

# 1 Einleitung

## 1.1 Was bedeutet „palliativ“? Was ist Palliativmedizin?

*„Der existentielle Sinn des Daseins ist die Sorge.“*

Martin Heidegger, *Sein und Zeit*, 1927

Wenn eine Erkrankung nicht (mehr) heilbar ist und ein Voranschreiten des Erkrankungsprozesses bis zum Versterben realistisch zu erwarten ist (wie dies immer noch bei einem Großteil der Krebserkrankungssituationen der Fall ist, sei es primär ab Diagnosestellung oder im Kontext einer sekundären Metastasierung oder eines lokal nicht mehr behandelbaren Rezidivs), stellen die Wiederherstellung und der Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität, zum Beispiel durch die Linderung belastender Symptome, häufig das im Vordergrund stehende Behandlungsziel dar. Das Behandlungsziel der Heilung oder auch der Lebenszeitverlängerung tritt dann bei vielen Patienten in den Hintergrund. Dementsprechend nimmt die Behandlung und Vorbeugung belastender Symptome in dieser Erkrankungsphase einen besonderen Stellenwert ein. Der Begriff „palliativ“ (lat. *pallium* = Mantel) kann in diesem Kontext sowohl auf die inkurable, fortschreitende Erkrankungssituation selbst als auch auf das resultierende, eher symptomorientierte Vorgehen bezogen werden.

Vor diesem Hintergrund bezeichnet der Begriff „Palliativmedizin“ ein umfassendes Unterstützungskonzept („*support system*“ [WHO 2002]), das auf die komplexen Belastungen und Bedürfnisse schwerkranker und sterbender Patienten ausgerichtet ist, gleich welchen Alters. In den vergangenen Jahren wurde in den Definitionen der WHO (2002) und der Europäischen und Deutschen Palliativgesellschaft EAPC und DGP [Radbruch 2011, Sepulveda 2002, DGP 2018] zum Ausdruck gebracht, dass der Einbezug palliativmedizinischer Unterstützungsstrukturen weniger durch die prognostisch begrenzte Lebenszeit, als vielmehr durch komplexe Belastungen und die vielschichtige Unterstützungsbedürftigkeit bei schweren Grunderkrankungen gerechtfertigt ist („*Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, ...*“ [WHO 2002]). Der im Englischen gebräuchlichere Begriff „Palliative Care“ soll zudem zum Ausdruck bringen, dass es sich nicht nur um ärztliche Behandlungsmaßnahmen im engeren Sinne,

## 1 Einleitung

sondern um ein umfassendes Unterstützungs- und Versorgungskonzept ('Care' im Sinne breiterer Umsorgung) handelt.

Die überwiegende Anzahl der in spezialisierten palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen behandelten Patienten (ca. 80–90%) leidet an einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung. Ausdrücklich steht diese Form der (Mit-)Behandlung auch Patienten mit anderen Grunderkrankungen wie fortschreitenden, unheilbaren Nerven-, Herz-, Lungen-, Nieren- oder Infektionserkrankungen offen. Patienten mit diesen fortgeschrittenen „nicht-onkologischen“ Grunderkrankungen werden insbesondere durch Versorgungsstrukturen der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung betreut, allen voran durch weitergebildete Hausärzte.

Das Hauptziel palliativmedizinischer Unterstützung, egal ob allgemein oder spezialisiert, ist die Erhaltung einer für den Patienten annehmbaren Lebensqualität. Dieses Ziel wird durch aktive Symptomkontrolle inklusive angepasster Schmerztherapie sowie durch psychosoziale und spirituelle Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen erreicht. Auch Hilfestellung bei Rehabilitation sowie der Bewältigung von Krankheit, Abschied und Trauer sind Bestandteile des Therapiekonzeptes.

**Palliativmedizin versteht sich** als breit angelegtes Unterstützungskonzept, welches auf die Vielschichtigkeit und Komplexität von Belastungssituationen bei schweren, lebensbegrenzenden Erkrankungen ausgerichtet ist, und ist charakterisiert durch eine innere Haltung gegenüber schwerkranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen, und gegenüber existenziellem Leid.

