

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Sterbewünsche älterer Menschen und pflegerisches Handeln unter Berücksichtigung des assistierten Suizids in Österreich

verfasst von / submitted by
Marlene Werner, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2023 / Vienna, 2023

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Assoz. Prof. Dr. Katharina Heimerl

D A N K E

...an meine Betreuerin Frau Assoz. Prof. Dr. Katharina Heimerl für die kompetente und wertschätzende Begleitung während des gesamten Arbeitsprozesses.

...an die Forschungsteilnehmerinnen, die bereit waren, ihre Zeit und ihre Erfahrungen mit mir zu teilen, und an die Institutionen, die dies möglich machten.

...an meine Eltern, die mich stets ermutigt haben, meine akademischen Ziele zu verfolgen und mich immer bedingungslos unterstützt haben.

...an Elena, die sich die Zeit genommen hat, meine Arbeit gründlich Korrektur zu lesen, und an meinen Kollegen Thomas, der mir stets mit fachlichem Rat zur Seite stand.

...an meine Freundinnen, die auch in schwierigen Arbeitsphasen für unbeschwerte Tage sorgten.

...an Manuel für sein Verständnis, seine aufmunternden Worte und seine Unterstützung bei Design und Layout.

Zusammenfassung

Während Menschen ein immer höheres Alter erreichen, verändert sich auch der Umgang mit Sterben und Tod. Zunehmend werden die letzten Tage des Lebens in Kliniken oder Pflegeeinrichtungen verbracht und es wird von einer Institutionalisierung des Sterbens gesprochen. Gleichzeitig entwickelt sich eine Gesellschaft, die zwar lange leben, aber nicht alt werden möchte. Sich möglichst jung und fit zu halten, um Autonomie und Würde zu bewahren, ist das Ziel. Genau dieses defizitäre Denken erschafft ein fragwürdiges Bild vom Altsein. In Österreich regen diese Entwicklungen zu einer Debatte über die geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Suizidbeihilfe im Sinne der Selbstbestimmung an. Ein Sterbeverfügungsgesetz tritt in Kraft, welches den assistierten Suizid unter bestimmten Voraussetzungen legalisiert. Gleichzeitig wird ein Hospiz- und Palliativfondsgesetz beschlossen, welches eine flächendeckende Palliativversorgung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen gewährleisten soll. Diese Entwicklungen zum Anlass nehmend, richtet diese Arbeit den Blick auf den alten Menschen und beschäftigt sich damit, was ein geäußelter Sterbewunsch eigentlich bedeutet und welche Perspektive die Pflege hier einnimmt. Dazu wurden problemzentrierte Interviews mit zehn Pflegenden aus dem Bereich der stationären Altenpflege geführt. Anschließend wurden die Daten mithilfe einer thematischen Analyse ausgewertet. Es konnten Themen identifiziert werden, die Wissen, Herausforderungen und pflegerisches Handeln bei Sterbewünschen beschreiben. Pflegende können aufgrund ihrer Erfahrung Sterbewünsche meist intuitiv einschätzen und damit umgehen. Es zeigt sich, dass die wenigsten Sterbewünsche in der Geriatrie bedeuten, dass jemand tatsächlich den Tod beschleunigt herbeiführen möchte, sondern oft unerfüllte Bedürfnisse im Hintergrund stehen. Durch die Legalisierung des assistierten Suizids in Österreich erweiterte sich der gesamtgesellschaftliche Spielraum zum Umgang mit Sterbewünschen. Die Berufsgruppe der Pflege ist davon direkt betroffen, wobei sich in den Interviews viele Unsicherheiten, Emotionen und Ambivalenzen herauskristallisieren. Die Ergebnisse zeigen einen dringenden Bedarf, die Rolle der Pflege im Kontext der Suizidbeihilfe zu klären. Rahmenbedingungen, die es den Pflegekräften ermöglichen, professionell zu handeln, müssen vor allem auf Organisationsebene geschaffen werden. Gleichzeitig dürfen gesellschaftliche Problemfelder, wie der Pflegemangel und bestehende Altersbilder, nicht vernachlässigt werden.

Schlüsselwörter: Sterbewunsch, assistierter Suizid, gerontologische Pflege, Palliative Geriatrie

Abstract

With demographic trends in aging showing an increased number of people reaching an advanced age, the way we deal with dying and death is also subject to change. Most people die in institutions such as hospitals or nursing homes – one could describe it as an institutionalization of dying. The issue, however, is that alongside these changes society does not actually want to grow old. Being “forever young” and fit as long as possible is the goal to preserve autonomy and dignity. This mindset creates a questionable image of what being old means and needs to be questioned critically. These social changes in society fueled the debate on drafting legal frameworks to legalize assisted suicide. As a result, an act was passed, legalizing assisted suicide under certain conditions. This paper examines the meaning of having a wish to die and will put emphasis on the perspective of caregivers as well as nurses closely involved in end-of-life-care. For this, problem-centered interviews were conducted with ten caregivers working in the field of institutional elderly care. The data collected was followed by a thematic analysis. Themes were identified describing the knowledge, challenges and actions taken in care in relation to wishes of dying. The research results show that in geriatrics very few requests are linked to a wish to hasten death, but rather expressed due to unfulfilled needs. Based on their professional experience, caregivers are usually capable of intuitively assessing and dealing with expressed wishes to die. The legalization of assisted suicide has widened society's scope for dealing with this topic – directly affecting the care profession. However, many uncertainties, emotions as well as ambivalences were raised and highlighted in the interviews. These results indicate an urgent need to define the role of nursing in the context of assisted suicide. Especially at the institutional level, legal frameworks are needed to allow nurses to act professionally. At the same time, social problems such as care staff shortages and existing images of an advanced age must be considered.

Keywords: wish to die, wish to hasten death, assisted suicide, geriatrics, nursing homes

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	I
1. Einleitung	1
2. Hintergrund.....	2
2.1. Stationäre Altenpflege in Österreich	2
2.2. Sterbewünsche älterer Menschen	5
2.3. Klärung zentraler Begrifflichkeiten	8
2.4. Der assistierte Suizid.....	11
2.4.1. Die Legalisierung des assistierten Suizids in Österreich.....	11
2.4.2. Das Sterbeverfügungsgesetz	14
2.4.3. Der assistierte Suizid im internationalen Vergleich	15
2.5. Suizid im Alter	20
3. Problemstellung	22
4. Methodik.....	24
4.1. Forschungsziel und Forschungsfrage.....	24
4.2. Design	24
4.3. Teilnehmendenbeschreibung.....	25
4.4. Feldzugang und Rekrutierung.....	26
4.5. Datenerhebung.....	27
4.6. Datenanalyse	28
4.7. Ethische Aspekte.....	31
4.8. Gütekriterien qualitativer Forschung	32
5. Ergebnisse	34
6. Sterbewünsche.....	36
6.1. Die eigene Haltung	37
6.2. Sterbewünsche sind vielschichtig und komplex.....	38
6.2.1. Hilferuf.....	39
6.3. Eine herausfordernde Begegnung	40
6.3.1. Sterbewünsche bei Menschen mit Demenz	42
6.4. Pflegerisches Handeln	43
6.5. Verantwortung der Organisation	46
6.6. Der Rahmen	49
7. Assistierter Suizid	50
7.1. Das Ringen um die eigene Haltung.....	51

7.2.	Vereinbarkeit von privater Haltung und beruflichem Handeln	55
7.3.	Die richtigen Worte finden	57
7.4.	Die Rolle der Pflege	58
7.4.1.	Uneinigkeit	59
7.4.2.	Die Frage nach der Verantwortung.....	61
7.5.	Verantwortung der Organisation	63
7.6.	Der Rahmen	66
8.	Fazit.....	69
9.	Diskussion	71
10.	Limitationen	81
11.	Conclusio	82
	Literaturverzeichnis.....	85
	Anhang.....	94

Abkürzungsverzeichnis

BGBI	Bundesgesetzblatt
CADO	Categories of Attitudes Toward Death Occurrence
DGKP	Diplomierte:r Gesundheits- und Krankenpfleger:in
EAPC	European Association for Palliative Care
EAS	„Gesetz über Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe auf Selbsttötung“
LGBl	Landesgesetzblatt
MAiD	Medical Assistance in Dying
PA	Pflegeassistenz
PAD	Physician-Assisted Dying
PFA	Pflegefachassistenz
SAHD- Senior	Schedule of Attitudes Toward Hastened Death - Senior
StGB	Strafgesetzbuch
StVfG	Sterbeverfügungsgesetz
VAD	Voluntary Assisted Dying
VfGH	Verfassungsgerichtshof
WWPG	Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz

1. Einleitung

Die Menschheit setzt sich seit jeher mit den existenziellen Themen Sterben und Tod auseinander. Wie damit umgegangen wird, veränderte sich im Laufe der Zeit und ist von verschiedenen gesellschaftlichen Entwicklungen geprägt. Im europäischen Raum führt die gesteigerte Lebenserwartung zu einem demografischen Wandel. Immer mehr Menschen können unter anderem durch höhere Hygienestandards und den medizinischen Fortschritt ein hohes Alter erreichen (Schumacher, 2020). Gleichzeitig versterben immer weniger Menschen zu Hause, sondern im Krankenhaus oder in Pflegeheimen unter medizinischer Begleitung. Man spricht von einer Institutionalisierung des Sterbens. Das erweckt den Eindruck, als hätten Sterben und Tod keinen Platz mehr in der Öffentlichkeit, doch der Tod begegnet uns täglich in seinen verschiedensten Formen durch Medien wie Nachrichtenkanäle, Filme oder Tageszeitungen (Feldmann, 2020).

Parallel dazu entwickelt sich eine Gesellschaft, die eigentlich nicht alt werden möchte. Altsein ist „unattraktiv“ und wird mit Krankheit, Hilflosigkeit und Abhängigkeit assoziiert (Rüegger, 2021). In Zeiten, in denen immer mehr Menschen Wert auf ein selbstbestimmtes Leben und in weiterer Folge auch auf ein würdiges und autonomes Sterben legen, kann dieses Bild vom Altsein Angst machen (Rüegger, 2021; Student, Mühlum & Student, 2016).

In Anbetracht dieser Entwicklungen ist es nicht verwunderlich, dass gegenwärtige Denkmuster und Umgangsformen kritisch hinterfragt werden. In Österreich regte dies zur Debatte der geltenden gesetzlichen Regelung zum assistierten Suizid an – mit Konsequenzen. Ende des Jahres 2020 wurde vom österreichischen Verfassungsgerichtshof entschieden, dass der § 78 „Mitwirkung am Selbstmord“ des Strafgesetzbuches (Fassung vom 31.12.2021), welcher lautete:

„Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen“,

teilweise verfassungswidrig ist. Dem Urteil nach verstößt der Passus „oder ihm dazu Hilfe leistet“ gegen das Recht auf Selbstbestimmung. Am 01.01.2022 tritt das sogenannte Sterbeverfügungsgesetz in Kraft, welches den assistierten Suizid unter bestimmten Voraussetzungen legalisiert. Gleichzeitig wird auch ein Hospiz- und Palliativfondsgesetz

erlassen mit dem Ziel, eine flächendeckende Versorgung und Betreuung von sterbenden Menschen und deren Angehörigen zu gewährleisten (Halmich & Klein, 2023).

Auch in anderen Ländern wie der Schweiz, Deutschland oder vereinzelt Bundesstaaten in Amerika ist der assistierte Suizid legal. In Belgien, Niederlande oder Kanada gibt es zudem eine gesetzliche Grundlage, die die Tötung auf Verlangen legalisiert (Radbruch et al., 2016).

Unter anderem ist die Berufsgruppe der Pflege von diesen Entscheidungen betroffen. Zu ihren Aufgaben zählt auch die Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase. Durch die neuen Gesetze entstehen einerseits neue Perspektiven beziehungsweise Möglichkeiten im Rahmen der Sterbebegleitung, andererseits kommen auch neue Herausforderungen und Belastungen auf die Pflege zu (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, 2021).

2. Hintergrund

Die beschriebenen Entwicklungen zum Anlass nehmend, beschäftigt sich diese Arbeit mit den Sterbewünschen älterer Menschen, pflegerischem Handeln und dem assistierten Suizid. Bevor auf die spezifischen Probleme und die Forschungsfrage eingegangen wird, soll dieses Kapitel einen allgemeinen Überblick über die Themen geben. Es werden theoretische Grundlagen geklärt, die in weiterer Folge für die Untersuchung der Forschungsfrage relevant sind.

In diesem Abschnitt wird zuerst auf die stationäre Altenpflege in Österreich und dann auf das zentrale Thema Sterbewünsche bei älteren Menschen eingegangen. Für die weitere Bearbeitung des Themas ist es außerdem nötig, verschiedene Begriffe, die am Lebensende eine Rolle spielen, zu schärfen. Anschließend wird der assistierte Suizid näher beleuchtet. Dessen rechtliche Grundlage sowie der öffentliche Diskurs und internationale Entwicklungen sollen hier beschrieben werden. Das Kapitel schließt mit Erkenntnissen zum Suizid im Alter und wie dieser im Kontext des assistierten Suizids betrachtet wird.

2.1. Stationäre Altenpflege in Österreich

Das österreichische Gesundheitssystem sieht mehrere Möglichkeiten für die Versorgung von älteren pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen vor. Neben mobilen Diensten, werden auch teilstationäre Tagesbetreuungen, Kurzzeitpflege, Alltagsbegleitungen, alternative Wohnformen, Case und Care Management oder stationäre Betreuungs- und Pflegedienste angeboten (Pratscher, 2023). Da im Zuge dieser Arbeit ausschließlich im stationären Setting

geforscht wurde, widmet sich dieses Kapitel der Skizzierung der Rahmenbedingungen der stationären Altenpflege in Österreich.

Rund 96.340 ältere Menschen leben in Österreich im stationären Pflegesektor, welcher mehr als 36.560 Betreuungs- und Pflegepersonen (Vollzeitäquivalent) beschäftigt (Statistik Austria, 2021). Die Kosten für die stationäre Altenpflege werden durch eine Kombination aus öffentlicher Finanzierung und Eigenbeiträgen gedeckt. Es gibt eine breite Palette an Einrichtungen und Strukturen, welche von privaten Trägern, Non-Profit-Organisationen oder öffentlichen Institutionen betrieben werden. Darunter fallen beispielsweise Vereine, Stiftungen, Privatgesellschaften, geistliche Orden, Sozialversicherungen oder Gemeinden. Die meisten Langzeiteinrichtungen befinden sich in der Trägerschaft der einzelnen Bundesländer, welche gleichzeitig auch für das Erlassen wesentlicher Gesetze diese betreffend verantwortlich sind (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019).

Gemäß dem Bundesverfassungsgesetz (Art.15a B-VG) gibt es nämlich verschiedene landesrechtliche Bestimmungen, die neben dem Heimaufenthaltsgesetz und Konsumentenschutzgesetz zu den wichtigsten Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Pflegeheimen gehören. Ziel und Zweck ist dabei immer der Schutz der Heimbewohner:innen (Niederhametner & Pacher, 2017). In Wien gibt es dazu das im Landesgesetzblatt festgehaltene Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz (WWPG LGBl. Nr. 30/2020). Es regelt die Rechte der Bewohner:innen (§§ 4, 5 und 6 Abs. 2 WWPG) sowie auch die Pflichten der Heimträger (§§ 7 ff Abs. 3 WWPG). Dazu gehören beispielsweise die Sicherstellung medizinischer Betreuung durch Ärzt:innen (§ 12 WWPG) oder der Inhalt der Heimordnung (§ 8 WWPG). Diese muss über Bestimmungen zu internen Organisationsabläufen sowie über die Befugnisse der im Heim tätigen Personen Auskunft geben.

Für viele Menschen ist das Heim der letzte Wohnort. Sterben und Tod sind daher präsente Themen, mit denen Betreuende täglich konfrontiert werden. Die Einführung von Hospizkultur und Palliative Care in Pflegeheimen wird in Österreich zwar forciert, doch wird dieses Vorhaben erschwert durch Personalmangel und Finanzierungsprobleme. Die Pflege und Begleitung am Lebensende erfordern nicht nur qualifiziertes und kompetentes Personal, sondern auch angepasste strukturelle Rahmenbedingungen. Auch die Organisationen selbst

stehen in der Verantwortung, sich weiterzuentwickeln und Strukturen zu schaffen, die eine gute Sterbebegleitung ermöglichen (Bitschnau & Beyer, 2012).

In Bezug auf die Legalisierung des assistierten Suizids konnten von einzelnen Trägern beziehungsweise Dachverbänden Handreichungen und Orientierungshilfen gefunden werden, die sich an die Trägervertretung, Leitungen und Mitarbeitende richten. Beispielhaft werden hier einige davon kurz beschrieben.

Der Bundesverband Lebenswelt Heim (2022) veröffentlicht eine Handreichung für stationäre Einrichtungen der Altenpflege zum Umgang mit Sterbewünschen im Kontext des Sterbeverfügungsgesetz. Sie orientiert sich an der Handreichung der Österreichischen Palliativgesellschaft (2022), welche vor allem auf Informationen rund um Gesetz, Sterbewünsche, Suizidalität, Suizidpräventionen sowie den Ablauf des assistierten Suizids eingeht. Der Bundesverband Lebenswelt Heim trägt Fragen zusammen, die den einzelnen Einrichtungen helfen sollen, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen. Sie beziehen sich darauf, eine Position zu entwickeln, sowie auf Abläufe und Aufgaben bei Sterbewünschen und dem assistierten Suizid. Berücksichtigt werden sollen dabei auch die Perspektive der Mitarbeiter:innen sowie das Schaffen von Angeboten für An- und Zugehörige.

Weitere Beiträge dieser Art werden von konfessionellen Trägern aus Deutschland gesichtet, wobei die unterschiedliche gesetzliche Lage zu berücksichtigen ist.

Die Diakonie Deutschland (2022) bietet eine Orientierungshilfe zum Umgang mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistenten. Darin wird zunächst Wissen zu den einzelnen Phänomenen vermittelt sowie auf damit zusammenhängende Begriffe eingegangen. Weiters gibt es konkrete Handlungsvorschläge für Verantwortliche des Trägers und Mitarbeitende. Diese gehen zum Beispiel darauf ein, wie Mitarbeitende befähigt werden können oder die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team gestärkt wird. Ebenso werden spezifische Situationen dargestellt, die zu besprechen sind, wie zum Beispiel der Wunsch nach Suizidbeihilfe, der bereits im Erstgespräch mit einer Person geäußert wird. Zuletzt wird auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen eingegangen.

Die Handreichung der Caritas unterscheidet sich insofern, dass sie weniger Hintergrundinformationen wiedergibt und dafür mehr konkrete Vorschläge für Richtlinien liefert. Es wird eine erste Empfehlung einer Positionierung beschrieben, welche beispielsweise

nahelegt, dass der assistierte Suizid nicht von Institutionen angeboten und nicht von Mitarbeitenden durchgeführt werden soll. Auch soll es den Mitarbeitenden frei stehen, einen Menschen, der sich für den assistierten Suizid entscheidet, weiterhin zu versorgen oder zu begleiten. Neben den konkreten Positionen werden auch etwas offenere Fragen formuliert, die die Einrichtungsleitung sowie Mitarbeitende unterstützen sollen, wichtige Aspekte zu berücksichtigen (Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V., 2022).

Die Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie (2022) hat ein Grundsatzpapier zu Sterbewünschen alter Menschen veröffentlicht, welches auch den assistierten Suizid berücksichtigt. Darin wird wiederum verdeutlicht, dass die Institutionen eine tragende Rolle spielen. Aufgrund der Entwicklungen im Bereich der Versorgung von älteren Menschen wird appelliert, eine besondere Achtsamkeit walten zu lassen und die Entwicklung kontinuierlich zu beobachten. Außerdem sei es wichtig, bestehende Sterbewünsche differenziert und im Zusammenhang mit dem Altern zu betrachten.

2.2. Sterbewünsche älterer Menschen

Das Auftreten eines Sterbewunsches ist vor allem bei Menschen, die vor ihrem Lebensende stehen, nichts Ungewöhnliches. Jedoch ist es wichtig, sich mit diesen auseinanderzusetzen und die verschiedenen Formen beziehungsweise Ausprägungen von Sterbewünschen differenziert zu betrachten. Diese können nämlich vielschichtig sein, genauso wie das, was dahintersteht. Betreuende sollten direkte oder auch versteckte Äußerungen über den Tod ernst nehmen und die Botschaft, die dahinter stehen könnte, versuchen zu verstehen (Steudter, 2021a).

In der Literatur wird dieses Phänomen auch mit dem Begriff „Todeswunsch“ beschrieben. Beides meint den Wunsch eines Menschen, nicht mehr leben zu wollen, wobei dieser in vielen Abstufungen und Ausprägungen auftreten kann. Der „*wish to hasten death*“ meint den Wunsch, den eigenen Tod beschleunigt herbeizuführen und somit das Leben vorzeitig zu beenden. Dazu zählen auch Suizidgedanken oder -handlungen bis hin zur extremsten Form, dem Suizid. Dieser Wunsch kann verschiedenste Gründe haben und ist jedenfalls ernst zu nehmen (Dürst et al., 2020).

Manche Menschen entwickeln am Ende ihres Lebens auch eine gewisse Lebenssättigung, in welcher sie das Eintreten des Todes auf eine positive Art und Weise akzeptieren (Jox, 2019).

Schroepfer (2006) beschreibt sechs verschiedene Einstellungen, die Menschen am Lebensende gegenüber dem Tod einnehmen können:

- weder bereit noch akzeptierend;
- nicht bereit, aber akzeptierend;
- bereit und akzeptierend;
- bereit, akzeptierend und hoffend, dass der Tod bald kommt;
- einen beschleunigten Tod in Betracht ziehend, ohne konkreten Plan;
- einen beschleunigten Tod in Betracht ziehend, mit einem konkreten Plan.

Es gilt hier zu unterscheiden, warum Menschen innerhalb dieser Kategorien den Wunsch entwickeln, ihren Tod zu beschleunigen. Der „*wish to hasten death*“ wird klar als eine Reaktion auf Leiden definiert, welches durch verschiedene Faktoren ausgelöst werden kann. Depressionen, Einsamkeit, Angst oder Sinnverlust können eine Rolle spielen (Balaguer et al., 2016).

Leiden ist besonders bei älteren Menschen ein wichtiges Thema, weshalb sich die Palliative Geriatrie intensiv damit auseinandersetzt. Als zentraler Bestandteil ist das Total-Pain-Konzept von Cicely Saunders (1999) zu erwähnen. Es beschreibt, dass es nicht nur körperlichen, sondern auch seelischen, sozialen und spirituellen Schmerz gibt, der in seiner Gesamtheit wahrgenommen werden muss. Es wird ein globales Schmerzgeschehen beschrieben, das den ganzen Menschen trifft und damit ein existenzielles Leiden auslösen kann. Gerade ältere Menschen haben Schmerz höchstwahrscheinlich schon auf jeder dieser Ebenen kennengelernt. Problematisch ist, dass das Leiden älterer Menschen von Außenstehenden häufig weniger ernst genommen wird oder in manchen Fällen, wie zum Beispiel Einsamkeit als sozialer Schmerz, nicht gesehen wird. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, Menschen mit demenzieller Erkrankung zu erwähnen. Sie sind besonders gefährdet dafür, dass Schmerzen nicht erkannt werden. Durch eine eingeschränkte Mitteilungsfähigkeit, aber auch aufgrund von Scham und Stigmatisierung leiden diese Menschen oft im Verborgenen (Fachgesellschaft Palliative Geriatrie, 2020b).

Um zu verstehen, wie es zu diversen Leidenssituationen kommt, muss erkannt werden, dass Altwerden meist mit Einschränkungen und Verlusten einhergeht. Die Arbeit fällt weg und die Leistungsfähigkeit nimmt ab. Vielen hochaltrigen Menschen fehlt dadurch der Sinn im Leben,

was zu einer schweren Krise führen kann. In einer Gesellschaft, in der die ewige Jugend zelebriert wird und die Wertigkeit eines Menschen eng an dessen Leistungsfähigkeit gekoppelt ist, können diese Faktoren Leiden auslösen und sogar dazu führen, dass ältere Menschen vermehrt über ein „sozialverträgliches Frühableben“ nachdenken (Rüegger, 2018).

Laut einer Studie, die das Auftreten von Sterbewünschen bei Pflegeheimbewohner:innen untersuchte, erhöhen vor allem Faktoren wie depressive Symptome, unerfüllte spirituelle Bedürfnisse und bestimmte Medikamentengruppen (Benzodiazepine und Neuroleptika) deren Zahl. Familienstand oder die Anzahl von vorliegenden Krankheiten standen dabei überraschenderweise in keinem Zusammenhang (Jox, 2019).

Sterbewünsche sind allerdings schwer „messbar“, denn sie können schnell wechseln und variieren in ihrer Intensität und Ausprägung. Außerdem können der Wunsch, sterben zu wollen, sowie der Wunsch, weiterzuleben, auch in einer Ambivalenz nebeneinander bestehen und sich ständig verändern (Jox, 2019; Kremeike et al., 2019).

Eine weitaus ausgeprägtere Form des Sterbewunsches ist die Suizidalität. Diese grenzt sich dadurch ab, dass die Betroffenen einen erhöhten Handlungsdruck verspüren, ihren Tod möglichst bald selbst herbeizuführen und sich zunehmend Gedanken oder Planungen dazu machen. Einem Suizid geht immer ein Sterbewunsch voraus. Im Umkehrschluss bedeutet das allerdings nicht, dass ein Sterbewunsch zwangsläufig meint, dass sich jemand das Leben nehmen möchte (Kremeike et al., 2019).

In diesem Zusammenhang zu berücksichtigen ist, dass eine Verbindung zwischen Demenz und Suizid besteht. Eine Studie, die sich auf Personen, die in Pflegeheimen in Österreich und Tschechien bezog, ergab, dass das Suizidrisiko bei Menschen mit Demenz dreimal höher war als bei Menschen ohne Demenz. Die Studienteilnehmenden waren im Durchschnitt 85 Jahre alt (Auer et al., 2018). Das Alter gilt als der wichtigste Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenz. Die kognitive Beeinträchtigung, der Verlust der Autonomie, das Gefühl der Hilflosigkeit und die Verschlechterung der Lebensqualität können zu einem erhöhten emotionalen Leiden führen, das das Suizidrisiko erhöht. Es ist wichtig zu beachten, dass Menschen mit Demenz aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen möglicherweise nicht in der Lage sind, ihre Suizidgedanken oder -absichten angemessen zu kommunizieren. Stattdessen können sie ihre emotionalen Zustände durch Verhaltensänderungen wie sozialen Rückzug, erhöhte Reizbarkeit, Aggressivität oder depressive Symptome ausdrücken. Es ist

wichtig, auf solche Verhaltensänderungen zu achten und sie ernst zu nehmen. Eine frühzeitige Diagnose und angemessene Unterstützung für Menschen mit Demenz können dazu beitragen, das Risiko von Suizidgedanken zu verringern. Dies kann die Bereitstellung emotionaler Unterstützung, die Förderung sozialer Interaktionen, die Behandlung von Begleiterkrankungen wie Depressionen und die Förderung eines sicheren und unterstützenden Umfelds umfassen (Riese, 2022).

Für Betreuende sind die beschriebenen Situationen herausfordernd und brauchen eine hohe fachliche Kompetenz. Kommunikation wird dabei als wesentliche Kernkompetenz beschrieben, wobei auch Faktoren wie Zeit, Erfahrung und Beziehungsgestaltung wichtige Rollen spielen. Betreuende sollten außerdem auf Zeichen suizidaler Gedanken oder Suizidalität geschult sein. Bei Verdacht wird empfohlen, diesen direkt anzusprechen. Gerade ältere Menschen zählen zur besonders gefährdeten Gruppe, in der Sterbewünsche sich zu suizidalen Gedanken bis hin zur Suizidhandlung ausprägen können, wie es in Kapitel 2.5 näher beschrieben wird (Fachgesellschaft Palliative Geriatrie, 2022).

2.3. Klärung zentraler Begrifflichkeiten

Bevor näher auf das Thema des assistierten Suizids eingegangen wird, müssen zuerst Begrifflichkeiten sowie Rahmenbedingungen am Lebensende geklärt werden. Innerhalb der aktuellen Debatte werden häufig die Begriffe „Sterbehilfe“ und „Sterbebegleitung“ verwendet. Umgangssprachlich sind diese beiden nicht eindeutig voneinander trennbar und werden häufig in ähnlichen oder gleichen Kontexten verwendet.

Unter der Sterbebegleitung versteht man grundsätzlich alle Maßnahmen, die gesetzt werden können, um Menschen in ihrer letzten Lebensphase zu unterstützen. Eine holistische Betrachtung sowie Begleitung auf physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene sind dabei Voraussetzung. Sterbebegleitung ist eng verbunden mit Palliative Care und der Hospizbewegung, worauf nachstehend noch genauer eingegangen wird (Rothhaar, 2020).

Der Begriff der Sterbehilfe ist ungenau definiert. Wenn man von der Hilfe *beim* Sterben spricht, meint man damit eher die Aspekte der Sterbebegleitung, wohingegen, wenn man von der Hilfe *zum* Sterben spricht, eher der Begriff der Tötung auf Verlangen gemeint ist. Mit Letzterem wird nicht nur auf ein gutes Sterben und einen guten Tod abgezielt, sondern auch darauf, diesen aktiv herbeizuführen oder zu beschleunigen (Sahm, 2020). Feichtner (2022a)

rät aufgrund der beschriebenen Zweideutigkeit davon ab, den Begriff der Sterbehilfe weiterhin zu verwenden.

Da Sterben häufig in Kombination mit medizinischen Behandlungen stattfindet und es dabei oft abzuschätzen gilt, welche Maßnahmen als nächstes durchgeführt oder unterlassen werden, versuchte man, diese Handlungen innerhalb verschiedener Formen der Sterbehilfe zu differenzieren. Damit meinte man die Einteilung in die passive, indirekte und aktive Sterbehilfe. Diese Nomenklatur wird nach wie vor, vor allem in der juristischen Sprache angewendet, ist jedoch ungeeignet für einen medizinethischen Diskurs und bildet die Handlungen, die am Lebensende gesetzt werden können, nicht ausreichend ab. Außerdem geben sie einen unzureichenden Einblick in die dahinterstehenden Absichten (Sahm, 2020).

Durch die bestehende Unschärfe der Begriffe und der aktuellen weltweiten Debatte rund um Sterbehilfe ist es nötig, den ethischen Rahmen und die unterschiedlichen Perspektiven zu überarbeiten und auf gemeinsame Grundsätze zusammenzuführen. Die European Association for Palliative Care (EAPC) veröffentlicht 2016 hierzu ein Weißbuch.

Den traditionellen, veralteten Formen der Sterbehilfe stehen die Erläuterungen der EAPC zur Palliativversorgung, „*euthanasia*“, zum (ärztlich) assistierten Suizid, der Nichtbehandlungsentscheidung und der palliativen Sedierung gegenüber.

