



ICH GEHE JETZT STERBEN

Michelle Rathmer – 317988

Bachelor-Thesis SP

Fachbereich Sozialwesen / AMM

Saxion Enschede

ICH GEHE JETZT STERBEN

Begleitest du mich auf meinem letzten Weg?

SE 9.2 Bachelor-Thesis

Michelle Rathmer – 317988

Gruppe: ESP4DDC1

Bachelorbegleiter: Martin Adler

Prüfungscode: T.AMM.37489

Academie Mens en Maatschappij /

Fachbereich Sozialwesen / AMM

Saxion Hogeschool, Enschede

Münster, 17. August 2016

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Zusammenfassung

Kapitel 1	Einführung.....	1
1.1	Forschungsanlass.....	2
1.2	Zielsetzung.....	2
1.3	Hauptfrage und Teilfrage.....	4
1.4	Bestimmungen der Begrifflichkeiten.....	5
1.5	Zusammenfassung.....	7
Kapitel 2	Die theoretischen Grundlagen.....	7
2.1	Sterben und Tod.....	7
2.1.1	Die Fünf Phasen des Sterbens nach Elisabeth Kübler–Ross.....	8
2.1.2	Bedürfnisse und Wünsche schwerstkranker und sterbender Menschen.....	9
2.2.	Sterbebegleitung.....	9
2.2.1	Hospizbewegung.....	10
2.2.2	Hospiz- und Palliativversorgung.....	10
2.2.3	Das Vier–Säulen–Konzept der Hospizarbeit.....	11
2.3	Sterbehilfe.....	11
2.3.1	Arten der Sterbehilfe.....	12
2.3.2	Rechtliche Grundlagen der Sterbehilfe.....	13
2.4	Grundlagen der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen.....	14
2.4.1	Grundlagen im Kontext der Sozialen Arbeit.....	15
2.4.2	Grundlagen der ärztlichen Sterbebegleitung.....	17
2.5	Relevanz der Sozialen Arbeit.....	17
2.6	Zusammenfassung.....	18

Kapitel 3	Die empirische Untersuchung.....	19
3.1	Forschungsart/typ.....	19
3.2	Forschungsstrategie- und design.....	20
3.3	Forschungsmethode.....	21
3.4	Forschungsinstrument.....	21
3.5	Grundgesamtheit (Population und Stichprobe).....	22
3.6	Gütekriterien.....	23
3.7	Ethische Überlegungen.....	24
3.8	Zusammenfassung.....	25
Kapitel 4	Die Ergebnisse der Forschung.....	25
4.1	Auswertungsverfahren.....	25
4.2	Auswertung der Interviews.....	26
4.3	Gütekriterien der Ergebnisse.....	34
4.4	Zusammenfassung.....	34
Kapitel 5	Schlussfolgerungen.....	35
5.1	Schlussfolgerungen zu den Teilfragen.....	35
5.2	Schlussfolgerung zu der Hauptfrage.....	40
5.3	Empfehlungen.....	41
5.3.1	Empfehlungen für die Praxis.....	41
5.3.2	Empfehlungen für Folgestudien.....	42
5.4	Diskussion des Forschungsprozesses.....	43
6. Fazit.....		44
Literaturverzeichnis.....		46
Tabellenverzeichnis.....		49
Anlagen.....		50
Anlage I	Interviewleitfaden.....	50
Anlage II	Transkription des Interviews von J. B.	52

Anlage III	Transkription des Interviews von D. H.	63
Anlage IV	Transkription des Interviews von Dr. med. A. G.	74
Anlage V	vorläufige Kategoriedimensionen.....	84
Anlage VI	induktive Kategorienbildung.....	87
Anlage VII	letztendliche Kategoriedefinitionen.....	107
Anlage V III	Eidesstaatliche Erklärung.....	109
Anlage IX	Bewertungsformular der Bachelor-Thesis.....	110

Vorwort

Mein Name ist Michelle Rathmer, ich bin 22 Jahre alt und studiere Sozialpädagogik in Teilzeit an der Saxion Hogeschool in Enschede.

Nicht immer war mir klar, welchen beruflichen Werdegang ich einschlagen würde. Zum jetzigen Zeitpunkt kann ich jedoch sagen, dass die Wahl Sozialpädagogik zu studieren absolut richtig war. Mit der vorliegenden Bachelor-Thesis, welche in dem Zeitraum von September 2015 bis September 2016 entstanden ist, verfolge ich das Ziel, das Studium erfolgreich abzuschließen.

