

**Sterbewünsche und Wunsch nach Assistiertem Suizid-
Entwurf eines Konzepts für Führungskräfte und
Pfleger im stationären Langzeitpflegebereich**

Bachelorarbeit II

Am 18.09.2022

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Margit Nemeth
Matrikelnummer 00867831

Begutachter: Mag. Roland Nagel MBA

Wr. Neustadt, September 2022

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

18. September 2022

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Maximilian', written in a cursive style.

Unterschrift

Abstract

Im Jänner 2022 wurde in Österreich der Assistierte Suizid legalisiert, was die Rahmenbedingungen in Pflegeeinrichtungen sowohl für die Träger, die Bediensteten, vor allem aber für die in Betreuung befindlichen Personen verändert hat. Das neue Gesetz stellt die Assistenz zum Suizid straffrei, sofern dies von der betroffenen Person freiwillig und nicht durch Dritte beeinflusst gesetzt wurde. Waren Pflegepersonen oder Ärzte bereits in der Vergangenheit mit verschiedenen stark ausgedrückten Sterbewünschen konfrontiert, so ist damit zu rechnen, dass sich konkrete Anfragen häufen werden. Daher ist es wichtig Mitarbeiter*innen vor allem im Palliative Care Bereich gut auf derartige Anfragen vorzubereiten, damit diese auf die konkreten Sterbewünsche der Betroffenen professionell reagieren können. Die Zielsetzung dieser Arbeit ist Sterbewünsche und den Assistierte Suizid theoretisch aufzuarbeiten und mit der aktuellen Situation in der Praxis abzugleichen. Dazu werden die Begriffe der Sterbehilfe erläutert, damit eine richtige Zuordnung des Assistierte Suizid möglich wird. Die erlangten theoretischen Grundlagen werden mit den Erkenntnissen von Expert*innen aus der Praxis verknüpft, um die Grundlagen für die Konzepterstellung für Pflegenden im stationären Pflegebereich zu schaffen. Auf Basis dieser Arbeit soll es Pflegeeinrichtungen erleichtert werden Theorie- und Praxisgestützte Konzepte zum Umgang mit Sterbewünschen und Assistierte Suizid zu erarbeiten und umzusetzen. Durch die theoretische und praxisorientierte Bestandsaufnahme soll eine professionelle Begleitung der Betroffenen in den stationären Pflegeeinrichtungen gefördert werden.

Schlüsselbegriffe: Assistierter Suizid, Sterbewünsche

Abstract

In January 2022, assisted suicide was legalized in Austria, which has changed the framework conditions in care facilities for the providers, the employees, but above all for the people in care. The new law makes assisting suicide exempt from punishment if this was done voluntarily by the person concerned and was not influenced by third parties.

If nurses or doctors were already confronted with wishes to die expressed in varying degrees in the past, it is expected that concrete inquiries will increase. It is therefore important to prepare employees well for such requests, especially in the palliative care sector, so that they can respond professionally to the specific death wishes of those affected.

The aim of this work is to theoretically process wishes for death and assisted suicide and to compare them with the current situation in care facilities. In addition, the terms of euthanasia are explained so that a correct assignment of the assisted suicide is possible. The theoretical foundations obtained are linked to the findings of experts from care facilities in order to create the basis for the concept development for nurses in the care sector. Based on this work, it should be made easier for care facilities to develop and implement theory- and practice-based concepts for dealing with the wish to die and assisted suicide. The theoretical and practice-oriented inventory is intended to promote professional support for those affected in the care facilities.

Keyword: assisted suicide

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und Relevanz	1
1.2	Zielsetzung und Forschungsfragen	2
1.3	Methodische Vorgehensweise und Aufbau	3
2	Theoretischer Hintergrund	4
2.1	Formen der Sterbehilfe	4
2.1.1	„Alte“ Terminologie	4
2.1.2	„Neue“ Terminologie.....	6
2.2	Rechtliche Grundsätze für eine medizinische Behandlung	7
2.3	Assistierter Suizid - Töten auf Verlangen	8
3	Sterbewünsche	8
3.1	Die Vier Schritte bei Sterbens- oder Suizidwunschsäußerungen.....	11
3.1.1	Den Wunsch wahrnehmen und würdigen	11
3.1.2	Sterbewunsch oder Suizidwunsch verstehen	11
3.1.3	Ursachenklärung und Verständnis für die individuelle Bedeutung	11
3.1.4	Palliative Begleitung und Beratung anbieten.....	12
4	Empirischer Teil	13
4.1	Erhebungsmethode Expert*inneninterviews.....	13
4.1.1	Leitfadenkonstruktion	15
4.1.2	Stichprobe	16
4.1.3	Durchführung der Expert*inneninterviews.....	17
4.1.4	Transkription der akustischen Daten	18
4.1.5	Verfahren der Auswertung.....	19
4.1	Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring	20
4.2	Ergebnisse der Expert*inneninterviews	22
4.2.1	Ergebnis Kurfragebogen	23
4.2.2	Ergebnisse der Expert*inneninterviews.....	23
4.2.3	Beantwortung der Forschungsfrage eins:.....	32
4.2.4	Beantwortung Forschungsfrage zwei:.....	33
5	Ausblick und Diskussion	35

6	Literaturverzeichnis.....	37
7	Abbildungsverzeichnis.....	40
8	Tabellenverzeichnis.....	41
	Anhang	42

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Relevanz

Mit 1.1. 2022 wurde in Österreich der Assistierte Suizid legalisiert. Ausgangslage dafür war ein am 11.12.2020 veröffentlichtes Statement des Verfassungsgerichtshofes, welches den bis dahin geltenden Strafbestand der Hilfeleistung zum Selbstmord als Verletzung des Rechtes auf Selbstbestimmung ansah (Halmich, 2021, S. 14). Auf Grund dieses Statements wurde eine Gesetzesänderung bewirkt, welche die Assistenz zum Suizid straffrei stellt, sofern dieser von der betroffenen Person freiwillig und nicht durch Dritte beeinflusst gesetzt wurde (Scherzer A. 7.2.2022).

Waren Pflegepersonen oder Ärzte*innen bereits mit verschiedenen stark ausgedrückten Sterbewünschen betraut, so werden sie nun mit konkreten Anfragen konfrontiert. Daher ist es wichtig Mitarbeiter*innen vor allem im Palliative Care Bereich gut auf derartige Anfragen vorzubereiten, damit diese auf die konkreten Sterbewünsche der Betroffenen professionell reagieren können. Dazu müssen diese die Wertehaltung der Träger bzw. der Institution zum Thema kennen, damit die Mitarbeiter*innen im Umgang damit eine adäquate Unterstützung erhalten (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2022, S. 2) und selbst geben können.

Denn Sterbewünsche sind in jedem palliativen Versorgungsbereich präsenter denn je zuvor (Diakonie, o.J., S. 13, zitiert nach Schöne-Seifert, 2020). Sie sind sehr komplex, unterschiedlich motiviert und mit unterschiedlicher Entschlossenheit verbunden. Sie sind nicht ausschließlich Ausdruck des Leidens, sondern können auch ausdrücken, dass der Mensch lebenssatt ist oder seinen Lebenskreis zufrieden geschlossen hat. Gleichzeitig können Sterbewünsche mit dem Wunsch weiterzuleben verknüpft sein, was eine Ambivalenz erkennen lässt. Sterbewünsche werden aber oftmals nicht thematisiert. Werden sie dennoch zur Sprache gebracht, dann auf unterschiedlichen Wegen durch Andeutungen, Bemerkungen oder gar bis hin zu Handlungen wie Suizidversuchen oder Suizid (Jox, 2020, S. 12).

Daher ist die Verantwortung der Pflegenden, als Adressant*innen eines Sterbewunsches, als hoch einzuschätzen. Denn die Reaktion auf die mehr oder weniger

offensichtlichen Äußerungen ist bedeutend. Sie kann die Dringlichkeit des Wunsches wieder herabsetzen, oder sich eben zu einer konkreten Bitte weiterentwickeln (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2022, S. 7). Entwickelt sich der Wunsch des Sterbens zu einem konkreten Wunsch nach Assistiertem Suizid weiter, so brauchen die betreuenden Mitarbeiter*innen Unterstützung in ihrer Care-Arbeit.

Denn gerade in der palliativen Versorgung müssen Mitarbeiter*innen bei Wünschen nach Assistiertem Suizid ihre Fürsorgepflicht mit dem Recht der Bewohner*innen auf Selbstbestimmung ausgleichen. Sie müssen in der Begegnung mit Bewohner*innen eine objektive neutrale Haltung bewahren und die eigenen Werte ihrer professionellen Haltung hintanstellen (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2022, S. 4.)

Auf Grund dieses Umstandes ist es erforderlich, dass im stationären Pflegebereich Träger Position beziehen. Wird in Häusern den Bewohner*innen auf Grund ihres Selbstbestimmungsrechts auch ein selbstbestimmter Tod, mittels assistieren Suizid, ermöglicht, so hat dies auch eine Wirkung nach außen. Wird diese Möglichkeit von den Bewohner*innen begrüßt oder haben Menschen Angst unfreiwillig diesem ausgesetzt zu werden? Wie gehen Mitarbeiter*innen mit dieser Gesetzesänderung in ihrem Arbeitsalltag um? Dies sind alles Themen und Fragen warum es wichtig ist die Mitarbeiter*innen für dieses Themen zu sensibilisieren, damit diese in schwierigen ethischen Situationen Unterstützung finden und die Bewohner*innen in dieser komplexen Situation professionell begleiten können.

1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen

Die Zielsetzung dieser Arbeit ist Sterbewünsche und den Assistierten Suizid theoretisch darzustellen. Dazu werden die Begriffe der Sterbehilfe erläutert, damit eine richtige Zuordnung des Assistierten Suizid möglich wird. Die erlangten theoretischen Grundlagen werden mit den Erkenntnissen von Expert*innen aus der Praxis verknüpft, um die Grundlagen für die Konzepterstellung für Pflegenden im stationären Pflegebereich zu schaffen. Auf Basis dieser Arbeit soll es Pflegeeinrichtungen erleichtert werden Theorie- und Praxisgestützte Konzepte zum Umgang mit Sterbewünschen und Assistiertem Suizid zu erarbeiten und umzusetzen. Durch die theoretische und

praxisorientierte Bestandsaufnahme soll eine professionelle Begleitung der Betroffenen in den stationären Pflegeeinrichtungen gefördert werden.

Zur Erreichung der Zielsetzung werden zwei Forschungsfragen gestellt:

1. Wie beurteilen Expert*innen aus Pflegeeinrichtungen die Thematik Sterbewünsche und den Wunsch nach Assistierten Suizid nach der gesetzlichen Legalisierung bzw. welche Veränderungen zu vorher sind festzustellen?
2. Welche Empfehlungen sprechen Expert*innen zur professionellen Begleitung bei Sterbewünsche und beim Assistierten Suizid aus, die in weiterer Folge in die Entwicklung eines umfassenden Konzepts zur Begleitung von Menschen mit Sterbewünschen einfließen sollen?

1.3 Methodische Vorgehensweise und Aufbau

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wird eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Suche zur Thematik Sterbewünsche, Palliative Care und Assistierter Suizid erfolgt in Fachbüchern, Fachzeitschriften, in fachlich orientierten Online-Datenbanken und in der Wissenschaftssuchmaschine Google Scholar. Zusätzlich wird mittels Freisuche im Internet recherchiert. Um einen Praxisbezug herzustellen, werden leitfadengestützte Interviews mit Expert*innen des stationären Langzeitpflegebereichs durchgeführt. Die Expert*inneninterviews werden nach Mayring ausgewertet und mit den Erkenntnissen aus der wissenschaftlichen Theorie verknüpft. Damit soll die Basis für die weitere Detaillierung des Themas gelegt werden – Pflegeeinrichtungen im stationären Langzeitpflegebereich sollen eine Hilfestellung bzw. Unterstützung bei der Begegnung mit dem Thema Sterbewünsche und Assistierten Suizid erhalten.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel erfolgt eine kurze Vorstellung der Thematik Sterbehilfe mit relevanten Begriffen. Es hat sich im Rahmen der Recherche gezeigt, dass sich unterschiedliche Begriffe in Verwendung finden und mitunter oftmals gar nicht scharf abgrenzbar sind. Daher werden die weitverbreitenden Terminologien kurz vorgestellt und anschließend die neuen Terminologien beschrieben.

2.1 Formen der Sterbehilfe

Im Rahmen der Recherche zur Thematik Sterbehilfe erkannte die Autorin bei der Definition der Begriffe eine gewisse Trennunschärfe und Präsenz von unterschiedlichen Terminologien, welche in diesem Kapitel dargestellt werden.

2.1.1 „Alte“ Terminologie

Der Psychiater Helmut E. Ehrhardt hat den Begriff Sterbehilfe in den 1960er Jahren in drei Unterteilungen präzisiert:

- Aktive Sterbehilfe
- Passive Sterbehilfe
- Indirekte Sterbehilfe (Gockel, 2020, S. 10)

2.1.1.1 Aktiv Sterbehilfe

Unter aktiver Sterbehilfe wird die bewusste Tötung einer sterbewilligen Person auf deren Verlangen hin verstanden. Auch das Bereitstellen von entsprechenden Mittel, welcher zur Selbsttötung anwendbar sind, wird der aktiven Sterbehilfe zugeschrieben (Moser, 2015, S. 1).

2.1.1.2 Passive Sterbehilfe

Der Begriff passive Sterbehilfe wird/wurde eingesetzt, wenn medizinische Maßnahmen, welche lebenserhaltend sind, entweder gar nicht erst erfolgen, nicht weitergeführt oder vorzeitig beendet werden (Moser, 2015, S. 1).

2.1.1.3 Indirekte Sterbehilfe

Indirekte Sterbehilfe beinhaltet Situationen, in denen eine schmerzstillende Medikation verabreicht wird, deren Nebenwirkung eine Lebensverkürzung mit sich bringen können (Moser, 2015, S. 1).

Kritische Betrachtung

Diese Unterteilungen sind heute noch allgemein in Verwendung (Moser, 2015, S. 1). Die Begriffe werden mittlerweile jedoch kritisch betrachtet. Hinterfragt wird die Treffsicherheit der Beschreibung des tatsächlichen Inhaltes. Kann das Abstellen einer Beatmungsmaschine als passive Sterbehilfe bezeichnet werden, wenn dies eine durchaus aktiv gesetzte Tätigkeit darstellt? Indirekte Sterbehilfe bezeichnet nicht die Hilfestellung zum Sterben, sondern handelt von dem Einsetzen medizinischer Behandlungsmaßnahmen und Therapiezielen. Moralisch hinterfragt muss auch das Wort Hilfe in Zusammenhang von Handlungen, welche schließlich den Tod der betroffenen Person hervorruft, und eine Beschönigung der Tatsache auslöst (Moser, 2015, S. 1).

Eine eindeutige Zuordnung in diese Sterbekategorien fällt selbst ausgewiesenen Fachleuten schwer, wie mehrfach in der Vergangenheit in Studien offengelegt wurde. So wurde in Deutschland die Beendigung der künstlichen Beatmung durch Mediziner als verbotene aktive Sterbehilfe eingestuft. Dieser Umstand begründete, dass Betroffenen dadurch ein völlig gesetzeskonformer Behandlungsabbruch verhindert wurde. Erschwerend kommt hinzu, dass sich der Begriff Sterbehilfe selbst, nur bedingt von Ängsten, Unsicherheiten oder Mutmaßungen trennen lässt (Gockel, 2020, S. 1). Erkennbar ist, dass eine saubere Begriffstrennung schwierig ist.

Daher empfiehlt die Bioethikkommission (2011, S. 10f) diese Terminologie der aktiven, passiven und indirekten Sterbehilfe nicht mehr zu verwenden und führt neue Begriffe ein. Diese sind Sterbebegleitung, Therapie am Lebensende und Sterben zulassen (Bioethikkommission, 2011, S. 10).

2.1.2 „Neue“ Terminologie

2.1.2.1 Sterbebegleitung

Sterbebegleitung umfasst alle Handlungen der pflegerischen Versorgung, Betreuung und Linderung von Symptomen beim sterbenden Menschen. Diese Begleitung beinhaltet die körperliche Pflege genauso wie die Zuwendung und Beistand in dieser Situation, sowie die Linderung von Angst, Atemnot oder Übelkeit. Zur Durchführung all dieser Maßnahmen braucht es die Einwilligung des zu betreuenden Menschen (Bioethikkommission, 2011, S. 11).

2.1.2.2 Therapie am Lebensende

Die Bezeichnung „Therapie am Lebensende“ umfasst alle medizinischen und palliativmedizinischen Interventionen, welche mit dem Ziel der Leidensverringerung und der Lebensverlängerung gesetzt werden. Darunter fallen auch jene Interventionen, welche den Sterbeprozess durchaus verkürzen können. Sei es zur Beherrschung von stark belastenden Symptomen eingesetzte hochdosierte Schmerzmittelgabe oder eine durchgeführte Sedierung. Von dem Begriff „Indirekte Sterbehilfe“ muss Abstand genommen werden, da das Sterben nicht das Ziel der Handelnden ist. Weder direkt noch indirekt (Nationaler Ethikrat, 2006, S. 54).

2.1.2.3 Sterbenlassen

Das Sterbenlassen beinhaltet die Unterlassung von lebensverlängernden kurativen Behandlungen, wodurch es zu einem früheren Einsetzen des Todes kommen kann, als wenn eine Behandlung noch stattgefunden hätte. Dies umfasst sowohl den Umstand der Unterlassung der Einleitung von lebensverlängernden Maßnahmen, als auch der Abbruch einer bereits laufenden Behandlung (Nationaler Ethikrat, 2006, S. 75).

Ein Vorenthalten oder Abbruch darf dann erfolgen, wenn die Aussicht auf Heilung nicht mehr gegeben ist und die Intervention mehr Schaden als Nutzen bringen würde und die Betroffenen dies wünschen. Dies beinhaltet, dass der Sterbeprozess nicht mehr verhindert, sondern nur mehr verzögert werden kann. Unter diesen Umständen muss das Therapieziel überdacht werden. Geklärt werden muss, ob die Maßnahmen noch geeignet sind und eine Wirksamkeit der Behandlung im Verhältnis zu den dadurch entstehenden Belastungen stehen (Moser, 2015, S. 3). Miteingeschlossen ist auch der Umstand, wenn die/der Betroffene keine Autorisierung zur Behandlung mehr gibt.

Unabhängig davon ist eine weitere Begleitung und Hilfestellung notwendig, wenn die die/der Betroffene diese wünscht (Bioethikkommission, 2011, S. 11).

Wichtig ist, dass die hier angeführten Begriffe von den Begriffen der Beihilfe zum Selbstmord (Assistiertem Suizid) als auch dem Töten auf Verlangen getrennt werden (Bioethikkommission, 2011, S. 11), welche in Kapitel 2.3 kurz dargestellt werden.

Wie in diesem Kapitel bereits erwähnt, ist eine Trennung der Begriffe der Sterbehilfe durchaus nicht einfach. Die Unterscheidung der alten und neuen Terminologien unterstützen dabei, jedoch finden die alten Terminologien im umgangssprachlichen Bereich weiterhin Verwendung. Auf Grund dieser Tatsache werden zum besseren Verständnis die rechtlichen Grundsätze hinsichtlich der Durchführung von medizinischen Maßnahmen angefügt, da auch das Setzen oder Nicht Setzen von medizinischen Maßnahmen mit Sterbehilfe in Verbindung gebracht werden kann.

2.2 Rechtliche Grundsätze für eine medizinische Behandlung

In diesem Kapitel sollen zum besseren Verständnis die wichtigsten rechtlichen Grundsätze im Zusammenhang mit Sterbehilfe erläutert werden. Um eine medizinische Behandlung durchzuführen, braucht es als rechtliche Voraussetzung eine medizinische Indikation und die Zustimmung der einsichts- und urteilsfähigen Person. Eine medizinische Indikation ist Grundlage für die Durchführung oder Nichtaufnahme einer medizinischen Behandlung (Bioethikkommission, 2011, S. 6).

Als Grundlage medizinischer Entscheidungen findet für die Indikationserstellung einer Behandlung ein Abwägen von Risiko, Nutzen und Belastung statt (Bioethikkommission, 2011, S. 8). Sie ist nicht gegeben, wenn eine Behandlung auf Grund fehlender Wirksamkeit nicht erfolgsversprechend ist. Unter diesen Voraussetzungen entfällt die Behandlungspflicht der Ärztin oder des Arztes (Bioethikkommission, 2011, S. 6).

Desweiterem ist zur Behandlung die Einwilligung der zu behandelnden Person notwendig. Ohne Einwilligung ist eine Behandlung, auch wenn sie lege artis erfüllt wird, rechtswidrig. Das heißt, ein einsichts- und urteilsfähiger Mensch darf und kann gemäß dem Selbstbestimmungsrecht, eine Behandlung trotz Empfehlung der Medizin, ablehnen. Die Person braucht dazu keine Gründe zu nennen. Denn der Gesetzgeber hat das Selbstbestimmungsrecht im medizinischen Bereich vor die Fürsorgepflicht gestellt (Bioethikkommission, 2011, S. 6f).

2.3 Assistierter Suizid - Töten auf Verlagen

Möchte ein Mensch nicht nur auf eine Behandlung verzichten, sondern sich aktiv für den Tod entscheiden, also den Assistierten Suizid in Anspruch nehmen, so braucht dieser eine Sterbeverfügung. Die rechtliche Grundlage einer Sterbeverfügung bildet dabei das Sterbeverfügungsgesetz.

Unterschied Assistierter Suizid -Töten auf Verlangen-Tötung

Beim Assistierten Suizid nimmt eine sterbewillige, einsichts- und urteilsfähige Person aus freiem Willen ein letales Medikament selbstständig ein. Die Assistenz bezieht sich dabei auf die Bereitstellung des Präparates (Feichtner, 2018, S. 281). Um das letale Medikament zu erhalten, benötigt die sterbewillige Person eine beim Notar errichtete und hinterlegte Sterbeverfügung. Zu erfüllende Kriterien zur Erstellung sind eine Entscheidungsfähigkeit, Volljährigkeit und eine unheilbare Erkrankung, welche von zwei verschiedenen Ärzt*innen bestätigt werden muss. Wirksam ist diese nach 12 Wochen. Dieser Zeitraum kann aber bei besonders schlechtem Allgemeinzustand auf zwei Wochen gekürzt werden. Nach einem Jahr verliert die Sterbeverfügung ihre Gültigkeit (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021, S. 3).