Die Palliativversorgung zielt darauf ab, mithilfe eines multiprofessionellen Teams Krankheitssymptome bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung zu lindern und die psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Betroffenen und deren Angehörigen zu berücksichtigen. Der Tod wird als Teil des Lebens gesehen. Ein zentraler Grundsatz ist, den Tod weder zu beschleunigen noch hinauszuzögern (Husebø & Klaschik, 2009). Innerhalb der palliativen Betreuung sollen Betroffene dabei unterstützt werden, ihr Lebensende so aktiv wie möglich selbst mitzugestalten, um ihre Autonomie bis zuletzt erhalten zu können (Radbruch et al., 2016). Palliative Care wird mittlerweile innerhalb der Hospizbewegung verwirklicht. Diese drückt eine innere Grundhaltung aus und zielt auf ein menschenwürdiges Leben bis zuletzt ab (Nagele & Feichtner, 2005). Die Palliative Geriatrie wendet sich speziell der Gruppe der alten, hochbetagten Menschen zu und setzt sich außerdem für ein gesellschaftliches Umdenken gegenüber alten Menschen und der Altenbetreuung ein. Sie ist *„ein ganzheitlicher, interprofessioneller Betreuungsansatz mit dem Ziel, multimorbiden hochbetagten Menschen*

mit und ohne Demenz bis zuletzt ein gutes Leben zu ermöglichen und ihren Angehörigen in schweren Zeiten beizustehen“ (Fachgesellschaft Palliative Geriatrie, 2020a).

„*Euthanasia*“ oder Tötung auf Verlangen beschreibt das Töten auf Wunsch des Sterbewilligen hin durch das Verabreichen eines Präparats. Das kann durch eine:n Mediziner:in oder eine andere Person erfolgen. Wird kein klarer Wunsch und keine eindeutige Zustimmung gegeben, handelt es sich um Mord (Radbruch et al., 2016). Verglichen mit der früheren Nomenklatur kann hier die aktive Sterbehilfe gegenübergestellt werden. Diese ist in Österreich gemäß § 77 „Tötung auf Verlangen“ (StGB BGBl. Nr. 60/1974) verboten. Der Begriff „Euthanasie“ wird vor allem in Österreich und Deutschland aufgrund der historischen Vorbelastung und der begangenen Verbrechen im Nationalsozialismus gemieden (Sahm, 2020). International ist der Begriff jedoch gebräuchlich, wobei dieser meist nicht zwischen assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen unterscheidet. In dieser Arbeit wird vereinzelt der englische Begriff „*euthanasia*“ verwendet, wenn es um die Beschreibung internationaler Entwicklungen geht.

Der assistierte Suizid wird im Weißbuch so definiert: *„Eine Person hilft vorsätzlich einer anderen Person, ihr Leben zu beenden, auf den freiwilligen, sachkundigen Wunsch dieser Person hin“* (Radbruch et al., 2016). Die Handlung selbst liegt bei dem Sterbewilligen selbst. Der ärztlich assistierte Suizid wird differenziert betrachtet und unterscheidet sich darin, dass die Hilfe hierbei von Ärzt:innen kommt. Die Besonderheit ergibt sich aus den übergeordneten Berufswerten, welche sich schwierig mit dieser Handlung vereinbaren lassen (Radbruch et al., 2016).

Die Nichtbehandlungsentscheidung ist am ehesten mit der passiven Sterbehilfe vergleichbar. Es geht darum, sich gegen eine Therapie oder für den Abbruch einer Therapie zu entscheiden. Dies kann medizinisch indiziert sein, aber auch auf Wunsch der Betroffenen hin geschehen. Es wird akzeptiert und zugelassen, dass der Mensch an seiner Krankheit sterben kann (Radbruch et al., 2016).

Bei der palliativen Sedierung steht die Schmerzlinderung im Fokus. Durch den genau abgewogenen Einsatz von Arzneimitteln kann Leiden durch die Dämpfung des Bewusstseinszustands gelindert werden. Die palliative Sedierung bildet eine wichtige Handlungsoption in der Palliativmedizin (Radbruch et al., 2016). Diese Vorgehensweise kann der indirekten Sterbehilfe gegenübergestellt werden, denn auch hier stehen die

Symptomlinderung und die Entlastung im Vordergrund, wobei allerdings nicht genauer definiert wird, inwiefern diese erreicht werden.

2.4. Der assistierte Suizid

Die Legalisierung des assistierten Suizids zeigt neue gesellschaftliche Entwicklungen an. In den folgenden Kapiteln sollen diese genauer beleuchtet werden. Dazu werden die Entstehung des Gesetzes sowie dessen Inhalte skizziert. Im Anschluss werden internationale Entwicklungen abgebildet.

2.4.1. Die Legalisierung des assistierten Suizids in Österreich

Auf mehrere Antragstellende hin, darunter auch selbst betroffene, schwerkranke Menschen, erklärte der Verfassungsgerichtshof (VfGH) im Dezember 2020 das Gesetz § 78 „Mitwirkung am Selbstmord“ (StGB, Fassung vom 31.12.2021) teilweise für verfassungswidrig. Er beschließt, dass die Aufhebung des Gesetzes mit 01.01.2022 in Kraft tritt und begründet seine Entscheidung darin, dass das Gesetz im Widerspruch zum Recht auf freie Selbstbestimmung steht. Dieses leitet sich, dem VfGH nach, vom Recht auf Privatleben, dem Recht auf Leben und dem Gleichheitsgrundsatz ab und umfasst somit auch das Recht auf menschenwürdiges Sterben. Therapie und Behandlung zur Lebenserhaltung können jederzeit abgelehnt werden und zukünftig darf auch die Hilfe eines Dritten zur Selbsttötung in Anspruch genommen werden (Halmich & Klein, 2023).

Die österreichische Regierung erhielt in weiterer Folge den Auftrag, bis zur Aufhebung die entstehende Gesetzeslücke zu schließen. Während dieser Zeit wurde ein „Dialogforum Sterbehilfe“ veranstaltet, in dem mehrere Expert:innen zu Wort kamen. Am 23.10.2021 wurde ein Ministerialentwurf zum Sterbeverfügungsgesetz zur Begutachtung abgegeben, wofür die Zeit von eng bemessenen drei Wochen zur Verfügung stand. In dieser Zeit wurden viele Stellungnahmen unterschiedlicher Organisationen und Einrichtungen eingereicht, welche aber nur zu geringen Änderungen des Gesetzesentwurfes führten. Am 01.01.2022 trat somit das sogenannte Sterbeverfügungsgesetz in Kraft (Feichtner, 2022a).

Die Entscheidungen des VfGH polarisierte die österreichische Gesellschaft. Um die Debatte abzubilden, werden folgend einige der Stellungnahmen zusammengefasst.

Die Österreichische Palliativgesellschaft (2021) macht darauf aufmerksam, dass es trotz geregelter Freiwilligkeit für hilfeleistende Personen zu Druck- und Zwangssituationen

kommen könnte, besonders wenn sie der sterbewilligen Person nahestehen. Die Beteiligung könnte zu schweren Belastungen bis hin zum Folgesuizid führen. Daher wäre eine professionelle Begleitung angebracht. Des Weiteren wird angemerkt, dass es keine Regelung in Bezug auf die Anzahl der hilfestellenden Personen gebe. Eine Regulierung wäre begrüßenswert, um der Ausführung von Sterbe-Events entgegenzuwirken.

Der § 77 „Tötung auf Verlangen“ (StGB) bleibt in Österreich weiterhin verboten. Allerdings befürchtet das Salzburger Ärzteforum (2021) sowie der Österreichische Behindertenrat (2021), dass zukünftig auch dieses Gesetz angefochten werden könnte. Sie verlangen außerdem eine klare Regelung des Sterbeverfügungsgesetzes innerhalb von Pflege- oder Krankenanstalten. Weiters geben sie zu bedenken, dass die Aufklärung durch eine Person mit palliativmedizinischen Qualifikationen im Widerspruch zu den Grundsätzen der Palliativmedizin stehe und die Miteinbeziehung einer psychiatrischen Expertise sinnvoll wäre.

Letzte Hilfe – Verein für ein selbstbestimmtes Sterben (2021) sieht das anders und empfindet das weiterhin bestehende Verbot der Tötung auf Verlangen als diskriminierend für alle Menschen, die aufgrund physischer Einschränkungen nicht in der Lage sind, assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen. Des Weiteren wird die gesetzlich vorgeschriebene Bedenkzeit von zwölf Wochen als zu lange kritisiert, da sich Gesundheitszustände deutlich schneller drastisch verschlechtern können. Ferner wird die sehr späte Veröffentlichung des Gesetzesentwurfs sowie die sehr knappe Begutachtungsfrist bemängelt.

Das Forum Gesundheitsrecht begrüßt die Legalisierung des assistierten Suizids grundlegend. Der Ausbau von Palliativ- und Hospizversorgung sowie Suizidprävention wären weitere wichtige Punkte, die parallel dazu sichergestellt werden müssten. Der Ausschluss von psychisch kranken Menschen sei allerdings kritisch zu hinterfragen, denn es sei diskriminierend, diese automatisch als nicht entscheidungsfähig zu kategorisieren. Weiters wird gefordert, dass Gesundheitsberufe in den Prozess einbezogen werden und auch Ärzt:innen, Apotheker:innen und diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal die Befugnis zur Suizidhilfe erhalten. Auch sollte es erlaubt und möglich gemacht werden, Suizidhilfe in einschlägigen Vereinen durchzuführen (Halmich, 2021).

Die Österreichische Bischofskonferenz (2021) kritisierte den Entwurf des Sterbeverfügungsgesetzes stark. Es wird unter anderem thematisiert, dass die Beihilfe zum Suizid nicht an die Errichtung einer Sterbeverfügung oder damit verbundene Bedenkzeit von

zwölf Wochen geknüpft ist. Der geänderte § 78 „Mitwirkung an Selbsttötung“ (StGB BGBl. Nr. 60/1974 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 242/2021) ist nämlich nur dann strafbar, wenn die hilfeleistende Person nicht volljährig, die ärztliche Beurteilung und Aufklärung nicht erfolgt ist oder verwerfliche Beweggründe vorliegen. Die Errichtung einer Sterbeverfügung bei einer rechtlich befugten Person wäre demnach nur nötig, wenn ein tödliches Arzneimittel bezogen werden möchte. Des Weiteren wird in der Stellungnahme Kritik an der Begriffswahl „Sterbeverfügung“ geübt. Sie wird darin begründet, dass es zu unterscheiden gelte, ob jemand sterben will oder sich töten möchte. Der Begriff „Suiziderklärung“ wird als treffender vorgeschlagen.

Dass in dem Kontext besonders auf alte Menschen Rücksicht genommen werden muss, veranschaulicht die Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (2021). Der geriatrische Bereich zeichnet sich unter anderem durch seine Todesnähe aus, weshalb gefordert wird, dass Sterbewünsche vermehrt thematisiert werden sollen. Tatsächlich steigt das Suizidrisiko mit dem Alter an und Suizide werden konsequenter durchgeführt als bei jüngeren Menschen. Lebensqualität, Autonomie und Würde sind im geriatrischen Bereich manchmal herausfordernde Themen, speziell bei Menschen mit Demenz. Deshalb wird eine bessere Zusammenarbeit der Fachbereiche Palliativmedizin und Geriatrie gefordert (Frühwald & Pinter, 2021).

Gronemeyer und Heller (2021) befassen sich innerhalb dieser Debatte mit den grundlegenden Fragen darüber, was diese Entscheidung nun für die Gesellschaft bedeutet, beziehungsweise was sie über sie aussagt. Sie hinterfragen kritisch, inwiefern in einer von Konsum gesteuerten Gesellschaft der Tod als Dienstleistung verkauft werden kann und wo bei der Priorisierung der Autonomie und Individualisierung des Menschen Gemeinschaft und Sozialität noch einen Platz finden. Gerade dadurch, dass das Sterben zu einer staatlichen und rechtlichen Angelegenheit gemacht wird, werde doch eigentlich diese Autonomie vergeben. Sie lehnen es generell ab, sich für die Suizidassistenz oder dagegen auszusprechen, sondern plädieren dafür, die Frage offen zu lassen, in den Dialog zu treten und Ambivalenzen zuzulassen. Solidarität, Gastfreundschaft und Fürsorge würden immer weniger beachtet, obwohl sie eine immer wichtigere gesellschaftliche Bedeutung erhalten sollten, schreiben die beiden Autoren.

2.4.2. Das Sterbeverfügungsgesetz

Der assistierte Suizid wird 2022 in Österreich mit dem Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG BGBl. I 2021/242) geregelt. Dieses besagt, dass eine sterbewillige Person das Recht hat, eine Sterbeverfügung zu errichten. Die betroffene Person muss österreichische:r Staatsbürger:in, volljährig und voll entscheidungsfähig sein. Außerdem muss nachgewiesen werden, dass die Person an einer unheilbaren Krankheit oder an einer dauerhaften, schweren Krankheit mit Symptomen, welche die Lebensqualität stark beeinträchtigen, leidet (§ 6 Abs.2 StVfG). Der Entschluss muss gemäß § 6 (Abs.2 Z 2 StVfG) *„frei von Irrtum, List, Täuschung, physischem oder psychischem Zwang und Beeinflussung durch Dritte gefasst werden.“*

Der Errichtung einer Sterbeverfügung muss eine ärztliche Aufklärung vorrausgehen. Dabei beurteilen zwei Ärzt:innen, wobei eine:r davon eine palliativmedizinische Qualifikation aufweisen muss, einerseits die Entscheidungsfähigkeit der betroffenen Person, andererseits das Vorliegen eines nicht behandelbaren Leidenszustands. Des Weiteren klären sie über mögliche Alternativen und den genauen Ablauf auf und sind auch verantwortlich für die Dosieranordnung des tödlichen Arzneimittels. Frühestens zwölf Wochen nach dieser Aufklärung kann eine Sterbeverfügung bei einem Notariat oder einer Patientenanwaltschaft errichtet werden (§ 7 Abs.2 StVfG). Nach Errichtung kann das Präparat in jeder öffentlichen Apotheke nach Vorlage der Sterbeverfügung von der sterbewilligen oder der Hilfe leistenden Person abgeholt werden (§ 11 Abs. 2 StVfG).

Sterbewillige haben das Recht, die Hilfe Dritter bei der Durchführung der Selbsttötung in Anspruch zu nehmen, und müssen diese ebenfalls in die Sterbeverfügung mitaufnehmen. Diese Personen müssen ebenfalls volljährig sein und sich selbstbestimmt und freiwillig dafür entscheiden, Hilfeleistungen für die sterbewillige Person zu erbringen (§§ 3 Abs.1 StVfG). Unter Hilfeleistung versteht man *„die physische Unterstützung der sterbewilligen Person bei der Durchführung lebensbeendender Maßnahmen“* (§ 3 Abs.1 Z 4 StVfG). Die ärztliche Aufklärung sowie die schriftliche Errichtung der Sterbeverfügung zählen hier nicht dazu.

Die Sterbeverfügung kann gemäß § 10 (Abs. 2 StVfG) jederzeit widerrufen werden und verfällt ein Jahr nach deren Errichtung. Betroffene haben dann die Möglichkeit, das Verfahren erneut einzuleiten. Des Weiteren ist geregelt, dass ein Werbeverbot für Hilfeleistungen, Mittel oder

Verfahren besteht. Erlaubt ist es, eine sterbewillige Person auf die Möglichkeit der Errichtung einer Sterbeverfügung hinzuweisen (§ 12 Abs.2 StVfG).

Die Einnahme des Präparats sollte im privaten Rahmen erfolgen, um eine Institutionalisierung zu vermeiden. Doch innerhalb von Pflege- und Betreuungseinrichtungen ist die gesetzliche Lage schwierig, denn diese sind in vielen Fällen der Wohnort von den dort betreuten Menschen. Das Heimvertragsgesetz schützt die Bewohnerrechte und das Vorhaben eines assistierten Suizids wäre demnach kein Kündigungsgrund. Auch die Aufnahme in ein Pflegeheim an die Bedingung zu knüpfen, keinen assistierten Suizid vorzunehmen, stellt keine zulässige Möglichkeit für den Heimträger dar (Halmich & Klein, 2023).

2.4.3. Der assistierte Suizid im internationalen Vergleich

In Österreich ist der assistierte Suizid erst seit kurzem legal. Es gibt weltweit aber mehrere Länder, in denen assistierter Suizid oder auch Tötung auf Verlangen schon länger möglich sind. Die Terminologie sowie die gesetzlichen Rahmenbedingungen unterscheiden sich von Land zu Land. Folgend soll ein kurzer Überblick über die Regelungen in den verschiedenen Ländern, Stand Jänner 2023, gegeben werden, in denen der assistierte Suizid möglich ist.

Schweiz

In der Schweiz ist der assistierte Suizid gesetzlich erlaubt und wird von Suizidhilfe-Organisationen beziehungsweise Vereinen durchgeführt. Derzeit gibt es insgesamt sechs Organisationen dieser Art. Die bekanntesten sind EXIT oder DIGNITAS. Einige dieser Vereine haben sich auf die Begleitung von Menschen aus dem Ausland spezialisiert. Die Kosten für Suizidassistenz belaufen sich dabei um die 10.000 Euro. Die Beihilfe zum Suizid kann dabei von Angehörigen, Bezugspersonen oder von Mitarbeitenden ebensolcher Vereine durchgeführt werden. Letztere müssen dabei keine medizinische Fachausbildung aufweisen. Die Organisationen selbst erstellen intern Zulassungskriterien und prüfen diese. Diesbezüglich gibt es lediglich Empfehlungen der nationalen Ethikkommission. So ist es in einzelnen Vereinen auch Menschen mit einer psychiatrischen oder demenziellen Erkrankung möglich, Suizidassistenz zu erhalten. Eine von der Organisation unabhängige ärztliche Aufklärung und Beurteilung der Situation ist jedoch immer Voraussetzung, um assistierten Suizid in Anspruch nehmen zu dürfen. Wichtig dabei ist die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit und Willensfreiheit. Die Tötung auf Verlangen ist in der Schweiz verboten (Feichtner & Wasl, 2022).

Deutschland

Deutschland ist zurzeit (Stand Jänner 2023) in einer Situation, in der der assistierte Suizid erlaubt ist, doch das Gesetz dazu sich in einem Prozess der Neuregelung befindet. Tötung auf Verlangen ist und bleibt in Deutschland weiterhin verboten. Letztstand ist eine Debatte zu diversen Gesetzesentwürfen, wobei unter anderem Themen wie die Geschäftsmäßigkeit der Suizidassistenz, ein mögliches Schutzkonzept für Betroffene und Suizidprävention diskutiert wurden (Deutscher Bundestag, 2022). Assistierter Suizid findet also statt, doch innerhalb einer rechtlichen Grauzone. Auch in Deutschland gibt es Sterbehilfsorganisationen, die mitunter das zuvor geltende Gesetz in Bezug auf das Verbot der Geschäftsmäßigkeit beanstandeten (Schwermann, 2022). Auf einschlägigen Seiten solcher Vereine werden als Voraussetzungen für einen assistierten Suizid die Freiverantwortlichkeit, Willens- und Entscheidungsfähigkeit sowie Beständigkeit in der Entscheidung genannt. Menschen mit psychiatrischen Diagnosen werden demnach nicht ausgeschlossen. Allerdings muss dabei differenziert werden, ob der Sterbewunsch ein Ausdruck dieser ist (Verein Sterbehilfe, 2023).

Die Beneluxstaaten

Belgien, Niederlande und Luxemburg haben einen sehr offenen Umgang mit der Sterbehilfe. Im Allgemeinen wird dort von „*euthanasia*“ gesprochen. In Belgien fällt darunter der assistierte Suizid, die Tötung auf Verlangen und – unter bestimmten Bedingungen – auch die Tötung ohne Verlangen. Beschrieben wird damit in der Regel das absichtliche Zu beziehungsweise Verabreichen eines tödlichen Medikaments, um das Leben eines leidenden Menschen schmerzlos zu beenden. Während Ärzt:innen informieren, aufklären, beurteilen und schlussendlich auch bei der Durchführung dabei sein müssen, prüft das „*Federal Control and Evaluation Committee Euthanasia*“ im Nachhinein, ob die gesetzlichen Rahmenbedingungen eingehalten wurden. Diese werden im Allgemeinen vom dort sogenannten „Euthanasiegesetz“ geregelt, erlebten jedoch zwischen 2012 und 2014 einige Änderungen. Darin wurde der Zugang zur „*euthanasia*“ auch für Menschen mit Demenz oder einer anderen psychiatrischen Diagnose sowie für Minderjährige mit einer unheilbaren Krankheit geschaffen, unter der Einhaltung bestimmter Voraussetzungen (Amschl-Strablegg, 2022).

In den Niederlanden wird „*euthanasia*“ durch das „Gesetz über Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe auf Selbsttötung“ (EAS) geregelt.

Grundvoraussetzung ist auch hier ein unerträgliches, nicht behandelbares Leiden, jedoch nicht zwingend im Zusammenhang mit dem Vorliegen einer unheilbaren Krankheit. Ähnlich wie in Belgien ist auch hier „*euthanasia*“ bei Demenzkranken und Minderjährigen unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Ärzt:innen, insbesondere im niedergelassenen Bereich, spielen eine zentrale Rolle, da sie die ersten Ansprechpersonen sind. Weiters ist es Aufgabe eines Arztes oder einer Ärztin, in jedem Fall einen Bericht für die regionale Kontrollkommission zu erstellen, aus dem hervorgehen muss, dass bestehende Kriterien für „*euthanasia*“ erfüllt werden. Auch wenn die Bezeichnung des EAS- Gesetzes anderes vermuten lässt, so werden in den Niederlanden auch Tötungen ohne Verlangen durchgeführt. Unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt, doch sehr umstritten sind hier die Tötungen von Neugeborenen zu erwähnen, die mit schweren Einschränkungen auf die Welt kommen (Feichtner, 2022c).

Das luxemburgische Gesetz zu „*euthanasia*“ ist eng angelehnt an das belgische und wurde etwas später, 2009, erlassen. Die Kriterien sind ähnlich wie in den Niederlanden und Belgien, mit der Ausnahme, dass die Betroffenen volljährig sein müssen. Außerdem muss eine unheilbare Krankheit vorliegen, die unerträgliches Leiden erzeugt, dabei ist egal, um welche Art Erkrankung es sich handelt. Es ist Luxemburger:innen auch möglich, ihre Bestimmungen zum Lebensende und unter welchen Umständen sie „*euthanasia*“ erhalten möchten, vorab festzulegen, falls sie in eine Lage kommen, wo sie sich nicht mehr äußern können. Ärzt:innen sowie eine Kontrollkommission beurteilen die Situation, bevor Tötung auf Verlangen oder assistierter Suizid zugelassen werden (Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, 2009).

Spanien

Seit 2021 hat auch Spanien ein Gesetz zur Regelung von „*euthanasia*“. Darunter wird der assistierte Suizid sowie Tötung auf Verlangen verstanden. Die Kriterien dafür sind so geregelt, dass nur volljährige, mündige Staatsbürger:innen mit einer schweren unheilbaren Krankheit oder Behinderung, die unerträgliches Leid erzeugt, diese in Anspruch nehmen dürfen. Eine Einheit aus Mediziner:innen und einer eigenständigen Prüfkommision der jeweiligen Region prüft die Einhaltung dieser Kriterien (Sellner-Pogány & Mosich, 2022).

Australien

In Australien wird „*voluntary assisted dying*“ (VAD) gesetzlich geregelt. Dies impliziert assistierten Suizid sowie Tötung auf Verlangen, wobei letzteres nur dann durchgeführt wird, wenn die betroffene Person körperlich nicht in der Lage ist, das tödliche Medikament selbst zu sich zu nehmen. Die einzelnen Bundesstaaten haben alle etwas unterschiedliche gesetzliche Regelungen. Grundlegende Zulassungskriterien beinhalten Volljährigkeit, Entscheidungsfähigkeit und das nicht zu lindernde Leiden an einer unheilbaren Krankheit mit einer maximalen Lebenserwartung von sechs Monaten. Außerdem haben nur Australier:innen oder Menschen mit einem langfristigen Wohnsitz in Australien oder im entsprechenden Bundesstaat Anspruch auf VAD. Die Beurteilung der Kriterien erfolgt durch ärztliches Personal. Pflegerisches und medizinisches Personal können nicht verpflichtet werden, sich an VAD zu beteiligen, haben allerdings die Möglichkeit, Schulungen zu absolvieren und sich dafür zu qualifizieren. In jedem Fall sind sie aber berechtigt, Information und Beratung bezüglich VAD zu geben (Feichtner, 2022b).

Neuseeland

2021 trat in Neuseeland das „*End of Life Choice Act 2019*“ Gesetz in Kraft. Damit werden der Erhalt oder das Verabreichen einer tödlichen Substanz unter gewissen Voraussetzungen legalisiert. Auf der Seite des Gesundheitsministerium wird ein „*Assisted Dying Service*“ angeboten, welches unter anderem alle Informationen zu den Zulassungsvoraussetzungen enthält. Neuseeländer:innen, die mindestens 18 Jahre alt sind und an einer unheilbaren Krankheit leiden, die ihr Leben wahrscheinlich innerhalb von sechs Monaten beenden wird, können Suizidassistenten in Anspruch nehmen. Auf der Seite des Gesundheitsministerium findet sich außerdem ein Gesprächsleitfaden sowie ein Handbuch für Angehörige der Gesundheitsberufe, welches dabei unterstützen soll, auf Suizidwünsche angemessen zu reagieren (Ministry of Health – Manatū Hauora, 2022).

Nord- und Südamerika

In den USA regeln die Bundesstaaten assistierten Suizid unterschiedlich. Während „*physician-assisted dying*“ (PAD) in zehn Bundesstaaten legal ist, wird dies in sechs Bundesstaaten (Alabama, Arkansas, Georgia, Idaho, Ohio und Rhode Island) unter Strafe gestellt. In Oregon wird wiederum vom „*death with dignity act*“ gesprochen, dessen gesetzliche Regelung

größtenteils als Vorlage für PAD diene. Darunter wird ausschließlich die Beihilfe zum Suizid verstanden, was impliziert, dass die betroffene Person selbstständig dazu in der Lage sein muss, das tödliche Präparat zu sich zu nehmen. Weitere Voraussetzungen beinhalten ein Mindestalter von 18 Jahren, die Entscheidungsfähigkeit und das Vorliegen einer terminalen Krankheit, die innerhalb von sechs Monaten zum Tod führen wird. Ärzt:innen obliegt die Aufklärung sowie die Beurteilung dieser Kriterien (Watzke & Daniczek, 2022).

Innerhalb von Südamerika ist seit 2015 PAD möglich, in Kolumbien auch Tötung auf Verlangen. Die Grundvoraussetzungen sind denen in den USA ähnlich: Die Erkrankung muss nachweisbar unheilbar sein, großes Leiden erzeugen und als nicht zumutbar beurteilt werden können (Mroz, Dierickx, Deliens, Cohen & Chambaere, 2021).

Kanada

Seit 2016 ist die „*Medical Assistance in Dying*“ (MAiD) in ganz Kanada legal. Dabei wird gesetzlich kaum unterschieden zwischen dem assistierten Suizid oder der Tötung auf Verlangen. Personen, die MAiD in Anspruch nehmen wollen, müssen mindestens 18 Jahre alt, entscheidungsfähig und betroffen von einer unheilbaren Krankheit oder Behinderung sein, die zu unerträglichem Leiden führen. Der Todeszeitpunkt muss absehbar sein, ist aber nicht durch genauere Zeitangaben beschrieben. Ärztliches Personal entscheidet über die Erfüllung der Voraussetzungen. Besonders bei der gesetzlichen Regelung zu MAiD ist die Rolle, die Pflegepersonen zukommt. Qualifiziertes Pflegepersonal (Nurse Practitioners und Registered Nurses) dürfen medizinisch assistierten Suizid durchführen. Ihre Aufgabenbereiche können von Informieren und Beraten bis hin zur Trauerbegleitung von Angehörigen reichen und den gesamten Prozess umfassen. Die Verabreichung und Bereitstellung der tödlichen Substanz werden somit von ärztlichem oder pflegerischem Personal übernommen (Feichtner & Amschl-Strablegg, 2022).

Weitere Entwicklungen

Portugal arbeitet ebenfalls an einem Gesetzesentwurf zum assistierten Suizid, doch die Entscheidungen dazu sind bis dato noch nicht endgültig gefallen (Mosich & Kreye, 2022).

Auch in Italien ist 2022 der erste Fall von ärztlich assistiertem Suizid bekannt geworden. Dieser ist behördlich erlaubt durchgeführt worden, was Debatten zum assistierten Suizid ausgelöst hat (Deutsches Ärzteblatt, 2022).

Weltweit kann in Anbetracht der letzten zehn Jahre zunehmend eine Liberalisierung von Sterbehilfe in Form von assistiertem Suizid oder „*euthanasia*“ beobachtet werden (Mroz et al., 2021).

2.5. Suizid im Alter

Tatsächlich steigt mit zunehmendem Alter auch die Suizidrate. Den stärksten Anstieg erreicht sie bei den über 85-Jährigen, wobei eine hohe Dunkelziffer vermutet wird. Suizid gehört zu den zehn häufigsten Todesursachen bei älteren Menschen. Zu bemerken ist auch der vorliegende Genderaspekt. Demnach nehmen sich Männer häufiger das Leben als Frauen. Bei den über 70-Jährigen kommt es bei etwa dreimal so vielen Männern wie Frauen zum Suizid. Als besonders gefährdet gelten geschiedene oder verwitwete Männer (Frühwald & Pinter, 2021).

Suizidhandlungen entstehen immer aus einer Krise heraus. Diese verdichtet sich so sehr, bis sie für die Betroffenen ausweglos erscheint. Gründe können Einbußen der Lebensqualität durch altersbedingte, körperliche Einschränkungen oder durch eine psychische Erkrankung sein. Verlusterfahrungen im Alter, wie der Tod von geliebten Menschen oder auch der Verlust der Arbeit, können zu sozialer Isolation und Einsamkeit führen. Das vorherrschende Altersbild verleitet dazu, dem Suizid von älteren Menschen eher akzeptierend gegenüberzustehen als von jüngeren, da oft von einer reiflichen Überlegung ausgegangen wird. Begriffe wie „Altersfreitod“ oder „Bilanzsuizid“ tragen unter anderen zu dieser Annahme bei und lassen das Vorliegen einer schweren Krise und Verzweiflung als Auslöser für einen Suizid in den Hintergrund rücken (Müller-Pein & Lindner, 2020).

Darüber hinaus wird vermehrt darüber diskutiert, inwieweit es zu sogenannten „maskierten“ Suiziden bei älteren Menschen kommt. Betroffene verwahrlosen zunehmend, lassen sich gehen, lehnen ihre Therapie ab und geben sich mit der Zeit auf. In diesem Zusammenhang wird auch über die Einordnung des freiwilligen Verzichtes auf Nahrung und Flüssigkeit, um den Tod aktiv frühzeitig herbeizuführen, diskutiert. Dabei wird auch von einem „natürlichen Suizid“ gesprochen (Frühwald & Pinter, 2021).