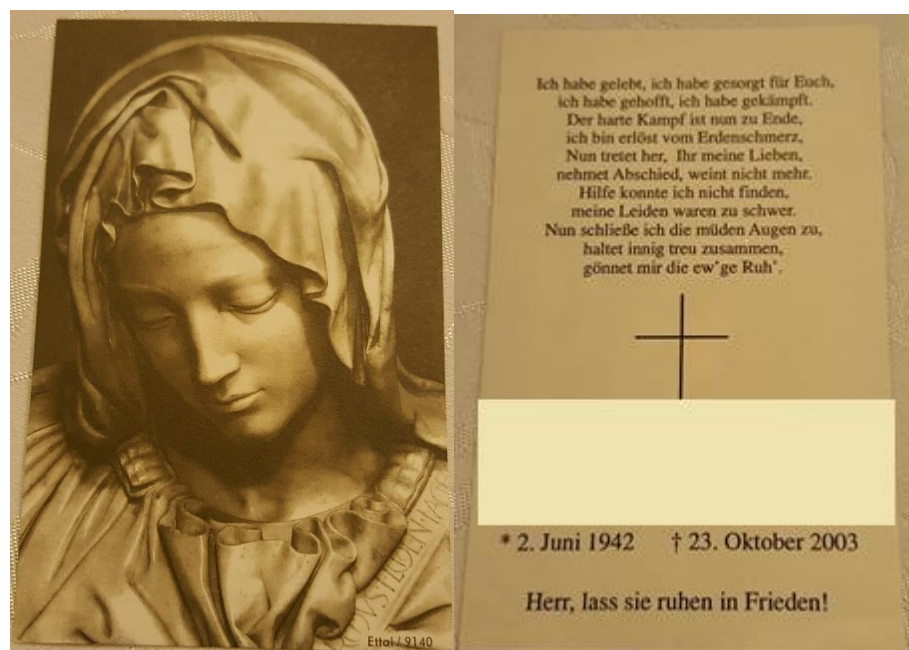
So wie sich mein beruflicher Werdegang über verschiedene Ideen hinweg ergeben hat, so hat sich auch die Themenwahl meiner Bachelor-Thesis gestaltet. Erste Ideen habe ich schnell wieder verworfen und nach neuen Themen Ausschau gehalten. Letztlich habe ich mich aus rein persönlichem Interesse, welches aus privaten Erfahrungen zum Thema Sterbehilfe-Sterbebegleitung resultiert ist, entschieden. Der direkte Bezug zur Sozialen Arbeit besteht darin, dass diese Berufsgruppe Menschen in jeglicher Lebensphase unterstützt, somit auch in ihrer Letzten. Dem zur Folge werden Sozialarbeiter auch in einigen Bereichen des Gesundheitswesens eingesetzt. Zugegeben, war die Themenwahl für mich mit vielen Zweifeln verbunden. Die Bachelor-Thesis stellt sowohl ein spannendes, als auch ein stark kritisiertes und sehr sensibles Themengebiet dar. Meine privaten Erfahrungen zeigen mir, dass Themen rund um den Tod oftmals unerwünscht sind und mit Vorliebe „todgeschwiegen“ werden. Wie bereits angesprochen, wurde ich schon in jungen Jahren innerhalb meines familiären Umfeldes mit dem Thema Tod konfrontiert. Einerseits habe ich miterlebt, wie friedvoll Menschen von uns gegangen sind, andererseits habe ich erlebt, wie leidvoll und krisenhaft sich die letzte Lebensphase gestalten kann. Die vorliegende Bachelor-Thesis soll Aufschlüsse über aktuelle Versorgungsstrukturen für schwerstkranke und sterbende Menschen liefern und wie diese in ihrer letzten Lebensphase begleitet und unterstützt werden, so dass sie in Frieden von der Welt treten können. Insbesondere nehme ich Bezug zur Sozialen Arbeit, ihrer Bedeutung und ihrer Möglichkeiten im Umgang mit den Betroffenen.

