische Pflichtlehre schafft frühzeitig Bewusstsein für schwierige Fragestellungen in der Medizin und kann unter anderem dazu beitragen das Burnout-Risiko bei medizinischem Fachpersonal zu reduzieren.

IV Abstract

Due to the continuous advancement of medical technology, knowledge of medical ethics and law has become more important than ever in order to avoid overtreatment based solely on technical “feasibility” without regard to the individual well-being or benefit of a patient. For this reason, mandatory and practice-oriented ethics education in medical studies is essential to foster early understanding of complex medical decision-making.

At the Medical University of Innsbruck, a new mandatory ethics curriculum has been established since 2019 and has been integrated into all three phases of the mandatory medical curriculum since 2023. This thesis analyzes the evaluations of the ethics courses conducted by students during the 2023/24 academic year. For this purpose, students participated in surveys BEFORE and AFTER the courses, which were assessed both quantitatively and qualitatively (open questions; content analysis according to Mayring). The results show that the majority of students believe to be familiar with the ethical and legal principles guiding decision making in medical practice, to be able to formulate differentiated reasoning for ethical-moral dilemmas and to then suggest a course of action after completing the courses.

Particularly in the second phase of the curriculum, knowledge of medical ethics and law clearly increased. At the same time, students became more aware of the complexity of ethical issues while their knowledge increased, which led to a simultaneous decrease in their perceived confidence in ethical decision-making – a sign of growing awareness of ethical challenges. Students especially appreciated the focus on clinical questions and the intense practical orientation during all ethics courses beginning from the first semester.

Overall, students evaluated the integration of ethical and legal content into the mandatory medical curriculum very positively. The combination of theoretical knowledge with opportunities to practice difficult decision-making through case studies is considered valuable and helpful for their future professional lives. In the long term, this can contribute to a more reflective and rational medical decision making – something urgently needed in the light of increasing resource scarcity and staff shortages.

The integration of ethical and legal content into mandatory medical education fosters early awareness of complex issues in medicine and can, among others, contribute to reducing the risk of burnout among medical professionals.

V Eigenleistung

Im Rahmen dieser Diplomarbeit wurden zunächst die zentralen Inhalte aller Ethiklehrveranstaltungen im Rahmen des Medizin-Curriculums an der Medizinischen Universität Innsbruck zusammengefasst, um einen Überblick über die gelehrt Themen zu geben. Dabei wurde ein spezieller inhaltlicher Fokus auf die „end of life decisions“ gerichtet.

Anschließend wurden die studentischen Evaluierungen der verpflichtenden Ethiklehre an der Medizinischen Universität Innsbruck in allen drei Studienabschnitten im Wintersemester 2023/24 und im Sommersemester 2024 aus den Umfragebögen (Moodle) ausgewertet. Dabei wurden die Antworten auf die Fragen quantitativ ausgezählt bzw. die Freitextfragen anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Schließlich wurden die Ergebnisse der einzelnen Studienabschnitte NACH den jeweiligen Modulen vor allem hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfragen kritisch diskutiert und etwaige Vergleiche zwischen VOR und NACH den Lehrveranstaltungen durchgeführt. Abschließend wurden die für die Überprüfung der Hypothesen relevanten und ausgewählte andere Antworten über den Verlauf des Studiums hinweg analysiert und interpretiert.

1 Einleitung

Kenntnisse in Ethik und Recht sind mehr denn je essenzieller Bestandteil im Rahmen von schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung. Vor allem durch den schnellen medizintechnologischen Fortschritt in den letzten Jahrzehnten – nicht zuletzt auch durch neue Fragestellungen im Bereich von Künstlicher Intelligenz und Big Data – treten zusätzlich neue ethische und rechtliche Fragestellungen auf. Auch der sich weiter zuspitzende Personalmangel im Gesundheitswesen, Massenerkrankungen durch Virusinfektionen, zunehmende Hitzebelastung, Naturkatastrophen etc. und aktuelle Themen, wie z.B. die Straffreistellung der Beihilfe zum assistierten Suizid in Österreich, stellen medizinische Mitarbeiter:innen vor neue Herausforderungen. Neben großem fachspezifischem Wissen ist nicht zuletzt auch Ethikkompetenz und Basis-Wissen im Bereich des Medizinrechts eine Voraussetzung für eine fundierte, professionelle Entscheidungsfindung in der Medizin [1]. Bedingt durch die demographische Entwicklung mit einer zunehmenden Anzahl an älteren und sehr alten Menschen, steigt die Anzahl der Patient:innen, die intensivmedizinische Behandlungen benötigen. Die häufig unkritisch indizierten und sehr aggressiven Therapien führen bei komorbiden und gebrechlichen Menschen – unabhängig vom Alter – immer wieder zu komplizierten und langwierigen Verläufen, was im Rahmen chronisch kritischer Erkrankung zu verlängertem Leiden und Hinauszögern des Sterbeprozesses führt. Zu selten werden Patient:innen und Angehörige im Rahmen der Aufklärungsgespräche ehrlich und unmissverständlich ausreichend über die individuellen Risiken mit einem eventuell resultierenden verlängerten Aufenthalt auf der Intensivstation und den damit verbundenen negativen Folgen für ein qualitativvolles Weiterleben (chronisch kritische Erkrankung) informiert. Dadurch, dass wir mit modernen medizinischen Technologien heutzutage auch komorbide und kritisch kranke Patient:innen verlängert am Leben erhalten können, die früher an dieser Krankheit oder Verletzung verstorben wären, ist eine strenge Indikationsstellung, die der Definition eines individuellen Therapieziels folgt und den Wünschen und Wertvorstellungen einer Patient:in entspricht, Voraussetzung für die Vermeidung von Futility [2–4]. Futility ist definiert als Durchführung einer technisch möglichen medizinischen Handlung ohne sich über ein sinnvolles Therapieziel ableitende Indikation. Die Entscheidung zur Durchführung einer medizinischen Behandlung muss sich immer sowohl an den Wünschen und Wertvorstellungen einer Patient:in (Autonomie) als auch individuell an deren Sinnhaftigkeit und Angemessenheit (= ärztliche Indikation) für die jeweilige Patient:in orientieren [5]. Ohne strenge ärztliche Indikationsstellung führt eine rein am Machbaren orientierte Medizin nicht nur zu Übertherapie mit all ihren negativen Folgeerscheinungen für die involvierten Menschen, sondern auch zu einer nicht rechtfertigbaren Kostenexplosion im Gesundheitssystem. Neben den Patient:innen, die eine chronisch kritische Erkrankung und damit den größten Schaden durch solch eine

Therapie erleiden [6], führt Futility auch bei Angehörigen zu negativen Effekten im Sinne eines posttraumatischen Stresssyndroms [7] und ist die häufigste Ursache für ein Burnout bei medizinischem Personal [8]. Die rechtzeitige Entscheidung zu einer Änderung des Therapieziels von Heilung Richtung Palliativmedizin (schlussendlich zur Comfort Terminal Care im Rahmen der Sterbebegleitung) fällt vielen ärztlichen Kolleg:innen schwer. Dabei wäre eine Therapiezieländerung gerade bei Patient:innen mit fortgeschrittenen Erkrankungen und schlechtem / nicht vorhandenem Rehabilitationspotential wichtig, um Übertherapie zu vermeiden. Einer der Gründe, wieso dieses Umdenken oftmals nicht / nicht rechtzeitig gelingt, ist nicht zuletzt die fehlende Kenntnis über die ethischen Grundlagen ärztlichen Handelns und über die aktuellen gesetzlichen Bestimmungen [2].

Umso wichtiger ist es diese Grundkompetenzen bereits im Humanmedizinstudium den Studierenden zu vermitteln, damit diese dann in ihrem späteren klinischen Alltag eine bessere Entscheidungskompetenz und weniger Angst vor schwierigen Entscheidungen in der Medizin (z.B. „end of life decisions“; EOLD) haben. Dieser Aufgabe haben sich Frau Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. univ. Barbara Friesenecker, Frau Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ phil. Gabriele Werner-Felmayer und Herr Univ.-Prof. Dr. phil. fac. theol. Georg Gasser im Rahmen ihres Projektes „Ethiklehre im Medizincurriculum - Implementierung von verpflichtender Ethiklehre in allen 3 Studienabschnitten“ gewidmet. Bis 2019 war die Ethiklehre an der Medizinischen Universität Innsbruck nur im ersten Studienabschnitt in der Pflichtlehre integriert. In den folgenden Studienabschnitten konnten Studierende bei Interesse Wahlfächer mit ethischem Inhalt besuchen. Im Rahmen dieses neuen Projektes wurde die Ethiklehre in allen drei Studienabschnitten in der Pflichtlehre verankert [9]. Jede:r Studierende der Humanmedizin muss an der Medizinischen Universität in Innsbruck nun im ersten und dritten Studienabschnitt mindestens 1 Semesterwochenstunde (= 15 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten) absolvieren – im 2. Studienabschnitt 1,5 Semesterwochenstunden (zusätzlich zur Theorie noch 0,5 Semesterwochenstunden für die mündliche Prüfung im Rahmen eines Seminars mit klinischer Fallbesprechung) [10, 11]. Dieser Ethikunterricht, der sich durch das ganze Medizinstudium als roter Faden durchzieht, soll unter anderem dazu beitragen die Studierenden umfangreich über die ethischen und rechtlichen Grundlagen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung zu informieren und sie so auf den folgenden klinischen Alltag mit einer verbesserten eigenen Entscheidungskompetenz vorzubereiten. Im dritten Studienabschnitt haben die Studierenden die Möglichkeit auch jenseits der EOLD und entsprechend ihrer persönlichen Präferenzen aus einem inhaltlich sehr vielfältig gestalteten Themenangebot zu wählen, einem sogenannten „Wahlpflichtfächerkorb“, in dem Lehrende verschiedenster im Medizinstudium unterrichteter Fächer ethische Inhalte mit den Studierenden besprechen und diese Inhalte auch prüfen [10].

1.1 Übersicht – internationaler Vergleich Ethiklehre im Medizinstudium

Dr.ⁱⁿ med. univ. Elena Kircher hat 2023 im Rahmen ihrer Diplomarbeit *„Kompetenzorientierte Ethiklehre im Medizinstudium an der Medizinischen Universität Innsbruck“* [11] die Medizin-Curricula deutscher und österreichischer Universitäten gesichtet und die Integration der Ethiklehre ins Medizinstudium untersucht. Im Folgenden sollen diese Inhalte kurz geschildert werden:

In Deutschland wird anhand des „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin 2.0“ (NKLM 2.0) festgelegt, welche Kompetenzen im Medizinstudium gelehrt werden müssen. Er besteht aus acht Kapiteln, wobei auch die Erlernung ethischer Kenntnisse vorgeschrieben wird. Darin sind auch Vorschläge enthalten, im Rahmen welcher Fächer die ethischen Kompetenzen vermittelt werden sollten, und zwar in einem interdisziplinären Setting im Zusammenhang mit den jeweils zugehörigen medizinischen Fachgebieten über die komplette Dauer der universitären Ausbildung hinweg. Um dieses Ziel erreichen zu können, haben in Deutschland alle medizinischen Fakultäten Institute für Ethik in der Medizin. An der Universität in **Göttingen**, die für die Ethik auch einen globalen Forschungsstandort darstellt, übernimmt beispielsweise die Medizinethiklehre das Institut für Ethik und Geschichte der Medizin mittels der beiden Fächer „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin 1 & 2“. Teil 1 wird dabei als Kleingruppenseminar innerhalb der ersten sechs Semester unterrichtet [11].

In Österreich gibt es vier öffentliche medizinische Universitäten, welche sich in Wien, Graz, Innsbruck und in Linz (= medizinische Fakultät) befinden. In **Graz** ist im vierten Studienjahr das Pflichtseminar „Ethik in der Medizin“ zu absolvieren. Im neunten Semester sind auch im Modul „Anästhesie und interdisziplinäre Versorgung Schwerkranker“ ethische Themen integriert, allerdings ist der genaue Umfang nicht klar ersichtlich. Außerdem besitzt die Universität Graz ein Institut für Moralthologie, welches an der Medizinethiklehre mitwirkt. An der medizinischen Fakultät in **Linz** ist das Studium in ein Bachelor-Master-System unterteilt. Im Bachelor-Studium sind ethische Inhalte im Praktikum „Ärztliche Gesprächsführung und Untersuchungskurs III“ und im Wahlfach „Einführung in die genomische Wissenschaft“ vorhanden. Im Master wird im ersten Semester die Pflichtlehrveranstaltung „Medizin und Ethik“ abgehalten. Des Weiteren beinhaltet das Wahlfach „Förderung der Gesundheitskompetenz der Gesellschaft – Von First Aid bis Last Aid“ palliativmedizinische Themen bezogen auf die Begleitung von Sterbenden. Die medizinische Universität **Wien** hat die ethischen Themen komplett in einzelne Lehrveranstaltungen (LV) integriert. Im ersten Semester werden die medizinethischen Basics im Rahmen des Moduls „Gesunde und kranke Menschen“ gelehrt. Auch in der LV „Genetik, molekulare und zelluläre Kommunikation“ im zweiten Semester werden ethische Themen behandelt. Der Block „Sexualität, Reproduktion, Schwangerschaft und Geburt“, welcher aus Vorlesungen und einem Seminar besteht und im fünften Semester

abgehalten wird, umfasst ebenso medizinethische Themen. Das siebte Semester beinhaltet das Modul „Public Health“ (Vorlesung plus Seminar) und das neunte Semester die Lehrveranstaltung „Interdisziplinäre Fallkonferenzen“. In beiden Semestern werden ebenfalls Themen der Medizinethik behandelt. An der MedUni Wien ist auch der Sitz des UNESCO Lehrstuhls für Bioethik, welcher sich nicht zuletzt mit dem Ziel des Ausbaus der medizinethischen Ausbildung befasst. In **Innsbruck** ist die Ethiklehre beginnend 2019 und nun seit dem SS 2023 vollständig in allen drei Studienabschnitten des Medizin-Curriculums in Form von Pflichtlehre – daher auch mit Prüfungen in allen drei Studienabschnitten – integriert. Dabei ist besonders der immanente klinische Bezug, bereits ab dem ersten Semester, hervorzuheben [11]. Mehr Details zur Medizinethiklehre an der Medizinischen Universität Innsbruck werden im Kapitel 1.3 besprochen.

1.2 Medizin- und Bioethik-Organisationen in Österreich

Um die medizinethischen Interessen zu wahren gibt es in Österreich verschiedene Organisationen. Diese unterscheiden sich nicht nur in ihren Aufgaben und Tätigkeitsbereichen, sondern auch in der Art, welche Konsequenzen eine Entscheidung nach sich zieht. Während die Bioethikkommission und das Klinische Ethikkomitee nur Empfehlungen aussprechen, erteilt die Ethikkommission Entscheidungen in Beschlussform [12–14]. Im Folgenden wird auf diese drei Organisationen und deren Tätigkeiten näher eingegangen.

1.2.1 Bioethikkommission (BEK)

Die Bioethikkommission stellt ein „*Beratungsgremium für den Bundeskanzler*“ [12] dar. Sie befasst sich mit verschiedenen Fragestellungen (naturwissenschaftliche, rechtliche etc.) im Fachbereich der Humanbiologie & -medizin und betrachtet diese aus einer ethischen Perspektive. Die Bioethikkommission gibt anschließend unter anderem Vorschläge über gesetzliche Maßnahmen, Praxisempfehlungen und Gutachten ab. Wichtig ist, dass es sich dabei nur um Beratungen und keine Entscheidungen handelt [12]. Die österreichische Bioethikkommission besteht aus mindestens 15 und maximal 25 Mitgliedern (derzeit 24) [15]. Die Auswahl der Mitglieder erfolgt durch den Bundeskanzler. Dabei ist insbesondere auf ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis zu achten. Liegen seitens der Beteiligten Interessenskonflikte vor, so müssen diese in der ersten Sitzung bekanntgegeben werden [16]. Die Mitglieder werden auf eine Dauer von drei Jahren bestellt und vierteljährlich muss mindestens eine Sitzung stattfinden [15].

Ein Beispiel für eine Stellungnahme seitens der Bioethikkommission sind die „*Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende*“ [17]. Darin wird u.a. empfohlen die Begriffe „aktive, passive und indirekte Sterbehilfe“ nicht mehr zu verwenden. Stattdessen sollen die Bezeichnungen „Sterbebegleitung“, „Sterben zulassen“ und „Therapie am Lebensende“ verwendet werden. Davon abzugrenzen ist die „Tötung auf Verlangen“, welche in Österreich einen Straftatbestand darstellt [17].

Weitere Beispiele für Empfehlungen sind die „*Stellungnahme zum Entwurf des COVID-19 Impfpflichtgesetzes*“ [18], „*Anhaltende Ressourcenknappheit in der stationären Versorgung: Zum ethisch fundierten Umgang in Allokationsfragen – Stellungnahme der Bioethikkommission*“ [19] oder die „*Stellungnahme – Sterben in Würde*“ [20].

1.2.2 Ethikkommission (EK)

Die Ethikkommission (EK) einer Universität beschäftigt sich vorwiegend mit wissenschaftlichen Projekten im human- & biomedizinischen Fachbereich und prüft, ob diese ethisch

unbedenklich sind. Sie kann sich in Ausnahmefällen aber auch zu Projekten äußern, welche prinzipiell per Gesetz keinen Auftrag für die Ethikkommission darstellen. Ein Beispiel dafür sind Forschungen, die an humanem Material durchgeführt werden. Bei ihren Entscheidungen stützt sie sich vor allem auf die Deklaration von Helsinki. Anders als bei der Bioethikkommission teilt die Ethikkommission einer Universität ihre Entscheidungen in Beschlussform mit. Diese können auch befristet oder an zusätzliche Auflagen gebunden sein. An den Sitzungen müssen Mitglieder teilnehmen. Ist die Teilnahme nicht möglich, muss die Stellvertreter:in des verhinderten Mitglieds an der Sitzung teilnehmen. Eine ordentliche Sitzung findet zumindest einmal im Monat statt [13]. Die Ethikkommission muss z.B. involviert werden, wenn bei einer wissenschaftlichen Arbeit personenbezogene Daten verarbeitet werden. Auch bei einer Diplomarbeit muss bereits bei der Anmeldung der Arbeit ein Votum der Ethikkommission beigelegt werden, wenn beispielsweise personenbezogene Daten verwendet werden sollen [21]. Auch bei allen anderen geplanten wissenschaftlichen Studien wird mittels von der EK beauftragten Expert:innen-Gutachten die wissenschaftlich und ethisch korrekte Vorgehensweise der Studienautor:innen überprüft [22].

1.2.3 Klinisches Ethikkomitee (KEKo)

Ziel des Klinischen Ethikkomitee's (KEKo) ist ein interdisziplinärer und interprofessioneller Austausch, um das Behandlungsteam im Krankenhaus bei besonders schwierigen Entscheidungen im klinischen Alltag zu unterstützen. Es beschäftigt sich somit, im Gegensatz zur Ethikkommission, nicht mit der Überprüfung von wissenschaftlichen Projekten auf deren ethische Unbedenklichkeit, sondern mit den ethischen Fragestellungen in der praktischen Patient:innenversorgung. Das KEKo hat dabei lediglich eine beratende Funktion und unterbreitet dem anfragenden Team einen Handlungsvorschlag [14]. Die für die Patient:in verantwortlichen behandelnden Ärzt:innen behalten immer ihre Entscheidungshoheit. Sie können dem Handlungsvorschlag des KEKo folgen (Vorteil: „breiterer Rücken“) oder auch nicht und bleiben damit immer letztverantwortlich für die getroffene Entscheidung und die daraus resultierenden Folgen [23]. Es kann zwischen zwei verschiedenen Anfragen beim KEKo unterschieden werden. Zum einen gibt es die Ethikberatung. Dabei werden eine strukturierte Besprechung des jeweiligen Falles und etwaige ethische Diskussionen über die weitere Behandlung und Beratung der Patient:in durchgeführt. Unter anderem werden Fragen über das Vorhandensein eines realistischen Behandlungszieles, auf dem die Indikation für die Durchführung einer technisch machbaren medizinischen Handlung beruhen muss, oder eine möglicherweise notwendige Therapiezieländerung Richtung Palliativmedizin diskutiert. Zum anderen gibt es die klinisch-ethische Einzelfallbesprechung. Diese kann im Akutfall angefordert werden und wird normalerweise innerhalb von wenigen Arbeitstagen durchgeführt. Besonders sinnvoll ist eine Einzelfallbesprechung, wenn beispielsweise das Therapieziel oder

der Patient:innenwille nicht klar sind. Weitere Gründe ein KEKo anzufordern wären auch Konflikte zwischen oder innerhalb der behandelnden Teams oder bei Kommunikationsschwierigkeiten mit „schwierigen“ Angehörigen. Auch die Indikationsstellung zur Behandlung mit sehr teuren Medikamenten oder sehr teure Therapien bei seltenen Erkrankungen können Themen sein, bei denen die Einbeziehung eines KEKo die medizinische Entscheidungsfindung erleichtern bzw. durch „einen breiteren Rücken“ absichern kann [14].

1.3 Konzept der verpflichtenden Ethiklehre an der MUI

Das Konzept der verpflichtenden Ethiklehre an der Medizinischen Universität Innsbruck wurde ab 2019 grundlegend überarbeitet und inhaltlich ausgebaut. Bis 2019 war die Ethiklehre lediglich im ersten Studienabschnitt in der Pflichtlehre verankert. In den folgenden Studienabschnitten konnten die Studierenden freiwillig Wahlfächer mit ethischen Inhalten besuchen. Von 2019 bis 2022 konnte – coronabedingt – die neu konzipierte, verpflichtende Ethiklehre zunächst nur im ersten und im dritten Studienabschnitt eingeführt werden. Seit dem Studienjahr 2022/23 ist die Ethiklehre nun auch im zweiten Studienabschnitt – und damit in allen drei Studienabschnitten – als Pflichtlehre fix verankert. Es müssen in jedem Abschnitt mindestens 15 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten, was rechnerisch einer Semesterwochenstunde entspricht, absolviert werden [9]. Im zweiten Studienabschnitt kommen durch die Fallbesprechung mit Prüfungscharakter 0,5 Semesterwochenstunden dazu [11]. Die einzelnen Abschnitte werden in den nächsten Unterkapiteln behandelt.

Die Abbildung 1.1 zeigt eine grafische Zusammenfassung des Gesamt-Konzepts der Ethiklehre an der MUI.

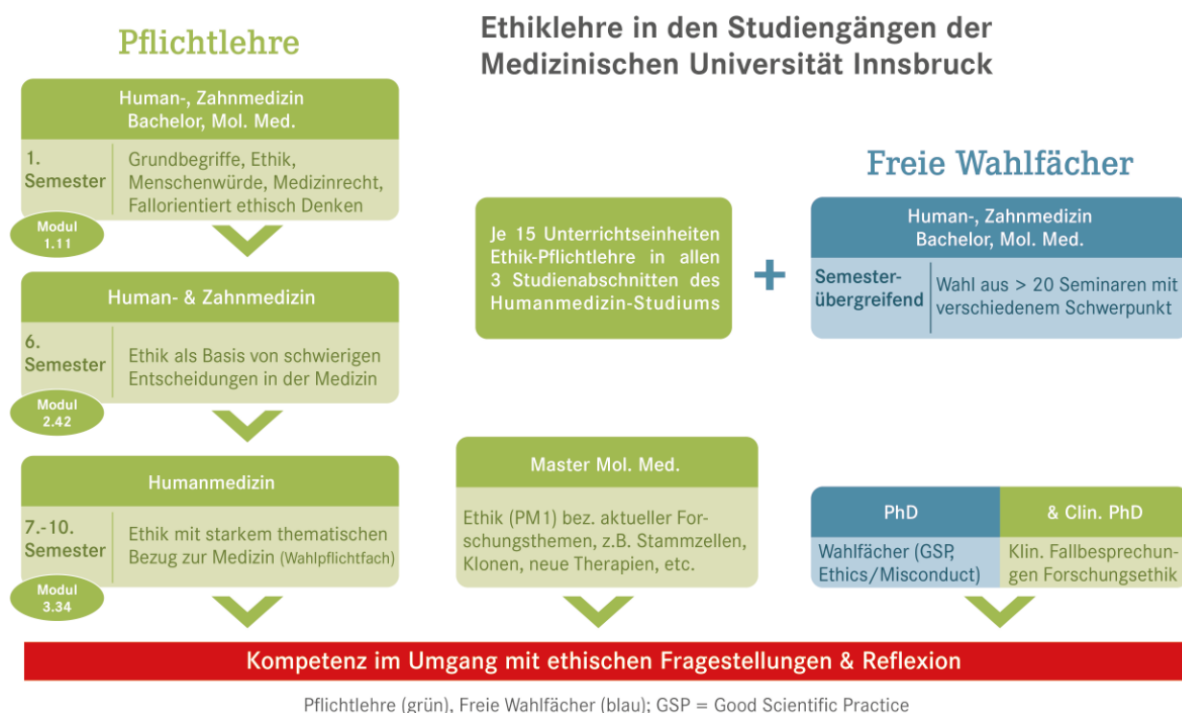


Abbildung 1.1 Konzept der Ethiklehre an der MUI [24]

1.3.1 Ethiklehre im ersten Studienabschnitt

Im ersten Studienabschnitt war die Ethiklehre schon viele Jahre in Form von Pflichtlehre in den Studienplan integriert. Ethische Inhalte waren anfangs Teil der beiden Module 1.01 (Umgang mit dem kranken Menschen) und 1.04 (Medizinisches Propädeutikum) im Ausmaß einer

Semesterwochenstunde (= 15 Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten) [10]. Ab dem Wintersemester (WS) 2019/20 wurden die Lehrveranstaltungen im ersten Studienabschnitt im Co-Teaching von Frau Prof.ⁱⁿ Barbara Friesenecker (Anästhesistin und Intensivmedizinerin) und Frau Prof.ⁱⁿ Gabriele Werner-Felmayer (Biochemikerin und viele Jahre Mitglied der österreichischen Bioethikkommission) abgehalten. Seit dem Studienjahr 2022/23 finden die Ethikpflichtvorlesungen des 1. Semesters im Ausmaß von 15 UE a 45 Minuten nun im Rahmen des Moduls 1.11 (Medizin für gesunde und kranke Menschen) statt [11]. Die Studierenden der Humanmedizin, Zahnmedizin und Molekularer Medizin hören diese Vorlesungen gemeinsam. Inhaltlich werden den Studierenden grundlegende Begriffe der Medizinethik und deren Bedeutung für die klinische Praxis beigebracht [10]. Außerdem werden auch notwendige rechtlichen Grundlagen erläutert [24]. Ein inhaltlicher Fokus liegt auch auf der Vermittlung allgemeiner Themen aus dem Bereich der Bioethik, um Bewusstsein für das breite Spektrum ethischer Fragen im Gesundheitswesen zu schaffen [10].

Seit dem WS 2023/24 wird das Modul 1.11 nach der Pensionierung von Frau Prof.ⁱⁿ Gabriele Werner-Felmayer nun von Frau Prof.ⁱⁿ Barbara Friesenecker und OA Dr. med. univ. Benjamin Hetzer (Pädiater / Kinderonkologe) im Co-Teaching gelehrt [10]. Das Konzept der Ethik-Vorlesungen im 1. Semester sieht von Anfang an vor, den Studierenden medizinethische (und korrespondierende medizinrechtliche) Fragestellungen mit sehr praktischem Bezug anhand klinischer Beispiele näher zu bringen. Die Studierenden lernen so bereits sehr früh im Studium die ethischen / rechtlichen Inhalte an praktischen Beispielen kennen und anzuwenden. Über externe Lehrende (Tiroler Patient:innenvertretung, klinische Psychologie etc.) wird von Anfang an Bewusstsein für die Möglichkeit des „Blicks über den Tellerrand“ geschärft und auf den wichtigen Aspekt der Kommunikation und der bewussten Reflexion aufmerksam gemacht. Das gezielt praktizierte Co-Teaching ist auch im Sinne eines „Teach the Teacher-Konzeptes“ für die in der Ethiklehre tätigen Universitätslehrer:innen (im Rahmen der einmal jährlich stattfindenden Klausurtagung der Ethiklehrenden der MUI) – die aus allen verschiedenen Fachrichtungen der Medizin zusammenkommen, um gemeinsam zu lehren – eine neue und sehr interessante Lehrerfahrung [11]. Da die Ethikpflichtvorlesungen im Zuge des Moduls 1.11 stattfinden, wird die Wissensüberprüfung anhand der schriftlichen Kumulativen Modulprüfung (KMP) am Ende des 1. Semesters (= iKMP 1) durchgeführt, wo seit 2019 – damals noch in Form der KMP 1A – Fragen mit ethischem Inhalt Teil der allgemeinen Prüfungsfragen sind [25].

1.3.2 Ethiklehre im zweiten Studienabschnitt

Im zweiten Studienabschnitt findet sich die im Studienjahr 2022/23 neu eingeführte Ethikpflichtlehre im Modul 2.42 (Medizinische Ethik 1) wieder [10]. Coronabedingt waren in den beiden Jahren davor nur Pilotprojekte mit wenigen, freiwilligen Studierenden (maximal 30) in Form eines Wahlfaches möglich, da aufgrund der wechselnden Pandemie-Maßnahmen die

Abhaltung eines geregelten „live“-Praktikums für ca. 400 Studierende organisatorisch nicht möglich war [11]. Das Modul 2.42 „[...] besteht aus einer interdisziplinären praxisorientierten Vorlesung zu schwierigen Entscheidungen in der Medizin an Beispielen aus der Intensivmedizin, der Neurologie, der Neonatologie, der Pädiatrie [Anmerkung des Autors: später zusätzlich Gynäkologie und Notfallmedizin] und mit Bezug auf kulturelle Diversität“ [10]. Es umfasst 15 Unterrichtseinheiten (UE) zu je 45 Minuten. Zusätzlich zu den Vorlesungen wird auch ein Seminar mit immanentem Prüfungscharakter (mit 7,5 UE / = 0,5 Semesterwochenstunden) in Kleingruppen abgehalten [11]. Die Studierenden müssen Fallbeispiele strukturiert nach fixen Vorgaben (sogenanntes „Innsbrucker Handwerkszeug für die strukturierte Diskussion eines komplexen Falls“; siehe Tabelle 1.1) in einer „Prüfungssituation“ nach ethischen / rechtlichen Gesichtspunkten besprechen. Die Fälle müssen dazu vor dem Seminar – als Hausaufgabe in der zugeteilten Gruppe – ausgearbeitet werden. Im Rahmen einer Besprechung der Fragen (20 Studierende, mehrere verschiedene Fälle) muss der jeweilige Fall mit einer PowerPoint-Präsentation im Plenum dargestellt und mit allen Teilnehmer:innen diskutiert werden [11]. Die theoretische Wissensüberprüfung fand bis 2025 zusätzlich noch im Rahmen der schriftlichen kumulativen Modulprüfung (KMP) des 6. Semesters (= KMP 4B) statt [26]. Der Link zu diesem Dokument ist mittlerweile auf der Webseite der MUI nicht mehr verfügbar, da die Wissensüberprüfung hinkünftig als rein mündliche Prüfung („Innsbrucker Handwerkszeug“) für die Studierenden der Humanmedizin weitergeführt wird. Die Zahnmedizin-Studierenden werden die Ethik-Vorlesung im 6. Semester nicht mehr verpflichtend hören, weil die Fälle aus der Humanmedizin für sie inhaltlich nicht mehr thematisch relevant sind [27].

1.3.3 Ethiklehre im dritten Studienabschnitt

Im dritten und letzten Studienabschnitt wurde die Ethiklehre im Studienjahr 2021/22 als Modul 3.34 (Medizinische Ethik 2) in die Pflichtlehre integriert, und zwar in Form eines Wahlpflichtfächerkorbes [10]. Die Lehrveranstaltungen wurden bereits 2020/21 erstmals abgehalten, pandemiebedingt allerdings als freies Wahlfach [11]. Im Zuge dieses Moduls müssen die Studierenden verpflichtend eines der angebotenen Wahlpflichtfächer frei wählen und mit Anwesenheitspflicht besuchen [10]. Im Wintersemester 2022/23 konnte zwischen 15 Lehrveranstaltungen gewählt werden [11]. Mittlerweile können die Studierenden bereits aus 23 verschiedenen Themenangeboten (Stand Studienjahr 2023/24) / bis zu 25 verschiedenen Themenangeboten (Studienjahr 2024/25) wählen [28]. Der Unterricht findet in Kleingruppen statt und wird meist von einem interdisziplinärem Lehrenden-Team im Co-Teaching abgehalten. In den Seminaren werden fachspezifisch ethische Fragestellungen ausgearbeitet und besprochen. Bei Interesse können Studierende aus allen 3 Studienabschnitten bei verfügbaren Plätzen diese Seminare zusätzlich als Wahlfach absolvieren [10]. In Tabelle 1.2

ist der Wahlpflichtfächerkorb des Studienjahres 2023/24 abgebildet. Alle Seminare haben einen Umfang von einer Semesterstunde (= 15 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten). Die Prüfungen werden individuell von den Lehrenden in jedem Wahlpflichtfach abgehalten [28].

Tabelle 1.1: Innsbrucker „Handwerkszeug“ für die strukturierte Diskussion eines komplexen Falls [29]

Innsbrucker Handwerkszeug für die strukturierte Diskussion eines komplexen Falls

1. Frage: Schildern Sie kurz den Fall

- Wer ist beteiligt und um welche Interessen / Konflikte geht es?
- Welche bio-psycho-soziale Dimension hat der Fall?
- Welche Rolle spielt Kommunikation bei Ihrem Fall ?

2. Frage: Welche medizinethischen Prinzipien sind betroffen und wo geraten sie in Konflikt („Georgetown Mantra“; Balance der Prinzipien)?**3. Frage:** Besprechen Sie den Fall basierend auf dem 2 Säulenmodell (Konflikt Ärzt:in/Pat. + Angehörige, ethisch rechtliche Dimension - ÄG, ErwSchG, PatVG, Kinderschutzgesetz etc...)**4. Frage:** Was ist gut gelaufen und warum?

Falls etwas nicht gut gelaufen ist, welche Lösungsvorschläge gibt es?

Wie hätte man es besser machen dürfen/können/müssen?

Erwägen Sie dabei auch eine weiterführende Argumentation: beste medizinische Versorgung – Gerechtigkeit (Ius suum/Verteilungsgerechtigkeit), ACP/KPK, rel. Autonomie, Sorgeprinzip, organisationsethische Aspekte

Legende:

ÄG ... Ärztegesetz

ErwSchG ... Erwachsenenschutz-Gesetz

PatVG ... Patientenverfügungs-Gesetz

ACP ... Advance Care Planning

KPK ... Klinische Perspektiven Konferenz

Tabelle 1.2: Fächer mit ethischem Inhalt im Wahlpflichtfächerkorb des dritten Studienabschnitts (Beispiel Studienjahr 2023/24) [30]

LV-Nr.	Titel	Vortragende:r (Mitwirkende:r)
993001 993501	Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen als Patient:innen und Angehörige: Eine ethische Perspektive	Exenberger-Vanham S, Jahnke-Majorkovits A
993002	Ethische Urteilsfindung in Medizin und Forschung	Huber L, Mascalzoni D
993003 993503	Tierversuchsethik – Alternativen zum Tierversuch	Lechner J, Wilfingseder D
993005	Bioethik im Film und öffentlichem Diskurs	Böttcher B
993006 993506	Medizinethik in der Kinder- und Jugendheilkunde	Brunner J, Paganini C
993008	Ethische Fragen in der Palliativmedizin	Medicus E, Sperner-Unterweger B
993012 993512	Angewandte Ethik in Handlungsempfehlungen und Entscheidungsfindungen in der prähospitalen Notfallmedizin	Lederer W, Mörtl M
993013 993513	Medizinethik in der Pädiatrie I. Zum Wohle des Patienten: Interdisziplinäre Perspektiven, ganzheitliche Entscheidungsfindung	Gasser G, Hetzer B
993014	Schwierige ethische Entscheidungen am Ende des Lebens	Friesenecker B
993015	Medizinethische und medizinrechtliche Aspekte der Pränataldiagnostik (PND) und Präimplantationsdiagnostik (PID)	Böttcher B, Gasser G, Wehinger D
993016 993516	Ethische Fragen in der Transplantationsmedizin	Eschertzhuber F, Kohl C, Kumnig M, Quitterer J, Schneeberger S, Weissenbacher A

LV-Nr.	Titel	Vortragende:r (Mitwirkende:r)
993019 993519	Ethische Aspekte der Gentherapie	Ritsch A
993021	Bioethik in der Medizin	/
993024	NS-Zeit und Entgrenzung der Ethik	Friedmann I, Lechner C
993027 993527	Ethische Entscheidungen in der Zentrumsmedizin. Fallbeispiele aus der Herzchirurgie	Engler C, Gollmann- Tepeköylü C, Graber M, Hirsch J, Holfeld J, Pölzl L
993502	Ethische Urteilsfindung in der Medizin und Forschung	Huber L, Mascalzoni D
993504	Ethische Fragen bei Schwangerschaft und am Lebensanfang	Böttcher B, Griesmaier-Falkner E, Kiechl-Kohlendorfer U, Zschocke J
993507	Emotionale, ethische und spirituelle Auseinandersetzung mit Sterben und Tod	Swoboda U, Weiskopf M
993509	Kommunikation in der Palliativmedizin	Medicus E, Sperner-Unterwiesing B
993510	Der tote Mensch (Anatomie, Pathologie, Gerichtsmedizin, Seelsorge/Theologie) – ethische Fragestellungen	Blumer M, Brenner E, Müller L, Pallua J, Rabl W, Weiskopf M, Zelger B
993511	Ethische Fragestellungen in der Reproduktionsmedizin	Böttcher B, Exenberger A, Schwaninger G, Zschocke J
993522	Ethische Perspektiven des assistierten Suizids & bei Tötung auf Verlangen	Friesenecker B, Kaneider C, Medicus E
993525	Psychiatriegeschichte & Ethik	Lechner C, Popovic D

1.4 Fokus klinische Ethiklehre an der MUI mit Schwerpunkt der End of Life Decisions (EOLD)

Um Übertherapie zu vermeiden ist die rechtzeitige Therapiezieländerung bei Patient:innen mit fortgeschrittenen Erkrankungen und schlechtem / nicht vorhandenem Rehabilitationspotential essenziell. Einer der Gründe, wieso dieser Umstieg oftmals nicht / nicht rechtzeitig gelingt, ist nicht zuletzt die fehlende Grundkenntnis über die ethischen Grundlagen ärztlichen Entscheidens und Handelns und mangelndes Wissen über die aktuellen gesetzlichen Bestimmungen [2]. Umso wichtiger ist es diese Grundkompetenzen den Studierenden bereits im Humanmedizinstudium zu vermitteln, damit diese dann in ihrem späteren klinischen Alltag eine bessere Entscheidungskompetenz und weniger Angst vor „end of life decisions“ (EOLD) haben. In Innsbruck wird das korrekte ethisch und rechtlich basierte Argumentieren beim Treffen von End of life decisions (EOLD) bereits ab dem ersten Semester im Rahmen einer sehr klinisch basierten Ethiklehre anhand von praktischen Fallbeispielen gelehrt und geübt [11]. Nähere Informationen dazu wurden bereits im Kapitel 1.3 behandelt. Die folgenden Abschnitte sollen die wichtigsten ethischen Grundlagen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung beleuchten.

1.4.1 Ethische Grundlagen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung

Durch die Errungenschaften moderner Medizin im 20. / 21. Jahrhundert ist technisch mittlerweile sehr viel machbar und viele Menschen können trotz schwerer Erkrankung in ein Leben mit guter Lebensqualität, entsprechend ihren Wünschen und Wertvorstellungen, zurückgebracht werden. Unüberlegtes medizinisches Handeln, das sich aber allein an der Machbarkeit orientiert, ohne die Indikationsstellung kritisch über ein sinnvolles individuelles Therapieziel abzuleiten, führt zu einer sehr unmenschlichen Medizin „im Machbarkeitswahn“ [6]. Dies ist die Ursache für Übertherapie und deren negativen Folgen sowohl für Patient:innen (verlängertes Leiden durch chronisch kritische Erkrankung und ein prolongierter Sterbeprozess) und deren Angehörigen (posttraumatisches Stresssyndrom) [7], als auch für die beteiligten medical professionals (Burnout) [8]. Schlussendlich hat Übertherapie auch für das Gesundheitssystem selbst negative Konsequenzen (sinnlos hohe Kosten, Zwei- oder Mehrklassen-Medizin). Umso wichtiger ist bei schwer kranken Menschen eine regelmäßige Reevaliierung der Indikation und des Therapieziels und gegebenenfalls bei nicht mehr vorhandenem sinnvollen Therapieziel eine rechtzeitige Therapiezieländerung von Heilung Richtung Palliation anzudenken [6]. Die Bewertung der Sinnhaftigkeit einer medizinischen Handlung kann dabei nicht rein objektiv erfolgen. Die subjektive Betrachtung einer medizinischen Maßnahme enthält zwei Komponenten. Die sogenannte „Zweckrationalität“

betrachtet die Frage, ob das gewünschte Therapieziel erreicht werden kann. Hier spielt die vorhandene wissenschaftliche Evidenz eine große Rolle. Zum anderen ist auch die sogenannte „Wertrationalität“ Teil dieser Betrachtung. Sie beschäftigt sich mit den zugrunde liegenden moralischen Werten und ist somit unter anderem zeit- und kulturabhängig. Zwei weitere Perspektiven sind die Sicht der Ärzt:in, aus der sich die medizinische Indikation ergibt, und die Sicht der Patient:in als Basis von Selbstbestimmung und Autonomie [31].

Patient:innen wünschen sich – unabhängig davon wie krank oder alt sie sind – die *beste medizinische Versorgung* (bmV). BmV heißt jedenfalls „[...] *nicht, immer alles [zu] machen, was technisch möglich ist*“ [32]. Neben einer individuellen Risiko-Nutzen-Abwägung müssen die Angemessenheit einer medizinischen Maßnahme und die Frage nach deren Gerechtigkeit betrachtet werden [33]. Gerechtigkeit ist das komplexeste Prinzip aus der Prinzipienethik nach Beauchamp and Childress [34]. „*Gerechtigkeit enthält immer einen Moment von Gleichheit*“ [32] und bedeutet „[...] *dass Gleiches gleich und Ungleiches ungleich behandelt werden sollte*.“ [33]. Da zwei Patient:innen zwar dieselbe Erkrankung im selben Stadium mit z.B. derselben Histologie etc. haben können, sind sie aber dennoch nie ganz gleich, da sie sich in Bezug auf ihre Komorbiditäten, Gebrechlichkeit, Alter, Reha-Potential und ihre individuellen Wünsche und Wertvorstellungen etc. unterscheiden. Gerechtigkeit bezogen auf eine individuelle Patient:in bedeutet demnach, dass sich die behandelnden Ärzt:innen überlegen müssen, was bmV im Kontext der individuellen Lebenswelt einer Patient:in bedeutet, das sogenannte *ius suum* [33]. „*Da zwei medizinische Fälle niemals gleich, [sondern] höchstens vergleichbar sind [...], wäre es eine Ungleichbehandlung (= ungerecht), wenn vergleichbare Fälle da, wo sie ungleich sind, gleich behandelt würden!*“ [32].

Neben der Beachtung des *ius suum* ist im Rahmen medizinischer Entscheidungsfindung auch die Verteilungsgerechtigkeit (*iustitia distributiva*) zu beachten, die sich auf die gerechte Verteilung vorhandener oder auch knapper Güter (Triage) bezieht. Verteilungsgerechtigkeit heißt – auch in einem reichen Gesundheitssystem – nicht, allen immer alles zu geben (das wäre auch gleichzeitig – wie oben diskutiert – eine Verletzung des *ius suum*), sondern bedeutet, dass alle Menschen in diesem System potentiell den gleichen Zugang zu einer Ressource haben müssen – ob die medizinische Ressource dann wirklich zur Anwendung kommt oder nicht, hängt vom individuell zu definierenden Therapieziel und der daraus resultierenden individuellen medizinischen Indikation ab. Strenge Indikationsstellung, die sich am individuellen Therapieziel orientiert, würde demnach – zumindest in einem reichen Medizinsystem, wo indizierte Maßnahmen (derzeit noch) finanziert werden – gerechtes Entscheiden sowohl im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit als auch im Sinne des *ius suum* bedeuten [33].

1.4.1.1 Übertherapie / Chronic critical Illness (CCI)

Übertherapie als Folge unkritischer Indikationsstellung, die sich rein am Machbaren orientiert, führt zu chronisch kritischer Erkrankung. Elshaug et al. sprechen in diesem Zusammenhang über eine *„Provision of a service that is unlikely to increase the quality or quantity of life, that poses more harm than benefit, or that patients who were fully informed of its potential benefits and harm would not have wanted“* [35]. Im Machbarkeitswahn moderner Medizin werden also medizinische Behandlungen trotz nicht vorhandenem Nutzen für Patient:innen durchgeführt, nur weil sie technisch möglich sind [6]. Man spricht in diesem Kontext auch von „Futility“, der Sinnlosigkeit einer technisch möglichen medizinischen Handlung, die ohne sinnvolles Therapieziel und ohne Indikation durchgeführt wird, ohne kritisch abzuklären, ob sie für die individuelle Patient:in noch wirkungsvoll oder erwünscht ist im Sinne der Wünsche- und Wertewelt der Patient:in [5].

Gründe für eine Übertherapie sind unter anderem unzureichende Informationen, intra- oder interprofessionelle Meinungsverschiedenheiten (Ärzt:innen / Pflege), Angst vor (rechtlichen) Konsequenzen, aber auch Forderungen von Patient:innen oder Angehörigen [36]. Die Übertherapie schadet auf unterschiedliche Weise: Patient:innen werden durch Übertherapie chronisch kritisch krank. „Chronic critical Illness“ (CCI) ist ein eigenständiges Krankheitsbild, bei dem Patient:innen, die eine schwere Erkrankung überlebt haben, nicht gesund werden, aber prolongiert am Leben gehalten werden können. Die Prognose für Patient:innen mit einer CCI ist trotz der modernen Behandlungsstrategien immer noch sehr schlecht [37]. Binnen eines Jahres verstirbt daran mindestens die Hälfte der Patient:innen und mehr als 88 % der Überlebenden bleiben schwer pflegebedürftig [38]. Übertherapie und deren Folgen führen auch zu negativen Auswirkungen für die Angehörigen und das Behandlungsteam. Angehörige von chronisch kritisch kranken Patient:innen erleiden häufig ein Posttraumatisches Stresssyndrom (PTSS) [7]. Futility ist der größte Grund für Burnout beim medizinischen Behandlungsteam [8].

1.4.1.2 Therapiezieländerung – was ist das – wozu?

Eine rechtzeitige Therapiezieländerung (TZÄ) von Heilung Richtung Palliation ist wichtig, um Übertherapie und in weiterer Folge „Chronic critical illness“ mit all den beschriebenen negativen Auswirkungen zu vermeiden. Eine Therapiezieländerung sollte im Team der Behandler:innen angedacht werden, wenn der mögliche Schaden einer auf Heilung ausgerichteten therapeutischen Maßnahme größer wird als der daraus zu erwartende Nutzen. Die Weiterführung einer auf Grund der Schwere der Erkrankung wirkungslosen, auf Heilung ausgerichteten, belastenden Therapie *„[...] würde lediglich Leiden verlängern und Sterben hinauszögern, was weder ethisch geboten noch rechtlich erlaubt wäre.“* [39] (Körperverletzung). Das Ziel therapeutischer Bemühungen sollte bei fortgeschrittener,

unheilbarer Erkrankung die rechtzeitige Umstellung auf palliativmedizinische Maßnahmen sein, um wirkungslose belastende Therapien zu vermeiden und den Fokus auf Wohltun und bestmögliche Symptommelinderung zu legen, um schlussendlich im Rahmen einer Comfort Terminal Care (CTC) ein Sterben in Würde ohne Angst, Schmerzen, Stress, Atemnot und – falls gewünscht – in fürsorglicher Begleitung zu ermöglichen [40]. Auf eine einfühlsame Kommunikation mit den Patient:innen bzw. den Angehörigen bei der Übermittlung einer Therapiezieländerung durch die Behandler:innen ist großer Wert zu legen. Dabei ist der Patient:innenwille und die medizinische Indikation, die auf einem sinnvollen individuellen Therapieziel beruhen muss, sorgfältig miteinander abzuwägen. Aufgrund eines unterschiedlichen Patient:innenwillens kann es beispielsweise vorkommen, dass zwei Patient:innen mit der gleichen Erkrankung im gleichen Erkrankungsstadium und ähnlichem Alter eine unterschiedliche Behandlung erhalten, da Pat. X einer medizinisch indizierten Behandlung mit kurativem Therapieziel zustimmt, während Pat. Y dieselbe Behandlung aus persönlichen Gründen ablehnt und eine rein palliative Behandlung wünscht. Eine gute und strukturierte Dokumentation des medizinischen Entscheidungsprozesses ist daher immer unerlässlich [41]. Die Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (kurz ÖGARI) stellt hierfür die beiden Dokumente „*Checkliste: Intensivmedizinische Fragen Therapiezieländerung*“ [42] und „*Dokumentation Therapiezieländerungen*“ [43] als Hilfestellung zur Verfügung. Das Therapieziel kann und sollte mit dem Verlauf einer schweren Erkrankung an die sich verändernde Krankheitssituation und die sich ändernden Patient:innenwünsche angepasst werden. Somit ist eine regelmäßige Reevaluation des Patient:innenwillens und des Therapieziels notwendig [41]. Nur eine rechtzeitige Therapiezieländerung von Heilung Richtung palliative care ermöglicht ein „Sterben in Würde“ unter guter Symptommelinderung im Rahmen der Comfort Terminal Care (siehe Kapitel 1.4.1.3) [40]. Im folgenden Abschnitt wird nun die Timeline der Therapiezieländerung, also der Weg vom Zustand der Gesundheit bis hin zur Sterbephase, erläutert.