Der Suizid im Alter wird auch im Kontext des assistierten Suizids beziehungsweise der Tötung auf Verlangen diskutiert. Befürwortende setzen sich für eine Enttabuisierung ein und fordern ein Recht darauf. Besonders die schweizerische Sterbehilfsorganisation EXIT setzt sich in den

letzten Jahren verstärkt dafür ein. Laut EXIT findet Suizidbeihilfe im Alter längst statt und macht ein Drittel der assistierten Suizide aus. Sie werden von der internen Statistik jedoch unter dem Begriff „Polymorbidität“ erfasst. Thematisiert wird die Suizidassistenz bei alten Menschen vor allem, da die Ärzteschaft sie häufig aus Gewissensgründen ablehnt (Wiler & Schafroth, 2020). Die Informationen zu den beschriebenen internen Statistiken sind jedoch lückenhaft. So gibt es zum Beispiel keine Angaben zum Alter und wie dieses mit der erwähnten Polymorbidität zusammenhängt.

Multimorbidität oder Polymorbidität im Alter werden in diesem Zusammenhang häufig genannt und könnten unter Umständen auch in Österreich rechtlich einen assistierten Suizid legitimieren. In Ländern mit liberaleren Sterbehilfegesetzen gibt es auch die Forderung nach mehr Akzeptanz von assistiertem Suizid ohne Vorliegen einer schweren Erkrankung. Lebensmüdigkeit beziehungsweise eine Bilanz zu ziehen im Sinne von „[...] eine Würdigung der glücklicheren Vergangenheit, der gegenüber die Zukunft nur noch Einsamkeit und Trübsinn bietet“ (Birkenstock, 2022, S. 162), soll als Begründung ausreichend sein, verstanden und akzeptiert werden. Diesem Thema widmet sich auch das Buch „Gott“ von Ferdinand Schirach und der gleichnamige Film aus dem Jahr 2020 (Schirach & Herrenbrück, 2020).

Zum Beispiel gibt es in den Niederlanden vermehrt Diskussionen darüber, ob ein „abgeschlossenes Leben“ oder „am Leben leiden“ als Grund für den Anspruch von „euthanasia“ ausreichend sind. Gesetzlich ist diese nicht an das Vorliegen einer Krankheit gebunden, sondern lediglich an ein unerträgliches Leiden, welches beurteilt werden muss. Van der Geest und Satalkar (2021) geben in diesem Zusammenhang jedoch zu bedenken, dass ein „completed life“ meist bedeutet, dass Menschen den Sinn im Leben verlieren, was mit Gefühlen von Depression, Einsamkeit und Angst einhergeht. Eingebettet in einen gesellschaftlichen Kontext sind vor allem alte Menschen gefährdet, zu denken, kein sinnvolles Mitglied der Gesellschaft zu sein, und wollen durch einen geplanten, vorzeitigen Tod jüngeren Generationen nicht länger zur Last fallen.

Auch von der *Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie* (2022) wird in Bezug auf den sozialen Status älterer Menschen darauf hingewiesen, dass diese aufgrund ihrer Vulnerabilität einem erhöhten Risiko der Fremdbestimmung ausgesetzt sind. Sie sind besonders schutzbedürftig, wenn es darum geht, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu erfüllen. Diese können

fehlinterpretiert oder für andere Zwecke missbraucht werden. Insbesondere im Zusammenhang mit Sterbewünschen und assistiertem Suizid ist es wichtig, dies zu beachten.

Suizid im Alter ist somit jedenfalls ein wichtiges Thema für die Geriatrie und es gilt die weitere Entwicklung zu beobachten. Vermutet wird, dass es durch den demografischen Wandel zu einer weiteren Zunahme von Suiziden alter Menschen kommen wird. Es ist daher besonders wichtig, dass sich Betreuungspersonen dem erhöhten Risiko bewusst sind und auf Hinweise dahingehend achten. Typische Auslöser sind Autonomieverlust und die Angst davor, welche folgend zu sozialem Rückzug oder auch zu hohen Ansprüchen an das Betreuungspersonal führen können. Dies kann auf eine vorliegende Notsituation hindeuten. Es werden Schutzfaktoren beschrieben, die einer schwerwiegenden Krise vorbeugen können. Ein positives Altersbild, eine optimistische Lebenseinstellung und die Auseinandersetzung mit dem Lebensende tragen zu einer hohen Selbstwirksamkeit bei. Ebenso sind Religion und Spiritualität unterstützende Faktoren, um mit sich ändernden Lebensumständen zurechtzukommen. Im äußeren Umfeld werden vor allem soziale Kontakte und das Leben in einer Gemeinschaft als größte und wichtigste Ressource genannt (Müller-Pein & Lindner, 2020).

3. Problemstellung

Die Legalisierung des assistierten Suizids sorgt für große Diskussionen innerhalb der Gesellschaft in Österreich. Sie steht nicht nur im Widerspruch zur bisherigen Grundeinstellung der professionellen Sterbebegleitung, sondern auch viele Organisationen und Verbände sehen das Sterbeverfügungsgesetz kritisch. Mit einem Blick auf die Medienlandschaft fällt schnell auf, dass sich die Berufsgruppe der Pflege dazu eher zurückhaltend gibt, obwohl sie doch von der Veränderung direkt betroffen ist. Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2021) betont in seiner Stellungnahme zur neuen Rechtslage in Bezug auf assistierten Suizid, dass Sterbebegleitung ein Teil des Pflegeberufs ist und Pflegepersonen eng eingebunden in die Betreuung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase sind, weshalb es auch nötig ist, klare Rahmenbedingungen in Bezug auf den assistierten Suizid zu schaffen.

Die Bedeutung der Pflege geht auch aus Studien hervor, welche klar belegen, dass Pflegekräfte sehr oft die ersten Ansprechpersonen sind, denen ein Sterbewunsch beziehungsweise der Wunsch nach einem assistierten Suizid anvertraut wird (Pesut, Greig et

al., 2020; van Bruchem-van de Scheur et al., 2008). Wie bereits beschrieben, handelt es sich bei Sterbewünschen um ein komplexes Phänomen und geschultes Personal weiß, dass dahinter häufig unerfüllte Bedürfnisse oder eine psychiatrische Erkrankung stehen können. Es erfordert ein hohes Maß an Erfahrung und Professionalität, um darauf reagieren zu können (Jox, 2019; Steudter, 2021b).

Vor allem bei älteren Menschen treffen mehrere Faktoren aufeinander und es können problematische Situationen entstehen. Aufgrund der Wertedebatte und dem bestehenden defizitären Bild des Alters haben Menschen Angst, aufgrund einer Erkrankung, insbesondere bei Demenz, ihre Autonomie und damit auch ihre Würde zu verlieren. Das führt dazu, dass Sterbewünsche bei älteren Menschen vermehrt auftreten (Rüegger, 2018, 2021). Zudem gehören sie zur Gruppe, die ein erhöhtes Suizidrisiko aufweist (Frühwald & Pinter, 2021).

Im geriatrischen Bereich trifft diese herausfordernde Situation auf das Pflegepersonal, welches häufig keine einschlägigen Aus-, Fort- oder Weiterbildungen im Bereich der Palliative Care erhält, obwohl Sterbebegleitung besonders hier eine wichtige Aufgabe darstellt (Beyer & Pissarek, 2015). Außerdem gibt das Pflegepersonal selbst an, aufgrund von Zeit- und Ressourcenmangel häufig nicht ausreichend auf die Bedürfnisse von Menschen in ihrer letzten Lebensphase eingehen zu können (Jenull-Schiefer, Mayr & Mayring, 2006).

Eine herausfordernde und verantwortungsvolle Aufgabe, die hohe Kompetenzen erfordert, trifft also größtenteils auf Personal, das schon jetzt nicht mit den ausreichenden Mitteln ausgestattet ist, um Menschen mit Sterbewunsch optimal begleiten zu können. Die Legalisierung des assistierten Suizids bedeutet nicht nur, dass die Betroffenen eine neue Möglichkeit haben, ihr Lebensende selbst zu gestalten, sondern es besteht auch die Gefahr, dass hochbetagte, vulnerable Menschen in den assistierten Suizid gedrängt werden. Der assistierte Suizid stellt die Betreuenden vor neue Herausforderungen und Belastungen. Wie es Pflegepersonen damit ergeht und in welcher Rolle sie sich hier sehen, ist auch aufgrund der Aktualität in Österreich wenig beforscht.

4. Methodik

In diesem Kapitel werden Überlegungen zur Vorgehensweise hinsichtlich der Methodik genauer beschrieben. Vorab werden Forschungsziel und Forschungsfrage beschrieben. Anschließend werden das Studiendesign und die Studienteilnehmenden dargestellt und dann wird genauer auf die Datenerhebung sowie -auswertung eingegangen.

4.1. Forschungsziel und Forschungsfrage

Um einen guten und professionellen Umgang mit Sterbewünschen zu erreichen, ist es wichtig, die Perspektive der Pflege auf diese Thematik zu erforschen. Einerseits spielen hier die gegebenen Faktoren sowie die rechtliche Absicherung und die strukturellen Rahmenbedingungen eine Rolle. Andererseits kann die Frage nach Suizidassistenz zu einem persönlichen, moralischen Konflikt führen. Zu wissen, in welcher Rolle die Pflege sich hier sieht und mit welchen Schwierigkeiten sie konfrontiert ist, kann die Verbesserung und einen Ausbau der Sterbebegleitung unterstützen.

Die Forschungsfrage, welche im Rahmen dieser Arbeit beantwortet werden soll, ergibt sich aus der Problemdarstellung und lautet:

Wie begegnen Pflegepersonen in der stationären Altenhilfe Sterbewünschen älterer Menschen in der Praxis unter besonderer Berücksichtigung der Legalisierung des assistierten Suizids in Österreich?

4.2. Design

Im folgenden Kapitel werden Überlegungen zum Forschungsdesign genauer dargestellt. Das zuvor beschriebene Forschungsziel und die Forschungsfrage können am ehesten durch einen qualitativen Forschungsansatz beantwortet werden. Dazu eignet sich eine induktive Vorgehensweise.

Ziel ist es die Perspektiven der Pflegepersonen auf das Phänomen Sterbewunsch und die neuen Entwicklungen zum assistierten Suizid zu ermitteln und zu beschreiben. Dieses Wissen soll aus den gesammelten Daten generiert werden, weshalb dem Forschungsdesign ein explorativer und theoriebildender Charakter zugrunde liegt (Mayer, 2022).

Nach Festlegung des explorativen, qualitativen Forschungsdesigns wurden in weiterer Folge die Daten erhoben und ausgewertet. Zur Datenerhebung wurde ein problemzentriertes,

leitfadengestütztes Interview gewählt (Witzel, 1982). Für die Datenauswertung wurde eine reflexive thematische Analyse nach Braun und Clarke (2022) durchgeführt.

4.3. Teilnehmendenbeschreibung

Die Auswahl der Teilnehmenden erfolgte nach Kriterien, die eine Beantwortung der Forschungsfrage ermöglichten. Da das Erkenntnisinteresse auf einen speziellen Bereich, der Geriatrie, lag und eine spezielle Art des Wissens voraussetzte, wurde bei der Rekrutierung der Teilnehmenden dementsprechend darauf geachtet. Die Berufserfahrung wurde dem Ausbildungsgrad übergeordnet, da spezifische Erfahrungen für die zu untersuchende Frage von wichtigerer Relevanz waren.

Über die optimale Anzahl von Teilnehmenden wird in der qualitativen Forschung häufig diskutiert, doch stehen dabei in erster Linie die Qualität und das Interviewmaterial im Vordergrund. Zudem konnte ab einer gewissen Datenmenge beobachtet werden, dass Inhalte sich zusehend wiederholten, was für eine gute Datenlage spricht (Magnusson & Marecek, 2015).

Insgesamt wurden zehn Pflegepersonen im Alter von 28 bis 60 Jahren interviewt. Alle arbeiteten zum Erhebungszeitpunkt im geriatrischen, stationären Setting. Das Sample setzte sich aus sieben diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (DGKP) und drei Pflegeassistentinnen (PA) zusammen, Pflegefachassistenz (PFA) befand sich keine darunter. Drei diplomierte Pflegerinnen hatten eine Leitungsposition inne und einige haben eine zusätzliche Qualifikation in Palliative Care abgeschlossen. Die Berufserfahrung in der Geriatrie belief sich auf zwischen acht Monaten und 28 Jahren. Es konnten ausschließlich weibliche Pflegekräfte rekrutiert werden, was sich unter anderem durch den hohen Frauenanteil von über 85% in stationären Einrichtungen in Österreich erklärt (Statistik Austria).

Bei der Wahl der Institutionen wurde darauf geachtet, unterschiedliche Trägerorganisationen auszuwählen. Es konnten Pflegepersonen aus einem konfessionellen und einem nicht-konfessionellen Träger rekrutiert werden. Auf eine detailliertere Beschreibung der Organisationen wird verzichtet, um ihre Anonymität zu wahren. Es konnten gleich viele Pflegepersonen pro Träger interviewt werden.

Folgend werden die Daten der Studienteilnehmenden tabellarisch dargestellt.

Daten der Teilnehmenden (n=10)		
Alter	zwischen 28 – 60 Jahren Ø 45,2 Jahre	
Geschlecht	weiblich	10
	männlich	0
Ausbildung	DGKP mit Leitungsfunktion	3
	DGKP	4
	PFA	0
	PA	3
Berufserfahrung im geriatrischen Setting	zwischen 8 Monaten – 28 Jahren Ø 13,4 Jahre	

Tabelle 1: eigene Darstellung der Daten der Teilnehmenden

4.4. Feldzugang und Rekrutierung

Die Rekrutierung der Studienteilnehmenden erfolgte über mehrere Gatekeeper. In einer Einrichtung funktionierte die Erreichung der Studienteilnehmenden ausschließlich über den Gatekeeper. Zunächst wurde dieser per Mail kontaktiert und über das Forschungsvorhaben mittels Informationsschreiben und Einverständniserklärung aufgeklärt. In weiterer Folge konnten die Teilnehmenden durch die zugesandten Kontaktinformationen angeschrieben werden. Sie erhielten per Mail ebenso den Informed Consent und es wurde ihnen die Möglichkeit angeboten, sich bei Fragen bei der Forscherin zu melden. Vor den Interviews wurden die Informationen noch einmal mündlich wiederholt und das Einverständnis schriftlich eingeholt.

In einer anderen Organisation wurde ebenso die Leitung durch die Betreuungsperson kontaktiert, welche ihre Zustimmung und weitere Mailadressen zur Kontaktaufnahme rückmeldete. Daraufhin wurden mehrere Kontaktpersonen angeschrieben, wobei nicht alle antworteten. Unter anderem konnten aber durch berufliche Kontakte und gezieltes Ansprechen von geeigneten Teilnehmenden dennoch einige Pflegepersonen rekrutiert werden. Die persönliche Aufklärung zum Forschungsvorhaben war in dieser Phase hilfreich, um mehr Pflegepersonen für Interviews zu gewinnen. Die Zustimmung wurde dadurch unterstützt, dass die Interviews während der Dienstzeit geführt werden konnten, womit es für die Pflegepersonen zu keiner zusätzlichen Belastung in ihrer Freizeit kam. Die Teilnehmenden erhielten den Informed Consent schriftlich und mündlich entweder einige Tage vor dem Interview oder am Tag des Interviews persönlich. In einer Organisation wurde außerdem eine

Geheimhaltungserklärung aufgesetzt, um die Anonymität der Mitarbeiter:innen und des Trägers zu wahren.

Insgesamt konnten somit zehn Pflegepersonen aus drei verschiedenen Pflegeheimen und zwei unterschiedlichen Trägerorganisationen rekrutiert werden. Die Teilnahmeinformation sowie die Einverständniserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten befindet sich im Anhang 1.

4.5. Datenerhebung

Nachdem ein qualitatives Forschungsdesign zur Beantwortung der Forschungsfrage gewählt wurde, lag es nahe, eine Form des qualitativen Interviews als Methode der Datenerhebung zu bestimmen. Mithilfe des Interviews soll ein tieferer Einblick in die Situation der Pflegepersonen gegeben werden. Froschauer & Lueger (2020) beschreiben das qualitative Interview als gute Methode, um Perspektiven und Sichtweisen, aber auch soziales Handeln abzufragen. Beides bedingt sich gegenseitig und ist relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage. Durch das qualitative Interview sollen Daten gewonnen werden, die sich dazu eignen *„zu verstehen, was Menschen in einem sozialen Kontext dazu bringt, in einer bestimmten Weise zu handeln“* (Froschauer & Lueger, 2020, S. 15).

Es wurde entschieden, dass Einzelgespräche durchgeführt werden, um persönliche Meinungen unter Ausklammerung externer Einflüsse festzuhalten. Da es sich um bereits vorher bekannte Inhalte handelte, wurde das problemzentrierte Interview nach Witzel (1982) ausgewählt. Dieses geht nach Witzel (2000) von einem Problem aus, welches durch bestehende Kenntnisse und angemessene Folgefragen expliziert und vertieft wird. Spezifisch ist hier der narrative Einstieg in das Interview, der durch eine erzählgenerierende Frage geschaffen wurde. Weitere Ausgangspunkte des problemzentrierten Interviews sind außerdem die Orientierung am Forschungsgegenstand, was bedeutet, dass die methodische Vorgehensweise sich auf den Erkenntnisgegenstand und die Prozessorientierung beziehen muss. Diese weist dazu an, dass Daten und Erkenntnisse sich schrittweise innerhalb des Forschungsprozesses entwickeln und wiederholt in Hinblick auf die Methode reflektiert werden.

Folgende Hilfsinstrumente wurden, wie von Witzel (2000) beschrieben, für die Durchführung des problemzentrierten Interviews angewendet: ein Kurzfragebogen zur Erhebung der

soziodemografischen Daten der Studienteilnehmenden, eine Audioaufnahme mittels Mobiltelefon, ein Interviewleitfaden sowie ein Postskriptum. Letzteres wurde nur bei Interviews angewendet, bei denen nach Abschalten der Audioaufzeichnung noch interessante Inhalte offenbart wurden, wenn es Auffälligkeiten gab oder Ideen zur Datenanalyse entstanden.

Der Interviewleitfaden (Anhang 2) wurde vorab ausgearbeitet. Dieser war in drei Phasen aufgebaut: einer Einstiegsphase, einem Hauptteil und einem Schluss. In der Einstiegsphase wurden die Thematik der Forschung und die Teilnahmebedingungen wiederholt und mit einer Kennenlernfrage in das Gespräch eingestiegen, welche zur Auflockerung des Gesprächs diente. Die Phase endete nach einem kleinen Input zur Einleitung des Forschungsthemas mit der erzählgenerierenden Frage: *„Zum Einstieg würde ich Sie deshalb gerne fragen, ob Ihnen ein Erlebnis aus Ihrer Praxis einfällt, wo Sie mit einem Sterbewunsch konfrontiert wurden beziehungsweise umgehen mussten?“*

Der Hauptteil beinhaltete offene Fragen zu bestimmten Themenbereichen, welche sich an der vorliegenden Problematik beziehungsweise Forschungsfrage orientierten. Zu jedem Themenbereich gab es mehrere Unterfragen, welche als Erzählimpulse und zur Vertiefung der Gesprächsinhalte dienten. In der Schlussphase wurde gefragt, ob es noch wichtige Themen gibt, die noch nicht angesprochen wurden, oder Themen, die noch einmal betont werden möchten. Im Anschluss daran wurde für die Teilnahme am Interview gedankt und noch einmal die Wahrung der Anonymität betont.

Insgesamt konnten über 5,3 Stunden Audiomaterial gesammelt werden, wobei die Länge der Interviews zwischen 19 und 60 Minuten variierten. Für die Transkription wurden einfache Regeln verwendet, da es wichtig war, den Inhalt der Gespräche klar wiederzugeben (Dresing & Pehl, 2018). Nachdem alle Interviews schriftlich vorlagen, wurde die Audioaufzeichnung gelöscht. Noch während die Datenerhebung lief, wurde parallel dazu mit der Auswertung gestartet.

4.6. Datenanalyse

Als Methode der Datenanalyse wurde die thematische Analyse nach Braun und Clarke (2022) angewendet. Diese setzt sich zum Ziel, sogenannte Themen aus den erhobenen Daten zu generieren. Sie bietet systematische Vorgehensweisen, um Muster innerhalb eines Datensets

zu entwickeln, zu analysieren und zu interpretieren. Dabei ist sie eingebettet in Werte, Annahmen und Praktiken des qualitativen Forschungsparadigmas.

Die thematische Analyse zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass die Subjektivität der Forschenden als Werkzeug der Wissensgenerierung angesehen wird und nicht als ein Bias, den es zu verhindern gilt. Wichtig dabei ist jedoch die Reflexivität der Forschenden, weshalb auch von der reflexiven thematischen Analyse gesprochen wird. Die forschende Person ist in der Verantwortung, sich regelmäßig zu hinterfragen in Hinblick darauf, was warum getan wird und welche Auswirkungen dies auf die Forschung hat. Ein weiteres Merkmal sind die Themen, die anstelle von Kategorien generiert werden. Diese verstehen sich als Muster innerhalb der Daten, die durch eine gemeinsame Idee, Bedeutung oder ein Konzept verbunden sind. Sie stellen das Ergebnis der Datenanalyse dar und entstehen aus den erstellten Codes.

Die Durchführung der thematischen Analyse kann in sechs Phasen beschrieben werden, die allerdings nicht klar voneinander abzugrenzen sind. Die Umsetzung der Phasen erfolgte nicht unbedingt aufeinanderfolgend, sondern es wurde auch häufig zwischen den Phasen gesprungen oder mehrere Phasen wurden vermischt. Zur vereinfachten Darstellung des Vorgehens werden diese hier in ihrer ungefähren Reihenfolge beschrieben:

- 1. Sich vertraut machen mit dem vorliegenden Datenmaterial:** Die Transkripte wurden wiederholt gelesen, wobei erste Gedanken und Ideen gesammelt werden konnten. Memos wurden verfasst.
- 2. Codieren:** Jedes Interview wurde einzeln, detailliert durchgesehen. Bedeutende Aussagen, die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind, wurden codiert. Jede spezifische Bedeutung bekam einen eigenen Code zugewiesen. Die thematische Analyse erlaubt die Generierung von semantischen bis hin zu latenten Codes, wobei versucht wurde, möglichst oft die dahinterliegende Bedeutung der Aussage mit dem Code zu beschreiben und somit latente Inhalte aufzudecken. Insgesamt wurden innerhalb von zehn Interviews 327 Codes gesetzt. Zum Codieren und Ordnen der Codes wurde das Programm Excel© verwendet.
- 3. Erste potenzielle Themenbereiche generieren:** Während und nachdem das gesamte Datenmaterial codiert wurde, konnte damit begonnen werden, einzelne Codes zu

clustern. Dazu wurden die Codes ausgedruckt, ausgeschnitten und händisch gruppiert. Quer durch das Datenset wurden Zusammenhänge aufgedeckt und zusammengeführt. Dabei wurde immer wieder Bezug auf die Forschungsfrage genommen. Erste vorläufige Themen wurden in dieser Phase generiert. Diese werden von Braun und Clarke (2022) auch als *candidate themes* bezeichnet. Sie beschreiben außerdem die Erstellung einer thematischen Landkarte als äußerst hilfreich, um potenzielle Themen und die Beziehungen untereinander visuell darzustellen. Diese wurde mehrmals auf Flipcharts und in Notizheften erstellt, um die Themen sowie die Subthemen besser einordnen zu können und Beziehungen aufzudecken.

4. **Themen entwickeln und überarbeiten:** Die vorläufig gebildeten Themen wurden in dieser Phase rückgeführt zu den Rohdaten. Mit dem Anspruch, dass jedes Thema für sich stehen kann und sinnhaft in Bezug auf die Codes sowie das gesamte Datenset ist, wurden diese geprüft. Außerdem wurde in dieser Phase den Beziehungen unter den Themen nachgegangen und versucht, diese in einem größeren Kontext zu betrachten. So entstand die erste thematische Landkarte. Dies führte wiederum zu neuen Erkenntnissen und daraus resultierenden Änderungen, Erweiterungen, Reduzierungen.
5. **Themen verfeinern und definieren:** Innerhalb der fünften Phase wurde darauf geachtet, dass jedes Thema klar abgegrenzt und um ein starkes Grundkonzept gebaut ist. Jedes sollte für sich stehend eine Geschichte erzählen können. Außerdem wurde über die konkrete Benennung der Themen entschieden.
6. **Schreiben:** Texte zu verfassen spielte in allen Phasen eine wichtige Rolle, weshalb dies eigentlich in alle der zuvor beschriebenen Phasen miteinfließt. Ziel war es, durch die thematische Analyse eine zusammenhängende Geschichte zu schreiben, welche die Forschungsfrage beantwortet. Dazu gehörte das Schreiben von Memos, Codes, thematischen Landkarten etc. Die Forschungsergebnisse befanden sich in einem ständigen Bearbeitungsprozess, bis das Ziel erreicht wurde.

Obwohl jedes Thema für sich steht, so bestehen durchaus Beziehungen unter den einzelnen Themen. Das ist besonders relevant, da es für die Beantwortung der Forschungsfrage eine

Rolle spielt. Die einzelnen Themen bedingen sich gegenseitig und wirken aufeinander ein. Wie Pflegepersonen Sterbewünschen unter Berücksichtigung des assistierten Suizids begegnen, setzt sich aus mehreren Hauptthemen zusammen, die wiederum durch Subthemen beschrieben werden und untereinander in Beziehung stehen. Diese Art der Darstellung und der Beschreibung von Ergebnissen bietet sich für diese Forschung besonders gut an, weshalb die thematische Analyse als Methode der Datenauswertung ausgewählt wurde.

4.7. Ethische Aspekte

In der Pflegewissenschaft betrifft Forschung oftmals vulnerable Gruppen oder sensible Thematiken. Umso wichtiger ist es daher, die ethischen Aspekte dahingehend zu beachten. Diese orientieren sich an den drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes: umfassende Aufklärung und Einholung des Einverständnisses der freiwilligen Teilnahme, Wahrung der Anonymität und Schutz der Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden (Mayer, 2022). Folgend wird die konkrete Umsetzung des ethischen Vorgehens genauer beschrieben.

Bei den Teilnehmenden handelte es sich ausschließlich um Pflegepersonen. Diese sind als nicht vulnerabel anzusehen. Daher konnte die Forschung ohne Einholung eines Ethikvotums fortgesetzt werden. Der Forscherin war jedoch bewusst, dass Teilaspekte der Forschungsthematik bereits im Vorfeld emotional in der Öffentlichkeit diskutiert wurden und es daher einer besonderen Sensibilität bedurfte.

Die Teilnehmenden erhielten eine umfassende Information zum Forschungsvorhaben und es wurde ihnen mehrmals die Möglichkeit angeboten, Fragen zu stellen, falls es Unklarheiten geben sollte. Nachdem die Information und der Ablauf geklärt waren, wurden die Teilnehmenden gebeten, eine Einwilligungserklärung (Anhang 1) zu unterschreiben, worin sie bestätigen, dass die Teilnahme freiwillig erfolgt und sie alle nötigen Informationen dazu erhalten und verstanden haben.

Die Wahrung der Anonymität wurde den Teilnehmenden in der Studieninformation schriftlich zugesagt. Um diese gewährleisten zu können, wurden die gesammelten Daten geschützt aufbewahrt und nur die Forscherin selbst hatte Zugriff darauf. Die Daten wurden ausschließlich auf dem privaten Laptop der Forscherin gespeichert sowie zur Absicherung auf einer externen Festplatte, welche ebenfalls Eigentum der Forscherin ist. Es wurden nur

soziodemografische Daten erhoben, die als nötig erachtet wurden, und alle Eigennamen wurden bei der Transkription pseudonymisiert, so dass keine Rückschlüsse auf Identitäten möglich sind. Ebenso wurden die Organisationen selbst und Städtenamen pseudonymisiert, um auch den Institutionen gegenüber Anonymität einzuräumen. Die Teilnehmenden wurden ferner darüber informiert, dass einzelne pseudonymisierte Zitate in der Masterarbeit oder einer eventuellen Publikation verwendet werden können.

Darüber hinaus war sich die Forscherin darüber bewusst, dass während der Interviews starke Emotionen entstehen können. Vor jedem Gespräch wurde betont, dass dieses jederzeit unter- oder abgebrochen werden kann. Da viele der Interviews während der Dienstzeit stattfanden, war es ein Anliegen, darauf betont hinzuweisen sowie die Möglichkeit zu geben, das Interview kurzfristig auf einen anderen Tag zu verschieben, falls es im Dienst zu unerwarteten Zwischenfällen kommen sollte. Die Interviewteilnehmenden sollten durch die Forschung keiner zusätzlichen Belastung ausgesetzt werden (Mayer, 2022). Ferner klärte die Studieninformation im Vorfeld darüber auf, dass die Teilnahme am Interview keinen direkten persönlichen Nutzen hat, jedoch als Möglichkeit gesehen werden kann, um über Themen, die beschäftigen, offen zu sprechen.

4.8. Gütekriterien qualitativer Forschung

Zur Sicherung der Qualität der Ergebnisse werden in diesem Kapitel die Gütekriterien der vorliegenden Arbeit erläutert. Braun & Clarke (2022) beschreiben dahingehend, dass die Anwendung von universellen Gütekriterien mit Bedacht erfolgen soll und nicht alle Kriterien innerhalb einer thematisch reflexiven Analyse genau so erfüllt werden können. Sie schlagen zudem Strategien vor, die zur Sicherung der Qualität beitragen sollen. Dazu zählen Aufzeichnungen zur Selbstbeobachtung und zum Forschungsprozess, der Austausch mit anderen, der Analyse genug Zeit zu geben, sich zu entwickeln, sowie ein besonderes Augenmerk auf die Generierung und Benennung der Themen zu legen.

Davon ausgehend wird folgend auf die von Steinke (2022) beschriebenen Kriterien eingegangen. Diese beinhalten die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die Indikation des Forschungsprozesses, die empirische Verankerung, Limitationen, Kohärenz, Relevanz und die reflektierte Subjektivität.

Es wurden Dokumentationen zum Forschungsprozess, wie zu Erhebungs- und Auswertungsmethoden, sowie auch ein regelmäßiger Austausch mit der Betreuungsperson

und anderen Kolleg:innen durchgeführt, um somit intersubjektive Nachvollziehbarkeit zu erreichen. Die Forschungsfrage legt den Gegenstand der Untersuchung offen. Davon ausgehend wurden das Forschungsdesign, Setting und die Untersuchungsteilnehmenden ausgewählt und beschrieben. Damit wird versucht, die Indikation des Forschungsprozesses darzustellen. Um die empirische Verankerung überprüfbar zu machen, wurde ein kodifiziertes Verfahren angewendet. In der Arbeit finden sich zudem zahlreiche wörtliche Äußerungen, die kontextbezogen eingesetzt werden, um die Verbindung zum Datenmaterial aufrechtzuerhalten und Hypothesenbildung nachvollziehbar zu machen. Methodische und inhaltliche Limitationen werden beschrieben. Durch das Offenlegen von Widersprüchen und ungelösten Fragen wird versucht, das Kriterium der Kohärenz zu erreichen. Die Relevanz der Fragestellung wird durch das Kapitel der Problemstellung sowie in der Diskussion erörtert. Außerdem wird in der Arbeit auch ein Ausblick darauf gegeben, wie die Forschungsergebnisse der Praxis nutzen können. Schon durch die Wahl der thematisch reflexiven Analyse als Auswertungsmethode setzte sich die Forscherin während des gesamten Forschungsprozesses mit ihrer eigenen Haltung kritisch auseinander. Regelmäßiger Austausch im Rahmen der Betreuung ermöglichte eine ausführliche Auseinandersetzung mit persönlichen Voraussetzungen und Hintergründen. Somit konnte auf das Kriterium der reflektierten Subjektivität eingegangen werden.