Zu unterscheiden ist der Assistierter Suizid von dem Begriff Töten auf Verlangen. Dabei wird der Vorgang der Verabreichung einer letalen Dosis durch eine dritte Person durchgeführt und nicht von der sterbewilligen Person selbst (Nationaler Ethikrat, 2006, S. 54). Diese Handlung ist weiterhin nicht straffrei.

Fehlt bei der Verabreichung die Zustimmung oder die Bitte der Person, resultiert der Akt in einem Tatbestand der Tötung (Feichtner, 2018, S. 281).

3 Sterbewünsche

Ein Sterbewunsch stellt eine Willensäußerung eines Menschen dar, welcher sich einen zeitnahen Tod herbeisehnt (Feichtner, 2018, S. 281). Hinter Sterbewunschäußerungen steckt aber oft mehr als in dieser kurzen Beschreibung festgehalten wurde.

Denn Sterbewünsche sind dynamische und komplexe Konstrukte. Die Dynamik und die verändernde Intensität zeigen dabei den inneren Prozess der Menschen auf. Sterbewünsche können für eine wahrgenommene Ausweglosigkeit eine Entlastung darstellen und den Menschen das Gefühl der Selbstwirksamkeit zurückgeben. Ein situativ ausgelöster Sterbewunsch kann sich verändern, zunehmen, weiterentwickeln bis hin zur Bestrebung das Sterben zu beschleunigen. Wodurch aufgezeigt wird, dass der Wunsch nach Assistiertem Suizid seinen Beginn in einem Sterbenswunsch findet (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2022, S. 6).

Menschen mit einer unheilbaren Erkrankung, mit einer Pflegebedürftigkeit und einer extremen Leidensgeschichte verspüren nicht selten Sterbenswünsche. Der Wunsch des baldigen Todes beruht auf dem erlebten Leid. Für diese Person ist der einzige Ausweg der Tod (Feichtner, 2018, S. 282, zitiert nach Balaguer et al. 2016).

Eine Wunschäußerung nach einem baldigen Tod oder dem Wunsch eines Suizids, besagt jedoch meist nicht, dass sich dieser Mensch wirklich den Tod konkret wünscht. Viel mehr kann es so verstanden werden, dass die Person an ihre Leidensgrenzen gekommen ist, und unter diesen, aber auch den zu erwartenden Umständen nicht mehr leben kann oder will (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021, S. 5).

Ein ausgesprochener Sterbenswunsch drückt vielmehr die Verzweiflung und die deutliche Überforderung mit der aktuellen Situation aus. Zeitgleich kann dieser aber ein Signal dafür sein, dass es gewünscht ist, über das Sterben zu sprechen (Feichtner, 2018, S. 282).

Generell muss aber zwischen einem Sterbewunsch und einer Anfrage zur Suizidassistenz differenziert werden (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021, S. 5). Denn Sterbewünsche stellen dynamische und komplexe Gebilde mit wechselndem Wert und unterschiedlichen Gewichtungen dar (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021, S. 6, zitiert nach Ohnsorge et al., 2019).

In der nachfolgenden Abbildung wird diese Differenzierung optisch dargestellt.

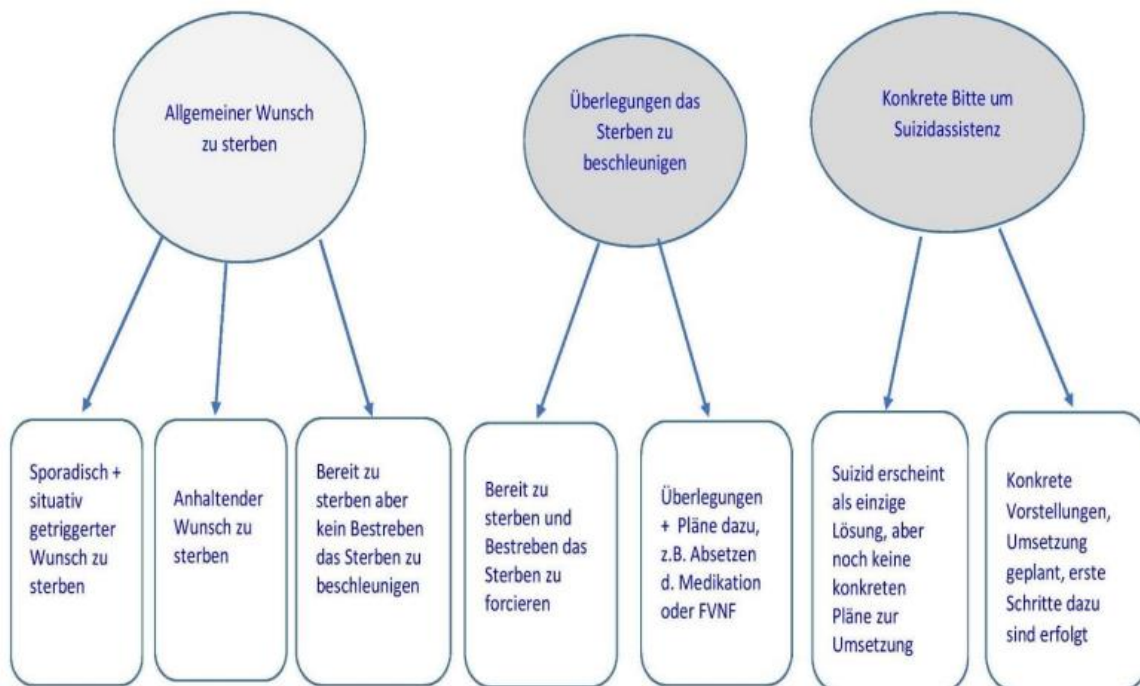


Abbildung 1 Grafik (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021, S. 6)

Hier wird veranschaulicht, dass die zwei Phänomene Sterbewunsch und Assistierter Suizid eng miteinander verbunden sind.

Sterbewünsche werden meist stufenweise geäußert. Begonnen bei beiläufigen Bemerkungen, hin zu metaphorischen Äußerungen kann sich die Dringlichkeit dieses Wunsches, je nachdem wie die Adressat*innen reagieren, wieder verringern oder zu einer expliziten Bitte heranwachsen (Feichtner, 2018, S. 283). Somit ist die Bedeutung und die Verantwortung der Adressat*innen dieser Sterbenswünsche verdeutlicht (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021, S. 7).

Die Artikulierung eines Sterbewunsches an eine Pflegeperson ist immer ein Vertrauensbeweis. Daher gilt es diesem Wunsch immer mit Respekt zu begegnen (Feichtner, 2018, S. 286).

3.1 Die Vier Schritte bei Sterbens- oder Suizidwunschkäußerungen

Die Reaktion auf bei Sterbewunsch- und Suizidwunschkäußerungen ist wie soeben beschrieben wesentlich, daher werden nachfolgend vier Schritte bei Mitteilung von Sterbe- oder Suizidwünschen angeführt.

3.1.1 Den Wunsch wahrnehmen und würdigen

Ein Suizidwunsch bedarf Aufmerksamkeit und Achtung. Die Wunschweiterentwicklung ist abhängig von der Reaktion der ersten Adressat*innen. Die Vertrauensbasis zwischen den Betreuenden und den Betreuten kann dadurch gestärkt oder auch gestört werden. Bedeutsam ist es jedenfalls, dem ausgesprochenen Wunsch wertfrei und respektvoll zu begegnen (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021, S. 13).

3.1.2 Sterbewunsch oder Suizidwunsch verstehen

Die zu dem Wunsch führenden Belastungen müssen verstanden werden. Dabei soll die gesamte psychosoziale Situation und die Lebensgeschichte der wunschkäußernden Person berücksichtigt werden. Ein einfühlsamer, bedeutungsfindender Prozess zwischen den Betreuenden und den Betroffenen ist unbedingt erforderlich. Optional kann auch der Einbezug der Angehörigen angezeigt sein (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021, S. 13).

3.1.3 Ursachenklärung und Verständnis für die individuelle Bedeutung

Einem geäußerten Suizidwunsch muss immer zum Verständnis auf den Grund gegangen werden. Was ist das aktuelle Leid? Nur wenn dieses bekannt ist, kann darauf eingegangen werden. Es muss geklärt werden, ob die Wunschkäußerung den Zweck der Leidmitteilung beinhaltet oder doch konkrete Überlegungen zur Sterbebeschleunigung vorhanden sind. Hier ist eine bedingungslose, akzeptierende Grundhaltung der professionellen Pflegenden gefragt (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021, S. 13).

3.1.4 Palliative Begleitung und Beratung anbieten

Wird ein Suizid- oder Sterbewunsch geäußert, dann ist nicht nur die/der Adressant*in gefragt, sondern es ist die Kompetenz eines gesamten multiprofessionellen Teams gefordert. Es muss eine gemeinsame Überprüfung aller ausgeschöpften Leidlinderungsmaßnahmen erfolgen. Ein erreichtes Behandlungsoptimum lediglich für körperliche Symptome ist nicht ausreichend, vielmehr ist ein psychosozialer und spiritueller Beistand wichtig. Die Menschen benötigen eine intensive Unterstützung im Rahmen von Gesprächen mit erfahrenen Professionist*innen, welche die Zusammenhänge existenzieller Nöte und Sterbewünsche kennen. Um diese emotionalen Gespräche führen zu können, müssen diese Ansprechpersonen sich ihrer eigenen Ängste bewusst sein (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021, S. 13f).

4 Empirischer Teil

Um eine umfassende Beantwortung der gestellten Forschungsfragen zu erreichen, wurde zusätzlich zur Literaturrecherche vier Expert*inneninterviews durchgeführt. Die Ergebnisse dieser leitfadengestützten, semistrukturierten Expert*inneninterviews wurden zur Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen. Die Interviews wurden mit dem Smartphone aufgenommen, anschließend transkribiert und nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die angewandten Methoden werden im folgenden Kapitel zum Zwecke der Nachvollziehbarkeit und Regelgeleitetheit dargestellt.

4.1 Erhebungsmethode Expert*inneninterviews

Die in der empirischen Sozialforschung angewandten Expert*inneninterviews werden den quantitativen Methoden zugeschrieben (Lamnek, 2005, S. 356). Expert*inneninterviews zählen zu den Leitfadeninterviews (Flick, 2012, S. 214), welche den qualitativen Interviews zugeordnet werden (Flick, 2012, zitiert nach Mayer, 2011, S. 190). Bei qualitativen Interviews handelt es sich um eine Methode des qualitativen Forschungsansatzes. Daher müssen im Interview auch die Grundprinzipien des qualitativen Forschungsansatzes umgesetzt werden (Mayer, 2011, S. 189). Qualitative Interviews werden wiederum in unterschiedliche Formen unterteilt (vgl. Mayer, 2011, S. 190), weil gemäß Lamnek dieser Begriff viele ähnliche, jedoch nicht gleiche Verfahren zur Datenerhebung einschließt (Lamnek, 2005, S. 356). Wobei angemerkt sei, dass eine klare Trennung schwierig ist (Mayer, 2011, S. 190). Eine gewisse Begriffsunschärfe, der in der Literatur angewandten Bezeichnungen, ist daher charakteristisch. Die Klassifizierungen von unterschiedlichen Autor*innen sind umfangreich und lassen sich durch divers verbundenen Vorstellungen unendlich darstellen (Lamnek, 2005, S. 356). Daher unterteilt Flick (2012) diese in Leitfadeninterviews und in auf Erzählung basierende Interviews (Flick, 2012, zitiert nach Mayer, 2011, S. 190). Das Leitfadeninterview ist ein nicht standardisiertes Interview. Bei einem Leitfadeninterview findet ein Interviewleitfaden Anwendung, welcher offene Fragen beinhaltet und im Interview selbst flexibel zum Einsatz kommt (Mayer, 2011, S. 191).

Meuser und Nagel (2002) bezeichnen Expert*inneninterview als eigene Form der qualitativen Interviews, die sich in der Auswertung und in der Gesprächsführung von anderen Erhebungsmethoden differenzieren. Das Besondere an diesen sind die Befragungsgruppe als auch das Erkenntnisinteresse. Die Befragten erfüllen dabei eine Doppelrolle. Diese Tatsache wirkt sowohl auf die Interviewsituation als auch auf die Gesprächsführung ein (Bogner et al., 2005, S. 175). Dabei steht nicht die Person selbst, sondern die Expertin / der Experte in ihrer/seiner Funktion in der Organisation mit dem gesamten untersuchungsrelevanten Umfeld in institutioneller als auch organisatorischer Weise im Mittelpunkt. Diese Tatsache unterscheidet Expert*inneninterviews von anderen offenen Interviewformen (Bogner et al., 2005, S. 22).

Expert*inneninterviews finden heutzutage in der Sozialforschung weitverbreitete Anwendung. Es wird in vielen wissenschaftlichen Untersuchungen auf die Fachkenntnisse der relevanten Expert*innen zurückgegriffen. Auch wenn vereinzelt die Stellung der Experten*inneninterviews, die Gestaltung sowie die Auswertungsmethode im Forschungsdesign stark variiert, so erfreuen sie sich doch an Beliebtheit (Bogner et al., 2005, S. 7). Aus ökonomischer Sicht liegt dies mitunter an der dichten Datengewinnung, welche auch in tabuisierten also schwer erreichbaren sozialen Forschungsfeldern erreicht wird. Weiters können durch diese aufwendige Beobachtungsprozesse ersetzt werden und unter kürzerem Zeitaufwand das Wissen der relevanten Personen komprimiert aufgenommen werden. Als weiterer forschungsökonomischer Aspekt wird die Abwicklung des Interviews selbst, als auch der Zugang zum Forschungsfeld erwähnt. Da Expert*innen Schlüsselpersonen sind und daher einen weiteren Feldzugang erleichtern können (Bogner et al., 2005, S. 7f). Auch das geheime Erfolgsversprechen rasch und unkompliziert Daten zu erhalten, begründen die weitverbreitete Anwendung. Expert*innen sind meist motivierte Gesprächspartner und vertraut mit öffentlichkeitswirksamen Tätigkeiten. Sie verfügen über eine hohe soziale als auch kommunikative Kompetenz, welche eine Kommunikation auf gleicher Ebene ermöglicht (Bogner et al., 2005, S. 8f). Eine erfolgreiche Durchführung wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst (Bogner et al., 2005, S. 10). Expert*inneninterviews sind nicht lediglich Lieferanten objektiver Daten, sondern erfordern Reflexion. Sie benötigen eine gewissenhafte Argumentation sowie Theorie als Untermauerung der methodischen Vorgangsweise da sie keinen reinen Informationsgesprächen entsprechen, welche ohne methodischen Vorgangsweisen durchgeführt werden (Bogner et al., 2005, S. 16). Qualitative

Interviews finden generell Anwendung in Themenbereichen, welche über Informationsdefizite verfügen (Lamnek, 2010, S. 312).

In dieser Arbeit wurde die Methodik der empirischen Sozialforschung als angemessen befunden, da das Themengebiet Pflege, Palliativ Care und Assistierter Suizid ein noch wenig erforschter Bereich ist. Weiters handelt es sich bei der Thematik Assistierter Suizid um ein emotionales, ethisch-forderndes Themengebiet.

4.1.1 Leitfadenkonstruktion

Bei den in der qualitativen Sozialforschung verwendeten Expert*inneninterviews handelt es sich um teilstrukturierte Interviews. Damit ein reibungsloser Ablauf der Interviews gesichert ist, wird in der Vorbereitungsphase ein Interviewleitfaden erarbeitet. Dieser dient als Strukturierungsinstrument im zu untersuchenden Themengebiet als auch als Unterstützungsinstrument im Gespräch selbst (Bogner et al., 2014, S. 27). Er dient der Interviewführenden Person als Gedächtnisstütze, kommt nicht starr zum Einsatz, sondern wird flexibel im Gesprächsverlauf eingesetzt (Mayer, 2011, S. 197). Der Interviewleitfaden erfüllt eine wesentliche Orientierungsfunktion und es sollte daher ausreichend Zeit für die Erstellung eingeplant werden. Daher ist dessen Erstellung ein wichtiger Arbeitsschritt (Bogner et al., 2014, S. 27f).

Formen

Es gibt unterschiedliche Formen von Leitfäden, welche in der qualitativen Sozialforschung Anwendung finden. Darunter fallen eine Sammlung und Ordnung von Themen bis hin zu teilstrukturierten Leitfäden (Bogner et al. 2014, S. 28). Sie variieren in ihrer Länge zwischen ein bis sechs Seiten. Empfohlen wird jedoch diese tendenziell kurz zu halten (Bogner et al. 2014, S. 28). Schlussendlich entscheidet aber der Themenbereich, der Standardisierungsgrad und oder der persönliche Forschungsstil der durchführenden Person (Mayer, 2011, S. 197). Speziell ist, dass Fragen nicht bei allen interviewten Personen absolut identisch gestellt werden müssen, damit eine Vergleichbarkeit möglich ist. Ziel des Leitfadeneinsatzes ist die Erhebung methodisch sowie inhaltlich aufzusetzen. Der Leitfaden hat seine wichtigste Aufgabe erfüllt, wenn die forschende Person mit der interviewten Person ins themenspezifische Gespräch gelangt.

Erstellung

Qualitative Interviews im sozialen Forschungsbereich zielen darauf ab, geleitet von der Fragestellung, Material zu generieren, daraus Annahmen abzuleiten und damit die erlangten Schlussfolgerungen theoretisch zu unterlegen (Bogner et al., 2014, S. 32). Hierzu gibt es in der Literatur keine allgemein geltende Vorgabe. Dieser Umstand ist durch die verschiedenen Untersuchungsdesigns als auch unterschiedlichen Themenbereiche begründet (Bogner et al., 2014, S. 31).

Die Erstellung eines Leitfadens kann daher unterschiedlich erfolgen. Eine Möglichkeit ist laut Hellferich (2005) das SPPS-Prinzip. Dessen Umsetzung in vier Schritten stattfindet. Im ersten Schritt werden potenzielle Forschungsfragen gesammelt. Im nächsten Schritt werden diese überprüft, folglich sortiert, um im letzten Schritt schließlich subsummiert zu werden (Mayer, 2011, S. 199). Orientiert an dieser theoretischen Durchführungsmethode erfolgte die Erstellung des Leitfadens in mehreren Schritten. Am Beginn stand die Reduktion der in der Literaturrecherche erarbeiteten Themengebiete bezugnehmend auf die gestellten Forschungsfragen. Dann wurden Forschungsfragen abgeleitet, welche einen umfangreichen Fragenkatalog ergaben. Die Fragen wurden dann geprüft, neu formuliert, zusammengefasst und gestrichen, wodurch auch eine Reduktion und eine Sortierung erfolgte. Der Leitfaden wurde im Juli erstellt und fand im August seine Anwendung. Die geplante Interviewdauer betrug 20 Minuten. Der Interviewleitfaden (siehe Anhang) enthält einen Kurzfragebogen, welcher Angaben über die Interviewpartner*innen beinhaltet und als Gesprächseinstiegshilfe fungierte. Der Hauptteil enthält vier Hauptfragen mit jeweils einer Unterfrage zum ausgewählten Themengebiet.

4.1.2 Stichprobe

Die Auswahl der Interviewpartner*innen kennzeichnet einen Erfolgsfaktor eines Expert*inneninterviews (Schirmer, 2009, S. 195). Die Definierung als Expert*in ergibt das Forschungsinteresse und wird bezogen auf das jeweilige Forschungsgebiet von der forschenden Person festgelegt. Dies können Personen mit Verantwortung zur Problemlösung oder Personen in privilegierten Positionen mit Informationszugang sein (Bogner et al., 2014, S. 73).

Bei der Definierung der Expert*innen für das Interview wurde die Auswahl auf das Obere und Mittlere Management eingegrenzt. Bezugnehmend auf den Themenschwerpunkt wurden der Kontakt mit Pflegedirektor*innen von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen aufgenommen. Nach mehreren Absagen auf Grund von fehlenden Zeitressourcen, wegen personellen Engpässen, Corona und Urlaubszeit hat die Autorin eine Weiterbildungsstätte kontaktiert, das Forschungsinteresse kundgetan und um Unterstützung bei der Suche nach Interviewpartner*innen gebeten. Schließlich konnten vier Absolvent*innen für ein Interview gewonnen werden. Die Interviewpartner*innen wurden persönlich per Telefon kontaktiert über das Forschungsvorhaben und über die Einhaltung der Anonymität informiert. Es wurden alle offenen Fragen geklärt, sowie alle organisatorischen Punkte besprochen. Eine Woche vor dem Interviewtermin erhielten alle Interviewpartner*innen zur effizienteren Durchführung den Interviewleitfaden zugesandt.

4.1.3 Durchführung der Expert*inneninterviews

Die Durchführung von forschungsbegründeten Interviews ist ein komplexes Unterfangen. Als Grundlage für die erfolgreiche Durchführung werden Interviewkompetenzen, die festgelegten Rahmenbedingung als auch die Gesprächsbeziehung genannt. Grundsätzlich hat die interviewgebende Person ihrem Gegenüber die ganze Aufmerksamkeit zu geben, ihr Interesse zu bekunden und sie zum Sprechen zu ermuntern (Mayer, 2011, S. 203f). Zentral ist sowohl die erste Kontaktaufnahme sowie der Gesprächseinstieg, weshalb dies sorgfältig vorbereitet werden muss. Im Zuge der Vorstellungsphase sollten die zentralen Rahmenbedingungen für die Interviewdurchführung besprochen werden. Dies beginnt beim Dank für die Bereitschaft teilzunehmen, Vorstellung der Forscher*in, Darlegung des Forschungsthemas, Information über den geplanten Zeitrahmen bis hin zur Erlaubnis das Interview auch aufzeichnen zu dürfen (Bogner et al., 2014, S. 59f). Besonderes Augenmerk sollte auf die Wahl der Einstiegsfrage gelegt werden. Diese kann den Gesprächsverlauf entscheidend beeinflussen. Sie sollte nicht zu allgemein gehalten, nicht zu schwierig, aber auch nicht zu persönlich sein. Bogner et al. (2014) finden die Frage nach der Funktion als adäquat. Die Einleitung des Endes der Interviewsituation sollte mit Worten des Dankes erfolgen. In der Regel folgt danach die Frage nach einer gewünschten Ergänzung. Nach Beantwortung

der Schlussfrage wird mit nochmaligen Worten des Dankes die Tonbandaufnahme beendet (Bogner, 2014, S. 60f).