An dieser Stelle möchte ich ebenso meinen Dank an einige Personen aussprechen. Zuerst danke ich allen, die mich tatkräftig unterstützt und immer an mich geglaubt haben. Einen besonderen Dank richte ich an meine Familie und meine Freunde, die mich stets motiviert und mir immer zur Seite gestanden haben.

Ebenso Danke ich meinem Dozenten Martin Adler, der mich im Rahmen der Bachelorbegleitung unterstützt hat. Nicht zu vernachlässigen sind meine Interview-Partner, ohne deren Hilfe ich diese Bachelor Arbeit nicht hätte erstellen können.

Die Namen meiner Interview-Partner wurden aus Datenschutzrechtlichen Gründen anonymisiert. Des Weiteren verzichte ich für die bessere Lesbarkeit auf die gleichzeitige Verwendung von männlicher und weiblicher Sprachform. Alle Personenbezeichnungen sprechen sowohl das männliche, als auch das weibliche Geschlecht an.

Zu allerletzt möchte ich meine Bachelor Arbeit meiner Oma widmen, die mir persönlich ein großes Vorbild ist und viel zu früh aus dem Leben scheiden musste. Ich Danke dir, Oma, und hoffe auf ein Wiedersehen. Ruhe in Frieden.



Michelle Rathmer

Münster, 17. August 2016

Zusammenfassung

Der vorliegenden Forschungsarbeit liegen die beiden Themengebiete Sterbebegleitung und Sterbehilfe zu Grunde. In diesem Rahmen verfolgt die Arbeit das Ziel, herauszuarbeiten, ob die Legalisierung der Sterbehilfe zur angemessenen Sterbebegleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen im Kontext der Hospizarbeit beitragen würde.

Teilziele sind die Untersuchung der Angemessenheit der aktuellen Versorgungsstrukturen für schwerstkranken und sterbende Menschen im Kontext der Hospizarbeit, in Bezug auf das Angebot und den Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen, sowie die Herausarbeitung der Veränderungen, welche die Legalisierung der Sterbehilfe, im Kontext der multiprofessionellen Hospizarbeit, implizieren würde. Hieraus ergab sich die folgende Hauptfrage der Forschung: Würde aus Sicht der HospizmitarbeiterInnen, die Legalisierung der Sterbehilfe zur angemessenen Sterbebegleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen im Kontext der Hospizarbeit beitragen?

Um sich der Beantwortung der Forschungsfrage generell zu nähern, wurde vorerst ein theoretischer Rahmen für die Forschungsarbeit abgesteckt. Basierend darauf, sowie auf der Forschungsfrage, wurde die Umsetzung der vorliegenden qualitativen, empirischen Sozialforschung geplant. Die vorliegende Forschungsarbeit ist eine qualitativ ausgerichtete Querschnittsanalyse. Die Daten wurden mit der Forschungsmethode qualitative Befragung, in Form von problemzentrierten Face-to-Face Interviews erhoben. Als Instrument, wurde ein Interviewleitfaden angewendet. Insgesamt wurden Interviews mit drei Mitarbeitern der Hospizarbeit geführt. Die Auswertung der Daten hat ergeben, dass bereits ein umfassendes Angebot der Begleitung für schwerstkranken und sterbende Menschen besteht, womit eine angemessene Sterbebegleitung geleistet wird.

Zwar können nicht immer alle Leiden gelindert, oder alle Wünsche der Betroffenen erfüllt werden, so können jedoch die Ängste und Sorgen vor dem Tod verarbeitet und die Lebensqualität hergestellt werden. Hierdurch wird der Sterbeprozess für die Betroffenen erträglicher und der Wunsch, vorzeitig das Leid zu beenden, schwindet. Die Legalisierung der Sterbehilfe könnte eine weitere medizinische Maßnahme sein, ist jedoch ausdrücklich nicht wünschenswert und notwendig und würde zu keinen Verbesserungen in der Sterbebegleitung führen.

Darüber hinaus wurden Empfehlungen auf der Mikro- Meso- und Makroebene für die Praxis, sowie für Folgestudien ausgesprochen. Mit der vorliegenden Forschungsarbeit wird erhofft, zur Verbesserungen der Sterbebegleitung für schwerstkranken und sterbende Menschen beizutragen.

Kapitel 1

Einführung

Die vorliegende Bachelor-Thesis beinhaltet die theoretische und praxisbezogene Durchführung einer Forschung zum Themengebiet Sterbehilfe – Sterbebegleitung bei der Zielgruppe schwerstkranker und sterbender Menschen in Hospizen.