Es gilt bei der Überprüfung der Gütekriterien zu berücksichtigen, dass diese unter dem Aspekt der vorhandenen Ressourcen im Rahmen einer Masterarbeit zu betrachten sind. Außerdem geht es in der qualitativen Forschung nach Steinke (2022) weniger darum, einzelne Kriterien abzuhaken, sondern vielmehr darum, diese als Gesamtes zu betrachten und davon ausgehend die Qualität der Forschung zu beurteilen.

5. Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Arbeit thematisieren die Begegnung von Pflegepersonen in Österreich mit dem Sterbewunsch älterer Menschen und dem assistierten Suizid. Die beiden Themenbereiche werden getrennt voneinander behandelt, da sich bei der Auswertung gezeigt hat, dass eine gemeinsame Betrachtung schwierig und nicht zielführend ist. Während die Pflege sich schon lange mit Sterbewünschen auseinandersetzen muss, ist der Umgang zwar kein einfacher, doch ein vertrauter. Der assistierte Suizid hingegen ist erst vor kurzem legalisiert worden. Die Erfahrungen sind daher noch nicht so zahlreich, weshalb die Themen hier eher einen grundlegenden und normativen Charakter aufweisen.

Die folgende Abbildung (1) stellt, im Sinne einer thematischen Landkarte (Braun & Clarke, 2022), die zentralen Themen aus den geführten Interviews dar. Einige Faktoren beeinflussen beide Themen, wenn auch auf unterschiedliche Art und Weise, und kommen deshalb bei Sterbewünschen und dem assistierten Suizid vor. Dazu zählt *die eigene Haltung*, wobei sich diese beim assistierten Suizid komplexer darstellt und deshalb mit dem „*Ringen um die eigene Haltung*“ beschrieben wird. Die *Verantwortung der Organisation* und der gesellschaftliche *Rahmen* kommen aus dem äußeren Umfeld und haben einen rahmenden Charakter, weshalb sie auch in der Grafik außerhalb des Komplexes stehen. Die Zusammenhänge der Themen werden am Anfang der jeweiligen Kapitel beschrieben.

Der schwarze Pfeil in der Mitte der beiden Themenkreise soll symbolisieren, dass einem assistierten Suizid immer ein Sterbewunsch vorausgeht. Wobei zu beachten gilt, dass die wenigsten Sterbewünsche eines alten Menschen bedeuten, dass er auch seinen Suizid plant. Außerdem hat die Legalisierung des assistierten Suizids in gewisser Weise Einfluss auf den Umgang mit Sterbewünschen, inwiefern genau wird am Ende der Ergebnisse erläutert.

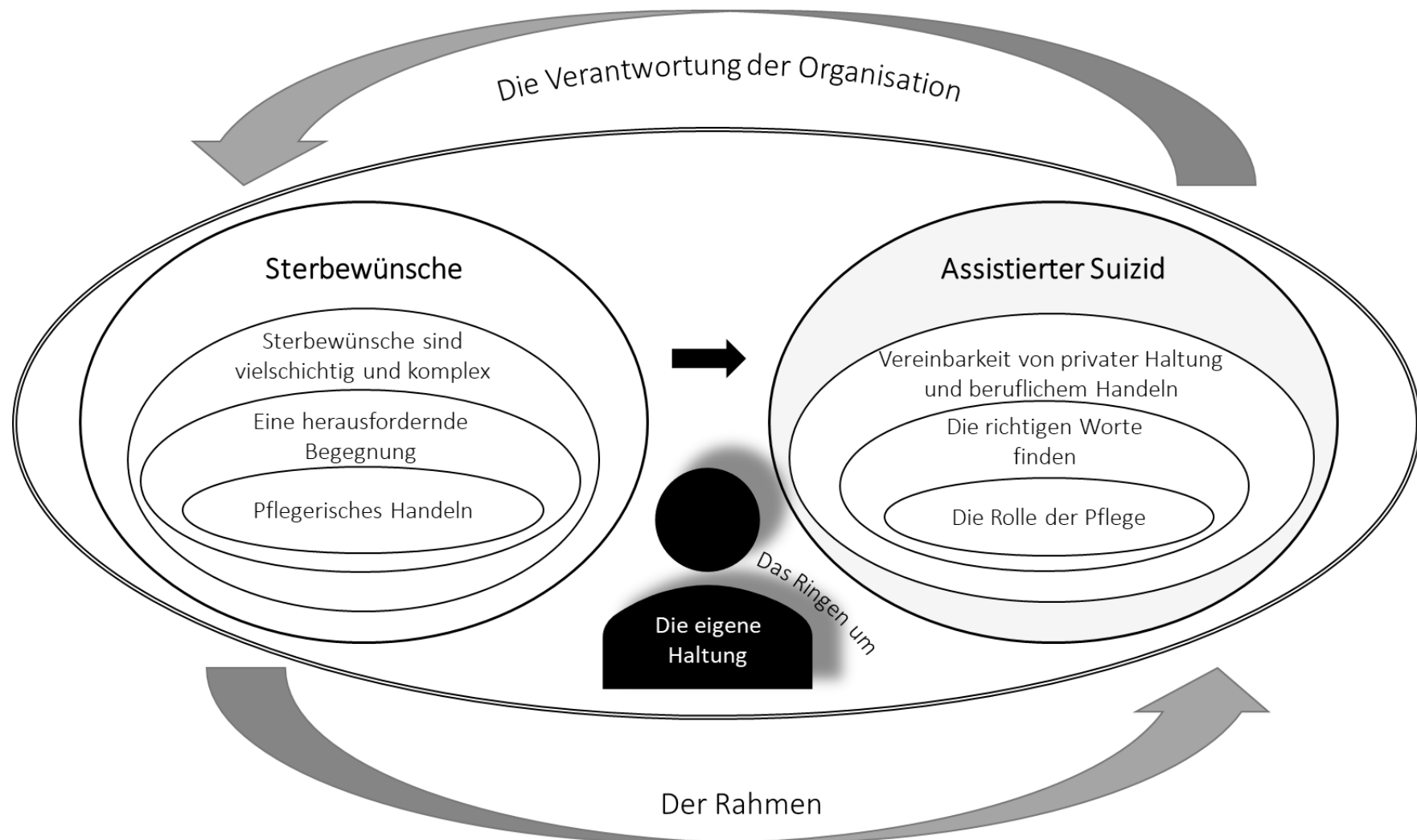


Abbildung 1: Thematische Landkarte

6. Sterbewünsche

Pflegepersonen spielen eine Schlüsselrolle beim Umgang mit Sterbewünschen im geriatrischen Setting. Die Abbildung 2 stellt die internen sowie externen Faktoren dar und welchen Einfluss sie auf die Begegnung mit Sterbewünschen haben. **Die eigene Haltung** wie die individuellen Eigenschaften, Intuition und Erfahrung spielen dabei eine wesentliche Rolle. Durch das Vorhandensein von umfassendem Wissen über die **Komplexität und Vielschichtigkeit** von Sterbewünschen erkennen die Pflegepersonen, dass ein geäußelter Sterbewunsch oft einen Hilferuf ausdrückt. Trotz Erfahrung und Verständnis bleibt es jedoch **eine herausfordernde Begegnung**, vor allem Sterbewünsche bei Menschen mit Demenz. Es werden Strategien beschrieben, wie damit umgegangen werden kann und **pflegerisches Handeln** gelingt. Die **Trägerorganisationen** können einen bedeutenden Beitrag leisten, ihre Mitarbeiter:innen und Bewohner:innen darin zu unterstützen. Auch im Bereich der gesellschaftlichen **Rahmenbedingungen** werden Entwicklungen identifiziert, die zukünftig vermehrt Einfluss auf das Auftreten und den Umgang mit Sterbewünschen haben können. Die nächsten Kapitel führen das Beschriebene näher aus und geben einen umfangreichen Einblick in die Erkenntnisse aus den Interviews.



Abbildung 2: Sterbewünsche

6.1. Die eigene Haltung

Eine wichtige Rolle dabei, wie Pflegepersonen Sterbewünschen begegnen, spielt vor allem die persönliche Haltung gegenüber den damit zusammenhängenden Themen Sterben und Tod. Diese wird von Erfahrungen im privaten Umfeld und im Pflegeberuf geprägt. Einige Pflegepersonen denken, dass die jahrelange berufliche Erfahrung ihnen geholfen habe, mit den Themen umzugehen. Sie beschreiben, dass sie als Berufseinsteigerinnen häufig überfordert damit gewesen seien, über Sterben und Tod zu sprechen.

„Als ich am Anfang in diesem Beruf war, hab‘ ich das erschreckend gefunden. Also wirklich. [...] Ich hab‘ mich nicht getraut, irgendwas zu sagen.“ (8. Interview, 75-76)

Dahingehend wird die berufliche Ausbildung von Einzelnen kritisiert. Darin müsse mehr Vorbereitung auf die Auseinandersetzung mit den Themen stattfinden. Die eigene Angst vorm Sterben wird als Hürde für einen offenen Dialog beschrieben, was somit auch den Umgang mit Sterbewünschen beeinflusst. Das eigene Älterwerden und dem Tod somit selbst schrittweise näherzukommen, bringe eine Reife mit sich, die es auch einfacher mache, darüber zu sprechen, sagen einige Pflegepersonen. Es sei ein wichtiger Schritt, sich selbst zu reflektieren und sich mit der eigenen Endlichkeit auseinanderzusetzen. Die innere Haltung, Sterben als Teil des Lebens zu sehen und zu akzeptieren, hilft den Pflegenden dabei, Sterbewünschen zu begegnen.

„Wenn mir nicht bewusst ist, dass alles Leben endet, dann kann ich auch nicht empathisch sein zu einem Bewohner, der sagt ‚Ich will nicht mehr‘.“
(6. Interview, 339-341)

Wie eine Pflegeperson einem Sterbewunsch begegnet, ist also immer von ihrer individuellen Haltung abhängig sowie von den bis dahin gemachten Erfahrungen. Eine Pflegende berichtet, dass sie lange Zeit nicht gewusst habe, wie sie darauf reagieren soll, bis sie anfang, verschiedene Antworten auszuprobieren. Dadurch sei es ihr gelungen, mit den Betroffenen in den Dialog zu treten. Viele haben aber Schwierigkeiten damit, berichtet eine andere. Sie erlebe häufig Kolleg:innen oder Angehörige, die überfordert reagieren und versuchen würden, solche Themen zu meiden oder abzutun.

„Dadurch, dass ich mich selber mit dem Thema Tod schon beschäftige und für mich das auch einfach ein Teil des Lebens ist, ist es für mich nicht schlimm. Ich kann da gut darüber reden. Ich beobachte halt ganz oft, dass das so abgetan wird.“ (4. Interview, 59-61)

So hat jede Person eigene Strategien, wie sie auf Sterbewünsche reagiert. Die meisten Pflegenden gründen ihr Handeln auf ein „Bauchgefühl“ und Intuition, was aber auch immer abhängig davon ist, in welcher Beziehung das Gegenüber zu einem steht.

„[...] und man merkt einfach, dass sie nicht mehr will, dass sie sich aufgibt. Emotionale Intelligenz, wie man merkt, jemand ist fröhlich oder wütend, so merkt man auch, jemand will nicht mehr, das strahlt er aus.“ (5. Interview, 167-169)

Doch der Intuition liegt ein großes Repertoire an Wissen zugrunde, welches im Laufe jahrelanger Berufserfahrung aufgebaut wurde. Es hilft den Pflegepersonen beim Umgang und Differenzieren von Sterbewünschen.

6.2. Sterbewünsche sind vielschichtig und komplex

Je nach Setting sind Sterbewünsche mehr oder weniger präsent im Pflegealltag. Mehrere Pflegepersonen berichten, dass sie im Hospiz selten oder nie mit Sterbewünschen konfrontiert werden, in der Geriatrie jedoch sehr häufig. Eine Pflegende erzählt auch davon, auf ihrer ehemaligen Station im Akutsetting sehr häufig Sterbewünschen begegnet zu sein und führt dies auf die dort oft akut auftretenden lebensverändernden Umstände zurück, die mit viel Angst einhergehen.

Es wird betont, dass immer versucht wird, den Menschen zu verstehen, seine Wünsche nachzuvollziehen und empathisch auf ihn einzugehen. Bei Sterbewünschen zeichnet sich beim Blick auf die Betroffenen eine besondere Komplexität und Vielschichtigkeit ab. Deren Haltung ist häufig von Ambivalenzen geprägt.

„Manchmal sind es auch ganz einfach Floskeln, die kommen: ‚Warum kann ich nicht sterben? Der Herrgott hat auf mich vergessen‘. Und tagsüber sind sie quietschfidel und gehen auf die Konzerte, die angeboten werden.“ (7. Interview, 94-96)

In den Interviews wird von unterschiedlichen Situationen berichtet. Von Menschen im hohen Alter, die ihres Lebens müde geworden sind und durch Sterbewünsche das Bedürfnis äußern, ein für sie immer näher rückendes Thema anzusprechen. Von einsamen Menschen, die auf diese Weise einen Wunsch nach Aufmerksamkeit und Beistand äußern. Eine Pflegeperson berichtet von einer Bewohnerin, die regelmäßig mit dem Suizid gedroht habe, um ihren Willen durchzusetzen und so das gesamte Team unter Druck gesetzt habe. In einer weiteren Geschichte sei der Sterbewunsch einer Bewohnerin so konkret gewesen, dass sie die Pflegepersonen um Suizidassistenten gebeten habe. Doch als sie davon erfuhr, dass sie bald ein Enkelkind haben würde, sei der Wunsch unmittelbar und gänzlich verschwunden. Durch dieses Ereignis sei ihr Leben wieder lebenswert geworden und sie starb auf natürliche Weise, nachdem sie ihr Enkelkind gesehen hatte, ohne je wieder einen Sterbewunsch geäußert zu haben. Jede dieser Geschichten ist so individuell wie auch die Menschen, von denen sie handeln, doch weisen sie auch Gemeinsamkeiten auf, aus denen Pflegepersonen wichtige Erkenntnisse für den Umgang mit Sterbewünschen mitnehmen.

6.2.1. Hilferuf

Die Pflegepersonen sind sich einig, dass ein Sterbewunsch in der Geriatrie keinesfalls zwangsläufig bedeuten muss, dass eine Person wirklich sterben oder sich das Leben nehmen möchte. Hinter Sterbewünschen verbergen sich häufig unerfüllte Bedürfnisse. Es wird immer wieder betont, dass Sterbewünsche unbedingt differenziert werden müssen. Viel eher wird damit versucht, etwas zur eigenen Befindlichkeit auszudrücken. Als häufigste Motive für Sterbewünsche werden Angst und Einsamkeit genannt. Besonders in der Geriatrie spielt auch die Angst vor der Sterbephase selbst oder Angst vor Abhängigkeit und nicht mehr so leben zu können wie früher eine Rolle. Altersbedingte Defizite, dadurch auf andere angewiesen zu sein und in der letzten Lebensphase nicht mehr vollkommen selbstständig und autonom leben zu können, sind für ältere Menschen belastende Themen.

„Sie wollen nicht sterben, sie wollen schon tot sein. Ja. Sie haben so viele Menschen verloren in ihrem Leben, sie sind angewiesen auf Hilfe, sie können einfach so, wie sie früher gelebt haben, nicht mehr leben. Wie ich schon sagte, sie sind vom Leben müde und natürlich ist die Angst vor noch mehr Abhängigkeit und Schmerzen immer da.“ (1. Interview, 72-76)

„Weil oft sind Sterbewünsche Hilfeschreie. Sterbewünsche sind wahrscheinlich auch ein Versuch, die Kontrolle zu behalten.“ (10. Interview, 243-244)

Hinzu kommt, dass auch Themen wie Lebenssattheit und die immer präsenter werdende Todesnähe relevant werden. Manche Menschen *„sind einfach müde vom Leben und das darf man mit fünfundachtzig, neunzig auch sein“*. (1. Interview, 28-29)

Die Beziehung zwischen Bewohner:in und Pflegeperson spielt beim Erkennen der Bedürfnisse eine wichtige Rolle. Dabei können bestimmte Instrumente unterstützend wirken, auf welche in einem der folgenden Kapitel noch genauer eingegangen wird.

Es wird auch von latenten Sterbewünschen berichtet, die sich hauptsächlich in sich änderndem Verhalten zeigen. Menschen hören auf zu essen und trinken, ziehen sich zurück und nehmen eine ablehnende Haltung gegenüber Pflegehandlungen ein.

„Wegdrehen, wenn es um Essen geht, Augen zumachen, nicht mehr schlucken. Das sind so [Zeichen für latente Sterbewünsche]. Also ich glaube, dass Essen so die letzte Autonomiemöglichkeit ist, die die Menschen noch haben.“ (1. Interview, 102-103)

Auch dass Betroffene häufiger schlafen oder sich der Gesichtsausdruck ändert, wird in den Interviews in diesem Zusammenhang beschrieben. Wenn die Beziehung schon seit vielen Jahren besteht, nehmen Pflegenden Verhaltensänderungen sehr schnell wahr.

Der Blick auf die Betroffenen zeigt, dass der Wunsch zu sterben in vielen Fällen etwas anderes ausdrückt. Oft zeigt sich das auch in ambivalenten Verhaltensweisen. Dass sich Meinungen und Wünsche bei so existenziellen Themen schnell ändern können oder um Rat gefragt wird, weist die Pflege an, hier mit Vorsicht und Bedacht zu handeln.

6.3. Eine herausfordernde Begegnung

Trotz vorhandenen Wissens stellen Sterbewünsche Pflegepersonen immer wieder vor Herausforderungen. So kann es der Pflegenden *„die Sprache verschlagen“* und sie schockieren. Die richtigen Worte zu finden, wird oft schon als erste Hürde und als herausfordernd beschrieben.

„Also diese Wünsche schockieren manchmal. Das ist so eine eigene Ohnmacht, die man gut spürt, und Sprachlosigkeit, dass man gar nicht weiß, was man jetzt sagen soll. Betroffenheit. Das ist eine große Herausforderung. Die Sprache wird einem verschlagen.“ (5. Interview, 137-139)

Eine Pflegeperson äußert in diesem Zusammenhang den Wunsch, mehr Kommunikationsmöglichkeiten zu erlernen, um professionell auf Sterbewünsche eingehen zu können.

Auch die Differenzierung von Sterbewünschen stellt sich für die Pflegenden oft als schwierig dar. Dabei sind verschiedene Faktoren wie besondere Ereignisse oder die Tagesverfassung zu berücksichtigen. Zu erkennen, was hinter einem Sterbewunsch steckt, braucht oft viel Geduld und Einfühlungsvermögen.

„Das Bedürfnis dahinter zu verstehen und zu entdecken, das braucht ein bisschen Zeit und Fingerspitzengefühl. Weil manchmal steckt auch einfach ein ‚Bitte rede mit mir‘ oder ‚Bleib bei mir‘ dahinter. Das muss jetzt nicht gleich heißen ‚Ich will jetzt bitte sterben‘, sondern einfach ein ‚Sei da für mich‘.“ (7. Interview, 99-102)

Es werden auch Situationen geschildert, wo es keine Antworten und keine Lösungen gegeben habe beziehungsweise die betroffene Person keinen Vorschlag annehmen wollte. Nichts aktiv tun zu können, geht mit einem Gefühl der Hilflosigkeit einher. Auch das Gefühl, versagt zu haben, wird hier von einzelnen Pflegepersonen genannt.

„Wenn man zuschaut, wie einer sich aus der Beziehung quasi entfernt und weggeht. Das ist eine Herausforderung. Das ist wie eine Wunde, die schlechter wird, obwohl man sie pflegt.“ (5. Interview, 146-148)

In diesem Zusammenhang wird von den Pflegepersonen auch die immer noch vorwiegende kurative Einstellung im Gesundheitsbereich kritisiert. Nicht immer könne Heilung das Ziel sein. Ein lindernder Ansatz solle einen ebenso hohen Stellenwert bekommen und Palliative Care müsse noch viel mehr in Bereiche der Altenpflege Einzug halten.

Bei latenten Sterbewünschen, die sich im Verhalten widerspiegeln und wo häufig eine ablehnende Haltung gegenüber Pflegehandlungen besteht, wird die Wichtigkeit zu differenzieren betont. Ein solches Verhalten kann auch auf psychiatrische Krankheitsbilder wie Depression zurückgeführt werden. Außerdem wird es als Gratwanderung beschrieben, abzuschätzen, wie viel Unterstützung ein Mensch benötigt und wie viel Autonomie ihm eingeräumt werden kann. Die Pflegepersonen kommen in Situationen, wo es abzuwägen gilt, welche Pflegehandlungen notwendig und welche überflüssig sind.

„Wie viel Autonomie und Selbstbestimmung ist möglich und wie viel aktiviert man, weil es sein muss, bis zu einer Situation, wo es gar nicht mehr zusammenpasst?“ (5. Interview, 183-184)

6.3.1. Sterbewünsche bei Menschen mit Demenz

Auch bei Menschen mit einer demenziellen Erkrankung können sich Sterbewünsche durch deren Verhalten ausdrücken oder sie äußern diese konkret. Für Pflegepersonen ist es allerdings besonders schwierig, mit diesen umzugehen, da es durch die Erkrankung oft nicht möglich ist, die dahinterstehenden Bedürfnisse zu erfassen oder zu verstehen.

„Ich finde es besonders schwierig bei Demenzerkrankten. Da ist es auch sehr, sehr schwierig, herauszufinden, was steckt da wirklich für ein Bedürfnis dahinter.“ (7. Interview, 107-108)

Durch die Krankheit ausgelöste besondere Verhaltensweisen, wie das ständige Wiederholen von Aussagen, Fragen oder in diesem Fall Sterbewünschen, werden oftmals als sehr belastend und anstrengend beschrieben.

„Überhaupt wenn ältere Menschen immer wieder das Gleiche wiederholen. Und das ist ja oft so, wenn die Verbindung mit Demenz da ist. Und einer sagt siebzimal am Tag eigentlich mag er schon, dass der liebe Gott ihn nimmt. Es kann auch ordentlich nerven. Also dass man mit der eigenen Geduld an die Grenzen kommt.“ (5. Interview, 150-154)

Die Interviews zeigen, dass Pflegepersonen sich mit mehreren Herausforderungen konfrontiert sehen: Auf Sterbewünsche einzugehen, die eigene Sprache wiederzufinden und das, was sie ausdrücken wollen, zu verstehen, die Autonomiegrenzen der Betroffenen zu

wahren, ohne zu riskieren, dass sie sich selbst gefährden, und auch manchmal akzeptieren zu müssen, dass es keine Lösung oder keine Unterstützung gibt, die in dem Moment helfen.

6.4. Pflegerisches Handeln

Sehr oft sind die Pflegepersonen die ersten Ansprechpartnerinnen. Sie nehmen dann die Rolle einer Vertrauensperson ein und spielen somit eine Schlüsselrolle im Umgang mit Sterbewünschen. Die Pflegenden berichten, dass sie auch häufig um Rat gefragt würden, weil die Betroffenen nicht weiterwissen oder sich unsicher seien.

*„Sie hat gemeint: ‚Zwei Chemos mach ich noch, dann will ich nicht mehr‘.
Ich bin dann eine Weile bei ihr gesessen. Ich hab‘ dann einfach die Hand
gehalten. Ich hab‘ nichts erwidert. [...] Und sie hat mich dann angeschaut
und gesagt: ‚Was würdest du machen?‘“ (2. Interview, 117-122)*

Die Relevanz der Pflege in diesem Kontext steht somit außer Frage. Durch die häufige Präsenz im Pflegealltag ist die Begegnung mit Sterbewünschen eine vertraute. Handlungsleitend dabei ist immer der zuvor beschriebene Blick auf den Menschen.

Der wichtigste Schritt, um überhaupt handlungsfähig zu werden, ist, über den Sterbewunsch zu sprechen und diesen nicht zu banalisieren oder darauf vermeidend zu reagieren, denn:

*„[...] ich kann mir vorstellen, dass das auch belastend ist, wenn das so in einem schlummert
und man nicht darüber reden kann. Wie schirch ist das, wenn man nicht darüber reden kann,
was einen eigentlich so beschäftigt?“ (4. Interview, 65-67)*

Die offene Kommunikation darüber wirkt meist für beide Seiten entlastend. Das gelingt manchen Pflegepersonen dann, wenn sie das Thema direkt ansprechen. Sie greifen in der Situation, wo ein Sterbewunsch geäußert wird, die Aussage auf und fragen direkt nach, was genau gemeint wird.

*„Ich habe immer das Gefühl, dass das ganz gut ankommt, wenn man sagt
,wollen Sie sterben? Ist das etwas, was Sie schon herbeisehnen oder gibt es
etwas wo Sie sagen es steht noch an?‘ Also ich rede es eigentlich direkt an
ja.“ (4. Interview, 72-74)*

Die Pflegenden berichten, dass es häufig auch helfe, das anzusprechen, was man beobachtet. Vor allem bei latenten Sterbewünschen, die sich durch verändertes Verhalten äußern, helfe diese Form der Kommunikation, um in einen Dialog zu kommen.

Durch das Gespräch kann es Pflegepersonen am ehesten gelingen, die Bedürfnisse und Wünsche eines Menschen aufzudecken. Auch wenn diese nicht immer nachvollziehbar sind, werden sie ernst genommen und es wird versucht, darauf einzugehen. Die Autonomie des einzelnen Menschen zu wahren und dessen Entscheidungen zu respektieren, stellt für die Pflegepersonen die Grundlage für professionelles Handeln dar.

Wenn altersbedingte Defizite die Sterbewünsche auslösen, ist das Ziel der Pflege, diesen entgegenzuwirken, um wieder mehr Lebensqualität herzustellen und dem Leben wieder mehr Sinn zu geben. Wenn das Motiv Einsamkeit ist, sieht die Pflege es als ihre Aufgabe, die Person mit anderen Menschen zusammenzubringen und soziale Kontakte zu fördern. Eine Pflegeperson berichtet dahingehend von einer Situation, wo durch die intensive Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen eines Menschen die Lebensfreude wiederhergestellt werden konnte und der Sterbewunsch in den Hintergrund gerückt sei:

„Wir haben den Kontakt zur Seelsorge hergestellt und die Pflege ist in Beziehung getreten. Die war einfach da. Und dann hat man einfach immer wieder irgendwelche Angebote gemacht zur Beschäftigung. Also wir haben gar nix Besonderes gemacht, aber in Summe, dadurch, dass man da war, dass sie nicht einsam war, hat sie irgendwann dann entdeckt, was ihr Spaß macht [...]. Und sie hat nicht mehr davon gesprochen. Hätte ich nicht geglaubt.“ (5. Interview, 122-129)

Oft spielen mehrere Faktoren zusammen, was den Umgang erschwert. Je nachdem, welches Motiv dem Sterbewunsch zugrunde liegt, können die Pflegenden hier unterschiedliche Interventionen setzen, welche jedoch immer individuell abgestimmt werden müssen.

„Ich glaube, es gibt da sowieso kein Schema F, dass man da durchgeht, weil jeder Mensch ein Individuum ist und jeder Mensch das irgendwie anders angeht, egal ob jetzt als Pflegeperson oder als Betroffener.“ (3. Interview, 105-107)

Manchmal hilft es auch, durch ein Gespräch vom Sterbewunsch abzulenken und den Fokus vermehrt auf positive und schöne Dinge im Leben zu legen. Ziel ist dabei, schlechte Gedanken nicht übermächtig werden zu lassen sowie Zeit und Aufmerksamkeit zu schenken.

Oft müssen auch unterschiedliche Strategien und Antworten ausprobiert werden, um ein Gefühl dafür zu bekommen, was der andere Mensch jetzt braucht und annehmen kann. Es kommt jedoch auch öfters vor, dass keine Antwort, kein Gespräch und kein Angebot helfen. Die Pflegenden beschreiben, dass es schwierig ist diese Situationen auszuhalten, doch sehen sie hier weiterhin einen Auftrag darin, da zu sein, zuzuhören und den Menschen nicht allein zu lassen.

Als größte und eine der wichtigsten Ressourcen im Umgang mit Sterbewünschen wird der Austausch und die Zusammenarbeit im Team genannt. Dies bringt Entlastung, Sicherheit und wird als unterstützend erlebt, um Sterbewünsche einordnen und bewerten zu können. Infolgedessen können auch weitere Schritte überlegt und besprochen werden.

„Es geht auch übers Team. Also wie tu ich mich mit den anderen zusammen, dass man dem begegnen kann? Und wie kann das Team auch auf einer halbwegs gleichen Linie bleiben, dass nicht jeder irgendwas anderes sagt? Wenn das Team gut ist, schafft man diese Ausführung ganz gut.“ (5. Interview, 140-143)

„Also wir reden eigentlich ständig darüber. Jeder hat für den anderen ein offenes Ohr, wenn es um so sensible Situationen geht. Wir haben auch die Möglichkeit einer ethischen Bewohnerbesprechung.“ (7. Interview, 137-139)

Nicht nur der Austausch im Pflgeteam, sondern auch der mit anderen Professionen wird als wichtig beschrieben. Durch deren Einbeziehung sichern sich die Pflegepersonen nicht nur ab, sondern können auch etwas Verantwortung abgeben, was als sehr entlastend empfunden wird. Als letzte Instanz bei Entscheidungen am Lebensende wird außerdem immer ärztliche Unterstützung hinzugezogen.

„Und wenn jemand in einer palliativen Situation ist, und das sind ja irgendwann alle, aber wenn es so fortgeschritten ist, dann lass ich das auch

den Arzt und die Diätologin dokumentieren und somit ist das Team gut abgesichert.“ (1. Interview, 127-129)

Es braucht ein Team an Menschen, um der Komplexität, die hinter einem Sterbewunsch steht, begegnen zu können. Pflegende berichten von Situationen, wo Sterbewünsche aufgelöst werden konnten durch das Einbeziehen von anderen Professionen, viele Gespräche, durch aktive Beziehungsgestaltung, Anteilnahme und Aufmerksamkeit. Vor allem wenn Menschen unter Einsamkeit leiden, können durch Teamarbeit soziale Beziehungen hergestellt und gestärkt werden. In ihrer Funktion als Schnittstelle sehen die Pflegenden ihre Aufgabe auch darin, Menschen zusammenzubringen.

Im geriatrischen Setting profitieren die Pflegenden außerdem davon, die Menschen, die sie pflegen, über eine längere Zeit zu kennen und sich dadurch im Team gut abstimmen zu können, wer den besten Zugang zur jeweiligen Person hat.