Die für diese Arbeit durchgeführten Interviews fanden zwischen dem 3. bis zum 5. August 2022 statt. Die Termine wurden flexibel vereinbart. Alle Interviews fanden über das Medium Internet statt. Begründet mitunter dadurch, da die Interviewpartner*innen in ganz Österreich tätig sind und sich für die Autorin eine große Zeitersparnis lediglich durch die fehlende Anfahrt ergab. Das Gespräch fand mittels WhatsApp-Videotelefonie statt. Da dieses Medium ohne zusätzlichen Aufwand für alle Gesprächspartner*innen zur Verfügung stand, waren alle Beteiligten damit einverstanden. Die Aufnahme des Gesprächs erfolgte über die Diktierfunktion des Mobiltelefons der Autorin. Die Aufnahmen dienten der weiteren Datenverarbeitung und werden nach dem Abschluss des Studiums gelöscht. Die Interviewdauer war mit 20 Minuten eingeplant und wurde auch erreicht beziehungsweise nur gering über- oder unterschritten. Bei der Datenverarbeitung wurde penibel auf die vereinbarte Einhaltung der Anonymität geachtet. Die Expert*innen verfügten über durchschnittlich 27 Jahre Berufserfahrung im Pflegebereich und über durchschnittlich 5,5 Jahre Führungserfahrung.

Die Durchführung erfolgte orientiert an der soeben beschriebenen theoretischen Vorgehensweise. Die Gesprächseröffnung fand mit Worten des Dankes statt, danach wurden Fragen des Kurzfragebogens, die Haupt – und Unterfragen gestellt und beantwortet. Dabei wurde der Leitfaden flexibel, orientiert am Gesprächsverlauf eingesetzt. Dies ermöglichte eine Anpassung der Fragen ans Gespräch und ließ ein, wenn erforderlich, vertieftes Antwort-Fraggeschehen zu. Nachdem alle Fragen beantwortet waren, bedankte sich die Autorin und beendete mit Ankündigung die Tonbandaufnahmen. Im Anschluss entwickelte sich nach allen Interviews noch ein kurzer fachlicher Austausch, welchen die Autorin als sehr spannend empfand.

4.1.4 Transkription der akustischen Daten

Anschließend fand der Vorgang der Transkription der Tonbandaufnahmen statt, indem die Aufnahmen verschriftlicht wurden. Dabei handelt es sich um eine sehr zeitintensive Tätigkeit, welche bereits bei der Planung berücksichtigt werden muss (Gläser/Laudel, 2010, S. 193). Die Autorin benötigte für zehn Minuten Gespräch durchschnittlich 2,5 Stunden Transkriptionszeit.

Für die Durchführung der Transkription gibt es derzeit keine grundsätzlichen Regeln. Die Forscher*innen wählen diese selbst, dokumentieren diese und setzen diese bei der Transkription ausnahmslos um. Es findet sich unzählige Literatur zur Thematik Transkriptionssysteme mit Vergleichen und Diskussionen (Gläser/Laudel, 2010, S. 193).

Die Autorin orientierte sich bei der Transkription nach Lamnek (2005, S. 403) und verschriftlichte die Tonaufnahmen persönlich ohne weitere Unterstützungsprogramme. Äußerungen im starken Dialekt wurden zum besseren Verständnis in Hochdeutsch geglättet, leichter Dialekt wurde wie Denkpausen verschriftlicht. Lachen, Husten und Räuspern wurden seitens der Autorin als nicht relevant für das inhaltliche Verständnis eingestuft und daher nicht verschriftlicht.

Im nächsten Schritt wurden die Transkripte mit den Tonbandaufnahmen zur Identifikation von Hörfehlern abgeglichen. Anschließend wurden die Transkripte nochmals gelesen und auf Unklarheiten und Widersprüche kontrolliert (Lamnek, 2005, S. 403).

4.1.5 Verfahren der Auswertung

Aktuell gibt es für Expert*inneninterviews keine spezifisch ausgerichtete Auswertungsverfahren, wodurch alle in der qualitativen Forschung verwendeten Verfahren zum Einsatz kommen können (Flick et al., 2003, zitiert nach Bogner et al, 2014, S. 71). Dieser Umstand umfasst ebenso die Möglichkeit der Auswertungsmethodenkombination. Generell sollte auf die Tatsache Rücksicht genommen werden, dass die Auswertungsverfahren in Verbindung mit der sozialwissenschaftlichen Schule stehen und alle Verfahren aus diesem charakteristischen Kontext stammen. Letztlich entscheidet das Forschungsinteresse über die Wahl des passenden Auswertungsverfahrens (Bogner et al, 2014, S. 71).

Für die Auswertung des Datenmaterials wählte die Autorin dieser Bachelorarbeit die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Bei dieser Methode findet eine systematische Interpretation statt, welche durch die angewandten Analyseregeln und -techniken systematisierbar und kontrollierbar sind (Mayring, 2010, S. 48). Die qualitative Inhaltsanalyse einer fixierten Kommunikation erfolgt systematisch, theorie- und regelgeleitet, wodurch Folgerungen von ausgewählten Bereichen der Kommunikation ermöglicht wird (Mayring, 2010, S. 12f). Das heißt es werden große Datenmengen systematisch, theorie- und regelgeleitet aufgearbeitet, folglich reduziert und

in einem Kategoriensystem dargestellt. Eine abstrahierte Kurzfassung der Dateninhalte wird für die Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen (Mayring, 2010, S. 13). Mayring (2010) entwickelte ein Ablaufmodell in 10 Schritten, welches die Autorin in dieser Arbeit für die Analyse auswählte und angewandt hat.

4.1 Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring

Das Ausgangsmaterial wird in den ersten drei Schritten bestimmt: „Festlegung des Materials, Analyse der Entstehungssituation und formalen Charakter des Materials“ (Mayring, 2010, S. 52f). Die präzise Festlegung des Materials, welches zur Analyse herangezogen wird, erfolgt im ersten Schritt. Handelt es sich um eine Stichprobe oder eine Grundgesamtheit gilt es in Schritt eins, „Festlegung des Materials“, zu klären. In Schritt zwei „Analyse des Materials“ folgt die Beschreibung der Datenproduktion und in Schritt drei „Formaler Charakter des Materials“ die Darlegung der vorliegenden Materialform (Mayring, 2010, S. 52f). Von der Autorin dieser Bachelorarbeit wurden alle in den Expert*inneninterviews mittels Tonband aufgenommen und die transkribierten, gewonnenen Daten nach Lamnek zur Analyse verwendet (siehe Kapitel 4.1.4 Transkription der akustischen Daten).

Schritt vier und fünf beinhaltet die „Fragestellung der Analyse“. In diesem Schritt wird das Ziel oder die Interpretationsrichtung festgelegt, ohne deren Festlegung keine Inhaltsanalyse durchführbar ist. In Schritt Vier „Richtung der Analyse“ erfolgt die Festlegung des Interpretationsfokus, da unterschiedliche Aussagen in unterschiedliche Richtungen ableitbar sind. Es kann die interviewgebende Person im Zentrum der Arbeit stehen, ein im Text definierter Gegenstand oder die Wirkung von sprachlichen Daten einer festgelegten Gruppe (Mayring, 2010, S. 56). In dieser Arbeit standen bei den Interviews der ausgewählten Personengruppe die Erfahrungswerte aus der Praxis im Zentrum der Arbeit.

Der fünfte Schritt beinhaltet die „Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung“. Eine theoriebegleitete Differenzierung erfolgt durch die Analyse auf Basis einer theorieaufbauenden, genauen, inhaltlichen Fragestellung. Hierbei wird die Fragestellung genau herausgearbeitet und an die vorhandene Forschung theoretisch angebunden. Dazu ist oftmals eine weitere Unterteilung in Unterfragestellungen erforderlich (Mayring, 2010, S. 57f).

Schritt sechs der Analyse behandelt das Analyseablaufmodell und die Analysetechnik sowie die Festlegung des Kategoriensystems. Dabei wird die Analyse in vorweg bestimmte Interpretationsschnitte geteilt. Dieser Schritt stellt eine Besonderheit der qualitativen Inhaltsanalyse dar. Durch die Unterteilung der Interpretationsschritte kann eine Nachvollziehbarkeit gewährleistet werden. Sie ermöglicht eine intersubjektive Überprüfbarkeit und macht eine Übertragung auf andere Subjekte möglich, wodurch sie den Status einer wissenschaftlichen Methode erlangt (Mayring, 2010, S. 59). Das Herzstück in diesem Schritt ist die Bildung eines Kategoriensystems. Die Entwicklung erfolgt im Abgleich der Fragestellung und dem gewonnenen Material, durch Definition von Regeln die Konstruktion und Zuordnung betreffend, welche im Laufe der Analyse rücküberprüft und überarbeitet werden (Mayring, 2010, S. 59). Im Anschluss folgt eine Interpretation der gewonnenen Resultate orientiert an der Hauptfragestellung (Mayring, 2010, S. 56). Bei der Interpretation werden spezielle Analysetechniken angewandt, welche die Grundstruktur des Materials überprüfen. Hierbei werden drei Interpretationsgrundformen unterschieden (Mayring, 2010, S. 63).

Die erste mögliche Form der Interpretation ist die Zusammenfassung. Ziel dabei ist die Materialreduktion unter Erhalt der wesentlichen Inhalte. Dadurch wird die Abstraktion des Materials überschaubar gehalten und das Ursprungsmaterial bleibt abgebildet (Mayring, 2010, S. 65).

Die zweite mögliche Form stellt die Explikation dar. Bei der Explikation wird zur Verständniserweiterung zu festgelegten Textstellen Material ausgewählt und zur Deutung, Erklärung und Interpretation verwendet (Mayring, 2010, S. 65).

Die dritte Form ist die Strukturierung. Hier werden ausgewählte Aspekte an vorweg festgelegten Kriterien gefiltert. Ziel dabei ist es einen Querschnitt zu erhalten oder einen Querschnitt abschätzen zu können (Mayring, 2010, S. 65).

Bei diesen drei Grundformen der Interpretation handelt es sich um drei voneinander unabhängige Analysetechniken (Mayring, 2010, S. 65).

Die Autorin dieser Bachelorarbeit wählte für die Interpretation die Analysetechnik der Zusammenfassung, da diese Technik eine Reduktion der vorliegenden Daten unter Erhalt der bedeutsamen Inhalte verfolgt. Dabei entsteht durch Abstraktion ein das Grundmaterial abbildender, begrenzter Textkorpus (Mayring, 2010, S. 67). Dabei werden die gewonnenen schriftlichen Daten theoriegeleitet durchgearbeitet, relevante Paraphrasen erkannt und gekennzeichnet. Aus den Paraphrasen werden

Generalisierungen abgeleitet, um an Hand einer weiteren Reduktion Kategorien zu bilden. Diese werden dann anschließend nochmals am Ausgangsmaterial rücküberprüft. Diese Vorgangsweise erfolgt entsprechend dem beschriebenen Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse.

Damit der Interpretationsvorgang präzise durchgeführt werden kann, muss Schritt sieben erfolgen. Schritt sieben beinhaltet die „Definition der Analyseeinheit“. Hier wird die Größe von Kodiereinheiten, Auswertungseinheiten und Kontexteinheiten bestimmt, wodurch die Genauigkeit der Analyse gesteigert wird (Mayring, 2010, S. 59). Die kleinste Dateneinheit, welche für die Auswertung eingesetzt wird, ist die Kodiereinheit (Mayring, 2010, S. 59). In dieser Arbeit wurden mitunter auch nur Stichwörter notiert und daher wurde die Kodiereinheit mit einem Wort festgelegt. Der maximalste Textbestandteil, welcher in einer Kategorie eingesetzt wird, wird Kontexteinheit genannt (Mayring, 2010, S. 59). Die Autorin dieser Arbeit wählte, orientiert am Ausgangsmaterial, als Kontexteinheit eine Messgröße von mehreren zusammenhängenden Sätzen. Die Auswertungseinheit legt die Reihenfolge der Textteile, welche ausgewertet werden, fest (Mayring, 2010, S. 59). Die Autorin analysiert die Expert*inneninterviews gereiht nach dem Transkriptionszeitpunkt. Schritt acht beinhaltet den Prozess der Durchführung. Hier werden die Analyseschritte an Hand dem Kategoriensystem durchgeführt (Mayring, 2010, S. 60) und anschließend rücküberprüft an Material und Theorie um Widersprüche aufzuspüren und erforderlichenfalls zu verändern und einen neuerlichen Durchlauf zu starten (Mayring, 2010, S. 62). Nach Abschluss dieser Phase startet der neunte Schritt, die Zusammenfassung und Auswertung mittels der gewählten Interpretationsform orientiert an der Fragestellung.

4.2 Ergebnisse der Expert*inneninterviews

Mayring (2015, S. 108) gibt für die Darstellung der Ergebnisse keine allgemein geltenden Regeln an und lässt den Forscher*innen dahingehen freie Hand.

Die Ergebnisse der vier Expert*inneninterviews werden in dieser Arbeit durch die Durchführung des beschriebenen Analysevorganges erlangten Kategorien dargestellt. Eine Anonymisierung erfolgte bereits im Rahmen des Transkriptionsprozesses. Auch die Ergebnisse des Kurzfragebogens lassen in ihrer Darstellung auf Grund der Anonymisierung keinerlei Rückschlüsse auf die interviewten Personen zu. In Anbetracht des

Umfanges der Transkription von 39 A4 Seiten wurde auf ein Anfügen im Anhang verzichtet. Damit eine Nachvollziehbarkeit möglich ist, wird die für die Kategorienbildung verwendete Tabelle im Anhang angefügt.

4.2.1 Ergebnis Kurfragebogen

Der Kurzfragebogen wurde dafür genutzt um genauere Informationen zu den Expert*innen zu gewinnen. Hier wurde die Funktion, Berufserfahrung, die Führungserfahrung und die Größe des Führungsverantwortungsbereiches erhoben. Diese Punkte wurden von der Autorin als relevant erachtet, da je nach Führungsebene und Führungsbereichsgröße unterschiedliche Informationen vorhanden sind. Weiters erfüllt die Frage nach Funktion und Erfahrung eine gute Gesprächseröffnung.

Die vier Expert*innen sind weiblich und verfügen zwischen 13 und 37 Jahre Berufserfahrung in der Pflege. Die durchschnittliche Berufserfahrung der Stichprobe beträgt 27 Jahre. Es handelt sich also um eine durchaus berufserfahrene Teilnehmer*innen-gruppe. Die Führungserfahrung liegt zwischen 2 Jahre und 10 Jahre (durchschnittliche 5,5 Jahre). 50% der interviewten Personen befinden sich aktuell auf der mittleren Führungsebene und 50% auf der obersten Führungsebene. Ihr Führungsverantwortungsbereich umfasst zwischen 14 und 90 Mitarbeiter*innen. Die Größe der geführten Pflegebereiche befindet sich zwischen 25 und 85 Bewohner*innen.

4.2.2 Ergebnisse der Expert*inneninterviews

Die nach der Inhaltsanalyse nach Mayring generierten Daten, werden an Hand eines Kategoriensystem geordnet. Es ließen sich nach mehrmaligen Überprüfungsdurchläufen aus dem Transkript zum Themenbereich Assistierter Suizid drei Kategorien und zum Themenbereichen Palliative Care zwei Kategorien ermitteln. Da sich trotz mehrmaligen Durcharbeitens und Überprüfen einzelne Aussagen nicht scharf zuordenbar waren, wurde diese jener Kategorien zugeteilt, welche der Autorin am ehesten plausibel erschien.

4.2.2.1 Kategoriensystem

Die Kategorien wurden durch Schritte der Paraphrasierung, Generalisierung und Reduktion ermittelt. In der nachfolgenden Tabelle werden die fünf Kategorien mit prototypischen Antworten der Interviewpartner*innen zur besseren Nachvollziehbarkeit dargestellt:

Tabelle 1: Darstellung der Kategorien

Interviewzeilennummer	Interviewzeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
392-393	B2: Nein, gar nicht. Also das ist bis zu uns noch gar nicht durchgedrungen. Es hat wirklich noch nie irgendwer gefragt.	Keine durchdringen, keine Nachfrage bei uns	Derzeit keine Nachfrage nach Assistierter Suizid	K1: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell
87-90	B1:.....und dann musst du noch die Person sein, die es mit ihm trägt, ne. Es ist ja nicht damit abgetan du stellst ihm irgendwas hin und du verlässt das Zimmer. Sondern du bist dabei bis diese Situation praktisch zu Ende ist. Und das glaub ich, da jemanden zu finden, wird in Zukunft sehr, sehr schwer werden,	Jemand finden der unterstützt, man ist dabei bis zum Ende und die Situation trägt ist schwer	Personen, welche die Begleitung durchführen zu finden ist schwer Rekrutierung Personen für die Begleitung ist herausfordernd	K2: Assistierter Suizid - Begleitung bei der Durchführung
591-595	B2: ja, (...) ja was brauchen sie Unterstützung von meiner Seite und Aufklärung was das eigentlich ist, wie das im Haus funktioniert, was es für einen Sinn hat und ganz wichtig, was für rechtliche (18:55) ah, wie ist es rechtlich abgeklärt und abgesichert. Also das ist ihnen mit Sicherheit ganz , ganz wichtig, weil die erste Frage ist sicher, darf ich das und passiert ma do eh nix, wie läuft des ganz genau ab	Mitarbeiter brauchen Unterstützung von Leitung, rechtliche Abklärung, Absicherung. Ist mit Sicherheit ganz wichtig, erste Frage ist, darf ich das, passiert man da nichts, wie läuft das ab	Informationsbedarf Mitarbeiter*innen Mitarbeiter*innen benötigen Information Rechtssicherheit fehlt	K3: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung
535-539	B2: einer zum Essen aufhört und sagt er will nimmer. Zum Essen und Trinken aufhört, ahm, dann ist es sein Wille und dann braucht er nicht Essen und braucht nicht trinken. Bereitet man die Angehörigen gut vor. Besprechen wir mit Ärzte und schau ma dass wir das einfach gut begleiten können	Wenn jemand zu essen aufhört und sagt er will nimmer dann ist das sein Wille. Gespräch mit Ärzten und Angehörigen. Er wird gut begleitet	Nahrungsverzicht wird akzeptiert, womit der Wille akzeptiert wird Selbstbestimmungsrecht	K4: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung
837-846	B4: die Bewohner, aber dann durch die Ohnmacht, dass man da einfach geneigt ist zusagen da will ich nicht mehr rein, ich will meine Ruhe haben. Aber da muss man immer dahinter schau was geht.	Bewohner ist ohnmächtig und möchte daher Ruhe, muss nachgefragt werden	Ursache Sterbewunschäußerungen sind Ausdruck für unerfülltes Bedürfnis	K5: Palliative Care - Sterbewünsche

Kategorie 1 Assistierter Suizid- Bedarf aktuell

Die Autorin konnte im Rahmen ihrer Interviews mit Expert*innen aus unterschiedlichen Bundesländern feststellen, dass in den Einrichtungen in welchen die Expert*innen tätig sind, bisher keine Anfrage gestellt wurden.

(Z 392-393) B2: *„Nein, gar nicht. Also das ist bis zu uns noch gar nicht durchgedrungen. Es hat wirklich noch nie irgendwer gefragt.“*

Es gab weder Anfragen seitens der Bewohner*innen (Z 348-349), der Angehörigen (Z 242-243). Auch von den Mitarbeiter*innen der Pflege gab es keine Ansprache des Themas (Z 246-249). Die Führungskräfte haben sich mit der Thematik Assistierter Suizid auseinandergesetzt (Z 246-249) B1: *„...beschäftigt sich mit sowas natürlich als Führungskraft. Also die Heimleitung und ich, wir haben uns da relativ viel schon damit befasst. Die Pflegenden selber die wissen das eigentlich nur aus Medien.(...) Was , was da so in Zukunft auf uns zukommt.“* Eine Information der Mitarbeiter*innen fand noch nicht statt. (Z 796-799)

Bei zwei der vier Interviewpartner*innen hat sich der Träger noch gar nicht dazu geäußert, ob der Assistierte Suizid in der Einrichtung durchgeführt werden darf oder nicht. (Z 223-225 und Z 443-445) Bei einer Interviewpartner*in ist die Durchführung seitens des Trägers gestattet (Z 890-893) und bei einer Interviewpartner*in hat der Träger sich derzeit noch dagegen ausgesprochen (Z 639).

Bei zwei der Expert*innen fanden in den letzten 3 Jahren in den Einrichtungen jeweils ein Suizid statt. Somit haben diese Personen ihr Selbstbestimmungsrecht eingefordert und sind selbst zur Tat geschritten. Eine Expertin kann sich rückblickend vorstellen, dass die durchführende Person die Möglichkeit des Assistierte Suizid durchaus ansprechen hätte können (Z 64-66).

Assistierter Suizid ist aktuell kein Thema. Gemäß der Expert*innen ist eine gute Versorgungssituation der Bewohner*innen gewährleistet (Z 351-352 *“Aber da das hier nicht der Fall ist und es allen gut geht. Ist das jetzt kein Thema.“*

Die Informationslage der Mitarbeiter*innen, der Bewohner*innen (Z348-349), als auch der Angehörigen (Z399-400) ist noch gering.

Der Informationsstand ist durch den Mehraufwand durch Corona und der aktuellen allgemein Personalsituation beeinflusst. Es fanden proaktiv keine Informationsweitergaben an Bewohner*innen, Angehörige oder die Mitarbeiter*innen (Z 796-799) statt.