Ein Zitat von Anselm von Canterbury dient dem Einstieg in die Thematik der vorliegenden Bachelor-Thesis.

„Nichts ist gewisser als der Tod, nichts ungewisser als seine Stunde.“ (Knischek, 2011, S. 395).

Der Tod bedeutet das Ende vom Leben, vor dem niemand bewahrt werden kann. Wer lebt muss irgendwann auch sterben. Bis hin zu dem Zeitpunkt des Todes bleibt ungewiss, wie und wann dieser eintreten wird. Es liegt jedoch in der Macht eines Jeden sich mit seinem Tod auseinanderzusetzen. Im Laufe des Lebens wird sich vermutlich jeder mindestens einmal die Fragen stellen „Wie werde ich sterben?“ und „Wann werde ich sterben?“. Für den Großteil all dieser Personen bleiben diese Fragen offen. Andere hingegen versuchen genau darauf Antworten zu finden und setzen dies mit der Planung ihres Todes um. Hierbei tritt das Themengebiet Sterbehilfe in den Vordergrund, welches einen wesentlichen Teil in der vorliegenden Bachelorarbeit einnimmt. Den anderen Teil dieser Bachelorarbeit bildet die Thematik der herkömmlichen Sterbebegleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen. Das Hauptaugenmerk dieser Bachelor-Thesis ist die Thematik der angemessenen Begleitung von schwerstkranken, sterbenden und sterbewilligen Personen in Bezug auf ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche. Sterbebegleitung steht immer wieder auf dem Prüfstand, da diese weiterhin ausbaufähig ist und bisher kein Konsens zwischen Sterbehilfe und Sterbebegleitung gefunden werden konnte. Insbesondere wird hierbei auf die Rolle der Sozialen Arbeit Bezug genommen.

Das Ende des Lebens stellt für die Betroffenen meist eine krisenhafte Situation dar und es bedarf ein Konzept der multiprofessionellen Betreuung. Hierzu kann insbesondere die Soziale Arbeit mit ihren Ansätzen und Fähigkeiten einen positiven Beitrag leisten (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V., o. J.).

Beginnend mit einer Zusammenfassung des gesamten Forschungsprozess, wurde die Bachelor-Thesis dargestellt. Darauf aufbauend wird ein strukturierter Einblick in den Forschungsprozess geboten. Zunächst werden im ersten Kapitel der Forschungsanlass und die Zielsetzung beschrieben. Weiterführend werden die Haupt- und Teilfragen der Bachelor-Thesis geklärt.

Das zweite Kapitel beinhaltet die theoretischen Grundlagen der vorliegenden Bachelor-Thesis.

Diese sind in vier Themengebiete unterteilt. Im ersten Abschnitt werden Grundlagen zum Thema Sterben und Tod beschrieben. Der zweite Abschnitt behandelt das Themengebiet Sterbebegleitung. Daraufhin findet im dritten Abschnitt die Sterbehilfe ihre Berücksichtigung und zu guter Letzt werden im vierten Abschnitt die Grundlagen der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen beschrieben.

Im Anschluss daran folgt das dritte Kapitel, in dem die empirische Untersuchung detailliert erläutert wird. Es werden der Forschungsprozess und die Durchführung der Untersuchung samt aller Hintergründe ersichtlich. Die Ergebnisse der Untersuchung werden im vierten Kapitel erläutert. Des Weiteren wird die Auswertungsmethode beschrieben und anhand dessen schließlich die Interviews ausgewertet, sowie in einer Ergebnispräsentation in Textform dargestellt. An die Schlussfolgerung des vierten Kapitels, schließt das fünfte Kapitel an. Es werden Resümees in Bezug auf die Untersuchungsergebnisse beschrieben. Des Weiteren werden die Haupt- und Teilfragen gänzlich beantwortet.

Darüber hinaus werden Empfehlungen für Folgestudien getätigt. Zum Schluss werden die Stärken und Schwächen der Forschungsarbeit herausgearbeitet und dargestellt.

Abschließen wird die vorliegende Bachelor-Thesis mit einem umfassenden Fazit.