**Palliativmedizin versteht sich** in dem Sinne als bedürfnisorientierter (und weniger als prognose- oder diagnoseabhängiger), multiprofessioneller und interdisziplinärer Behandlungsansatz, der die grundlegende hausärztliche Behandlung, die pflegerische Grundversorgung und die Grunderkrankungsspezifischen Therapien dann ergänzt, wenn besonders komplexe, unterstützungsbedürftige und krisenträchtige Situationen eingetreten oder zu erwarten sind.

Die Ursprünge der modernen Hospizbewegung (im Sinne eines bürgerlichen bzw. ehrenamtlichen, auch pflegerischen Impulses für eine ambulante und stationäre Sterbebegleitung) und der Palliativmedizin (im Sinne einer auch ärztlich-therapeutisch ausgerichteten Behandlung) gehen auf Dame Cicely Saunders zurück, aufgrund deren Wirken 1967 das St. Christopher's Hospice als erste spezialisierte Einrichtung für schwerst- und sterbenskranke Patienten in London eröffnet wurde. Dort hat in den vergangenen Jahren eine Neuausrichtung der Palliativmedizin auf die Erfordernisse der modernen

## 1.1 Was bedeutet „palliativ“? Was ist Palliativmedizin?

Medizin stattgefunden (siehe das passende Baustellenschild dazu auf dem Foto). In Deutschland eröffnete die erste Palliativstation im Jahr 1983 (in Köln); mittlerweile gibt es über 324 Palliativstationen, 230 stationäre Hospize, 1420 ambulante Hospizdienste, 306 SAPV Teams und 44 multi-professionelle Palliativdienste für stationäre Patienten [www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/].



**Abbildung 1.** Das St. Christopher's Hospice in London wurde 2013 modernisiert und hat sich auch konzeptuell neu ausgerichtet (Foto: BAE)

### Was braucht es dafür?

*"The secret of care for the patient is in caring for the patient."*  
Francis Peabody, Harvard 1925

Für eine solche umfassende Unterstützung braucht es einerseits verschiedene ärztliche Fachdisziplinen im Sinne der **Interdisziplinarität**, die Expertise bei der Behandlung von Symptomen als auch bei der Behandlung der Grunderkrankung(en) zusammentragen. Im Gegensatz landläufiger Meinung bedarf es dabei eines hohen Maßes an akut- und auch notfallmedizinischer Kompetenz, zum Beispiel bei nächtlichen Hausbesuchen zur Behandlung von Schmerz- oder Atemnotkrisen, akut deliranten Zuständen, Komplikationen bei Tracheostomaträgern oder bei letalen oder subletalen Blutungen. Akut- und notfallmedizinische Kompetenz bedeutet hier insbesondere auch die klinische und ethische Kompetenz: entscheiden zu

## 1 Einleitung

können, welche Interventionen vor den Rahmenbedingungen der fortgeschrittenen Grunderkrankung für den einzelnen Patienten zielführend und angemessen sind – und welche nicht mehr [Nauck & Alt-Epping 2008].

Die Komplexität der palliativmedizinischen Behandlungssituationen erfordert hierbei in der Regel den Einbezug einer Vielzahl unterschiedlicher Berufsgruppen (Pfleger, Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen/Psychotherapeuten, Koordinatoren, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Seelsorger, u.v.m.), im Sinne der **Multiprofessionalität**. Die Dekompensation einer häuslichen Versorgungssituation, die Versorgung maligner Wunden, die Begleitung belasteter und trauernder Angehöriger, der Verlust der Fähigkeit, Speisen, Flüssigkeit oder Medikamente zu schlucken, existenzielle Krisen, sozialrechtliche Fragestellungen oder ethische Entscheidungsprobleme sind Beispiele palliativmedizinisch relevanter Situationen, in denen das ärztliche Tun als solches nicht im Vordergrund steht – nichtsdestotrotz eine Komplexität und Akuität vorliegt, die ein Mehr an Unterstützung erfordert, als es die Familie, der Hausarzt, der Gemeindepflegedienst und die behandelnde (z. B. onkologisch tätige) Einrichtung zu leisten vermag.

Demzufolge bedarf es einer **24-h-Erreichbarkeit** 7 Tage die Woche, um Patienten und ihren Familien diese umfassende Unterstützung zu bieten. Dies betrifft insbesondere die häusliche (oder in Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe stattfindende) Versorgungssituation im Rahmen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV), und umfasst auch das Angebot von Hausbesuchen zu jeder Zeit.