Es gibt also mehrere Strategien, die Pflegepersonen anwenden, um Sterbewünschen zu begegnen: diese ernst nehmen, aktiv zuhören und offen und unvoreingenommen kommunizieren. Wenn möglich versuchen, auf die Wünsche und Bedürfnisse einzugehen, Unterstützung anbieten, vorhandenes Leiden lindern und da sein. Wenn nötig Kontakt zu Mediziner:innen, psychologischen Diensten, Seelsorge oder anderen Diensten herstellen. Die Pflegenden nehmen hier mehrere wichtige Rollen ein, sie agieren als Ansprech- und Vertrauensperson, Ratgeber:in, aber auch als Schnittstelle zu anderen Professionen. Der Austausch mit eben diesen und den Kolleg:innen im Pflorgeteam wird als sehr wichtig beschrieben und zeigt: Umgang ist auch Teamsache.

6.5. Verantwortung der Organisation

Die Interviews zeigen, dass der Umgang auch Sache der Organisationen ist. Auch sie nimmt Einfluss auf das pflegerische Handeln bei Sterbewünschen. Es wurde mit Pflegepersonen aus zwei verschiedenen Trägerorganisationen mit dementsprechend unterschiedlichen Leitbildern gesprochen. Beide Organisationen stellen den Pflegepersonen konkrete Angebote beziehungsweise Tools zur Verfügung, die von diesen als hilfreich für die Praxis erlebt werden.

Eines davon ist der Vorsorgedialog. Dessen Anwendung wird von den meisten Pflegepersonen als große Unterstützung erlebt. Dabei werden Wünsche am Lebensende ermittelt und

dokumentiert. Auf diese Art wird für die Pflegepersonen und für die Bewohner:innen der Pflegewohnheime einerseits die Kommunikation erleichtert sowie andererseits Sicherheit für die Betreuung am Lebensende generiert. Da Angst zu den Hauptmotiven für einen Sterbewunsch zählt, wird angenommen, dass der Vorsorgedialog und das dadurch entstehende Gespräch zu Sterben und Tod schon als eine erste Präventionsmaßnahme gesehen werden kann.

„[...] weil wenn ich total unsicher bin, was mich da erwartet, dann entwickle ich vielleicht auch eher einen Sterbewunsch [...], also das [Gespräch im Rahmen des Vorsorgedialogs] hat wirklich viel entlastet.“ (5. Interview, 308-310)

„Wir haben gar nicht diese gezielten Sterbewünsche, weil wir schon ganz, ganz lange in der Organisation mit den Bewohnern über ihre Wünsche am Lebensende reden. Das bieten wir ihnen aktiv an.“ (1. Interview, 20-22)

Des Weiteren werden regelmäßige Teambesprechungen, Fortbildungstage, Vorträge und der Workshop zur Implementierung von „Hospizkultur & Palliative Care im Pflegeheim“ von den Pflegepersonen als unterstützend erlebt.

In einer der beiden Organisationen werden außerdem das Arbeiten nach dem mäeutischen Pflegemodell, das Abhalten regelmäßiger Bewohnerbesprechungen, die Möglichkeit, ein Ethikteam hinzuzuziehen, und die Anwendung von Validation als unterstützend beschrieben. Dort wird auch die Möglichkeit einer telefonischen anonymen Supervision für Mitarbeiter:innen angeboten. Eine eigene Berichtskategorie zu „*Aussagen zum Lebensende*“ (5. Interview, 324-325) innerhalb des Dokumentationssystems fördert außerdem den bewussten Austausch zu Sterbewünschen und sichert die Pflegenden gleichzeitig ab. Die Pflegepersonen aus jener Organisation geben an, sehr zufrieden zu sein und durch die vielen Angebote einen guten Zugang zum Thema Sterbewünsche entwickelt zu haben. Durch das besondere Engagement und das Wahrnehmen von Verantwortung innerhalb ihrer Organisation fühlen sie sich sicher und unterstützt.

Pflegepersonen aus der anderen Organisation bringen an dieser Stelle weitere Vorschläge ein, wie Sterbewünschen vorgebeugt oder wie diese abgeschwächt werden könnten. Sie denken,

es bräuchte mehr Sozialkontakt und Beschäftigungsangebote, um Angst und Einsamkeit vorzubeugen, vor allem auch für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Da die Zeitressourcen der Pflegenden selbst häufig knapp sind, sollte hier von der Organisation ausgehend enger mit Sozialarbeiter:innen, Alltagsbetreuer:innen oder Ehrenamtlichen zusammengearbeitet werden.

„Wirklich wichtig ist für Leute, die schwer krank sind, mehr Sozialkontakt. Diese Alltagsbetreuer wären wieder gut. Die Pflege hat zu wenig Zeit dafür, wir brauchen mehr Unterstützung. Es ist sehr traurig, wenn jemand allein stirbt. Die Leute kriegen Angst vorm Sterben, wenn sie allein sind.“ (9. Interview, 172-174)

„Wir haben nicht die Zeit, uns zu diesen Leuten hinzusetzen und so lange zu reden. Ich weiß nicht, was da [helfen könnte]. Ein Zirkus, eine Animation. [...] Das sehe ich nicht. Das ist zu wenig.“ (8. Interview, 128-132)

Eine Pflegeperson äußert den Wunsch, dass für Sterbewünsche mehr Bewusstsein geschaffen werden müsse, innerhalb der Organisation und in weiterer Folge innerhalb des Teams. Sie kritisiert, dass Dienste nach Vorschrift nicht ausreichen würden, um auf die Bedürfnisse der Menschen einzugehen. Ein verstärktes Angebot an Supervisionen, Förderung des Austausches im Team und eine genauere Dokumentation könnten den Umgang mit Sterbewünschen positiv beeinflussen und gewinnbringend für Pflegepersonen sowie für die Betroffenen sein.

„Einfach wieder ein bisschen die Bedürfnisse von den Leuten in den Vordergrund stellen und nicht so dieses Schema F machen. [...]. Und was für mich ganz wichtig ist, sind Rituale, das ist leider auch viel zu wenig. Und Supervisionen sind ein Riesenthema. Das gibt es leider bei uns sehr wenig.“ (4. Interview, 103-107)

Es zeigt sich, dass die Art und Weise, wie Sterbewünschen begegnet wird, von äußeren Faktoren wie den Strukturen innerhalb einer Organisation maßgeblich beeinflusst werden kann. Daraus resultiert eine Verantwortung der Organisation gegenüber ihren Mitarbeiter:innen sowie den Bewohner:innen. Gute Voraussetzungen und Bedingungen für

Pflegepersonen zu schaffen, kann das Auftreten und den Umgang mit Sterbewünschen positiv beeinflussen.

6.6. Der Rahmen

Während die persönliche Haltung, das Wissen, die daraus resultierenden Strategien der einzelnen Pflegepersonen sowie der Umgang der Organisation einen Einfluss darauf haben, wie Sterbewünschen begegnet wird, spielen auch bestimmte gesellschaftliche Rahmenbedingungen eine Rolle.

Der derzeit vorherrschende Pflegemangel wird von den Pflegenden als äußerst besorgniserregend gesehen. Dieser wirkt sich negativ auf die Versorgung aus und es wird eingewendet, dass Motive für Sterbewünsche, wie Angst und Einsamkeit, durch mangelnde Zeit- und Personalressourcen zunehmen könnten. In Folge eines Personalnotstandes könne nicht mehr ausreichend auf die Bedürfnisse der Menschen eingegangen werden und dadurch können Sterbewünsche verstärkt und konkreter auftreten.

Eine Pflegeperson wendet ein, die Entwicklung, wie in unserer Gesellschaft mit den Themen Altwerden und Sterben umgegangen wird, problematisch zu sehen. Für frühere Generationen hätten alte Menschen noch einen höheren Status innerhalb der Gesellschaft gehabt. Sie seien sinnvollen Tätigkeiten nachgegangen, wie zum Beispiel bei der Kinderbetreuung in der Familie zu unterstützen. Nach ihrer Erfahrung würde die heutige ältere Generation das Leben mehr wertschätzen. Sie erkennt jedoch, dass ältere Menschen zunehmend mit Sinnverlust kämpfen und ihr Leben als nicht mehr lebenswert empfinden.

„Aber die Hintergründe von diesen Aussagen sind ganz andere. Das sind mehr gesellschaftliche Probleme meiner Meinung nach. Es ist mehr eine Aussage in Bezug darauf, unnötig dazusein. Dieses Erlebnis. Weil die Menschen, die wir hier oft betreuen, sind nicht in ihrer natürlichen Umgebung. Das, was sie gebraucht hätten, wären Geborgenheit und Familie.“ (10. Interview, 34-38)

In die Zukunft blickend lösen die Entwicklungen innerhalb des Pflegeberufes sowie der Generationenwechsel Sorgen bei den Pflegenden aus. Denn diese prägen und beeinflussen das Auftreten und den Umgang mit Sterbewünschen älterer Menschen zunehmend.

7. Assistierter Suizid

Während Pflegepersonen eine wichtige und klare Rolle beim Umgang mit Sterbewünschen einnehmen, sehen sie sich in Bezug auf den assistierten Suizid mit vielen Unsicherheiten konfrontiert. Abbildung 3 soll das Folgende grafisch darstellen und somit zu einem besseren Verständnis der Zusammenhänge beitragen. Die Interviews zeigen, dass sich **die eigene Haltung** bei vielen der befragten Pflegepersonen erst entwickelt beziehungsweise erstmals reflektiert wird. Wie die **privaten** Einstellungen sich mit **beruflichen** Gegebenheiten **vereinbaren** lassen, stellt sich als unterschiedlich herausfordernd dar. Besonders interessant ist, wie in diesem Kontext Professionalität gesehen wird. Schwierig ist auf Seiten der Pflege sowie bei Betroffenen, die **richtigen Worte zu finden**. Dies erschwert den grundsätzlich für den Umgang benötigten Dialog. Die Vielfalt an Positionen sowie die Uneinheitlichkeit von Sprache führen dazu, dass die **Rolle der Pflege** unterschiedlich interpretiert wird, was in weiterer Folge zu vielen Uneinigkeiten führt. Es steht zwar außer Frage, dass der Blick auf die Betroffenen immer an oberster Stelle steht und als handlungsweisend gilt, doch gibt es darüber, welche Aufgaben und welche Verantwortung Pflege hier hat, geteilte Meinungen. Externe Faktoren wie der Umgang der **Organisation** könnten an dieser Stelle Orientierung für die Pflegenden schaffen. Ebenfalls Einfluss nimmt der gesetzliche und gesellschaftliche **Rahmen**, in dem sich die Pflegenden bewegen.



Abbildung 3:
Assistierter Suizid

7.1. Das Ringen um die eigene Haltung

Die individuelle Haltung der Pflegenden gegenüber dem assistierten Suizid spielt eine wesentliche Rolle dafür, wie sie diesem begegnen. Auffallend ist, dass viele Pflegende während des Interviews ihre Meinung ändern oder für sich selbst neue Erkenntnisse gewinnen. Bei einigen findet im Gespräch eine Art Selbstreflexion statt, über Antworten wird nachgedacht, Gesagtes im späteren Verlauf wieder verändert. Es scheint, als würden Haltungen erstmals explizit formuliert werden. Vielen fällt es schwer, die eigene Meinung argumentativ darzustellen. Einige Pflegepersonen wiederum beziehen klar Stellung und können diese nachvollziehbar begründen.

Das Ringen um die eigene Haltung und die Schwierigkeiten sich zu positionieren zeigen sich beispielsweise darin, dass einige Pflegende am Anfang des Interviews mit einer durchaus zustimmenden Einstellung über den assistierten Suizid sprachen. Durch private und berufliche Erfahrungen mit Menschen, die durch ihre Krankheit viel Leid ertragen mussten und keine Lebensqualität mehr hatten, sei der Schritt des assistierten Suizids durchaus nachvollziehbar und die Legalisierung positiv zu sehen. Wenn die Fragen im Interview jedoch konkreter wurden in Bezug darauf, ob eine aktive Rolle im Rahmen der Suizidassistenz vorstellbar sei, änderte sich die Meinung. Es wurden Bedenken geäußert, ob es richtig sei, andere Menschen an dieser Entscheidung zu beteiligen, da es sich wie eine Mittäterschaft anfühle beziehungsweise mit einer großen Verantwortung einhergehe.

„Wenn ich selber unheilbar krank wäre, würde ich mir das vielleicht holen, die Tablette nehmen und ich bin weg. Das ist meine Entscheidung für mich selber. Aber ich werde nie für meine Familie oder Angehörigen oder so diese Entscheidung treffen mit ‚Ok, gut, nimmst du das‘.“ (9. Interview, 157-159)

Eine Pflegeperson erklärt, dass sie zwar vor ihrem religiösen Hintergrund eine eher ablehnende Haltung einnehme, doch manche Schicksale von Menschen mit schweren Krankheiten diese Einstellung ins Schwanken bringe. Sie hofft, dass durch gute Palliative Care ein assistierter Suizid verhindert werden kann, und würde es jedenfalls priorisieren, nach Alternativen zu suchen. Sie räumt jedoch auch ein, dass immer die individuelle Situation zu beurteilen sei.

„Also grundsätzlich mit meinem religiösen Hintergrund sage ich, dass ich es ablehne. [...] Aber ich weiß natürlich nicht, wie ich reagieren würde, wenn ich selber in eine Situation käme. Also ich habe jetzt wieder einen Herrn mit einer amyotrophen Lateralsklerose [...]. Da denk ich mir manchmal, wenn ich den so erlebe – wenn mich das trifft, ich glaub, das wäre was, wo ich mir es vorstellen könnte.“ (1. Interview, 149-154)

Die Bereitschaft, selbst für jemanden Assistenz zu leisten, ist grundsätzlich geringer, als diese für sich selbst anzunehmen. Hauptsächlich aus Angst, ob der Tod der tatsächliche Wunsch des Gegenübers ist. Für einige Pflegepersonen werden damit Grenzen überschritten, weshalb sie die Assistenzrolle ablehnen. Sie sehen darin eine Entscheidung, für die man Verantwortung trägt.

„Ich bin kein Gott, dass ich irgendwas entscheide. Will ich auch nicht. Aber wenn das eine Hilfe für diese Person ist und wenn sie sich selber dafür entscheidet und das mit den Ärzten regelt? Ich kann das akzeptieren, ja, aber dass ich jemandem das gebe, nein. Das geht nicht.“ (8. Interview, 217-220)

Es wird auch beschrieben, dass ein Tod auf diese Weise etwas Unnatürliches sei. Wenn Sterben nicht nur zugelassen, sondern das Leben aktiv beendet wird, kommt es dadurch zu einem abrupten Ausscheiden aus dem Leben ohne das bekannte *„fading away“*, dies löst bei einigen der Pflegepersonen Ängste aus.

„Wenn die Leute müde werden, schwächer werden, das ist ein langsamer Schritt. Das geht ja doch über Wochen. [...] Da hat man schon Ängste, wenn man wirklich von einer Sekunde auf die andere das Leben auslöscht.“ (2. Interview, 57-63)

Die Legalisierung des assistierten Suizids und seine gesetzliche Regelung jedoch wird von den meisten Pflegepersonen als wichtiger Schritt gesehen, der zwar polarisiert, doch auch zu Diskussionen von bis dato eher tabuisierten Themen anregt. Begrüßt wird die Entkriminalisierung, insbesondere, dass die Assistenz nicht mehr betraut wird und dass die Betroffenen nicht mehr ins Ausland reisen müssen. Einige Pflegende mussten bereits mit

Suiziden in der Geriatrie umgehen, was als sehr prägend und belastend beschrieben wird. Sie hoffen, dass es durch die Legalisierung zu einem anderen Umgang mit dem Thema Suizid kommt.

„[...] Eigentlich sind wir auch sehr dankbar, dass es die Möglichkeit gibt, weil wir sehen, was Leute aus Verzweiflung machen und was sie sich für Tricks mehr oder weniger ausdenken müssen, dass sie selbstbestimmt ihr Leben beenden dürfen.“ (6. Interview, 97-99)

„Ich glaube, wenn es eine Möglichkeit gibt, das Ganze ohne Gewalt in Wahrheit zu tun – super, ja. Also ich bin da sehr positiv eingestellt.“ (4. Interview, 146-148)

Pflegepersonen, die einen befürwortenden Zugang zum assistierten Suizid haben, begründen diesen damit, dass das Leiden zu lindern beziehungsweise vom Leiden zu erlösen im Vordergrund stehe, sowie die Selbstbestimmung eines Menschen zu achten und respektieren. Die Pflegenden bekunden großes Verständnis für Personen, die aufgrund schwerer Erkrankung und fehlender Lebensqualität den Schritt des assistierten Suizids in Betracht ziehen.

„Alte Menschen sollen das Recht haben, wenn sie sagen ‚Ich hab‘ niemanden mehr, ich kann nicht mehr, ich will auch nicht mehr‘. Weil das Leben ist mit neunzig, glaube ich, einfach wahnsinnig beschwerlich. [...] Da finde ich es eigentlich sehr gut, dass man da jetzt zumindest eine Anlaufstelle hat, wo man sagt, man muss es jetzt nicht so unter den Tisch kehren. (6. Interview, 86-91)

Es werden Vergleiche gezogen zu der Impfdebatte innerhalb der Coronakrise, wo Selbstbestimmung und Autonomie ebenfalls viel diskutierte Themen darstellten. Auch wird darauf verwiesen, dass Tiere beispielsweise nicht leiden müssen, sondern eingeschläfert werden dürfen. Menschen sollten aus Sicht der Pflegenden das Recht auf „selbstbestimmtes Sterben“ (6. Interview, 509) haben.

„Du hast ihnen in den Augen angesehen, dass sie Schmerzen haben, und das ist doch kein Leben mehr. Ein jedes Tier würdest du einschläfern und

*wir Menschen müssen so leiden und das ist so (...). Ich habe mich wirklich
gefreut, wo das beschlossen wurde.“ (4. Interview, 209-212)*

Keinem und keiner Befragten würde es leichtfallen, bei einem Suizid zu assistieren. Einige könnten sich jedoch unter den richtigen Voraussetzungen vorstellen, die Assistenzrolle zu übernehmen.

Schließlich lassen sich zwei gegensätzliche Positionen identifizieren. Pflegepersonen, die die Legalisierung des assistierten Suizids klar befürworten, und Pflegende, die sich dagegen aussprechen. Während sich diese zwei Haltungen gegenüberstehen, bewegen sich die meisten der befragten Pflegepersonen zwischen den beiden Polen und sind oft einem davon etwas näher als dem anderen oder entwickeln ihre Position erst im Interview.

Die vorgebrachten Begründungen unterscheiden sich oft nur wenig voneinander, ähnliche Argumente werden für entgegengesetzte Einstellungen verwendet. Auf der einen Seite wird Selbstbestimmung als Argument für den assistierten Suizid verwendet:

„Ein Mensch darf da schon so viel selbstbestimmt sein, dass er seinem Leben ein Ende setzen darf.“ (6. Interview, 127-128)

Auf der anderen Seite steht die Meinung, dass viele andere Personen am Entscheidungsprozess beteiligt sind, was wiederum gegen völlige Selbstbestimmtheit der Betroffenen spricht. Obwohl die Entscheidung letzten Endes auf der Seite der Betroffenen liegt, möchten die Pflegenden ungern daran beteiligt sein:

„Wenn er sich selber dafür entscheidet – das ist etwas anderes. Aber dass da irgendjemand eingreift – das geht absolut nicht. Wir sind nicht dazu verpflichtet [...]. Da darf man nicht eingreifen“ (8. Interview, 232-235).

Auch dass man nach Alternativen suchen muss, um Leiden zu lindern, und versucht, die Lebensqualität wiederherzustellen, kann aus einer anderen Perspektive als unnötiges Verlängern von Leiden gesehen werden. Fürsorge sowie Nächstenliebe kann die eine sowie die andere Haltung rechtfertigen. Eine Teilnehmerin beschreibt es mit folgenden Worten:

„Man kann die Liebe so oder so verstehen. Aus der Liebe tu‘ ich dir helfen, zu sterben, oder kann ich das nicht. Also das Thema ist nicht klar.“ (10.

Interview, 131-133)

7.2. Vereinbarkeit von privater Haltung und beruflichem Handeln

Die individuellen Haltungen der Pflegenden ändern sich besonders häufig, wenn sie nach privaten und beruflichen Unterschieden gefragt werden. Sich als An- oder Zugehörige oder in der Rolle einer professionellen Pflegekraft mit dem assistierten Suizid auseinanderzusetzen, macht für viele einen großen Unterschied. Andere denken wiederum, dass die eigene Einstellung nicht kontextgebunden ist und sich die private mit der beruflichen deckt.

Der Grad der emotionalen Involviertheit spielt für die meisten eine ausschlaggebende Rolle. Für einige ist eine emotionale Verbindung und gegenseitiges Vertrauen sehr wichtig und Grundvoraussetzung dafür, ob es vorstellbar wäre, Assistenz beim Suizid zu leisten. Das trifft vor allem auf Pflegepersonen mit einer eher befürwortenden Haltung zu. Sie stehen einer Konfrontation mit dem assistierten Suizid im Privaten wie im Beruflichen offen gegenüber.

„Reißen würde ich mich nicht darum. Also so sagen ‚Bitte ich‘ – nein. Aber wenn mich derjenige darum bittet und sagt, er möchte das mit mir machen, weil er mir vertraut oder was auch immer, und ich selber da auch das Gefühl habe, das geht für mich klar.“ (4. Interview, 173-176)

Andere meinen, gerade emotionale Distanz und Abgrenzung sei wichtig, um die Situation möglichst klar beurteilen zu können. Deshalb sei der Umgang mit dem assistierten Suizid innerhalb des Pflegeberufes eher vorstellbar als im privaten Umfeld. Es wird auf die Selbstverantwortung eines jeden Menschen gesetzt und dessen Wünsche und Entscheidungen werden im Sinne der Professionalität akzeptiert.

„Da ist der Blick ein bisschen distanzierter und ich denk mir, der Mensch wird schon wissen, wieso er das tut, und es ist jetzt nicht so diese emotionale Bindung da. Ich denk mir, er wird seine Gründe haben, wieso er das macht [...]. Ich sehe das professionell. Da soll das jeder für sich entscheiden.“ (3. Interview, 170-174)

Für viele Pflegepersonen ist es jedoch nicht vorstellbar, in ihrer Rolle als professionelle Pflegende zu assistieren. Für sie käme es einem Scheitern gleich, wenn ein Mensch sich trotz ihrer Pflege für den Schritt der Selbsttötung entscheiden würde. Sie sehen ihre Professionalität und ihre Aufgabe darin, Alternativen aufzuzeigen, damit der assistierte Suizid nicht der letzte Ausweg für Betroffene bleibt.

„Also ich möchte als professionelle Pflegende nicht in so eine Situation kommen, ich glaube, das würde mich mein ganzes Leben lang begleiten. Nämlich auch die Frage: Was habe ich versäumt, um dem Menschen zu zeigen, dass es auch Alternativen gibt?“ (1. Interview, 157-159)

Eine der Pflegenden meint, sich aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen oder Beschuldigungen durch Angehörige nicht an einem assistierten Suizid in ihrer beruflichen Rolle beteiligen zu wollen.

„Das wäre mir rechtlich zu schwierig eigentlich. Weil man weiß ja dann nie, was danach noch kommt. Ob da irgendwie die Angehörigen so kommen ‚Sie sind schuld‘ oder so. Auch wenn das alles notariell festgehalten wurde.“ (3. Interview, 187-189)

Auffallend ist, dass Pflegepersonen mit einer grundsätzlich eher ablehnenden Haltung meinen, diese sei im beruflichen sowie im privaten Kontext dieselbe, mit dem Unterschied, dass sie sich im Beruf an den gesetzlichen Rahmen halten müssen. Auch wenn es schwerfallen würde, würden sie die Entscheidung von jemanden im beruflichen Setting akzeptieren und die betroffene Person auch weiterhin betreuen und pflegen können. Obwohl dies ihren persönlichen Werten widerspricht, denken sie nicht, dass eine Situation dieser Art einen moralischen Konflikt bei ihnen auslösen würde.

„Ich bin auch in der Pflege authentisch. Also als Privatperson würde ich so etwas überhaupt gar nicht zulassen. Als Professionelle akzeptiere ich das, was das Gesetz bringt.“ (10. Interview, 193-194)

Für Pflegepersonen, die eine Leitungsposition innehaben, ist es außerdem erforderlich, sich mit mehreren verschiedenen Haltungen auseinanderzusetzen. Die persönliche Einstellung, die der Organisation und die verschiedenen Haltungen innerhalb des Pflegeteams kongruieren

meist nicht miteinander, weshalb sie in ihrer Position eine wichtige und schwierige Rolle dabei spielen, wie damit umgegangen wird.

Die Interviews zeigen, dass die Haltungen und wie oder ob sie sich mit dem Kontext verändern, sehr individuell sind. Interessant dabei ist, wie die eigene Einstellung argumentiert und wie Professionalität in diesem Zusammenhang von den einzelnen Pflegepersonen interpretiert wird.

Als komplex stellt sich vor allem die Situation dar, wo sich Pflegepersonen durch ihren Beruf zwangsläufig mit dem assistierten Suizid auseinandersetzen müssen, obwohl dieser ihren moralischen Werten widerspricht. Die Vereinbarkeit zwischen persönlicher Haltung und pflegerischem Handeln stellt sich für viele der befragten Pflegepersonen als herausfordernd dar.

7.3. Die richtigen Worte finden

Als eines der größten Probleme im Dialog über den assistierten Suizid zeigt sich der Umgang mit Sprache. Während einige Pflegepersonen sich sehr klar und problemlos ausdrücken können, haben viele Schwierigkeiten, Worte zu finden, und verwechseln oder vermischen dabei Bedeutungen. Besonders auffallend ist, wie häufig Begriffe aus dem Bereich der Tötung auf Verlangen verwendet werden.

„Viele sagen oft: ‚Du willst ja alle umbringen und du bist ja Krankenschwester und du musst doch schauen, dass es den Leuten allen gut geht‘.“ (3. Interview)

„[...] weil das ist so, wie jemanden umbringen. Auf eigenen Wunsch jemanden umbringen. Nur mit einer Tablette. Ich weiß nicht, was ich da hole [...].“ (9. Interview, 147-148)

Aus den Erzählungen geht ebenfalls hervor, dass auch die Betroffenen selbst nicht wissen, was gesetzlich erlaubt ist, und so kommt es zu falschen Erwartungshaltungen. Bei den Pflegenden selbst entsteht dadurch Unsicherheit und Angst.

„Wir haben eine Dame bekommen und die hat gemeint: ‚[...] Ich bin hierhergekommen, um zu sterben‘ und ‚Wann krieg ich die Spritze?‘ und

das war für mich, muss ich ganz ehrlich sagen, sehr einschneidend.“ (2.

Interview, 26-29)

Die Vorstellung, mit dem assistierten Suizid konfrontiert zu sein, ist für einige Pflegende sehr schwer und löst Empörung und Sprachlosigkeit aus.

„Um Gottes Willen. Das ist ausgeschlossen. Darüber mag ich auch nicht reden. Hilfe ist etwas anderes. Aber davon einfach so zu sprechen, das ist irre. Das ist nicht gut.“ (8. Interview, 225-226)

Von „die Spritze geben“, „umbringen“ bis hin zu Vergleichen mit Gott und dem Einschläfern von Tieren wird in den Interviews über den assistierten Suizid gesprochen. Dies wirft wiederum die Frage auf, ob jeder Pflegeperson klar ist, wie assistierter Suizid abläuft. Es ist ein Hinweis darauf, dass sich die fehlende Abgrenzung zur Tötung auf Verlangen auf Wissensdefizite zurückführen lässt.

Eine andere mögliche Interpretation wäre, dass die Worte unbewusst so gewählt wurden, um durch Übertreibung die starken Gefühle auszudrücken, die die Legalisierung des assistierten Suizids bei vielen ausgelöst hat. Die Befragten könnten damit zum Ausdruck bringen wollen, wie unwohl sie sich in Bezug auf den assistierten Suizid fühlen und wie sehr sie ihn als Grenzüberschreitung erleben. In beiden Fällen stellt die uneinheitliche und unpräzise Sprache jedenfalls ein großes Risiko für Missverständnisse und Konflikte dar.

7.4. Die Rolle der Pflege

Die Interviews zeigen, dass der assistierte Suizid für große Unruhe innerhalb der Berufsgruppe sorgt. Viele der Pflegenden thematisierten den assistierten Suizid von sich aus gleich zu Beginn der Interviews. In den Gesprächen konnte bemerkt werden, dass das Thema mit vielen Emotionen und Aufregung einhergeht.

Es herrscht deutlich mehr Unsicherheit als beim Umgang mit Sterbewünschen und es ist unklar, welche Rolle der Pflege zukommt. Um Unsicherheiten zu glätten und mehr Klarheit zu gewinnen, werden zur Orientierung zusätzlich zu den individuellen Haltungen der einzelnen Pflegepersonen, vermehrt andere Faktoren, wie der Umgang innerhalb der Organisationen oder die gesetzlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen herangezogen. Da

Meinungen innerhalb der Gesellschaft oder auch Abläufe in den Organisationen oft ebenfalls uneindeutig und widersprüchlich sind, kommt es zu Spannungsfeldern.

7.4.1. Uneinigkeit

Bei genauerer Betrachtung wird klarer, dass alle befragten Pflegepersonen die gleichen Intentionen beschreiben. Sie sehen ihre Rolle grundsätzlich darin, für die Menschen da zu sein, auf ihre Bedürfnisse einzugehen, deren Autonomie und Selbstbestimmtheit zu fördern und zu respektieren. Sie wollen mit Blick auf den Menschen für möglichst viel Wohlbefinden sorgen und vorhandenes Leiden lindern.

Die Uneinigkeit beginnt dabei, wie dies erreicht werden kann. Die Auslegung und die Umsetzung dieser Ziele werden unterschiedlich interpretiert, was zu Spannungen und Rollenkonflikten führt. Die zuvor beschriebene Ungenauigkeit in der Sprache beziehungsweise der ungleiche Wissensstand der einzelnen Pflegepersonen erschweren ein gemeinschaftliches Verständnis zusätzlich.

Genau wie beim Umgang mit Sterbewünschen stehen die Bedürfnisse der Betroffenen an oberster Stelle und sind handlungsweisend. Der Pflegeberuf ist sehr häufig mit Leid konfrontiert und trotz Abgrenzung gibt es Schicksale, die nahegehen. Der Blick auf die Betroffenen erzeugt also ein situationsspezifisches Verständnis bei den Pflegepersonen, doch er weist sie auch an, mit Vorsicht und Achtsamkeit zu handeln. Das Wissen darum, dass Sterbewünsche oft als Deckmantel für andere Bedürfnisse benutzt werden oder sich auch sprunghaft ändern können, ist für Pflegenden ein Grund, keine voreiligen Schlüsse zu ziehen oder zu handeln.

„Es müssen mehr Fachleute da sein und entscheiden, ob das wirklich [so ist]. Es gibt Leute, die sagen ‚Heute will ich sterben‘ und morgen doch nicht.“ (9. Interview, 70-71)

Solange der assistierte Suizid noch illegal war, war es für die Pflegenden klar, wo die Grenzen liegen im Umgang mit Sterbewünschen. Bis dahin hatten sie ein Spektrum an Möglichkeiten, wie sie dem Sterbewunsch begegnen, und einen klar begrenzten Handlungsspielraum. Die Legalisierung des assistierten Suizids wird von den einen als Erweiterung dieser Möglichkeiten gesehen, von den anderen als Grenzüberschreitung.