Das Management ist durch Personalsituation und durch Corona-Situation gefordert gewesen (Z 248-256) „Das ist alles zu Coronasachen. Wir sind so weit hinten, wir sind mit allem Hintennach. Wir sind mit Dienstbesprechungen so weit hinten. Wir haben zu wenig Fortbildungen gemacht, weil weißt eh mit den ganzen Corona nicht möglich war. Ich denke das ist jetzt so ne Sache. Bissal a Fluktuation.“ Und (Z 258-259) B1: „Jo, da kannst nur schaun, heute, morgen, übermorgen. Dann fällt dir eine Pflegekraft aus. Dann geh ich mit in die Pflege“.

Gemäß Expert*innen ist die Anzahl der dementiell erkrankten Personen in der stationären Langzeitpflege hoch. Dadurch ist die für Errichtung einer Sterbeverfügung erforderlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit oftmals nicht gegeben (Z 41-44) B1: „.... weil die Person muss erst mal entscheidungs- und urteilsfähig sein, seien wir uns ehrlich, im Seniorenwohnheim haben wir Bewohner die zu 80% dement sind, also ist das mit der Entscheidungsfähigkeit eh schon ad Acta gelegt, ...“. Siehe auch (Z 489) B2: „also unsere, unsere Bewohner, von 35 haben 35 Demenz.“

Eine Expertin gab an in ihrem Tätigkeitsbereich viele Karzinompatienten zu haben (Z 705-706) B4: „....zur Zeit haben wir lauter Karzinompatienten, auf der Station,....“ .

Der Bedarf kann sich zukünftig durch die neue Möglichkeit zur Errichtung einer Sterbeverfügung verändern. Auch wenn nicht beherrschbare Symptome auftreten (Z 350-355) B1: „Das wäre wieder was anderes. Krebserkrankung schreitet immer weiter fort, sagen wir haben eine mit Brustkrebs mit exulzierendes Mama Karzinom, was ewig auf ist, was extrem stink, wo die Geruchsbelastung, für die Pflege für die Bewohner selber. Da glaub ich wären die Dinge, wo man darüber nachdenken würde. Aber da das hier nicht der Fall ist und es allen gut geht. Ist das jetzt kein Thema.“ Oder wenn Bewohner*innen mit schweren fortschreitenden Erkrankungen aufgenommen werden (Z 990-992) B3: „...wir wissen ja nicht was die Zukunft bringt, aber ich glaub unsere Bewohner, wir haben keine Jüngeren mit so schweren Erkrankungen, wie ALS oder so. momentan.“

K2: Assistierter Suizid - Begleitung bei Durchführung

Die Expert*innen sehen bei der zukünftigen Umsetzung in den Einrichtungen eine Herausforderung darin, eine begleitende Person zu rekrutieren. (Z 268-271) „B1: Also ob das bei uns nicht möglich ist, will ich jetzt nicht sagen, aber ich bin eher es ist total schwierig. Die Leit(...) praktisch zu bekommen die diesen, ah, diesen, diese Assistenz

übernehmen. Also das finde ich, finde ich die Schwierigkeit bei dem Ganzen. Schwierig.“ Diese Bedenken gibt es auch betreffend der Begleitung auf die ärztliche Seite. Es wird vermutet dass es auch hier eine Herausforderung ergeben wird (Z 84-86) B1: *„Weil durch, erstmal muss du diese zwei Ärzte haben, die dieses Urteil abnehmen. Keine bei uns in (Ort) ehrlich gesagt, kann ich mir nicht vorstellen, weil die so konträr sind. Der eine sagt leben, der eine sagt sterben.“*

Die Expert*innen sehen Bedarf der Klärung der Vorgangsweise, wenn die Durchführung mit Komplikationen behaftet ist. (Z 1061-1064) B3: *„Dann kommt der Tag und er nimmt da Mittel ein, ich mein, es ist ja nicht gesagt, dass das auch ohne Probleme abläuft. Was ist, wenn das nicht funktioniert. Weiß ich nicht, er nicht alles schluckt, oder erbricht, was macht ma dann.“*

K3: Assistierter Suizid- Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung

Als Ausgangspunkt für die Umsetzung ist es erforderlich, die Grundhaltung der Träger zu kennen, ob der Assistierte Suizid in den Einrichtungen stattfinden darf (Z 443-445) Die Expert*innen äußern Unsicherheiten der Mitarbeiter*innen betreffend der rechtliche Situation (Z 724-730) B4: *„..., weil viele Angst haben rechtmäßig. Weil ein assistierter Suizid und, und, und, und Mord, das ist so knapp zusammen ja. Und man weiß nicht, okay, welche Voraussetzungen braucht man dazu. ah, weil so in der Schweiz da müssen glaub ich 8 oder 10 Gespräche mit verschiedenen Psychologen und Psychiatern, dass das mal genehmigt wird, ja. Und gut(...) wenn jemand in der Familie die Nase nicht passt, dann gib ich das unter den Decknamen assistierter Suizid und fertig. Da trauen wir uns nicht drüber.“*

Auch eine Unsicherheit in der Reaktion bei geäußerten Sterbewünschen ist hinsichtlich der neuen Option Assistierter Suizid gegeben (Z 819-823) B4: *„Ja. Weil wenn es jemanden schlecht geht, ja, psychisch schlecht geht, hat die Neigung zu sagen, ich, ich will sterben, ja, will es aber eigentlich gar nicht, ja, Und wenn ich mir denk okay er äußert das, dann tritt das ein und in dem Moment mags aber nicht mehr, ja, sondern will weiter leben, ich bin ma total ´, ich tät ma das eigentlich persönlich nicht wirklich trauen.“* Oder (Z 958-960) B3: *„Ahm, ja assistierten Suizid, ja dann, dann muss man genauer hinschaun, dann muss man schaun, warum sagt er das, was ist der Grund das haben wir jetzt noch nicht gehabt, aber da brauchts noch viel Information.“*

Die Mitarbeiter*innen brauchen eine Möglichkeit der ethischen Auseinandersetzung mit den eigenen Werten und Haltung (Z 1053-1057). Fallbesprechungen oder Palliativsitzen stellen einen möglichen Rahmen zur Durchführung dar (Z 1051-1052). Die Wahrnehmung über die Entscheidung über Leben und Tod wird wahrgenommen, da der Mensch ja jederzeit seine Meinung ändern kann (Z 830-831) B4: *„...kann eigentlich von einer Sekunde auf die andere die Meinung ändern.“* Z (835) B4: *„Naja da entscheide ja ich ob der da stirbt oder nicht. ja.“*

Die Entscheidung bei Assistiertem Suizid zu begleiten, muss freiwillig erfolgen. Denn der Assistierte Suizid ist ein ethisch forderndes Themengebiet. Es können Mitarbeiter*innen mit dem Thema gut umgehen, andere wollen damit nicht konfrontiert werden. Die Freiwilligkeit ist daher wesentlich. (Z 341-343) B1: *„also ich glaube, wenn das nicht wäre. Dann gibt es in der Pflege einen größeren Umbruch. Wenn das jeder praktisch, wenn das Aufgabengebiet jedes zählen sollte, glaub ich war das eher ginge der Schuss eher nach hinten...“*

Es ist Bewusstsein schaffen, dass der Wunsch nach Suizid gemäß dem Selbstbestimmungsrecht zu akzeptieren ist. (Z 1123-1126) B3: *„Okay, ja. Wenn ein Mensch sich für den Assistierten Suizid entscheidet, weil er so krank ist, dass es keine Behandlung mehr gibt oder will keine Therapie mehr, weil die so belastend ist., dass austherapiert ist und klar ist der Tod kommt, (...) weil sein Leidensdruck so groß ist, dann hat er auch das Recht das machen zu können.“*

In der Umsetzung benötigen Mitarbeiter*innen Unterstützung der Führungskräfte. Dazu müssten klare Richtlinien und die rechtlichen Unsicherheiten geklärt sein (Z 591-595 und Z 732-733). Es wird die aktuelle Gesetzeslage als Grauzone wahrgenommen (639). Es braucht klare Regeln, welche aktuell noch nicht vorhanden sind (Z 723-733). Dazu erfordert es Gespräche mit den betreuenden Ärzt*innen (Z 748-751) B4: *Das was fehlt ist die Richtlinie, was brauche ich alles dazu. Da sind Gespräche notwendig. Ob wer von auswärts kommen muss. Was ich was ich hoffe, dass es so ist, ja, einfach Informationen wo man dann eigentlich ah, (...) auch mit den Ärzten rede kann.*

Das Informationsangebot für die Bewohner*innen muss freiwillig erfolgen. Eine Ablehnung des Informationsgespräch ist zu akzeptieren. (Z331-333) „B1: *Ah, dann ist es so, denk ich mir, dass die Person bestimmen kann, die meist kann sich das jeder einmal anhören, aber wenn einer sagt, dass ist mir einfach alles zu viel, das will ich nicht. Dann denk ich mir, dann soll jeder das Recht haben zu sagen okay das würde für mich*

niemals in Frage kommen. Ein anderer sagt vielleicht ich will mehr erfahren, ein anderer sagt ich will davon gar nichts hören. Aber das glaub ich, das wird die Zeit bringen.“

K4: Palliative Care- Maßnahmen der Umsetzung

Alle Expert*innen gaben an Palliative Care in ihren Einrichtungen umzusetzen. Die Expert*innen beschreiben über eine gute palliativen Versorgung in ihren Einrichtungen zu verfügen (Z 400-401) B2: *„...Also mir haben eine super Palliativbetreuung, ah, (..) ja, des heißt sie bekommen bei uns natürlich alles was sie brauchen...“*

Zentral ist dabei die Lebensqualität zu erhalten oder wiederherzustellen (Z 997-999) B3. Die Begleitung und Betreuung erfolgt individuell (Z 151-152) B1: *„Ich mein du kannst sowieso nur individuell auf jeden einzelnen gestalten, aber, weißt eh im Groben und Ganzen.“*

Der Vorsorgedialog wird bei zwei der vier Expert*innen in der Praxis eingesetzt. Eine Expertin gibt an in Kürze mit dem Einsatz zu beginnen (Z 175) B1: *„...an Hand des Palliative Care Projekts als nächstes, nehmen wir ab jetzt in Angriff. (...)“*

Der Vorsorgedialog wird angeboten, eine Ablehnung des Angebotes wird akzeptiert. (Z 641-643) B4: *„Wenn jemand sagt er will in Ruhe gelassen werden, dann wird er auch in Ruhe gelassen.“*

Das Selbstbestimmungsrecht der Bewohner*innen wird in der Praxis wahrgenommen (Z 1001-1003). Entscheidend in der Betreuung ist der Wille des Bewohners / der Bewohnerin, welcher als zu akzeptieren gilt (Z 285-287) B1: *„Es wird einfach vor (...), was ich einfach wichtig finde, was bei uns eigentlich gelebt wird. Es wird das gemacht, oder anders gesagt es wird versucht das umzusetzen was den Bewohner will.“* Oder (Z 687-688) B4: *„Dass sie keine medizinische Maßnahmen mehr wollen.“*

Die Beziehungsarbeit ist ein wichtiger Punkt in der Betreuung (Z 323-324) B1: *„...weiß man relativ viel von einander, weil man die Leute eigentlich gut kennt...“* „Lebensgewohnheiten, Vorlieben.“

Die Expert*innen gaben an, alle Mitarbeiter*innen durch Schulungen zu Palliativ Themengebiet geschult zu haben (Z 897-900). Dadurch wurde eine Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen erreicht (Z 694) B4: *„Na es ist sensibilisiert worden das Ganze.“* Einzelne Mitarbeiter*innen verfügen über spezialisierte Ausbildungen im Palliativ Sektor (Z 475) B2: *„Wir haben eine ausgebildete Palliativbegleitung,...“*, oder auch (Z 640-641) B4: *„weil ich ja die Palliativausbildung gemacht hab.“*

Es werden regelmäßig Teamsitzungen oder Dienstbesprechungen durchgeführt (Z 475-480), welche auch dazu genutzt werden die Kolleg*innen in der Praxis zu unterstützen.

Eine gute palliativmedizinische Betreuung ist gegeben. Eine Symptombehandlung wird in der Praxis umgesetzt (Z 510-518) B2: „*Wir fahren, ah, wir geben auch mit Perfusor, wird Vandal verabreicht, im hohen Maße, ah, (...) ja, mit Dormicum (...) so Palliativbegleitung und a sehr hohe Schmerzbekämpfung haben auf alle Fälle. (...) Und bei uns braucht keiner leiden oder keinen a Atemnot haben oder keiner sich fürchten, keiner Angst haben.*“ Schmerzen werden regelmäßig erhoben (Z 805-810)

Auch eine spirituelle (Z 704-705) B4: „*Dass eigentlich a Pfarrer auch wenn sie ohne Bekenntnis sind, wichtig ist am Schluss.*“) sowie sozialer Bedürfniswahrnehmung (Z 667 B4: „*...jetzt kommt seine Tochter regelmäßiger zu Besuch.*“) findet statt.

Ein Abschiednehmen der Angehörigen von den Bewohner*innen wird ermöglicht (Z 1024-1029).B4: „*das die Angehörigen dabei sein können und das Abschiednehmen auch wahrnehmen können.*“

Es findet eine regelmäßige Erhebung der Bedürfnisse statt (Z 814– 815) B4: „*... brauchen sie etwas, wollen sie was haben? Das machen wir täglich als Stationsleitung.*“

Es gibt in der Praxis keine Indikation für das Legen einer Ernährungssonde auf Grund von Nahrungsverzicht. (Z 534-535) B2: „*...aber dass wir jemanden schicken, weil halt einfach das Essen aufhört. (...) ah, (..) des damma eigentlich net.*“ (Z 530-531) B2: „*dass man das eigentlich abwendet. Weil das hat überhaupt keine Lebensqualität.*“

Die weitere Betreuung wird in Palliativgesprächen mit Ärzten geklärt und schriftlich festgehalten (Z 541-543).

Unnötige Krankenauseinweisungen werden weitgehendst vermieden (Z 525-526) B2: „*Na, des war eigenglich gar nicht. Ah, sprich mit Angehörigen, dass man das eigentlich abwendet. Des ist überhaupt keine Lebensqualität. Und kein Sinn mehr.*“

K5: Palliative Care- Sterbewünsche

Gemäß den Expert*innen sind Äußerungen mit dem Wunsch zu sterben täglich präsent (Z 426) B2: „*Genau, täglich sogar*“.

Alle Expert*innen gaben an, dass die ausgesprochenen Sterbewünsche oftmals ambivalent sind (Z 468-470) B2: „*Also bis jetzt noch nicht. Also meine Erfahrung ist, sie wollen alle sterben, wenn es wirklich soweit ist, dann wollen sie eigentlich eh net*

sterben. Ist schon meine Erfahrung damit.“ Er wird geäußert, jedoch dann doch nicht gewünscht. Körperlicher Leidensdruck kann zu Sterbewunschäußerungen führen. Schmerzen belasten die psychische Verfassung (Z 846-850) B4. „Wenn die Schmerztherapie nicht mehr greift, ja, und die Schmerzen so extrem sind, da sage ich ja, mit der, wenn es nicht mehr anderes mehr gibt. Also da bin ich sehr, sehr vorsichtig. Meist ist das eigentlich, ah eine psychische Überlagerung. Eine psychische Erleichterung“.

Sterbewunschäußerungen im geriatrischen Setting sind Ausdruck nach einem fehlendem Bedürfnis (Z 838-842) B4: *„...ist es so oder steckt da was anderes dahinter. Weil meistens ist es ein Hilfeschrei, ja, dass sie irgendwas braucht, der was haben möchte, oder irgendetwas ah, erledigen möchte, ja, was er nicht kann. Oder (Z 939-948) B3: „...das wer sagt er will nimmer, (...) dann muss man schau was ist los, da ist ein Bedürfnis dahinter. Hat er Schmerzen, Psychische, psychisch,(...) belastet ihn was dann setzt man sich hin hört zu vielleicht fehlt die Tochter“.*

Sterbewünsche werden mit Gesprächen und Zuhören aufgefangen (Z 951-956),(Z 433) B2: *„Ja man setzt sich hin, bietet Gespräche an und macht, man hört einfach zu...“*.(Z 944-945) B4: *„da setz man sich hin hört zu.(...).fragt nach“.*

Dabei wird das Bedürfnis identifiziert und anschließend können Maßnahmen zur Behebung gesetzt werden (Z 951-956) B3: *„Ahm, wichtig, ahm, ja dass man sich hinsetzt und nachfragt, was ist das Problem, sind es Schmerzen, nicht, (...) Sorgen, kann man das beheben,. Ja,(...) da geht ja auch um Wahrgenommen werden, zuhören wenn es Schmerzen sind, dann kann man da was tun, man kann auch die Angehörigen informieren, wenn sie die noch mal sehen wollen . Oft sagen sie wollen sterben aber dann wollen es nicht, weils keine Schmerzen mehr haben oder sonst was die Lebensqualität wieder hebt.“*

Wie in dieser Aussage der Expertin festgehalten, wird durch Erfüllung der Bedürfnisse, der Symtombehandlung, eine Steigerung der Lebensqualität erreicht (Z 945-948) B3: *„Weil da kann sich der Wunsch verändern, ist nicht mehr wichtig, wenn die Schmerzen weg sind... wenn die Schmerzen weg sind(...) da steigt die Lebensqualität. Das ist wichtig die Lebensqualität, ahm, wenn die Lebensqualität wieder gegeben ist dann ist vom Sterben a keine Rede mehr., wenn man das schafft.“*. Der anfängliche Wunsch zu sterben verblasst.

4.2.3 Beantwortung der Forschungsfrage eins:

1. Wie beurteilen Expert*innen aus Pflegeeinrichtungen die Thematik Sterbewünsche und den Wunsch nach Assistierten Suizid nach der gesetzlichen Legalisierung bzw. welche Veränderungen zu vorher sind festzustellen?

Es wurde von keiner der Expert*innen eine Veränderung in ihrem Arbeitsumfeld wahrgenommen (Z 392-393) B2: *„Nein, gar nicht. Also das ist bis zu uns noch gar nicht durchgedrungen. Es hat wirklich noch nie irgendwer gefragt.“*

Es gab keine Anfragen seitens der Bewohner*innen (Z 349-349) Mitarbeiter*innen (Z 246-249) oder Angehörigen (Z 242-243).

Dieser Umstand kann mitunter auch damit begründet werden, da in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen die Anzahl der dementiell erkrankten Menschen sehr hoch ist. (Z 41-44) B1: *„.....weil die Person muss erst mal entscheidungs- und urteilsfähig sein, seien wir uns ehrlich, im Seniorenwohnheim haben wir Bewohner die zu 80% dement sind, also ist das mit der Entscheidungsfähigkeit eh schon ad Acta gelegt, ...“*. Siehe auch (Z 489) B2: *„also unsere, unsere Bewohner, von 35 haben 35 Demenz.“*

Der Assistierte Suizid ist aktuell kein Thema da laut Expert*innen die Bewohner*innen sind gut versorgt daher kein Thema (Z 351-352) B2: *„Aber da das hier nicht der Fall ist und es allen gut geht. Ist das jetzt kein Thema.“* In den Einrichtungen der vier Expert*innen ist Palliative Care implementiert. Und laut den Expert*innen ist eine gute palliative medizinische Versorgung mit einer guten Symptomkontrolle gegeben (Z 512-516) B2: *„Wir fahren, also, bei uns ist wirklich jeder Hausarzt und das ist bei uns überhaupt kein Problem. Wir fahren, ah, wir geben auch mit Perfusor, wird Vencor verabreicht, im hohen Maße, ah, (...) ja, mit Dormicum (...) so Palliativbegleitung und a sehr hohe Schmerzbekämpfung haben auf alle Fälle. (...) Und bei uns braucht keiner leiden oder keinen a Atemnot haben oder keiner sich fürchten, keiner Angst haben. Also (...) Palliativsetting ist, ist bei uns wirklich auf 100%.“*

Aber es ist allen klar, dass sie sich dieser Zustand verändern kann und sie sich für die Zukunft vorbereiten müssen. Dazu braucht es zukünftig Schulungen (Z328-329). Und es braucht klare Regeln welche noch nicht vorhanden sind (Z 723-733).

Die Expert*innen sind sich bewusst, dass sie sich im Informationsrückstand befinden. Dieser Umstand ist damit zu begründen, dass einerseits keine Nachfrage gab, als auch das Management durch die Corona-Situation und der Personalsituation gefordert war (Z 248-256 und Z 985-986).

4.2.4 Beantwortung Forschungsfrage zwei:

2. Welche Empfehlungen sprechen Expert*innen zur professionellen Begleitung bei Sterbewünsche und beim Assistierten Suizid aus, die in weiterer Folge in die Entwicklung eines umfassenden Konzepts zur Begleitung von Menschen mit Sterbewünschen einfließen sollen?