Diese Unterstützung findet **über die Grenzen der Versorgungssektoren hinweg** statt: Neben der häuslichen SAPV kommt das multiprofessionelle Behandlungskonzept auch in palliativmedizinischen Ambulanzen und Tageskliniken, im Konsildienst bzw. im multiprofessionellen Palliativdienst für stationäre Patienten, oder auf spezialisierten Palliativstationen zum Tragen. Palliativstationen stellen dabei ärztlich geführte Einrichtungen zur (palliativen) Krisenintervention dar, während stationäre Hospize pflegerisch orientierte Einrichtung zur Begleitung Sterbender sind, wo Hausärzte oder SAPV-Ärzte lediglich in Form von Hausbesuchen einbezogen werden.

In all diesen Versorgungsstrukturen stellt die Komplexität der Behandlungssituation das (auch verordnungsrelevante) Kriterium für den Einbezug spezialisierter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen dar – dies betrifft ca. 30% aller Versterbenden, die (geschätzt) die Angebote der spezialisierten Palliativversorgung in Anspruch nehmen [Faktencheck Gesundheit 2015].

Ein weiterer kennzeichnender Aspekt der Palliativmedizin ist das Bemühen, Unterstützungsangebote und die Thematik von Endlichkeit – mit all ihren Auswirkungen auf aktuell oder später anstehende Entscheidungen zur Therapie, zur eigenen Versorgung und zum sozialen Umfeld – frühzeitig in die primären, vorangehenden Behandlungskonzepte (insbesondere in

## 1.1 Was bedeutet „palliativ“? Was ist Palliativmedizin?

die onkologische Tumorthherapie) zu integrieren (**Frühzeitige Integration**). In den vergangenen 10 Jahren konnte eine beeindruckende Evidenzgrundlage aus kontrollierten Studien geschaffen werden, die die deutlichen positiven Auswirkungen *frühzeitiger* Unterstützungsangebote und eines *frühzeitigen* „Dran Denkens“ – unabhängig von bereits frühzeitig bestehenden Symptomen und psychosozialen Belastungen – nachweist. Dabei war *frühzeitig* meist definiert als der Zeitpunkt der Diagnose einer inkurablen (Krebs-)Erkrankung [Parikh 2013; Temel 2010 und 2016; Brumley 2007; Maltoni 2016; Vanbutsele 2018; Kaasa 2018; vergl. auch Gärtner 2015 und 2017; Haun 2017; Kavalieratos 2016; Leitlinienprogramm Onkologie 2020].

### **Auswirkungen einer frühzeitig integrierten Palliativmedizin auf den Erkrankungsverlauf**

- Verbesserte Lebensqualität
- Weniger depressive Symptome
- Weniger Chemotherapie innerhalb der letzten 60 Lebenstage
- Längerer Zeitraum zwischen letzter Chemotherapie und Versterben
- Längerer Zeitraum für hospizliche Begleitung
- Besseres Verständnis der zugrundeliegenden Prognose
- Häufigere Verfügungen bzgl. Reanimation
- Seltener Notaufnahmen bzw. Krankenhausaufenthalte
- (Verlängerte Gesamtüberlebenszeit)\*

\* Dieses nachberechnete Ergebnis der Studie von J. Temel (2010) konnte in anderen Studien nicht reproduziert werden

Das palliativmedizinische Handlungskonzept einer frühzeitigen Kontaktaufnahme und Mitbehandlung führt dazu, dass man im engeren Sinne nicht mehr von einer „Schnittstelle“ zwischen Onkologie und Palliativmedizin, sondern eher von einem immer größer werdenden Überlappungsbereich bzw. einem kontinuierlichen Ineinandergreifen sprechen sollte.