„Früher hat man irgendwie motiviert, abgelenkt, mitgenommen und jetzt wissen wir nicht, ist das jetzt ein Auftrag für uns? Ist was anders? Was machen wir? Also das hat alle so überrascht.“ (5. Interview, 248-250)

In den Interviews zeigt sich vor allem bei vielen Unsicherheit darüber, welche Aufgabe und Verantwortung die Pflege in diesem Zusammenhang hat. Einige der Pflegenden bekunden auch Angst vor einer direkten Erfahrung mit dem assistierten Suizid und wollen dabei keine Rolle spielen.

Wie aktuell und beschäftigend die Thematik für die Pflege ist, zeigt sich unter anderem darin, dass jede Pflegeperson bereits eine Geschichte zum assistierten Suizid erzählen kann, weil der Wunsch beziehungsweise die Bitte danach sie direkt oder indirekt betroffen hat. Daraus geht hervor, wie unterschiedlich die einzelnen Pflegenden mit den Herausforderungen umgehen und diese interpretieren. Der Großteil kann sich jedenfalls vorstellen, einen Menschen, der sich für einen assistierten Suizid entschieden hat, weiterhin zu pflegen und zu begleiten, auch wenn es der persönlichen Haltung widerspricht.

„[...] Ich werde den Bewohner weiter betreuen, so wie ich es immer gemacht habe im palliativen Setting. Und das andere kann ich nicht beeinflussen und somit hab' ich damit auch nichts zu tun, das beruhigt schon einmal.“ (7. Interview, 177-179)

„Wir begleiten ja auch hier terminale, präterminale, schwerstkranke Menschen. Ich würde für mich keinen Unterschied machen. Ich würde niemanden dafür verurteilen, weil er sich dafür entscheidet, dass er das tut.“ (3. Interview, 208-210)

Es wird auch hier ersichtlich, dass es unterschiedliche Interpretationen gibt, wo Begleiten anfängt und wo die Grenze zur Assistenz beginnt. Obwohl es gesetzlich klar geregelt ist, ist es schwierig für die Pflegenden, dies für sich selbst zu definieren. Eine Pflegende kritisiert, dass plötzlich alltägliche Pflegehandlungen in Frage gestellt werden, wenn der Kontext zu assistiertem Suizid besteht.

„Den Fahrtendienst bestellen oder irgendjemanden anrufen oder organisieren, was für uns tagtäglich normal ist, das mach ich dann nicht?“

Nur weil ich mit der Entscheidung nicht einverstanden bin?“ (6. Interview, 154-156)

Die Schwierigkeiten und Konflikte entspringen meist einer viel grundlegenderen Frage: Sind das Wesen und das bisherige Verständnis von Pflege vereinbar mit dem assistierten Suizid? Viele Pflegende haben ein umfangreiches Wissen in der palliativen Geriatrie und sind von deren Grundsätzen überzeugt. Einigen fällt es deshalb sehr schwer, den assistierten Suizid als neue Möglichkeit zu betrachten, denn für sie steht er im Widerspruch zur Palliative Care. Sie würden lieber nach Alternativen suchen und einen anderen Weg einschlagen, um mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid umzugehen. Der assistierte Suizid ist aus ihrer Sicht nicht als eine Hilfe oder Lösungsmöglichkeit zu sehen, sondern entsteht aus einer Hilflosigkeit heraus.

„Wir haben gelernt, das Leben zu retten, und deswegen haben wir auch diesen Beruf gewählt, ja.“ (10. Interview, 96-97)

„Man denkt, ok, da ist eine Hilfe, aber andererseits – wie helfe ich damit? Wir sind eigentlich hilflos.“ (8. Interview, 239-240)

Dem gegenüber stehen Pflegende, die den assistierten Suizid als weiteren Schritt innerhalb der Palliative Care und darin keinen Widerspruch zu ihrem Berufsbild sehen. Sie wenden ein, dass die Möglichkeiten zur Linderung irgendwann ausgeschöpft sind. Aus ihrer Sicht wurde eine legale Möglichkeit geschaffen, um einem nicht anders zu lindernden Leiden zu begegnen.

„Und ich finde, es ist ein Schritt weiter von der palliativen Seite. Weil es eigentlich auch ‚pallium – umschließend, umhüllend‘ ist. [...] Und dass man da körperliche Zustände hat, wo man sagt, da krieg‘ ich mit der besten Medikation und den schönsten Klangschalen keine Lebensqualität mehr.“ (6. Interview, 534-528)

7.4.2. Die Frage nach der Verantwortung

Im Folgenden wird die Schilderung einer Pflegeperson aus einem Interview zusammengefasst, um beispielhaft eine Situation aus der Praxis darzustellen und die sich daraus ergebenden Problematiken hinsichtlich der Rolle der Pflege zu verdeutlichen. Dabei werden die unterschiedlichen Auffassungen über die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Pflege

veranschaulicht. Ferner wird anhand der Geschichte gezeigt, in welchen Situationen Pflegende dem assistierten Suizid begegnen können.

Geschichte zu einer Begegnung mit dem assistierten Suizid:

Die Bewohnerin eines Pflegeheims erzählt einer Pflegeperson eines Tages, dass sie nicht mehr Leben möchte und überlegt, deshalb ins Ausland zu reisen, um dort Suizidassistent zu erhalten. Die Pflegeperson kennt die Bewohnerin schon viele Jahre und weiß über ihr von vielen Schicksalsschlägen geprägtes Leben Bescheid. Sie hat Verständnis für den Wunsch der Bewohnerin und erkennt ihr großes Leiden und die Verzweiflung.

Die Pflegeperson informiert die Bewohnerin über die neue gesetzliche Regelung in Österreich und druckt Informationen des Bundesministeriums dazu in vergrößerter Schrift für sie aus. Sie gibt ihr die Unterlagen mit dem Angebot, sich weiterhin mit Fragen und Anliegen an sie wenden zu können.

Nicht alle Kolleg:innen reagieren mit Verständnis für ihr Handeln. Sie denken, dass die Pflegeperson damit ihren Kompetenz- und Zuständigkeitsbereich überschritten habe. Aus ihrer Sicht sei sie dadurch auch für mögliche weitere Ereignisse verantwortlich. Es kommt zu Gesprächen im Team und mit Führungskräften. Die Pflegeperson fühlt sich missverstanden und erklärt, sich für die Bewohnerin verantwortlich zu fühlen, wenn diese sich ihr anvertraut. Außerdem wolle sie nicht für mögliche Folgen verantwortlich sein.

Daraufhin wird der Pflegeperson nahegelegt, bei solchen Anliegen gleich auf den psychologischen Dienst oder die Seelsorge zu verweisen. Diese erklärt, nicht zufrieden mit dem Ergebnis der Gespräche zu sein, und sich unwohl dabei zu fühlen, eine:n Bewohner:in nach der Äußerung eines solchen Wunsches an jemand anderen zu verweisen oder vermitteln.

„Die Bewohnerin hat sich mir gegenüber geöffnet und mit mir darüber gesprochen und wie kommt sie sich vor, wenn sie sich schon so öffnet und sagt ‚Schwester, eigentlich will ich nicht mehr, ich kann nicht mehr‘ und dann schieb ich sie weiter.“ (6. Interview, 54-57)

Anhand dieser Geschichte lassen sich die Schwierigkeiten, die entstehen können, gut ablesen. Sie zeigt vor allem auch, wie wichtig es ist, diese zu behandeln, denn die Pflege wird mit dem Thema konfrontiert werden und demnach eine Rolle spielen.

Es zeigt sich, dass die unterschiedlichen Haltungen sowie die Frage, wer zu welchem Zeitpunkt für was Verantwortung trägt, sehr schnell zu Spannungen innerhalb des Teams führen können. Wenn auch gerade der Austausch innerhalb des Teams als größte Ressource beim Umgang mit Sterbewünschen genannt wird, birgt dieser, wenn es um assistierten Suizid geht, viele Konflikte. Auch die Diskussion und Uneinigkeit darüber, ab wann unterstützt, begleitet, assistiert wird, und wo Beteiligung anfängt und aufhört, wird in der Geschichte veranschaulicht. Die Grenzen pflegerischen Handelns sind nicht klar. Während eine Pflegeperson sich in der Verantwortung sieht, zu handeln, und in ihrem Sinne die Bewohnerin unterstützen möchte, wie sie es auch bisher bei allen anderen Anliegen getan hat, sehen andere Pflegepersonen eine Überschreitung von Kompetenzen.

Die Geschichte macht einen weiteren Punkt, deutlich: Wenn die Rolle der Pflege von Unsicherheit geprägt ist, braucht es Regulation durch die Organisation. Diese wird im nächsten Kapitel behandelt.

7.5. Verantwortung der Organisation

In den Interviews werden mehrere Geschichten wie jene zuvor erzählt, in denen Pflegende sich in der Rolle der ersten Ansprechperson wiederfinden. Aus diesen Geschichten heraus zeichnet sich ein Bild, welches unter anderem die Verantwortung der Organisation verdeutlicht, die gerade bei einem von Unsicherheiten geprägten Thema wie dem assistierten Suizid eine wichtige Rolle spielt. Sie ist richtungs- beziehungsweise handlungsweisend in Bezug auf pflegerische Tätigkeiten. Aus den Erzählungen können zwei unterschiedliche Zugänge beziehungsweise Umgangsformen der Organisationen festgestellt werden.

In einer der beiden Organisationen wurde proaktiv gehandelt. Als bekannt wurde, dass es ein Gesetz zum assistierten Suizid geben wird, wurden hausinterne Richtlinien in Anpassung an den gesetzlichen Rahmen, die Leitbilder und Werte der Organisation erstellt. Der assistierte Suizid wird laut diesen bei den Bewohner:innen nicht aktiv angeboten und nicht angesprochen. Doch sollte es dazu kommen, dass jemand sich selbst dafür entscheidet, so wird dieser Wunsch toleriert.

Die Mitarbeiter:innen fühlen sich durch das Engagement der Organisation und die Richtlinien sicher und geschützt. Jede der Befragten kennt diese und weiß, wo sie sie bei Bedarf einsehen kann. Gleichzeitig werden von der Organisation Teambesprechungen und Fortbildungen angeboten, die die Pflegepersonen wieder handlungsfähig machen sollen. Denn wie bereits im vorherigen Kapitel beschrieben, löste die neue Gesetzgebung große Unsicherheit und Sprachlosigkeit aus, wenn es um das Rollenverständnis und pflegerisches Handeln geht. Die Organisations- und Leitungsebene unterstützt die Pflegepersonen dabei, ihr implizites Wissen, dass sie durch jahrelange Erfahrung gebildet haben, zu explizieren, die Sprache wiederzufinden und sich bewusst zu machen, wie viel andere Möglichkeiten angeboten werden können.

„[...] , dass wir uns wirklich ausgetauscht haben zu dem, wie es früher war, was jetzt anders ist und was es alles an Angeboten gibt. Also auch verbalisieren. Wir sind schon alle lange da und kennen uns aus, aber dann hat man das so verbal nicht mehr.“ (5. Interview, 252-254)

Der Wunsch nach einem assistierten Suizid wird zwar ernst genommen, es werden andere Professionen hinzugezogen und ein festgelegtes Prozedere gestartet, doch wird parallel dazu versucht, der betroffenen Person andere Angebote zu machen, welche den Wunsch abschwächen könnten. Es wird berichtet, dass dies auch schon gelungen sei und Bewohner:innen durch intensive Begleitung und Auseinandersetzung von ihrem Vorhaben beziehungsweise dem Wunsch nach einem assistierten Suizid abgebracht werden konnten. Diese Erlebnisse werden von der Organisation als ein Erfolg für ihr Handeln zu dem Thema gesehen. Bei den Pflegenden zeigt sich, dass die intensive Auseinandersetzung und Kommunikation zu dem Thema beruhigend wirken. Sie fühlen sich von ihrer Organisation geschützt und wissen, an wen sie sich wenden können.

„Aber dadurch, dass ich durch meine Vorgesetzten und die Direktion so einen Rückhalt habe, und wir auch die Information bekommen haben, ständig laufend auch Fortbildungen sind, Vorträge im Rahmen eines Palliativzirkels zum Beispiel, gibt mir das schon eine gewisse Sicherheit [...]“.“ (7. Interview, 174-177)

Der proaktive Zugang wird als erfolgreich gewertet. Er stärkt das Pflegeteam und das Vertrauen in die Leitung. Die Pflegenden dieser Organisation schätzen vor allem, dass die individuellen Haltungen, der Blick auf die Betroffenen und das Verständnis von Pflege bei der Umsetzung der Richtlinien berücksichtigt wurde.

„Es ist eine Gegenseitigkeit. [...] Da muss man ganz einfach damit umgehen und nicht einfach so ‚Das ist dein Job und mach!‘. Das wäre für mich nicht der richtige Arbeitsplatz. Ich finde, man sollte auf die Bedürfnisse auf beiden Seiten schauen. Und wenn der Großteil sagt ‚Ja, ich habe ein Problem damit‘ und die sagen ‚Das ist aber dein Problem‘, könnte ich in so einer Organisation nicht lange arbeiten.“ (7. Interview, 197-202)

Die interviewten Pflegepersonen aus der zweiten Organisation reagieren unterschiedlich bei der Frage nach hausinternen Richtlinien. Manche erzählen von strikten Richtlinien, andere sind sich wiederum unsicher, ob es welche gibt. Über die gesetzlichen Rahmenbedingungen wissen die Pflegepersonen Bescheid und wurden dahingehend von der Organisation aufgeklärt und informiert. Unklar ist für die meisten jedoch, welchen Handlungsspielraum sie haben. Hier gehen die Erzählungen wiederum stark in persönliche Ansichten und Meinungen der Einzelnen über. Daraus geht hervor, dass die Organisation eher anlassbezogen reagiert. Einige schildern, dass die Organisation die Berufsgruppe der Pflege eher aus der Thematik heraushalten möchte und andere Professionen für Wünsche nach assistiertem Suizid zuständig macht.

„Irgendwas haben wir bekommen. Ob das jetzt eine richtige Richtlinie ist? Glaube ich nicht. Nur vom Gesetz her haben wir eine kurze Information bekommen, dass das schon da ist. [...] Wir können nur bisschen vermitteln, dass da was ist. Alles Weitere machen, glaube ich, die Ärzte und so. Wir können da, glaube ich, gar nichts machen.“ (8. Interview, 190-193)

Für manche Pflegepersonen ist das in Ordnung und wird sogar begrüßt, andere fühlen sich dadurch übergangen und ausgeklammert. Sie wünschen sich einen offeneren Umgang und transparentere Abläufe.

„Ich habe kein Problem damit [mit dem assistierten Suizid]. Ich habe ein Problem mit dem Umgang. Auf der einen Seite so lax, passiert eh nichts. Auf der anderen Seite ‚Ja ihr seid eh nicht dabei‘. Es stimmt das eine nicht und es stimmt das andere nicht. Und das finde ich so schwierig an dem Thema.“ (6. Interview, 448-453)

„Der Ablauf ist mir persönlich jetzt nicht wirklich klar. Ich weiß nur, wir sollen, müssen, dürfen, wie auch immer, nicht dabei sein. [...] Aber wir sind ja davor dabei und vor allem danach.“ (6. Interview, 411-414)

Es macht den Anschein, dass der Umgang der Pflege innerhalb der zweiten Organisation stark von Einzelpersonen dominiert wird. Die Organisation selbst steht hier mehr im Hintergrund und reagiert anlassbezogen, wobei sie sich eng an das bestehende Gesetz hält.

Konkrete Angebote auf Handlungsebene werden wie auch beim Umgang mit Sterbewünschen von beiden Organisationen bereitgestellt und von den Pflegenden als unterstützend erlebt. Die Möglichkeiten von ethischen Fallbesprechungen, Fortbildungen und die Förderung von Zusammenarbeit mit anderen Professionen werden dabei als entlastend empfunden.

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass Organisationen beim Umgang mit assistiertem Suizid einen Auftrag und eine Verantwortung innehaben. Gerade in stationären geriatrischen Einrichtungen, in denen Menschen nicht nur vorübergehend betreut werden, sondern wohnen – meist bis zuletzt –, überschneiden sich die Bereiche Institution und privater Wohnraum. Das dort arbeitende Personal ist gefordert, sich mit dem assistierten Suizid, welcher gesetzlich hauptsächlich für die Durchführung im privaten Umfeld ausgelegt ist, auseinanderzusetzen.

7.6. Der Rahmen

Die Begegnung mit dem assistierten Suizid ist eingebettet in einen gesellschaftlichen und gesetzlichen Rahmen. Das Sterbeverfügungsgesetz, der anhaltende Pflegenotstand und der Generationenwechsel spielen dabei eine Rolle.

Das Sterbeverfügungsgesetz findet bei den meisten der interviewten Pflegepersonen Zustimmung, vor allem die klare Regelung wird begrüßt. Positiv an der Legalisierung wird gesehen, dass die Menschen nicht mehr gezwungen sind, ins Ausland zu reisen und dass die

Begleitung nicht mehr als Straftat gilt. Die gesetzlichen Hürden und enge Absteckung von Grenzen wirken auf die meisten Pflegenden entlastend und geben Sicherheit. Dadurch erhält nur eine sehr eingeschränkte Gruppe an Personen die Möglichkeit, legal assistierten Suizid auszuführen. Als weiterer positiver Effekt wird die gesellschaftliche Debatte wahrgenommen, welche durch die Gesetzesänderung entfacht wurde. Auf diese Weise werden die Themen Sterben und Tod wieder mehr in die gesellschaftliche Mitte gerückt und damit zusammenhängend wird auch vermehrt über Suizid und Suizidprävention gesprochen. Das Öffnen von solchen Dialogräumen ist für Pflegepersonen besonders wichtig, weil so präventive Maßnahmen gefördert werden können.

„Deswegen ist es nicht schlecht, wenn die Bewohner keine Angst haben, mit uns darüber zu sprechen. Weil ansonsten schaut das aus, als hätte sich keiner gekümmert.“ (10. Interview, 213-215)

Einige der Pflegepersonen sehen die gesetzlichen Hürden kritisch und bemerken, dass solch bürokratischer Aufwand für schwerkranke Menschen wahrscheinlich schwer zu meistern sei. Außerdem wird eingewendet, dass das dazu beschlossene Palliativfondsgesetz nicht die gleiche mediale Aufmerksamkeit bekommen habe und die Gelegenheit generell besser genutzt werden hätte können, um über Palliative Care aufzuklären.

„Viele Menschen wissen gar nicht, dass es so viele andere Sachen gibt. Von einer palliativen Sedierung angefangen. Woher sollen die Leute das auch wissen? Sowas würde ich mir zum Beispiel mehr in den Medien wünschen oder in Dokumentationen, als nur vom assistierten Suizid zu sprechen. Wo das Gesetz verabschiedet worden ist, da gleichzeitig zu zeigen, was es in der Palliative Care eigentlich alles gibt.“ (7. Interview, 233-238)

Generell denken die Pflegenden, dass Palliative Care in der Gesellschaft noch nicht genug Bekanntheit erfahre. Kritisch werden dabei auch Unterschiede in den sozialen Schichten gesehen:

„Die nicht muttersprachlich deutsche Gesellschaft, die wenig Geld hat, die viel in der Familie regelt. Ob die wissen, dass es Palliativstationen und Hospize gibt, bin ich nicht ganz sicher.“

(1. Interview, 169-171)

Bei der Frage, ob sie denken, dass der assistierte Suizid Gefahr läuft, zu einem Trend innerhalb der Geriatrie zu werden, sind die Meinungen geteilt. Einige denken, dass für viele Menschen die Gewissheit, diese Möglichkeit überhaupt legal zu haben, schon beruhigend wirke und schlussendlich aber nicht häufig genutzt werde. Auch denken sie, dass das Sterbeverfügungsgesetz vor einem Trend schütze.

„Es war klar, dass die Grenzen so eng sind, dass niemand fürchten muss, dass das jetzt zum großen Hype wird in der Geriatrie. Weil einfach die Menschen gar nicht die Kriterien erfüllen und das war für das Team sehr entspannend.“ (1. Interview, 54-56)

Andere denken, dass ältere Menschen sich den bürokratischen Aufwand wahrscheinlich nicht antun wollen. Eine Pflegeperson wendet allerdings ein, dass, wo eine Möglichkeit geschaffen wird, sei *„eine Tür, die auch missbraucht werden kann“*. (10. Interview, 163)

Einfluss darauf könnte auch der vorherrschende Pflegemangel haben. Die vermehrt auftretende Ressourcenknappheit könnte dazu führen, dass die Versorgungsqualität leidet, bedenkt eine Pflegendende. Ein solches Szenario könnte Auslöser für eine Trendbewegung sein. Wenn die Versorgung am Lebensende nicht gut gesichert ist, würden eventuell vermehrt Menschen den assistierten Suizid in Betracht ziehen.

„Wenn die Versorgung nicht adäquat ist, und das bedeutet auch psychosoziale Versorgung, dann kann das zum Trend werden. Wenn wir die Pflege in die falsche Richtung treiben, kann das zum Trend werden, weil das sind die Kollateralschäden.“ (5. Interview, 373-375)

Weitere Einflussfaktoren sind, ähnlich wie bei Sterbewünschen, die sich wandelnden Altersbilder in der Gesellschaft und der Generationenwechsel. Es wird vermutet, dass zukünftige Generationen einen offeneren Zugang zum assistierten Suizid haben könnten und dieser dadurch tendenziell häufiger vorkommen könnte.

„Die jetzigen älteren Menschen sind noch mit einigen Werten aufgewachsen. Die Werte werden immer weniger. Und dadurch werden auch weniger Grenzen im Leben gesetzt [...]. Wenn man Gott von seinem Leben sein will, dann könnte das passieren.“ (10. Interview, 183-190)

Auffallend ist bei dieser Vermutung, dass sich tatsächlich die drei jüngsten Pflegepersonen, mit einem Altersunterschied von über 13 Jahren zu den anderen Teilnehmerinnen, eher befürwortend der Legalisierung des assistierten Suizids gegenüber ausgesprochen haben.

Den Einschätzungen nach werden der gesetzliche Rahmen, die Entwicklungen innerhalb des Pflegeberufes sowie der Generationswechsel den Umgang und die Rolle der Pflege beim assistierten Suizid auch zukünftig prägen und beeinflussen.

8. Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegepersonen häufig mit Sterbewünschen älterer Menschen konfrontiert werden. Die Motive dafür sind vielseitig und es ist wichtig, diese differenziert zu betrachten, um angemessen darauf reagieren zu können. Sterbewünsche können manchmal sprachlos machen und stellen die Pflegepersonen vor herausfordernde Situationen. Langjährige Berufserfahrung, das eigene Älterwerden, eine gute Beziehung zu den Betroffenen und zu den Kolleg:innen helfen dabei, einem Sterbewunsch zu begegnen und in den Dialog zu treten. Nicht zu banalisieren oder ignorieren, sondern zuzuhören und die Bedürfnisse, Wünsche und Sorgen der Betroffenen ernst zu nehmen bilden die Basis für einen guten Umgang.

Der Wunsch, zu sterben, bildet zwar den Ausgangspunkt für einen Wunsch nach assistiertem Suizid, doch die meisten Sterbewünsche entwickeln sich nicht in diese Richtung. Die Beihilfe zur Selbsttötung geht mit einem erhöhten Handlungsdruck einher, aktive Schritte dahingehend zu setzen. Die Begegnung löst bei einigen Pflegenden Angst und Ablehnung aus, bei anderen Verständnis und bei vielen Unsicherheit. Die Interviews zeigen, dass es schwerfällt, die richtigen Worte zu finden, um über den assistierten Suizid zu sprechen, und die Meinungen teils von Ambivalenzen geprägt sind. Das führt dazu, dass das Selbstbild der Pflege ins Wanken gerät und die Rolle nicht mehr klar zu sein scheint. Unsicherheit darüber, welchen Auftrag es für die Pflegenden gibt, wofür Verantwortung getragen wird und wo Beihilfe beginnt, sind Folgen der Legalisierung des assistierten Suizids in Österreich.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Pflegepersonen von ihrem beruflichen Selbstverständnis ausgehend immer mit Blick auf den Menschen handeln. Die Ziele, diesen zu unterstützen, seinen Willen zu respektieren und sein Leiden zu lindern, bleiben bei Sterbewünschen sowie

beim assistierten Suizid die gleichen. Seit der Legalisierung des assistierten Suizids kommt es jedoch zu unterschiedlichen Auslegungen, wie diese Ziele erreicht werden können. Hinzu kommt, dass Menschen, die ihr Sterben beschleunigen möchten, sich wie auch bei Sterbewünschen oft an Pflegepersonen wenden, mit der Erwartung, Hilfe zu bekommen. Diese veränderte Erwartungshaltung von Betroffenen sowie die unterschiedliche Auslegung davon, wie ein Mensch am besten unterstützt werden kann, bewirken Unsicherheit darüber, welche Rolle die Pflegenden spielen. In weiterer Folge kann dies zu Konflikten innerhalb der Berufsgruppe führen.

Die Legalisierung wird als zusätzliche Herausforderung beschrieben und beeinflusst zudem den bisher doch vertrauten und sicheren Umgang mit Sterbewünschen negativ, da sich die Unsicherheit auch dahingehend ausweitet. Die Pflegenden beschreiben, dass es vorher einfacher gewesen sei, auf die Frage nach einer Spritze oder Tablette zu antworten, da es keine offizielle Möglichkeit gab. Nun herrsche Unsicherheit darüber, welche Informationen gegeben werden dürfen, welche Aufgaben die Pflege hat und wo sie Verantwortung trägt. Das große Wissen und die erlernten Strategien zum Umgang mit Sterbewünschen scheinen den Pflegenden nicht beim Umgang mit dem assistierten Suizid zu helfen. Dieser wirkt sich lähmend auf das pflegerische Handeln aus.

„Im Zuge dieser Gesetzesänderung kamen gerade dann im Hospiz [...] diese Wünsche von einer Bewohnerin und ich hab' dann wirklich ganz stark auch aus Berichten diese Sprachlosigkeit und Machtlosigkeit gespürt von den Pflegenden.“ (5. Interview, 244-247)

Diese Probleme können nicht von einzelnen Pflegepersonen gelöst werden. Übergeordnete Stellen wie die Organisation, der Dachverband oder Berufsverbände stehen unter anderem in der Verantwortung, Pflegenden dabei zu unterstützen, handlungsfähig zu bleiben und eine angemessene Versorgung zu ermöglichen.

Zusammenfassend wird anhand der Ergebnisse deutlich, dass die interviewten Pflegepersonen dasselbe Ziel verfolgen: die Wahrung des Willens und des Wohlergehens der Menschen mit Sterbewunsch. Die unterschiedlichen Interpretationen und Erwartungshaltungen, wie dies erreicht werden kann, seit der assistierte Suizid legalisiert wurde, erschweren pflegerisches Handeln dahingehend. Das Wissen dazu ist jedoch

vorhanden, wie die Befragungen zu Sterbewünschen deutlich machen. Doch benötigt es Unterstützung von außen, um die Pflegenden dazu zu befähigen, ihr Ziel wieder aufzunehmen und gut für Bewohner:innen sorgen zu können.

9. Diskussion

Anhand der erhobenen Daten konnte die Perspektive von Pflegepersonen auf Sterbewünsche und die Legalisierung des assistierten Suizids im Kontext der stationären Altenpflege in Österreich untersucht werden. Anfangs soll die erneute Betrachtung der thematischen Landkarte (Abb. 4) dabei helfen, komplexe Verbindungen und Unterschiede zwischen den Themen zu beschreiben. Danach folgt eine Diskussion einzelner Aspekte der Ergebnisse, welche dazu mit internationaler Literatur in Bezug gesetzt werden.

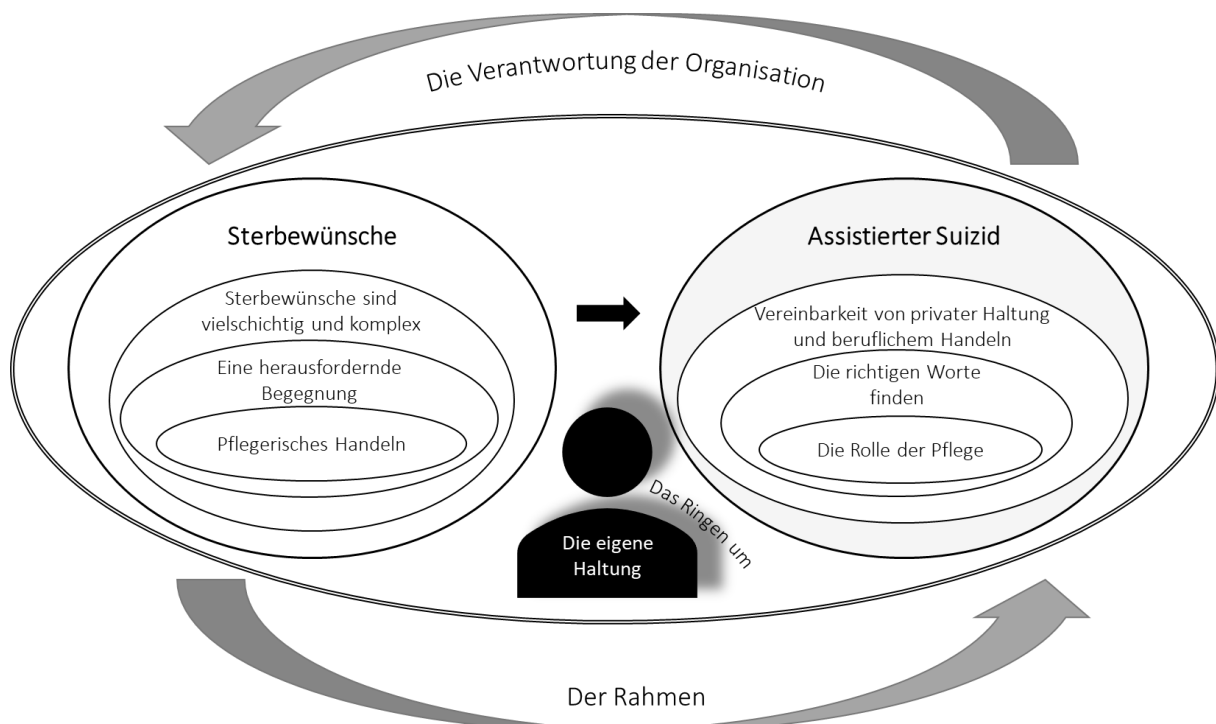


Abbildung 4: Thematische Landkarte

Es fällt auf, dass die beiden Themenkreise *Sterbewünsche* und *Assistierter Suizid* sich im Besonderen in der Charakteristik der Inhalte unterscheiden. Während sich die Pflegepersonen trotz Herausforderungen über ihren Auftrag und das berufliche Rollenverständnis bei Sterbewünschen einig sind, werden die Themen des assistierten Suizids größtenteils von Widersprüchlichkeiten, Rechtfertigungen und Unsicherheiten geprägt.