1.4.1.3 Der „richtige“ Zeitpunkt für eine TZÄ (von Gesundheit – Krankheit – Heilung – Palliation und Comfort Terminal Care (CTC))

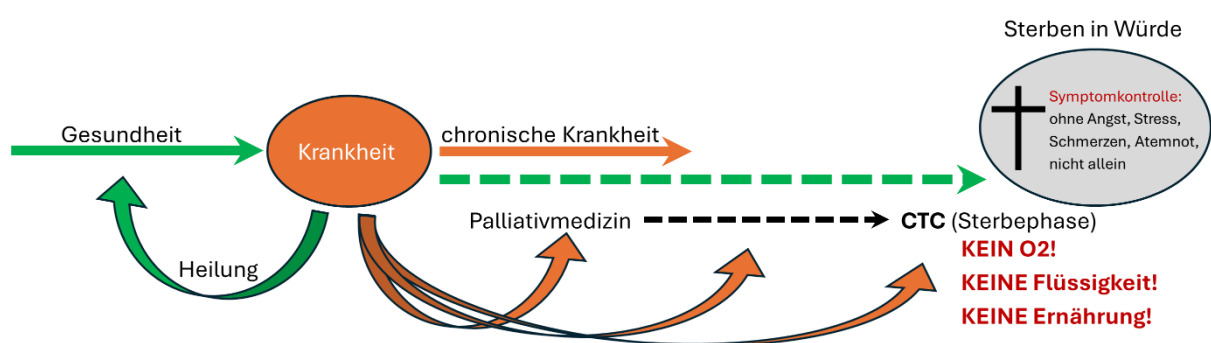


Abbildung 1.2: Der "richtige" Zeitpunkt für eine TZÄ (eigene Darstellung)

Wenn eine Patient:in erkrankt, kann bestenfalls durch eine medizinische Maßnahme Gesundheit wiederhergestellt und damit Heilung erreicht werden. Wenn eine Heilung nicht möglich ist, beginnt die mitunter sehr unterschiedlich lang dauernde Phase einer chronischen Erkrankung, in der die Palliativmedizin zunehmend an Bedeutung gewinnt. Der Fokus einer palliativmedizinischen Behandlung verschiebt sich von den kurativen, oft belastenden und nebenwirkungsreichen medizinischen Maßnahmen Richtung Wohltun, Erhalt von Lebensqualität und einer bestmöglichen Symptomlinderung. Dabei werden technisch mögliche, aber belastende und nicht mehr wirkungsvolle Behandlungen weggelassen und palliativmedizinische Maßnahmen eingeleitet [44]. Laut Robert Koch-Institut (RKI) werden chronische Krankheiten als *„[...] lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen. Eine einheitliche Definition existiert [jedoch] nicht.“* [45]. Der Krankheitsverlauf ist dabei stark von der jeweiligen Erkrankung abhängig [46]. Auch die Wirksamkeit einer durchgeführten Therapie spielt eine große Rolle. Bei HIV-Patient:innen beispielsweise nähert sich die Lebenserwartung unter einer gut eingestellten Therapie, die sehr früh begonnen wurde, jener der Normalbevölkerung an [47]. Als Comfort Terminal care (CTC) wird die Betreuung schwerstkranker Menschen in der Sterbephase bezeichnet. In dieser kann und soll auf belastende Routinemaßnahmen seitens des ärztlichen und pflegerischen Behandlungsteams verzichtet werden, um ein Sterben in Würde zu ermöglichen [40]. Bei sterbenden Menschen ist die Aufrechterhaltung der Körperhomöostase kein Ziel mehr weswegen im Rahmen der CTC auf die Gabe von Nahrung und Flüssigkeit verzichtet werden muss, um belastende Symptome als Folge der „Überwässerung“ (Atemnot durch Lungenödem, Schmerzen durch periphere Ödeme) angesichts zunehmenden Organversagens zu vermeiden. Der Zeitpunkt für die Beendigung einer Nahrungs-, und Flüssigkeitszufuhr muss individuell festgelegt werden. Atemnot wird im Rahmen der Sterbebegleitung häufig fälschlicherweise mit Sauerstoff „therapiert“. Die Gabe von Sauerstoff muss – genauso wie jede andere therapeutische Intervention – indiziert sein. Da die mit der Besserung einer Hypoxie verbundene Leistungssteigerung das Ziel einer Sauerstoffgabe ist, darf und muss mangels Indikation (Leistungssteigerung ist kein sinnvolles Therapieziel für eine sterbende Person!) im Sterbeprozess auf die Gabe von Sauerstoff verzichtet werden. Neben diversen nicht-medikamentösen Maßnahmen, wie beispielsweise Lagerungstherapie, „handheld“-Ventilatoren etc., sind Opiate das Mittel der Wahl, um im Rahmen palliativmedizinischer Maßnahmen Atemnot und Schmerzen adäquat zu behandeln. Dabei ist die Dosis symptomorientiert, gut schriftlich dokumentiert und nur stufenweise zu steigern, bis die gewünschte Symptomlinderung erreicht wird. Die palliative Sedierungstherapie ist die Maximalvariante einer palliativmedizinischen Maßnahme für Patient:innen mit

therapierefraktären Schmerz- oder Angstzuständen, die anders nicht abwendbar sind [48]. Friesenecker et al. nehmen in ihrem Artikel „*Erweiterte Nomenklatur und Terminologie rund um die Situationen am Lebensende*“ Bezug auf die moderne, derzeit geltende Terminologie [40]. Es werden die Begriffe wie DNR / DNAR, DNE, RID, WITHHOLD, WITHDRAW und AND erläutert und es wird die englischsprachige Terminologie rund um das Thema des assistierten Suizids in Relation zu den im österreichischen Recht gebräuchlichen Begrifflichkeiten gesetzt, die nicht gut übereinstimmen. Es wird weiters verdeutlicht, warum alte Begrifflichkeiten wie *passive*, *direkte* und *indirekte* Sterbehilfe nicht mehr verwendet werden sollen – dies geschieht in Übereinstimmung mit einer Empfehlung der österreichischen Bioethikkommission von vor über 10 Jahren [17].

1.4.1.4 Unterschied Therapiezieländerung – aktive Tötung / Euthanasie – Assistierter Suizid

Wie unterscheidet sich eine Therapiezieländerung von einer aktiven Tötung und von einem assistierten Suizid? Ein essenzieller Unterschied ist das Ziel, das durch die beschriebene Maßnahme angestrebt wird: Bei einer TZÄ liegt der Fokus darauf Sterben zuzulassen, um Futility und die daraus resultierenden vielfältigen negativen Konsequenzen – sowohl für Patient:innen, als auch Angehörige, medical professionals und das Gesundheitssystem – zu vermeiden. Wichtig dabei ist, dass das Nicht-Beginnen (= WITHHOLD) und das Beenden (= WITHDRAW) einer Therapie in diesem Kontext ethisch gleichwertig sind, unabhängig davon wie schnell der Tod nach einer TZÄ eintritt. Beim assistierten Suizid ist das Ziel die Herbeiführung des Todes im Rahmen einer Selbsttötung. Die sterbewillige Person kann dabei durch eine Beihilfe leistende, sogenannte „dritte“ Person unterstützt werden. Allerdings muss der letzte Schritt, welcher zum Tode führt, durch die SwP selbstständig durchgeführt werden (z.B. Präparat trinken, Dreiwegehahn für i.v.-Leitung / Magensonde aufdrehen, Perfusor für i.v.-Leitung / Magensonde selbst starten etc.). Am 01.01.2022 wurde in Österreich das Sterbeverfügungsgesetz eingeführt, das den assistierten Suizid und die Beihilfe dazu straffrei stellt. Dieser wird im Kapitel 1.4.2.2 nochmals näher erläutert. Bei der Tötung auf Verlangen führt eine „dritte“ Person auf Wunsch der Patient:in die zum Tode führende Handlung aus. Die Tötung auf Verlangen stellt in Österreich einen Straftatbestand dar [40].

1.4.1.5 Vermeidung von Übertherapie und chronisch kritischer Erkrankung

Wie bereits im Kapitel 1.4.1.2 angeführt, sind der Patient:innenwille einerseits und die medizinische Indikation, die auf einem realistischen Therapieziel beruhen muss, andererseits Voraussetzung für die legitime Durchführung einer medizinischen Maßnahme und unbedingt auch in die Frage nach einer Therapiezieländerung miteinzubeziehen. Übertherapie ist die Folge unkritischer Indikationsstellung, die sich rein am Machbaren orientiert, ohne ein sinnvolles Therapieziel zu erwägen und manchmal sogar einen ablehnenden

Patient:innenwillen außer Acht lässt (Kapitel 1.4.1.1). Patient:innen können Vorsorge treffen, dass ihrem Willen Rechnung getragen wird – auch für den Fall, dass sie selbst nicht mehr für sich sprechen können (beispielsweise nach einem schweren Unfall, einer großen Operation, einem Schlaganfall etc.) – indem sie eine Patient:innenverfügung und eine Vorsorgevollmacht errichten. Derzeit haben allerdings nur ungefähr 4 % der Österreicher:innen eine verbindliche Patient:innenverfügung [49]. Angesichts dieser Zahlen wurde das Projekt Patient:innenverfügung in der Literatur schon einmal als fehlgeschlagen erklärt [50]. Nichtsdestotrotz entwickeln sich moderne Konzepte zur Vermeidung von Übertherapie und deren Folgen (chronisch kritische Erkrankung), die im Folgenden kurz besprochen werden sollen:

Advance Care Planning (ACP)

ACP ist ein Prozess des aktiven Nachdenkens über und des Planens von zukünftigen medizinischen Behandlungen, die mit den Patient:innen im Voraus besprochen und im Rahmen einer schriftlichen Vorsorgeplanung fixiert werden. Im Falle einer nicht mehr möglichen eigenständigen Willensäußerung können Patient:innen dann trotzdem entsprechend ihrer Wünsche und Wertvorstellungen behandelt werden. Die Patient:innenverfügung (PV) ist ein Tool im Rahmen des ACP-Prozesses. Mit fortschreitendem Alter, aber auch mit der Zunahme einer schweren Erkrankung, ändert sich durchaus auch das Therapieziel und demnach ebenso die Indikation für technisch machbare medizinische Interventionen, sodass die Inhalte einer Patient:innenverfügung angepasst werden sollten. Dies ist im Sinne von ACP, das als ein Prozess verstanden wird, durchaus möglich und gewünscht. Beispielsweise werden auch Themen, wie der Lebenswille, gezielt angesprochen [51]. Die Patient:innenverfügung ist – wenn sie unverändert bleibt – rigide und stellt eine unilaterale Verordnung seitens der Patient:innen unter Wahrnehmung seines / ihres Abwehrrechts dar. Eingebracht in den prozesshaften Charakter des ACP, kann die PV symbiotisch im Rahmen des ACP agieren und stellt eine gute Entscheidungshilfe für die betreuenden Ärzt:innen dar [52]. Anwendung findet ACP unter anderem in Alterswohnheimen, wo speziell dafür ausgebildete (und dafür entlohnte!) Mitarbeiter:innen des Gesundheitssystems dabei aktiv auf Menschen zugehen und mit ihnen das Gespräch über ihre Wünsche und Wertvorstellungen suchen, um gemeinsam festzulegen welche medizinischen Maßnahmen im Falle der Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes nicht mehr erwünscht sind [51]. In der Schmitt et al. berichten, dass durch die Einführung von ACP-Programmen in deutschen Altenwohnheimen die Prävalenz von ACP stark gesteigert werden konnte [53]. Medizinische Entscheidungsprozesse, die auf einem ACP basieren, führen zu großer Zufriedenheit aller beteiligten Personen [51].

Klinische Perspektiven Konferenz (KPK)

Die Klinische Perspektiven Konferenz (KPK) entspricht dem Prozess des ACP in einem Krankenhaus. Das Konzept der KPK wurde 2019 und 2024 auf dem AIC (Austrian International Congress) der ÖGARI (Österreichische Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin) im Rahmen der Sitzung der ARGE Ethik (Arbeitsgemeinschaft Ethik) vorgestellt. Im Zuge einer KPK sollen alle in die Behandlung involvierten Fachärzt:innen gemeinschaftlich eine Indikation für eine technisch machbare Intervention erstellen. Aus den Einzel-Indikationen der involvierten Fachdisziplinen muss eine „gesamtmedizinische Indikation“ erarbeitet werden. Dabei ist jedes Mitglied des Behandlungsteams dafür verantwortlich, dass davor ein gemeinsames und sinnvolles individuelles Therapieziel definiert werden muss, das angemessen und verhältnismäßig ist und dem Willen der Patient:in entsprechen muss. Ist kein sinnvolles Therapieziel für eine Patient:in eruierbar, so muss im Team der Behandler:innen eine Therapiezieländerung besprochen werden. Dabei ist bei Hochrisikopatient:innen mit Hilfe von Scores zu besprechen, ob eine auf Heilung orientierte Behandlung überhaupt durchgeführt werden sollte. Außerdem ist im Falle eines kurativen Ansatzes im Sinne einer TZÄ vor der Durchführung der medizinischen Intervention festzulegen, was man bei auftretenden Komplikationen alles nicht mehr macht (DNR / DNE?) bzw. ob nicht wegen der Schwere oder des fortgeschrittenen Stadiums einer Erkrankung ein ausschließlich palliatives Therapieziel angestrebt werden sollte. Die Prognose einer Patient:in muss auf Basis der fachärztlichen Erfahrung jeder involvierten Ärzt:in eingeschätzt und in die Besprechung über das Therapieziel eingebracht werden [6, 54].

Eine einfühlsame, aber realistische und unmissverständliche Aufklärung der Patient:innen und deren An- und Zugehörigen (Ziel: *informed consent* im Rahmen von *shared decision making*) muss auch Inhalt der Besprechungen im Rahmen einer KPK sein. Es sollte mit der Patient:in eine Patient:innenverfügung und eine Vorsorgevollmacht errichtet werden, wodurch gewährleistet ist, dass vor der Durchführung der Therapie der Patient:innenwille bekannt ist [6].

Folgende einfach durchführbaren Scores werden von der ARGE Ethik zur Identifikation von Hochrisiko-Patient:innen empfohlen [55]:

ADL-Score

Unter “Activities of daily living” (kurz ADL) werden “[...] *alle wesentlichen Tätigkeiten zur Erfüllung der physischen und psychischen menschlichen Grundbedürfnisse* [...]” [56] verstanden. Katz et al. ziehen für die Erhebung des ADL-Index folgende sechs Tätigkeiten heran: Anziehen, Baden / Duschen, Essen, Kontinenz, Mobilität und Toilette [57]. Pro Bereich werden ein bis drei Punkte vergeben. Somit können maximal 18 und minimal sechs Punkte

erreicht werden. Ein Score von 18 beschreibt dabei eine vollständig eigenständige Patient:in. Bei einem Punktestand kleiner oder gleich zehn verschlechtert sich das zu erwartende Outcome signifikant [55].

Dalhousie Clinical Frailty Scale (CFS)

Frailty bedeutet auf Deutsch übersetzt „Gebrechlichkeit“. Allerdings ist der Begriff Frailty in diesem Kontext nicht als reine körperliche Gebrechlichkeit zu sehen, denn es handelt sich vielmehr um ein multidimensionales (nicht nur) geriatrisches Syndrom, das sowohl durch den Verlust von körperlichen Reserven als auch durch eine erniedrigte Resistenz gegenüber Stressfaktoren gekennzeichnet ist [58]. Frailty tritt zwar häufiger bei älteren Menschen auf, allerdings ist sie keinesfalls gleichzusetzen mit dem Begriff „altern“ [59], denn von Frailty sind auch jüngere / junge Menschen betroffen [60]. Bei Frailty handelt es sich also um eine altersunabhängige Kenngröße. Eine standardmäßige Erhebung der Gebrechlichkeit ist vor allem vor der Aufnahme von Patient:innen auf eine Intensivstation empfohlen, da diese eine Risikogruppe für schlechtes Outcome darstellen, weil eine fortgeschrittene Gebrechlichkeit unter anderem im perioperativen Umfeld mit einer erhöhten Mortalität vergesellschaftet ist [59]. Die Dalhousie Frailty Scale hat 9 Punkte, wobei eins für „sehr fit“, acht für „sehr ernsthaft gebrechlich“ und neun für „terminal erkrankt, aber nicht unbedingt gebrechlich“ steht [61]. Ab einer Kategorie von größer oder gleich 5 nimmt das Risiko für schlechtes Outcome signifikant zu [58].

POSPOM-Score

Der „Preoperativ Score to Predict Postoperative Mortality“ (kurz POSPOM) wurde von Le Manach et al. im Rahmen einer Multicenter-Studie mit über 5,5 Mio. Patient:innen in Frankreich entwickelt. Ziel war es einen einfachen Score zu erarbeiten, welcher auf Grundlage von objektiven präoperativen Kriterien die postoperative Mortalitätswahrscheinlichkeit (vor der Entlassung) in Bezug auf die Invasivität der geplanten Operation ermittelt. Die finale Fassung des POSPOM-Scores enthält 17 verschiedene Variablen, wie dem Alter der Patient:innen, der Art des chirurgischen Eingriffs und den präoperativ vorhandenen Co-Morbiditäten. Der Score kann bei chirurgischen Patient:innen Anwendung finden, um das Mortalitätsrisiko abzuschätzen [62].

SOFA-Score

SOFA ist die Abkürzung für „sequential organ failure assessment“. Bei diesem Score wird die Funktion von sechs Organsystemen (Lunge, Niere, Leber, Herz-Kreislauf, Gerinnung, ZNS) mit Punkten von 0 (uneingeschränkte Funktion) bis 4 (deutlich eingeschränkte Funktion) bewertet. Ziel ist es das Ausmaß eines Multiorganversagens objektiv zu erheben [63]. Vincent et al. kamen in ihrer Studie „Use of the SOFA score to assess the incidence of organ

dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study” zu dem Schluss, dass der SOFA-Score eine gute Methode darstellt, um den Verlauf von kritisch kranken Patient:innen auf der Intensivstation zu überwachen und das Mortalitätsrisiko festzustellen. Ein Punktestand von größer oder gleich 15 / 24 geht mit einer 80 %igen Mortalität einher [64]. Sowohl der ADL, die Dalhousie Clinical Frailty Scale, der POSPOM- und auch der SOFA-Score wurden von der ARGE Ethik der ÖGARI im Rahmen ihrer Triage-SOP zur Abschätzung der Mortalitätswahrscheinlichkeit bei einem definierten Ausmaß an Organversagen vorgeschlagen [55]. Diese Scores sind auch in der Nicht-Triage-Situation sehr gute und einfach durchzuführende Tools zur Erfassung von Hochrisiko-Patient:innen. Sie können damit bestens als Basis für die Prognoseabschätzung und als Grundlage für Entscheidungen im Rahmen der Therapiezielfestlegung dienen.

Scores haben also eine sinnvolle Ampelfunktion und begründen durch die Identifizierung von Hochrisiko-Patient:innen das Einberufen einer KPK vor der Durchführung einer technisch möglichen medizinischen Handlung [6]. Laut Empfehlungen der ÖGARI sollte der ADL-Score und die CFS Dalhousie bei Eintreten ins Krankenhaus (Ambulanz, Normalstation) erhoben werden. Bei chirurgischen Patient:innen ist zusätzlich der POSPOM-Score und bei Intensiv-Patient:innen der SOFA-Score zu erheben [55].

1.4.1.6 2-Säulen-Modell

Die Entscheidung zur Durchführung einer medizinischen Maßnahme basiert im Wesentlichen auf zwei Säulen. Die erste Säule stellt die medizinische Indikation einer Behandlung dar [44]. Hierbei beurteilt die Ärzt:in welche medizinischen Maßnahmen sinnvoll erscheinen, um das zuvor mit der Patient:in festgelegte Therapieziel mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erreichen, und welche nicht. Dieser Schritt verlangt medizinisches Wissen und Erfahrung. Aus dem großen Sammelsurium der technisch machbaren medizinischen Handlungen sollen der Patient:in im Rahmen des Aufklärungsgespräches nur ärztlich indizierte, sinnvolle Optionen angeboten werden. Dadurch wird nicht nur Übertherapie durch technische machbare, aber nicht zielführende Therapien, sondern auch eine Behandlungsunterlassung aus beispielsweise ökonomischen Gründen verhindert [65]. Liegt keine Indikation (oder gar eine Kontraindikation) für eine technisch machbare Option vor, so darf diese der Patient:in auch nicht vorgeschlagen werden [44]. Wird eine Therapie nicht durchgeführt, obwohl sie indiziert (und von der Patient:in erwünscht) gewesen wäre, so kann dies strafrechtliche Konsequenzen für die Ärzt:in (unterlassene Hilfeleistung, fahrlässige Tötung) nach sich ziehen [66, 67].

Die zweite Säule bildet der Patient:innenwille. Nach der Aufklärung über die indizierten Maßnahmen muss von der Patient:in in die jeweilige Behandlung eingewilligt werden, damit diese durchgeführt werden darf, denn prinzipiell stellt jeder medizinischer Eingriff ohne Einverständnis der Patient:in eine Körperverletzung dar. Allein die Einwilligung der Patient:in

bewirkt, dass eine medizinische Maßnahme keinen Straftatbestand der Körperverletzung darstellt. Wird die Therapie trotz der nicht vorhandenen Einwilligung der Patient:in durchgeführt, so erfüllt dies das Delikt der eigenmächtigen Heilbehandlung, da das Selbstbestimmungsrecht der Patient:in missachtet wird und stellt eine Körperverletzung dar [66].

Medizinischen Maßnahmen befinden sich somit in einer ständigen Konfliktzone zwischen Körperverletzung (zu viel) und unterlassener Hilfeleistung bis hin zu fahrlässiger Tötung (zu wenig). Daher ist es so wichtig, sich sowohl der beiden Säulen ärztlicher Entscheidungsfindung als auch der im nächsten Kapitel besprochenen Prinzipien des Georgetown Mantras als Basis für eine korrekte medizinische Entscheidungsfindung bewusst zu sein.

1.4.1.7 Prinzipienethik (Georgetown Mantra)

Die Prinzipienethik wurde von Tom L. Beauchamp und James F. Childress von der Georgetown University (USA) als ethische Basis für schwierige medizinische Entscheidungsfindung entwickelt und wird als sogenanntes „Georgetown Mantra“ bezeichnet. Die „Prinzipienethik“ begründet die vier ethisch moralischen Prinzipien in der Medizinethik, welche im Folgenden kurz erläutert werden [34].

Respect for Autonomy – Prinzip der Selbstbestimmung

Das Selbstbestimmungsrecht spricht Patient:innen das Recht auf eigene Entscheidungen zu. Entscheidungsfähigkeit ist Voraussetzung für Handlungsfähigkeit. Im Gegensatz zum *Paternalismus* (Ärzt:innen wissen und entscheiden, was gut ist für ihre Patient:innen), muss im Rahmen eines *shared decision makings* jetzt einer medizinischen Entscheidung eine umfassende Aufklärung zugrunde liegen (ärztliche Aufklärungspflicht), die die Patient:in zu einem *informed consent* ermächtigt (sogenannte *partizipative Entscheidungsfindung*) [51]. Die Patient:in hat dabei das Recht eine indizierte medizinische Maßnahme ohne Angabe von Gründen abzulehnen (Recht auf Unvernunft), muss allerdings von der Ärzt:in nachweislich über die möglichen negativen Konsequenzen bis hin zum Tod schriftlich aufgeklärt werden [3]. Das Recht einer Patient:in auf *nicht-Wissen* scheint ein Widerspruch zur *ärztlichen Aufklärungspflicht* zu sein [68]. Dieses Dilemma kann nur durch eine schriftliche ärztliche Dokumentation – am besten im Beisein einer Gesprächszeug:in – gelöst werden [3]. Patient:innen gegen ihren Willen zu behandeln ist strafbar [66].

Autonomie im medizinischen Kontext darf man nicht mit Autarkie verwechseln. Autarke Menschen würden selbständig, rational und ohne Einfluss anderer über sich entscheiden, ein vollkommen unabhängiges, autonomes und losgelöstes Selbst leben in einer von äußeren Einflüssen unabhängigen Selbstbestimmtheit. Der üblichen klinischen Situation entspricht

mehr die Idee einer *relationalen Autonomie*, welche auf die Interdependenz eines Menschen in seiner Relationalität und Kontextualität mit anderen Menschen und der Lebenssituation hinweist, was sich gut in der gegenseitigen Angewiesenheit von „Caretakern“ und „Caregivern“ abbildet [32, 69]. Giovanni Maio beschreibt in seinem neuen Buch zur „Ethik der Verletzlichkeit“, dass relationale Autonomie nur unter Bewahrung der Verletzlichkeit auf beiden Seiten funktionieren kann [69].

Bei Menschen mit eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit (fraglich bis nicht entscheidungsfähig mit fließenden Übergängen und auch zeitlich änderbar) schreibt das neue österreichische Erwachsenenschutzgesetz vor, wie damit umzugehen ist. Die Entscheidungsfähigkeit ist im Rahmen eines Aufklärungsgespräches ärztlich zu beurteilen. Entscheidungsfähigkeit liegt dann vor, wenn die Patient:in „[...] *die Bedeutung und die Folgen seines [sic] Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, seinen [sic] Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann.*“ [70]. Auch bei stark eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit (z.B. schwere geistige Einschränkung oder fortgeschrittene Demenz) oder bei bestehender rechtsgültiger Vertretung muss der Wille einer Patient:in beachtet werden, wenn die Patient:in ihren Willen verständlich äußern kann – das ist auch mittels Mimik und Gestik möglich und erlaubt [71].

Falls sich eine Patient:in nicht selbst äußern kann, muss der mutmaßliche Wille (wenn vorhanden durch eine Patient:innenverfügung und / oder im Gespräch mit Stellvertreter:innen) ermittelt werden [72]. Liegt eine „andere“ (nicht-verbindliche) Patient:innenverfügung vor (das heißt mindestens eines der Verbindlichkeitskriterien fehlt), so ist diese umso beachtlicher, „*je öfter sie unterschrieben ist*“, „*je näher die letzte Unterschrift am Ereignis liegt*“ und „*je besser die beschriebenen Umstände zum Ereignis passen*“ [32] (siehe §9 PatVG) [73].

Nonmaleficence – Prinzip des Nicht-Schadens

Die Nonmaleficence, oder „Nicht-Schadens-Prinzip“, ist ein sehr altes Prinzip („Primum non nocere“; 50 n. Chr., Scribonius Largus am Hof von Kaiser Tiberius Claudius [74]), was so viel bedeutet wie „zuerst einmal nicht schaden“. Schulze-Röbbcke berichtet allerdings, dass dieses Statement die Ausübung des ärztlichen Berufes unmöglich machen würde, denn fast keine medizinische Maßnahme sei nebenwirkungsfrei. Wichtig ist daher, dass der Nutzen einer medizinischen Handlung größer ist als dessen möglicher Schaden [75]. Ein Beispiel stellt eine Nadelstichverletzung dar. Die Patient:in wird zwar zuerst mit einer Nadel verletzt, wird dadurch jedoch ihr Leben gerettet, so existiert ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis und somit steht das Prinzip des Wohltuns (Beneficence) über dem Prinzip des Nicht-Schadens. Ein anderes klassisches Beispiel ist die Durchführung einer Chemotherapie, die nur so lange indiziert ist, als ein sinnvolles Therapieziel nachvollziehbar ist (Nutzen > Schaden). Bei sehr fortgeschrittener Erkrankung ist eine Chemotherapie zwar technisch möglich, hat aber kein

sinnvolles Therapieziel mehr (Schaden > Nutzen) und die Patient:in profitiert mehr von einem Umstieg auf palliativmedizinische Maßnahmen. In diesem Fall darf daher die Chemotherapie weder begonnen noch fortgeführt werden [34]! Gerade in modernen Zeiten ist es wichtig beim Nicht-Schadens-Prinzip auch an die Vermeidung von Diskriminierung zu denken [76].

Beneficence – Prinzip des Wohltuns

Das Prinzip des Wohltuns stellt ein zentrales Ziel in der Medizin dar. Allerdings muss immer auch der Patient:innenwille in die Entscheidung zur Durchführung einer medizinischen Intervention beachtet werden. Da diese:r die Behandlung auch ablehnen kann, obwohl sie indiziert wäre, stehen die beiden Prinzipien Beneficence und Respect for Autonomy in einem permanenten Konflikt [34]. Obwohl Beauchamp und Childress in ihrer klassischen Definition von Beneficence vor allem das Wohl der Patient:innen in den Vordergrund stellen, lässt sich in der modernen medizinethischen Diskussion argumentieren, dass auch die „Selfcare“ des medizinischen Personals einen Teil des Beneficence-Prinzips darstellt, denn wer nicht gut für sich selbst sorgt, kann auch anderen nicht gut helfen!

Justice – Prinzip der Gerechtigkeit

Das Gerechtigkeitsprinzip umfasst 2 Entitäten, die eng miteinander verknüpft sind: Die Gerechtigkeit für die einzelne Patient:in (*ius suum*), aber auch die gerechte Verteilung der Ressourcen in einem Gesundheitssystem (Verteilungsgerechtigkeit). Eine Behandlung ist dann gerecht für die einzelne Patient:in, wenn sie angemessen und verhältnismäßig ist und sich an einem sinnvollen, individuellen Therapieziel orientiert (*ius suum*). Verteilungsgerechtigkeit impliziert, dass es für alle Menschen in einem Gesundheitssystem einen gleichen (= fairen) Zugang zu den Ressourcen geben sollte. Voraussetzung für eine gerechte Medizin ist eine strenge Indikationsstellung, die sich neben der Machbarkeit immer an einem individuellen Therapieziel und den Wertvorstellungen einer Patient:in orientieren muss (*ius suum*) [33]. Bei Änderung des Patient:innenwillens oder des Gesundheitszustandes einer Patient:in (Fortschreiten der Erkrankung, aber auch Besserung) muss das Therapieziel angepasst werden, d.h. ein Therapieziel hat einen *dynamischen* Charakter und muss regelmäßig überprüft werden [77].

1.4.2 Spezialfälle

In Grenzsituationen kann die medizinethische Beurteilung anspruchsvoll sein. Im Folgenden soll auf drei Spezialfälle näher eingegangen werden.

1.4.2.1 Verhungern und Verdursten am Lebensende inkl. freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)

Prinzipiell gibt es zwei Arten der Flüssigkeits- bzw. Ernährungszufuhr. Zum einen gibt es die pflegerische Form: Die Nahrungsaufnahme erfolgt hier freiwillig und oral. Da es sich hierbei um die Stillung eines menschlichen Grundbedürfnisses handelt, ist die pflegerische Nahrungsdarreichung nahezu immer indiziert. Sie kann selbstständig oder aber auch unterstützend (durch das Pflegepersonal) erfolgen. Die medizinisch indizierte Form der Nahrungsaufnahme erfolgt über eine Sonde oder parenteral (z.B. im Rahmen kritischer Erkrankung auf einer ICU nach vorheriger Aufklärung und Zustimmung). Dabei ist zu beachten, dass im Sterbeprozess die Aufrechterhaltung der Körperhomöostase und somit auch die Flüssigkeits- und Ernährungszufuhr kein Ziel mehr darstellen, sie deshalb auch nicht mehr indiziert sind und beendet werden müssen bzw. nicht begonnen werden dürfen. Wird eine Patient:in trotz gegebener Indikation bzw. trotz ihres Wunsches (geäußert durch Sprache, Mimik, Gestik) nicht ernährt bzw. wird keine Flüssigkeit zugeführt, so stellt dies einen Straftatbestand dar, denn man darf niemanden verhungern bzw. verdursten lassen. Äußert die Patient:in allerdings den Wunsch auf Nahrung und Flüssigkeit freiwillig und bewusst zu verzichten, muss dies, falls die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind (siehe unten), beachtet werden, um die Patient:innenautonomie zu gewährleisten. Zwangsernährung wäre hier kontraindiziert und würde den Straftatbestand einer Körperverletzung darstellen. Jegliche Form der Zwangsbehandlung bedarf einer gerichtlichen Erlaubnis [3, 48].

Der Wunsch freiwillig auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten (FVNF) wird auch als „Sterbefasten“ bezeichnet. Dabei *„[...] entschließt sich eine entscheidungsfähige Person aufgrund unerträglichen anhaltenden Leidens freiwillig und bewusst, auf Essen und Trinken zu verzichten, um den Tod frühzeitig herbeizuführen.“* [78]. Ob es sich dabei um eine Unterform des Suizids handelt, wird immer wieder kontrovers diskutiert. Simon et al. bezeichnen den FVNF beispielsweise als „passiven Suizid“ – herbeigeführt durch bewusstes Unterlassen, was zu einer aktiven Verkürzung des Lebens durch absichtliches Nicht-Handeln (nicht essen und nicht trinken) führt [79].

Radbruch et al. grenzen den FVNF vom Suizid und vom Therapieabbruch ab. Im Gegensatz zum assistierten Suizid wird beim FVNF der Tod durch keine äußeren Einflüsse (Medikamente, Gewalt etc.) herbeigeführt, der Tod tritt nicht abrupt ein, sondern prolongiert durch bewusstes Nicht-Handeln der sterbewilligen Person selbst und der Sterbeprozess bleibt zumindest für

eine gewisse Zeit unterbrechbar [78]. Als eine Handlung *sui generis* ist der FVNF nach österreichischen Recht im Gegensatz zum assistierten Suizid ein *natürlicher Tod* und gleich wie der assistierte Suizid *nicht illegal* [40, 78, 80]. Auch nach der Einteilung von Radbruch et al. handelt es sich beim FVNF um einen natürlichen Tod, da dieselben physiologischen Vorgänge, wie beim „normalen“ Sterbeprozess ablaufen [78].

Laut Simon et al. müsste bei der Anzeige des Todes durch die totenbeschauende Ärzt:in zumindest ein Vermerk über den stattgefundenen FVNF hinzugefügt werden. Würde der FVNF als passiver Suizid angesehen, so würde man einen nicht-natürlichen Tod bescheinigen müssen und folgend wäre die Polizei zu informieren [79].

Jedenfalls handelt es sich nach österreichischer Rechtslage bei der medizinischen Unterstützung eines FVNF nicht um Beihilfe zum Suizid, sondern um eine ärztliche und pflegerische Sterbebegleitung, im Verlaufe derer eine palliativmedizinische Begleitung gefordert ist, um eine bestmögliche Symptomlinderung im Sterbeprozess zu erreichen [80].

Damit seitens der betreuenden Ärzt:innen keine Garantenpflicht besteht, den FVNF im Sinne des Erhalts von Leben zu verhindern, muss ein ausführliches Aufklärungsgespräch erfolgen, aus dem klar hervorgehen muss, dass es sich um eine wohlüberlegte und selbstbestimmte Entscheidung handelt, die nicht auf einem temporären Gemütszustand beruht. Die Patient:in muss verstehen, dass ein FVNF im eigenen Tod endet, wobei der Sterbeprozess über einige Zeit durch den Wiederbeginn von Essen und Trinken unterbrochen werden kann. Der sterbewilligen Person muss bewusst sein, welche Komplikationen auftreten können und welche Möglichkeiten der Symptomlinderung durch die versorgenden medical professionals es gibt. Die Entscheidung zum FVNF muss authentisch, ohne Einflüsse von außen und aus freien Stücken getroffen werden. Dabei gilt es Essstörungen, wie beispielsweise Anorexia nervosa, oder andere psychische Erkrankungen auszuschließen, die die Entscheidungsfähigkeit in Frage stellen [79]. Gegebenenfalls ist eine Fachärzt:in für Psychiatrie zum Aufklärungsgespräch beizuziehen.

Anmerkung des Autors: Weitere Informationen zu diesem Thema sind der Diplomarbeit zum FVNF auf der Ethiklehre-Homepage der MUI zu entnehmen (<https://www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/documents/Freiwilliger-Verzicht-auf-Nahrung-und-Fluessigkeit-am-Lebensende-FINAL-version.pdf>).

1.4.2.2 Assistierter Suizid

Wie bereits im Kapitel 1.4.1.4 erwähnt, ist der assistierte Suizid (AS) seit dem 01.01.2022 in Österreich durch die Einführung des Sterbeverfügungsgesetzes (siehe Kapitel 1.4.3.4), straffrei gestellt [40]. Er grenzt sich dabei von der in Österreich immer noch strafbaren Handlung der „Tötung auf Verlangen“ dadurch ab, dass der letzte Schritt, welcher

schlussendlich zum Tod führt (Einnahme des Präparats, Aufdrehen eines Dreiwegehahns etc.), durch die Patient:in selbstständig durchgeführt werden muss. Bei den vorherigen Schritten darf die sterbewillige Person (SwP) durch eine helfende Person unterstützt werden. Diese darf beispielsweise das zum Tode führende Präparat aus der Apotheke abholen, eine i.v.-Leitung oder Magensonde legen oder den Kopf der SwP während der Präparat-Einnahme stützen [81]. Im Unterschied zur TZÄ ist das Ziel beim AS nicht das Sterben zuzulassen, sondern den eigenen Tod aktiv durch die Zuführung eines tödlichen Präparates herbeizuführen [40].

Für die Durchführung des AS sieht der Gesetzgeber das „private Umfeld“ vor, denn es sei keine Schaffung spezieller Räumlichkeiten und auch nicht die Ärzteschaft als primärer Ansprechpartner für die Betreuung vorgesehen [81].

Beim zum Tode führenden Präparat handelt es sich um 15g Natrium-Pentobarbital, einem wasserlöslichen Pulver. Es wurde ursprünglich als Schlafmittel verwendet und wird nun im „off-label use“ für den AS angewendet. Dabei kann es sowohl oral als auch direkt in die Vene (i.v.) appliziert werden. Dadurch, dass Natrium-Pentobarbital sehr bitter ist, kann es bei oraler Aufnahme zu Nausea und Emesis kommen, welche am besten mit Metoclopramid bereits prophylaktisch vor der Einnahme des Präparats behandelt werden sollten [81].

Generell muss beim AS beachtet werden, dass auch Komplikationen, wie beispielsweise Nausea, Emesis, Spasmen oder Myoklonien, auftreten können. Laut Groenewoud et al. treten diese Probleme in den Niederlanden beim AS mehr als zweimal so oft auf wie bei der „Tötung auf Verlangen“, welche dort legal ist. Außerdem wiesen fast doppelt so viele Patient:innen beim AS einen prolongierten Sterbeprozess (von bis zu einer Woche) auf. Dies ist einer der Hauptgründe, weshalb sich die Ärzt:innen bei nahezu jeder fünften Patient:in für eine zusätzliche nachträgliche Medikamentengabe entschieden (= Tötung auf Verlangen) [82]. In Österreich ist eine solche Medikamentengabe aufgrund der juristischen Situation allerdings nicht möglich. Bei protrahiertem Sterbeverlauf und erkennbarer Symptomlast wird von Friesenecker et al. empfohlen bei vorhandener Sterbe- und Patient:innenverfügung, welche eine kardiopulmonale Reanimation (CPR) ausschließt, eine CTC auf der Normalstation als Sterbebegleitung durchzuführen. Dabei steht eine bestmögliche Linderung der Symptome während des prolongierten Sterbeprozesses im Vordergrund [81].

Prinzipiell dürfen bei einem prolongierten Sterbeprozess im Zuge eines AS aufgrund der vorliegenden Sterbeverfügung nur palliative Maßnahmen im Sinne einer Symptomlinderung durchgeführt werden. Eine CPR wäre nur **im Zweifel** über die Identität der SwP, über die Rechtmäßigkeit der Durchführung oder über die Entscheidungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Präparat-Einnahme gerechtfertigt. Allerdings fehlen den Notärzt:innen oftmals die praktischen Erfahrungen im Umgang mit einem kompliziert verlaufenden AS, weshalb eine

Patient:innenverfügung, in welcher eine CPR dezidiert abgelehnt wird, die beste Chance bietet, dass diese auch wirklich nicht durchgeführt wird. Es wären verpflichtende Schulungsprogramme für Notärzt:innen bzw. generell für Ärzt:innen wünschenswert, um mehr Sicherheit durch eine Schulung im Umgang mit einem AS zu erreichen [81].

Groenewoud et al. berichten, dass bei 19 % der SwP in den Niederlanden, die einen AS begehen, ein prolongierter Sterbeprozess auftritt [82]. Laut Zworth et al. gibt es mehrere mögliche Gründe, wieso im Rahmen eines AS nicht beispielsweise kardiotoxische Medikamente verwendet werden, die zu einem schmerzlosen und schnellen Tod führen würden (dies nur in Bezug auf die „Medical Assistance in Dying“, welche nicht zwischen AS und Tötung auf Verlangen unterscheidet [83]): Zum einen haben nicht alle Ärzt:innen ausreichend Kenntnisse über diese Substanzen. Außerdem tritt der Tod eventuell sehr schnell ein, was für Angehörige – gleich wie ein protrahierter Sterbeprozess – als belastend empfunden werden kann, da diese trotz der Gewissheit, dass der Tod eintreten wird, von einem „Sterbeprozess“ ausgehen, welcher eine gewisse Zeit dauert. Die Verwendung einer hoch kardiotoxischen Substanz könnte auch die begleitenden medical professionals emotional mehr belasten, wenn die Wirkung sehr direkt ist und der Tod sehr plötzlich eintritt. Schlussendlich verstirbt man durch eine tödliche Dosis Na-Pentobarbital auch nach dem eingetretenen Atemstillstand an einem Herzkreislaufstillstand [84].

1.4.2.3 Triage

Im klinischen Alltag sind in Österreich derzeit noch genügend Mittel verfügbar, um eine qualitativ hochwertige Patient:innenversorgung für alle Menschen, die in diesem Gesundheitssystem krank werden, gewährleisten zu können. Allerdings werden auch bei uns – bedingt durch eine derzeit häufig praktizierte Übertherapie, aber auch durch immer teurer werdende Medikamente – die Ressourcen zunehmend begrenzter, was früher oder später zu einer ungerechten Mehrklassenmedizin durch eine rein an der Kosteneffizienz orientierte Indikationsstellung führen wird, außer wir besinnen uns auf die Notwendigkeit einer streng an einem sinnvollen Therapieziel orientierten, ärztlichen Indikationsstellung, die auch gleichzeitig durch Vermeidung von Übertherapie wieder mehr Menschlichkeit in unser modernes Medizinsystem einkehren lassen kann [6]. Eine sinnvolle und notwendige Rationalisierung durch strenge ärztliche Indikationsstellung wäre unter anderen ein wirksames Instrument durch Vermeidung von Übertherapie einer Ressourcenknappheit vorzubeugen und Solidarität und Gerechtigkeit in unserem derzeit noch leistungsstarken österreichischen Medizinsystem zu erhalten [85, 86].

Im Falle einer zunehmenden Ressourcenknappheit werden durch Triage-Entscheidungen die begrenzten Ressourcen denjenigen zur Verfügung gestellt, die daraus den größten Nutzen haben (utilitaristisches Prinzip des Umgangs mit einer knappen Ressource) [86].

Das rein kalendarische Alter einer medizinischen Entscheidung zugrunde zu legen, wäre eine Diskriminierung der älteren Menschen eines Staates nach der Europäischen Menschenrechtskonvention [76]. Bei großer Ressourcenknappheit (wie zuletzt im Rahmen der COVID Pandemie gesehen) kann und muss Alter (auch in Ermangelung anderer verfügbarer Kriterien) allerdings als Entscheidungskriterium zugrunde gelegt werden, da alte Menschen statistisch gesehen mehr Komorbiditäten haben, gebrechlicher sind und daher ein höheres Mortalitätsrisiko aufweisen [55] und sich unter Triage-Bedingungen Indikationsentscheidungen am Überleben der Mehrheit und nicht mehr an individuellen Therapiezielen orientieren [86]. Jedoch ist laut einer Subanalyse der VIP2-Studie lediglich ein Alter von über 90 Jahren ein unabhängiger Mortalitätsrisikofaktor [87]. Die Zuteilung von Ressourcen nach dem „first come, first served“ Prinzip, das in einem reichen Gesundheitssystem üblicherweise zur Anwendung kommt, ist unter Ressourcenknappheit nicht gerecht verwirklichtbar. Auch die Zuteilung knapper Ressourcen nach dem Zufallsprinzip ist ethisch nicht vertretbar, da das Losverfahren nur bei vollkommen gleicher Ausgangssituation ethisch gerechtfertigt ist [88] und dies bei erkrankten Menschen niemals der Fall ist – selbst, wenn diese die gleiche Grunderkrankung im gleichen Stadium hätten, wären sie unter anderem in ihren Komorbiditäten, der Gebrechlichkeit, ihren Wünschen und Wertvorstellungen niemals vollkommen gleich [33].

Die ÖGARI empfiehlt in ihrem Paper „*ICU-Triage im Falle von Ressourcen-Mangel*“ [55] für die Einschätzung der Überlebenswahrscheinlichkeiten die Erhebung von Prognose-relevanten Scores. Dabei handelt es sich um den ADL-Score, die Dalhousie Clinical Frailty Scale, den POSPO- und den SOFA-Score (nähere Details dazu im Kapitel 1.4.1.5). Die von der ARGE Ethik der ÖGARI in der COVID-Pandemie zur Verfügung gestellte Checkliste ist ein Mittel zur Dokumentation im Stress getroffener Triage-Entscheidungen [89]. Prinzipiell können Triage-Entscheidungen vor (= ex-ante) oder nach (= ex-post) dem Beginn einer Therapie durchgeführt werden. Bei ex-ante Entscheidungen wird festgelegt, welchen Patient:innen der Zugang zu einer begrenzten Ressource (beispielsweise einer Herz-Lungen-Maschine) überhaupt ermöglicht werden soll und welchen aufgrund schlechterer Prognose nicht. Dieser Fall setzt voraus, dass noch freie Mittel zur Verfügung stehen, welche verteilt werden können. Trifft dies nicht mehr zu, so kommt das Prinzip der ex-post Triage zum Tragen, bei welcher bereits verwendete Ressourcen denjenigen neu hinzugekommenen Patient:innen mit der besseren Überlebenswahrscheinlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Diese Variante geht unweigerlich damit einher, dass das begrenzte Mittel einer anderen, bereits in Behandlung stehenden Patient:in mit schlechterer Prognose entzogen werden muss [90]. In Deutschland darf seit dem 10.11.2022 nur noch eine ex-ante Triage durchgeführt werden, da durch eine Gesetzesänderung eine ex-post Entscheidung verboten wurde [91]. Das über die Deontologie argumentierte Verbot der ex-post Triage ist ethisch umstritten, da sie eine Verletzung des Gleichheitsgebots darstellt, zumal es ungerecht wäre, Patient:innen allein aufgrund der

Tatsache, dass sie später ins Krankenhaus gekommen sind, keinen Zugang mehr zur begrenzten, bereits vergebenen Ressource zu gewähren, obwohl sie vielleicht eine bessere Überlebenswahrscheinlichkeit hätten. Allein eine zeitlich frühere Anwesenheit kann unter Triage-Bedingungen nicht den bevorzugten Anspruch auf eine knappe Ressource begründen, da dadurch Menschen mit einer besseren Überlebenswahrscheinlichkeit sterben würden [91]. Je länger eine Triage-Situation andauert (z.B. COVID Pandemie über Jahre) umso belastender wird die Situation für die Mitarbeiter:innen des Gesundheitssystems [86].

1.4.3 Rechtliche Grundlagen der klinisch ärztlichen Tätigkeit

Um medizinethische Entscheidungen sicher treffen zu können, müssen Ärzt:innen nicht zuletzt auch die rechtlichen Grundlagen der klinischen Tätigkeit kennen und verstehen. Denn nur so ist es möglich beispielsweise Übertherapien, die aufgrund der Angst vor rechtlichen Konsequenzen durchgeführt werden, auf langfristige Sicht zu reduzieren bzw. eventuell sogar zu verhindern und damit die beste Behandlung für die Patient:innen zu gewährleisten.

1.4.3.1 Ärztegesetz (ÄrzteG)

Das Ärztegesetz stellt unter anderem die juristischen Grundlagen für die ärztliche Tätigkeit dar und beschreibt, welche Rechte und Pflichten mit dem Arztberuf einhergehen [92]. Dabei kommen vor allem den Paragrafen 48, 49 und 49a eine spezielle Bedeutung zu. §49 legt die „[...] *Behandlung der Kranken und Betreuung der Gesunden* [...]“ [93] fest. Dabei wird festgehalten, dass alle Patient:innen den gleichen Zugang zu medizinischen Ressourcen haben und nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards, unter Berücksichtigung der persönlichen Erfahrungen der Ärzt:in, betreut werden müssen. Ziel ist die Bewahrung des Patient:innenwohls und der Schutz der Gesunden [93].

Der „[...] §48 besagt, dass Ärzt:innen im Falle drohender Lebensgefahr Erste Hilfe nicht verweigern dürfen.“ [81]. Dies ist nicht gleichbedeutend damit, dass man unter allen Umständen Leben retten oder erhalten muss, sondern verpflichtet nur zu einer angemessenen, verhältnismäßigen und indizierten Behandlung, was auch Sterben zulassen und die fürsorgliche Begleitung sterbender Menschen bedeuten kann. Der Paragraph 49 bringt das klar zum Ausdruck: Als Ärzt:in ist man verpflichtet „[...] *nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung [...] das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.*“ [93]. Der §49a dient der schriftlichen Absicherung palliativmedizinischer Behandlung und besagt, dass palliativmedizinische Maßnahmen auch dann zulässig sind, wenn „[...] *deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt.*“ [93]. Das war grundsätzlich inhaltlich rein rechtlich schon immer so, wurde aber nun schriftlich fixiert [6].

1.4.3.2 Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG)

Die Erhebung des Patient:innenwillens setzt prinzipiell die Entscheidungsfähigkeit einer Patient:in voraus. Ist diese nicht gegeben (beispielsweise bei komatösen Zuständen), so kann von der Ärzt:in lediglich der mutmaßliche Wille angenommen werden, der in die Entscheidungsfindung, die auf aktuellen wissenschaftlichen Standards beruhen muss, miteinbezogen werden muss. Eine Patient:innenverfügung kann dazu beitragen, die Wünsche und Wertvorstellungen einer Patient:in zur Kenntnis zu bringen, wodurch es möglich wird den mutmaßlichen Willen in die ärztliche Entscheidungsfindung miteinzubeziehen [72].

Es wird in Österreich zwischen zwei Arten von Patient:innenverfügungen unterschieden: Die „verbindliche“ und die „andere“ Patient:innenverfügung. Für die Errichtung einer verbindlichen Patient:innenverfügung muss die errichtende Person entscheidungsfähig sein, über 14 Jahre alt und sie darf nicht besachwaltet sein. Die Verfügung muss die Unterschriften der aufklärenden Ärzt:in, der Patient:in und einer Notar:in / Rechtsanwält:in / Patient:innenanwält:in enthalten, die nicht älter als acht Jahre sein dürfen. Die Patient:innenverfügung ist prinzipiell ein Abwehrrecht und sollte (neben Wünschen und Wertvorstellungen) die von der Patient:in nicht erwünschten medizinischen Maßnahmen enthalten. Eine Patient:innenverfügung kann jederzeit mündlich widerrufen und auch schriftlich geändert / upgedatet werden. Prinzipiell (solange nicht ein kürzerer Zeitrahmen festgelegt wird) ist die Verfügung maximal acht Jahre gültig. Um sie zu verlängern ist ein erneutes ärztliches Aufklärungsgespräch notwendig. Verliert die Patient:in ihre Entscheidungsfähigkeit, so verliert die Verfügung ihre Gültigkeit nicht [73].

Eine „andere“ Patient:innenverfügung ist laut §9 PatVG umso beachtlicher [73], *„je öfter sie unterschrieben ist“, „je näher die letzte Unterschrift am Ereignis liegt“* und *„je besser die beschriebenen Umstände zum Ereignis passen“* [32].

Für die Patient:innenverfügung besteht eine Bringschuld. Das heißt eine Ärzt:in muss nicht nach einer PV suchen, vor allem dann nicht, wenn sich im Notfall eine Behandlungsverzögerung mit negativen Konsequenzen für die Patient:in ergeben würde. Wenn aber in einem Krankenhaus z.B. bei Aufnahme eine PV / Vorsorgevollmacht im Krankenhausdokumentationssystem routinemäßig erfasst und abgelegt wird, so muss im Nicht-Notfall das Ärzt:innenteam für alle anstehenden elektiven Behandlungen den in der PV schriftlich fixierten Patient:innenwillen kennen und in die ärztliche Entscheidung einfließen lassen [94]. Eine PV verliert in Bezug auf eine abgelehnte Maßnahme ihre Gültigkeit, falls sich der medizinische Wissensstand seit der Errichtung verändert haben sollte [73].