Die Expert*innen erkennen einen Schulungsbedarf zur Thematik Assistierter Suizid und sprechen eine Empfehlung für die Durchführung von Schulungen zur Thematik Sterbewunsch und Assistierter Suizid aus. Ein großes Themengebiet dabei ist die rechtliche Sicherheit bei der Begleitung (Z 591-959) B2: *„ja, (...) ja was brauchen sie Unterstützung von meiner Seite und Aufklärung was das eigentlich ist, wie das im Haus funktioniert, was es für einen Sinn hat und ganz wichtig, was für rechtliche (18:55) ah, wie ist es rechtlich abgeklärt und abgesichert. Also das ist ihnen mit Sicherheit ganz , ganz wichtig, weil die erste Frage ist sicher, darf ich das und passiert ma do eh nix, wie läuft des ganz genau ab.“* Weiters sehen sie eine Stellungnahme des jeweiligen Trägers, ob in der Einrichtung Assistierter Suizid durchgeführt werden darf, erforderlich, um weitere Schritte setzen zu können (Z 1043-1046). Die Begleitung beim Assistierten Suizid sehen sie nicht als prinzipielles Aufgabengebiet der Pflege (Z 341). Die Expert*innen nehmen die Begleitung als ethisch herausfordern wahr und plädieren daher auf Information, Diskussion und Freiwilligkeit bei der Begleitung. Mitarbeiter*innen die Schwierigkeiten mit der Begleitung haben, dürfen dies auch mitteilen (Z 337-339). Weiters plädieren sie zu einer Schulung im Umgang mit Sterbewünschen, um eine professionelle Begleitung bei Sterbewünschen bieten zu können (Z 325-329). Eine multiprofessionelle Abstimmung ist der betreuenden Berufsgruppen ist erforderlich (Z 748-751) B4: *„Das was fehlt ist die Richtlinie, was brauche ich alles dazu. Da sind Gespräche notwendig. Ob wer von auswärts kommen muss. Was ich was ich hoffe, dass es so ist, ja, einfach Informationen wo man dann eigentlich ah, (...) auch mit den*

Ärzten rede kann“. Es braucht für die Umsetzung klare Richtlinien und Unterstützung und Raum für Austausch in Form von Filmbesprechungen und Sitzungen (Z 1051-1052) B3: *„Ja da braucht es den Raum für Fallbesprechungen, und Palliativsitzungen zum Beispiel, ja weil das macht ja was mit den Leuten, denk ich mir.“*

Da die Ausführung eines umfassenderen Konzepts den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, gibt die Autorin nachfolgend einen Konzeptentwurf ab, welcher auf den gewonnenen Erkenntnissen aus Theorie (Literaturrecherche) und Praxis (Expert*inneninterviews) aufbaut und in weiterer Folge für ein umfassenderes Konzept herangezogen werden kann.

Um Empfehlungen für die Erstellung eines Konzeptes abgeben zu können wird nachfolgend die Bedeutung des Wortes Konzept angeführt.

Ein Konzept darf als ein strukturierter Entwurf verstanden werden, welcher das beabsichtige Ziel des Auftrages sowie Informationen über verschiedene Merkmale, Strukturen, Prozesse anführt. Ein Pflegekonzept dient als Rahmen der Orientierung (Löser, 2008, S. 12). Nachfolgend sind die gewonnenen Erkenntnisse in einem Konzeptentwurf abgeleitet worden, welcher als Orientierungsrahmen für die mögliche Erstellung eines umfassenderen Konzepts dienen soll:

Eckpunkte eines Pflegekonzepts zur Betreuung von Menschen mit Sterbewünschen und Wunsch nach Assistierter Suizid

- Problemlage
- Ziel
- Vorgaben des Trägers
- Theoretischer Hintergrund
 - Definition: Sterbehilfe
 - Assistierter Suizid
 - Sterbeverfügung
 - Rechtlicher Rahmen: Gesetz Sterbeverfügungsgesetz
- Sterbewünsche
- Palliative Care bei Sterbewünschen und Wunsch nach Assistiertem Suizid
 - Ethische Reflexion der Werte und Haltung der Pflegenden
 - Vier Schritte bei Äußerung von Sterbewunsch oder Wunsch nach Suizid
- Prozessablauf bei Begleitung Assistierter Suizid

- Allgemeine Rahmenbedingungen zur erfolgreichen Umsetzung (Schulungen; Fallbesprechungen, Supervision)
- Literaturempfehlungen zur Vertiefung

5 Ausblick und Diskussion

Zusammenfassend darf festgehalten werden, dass die Thematik Assistierter Suizid im stationären Langzeitpflegebereich noch nicht angekommen ist. Es gab bei keiner der Expert*innen Nachfragen dazu. Weder Angehörige, Bewohner*innen selbst oder Mitarbeiter*innen haben sich dazu geäußert oder Informationen eingefordert. Die Expert*innen haben die bis dato geringe Relevanz des Themas „Assistierter ‚Suizid“ mit einer hohen Anzahl von demenziell erkrankten Menschen in den Einrichtungen verbunden. Demenziell erkrankte Menschen haben Einschränkungen in ihrer Einsicht- und Urteilsfähigkeit, wodurch die Möglichkeit eine Sterbeverfügung zu errichten, nicht gegeben ist.

Erfreulicherweise hat Palliative Care im stationären Langzeitpflegebereich Einzug gehalten. Alle Expert*innen gaben an, eine gute palliative Versorgung bieten zu können. Es findet neben der Symptomkontrolle (Schmerz, Angst, Atemnot etc.), auch eine umfassende Betreuung im Sinne von Palliative Care statt. Dazu gehört neben der Behebung von körperlichem Leid auch die soziale wie auch spirituelle Betreuung. Der Einsatz von Instrumenten der Vorrasschauenden Planung kann noch weiter angeregt und vorangetrieben werden. Damit die betreuenden Pflegekräfte und die Angehörigen bei ethischen Entscheidungen weiter Unterstützung erhalten.

Sterbewünsche sind im geriatrischen Setting vorhanden, wobei die Ursache von Sterbewünschen unterschiedlich begründet ist. Sie können auf Grund von körperlichen Beschwerden, wie Schmerz, aber auch auf Grund von seelischen „Schmerzen“ artikuliert werden. Es ist wichtig diesen Sterbewünschen Gehör zu schenken. Erst wenn der Grund bekannt ist, kann die Ursache bearbeitet werden. Denn werden die Beschwerden (Schmerzen, Angst und soziale Nöte etc.) behoben, steigt die wahrgenommene Lebensqualität. Wodurch der Wunsch zu sterben beeinflusst wird und in der Regel verblasst. Jedenfalls muss eine Differenzierung von Sterbewünschen von tatsächlichen Anfragen nach Assistiertem Suizid unterschieden werden. Ist tatsächlich der Wunsch nach Assistiertem Suizid gegeben, braucht es eine Regelung für die weitere

Vorgehensweise. Dazu sollten sich alle Mitarbeiter*innen auf einem guten Informationsstand befinden. Um eine professionelle Begleitung bei Assistiertem Suizid bieten zu können, braucht es eine ethische Auseinandersetzung mit der Thematik. Es müssen die eigene Werte und Haltungen in den Hintergrund treten, da der Wille des sterbewunschäußernden Menschen einzig und allein zählt. Jeder sterbewillige Mensch hat das Recht sich selbstbestimmt für den Tod zu entscheiden.

Daher ist das Management im stationären Langzeitpflegebereich gefragt, die Mitarbeiter*innen zu schulen und entsprechende, an die Einrichtung abgestimmte Konzepte zu erstellen. In dieser Arbeit hat die Autorin einen Konzeptentwurf erarbeitet, welcher für die Erstellung eines umfassenderen Konzepts herangezogen werden kann. Die Autorin empfiehlt zusätzlich eine Schulung zum Thema Sterbewünsche, um bei Sterbewunschäußerungen eine individuelle, professionelle Betreuung bieten zu können. Es gibt weiteren Forschungsbedarf bezogen auf das neue Sterbeverfügungsgesetz. Durch eine Erhebung der bei der Umsetzung entstandenen Herausforderungen, können etwaige Lücken im neuen Sterbeverfügungsgesetz identifiziert werden. Aber das absolut Wichtigste auf politischer Ebene ist der weitere Ausbau der Palliativversorgung in stationären Langzeitpflegebereich in Österreich. Bei einer professionellen palliativmedizinischen Versorgung mit Symptomkontrolle, einer professionellen Begleitung treten Suizidabsichten in den Hintergrund, wodurch eine Suizidprävention erreicht wird.

Aber Palliative Care kostet Geld und benötigt Zeit. Zeit für Gespräche, Zeit fürs Zuhören, Zeit um individuelle Bedürfniserfüllung zu ermöglichen. Es ist unweigerlich erforderlich die palliative Versorgung in den stationären Langzeitpflegebereich weiter auszubauen. Da dadurch oftmalige Krankenhauseinweisungen am Lebensende oder aggressive Behandlungen, aber vor allen unnötiges Leid verhindert wird.

6 Literaturverzeichnis

Bioethikkommission. Bundeskanzleramt Österreich (2011) *Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende*. Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt

Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hg) (2005). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. 2. Auflage. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hg) (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. 1. Auflage, Wiesbaden. Springer VS Verlag.

Diakonie Evangelischer Fachverband End-of-Life-Care (ohne Jahr). *Bin ich so frei. Arbeitshilfe zum Thema: Assistierter Suizid für Einrichtungen der Diakonie*. Nürnberg https://www.hilfe-im-alter.de/images/dmo/hia/seelsorge/pdf/Arbeitshilfe_Assistierter_Suizid.pdf [Abruf am 03.07.2022]

Feichtner, A. (2018). *Palliativpflege für Pflege und andere Gesundheitsberufe*. 5. Auflage. Wien. Facultas.

Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 5. Auflage. Hamburg. Rowolt-Verlag.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. 4. Auflage. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gockel M. (2020). *33 Fragen – 33 Antworten Sterbehilfe*. München. Piper Verlag GmbH.

Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung*. 4. Auflage. Basel. Beltz Verlag.

Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. 5. Auflage. Basel. Beltz Verlag.

Löser, A.P. (2008). *Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege. Leicht und sicher selbst erstellen: Schnell, leicht und sicher*. Hannover: Schülersche.

Mayer, H. (2011). *Pflegeforschung anwenden. Elementares Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. 3. Auflage. Wien. Facultas-Verlag.

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11. Auflage. Basel. Beltz Verlag.

Nationaler Ethikrat (2006). *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme*. Nationaler Ethikrat

https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf [Abruf 4.1.2022]

Österreichische Palliativ Gesellschaft (2021). *Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid*. Langfassung, Living Dokument – Stand Dezember 2021.

https://www.palliativ.at/index.php?eID=tx_securedownloads&p=17&u=0&g=0&t=1641952950&hash=d75bdb2dbdc990bef88a85576fac6a7056583220&file=/fileadmin/redakteur/ASS/OPG-Handreichung_AS_Langversion.pdf

[Abruf am 3.1.2022]

Österreichische Palliativ Gesellschaft (2022). *Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid*. Langfassung, Living Dokument – Stand 25 Jänner 2022.

https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/opg_paper_as_25.1.2022.pdf [Abruf am 03.07.2022]

Schirmer, D. (2009). *Empirische Sozialforschung*. 1. Auflage. Paderborn. UTB-Verlag.

Zeitschriften:

Halmich M. (2021). VfGH lockert Sterbehilfe – wie geht es nun weiter? *Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht (ÖZPR)*, 1, 14-17. https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Aktuell/Sterbehilfe_OEZPR_Halmich_Heft_1_2021.pdf [Abruf am 3.8.2022]

Jox R. (2019). Sterbewünsche alter Menschen im Pflegeheim. *Palliative Geriatrie*, 01/2020, 12-13.

https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2020/04/palliative-ch-2020.02_Ralf-Jox_dt.pdf [Abruf am 03.07.2022]

Moser M. (2015) Sterbehilfe. *löThE Argumentarium (1)*, Institut für öffentliche Theologie und Ethik der Diakonie, S. 1-8.

https://ausbildung.diakoniewerk.at/sites/default/files/mediathek/ioethe_argumentarium_final1.pdf [Abruf am 3.1.2022]

Internet:

Scherzer A. 7.2.2022. Das neue Sterbeverfügungsgesetz ist in Kraft (<https://www.weka.at/news/Recht-Steuern/Zivilrecht/Das-neue-Sterbeverfuegungsgesetz-ist-in-Kraft>). [Abruf am 03.07.2022]

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Grafik (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021, S. 6)..... Seite 10

Österreichische Palliativ Gesellschaft (2021). *Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid*. Langfassung, Living Dokument – Stand Dezember 2021.

https://www.palliativ.at/index.php?eID=tx_securedownloads&p=17&u=0&g=0&t=1651846822&hash=76c4d3658e3bb88ae39f39361a403c8fcd8cc3f5&file=/fileadmin/redakteur/ASS/OPG-Handreichung_AS_Langversion.pdf

[Abruf am 03.09.2022]

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Eigenen Darstellung der KategorienSeite 24

Anhang

Kategoriensystem

Inter- viewzeilen- nummer	Interviewzeile	Paraphrase	Generalisie- rung	Reduktion
38-40	B1: Ah, bei uns des jetzt eigentlich noch gar nicht weil die Gruppen, die bei uns hier pflegen die sind einfach (..) jo (...) Ich glaub einfach dass a noch ein bissl a anderes geschehen	Bei uns keine Nachfrage, weil unser Gruppe nicht	In der Praxis thematisiert Derzeit gab es noch keine Anfragen	K: Assis- tierter Sui- zid - Bedarf ak- tuell
39-45	B1:.....dass sie sich jetzt für so- was entscheiden würden und im Endeffekt nicht entscheiden können, weil die Person muss erst mal entschei- dungs- und ur- teilsfähig sein, seien wir uns ehr- lich im Senioren- wohnheim haben wir Bewohner die zu 80% dement sind, also ist das	Die Anzahl der entscheidungs- und urteilsfähi- gen Menschen in Seniorenhei- men ist nicht hoch, viele sind an Demenz er- krankt, nicht ent- scheidungsfähig	Anzahl der De- menz ist hoch Relevanz des Themas in Pfl- egeheimen ist noch niedrig	K: Assis- tierter Sui- zid - Bedarf aktuell

	mit der Entscheidungsfähigkeit eh schon ad Acta gelegt, fortge- schr... Also wenn man das macht muss eine fortge- schrittene Erkran- kung sein, ahm , haben wir eigent- lich auch nicht im Seniorenheim, ah, sind einfach nur die Alters- rechtliche Dinge die die Bewohner			
64-66	B: Also, wenn ich des im nach- hinein Revue passieren lasse, denk ich mir, war denk ich mir, war des sicher a ein Kandidat, (...) wo ich jetzt sagen könnte, bei dem hätt ich mir vor- stellen können, dass er um sowas bittet.	Es gibt Bewoh- ner welche Sui- zid gewünscht hätten. Gab einen Kan- didaten, der hätte vielleicht darum geben	Bedürfnis Selbstbestimmt zu sterben war da	K: Assis- tierter Sui- zid - Bedarf ak- tuell
70-73	B1:Es ist aber im Krankenhaus nie was dabei raus- gekommen, dass bei ihm was	Bewohner hat Beschwerden. Ursache wurde nicht gefunden, hat Suizid	Suizid wurde von Bewoh- ner*in im Haus gemacht	K: Assis- tierter Sui- zid - Bedarf ak- tuell

	bösartiges , obwohl ich das Gefühl hab im Endeffekt hat er irgendwas gespürt der hat sich dann an diesem 14.5. aus dem 3. Stock gestürzt(..) des finde ich einfach makaber, (::.) das finde ich voll schlimm	begangen, dies macht Personal betroffen	Betroffenheit des Personals gegeben	
80-81	B1: ...und do denk i mir für so ne Person, für den wäre das vielleicht eine Hilfe gewesen	Wäre eine Hilfe gewesen	Assistierter Suizid als Alternative für Suizid	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell
81-82	B1:...Wenn es sowas gegeben hätte , nur muss ma auch so ne Person finden die das mit ihm durchführt, ne.	Muss man auch wen für sowas finden	Personen zu finden welche beim Assistierten Suizid begleiten ist schwer	K: Assistierter Suizid - Begleitung bei der Durchführung
84-86	B1:....Weil durch, erstmal muss du diese zwei Ärzte haben, die dieses Urteil abnehmen. Keine bei uns in (Ort) ehrlich gesagt, kann ich mir	Du musst zwei Ärzte finden, hier schwer, weil konträre Einstellungen gegeben	Ärzte zur Unterstützung finden ist schwer	K: Assistierter Suizid - Begleitung bei der Durchführung

	nicht vorstellen, weil die so konträr sind. Der eine sagt leben, der eine sagt sterben.			
87-90	B1:.....und dann musst du noch die Person sein, die es mit ihm trägt, ne. Es ist ja nicht damit abgetan du stellst ihm irgendwas hin und du verlässt das Zimmer. Sondern du bist dabei bis diese Situation praktisch zu Ende ist. Und das glaub ich, da jemanden zu finden, wird in Zukunft sehr, sehr schwer werden,	Jemand finden der unterstützt, man ist dabei bis zum Ende und die Situation trägt ist schwer	Personen, welche die Begleitung durchführen zu finden ist schwer Rekrutierung Personen für die Begleitung ist herausfordern	K: Assis- tierter Sui- zid - Beglei- tung bei der Durch- führung
96-104	B1: Ja, es hat mich. Am meisten hat mich das (...) es hat mich schon (...) äh (...) belastet. (...) aber andersrum denk ich mir, der (Name) hat es sich	Es hat mich belastet Andererseits, er hat es selbst ausgesucht Für ihn war es in Ordnung.	Suizid belastet Mitarbeiter*innen Tod wurde erreicht, hätte auch anders enden können.	K: Assis- tierter Sui- zid - Beglei- tung bei der Durch- führung

	<p>damals aus- sucht. Für Ihn war das, so wahr- scheinlich in Ord- nung und ich muss ehrlich sa- gen, ich bin ehr- lich gesagt nur froh, dass er es geschafft hat. Ich meine er hätte ein Pflegefall auch sein können, ne. Es ist zwar dritter Stock hoch aber es ist nebenbei riesen Grünflä- che. Und er hat es eigentlich ge- schafft auf dem schalen Gehweg aufzukommen, der asphaltiert war, ne. Ich meine wenn er auf dem Gehweg gelandet, ah ich mein auf dem Ra- sen gelandet wär, wer weiß ob das so ausgegangen war, ne.</p>	<p>Bin froh dass er es geschafft hat, und kein Pflege- fall ist,</p>		
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	--	--

120-123	B1:... tut mir voll leid für ihn, aber (...) weil das der Weg war.... Aber das praktisch zu machen, wo ich nicht weiß wie es ausgeht, weil bei diesem assistierten Suizid weißt du wie es ausgeht, ah, und das hat er eigentlich nicht gehabt und des finde ich einfach so schlimm.	Er tut mir leid. Suizid praktisch gesetzt ohne Ende sicher zu wissen das ist schlimm	Belastung durch ungewisses Ende bei Suizid	K: Assistierter Suizid Bedarf aktuell
132 -135	B1: Na da ist, na da ist noch gar nichts. Weißt, da müsste man mal wirklich mit den Ärzten reden. Mit ihnen ein Einkommen haben, da setzt ma uns mal zusammen und wie ist eure Meinung dafür, aber so wie unserer Ärzte die hier in (Ort) sind , sind sie für das Thema auf auf jedes	Es muss mit Ärzten gesprochen werden, Einkommen gemacht werden	Regelungen mit Ärzte*innen festlegen	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell

	Thema zugänglich			
140-147	<p>B1: Und ja HPCPH Projekt das hat nicht nur die Pflege geschult, das haben alle gemacht, Reinigung, Heimhilfen, Küche, Hausmeister. Angehörige teilweise dabei gehabt geschult, oder praktisch, also was unser Projekt eigentlich am Schluss da gewesen, dass wir den Leitfaden gemacht haben, vom Einzug des Bewohners ins Heim,(..). ahm, (...) bis zum Ableben eigentlich. Was, was das Handling mit Palliative Care, die Kommunikation, die Symptomkontrolle. Das ganze Pflege Handling, ganz wichtig die</p>	<p>HPCPH wurden Mitarbeiter aller Bereiche geschult, Leitfaden erstellt, mit Information und zu Palliativ Care, Kommunikation und Symptomkontrolle Gespräche Angehörigenbetreuung</p>	<p>Palliative Betreuung wird umgesetzt</p>	<p>K: Palliative Care - Maßnahme der Umsetzung</p>

	Gespräche, die Angehörigengespräche und eigentlich auch das Ableben des Bewohners.			
156-161	B1:...die sind dann bei uns in ihrem letzten Abschnitt, sollen ihren Lebensabend so gut wie möglich erleben können. Und ich weiß nicht ob die PEG-Sonde für den letzten Lebensabend eine Lebensqualität je bietet, na h.(...) und es ist dann immer so schade, dass die Leute immer sagen, dass will ich eigentlich nicht, nur hat eigentlich jeder von uns mal, ich mein wir müssen uns selber nehmen, ich mein du wirst selber genauso	Bewohner sollen Lebensabend gut erleben können. PEG Sonde bietet keine Lebensqualität	Lebensqualität erhalten	K: Palliative Care UK: Maßnahme der Umsetzung

	keine Patientenverfügung haben.			
151-152	B1: Ich mein du kannst sowieso nur individuell auf jeden einzelnen gestalten, aber, weißt eh im Groben und Ganzen	Individuell gestalten,	Individuelle Begleitung und Betreuung	K: Palliative Care - Maßnahme der Umsetzung in der Praxis
174-176	B1: Na, Vorsorgedialog nicht, aber das machen wir aber jetzt, dass haben wir , ahm, an Hand des Palliative Care Projekts als nächstes, nehmen wir ab jetzt in Angriff . (...) Weil das ist und eigentlich relativ wichtig	Vorsorgedialog machen wir nicht . Ist als nächstes geplant Ist wichtig	Vorsorgedialog ist in der palliativen Versorgung wichtig	K: Palliative Care - Maßnahme der Umsetzung in der Praxis
223-225	I: okay. (Trägername) und sind da Vorgaben gegeben, ob das erlaubt in eurem Haus oder nicht. B1: Nein	Träger hat keine Vorgaben zu Assistierten Suizid	Informationsbedarf: Positionierung des Trägers ist ausreichend	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell
228-230	Nein, eigentlich überhaupt nicht. Es ist einfach, ja die Umgebung	Öffentlichkeit hat keine Fragen zu Assistierten gestellt	Keine Nachfrage bisher	K: Assistierter Suizid

	her, das ist einfach noch, ja, noch ein gelobtes Land. Also da ist das (...) sicher nicht so vertreten wie in der Stadt.			- Bedarf aktuell
230-234	Eine Stadt ist damals der erste Fall, ist ja diese 57jährige Frau die da (...) den Suizid eigentlich auf Grund ihrer Behinderung im Rollstuhl mitgemacht hat. Ich meine da, wie das im April war, da war das im (Name der Region) gar nicht zur Sprache. Obwohl das eigentlich eh schon (...) praktisch in aller Welt (...) präsent war, ne.	Assistierter Suizid kam nicht zur Sprache, obwohl in alle Welt schon präsent	Nachfrage generell	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell
242-243	I: ah, (...) von den Angehörigen selber, ist da was gekommen, oder ne Bewohnern? B1:	Bewohner und Angehörige auch keine Informationen zu	Nachfrage durch Angehörige Bewohner*innen nicht gegeben	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell

	Haben wir das Thema auch nicht gehabt.	Assistierter Suizid verlangt		
246-249	B1: Ja, okay. Damit beschäftigt sich mit sowas natürlich, als Führungskraft. Also die Heimleitung und ich, wir haben uns da relativ viel schon damit befasst. Die Pflegenden selber die wissen das eigentlich nur aus Medien.(...) Was , was da so in Zukunft auf uns zukommt	Führungskraft beschäftigt sich mit dem Thema, viel damit befasst. Mitarbeiter noch nicht	Information Auseinandersetzung im Bereich der Mitarbeiter*innen ist noch nicht erfolgt Informationsbedarf wurde von den -Mitarbeiter*innen noch nicht ausgesprochen M	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell
249-256	B1: Das ist alles zu Coronasachen. Wir sind so weit hinten, wir sind mit allem Hintennach. Wir sind mit Dienstbesprechungen so weit hinten. Wir haben zu wenig Fortbildungen gemacht, weil, weißt eh mit den	Wegen Corona bremsen ein, vieles war nicht möglich, Personalfluktuation gibt es. Pensionsantritt, Schwangerschaften Personalmangel Nachbesetzen ist schwer	Information Personalsituation beeinflusst Wissenstand und Informationsbedarf bei Neuerungen	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell

	<p>ganzen Corona nicht möglich war. Ich denke das ist jetzt so ne Sache. Bissal a Fluktuation mit Personal drinnen gehabt, obwohl lang jetzt eigentlich kein Wechsel war. Aber jetzt viele Schwangerschaften, viele Personaleintritte(16:44) Ich hab Leute gehabt die jetzt 35 Jahre im Haus gehabt habe, Die gehen jetzt in Pension. Ich meine do jetzt do nachzubesetzen ist nicht so leicht in der heutigen Situation , nö,</p>			
258-260	<p>B1: Jo, da kannst nur schaun, heute, morgen, übermorgen. Dann fällt dir eine Pflegekraft aus. Dann geh ich mit in die Pflege. Ich mein ich hab kein</p>	<p>Pflegekräfte fallen aus. PDL vertritt, dadurch bleibt PDL Arbeit hinten</p>	<p>Personalsituation beeinflusst Wissenstand und Informationsbedarf bei Neuerungen</p>	<p>K: Assis- tierter Sui- zid - Bedarf ak- tuell</p>

	<p>Problem damit. Ich geh voll gerne. Aber , Äh, (...) weißt eh (...) meine Arbeit das bleibt alles hinten.</p>			
268-271	<p>B1: Also ob das bei uns nicht möglich ist, will ich jetzt nicht sagen, aber ich bin eher es ist total schwierig. Die Leit(...) praktisch zu bekommen die diesen, ah, diesen, diese Assistenten übernehmen. Also das finde ich, finde ich die Schwierigkeit bei dem Ganzen. Schwierig.</p>	<p>Es ist schwierig Leute für die Assistenten beim assistierten Suizid übernehmen zu finden ist</p>	<p>Begleitung für die Durchführung beim assistierten Suizid finden ist eine Herausforderung</p>	<p>K: Assistierter Suizid - Begleitung bei Durchführung</p>
275-281	<p>B1: also (...) direkt darüber gesprochen haben wir nicht. Also ich hab bei mir ach jemanden arbeiten der im Nebenberuf, nebenbei noch ins Palliativ,</p>	<p>Direkt gesprochen wurde nicht, gibt Mitarbeiter die das nicht machen können und die das machen können</p>	<p>Begleitung beim assistierten Suizid durch Mitarbeiter*innen sollte freiwillig erfolgen</p>	<p>K: Assistierter Suizid - Begleitung bei Durchführung</p>

	<p>ah, Mitarbeiter, also da könnt ich mir schon vorstellen, dass dies a so eine Person ist, die da sagt ich kenn das ganze Für und Wider, mit dem hin und her aus und das die das machen würde. Aber so denk ich mir, die jetzt an das sind Schwestern dabei die sind froh, wenn sie ihre tägliche Arbeit machen. Und die machen sie super und korrekt. Also bei denen könnt ich mir nie vorstellen, dass sie sowas täten.</p>			
285-290	<p>B1: Es wird einfach vor (...), was ich einfach wichtig finde, was bei uns eigentlich gelebt wird. Es wird das gemacht, oder anders</p>	<p>Es wird umgesetzt, was der Bewohner will, Angehörige haben nicht zu entscheiden egal wie das Verhältnis ist. Der</p>	<p>Selbstbestimmungsrecht wird wahrgenommen. De / die Bewohner*in entscheidet selbst</p>	<p>K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung</p>

	<p>gesagt es wird versucht das umzusetzen was den Bewohner will. Weil es ist ja oft so, dann sagen sie, fragen ma die Angehörigen. Die Angehörigen haben überhaupt nicht zu entscheiden. Egal wie gut oder schlecht das Verhältnis zum Bewohner ist. Das wär entscheidend, darf es lediglich der Bewohner.</p>	<p>Bewohner entscheidet</p>	<p>Der Wille wird akzeptiert</p>	
303-306	<p>Und der ist eigentlich würdevoll bei uns verstorben, und es ist uns auch eigentlich wichtig gewesen, weil er eigentlich immer auch gerne gegessen hat und wenn ich gar nix mehr esse und ich bekomme diese Magensonde, ich weiß</p>	<p>Er ist würdevoll gestorben, das ist wichtig gewesen. Wenn ich nichts mehr esse ist Magensonde keine Lebensqualität</p>	<p>Wille wird respektiert, Würdevolles Sterben wird ermöglicht Lebensqualität hat hohen Stellenwert</p>	<p>K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung</p>

	nicht ob das Lebensqualität ist			
320-324	B1: Ahm, Also die, der im Durchschnitt sind die Leut schon 10 Jahre locker da, Ganz wenige die erst seit 2 oder 3 Jahren da sin. Da weiß man schon relativ viel den Leuten. Die Leute kenne sich schon lange und da weiß man relativ viel voneinander. Weil man die Leute eigentlich gut kennt. Weil die Leute vom Ort kommen. Lebensgewohnheiten, Vorlieben.	Bewohner sind lange im Heim. Dadurch kennt man sie gut, kommen vom Ort, kennt man Lebensgewohnheiten, Vorlieben	Beziehungsarbeit unterstützt erfolgreiche Umsetzung Langjährige Betreuung ergibt Wissen über Bewohner*in	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung
328-329	B1: Also Aufklärungsbedarf muss jedenfalls mal sein. Gehört doch vielleicht doch mal eine Schulung her wie		Aufklärungsarbeit und Schulungen sind erforderlich	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung

	das HPCPH Projekt.			
331-333	<p>B1: Ah, dann ist es so, denk ich mir, dass die Person bestimmen kann, die meist kann sich das jeder einmal anhören, aber wenn einer sagt, dass ist mir einfach alles zu viel, das will ich nicht. Dann denk ich mir, dann soll jeder das Recht haben zu sagen okay das würde für mich niemals in Frage kommen. Ein anderer sagt vielleicht ich will mehr erfahren, ein anderer sagt ich will davon gar nichts hören. Aber das glaub ich, das wird die Zeit bringen.</p>	<p>Die Person bestimmt, hört sich an, wenn zu viel ist, dann hat das Recht abzulehnen. Einer will mehr dazu wissen, andere nicht</p>	<p>Gesprächsangebot für alle, Akzeptanz der Ablehnung</p>	<p>K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung</p>

337-339	I: Mhm, das sich das raus kristallisiert. Wichtig ist, das die Mitarbeiter genauso freiwillig. B1: genau freiwillig	Wichtig, dass Mitarbeiter freiwillig mit Assisierten Suizid konfrontiert werden	Information der Mitarbeiter*innen die Begleitung bei der Thematik Assisierten Suizid erfolgt freiwilliger Basis	K: Assisierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung
341-343	B1: also ich glaube, wenn das nicht wäre. Dann gibt es in der Pflege einen größeren Umbruch. Wenn das jeder praktisch, wenn das Aufgabengebiet jedes zählen solle, glaub ich war das eher ginge der Schuss eher nach hinten bleib	Gibt dann in der Pflege einen Umbruch, wenn zu Aufgabengebiet zählen soll, geht Schuss nach hinten los.	Ethisch fordern des Thema Mitarbeiter*innen können mit dem Thema gut umgehen andere wollen damit nicht konfrontiert werden Freiwilligkeit	K: Assisierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung
347-348	B1: ...viele sind einfach dement, das ist ja, ich mein die Demenz. Wir haben schon welche die sind recht gut aber auf Grund des Alters wieder schlechter.	Viele haben Demenz Viele wissen nicht was nun möglich ist.	Viel Bewohner sind an Demenz erkrankt. Demenz ist Ausschlusskriterium für Assisierten Suizid Palliative	K: Assisierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung

348-349	B1: Ich glaube unsere Bewohner das eher auch nicht mitbekommen was da jetzt möglich ist.	Bewohner haben nichts wahrgenommen. Niemanden geht es schlecht	Bedarf bei Bewohnern ist nicht gegeben, Leid ist nicht vorhanden	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell
349-350	B1: Weil es jetzt auch niemanden, hast dem es extrem schlecht ginge		Bewohner*innen sind gut versorgt Besteht kein Leidensdruck	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung
347-351	B1: Das wäre wieder was anderes. Krebserkrankung schreitet immer weiter fort, sagen wir haben eine mit Brustkrebs mit exulzierendes Mama Karzinom, was ewig auf ist, was extrem stink, wo die Geruchsbelastung, für die Pflege für die Bewohner selber. Da glaub ich wären die Dinge, wo man darüber nachdenken würde.	Bei fortschreitende Krebserkrankung mit belastenden Symptomen wäre Dinge wo man darüber nachdenkt.	Bedarf nach Assistierten Suizid ist bei schweren fortschreitenden Erkrankungen gegeben Symptombekämpfung nicht erreicht wird	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell

351-352	B1: Aber da das hier nicht der Fall ist und es allen gut geht. Ist das jetzt kein Thema.	Alle geht es gut daher kein Thema	Kein Leidensdruck- Kein Bedarf nach Assistierten Suizid	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell
392-393	B2: Nein, gar nicht. Also das ist bis zu uns noch gar nicht durchgedrungen. Es hat wirklich noch nie irgendwer gefragt.	Kein Durchdringen, keine Nachfrage bei uns	Derzeit keine Nachfrage nach Assistierter Suizid	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell
396-398	B2: Aber bei uns im Haus, oder bei uns überhaupt generell hat sich das noch nicht etabliert, also und es fragt auch kein Mensch danach.	Im Haus nicht etabliert. Keine fragt danach	Keine Nachfrage aktuell	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell
399-400	I: Und auch nicht so außenstehende oder Angehörige. B2: Eigentlich gar nicht	Keine Außenstehenden fragen danach.	Keine Nachfrage	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell
400-401	B2: ...Also mir haben eine super Palliativbetreuung, ah, (..) ja, des heißt sie bekommen bei uns	Gute Palliativbehandlung ist gegeben. Bekommen was sie brauchen.	Palliative Care wird angewandt	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung

	natürlich alles was sie brauchen...			
424-426	I: Und , ähm, habt ihr da, eigentlich, ähm, mit mit mit Sterbewünsche., bis du wahrscheinlich schon mal konfrontiert worden? B2: Genau, täglich sogar	Sterbewünsche gibt es täglich	Sterbewünsche sind in der Altenpflege täglich präsent	K: Palliative Care - Sterbewünsche Bedarf
428-431	B2: Ja, täglich sogar. Also unser Klientel ist (...) 85 aufwärts. Ahm, wir haben eine 102 jährige Dame, haben ein sehr hohes Alter im Haus. Und ich hab mit dem, wir setzten uns täglich eigentlich auseinander. Ich will nimmer, ich sterben und ich kann aber nicht. Ich will sterben und ich kann nimmer,...	Sterbewünsche gibt es täglich. Alte Dame sagt sie will sterben und kann nicht	Sterbewünsche sind in der Altenpflege täglich präsent	K: Palliative Care - Sterbewünsche Bedarf

433-436	B2: Ja man setzt sich hin, bietet Gespräche an und macht, man hört einfach zu und ab und zu muss ich einfach sagen, es tut mir leid, es keinen, keinen Schalter den man einfach abdrehen kann, Es geht nicht (...), ja,(...) Es ist nicht sehr einfach aber es ist halt einfach so.	Man bietet Gespräche an, hört zu,	Sterbewünsche werden mit Gesprächen und Zuhören aufgefangen	K: Palliative Care - Sterbewünsche Maßnahmen
439	B2: Nein den Assistenten Suizid kennen die Bewohner gar nicht	Assistierter Suizid kennen die Bewohner nicht	Bei Bewohner*innen ist die Möglichkeit des Assistenten Suizid nicht bekannt	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell
443-445	B2: Also ich hab mir die gesetzliche Grundlage ausgedruckt. aber der Träger gibt da gar nichts vor, also mir sind (Trägername). Dass das der Träger. Und	Gesetz ausgedruckt, Träger gibt nichts vor	Assistierter Suizid Keine Information von Trägerverlautbart	K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung

	Vorgaben von da, da gibt es gar nicht.			
451-457	<p>I: kommt zu euch und möchte euch dann darum bitten um, dass er das dann durchführen darf, dann wäre das dann theoretisch möglich?</p> <p>B2: Wäre grad im Moment, wenn ma das morgen a wahrscheinlich nicht möglich, ah, wird man sofort reagieren und schau, ah, was möglich ist und wird sicher irgendwann ein Konzept dazu geben, aber wie gesagt nachdem noch nie wer gefragt oder noch nie wer gefragt hat, haben wir da überhaupt noch keinen Bedarf gesehen. Und wenn</p>	<p>Assistierter Suizid ist im Moment noch nicht möglich, wird man sofort reagieren, Konzept gibt es irgendwann, derzeit fragt nie wer, noch kein Bedarf gesehen</p>	<p>Bedarf nach Assistierten Suizid ist aktuell nicht gegeben Möglichkeit ist offen</p>	<p>K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell</p>

	<p>gesagt, wenn da eine Anfrage wäre, würde sie sicher darauf reagieren.</p>			
464-468	<p>I: und so von außen, dass da irgendwie Reaktion gezeigt worden ist. Ich kann erzählen,(...)</p> <p>B2: Mir sind da in einem ländlichen Gebiet, ich glaub das ist eher in einem Stadtgebiet, glaub ich noch eher, dass Fall ist. Aber wir so am Land draußen, gar nicht a Frage.</p>	<p>Assistierter Suizid</p> <p>Am Land weniger Reaktion als in der Stadt.</p>	<p>Keine Bedarfsmeldungen seitens der Bewohner</p>	<p>K: Assistierter Suizid</p> <p>- Bedarf aktuell</p>
468-470	<p>B2:...Also bis jetzt noch nicht. Also meine Erfahrung ist, sie wollen alle sterben, wenn es wirklich soweit ist, dann wollen sie eigentlich eh net sterben. Ist schon</p>	<p>Erfahrung ist sie wollen alle sterben, ist es soweit dann wollen sie aus Erfahrung nicht sterben.</p>	<p>Sterbewünsche werden geäußert, sind oftmals ambivalent.</p> <p>Er wird geäußert jedoch dann doch nicht gewünscht</p>	<p>K: Palliative Care</p> <p>- Sterbewünsche</p>

	meine Erfahrung damit			
475-480	<p>B2: Wir haben eine ausgebildete Palliativbegleitung, Begleitungen zwei pro Wohnbereich. Also da machen wir einfach bei Teamsitzungen bei Dienstbesprechungen, machen wir schon immer wieder(..) sprechen wir an, wie reagier ich ,wie schaut man drauf(...) und ja (...) und im Grund ist die Wohnbereichsleitung, oder fast immer anwesend,(..) ah und (...) ja uns so wir federn das eigentlich gut ab. Und die, die Jungen binden wir mit ein (...)</p>	<p>Gibt ausgebildete Palliativbegleitung, Es werden Teamsitzungen und Dienstbesprechungen gemacht, wird besprochen Umgang Reaktion, Leitung ist fast immer anwesend, federn gut ab, Junge werden eingebunden</p>	<p>Palliative Begleitung ist gegeben Besprechungen zur Thematik Begleitung finden statt</p>	<p>K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung</p>
489-493	<p>B2: also unsere, unsere Bewohner, von 35</p>	<p>35 von 35 haben Demenz</p>	<p>Anzahl der demenziell</p>	<p>K: Palliative Care</p>

	<p>haben 35 Demenz. wobei vier einige, also einige fünf sechs miteinander , mit , haben von Anwalt, ah, vom Notar geschriebene Patientenverfügung, ah, jo. (...) Des gibt's schon und immer, eigentlich immer mehr, und darauf weise ich auch oft einmal hin, dass sie sich einmal Gedanken machen ,wenn sie bei uns einziehen</p>	<p>Vier bis sechs haben eine Patientenverfügung Wird hingewiesen sich Gedanken zu machen beim Einzug</p>	<p>Erkrankten ist hoch Instrumente der Vorrorausschauenden Planung wurden bei wenigen BewohnerInnen</p>	<p>- Maßnahmen der Umsetzung</p>
493-495	<p>B2:... Ahm, wie geht man mit dem Thema um, was ist wichtig jetzt und da geht es darum, was damma was damma net. Also diese Gespräche führen ich mit den Angehörigen. Schon beim Einzug und ich kann</p>	<p>Wie geht man mit Thema um, Gespräch beim Einzug, Bis dato nicht notwendig mit dem Assistierten Suizid auseinander zu setzen</p>	<p>Umsetzung der Thematik in der Praxis ist noch offen, Offenen Gespräch beim Einzug erscheint sinnvoll</p>	<p>K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung</p>

	mir auch vorstellen (...).			
498-501	B2: ..Ich hab eigentlich zwei alte Diplomierte (...) ja (...) kann ich mir schon vorstellen, dass die das machen würde. Ah, inklusive mir. Ich könne mir das ah vorstellen. Ja, ja bis dato war es noch nicht notwendig sich mit dieser Thematik auseinandersetzen	Es gibt zwei Diplomierte, die würden da mitmachen ich auch Bis dato nicht notwendig mit dem Assistierten Suizid auseinander zu setzen	Ausgewählte Mitarbeiter*innen unterstützen bei Umsetzung des Assisierten Suizid in der Praxis	K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung
510-518	B2: Wir haben sechs Hausärzte und die fahren alle das selbe Programm. Jo. Wir fahren, also , bei uns ist wirklich jeder Hausarzt und das ist bei uns überhaupt kein Problem. Wir fahren, ah, wir geben auch mit Perfusor, wird Vandal verabreicht, im	Sechs Hausärzte haben das selbe Programm, Vandal wird verabreicht, Dormicum Palliativbegleitung und sehr hohe Schmerzbehandlung Niemand braucht leiden, keine Atemnot haben, keine r sich fürchten,	Palliative Betreuung Schmerzinderung Angstlösung Symptominderung bei Atemnot wir umgesetzt	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung

	<p>hohen Maße, ah,...) ja , mit Dormicum (...) so Palliativbegleitung und a sehr hohe Schmerzbe-kämpfung haben auf alle Fälle. (...) Und bei uns braucht keiner lei-den oder keinen a Atemnot haben oder keiner sich fürchten, keiner Angst haben. Also(...) Palliativ-setting ist, ist bei uns wirklich auf 100%. Von der, von der, da sind wir eigentlich ganz stolz, das ist eins. wir sind fünf Häuser im (Regionalbereich) und wir san da ei-gentlich Vorreiter.</p>	<p>keiner Angst ha-ben, ist zu 100%. Wir sind stolz und Vorreiter</p>		
521-525	<p>I: Palliativversor-gung, das heißt so Krankenhaus-einweisung kurz vorm Lebens-ende (...)</p>	<p>Krankenhaus-einweisungen kommen nicht vor. Hat keine Sinn mehr</p>	<p>Unnötige Kran-kenhauseinwei-sungen werden vermieden</p>	<p>K: Pallia-tive Care - Maßnah-men der Umset-zung</p>

	<p>B2: Na, I: Das kommt bei euch nicht vor? B2: Na, des war eigentlich gar nicht. Ah, sprich mit Angehörigen, dass man das eigentlich abwendet. Des ist überhaupt keine Lebensqualität. Und kein Sinn mehr.</p>			
528-535	<p>Ja, wir haben schon Bewohner mit PEG -Sonde oder Gastro-tube(...) De kommen dann. Des war eigentlich gar nicht. Man spricht vorher schon mit die Angehörigen, dass man das eigentlich abwendet. Weil des hat überhaupt keine Lebensqualität. Wir haben schon Bewohner mit PEG-Sonde oder Gastrotube aber die kommen so. Also von uns</p>	<p>Bewohner mit PEG Sonden gibt es, die kommen damit Wir wenden Sonden ab. Redet mit Angehörigen Man wendet das ab, da keine Lebensqualität</p>	<p>Fragliche Lebensqualität mit Ernährungs-sonden Keine Indikation zur Legung einer Ernährungs-sonde auf Grund von Nahrungs-verzicht</p>	<p>K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung</p>

	<p>weg, dass da so- was gelegt wird, das gibt es ei- gentlich gar nicht. Das ist wenn man (...) wenn wir außen wen aufnehmen. Erst, wenn er was hat, dann wird der weiterbetreut. (.) aber dass wir je- manden schi- cken, weil halt einfach das Es- sen aufhört. (...) ah, (..) des damma eigentlich net..</p>			
535-539	<p>B2: einer zum Es- sen aufhört und sagt er will nimmer. Zum Essen und Trinken auf- hört, ahm, dann ist es sein Wille und dann braucht er nicht Essen und braucht nicht trinken. Bereitet man die Angehö- rigen gut vor. Be- sprechen wir mit</p>	<p>Wenn jemand zu essen aufhört und sagt er will nimmer dann ist das sein Wille. Gespräch mit Ärzten und An- gehörigen. Er wird gut be- gleitet</p>	<p>Nahrungsver- zicht wird ak- zeptiert, womit der Wille akzeptiert wird Selbstbestim- mungsrecht</p>	<p>K: Pallia- tive Care - Maßnah- men der Umset- zung</p>