Die Themen zu **Sterbewünschen** beziehen sich auf die eigene Einstellung gegenüber dem Lebensende, das Wissen über Komplexität und Vielschichtigkeit von Sterbewünschen älterer Menschen, für das Phänomen spezifische Herausforderungen und konkrete pflegerische Handlungen. Außerdem beleuchten sie äußere Faktoren, die pflegerisches Handeln beeinflussen können, wie organisationsbezogene und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Im Zentrum der thematischen Landkarte steht das pflegerische Handeln, worum sich alle anderen Themen sammeln, die mehr oder weniger großen Einfluss darauf ausüben. Die Pflegenden spielen hier mehrere wichtige Rollen, wie die der Vertrauensperson oder der Schnittstelle zu anderen Diensten. Auch wenn Sterbewünsche ein herausforderndes Thema sind, so haben die Pflegenden durch Erfahrungswissen intuitiv Handlungsstrategien für sich entwickelt. Es wird dabei immer betont, dass es wichtig sei, Sterbewünsche älterer Menschen differenziert zu betrachten.

Die Literatur stützt diese Erkenntnisse. Schroepfer (2006) formuliert auf Basis von Interviews mit unheilbar kranken älteren Menschen sechs „*mind frames*“ beziehungsweise Einstellungen, die alte Menschen gegenüber dem Sterben einnehmen können. Sie zeigen ein Kontinuum an, das vom Nichtbereitsein bis hin zum Wunsch, den Tod zu beschleunigen, reicht.

Auf Grundlage dessen wurden zwei Instrumente entwickelt, um Sterbewünsche erfassen und messen zu können. CADO (Categories of Attitudes Toward Death Occurrence) beschreibt sechs Kategorien des Sterbewunsches bei älteren Menschen:

- Kategorie 1: Ich bin nicht bereit für den Tod und ich akzeptiere ihn nicht.
- Kategorie 2: Ich bin nicht bereit für den Tod, aber ich akzeptiere ihn.
- Kategorie 3: Ich bin bereit für den Tod und ich akzeptiere ihn.
- Kategorie 4: Ich bin bereit für den Tod, ich akzeptiere ihn und wünsche mir, der Tod würde kommen.
- Kategorie 5: Ich erwäge, meinen Tod zu beschleunigen, aber ich habe keinen konkreten Plan.
- Kategorie 6: Ich ziehe in Betracht, meinen Tod zu beschleunigen, und ich habe einen konkreten Plan.

Mithilfe von CADO kann zwischen dem passiven Wunsch, zu sterben, und dem Wunsch, den Tod zu beschleunigen, unterschieden werden. Zusätzlich wird ein Instrument entwickelt,

welches die Intensität eines Sterbewunsches misst und welche Faktoren damit zusammenhängen. SAHD-Senior (Schedule of Attitudes Toward Hastened Death) zielt speziell auf das geriatrische Setting ab (Dürst et al., 2020).

In der vorliegenden Arbeit haben die befragten Pflegenden häufig die Faktoren Angst und Einsamkeit als Hauptmotive für einen geäußerten Sterbewunsch beschrieben. Es wurde außerdem wiederholt betont, dass die wenigsten Sterbewünsche in der Geriatrie bedeuten, dass jemand sich das Leben nehmen möchte. Dies kann durch die Anwendung beschriebener Assessmentinstrumente bestätigt werden. Jox (2019) beschreibt in einer Studie, dass die meisten älteren Menschen sich bei der Messung mit CADO in den Kategorien zwei und drei befanden. Nur sehr wenige hatten den Wunsch, ihren Tod aktiv zu beschleunigen. Die Messung mit SAHD-Senior zeigte, dass Faktoren wie Angst, Depressivität und spirituelles Leiden die Intensität von Sterbewünschen jedoch steigern können.

Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass der Sterbewunsch von Menschen mit Demenz ein Randthema war und nur von wenigen Pflegenden als besondere Herausforderung genannt wurde. Angesichts der Tatsache, dass die Diagnose Demenz mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden ist und häufig mit Depressionen und Ängsten einhergeht, ist dies erstaunlich und sollte in zukünftigen Forschungen berücksichtigt werden (Riese, 2022).

Zusammenfassend bestätigt die beschriebene Literatur jedoch die Ergebnisse der Arbeit und bietet darüber hinaus auch einen Rahmen und eine wissenschaftliche Grundlage für das bisher auf Intuition basierende Wissen zu Sterbewünschen älterer Menschen. Die Anwendung von beschriebenen Messinstrumenten kann in der Praxis helfen, Sterbewünsche offen anzusprechen, was von älteren Menschen häufig als entlastend erlebt wird (Jox, 2019). Außerdem bieten sie den Pflegepersonen die Möglichkeit, Sterbewünsche valide erfassen, einordnen und Pflegemaßnahmen dahingehend rechtfertigen und planen zu können (Dürst et al., 2020).

Der Wunsch nach assistiertem Suizid tritt in der Altenpflege selten auf (Jox, 2019). Trotzdem wird durch die hier ausgewerteten Interviews schnell klar, dass es einen hohen Gesprächsbedarf gibt. Viele Pflegende sprechen den assistierten Suizid schon zu Beginn des Interviews an und das Thema Sterbewünsche rückt in den Hintergrund. Der assistierte Suizid ruft viel Aufregung und Emotionen hervor, weshalb dieser in weiterer Folge ausführlicher

diskutiert wird. Außerdem wurde aufgrund dessen entschieden, die beiden Themen *Sterbewünsche* und *assistierter Suizid* in dieser Arbeit gleich zu gewichten. Das lässt sich auch aus der thematischen Landkarte (Abb. 1 und 4) ablesen, wo die beiden Themenkreise gleich groß dargestellt werden.

Als ein zentrales Thema liegt die Rolle der Pflege, eingebettet in weitere Themenfelder, in der Mitte des Kreises des assistierten Suizids. Da die Rolle von Unklarheiten geprägt ist, ziehen die Pflegenden andere Einflussfaktoren wie Werte und Überzeugungen von Einzelpersonen, der Organisation oder der Gesellschaft zur Orientierung heran. Da diese Einflussfaktoren jedoch häufig auch von kontroversen Themen und Ambivalenzen geprägt sind, bringen diese oft keine Erleichterung, sondern tragen dazu bei, eigene Meinungen zu rechtfertigen und andere auszuschließen. Um pflegerisches Handeln zu beschreiben, wie es bei Sterbewünschen getan wird, fehlt es zumal an Erfahrung, aber auch an einer normativen Grundlage. Zuerst müssen zentrale Themen wie die Vereinbarkeit von privater Haltung und beruflichem Handeln und die Einigung auf eine gemeinsame Sprache geklärt werden, damit sich ein Rollenverständnis entwickeln kann.

Folgend sollen einige Aspekte der **Rolle der Pflege im Kontext des assistierten Suizids** sowie wichtige Einflussfaktoren, wie die Organisation, mithilfe von Literatur beleuchtet werden. Dazu werden auch Publikationen aus Ländern herangezogen, wo nicht nur der assistierte Suizid gesetzlich erlaubt ist, sondern auch die Tötung auf Verlangen. Letzteres ist in Österreich weiterhin verboten, doch scheinen Teilaspekte, die Rolle der Pflege betreffend, trotz dieses Unterschieds wichtig zu sein. Unter Berücksichtigung dessen, dass der gesellschaftliche Rahmen, der Status und die Qualifikationen von Pflegeberufen sowie die gesetzliche Regelung nicht die gleichen sind wie in Österreich, wird versucht, die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in die internationale Studienlage einzubetten und zu vergleichen.

Der internationale Ethikkodex für Pflegepersonen beschreibt vier grundlegende Verantwortlichkeiten: „*Gesundheit fördern, Krankheiten verhüten, Gesundheit wiederherstellen sowie Leiden lindern und ein würdiges Sterben unterstützen*“ (International Council of Nurses, 2021). Demnach ist die Berufsgruppe der Pflege auch am Lebensende involviert und hat einen Auftrag zur Sterbebegleitung. Wie dies im Konkreten aussieht kann unterschiedlich ausgelegt werden, was die Rolle der Pflege in Bezug auf die Debatte um

Suizidbeihilfe zu einem kontroversen Thema macht. Klar wird dadurch aber jedenfalls, dass die Diskussion zum assistierten Suizid auch die Pflege betrifft.

Bei der Sichtung internationaler Studien zur Rolle der Pflege beim assistierten Suizid bieten vor allem kanadische Forschungsarbeiten aufschlussreiche Ergebnisse. Dort nimmt die Pflege in der sogenannten „*Medical Assistance in Dying*“ (MAiD) eine konkrete Rolle während des gesamten Prozesses ein und trägt dementsprechend viel Verantwortung. An dieser Stelle ist es außerdem wichtig, zu wiederholen, dass MAiD nicht zwischen assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen unterscheidet (Feichtner & Amschl-Strablegg, 2022).

In den Interviews wurde erfragt, wie es für die Pflegenden wäre, wenn sich ein:e Bewohner:in assistierten Suizid wünschen würde und ob sie sich vorstellen könnten, jemanden zu begleiten. Dabei werden Themen offengelegt, die die Pflegenden in diesem Kontext beschäftigen. Es geht um persönliche Haltungen und darum, wie diese mit beruflichen Entscheidungen beziehungsweise dem Berufsbild zusammenhängen, um Schwierigkeiten, die richtigen Worte zu finden, um den Umgang im Team sowie um Themen die Organisation, in der sie arbeiten, und die Gesellschaft betreffend. Die qualitative Studie von Pesut, Thorne et al. (2020) untersucht, was Pflegepersonen dazu bewegt, sich an MAiD zu beteiligen oder sich dagegen zu entscheiden. Geprägt wurde die Einstellung vieler Pflegepersonen von der Familie beziehungsweise dem Umfeld, in dem sie leben oder aufgewachsen sind. Dabei wird beschrieben, dass der religiöse Hintergrund eine Rolle spielt, was sich auch in den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit widerspiegelt. Ferner werden auch andere Faktoren bedacht, wie zum Beispiel, was die eigene Familie davon halten würde oder andere Leute denken könnten. Besonders in kleineren Städten, wo es weniger Anonymität gibt, ist das ein wichtiger Punkt für die Pflegenden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass die Auswirkungen auf das Berufsbild und auf Professionalität unterschiedlich gesehen werden. Für einige definiert sich Professionalität dadurch, die eigenen Werte zurückzustellen und die Bedürfnisse der Betroffenen so gut es geht zu erfüllen. Für andere ist persönliche Integrität und somit auch die eigene Haltung Teil des Berufs. Sie fühlen sich etwas Größerem gegenüber noch mehr verpflichtet als den Betroffenen, wie zum Beispiel ihrem Glauben und der Unantastbarkeit des Lebens. Pesut, Thorne et al. (2020) erkennen in beiden Haltungen eine Dezentrierung. Die Selbstbestimmung

der Betroffenen oder etwas Größeres, wie der Glaube, wird über die eigene Autonomie gestellt. Eigene Werte und Bedürfnisse werden zurückgesteckt, auch wenn das emotionale Belastung bedeutet. Pflegepersonen, die MAiD ablehnen, ist es wichtig zu betonen, dass sie die Betroffenen keineswegs allein lassen möchten. Sie wollen als professionelle Pflegekraft da sein und ihren Beitrag leisten, jedoch ohne sich an MAiD zu beteiligen. Die in der vorliegenden Arbeit erhobenen Daten weisen darauf hin, dass es für die Pflegenden schwierig ist, zu entscheiden, wo „Beteiligung“ am assistierten Suizid beginnt.

Von allen Teilnehmenden wird das Ziel, Leiden zu lindern, als eine zentrale Aufgabe der Pflege beschrieben. Doch gibt es unterschiedliche Auffassungen darüber, wie dies erreicht werden kann. Die Interviews haben gezeigt, dass einerseits argumentiert wird, dass durch Palliativpflege Schmerz und Leiden gelindert werden können, ohne dass es notwendig ist, den Schritt der Suizidbeihilfe zu gehen. Andere glauben, dass die Möglichkeiten in der Palliative Care irgendwann ausgeschöpft sind und der assistierte Suizid für diesen Fall eine Option sein sollte, um laut den Pflegenden würdevolles Sterben zu ermöglichen. Diese Argumentation wird auch in der Studie von Pesut, Thorne et al. (2020) beschrieben. Einige berufen sich auf die Philosophie von Palliative Care, wo so wenig Einfluss wie möglich auf den Todeszeitpunkt ausgeübt wird und Linderung von Leiden im Mittelpunkt steht. Sie sehen den Wunsch nach Suizid als Hilferuf, der großem Leid entspringt. Jedoch wird MAiD als falscher Ansatz betrachtet, um damit umzugehen. Andere wiederum stellen die Autonomie in den Vordergrund und vertrauen darauf, dass die Betroffenen sich sicher sind in ihrer Entscheidung. Außerdem sehen sie eine Chance und Erweiterung für den Pflegeberuf.

Letzteres wird auch in anderen Studien ausführlich beschrieben. Pflegepersonen sehen MAiD demnach oft als eine erweiterte Form der Pflege an, die über das Herkömmliche hinausgeht. Ähnlich wie einzelne Teilnehmerinnen dieser Untersuchung sehen sie ihre Rolle in der Fürsprache für ihre Patient:innen, Linderung von Leiden, in psychosozialer Unterstützung und Beziehungsarbeit, welche auch die Angehörigen miteinbezieht. Die Teilnehmenden in der Studie von Mills et al. (2023) betrachten MAiD fast ausschließlich als eine Möglichkeit, um für Betroffene im Sinne der Autonomie, Linderung von Leiden und eines „guten“ Sterbens da zu sein. Diese Aspekte werden aus der Sicht von Gesundheitsberufen als positive Folgen von MAiD gewertet. Dazu kommt, dass es als Chance gesehen wird, Wissen sowie die Förderung

einer offeneren Kommunikation von Sterbewünschen zu generieren und zu erweitern (Joolae, Ho, Serota, Hubert & Buchman, 2022).

Die Interviews haben gezeigt, dass die Legalisierung des assistierten Suizids für viele Pflegepersonen ein emotional sehr belastendes Thema darstellt. Viele hatten Schwierigkeiten, darüber zu sprechen und die richtigen Worte zu finden. Obwohl noch keine Pflegeperson sich in einer konkreten Situation mit dem assistierten Suizid auseinandersetzen musste und viele Themen mögliche Szenarien abbildeten, war die Aufregung, die dabei ausgelöst wurde, bemerkbar. In Belgien gibt es eine langjährige Tradition von „*euthanasia*“, also der Tötung auf Verlangen, welche von Ärzt:innen durchgeführt wird. Pflegepersonen sind häufig die ersten Ansprechpersonen, die die Bitte um „*euthanasia*“ erreicht. In weiterer Folge sind sie eng eingebunden in die Pflege und die Kommunikation zwischen Mediziner:innen und Betroffenen. Die Begleitung und Pflege einer Person, die um „*euthanasia*“ bittet, wird immer als außerordentliche und intensive Erfahrung beschrieben. Es zählt weiterhin nicht zu einer routinierten Pflegepraxis und die Entscheidung wird immer von Ambivalenzen und Zweifeln begleitet. Pflegenden wollen einen Beitrag leisten, um den Betroffenen gutes Sterben in dieser Form zu ermöglichen. Wenn das gelingt, wird das Gefühl einer beruflichen Erfüllung beschrieben. Umgekehrt können aber auch starke negative Gefühle auftreten, wenn dies nicht möglich war (Bellens, Debie, Claessens, Gastmans & Dierckx de Casterlé, 2020). Das Gefühl, versagt zu haben oder übergangen worden zu sein, da die persönlichen Werte in Frage gestellt oder ignoriert wurden, können Folgen sein (Pesut, Greig et al., 2020).

Auch die Begleitung im Kontext von MAiD, unabhängig davon, welche Einstellung eine Fachperson hat, wird immer als ethisch und emotional herausfordernd beschrieben. Die Entscheidung eines Menschen zu akzeptieren, ist aus ihrer Sicht etwas anderes, als an der Entscheidung beteiligt zu sein. Die emotionalen Auswirkungen sind häufig überwältigend. Direkt beteiligte Pflegepersonen spüren dies am deutlichsten, doch auch andere Pflegepersonen, die zum Beispiel einen Kontakt zu Sterbehilfe vermittelten, berichten von auftretenden Zweifeln, ob sie das Richtige getan haben. Die emotionalen Reaktionen fallen sehr unterschiedlich aus. Die Berichte reichen von tiefgreifenden, bereichernden Erfahrungen bis hin zu Verzweiflung und Trauer (Pesut, Thorne et al., 2020).

Ein wesentlicher Faktor, der für die Pflegepersonen eine Rolle spielt, ist der Umgang mit der Familie der Betroffenen. Diese zeigte oft große Dankbarkeit und half den Pflegenden über bestehende Zweifel hinweg. Sie erlebten dadurch das Gefühl, eine sinnstiftende Arbeit geleistet zu haben (Pesut, Thorne et al., 2020). Dieser Aspekt wird in einer anderen Studie jedoch als schwierig eingestuft. Es werden Situationen geschildert, wo Angehörige nicht einverstanden waren mit der Entscheidung für MAiD. Der Umgang mit ihnen und mit deren Trauer wird als sehr belastend für beteiligte Berufsgruppen beschrieben (Ho, Joolae, Jameson & Ng, 2021).

Die vorgebrachten Argumente für oder gegen den assistierten Suizid haben oft den gleichen Ausgangspunkt. Zum Beispiel wird für den assistierten Suizid häufig das Argument der Selbstbestimmung genannt, wohingegen eingewendet wird, dass die Entscheidung nicht allein von der betroffenen Person getroffen wird, sondern auch andere beteiligt sind. Eine wiederum kanadische Studie will deshalb nicht das Für und Wider erläutern, sondern untersucht die Art der Argumentation und auf welcher Ebene diese stattfindet. Wenn es um das Wesen der Pflege geht, werden dessen Kernelemente wie Mitgefühl, sich für das Wohlbefinden der Patient:innen einzusetzen und die besondere Beziehung genannt, doch, ähnlich wie in vorliegender Arbeit, unterschiedlich interpretiert und ausgelegt. In Hinblick auf Argumente bezüglich ethischer Grundsätze fällt auf, dass es viele „intuitive“ Argumente gibt, die mit Meinungen und Gefühlen zu tun haben. Des Weiteren wird bemerkt, dass befürwortende Argumente in einer auf Rechten – wie dem Recht auf Selbstbestimmung – basierenden Sprache vorgetragen werden. Die Kontra-Argumente beziehen sich meist auf das Thema Autonomie und inwiefern diese gegeben ist, wenn die Entscheidung an weiteren Personen hängt. Auf moralisch-ethischer Ebene wird vor allem diskutiert, ob es einen Unterschied zwischen Handlung und Unterlassung gibt oder ob es im Kontext von „Töten“ oder „Sterben zulassen“ auch um die dahinterstehende Absicht geht. Argumente, die die Gesellschaft betreffen, weisen darauf hin, sozial schwächere Gruppen hier nicht zu vergessen. Diese wissen oft zu wenig oder haben keinen Zugang zu Palliativversorgung, weshalb die Gefahr besteht, dass jemand sich aufgrund unzureichender Mittel für MAiD entscheidet (Pesut, Greig et al., 2020).

Die Perspektiven sowie die Erfahrungen von Pflegepersonen zum assistierten Suizid gehen auseinander. Er polarisiert und nachdem keine übergeordnete Pflegeperspektive erkennbar

ist, die für ein gemeinsames Verständnis steht, besteht die Gefahr einer Spaltung der Berufsgruppe (Pleschberger & Petzold, 2022). Die „*conscientious objection*“, also die Ablehnung aus Gewissensgründen, scheint in der Praxis dahingehend ein zentrales Thema zu sein. Was sich in Bezug auf ein gesteigertes Konfliktpotenzial innerhalb des Teams und veränderte Erwartungshaltungen in vorliegender Arbeit nur andeuten beziehungsweise vermuten lässt, wird in anderen Publikationen konkreter beschrieben: Es zeigt sich, dass es durch einflussreiche Kolleg:innen und durch das Bedürfnis, ein gutes Teammitglied zu sein, zu einem steigenden Druck kommen kann, an MAiD teilnehmen zu müssen (Pesut, Thorne et al., 2020). Außerdem kann es aufgrund unterschiedlicher Einstellungen vermehrt zu Auseinandersetzungen im Team kommen. Diese können von Meinungsverschiedenheiten bis hin zu Diskussionen darüber, wo die für MAiD nötigen Präparate aufbewahrt werden sollen, reichen (Ho et al., 2021).

Es zeigt sich, dass auch wenn gesetzlich niemand zur Beteiligung an MAiD gezwungen werden kann, sich Situationen in der Praxis, wo es zu wenig Personal gibt, um die Aufgaben zu verlagern oder andere hinzuzuziehen, ergeben. Sich dann gegen die Mitwirkung zu entscheiden, kann in weiterer Folge zu einer Verschlechterung der Beziehung zu den Betroffenen, den Angehörigen sowie dem eigenen Team führen (Panchuk & Thirsk, 2021). Hinzu kommt, dass es sich für Pflegende oft als schwierig darstellt, ethische Diskussionen zu führen und Themen, die mit ihrem Gewissen nicht kongruieren, zu benennen. Der Grund liegt unter anderem darin, dass es innerhalb des Gesundheitssystems wenig Bewusstsein und Unterstützung dahingehend gibt. Pflegepersonen, die es aus Gewissensgründen ablehnen, etwas zu tun, brauchen die Zusicherung von ihrem Umfeld und dürfen nicht benachteiligt werden (Lamb, Evans, Babenko-Mould, Wong & Kirkwood, 2019). Wie auch in der vorliegenden Arbeit beschrieben, entsteht beim assistierten Suizid der Eindruck, dass viele Pflegepersonen erstmals während des Interviews über ihre eigene Haltung nachdenken und moralische Überlegungen dazu stattfinden. Lamb & Pesut (2021) ergänzen, dass Pflegende die Sichtweise ihrer Patient:innen respektieren und wertschätzen sollen, ohne jedoch ihre eigene moralische Einstellung zu ignorieren. So kann Integrität und pflegerisches Handeln vereinbart werden. Außerdem fördert die Auseinandersetzung die Fähigkeit, ethische Entscheidungen zu treffen und argumentieren zu können. Wichtig dabei ist, einen Rahmen für die Kommunikation zu pflegeethischen Themen und Abwägungen zu schaffen.

Vor diesem Hintergrund ist innerhalb der Rollenentwicklung der Pflege **die Organisation** als wesentlicher Faktor zu sehen. Wie dies im Konkreten aussehen kann, zeigt zum Beispiel eine Studie aus Belgien. Sie untersucht das Vorliegen ethischer Richtlinien zu „*euthanasia*“ innerhalb katholischer Institutionen sowie deren Inhalte. Die Ergebnisse zeigen, dass es eine bemerkenswerte Vielzahl an Richtlinien gibt und dass sich viele speziell auf die Rolle der Pflege beziehen. Die Inhalte zielen insbesondere auf die Rolle im Entscheidungsprozess, die Assistenz und die Betreuung der Angehörigen ab. Auffallend oft wird auch die Ablehnung aus Gewissensgründen thematisiert und darüber aufgeklärt. Den Pflegepersonen wird empfohlen, sich darauf zu berufen, wenn sie nicht an suizidassistentenbezogenen Tätigkeiten oder „*euthanasia*“ teilnehmen wollen (Gastmans, Lemiengre & Dierckx de Casterlé, 2006).

Die erhobenen Daten dieser Arbeit zeigen, dass die Erstellung ethischer Richtlinien zum Thema „Assistierter Suizid“ von Pflegepersonen einerseits als entlastend gesehen wird, andererseits Austausch, Dialog und Wissensvermittlung schafft. Sie zeigen auch, dass es zu gesteigertem Konfliktpotenzial und Unzufriedenheit kommen kann, wenn es bisher keine institutionelle Auseinandersetzung zum Thema gab. Tronto (2010) beschreibt dahingehend, dass gute formelle Pflege dann gelingt, wenn die Betreuungseinrichtungen auch darauf achten, wie sie selbst arbeiten. Dabei ist es wichtig, nicht nur die Bedürfnisse der Bewohner:innen zu kennen, sondern auch die der Mitarbeiter:innen. Wenn Konflikte und Unzufriedenheit aufgrund mangelnder institutioneller Diskussion auftreten, muss die Organisation aktiv werden und Raum schaffen, um sich damit auseinanderzusetzen. Dies kann dazu beitragen, das Konfliktpotenzial zu reduzieren und die Zufriedenheit der Pflegekräfte zu steigern, was sich in weiterer Folge positiv auf die Qualität der Pflege auswirkt. Es geht darum, „*Caring Institutions*“ zu entwickeln, die auf politische Entscheidungen, Vielfalt und einen klaren Zweck ausgerichtet sind, um eine fürsorgliche Umgebung zu schaffen und die Bedürfnisse der Menschen bestmöglich zu erfüllen.

Auch viele der hier genannten Studien enden mit einem Appell an die Ebene der Ausbildung sowie der Organisationen, was die wesentliche Rolle von Einrichtungen zusätzlich unterstreicht. Es wird gefordert, dass moralische Debatten und der Stellenwert des Gewissens mehr Berücksichtigung erfahren müssen im Pflegeberuf (Lamb & Pesut, 2021). Es geht nämlich nicht mehr darum, ob der assistierte Suizid zulässig ist, sondern wie Pflegeethik einen Rahmen bieten kann, damit umzugehen (Pesut, Greig et al., 2020). Dazu muss in der Praxis ein Umfeld

für einen achtsamen Austausch geschaffen werden: „*to create workplaces that are ethically inclusive towards all of those who choose to be involved, or not involved*“ (Lamb & Pesut, 2021).

10. Limitationen

Die vorliegende Arbeit weist einige Schwächen auf, die folgend beleuchtet werden sollen. Aufgrund zeitlich und finanziell begrenzter Ressourcen beschränkte sich die Zahl der Teilnehmenden auf zehn Personen. Dabei konnte eine Ausgewogenheit bei den demografischen Daten hinsichtlich Geschlecht Alter oder Ausbildungsgrad nicht berücksichtigt werden.

Da die Ergebnisse zeigen, dass Organisationen einen großen Einfluss auf den Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach assistiertem Suizid haben, ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass in dieser Untersuchung zwei Organisationen mit unterschiedlichen Trägern und Leitbildern vertreten sind. Die Ergebnisse sind daher nur bedingt auf ganz Österreich übertragbar.

Da die zu untersuchenden gesetzlichen Regelungen erst vor kurzem in Kraft getreten sind, gelang es nicht, Zugang zu tatsächlichen Erfahrungswerten mit dem assistierten Suizid zu erhalten. Die Fragen des Interviewleitfadens beziehen sich demnach teilweise auf mögliche Szenarien. Während sich in den Interviews Inhalte und Themen zu Sterbewünschen öfters wiederholten, konnte beobachtet werden, dass es zum assistierten Suizid vermehrt auch Aspekte gab, die nur einmal genannt wurden. Die Durchführung weiterer Forschung ist notwendig, um hier umfassendere Erkenntnisse gewinnen zu können. Interessant wäre demnach eine Erhebung der bisherigen Fälle von assistiertem Suizid in Österreich, die im Rahmen von Einrichtungen der Altenhilfe stattgefunden haben. Des Weiteren wäre es interessant, inwiefern sich die These bezüglich des Generationenunterschieds überprüfen lässt. Tatsächlich gibt es auch in vorliegender Arbeit Hinweise darauf, dass jüngere Teilnehmerinnen tendenziell der Suizidassistenz offener gegenüberstehen.

Weiters gilt es zu bemerken, dass die Interviews alle während der Dienstzeit durchgeführt wurden. Das könnte Auswirkungen auf die zeitliche Komponente und Konzentration gehabt haben.

11. Conclusio

Die vorliegende Arbeit sowie andere Publikationen zu Sterbewünschen und Suizidassistenz haben die vielfältigen Belastungen und Widersprüchlichkeiten, mit denen Pflegende konfrontiert sind, aufgezeigt. Folgend sollen die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen beschrieben werden.

Pflegepersonen begegnen in Alten- und Pflegeheimen regelmäßig älteren Menschen mit Sterbewunsch. Die Hintergründe sind vielfältig und spiegeln immer wieder auch die gesellschaftlichen Probleme des Alterns wider. Einsamkeit und Angst vor Autonomieverlust werden dabei öfters genannt. Um die Auslöser zu erkennen und darauf angemessen reagieren zu können, braucht es einerseits ein **Bewusstsein für Sterbewünsche im Alter**, andererseits geschultes Personal und ausreichend Ressourcen.

Nicht jeder Sterbewunsch bedeutet, dass jemand sich das Leben nehmen möchte, doch jedem Suizid geht ein Sterbewunsch voraus. Zudem gibt es eine steigende Suizidrate im Alter und ebenso rund um die Demenzdiagnose, weshalb es umso wichtiger ist, dass Pflegende daraufhin sensibilisiert werden und Sterbewünsche ernst nehmen und einschätzen können. Spezielle Messinstrumente können dafür in der Praxis hilfreich sein.

In Hinblick auf die Legalisierung des assistierten Suizids scheint es wichtig, das **Selbstbewusstsein der Pflegenden zu stärken**. Die Ergebnisse zeigen, dass das pflegerische Handeln oft von Unsicherheit und Angst gehemmt ist. Eine Hilfestellung kann sein, bewusst zu machen, dass der Wunsch nach assistiertem Suizid eine Form von Sterbewunsch darstellt, dem auch mit den bereits dazu bestehenden Kompetenzen der Pflegenden als solcher begegnet werden kann. Wie in den Interviews beschrieben, konnte genau dadurch der Handlungsdruck auf beiden Seiten, der Pflegenden und der Betroffenen, reduziert werden.

Mit Blick auf die Ergebnisse zeigt sich ein Bild, welches dazu auffordert, die Pflegenden in diesem Kontext nicht allein zu lassen. Zur Klärung der Rolle der Pflege beim assistierten Suizid beziehungsweise zur Beseitigung der großen Unsicherheit in diesem Bereich ist Unterstützung von außen notwendig.

Vor allem die einzelnen **Organisationen stehen hier in der Verantwortung**, ihre Mitarbeiter:innen zu schützen und pflegerisches Handeln zu befähigen. Grundlegend dafür ist

Einigkeit in der Sprache und Wissen. Dazu können Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme sowie Kommunikationstrainings beitragen.

Eine weitere Aufgabe der Organisationen ist es, sich mit dem Sterbeverfügungsgesetz auseinanderzusetzen und Rahmenbedingungen für die Umsetzung und Begleitung zu konkretisieren. Das hat besonders in Pflegeheimen eine hohe Priorität, da sie den Wohnort für Bewohner:innen darstellen, und demnach die Möglichkeiten, den assistierten Suizid zu regeln, beschränkt sind. Diverse Handreichungen oder Empfehlungen von Fachgesellschaften oder Trägerorganisationen können dabei helfen, **interne Richtlinien** zu erstellen. Klare transparente Abläufe, ausgewählte Ansprechpersonen und die spezifische Rolle der Pflege, wie zum Beispiel bei der kontinuierlichen Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit, sollten dabei Berücksichtigung finden. Durch die Bereitstellung solcher Richtlinien entlasten Organisationen die Pflegekräfte und schaffen einen Raum für den Austausch, Dialog und die Wissensvermittlung.