1.4.3.3 Erwachsenenschutz-Gesetz (ErwSchG)

Entscheidungsfähige Personen müssen selbstständig über medizinische Maßnahmen entscheiden. Am 01.07.2018 wurde das zweite Erwachsenenschutzrecht in Österreich eingeführt, welches das Selbstbestimmungsrecht in den Vordergrund stellt [72]. Nicht-entscheidungsfähige Patient:innen brauchen eine Stellvertreter:in nach dem Erwachsenenschutzgesetz (Vorsorgebevollmächtigte:r, gewählte, gesetzliche oder gerichtliche Erwachsenenvertretung). Aufgabe von Stellvertreter:innen ist es den mutmaßlichen Patient:innenwillen in die medizinische Entscheidungsfindung einzubringen. Für eine fraglich entscheidungsfähige Patient:in, die wach und kontaktierbar sein muss, wird empfohlen eine zweite Person zum Aufklärungsgespräch hinzuzuziehen („[...] *Beiziehung von Angehörigen, anderen nahestehenden Personen, Vertrauenspersonen und im Umgang mit Menschen in solchen schwierigen Lebenslagen besonders geübten Fachleuten [...]*“ [70], wie etwa Seelsorge, Psychologen, klinische Ethikberatung, Pflegeperson etc.). Dass die Patient:in die Inhalte verstanden hat [70], muss schriftlich nach dem Aufklärungsgespräch in der Krankenakte dokumentiert werden [93]. Wenn die fraglich entscheidungsfähige Person „[...] *die Bedeutung und die Folgen seines [sic] Handelns im jeweiligen Zusammenhang [...]*“ [70] verstanden hat, ist keine Bestellung einer Erwachsenen-Stellvertreter:in nötig [70].

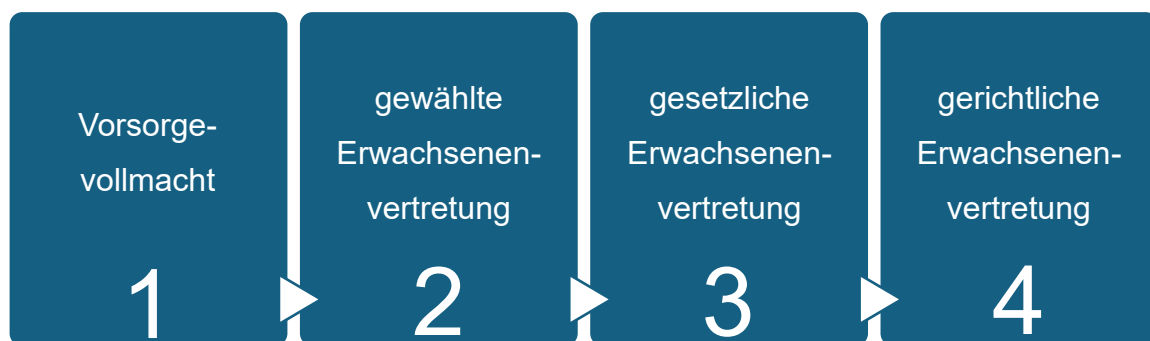


Abbildung 1.3 Erwachsenenschutzgesetz (eigene Darstellung) vgl. [71]

Die verschiedenen Vertretungsmöglichkeiten sind in Abbildung 1.3 dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass alle Formen der Stellvertretung im Zuge der Errichtung auch in das „Österreichische Zentrale Vertretungsverzeichnis“ (ÖZVV) einzutragen sind, um Gültigkeit zu erlangen [71].

1.4.3.4 Sterbeverfügungsgesetz

Das Sterbeverfügungsgesetz, das am 01.01.2022 in Kraft getreten ist, regelt die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für einen assistierten Suizid (siehe Kapitel 1.4.2.2). Eine Sterbeverfügung kann von volljährigen und entscheidungsfähigen, österreichischen Patient:innen unter bestimmten Bedingungen errichtet werden [95]:

„§ 6. (1) Die sterbewillige Person muss sowohl im Zeitpunkt der Aufklärung (§ 7) als auch im Zeitpunkt der Errichtung der Sterbeverfügung (§ 8) volljährig und entscheidungsfähig sein. Die Entscheidungsfähigkeit muss zweifelsfrei gegeben sein.

(2) Der Entschluss der sterbewilligen Person, ihr Leben zu beenden, muss frei und selbstbestimmt, insbesondere frei von Irrtum, List, Täuschung, physischem oder psychischem Zwang und Beeinflussung durch Dritte gefasst werden.

(3) Eine Sterbeverfügung kann nur eine Person errichten, die

- 1. an einer unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit (§ 120 Z 1 ASVG) oder*
- 2. an einer schweren, dauerhaften Krankheit (§ 120 Z 1 ASVG) mit anhaltenden Symptomen leidet, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen; wobei die Krankheit einen für die betroffene Person nicht anders abwendbaren Leidenszustand mit sich bringt.*

(4) Die Hilfe leistende Person darf nicht mit der Person ident sein, die die Aufklärung (§ 7) leistet oder die Sterbeverfügung dokumentiert (§ 8).“ [95]

Es ist möglich einen oder auch mehrere Hilfe leistende Personen in der Sterbeverfügung zu dokumentieren. Die Aufklärung muss durch zwei Ärzt:innen vorgenommen werden, wobei zumindest eine Palliativmediziner:in sein muss. Beide müssen die Entscheidungsfähigkeit der SwP unabhängig voneinander bestätigen. Im Rahmen der ärztlichen Aufklärung müssen eine suizidpräventive Beratung und auch palliativmedizinische Behandlungsalternativen – so vorhanden – angesprochen werden [95].

Die vollständige Errichtung der Sterbeverfügung vor einem Notar oder Patient:innenanwalt ist frühestens zwölf Wochen nachdem die erste ärztliche Aufklärung durchgeführt wurde, erlaubt. Eine Ausnahme ist nur möglich, falls die SwP bereits in die terminale Erkrankungsphase eingetreten ist und die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass die Patient:in innerhalb der nächsten sechs Monate versterben wird. In diesem Fall verkürzt sich diese Wartezeit nach der ersten Aufklärung auf zwei Wochen. Der Abschluss einer Sterbeverfügung muss dann unverzüglich an das Sterbeverfügungsregister gemeldet werden [95]. Dass die Sterbeverfügung nach einem Jahr ihre Wirksamkeit verliert, ist mit dem neuen Urteil des österreichischen Verfassungsgerichtshofes vom 12.12.2024 aufgehoben worden, und es kam zu einer

Lockerung des Werbeverbots (das in seiner ursprünglichen ersten Fassung eher einem Informationsverbot entsprach) [96].

Anmerkung des Autors: Die mehrfach zitierte Diplomarbeit zur kompetenzorientierten Ethiklehre an der MUI ist auf der Ethiklehre-Homepage der MUI nachlesbar (https://www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/documents/Kircher_Elena_Diplomarbeit-fin7.3.2023.pdf).

2 Arbeitshypothesen der Diplomarbeit

Im folgenden Abschnitt sind die Hypothesen dieser Diplomarbeit aufgeführt.

Nullhypothese 1

Studierende kennen die ethischen und gesetzlichen Grundlagen ärztlichen Handelns nach Besuch der Lehrveranstaltungen nicht.

Alternativhypothese 1

Studierende kennen die ethischen und gesetzlichen Grundlagen ärztlichen Handelns nach Besuch der Lehrveranstaltungen.

Nullhypothese 2

Studierende fühlen sich in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlages / einer differenzierten Begründung für ein ethisch-moralisches Dilemma / Konflikt nach Besuch der Lehrveranstaltungen nicht sicher.

Alternativhypothese 2

Studierende fühlen sich in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlages / einer differenzierten Begründung für ein ethisch-moralisches Dilemma / Konflikt nach Besuch der Lehrveranstaltungen sicher.

3 Material und Methoden

Bei der vorliegenden Diplomarbeit werden Fragebögen zur Ethiklehre an der MUI ausgewertet, die die Studierenden jeweils VOR und NACH Besuch der entsprechenden Lehrveranstaltungen (LV) im WS 2023/24 und SS 2024 in allen drei Studienabschnitten ausgefüllt haben. Der Fragebogen wurde im Team von Frau Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. univ. Barbara Friesenecker, von Frau Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ phil. Gabriele Werner-Felmayer, von Herrn Univ.-Prof. Dr. phil. fac. theol. Georg Gasser und von Frau Dr.ⁱⁿ med. univ. Elena Christin Kircher speziell für die Ethiklehre entwickelt und die Befragung ist unabhängig von der offiziellen Lehrevaluierung durch die MUI am Ende des jeweiligen Semesters. Die Studierenden wurden von den Lehrenden im Rahmen der ersten und letzten Vorlesung (Studienjahr 2023/24) gebeten die Evaluierung im Hörsaal direkt online über die Lehr- und Lernplattform Moodle vorzunehmen. Die Fragebögen am Ende der jeweiligen LV enthielten gewichtete Fragen zur persönlichen Bewertung der gelehrt Inhalte durch die Studierenden. Interessierte Studierende konnten über Moodle auch nachträglich online an der Bewertung teilnehmen.

Alle Lehrenden, die im Wintersemester 2023/24 und im Sommersemester 2024 an der Ethikpflichtlehre teilnahmen, waren darüber informiert, dass eine Diplomarbeit zur Evaluierung der Ethiklehre im Studienjahr 2023/24 geschrieben wird. Die Lehrenden wurden gebeten die Studierenden jeweils am Anfang und am Ende ihrer LV aufzufordern, die Evaluierungen online im Rahmen der Lehrzeit durchzuführen. Die Teilnahme an der Evaluierung der LV's war den Lehrenden freigestellt. Wer mitmachen wollte, musste den Studierenden einen QR-Code zur Verfügung stellen, der die Studierenden zum Umfragebogen auf Moodle führte. Auch den Studierenden war die Teilnahme an der Umfrage freigestellt.

Da die Teilnahme der Lehrpersonen an der Evaluierung durch die Studierenden freiwillig war, der QR-Code von jeder Lehrperson aktiv freigegeben werden musste und keine Patient:innendaten für diese Diplomarbeit ausgewertet wurden, war kein Ethikvotum durch die Ethikkommission der MUI notwendig. Dies wurde auf Nachfrage schriftlich von der Ethikkommission der Medizinischen Universität Innsbruck bestätigt.

Die Überprüfung der Hypothesen wurde mittels einer quantitativen Auszählung der Antworten ausgewählter Fragen aus dem Fragebogen NACH den Lehrveranstaltungen durchgeführt. Für die Hypothese 1 wurden dafür zwei Fragen ausgewertet: „Wissen Sie jetzt welche Tugenden / Wertevorstellungen im Arztberuf wichtig sind?“ und „Wissen Sie jetzt, was die gesetzliche Grundlage ärztlichen Handelns ist? (§49 Ärztegesetz)“. Für die Überprüfung der zweiten Hypothese wurden die Antworten der Frage „Wie sicher fühlen Sie sich zu einem solchen

Dilemma / Konflikt eine differenzierte Begründung / einen Handlungsvorschlag zu erarbeiten?“ herangezogen.

Aufgrund eines Fehlers beim Upload der Fragebögen auf die Lernplattform Moodle sind sowohl die Anzahl der Fragen als auch einige Inhalte VOR der Lehrveranstaltung in den unterschiedlichen Studienabschnitten nicht ganz ident. Darauf wird bei der Analyse der Antworten Rücksicht genommen. Die Fragebögen NACH den Lehrveranstaltungen, welche für die Beantwortung der Hypothesen relevant sind, sind bei allen Umfragen gleich.

Im Modul 3.34 wurden die Studierenden der Fächer, die den alten Fragebogen zur NACH-Evaluierung schon ausgefüllt hatten, gebeten online den aktualisierten, neuen Fragebogen NACH der Lehrveranstaltung erneut auszufüllen, um die Vergleichbarkeit der Daten mit den anderen NACH-Fragebögen zu ermöglichen. Die Antworten der alten Fragebögen wurden aufgrund ihrer nicht vorhandenen Vergleichbarkeit verworfen.

Tabelle 3.1: Auflistung der Fragebögen in den Modulen

	Single-Choice	Freitext	Multiple-Choice	gesamt
Modul 1.11 (erster Studienabschnitt)				
VOR LV	14	2	0	16
NACH LV	24	4	0	28
Modul 2.42 (zweiter Studienabschnitt)				
VOR LV	3	0	2	5**
NACH LV	22	4	0	26*
Modul 3.34 (dritter Studienabschnitt)				
VOR LV WS 2023/24	14	2	0	16
VOR LV SS 2024	5	0	3	8**
NACH LV SJ 2023/24	24	4	0	28

Legende:

LV ... Lehrveranstaltung

*Die Fragen 3 und 4 NACH der LV wurden nicht gestellt, da es im Pflichtmodul 2.42 keine Auswahl an Fächern gibt.

**Im zweiten Studienabschnitt können im Fragebogen einige organisatorische Fragen weggelassen werden, die im dritten Studienabschnitt zur Zuordnung der Teilnehmenden zu den einzelnen WPF notwendig sind, da alle Studierenden die gleiche Vorlesung hören und alle an der gleichen Prüfung teilnehmen müssen.

Die jeweils verwendeten Fragebögen sind am Ende dieser Diplomarbeit nochmals detailliert ersichtlich.

Beim Download von Moodle wurden „Unvollständige Durchläufe“ nicht miteinbezogen. Die Daten wurden in Form einer Excel-Datei heruntergeladen und ausgewertet. Bei der Umfrage NACH den Vorlesungen des Moduls 3.34 wurden die Antworten der Fragebögen des Winter- und Sommersemesters zusammengefügt und anschließend gemeinsam ausgewertet.

Für die Auswertung der Freitextfragen wurde die induktive Form der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet, das heißt, dass alle Fragen nach inhaltlichen Schwerpunkten kategorisiert wurden. Verwendet wurde dazu das Programm MAXQDA in der folgenden Konfiguration:

- Version: MAXQDA 24 Demo (Release 24.6.0, Build 241021, x64)
- Mode: Deploy
- Language: GER
- Big Font: Normal
- Color Scheme: System (Light)

Da sich die Freitextantworten in den jeweiligen Studienabschnitten sehr voneinander unterschieden, wurden für alle drei Abschnitte eigene Antwort-Kategorien erstellt.

Unter „unklarem Setting“ wurden alle Antworten eingeordnet, die sich im Kontext der gestellten Frage schwer erklären ließen oder nicht verständlich waren.

Die Kategorie „allgemeine Erwartungshaltung“ wurde verwendet, wenn nicht spezifisch entweder ethisch oder rechtlich angegeben wurde und außerdem beinhaltet sie alle restlichen allgemeinen Antworten.

Bei Frage 16 („Falls Ja, nennen Sie max. 2 Punkte“) bzw. Frage 14 im Modul 2.42 NACH den Lehrveranstaltungen, welche zusätzliche Themenwünsche der Studierenden erfragte, werden nur jene Antworten aufgeführt, die inhaltlich im gesamten Studium weder durch den Wahlpflichtfächerkorb noch durch sonstige freie Wahlfächer abgedeckt sind.

Alle Antworten der Freitextfragen sind im Original im Anhang nachzulesen. Eine Ausnahme bilden die Antworten der Wahlpflichtfächer des Moduls 3.34: Um eine öffentliche Kritik oder eine persönliche Zuordnung der Antworten zu einzelnen Lehrpersonen zu vermeiden, werden die Antworten zu den Fragen 14 („[...] was hat Sie NICHT interessiert?“), 26 („Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung besonders gut gefallen?“) und 27 („Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung NICHT gefallen?“) NACH den Lehrveranstaltungen dieses Abschnitts nur kategorisiert und nicht im Detail / einzelnen Personen zuordenbar im Rahmen dieser Diplomarbeit publiziert.

Da bei den Freitextfragen in einer Antwort auch mehrere Kategorien genannt werden konnten und außerdem nicht jede Freitextfrage auch beantwortet werden musste, weichen die Anzahl der gewählten Kategorien und jene der Teilnehmer:innen voneinander ab.

Alle gesammelten Daten wurden vertraulich verwahrt und auf einem externen Rechner gespeichert. Die von den Studierenden online ausgefüllten Fragebögen wurden vor der Datenauswertung anonymisiert.

Um die Rücklaufquoten in den jeweiligen Studienabschnitten in Relation setzen zu können wurde eine schriftliche Anfrage an die Studienabteilung der Medizinischen Universität Innsbruck über die Studierendenzahlen des Studienjahres 2023/24 gestellt. Dabei erfolgte folgende Rückmeldung:

- 1. Semester (Human/Zahn) - 435 Studierende
- 6. Semester (Human/Zahn) - 450 Studierende
- 7. Semester (Human) - 360 Studierende
- 8. Semester (Human) - 360 Studierende
- 9. Semester (Human) - 350 Studierende
- 10. Semester (Human) - 360 Studierende

Da das Modul 3.34 im 7. – 10. Semester belegt werden kann, wurde das Modul 3.34 im Wintersemester 2023/24 und im Sommersemester 2024 von jeweils 168 Personen belegt.

Die Frage Nr. 9 („Erwarten Sie, dass das gelehrt Wissen im Bereich Ethik und Recht für die Ausübung Ihres späteren Berufes relevant sein könnte?“) im Fragebogen VOR dem Modul 1.11 und 3.34 im WS 2023/24 wurde von keiner der 180 Teilnehmer:innen beantwortet, wahrscheinlich bedingt durch einen technischen Fehler der Onlineplattform Moodle.

Im Rahmen der Plausibilitätsprüfung der Daten wurden folgende Änderungen durchgeführt:

8 von 151 (5 %) Studierenden haben im Fragebogen im Wintersemester 2023/24 VOR der Lehrveranstaltung im 1. Semester bei der Frage „Belegen Sie die Lehrveranstaltung als freies Wahlfach oder im Rahmen der Pflichtlehre?“ die Antwort „Modul 3.34 Medizinische Ethik 2 (7.-10. Semester)“ angegeben, obwohl sie auf die Frage „In welchem Fachsemester studieren Sie?“ die Antwort „1.“ und auf die Frage „Welche Vorlesung bzw. Wahlfach / Wahlpflichtfach belegen Sie?“ die Antwort „Vorlesung im Modul 1.11“ (bzw. einmal die Antwort „Schwierige Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens“) ausgewählt haben. Da zwei der drei Antworten (bei sieben der acht Fälle) darauf hindeuten, dass sich die Studierenden im ersten Studienabschnitt befinden und außerdem Studierende eher wissen in welchem Semester sie studieren als die genaue Modulnummer eines neuen Lehrfaches, wurden diese 7 Auswertungen zu jenen des ersten Studienabschnitts hinzugenommen. Auch die achte, bereits erwähnte Umfrage, bei welcher lediglich das Semester stimmt, wurde zu diesem Abschnitt gezählt, da das angegebene Thema mit dem des ersten Semesters übereinstimmt. Bei weiteren sechs Fragebögen (4 %, 6/151) wurde bei der Frage „Welche Vorlesung bzw. Wahlfach / Wahlpflichtfach belegen Sie?“ als Antwort „Schwierige Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens“ anstatt „Vorlesung im Modul 1.11“ ausgewählt. Allerdings stimmen, wie gerade erläutert, auch in diesem Fall die Lehrinhalte überein und da die beiden anderen

Fragen darauf hindeuten, dass sich diese Studierenden im ersten Semester befinden, wurden sie auch dort ausgewertet.

Bei jeweils einer Antwort VOR dem Modul 1.11 und dem Modul 3.34 im Wintersemester waren die Angaben der drei im vorherigen Absatz angeführten Fragen nicht nachvollziehbar, sodass diese schlussendlich nicht in der Auswertung berücksichtigt wurden.

In der Umfrage im zweiten Studienabschnitt VOR dem Modul 2.42 wurde von jeweils einer Student:in (1 %, 2/270) angegeben sich derzeit im 5. bzw. 7. Semester zu befinden. Da dieses Modul allerdings ausschließlich im 6. Semester (= Sommersemester) abgehalten wird, ist dies nicht möglich. Es handelt sich wahrscheinlich um eine versehentlich falsche Auswahl des Semesters. Aus diesem Grund wurde bei diesen beiden Teilnehmer:innen das Semester auf das 6. korrigiert und mit diesem Fachsemester anschließend auch ausgewertet.

Im Modul 2.42 NACH den Lehrveranstaltungen wurde bei Frage 24 („Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung besonders gut gefallen?“) und 25 („Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung NICHT gefallen?“) jeweils einmal die Antwort „k.A.“ abgegeben. Da diese nicht zugeordnet werden konnten, wurden sie in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Bei den Fragebögen VOR dem Modul 3.34 im SS 2024 wurde die Umfrage von einer Person (1 %, 1/87) bereits im 6. Semester durchgeführt. Da diese auch angegeben hat, dass sie dieses Fach im Zuge der freien Wahlfächer belegt hat, wurden die Antworten gemeinsam mit jenen des dritten Studienabschnitts ausgewertet. Außerdem wurden 11 der ursprünglichen 98 Antworten (11 %, 11/98) aus der Auswertung entfernt, da Fragen teilweise nicht sinngemäß beantwortet wurden. So hat beispielsweise eine Person auf die Frage „Wissen Sie welche Tugenden / Wertevorstellungen im Arztberuf wichtig sind?“ die Antworten „ja“, „nein“ und „teilweise“ gleichzeitig angegeben.

Im Modul 3.34 gaben bei Frage 3 („Belegen Sie die Lehrveranstaltung als freies Wahlfach oder im Rahmen der Pflichtlehre?“) NACH den Lehrveranstaltungen 21 Personen die Antwort „Modul 3.34 Medizinische Ethik 2 (7. - 10. Semester)“ und 60 die Antwort „Wahlpflichtfach“ an. Da diese beiden Antwortmöglichkeiten ident sind, wurden die Ergebnisse fusioniert.

Bei den Umfragen des dritten Studienabschnitts wurde beim Semester unter anderem das 11. bzw. 12. angegeben. Da diese Fächer auch im Rahmen eines freiwilligen Wahlfachs absolviert werden können, wurden diese 3 Antworten gemeinsam mit den anderen im dritten Studienabschnitt ausgewertet.

4 Resultate

Im folgenden Abschnitt sind die Ergebnisse der in den drei Studienabschnitten durchgeführten Umfragen jeweils VOR und NACH Besuch der Lehrveranstaltung dargestellt.

Die Fragen / Antworten der jeweiligen Umfragen sind aufgrund der verschiedenen Antwortmöglichkeiten in aufsteigender, aber nicht chronologischer Reihenfolge dargestellt. Die demografischen Daten und allgemeinen Inhalte werden nicht nummeriert der Auswertung in einem Fließtext vorangestellt. Die Ergebnisse der Freitextfragen werden jeweils am Ende angeführt.

Die Ergebnisse werden dabei gesondert für die einzelnen Studienabschnitte bzw. im Modul 3.34 VOR den Lehrveranstaltungen auch gesondert für das Winter- und das Sommersemester dargestellt. Grund für die Trennung der beiden Semester in diesem Modul ist, dass es sich hierbei um zwei unterschiedliche Fragebögen handelt (siehe Tabelle 3.1).

Für jeden Studienabschnitt ist am Anfang des Unterkapitels nochmals angeführt wie viele Studierende an der Umfrage teilgenommen haben. Dabei haben alle Studierenden immer alle Fragen des jeweiligen Fragebogens auch beantwortet. Eine Ausnahme stellen lediglich die Freitextfragen dar, da es aufgrund der inhaltlichen Kategorisierung mehr Antworten als Studierende geben kann und diese nicht verpflichtend beantwortet werden mussten.

Für die Interpretation der Antworten ist zu bedenken, dass die Studierenden im Laufe ihres Medizinstudiums durch die Ethikpflichtlehre in allen drei Studienabschnitten ihr Wissen in Bezug auf Ethik und Recht in der Medizin „idealerweise“ vermehren. Die Studierenden im 7. Semester des dritten Studienabschnitts hatten die Möglichkeit die LV im 1. Semester (Modul 1.01 (UKM) und 1.04 (Propädeutikum) im WS 2020/21) zu hören und haben alle am Pflichtmodul 2.42 im SS 2023 mit praktischer Fallbesprechung teilgenommen. Die Studierenden im 9. Semester des dritten Studienabschnitts hatten die Möglichkeit eine Ethik-Vorlesung im 1. Semester (Modul 1.01 (UKM) und 1.04 (Propädeutikum) im WS 2019/20) zu hören. Für sie (und auch alle höhersemestrigen Studierenden) gab es coronabedingt aber im 6. Semester noch keine verpflichtende Ethiklehre mit Praktikum (Modul 2.42), sondern nur eine Pilot-Veranstaltung für maximal 30 freiwillige Studierende, sodass die Mehrzahl der Studierenden im 9. und höhersemestrige Studierende an der LV im Modul 2.42 nicht teilgenommen haben. Die zwei Studierenden im 11. und 12. Semester des dritten Studienabschnitts hatten keine Möglichkeit eine Ethik-Vorlesung im 1. Semester zu hören, die inhaltlich vergleichbar wäre.

4.1 VOR Modul 1.11 (erster Studienabschnitt, 1. Semester), WS 2023/24

151 Teilnehmer:innen (151/435 TN; 35 % des Jahrganges)

151 Studierende haben den Fragebogen VOR dem Modul 1.11 im ersten Studienabschnitt abgegeben. Dabei waren 52 (34 %) der Befragten männlich, 98 (65 %) weiblich und eine:r (1 %) gab divers an. Alle 151 Teilnehmenden belegten dabei das Modul 1.11 im Rahmen der Pflichtlehre und studierten im ersten Semester.

Auf die Frage Nr. 8 „In welchem Bereich möchten Sie ihren späteren Beruf ausüben?“ gaben 115 (76 %) „praktische Ärzt:in“, 30 (20 %) „biomedizinisch / klinische Forschung“ und 6 (4 %) „sonstiges“ an.

Tabelle 4.1: Allgemeine Fragen zum Vorwissen und zur Einschätzung der Studierenden in Bezug auf ethisch-rechtliche Themen in der Medizin (VOR Modul 1.11, WS 2023/24)

VOR Modul 1.11 WS 2023/24	ja n (%)	nein n (%)	weiß nicht n (%)	gesamt n
5) Sind Sie sich bei der Beurteilung einer wissenschaftlichen / klinischen Fragestellung der ethischen und juristischen Dimension bewusst?	75 (50)	18 (12)	58 (38)	151
6) Denken Sie, sie könnten ein ethisches Dilemma / einen moralischen Konflikt erkennen?	135 (89)	2 (1)	14 (9)	151
7) Denken Sie, Sie könnten für ein ethisch-moralisches Dilemma / Konflikt eine differenzierte Begründung / einen Handlungsvorschlag erarbeiten?	83 (55)	11 (7)	57 (38)	151
10) Haben Sie sich vor Ihrem Studium mit dem Thematik Ethik und Recht in der Medizin beschäftigt?	61 (40)	90 (60)	/	151

VOR Modul 1.11 WS 2023/24	ja n (%)	nein n (%)	weiß nicht n (%)	gesamt n
12) Glauben Sie, dass Kenntnisse in Ethik und Recht wichtig sind, um komplexe medizinische Entscheidungen in der Medizin sicherer treffen zu können?	142 (94)	3 (2)	6 (4)	151
13) Kennen Sie die Inhalte dessen, was gesetzliche Grundlage ärztlichen Handelns ist? (§49 Ärztegesetz)	23 (15)	128 (85)	/	151
14) Glauben Sie, dass technische Machbarkeit moderner Medizin ein Trigger sein kann, Therapien durchzuführen, obwohl sie keinen wirklichen Nutzen für Patient*innen haben?	95 (63)	17 (11)	39 (26)	151
15) Glauben Sie, dass Wissen über Ethik und Recht zu einer differenzierteren und angstfreieren medizinischen Entscheidungsfindung beitragen kann?	123 (81)	12 (8)	16 (11)	151

Legende: „/“ heißt keine Antwortmöglichkeit für diese Frage

Da die Prozentangaben gerundet sind, ergibt sich nicht immer 100 % in der Gesamtzahl.

Tabelle 4.2: Beschäftigung der Studierenden mit Ethik und Recht vor dem Studium (**VOR Modul 1.11, WS 2023/24**)

Beschäftigung mit Ethik und Recht vor dem Studium	Häufigkeit (n / 151 Befragten)	Anteil der Befragten in %
Schule	31	21
vorherige Ausbildung / Beruf	10	7
andere Praktika MUI	8	5
Selbststudium	7	5
unklares Setting	6	4
vorheriges / anderes Studium	6	4
unpassende Antwort	1	1
privates Umfeld	1	1
GESAMT		48*

*Ergebnis ist weniger als 100 %, da Freitextfragen nicht verpflichtend beantwortet werden mussten

Von den 151 Teilnehmer:innen haben 59 die Freitextfrage (Frage 11) beantwortet (39 %).

Tabelle 4.3: Erwartungen der Studierenden an die LV zu Ethik in der Medizin (VOR Modul 1.11, WS 2023/24)

Erwartungen an die LV zu Ethik in der Medizin	Häufigkeit (n / 151 Befragten)	Anteil der Befragten in %
Aneignung medizinethischer Grundlagen	93	62
allgemeine Erwartungshaltungen	44	29
(praktische) Fallbeispiele / Praxisbezug	40	26
Aneignung medizinrechtlicher Grundlagen	39	26
interaktive Lehrveranstaltung	7	5
wissenschaftlicher Bezug	6	4
spezifische Themenwünsche	3	2
Aneignung psychologischer Grundlagen	3	2
GESAMT		156*

*Ergebnis ist mehr als 100 %, da eine befragte Person mehrere Kategorien angeben konnte

147 der 151 Teilnehmer:innen haben die Freitextfrage (Frage 16) beantwortet (97 %).

4.2 NACH Modul 1.11 (erster Studienabschnitt, 1. Semester), WS 2023/24

37 Teilnehmer:innen (37/435 TN; 9 % des Jahrganges)

Von den 37 Studierenden, die an der Umfrage teilgenommen haben, waren 17 (46 %) männlich und 20 (54 %) weiblich. Alle befanden sich im 1. Semester und besuchten die Pflichtlehrveranstaltungen im Modul 1.11 des ersten Studienabschnitts.

Tabelle 4.4: Allgemeine Fragen zum Wissensstand und zum Interesse der Studierenden an den ethisch-rechtlichen Themen sowie zur Transparenz der Ethiklehre im Studium (**NACH Modul 1.11, WS 2023/24**)

NACH Modul 1.11 WS 2023/24	ja n (%)	nein n (%)	teilweise n (%)	gesamt n
5) Haben Sie die Vorlesung / das Seminar besucht?	30 (81)	0 (0)	7 (19)	37
9) Wissen Sie jetzt welche Tugenden / Wertevorstellungen im Arztberuf wichtig sind?	27 (73)	0 (0)	10 (27)	37
10) Wissen Sie jetzt, was die gesetzliche Grundlage ärztlichen Handelns ist? (§49 Ärztegesetz)	12 (32)	1 (3)	24 (65)	37
11) Wird Ihrer Einschätzung nach derzeit in der klinisch praktischen Lehre am Patient*innenbett die schwierige medizinische Entscheidungsfindung nach ethisch-rechtlichen Gesichtspunkten ausreichend vermittelt?	6 (16)	6 (16)	25 (68)	37
12) Wird Ihrer Einschätzung nach derzeit in der wissenschaftlich praktischen Lehre die schwierige Entscheidungsfindung nach ethisch-rechtlichen Gesichtspunkten ausreichend vermittelt?	12 (32)	5 (14)	20 (54)	37
13) Haben Sie die gelehrt Themen interessiert?	35 (95)	0 (0)	2 (5)	37
15) Gibt es andere Themen, die sie im Rahmen der Ethiklehre interessieren würden?	22 (59)	15 (41)	/	37

Legende: „/“ heißt keine Antwortmöglichkeit für diese Frage

Tabelle 4.5: Allgemeine Fragen zur persönlichen Einschätzung der Studierenden (**NACH Modul 1.11, WS 2023/24**)

NACH Modul 1.11 WS 2023/24	ja	nein	weiß nicht	inhaltlich nicht relevant	gesamt
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
6) Sind Sie nach Belegung der Lehrveranstaltung bei der Beurteilung der ethischen und juristischen Dimension einer wissenschaftlichen / klinischen Fragestellung sicherer?	33 (89)	1 (3)	3 (8)	/	37
7) Glauben Sie, dass Sie jetzt ein ethisches Dilemma / einen moralischen Konflikt als solchen besser erkennen können?	31 (84)	1 (3)	5 (14)	/	37
22) Glauben Sie nach Belegung der Lehrveranstaltung, dass technische Machbarkeit moderner Medizin ein häufiger Trigger sein kann, Therapien durchzuführen, obwohl sie keinen wirklichen Nutzen für Patient*innen hat?	33 (89)	1 (3)	3 (8)	0 (0)	37
23) Hat die Lehrveranstaltung dazu beigetragen Ihren Blick für Übertherapie zu schärfen?	36 (97)	0 (0)	/	1 (3)	37
24) Hat die Lehrveranstaltung dazu beigetragen Ihre Sorge vor rechtlichen Konsequenzen im Rahmen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung zu reduzieren?	17 (46)	14 (38)	/	6 (16)	37

NACH Modul 1.11 WS 2023/24	ja n (%)	nein n (%)	weiß nicht n (%)	inhaltlich nicht relevant n (%)	gesamt n
25) Hat die Belegung der Lehrveranstaltung dazu beigetragen, dass Sie mit Hilfe des erworbenen Wissens über Ethik und Recht zu einer differenzierteren, angstfreieren medizinischen / wissenschaftlichen Entscheidungsfindung kommen können?	21 (57)	3 (8)	13 (35)	/	37

Legende: „/“ heißt keine Antwortmöglichkeit für diese Frage

Da die Prozentangaben gerundet sind, ergibt sich nicht immer 100 % in der Gesamtzahl.

Tabelle 4.6: Feedback (**NACH Modul 1.11, WS 2023/24**)

NACH Modul 1.11 WS 2023/24	ja n (%)	nein n (%)	vielleicht n (%)	gesamt n
17) Würden Sie sich in ihrer kommenden Studienzeit freiwillig nochmal mit dem Thema Ethik und Recht in der Medizin beschäftigen?	35 (95)	0 (0)	2 (5)	37
28) Würden Sie den Besuch der Vorlesung / Lehrveranstaltung Ihren Kommiliton*innen empfehlen?	37 (100)	0 (0)	/	37

Legende: „/“ heißt keine Antwortmöglichkeit für diese Frage

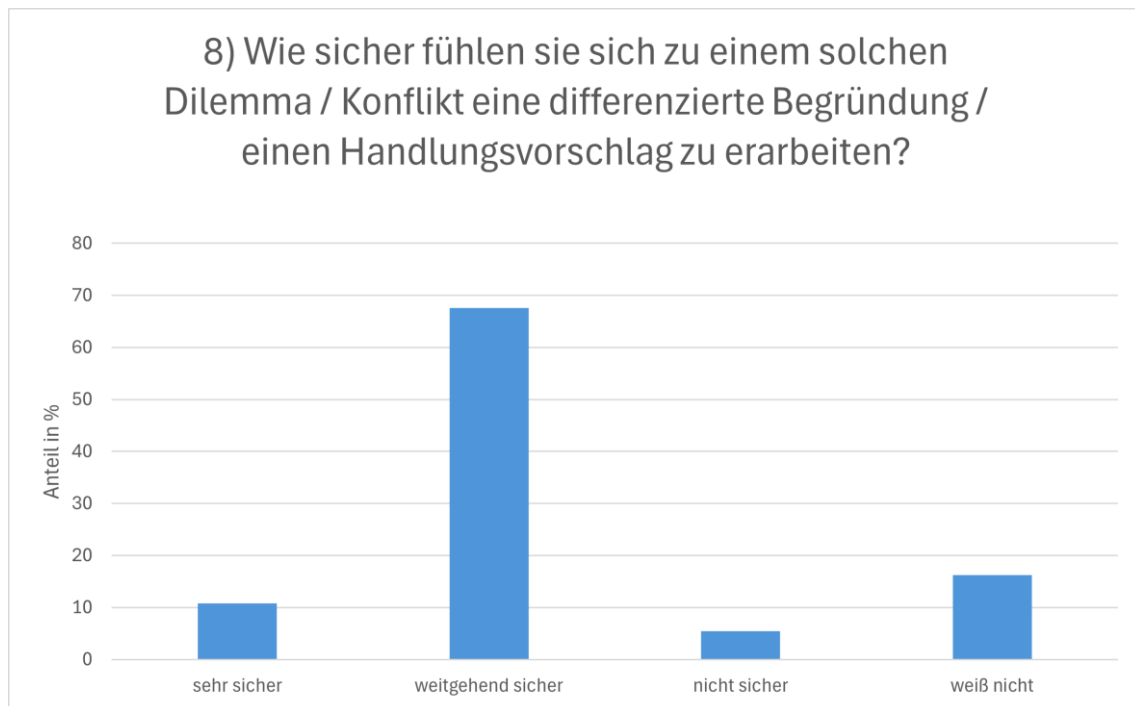


Abbildung 4.1: Sicherheit in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlags (NACH Modul 1.11, WS 2023/24)

Auf die Frage „Wie sicher fühlen sie sich zu einem solchen Dilemma / Konflikt eine differenzierte Begründung / einen Handlungsvorschlag zu erarbeiten?“ antworteten 11 % (4/37) mit „sehr sicher“, 68 % (25/37) mit „weitgehend sicher“ und 5 % (2/37) mit „nicht sicher“. 16 % (6/37) der Befragten beantworteten die Frage mit „weiß nicht“.

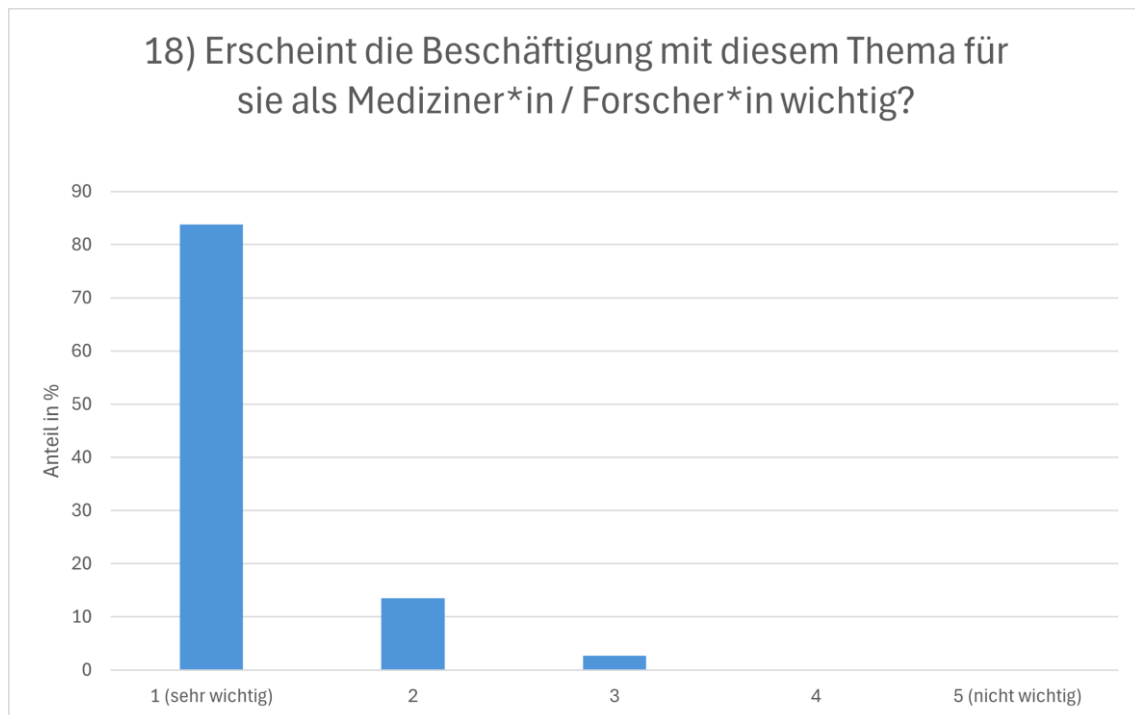


Abbildung 4.2: Einschätzung der Studierenden zur Wichtigkeit der Beschäftigung mit ethisch-rechtlichen Themen (NACH Modul 1.11, WS 2023/24)

Die Frage „Erscheint die Beschäftigung mit diesem Thema für sie als Mediziner*in / Forscher*in wichtig?“ konnte zwischen „1 (sehr wichtig)“ bis „5 (nicht wichtig)“ gewichtet beantwortet werden. 84 % (31/37) wählten „1 (sehr wichtig)“, 14 % (5/37) wählten „2“ und 3 % (1/37) wählten „3“. Die Antworten „4“ und „5 (nicht wichtig)“ wurden nicht gewählt.

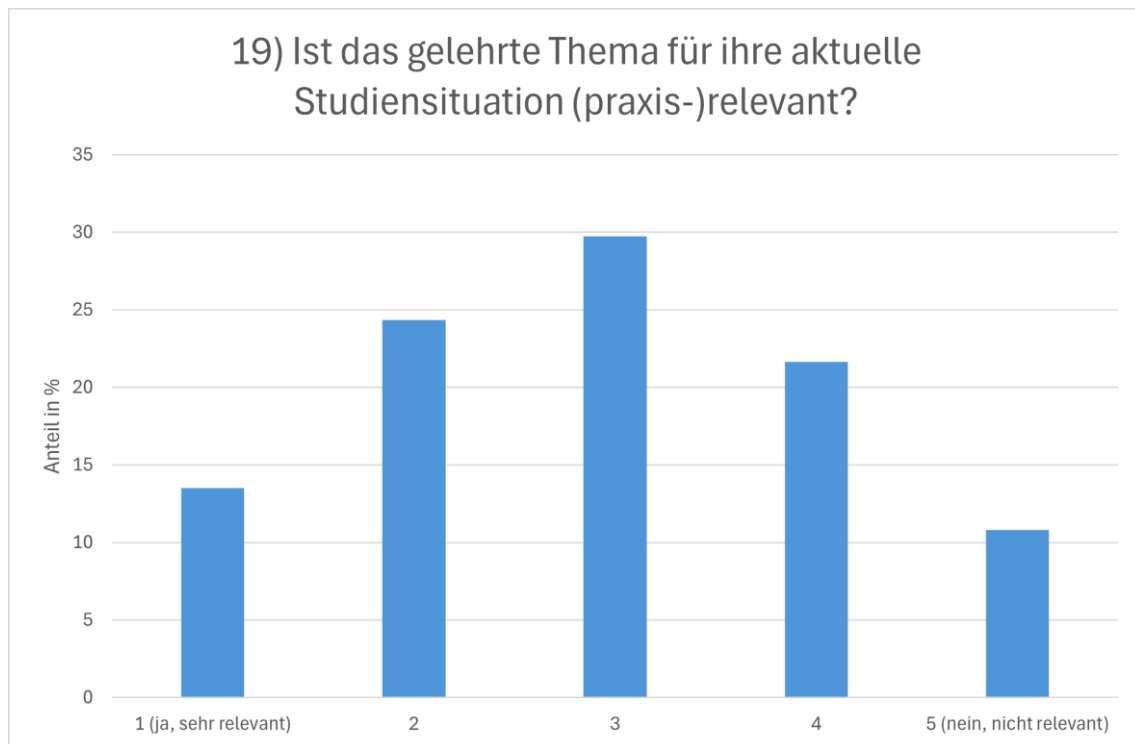


Abbildung 4.3: Einschätzung der Studierenden zur aktuellen (Praxis-)relevanz der gelehrten Themen (**NACH Modul 1.11, WS 2023/24**)

„Ist das gelehrte Thema für ihre aktuelle Studiensituation (praxis-)relevant?“ – auf diese Frage konnte mit einer Auswahl zwischen „1 (ja, sehr relevant)“ bis „5 (nein, nicht relevant)“ gewichtet geantwortet werden. Die Antwort „1 (ja, sehr relevant)“ wurde von 14 % (5/37), die Antwort „2“ von 24 % (9/37), jene mit „3“ von 30 % (11/37), mit „4“ von 22 % (8/37) und die Antwort „5 (nein, nicht relevant)“ von 11 % (4/37) der Teilnehmer:innen abgegeben.

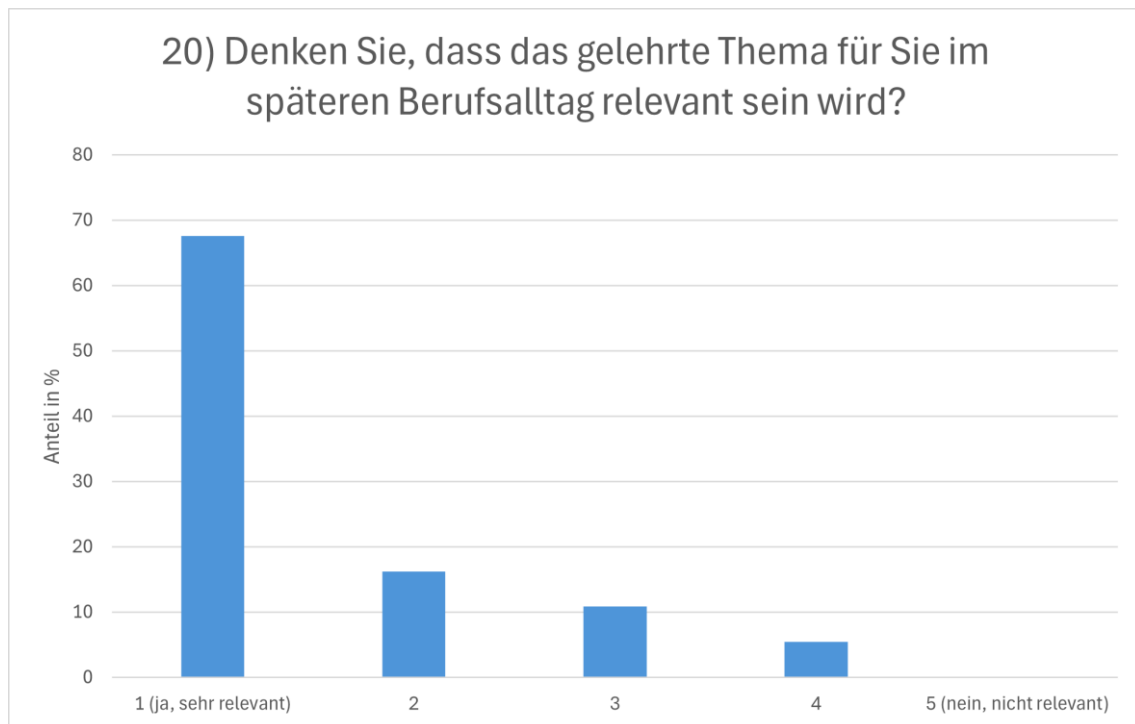


Abbildung 4.4: Einschätzung der Studierenden zur Relevanz der gelehrt Themen im späteren Berufsalltag (NACH Modul 1.11, WS 2023/24)

Frage Nr. 20 „Denken Sie, dass das gelehrt Thema für Sie im späteren Berufsalltag relevant sein wird?“ wurde von 68 % (25/37) mit „1 (ja, sehr relevant)“, von 16 % (6/37) mit „2“, von 11 % (4/37) mit „3“ und von 5 % (2/37) mit „4“ beantwortet.

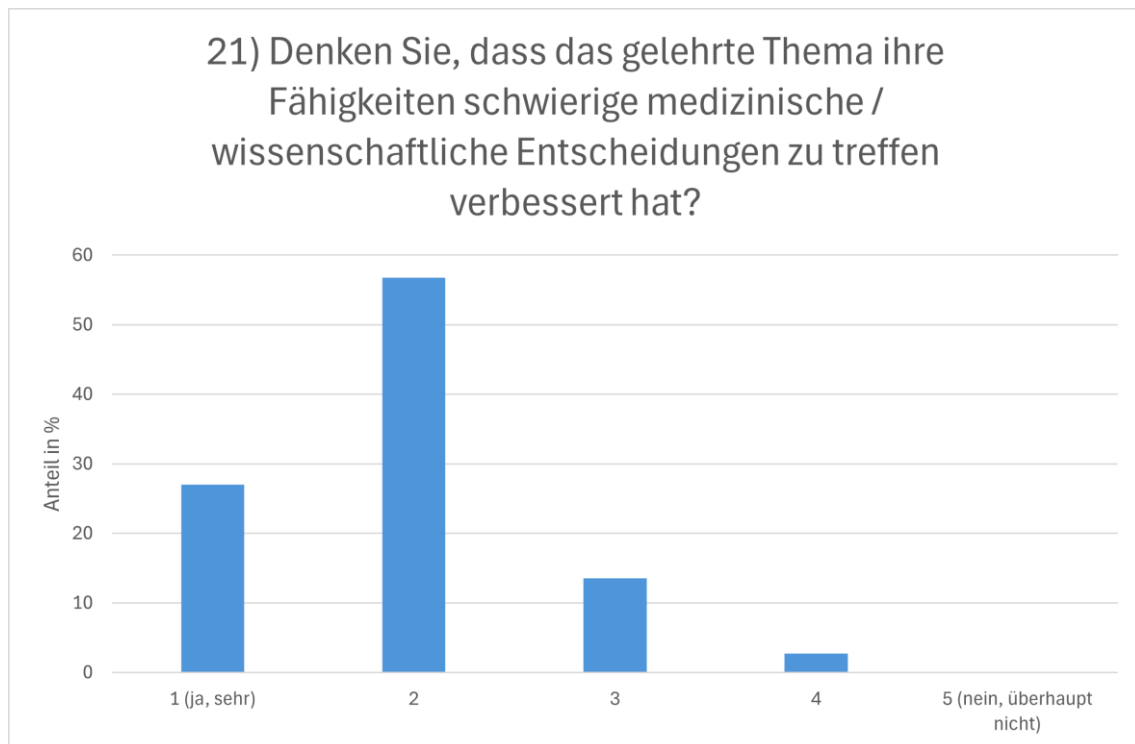


Abbildung 4.5: Einschätzung der Studierenden zur Verbesserung der medizinischen / wissenschaftlichen Entscheidungsfähigkeit (**NACH Modul 1.11, WS 2023/24**)

27 % (10/37) haben auf die Frage „Denken Sie, dass das gelehrt Thema ihre Fähigkeiten schwierige medizinische / wissenschaftliche Entscheidungen zu treffen verbessert hat?“ mit „1 (ja, sehr)“, 57 % (21/37) mit „2“, 14 % (5/37) mit „3“ und 3 % (1/37) mit „4“ geantwortet.

Tabelle 4.7: Nicht relevante Inhalte für Studierende (NACH Modul 1.11, WS 2023/24)

Welche Inhalte waren nicht interessant?	Häufigkeit (n / 37 Befragten)	Anteil der Befragten in %
nichts auszusetzen	2	5
kultursensitive Kommunikation	1	3
GESAMT		8*

*Ergebnis ist weniger als 100 %, da Freitextfragen nicht verpflichtend beantwortet werden mussten

Die Freitextfrage (Frage 14) wurde nur von 3 der 37 Teilnehmer:innen (8 %) beantwortet.

Von den 3 antwortenden Studierenden hatten 2 nichts auszusetzen. Der Autor geht daher davon aus, dass bis auf den einen Studierenden alle anderen Studierenden die Inhalte für relevant hielten.