	Ärzte und schau ma dass wir das einfach gut begleiten können			
541-543	B2: Ja genau. (...) dann gibt, also wir nennen es ein Palliativgespräch und dann wird das von den Ärzten eingetragen ins Programm; ahm palliative Setting und dann wird der einfach palliativ begleitet. Und , ahm, das heißt diese Gespräch.	Palliativgespräch wird durchgeführt	Palliativgespräch findet in der Praxis statt	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung
547-548	B2: ja, genau. Das wird am Computer im Programm in der Dokumentation niedergeschrieben und nach dem arbeiten wir dann und halten wir uns dann.	Palliativgespräch wird am Computer dokumentiert, danach gearbeitet, daran gehalten	Palliative Begleitung wird dokumentiert und umgesetzt	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung
567-570	B2: Ja genau das ist die Betreuung kriegt jeder	Betreuung bekommt jeder einzelne wenn	Alle Bewohner erhalten die	K: Palliative Care

	<p>Einzelne. Es gibt welche die waren jetzt, Bewohnerin, die ist schon 13 - jahre da bei uns im Haus. Ahn, und wenn es so weit ist, werden sie einfach palliativ Begleitung und wenn einer heute einer aufgenommen wird, der bekommt die selbe Palliativbegleitung.</p>	<p>er 13 Jahre da ist, wenn er heute aufgenommen wird die gleiche Begleitung</p>	<p>eine gute Palliative Versorgung</p>	<p>- Maßnahmen der Umsetzung</p>
591-595	<p>B2: ja, (...) ja was brauchen sie Unterstützung von meiner Seite und Aufklärung was das eigentlich ist, wie das im Haus funktioniert, was es für einen Sinn hat und ganz wichtig, was für rechtliche ah, wie ist es rechtlich abgeklärt und abgesichert. Also das ist ihnen mit Sicherheit ganz , ganz wichtig, weil</p>	<p>Mitarbeiter brauchen Unterstützung von Leitung, rechtliche Abklärung, Absicherung. Ist mit Sicherheit ganz wichtig, erste Frage ist, darf ich das, passiert man da nichts, wie läuft das ab</p>	<p>Informationsbedarf Mitarbeiter Infos welche Mitarbeiter*innen brauchen. Rechtssicherheit fehlt</p>	<p>K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung</p>

	die erste Frage ist sicher, darf ich das und passiert ma do eh nix, wie läuft des ganz genau ab			
636-637	B4: Also wir haben bei uns im Haus ah, führen wir natürlich den assistierten Suizid noch nicht durch.	Assistierter Suizid wird derzeit noch nicht durchgeführt	Assistierter Suizid Umsetzung erfolgt aktuell in der Praxis nicht	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell
639	B4: ist nicht genehmigt, weil es einfach noch zu viele Grauzonen gibt,	Umsetzung ist nicht genehmigt, gibt Grauzonen	Rechtliche Unsicherheit ist in der Praxis vorhanden	K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung
639-643	B4:...aber wir haben den Vorsorgedialog auf unserer Station angefangen, weil ich ja die Palliativ-ausbildung gemacht hab. Und da wir natürlich auch versucht	Vorsorgedialog wurde angefangen. Wenn jemand Ruhe möchte, wird er in Ruhe gelassen	Vorsorgedialog findet Anwendung in der Praxis, ist ein Angebot, muss von den Bewohnern nicht angenommen werden	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung

	<p>natürlich Rücksicht zu nehmen. Wenn jemand sagt er will in Ruhe gelassen werden dann wird er auch in Ruhe gelassen</p>			
647	<p>B4: Ja genau. Die Führung sagt nein, wegen den gesetzl. Grauzonen genau.</p>	<p>Führung lehnt ab aus wegen Grauzonen</p>	<p>Informationsbedarf: rechtliche Unsicherheit</p>	<p>K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung</p>
649-651	<p>B4: Haben wir schon gehabt, ah, wir haben einen Bewohner, der hat ma im Zuge des Gespräch zum Vorsorgetialog eben, ah, mh, gesagt er würde gerne eine Reise machen und das in die Schweiz, damit er, er will nimmer leben.</p>	<p>Bewohner sagt bei Vorsorgetialoggespräch, er möchte in die Schweiz fahren, er will nicht mehr leben</p>	<p>Wunsch nach Suizid wird offenbart im Rahmen des Vorsorgetialoges</p>	<p>K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung</p>

653-655	B4: Ah im Endeffekt kann er nicht fahren, ja, wir versuchen soweit er hat Prostatakarzinom, soweit schmerzfrei zu halten und ihm die restlichen Tage noch so angenehm wie möglich zu gestalten, nach seinem Wünschen was er hat.	Er kann nicht fahren Schmerzbe- kämpfung und Verbleibende Zeit angenehm gestalten.	Umsetzung in die Praxis Symptomkon- trolle und Be- wohnerorien- tierte Beglei- tung	K: Pallia- tive Care - Maßnah- men der Umset- zung
662-665	B4: Ja, ja aber hat a Maske aufgesetzt, immer auf lustig. Aber beim Vorsorgedialog, da geht es dann doch eher in die Tiefe. Da hat er Musik laufen gehabt, die ihn an seine Freundin erinnert hat, die was tödlich verunglückt ist und ja, da war er dann. Da hat er endlich seine Maske fallen	Hat Maske auf- gesetzt. Vorsor- gedialog geht in die Tiefe, Musik erinnert an ver- storbene ge- liebte Menschen dadurch Maske fallen lassen und darüber ge- sprochen	Vorsorgedialog Gespräch öff- net-Zugang Chance Bedürf- nisse zu offen- baren	K: Pallia- tive Care - Maßnah- men der Umset- zung

	gelassen und hat mir das alles erzählt			
665-670	B4:...Aber ich spreche ihn weiterhin darauf an, aber er meint nein jetzt ist er recht glücklich, weil jetzt kommt seine Tochter regelmäßiger zu Besuch. Kontakt hat er zu seiner Schwester in der Schweiz auch, Schweizer-Schokolade bekommt er jetzt auch regelmäßig. Jetzt ist er soweit zufrieden. Und von Schmerzen her hat er auch nichts mehr gesagt, wir machen regelmäßig das Schmerzassessment mit ihm.	Wird weiter darauf angesprochen, Tochter besucht nun regelmäßig. Er ist zufrieden und schmerzfrei	Symptome wurden erfolgreich behandelt Sterbewunsch verblasst	K: Palliative Care - Sterbewünsche
674-675	B4: Nein wir haben den Vorsorgedialog noch abgeschlossen, und ich evaluiere regelmäßig bei ihm.	Sterbewunsch im vorsorgedialog besprochen	Wunschäußerung	K: Palliative Care - Sterbewünsche

685-689	<p>B4: Es ist unterschiedlich. Manchmal ist einfach nur ein dass es ihnen was fehlt. Das sie irgendetwas erledigen wollen. Ja,(...) ich (..) ah, aber zu, sagen wir zu 80% ist es so, dass sie einfach in Ruhe gelassen werden wollen. Dass sie keine medizinischen Maßnahmen mehr wollen. Weil sie Grunderkrankungen haben sie sehr viel und das Alter haben sie (...) und das wäre dann noch eine zusätzliche Belastung., nicht?</p>	Bedürfnisse sind unterschiedlich, manchmal ist etwas noch zu erledigen, meist ist Ruhe gewünscht	<p>Individuelle Begleitung ist erforderlich Für jeden ist etwas anderes wichtig lehnen medizinische Maßnahmen ab</p>	<p>K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung</p>
694-696	<p>B4: Na es ist sensibilisiert worden das Ganze. Auch von den Mitarbeitern haben auch alle die, also die</p>	Sensibilisierung der Mitarbeiter erfolgte	<p>Durch HPCPH findet eine Sensibilisierung der Pflegenden statt</p>	<p>K: Palliative Care -: Maßnahmen der Umsetzung</p>

	Diplomierte Mitarbeiter, die Schulung machen müssen, die meisten also, also sollte das eigentlich, also jetzt mach es zur Zeit ich noch.	Vorsorgedialog sollen alle machen		
701-705	B4: Nein. Einfach menschlich bleiben. Ja. Soweit es geht Wünsche berücksichtigen und manche wolle noch Angehörigen und anders wollen wieder einen Pfarrer haben für die Krankensalbung. Ist ganz unterschiedlich. Aber dass ma das nicht aus dem Augenmerk verliert. Dass eigentlich a Pfarrer auch wenn sie ohne Bekenntnis sind, wichtig ist am Schluss.	Menschlich bleiben wünsche berücksichtigen Angehörige oder Seelsorge organisieren, auch ohne Bekenntnis wichtig	Palliative Betreuung Willensberücksichtigung, Organisation von letzten Begegnungen	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung

705-706	B4: „...zur Zeit haben wir lauter Karzinompatienten, auf der Station,...“ . .	Karzinompatienten	Bedarf zukünftig gegeben	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell
711-714	Dann hab ich sie gefragt, wollen sie einen Pfarrer. Und da hat sie ja gedeutet. Und da ist mir das aufgefallen. Und da hat sie dann eigentlich ruhig überschlafen können. Also dass war wirklich, das wünscht man sich selbst auch so.	Bewohnerin wollte Pfarrer, dann konnte sie ruhig einschlafen, wie man es sich wünscht.	Spirituelle Begleitung Gespräch mit Pfarrer	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung
717-721	B4: Nein, da haben wir noch gar nichts. Wir sind da noch weiter hinten angereicht, ja, ah, wir, ah, (..) ah, wir haben zwar geredet darüber, dass es das gibt in einer Sitzung, aber, (..) wir haben auch in der Palliativgruppe	Information nicht vorhanden zu AS	Keine Information an die Mitarbeiter*innen weitergeben	K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung

	<p>schon darüber gesprochen. Und jetzt kommt dann im September zur Palliativgruppensitzung der Herr Halmich. Und da werde wir sicher diesbezüglich einiges ansprechen.</p>			
724-730	<p>B4:..., weil viele Angst haben rechtmäßig. Weil ein assistierter Suizid und, und, und Mord, das ist so knapp zusammen ja. Und man weiß nicht, okay, welche Voraussetzungen braucht man dazu. ah, weil so in der Schweiz da müssen glaub ich 8 oder 10 Gespräche mit verschiedenen Psychologen und Psychiatern, dass das mal genehmigt</p>	<p>Angst Assistierter Suizid ist Mord, das ist so knapp beisammen. In der Schweiz brauch viele Gespräche mit Psychologen bis zur Genehmigung Wenn nicht passt dann bekommst du Assistierten Suizid, da haben wir Angst</p>	<p>Informationsmangel Unsicherheit Angst zu Morden</p>	<p>K: Assistierter Suizid UK: Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung</p>

	wird, ja. Und gut(...) wenn jemand in der Familie die Nase nicht passt, dann gib ich das unter den Decknamen assistierter Suizid und fertig. Da trauen wir uns nicht drüber.			
732-733	B: wenn, wenns, wenn dann klare Richtlinien gibt, was alles dafür notwendig ist, dann könnt ich mir schon vorstellen, ja.	Vorstellbar AS im Haus möglich wird	Assistierter Suizid mit klaren Regeln umsetzbar	K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung
748-751	B4: Das was fehlt ist die Richtlinie, was brauche ich alles dazu. Da sind Gespräche notwendig. Ob wer von auswärts kommen muss. Was ich was ich hoffe, dass es so ist, ja, einfach Informationen wo man dann	Richtlinie fehlt, Gespräche sind notwendig, kommt w Jemand von draußen	Richtlinie ist nicht vorhanden, Gesprächsbedarf ist vorhanden Klärung des Ablaufes bei Umsetzung Zusammenarbeit mit den Ärzten ist erforderlich	K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung

	eigentlich ah, (...) auch mit den Ärzten rede kann.			
796-799	B4: Wir haben das glaube ich noch gar nicht so mitbekommen, aber wenn, wenn ich dann die Grundlegende Information hab, gebe ich diese natürlich weiter bei einer Teamsitzung. Aber wie gesagt. Unser Primar ist da eher noch ein bissal hinten, wie gesagt.	eingeforderte Informationen der MA bis jetzt	Noch kein Informationsbedarf von Mitarbeiter*innen vermeldet worden	K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung
805-810	B4...Und schmerzmäßig sind sie eigentlich gut abgedeckt, ja. Oh ja. Und sie können ja jederzeit, ah, Schmerzen äußern bzw. in dem Ausmaß beobachtet, wenn sie sich nicht mehr äußern könnten, könnten	Schmerzversorgung ist gut versorgt, Äußerungen können gemacht werden, nicht mehr Äußerungsfähige Bewohner werden beobachtet, regelmäßige Assessment wird durchgeführt.	Schmerzassessment wird regelmäßig durchgeführt und laufend beobachtet	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung

	Schmerzen dahinter sein. Wir machen einmal Monat im Rahmen der Pflegeplanungsevaluation das Schmerzassessment, ein jeder für seine Bewohner, ob er nicht sehr wohl reagiert darauf. Also deshalb ist das noch nicht so spruchreif.			
812-815	B4: Ja, ändert sich jetzt das Alter des Bewohners, wird er eher zurückgezogen, weil wir reden mit ihnen. Das wie geht's, wenn wir im Dienst sind. Wie geht's es Ihnen? sind. Fragen Tut ihnen was weh, kann ich ihnen was bringe, oder brauchen sie etwas (20:20) wollen sie was haben? Das	Im Alter werden die Bewohner zurückgezogener. Bedürfnisse werden täglich erfragt	Regelmäßige Erhebungen der Bedürfnisse	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung

	machen wir täglich als Stationsleitung			
818-819	B4: Was den assistierten Suizid betrifft, ahm, (...) ich weiß ob ich mich eigentlich, da bin ich eher gespalten.	Meinung zu Assistierten Suizid ist gespalten	Unsicherheit	K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung
819-823	B4: Ja. Weil wenn es jemanden schlecht geht, ja, psychisch schlecht geht, hat die Neigung zu sagen, ich, ich will sterben, ja, will es aber eigentlich gar nicht, ja, Und wenn ich mir denk okay er äußert das, dann tritt das ein und in dem Moment mags aber nicht mehr, ja, sondern will weiter leben, ich bin ma total ´, ich tät ma das eigentlich persönlich	Schlecht geht ist Wunsch nach dem Sterben da, will aber nicht sterben Meinung ist änderbar, macht unsicher.	Äußerung Wunsch zu sterben ist mitunter ambivalent Unsicherheit	K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung

	nicht wirklich trauen.			
823-828	Ich mein es gibt natürlich auch Sterbeunterstützung, auf Grund von Medikamenten, ja. Auch wenn ma der jetzt einen Perfuser anhängt oder sonst irgendwas, sie werden ruhiger und sie können daran auch sterben, ja, von den Nebenwirkungen, oder sie bekommen gewisse Medikamente nicht mehr. Oder werden mit 3 Liter Wasser angefüllt, ja, mit Infusionen, dass man einfach zurückschraubt, dass man palliativ behandelt	Sterbeunterstützung durch Medikamentenwirkung. Medikamente machen ruhiger, können daran sterben. Medikamente haben Nebenwirkungen Medikamente absetzen Infusionen absetzen palliativ behandeln	Palliative Begleitung durch Symptombehandlung, Begleitung	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung
829-833	für mich ich tendiere eigentlich, das es für mich eigentlich Mord ist. Wenn man kann	Tendenz als Mord zu sehen, Meinung ist änderbar	Ethisch schwierige Entscheidung. Bewusst für die	K: Assistierter Suizid

	eigentlich von einer Sekunde auf die andere die Meinung ändern. Das ist genauso wie wenn man sagt okay der Mensch ist eigentlich, er wird nicht mehr, angehängt an der Herz-Lungenmaschine, ich könnte sie nie abdrehen.	Entscheidung Herz -Lungen-Maschine ab-drehen kann ich nicht abdrehen	Handlung zu entscheiden	- Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung
835	B4, Naja da entscheide ja ich ob der da stirbt oder nicht. ja.	Entscheidung über Tod oder Leben	Ethische Entscheidung über Tod und Leben ist schwierig	K: Assis-tierter Sui-zid - Beglei-tung bei Durchfüh-rung
838-842	Ja. Wenn ich den Menschen nicht kenn und er äußert einfach nur den Wunsch. Das kann ich dann nicht einfach abschätzen, ist es so oder steckt da was anderes dahinter. Weil meistens ist es ein	Sterbewunsch wird geäußert, ist oft Einschätzung ist schwer. Sterbewunsch ist Hilfeschrei Oft steckt ein Bedürfnis dahinter,	Sterbewunschäußerungen sind Ausdruck nach fehlendem Bedürfnis	K: Pallia-tive Care - Sterbewünsche

	Hilfeschrei, ja, dass sie irgendwas braucht, der was haben möchte, oder irgendetwas ah, erledigen möchte, ja, was er nicht kann.			
837-846	B4: die Bewohner, aber dann durch die Ohnmacht, dass man da einfach geneigt ist zuzusagen da will ich nicht mehr rein, ich will meine Ruhe haben. Aber da muss man immer dahinter schauen was geht.	Bewohner ist ohnmächtig und möchte daher Ruhe, muss nachgefragt werden	Ursache Sterbewunschäußerungen sind Ausdruck für unerfülltes Bedürfnis	K: Palliative Care - Sterbewünsche
846-850	Wenn die Schmerztherapie nicht mehr greift, ja, und die Schmerzen so extrem sind, da sage ich ja, mit der wenn es nicht mehr anderes mehr gibt. Also da bin ich sehr, sehr	Schmerztherapie greift nicht. Gibt keine Hilfe mehr Aber Vorsicht psychische Überlegung durch Schmerzen	Ursache Schmerzen und Psyche beeinflussen Sterbewunsch Ursache: Symptom Schmerz Schmerzen belasten die	K: Palliative Care - Sterbewünsche

	vorsichtig. Meist ist das eigentlich, ah eine psychische Überlagerung. Eine psychische Erleichterung. Und das sollte man eigentlich in Fortbildungen auch hören.,		psychische Verfassung	
883-888	B3: Veränderung, ahm eigentlich nein. Bis jetzt nicht. Was war, wir haben bis jetzt noch niemanden gehabt, der das wollte. Da hat mich noch keine Angesprochen dazu. Ich mein wir haben eigentlich sehr hochbetagte Bewohnerinnen, die haben die typische altersbedingten Erkrankungen, wir sind da keine Ausnahme, wir haben so wie anderer auch so 70 % mit einer	Derzeit keine Nachfrage. Viele leiden an Demenz	Keinen Veränderungen derzeit seit Gesetzesänderung	K: Assis- tierter Sui- zid - Bedarf ak- tuell

	Demenzdiag- nose.(...) ahm a der Anteil ist sehr hoch.			
890-893	B3: Also unser Träger ist (Trä- gername), Vor- gabe haben wir schon, also bei uns kann dieser Assistierte Suizid grundlegend stattfinden. Also wir sollen uns so positionieren, dass Menschen, welche dieses Verlangen nicht eingeladen wer- den, extra dafür zu uns zu kom- men.		Information Darf in der Ein- richtung durch- geführt werden	K: Assis- tierter Sui- zid - Bedarf ak- tuell
897-900	B3: Ahm, naja, ahm wir sind ja HPCPH in unse- rem Haus, das steht Hospiz- und Palliativ Care im Pflegeheim, vom Dachverband Hospiz Öster- reich, also wir sind palliativ	HPCPH haben wir, im Haus pal- liativmäßig gut aufgestellt	Palliativ Care ist etabliert. Alle Mitarbeiter*in- nen sind ge- schult	K: Pallia- tive Care - Maßnah- men der Umset- zung

	mäßig ganz gut aufgestellt. Das heißt unser Mitarbeiter sind alle dahingehend geschult.			
900-905	B3: Da gibt es im Rahmen des Organisationsentwicklungsprojekt eine Schulung die alle. also wirklich alle, (...)ahm also nicht nur die Pflege weil ja schließlich alle mitwirken und alle die Haltung tragen sollen. (...) ahm. Ja da sind wir ganz gut aufgestellt. Das klappt mittlerweile ganz gut... ja ahm wir haben ja viele Bewohner die was eine Demenzdiagnose haben, und da, die, (...) die sind ja dann nicht mehr ich der Gruppe, in der	Da gibt es Rahmen, sind alle geschult, Haltung. Klappt ganz gut.	Alle Mitarbeiter*innen sind geschult Anzahl demenziell erkrankter Bewohner*innen ist hoch	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung

	Zielgruppe drinnen.			
911-916	<p>I: Also ihr habt Palliative Care integriert.</p> <p>B3: Ja, das haben wir. und das ist auch als ganz wichtig, also das ist im Pflegeheim ganz wichtig. weil ja die Leute, die Leute die zu uns kommen die das ist ja ihre letzte Station im Leben und das wissen sie ah, ja auch. Und da muss man sich auf ihre Bedürfnisse einstellen, ja die sollen keine Schmerzen und keine Angst haben müssen.</p>	<p>Palliative Care haben wir. Ist ganz wichtig. Letzte Station ist das Heim</p> <p>Auf die Bedürfnisse einstellen, kein Schmerzen haben</p>	<p>Palliative Care wird umgesetzt</p> <p>Symptome behandelt</p>	<p>K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung</p>
923-926	<p>B3: Aber komplizierter wird es wenn sie sich nicht mehr äußern können, da kann man nicht fragen haben sie</p>	<p>Kompliziert, wenn sie sich nicht mehr äußern können</p>	<p>Symptomerhebung Schmerz bei dementiell Erkrankten schwieriger</p>	<p>K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung</p>