Letztlich aber geht es bei „Palliativmedizin“ weniger um ein ausgeklügeltes Versorgungskonzept oder bestens ausgestattete spezialisierte Behandlungsstrukturen, sondern um eine Haltung, eine Perspektive von tatkräftiger akutmedizinisch intervenierender Unterstützung einerseits, und fürsorglicher (und auch von Demut geprägter) Begleitung andererseits:

*“Palliative Care is a philosophy based not on physical facilities  
but on attitudes and skills.”*

C. Saunders 2001

## 1 Einleitung

### Literatur

- Brumley R, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55(7): 993–1000.
- Dt. Ges. für Palliativmedizin. Definitionen. [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP\\_GLOSSAR.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_GLOSSAR.pdf) (Zugriff 02.08.2017).
- Faktencheck Gesundheit 2015. <https://faktencheck-gesundheit.de/> (Zugriff 17.02.2019).
- Gärtner J, Wedding U, Alt-Epping B. Frühzeitige palliativmedizinische Mitbehandlung. *Onkologe* 2015; 21: 1182–1188.
- Gaertner J, Siemens W, Meerpohl J, et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2017; 358: j2925.
- Haun MW et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6:CD011129. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011129.pub2>.
- Kaasa S, Loge JH, Aapro M, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol* 2018; published online Oct 19 [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30415-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30415-7).
- Kavalieratos D, Corbelli J, Zhang D et al. Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016; 316: 2104–2114.
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (Zugriff 31.07.2021).
- Maltoni M, et al. Systematic versus on demand early palliative care: results from a multicentre, randomised clinical trial. *Eur J Cancer* 2016; 65: 61–8.
- Nauck F, Alt-Epping B. Crises in palliative care – a comprehensive approach. *Lancet Oncol* 2008; 9(11): 1086–91.
- Radbruch L, Payne S. Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. *Z Palliativmed* 2011; 12: 216–227.
- Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the WHO's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91–96.
- Temel JS, Greer JA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733–742.
- Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, et al. Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol* 2017; 35: 834–841.

## 1.1 Was bedeutet „palliativ“? Was ist Palliativmedizin?

Vanbutsele G, et al. Effect of early and systematic integration of palliative care in patients with advanced cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2018; 19(3): 394–404.

World Health Organization (2002). Definition Palliative Care. <https://www.who.int/cancer/palliative/definitionen/> (Zugriff 03.09.09).

[www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/](http://www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/) (Zugriff 17.02.2019).

## 1 Einleitung

### 1.2 Wie wird Palliativmedizin in Heidelberg gelehrt?

*„Der Unterschied zwischen Theorie und Praxis ist in der Praxis meist größer als in der Theorie.“*

Ernst Ferstl, 1996

Seit der Änderung der Approbationsordnung zum 31.07.2009 ist Palliativmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach (Q13) etabliert; der Leistungsnachweis musste erstmals bei der Meldung zur Zweiten Ärztlichen Prüfung im Oktober 2014 vorgelegt werden. Sowohl das Studiendekanat als auch die Klinik für Palliativmedizin steht hier für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Palliativmedizinische Lehre sollte nicht nur Wissen (z. B. über Maßnahmen der Symptomkontrolle) und Fertigkeiten (z. B. in Gesprächsführung oder Punktionstechniken) beinhalten, sondern auch eine ärztliche Grundhaltung vermitteln, die einen Umgang mit schwerst- und sterbenskranken Patienten (und ihren Angehörigen) ermöglicht und erleichtert und eine eigene Position gegenüber der Thematik von Endlichkeit und Sterbenmüssen finden lässt.

Daher werden die Inhalte im Sinne des Querschnittsfachs an vielen Stellen im Heidelberger Curriculum verortet (Abb. 1):

Bereits in der **Vorklinik** finden sich Beiträge in der Vorlesungsreihe der Med. Psychologie/Soziologie (2. Fachsemester).

Im **Klinischen Studienabschnitt** wird Palliativmedizin bislang vor allem im Block 2/Chirurgie, d.h. im 6. oder 7. Fachsemester, fachübergreifend gelehrt mit 4 Vorlesungsstunden, einem Kommunikationsseminar, einem Fallseminar und einer Hospitation mit Patientengespräch.

Die **Hospitation** auf einer der beiden Palliativstationen im St. Vincentius-Krankenhaus oder in der Thoraxklinik, im Bethanien-Krankenhaus, auf der NCT-Station oder in einem der Heidelberger Hospize soll dazu dienen, palliativmedizinische Lerninhalte fallorientiert zu bearbeiten, dauert ca. 1,5 Stunden, und findet in 2er- oder 3er- Gruppen statt, zum Teil (bereichernderweise) auch mit Studierenden aus dem IPG-Studiengang. Im Rahmen der Hospitation soll ein kurzer Fallbericht erstellt werden, bei dem es um das Erfassen der Erkrankungsgeschichte, um palliativmedizinische Maßnahmen zum Beispiel zur Symptomkontrolle, um psychosoziale Aspekte, um die Rolle der beteiligten Berufsgruppen und um eigenes Reflektieren geht.