Tabelle 4.8: Gewünschte (noch nicht angebotene) Themen (**NACH Modul 1.11, WS 2023/24**)

Gewünschte (noch nicht angebotene) Themen
Schönheitschirurgie
Forschungsethik
Ethik in der Psychiatrie

Tabelle 4.9: Positive Rückmeldungen der Studierenden über die LV (**NACH Modul 1.11, WS 2023/24**)

Was hat den Studierenden an der LV besonders gut gefallen?	Häufigkeit (n / 37 Befragten)	Anteil der Befragten in %
(praktische) Fallbeispiele / Praxisbezug	31	84
allgemeine Begeisterung	10	27
interaktive Lehrveranstaltung	8	22
Interdisziplinarität und Begeisterung / Fachkompetenz der Lehrenden	7	19
spezifische Themen	6	16
Patient:innen live in Lehrveranstaltung	5	14
Co-Teaching	2	5
Strukturierung der Lehrveranstaltung	2	5
gut strukturierte und umfangreiche Lehrunterlagen	1	3
GESAMT		195*

*Ergebnis ist mehr als 100 %, da eine befragte Person mehrere Kategorien angeben konnte

37 der 37 Teilnehmer:innen (100 %) haben die Freitextfrage (Frage 26) beantwortet.

Tabelle 4.10: Negative Rückmeldungen der Studierenden über die LV (**NACH Modul 1.11, WS 2023/24**)

Was hat den Studierenden an der LV nicht gefallen?	Häufigkeit (n / 37 Befragten)	Anteil der Befragten in %
nichts auszusetzen	19	51
spezifische Themen nicht / zu wenig bearbeitet	6	16
nicht / zu wenig interaktiv	3	8
Aufbereitung der Lehrunterlagen	2	5
fehlende Anwesenheitspflicht	2	5
zu repetitiv	2	5
Prüfungsrelevanz	1	3
belastende Fallbeispiele	1	3
unpassender Zeitpunkt im Studium	1	3
phasenweise langweilig	1	3
zu wenig Vorbereitung / Bezug auf Prüfung	1	3
GESAMT		105*

*Ergebnis ist mehr als 100 %, da eine befragte Person mehrere Kategorien angeben konnte

Die Freitextfrage (Frage 27) wurde von 37 der 37 (100 %) Teilnehmer:innen beantwortet.

50 % der Antwortenden hatten nichts auszusetzen an der LV.

4.3 VOR Modul 2.42 (zweiter Studienabschnitt, 6. Semester), SS 2024

270 Teilnehmer:innen (270/450 TN; 60 % des Jahrganges)

115 (43 %) der 270 Teilnehmenden waren männlich und 155 (57 %) von ihnen waren weiblich. Alle studierten zum Zeitpunkt der Umfrage im Sommersemester 2024 im 6. Semester und befanden sich somit im zweiten Studienabschnitt.

Anmerkung des Autors: Die befragten Studierenden haben die Ethik-Vorlesungen im ersten Studienabschnitt (hier: WS 2021/22) theoretisch hören können und mussten Fragen im Rahmen der „kumulativen Modulprüfung“ (KMP) zu den Lehrinhalten des 1. Semesters beantworten.

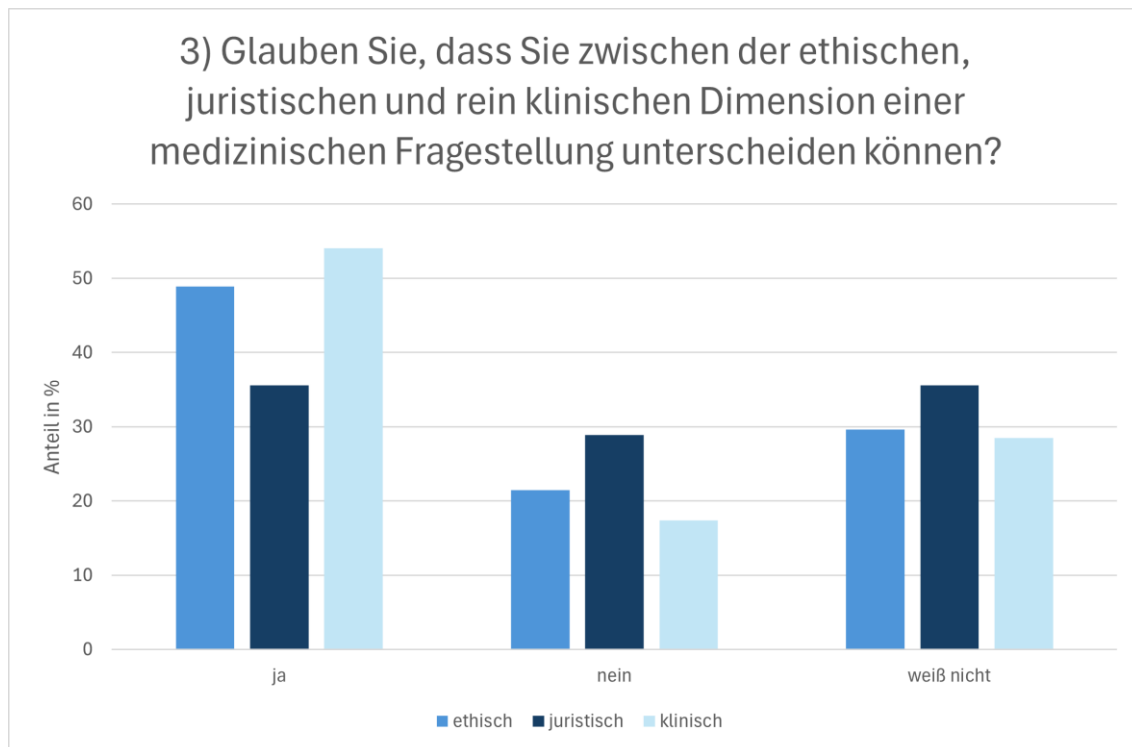


Abbildung 4.6: Einschätzung der Studierenden zur Differenzierung zwischen ethischer, juristischer und klinischer Dimension (VOR Modul 2.42, SS 2024)

Die Frage „Glauben Sie, dass Sie zwischen der ethischen, juristischen und rein klinischen Dimension einer medizinischen Fragestellung unterscheiden können?“ musste von den Studierenden für jede Dimension („ethisch“, „juristisch“ und „klinisch“) mit einer der drei Antwortmöglichkeiten („ja“, „nein“ oder „weiß nicht“) beantwortet werden.

Bei der „ethischen“ Dimension wählten 49 % (132/270) „ja“, 21 % (58/270) „nein“ und 30 % (80/270) „weiß nicht“.

Die „juristische“ Dimension wurde von 36 % (96/270) mit „ja“, von 29 % (78/270) mit „nein“ und von 36 % (96/270) mit „weiß nicht“ beantwortet.

Bei der Befragung nach der „klinischen“ Dimension wurde von 54 % (146/270) „ja“, von 17 % (47/270) „nein“ und von 29 % (77/270) „weiß nicht“ ausgewählt.

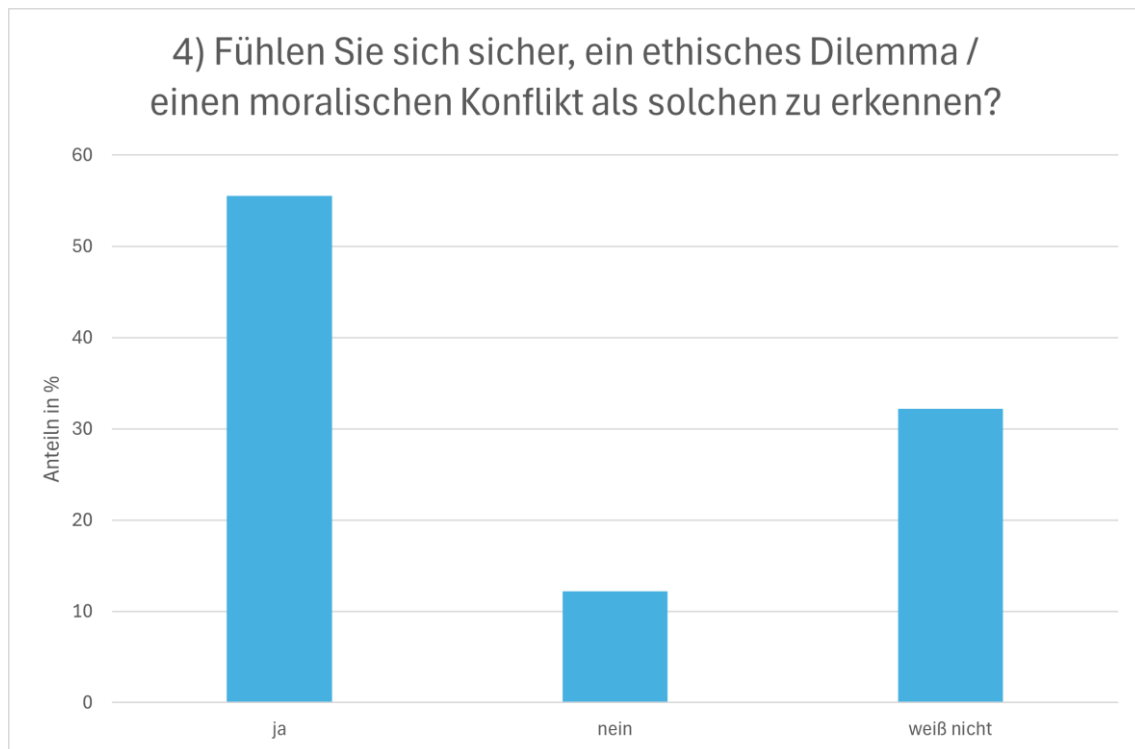


Abbildung 4.7: Sicherheit in der Erkennung eines ethischen Dilemmas (VOR Modul 2.42, SS 2024)

56 % (150/270) der Teilnehmenden gaben an sich sicher zu fühlen ein ethisches Dilemma / einen moralischen Konflikt als solchen zu erkennen. 12 % (33/270) fühlten sich nicht sicher und ca. ein Drittel (32 %, 87/270) gab die Antwort „weiß nicht“ an.

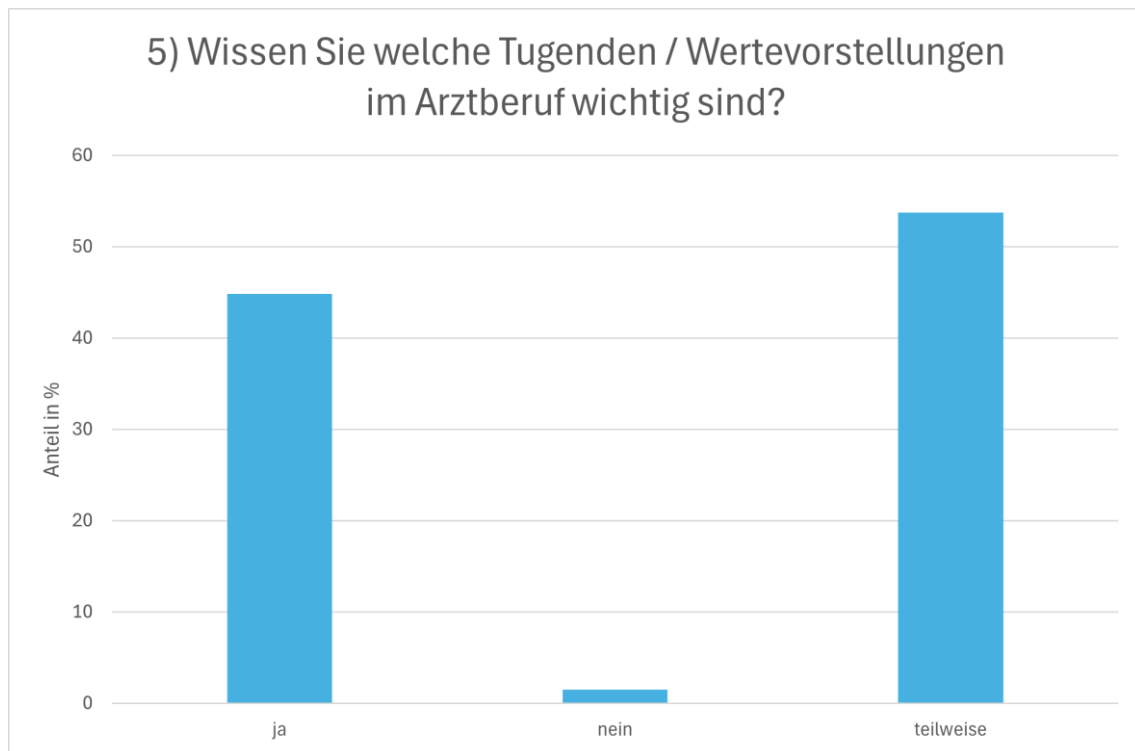


Abbildung 4.8: Wissen über wichtige ärztliche Wertvorstellungen (VOR Modul 2.42, SS 2024)

Von den 270 Studierenden, welche an der Umfrage teilgenommen haben, wussten 45 % (121/270) welche Tugenden / Wertvorstellungen im Arztberuf wichtig sind und 54 % (145/270) wussten dies teilweise. Nur 1 % (4/270) gab an, die wichtigen Tugenden / Wertvorstellungen nicht zu wissen.

4.4 **NACH Modul 2.42** (zweiter Studienabschnitt, 6. Semester), SS 2024

87 Teilnehmer:innen (87/450 TN; 19 % des Jahrganges)

An dieser Umfrage haben 35 (40 %) Männer und 52 (60 %) Frauen teilgenommen. Alle studierten im 6. Semester.

Tabelle 4.11: Allgemeine Fragen zum Wissensstand und zum Interesse der Studierenden an den ethisch-rechtlichen Themen sowie zur Transparenz der Ethiklehre im Studium (NACH Modul 2.42, SS 2024)

NACH Modul 2.42 SS 2024	ja n (%)	nein n (%)	teilweise n (%)	gesamt n
3) Haben Sie die Vorlesung / das Seminar besucht?	44 (51)	2 (2)	41 (47)	87
7) Wissen Sie jetzt welche Tugenden / Wertevorstellungen im Arztberuf wichtig sind?	72 (83)	0 (0)	15 (17)	87
8) Wissen Sie jetzt, was die gesetzliche Grundlage ärztlichen Handelns ist? (§49 Ärztegesetz)	58 (67)	4 (5)	25 (29)	87
9) Wird Ihrer Einschätzung nach derzeit in der klinisch praktischen Lehre am Patient*innenbett die schwierige medizinische Entscheidungsfindung nach ethisch-rechtlichen Gesichtspunkten ausreichend vermittelt?	22 (25)	24 (28)	41 (47)	87
10) Wird Ihrer Einschätzung nach derzeit in der wissenschaftlich praktischen Lehre die schwierige Entscheidungsfindung nach ethisch-rechtlichen Gesichtspunkten ausreichend vermittelt?	26 (30)	22 (25)	39 (45)	87
11) Haben Sie die gelehrt Themen interessiert?	80 (92)	3 (3)	4 (5)	87
13) Gibt es andere Themen, die sie im Rahmen der Ethiklehre interessieren würden?	27 (31)	60 (69)	/	87

Legende: „/“ heißt keine Antwortmöglichkeit für diese Frage

Da die Prozentangaben gerundet sind, ergibt sich nicht immer 100 % in der Gesamtzahl.

Tabelle 4.12: Allgemeine Fragen zur persönlichen Einschätzung der Studierenden (**NACH Modul 2.42, SS 2024**)

NACH Modul 2.42 SS 2024	ja n (%)	nein n (%)	weiß nicht n (%)	inhaltlich nicht relevant n (%)	gesamt n
4) Sind Sie nach Belegung der Lehrveranstaltung bei der Beurteilung der ethischen und juristischen Dimension einer wissenschaftlichen / klinischen Fragestellung sicherer?	68 (78)	7 (8)	12 (14)	/	87
5) Glauben Sie, dass Sie jetzt ein ethisches Dilemma / einen moralischen Konflikt als solchen besser erkennen können?	78 (90)	2 (2)	7 (8)	/	87
20) Glauben Sie nach Belegung der Lehrveranstaltung, dass technische Machbarkeit moderner Medizin ein häufiger Trigger sein kann, Therapien durchzuführen, obwohl sie keinen wirklichen Nutzen für Patient*innen hat?	68 (78)	0 (0)	18 (21)	1 (1)	87
21) Hat die Lehrveranstaltung dazu beigetragen Ihren Blick für Übertherapie zu schärfen?	81 (93)	5 (6)	/	1 (1)	87
22) Hat die Lehrveranstaltung dazu beigetragen Ihre Sorge vor medizinrechtlichen Konsequenzen im Rahmen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung zu reduzieren?	56 (64)	27 (31)	/	4 (5)	87

NACH Modul 2.42 SS 2024	ja	nein	weiß nicht	inhaltlich nicht relevant	gesamt
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
23) Hat die Belegung der Lehrveranstaltung dazu beigetragen, dass Sie mit Hilfe des erworbenen Wissens über Ethik und Recht zu einer differenzierteren, angstfreieren medizinischen / wissenschaftlichen Entscheidungsfindung kommen können?	55 (63)	7 (8)	25 (29)	/	87

Legende: „/“ heißt keine Antwortmöglichkeit für diese Frage

Tabelle 4.13: Feedback (**NACH Modul 2.42, SS 2024**)

NACH Modul 2.42 SS 2024	ja	nein	vielleicht	gesamt
	n (%)	n (%)	n (%)	n
15) Würden Sie sich in ihrer kommenden Studienzeit freiwillig nochmal mit dem Thema Ethik und Recht in der Medizin beschäftigen?	56 (64)	7 (8)	24 (28)	87
26) Würden Sie den Besuch der Vorlesung / Lehrveranstaltung Ihren Kommiliton*innen empfehlen?	83 (95)	4 (5)	/	87

Legende: „/“ heißt keine Antwortmöglichkeit für diese Frage

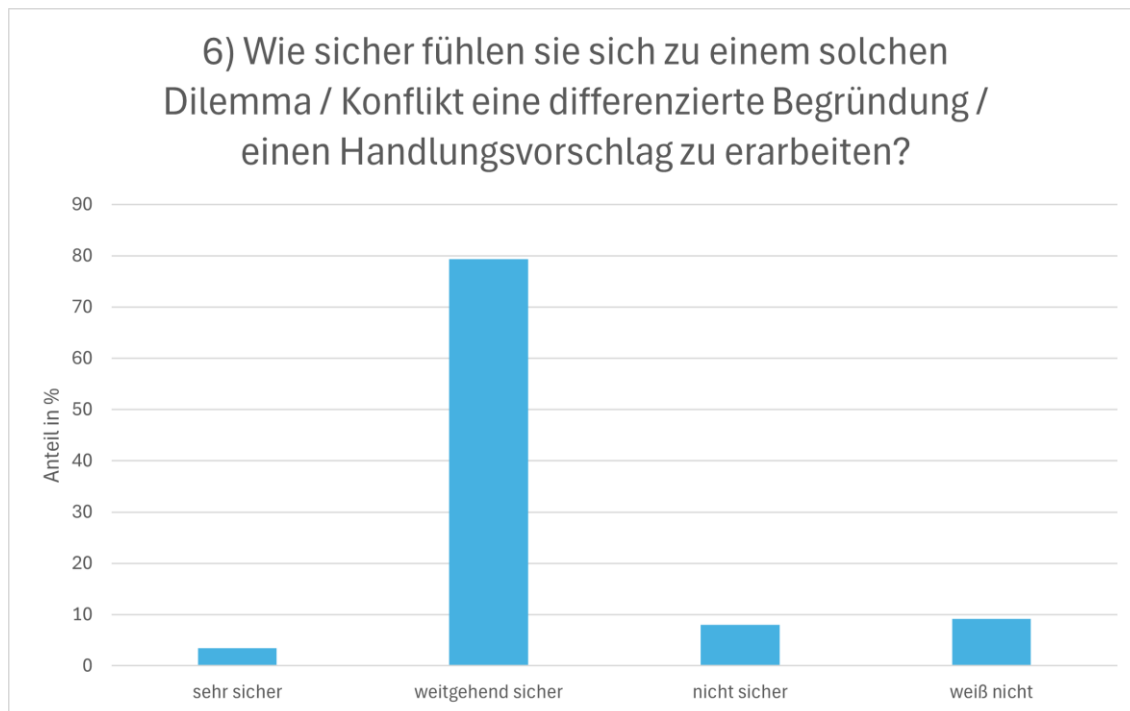


Abbildung 4.9: Sicherheit in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlags (NACH Modul 2.42, SS 2024)

Die Frage „Wie sicher fühlen sie sich zu einem solchen Dilemma / Konflikt eine differenzierte Begründung / einen Handlungsvorschlag zu erarbeiten?“ beantworteten 3 % (3/87) mit „sehr sicher“, 79 % (69/87) mit „weitgehend sicher“, 8 % (7/87) mit „nicht sicher“ und 9 % (8/87) mit „weiß nicht“.

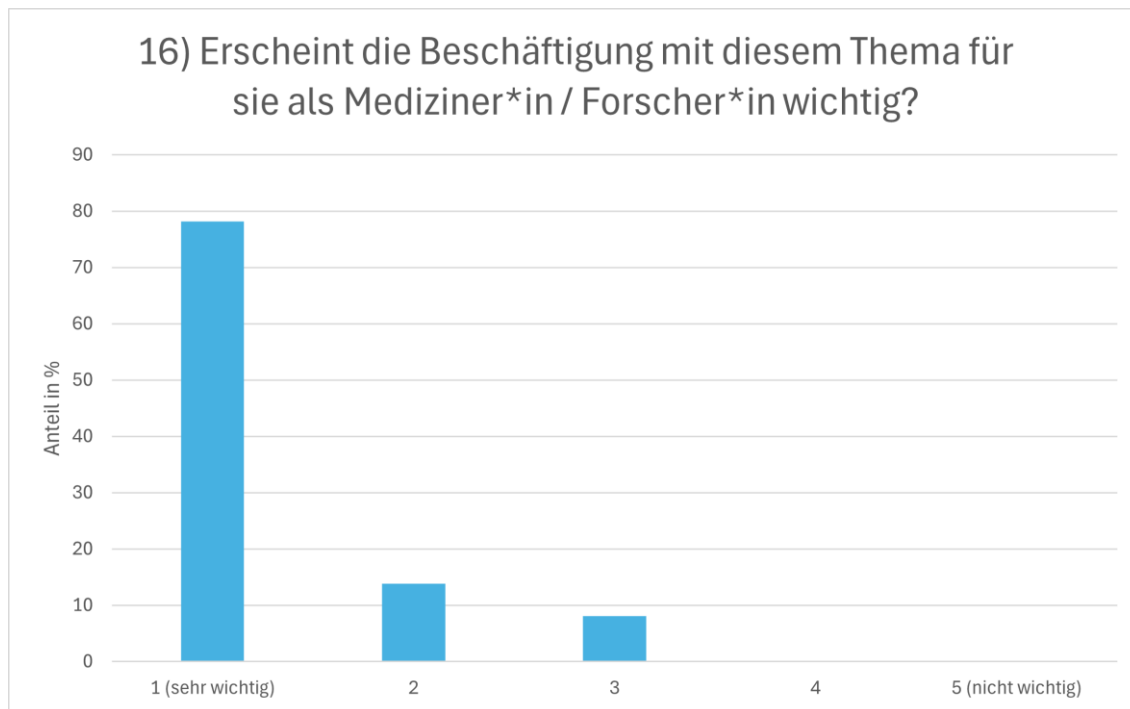


Abbildung 4.10: Einschätzung der Studierenden zur Wichtigkeit der Beschäftigung mit ethisch-rechtlichen Themen (NACH Modul 2.42, SS 2024)

78 % (68/87) gaben an, dass sie die Beschäftigung mit diesem Thema als sehr wichtig empfinden. 14 % (12/87) wählten die Antwortmöglichkeit „2“ und 8 % (7/87) die Möglichkeit „3“. Keine:r der Studierenden wählte die Antwortmöglichkeit „4“ oder „5 (nicht wichtig)“.

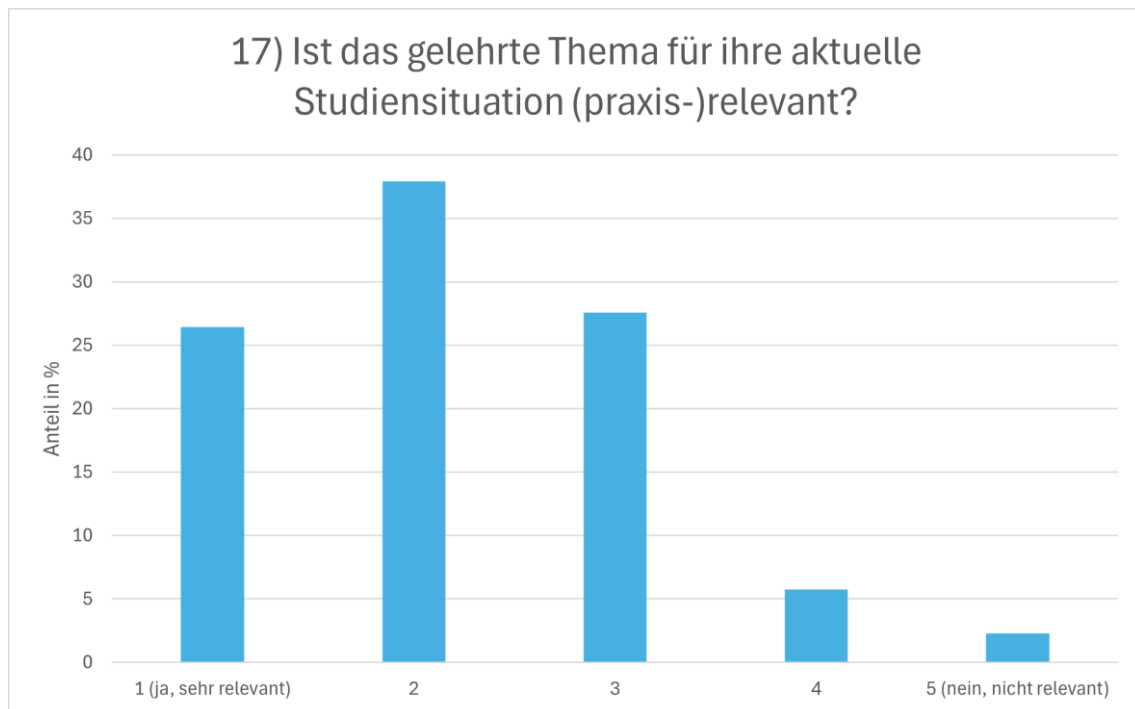


Abbildung 4.11: Einschätzung der Studierenden zur aktuellen (Praxis-)relevanz der gelehrten Themen (**NACH Modul 2.42, SS 2024**)

Auf die Frage „Ist das gelehrte Thema für ihre aktuelle Studiensituation (praxis-)relevant?“ gaben 26 % (23/87) der Teilnehmenden „1 (ja, sehr relevant)“, 38 % (33/87) „2“, 28 % (24/87) „3“, 6 % (5/87) „4“ und 2 % (2/87) „5 (nein, nicht relevant)“ an.

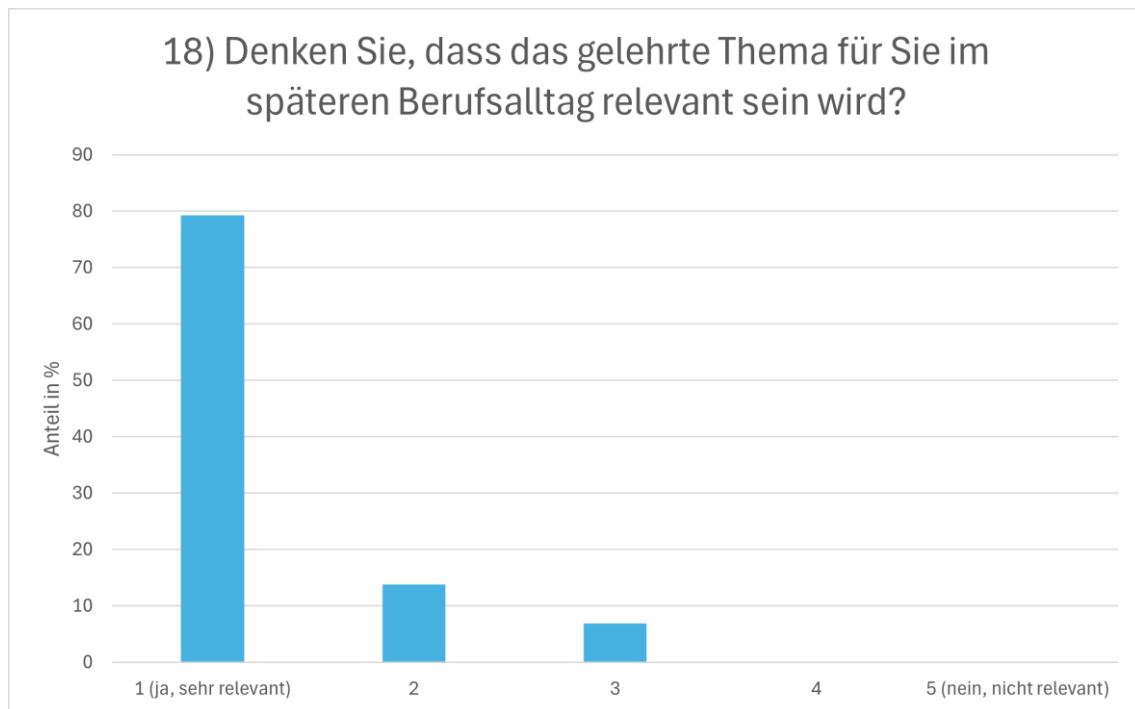


Abbildung 4.12: Einschätzung der Studierenden zur Relevanz der gelehrt Themen im späteren Berufsalltag (NACH Modul 2.42, SS 2024)

Der Großteil der befragten Studierenden (79 %, 69/87) dachte, dass die gelehrt Themen im späteren Berufsleben relevant sein werden. 14 % (12/87) wählten Antwort „2“ und 7 % (6/87) wählten Antwort „3“. Keiner der Studierenden wählte „4“ oder „5 (nein, nicht relevant)“.

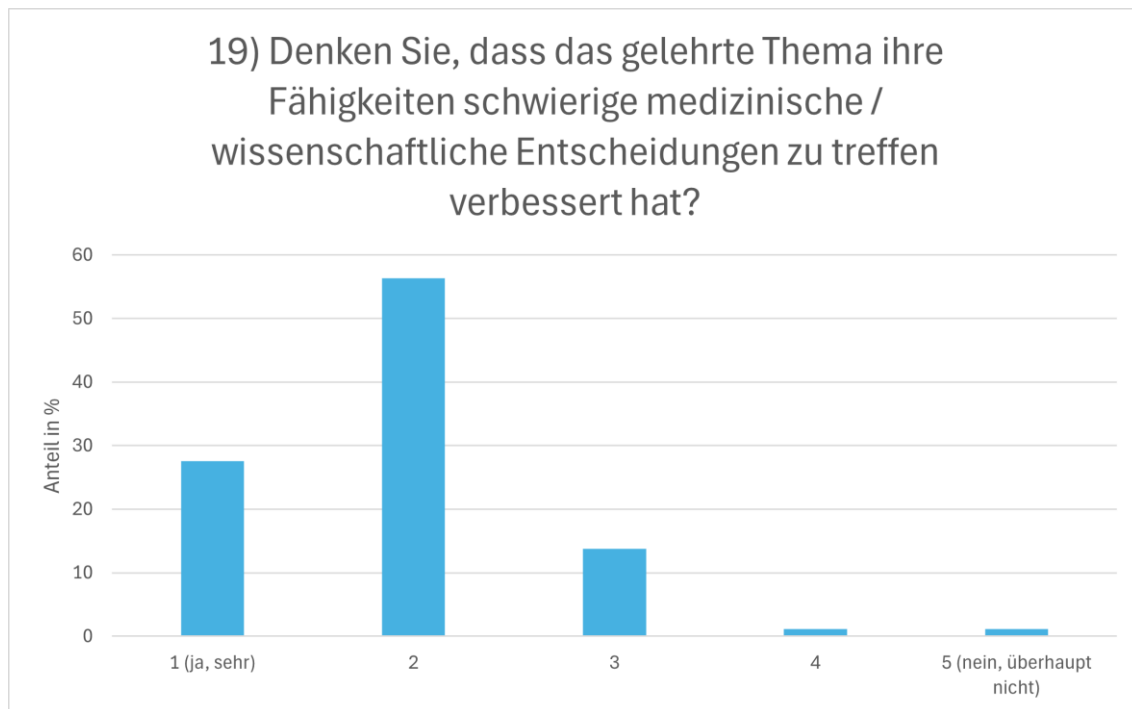


Abbildung 4.13: Einschätzung der Studierenden zur Verbesserung der medizinischen / wissenschaftlichen Entscheidungsfähigkeit (**NACH Modul 2.42, SS 2024**)

Auf die Frage „Denken Sie, dass das gelehrt Thema ihre Fähigkeiten schwierige medizinische / wissenschaftliche Entscheidungen zu treffen verbessert hat?“ haben 28 % (24/87) mit „1 (ja, sehr)“, 56 % (49/87) mit „2“, 14 % (12/87) mit „3“, 1 % (1/87) mit „4“ und 1 % (1/87) mit „5 (nein, überhaupt nicht)“ geantwortet.

Tabelle 4.14: Nicht relevante Inhalte für Studierende (**NACH Modul 2.42, SS 2024**)

Welche Inhalte waren nicht interessant?	Häufigkeit (n / 87 Befragten)	Anteil der Befragten in %
unpassende Antwort	2	2
Gynäkologie	1	1
nichts auszusetzen	1	1
GESAMT		4*

*Ergebnis ist weniger als 100 %, da Freitextfragen nicht verpflichtend beantwortet werden mussten

Die Freitextfrage (Frage 12) wurde von 4 der 87 Teilnehmer:innen (5 %) beantwortet.

Tabelle 4.15: Gewünschte (noch nicht angebotene) Themen (**NACH Modul 2.42, SS 2024**)

Gewünschte (noch nicht angebotene) Themen
fallbasierte Forschungsethik
Gynäkologie und Abtreibung
Klimagerechtigkeit
Ethik in der Psychiatrie

Tabelle 4.16: Positive Rückmeldungen der Studierenden über die LV (NACH Modul 2.42, SS 2024)

Was hat den Studierenden an der LV besonders gut gefallen?	Häufigkeit (n / 87 Befragten)	Anteil der Befragten in %
(praktische) Fallbeispiele / Praxisbezug	33	38
interaktive Lehrveranstaltung	30	34
Diversität der Themen	12	14
allgemeine Begeisterung	12	14
Vortrag / Begeisterung / Fachkompetenz der Lehrenden	5	6
Teamarbeit / eigenständige Fallausarbeitung	5	6
Sensibilisierung für spätere berufliche Tätigkeit	4	5
Atmosphäre in der Lehrveranstaltung	2	2
Strukturierung / Gestaltung der Lehrveranstaltung	2	2
spezifische Themen	2	2
Kleingruppenunterricht im Seminar (Fallbesprechungen)	2	2
Repetition von Themen aus vorherigen Semestern	1	1
Bewertung durch Mitarbeit	1	1
GESAMT		127*

*Ergebnis ist mehr als 100 %, da eine befragte Person mehrere Kategorien angeben konnte

Die Freitextfrage (Frage 24) wurde von 77 der 87 Teilnehmer:innen (89 %) beantwortet.

Tabelle 4.17: Negative Rückmeldungen der Studierenden über die LV (**NACH Modul 2.42, SS 2024**)

Was hat den Studierenden an der LV nicht gefallen?	Häufigkeit (n / 87 Befragten)	Anteil der Befragten in %
nichts auszusetzen	24	28
Zeitmanagement (einzelne Präsentationen / ganzes Seminar)	23	26
Zeitpunkt im Semester	21	24
Organisation der Lehrveranstaltung / Änderungswünsche	7	8
Kritik an die Lehrenden (Vortragsstil)	4	5
zu wenig interaktiv	4	5
zeitliche Lücke zwischen Vorlesung und Seminar	3	3
Vorlesungen nicht gestreamt / aufgezeichnet	3	3
Unterbrechungen während der Präsentation	3	3
zu repetitiv	2	2
Anwesenheitspflicht bei Vorlesung vorgetäuscht	2	2
zu viel Kritik an vortragende Studierende	1	1
unzureichende Informationen bei Fällen	1	1
Diversität der Themen zu groß	1	1
Fallzuteilung	1	1
GESAMT		113*

*Ergebnis ist mehr als 100 %, da eine befragte Person mehrere Kategorien angeben konnte

Die Freitextfrage (Frage 25) wurde von 86 der 87 Teilnehmer:innen (99 %) beantwortet.

4.5 VOR Modul 3.34 (dritter Studienabschnitt, 7. – 10 Semester), WS 2023/24

29 Teilnehmer:innen (29/168 TN, 17 % der im WS 2023/24 im Modul 3.34 gemeldeten Studierenden)

Von den 29 Teilnehmer:innen der Umfrage VOR dem Modul 3.34 im Wintersemester 2023/24 waren 14 (48 %) männlich und 15 (52 %) weiblich. Dabei befanden sich 17 (59 %) im 7. Semester., 11 (38 %) im 9. Semester und 1 (3 %) im 12. Semester. Von 90 % (26/29) wurde die Lehrveranstaltung im Rahmen der Pflichtlehre des dritten Studienabschnitts besucht. 10 % (3/29) belegten diese als freies Wahlfach.

Auf die Frage 8, „In welchem Bereich möchten Sie ihren späteren Beruf ausüben?“, haben 90 % (26/29) mit „praktische Ärzt:in“, 3 % (1/29) mit „biomedizinisch / klinische Forschung“ und 7 % (2/29) mit „sonstiges“ geantwortet.

Tabelle 4.18: Allgemeine Fragen zum Vorwissen und zur Einschätzung der Studierenden in Bezug auf ethisch-rechtliche Themen in der Medizin (VOR Modul 3.34, WS 2023/24)

VOR Modul 3.34 WS 2023/24	ja n (%)	nein n (%)	weiß nicht n (%)	gesamt n
5) Sind Sie sich bei der Beurteilung einer wissenschaftlichen / klinischen Fragestellung der ethischen und juristischen Dimension bewusst?	12 (41)	2 (7)	15 (52)	29
6) Denken Sie, sie könnten ein ethisches Dilemma / einen moralischen Konflikt erkennen?	23 (79)	0 (0)	6 (21)	29
7) Denken Sie, Sie könnten für ein ethisch-moralisches Dilemma / Konflikt eine differenzierte Begründung / einen Handlungsvorschlag erarbeiten?	13 (45)	4 (14)	12 (41)	29

VOR Modul 3.34 WS 2023/24	ja n (%)	nein n (%)	weiß nicht n (%)	gesamt n
10) Haben Sie sich vor Ihrem Studium mit dem Thematik Ethik und Recht in der Medizin beschäftigt?	8 (28)	21 (72)	/	29
12) Glauben Sie, dass Kenntnisse in Ethik und Recht wichtig sind, um komplexe medizinische Entscheidungen in der Medizin sicherer treffen zu können?	29 (100)	0 (0)	0 (0)	29
13) Kennen Sie die Inhalte dessen, was gesetzliche Grundlage ärztlichen Handelns ist? (§49 Ärztegesetz)	18 (62)	11 (38)	/	29
14) Glauben Sie, dass technische Machbarkeit moderner Medizin ein Trigger sein kann, Therapien durchzuführen, obwohl sie keinen wirklichen Nutzen für Patient*innen haben?	28 (97)	0 (0)	1 (3)	29
15) Glauben Sie, dass Wissen über Ethik und Recht zu einer differenzierteren und angstfreieren medizinischen Entscheidungsfindung beitragen kann?	27 (93)	0 (0)	2 (7)	29

Legende: „/“ heißt keine Antwortmöglichkeit für diese Frage

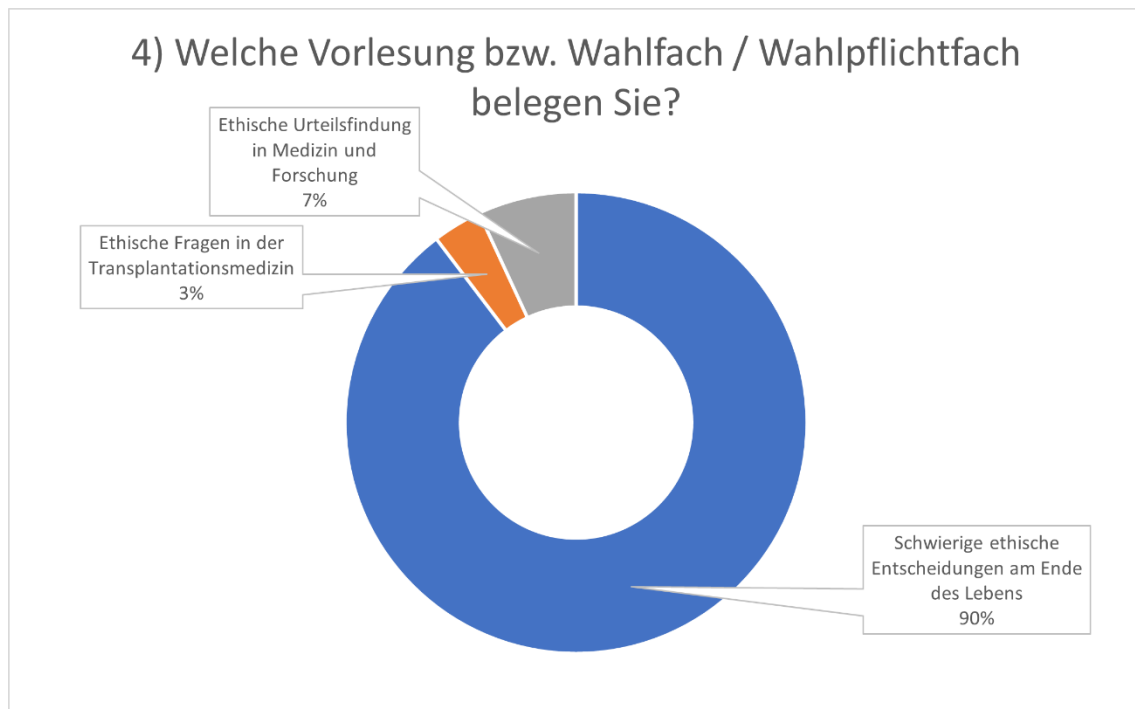


Abbildung 4.14: Anteile der einzelnen WPF an den abgegebenen Antworten (**VOR Modul 3.34, WS 2023/24**)

Die Studierenden können selbst aussuchen, an welchem Wahlpflichtfach aus dem Modul 3.34 sie teilnehmen wollen [10]. 90 % (26/29) der Teilnehmer:innen besuchten die Lehrveranstaltung „Schwierige ethische Entscheidungen am Ende des Lebens“, 7 % (2/29) haben sich mit dem Thema „Ethische Urteilsfindung in Medizin und Forschung“ beschäftigt und 3 % (1/29) nahmen an der Veranstaltung „Ethische Fragen in der Transplantationsmedizin“ teil.

Tabelle 4.19: Beschäftigung der Studierenden mit Ethik und Recht vor dem Studium (VOR Modul 3.34, WS 2023/24)

Beschäftigung mit Ethik und Recht vor dem Studium	Häufigkeit (n / 29 Befragten)	Anteil der Befragten in %
vorherige Ausbildung / Beruf	3	10
unklares Setting	2	7
vorheriges / anderes Studium	2	7
Schule	1	3
andere Praktika MUI	1	3
privates Umfeld	1	3
GESAMT		33*

*Ergebnis ist weniger als 100 %, da Freitextfragen nicht verpflichtend beantwortet werden mussten

Die Freitextfrage (Frage 11) wurde von 9 der insgesamt 29 Teilnehmer:innen (31 %) beantwortet.

Tabelle 4.20: Erwartungen der Studierenden an die LV zu Ethik in der Medizin (VOR Modul 3.34, WS 2023/24)

Erwartungen an die LV zu Ethik in der Medizin	Häufigkeit (n / 29 Befragten)	Anteil der Befragten in %
allgemeine Erwartungshaltungen	14	48
Aneignung / Vertiefung medizinethischer Grundlagen	12	41
Aneignung / Vertiefung medizinrechtlicher Grundlagen	9	31
(praktische) Fallbeispiele / Praxisbezug	7	24
interaktive Lehrveranstaltung	4	14
spezifische Themen	3	10
Grundlagen der Kommunikation	3	10
GESAMT		178*

*Ergebnis ist mehr als 100 %, da eine befragte Person mehrere Kategorien angeben konnte

Die Freitextfrage (Frage 16) wurde von 29 der 29 Teilnehmer:innen (100 %) beantwortet.

4.6 VOR Modul 3.34 (dritter Studienabschnitt, 7. – 10. Semester), SS 2024

87 Teilnehmer:innen (87/168 TN; 52 % der im SS 2024 im Modul 3.34 gemeldeten Studierenden)

An der Umfrage VOR dem Modul 3.34 im Sommersemester 2024 haben 36 (41 %) Männer und 51 (59 %) Frauen teilgenommen. 85 % (74/87) studierten im 8. Semester und 14 % (12/87) im 10. Semester. 1 Teilnehmer:in (1 %) gab an derzeit im 6. Semester zu studieren. 84 der 87 (97 %) Studierenden nahmen an der Lehrveranstaltung im Rahmen der Wahlpflichtlehre teil. 3 der 87 Teilnehmer:innen (3 %) besuchten sie als freies Wahlfach.

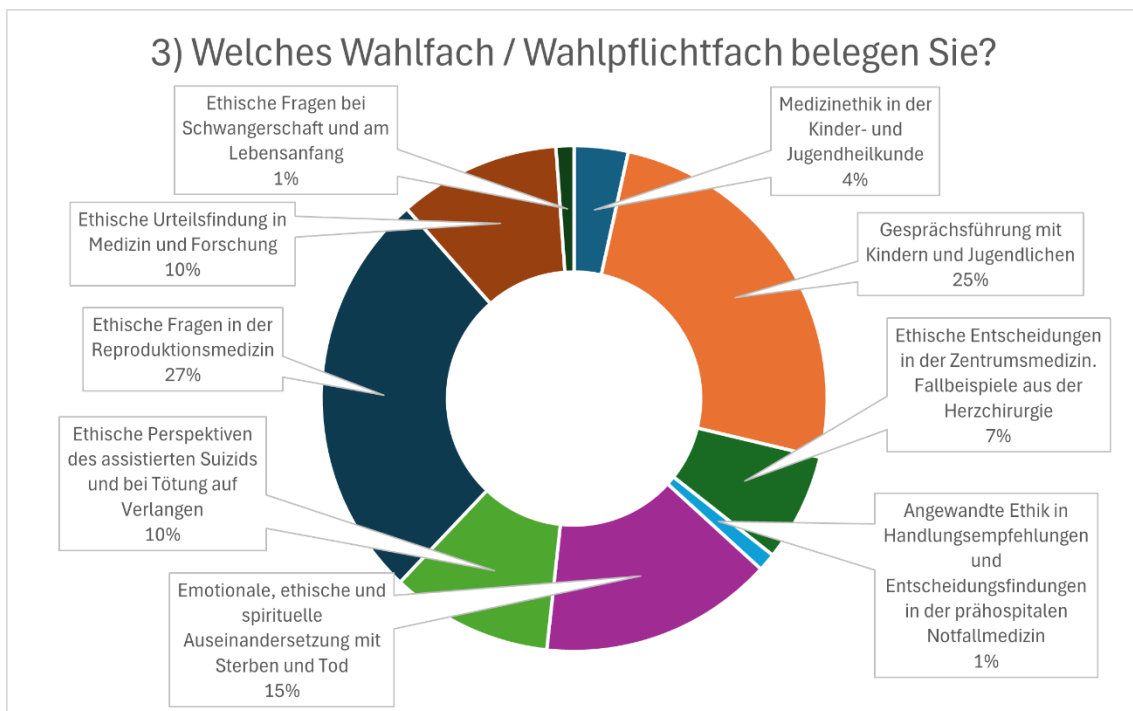


Abbildung 4.15: Anteile der einzelnen WPF an den abgegebenen Antworten (VOR Modul 3.34, SS 2024)

Da die Ethikpflichtlehre im dritten Studienabschnitt als Wahlpflichtfach aufgebaut ist, können die Studierenden (nach Verfügbarkeit) selbst entscheiden welches Thema sie belegen wollen [10].

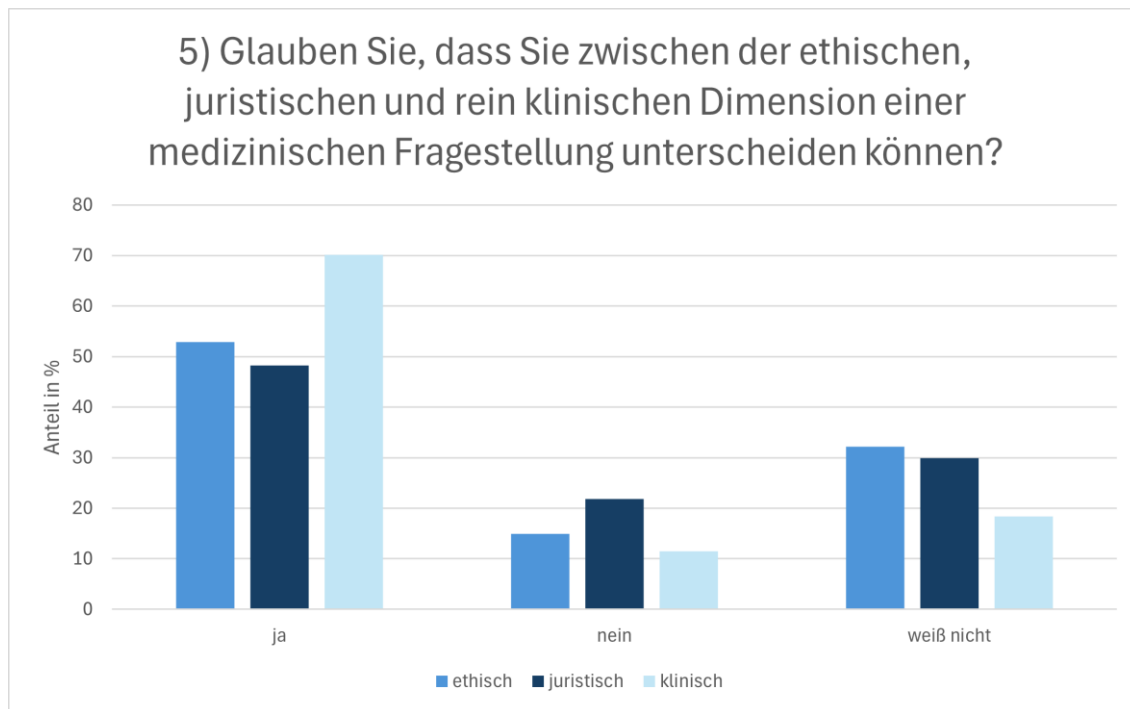


Abbildung 4.16: Einschätzung der Studierenden zur Differenzierung zwischen ethischer, juristischer und klinischer Dimension (VOR Modul 3.34, SS 2024)

53 % (46/87) der Studierenden haben auf die Frage „Glauben Sie, dass Sie zwischen der ethischen, juristischen und rein klinischen Dimension einer medizinischen Fragestellung unterscheiden können?“ bei der „ethischen“ Dimension mit „ja“, 15 % (13/87) mit „nein“ und ca. ein Drittel (32 %, 28/87) mit „weiß nicht“ geantwortet.