	<p>schmerzen, kann man schon-(...) aber da wir keine Antwort bekommen, nicht, Da ist es komplexer die Situation (...) Ahm aber da haben wir gute Instrumente.</p>			
928-933	<p>B3: Ahm (...) durch Beobachtung, Ahm, Erfahrung, (...) da gibt es speziell für Menschen mit Demenz haben, einen Bogen BESD Bogen, Schmerzassessment, den haben wir im Rahmen der Palliative Care eingeführt. Ist ein standardisiertes Instrument. Da wird der Bewohner beobachtet und auf Grund des erhoben, ob er Schmerzen hat. Schmerzen sollen</p>	<p>Durch Beobachtung, BESD Bogen Rahmen von Palliativ Care</p>	<p>Spezielle Messinstrumente für dementiell Erkrankte kommen zum Einsatz</p>	<p>K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung</p>

	nicht sein, wenn man dies nehmen kann. Das Wissen alle, da sind alle sensibilisiert.			
939-948	B3: Schulung speziell (...), na, na, nein speziell dafür nicht. Aber ein Sterbewunsch, wenn wer sagt, ich will sterben, dann (..) muss ich mal schaun, warum will der sterben, warum ist der Wunsch da (...) es kommt ja immer wieder vor das wer sagt er will nimmer, (...) dann muss man schaun was ist los, da ist ein Bedürfnis dahinter. Hat er Schmerzen, Psychische, psychisch, (...) belastet ihn was, dann setzt man sich hin hört zu vielleicht fehlt die Tochter, oder so.	Keine spezielle Schulung, wenn er sagt er will nicht mehr	Wunschäußerung zu sterben, beinhaltet meist ein Bedürfnis	K: Palliative Care - Sterbewünsche

	<p>da setzt man sich hin hört zu (...) fragt nach. Weil da kann sich der Wunsch verändern, ist nicht mehr wichtig, wenn die Schmerzen weg sind... wenn die Schmerzen weg sind(...) da steigt die Lebensqualität. Das ist wichtig die Lebensqualität, ahm, wenn die Lebensqualität wieder gegeben ist dann ist vom Sterben a keine Rede mehr., wenn man das schafft.</p>			
951-956	<p>B3: Ahm, wichtig, ahm, ja dass man sich hinsetzt und nachfragt, was ist das Problem, sind es Schmerzen, nicht, (...) Sorgen, kann man das beheben. Ja,(...) da geht ja</p>	<p>Wahrnehmen, zuhören, Gespräch suchen, Problem suchen</p>	<p>Bei Äußerung eines Sterbewunsches Gespräch anbieten, Problem identifizieren und bearbeiten Dadurch steigt die Lebensqualität wieder</p>	<p>K: Palliative Care - Sterbewünsche</p>

	<p>auch um Wahrge- nommen werden, zuhören wenn es Schmerzen sind, dann kann man da was tun, man kann auch die An- gehörigen infor- mieren, wenn sie die noch mal se- hen wollen . Oft sagen sie wollen sterben aber dann wollen es nicht, weils keine Schmerzen mehr haben oder sonst was die Lebens- qualität wieder hebt.</p>			
958-960	<p>B3: Ahm, ja assis- tierten Suizid, ja dann, dann muss man genauer hin- schaun, dann muss man schaun, warum sagt er das, was ist der Grund das haben wir jetzt noch nicht ge- habt, aber da brauchs noch viel Information.</p>	<p>Assistierter Sui- zid, da muss man hin- schauen, worum geht es, Infor- mation</p>	<p>Informations- mangel ist ge- geben</p>	<p>K: Assis- tierter Sui- zid - Benötigte Maßnah- men für die erfolgrei- che Umset- zung</p>

961-963	<p>I: Was glaubst du ist wichtig, was, wie die Mitarbeiter darauf reagieren müssen?</p> <p>B3: Also, zuerst reden mit der Person, Gespräch anbieten, um abzuschätzen wie , wie groß , wie stark der Wunsch ist. Was da dahinter steckt</p>	<p>Wichtig ist mit der Person reden, um abzuschätzen zu können was los ist</p>	<p>Gespräch anbieten und Ursache finden</p>	<p>K: Assis- tierter Sui- zid</p> <p>- Benötigte Maßnah- men für die erfolgrei- che Umset- zung</p>
969-972	<p>B3: Was sollen die Mitarbeiter, hmh, ja sie sollen Gespräch anbieten, schau was kann man machen, was kann man anbieten, wird der Wunsch vielleicht kleiner, oft ist so wenn sie Schmerzen haben und man nimmt die Schmerzen, das Leiden, dann sagen sie nichts mehr vom Sterben</p>	<p>Gespräch anbieten. Was kann angeboten werden, wenn sie keine Schmerzen mehr haben sagen sie nicht ´s mehr vom Sterben</p>	<p>Symptomkontrolle ist wesentlich</p>	<p>K: Pallia- tive Care</p> <p>- Sterbe- wünsche</p>

972-976	B3: Ja, und wenn es weiterbestehen bleibt dann braucht die Information, dann müssen sie den Wunsch an mich als Führung weitergeben. Dann muss man alle Palliative Möglichkeiten ausschöpfen, sagt man, alle Möglichkeiten die wir haben, was uns zur Verfügung stehen, wenn es dann immer, der assistierte Suizid gewünscht ist dann ja,	Wunsch an die Führung weiterleiten, Möglichkeit ausschöpfen was da sind	Informationsmangel beheben	K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung
978-983	B3: Also, das ist nicht wirklich Thema gewesen. Aber vielleicht auch weil, in der Praxis, also es hat noch keiner gefragt danach. Kein Bewohner, (...) aber auch kein Angehöriger bis jetzt	Kein Thema gewesen, keiner hat gefragt. Assistierter Suizid ist im Haus möglich	Derzeit aktuell in stationären Pflegeeinrichtungen keine Nachfrage	K: Assistierter Suizid - Bedarf aktuell

	<p>zumindest bis jetzt. Also dass es eine Gesetzesänderung gegeben hat, das wissen sie aus den Medien sicher, aber es hat mich jetzt so keine angesprochen. Wir haben mitgeteilt, dass der Träger Assistierten Suizid vor Ort ermöglicht. Und mehr Informationen folgen</p>			
985-986	<p>Ist jetzt zu Corona nicht einfach gewesen. Alles ist ein bisschen hinten nach, (...) vieles ist liegen geblieben.</p>	<p>Wegen Corona ist vieles liegen geblieben</p>	<p>Durch Corona keine Zeitressourcen zur Vorbereitungsmaßnahmen</p>	<p>K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung</p>
987-992	<p>I: Mhm.(...) Das heißt bei euch war noch kein Bedarf unter Anführungszeichen, kein Anfrage?</p>	<p>Kein Bedarf was zukünftig ist weiß man nicht</p>	<p>Derzeit aktuell in stationären Pflegeeinrichtungen keine Nachfrage</p>	<p>K: Assistierter Suizid UK: Bedarf aktuell</p>

	B3: Nein, für Assistierte Suizid nicht, bis jetzt ja nicht, Ich vermute halte es ist da bei uns vielleicht, wir wissen ja nicht was die Zukunft bringt, aber ich glaub unser Bewohner, wir haben keine Jüngeren mit so schweren Erkrankungen, wie ALS oder so. momentan.			
1001-1003	B3: Ja, (...) ahm wir haben ja das Thema Demenz und da ist ja immer die Selbstbestimmung der Bewohner ganz wichtig. Und wenn da jemand ist der klar weiß , dass er diesen Weg gehen will	Haben Demenz, Selbstbestimmung ist wichtig	Selbstbestimmungsrecht	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung
1005-1007	B3: Diesen Weg gehen will dann muss es Regeln geben wie, ah,	Es muss Regeln geben, ein Papier vom Arbeitsgruppe	Für Umsetzung in der Einrichtung braucht es Regeln, muss	K: Assisierter Suizid

	<p>man in der Einrichtung umgeht. Wir haben ein Papier, wo wir zusammengefasst haben wie wir damit umgehen, das ist vom Träger weit in einer Arbeitsgruppe erarbeitet worden.</p>		erarbeitet werden	<p>- Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung</p>
1024-1029	<p>B3: Wir wollen das Leben nicht beenden Jeder hat seine Zeit. Wenn es soweit ist dann soll es so sein, aber eingreifen, wir wollen Schmerzen Angst und Leid nehmen. Es sollen sich alle Verabschieden können, alle im Reinen sein können, Also zumindest ist es ein Ziel ,dass der Bewohner gut versorgt ist, ruhig rüberschlafen das die Angehörigen dabei sein können</p>	<p>Wollen das Leben nicht beenden. eingreifen, wir wollen leid nehmen, es sollen sich alle Verabschieden können</p>	<p>Symptombekämpfung Kein Schmerzen, keine Angst Abschiednehmen ermöglichen</p>	<p>K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung</p>

	und das Abschiednehmen auch wahrnehmen können.			
1041-1046	<p>I: Was glaubst du was braucht es? Was brauchen deine Mitarbeiter*innen beim Umgang mit dem Wunsch nach Assistierten Suizid</p> <p>B3: Also es Brauch Informationen, es brauch Raum darüber zu diskutieren, das Für und das dagegen abzuschätzen. Es braucht Regeln, also es muss klar sein was geht vom Gesetz her was beinhaltet das Gesetz, welche Voraussetzungen, was sagt der Träger</p>	Brauchen Raum um zu diskutieren, zum Abschätzen, Regeln, vom Gesetz vom Träger	<p>Erforderlich ist Information zur Thematik Assistierter Suizid</p> <p>Regeln</p> <p>Rechtliche Aufklärung</p>	<p>K: Assistierter Suizid</p> <p>- Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung</p>
1048	B3: Und ich glaub, dass die Mitarbeiter da dann auch	Unterstützung für Mitarbeiter, wenn Fall eintritt	Gesprächs und Diskussionsbedarf	K: Assistierter Suizid

	<p>Unterstützung brauchen, dass wird dann wollte es mal zu dem Fall kommen dann</p> <p>I: Dass die auch darüber sprechen wollen</p> <p>B3: Ja</p>		Raum für Austausch	- Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung
1051-1052	<p>B3: Ja da braucht es den Raum für Fallbesprechungen, und Palliativsitzen zum Beispiel, ja weil das macht ja was mit den Leuten, denk ich mir.</p>	Raum für Fallbesprechungen	Fallbesprechungen, Palliativsitzen	<p>K: Assistierter Suizid</p> <p>- Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung</p>
1052-1053	<p>B3: Also wir sind ja noch nicht in der Situation gewesen, daher fragt oder sagt ja auch keiner was</p>	Noch nicht in der Situation gewesen.	Keine Nachfrage in der stationären Altenpflege	<p>K: Assistierter Suizid</p> <p>- Bedarf aktuell</p>
1053-1057	<p>B3: Aber wenn man da so reden, ich glaub das da sich da einige schon schwer tun werden. Ich mein. Ich selbst, ich bin da ja auch mit meinen Werten</p>	Einige werden sich schwer tun	ethische Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung, den eigenen Werten der betreuten Menschen	<p>K: Assistierter Suizid</p> <p>- Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung</p>

	und mit meiner Haltung in Berührung. Ich mein (...) da (...) da ist (..) z.B. ein Mensch sterbenskrank der ists verzweifelt . (...) Schwierig,			
1061-1065	Dann kommt der Tag und er nimmt da Mittel ein, ich mein, es ist ja nicht gesagt, dass das auch ohne Probleme abläuft. Was ist, wenn das nicht funktioniert. Weiß ich nicht, er nicht alles schluckt, oder erbricht, was macht ma dann. Ich kann mir vorstellen, dass das Fragen der Mitarbeiter dann sind.	Der Tag kommt, es gibt Probleme. Was geschieht dann?	Austausch über Unsicherheiten und Ängsten der Mitarbeiter*innen	K: Assis- tierter Sui- zid - Benötigte Maßnah- men für die erfolgrei- che Umset- zung
1067	B3: Man will ja nicht, dass jemand leidet (...)	Keiner soll leiden	Ängste Leid soll bei der Umsetzung vermieden werden	K: Assis- tierter Sui- zid - Benötigte Maßnah- men für die

				erfolgreiche Umsetzung
1068-1069	<p>I: Tja, ist sehr komplex das Thema, nicht B3: Ja,(...) ja stimmt. Da braucht es viel Information, Diskussion</p>	<p>Komplexes Thema Austausch, Diskussion ist wichtig</p>	<p>Austausch Diskussion Information ist erforderlich</p>	<p>K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung</p>
1071-1076	<p>B3 Also, dass das Gesetz geändert ist, das wissen sie. Sie habe mich noch nicht angesprochen. Wir haben wie gesagt die Information rausgegeben, dass wir Palliative Care in unserem Haus haben und den Assistenten Suizid in unserem Haus durchführen können, aber nicht forcieren, dass Menschen extra dafür zu uns</p>	<p>Das Gesetz ist geändert, das wissen sie, mehr ist noch nicht rausgegangen, nur dass im Haus erlaubt ist</p>	<p>Informationsstand Aktuell nicht hoch</p>	<p>K: Assistierter Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung</p>

	kommen wollen. Aber wir lassen unsere Bewohner in dieser Schwierigen Situation alleine. Aber mündlich an die Mitarbeiter weitergegeben			
1076-1080	Einige denke ich habe sich bereits ein wenig damit auseinandergesetzt. aus Eigeninteresse. Sie wissen, dass wir ein hausinterne Fortbildung im Herbst angedacht haben und sonst denke ich halten sei es eher pragmatisch. Momentan verlangt niemand danach und im Herbst gibt es Informationen. Ich glaube sie sind momentan so wie so momentan voll.	Einig haben sich auseinander gesetzt. Hausinterne Fortbildung ist angedacht	Wenig Information Abwartende Haltung	K: Assis- tierter Sui- zid - Benötigte Maßnah- men für die erfolgrei- che Umset- zung
1082	B3: Ich mein damit dass so viel los war die letzten	Letzten 2 Jahre wegen Corona viel los	Coroanabe- dingt sehr	K: Assis- tierter Sui- zid

	<p>2 Jahre. da ist das ein wenig untergegangen. Ich merk da auch bei mir. Die Coronajahre waren sehr anstrengend.. Alle haben Überstunden machen müsse. Sie sind müde (..). sie sind froh wenn sie ihre Arbeit machen, wenn sie sie gut machen und dass Thema Assistierter Suizid ist gerade nicht aktuell. Hat zumindest keine angefragt. Aber ich denke da geht es nicht nur meine Mitarbeitern so , dass ist überall anders auch so. Nicht nur in unserer Branche.(...)</p>	<p>gewesen, war anstrengend. Viele Überstunden</p>	<p>anstrengende Jahre, Mitarbeiter*innen erledigen Routine Arbeit Derzeit keine Nachfrage</p>	<p>- Bedarf aktuell</p>
1092-1094	<p>B3: Also, Bei Sterbewünsche steckt meist ein Bedürfnis dahinter und das muss</p>	<p>Bei Sterbewunsch ist ein Bedürfnis dahinter</p>	<p>Sterbewunsch im geriatrischen Setting beinhaltet ein Bedürfnis</p>	<p>K: Palliative Care - Sterbewünsche</p>

	herausgefunden werden Gespräch anbieten, Schmerzen lindern Angst nehmen. Wichtig ist immer im Hinterkopf zu haben da ist ein Bedürfnis.			
1096-1097	B3:(...) Wenn wer sagt ich will sterben muss es ja nicht heißen dass der dann wirklich sterben will, () aber er braucht was.	Heißt nicht er will wirklich sterben	Sterbewunsch bedeutet oftmals Wunsch nach Tod	K: Palliative Care - Sterbewünsche
1092-1094	B3: Also, Bei Sterbewünsche steckt meist ein Bedürfnis dahinter und das muss herausgefunden werden. Da setzt man sich hin, fragt nach, sind es Schmerzen Angst? Wichtig ist immer im Hinterkopf zu haben da ist ein Bedürfnis	Steckt ein Bedürfnis dahinter, muss gefunden werden. Das immer im Hinterkopf haben	Sterbewunsch bedeutet oftmals Wunsch nach Tod Gespräch anbieten um Ursache beheben zu können: zum Beispiel Schmerzen	K: Palliative Care - Sterbewünsche
1095-1096	Wenn wer sagt ich will sterben muss es ja nicht	Sagt er will sterben, will er nicht, braucht was	Sterbewunsch bedeutet oftmals nicht	K: Palliative Care

	heißen, dass der dann wirklich sterben will, aber er braucht was.		Wunsch nach Tod	- Sterbewünsche
1096-1101	Dann klären wir das ab. Das können Schmerzen sein, Da kann die Tochter fehlen, oder sonst noch was. Ganz unterschiedlich. Und dann schauen wir was wir machen können. Symptome behandeln. Die Angehörigen einladen, oder was sonst das Thema ist. Und dann schauen wir, () oft wenn das Bedürfnis oder das Leid behoben ist verblasst der Sterbewunsch.	Abklären ob Schmerzen da sind , die Tochter fehlt oder anderer Grund	Nicht nur körperliche Leiden sondern auch soziale oder spirituelle Leidensdruck muss Aufmerksamkeit geschenkt werden	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung
1101-1103	Wir haben ja den Vorsorgedialog bei uns und da wird über den Tod gesprochen, darüber dass Tag x kommt, welche Möglichkeiten wir	Im Vorsorgedialog wird über Tod gesprochen, welche Möglichkeiten	Vorsorgedialog wird eingesetzt	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung

	hier haben, eben Schmerzen und Angst zu nehmen			
1105-1108	B3: Und das wird ganz gut angenommen. Das ist ein Angebot und kein muss, wer nicht möchte darf auch ablehnen, Wir haben schon Bewohner die das nicht wollten. Und in dem Rahmen, da kann ich mir schon vorstellen, dass hier auch das Thema Sterbeverfügung Platz finden muss.	Wird gut angenommen, darf man auch ablehnen	Vorsorgedialog ist ein Angebot und darf auch abgelehnt werden	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung
1113-1117	B3: Ich glaub was wichtig ist, dass die Äußerung eines Wunsches zum Sterben, wichtig ist aber nicht gleich auf eine Sterbeverfügung hinausläuft. Es sollte mehr eine Einladung sein genauer hinzuschauen. Und	Äußerungen zum Sterben heißt nicht gleich Sterbeverfügung	Sterbewunsch bedeutet oftmals nicht Wunsch nach Tod	K: Palliative Care - Sterbewünsche

	<p>da kann ganz individuell sein, was da gebraucht wird, nicht. Damit es dem Menschen wieder besser. Es ist jedem seine Zeit um wenn sie um ist.</p>			
1123-1126	<p>B3: Okay, ja. Wenn ein Mensch sich für den Assistenten Suizid entscheidet, weil er so krank ist, dass es keine Behandlung mehr gibt oder will keine Therapie mehr, weil die so belastend ist., dass austherapiert ist und klar ist der Tod kommt, (...) weil sein Leidensdruck so groß ist, dann hat er auch das Recht das machen zu können.</p>	<p>Wenn sich jemand dafür entscheidet, keine Therapie mehr hat dann darf er sich dafür entscheiden</p>	<p>Bewusstsein schaffen, dass der Wunsch nach Suizid gemäß dem Selbstbestimmungsrecht zu akzeptieren ist</p> <p>Bei weit fortgeschrittener Erkrankung fehlt Indikation zur Behandlung</p>	<p>K: Assistierter Suizid</p> <p>- Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung</p>

1128-1130	B3: Gott sei Dank, könne wir Schmerzen nehmen, Angst nehmen, Wieder jung machen können wir nicht, aber es braucht heute niemand mehr leiden müssen.	Schmerzen, Angst nehmen. Können aber niemanden wieder jung machen	Es gibt Palliative Maßnahmen in der Praxis	K: Palliative Care - Maßnahmen der Umsetzung
1130-1135	B3: Wenn sich jemand für den Assistierte Suizid entscheidet, dann sollte er auch Unterstützung finden. Die Person braucht dann eine Anlaufstelle wo sie hingehen kann, wo sie Beistand findet, damit sie das nicht, diesen Weg nicht alleine gehen muss. Für uns im Heim wäre es auch fein wenn wir sagen könnten, assistierter Suizid, da gibt es diese Stelle, da könne sie	Unterstützung sollte ein sterbewilliger finden. Eine Anlaufstelle wäre dazu gut	Mögliche über Anlaufstellen	K: Assistierte Suizid - Benötigte Maßnahmen für die erfolgreiche Umsetzung

	hingehen, die Unterstützen sie dabei.			
1137-1140	B3: Zum Beispiel. Muss ja kein Verein sein aber eine Anlaufstelle, wo ich sagen kann, das ist die Nummer, da kann man sich informieren. Da ist es eine Ansprechperson, die helfen einem. Und wir machen mit der Palliativ Begleitung weiter und dann schauen wir.	Muss kein Verein sein aber eine Anlaufstelle	Mögliche über Anlaufstellen	K: Assis- tierter Sui- zid - Benötigte Maßnah- men für die erfolgrei- che Umset- zung
1143-1148	B3: Ich denke wir sind hier wirklich dahinter, dass unsere Bewohner keine Schmerzen oder Angst haben müssen. (...) Die sind wirklich gut betreut und versorgt. Es funktioniert mit unseren Hausärzten gut, die verordnen,	Hier haben sie keine Schmerzen, keine Angst, bekommen was verordnet	Palliativmedizini- sche Versor- gung ist gege- ben	K: Pallia- tive Care - Maßnah- men der Umset- zung

	damit wir alles bereitliegen haben, wenn es absehbar ist. Wir verständigen die Angehörigen und laden sie ein sich zu verabschieden zu kommen.			
1151-1153	Und wenn der niemanden hat, was ist dann, (...) dann kann man ja auch nicht sagen machen wir nicht und aus, das kann man nicht machen, (...) Das sind doch ganz verzweifelte Menschen, die man nicht alleine lassen kann. (..)	Machen wir nicht und ausgeht nicht. Dies Menschen dürfen nicht alleine gelassen werden	Das Recht Assistenten Suizid machen zu können	K: Assis- tierter Sui- zid - Beglei- tung bei Durchfüh- rung