Die Benotung des QB13-Scheines beruht mit 50 % der Leistungspunkte auf den Ergebnissen der 25 pallmed. Fragen in der **Blockklausur** und mit 25 % auf dem Ergebnis der pallmed. **OSCE-Station**. In beiden Prüfungen steht akutmedizinisches Wissen zum Beispiel mit Blick auf Pharmakotherapie und



## 1.2 Wie wird Palliativmedizin in Heidelberg gelehrt?

nicht-medikamentöse Interventionen, die in einer Palliativsituation weiter helfen können, im Vordergrund – insofern geht es um Inhalte, die von Relevanz klinischer sind, egal wo Sie später einmal arbeiten werden. Die verbleibenden 25 % der Leistungspunkte werden anhand des kurzen **Fallberichts** der Hospitation vergeben (vergl. Modul-Anleitung zur Hospitation).

Dem Block voran gestellt ist ein freiwilliges, nicht scheinrelevantes, schriftliches **Quiz** im MC-Format auf Moodle bzw. IMS. Die Fragen sind international validiert und bieten uns einen hilfreichen Einblick in Ihre Grundkenntnisse (vor den Vorlesungen also); Ihre Teilnahme (nicht das Ergebnis) wird mit 3 Bonuspunkten für die Klausur angerechnet. Das hier vorliegende **Skript** soll auch dafür als schnelle Vorbereitungsgrundlage dienen.

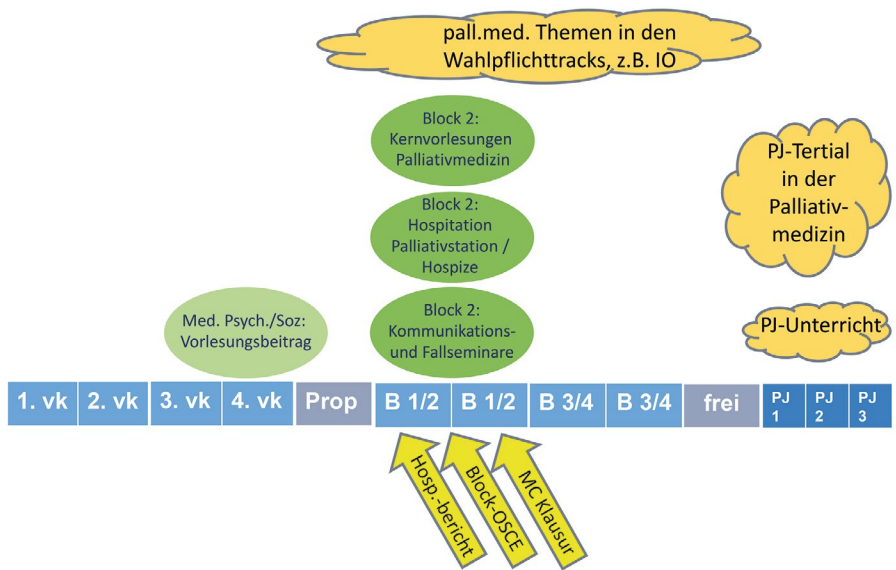
Im **Wahlcurriculum** finden sich eine noch größere, wechselnde Zahl palliativmedizinischer Themen, die helfen, über den Tellerrand des eigentlichen Pflichtcurriculums schauen zu können: zum Beispiel im Wahlfachtrack „Interdisziplinäre Onkologie“, „Palliativmedizin in der Geriatrie“, „Professionelle Haltung und Ethik“, „Kultursensibilität“, „Spiritualität“, „Selbstfürsorge“, „Kommunikation bei begrenzter Prognose“, u. v. m. (allen Dozenten sei herzlichster Dank!).