Die „juristische“ Dimension beantworteten 48 % (42/87) mit „ja“, 22 % (19/87) mit „nein“ und 30 % (26/87) mit „weiß nicht“.

In Bezug auf die „klinische“ Dimension wurde von 61 der 87 Teilnehmer:innen (70 %) die Antwort „ja“, von 10 (11 %) die Antwort „nein“ und von 16 (18 %) die Antwort „weiß nicht“ gewählt.

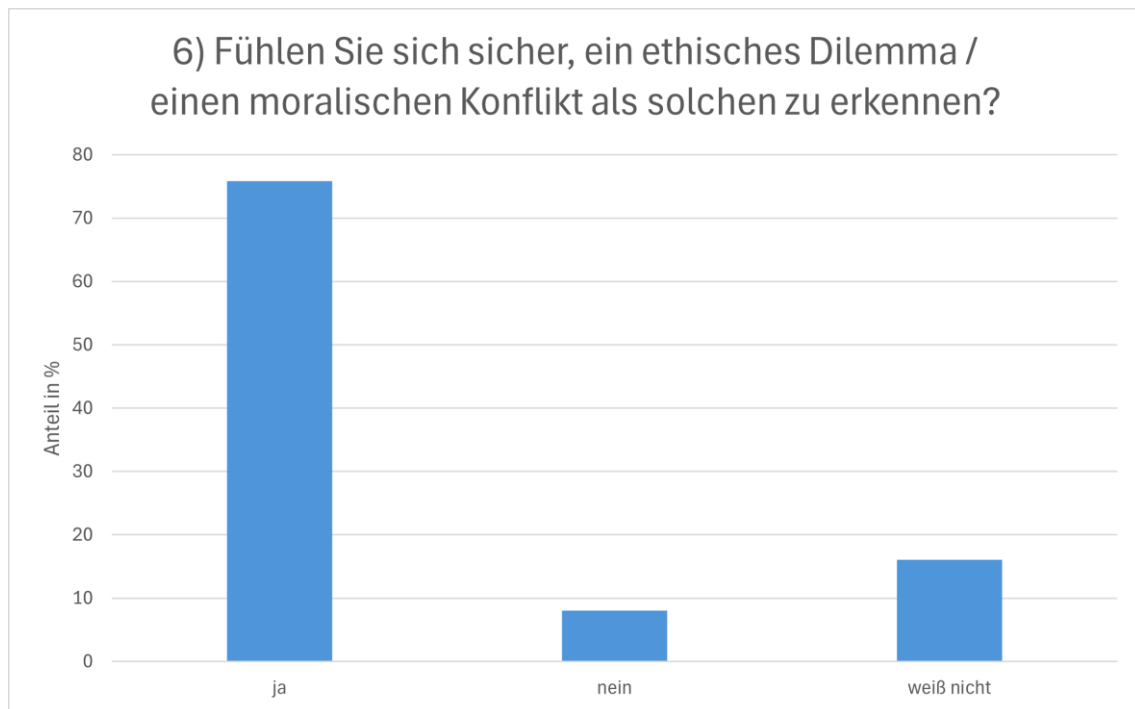


Abbildung 4.17: Sicherheit in der Erkennung eines ethischen Dilemmas (VOR Modul 3.34, SS 2024)

76 % (66/87) fühlen sich sicher ein ethisches Dilemma / einen moralischen Konflikt als solchen zu erkennen. 8 % (7/87) fühlen sich nicht sicher und 16 % (14/87) wissen nicht, ob sie sich sicher fühlen.

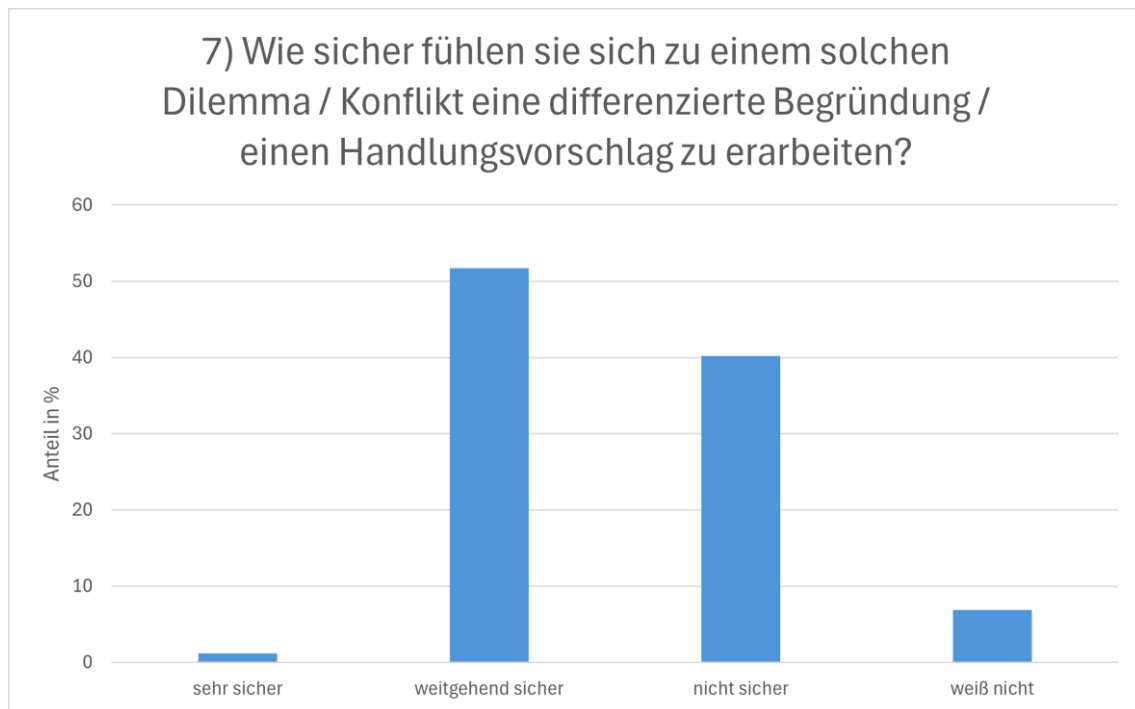


Abbildung 4.18: Sicherheit in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlags (VOR Modul 3.34, SS 2024)

Die Frage „Wie sicher fühlen sie sich zu einem solchen Dilemma / Konflikt eine differenzierte Begründung / einen Handlungsvorschlag zu erarbeiten?“ wurde von nur mehr 1 % (1/87) mit „sehr sicher“, von ca. der Hälfte (52 %, 45/87) mit „weitgehend sicher“, von 40 % (35/87) mit „nicht sicher“ und von 7 % (6/87) mit „weiß nicht“ beantwortet.

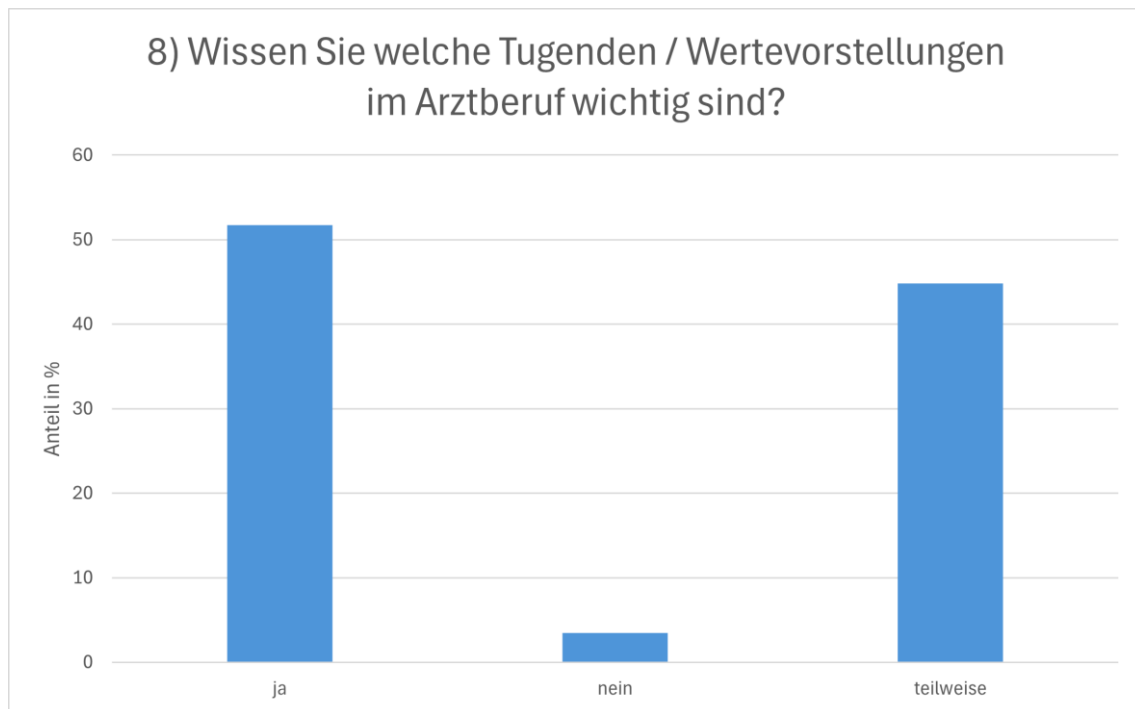


Abbildung 4.19: Wissen über wichtige ärztliche Wertvorstellungen (VOR Modul 3.34, SS 2024)

Bei Frage Nr. 8 („Wissen Sie welche Tugenden / Wertevorstellungen im Arztberuf wichtig sind?“) wurde von 52 % (45/87) die Antwort „ja“, von 3 % (3/87) die Antwort „nein“ und von 45 % (39/87) die Antwort „teilweise“ gewählt.

4.7 NACH Modul 3.34 (dritter Studienabschnitt, 7. – 10. Semester), SJ 2023/24

86 Teilnehmer:innen (86/336 TN; 26 % der im SJ 2023/24 im Modul 3.34 gemeldeten Studierenden)

Die Hälfte der Teilnehmer:innen (50 %, 43/86) war männlich, und die Hälfte (50 %, 43/86) war weiblich. Davon befanden sich 16 (19 %) im 7., 55 (64 %) im 8., 7 (8 %) im 9., 6 (7 %) im 10. und jeweils 1 (je 1 %) im 11. und im 12. Semester. 94 % (81/86) nahmen im Zuge der Ethikpflichtlehre an den Lehrveranstaltungen teil und 6 % (5/86) absolvierten sie als freies Wahlfach.

Tabelle 4.21: Allgemeine Fragen zum Wissensstand und zum Interesse der Studierenden an den ethisch-rechtlichen Themen sowie zur Transparenz der Ethiklehre im Studium (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)

NACH Modul 3.34 SJ 2023/24	ja n (%)	nein n (%)	teilweise n (%)	gesamt n
5) Haben Sie die Vorlesung / das Seminar besucht?	82 (95)	2 (2)	2 (2)	86
9) Wissen Sie jetzt welche Tugenden / Wertevorstellungen im Arztberuf wichtig sind?	64 (74)	2 (2)	20 (23)	86
10) Wissen Sie jetzt, was die gesetzliche Grundlage ärztlichen Handelns ist? (§49 Ärztegesetz)	47 (55)	5 (6)	34 (40)	86
11) Wird Ihrer Einschätzung nach derzeit in der klinisch praktischen Lehre am Patient*innenbett die schwierige medizinische Entscheidungsfindung nach ethisch-rechtlichen Gesichtspunkten ausreichend vermittelt?	33 (38)	21 (24)	32 (37)	86
12) Wird Ihrer Einschätzung nach derzeit in der wissenschaftlich praktischen Lehre die schwierige Entscheidungsfindung nach ethisch-rechtlichen Gesichtspunkten ausreichend vermittelt?	34 (40)	19 (22)	33 (38)	86
13) Haben Sie die gelehrt Themen interessiert?	75 (87)	1 (1)	10 (12)	86
15) Gibt es andere Themen, die sie im Rahmen der Ethiklehre interessieren würden?	51 (59)	35 (41)	/	86

Legende: „/“ heißt keine Antwortmöglichkeit für diese Frage

Da die Prozentangaben gerundet sind, ergibt sich nicht immer 100 % in der Gesamtzahl.

Tabelle 4.22: Allgemeine Fragen zur persönlichen Einschätzung der Studierenden (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)

NACH Modul 3.34 SJ 2023/24	ja	nein	weiß nicht	inhaltlich nicht relevant	gesamt
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
6) Sind Sie nach Belegung der Lehrveranstaltung bei der Beurteilung der ethischen und juristischen Dimension einer wissenschaftlichen / klinischen Fragestellung sicherer?	65 (76)	5 (6)	16 (19)	/	86
7) Glauben Sie, dass Sie jetzt ein ethisches Dilemma / einen moralischen Konflikt als solchen besser erkennen können?	69 (80)	6 (7)	11 (13)	/	86
22) Glauben Sie nach Belegung der Lehrveranstaltung, dass technische Machbarkeit moderner Medizin ein häufiger Trigger sein kann, Therapien durchzuführen, obwohl sie keinen wirklichen Nutzen für Patient*innen hat?	60 (70)	1 (1)	12 (14)	13 (15) ¹	86
23) Hat die Lehrveranstaltung dazu beigetragen Ihren Blick für Übertherapie zu schärfen?	61 (71)	9 (10)	/	16 (19) ²	86
24) Hat die Lehrveranstaltung dazu beigetragen Ihre Sorge vor medizinrechtlichen Konsequenzen im Rahmen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung zu reduzieren?	49 (57)	24 (28)	/	13 (15) ³	86

NACH Modul 3.34 SJ 2023/24	ja	nein	weiß nicht	inhaltlich nicht relevant	gesamt
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
25) Hat die Belegung der Lehrveranstaltung dazu beigetragen, dass Sie mit Hilfe des erworbenen Wissens über Ethik und Recht zu einer differenzierteren, angstfreieren medizinischen / wissenschaftlichen Entscheidungsfindung kommen können?	55 (64)	8 (9)	23 (27)	/	86

Legende: „/“ heißt keine Antwortmöglichkeit für diese Frage

Da die Prozentangaben gerundet sind, ergibt sich nicht immer 100 % in der Gesamtzahl.

¹ 12 der 13 Antworten „inhaltlich nicht relevant“ wurden durch die Teilnehmer:innen des Wahlpflichtfaches „Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen“ und 1 der 13 Antworten wurde durch die Teilnehmer:innen des Faches „Ethische Perspektiven des assistierten Suizids und bei Tötung auf Verlangen“ abgegeben.

² 13 der 16 Antworten „inhaltlich nicht relevant“ wurden durch die Teilnehmer:innen des Wahlpflichtfaches „Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen“ und jeweils 1 der 16 Antworten wurde durch die Teilnehmer:innen des Faches „Ethische Perspektiven des assistierten Suizids und bei Tötung auf Verlangen“, „Angewandte Ethik in Handlungsempfehlungen und Entscheidungsfindungen in der prähospitalen Notfallmedizin“ und „Medizinethik in der Pädiatrie II“ abgegeben.

³ 11 der 13 Antworten „inhaltlich nicht relevant“ wurden durch die Teilnehmer:innen des Wahlpflichtfaches „Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen“ und jeweils 1 der 13 Antworten wurde durch die Teilnehmer:innen des Faches „Angewandte Ethik in Handlungsempfehlungen und Entscheidungsfindungen in der prähospitalen Notfallmedizin“ und „Ethische Entscheidungen in der Zentrumsmedizin. Fallbeispiele aus der Herzchirurgie“ abgegeben.

Tabelle 4.23: Feedback (*NACH Modul 3.34, SJ 2023/24*)

NACH Modul 3.34 SJ 2023/24	ja n (%)	nein n (%)	vielleicht n (%)	gesamt n
17) Würden Sie sich in ihrer kommenden Studienzeit freiwillig nochmal mit dem Thema Ethik und Recht in der Medizin beschäftigen?	46 (53)	9 (10)	31 (36)	86
28) Würden Sie den Besuch der Vorlesung / Lehrveranstaltung Ihren Kommiliton*innen empfehlen?	71 (83)	15 (17)	/	86

Legende: „/“ heißt keine Antwortmöglichkeit für diese Frage

Da die Prozentangaben gerundet sind, ergibt sich nicht immer 100 % in der Gesamtzahl.

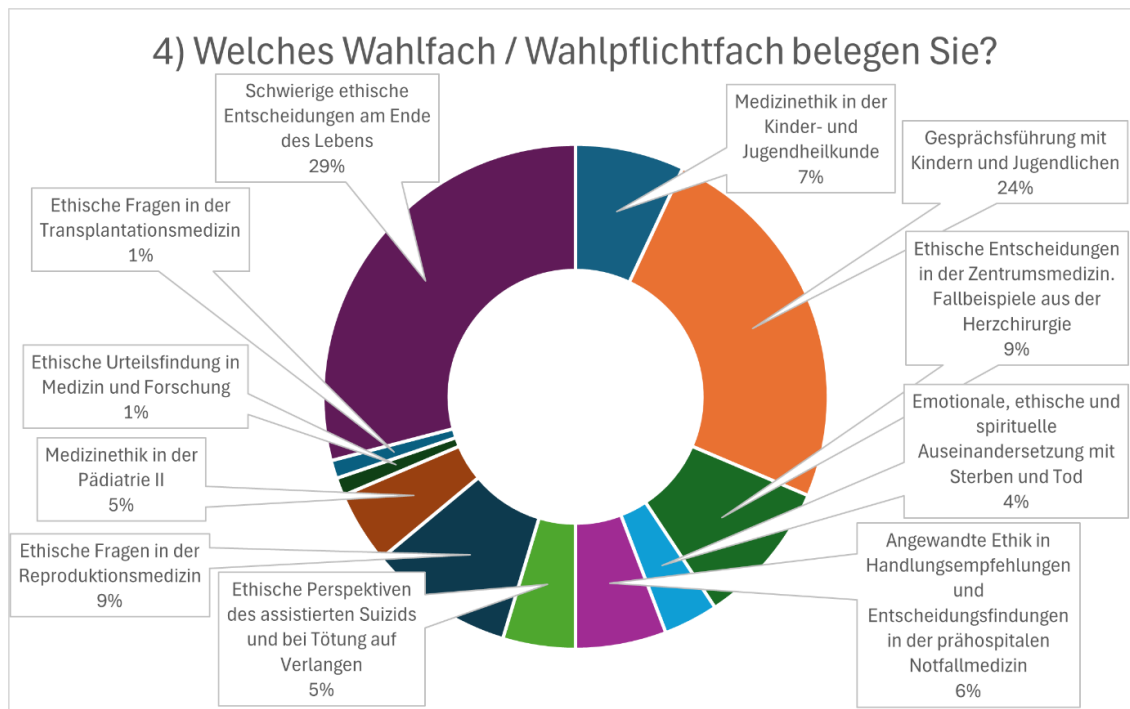


Abbildung 4.20: Anteile der einzelnen WPF an den abgegebenen Antworten (**NACH Modul 3.34, SJ 2023/24**)

Abbildung 4.20 zeigt eine Aufschlüsselung darüber, welche Lehrveranstaltungen im Wintersemester 2023/24 und im Sommersemester 2024, von den an der Umfrage teilnehmenden Studierenden, belegt wurden (gemeinsame Auswertung).

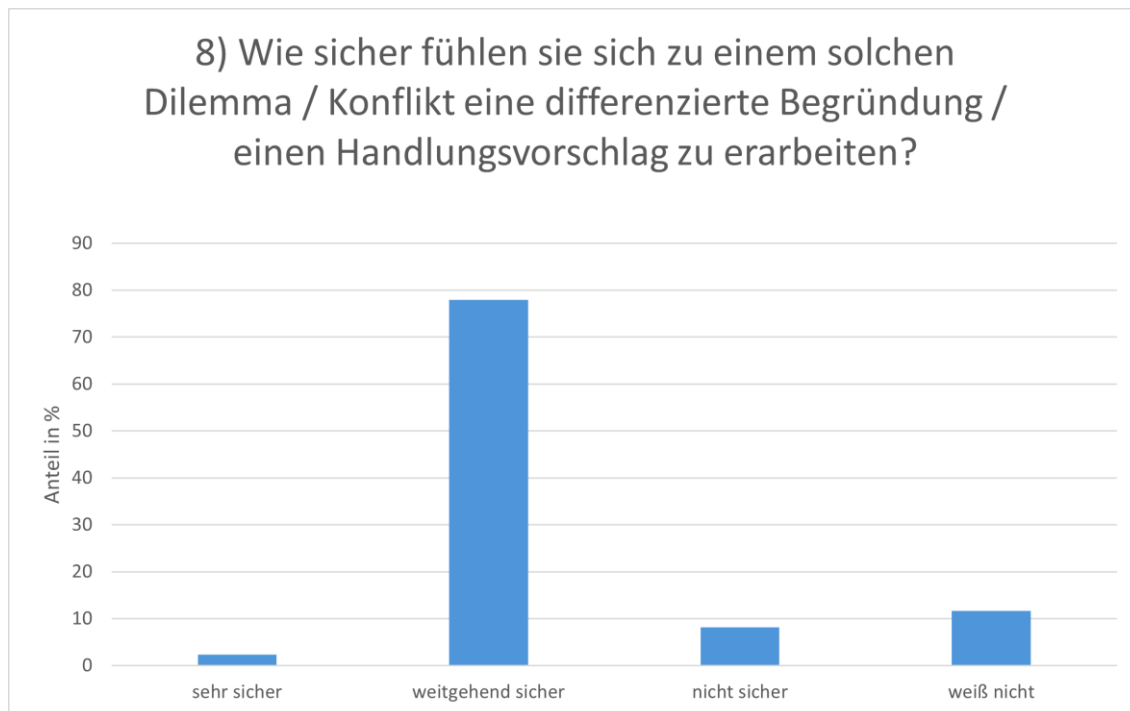


Abbildung 4.21: Sicherheit in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlags (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)

„Wie sicher fühlen sie sich zu einem solchen Dilemma / Konflikt eine differenzierte Begründung / einen Handlungsvorschlag zu erarbeiten?“ – diese Frage wurde von 2 % (2/86) mit „sehr sicher“, von 78 % (67/86) mit „weitgehend sicher“, von 8 % (7/86) mit „nicht sicher“ und von 12 % (10/86) mit „weiß nicht“ beantwortet.

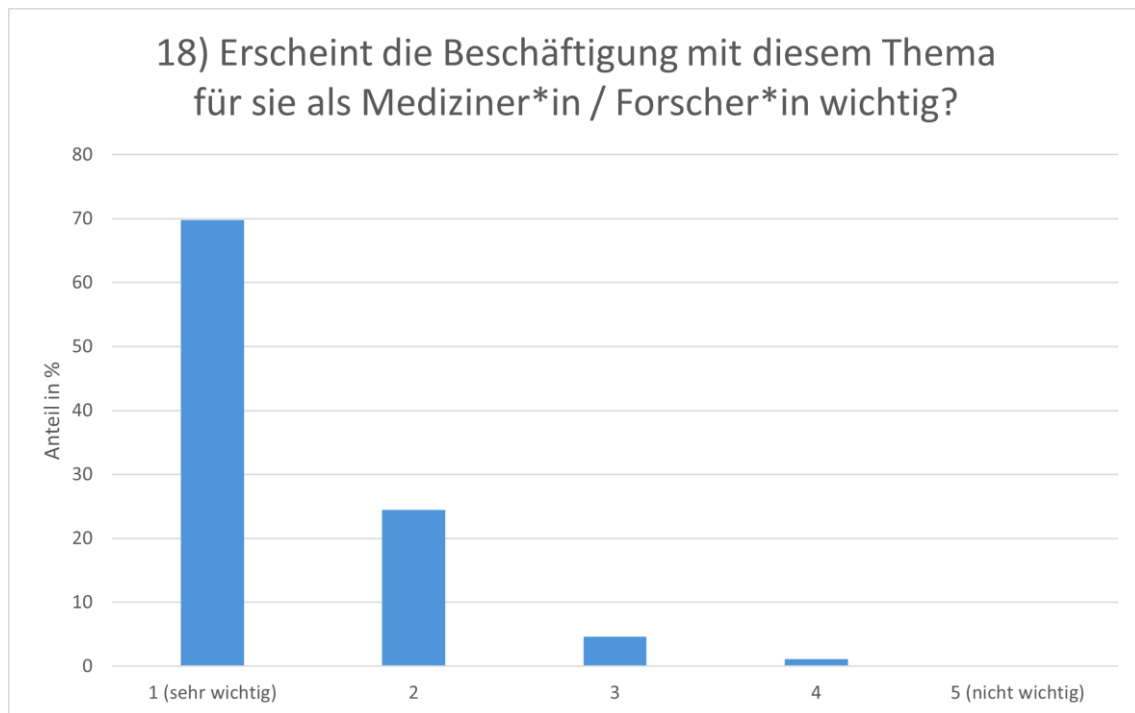


Abbildung 4.22: Einschätzung der Studierenden zur Wichtigkeit der Beschäftigung mit ethisch-rechtlichen Themen (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)

Für 70 % (60/86) erscheint die Beschäftigung mit diesem Thema sehr wichtig, 24 % (21/86) haben mit „2“, 5 % (4/86) mit „3“, 1 % (1/86) mit „4“ und keiner mit „5 (nicht wichtig)“ geantwortet.

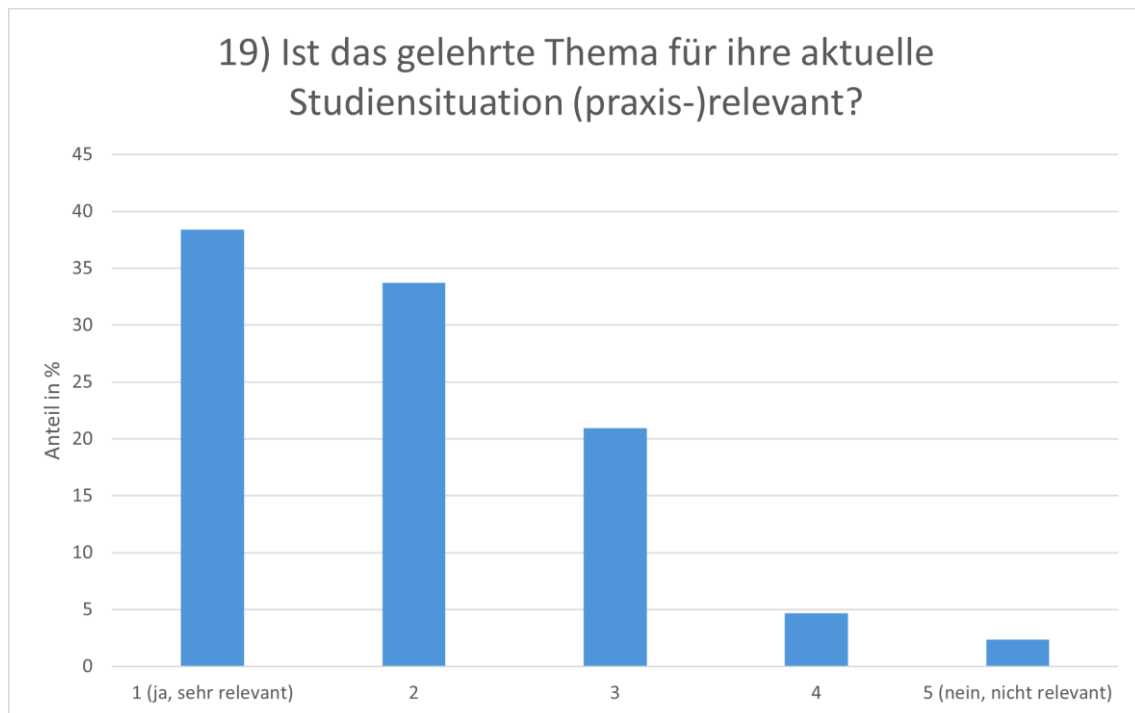


Abbildung 4.23: Einschätzung der Studierenden zur aktuellen (Praxis-)relevanz der gelehrten Themen (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)

Auf die Frage „Ist das gelehrte Thema für ihre aktuelle Studiensituation (praxis-)relevant?“ haben 38 % (33/86) die Antwort „1 (ja, sehr relevant)“, ca. ein Drittel (34 %, 29/86) die Möglichkeit „2“, ungefähr ein Fünftel (21 %, 18/86) die Antwort „3“, 5 % (4/86) jene mit „4“ und 2 % (2/86) die Antwort „5 (nein, nicht relevant)“ gewählt.

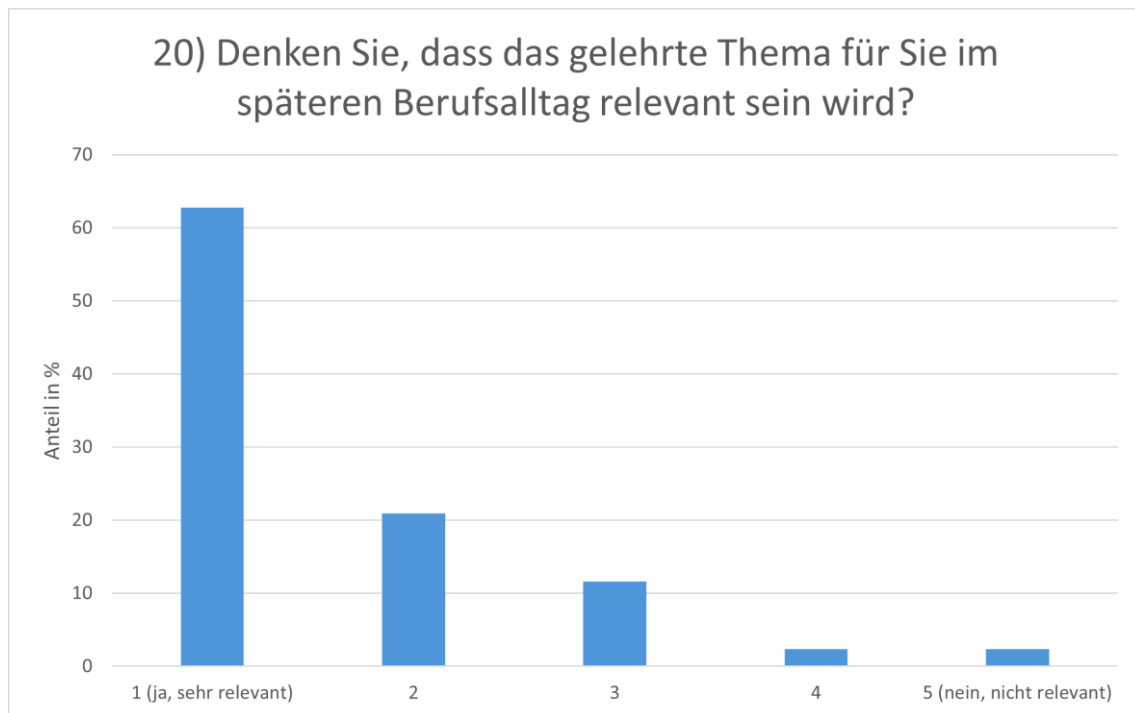


Abbildung 4.24: Einschätzung der Studierenden zur Relevanz der gelehrten Themen im späteren Berufsalltag (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)

63 % (54/86) der Befragten denken, dass das gelehrte Thema im späteren Berufsalltag sehr relevant sein wird, 21 % (18/86) wählten die Auswahl „2“, 12 % (10/86) „3“, 2 % (2/86) „4“ und 2 % (2/86) „5 (nein, nicht relevant)“.

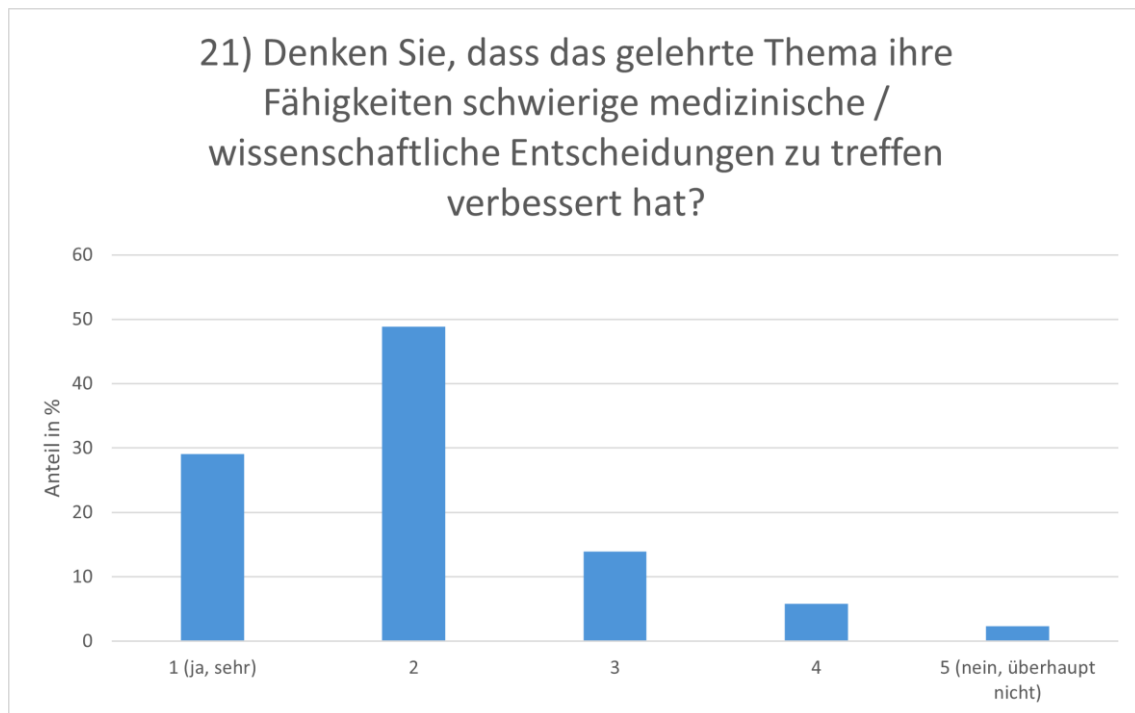


Abbildung 4.25: Einschätzung der Studierenden zur Verbesserung der medizinischen / wissenschaftlichen Entscheidungsfähigkeit (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)

Frage Nr. 21 („Denken Sie, dass das gelehrt Thema ihre Fähigkeiten schwierige medizinische / wissenschaftliche Entscheidungen zu treffen verbessert hat?) beantworteten 29 % (25/86) mit „1 (ja, sehr)“, 49 % (42/86) mit „2“, 14 % (12/86) mit „3“, 6 % (5/86) mit „4“ und 2 % (2/86) mit „5 (nein, überhaupt nicht)“.

Tabelle 4.24: Nicht relevante Inhalte für Studierende (**NACH Modul 3.34, SJ 2023/24**)

Welche Inhalte waren nicht interessant?	Häufigkeit (n / 86 Befragten)	Anteil der Befragten in %
Inkongruenz zwischen Erwartungshaltung und tatsächlichen Inhalten	2	2
zu repetitiv	2	2
zu wenig Fallbeispiele	1	1
zu wenig klare Handlungsanleitungen	1	1
unpassende Antwort	1	1
GESAMT		7*

*Ergebnis ist weniger als 100 %, da Freitextfragen nicht verpflichtend beantwortet werden mussten

5 der 86 Teilnehmer:innen (6 %) haben die Freitextfrage (Frage 14) beantwortet.

Tabelle 4.25: Gewünschte (noch nicht angebotene) Themen (**NACH Modul 3.34, SJ 2023/24**)

Gewünschte (noch nicht angebotene) Themen
Künstliche Intelligenz und Big Data
Gynäkologie und Schwangerschaftsabbruch
Ethik in der Psychiatrie und Jugendpsychiatrie
Forschungsethik

Tabelle 4.26: Positive Rückmeldungen der Studierenden über die LV (NACH Modul 3.34, SJ 2023/24)

Was hat den Studierenden an der LV besonders gut gefallen?	Häufigkeit (n / 86 Befragten)	Anteil der Befragten in %
(praktische) Fallbeispiele / Praxisbezug	42	49
interaktive Lehrveranstaltung	24	28
Begeisterung / Kompetenz der Lehrenden	17	20
spezifische Themen	11	13
allgemeine Begeisterung	7	8
Themeninhalte	6	7
angenehme Atmosphäre	5	6
Interdisziplinarität	4	5
Strukturierung der Lehrveranstaltung	4	5
unpassende Antwort	3	3
GESAMT		144*

*Ergebnis ist mehr als 100 %, da eine befragte Person mehrere Kategorien angeben konnte

Die Freitextfrage (Frage 26) wurde von 85 der 86 Teilnehmer:innen (99 %) beantwortet.

Tabelle 4.27: Negative Rückmeldungen der Studierenden über die LV (**NACH Modul 3.34, SJ 2023/24**)

Was hat den Studierenden an der LV nicht gefallen?	Häufigkeit (n / 86 Befragten)	Anteil der Befragten in %
nichts auszusetzen	32	37
Organisation der Lehrveranstaltung / Änderungswünsche	24	28
Bewertungsmethoden / verpflichtende Mitarbeit	8	9
Kritik an Lehrenden	6	7
zu wenig (neue) Fallbeispiele / Praxisbezug	6	7
spezifische Themen	4	5
zu repetitiv	4	5
zu wenig interaktiv	3	3
zu theorielastig	3	3
unpassende Antwort	2	2
Verhalten anderer Kursteilnehmer:innen	2	2
GESAMT		108*

*Ergebnis ist mehr als 100 %, da eine befragte Person mehrere Kategorien angeben konnte

86 der 86 Teilnehmer:innen (100 %) haben die Freitextfrage (Frage 27) beantwortet.

4.8 Studienabschnittsübergreifende Zusammenstellung der wichtigsten Ergebnisse

In den folgenden Abbildungen (Abbildung 4.26, Abbildung 4.27 und Abbildung 4.28) werden die Ergebnisse der Fragen „Wissen Sie jetzt welche Tugenden / Wertevorstellungen im Arztberuf wichtig sind?“, „Wissen Sie jetzt, was die gesetzliche Grundlage ärztlichen Handelns ist? (§49 Ärztegesetz)“ und „Wie sicher fühlen sie sich zu einem solchen Dilemma / Konflikt eine differenzierte Begründung / einen Handlungsvorschlag zu erarbeiten?“ der Evaluierungen **NACH** den Lehrveranstaltungen im Vergleich zwischen den einzelnen Studienabschnitten dargestellt. Außerdem sind auch die Antwortverläufe der Fragen „Hat die Lehrveranstaltung dazu beigetragen Ihre Sorge vor rechtlichen Konsequenzen im Rahmen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung zu reduzieren?“ und „Hat die Belegung der Lehrveranstaltung dazu beigetragen, dass Sie mit Hilfe des erworbenen Wissens über Ethik und Recht zu einer differenzierteren, angstfreieren medizinischen / wissenschaftlichen Entscheidungsfindung kommen können?“ **NACH** den Lehrveranstaltungen in den kommenden Abbildungen (Abbildung 4.29 und Abbildung 4.30) angeführt. Dabei haben im **ersten Studienabschnitt 37 (9 %)**, im **zweiten Studienabschnitt 87 (19 %)** und im **dritten** und letzten **Studienabschnitt 86 (26 %)** Personen an der Umfrage teilgenommen. Am Schluss werden noch ausgewählte Freitextantworten auf die Frage, was den Studierenden des ersten und zweiten Studienabschnitts besonders gut gefallen habe, gezeigt.

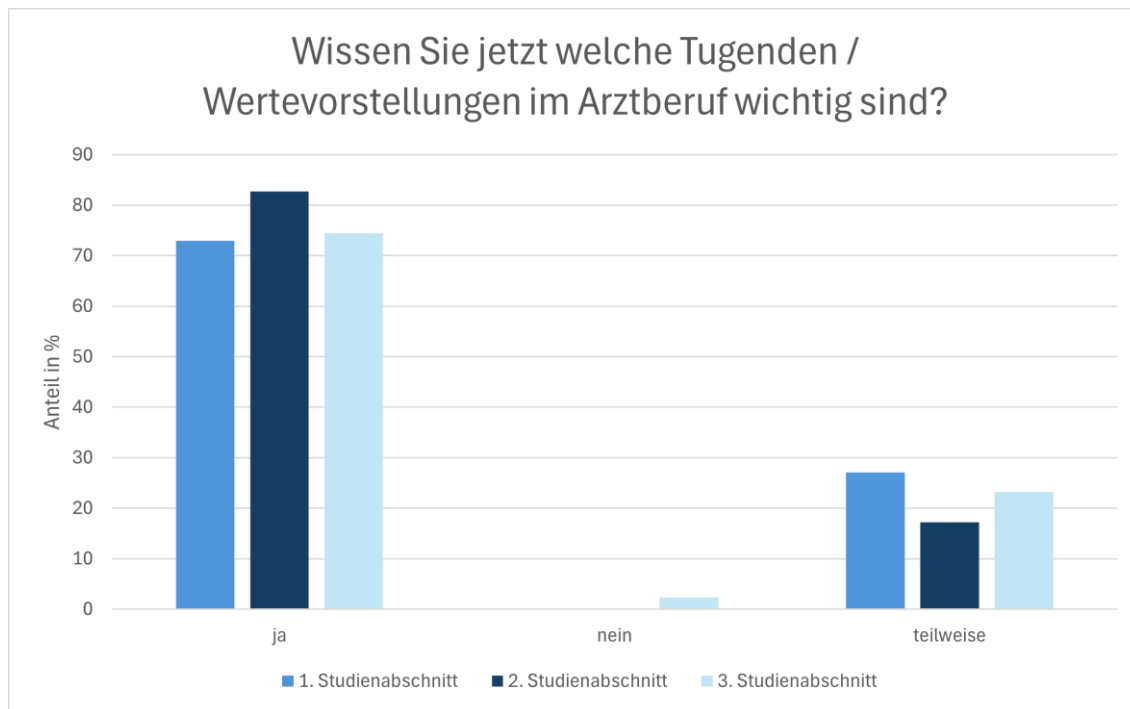


Abbildung 4.26: Vergleich zwischen den drei Studienabschnitten: Bewusstsein zu Tugenden und Wertvorstellungen des Arztberufes (**NACH den Modulen**) (Hypothese 1)

Über 70 % der Studierenden (sogar über 80 % im zweiten Studienabschnitt) waren sich der Wichtigkeit der Tugenden und Wertvorstellungen des Arztberufes bewusst. Bis auf 2 % der Studierenden im dritten Studienabschnitt, gab der Rest an zumindest teilweise informiert zu sein.



Abbildung 4.27: Vergleich zwischen den drei Studienabschnitten: Wissen über die gesetzlichen Grundlagen (**NACH den Modulen**) (Hypothese 1)

Bei den rechtlichen Grundlagen ärztlichen Handelns hat sich zwischen dem ersten und zweiten Studienabschnitt die Anzahl der Studierenden, die glaubten die gesetzlichen Grundlagen zu kennen, mit fast 70 % mehr als verdoppelt (mit einem Abfall im dritten Studienabschnitt um ca. 10 %). Im zweiten und dritten Studienabschnitt hat sich indirekt proportional der Anteil der Studierenden, die sich nur teilweise informiert einschätzten um ca. die Hälfte verringert. In allen Studienabschnitten gab es einige wenige Kolleg:innen die mit steigender Tendenz angaben nicht Bescheid zu wissen.

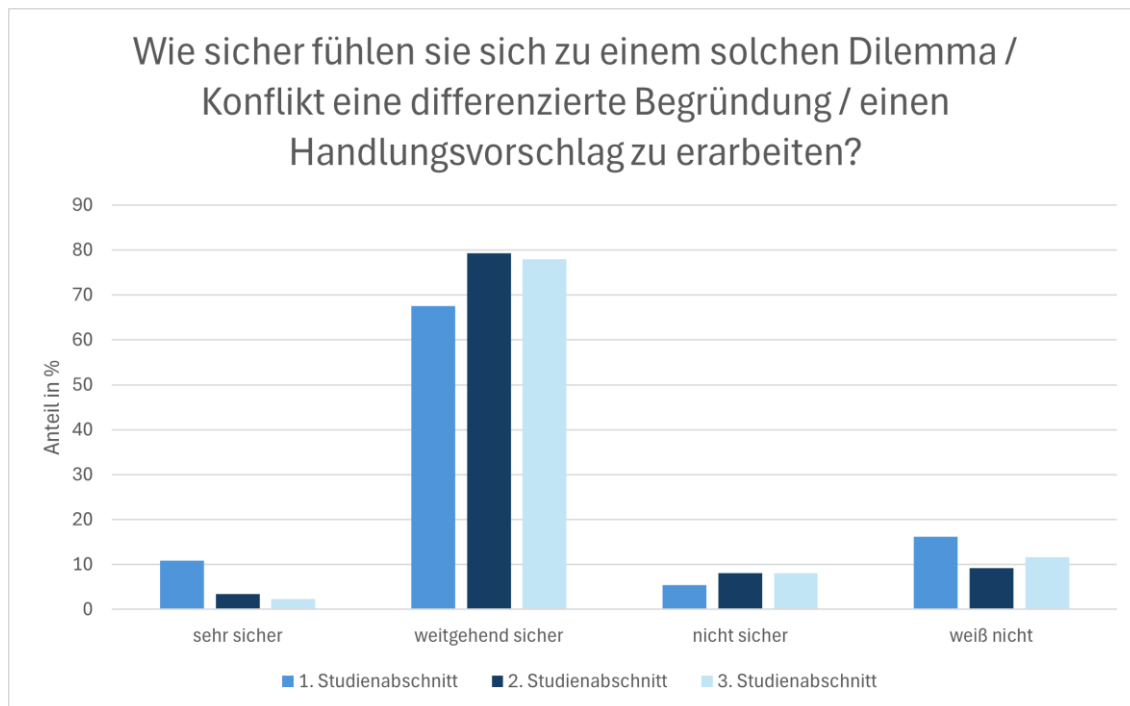


Abbildung 4.28: Vergleich zwischen den drei Studienabschnitten: Sicherheit in der differenzierten Begründung und Erarbeitung eines Handlungsvorschlags (**NACH den Modulen**) (Hypothese 2)

Dass nur wenige Studierende angaben „sehr sicher“ in der Erstellung einer differenzierten Begründung bzw. der Ausarbeitung eines Handlungsvorschlages zu sein, führt der Autor, bezugnehmend auf Abbildung 4.26 und Abbildung 4.27, nicht auf einen Mangel an Wissen zurück. Der Schwerpunkt der eigenen Einschätzung verschiebt sich von 68 % bis maximal 79 % der Teilnehmer:innen zu „weitgehend sicher“. In allen drei Studienabschnitten waren unter 10 % der Teilnehmer:innen nicht sicher und bis zu 15 % gaben an dies nicht einschätzen zu können.

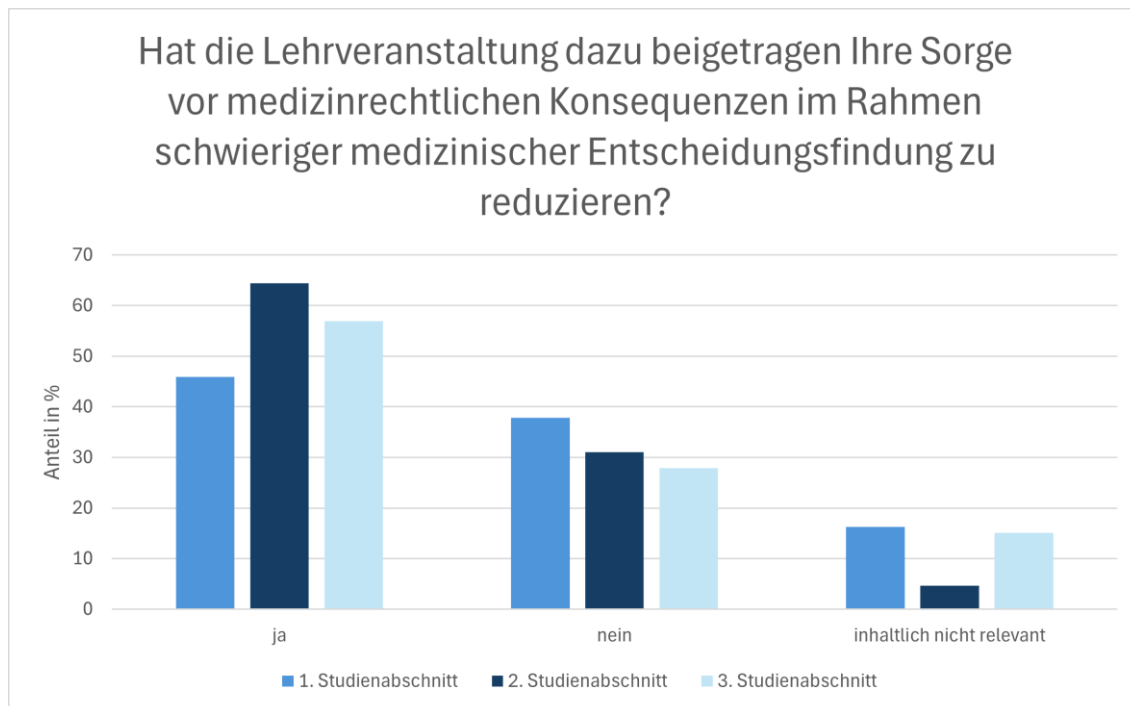


Abbildung 4.29: Vergleich zwischen den drei Studienabschnitten: Einfluss der Ethiklehre auf die Sorge vor rechtlichen Konsequenzen (**NACH den Modulen**)

Im Vergleich zum ersten Studienabschnitt, wo 46 % der Studierenden einschätzten, dass die Lehrveranstaltung dazu beigetragen hat, die Sorgen vor medizinrechtlichen Konsequenzen zu reduzieren, war ein deutlicher Anstieg von maximal fast 20 % in den nachfolgenden beiden Studienabschnitten zu erkennen. Die Anzahl der Personen, die über keine Reduktion der Sorgen vor medizinrechtlichen Konsequenzen berichteten, hat sich im Studienverlauf stetig verringert (38 % im ersten vs. 28 % im dritten Abschnitt). Zwischen 5 % und 16 % der Studierenden gaben „inhaltlich nicht relevant“ an.