Ein **gemeinsames Berufsverständnis** in Bezug auf den Umgang mit assistiertem Suizid zu generieren, könnte dabei helfen, die Rolle der Pflege zu klären und Konflikte innerhalb der Berufsgruppe vorzubeugen. Da die Meinungen zum assistierten Suizid so unterschiedlich sind, scheint es besonders wichtig zu sein, klarzumachen, dass es nicht darum geht, eine Lösung oder Einigung zu finden. Es braucht mehr Strategien dazu, bestehenden Dissens auszuhalten wie beispielsweise ein verstärktes Bewusstsein für die Möglichkeit der Ablehnung aus Gewissensgründen. Gegenseitiges Verständnis und Raum für offene Gespräche bilden die Grundlage dafür.

Auf gesellschaftlicher beziehungsweise gesetzlicher Ebene sollen der Ausbau und die Sicherstellung **flächendeckender Angebote zur Palliativen Geriatrie** vorangetrieben werden. Vorrangig sollte auch gegen den bestehenden **Pflegemangel** vorgegangen werden, da die Ergebnisse zeigen, dass ein Ressourcenmangel sich negativ auf die Versorgungsqualität auswirkt. Außerdem wird es Aufgabe der Gesellschaft werden, bestehende **Altersbilder** zu hinterfragen und neu zu denken. Ziel ist die Schaffung eines gemeinsamen Miteinanders, um Einsamkeit, sozialer Isolation und Sinnverlust im Alter vorzubeugen.

Insgesamt ist es wichtig, dass Pflegekräfte über die notwendigen Ressourcen, Fähigkeiten und Kenntnisse verfügen, um den Sterbeprozess zu begleiten und ein würdevolles,

selbstbestimmtes Sterben zu ermöglichen. Weiters sollte versucht werden, durch eine hohe Versorgungsqualität das Wohlbefinden von älter werdenden Menschen zu erhalten beziehungsweise zu fördern. Im besten Fall kann so Sterbewünschen oder dem Wunsch nach assistiertem Suizid vorgebeugt werden. **Kommunikation und Beziehungsgestaltung** sind hierbei die Schlüsselinstrumente der Pflegenden. Doch brauchen sie in Zukunft auch die Unterstützung von den Organisationen, der Politik und der Gesellschaft, um diese herausfordernde und verantwortungsvolle Aufgabe meistern zu können.

Literaturverzeichnis

- Amschl-Strabegg, D. (2022). Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen in Belgien. In A. Feichtner, U. H. J. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 275–283). Berlin: Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_30
- Auer, S. R., Höfler, M., Linsmayer, E., Beránková, A., Prieschl, D., Ratajczak, P. et al. (2018). Cross-sectional study of prevalence of dementia, behavioural symptoms, mobility, pain and other health parameters in nursing homes in Austria and the Czech Republic: results from the DEMDATA project. *BMC Geriatrics*, 18(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0870-8>
- Balaguer, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Alonso-Babarro, A., Altisent, R., Aradilla-Herrero, A. et al. (2016). An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors. *PloS One*, 11(1), e0146184.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146184>
- Bellens, M., Debien, E., Claessens, F., Gastmans, C. & Dierckx de Casterlé, B. (2020). "It is still intense and not unambiguous." Nurses' experiences in the euthanasia care process 15 years after legalisation. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 492–502.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15110>
- Beyer, S. & Pissarek, A. H. (2015). Integrating hospice and palliative care in Austrian nursing homes. *European Journal of Palliative Care*, 282–284. Verfügbar unter:
http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/10/Pissarek_Beyer_EJPC_22.6.pdf
- Birkenstock, E. (2022). *Option assistierter Suizid. Wann genug ist, entscheide ich* (Penser la Suisse). Zürich: Seismo Verlag.
- Bitschnau, K. & Beyer, S. (2012). Hospiz- und Palliativkultur. In *Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim. Mehr als nur ein schöner Abschied ; gut leben und würdig sterben können* (neue Ausg, S. 47–54). Ludwigsburg: hospizverlag.
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis. A practical guide*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne: SAGE.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hrsg.). (2019). Das österreichische Gesundheitssystem [Themenheft]. Wien (Aktualisierte Auflage 2019).

- Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V. (Hrsg.). (2022). *Assistierter Suizid* [Themenheft]. München.
- Deutscher Bundestag. (2022). *Intensive Befassung mit einer möglichen Neuregelung des assistierten Suizides*. Berlin. Verfügbar unter:
<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2022/kw25-de-suizidhilfe-897826>
- Deutsches Ärzteblatt (Deutscher Ärzteverlag GmbH, Hrsg.). (2022). *Erster behördlich genehmigter ärztlich assistierter Suizid in Italien*. Verfügbar unter:
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/135196/Erster-behoerdlich-genehmigter-aerztlich-assistierter-Suizid-in-Italien>
- Diakonie Deutschland (Hrsg.). (2022). "Ich bin ein Gast auf Erden" Psalm 119,19 [Themenheft] (Für Begleitende, Beratende, Versorgende, Leitende, in Diensten und Einrichtungen der Diakonie).
- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Marburg: Eigenverlag. Verfügbar unter: <https://www.audiotranskription.de/downloads/#praxisbuch>
- Dürst, A.-V., Spencer, B., Büla, C., Fustinoni, S., Mazzocato, C., Rochat, E. et al. (2020). Wish to Die in Older Patients: Development and Validation of Two Assessment Instruments. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(6), 1202–1209.
<https://doi.org/10.1111/jgs.16392>
- Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (Hrsg.). (2020a). *Grundsatzpapier "Palliative Geriatrie"* (2.). Verfügbar unter: https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2020/12/20201103_FGPG-Grundsatzpapier_Palliative-Geriatrie_EndV_20200831.pdf
- Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (Hrsg.). (2020b). *Grundsatzpapier „Total Pain in der Palliativen Geriatrie“*. Verfügbar unter: https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2020/11/20201103_Total-Pain-in-der-Palliativen-Geriatrie_EndV_20200909.pdf
- Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (Hrsg.). (2022). *Sterbewünsche in der Palliativen Geriatrie*. Verfügbar unter: https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2022/10/Sterbewu%CC%88nsche-in-der-Palliativen-Geriatrie_EndV_FGPG.pdf

- Feichtner, A. (2022a). *Assistierter Suizid aus Sicht der Pflege* (1. Auflage). Wien: facultas.
- Feichtner, A. (2022b). Assistierter Suizid in Australien – VAD (Voluntary Assisted Dying). In A. Feichtner, U. H. J. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 315–319). Berlin: Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_34
- Feichtner, A. (2022c). Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen (EAS) in den Niederlanden. In A. Feichtner, U. H. J. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 285–297). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_31
- Feichtner, A. & Amschl-Strablegg, D. (2022). Assistierter Suizid – MAiD in Kanada. In A. Feichtner, U. H. J. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 333–340). Berlin: Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_36
- Feichtner, A. & Wasl, M. (2022). Assistierter Suizid in der Schweiz. In A. Feichtner, U. H. J. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 263–268). Berlin: Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_28
- Feldmann, K. (2020). Soziologie. In H. Wittwer, D. Schäfer & A. Frewer (Hrsg.), *Handbuch Sterben und Tod. Geschichte - Theorie - Ethik* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 75–86). Berlin: J. B. Metzler Verlag.
- Froschauer, U. & Lueger, M. (2020). *Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme* (utb-studi-e-book, Bd. 2418, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2020). Wien: facultas. <https://doi.org/10.36198/9783838552804>
- Frühwald, T. & Pinter, G. (2021). Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie zum assistierten Suizid bei älteren Menschen : Entscheid des Österreichischen Verfassungsgerichtshofes vom 11.12.2020 zum assistierten Suizid – Perspektive der Geriatrie und Gerontologie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* [Statement of the Austrian Society for Geriatrics and Gerontology on assisted suicide in older people : Decree of the Austrian Constitutional Court from December 11th 2020 on assisted suicide-Perspective of geriatrics and gerontology], 54(4), 390–394.
<https://doi.org/10.1007/s00391-021-01924-5>

- Gastmans, C., Lemiengre, J. & Dierckx de Casterlé, B. (2006). Role of nurses in institutional ethics policies on euthanasia. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 53–61.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03790.x>
- Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg (Hrsg.). *Sterbehilfe und assistierter Suizid. Gesetz vom 16. Mai 2009. 25 Fragen 25 Antworten*. Luxemburg.
- Gronemeyer, R. & Heller, A. (2021). *Suizidassistenten? Warum wir eine solidarische Gesellschaft brauchen!* Esslingen: der hospiz verlag.
- Halmich, M. (2021). *Stellungnahme zur Neuregelung des assistierten Suizids aufgrund des VfGH-Erkenntnisses vom 11. Dezember 2020 –Dialogforum Sterbehilfe*. Forum Gesundheitsrecht. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitsrecht.at/wp-content/uploads/2021/05/Stellungnahme-an-das-DIALOGFORUM-STERBEHILFE-zur-Neuregelung-des-assistierten-Suizids-Halmich-Mai-2021.pdf>
- Halmich, M. & Klein, A. (2023). *Selbstbestimmtes Sterben. Sterbehilfe | Assistierter Suizid | Sterbeverfügung in Österreich : rechtliche & ethische Aspekte* (Recht und Ethik am Lebensende, 1. Auflage). Wien: Educa Verlag. Verfügbar unter: <https://permalink.obvsg.at/AC16806290>
- Ho, A., Joolae, S., Jameson, K. & Ng, C. (2021). The Seismic Shift in End-of-Life Care: Palliative Care Challenges in the Era of Medical Assistance in Dying. *Journal of Palliative Medicine*, 24(2), 189–194. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0185>
- Husebø, S. & Klaschik, E. (Hrsg.). (2009). *Palliativmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-01549-6>
- International Council of Nurses. (2021). Der ICN Ehtikkodex für Pflegefachpersonen.
- Jenull-Schiefer, B., Mayr, M. & Mayring, P. (2006). Hinter jeder Tür der lauernde Tod: Institutionalisiertes Sterben. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* [Behind each door you will find death: institutionalized dying], 39(4), 308–314.
<https://doi.org/10.1007/s00391-006-0333-2>
- Joolae, S., Ho, A., Serota, K., Hubert, M. & Buchman, D. Z. (2022). Medical assistance in dying legislation: Hospice palliative care providers' perspectives. *Nursing Ethics*, 29(1), 231–244. <https://doi.org/10.1177/09697330211012049>
- Jox, R. J. (2019). Sterbewünsche alter Menschen in Pflegeheimen. *Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie*, 14–16.

- Kremeike, K., Perrar, K. M., Lindner, R., Bostroem, K., Montag, T. & Voltz, R. (2019). Todeswünsche bei Palliativpatienten – Hintergründe und Handlungsempfehlungen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 20(06), 323–335. <https://doi.org/10.1055/a-0733-2062>
- Lamb, C., Evans, M., Babenko-Mould, Y., Wong, C. & Kirkwood, K. (2019). Nurses' use of conscientious objection and the implications for conscience. *Journal of Advanced Nursing*, 75(3), 594–602. <https://doi.org/10.1111/jan.13869>
- Lamb, C. & Pesut, B. (2021). Conscience and conscientious objection in nursing: A personalist bioethics approach. *Nursing Ethics*, 28(7-8), 1319–1328. <https://doi.org/10.1177/0969733021996037>
- Lebensweltheim Bundesverband (Hrsg.). (2022). *Umgang mit Sterbewünschen im Kontext des Sterbeverfügungsgesetz. Handreichung für stationäre Einrichtungen der Altenpflege*. Verfügbar unter: https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2022/12/Handreichung-Sterbewunsch-und-aS-2022_11_22.pdf
- Letzte Hilfe – Verein für selbstbestimmtes Sterben. (2021). *Sterbeverfügungsgesetz: Überraschend positiv, in einigen Punkten jedoch inakzeptabel*. Verfügbar unter: <https://www.letztehilfe.at/sterbeverfuegungsgesetz-ueberraschend-positiv-in-einigen-punkten-jedoch-inakzeptabel/>
- Magnusson, E. & Marecek, J. (2015). *Doing interview-based qualitative research. A learner's guide*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107449893>
- Mayer, H. (2022). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen und Weiterbildung für Studium und Weiterbildung* (6., überarbeitete Auflage). Wien: facultas.
- Mills, A., Bright, K., Wortzman, R., Bean, S. & Selby, D. (2023). Medical assistance in dying and the meaning of care: Perspectives of nurses, pharmacists, and social workers. *Health (London, England : 1997)*, 27(1), 60–77. <https://doi.org/10.1177/1363459321996774>
- Ministry of Health – Manatū Hauora. (2022). *Assisted Dying Service*, The Newzealand Gouvernment. Verfügbar unter: <https://www.health.govt.nz/our-work/life-stages/assisted-dying-service>
- Mosich, V. & Kreye, G. (2022). Die aktuelle Lage der aktiven Sterbehilfe und des assistierten Suizides in Portugal – ein Land in Warteposition. In A. Feichtner, U. H. J. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und*

- Entwicklungen* (S. 299–303). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_32
- Mroz, S., Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J. & Chambaere, K. (2021). Assisted dying around the world: a status quaestionis. *Annals of Palliative Medicine*, 10(3), 3540–3553. <https://doi.org/10.21037/apm-20-637>
- Müller-Pein, H. & Lindner, R. (2020). Suizid im Alter. In K. Aner & U. Karl (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter* (S. 533–541). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26624-0_48
- Niederhametner, P. & Pacher, A. (Hrsg.). (2017). *Gesetzessammlung für Pflegeheime. Die wichtigsten Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Pflegeheimen* (Stand: 1.11.2016). Wien: facultas. Verfügbar unter: <https://permalink.obvsg.at/AC13406468>
- Österreichische Bischofskonferenz (2021, 12. November). Sterbeverfügungsgesetz
Stellungnahme. Verfügbar unter:
https://www.bischofskonferenz.at/dl/kuOmJmoJkKMmJqx4KJKJKJLMNLN/2021_11_12_BMJ_Sterbeverf_gungsgesetz_Stellungnahme_pdf
- Österreichische Palliativgesellschaft (Hrsg.). (2021). *Stellungnahme des Vorstandes der Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) zur Gesetzesvorlage „Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz – StVfG)“*. Wien. Verfügbar unter:
https://www.palliativ.at/index.php?eID=tx_securedownloads&p=1390&u=0&g=0&t=1652977486&hash=b1a06c6669281aed7df11a649b43af18dcd6e4b9&file=/fileadmin/redakteur/Stellungnahmen/OPG.Stellungnahme.StVfG.071121-final.pdf
- Österreichische Palliativgesellschaft (Hrsg.). (2022). Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid [Themenheft] ((Langfassung, Living Document – Stand 25.1.2022)).
- Österreichischer Behindertenrat. (2021). *Position des Österreichischen Behindertenrates zum assistierten Suizid*. Wien. Verfügbar unter: https://www.behindertenrat.at/wp-content/uploads/2021/09/Position-assistierter-Suizid_final.pdf
- Österreichischer Gesundheits-und Krankenpflegeverband. (2021). *Stellungnahme und Forderungen des ÖGKV zur neuen Rechtslage in Bezug auf assistierten Suizid*. Verfügbar unter:

https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Aktuell/2021/Ass_Suizid_Stellungnahme.pdf

Panchuk, J. & Thirsk, L. M. (2021). Conscientious objection to medical assistance in dying in rural/remote nursing. *Nursing Ethics*, 28(5), 766–775.

<https://doi.org/10.1177/0969733020976185>

Pesut, B., Greig, M., Thorne, S., Storch, J., Burgess, M., Tishelman, C. et al. (2020). Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. *Nursing Ethics*, 27(1), 152–167. <https://doi.org/10.1177/0969733019845127>

Pesut, B., Thorne, S., Storch, J., Chambaere, K., Greig, M. & Burgess, M. (2020). Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD). *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3870–3881.

<https://doi.org/10.1111/jocn.15427>

Pleschberger, S. & Petzold, C. (2022). Implikationen des assistierten Suizids für die professionelle Pflege. In A. Feichtner, U. H. J. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 141–148). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_15

Pratscher, K. (2023). *Betreuungs- und Pflegedienste der Bundesländer im Jahr 2021* (Statistische Nachrichten, Hrsg.). Statistik Austria. Verfügbar unter:

https://www.statistik.at/fileadmin/pages/346/Betreuungs-_und_Pflegedienste_der_Bundeslaender_im_Jahr_2021.pdf

Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., Müller-Busch, C., Ellershaw, J., Conno, F. de et al. (2016). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 30(2), 104–116.

<https://doi.org/10.1177/0269216315616524>

Riese, F. (2022). Sterbewunsch bei Demenz. In A. Feichtner, U. H. J. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 163–171). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_17

Rothhaar, M. (2020). Sterbebegleitung. In H. Wittwer, D. Schäfer & A. Frewer (Hrsg.), *Handbuch Sterben und Tod. Geschichte - Theorie - Ethik* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 277–281). Berlin: J. B. Metzler Verlag.

- Rüegger, H. (2018). Hohes Alter zwischen Sinnkrise und Sinnfindung. Vom Umfang mit der Suizidfrage in der Palliativen Geriatrie. *Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie*, 24–26.
- Rüegger, H. (Mai 2021). Würde und Autonomie im Alter. Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung von Menschen im Alter. *Curaviva Schweiz*.
- Sahm, S. (2020). Sterbehilfe – medizinethisch. In H. Wittwer, D. Schäfer & A. Frewer (Hrsg.), *Handbuch Sterben und Tod. Geschichte - Theorie - Ethik* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 282–291). Berlin: J. B. Metzler Verlag.
- Salzburger Ärzteforum (2021, 23. Oktober). Stellungnahme zum Entwurf des Sterbeverfügungsgesetzes. Verfügbar unter: <https://www.salzburgeraerzteforum.com/stellungnahme-zum-entwurf-des-sterbeverfuegungsgesetzes/>
- Saunders, C. (Hrsg.). (1999). *Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatedizin und einsames Sterben vermeiden können* (Herder-Spektrum, Bd. 4213, Dt. Erstausg., 4., Aufl.). Freiburg: Herder.
- Schirach, F. von & Herrenbrück, A. (Autor), Lukas, Florian, Triebel, Jödis, Gawlich, Cathlen, Rühling, Peter & Kurth, Bettina (Redaktion). (2020). *Gott* [2 CDs (circa 1h 59 min)]. München: Der Hörverlag.
- Schroepfer, T. A. (2006). Mind frames towards dying and factors motivating their adoption by terminally ill elders. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(3), S129-39. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.3.s129>
- Schumacher, B. (2020). Unsterblichkeit - biologisch. In H. Wittwer, D. Schäfer & A. Frewer (Hrsg.), *Handbuch Sterben und Tod. Geschichte - Theorie - Ethik* (2., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 172–175). Berlin: J. B. Metzler Verlag.
- Schwermann, M. (2022). Suizidassistent in Deutschland. In A. Feichtner, U. H. J. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 269–274). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_29
- Sellner-Pogány, T. & Mosich, V. (2022). Die Regelung der „Hilfeleistung zum Sterben“ in Spanien. In A. Feichtner, U. H. J. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 305–313). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_33

- Statistik Austria. (2021). *Pflegedienstleistungsstatistik 2021*. Verfügbar unter:
https://www.statistik.at/fileadmin/pages/346/Pflegedienstleistungsstatistik_2021.pdf#page=58&zoom=100,92,95
- Steinke, I. (2022). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (Rororo Rowohlts Enzyklopädie, Bd. 55628, 14. Auflage, Originalausgabe, S. 319–331). Reinbek bei Hamburg: rowohlts enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Steudter, E. (2021a). Phänomen Sterbewunsch. Umgang mit einem existenziellen Thema. *pflegen: palliativ*, 4–7.
- Steudter, E. (2021b). Sterbewünsche einfühlsam erfassen. Voraussetzungen und Vorgehen in der Palliativ Care. *pflegen: palliativ*, 14–16.
- Student, J.-C., Mühlum, A. & Student, U. (2016). *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care* (utb-studi-e-book, Bd. 2547, 3., vollständig überarbeitete Auflage). München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag. Verfügbar unter:
<https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838547152>
- Tronto, J. C. (2010). Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose. *Ethics and Social Welfare*, 4(2), 158–171. <https://doi.org/10.1080/17496535.2010.484259>
- Van Bruchem-van de Scheur, G. G., van der Arend, A. J. G., Huijter Abu-Saad, H., van Wijmen, F. C. B., Spreeuwenberg, C. & Ter Meulen, R. H. J. (2008). Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1618–1626.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02145.x>
- Van der Geest, S. & Satalkar, P. (2021). Thinking About ‘Completed Life’ Euthanasia in the Netherlands from the Generative Perspective: A Reflexive Exploration. *Anthropology & Aging*, 42(1), 129–139. <https://doi.org/10.5195/aa.2021.286>
- Verein Sterbehilfe. (2023). *Häufige Fragen*. Hamburg. Verfügbar unter:
<https://www.sterbehilfe.de/haeufige-fragen/>
- Watzke, H. & Daniczek, T. (2022). Death with Dignity Act – Oregon, USA. In A. Feichtner, U. H. J. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 321–331). Berlin: Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_35

- Wiler, J. & Schafroth, M. (2020). Den Altersfreitod nicht totschrweigen. *Schweizerische Ärztezeitung*. <https://doi.org/10.4414/saez.2020.18563>
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen* ((Campus Forschung, 322)). Zugl.: Bremen, Univ., Diss., 1980. Frankfurt/Main: Campus-Verl.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum, qualitative social research*, 1(1), 26 Ab–1:1<26 Ab.

Anhang

Anhang 1: Studieninformation und Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen einer Forschungsarbeit

Anhang 2: Interviewleitfaden

Studieninformation und Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen einer Forschungsarbeit

„Sterbewünsche älterer Menschen und pflegerisches Handeln unter Berücksichtigung der Legalisierung des assistierten Suizids in Österreich“

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an einem Einzelinterview zum Thema „Sterbewünsche älterer Menschen unter der Berücksichtigung der Legalisierung des assistierten Suizids“ teilzunehmen. Die Studie wird im Rahmen meiner Masterarbeit am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Wien durchgeführt.

Die Ergebnisse der Studie sollen dazu beitragen, die Perspektive der Pflege auf die Thematik darzulegen und einen guten und professionellen Umgang mit Sterbewünschen zu fördern.

Was ist der Zweck der Studie?

Die Forschungsarbeit geht der Frage nach, wie Pflegepersonen dem Sterbewunsch von älteren Menschen in der Praxis begegnen. Anlassgebend ist die neue gesetzliche Regelung des assistierten Suizids in Österreich, welche große Diskussionen ausgelöst hat. Obwohl Studien zeigen, dass Pflegepersonen häufig die Ersten sind, die von einem Sterbewunsch erfahren, wurde der Perspektive der Pflege hier keine besondere Berücksichtigung geschenkt. Diese Studie soll praxisnahes Wissen generieren, der Pflege die Möglichkeit geben ihre Meinung darzulegen und einen Beitrag zu einer guten und professionellen Sterbebegleitung leisten.

Wie erfolgt die Datenerhebung?

Die Datenerhebung erfolgt in Form von Einzelinterviews. Diese werden wahlweise persönlich oder via Videotelefonie geführt. Im Mittelpunkt der Interviews steht das Thema Sterbewünsche bei älteren Menschen und der assistierte Suizid. Die Dauer eines Interviews beträgt etwa 45 Minuten.

Welche Daten werden gespeichert?

Die Interviews werden aufgezeichnet, wobei nur eine Audioaufzeichnung und keine Videoaufzeichnung erfolgt. Danach wird die Aufzeichnung wörtlich abgeschrieben (transkribiert). Während der Transkription werden personen- und ortsbezogene Daten anonymisiert. Die Interviews werden nur für den Zeitraum der Studie gespeichert und nach Beendigung der Studie gelöscht. Die Interviews werden von der Forscherin inhaltlich analysiert. Es wird darauf geachtet, dass die Ergebnisse der Analyse keine Rückschlüsse auf einzelne Personen zulassen.

Wer hat Zugriff auf die Daten?

Zugriff auf die Interviews und die anonymisierten Transkripte haben nur die Forscherin und deren Betreuerin (Assoz. Prof. Dr. Katharina Heimerl) und nur für den Zeitraum der Studie.

Einige Ihrer Aussagen können möglicherweise in öffentlichen Berichten anonym zitiert werden.

Welche Risiken sind mit der Teilnahme an der Studie verbunden?

In der Regel ist die Studienteilnahme mit keinen Risiken verbunden. Unter Umständen kann die Reflexion über das Themen Sterben und Tod emotional belastend sein. Sie können das Interview jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne jegliche Konsequenzen unterbrechen oder abbrechen. Sollten Sie nach dem Interview noch Fragen oder Anliegen haben, kontaktieren Sie mich bitte unter der unten angegebenen Kontaktadresse.

Was ist der Nutzen einer Teilnahme an der Studie?

Mit Ihrer Teilnahme an der Studie tragen Sie dazu bei, ein tieferes Verständnis für das Phänomen des Sterbewunsches zu generieren und erhalten die Chance der Pflege eine Stimme auch in Bezug auf den assistierten Suizid zu geben. Die Ergebnisse können herangezogen werden, um zukünftig einen guten und professionellen Umgang mit Sterbewünschen im Rahmen der Sterbebegleitung zu gewährleisten und dadurch die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Es ist nicht zu erwarten, dass Sie selbst aus Ihrer Teilnahme an diesen Interviews einen unmittelbaren Nutzen ziehen.

Widerruflichkeit erteilter Einwilligungserklärungen

Die Teilnahme an der Studie erfolgt **freiwillig**. Sie können **bis zum Ende der Datenerhebung** (voraussichtlich **30.09.2022**), ohne Angabe von Gründen, aus der Studie **austreten** oder die Löschung ihrer Daten einfordern. Bitte schreiben Sie hierzu ein Mail an die untenstehende Mailadresse. Wenn Sie aus der Studie austreten, werden die von ihnen erhobenen Daten sofort gelöscht und nicht in der Studie verwertet.

Außerdem haben Sie bis zum Ende der Datenerhebung das Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Datenverarbeitung.

Für weitere Fragen und zur Kontaktaufnahme stehe ich Ihnen unter folgender Mailadresse gerne zur Verfügung.

marlene.werner@univie.ac.at

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Einzelinterview

Name der teilnehmenden Person:

Ich erkläre mich bereit, an einem Einzelinterview im Rahmen der Masterarbeit „Sterbewünsche älterer Menschen und pflegerisches Handeln unter Berücksichtigung der Legalisierung des assistierten Suizids“ teilzunehmen.

Ich habe beiliegendes Informationsschreiben gelesen und verstanden. Alle meine Fragen wurden beantwortet und ich habe derzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich weiß, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig erfolgt und dass ich bis zum Ende der Erhebungsphase (voraussichtlich 30.09.2022) ohne Angabe von Gründen, meine Teilnahme an der Studie widerrufen kann. Sollte dies der Fall sein, so kann ich dies per Mail bei **marlene.werner@univie.ac.at** machen. Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten aufgezeichnet und anonym ohne Angaben zu meiner Person ausgewertet werden.

Eine Kopie dieser Teilnehmer*inneninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Projektleitung.

.....

Datum und Unterschrift Teilnehmer*in

VIELEN DANK!

Interviewleitfaden

Vor dem Interviewstart:

- für die Teilnahme am Interview bedanken
- sich selbst kurz vorstellen
- Thema wiederholen
- Hinweisen darauf, dass Daten anonym sind und dass die freiwillige Einwilligung jederzeit zurückgezogen werden kann
- Hinweisen darauf, dass es kein richtig und falsch bei den Fragen gibt und Interviewpartner*in das erzählen soll, was er/sie möchte
- offene Fragen abklären
- Aufnahme starten

Interviewphase	Fragen und Gesprächsimpulse	Notizen
Einstiegsphase	Ich würde Sie gerne etwas kennenlernen, deshalb bitte ich Sie etwas über sich zu erzählen/sich kurz vorzustellen. ○ Welche Ausbildung? ○ Wie lange schon in der Geriatrie? ○ Was hat sie dazu bewogen in der Geriatrie zu arbeiten? Sie wissen mein Projekt beschäftigt sich mit den Sterbewünschen von älteren Menschen unter der Berücksichtigung der neuen gesetzlichen Regelung des assistierten Suizids. Ich arbeite selbst nebenbei als Poolschwester und bin häufig im geriatrischen Setting unterwegs, wo ich selbst oft mit Sterbewünschen konfrontiert werde. Ich kann mir vorstellen, dass es Ihnen ähnliche geht... Zum Einstieg würde ich Sie deshalb gerne fragen, ob Ihnen ein Erlebnis aus Ihrer Praxis einfällt, wo Sie mit einem Sterbewunsch konfrontiert wurden bzw. umgehen mussten? ○ Ab wann war Ihnen klar, dass es sich um einen Sterbewunsch handelt? ○ Wie wurde der Sterbewunsch formuliert? ○ Wissen Sie wie die Angehörigen das gesehen haben? ○ Wie sind Sie mit der Situation umgegangen? Was haben Sie gesagt/ gemacht? ○ Konnten Sie mit Ihrem Team darüber sprechen?	

	○ Welche Gefühle wurden ausgelöst? ○ Wie ist die Geschichte ausgegangen? ○ Wenn Sie aus der heutigen Perspektive die Geschichte betrachten, wie denken Sie darüber? ○ Warum haben Sie genau diese Geschichte erzählt? Reserve Einstiegsphase: Was hat Sie dazu bewegt mir für das Interview zuzusagen? Was ist Ihnen durch den Kopf gegangen als Sie mir für das Interview zugesagt haben?	
Hauptphase	Was sind Herausforderungen bei dem Umgang mit Sterbewünschen? ○ Wie häufig begegnen Sie Sterbewünschen in Ihrem Arbeitsalltag? ○ In welcher Form treten sie auf? Werden sie verbalisiert? ○ Gibt es Charakteristika, die diese Menschen gemeinsam haben? Was hat oder hätte Ihnen in dieser Situation geholfen? ○ Gibt es ein Assessment? ○ Werden Sterbewünsche dokumentiert? ○ Werden sie im Team besprochen? ○ Werden andere Professionen miteinbezogen? Nach der neuen gesetzlichen Regelung ist der assistierter Suizid in Österreich möglich. Wie denken Sie darüber? ○ Gibt es Unterschiede wie Sie als Privatperson und als professionell PflegendeR darüber denken? ○ Gibt es diesbezüglich Richtlinien innerhalb Ihrer Organisation? ○ Angenommen ein*e Bewohner*in wünscht sich Assistenz beim Suizid, wie wäre das weitere Vorgehen/ wie wird damit umgegangen? Wie wäre das für Sie? ○ Könnten Sie sich vorstellen selbst jemanden beim assistierten Suizid zu begleiten (gegebenenfalls auch außerhalb Ihrer Organisation)?	
Abschlussphase	Ich bin jetzt mit den Fragen, die ich mir vorbereitet hab am Ende: Gibt es sonst noch irgendetwas, das Sie zu dem Thema gerne sagen möchten? (Wünsche) Dann bedanke ich mich nochmals für das Gespräch und Ihre Zeit, und falls noch Fragen auftauchen, können Sie mich jederzeit kontaktieren. Anonymität betonen! Aufnahme stoppen.	

Demografische Daten

Geschlecht	☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ _____
Alter	
Ausbildung	☐ DGKP ☐ PFA ☐ PA ☐ _____
Anzahl der Berufsjahre in der Geriatrie	
Nationalität	