Direkte **Patientenkontakte** sind neben der Pflicht-Hospitation auch über Pflegepraktika, Famulaturen, ad-lib-Wochen im **PJ** oder – neu – im Rahmen eines gesamten PJ-Tertials in der Palliativmedizin möglich – bitte sprechen Sie uns an!

Zukünftige Perspektiven in der palliativmedizinischen Lehre werden darin liegen, palliativmedizinische Inhalte auch in anderen Themenfeldern zu verankern, wie zum Beispiel im Wahlfachtrack „Medizin der Zukunft“, aber auch mehr Raum für die eigene Auseinandersetzung und Diskurs und zum Beispiel in Seminarformat zu schaffen.

Ziel für die Zukunft ist es auch, andere Prüfungsformate mit einzubeziehen, in dem Bewusstsein, dass Multiple Choice Fragen sicher ein wenig geeignetes Prüfungsformat sind, um den Erfolg des Bemühens zu erfassen, z. B. palliativmedizinische Haltung zu vermitteln. Auch in diesem Sinne kann und will dieses Skript einen authentischen Unterricht nicht ersetzen, sondern kann nur einen kleinen Überblick über einige der (potentiell abprüfbar) Themen geben.

# 1 Einleitung



**Abbildung 2.** Curriculum Palliativmedizin/Querschnittsbereich 13 in Heidelberg, Stand WS 2021/22

## 1.3 Wie wird man eigentlich ein „Palliativarzt/-ärztin“?

*„Die liebevolle Annäherung das Unerreichbare zu versuchen,  
ist nicht untersagt.“*

J.W. Goethe, 1749–1832

„Palliativmedizin“ ist weder eine Facharztbezeichnung (analog z.B. der Inneren Medizin), noch eine Schwerpunktbezeichnung (analog z.B. der Kardiologie), sondern eine Zusatzbezeichnung (analog z.B. der Notfallmedizin oder der Infektiologie). Dies ist sowohl der überschaubaren Größe des Fachs geschuldet, als auch dem Querschnittsgedanken, der dahintersteht: Palliativmedizin ist nicht nur etwas für Experten, sondern (als „allgemeine Palliativversorgung“, siehe oben) ein Auftrag an jeden Arzt/jede Ärztin, der/die schwerkranke oder sterbende Patienten mit betreut. Zurzeit bedarf es für diese Zusatzbezeichnung in Abhängigkeit von der Berufsordnung jeder Landesärztekammer entweder den Basiskurs (= sog. „Kursweiterbildung“) Palliativmedizin plus drei Aufbau-module zu je 40 Stunden (= 160 Kursstunden insgesamt), oder den Basis-kurs (= 40 Kursstunden) plus anteilmäßig anerkannte Weiterbildungszeit (max. 6 Monate) bei einem weiterbildungsermächtigten Arzt/Ärztin in einer palliativmedizinischen Einrichtung. Man darf die Kurse in der Regel bereits vor der Facharztprüfung absolvieren – die Zusatzbezeichnung wird jedoch erst ab Facharztniveau verliehen. Die Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) strebt jedoch eine Aufwertung als Facharzt an, zusätzlich zu der der allgemeinen Palliativversorgung vorbehaltenen Zusatzbezeichnung, nicht zuletzt, um dem Nachwuchs (also Ihnen) eine bessere akademische Perspektive zu ermöglichen.

Eine andere Frage ist, **wieso** man überhaupt „Palliativarzt“ wird ... Hier wird es das Beste sein, direkt Kontakt mit jemandem aus diesem Arbeitsbereich aufzunehmen und sich hierüber bei einer Tasse Kaffee auszutauschen. Nicht selten wird man zu hören bekommen, dass

- die Unmittelbarkeit des Handelns
  - oder das Hilfreiche eines Gesprächs in existentiellen Notsituationen
  - oder die richtige Medikation zum richtigen Zeitpunkt, die eine leidvolle Situation etwas aushaltbarer machen kann,
- ein ärztliches Arbeiten darstellt, nach dem sich viele von uns sehnen, selbst wenn die Grunderkrankungssituation nicht mehr beeinflusst werden kann.

Zudem sind Sie nochmals herzlich eingeladen, zu hospitieren, zu famulieren oder einen Teil des PJ in der Palliativmedizin zu absolvieren, um besser nachspüren zu können, was das Besondere dieses Fachbereichs ausmacht.