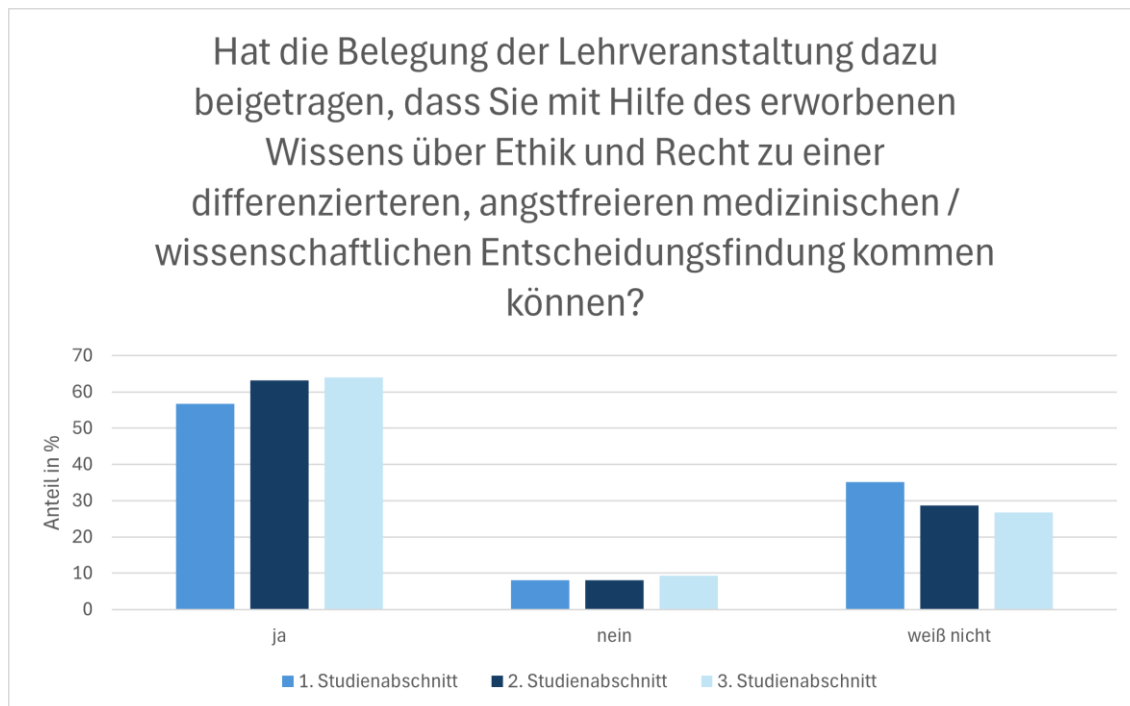


Abbildung 4.30: Vergleich zwischen den drei Studienabschnitten: Einfluss der Ethiklehre auf eine angstfreiere Entscheidungsfindung (**NACH den Modulen**)

Im Studienverlauf hat die Anzahl der Personen, welche einschätzten durch die Lehrveranstaltung zu einer angstfreieren und differenzierteren medizinischen Entscheidung kommen zu können, im Trend nur leicht zugenommen (57 % bis maximal 64 %), wobei bereits NACH dem ersten Studienabschnitt mit 57 % eine hohe Anzahl der Studierenden ein gutes Problembewusstsein für schwierige medizinische Entscheidungsfindung angegeben haben. Die Antwort „weiß nicht“ hat entsprechend im Verlauf des Studiums abgenommen (35 % im ersten auf 27 % im dritten Abschnitt). Der Anteil an Studierenden, welche NACH der Lehrveranstaltung medizinische Entscheidungen nicht angstfreier treffen konnten, blieb dabei mit 8-9 % konstant.

Die Antworten des dritten Abschnitts sind in Tabelle 4.28 nicht aufgeführt, um eine öffentliche Kritik oder eine persönliche Zuordnung der Antworten zu einzelnen Lehrpersonen zu vermeiden.

Anmerkung des Autors: Die Antworten wurden im Originaltext wiedergegeben, um Inhalte nicht zu verfälschen. Daher sind Grammatik und Rechtschreibfehler im Text enthalten. Die Fehler wurden mit „[sic]“ markiert.

Tabelle 4.28: Zitate aus dem ersten und zweiten Studienabschnitt auf die Frage, was den Studierenden an der LV besonders gut gefallen hat

Was hat den Studierenden an der LV besonders gut gefallen? (Auswahl an Antworten)

„Mir haben besonders gut die dazu präsentierten Fälle gefallen, da man durch sie besser versteht zu welche [sic] Problemen es trotz der klaren Vorschriften kommen kann.“ (1. Semester)

„Die vielen Fallbeispiele, auch der Fokus auf die Kindermedizin. Die Lehrveranstaltung hat es meiner Meinung nach gut geschafft uns für die Themen der Ethik zu sensibilisieren, auch wenn wir vielleicht noch nicht viel davon anwenden können. Es ist wichtig, in solche Themen "hineinzuwachsen", deshalb finde ich es super, dass wir schon im 1. Semester damit anfangen. Die VOs [= Vorlesungen] waren alle sehr interessant und [sic] absolut weiterzuempfehlen. Insgesamt sehr gelungen!!“ (1. Semester)

„[...] Im Allgemeinen fand ich die LV [= Lehrveranstaltung] eine der Besten [sic] die ich dieses Semester bisher besucht habe.“ (1. Semester)

„Besonders gut haben mir die häufigen Diskussionen und die Fallbeispiele gefallen, da dadurch ein Einblick in die praktische Anwendung gegeben wurde.“ (1. Semester)

„Meiner Meinung nach ist diese Lehrveranstaltung eine der wichtigsten Praktika, die wir im ganzen Studium absolvieren. Wir werden alle mit ethisch schwierigen Entscheidungen konfrontiert werden in unserem Berufsleben und ich finde es sehr wichtig sich während dem Studium schon mit diesen kritischen und schwierigen Themen auseinanderzusetzen.“ (6. Semester)

„Mich hat die Auseinandersetzung mit ethischen Themen sehr fasziniert und interessiert. Ich glaube, dass es später sehr wichtig werden wird über gewisse Themen und Grundsätze Bescheid zu wissen. Das wurde in der Vorlesung sehr ausführlich, verständlich und mit vielen Beispielen besprochen.“ (6. Semester)

„Das Seminar war besonders durch die Diskussion hilfreich und lehrreich.“ (6. Semester)

Was hat den Studierenden an der LV besonders gut gefallen? (Auswahl an Antworten)

„Diskussionsrunde nach dem Vortrag- da sich jeder mit seinem Fall auseinandergesetzt hat, kamen gute Diskussionen zustandeDie [sic] Anwesenheit von Ärzte [sic], die sogar teilweise die Fälle wirklich betreut haben, bringen den Klinikalltag und die Entscheidungsfindung in das Praktikum [sic]“ (6. Semester)

5 Diskussion

In der folgenden Diskussion liegt ein Fokus auf den für die Beantwortung der Forschungsfragen relevanten Inhalten. Die Hypothese 1 bezieht sich auf die Fragen „Wissen Sie jetzt (Anmerkung des Autors: Jetzt = NACH dem Besuch der Lehrveranstaltung), welche Tugenden / Wertevorstellungen im Arztberuf wichtig sind?“ und „Wissen Sie jetzt, was die gesetzliche Grundlage ärztlichen Handelns ist? (§49 Ärztegesetz)“. Hypothese 2 bezieht sich auf die Frage „Wie sicher fühlen Sie sich zu einem solchen Dilemma / Konflikt eine differenzierte Begründung / einen Handlungsvorschlag zu erarbeiten?“. Zur Beantwortung dieser Fragen wurden jeweils die Antworten der Studierenden aus den Fragebögen NACH den Lehrveranstaltungen verwendet.

Erster Studienabschnitt: Erstaunlicherweise hatten sich 40 % der Studierenden bereits VOR dem Studium mit dem Thema Ethik und Recht in der Medizin beschäftigt, was erklären kann, dass 89 % der Befragten schon VOR der Lehrveranstaltung (LV) des ersten Studienabschnitts angegeben haben sie könnten ein ethisches Dilemma bzw. einen moralischen Konflikt erkennen. (Tabelle 4.1) Dabei gab ein Fünftel der Befragten an diese Kenntnisse in der Schule erlernt zu haben. Andere hatten Kontakt mit dem Thema durch eine vorherige Ausbildung, Praktika, Selbststudium / Studium. (Tabelle 4.2)

Alle befragten Studierenden hatten NACH Besuch der LV im Modul 1.11 im 1. Semester das Gefühl zumindest teilweise (27 %), der Großteil sogar sicher (73 %), die für den ärztlichen Beruf wichtigen ethischen Aspekte schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung zu kennen und wussten, welche Tugenden und Wertevorstellungen im Arztberuf wichtig sind. Im Vergleich dazu kannten die Studierenden NACH der LV die rechtlichen Grundlagen deutlich schlechter (nur 32 % sicher und 65 % teilweise, 3 % gar nicht)! Das Lehrziel kann als erfüllt betrachtet werden, nachdem 95 % der befragten Studierenden die gehörten Inhalte spannend und interessant fanden (Tabelle 4.4) und 84 % der Befragten NACH Besuch der LV angaben einen moralischen Konflikt / ein ethisches Dilemma besser erkennen zu können. Fast alle Befragten (89 %) hatten verstanden, dass technische Machbarkeit ein unreflektierter Trigger für Übertherapie sein kann, was bedeutet, dass die Lehrveranstaltung den Blick dafür geschärft hat, Übertherapie zu erkennen. Trotzdem war die Angst vor medikolegalen Konsequenzen im Rahmen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung bei fast 40 % der Befragten noch deutlich vorhanden, was mangelnder Erfahrung und durchaus einem realistischen Problembewusstsein zugesprochen werden kann! (Tabelle 4.5) Diese Zahlen aus den ersten allgemeinen Fragen lassen darauf schließen, dass Wissensvermittlung in Ethik und Recht von den Studierenden durchwegs positiv bewertet und als wichtig empfunden wird. Es

gab jenseits der gelehrten Inhalte durchaus auch noch andere Interessensschwerpunkte („Schönheitschirurgie, Forschungsethik, Ethik in der Psychiatrie“). (Tabelle 4.8)

Wenn man die Ergebnisse der Befragung VOR der LV mit den Ergebnissen NACH Besuch der LV vergleicht, so ist eine deutliche Verbesserung im Wissen und in den von den Studierenden selbst eingeschätzten Fertigkeiten zu sehen: 89 % der Befragten waren VOR der LV der Meinung, sie könnten ein ethisches Dilemma / einen moralischen Konflikt erkennen (nur 2 Personen meinten sie könnten das nicht und 9 % wussten mit der Frage nichts anzufangen). Allerdings gab nur die Hälfte der Befragten VOR den Lehrveranstaltungen an, sie könnten eine differenzierte Begründung bzw. einen Handlungsvorschlag für ein ethisch-moralisches Dilemma erarbeiten, 7 % sagten sie könnten das gar nicht und 38 % antworteten, dass sie dies nicht wüssten. NACH der LV erneut befragt, fühlten sich mit nunmehr 80 % der Befragten aber wieder deutlich mehr Studierende in der Lage, einen ethisch schwierigen Fall auch erarbeiten zu können und nur noch 21 % gaben an nicht sicher zu sein bzw. es nicht zu wissen. (Tabelle 4.1, Abbildung 4.1). Passend dazu waren 94 % der Befragten der Meinung, dass Kenntnisse in Ethik und Recht wichtig sind, um komplexe medizinische Entscheidungen sicherer treffen zu können! (Tabelle 4.1)

Bei den juristischen Grundlagen war wesentlich weniger Vorwissen bei den befragten Studierenden vorhanden – VOR der LV kannten nur 15 % der Teilnehmer:innen die juristischen Grundlagen ärztlichen Handelns. (Tabelle 4.1) NACH der LV kannten wenigstens doppelt so viele der Befragten (32 %) medizinrechtliche Inhalte. Zwei Drittel der Befragten meinten die gesetzlichen Grundlagen NACH der LV zumindest teilweise zu kennen – nur einer Person waren diese NACH der Vorlesung weiter nicht bekannt. (Tabelle 4.4). Im 1. Semester konnte folglich ein deutlicher Wissenszuwachs vor allem bei medizinethischen und in geringerem Ausmaß auch bei medizinrechtlichen Inhalten bewirkt werden.

Die Erwartungen der Studierenden (62 % Aneignung medizinethischer, 26 % Aneignung medizinrechtlicher Grundlagen und sonst Praxisbezug, Erlernen psychologischer Grundlagen, interaktive LV etc.) (Tabelle 4.3) konnten in vielen Punkten erfüllt werden: 95 % teilten mit, dass sie die Themen interessiert haben und 59 % gaben weiterführendes Interesse an. (Tabelle 4.4) 95 % der Befragten würden sich nochmal mit dem Thema Medizinethik und -recht beschäftigen wollen und 100 % der Befragten würden die LV ihren Kommiliton:innen weiterempfehlen. (Tabelle 4.6)

Der Autor macht auf einen Bias in der Datenauswertung im Modul 1.11 (vor allem NACH der LV) aufmerksam: Zu Beginn der LV beantworteten 151 Studierende (35 %, 151/435) die Umfrage, während am Ende der LV nur mehr 37 Personen (9 %, 37/435) an der Umfrage teilgenommen haben. Die beobachtete, geringere Rücklaufquote am Ende der LV wurde auf direkte Nachfrage durch die Lehrenden während der LV von den Studierenden durch den

gleichzeitig stattfindenden großen Sezierkurs der Anatomie mit wiederholten, lernintensiven Prüfungen begründet. Am Ende der LV haben daher vermutlich nur mehr die wirklich an Ethik interessierten Studierenden die LV besucht und auch an der Evaluierung teilgenommen.

Zweiter Studienabschnitt: Die doch sehr niedrige Rücklaufquote NACH dem Modul 2.42 von nur 19 % (87/450) ist auf den ersten Blick verwunderlich, da in den Seminaren Anwesenheitspflicht herrscht und diese somit von allen Studierenden des 6. Semester besucht werden müssen. Obwohl die Studierenden am Ende des mündlichen Seminarteils (Fallbesprechung) von Frau Prof.ⁱⁿ Friesenecker (welche bei allen Seminar-Einheiten anwesend war) gebeten wurden den Fragebogen auszufüllen, war die Compliance dies zu tun leider gering. Aufgrund der Tatsache, dass die Seminare im Studienjahr 2023/24 nah am Semesterende und damit an der Semesterprüfung des 6. Semester stattgefunden haben (KMP 4B) – die zusätzlich auch noch eine Studienabschnittsprüfung darstellt – hatten die Studierenden im generellen Stress des Semesterendes eventuell auch einfach keine Zeit / keine Lust den Fragebogen auszufüllen, zumal beim ersten Seminar im Modul 2.42 in der Geschichte der Medizinethiklehre in Innsbruck die Zeitdisziplin bei den mündlichen Prüfungen noch nicht ganz sicher funktioniert hat und die Prüfungszeiten abends (offizielles Ende der LV 19:30 Uhr) bisweilen überzogen wurden, was vereinzelt zu studentischer Kritik geführt und die studentische Lust auf Extraarbeit (Fragebogen ausfüllen) wahrscheinlich nicht beflügelt hat. (Tabelle 4.17)

28 % der Befragten hatten an der LV nichts auszusetzen, je ein Viertel der befragten Studierenden äußerten Kritik am Zeitmanagement und am Zeitpunkt der LV im Semester (Anmerkung des Autors: Mittlerweile konnte die LV wunschgemäß auf den Semesteranfang verschoben werden.). 8 % gaben organisatorische Änderungswünsche an („*zwei Termine für das Seminar, Fallbesprechungen im Rahmen des problemorientierten Lernens (POL) etc.*“) und 5 % kritisierten den Vortragsstil einiger Referent:innen („*zu wenig interaktiv*“), ansonsten fielen ein paar weitere Kritikpunkte von unter 5 % insgesamt sehr milde aus wie „*zu repetitiv, VL nicht gestreamt, Studierende zu viel kritisiert bei Präsentation / unterbrochen etc.*“. (Tabelle 4.17)

Die Anzahl der Studierenden, die über sich sagten, über die wichtigen ethischen Aspekte ärztlichen Handelns zur Gänze informiert zu sein, hat sich im Vorher-nachher-Vergleich durch die Lehrveranstaltungen im 6. Semester fast verdoppelt (45 % vs. 83 %). (Abbildung 4.8, Tabelle 4.11) Auch das Wissen zu den gesetzlichen Grundlagen ärztlichen Handelns hat im Zeitverlauf der Ausbildung im Modul 2.42 auf das Doppelte zugenommen: 67 % gaben nun an, gutes Wissen über die rechtlichen Grundlagen ärztlichen Handelns zu haben, 29 % fühlten sich teilweise informiert und 5 % sagten immer noch sie wären nicht informiert (Tabelle 4.11).

Im Vergleich zu NACH der LV im 1. Semester (Modul 1.11), wo nur 32 % der Studierenden angaben die gesetzlichen Grundlagen ärztlichen Handelns zu kennen und sich 65 % nur teilweise informiert fühlten (Tabelle 4.4), verschob sich somit mit Wiederholung und Vertiefung der Lehrinhalte durch die Vorlesung und die für alle Studierenden verpflichtenden praktischen Übungen im zweiten Studienabschnitt (Modul 2.42) der Wissensstand bei über einem Drittel der Befragten von teilweise informiert zu gut informiert! (Tabelle 4.11)

Dritter Studienabschnitt: Der für die beiden vorherigen Studienabschnitten geführte Vorher-nachher-Vergleich macht im dritten Studienabschnitt aufgrund der großen inhaltlichen Heterogenität der 23 WPF (Tabelle 1.2) in der Gesamtauswertung für diesen Studienabschnitt keinen Sinn. Daher werden hier nur die Inhalte der Antworten aus den Freitextfragen wiedergegeben.

37 % der Befragten hatten an der LV nichts auszusetzen und 28 % bemängelten die Organisation der Lehrveranstaltung bzw. hatten organisatorische Änderungswünsche („LV-Block zu lang, keine kurzfristigen Terminverschiebungen etc.“). 9 % der Teilnehmer:innen kritisierten die Bewertungsmethoden bzw. die verpflichtende Mitarbeit und je 7 % übten Kritik an den Lehrenden oder am für sie immer noch zu gering vorhandenem Praxisbezug aus. Außerdem wurden von 5 % spezifische vorgetragene Themen bemängelt und weitere 5 % fanden die LV zu repetitiv. Die restlichen Antworten unter 5 % waren „zu wenig interaktiv, zu theorielastig, Verhalten anderer Kursteilnehmer:innen und unpassende Antwort“. (Tabelle 4.27)

Sehr positiv hervorgehoben wurde von der Hälfte der Studierenden der Praxisbezug. Aber auch die Interaktivität der LV (28 %) und die Begeisterung bzw. die Kompetenz der Lehrenden (20 %) wurde von den Teilnehmer:innen gelobt. Weiters wurden von 13 % der Befragten spezifische Themen besonders positiv bewertet („Umgang mit Kindern, Anleitung zur korrekten Kommunikation etc.“). Außerdem gaben einige Studierende eine allgemeine Begeisterung für die LV an (8 %). Nicht zuletzt wurden auch die Punkte „Themeninhalte, angenehme Atmosphäre, Interdisziplinarität, Strukturierung“ als gelungene Aspekte der LV erwähnt. (Tabelle 4.26)

Positiv zu bewerten ist auch, dass von den Studierenden NACH dem Besuch aller Ethikpflichtlehrveranstaltungen der Wunsch geäußert wurde das Ethik-Curriculum inhaltlich auszubauen. (Tabelle 4.21, Tabelle 4.25) So sind weitere gewünschte Themen etwa „Künstliche Intelligenz und Big Data, Gynäkologie und Schwangerschaftsabbruch, Ethik in der Psychiatrie und Jugendpsychiatrie, Forschungsethik“. (Tabelle 4.25)

Anmerkung des Autors: Ein Bias kann entstehen, da die Studierenden ihr Ethikwahlpflichtfach im dritten Studienabschnitt (Modul 3.34) im Zeitraum des 7. bis 10. Semesters absolvieren können. Die Teilnehmer:innenzahl des Moduls 3.34 war mit je 168 Studierenden im WS und SS niedriger als die Gesamtanzahl der Studierenden des jeweiligen Semesters (350 - 360 Studierende im 7. bis 10. Semester des SJ 2023/24). Um diesen Bias auszugleichen, wurde als Bemessungsgrundlage für die Berechnung der Rücklaufquoten die Anzahl der im Studienjahr 2023/24 im Modul 3.34 eingetragenen Studierenden (je 168 Studierenden VOR dem Modul 3.34 im WS 2023/24 und SS 2024; 336 Studierende gesamt NACH dem Modul 3.34 im SJ 2023/24) verwendet.

Die niedrige Rücklaufquote von 17 % (29/168) VOR dem Modul 3.34 im WS 2023/24 erklärt sich dadurch, dass nur 3 der insgesamt 14 angebotenen WPF [30] an der Evaluierung beteiligt waren. (Abbildung 4.14) Der Grund hierfür ist, dass die Lehrenden aus organisatorischen Gründen relativ spät darüber informiert wurden die Studierenden zur freiwilligen Teilnahme an der Umfrage aufzufordern. Die Teilnehmerquote VOR dem Modul 3.34 im folgenden SS 2024 war dann mit 52 % (87/168) deutlich höher. Dass auch die Antworten NACH dem Modul 3.34, die gemeinsam für das WS 2023/24 und SS 2024 ausgewertet wurden, nur eine Gesamtrücklaufquote von 26 % (86/336) hatten, erklärt sich ebenfalls durch die geringe Teilnehmer:innenzahl der Studierenden des Wintersemesters (24 von insgesamt 86 Teilnehmer:innen aus WS 2023/24 und SS 2024). (Abbildung 4.20)

Im dritten Studienabschnitt sind – wie in der Einleitung beschrieben – die ethischen / rechtlichen Inhalte sehr heterogen. Daher kann es, anders als in den vorherigen beiden Modulen, durchaus sein, dass einige Fragen nicht relevant für die gelehrteten Inhalte waren und so auch von den Studierenden beantwortet wurden. (Tabelle 4.22)

Vergleich zwischen den Studienabschnitten: Da sich viele der Studierenden bereits VOR dem Studium mit Ethik und Recht in der Medizin beschäftigt haben (Tabelle 4.1), wird der Lehr- und Lernerfolg der Studierenden aus den Antworten NACH den Modulen der jeweiligen Studienabschnitte abgeleitet. Durch die absichtliche Wiederholung gewisser ethischer Inhalte zur Grundlage ärztlichen Handelns im Modul 1.11 und 2.42 ist ein Anstieg der ethischen Grundkenntnisse zwischen erstem und zweitem Studienabschnitt zu erkennen. Die große Diversität der Themen im WPF-Korb des dritten Studienabschnitts, in dem nur mehr vereinzelt ethische und rechtliche Basics schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung wiederholt werden, kann den kleinen Abfall im selbst eingeschätzten ethischen Wissen vom zweiten zum dritten Studienabschnitt (9 %), bzw. die gleichbleibenden ethischen Grundkenntnisse zwischen dem ersten und dritten Studienabschnitt erklären. Da die Basics schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung im ersten und zweiten Studienabschnitt das letzte Mal

Lehrinhalte für alle Studierenden waren, sind diese vielleicht im 7. bis 10. Semester nicht mehr so präsent. (Abbildung 4.26) Des Weiteren waren 17 % der Studierenden im 9. Semester und höher und hatten dementsprechend auch kein für alle verpflichtendes Modul 2.42 im zweiten Studienabschnitt, wodurch die komplette Theorie des Moduls 2.42 sowie auch die praktische Ausbildung im Rahmen der Fallbesprechungen als Wissensgrundlage fehlt – die beiden Studierenden im 11. und 12. Semester hatten zusätzlich auch keine verpflichtende Ethiklehre im ersten Studienabschnitt. Das kann ein Grund für die fehlende Zunahme des Wissens um medizinethische Grundlagen der Studierenden zwischen dem ersten und dritten Studienabschnitt sein. Dennoch gaben fast alle Studierenden an zumindest teilweise oder gänzlich die ethischen Grundlagen ärztlichen Handelns zu kennen, was dafürspricht, dass sie sich mit der Thematik positiv befasst haben. (Abbildung 4.26)

Der steile Anstieg des Wissens der Studierenden in den rechtlichen Grundlagen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung zwischen dem ersten und zweiten Studienabschnitt ist vermutlich ebenfalls auf die beabsichtigten Wiederholungen der rechtlichen Basics in den Modulen 1.11 und 2.42 zurückzuführen. Der beobachtete kleine Abfall im medizinrechtlichen Wissen NACH dem dritten Studienabschnitt ist wahrscheinlich wieder mit der großen inhaltlichen Diversität der Fächer des WPF-Korbes im Modul 3.34 zu erklären, wo in den meisten Fächern keine Basics mehr wiederholt werden und außerdem ca. 15 % der Studierenden im dritten Studienabschnitt coronabedingt auch keine ethisch-rechtliche „Vorbildung“ durch die verpflichtende Teilnahme am Modul 2.42 im zweiten Studienabschnitt hatten. Trotzdem schätzten sich im Vergleich zwischen dem ersten und dritten Studienabschnitt 20 % mehr Studierende ein, gut über die rechtlichen Grundlagen ärztlichen Handelns Bescheid zu wissen. (Abbildung 4.27)

Es zeigt sich bei der Frage nach der Sicherheit in der Erarbeitung einer medizinethisch / -rechtlichen Fragestellung ein Trend dahingehend, dass die Studierenden im zweiten und dritten Studienabschnitt weniger sicher (Anmerkung des Autors: „weitgehend sicher“ anstatt „sehr sicher“) waren, als sie sich NACH den LVs des 1. Semesters selbst eingeschätzt haben. (Abbildung 4.28) Die gegenläufige Entwicklung im Verlauf des Studiums weniger sicher zu sein, Entscheidungen gut und sicher treffen zu können, verbunden mit der gleichzeitigen Einschätzung theoretisch deutlich mehr zu wissen, lässt sich am besten damit erklären, dass den Studierenden die Komplexität einer gut begründeten ethischen Entscheidungsfindung, die auf gültigem Medizinrecht basiert, über den Verlauf der Ausbildung bewusster wurde. Die Studierenden verstehen also immer mehr, wie schwierig solche Entscheidungen sein können. (Abbildung 4.26, Abbildung 4.27, Abbildung 4.28)

Als Erfolg für das Lehrkonzept wird die Aussage der Studierenden gewertet, dass sich in allen Studienabschnitten NACH den Lehrveranstaltungen immer mindestens drei Viertel der

Studierenden sicherer fühlten in der Beurteilung der ethischen und juristischen Dimensionen einer klinischen Fragestellung. Mindestens 80 % gaben an, ein ethisches Dilemma / einen moralischen Konflikt als solchen besser erkennen zu können. (Tabelle 4.5, Tabelle 4.12 und Tabelle 4.22) Der Anteil der Studierenden, die sich zumindest „weitgehend sicher“ oder „sehr sicher“ in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlages fühlten, war NACH den LVs im Laufe des Studiums im Wesentlichen konstant. (Abbildung 4.28) Diese Beobachtung stimmt sehr gut überein mit der vielfach geäußerten positiven Beurteilung der Studierenden zum Praxisbezug der Ethiklehrveranstaltungen vom 1. Semester an und der Möglichkeit an sehr unterschiedlichen praktischen Beispielen üben zu können. (Tabelle 4.9, Tabelle 4.16, Tabelle 4.26) Die von den Studierenden beschriebene Tendenz am Ende der Ausbildung wieder unsicherer in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlags zu sein ist somit keinesfalls negativ zu interpretieren: Die klinisch-praktische Ethiklehre zielt darauf ab, den Studierenden die Komplexität schwieriger ethischer Entscheidungen möglichst praxisrelevant zu vermitteln und ihnen ein Handwerkszeug für die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen mitzugeben, um komplexe klinische Fragestellungen möglichst strukturiert aufzulösen. Die beschriebene zunehmende Unsicherheit am Ende des Studiums spiegelt trotz deutlich vermehrtem Wissen und Können die Erkenntnis, wie komplex die Lösung schwieriger klinischer Fälle sein kann und wird als Zeichen einer aktiven Reflexion des Themas bei den Studierenden gewertet.

Gleichzeitig mit dem zunehmenden Wissen und mit mehr praktischem Training bei der Besprechung schwieriger Fälle nahm im Verlauf des Studiums die Anzahl der Studierenden zu, die angaben, dass durch die Ethiklehre ihre Angst vor medizinrechtlichen Konsequenzen abnehmen würde (46 % vs. 64 % vs. 57 % im ersten, zweiten und dritten Studienabschnitt), wobei der Respekt vor medizinrechtlichen Konsequenzen auch mit einer fundierten Ausbildung nicht ganz verschwunden ist. (Abbildung 4.29, Tabelle 4.22) Nachdem moralischer Stress und die Angst vor medikolegalen Konsequenzen einen wichtigen positiven Prädiktor für Burnout bei medizinischem Fachpersonal darstellen, ist die durch eine gute medizinethische Ausbildung beschriebene Reduktion der Angst, ebenso wie die Vermeidung von Übertherapie, ein wichtiger Faktor für die Burnout-Prävention bei medizinischem Fachpersonal [8, 97–99].

Im Verlauf des Studiums zeigte sich also ein positiver Trend dahingehend, dass die Studierenden durch die Ethik-LVs zu einer differenzierteren Argumentation bei der Besprechung schwieriger Fälle angehalten werden konnten, was zukünftig ein angstfreieres Arbeiten durch das sicherere Treffen einer gut begründeten Entscheidung ermöglicht. (Abbildung 4.30) Dabei schon frühzeitig im Studium den Blick für Übertherapie zu schärfen kann hilfreich sein, die dringend notwendige Rationalisierung in der Medizin positiv und basierend auf einer sicheren ethischen Entscheidungsgrundlage voranzutreiben, um eine Kostenexplosion im Gesundheitssystem zu vermeiden, die schlussendlich zu einer Mehrklassenmedizin mit großer Ungerechtigkeit für die Patient:innen führen wird, wenn wir

dem nicht durch eine ethisch / rechtlich begründete, gute ärztliche Entscheidungsfindung Einhalt gebieten [33]. (Tabelle 4.5, Tabelle 4.12, Tabelle 4.22)

Mehr als 60 % der Studierenden gaben NACH dem dritten Studienabschnitt an, dass die in der Lehre vermittelten ethisch-rechtlichen Inhalte in der klinischen Praxis noch nicht / nicht vollständig am Patient:innenbett angekommen sind und es auch noch deutliche Defizite in der wissenschaftlich praktischen Lehre dazu gibt. (Tabelle 4.21) In der praktischen Umsetzung gibt es trotz des intensiven, praxiszentrierten Lehrkonzeptes also durchaus noch Luft nach oben.

Vorteile der klinisch-praktischen Ethiklehre: Im Fokus der Ethiklehre im Pflicht-Curriculum der Medizin an der Medizinischen Universität Innsbruck stand speziell die klinische und praxisnahe Vermittlung medizinethischer und auch medizinrechtlicher Inhalte, um den Studierenden die Komplexität schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung schon früh in ihrer Ausbildung näher zu bringen. Die Implementierung dieser praxisorientierten ethischen Pflichtlehre soll bereits ab dem ersten Studienabschnitt und dann über das gesamte Studium hinweg nicht nur die frühzeitige Erlernung medizinethischer und -rechtlicher Grundlagen, sondern auch deren stetige Verinnerlichung und Vertiefung im Verlauf des Studiums ermöglichen.

Von den Studierenden wird über alle Studienabschnitte der klare Praxisbezug als meistgenannte Antwort sowie die Interaktivität der Lehrveranstaltungen sehr positiv hervorgehoben. (Tabelle 4.9, Tabelle 4.16, Tabelle 4.26) Dabei wurde den Studierenden die Komplexität ethisch basierter Entscheidungsfindung sowohl in der Erwachsenen- als auch in der Kindermedizin von Beginn ihres Studiums an bewusst gemacht. Die ethische und rechtliche Auseinandersetzung mit schwierigen Fragestellungen in der Medizin wurde von den Studierenden als wichtiger Bestandteil des Medizinstudiums bewertet, mit der Aussicht dieses Wissen auch im späteren Berufsleben sinnvoll anwenden zu können. (Tabelle 4.28)

Einige der befragten Studierenden äußerten den Wunsch nach der Besprechung weiterer, noch nicht im Curriculum abgebildeter, Themen, was das große Interesse an ethisch-rechtlichen Fragestellungen und die hohe Relevanz dieser Lehrinhalte für die Studierenden zeigt. (Tabelle 4.4, Tabelle 4.8, Tabelle 4.11, Tabelle 4.15, Tabelle 4.21, Tabelle 4.25) Die überwiegende Mehrzahl der Studierenden gab NACH dem Besuch aller Ethikpflichtlehrveranstaltungen an, sich freiwillig auch weiterhin mit medizinethischen und -rechtlichen Themen beschäftigen zu wollen und den Besuch der LV ihren Kommiliton:innen weiterzuempfehlen. (Tabelle 4.23)

Prüfung der Hypothesen:

Nullhypothesen erster Studienabschnitt: Alle Teilnehmer:innen kannten NACH Besuch der Lehrveranstaltung zumindest teilweise die für den ärztlichen Beruf wichtigen ethischen Aspekte und 97 % wussten wenigstens teilweise, was die juristischen Grundpfeiler der ärztlichen Tätigkeit sind. (Tabelle 4.4)

Die *Nullhypothese 1* („*Studierende kennen die ethischen und gesetzlichen Grundlagen ärztlichen Handelns nach Besuch der Lehrveranstaltungen nicht.*“) ist für den ersten Studienabschnitt somit abzulehnen, da ein Lernerfolg über die gelehrteten Inhalte berichtet wurde.

Ungefähr 80 % der Studierenden fühlten sich NACH den Vorlesungen zumindest weitgehend sicher eine differenzierte Begründung bzw. einen Handlungsvorschlag zu einem ethisch-moralischem Dilemma zu erarbeiten. (Abbildung 4.1)

Aus diesem Grund ist auch die *Nullhypothese 2* („*Studierende fühlen sich in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlages / einer differenzierten Begründung für ein ethisch-moralisches Dilemma / Konflikt nach Besuch der Lehrveranstaltungen nicht sicher.*“) für den ersten Studienabschnitt abzulehnen.

Nullhypothesen zweiter Studienabschnitt: Alle Studierenden gaben an teilweise oder ganz zu wissen, was die für den Arztberuf relevanten ethischen Grundlagen sind. Der Anteil der Studierenden, die diese vollständig kannten, lag dabei bei über 80 %. 96 % der Befragten verfügten NACH den Lehrveranstaltungen des 6. Semesters zumindest teilweise über das Wissen der rechtlichen Grundlagen ärztlichen Handelns. (Tabelle 4.11)

Die *Nullhypothese 1* („*Studierende kennen die ethischen und gesetzlichen Grundlagen ärztlichen Handelns nach Besuch der Lehrveranstaltungen nicht.*“) wird somit für den zweiten Studienabschnitt abgelehnt.

Da über 80 % der Studierenden sich in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlags bzw. einer differenzierten Begründung für ein ethisches / moralisches Dilemma sehr oder weitgehend sicher fühlten (Abbildung 4.9) wird die *Nullhypothese 2* („*Studierende fühlen sich in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlages / einer differenzierten Begründung für ein ethisch-moralisches Dilemma / Konflikt nach Besuch der Lehrveranstaltungen nicht sicher.*“) für den zweiten Studienabschnitt abgelehnt.

Nullhypothesen dritter Studienabschnitt: Dadurch, dass fast alle Studierenden des dritten Studienabschnitts sowohl die rechtlichen (95 %) als auch die ethischen Grundlagen (97 %) zumindest teilweise kannten (Tabelle 4.21), wird die *Nullhypothese 1* („*Studierende kennen die*

ethischen und gesetzlichen Grundlagen ärztlichen Handelns nach Besuch der Lehrveranstaltungen nicht.“) abgelehnt.

Da nur ein kleiner Prozentsatz der Teilnehmer:innen (8 %) sich in der Erarbeitung von Vorgehensweisen bei ethisch und moralisch schwierigen Situationen nicht sicher fühlten (Abbildung 4.21) ist die *Nullhypothese 2 („Studierende fühlen sich in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlages / einer differenzierten Begründung für ein ethisch-moralisches Dilemma / Konflikt nach Besuch der Lehrveranstaltungen nicht sicher.“)* für den dritten Studienabschnitt abzulehnen.

Zusammenfassend gilt: Da die beiden Nullhypothesen in allen drei Studienabschnitten jeweils abgelehnt werden konnten, sind sie damit für die gesamte Ethikpflichtlehre an der Medizinischen Universität Innsbruck abzulehnen und es gilt die Zustimmung zu den beiden Alternativhypothesen: Die Studierenden kennen nach Besuch der Lehrveranstaltungen die ethischen und gesetzlichen Grundlagen ärztlichen Handelns und fühlen sich in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlages bzw. einer differenzierten Begründung für ein ethisch-moralisches Dilemma bzw. einen Konflikt sicher.

6 Fazit

Die Ethiklehre – konzipiert von Kliniker:innen für Kliniker:innen – legt vom ersten Semester an Wert auf einen hohen Praxisbezug durch fallbasiertes Training, ein Seminar mit strukturierten Fallbesprechungen aus den unterschiedlichsten medizinischen Fachbereichen und einer bunten Palette von medizinethischen Inhalten im WPF-Korb des dritten Studienabschnitts im Rahmen des Pflicht-Curriculums an der Medizinischen Universität Innsbruck.

Dabei führt diese praxiszentrierte Ethiklehre im Verlauf über die drei Studienabschnitte dazu, dass sich die Studierenden der Komplexität schwieriger medizinischer Entscheidungen stetig bewusster werden. Vor allem auch der deutliche Zuwachs des Wissens über die rechtlichen Grundlagen ärztlichen Handelns kann die Angst davor schwierige medizinische Entscheidungen rechtzeitig zu treffen abmildern. Der Anstieg der medizinethischen / medizinrechtlichen Grundkenntnisse war am deutlichsten vom ersten zum zweiten Studienabschnitt zu erkennen, was wahrscheinlich auf die absichtliche Wiederholung der medizinethischen und -rechtlichen Basics aus dem ersten Studienabschnitt zurückzuführen sein wird. (Abbildung 4.26, Abbildung 4.27)

Am häufigsten wurde der Praxisbezug der Lehrinhalte in allen Studienabschnitten von den Studierenden als besonders positiv hervorgehoben – ein sinnvolles Training für die kommenden Herausforderungen im Rahmen der zukünftig eigenen medizinischen Tätigkeit! Auch die Interaktivität der Lehrveranstaltungen im Sinne eines Angebots zum offenen Diskurs wurde oft gelobt, denn ein wechselseitiger Austausch ermöglicht es komplexe Entscheidungen aus verschiedenen Blickwinkeln zu diskutieren. (Tabelle 4.9, Tabelle 4.16, Tabelle 4.26)

Aus der Überprüfung der beiden Nullhypothesen ergab sich, dass Studierende die ethischen und gesetzlichen Grundlagen ärztlichen Handelns nach Besuch der Lehrveranstaltungen kennen und sich in der Erarbeitung eines Handlungsvorschlages / einer differenzierten Begründung für ein ethisch-moralisches Dilemma nach Besuch der Lehrveranstaltungen sicher fühlen.

Faihs et al. berichten in ihrer Studie „Ethics teaching in medical school: the perception of medical students“, dass sich 90 % der Studierenden an der Medizinischen Universität Wien eine intensivere Lehre mit dem Schwerpunkt Ethik und Moral im Studium wünschen. Dabei wird vor allem ein starker Praxisbezug gefordert und der Wunsch nach interaktiven Lehrveranstaltungen geäußert [100]. In Innsbruck sind genau diese Wünsche im Rahmen der neu eingeführten ethischen Pflichtlehre fallbasiert und in einem interaktiven Setting umgesetzt, was von den Studierenden dort sehr positiv wahrgenommen wird. Dies bedeutet, dass die Implementierung der Ethikpflichtlehre im Medizin-Curriculum an der MUI beispielhaft für die

anderen Medizinuniversitäten in Österreich sein kann. Frühzeitig die Grundlage für ein medizinethisches / -rechtliches Bewusstsein bei den Medizinstudierenden und zukünftigen Ärzt:innen zu schaffen, kann die Angst vor medikolegalen Konsequenzen im Rahmen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung reduzieren und gleichzeitig mit der Vermeidung von Übertherapie dazu beitragen das Risiko für Burnout bei medizinischem Fachpersonal zu verringern [8, 97–99] sowie die negativen Folgen für Patient:innen (chronisch kritische Erkrankung), deren Angehörigen (posttraumatisches Stresssyndrom) und das Gesundheitssystem (Kostenexplosion) zu reduzieren [6, 7]. Eine fundierte Ausbildung kann eine sinnvolle und ethisch abgesicherte, dringend notwendige Rationalisierung im Gesundheitswesen vorantreiben und gleichzeitig die drohende Mehrklassenmedizin verhindern helfen, die angesichts einer betriebswirtschaftlich getriggelter Rationierung bei zunehmender Ressourcenknappheit droht, was zum Zusammenbruch unseres derzeit noch leistbaren, solidarischen Gesundheitssystems führen wird [33].

Zusammenfassend wird die Einführung der verpflichtenden klinisch-praktischen Ethiklehre im Medizin-Curriculum der Medizinischen Universität Innsbruck von den Studierenden sehr positiv bewertet. Die Pflichtlehrveranstaltungen werden von den Studierenden sehr gut angenommen und stellen somit ein beispielhaftes Lehrangebot für die medizinischen Universitäten in Österreich dar – es wäre daher erstrebenswert diese Form der Ethikpflichtlehre flächendeckend an österreichischen Medizinuniversitäten einzuführen. Dies würde sich auch mit dem Wunsch der Studierenden an der Medizinischen Universität Wien decken [100]!

Es sei dem Autor dieser Diplomarbeit gestattet am Ende einen persönlichen Kommentar zu verfassen:

Ich bin einer der ersten Studierenden, welcher die neu eingeführte Ethikpflichtlehre an der Medizinischen Universität Innsbruck in allen drei Studienabschnitten miterlebt hat. Aufgrund des stetig wachsenden medizintechnologischen Fortschritts werden uns Themen wie Übertherapie, Chronisch Kritische Krankheit (CCI) etc. in Zukunft immer mehr vor schwierige Herausforderungen stellen. Ich habe es im privaten Umfeld selbst miterlebt, wie viel man mit ethisch fundierten Entscheidungen am Lebensende erreichen kann – sowohl für Patient:innen als auch für deren Angehörige. Umso wichtiger ist es diese Themen bereits im Studium zu erlernen – und zwar von Beginn an! Denn nur so werden Ärzt:innen zukünftig in der Lage sein dem Machbarkeitswahn der modernen Medizin entgegenzuwirken!

An der neuen Ethiklehre in Innsbruck hat mich vor allem der sehr starke Praxisbezug begeistert, denn er ermöglichte es mir, mich selbst in diese Fälle hineinversetzen zu können. In Kombination mit den Diskussionsrunden, vor allem in den Seminaren und im Wahlpflichtfach, welche teils sogar von den behandelnden Ärzt:innen persönlich geführt wurden, konnte ich die Dimensionen dieser Entscheidungen und die damit einhergehenden Probleme viel besser erkennen und begreifen. Ethische Entscheidungen sind nicht immer einfach und bedürfen der Betrachtung aus vielen verschiedenen Blickwinkeln – und genau das wurde im Rahmen dieser Lehrveranstaltungen wirklich sehr gut vermittelt. Federführend war in dieser Hinsicht vor allem das Co-Teaching-Modell, durch welches eine hohe fachliche Diversität und Expertise gewährleistet wurde.

Ich bin sehr froh, dass ich dieser besonderen Lehrform in Innsbruck beiwohnen durfte und fühle mich in der Beurteilung schwieriger medizinischer Entscheidungen nach Besuch dieser Lehrveranstaltungen eindeutig sicherer. Ich wünsche all jenen, die nach mir an der Medizinischen Universität Innsbruck studieren, dass sie auch das Privileg erhalten an diesem Unterricht teilhaben zu dürfen und ich hoffe das ethische Lehrangebot wird in den nächsten Jahren weiterhin mit so viel Engagement wie bisher ausgebaut.

~ Daniel Feller

7 Limitationen

Da die Befragung der Studierenden in allen Modulen im Rahmen des ersten und letzten Termins der jeweiligen Veranstaltung in Präsenz stattgefunden hat, kann eine mögliche Verzerrung der Daten hinsichtlich der Tatsache, dass eher nur ethikinteressierte Studierende im Hörsaal anwesend waren und somit an der Umfrage teilgenommen haben, nicht ausgeschlossen werden. Dies betrifft vor allem die Vorlesungen in den Modulen 1.11 und 2.42, da bei den Seminaren (Modul 2.42) und auch in den Wahlpflichtfächern (Modul 3.34) Anwesenheitspflicht herrscht. Allerdings kann auch dort, aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme an der Evaluierung, nicht ausgeschlossen werden, dass die Umfrage vermehrt von den ethikinteressierten Studierenden durchgeführt wurde. Des Weiteren war auch für die Lehrenden die Teilnahme an der Umfrage freiwillig – für eine Teilnahme mussten die Vortragenden, die über die geplante Diplomarbeit informiert waren, die Studierenden aktiv dazu auffordern die Evaluierung für ihre Lehrveranstaltung durchzuführen, womit auch das Einverständnis der Lehrenden automatisch dokumentiert war. Diese Limitation betrifft die Wahlpflichtfächer des Moduls 3.34 im dritten Studienabschnitt, da die einzelnen Pflichtfächer von unterschiedlichen Lehrenden vorgetragen wurden und diese im Gegensatz zu den Modulen 1.11 und 2.42, wo die Auswertung über alle Lehrveranstaltungen gemeinsam am Ende des Moduls stattgefunden hat, separat evaluiert wurden. Da diese nicht beurteilten Pflichtfächer infolgedessen auch nicht bei der Auswertung berücksichtigt wurden, ist eine Verfälschung des Gesamtbilds der Ergebnisse nicht auszuschließen. Besonders stark ausgeprägt ist diese Limitation bei den Fragen VOR dem Modul 3.34 des Wintersemester 2023/24, da hier nur 3 der 14 (23 %) angebotenen Wahlpflichtfächer evaluiert wurden. Allerdings gibt es den WPF-Korb des Moduls 3.34 gleichermaßen auch im Sommersemester als Angebot für die Studierenden, wobei nicht alle LVs immer im WS und im SS abgehalten werden.

8 Acknowledgement

Ein herzliches Dankeschön an Frau Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. univ. Barbara Friesenecker für die Möglichkeit diese Arbeit unter ihrer Leitung schreiben zu dürfen und für ihre außergewöhnlich gute Betreuung meiner Diplomarbeit. Sie stand mir bei Unklarheiten jederzeit mit ihrer fachlichen Expertise zur Seite und hat sich stets, auch kurzfristig, die Zeit für Meetings genommen. Außerdem erhielt ich durch diese Arbeit die Chance nochmals ein tieferes Verständnis der medizinethischen und -rechtlichen Grundlagen entwickeln zu können – vielen, vielen Dank dafür!

Es ist dem Ersteller, Daniel Feller, sowie auch der Betreuerin, Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. univ. Barbara Friesenecker, dieser Diplomarbeit auch ein großes Anliegen unserem Vizerektor für Lehre, Herrn Ao. Univ.-Prof. Dr. med. univ. Wolfgang Proding, MME (Bern), für seine von Anfang an und mittlerweile jahrelang anhaltende und großartige Unterstützung bei der Realisierung der notwendigen universitätsrechtlichen Schritte zu danken, die für die Etablierung einer mittlerweile in allen drei Studienabschnitten verpflichtenden Ethiklehre im Rahmen des Medizin-Curriculums notwendig waren. Ohne ihn wäre es nicht möglich gewesen, dieses für Österreich beispielgebende Lehrprojekt an der Medizinischen Universität Innsbruck zu entwickeln und im Pflicht-Curriculum zu verankern. Das Lehrprojekt hat 2022 einen Eintrag im „Atlas der guten Lehre“, sowie 2020 den „Ars Docendi“ für das Fach „Medizinethik in der Pädiatrie“ des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung erhalten [9, 101].

Ein besonderer Dank geht auch an Herrn Amer Durmic und Frau Melek Kaciran-Yilmaz stellvertretend für die gesamte Abteilung Lehr- & Studienorganisation der Medizinischen Universität Innsbruck sowie an die studentischen Mitarbeiterinnen im Rahmen der Ethiklehre Dr.ⁱⁿ med. univ. Monika Buchart, Dr.ⁱⁿ med. univ. Elena Christin Kircher und Anna-Lena Wyremblewsky für die Unterstützung bei der Datenbereitstellung für diese Diplomarbeit.

9 Literaturverzeichnis

- (1) Riedel A, Lehmeyer S [Hrsg]. Ethik im Gesundheitswesen. 1. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer. 2022.
- (2) Michalsen A, Hartog CS. End-of-Life Care in der Intensivmedizin. 1. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer. 2013.
- (3) Friesenecker B, Halmich M, Potura E. Mythen moderner Medizin: beste medizinische Versorgung, Übertherapie und rechtzeitige Therapieentscheidungen. Anästhesie Nachr. 2025. doi: 10.1007/s44179-025-00300-7. [Epub 24.04.2025].
- (4) Dutzmann J, Duttge G, Michalsen A, Janssens U, Jöbges S, Neitzke G. Indikation als unverzichtbare Grundlage ärztlichen Handelns. MedR. 2025; 43(4):253–7.
- (5) Biller-Andorno N, Aebi-Müller R, Salathé M, Sedlakova J. Ineffectiveness and unlikelihood of benefit: dealing with the concept of futility in medicine. Swiss Med Wkly. 2021; 151:w30121. doi: 10.5281/zenodo.5543448. [Epub 20.12.2021].
- (6) Friesenecker B. Übertherapie oder Sterben in Würde? [Online document]. September 2022 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/documents/Uebertherapie_oder_Sterben_in_Wuerde_Barbara_Friesenecker_druckversion-korr.pdf.
- (7) Hickman RL, Douglas SL. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. AACN Adv Crit Care. 2010; 21(1):80–91.
- (8) Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. Ann Intensive Care. 2017; 7(1):71. doi: 10.1186/s13613-017-0293-2. [Epub 21.06.2017].
- (9) Werner-Felmayer G, Friesenecker B, Gasser G. Ethik in der Medizin - Implementierung in der Pflichtlehre in 3 Studienabschnitten [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://gutelehre.at/projekt?tx_gutelehre_default%5Baction%5D=show&tx_gutelehre_default%5Bcontroller%5D=Project&tx_gutelehre_default%5Bproject%5D=1721&cHash=eb e2cadcb8482e53f886f35d27984413.
- (10) Medizinische Universität Innsbruck. Lehre [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/Lehre.html>.

- (11) Kircher EC. Kompetenzorientierte Ethiklehre im Medizinstudium an der Medizinischen Universität Innsbruck [Diplomarbeit]. Innsbruck: Medizinische Universität Innsbruck. 2023.
- (12) Bundeskanzleramt der Republik Österreich. Bioethikkommission [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.bundestkanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission.html>.
- (13) Medizinische Universität Innsbruck. Geschäftsordnung der Ethikkommission der Medizinischen Universität Innsbruck [Online document]. 19.06.2023 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.i-med.ac.at/ethikkommission/files/GO-MUI-EK-Vers-2.1-vom-30.06.2023.pdf>.
- (14) Tirol Kliniken. Klinisches Ethikkomitee [Online document]. März 2021 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.tirol-kliniken.at/data.cfm?vpath=ma-wartbare-inhalte/keko/30330-flyer-klinisches-ethikkomitee-web-9421>.
- (15) Bundeskanzleramt der Republik Österreich. Mitglieder der Bioethikkommission [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.bundestkanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/mitglieder-bioethik.html>.
- (16) Bundeskanzleramt der Republik Österreich. Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Einsetzung einer Bioethikkommission, Fassung vom 28.07.2025 [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001379>.
- (17) Bioethikkommission Österreich. Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende [Online document]. 2011 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.bundestkanzleramt.gv.at/dam/jcr:6616c75d-5eb5-4f83-921e-193ea9fa5b4f/Empfehlungen_zur_Terminologie_medizinischer_Entscheidungen_am_Lebensende_vom_27._Juni_2011.pdf.
- (18) Bioethikkommission Österreich. Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Impfpflicht gegen COVID-19 [Online document]. 10.01.2022 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.bundestkanzleramt.gv.at/dam/jcr:e435740d-e9fb-44b4-a2fd-552abe0ac9b6/impfpflichtgesetz.pdf>.

- (19) Bioethikkommission Österreich. Anhaltende Ressourcenknappheit in der stationären Versorgung: Zum ethisch fundierten Umgang in Allokationsfragen - Stellungnahme der Bioethikkommission [Online document]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6c43b5a6-0432-4279-ab37-9dca4c55bd57/stellungnahme_ressourcenknappheit.pdf.
- (20) Bioethikkommission Österreich. Sterben in Würde / Dying with dignity - Stellungnahme der Bioethikkommission [Online document]. 09.02.2015 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6d5d655b-e11d-4e65-b6a6-9fd531a033fb/Sterben_in_Wuerde.pdf.
- (21) Medizinische Universität Innsbruck. Anmeldung einer Diplomarbeit [Online document]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.i-med.ac.at/studium/docs/Anmeldung_Diplomarbeit_Q202_09_07_2018.pdf.
- (22) Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen. Was leisten Ethikkommissionen für Patientinnen und Patienten? [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.akek.de/was-leisten-ethik-kommissionen-fuer-patienten/#:~:text=Ethikkommissionen%20zum%20Schutz%20von%20Patientinnen%20und%20Patienten&text=In%20einer%20Ethikkommission%20werden%20alle,bei%20Studententeilnehmern%20anwendet%20werden%20sollen>.
- (23) Uniklinik RWTH Aachen. Klinisches Ethik Komitee [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.ukaachen.de/ihr-aufenthalt/ihr-aufenthalt/klinisches-ethik-komitee/>.
- (24) Medizinische Universität Innsbruck. Ethiklehre in den Studiengängen der Medizinischen Universität Innsbruck [Image on the Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/images/medizinethik_lehre_studiengaenge_v1.png.
- (25) Medizinische Universität Innsbruck. Blueprint bei elektronischen Prüfungen iKMP 1 [Online document]. 27.09.2022 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.i-med.ac.at/studium/studierende/dokumente_pruefungen/Blueprint_iKMP-1.pdf.
- (26) Medizinische Universität Innsbruck. Blueprint bei elektronischen Prüfungen KMP 4B [Online document]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 07.06.2024]. Verfügbar unter: https://www.i-med.ac.at/studium/studierende/dokumente_pruefungen/Blueprint_KMP-4B-HM.pdf.

- (27) Medizinische Universität Innsbruck. Blueprint bei elektronischen Prüfungen KMP 4B [Online document]. 25.03.2025 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.i-med.ac.at/studium/studierende/dokumente_pruefungen/Blueprint_KMP-4B.pdf.
- (28) Medizinische Universität Innsbruck. Ethik Wahlfachkorb [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://inside.i-med.ac.at/online/wblvangebot.wbshowlvoffer?porgnr=19964>.
- (29) [No authors listed]. Innsbrucker Handwerkszeug für die strukturierte Diskussion eines komplexen Falls [Online document]. 10.06.2025 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/documents/Innsbrucker-Handwerkszeug-zur-Fallanalyse-.pdf>.
- (30) Medizinische Universität Innsbruck. Ethik Wahlfachkorb [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://inside.i-med.ac.at/online/wbLvAngebot.wbShowLvOffer?pOrgNr=19964&pPersonNr=&pSjNr=1889&pGroup=W&pStpLvTypNr=-1&pSort=18&pFilter=>.
- (31) Neitzke G, Burchardi H, Duttge G, Hartog C, Erchinger R, Gretenkort P et al. Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin: Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2016; 111(6):486–92.
- (32) Friesenecker B. Ethik und Qualität im Gesundheitswesen [Vortrag]. GÖG - Colloquium. Zoom, 26.11.2024.
- (33) Friesenecker B, Gasser G, Fruhwald S, Hasibeder W, Dier H, Valentin A. Reflexion zur Gerechtigkeit bei Therapieentscheidungen. Anästhesie Nachr. 2024; 6(4):220–4.
- (34) Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8. Auflage. New York, Oxford: Oxford University Press. 2019.
- (35) Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. Lancet. 2017; 390(10090):191–202.
- (36) Albisser Schleger H, Pargger H, Reiter-Theil S. „Futility” - Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. Palliativmedizin. 2008; 9(2):67–75.

- (37) Fruhwald S. Zwischen Überleben und Sterben: „Chronisch kritisch krank“ in der Intensivmedizin [Internet]. 10.04.2018 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.anaesthesie.news/rund-um-den-beruf/zwischen-ueberleben-und-sterben-chronisch-kritisch-krank-in-der-intensivmedizin/>.
- (38) Lamas D. Chronic critical illness. N Engl J Med. 2014; 370(2):175–7.
- (39) Potura E, Friesenecker B, Halmich M. Mythen im Gesundheitswesen zum Thema Ethik und Qualität: Zusammenfassung des GÖG-Colloquiums vom 26.11.2024 [Online document]. November 2024 [zuletzt aufgerufen am 16.08.2025]. Verfügbar unter: <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/Mythen%20im%20Gesundheitswesen%20zum%20Thema%20Ethik%20und%20Qualit%C3%A4t.pdf>.
- (40) Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C, Lenhart-Orator A, Weixler D, Dier H et al. Erweiterte Nomenklatur und Terminologie rund um die Situationen am Lebensende. Anästhesie Nachr. 2023; 5(2):134–7.
- (41) Scheible G. Therapiezieländerung im Rahmen intensivmedizinischer Behandlung. Bayrisches Ärzteblatt. 2014; 2014(5):263–6.
- (42) ÖGARI. Checkliste: Intensivmedizinische Fragen Therapiezieländerung [Online document]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/checkliste_therapiezielaenderungen2013.pdf.
- (43) ÖGARI. Dokumentation Therapiezieländerungen [Online document]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/editor/dokublatt_therapiezielaenderungen2013_1.pdf.
- (44) Klinkhammer G. Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung: Kriterien der Entscheidungsfindung. Dtsch Arztebl Int. 2012; 109(35-36):1754–6.
- (45) Robert Koch-Institut. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2009". 1. Auflage. Berlin: Robert Koch-Institut. 2011.
- (46) ZIFF. Chronische Erkrankung [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.ziff.de/ziff-lexikon/chronische-erkrankung/>.

- (47) Trickey A, Sabin CA, Burkholder G, Crane H, d'Arminio Monforte A, Egger M et al. Life expectancy after 2015 of adults with HIV on long-term antiretroviral therapy in Europe and North America: a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV*. 2023; 10(5):e295-e307. doi: 10.1016/S2352-3018(23)00028-0. [Epub 20.03.2023].
- (48) Schaden E, Dier H, Weixler D, Hasibeder W, Lenhart-Orator A, Roden C et al. Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis. *Anaesthesiologie*. 2024; 73(3):177–85.
- (49) Anaesthesie.News. Übertherapie oder Sterben in Würde – rechtzeitige Therapiezieländerung – Patient:innenautonomie und Patient:innenverfügungsregister [Internet]. 2023 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.anaesthesie.news/aktuelles/uebertherapie-oder-sterben-in-wuerde-rechtzeitige-therapiezielaenderung-patientinnenautonomie-und-patientinnenverfuegungsregister/>.
- (50) Fagerlin A, Schneider CE. Enough. The failure of the living will. *Hastings Cent Rep*. 2004; 34(2):30–42.
- (51) in der Schmitt J, Nauck F, Marckmann G. Behandlung im Voraus planen (Advance Care Planning): ein neues Konzept zur Realisierung wirksamer Patientenverfügungen. *Palliativmedizin*. 2016; 17(04):177–95.
- (52) Bosshard G. Patientenverfügung und Advance Care Planning [Vortrag]. 4. Kongress Alterstraumatologie. Regensburg, 22.03.2018 - 23.03.2018.
- (53) in der Schmitt J, Lex K, Mellert C, Rothärmel S, Wegscheider K, Marckmann G. Implementing an advance care planning program in German nursing homes: results of an inter-regionally controlled intervention trial. *Dtsch Arztebl Int*. 2014; 111(4):50–7.
- (54) INGO. Ethikberatung ist kein Luxus, sondern eine Notwendigkeit [Internet]. 11.12.2024 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.ingo-news.at/artikel/ethikberatung-ist-kein-luxus-sondern-eine-notwendigkeit->.
- (55) ARGE Ethik der ÖGARI, Klinisches Ethikkomitee der Tirol Kliniken / Universitätsklinik Innsbruck. ICU - Triage im Falle von Ressourcen-Mangel: Empfehlungen aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie [Online document]. 26.03.2020 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.anaesthesie.news/wp-content/uploads/gari_sop_triage_covid-19_arge_ethik_final_26.3.2020.pdf.
- (56) [No authors listed]. Activities of Daily Living: ADL-Funktionen [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.fdst.de/pan-zentrum/einfach-neurorehabilitation/adl-funktionen/>.

- (57) Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963; 185:914–9.
- (58) Benzinger P, Eidam A, Bauer JM. Klinische Bedeutung der Erfassung von Frailty. Z Gerontol Geriatr. 2021; 54(3):285–96.
- (59) Muscedere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Boyd JG, Maslove D et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2017; 43(8):1105–22.
- (60) Smart R, Carter B, McGovern J, Luckman S, Connelly A, Hewitt J et al. Frailty Exists in Younger Adults Admitted as Surgical Emergency Leading to Adverse Outcomes. J Frailty Aging. 2017; 6(4):219–23.
- (61) Costa D, Aladio M, Girado CA, Pérez de la Hoz R, Berensztein CS. Frailty is independently associated with 1-year mortality after hospitalization for acute heart failure. Int J Cardiol Heart Vasc. 2018; 21:103–6.
- (62) Le Manach Y, Collins G, Rodseth R, Le Bihan-Benjamin C, Biccard B, Riou B et al. Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality (POSPOM): Derivation and Validation. Anesthesiology. 2016; 124(3):570–9.
- (63) Gressner AM, Arndt T [Hrsg]. Lexikon der Medizinischen Laboratoriumsdiagnostik. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer. 2019.
- (64) Vincent JL, de Mendonça A, Cantraine F, Moreno R, Takala J, Suter PM et al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. Working group on "sepsis-related problems" of the European Society of Intensive Care Medicine. Crit Care Med. 1998; 26(11):1793–800.
- (65) Neitzke G. Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2014; 109(1):8–12.
- (66) Scheil A. Straf- und zivilrechtliche Folgen von fachlichem Fehlverhalten [Online document]. 18.03.2011 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.uibk.ac.at/strafrecht/scheil/straf--und-zivilrechtliche-folgen-von-fachlichem-fehlverhalten---scheil---vortrag-azw-2011-03-18.pdf>.
- (67) Münch S. Behandlungspflicht: Darf ein Arzt die Behandlung verweigern? [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 06.08.2025]. Verfügbar unter: https://www.anwalt.org/behandlungspflicht/#Arzt_verweigert_die_Behandlung_ist_das_u_nterlassene_Hilfeleistung.

- (68) Reiter-Theil S, Hiddemann W. "Patientenautonomie statt Paternalismus": Ein Paradigmenwechsel in der klinischen Ethik?. *Onkologe* (Berl). 2000; 6(3):190–7.
- (69) Maio G. *Ethik der Verletzlichkeit*. 1. Auflage. Freiburg, Basel, Wien: Herder. 2024.
- (70) Rechtsinformationssystem des Bundes. Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich: 2. Erwachsenenschutz-Gesetz - 2. ErwSchG [Online document]. 25.04.2017 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_59/BGBLA_2017_I_59.pdf.
- (71) Bundesministerium für Justiz. Erwachsenenschutzrecht: Wissenswertes für Vertretene, Vertreter*innen und Interessierte [Online document]. Juni 2021 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.bmj.gv.at/dam/bmvrjdjgvat/content/themen/Zivilrecht/Erwachsenenschutz/202106_erwschg_broschuere_komplett.pdf.
- (72) Wechselberger A [Hrsg]. *Lehrbuch für die OrdinationsassistentInnen*. 4. Auflage. Wien: Verlagshaus der Ärzte. 2020.
- (73) Rechtsinformationssystem des Bundes. Gesamte Rechtsvorschrift für Patientenverfügungs-Gesetz, Fassung vom 06.08.2025 [Online document]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 06.08.2025]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20004723/PatVG%2c%20Fassung%20vom%2006.08.2025.pdf>.
- (74) Uhl W. „Primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare“. *Zentralbl Chir*. 2020; 145(4):340–1.
- (75) Schulze-Röbbcke R. Primum nocere. *Krankenhausthygiene up2date*. 2010; 5(02):73–4.
- (76) Council of Europe. Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten in der Fassung der Protokolle Nr. 11, 14 und 15 [Online document]. 04.11.1950 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://rm.coe.int/1680a6eaba>.
- (77) Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, Hörmann C, Hoffmann ML, Krenn CG et al. Therapiezieländerungen auf der Intensivstation - Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 2013; 48(4):216–23.

- (78) Radbruch L, Münch U, Maier BO, Tolmein O, Alt-Epping B, Bausewein C et al. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken [Online document]. 07.02.2019 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP_Positionspapier_Freiwilliger_Verzicht_auf_Essen_und_Trinken%20.pdf.
- (79) Simon A, Hoekstra NL. Sterbebegleitung: Sterbefasten - Hilfe im oder Hilfe zum Sterben?. Dtsch Med Wochenschr. 2015; 140(14):1100–2.
- (80) Feichtner A, Weixler D, Birklbauer A. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen: Eine Stellungnahme der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG). Wien Med Wochenschr. 2018; 168(7-8):168–76.
- (81) Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C, Dier H, Frank G, Gottardi R et al. Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag. Anästhesie Nachr. 2023; 5(2):141–54.
- (82) Groenewoud JH, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, van der Maas PJ, van der Wal G. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. N Engl J Med. 2000; 342(8):551–6.
- (83) Feichtner A, Körtner U, Likar R, Watzke H, Weixler D [Hrsg]. Assistierter Suizid: Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen. 1. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer. 2022.
- (84) Zworth M, Saleh C, Ball I, Kalles G, Chkaroubi A, Kekewich M et al. Provision of medical assistance in dying: a scoping review. BMJ Open. 2020; 10(7):e036054. doi: 10.1136/bmjopen-2019-036054. [Epub 29.05.2020].
- (85) Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. [Hrsg]. "Vom Rechte, das mit uns geboren ist": Aktuelle Probleme des Naturrechts. 1. Auflage. Freiburg: Herder. 2007.
- (86) ÖGARI, FASIM, ÖGIAIN. Allokationsethische Orientierungshilfe für den Einsatz knapper intensivmedizinischer Ressourcen [Online document]. 11.11.2020 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/konsensus_fasim_allokation_intensiv_finale_fassung_text_11.11.2020_korr_neu_fin.pdf.
- (87) Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, Leaver S, Watson X, Boulanger C et al. The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. Intensive Care Med. 2020; 46(1):57–69.

- (88) Marckmann G, Bausewein C, Buyx A, Fabry G [Hrsg]. Praxisbuch Ethik in der Medizin. 2. Auflage. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 2022.
- (89) ÖGARI. Checkliste: ICU-Triage im Falle von Ressourcen-Mangel [Online document]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.anaesthesie.news/wp-content/uploads/gari_checkliste_triage_icu_final_26.3.2020.pdf.
- (90) [No authors listed]. Ärztliches Handeln zwischen Ethik und Recht: Perspektivengespräch über Triage mit Tübinger Moraltheologen und dem Direktor des Frankfurter Universitätsklinikums [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.houseofpharma.de/dialog/perspektivengespraech/aerztliches-handeln-zwischen-ethik-und-recht/>.
- (91) Bundesärztekammer Deutschland. Ex-Post-Triage nicht verbieten [Internet]. 11.11.2022 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/ex-post-triage-nicht-verbieten>.
- (92) Ärztekammer für Tirol. Ärztegesetz [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.aektirol.at/mitgliederservice/arzt-und-recht/aerztegesetz>.
- (93) Rechtsinformationssystem des Bundes. Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztegesetz 1998, Fassung vom 28.07.2025 [Online document]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10011138/%c3%84rzteG%201998%2c%20Fassung%20vom%2028.07.2025.pdf>.
- (94) ÖGERN. Stellungnahme zur Tätowierung "Keine Reanimation" als Patientenverfügung? [Online document]. Mai 2018 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://www.oegern.at/wp/wp-content/uploads/%C3%96GERN-Stellungnahme-zu-Nicht-Reanimieren-T%C3%A4towierung-als-Patientenverf%C3%BCgung-05-2018.pdf>.
- (95) Rechtsinformationssystem des Bundes. Gesamte Rechtsvorschrift für Sterbeverfügungsgesetz, Fassung vom 06.08.2025 [Online document]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 06.08.2025]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20011782/StVfG%2c%20Fassung%20vom%2006.08.2025.pdf>.

- (96) Verfassungsgerichtshof Österreich. Erkenntnis vom 12.12.2024: G 229-230/2023-57 [Online document]. 12.12.2024 [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_2272-2273_2023-vom-12.12.24.pdf.
- (97) Voultsos P, Koungali M, Psaroulis K, Boutou AK. Burnout syndrome and its association with anxiety and fear of medical errors among intensive care unit physicians: A cross-sectional study. *Anaesth Intensive Care*. 2020; 48(2):134–42.
- (98) Boyer L, Wu AW, Fernandes S, Tran B, Brousse Y, Nguyen TT et al. Exploring the fear of clinical errors: associations with socio-demographic, professional, burnout, and mental health factors in healthcare workers - A nationwide cross-sectional study. *Front Public Health*. 2024; 12:1423905. doi: 10.3389/fpubh.2024.1423905. [Epub 26.06.2024].
- (99) Liang F, Hu S, Guo Y. The association between fear of malpractice and burnout among Chinese medical workers: The mediating role of legal consciousness. *BMC Psychiatry*. 2022; 22(1):358. doi: 10.1186/s12888-022-04009-8. [Epub 25.05.2022].
- (100) Faihs L, Neumann-Opitz C, Kainberger F, Druml C. Ethics teaching in medical school: the perception of medical students. *Wien Klin Wochenschr*. 2024; 136(5-6):129–36.
- (101) Hetzer B, Gasser G. Zum Wohle des Patienten. *Medizinethik in der Pädiatrie: Interdisziplinäre Perspektiven - ganzheitliche Entscheidungen* [Internet]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 28.07.2025]. Verfügbar unter: <https://gutelehre.at/projekt/zum-wohle-des-patienten-medizinethik-in-der-paediatrie-interdisziplinaere-perspektiven-ganzheitliche-entscheidungen>.

10 Abkürzungsverzeichnis

ACP	Advance Care Planning
ADL	Activities of Daily Living
AND	Allow Natural Death
ARGE Ethik	Arbeitsgemeinschaft Ethik
ÄrzteG	Ärztegesetz
AS	Assistierter Suizid
BEK	Bioethikkommission
CCI	Chronic critical Illness
CPR	Cardiopulmonary Resuscitation
CTC	Comfort Terminal Care
DNE	Do Not Escalate
DNR	Do Not Resuscitate
EOLD	End of Life Decisions
ErwSchG	Erwachsenenschutz-Gesetz
FVNF	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
ICU	Intensive Care Unit
KEKo	Klinisches Ethikkomitee
KMP	Kumulative Modulprüfung
KPK	Klinische Perspektiven Konferenz
LV	Lehrveranstaltung
MUI	Medizinische Universität Innsbruck
ÖGARI	Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
ÖZVV	Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis
PatVG	Patientenverfügungs-Gesetz

POSPOM	Preoperativ Score to Predict Postoperative Mortality
PTSS	Posttraumatisches Stresssyndrom
RID	Reevaluate Indication and Deescalate
RKI	Robert Koch-Institut
SJ	Studienjahr
SOFA	Sequential Organ Failure Assessment
SS	Sommersemester
SwP	Sterbewillige Person
TZÄ	Therapiezieländerung
UE	Unterrichtseinheiten
VO	Vorlesung
WS	Wintersemester

11 Anhang

Fragebögen

VOR Modul 1.11 und 3.34 WS 2023/24

1. Wählen Sie ihr Geschlecht aus [Single-Choice]
☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
2. In welchem Fachsemester studieren Sie? [Single-Choice]
☐ 1. ☐ 2. ☐ ... ☐ 12. ☐ sonstiges
3. Belegen Sie die Lehrveranstaltung als freies Wahlfach oder im Rahmen der Pflichtlehre? [Single-Choice]
☐ freies Wahlfach

☐ Modul 1.11 Medizin für gesunde und kranke Menschen (1. Semester)

☐ Modul 2.42 Medizinische Ethik 1 (6. Semester)

☐ Modul 2.42 Medizinische Ethik 2 (7. – 10. Semester)
4. Welche Vorlesung bzw. Wahlfach / Wahlpflichtfach belegen Sie? [Single-Choice]
☐ Vorlesung im Modul 1.11

☐ Vorlesung im Modul 2.42

☐ Schwierige Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens

☐ Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen als Patient*innen und Angehörige: eine ethische Perspektive

☐ Ethische Urteilsfindung in Medizin und Forschung

☐ Tierversuchsethik – Alternativen zum Tierversuch

☐ Medizinethik in der Kinder und Jugendheilkunde

☐ Ethische Fragen in der Palliativmedizin

☐ Angewandte Ethik in Handlungsempfehlungen und Entscheidungsfindungen in der prähospitalen Notfallmedizin

☐ Medizinethische und medizinrechtliche Aspekte der Pränataldiagnostik (PND) und Präimplantationsdiagnostik (PID)

☐ Ethische Fragen in der Transplantationsmedizin

☐ Ethische Aspekte in der Gentherapie

- ☐ NS-Zeit und Entgrenzung der Ethik
- ☐ Ethische Entscheidungen in der Zentrumsmedizin – Fallbeispiele aus der Herzchirurgie
- ☐ Medizinethik in der Pädiatrie I. Zum Wohle des Patienten: Interdisziplinäre Perspektiven, ganzheitliche Entscheidungsfindung
5. Sind Sie sich bei der Beurteilung einer wissenschaftlichen / klinischen Fragestellung der ethischen und juristischen Dimension bewusst? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht
6. Denken Sie, sie könnten ein ethisches Dilemma / einen moralischen Konflikt erkennen? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht
7. Denken Sie, Sie könnten für ein ethisch-moralisches Dilemma / Konflikt eine differenzierte Begründung / einen Handlungsvorschlag erarbeiten? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht
8. In welchem Bereich möchten Sie ihren späteren Beruf ausüben? [Single-Choice]
- ☐ Praktische/r Arzt / Ärztin
- ☐ biomedizinisch / klinische Forschung
- ☐ sonstiges
9. Erwarten Sie, dass das gelehrte Wissen im Bereich Ethik und Recht für die Ausübung Ihres späteren Berufes relevant sein könnte? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ vielleicht ☐ nein
10. Haben Sie sich vor Ihrem Studium mit dem Thematik Ethik und Recht in der Medizin beschäftigt? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein
11. Falls ja, in welchem Rahmen? [Freitextfrage]
12. Glauben Sie, dass Kenntnisse in Ethik und Recht wichtig sind, um komplexe medizinische Entscheidungen in der Medizin sicherer treffen zu können? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht
13. Kennen Sie die Inhalte dessen, was gesetzliche Grundlage ärztlichen Handelns ist? (§49 Ärztegesetz) [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein
14. Glauben Sie, dass technische Machbarkeit moderner Medizin ein Trigger sein kann, Therapien durchzuführen, obwohl sie keinen wirklichen Nutzen für Patient*innen haben? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

15. Glauben Sie, dass Wissen über Ethik und Recht zu einer differenzierteren und angstfreieren medizinischen Entscheidungsfindung beitragen kann? [Single-Choice]

- ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

16. Was erwarten Sie sich vom Besuch der Lehrveranstaltung zu Ethik in der Medizin? (max. 3 Punkte) [Freitextfrage]

VOR Modul 2.42

1. Wählen Sie ihr Geschlecht aus [Single-Choice]

- ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

2. In welchem Fachsemester studieren Sie? [Single-Choice]

- ☐ 1. ☐ 2. ☐ ... ☐ 12. ☐ sonstiges

3. Glauben Sie, dass Sie zwischen der ethischen, juristischen und rein klinischen Dimension einer medizinischen Fragestellung unterscheiden können? (1: Ja; 2: Nein; 3: Weiß nicht) [3 x Single-Choice]

- ethisch

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

- juristisch

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

- klinisch medizinisch

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

4. Fühlen Sie sich sicher, ein ethisches Dilemma / einen moralischen Konflikt als solchen zu erkennen? [Multiple-Choice]

- ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

5. Wissen Sie welche Tugenden / Wertevorstellungen im Arztberuf wichtig sind? [Multiple-Choice]

- ☐ ja ☐ nein ☐ teilweise

VOR Modul 3.34 SS 2024

1. Wählen Sie ihr Geschlecht aus [Single-Choice]

- ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

2. In welchem Fachsemester studieren Sie? [Single-Choice]

- ☐ 1. ☐ 2. ☐ ... ☐ 12. ☐ sonstiges

3. Welches Wahlfach / Wahlpflichtfach belegen Sie? [Single-Choice]

- ☐ 1. Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen als Patient*innen und Angehörige: eine ethische Perspektive

- ☐ 2) Ethische Urteilsfindung in Medizin und Forschung
 - ☐ 3) Tierversuchsethik – Alternativen zum Tierversuch
 - ☐ 4) Ethische Fragen bei Schwangerschaft und am Lebensanfang
 - ☐ 5) Bioethik in Film und öffentlichem Diskurs
 - ☐ 6) Medizinethik in der Kinder- und Jugendheilkunde
 - ☐ 7) Emotionale, ethische und spirituelle Auseinandersetzung mit Sterben und Tod
 - ☐ 8) Ethische Fragen in der Palliativmedizin
 - ☐ 10) Der tote Mensch – ethische Fragestellungen
 - ☐ 11) Ethische Fragen in der Reproduktionsmedizin
 - ☐ 12) Angewandte Ethik in Handlungsempfehlungen und Entscheidungsfindungen in der prähospitalen Notfallmedizin
 - ☐ 13) Medizinethik in der Pädiatrie II. zum Wohle des Patienten
 - ☐ 14) Schwierige Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens
 - ☐ 15) Medizinethische und medizinrechtliche Aspekte der PND und PID
 - ☐ 16) Ethische Fragen in der Transplantationsmedizin
 - ☐ 19) Medienberichte und Ethik
 - ☐ 21) Bioethik in der Medizin
 - ☐ 22) Ethische Perspektiven des assistierten Suizids und bei Tötung auf Verlangen
 - ☐ 23) Corona – Medizin in der Krise
 - ☐ 24) NS-Zeit und Entgrenzung der Ethik
 - ☐ 25) Psychiatriegeschichte und Ethik
 - ☐ 27) Ethische Entscheidungen in der Zentrumsmedizin. Fallbeispiele aus der Herzchirurgie
4. Belegen Sie die Lehrveranstaltung als freies Wahlfach oder im Rahmen des Wahlpflichtmoduls 3.34 "Ethik in der Medizin 2" im 3. Studienabschnitt? [Single-Choice]
- ☐ freies Wahlfach ☐ Wahlpflichtfach
5. Glauben Sie, dass Sie zwischen der ethischen, juristischen und rein klinischen Dimension einer medizinischen Fragestellung unterscheiden können? (1: ja, 2: nein, 3: weiß nicht) [3 x Single-Choice]
- ethisch
 - ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

- juristisch

☐ 1
 ☐ 2
 ☐ 3
 - klinisch medizinisch

☐ 1
 ☐ 2
 ☐ 3
6. Fühlen Sie sich sicher, ein ethisches Dilemma / einen moralischen Konflikt als solchen zu erkennen? [Multiple-Choice]
- ☐ ja
 ☐ nein
 ☐ weiß nicht
7. Wie sicher fühlen sie sich zu einem solchen Dilemma / Konflikt eine differenzierte Begründung / einen Handlungsvorschlag zu erarbeiten? [Multiple-Choice]
- ☐ sehr sicher
 ☐ weitgehend sicher
 ☐ nicht sicher
 ☐ weiß nicht
8. Wissen Sie welche Tugenden / Wertevorstellungen im Arztberuf wichtig sind? [Multiple-Choice]
- ☐ ja
 ☐ nein
 ☐ teilweise

NACH Modul 1.11, 2.42 (ohne Frage 3 und 4) und 3.34

1. Wählen Sie bitte ihr Geschlecht aus [Single-Choice]
- ☐ männlich
 ☐ weiblich
 ☐ divers
2. In welchem Fachsemester studieren Sie? [Single-Choice]
- ☐ 1.
 ☐ 2.
 ☐ ...
 ☐ 12.
 ☐ sonstiges
3. Belegen Sie die Lehrveranstaltung als freies Wahlfach oder im Rahmen der Pflichtlehre? [Single-Choice]
- ☐ Freies Wahlfach

☐ Modul 1.11 Medizin für gesunde und kranke Menschen (1. Semester)

☐ Modul 2.42 Medizinische Ethik 1 (6. Semester)

☐ Modul 2.42 Medizinische Ethik 2 (7. – 10. Semester)
4. Welches Wahlfach / Wahlpflichtfach belegen Sie?
- Möglichkeiten für NACH Modul 1.11 und 3.34 WS 2023/24* [Single-Choice]
- ☐ Vorlesung im Modul 1.11

☐ Vorlesung im Modul 2.42

☐ Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen als Patient*innen und Angehörige: eine ethische Perspektive

☐ Ethische Urteilsfindung in Medizin und Forschung

- ☐ Tierversuchsethik – Alternativen zum Tierversuch
- ☐ Medizinethik in der Kinder und Jugendheilkunde
- ☐ Ethische Fragen in der Palliativmedizin
- ☐ Angewandte Ethik in Handlungsempfehlungen und Entscheidungsfindungen in der prähospitalen Notfallmedizin
- ☐ Schwierige Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens
- ☐ Medizinethische und medizinrechtliche Aspekte der Pränataldiagnostik (PND) und Präimplantationsdiagnostik (PID)
- ☐ Ethische Fragen in der Transplantationsmedizin
- ☐ Ethische Aspekte in der Gentherapie
- ☐ NS-Zeit und Entgrenzung der Ethik
- ☐ Ethische Entscheidungen in der Zentrumsmedizin – Fallbeispiele aus der Herzchirurgie
- ☐ Medizinethik in der Pädiatrie I. Zum Wohle des Patienten: Interdisziplinäre Perspektiven, ganzheitliche Entscheidungsfindung

Möglichkeiten für NACH Modul 3.34 SS 2024 [Single-Choice]

- ☐ 1. Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen als Patient*innen und Angehörige: eine ethische Perspektive
- ☐ 2) Ethische Urteilsfindung in Medizin und Forschung
- ☐ 3) Tierversuchsethik – Alternativen zum Tierversuch
- ☐ 4) Ethische Fragen bei Schwangerschaft und am Lebensanfang
- ☐ 5) Bioethik in Film und öffentlichem Diskurs
- ☐ 6) Medizinethik in der Kinder- und Jugendheilkunde
- ☐ 7) Emotionale, ethische und spirituelle Auseinandersetzung mit Sterben und Tod
- ☐ 8) Ethische Fragen in der Palliativmedizin
- ☐ 10) Der tote Mensch – ethische Fragestellungen
- ☐ 11) Ethische Fragen in der Reproduktionsmedizin
- ☐ 12) Angewandte Ethik in Handlungsempfehlungen und Entscheidungsfindungen in der prähospitalen Notfallmedizin

- ☐ 13) Medizinethik in der Pädiatrie II. zum Wohle des Patienten
 - ☐ 14) Schwierige Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens
 - ☐ 15) Medizinethische und medizinrechtliche Aspekte der PND und PID
 - ☐ 16) Ethische Fragen in der Transplantationsmedizin
 - ☐ 19) Medienberichte und Ethik
 - ☐ 21) Bioethik in der Medizin
 - ☐ 22) Ethische Perspektiven des assistierten Suizids und bei Tötung auf Verlangen
 - ☐ 23) Corona – Medizin in der Krise
 - ☐ 24) NS-Zeit und Entgrenzung der Ethik
 - ☐ 25) Psychiatriegeschichte und Ethik
 - ☐ 27) Ethische Entscheidungen in der Zentrumsmedizin. Fallbeispiele aus der Herzchirurgie
5. Haben Sie die Vorlesung / das Seminar besucht? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ teilweise
6. Sind Sie nach Belegung der Lehrveranstaltung bei der Beurteilung der ethischen und juristischen Dimension einer wissenschaftlichen / klinischen Fragestellung sicherer? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht
7. Glauben Sie, dass Sie jetzt ein ethisches Dilemma / einen moralischen Konflikt als solchen besser erkennen können? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht
8. Wie sicher fühlen sie sich zu einem solchen Dilemma / Konflikt eine differenzierte Begründung / einen Handlungsvorschlag zu erarbeiten? [Single-Choice]
- ☐ sehr sicher ☐ weitgehend sicher ☐ nicht sicher ☐ weiß nicht
9. Wissen Sie jetzt welche Tugenden / Wertevorstellungen im Arztberuf wichtig sind? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ teilweise
10. Wissen Sie jetzt, was die gesetzliche Grundlage ärztlichen Handelns ist? (§49 Ärztegesetz) [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ teilweise
11. Wird Ihrer Einschätzung nach derzeit in der klinisch praktischen Lehre am Patient*innenbett die schwierige medizinische Entscheidungsfindung nach ethisch-rechtlichen Gesichtspunkten ausreichend vermittelt? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ teilweise

12. Wird Ihrer Einschätzung nach derzeit in der wissenschaftlich praktischen Lehre die schwierige Entscheidungsfindung nach ethisch-rechtlichen Gesichtspunkten ausreichend vermittelt? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ teilweise
13. Haben Sie die gelehrt Themen interessiert? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ teilweise
14. Falls teilweise / nein, was hat Sie NICHT interessiert? Nennen Sie max. 2 Punkte. [Freitextfrage]
15. Gibt es andere Themen, die sie im Rahmen der Ethiklehre interessieren würden? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein
16. Falls Ja, nennen Sie max. 2 Punkte [Freitextfrage]
17. Würden Sie sich in ihrer kommenden Studienzeit freiwillig nochmal mit dem Thema Ethik und Recht in der Medizin beschäftigen? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ vielleicht
18. Erscheint die Beschäftigung mit diesem Thema für sie als Mediziner*in / Forscher*in wichtig? [Single-Choice]
- ☐ 1 (sehr wichtig) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (nicht wichtig)
19. Ist das gelehrt Thema für ihre aktuelle Studiensituation (praxis-)relevant? [Single-Choice]
- ☐ 1 (ja, sehr relevant) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (nein, nicht relevant)
20. Denken Sie, dass das gelehrt Thema für Sie im späteren Berufsalltag relevant sein wird? [Single-Choice]
- ☐ 1 (ja, sehr relevant) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (nein, nicht relevant)
21. Denken Sie, dass das gelehrt Thema ihre Fähigkeiten schwierige medizinische / wissenschaftliche Entscheidungen zu treffen verbessert hat? [Single-Choice]
- ☐ 1 (ja, sehr) ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 (nein, überhaupt nicht)
22. Glauben Sie nach Belegung der Lehrveranstaltung, dass technische Machbarkeit moderner Medizin ein häufiger Trigger sein kann, Therapien durchzuführen, obwohl sie keinen wirklichen Nutzen für Patient*innen hat? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐ inhaltlich nicht relevant für das belegte Fach
23. Hat die Lehrveranstaltung dazu beigetragen Ihren Blick für Übertherapie zu schärfen? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ inhaltlich nicht relevant für das belegte Fach
24. Hat die Lehrveranstaltung dazu beigetragen Ihre Sorge vor rechtlichen Konsequenzen im Rahmen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung zu reduzieren? [Single-Choice]
- ☐ ja ☐ nein ☐ inhaltlich nicht relevant für das belegte Fach

25. Hat die Belegung der Lehrveranstaltung dazu beigetragen, dass Sie mit Hilfe des erworbenen Wissens über Ethik und Recht zu einer differenzierteren, angstfreieren medizinischen / wissenschaftlichen Entscheidungsfindung kommen können? [Single-Choice]

☐ ja

☐ nein

☐ weiß nicht

26. Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung besonders gut gefallen? (max. 2 Antworten) [Freitextfrage]

27. Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung NICHT gefallen? (max. 2 Antworten) [Freitextfrage]

28. Würden Sie den Besuch der Vorlesung / Lehrveranstaltung Ihren Kommiliton*innen empfehlen? [Single-Choice]

☐ ja

☐ nein

Antworten der Freitextfragen

Alle Antworten auf die Freitextfragen wurden 1:1 aus den Fragebögen übernommen (inkl. Rechtschreib- und Grammatikfehler etc.).

Tabelle 11.1: Antworten der Freitextfrage 11 VOR den Modulen 1.11 und 3.34 WS 2023/24

11) Falls ja, in welchem Rahmen? (bezogen darauf, ob sich die Studierenden schon vor dem Studium mit der Thematik Ethik und Recht in der Medizin beschäftigt haben)

Im Rahmen des Molekularmedizin BSc Studiums sowie meines Biotechnologie MSc Studiums, aber auch schon davor in der Schule

Im Rahmen meines vorherigen Studiums.

In der Schule in verschiedenen Fächern

Schule

in der Schule (Sterbehilfe, Entscheidungsfindung, rechtliche Konsequenzen etc.)

Schule Religionsunterricht Ethik

Ich habe in der Schule 4. Jahre Ethik gehabt und es auch maturiert, da mich das Fach sehr interessiert und ich mich auch öfters freizeitlich damit beschäftige.

Selbststudium

Ich habe vor meinem Medizin Studium eine Ausbildung im Pflegeberreich gemacht. Da waren Fächer wie Berufsethik, Psychologie und Recht teil des Curriculums.

Während der Ausbildung zum Rettungssanitäter (Recht + Ethik im Rettungsdienst, vor allem Patientenrechte, Patientenverfügung usw.)

Patientenrechte

Im Psychologie- und Philosophieunterricht in der Schule

Patientenrechte

Im Gymnasium und im privaten Leben

Psychologie und Philosophie in der Schule

Schulunterricht, Rettungsdienst (Patientenverfügung, UbG, gesetzlicher Vertreter z.B. bei Demenz)

YouTube Videos

11) Falls ja, in welchem Rahmen? (bezogen darauf, ob sich die Studierenden schon vor dem Studium mit der Thematik Ethik und Recht in der Medizin beschäftigt haben)

Im Studium der Molekularen Medizin im Modul Versuchstierkunde beschäftigt man sich mit der Ethik zu Tierversuchen, sowie der Culture of Care.

Als Schulprojekt in der Oberstufe mit Ärzten/Ärztinnen und Krankenpfleger*innen.

Rettungsdienst

Diskussion über Sterbehilfe in der Schule

Im Rahmen eines freiwilligen Vortrags während der Schulzeit in Biologie.

Korrekte Handlungsweise gegenüber von Patienten. Die richtige Entscheidung zu treffen in der Tätigkeit eines Arztes

Rettungssanitäterausbildung beim ÖBH

Ethik Matura

In der Schule hatte ich Ethik. Da haben wir uns teilweise auch mit Ethik in der Medizin beschäftigt. (Tierversuche für Medikamente, assistierten Suizid, Abtreibung, ...)

Rettungsdienst

Bachelorarbeit meiner Frau in Biologie.

Tierversuchskunde

Vorheriges Studium

schulische Diskussionen

In der Oberschule in Philosophie, über die richtige Verhaltensweise in unterschiedlichen Situationen heutzutage/in der Vergangenheit.

In Oberstufe haben wir uns als größeres Thema mit der medizinischen Ethik, auch im Vergleich früher zu heute, beschäftigt.

Schule

Schulfach Ethik in der Oberstufe mit je zwei Wochenstunden pro Semester.

Arbeite bereits im Krankenhaus und wurde öfter damit konfrontiert

In der Schule in Philosophie und im Studium im Modul Versuchstierkunde (Ethik bei Tierversuchen).

11) Falls ja, in welchem Rahmen? (bezogen darauf, ob sich die Studierenden schon vor dem Studium mit der Thematik Ethik und Recht in der Medizin beschäftigt haben)

Tierversuchskunde

Schule

Versuchstierkunde, VWA

persönliche Recherche.

Vorheriges Studium

Vorstudium

- Medizinischer Fortschritt vs. „natürliche“ Vorgänge im Leben (z.B. „natürliche Selektion“ vs. lebenserhaltende Maßnahmen)- wer ist für vermeidbare Unfälle und Volkskrankheiten zuständig?- Schwangerschaft: ab wann hat ein Fötus Menschenrechte? Dürfen Embryonen zu Forschungszwecken o.ä. verwendet werden?- Lebensende: Darf man selbst entscheiden, wann man sein Leben beendet? Ab wann gilt Lebensqualität über Lebenslänge?- sollten alle medizinisch möglichen Handlungen auch durchgeführt werden? Wann nicht?- sollte über eine vegane Ernährung besser informiert werden, um ethischere Optionen für mehr Leute verfügbar zu machen und um Volkskrankheiten wie Diabetes Typ 2 oder Koronare Herzkrankheiten entgegenzuwirken?...

Ich möchte gerne in der medizinischen Forschung, derzeit am liebsten im Bereich der Genetik, arbeiten.

Abtreibungsfrage

Ethik in der Schule

Ethik im Rahmen des Philosophie-Unterrichts in der Schule

Auf der Intensivstation bei einem 3. Montagen Pflegepraktikum-wo es vor allem um lebenserhaltende Maßnahmen geht und im Rettungsdienst

Verschiedene Diskussionen in der Oberschule zu den Themen Sterbehilfe, Abtreibung, Organspende

Ausbildung zur Pflegefachfrau

Ethik in der Versuchstierkunde
Verschiedene Fälle und rechtliche Hintergründe schwieriger moralischer Entscheidungen gelesen

nicht viel halt ab und zu bei Interesse über Recht und auch über Ethik beim Rettungsdienst

11) Falls ja, in welchem Rahmen? (bezogen darauf, ob sich die Studierenden schon vor dem Studium mit der Thematik Ethik und Recht in der Medizin beschäftigt haben)

Im Rahmen des Religionsunterrichts (v.a. in der gymnasialen Oberstufe)

In der Schule im Fach Psychologie & Philosophie

hauptsächlich in Ethik in der Schule

Vorheriges Studium und Schule

Tierversuchskunde; VWA -& ehtische Konflikte erarbeitet

Tierversuchsethik

Im Rahmen des Studiums der Philosophie.

In der Ausbildung zum Rettungssanitäter. Und in Nachbesprechungen im Team nach den ersten schwierigen Entscheidungen auf Einsätzen.

Praktikum

Kran

2 Semester Studium der Philosophie

Als Krankenschwester auf einer operativen Intensivstation bin ich schon oft in die Situation gekommen, Patienten und Angehörige am Ende des Lebens betreuen zu dürfen. Die Entscheidungen der Therapiewahl bzw. Therapieeinschränkungen waren in einigen Situationen recht komplex, nicht selten wurde ein Ethikkomitee hinzugezogen.

Im Rahmen des Sterbeprozesses naher Angehöriger. Wo auf eine nicht mehr indizierte, bzw. durch Erfragung des Patientenwillens, auf eine intensivmedizinische Therapie verzichtet wurde und eine CTC eingeleitet wurde.

Ethik Vorlesungen und medizinische Ethik im 6. Semester

In Schule und pflegerischer Ausbildung

16) Was erwarten Sie sich vom Besuch der Lehrveranstaltung zu Ethik in der Medizin?

Ich lass mich überraschen 🍷❤

Auffrischung bestehender Ethikkenntnisse
Medizinische Sicht auf Ethik (im Vergleich zu Ethik in der Forschung, z.B. Tierexperimente)

Auseinandersetzung mit relevanten und vorallem zeitgemäßen Inhalten.
Hilfe bei der Entscheidungsfindung ethischer Fragestellung.
Motivierte Lehrende.

Darlegung ethischer Konflikte
Lösungsansätze für diese
Rechtliche Grundlagen dafür

Umgang mit ethischen Konflikten in der Medizin

ich erwarte mir zu lernen moralisch und ethisch schwierige Situationen zu erkennen, einzuordnen und damit umzugehen. Außerdem hoffe ich, die rechtliche Basis in der Medizin besser kennen zu lernen um die Entscheidungsfindung zu erleichtern

Detaillierte Informationen über Ethik speziell in der Medizin

Einblicke/Erklärungen/Algorithmen um schwierige ethische Entscheidungen zu fällen
Rechtliche/moralische Hintergründe zur Ethik oder Entscheidungsfindung in der Medizin

Neues Wissen aneignen

moralisch, ethisch und rechtlich schwierige Entscheidungen besser verstehen und treffen zu können

Interessante Vorträge über schwierige Entscheidungen und die damit verbundene Verantwortung

Ethik im Krankenhaus

Überblick Ethik, Fallbeispiele, Hilfestellung für das Finden von Therapiemöglichkeiten im Sinne von Hilfestellung für Wege aus ethischen Dilemmas in der Entscheidungsfindung in Bezug auf Therapiemöglichkeiten

- interessante Konversationen über (medizinische) Dilemma -bessere Interpretation med. Problematik- feinfühligere ethische Entscheidungsfähigkeit

Interessante Infos

16) Was erwarten Sie sich vom Besuch der Lehrveranstaltung zu Ethik in der Medizin?

- Grundlagen zu Ethik vermittelt bekommen, die bei einer Entscheidungsfassung herangezogen werden können.
- Über die gesetzlichen Grundlagen aufgeklärt zu werden.
- Verschiedene Wege der Entscheidungsfindung kennenlernen

- Skills um ethische Entscheidungsfindung nach Schema durchzuführen

Vorbereitung auf Patientenkontakt

Hilfe bei Entscheidungen

- Informationen zu ethischer Urteilsfindung- Beispiele Dilemmata

Input zu Grundlagen der Ethik (im medizinischen Kontext) Wie kann Ethik bei der medizinischen Entscheidungsfindung helfen bzw. auch den Blickwinkel ändern? Welche Aspekte sind aus ethischer Sicht bei Entscheidungen zu beachten?

Grundsätzliches Verständnis was Ethik ist und inwiefern sie wichtig ist in der Medizin

Infos über ärztliche Entscheidungen

Hilfestellung und Handlungsmuster für Konfliktsituationen im Alltag eines Arztes an die Hand bekommen Ethik und Recht miteinander verbinden, sodass wir uns handlungstechnisch in einem sicheren Rahmen befinden

Bewusstsein

Interessante Fallbeispiele zu schwierigen ethischen Entscheidungen Abwägen von unterschiedlichen Therapiemethoden Erarbeiten des gesetzlichen Rahmens

- Entscheidungen gerecht treffen zu können- mehr wissen über richtiges Verhalten- Stellung zwischen Patient und Arzt

tieferen Einblick in ethische Konflikte und in den Umgang mit diesen

eine Einführung in die Medizinethik und die Grundlagen des medizinischen Rechts und seine Auswirkungen in Klinischer Entscheidungsfindung

I mög mehr über entscheidungsdilemma wissen

Erleichterte Entscheidungsfindung in Dilemma Situationen

Grundlagen der Ethik erlernen Grundbegriffe zuordnen können

rechtliche Kenntnisse Diskussion über Fallbeispiele

16) Was erwarten Sie sich vom Besuch der Lehrveranstaltung zu Ethik in der Medizin?

- Praxis relevante Beispiele - seine eigene Entscheidungsfähigkeit Schulen - keine stumpfe Theorie

1. Aufklärung über die Verbindung zwischen rechtlichen und ethischen Maßnahmen im medizinischen Berufsleben. 2. Hilfestellungen zur Lösung von ethischen/moralischen Dilemma im Berufsleben

Nichts

Hilfe bei schwierigen Entscheidungen, dass es psychisch für mich selbst eine Hilfestellung sein kann, bei belastenden Fällen/Tod

Handlungspläne, Fallbeispiele

- Rechtliche Aufklärung zu Handlungen - Verschiedene Lösungen zu ethischen Dilemmas - Gemeinsame Ausarbeitung Ethischer Konflikte

Juristische Grundlage für Handlungsspielraum in Entscheidungsfindung
Ethische Modelle zur Unterstützung für Entscheidungsfindung
Rechte und Respekt des/vor Patient*innen
Verschiedene Weltanschauungen der Patient*innen in die Entscheidungsfindung miteinbeziehen können, unabhängig von den eigenen menschlichen und hilfreichen Umgang mit Missbrauch, psychischen Erkrankungen
Wissen wo Kompetenzbereich aufhört und Verantwortung weitergegeben/abgegeben muss
Umgang mit Gewissen(sbelastung)?

Medizinische Probleme mit Ethik verstehen
Hintergründe der Patienten verstehen

Spannende Diskussionen von Fallbeispielen, das Erlernen von Wissen welches zur Entscheidungsfindung beitragen kann, sowie das Behandeln von ethischen Fragestellungen in der medizinischen Forschung.

Aufklärung zur Entscheidung in schwierigen Situationen
Hilfestellung zu rechtlichen Entscheidung
Mögliche Techniken für Selbstumgang mit schwierigen Situationen

Die Herangehensweise beim Treffen schwieriger Entscheidungen lernen.

Weiterentwicklung

Ein tiefergehendes Verständnis der rechtlichen und ethischen Grundlage im Arztberuf und Ansätze um verschiedene Ethische und Rechtliche Probleme selbstständig oder als Team lösen zu können.

16) Was erwarten Sie sich vom Besuch der Lehrveranstaltung zu Ethik in der Medizin?

Ich bin gespannt und habe keine Erwartungen außer Praxisrelevante Ethik anhand von Fallbeispielen.

Nach dem Besuch der Lehrveranstaltung einen Überblick über Ethik in der Medizin zu haben

Handlungsempfehlungen für schwierige Situation im Berufsleben
Fallbeispiele
Umgang mit schwerkranken Kindern

verständnis über die rechte einer ärztin

Einen Rahmen für episches und Rechtliches entscheiden
Ansätze um schwierige Entscheidungen treffen zu können

- aufklärung-denkansätze-Lösungsmöglichkeiten

Neue Erkenntnisse bezüglich des richtigen Handelns eines Arztes gegenüber von schwierigen Entscheidungen

Verständnis und Bedeutung der medizinischen Ethik

Beispiele für ethische Dilemmas und Ansichtspunkte werden angesprochen

Ethisch korrekt als Arzt handeln

tieferen Einblick über Ethik, Recht, Triage, o.Ä.

Ethisch korrekte entscheidungen sicherer zu treffen

Mehr Wissen über Ethik aneigneneine ethisch gerechte Entscheidung treffen können bzw. ethisches Handeln
Erkennen von Situationen, in denen ethisch moralisches Handeln/Denken erfordert ist

Erwerben von ethischem und rechtlichem für mich als angehende praktische Ärztin relevantem Wissen

- mehr Wissen über med. Ethik- Sicherheit beim Treffen zukünftiger Entscheidungen

Grundlagen, um zur ethisch/moralisch richtigen Entscheidungsfindung in Medizin

Anwendung ethischer Grundlagen/Methoden in der Praxis

praktische Fallbeispiele
theoretisches Wissen

- verantwortungsbewusster Umgang mit den Patienten- besseres Verständnis für den Patienten

16) Was erwarten Sie sich vom Besuch der Lehrveranstaltung zu Ethik in der Medizin?

Einen Einblick auf das Fundament eines Mediziners, auf dem sich all seine restlichen Entscheidungen begründen.

- wie löse ich ethische Dilemma- praktische Fallbeispiele erarbeiten- spannende Themen

- Spannende Themen- alltagsbezogene Beispiel- Nachvollziehbarkeit

- Ethische Fallbeispiele erarbeiten

-relevantes ethisches Wissen für Entscheidungsprozesse in der Medizin

Interessante Diskussionen und Gespräche
Verstehen von Gegenargumenten (einbringen von gegnerischen Argumenten)
Einblicke in ethische Dilemma in der Medizin
Praxisbezug

ein Rüstzeug für etisch schwierige Entscheidungen zu schaffen und somit ethisch richtiges Handeln zu erleichtern.
Unterschiedliche Aspekte des Ethischen Handelns in medizinischen Berufen kennenlernen.
Ethische Konzepte kennenlernen

-neue Erkenntnisse der medizinischen Ethik in Bezug auf den ärztlichen Beruf-
Beispielsweise Behandlung einiger ethischer Dilemma-Richtlinien/Vorschläge für das Verhalten bei einem ethischen Dilemma

Nach dem Besuchen der Lehrveranstaltung besser über die Ethik in der Medizin bescheid zu wissen und dadurch bessere Entscheidungen treffen zu können.

praktische Hilfestellungen zur Entscheidungsfindung bei ethischer Konfliktsituation

Abklärung des rechtlichen Rahmens
Strategien zur ethischen Entscheidungsfindung
Fallbeispiele

- Information über "ethische Lehrmeinungen"- aufzeigen von Dilemmata die nicht nach Rezept, sondern nur individuell lösbar sind- rechtliche Grundlagen

Ethische Grundlagen in medizinischen Berufen werden erläutert
Konflikt Ethik - Recht veranschaulicht
Ethische Urteilsbildung nahegelegt

- Verschiedene Ansichten über ärztliche Behandlungen - Vertretbarkeit - Grenzen der Medizin

Ärztegesetz kennenlernen
Ethische Dilemma erkennen und lösen zu können

Nützliche Informationen

Praxisprüfungsrelevante Inhalte in Kurzform

16) Was erwarten Sie sich vom Besuch der Lehrveranstaltung zu Ethik in der Medizin?

Lernen, wie man in bestimmten Situationen richtig handelt.

Über Moralischen und Richtigen Umgang mit Patienten aufgeklärt zu werden. Tipps und Tricks wie mit schwierigen Situationen umgegangen werden soll. Richtiger Umgang mit vulnerable Gruppen.

Lehrreiche und interessante Themen bezüglich Ethik im ärztlichen Berufsleben

Dass ich abschließend genauer Bescheid weiß, was als moralisches und unmoralisches Handeln als Arzt gesehen wird. Dass unsere bisherigen Ansichten hinterfragt werden bzw auf die Probe gestellt werden.

juristische und ethische Ausbildung und Bearbeitung versch. moralischer bzw. ethischer Dilemmata

Mehr ethische Kenntnisse als zuvor Verbindung zwischen Ethik und Medizin erkennen und verstehen

Entscheidungshilfe bei schwierigen ethischen Dilemmas

Hilfe für schwere ethische Entscheidungen

Aufklärung über Rechte von ÄrztInnen sowie PatientInnen Begründete Entscheidungsfindungen

Grundlagen des ärztlichen Handelns und Denkens zu Erlernen Ethik als Kompass für das spätere Berufsleben

einfachere Entscheidungsfindung bei ethischen Dilemmas lernen

1. Lernen über gesetzlich festgelegtes Verhalten als Ärztin
2. Bearbeitung von verschiedenen Beispielen in dem ethisches Entscheiden eine Rolle spielt
3. Lernen, wie man sich ethisches Entscheidungsvermögen aneignet

- Fallbeispiele- Danach mehr zu wissen, als davor- Zu wissen, was Paragraph 49 ist

Als Molekular Medizinerin erwarte ich mir, den Umgang mit sensiblen Patientendaten kritisch zu betrachten. Außerdem würden mich die ethischen Fragestellungen zu den Themen pränatale und Präimplantationsdiagnostik sehr interessieren.

Auffrischung ethischer Grundlagen in der Medizin ethische „Grenzsituationen“ besser meistern können

Diskussionen von Fallbeispielen, ethische und rechtliche Grundlagen,...

16) Was erwarten Sie sich vom Besuch der Lehrveranstaltung zu Ethik in der Medizin?

Differenziertes Wissen über ethische Vorlage im Bereich der Medizin und die Fähigkeiten zu erlernen, ob Dilemmasituationen eine ethisch vertretbare Antwort haben.

Aufklärung Praxis

Beispiele, für kritische Entscheidungen

Überblick über verschiedene Subthemen Einblicke in ethische Dilemmata (Leitlinien)

Rechtlich mich besser auszukennen

Einen anwendbaren moralischen Kompass für die medizinische Entscheidungen.

interessante medizinische Fallbeispiele für Dilemma Grundsätze des ärztlichen Handelns/
verhalten in der medizinische Forschung lernen bzw. leitfaden für
Entscheidungsfindung und ganz viel Spaß

Objektive und Subjektive Betrachtung der Thematik

Mehr Erfahrungen im Bereich: Ethik Medizin Und Ethik in der Medizin

Klarheit über rechtliche und ethische Einordnung Konfrontation mit schwierigen Themen
und Situationen Lösungsansätze für diese

Vorbereitung auf zukünftige ethische Konflikte bessere Entscheidungsfindung

- Ärztegesetz kennenlernen (meine Rechte und Pflichten)- Ethische Dilemma erkennen
und lösen lernen- Fallbeispiele

Unterschiedliche ethische Theorien um Dilemma Situationen ggf. zu lösen

Einen guten ethischen Überblick über moralische Fragestellungen, sodass man im Alltag
schon eine Basis hat, auf der man in stressigen Situation schnell (hoffentlich moralisch
richtig) entscheiden kann. Der aber nicht nur einen Nutzen in der Klinik, sondern auch in
den Laboren, hat.

- Einblicke in ethische Probleme in der Medizin- Strategien zu erlernen ethische Probleme
als solche zu erkennen- Strategien zu erlernen, welche es mir möglich machen diese zu
lösen bzw. diese bei medizinischen Entscheidungen zu berücksichtigen

- geltende Handlungsrichtlinien kennenlernen

Klären noch offener Fragen für Sicherheit in kritischen Situationen

16) Was erwarten Sie sich vom Besuch der Lehrveranstaltung zu Ethik in der Medizin?

Ich erwarte mir, dass es hoffentlich nicht zu trocken wird (also zu viel Recht, Paragraphen, ...) obwohl ich natürlich auch verstehe, dass das wichtig ist. Ich hoffe eher auf ethische Fallbeispiele und was mich besonders interessiert, wäre die Ethik in der Medizinischen Forschung, also die Frage: was kann man mit Medizin in Zukunft machen und im Kontrast dazu, was soll man mit Medizin machen.

Keine großen Erwartungen

interaktiv

Verstehen von Problemen/ möglichen Lösungen der Medizinethik

Praktische Beispiele und wie darin zu handeln ist, um die schwierige Thematik zu veranschaulichen und neues Wissen, das nicht nur im Beruf/Studium anwendbar ist, sondern auch außerhalb.

Ethische Grundlagen zum Treffen von Entscheidungen in der Medizin sowohl forschungs- als auch Behandlungsbezogen

wie die Benutzung neuer Methoden (zB Crisper-Cas) beim Menschen ethisch und juristisch vertretbar sind

→ ethische Diskussionen → praktische Anwendungen statt Theorie→

- Hilfestellungen/SOP's bei schweren ethischen und moralischen Entscheidungen in der Medizin, aber auch im privaten Rahmen

Einen Einblick in alle Dimensionen medizinischer Entscheidungsfindungen, die nicht nur die medizinisch beste, sondern für alle Beteiligten, besonders natürlich für den Patienten gangbarste Lösung zu finden, falls es zu Dilemmata kommt.

Lernen wie man mit ethischen Konflikten umgeht Besseres Verständnis Erleichteretes Entscheidungsvermögen bei schwierigen Entscheidungen

Erlernen ethischen Handelns in der Medizin und das Bringen der Medizinstudenten zum Nachdenken über ethische Aspekte.

Ich erwarte mir ein tieferes Verständnis zur Ethik und Recht in medizinischen und klinischen Lehrgängen, um mir sicherer zu sein, wenn ich Entscheidungen in der Recherche machen muss und einfach mehr zu diesen Themen zu lernen.

Keine Ahnung

16) Was erwarten Sie sich vom Besuch der Lehrveranstaltung zu Ethik in der Medizin?

- verschiedene Rechtslagen- Entscheidungshilfe - mehrere Sichtweisen/Aspekte zu einer bestimmten Situation kennenlernen, an die man alleine vielleicht nicht denken würde

Ethische Prinzipien kennenlernen, Entscheidungsfindungswege, Gesellschafts relevante ethisch kritische Themen besprechen.

Rechtliche Hintergründe Hilfe beim Treffen der rechtlich und moralischen richtigen Entscheidungen in schwierigen Lagen

Leitfaden um ethisch und moralisch korrekte Entscheidungen treffen zu können später als Arzt/Ärztin

Ich erwarte, wie Mediziner ihre Entscheidungen treffen unter Beachtung der ethischen Aspekte

keine Ahnung, ein bisschen einfach über generelle ethische Dilemmas zu reden.
Scheinbar auch über Recht hören

lernen, das Richtige vom Falschen zu erkennen. Entscheidung treffen Was ArztInnen für Patienten stellen können.

- medizinische Dilemmas aus mehr verschiedenen Sichtwinkeln betrachten zu können-
rechtliche Grundlagen, um medizinische Dilemma besser einordnen zu können

Rechtliches wissen Anwendungsbezogene Beispiele

Ansichten auf komplexe ethische Fragen

Raum für Diskussionen, andere Sichtweisen besser nachvollziehen können und kennenlernen,

Diskussionen und Dilemma bearbeiten Ethische Fragen im Alltag besser einschätzen zu können

- mehr Wissen über rechtliche Grundlagen- Diskussion über ethischen Zwiespälte-
philosophischen Denkanstöße

-mehr Wissen über rechtliche Grundlagen-philosophische Denkanstöße-Diskussionen

Heranführung an Umgang mit komplexen ethischen Entscheidungen in der Medizin

Hilfe bei Ethischen Entscheidungen

Ein besseres Verständnis über Konfliktsituationen

16) Was erwarten Sie sich vom Besuch der Lehrveranstaltung zu Ethik in der Medizin?

anfangs eig. gar nixschwierige ethische Fragestellungen / ethische Konflikte v.a. im Bezug auf Medizin

-Fallbeispiele-Diskussionen

- grober Habdungsleitfaden bei schwierigen ethischen Entscheidungen

Dass ich am Ende des Seminars besser über die rechtlichen Aspekte bescheid weiß und in Zukunft auch bewusst danach handeln kann.

mehr wissen, besser zu handeln, sensibilisierter für das thema

Basic tools um in Situationen handeln zu können

- Handlungsempfehlungen im Umgang mit schwierigen Entscheidungen- rechtliche Rahmenbedingungen des ärztlichen Handelns besser verstehen-interessante/hilfreiche Fallbeispiele besprechen

Bessere Ansätze für Lösungen in schwieriger Entscheidungen, sowie die Kenntnis über rechtliche Pflichten als Ärztin.

Wie man richtig handelt

Hilfe bei der Entscheidungsfindung schwieriger SituationenErkennen von ethischen Problemen

Vor allem rechtlich abgesichert zu sein und entscheiden zu können wo man Leiden beenden soll und wo nicht.

- fundierten Blick auf die diversen Dimensionen komplexer Patientenfälle- tieferes Verständnis für die ethische bzw. Patientenseite (nicht nur "Fachwissen" Medizin)- eigenem Horizont allgemein erweitern

Neue EinsichtenBesseres Verständnis

Den Umgang mit PalliativpatientenEthische Grundprinzipien

Mehr Wissen über schwierige Entscheidungen am Ende des Lebens. Wir kommuniziert man mit den Patienten, aber auch mit den Angehörigen am besten. Was kann man tun um großes Leid zu vermeiden?

Mehr Sicherheit im Umgang mit schwierigen Situationen.Mehr Sicherheit für die richtige Kommunikation. Rechtliche Grundlagen besser verstehen.

16) Was erwarten Sie sich vom Besuch der Lehrveranstaltung zu Ethik in der Medizin?

Etwas für Leben lernen Interessante Fälle besprechen Erfahrungen was andere Studenten für Meinungen zu diesem Thema haben

Einen Überblick darüber wie Entscheidungen getroffen werden Vermittlung von Basiswissen auf das ich später evtl zurückgreifen kann

Neuer Input, differenzierte Einblicke in klinischen Alltag.

- Wissenszuwachs über Ethische Grundsätze- Unterstützung, wie trifft man eine gut überlegte Entscheidung, bei der der Patient im Fokus steht

Informationen über den richtigen Ablauf der Entscheidungsfindung. Ethische Aspekte am Lebensende, v.a. auf was ein Arzt schauen muss. Moralisch/ethische Konflikte besser erkennen.

theoretisches und praktisches Wissen darüber, wie man im klinischen Alltag medizinische Entscheidungen möglichst ethisch und rechtlich korrekt gemeinsam mit den Patient:innen und Angehörigen treffen kann

Erlernen von Denkstrukturen zur Erkennung von ethischen Problemen Mögliche Lösungsansätze bzw, Hintergrundwissen (Juristisch, Ethisch) erlernen

Sicherheit im Argumentieren wenn es um ethische Fragestellungen geht. Sensibilität im Umgang mit dem Thema und richtige und gute Kommunikation.

Ich würde gerne Informationen über aktive und passive Sterbehilfe erhalten, speziell in welchen Situationen diese angebracht ist und wie diese durchgeführt wird. Rechtliche Aspekte und Verantwortungsbereich

Sicherheit in der Entscheidungsfindung Richtig Argumentieren bei schwierigen Themen

Genauere Kenntnis der Gesetzeslage Besprechung interessanter Fälle und Diskussion über Entscheidungen, die diesbezüglich getroffen werden

Einblick in die Transplantationsmedizin und Aufzeigen sowie Diskutieren der ethischen Probleme, die damit einhergehen.

Kenntnisse über die Rolle der Ethik in der medizinischen Forschung

Ich erwarte mir besser ethische Problemsituationen zu erkennen und darauf überlegter handeln zu können.

Tabelle 11.3: Antworten der Freitextfrage 12 bzw. 14 NACH den Modulen 1.11 und 2.42

12) bzw. 14) Falls teilweise / nein, was hat Sie NICHT interessiert? (bezogen darauf, ob die gelehrt Themen die Studierenden interessiert haben)

//

- Interkulturalismus hat sich nach einer Weile nur mehr wiederholt, entweder tiefer einsteigen oder etwas kürzer behandeln

Mich hat alles interessiert (allerdings hatte ich auch ein geringes bis gar kein Vorwissen)

Hat alles gepasst!

Gyn

Es war zwar interessant, der Zeitpunkt im Semester und generell das 6. Semester empfinde ich persönlich als ungünstig.

Die Fälle selbst waren in Ordnung, die die mich eher interessiert hätten etwas zu kompliziert.

Tabelle 11.4: Antworten der Freitextfrage 14 bzw. 16 NACH den Modulen 1.11, 2.42 und 3.34

14) bzw. 16) Falls Ja, nennen Sie max. 2 Punkte (bezogen darauf, ob es andere Themen gibt, die die Studierenden im Rahmen der Ethiklehre interessieren würden)

Ethische Einordnung Abtreibung und künstliche Befruchtung die bei uns nicht erlaubt ist

Untersuchung von fehl - oder totgeborenen Embryonen und Feten, allgemein
Untersuchungen von verstorbenen Kinder (und EW) zu wissenschaftlichen Zwecken
(wobei das vermutlich zu weit geht für den Rahmen dieser Vorlesung)

Organspende Schönheitschirurgie (im Hinblick auf den schlechten Einfluss von rein ästhetischen Eingriffen ohne wirklichen Nutzen zB. Influencer) und deren Einfluss auf die gesamte Menschheit

Rolle des Arztes/der Ärztin in der Gesellschaft, "Halb-Gott in weiß"

Bessere konkretere Entscheidungsfindung

Ethische Grundlagen im Labor

Eventuell auch "Fälle" besprechen, die kein akuter Notafall oÄ sind, so zB "day to day".

14) bzw. 16) Falls Ja, nennen Sie max. 2 Punkte (bezogen darauf, ob es andere Themen gibt, die die Studierenden im Rahmen der Ethiklehre interessieren würden)

Zusätzliche Beispiele aus der wissenschaftlich-medizinischen Forschung. Zudem ist auch die Einbindung von aktuellen ethischen Fragen (bzw. Problemen) wie der Einsatz von Genscheren zur gezielten Erbgutsveränderung in Embryonen, oder das Beschäftigen damit, wie mit Patientendaten umgegangen wird bzw. wie Firmen wie 23andMe aufgrund ihres Wissen über das Erbgut und damit auch über das Erkrankungsrisiko einen Einfluss auf die medizinische Versorgung einzelner Patienten nehmen können.

-Präzedenzfälle, konkrete gerichtliche Verfahren, der Umgang von Kliniken mit Klagen, usw- wo derzeitige rechtliche Lage ethisch kritisch eingeschätzt wird, bzw wo Handlungsbedarf/ Anpassung der Rechtslage nötig erscheint

Fallbeispiele aus der Praxis der Professor/innen waren sehr interessant und gaben guten Einblick

Umgang mit schwierigen Patienten.

Vielleicht noch, wenn es nicht nur um den einzelnen Patienten geht, welches Therapieziel für ihn oder sie das beste ist, sondern wie man mit Situationen wie während Corona umgeht, wenn es nicht ausreichend Intensivbetten etc gibt, wie man dann ethisch entscheidet, wer jetzt Anspruch auf ein Bett hat.

Beispiele aus der Wissenschaft

ich würde mir mehr Fälle für die Molekularmediziner*innen wünschen Themen wie IVF oder andere Dilemma in der Forschung/ im Labor ect.

Reproduktionsmedizin

Mich persönlich hätte noch mehr Ethik in der Forschung interessiert, und zwar nicht in der klinischen Forschung sondern eher in der theoretischen.

Vor allem ethische Aspekte im Umgang/in der Behandlung von psychiatrischen Patienten und Erkrankungen.

- an einem Fallbeispiel erörtern, wie genau verschiedene ethische Argumentationen gewesen wären - Ethik im wissenschaftlichen Arbeiten (für Molmeds)

Ethik in der Notfallmedizin. Medizinische Geschichte und was man daraus lernen kann.

Medizinethik im Bezug auf Massenmedizin in humanitären Krisensituationen.

Forschung / Studien / Experimentelles; (Embryonen)

14) bzw. 16) Falls Ja, nennen Sie max. 2 Punkte (bezogen darauf, ob es andere Themen gibt, die die Studierenden im Rahmen der Ethiklehre interessieren würden)

Assistierter Suizid/Abtreibung

Invitro Fertilisation / künstliche Befruchtung / ICSI Klimagerechtigkeit

Kommunikation mit der Familie/Angehörigen

Psychiatrie und ethische Fragen (z.B. Zwangsbehandlung) Reproduktionstechnologien und Ethik (In-vitro-Fertilisation, Leihmutterschaft und pränatalen Diagnostik)

Sterbehilfe bei Menschen mit unheilbaren Erkrankungen Wie Abtreibung im klinischen Alltag gehandhabt wird

- Präimplantationsdiagnostik

kardiologische Fälle

Ethik im Rahmen medizinischer Forschung (Kontrollgruppe vs. Interventionsgruppe; wer wird ein-/ausgeschlossen; Geschlechterdifferenz)

- Praktische Einblicke aus dem Klinikalltag --> noch mehr Fallbeispiele und genauer klassifizieren und erläutern wie es zu so einem Therapiezieländerung kommt. Und wie das grundlegend abläuft.

Weitere Beispiele mit schwierigen Entscheidungen am Lebensende, sowie auch den Umgang mit Suchtkranken im mittleren Alter (Umgang, Therapieansätze, Recht auf Unverletzlichkeit in dieser Situation also wie sehr sollte man hier als Arzt eingreifen, wenn der Patient nichts an seiner Situation verändern will, speziell bei noch sehr jungen Patienten).

Assistierter Suizid

kulturelle Unterschiede

Gerne noch mehr rechtliche Aspekte

KI in der Medizin Steigende Lebenserwartung und wie damit umgehen Transplantationsmedizin

Ethische Fragen in der Pädiatrie

Ethik in der Pädiatrie

Zulassung von Studien Bluttransfusion bei Kindern von Zeugen Jehovas

Genmanipulation Tiere in der Medizin

14) bzw. 16) Falls Ja, nennen Sie max. 2 Punkte (bezogen darauf, ob es andere Themen gibt, die die Studierenden im Rahmen der Ethiklehre interessieren würden)

Ethik ist ja ein weites Gebiet... a den angebotenen Veranstaltung war ich auch a den ethischen Aspekten bei Tierversuchen und in der Transplantationsmedizin interessiert. Besonders "besprechenswert" finde ich auch den Umgang mit Therapieentscheidungen in der Paediatric.

Genauerer Einblick in verschiedene Aspekte der palliativen Betreuung. Bzw. Welche Aspekte dies umfassen kann.

Ethische Urteilsfindung in der Forschung

Anamnese so zu gestalten, dass Wille des Patienten von Beginn an geklärt wird

Palliative Sedierung

Strukturierte Vorgehensweise beim Überbringen der Nachricht(klinisches Setting..)

vielleicht dass mehr auf Kinder / Jugendliche eingegangen wird

Beurteilungen anhand anderer Prinzipien als Beauchamp und Childress

Schwangerschaftsabbruch

- Fallbeispiele bearbeiten im Sinne eines realen Falls (Verlauf)- weniger Theorie und mehr tatsächliche Gesprächsführung: wie würden sie in ... Situation reagieren

Ethische Entscheidungen in der Pränataldiagnostik

Organspende

Ich finde dass man von Fällen am meisten lernt. Daher dass es ja kaum Leitfaden gibt in der Ethik, profitiert man meiner Ansicht nach am meisten von Geschichten über Situationen die es gegeben hat und was da die Fehler oder guten Handlungen waren

konkrete Tipps Fallbeispiele zu Gesprächsführung in versch. Situationen

NS Zeit, Notfallmedizin/Katastrophenfall

Ethische entscheidungen in der Kinder/Jugendpsychiatrie

Ethik im Rahmen von Tierversuchen Ethik im Rahmen von Gentechnik

Ethik im Rahmen von wissenschaftlichen Studien Ethische Aspekte bei psychischen Erkrankungen und deren Behandlung

Recht

14) bzw. 16) Falls Ja, nennen Sie max. 2 Punkte (bezogen darauf, ob es andere Themen gibt, die die Studierenden im Rahmen der Ethiklehre interessieren würden)

Ethische Entscheidungen am Lebensende. Ethische Entscheidungen über die Ressourcenverteilung.

Die Widersprüche die manchmal auftauchen i.R. der Diskussionen von neuen Therapien in der Medizin. Wie zum Beispiel wenn wir über die genetische Selektion von Embryos reden, es sollte auch mehr diskutiert werden wie das verbunden ist in der Pränataldiagnostik wo in manchen Fällen eine Selektion auch geschieht.

Tabelle 11.5: Antworten der Freitextfrage 24 bzw. 26 NACH den Modulen 1.11 und 2.42

24) bzw. 26) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung besonders gut gefallen?

Mir haben besonders gut die dazu präsentierten Fälle gefallen, da man durch sie besser versteht zu welche Problemen es trotz der klaren Vorschriften kommen kann.

Die vielen Fallbeispiele, sehr anschaulich für den gelehrten Stoff; Offenheit für Fragen und Diskussionen, das Einbringen der Patientin (sehr tapfer), weil Patientin Kontakt ist wichtig. Auch, dass die beiden Lehrpersonen aus verschiedenen Fachgebieten sind und mit unterschiedlichen Patienten arbeiten, sodass Situationen und Regeln von zwei Seiten beleuchtet werden kann.

beide Dozenten haben sich sehr viel Mühe gemacht und die Fälle der einzelnen Patienten waren sehr spannend (und haben alles etwas Praxis relevanter gemacht)

Die beiden Vortragenden waren offensichtlich sehr begeistert und selbst sehr interessiert an ihrem Fach. Die Verknüpfung der Praxis mit der Theorie ist gut gelungen.

Abschnitt Atemnot Abschnitt Triage, Assistierter Suizid

Raum für offene Diskussionen Praktische Beispiele

praktische Fallbeispiele

Fallbeispiele

Fallbeispiele, Ansprechende Vorträge, Inhaltlich interessanter/praxisnäher als Anatomie

24) bzw. 26) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung besonders gut gefallen?

Die vielen Fallbeispiele, auch der Fokus auf die Kindermedizin. Die Lehrveranstaltung hat es meiner Meinung nach gut geschafft uns für die Themen der Ethik zu sensibilisieren, auch wenn wir vielleicht noch nicht viel davon anwenden können. Es ist wichtig, in solche Themen "hineinzuwachsen", deshalb finde ich es super, dass wir schon im 1. Semester damit anfangen. Die VOs waren alle sehr interessant und absolut weiterzuempfehlen. Insgesamt sehr gelungen!!

Die Motivation der Vortragenden und die Diskussion

Die Vortragenden kennen sich sehr gut mit ihren Themenbereichen aus und sind sehr kompetent. Ich habe die Vorlesung immer sehr gerne besucht, da die Thematiken sehr interessant waren und hervorragend aufgearbeitet wurden. Die Sachverhalte wurden sehr verständlich erklärt und wurden uns auf eine sehr angenehme Weise näher gebracht.

Fallbeispiele

Die Fallbeispiele, so wurde ein Praxisbezug hergestellt, es wurde gut über die Probleme von sterben lassen oder Leben verlängern aufgeklärt (Wunsch der Angehörigen, Wunsch des Patienten, Übertherapie)

-Guter Überblick über viele verschiedene Aspekte- zugrundeliegende Ethiktheorie

Fallbeispiele waren sehr interessant Auseinandersetzung mit dem Thema Ethik und Recht in der Medizin, kannte ich so vorher nicht

Verschiedene Patientengeschichten. Aufklärung, was falsch gemacht wurde und wie man es besser machen kann.

Klinische Beispiele/Fälle

Die Fallbeispiele waren sehr gut und haben einen "praktischen" Einblick in das sonst eher theoretische Fach Ethik gegeben. Ich konnte leider nicht alle Vorlesungen besuchen bin aber immer gegangen wenn ich Zeit hatte. Das war es wert.

Gute Struktur, interessante Themen und die Fallbeispiele. Besonders eindrücklich waren für mich aber die Patient:innen, die live ihre Geschichte erzählt haben.

Fallbeispiele

Fallbeispiele aus der Praxis Leidenschaft und Begeisterung fürs Thema

die Themen Übertherapie und Palliativmedizin waren besonders interessant. Gut gefallen haben mir die Vorlesungen in denen eine kleine Diskussion zu Stande gekommen sind.

24) bzw. 26) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung besonders gut gefallen?

Eigene Praxiserfahrungen

Persönliche Fallbeispiele - praxisnahe, man beginnt den Patienten als Ganzes zu sehen (Hintergrund, Wünsche, Moralvorstellung) Besuch einer Patientin - Realität der Situation begreifen

Praktische Fallbeispiele Gut strukturierte und umfangreiche Unterlagen

Besuch von Patient:in, Fallbeispiele

Übertherapien und das Verhungern und Verdursten am Lebensende

Die Gestaltung war sehr gut und ich habe immer gespannt zugehört (was wirklich nicht bei allen Lehrveranstaltungen der Fall ist). Ich glaube es war auch deshalb so spannend, weil so viele praktische Fälle vorgekommen sind.

die Fallbeispiele

Die Einbindung von praktischen Beispielen und dadurch anschauliche Darlegung, dass in der Ethik nicht nach Dogmen, sondern im Einzelfall unterschiedlich entschieden werden muss. Die mir sehr sympathischen Vortragenden, die den mir so wichtigen, im ersten Semester aber leider wenig vermittelten menschlichen und empathischen Aspekt der Medizin so authentisch ausgestrahlt und gelehrt haben.

Ich fand die Themen wurden sehr sehr gut vorgetragen, die Interaktion und Diskussionsrunden haben mir sehr gut gefallen und die Fälle also Patientengeschichten haben alles sehr viel interessanter gemacht!

Die Praxisbeispiele aus der pädiatrischen Onkologie

Ich fand es gut gestaltet, dass es von mehreren Leuten unterrichtet wurde. Auch hat mir gefallen, dass so viele Fallbeispiele genannt wurden, was alles anschaulicher gemacht hat. Zudem fand ich cool, dass die LV interaktiver gestaltet war, d.h. mit Fragen. Besonders spannend fand ich, als die Patient:in mit der beta- Thalässämie da war. Im Allgemeinen fand ich die LV eine der Besten die ich dieses Semester bisher besucht habe.

Der klinische Bezug. Die klare Strukturierung.

Fallbeispiele und anschauliche Erzählungen. Eingehen auf die Fragen der Teilnehmer und daraus entstandenen Diskussionen.

24) bzw. 26) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung besonders gut gefallen?

Besonders gut haben mir die häufigen Diskussionen und die Fallbeispiele gefallen, da dadurch ein Einblick in die praktische Anwendung gegeben wurde.

Gut gefallen hat mir die Verschiedenheit der Fälle. So hat man mehrere Beispiele gehabt, was man alles vermasseln kann bzw. wie kompliziert manchmal eine gute Lösungsfindung ist. Auch die Arbeit in relativ kleinen Gruppen mit 20 Leuten fand ich gut.

Die Fallbeispiele

Diskussionen und Einblicke in ethisch rechtlich relevante Patientenfälle

lehrreichinformativ

Fallbeispiele aus verschiedenen Fächern und nicht nur der klassisch hochbetagte, multimorbide Patient.

Ich finde es sehr gut, dass wir Ethik im Studien bereits integriert haben, da es ein sehr wichtiges Fachgebiet ist u. vor allem in den nächsten Jahren sicherlich noch ein großes Thema sein wird. Die LV/SE ist sehr gut durchdacht, ich würde mir lediglich einen anderen Zeitpunkt dieser Veranstaltung wünschen (März/April). Dann würden auch sicherlich mehr Studenten/-innen die LV besuchen. Spannende Fälle!

sehr interessante Fälle und Diskussionen

Eigene Ausarbeitung/Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Themen und die gemeinsame Besprechung

Die Praxisfälle

-der Austausch-die praktisch angewendeten Fälle

praxisnahe Fallbeispiele

gut vorgetragen und spannende Fälle :)

Anschauliche Fallbeispieleentspannte Atmosphäre im Seminar, gute Gruppengröße

War sehr interessant, dass echte Fälle aus der Praxis besprochen wurden.

Die Fallbeispiele und das Hintergrundwissen

Wichtigkeit des Themas für den späteren Beruf

InteraktivVielseitige Themenwahl

24) bzw. 26) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung besonders gut gefallen?

Der interaktive Teil bzw. das Seminar. Ich finde es sehr gut, dass die Ethiklehreveranstaltung nicht mittels Onlinetest oder ähnlichem bewertet wird, sondern durch die Mitarbeit im Seminar.

Mir hat die Diskussion beim Seminar gut gefallen, speziell unterschiedliche Ansichten für das selbe Problem zu sehen.

Diskussion

Einführung mit Thema Übertherapie und Therapiezieländerung Pädiatrie Fälle

die Möglichkeit, das aus der Vorlesung gehörte selbst an einem Fall zu bearbeiten

Die Aufarbeitung der Themen im Seminar, vor allem die Kommentare und Unterläuterungen der Profis.

die Patientenbeispiele, interaktiv arbeiten während des PRs.

Hilfe für die zukünftige Entscheidungsfindung

Den Therapieweg der Patienten von einer anderen Perspektive zu sehen.

Themen und Gestaltung

verschiedene Fälle

- Bearbeitung eines ethisch schwierigen Falles in der Gruppe- Zusammentreffen vieler verschiedener Ansichten- weitgehend respektvolle Diskussionen über Ansichten & etwaige Missverständnisse in der Fallbearbeitung/Entscheidungsfindung

das Erlernen von differenziertem Denken

Realitätsnahe Beispiele

Diskussion am Ende der Fallvorstellung

Diskussion

Die Fälle an sich und die möglichen Lösungen

breites Spektrum an Fällen

Das gemeinsame Diskutieren der Fälle. Der interaktive Part

24) bzw. 26) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung besonders gut gefallen?

Meiner Meinung nach ist diese Lehrveranstaltung eine der wichtigsten Praktika, die wir im ganzen Studium absolvieren. Wir werden alle mit ethisch schwierigen Entscheidungen konfrontiert werden in unserem Berufsleben und ich finde es sehr wichtig sich während dem Studium schon mit diesen kritischen und schwierigen Themen auseinanderzusetzen.

Spannende Fälle, gute Erklärungen

- verschiedene medizinische Fächer wurden miteinbezogen - echte Patientenfälle

Die fälle im team auszuarbeiten

Praxisbezogene Beispiele aus der Klinik sowie verschiedene Themen

vielfältige Themenabdeckung (es wurden unterschiedliche Fälle besprochen)Interaktive Fallbesprechungen. Die Fallbesprechungen haben es ermöglicht, theoretische ethische Konzepte in realen klinischen Szenarien anzuwenden

Man konnte viel mitnehmen

Die besprochenen Szenarien waren sehr interessant

Mich hat die Auseinandersetzung mit ethischen Themen sehr fasziniert und interessiert. Ich glaube, dass es später sehr wichtig werden wird über gewisse Themen und Grundsätze Bescheid zu wissen. Das wurde in der Vorlesung sehr ausführlich, verständlich und mit vielen Beispielen besprochen.

Die echten FälleDass es von Ärzten die das ganze täglich erleben unterrichtet wird

Das Seminar war besonders durch die Diskussion hilfreich und lehrreich.

Sehr interessante und praxisnahe Fälle

Abwechslungsreiche FälleWiederholen relevanter Dinge aus vorherigen Semestern

Sehr interessante Fallbeispiele

Die lehrend und das interaktive

philosophie vorlesung

Input aus unterschiedlichen Fachgebieten & Praxisbezug

Struktur und sehr lehrreich

FallbeispieleDiskussion

24) bzw. 26) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung besonders gut gefallen?

Das bearbeiten eines Falles (praktische Anwendung)

- sehr praktisch orientiert

- sehr entspannter Umgang miteinander

Die gemeinsame Diskussion der einzelnen Fälle
Reale Fälle (keine erfundenen) - Lernen am Beispiel

Aufarbeitung mittel Fallbeispiele

Eigene Ideen einfließen zu lassen
Diskussion

Echte Fälle zu besprechen, ist realistisch

Diskussion in der Gruppe

interaktiv

Die Begeisterung der Vortragenden für das Thema.

Diskussion im Seminar war sehr interessant und angenehm

Diskussion, verschiedene Sichtweisen zu analysieren

Ich fand die Themen sehr spannend und den Austausch über die Meinung der Mitstudierenden diesbezüglich

-unterschiedliche Fälle wurden besprochen (aus mehreren Fachrichtungen)

- die Fallbeispiele und Erzählungen aus dem Klinik-/ Praxisalltag

Das interaktive Diskutieren.

Der Unterschied zwischen den Fällen und Inkludierung von Fällen mit Kindern und Fällen mit kulturell anderen Perspektiven.

Spannende Fälle in die man sich gut hineinversetzen konnte (sowohl als Patient als auch als Arzt). Gute Erläuterung und Auflösung der Fälle, spannende Diskussion.

Diskussionsrunde nach dem Vortrag- da sich jeder mit seinem Fall auseinandergesetzt hat, kamen gute Diskussionen zustande.
Die Anwesenheit von Ärzten, die sogar teilweise die Fälle wirklich betreut haben, bringen den Klinikalltag und die Entscheidungsfindung in das Praktikum

Diskussion und Analyse der Patientenfälle

24) bzw. 26) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung besonders gut gefallen?

Die Diskussion der Lehrenden

die Themen Praxisnahe Themen, die wahrscheinlich in ähnlicher Thematik in der Zukunft selbst auf einen zukommen könnten/werden

Tabelle 11.6: Antworten der Freitextfrage 25 bzw. 27 NACH den Modulen 1.11 und 2.42

25) bzw. 27) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung NICHT gefallen?

/

Zum Teil viel Wiederholung

das so wenig Leute aufgetaucht sind obwohl es eigentlich sehr wichtig wäre :)

Dass sie keine Pflichtvorlesung ist. Jeder/Jede, der/die Arzt/Ärztin werden will, sollte sich wenigsten einmal mit diesen Themen auseinandersetzen müssen.

Die Lehrinhalte haben sich teilweise 3-4 mal wiederholt, auch wurden gewissen Vorlesungsabschnitte doppelt und dreifach abgehalten

/

nichts

Etwas "trocken" - Ethik lebt vom Diskurs, dieser hat leider etwas gefehlt, ist jedoch auch schwer, in einer Vorlesung dieser Größe ausführlich zu diskutieren da viele Menschen

Das es Prüfungsrelevant wird, Ein bissi mehr "Handwerkszeug" für schwere Entscheidungen

Geholfen hätten vielleicht einige Hinweise, wie die Prüfung sein wird/Beispielfragen

Eigentlich hat es gut gepasst.

//

-

teilweise hat es sich etwas gezogen

25) bzw. 27) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung NICHT gefallen?

-zugrundeliegende Ethiktheorie wurde nicht immer konsequent angewandt (es wurden nicht immer streng argumentativ verschiedene moralische Sichtweisen etc abgewogen, sondern teilweise dann doch nach Schablone bzw rechtlicher Situation ein Dilemma eingeordnet)

Es war alles toll, Recht ist wahrscheinlich generell sehr trocken

zu wenig Zeitüber Umgag mit mehr Patienten geredet

Der Zeitpunktn. Im ersten Semester ist es etwas schwierig mit solchen Themata zu bschäftigen. Man kennt sich am Patirntenbett noch nicht aus und ist somit auch mit den Gesetzhkeiten nicht vertraut. Daraus eine passende ethisch- schwierige Situation zu verstehen und abzuwickeln ist schwierig.

.

.

manche Fallbeispiele waren belastend (v.a. bei Kindern), es wurde nur wenig auf wissenschaftliche Beispiele/Aspekte eingegangen (molekulare Medizin)

Fällt mir nichts ein.

mehr auf die Wissenschaftliche Forschung eingehen.vielleicht ein bisschen mehr auf die Handlungsmaximen auf die man sich bei Dilemmas beziehen kann eingehen.

-

X

So gut die Unterlagen sind, manchmal passiert es, dass Textboxen, welche in der Präsentation auftauchen im PDF Text überdeckt

Zum Teil viel "trockene" Infos auf den Folien, wahrscheinlich unumgänglich

Nichts

Mir fällt nichts ein, dass mir nicht gefallen hat

Ethische Dilemma in der Forschung wurden nicht so ausführlich behandelt (für uns Molekular Mediziner*innen wäre es spannend)

Dass nur wenig auf psychiatrische Erkrankungen eingegangen wurde.

/

25) bzw. 27) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung NICHT gefallen?

/

.

Evtl Zeit am Ende der Vorlesung für Diskursionsrunden einplanen.

Ich war vollkommen zufrieden mit der Vorlesung

/

Der einzige Kritikpunkt ist der Zeitpunkt des Praktikums im Semester. Die praktischen Tage, wo wir selbst vortragen müssen fallen leider genau vor die KMP, wohl bemerkt, dass die 4B zu den Schwierigeren gehört und man wirklich sehr viel Stoff zu lernen hat. Wenn man dann auch noch (auch wenn es nicht immens viel Arbeit ist, aber doch ein Zeitaufwand) einen Fall ausarbeiten muss und eine Präsentation vorbereiten muss, wird das stressig. Klar soll man früh genug beginnen mit dem lernen, aber das ist bei vielen sicher nicht der Fall :). Ich fände es deshalb besser wenn es früher im Semester stattfindet, da bin ich mir auch sicher dass sich alle mehr Mühe geben würden (bei manchen hat man ja gemerkt dass sie eher wenig Zeit in die Vorbereitung investierten). Man kann das Praktikum dann auch mehr genießen und mehr mitnehmen. Ich weiß nicht ob es möglich ist es zeitlich zu verschieben, aber ich denke es wäre viel Wert (evtl. tauschen mit LuFu Praktikum, Neuropraktikum, da muss man nichts vorbereiten).

Der Zeitpunkt im Semester

.

Zeitlicher Rahmen für Präsentationen der nicht konsequent durchgeführt und damit zur Benachteiligung einiger Gruppen die sich an Zeit gehalten haben oder durch die anderen selbst nicht mehr genug Zeit für ihre Präsentation hatten. Dass man Präsentationen halten muss, jedoch ständig unterbrochen und in Diskurse reingezogen wird von der Lehrenden und somit zeitlich nicht die selbst erarbeiteten Informationen wiedergeben kann, man sollte das Seminar lieber als Diskussionsseminar anpassen.

lange Dauer

.

Das Zeitmanagement des praktischen Teils. Entweder weniger Fälle in einer Session oder mehr Zeit einplanen, dass die Diskussion den Zeitrahmen kriegt der hierfür notwendig ist.

Für das SE muss leider mehr Zeit eingeplant werden, 100min sind zu knapp berechnet.

25) bzw. 27) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung NICHT gefallen?

Zu knapp vor der KMP

Die Vorträge im Seminar sind zeitlich sehr kurz bemessen und stellen teilweise nicht genügend Information bereit um sie angemessen zu bearbeiten. Weiters ist es schwierig einen Vortrag zu halten, wenn man sehr oft unterbrochen wird und nicht die Möglichkeit bekommt, auszusprechen.

Teilweise etwas zu lang

Die Länge des Seminars.

Es war alles gut!

Zeitpunkt: früher im Semester wäre Anwesenheitsquote sicherlich besser. Die letzten Wochen vor der KMP sind immer relativ stressig.

leider waren die Vorlesungstermine am Schluss des Semesters - wir sind schon in der KMP Lernphase und diesbezüglich sind die LV gut vorgetragen gewesen aber auch zum Teil ein Stressfaktor - darum habe ich, nur die für mich persönlich am wichtigsten Themen besucht; ich hätte aber alle besucht, wenn sie am Anfang des Semesters oder in der Mitte gewesen wären :)

Termin so kurz vor der KMP, man hat leider zu wenig Zeit für das Ethikseminar

Leider wurde beim Seminar deutlich überzogen (35 min).

Nichts.

Vorlesungen nicht online verfügbar (aber Verständnis dafür)

Deutliche Zeitüberziehung beim Seminar

Dass die Lehrveranstaltung relativ kurz vor der KMP stattfand und ich nicht viel Zeit hatte, welche ich ansonsten mehr investiert hätte.

Ich finde es nicht ehrlich gegenüber den Studenten, die Vorlesungen als Pflicht zu deklarieren damit viele Studenten kommen, obwohl es keine Pflicht ist. Die Studenten sollten aus Eigeninteresse zur Vorlesungen gehen.

Die Zeiteinhaltung. Das Praktikum offiziell länger angelegt haben. Niemand beschwert sich wenn man früher fertig ist ;)

25) bzw. 27) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung NICHT gefallen?

Gyn das man sich den Fall für das Seminar nicht aussuchen kann. Dadurch beschäftigt man sich nicht richtig mit seinen Fall da kein Interesse und keine Relevanz für spätere berufliche Laufbahn.

dass wir bei der Lehrveranstaltung zeitlich zu spät angefangen und überzogen haben

Der zeitliche Abstand zwischen der Hauptvorlesung und dem Seminar.

Praktikum war zeitlich gesehen kurz vor der KMP.

Interessante Themen wurden teils etwas langweilig vorgetragen

Vieles aus den Vorlesungen wurde im Seminar wiederholt. Für die, welche die VO besucht haben sind die Fälle im Seminar dann nicht mehr so spannend.

Alles hat gepasst!

spät im Semester, wenig Zeit um sich mit dem Thema auseinander zu setzen. wäre am Anfang vom Semester "sinnvoller" weniger Vorlesungen, dafür Zeit, um sich in der Gruppe 1 oder 2 Fälle anzusehen und gemeinsam durchzu besprechen

- Verteilung der Vorlesung zum Praktikum (viele Studierende müssen arbeiten/haben Familie & sind daher nicht so flexibel) - ich fände 2 geblockte "ganze Tage" besser (ist aber auch nicht für Jeden was)- Zeitpunkt so knapp vor den letzten KMPs des Studienabschnittes (ich denke mit mehr Abstand zu den KMPs würden sich die Studierenden besser mit dem Gelehrten befassen (was für unser späteres Berufsleben essentielle Inhalte bearbeitet!) & wären in den Seminaren deutlich aufmerksamer, womit sich eventuell interaktive Diskussionen mit allen ergeben würden)

hat mir alles gefallen

Grundsätzlich gutes Praktikum, allerdings leider am Ende des Semesters. Besser Anfang oder Mitte

...

zu viele verschiedene Fälle

So kurz vor der KMP

Dass sich sehr viel wiederholt hat und dass oft überzogen wurde bei den Themen.

.

25) bzw. 27) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung NICHT gefallen?

Wenn die anderen Gruppen präsentiert haben, war es schnell, dass man selbst nicht so aufmerksam war...mehr Interaktionen/aktive Aktivitäten wären diesbzgl. hilfreich Ethik POL, wo alles gemeinsam diskutiert werden würde wäre super!

Ich finde es sehr schade, dass dieses Seminar so spät im Semester stattfindet. Da wir alle in 2 Wochen eine der schwierigsten KMPs schreiben, die außerdem eine Studienabschnittsprüfung ist, war wenig Zeit sich genau mit den verschiedenen Themen zu befassen und sich ausgiebig vorzubereiten. Meiner Meinung nach sollte dieses Seminar am Anfang vom Semester stattfinden, da man da mehr Zeit hat sich gut darauf vorzubereiten und man dadurch noch mehr mitnehmen könnte!

Lange gedauert, zeitlich sehr schlecht zu kurz vor der Kmp

-

mir hat alles gut gefallen

Die Vorlesung wurde leider nicht online übertragen. Zudem ist der Zeitpunkt für die Pflichtvorlesungen eher ungünstig, da sie kurz vor der KMP ist und viele die Zeit fürs Lernen nutzen.

Seminar könnte etwas interaktiver gestaltet werden

Die genaue Zeitangabe in Moodle wurde durch die Lehrende ignoriert. Es wurde 45 Minuten überzogen und wir haben schon 30 Minuten zu spät begonnen. So knapp vor der KMP ist das sehr unfair uns Studierenden gegenüber. Wir müssen uns an genaue Vorgaben und Zeitlimits bei der Präsentation halten und die Lehrenden dürfen dies einfach ignorieren - obwohl von ihnen die Zeitvorgaben so streng gemacht wurden!

/

teilweise etwas scharfe Kritik an Vortragenden.

Hat alles super gepasst.

Zeit stark überschritten

Vielleicht hätte man weniger Theorie lehren können und mehr Raum für Diskussion lassen.

-

-

25) bzw. 27) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung NICHT gefallen?

Die Vorlesungen waren tw sehr monoton Am Anfang vom Semester wäre besser, da es jetzt mit der KMP sehr stressig war

-

/

praktikum überzogen

Gar nichts

Nichts

war alles gut

Zeitrahen: wir mussten, weil die vorherige Gruppe überzogen hat, 30 Minuten auf Beginn der Veranstaltung warten. Danach haben wir 55 Minuten überzogen und konnten das Gebäude erst um 20:45 verlassen (offizielles Ende 19:45)

Evtl 2 Termine und im ersten Termin gemeinsam mit seiner vierer Gruppe erarbeiten, nicht nur seinen Teil alleine

- hätte es besser gefunden, wenn eine richtige Diskussionsrunde beim Seminar stattgefunden hätte- keine Präsentation der Fälle vorher- > zuhause schon einlesen

- vielleicht könnte man dies auf 2 Termine aufgliedern (1: in der Gruppe den eigenen Fall erarbeiten; 2: den Fall vorstellen und diskutieren)

k.A.

Wenn die Vorlesungen und das Seminar zu Beginn des Semesters gewesen wären, hätte ich mehr Zeit und Ressourcen gehabt, mich näher mit der Thematik zu beschäftigen. Ich fände es daher gut, wenn es möglich ist, das Praktikum vorzuverlegen.

Präsentieren

.

¾ stunde überzogen und ständige Unterbrechung der Vortragenden

Ich fände das Ethikseminar im Rahmen eines POLs besser. Da hat man mehr Zeit zum Diskutieren und in kleiner Gruppe kommt eine bessere Diskussion zustande

Lehrveranstaltungen wurde überzogen

immer überzogen

25) bzw. 27) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung NICHT gefallen?

Es wurde mehrmals Anwesenheitspflicht in den Vorlesungen verlangt, der erste Satz in der Vorlesung war dann, dass natürlich keine Anwesenheitspflicht herrscht.

-

Man hätte sich besser auf die echt interessanten Themen konzentrieren können, wenn das Seminar nicht so nahe am KMP Termin gewesen wäre.

Ethik lädt grundsätzlich dazu ein sich lange mit einzelnen Fällen auseinanderzusetzen und auch mehrere Sichtweisen zu erkunden und zu diskutieren. Leider kommt dies meiner Meinung aufgrund der zeitlichen Platzierung des Praktikums zu kurz. Wenn eine schwere KMP, wie die KMP4b in wenigen Tagen/Wochen wartet, dann tendiert man dazu sich eher möglichst kurz und effizient mit den ethischen Fragestellungen auseinanderzusetzen. Ich bin überzeugt davon, dass eine frühere Durchführung des Praktikums am Beginn des Semesters zu aktiveren Diskussionen und intensiverer Recherche, sowie im Allgemeinen zu mehr Interesse der Studentinnen und Studenten führen würde.

- die doch manchmal recht ausschweifende Definitionen und Erzählungen über rechtliche Geschichten

Das Praktikum war für uns sehr spät im Semester und daher schon sehr nahe an der KMP. Ich finde da geht leider auch (zeitlich gesehen) ein bisschen die Lust am Diskutieren verloren.

Wäre schön gewesen alle Vorlesungsteile online verfügbar zu haben, da u.a. die VO und PR für manche einen relativ langen Abstand voneinander hatten

Der Zeitpunkt der Veranstaltung war in meinen Augen leider sehr schlecht gewählt. Ich persönlich finde Ethik gerade im medizinischen Alltag ein sehr wichtiges Thema, speziell auch mit der zunehmenden Situation, dass medizinisch immer mehr möglich wird. Leider haben wir aber Anfang Juli eine große Prüfung (Studienabschnittsprüfung). Ich finde ein solches Seminar am Anfang eines Semesters passender, damit man in Ruhe die Vorlesung besuchen kann und sich dann auch intensiver auf das Seminar vorbereiten kann. Auch sollte für das Seminar mehr Zeit eingeplant werden, damit die Diskussion in Ruhe stattfinden kann (vielleicht dann aber über 2 Termine verteilt).

Die Vortragszeit im Seminar mit 4min war teilweise zu kurz eingeplant, konnte den Fall nicht richtig vorstellen bzw. überzog die Praktikumszeit

25) bzw. 27) Was hat Ihnen an der Vorlesung / Lehrveranstaltung NICHT gefallen?

manchmal zu schnelles Sprechtempo

Zeiteinteilung ist sehr knapp bemessen

/

.