1.1 Forschungsanlass

Der prinzipielle Anlass für diese Forschungsarbeit basiert auf den persönlichen Erfahrungen der Verfasserin zum Thema Tod. Diese Erfahrungen machte sie bereits im Jugendalter in ihrem familiären Umfeld, da einige Familienangehörige aufgrund einer schweren Krankheit früh verstorben sind. Durch diese Todesfälle wurden das Leid, die Ängste und Sorgen der Betroffenen miterlebt. Wesentlich ausschlaggebender für eine Forschungsarbeit zum Thema Sterbehilfe – Sterbebegleitung war jedoch ein persönliches Gespräch zwischen ihr und ihren Eltern, wobei es darum ging, dass ihre Eltern die Legalisierung von Sterbehilfe wünschen und es selbst in Erwägung ziehen würden, diese in Anspruch zu nehmen.

Bereits in der Einführung wurde erwähnt, dass der Tod für viele Menschen ein sensibles Thema darstellt. Die persönlichen Erfahrungen der Verfasserin haben gezeigt, dass sich nur wenige Menschen mit ihrer eigenen Vergänglichkeit und ihrem Ableben auseinandersetzen möchten. Individuelle Ängste und Sorgen, rund um das Thema Sterben, stehen hierbei im Vordergrund. Dennoch gibt es Menschen, die sich mit ihrem Tod auseinandersetzen und dies mit der Planung ihres Todes umsetzen. In wenigen Fällen wird hierbei Sterbehilfe, anstatt der herkömmlichen Sterbebegleitung, in Betracht gezogen. Aktuelle Debatten zum Thema Sterbehilfe zeigen, dass dies ein höchst umstrittenes Thema ist. Daher wurde in der vorliegenden Arbeit respektvoll damit umgegangen. In Folge der Auseinandersetzung mit den Themengebieten, wurden einige Fragen erhoben „Wer zieht Sterbehilfe, als Möglichkeit sein Leben vorzeitig zu beenden, in Erwägung?“, „Welche Beweggründe gibt es für den Todeswunsch?“, „Wie und von wem werden sterbende und sterbewillige auf ihrem Weg betreut oder begleitet?“. Bei Betrachtung der beruflichen Ebene, wurden sich die Fragen gestellt „Was bedeutet dieses Themengebiet für Sozialarbeiter?“, „Welche Rolle spielt die Soziale Arbeit in diesem Kontext?“ bzw. „Inwieweit ist die Soziale Arbeit in diesem Arbeitsfeld vertreten?“.

Der Anlass ergibt sich also aus privaten Erfahrungen, welche aus berufsspezifischer Perspektive untersucht werden sollen, um den Stellenwert und die Notwendigkeit von sozialer Arbeit im Bereich der Sterbebegleitung/Sterbehilfe zu verdeutlichen.

1.2 Zielsetzung

In Anbetracht der Untersuchung des Forschungsanlasses und der Ausgangslage, ergaben sich einige Ziele für das Forschungsvorhaben. Aus der Recherche nach Ergebnissen von verschiedenen Studien und der aktuellen Debatte zum Thema Sterbehilfe ging hervor, dass dies ein höchst umstrittenes Thema darstellt. Einerseits wird für die herkömmliche Sterbebegleitung plädiert und andererseits ist der Wunsch der Gesellschaft über Änderungen der Gesetzesgrundlagen zur Sterbehilfe vorhanden.

Die Themen Sterbehilfe/Sterbebegleitung sollen im Rahmen der Sozialen Arbeit untersucht werden. Vor jeder Forschung müssen laut Schaffer (2009) zunächst die Ziele definiert werden.

Für die vorliegende Forschungsarbeit werden die Ziele im Folgenden nach der SMART-Methode erläutert.

Spezifisch:

Die Forschungsarbeit zielt darauf ab, herauszuarbeiten, ob die Legalisierung der Sterbehilfe zur angemessenen Sterbebegleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen im Kontext der (multiprofessionellen) Hospizarbeit beitragen würde.

Messbar:	Das Ziel ist anhand der Forschungsergebnisse messbar. Durch Interviews mit Fachpersonal, die mit der Zielgruppe zusammenarbeiten, werden Daten erhoben. Diese werden schließlich durch Auswertungsverfahren analysiert und bestätigen, oder widerlegen die These.
Akzeptanz	Die Gesellschaft fordert nach Autonomie und Selbstbestimmung bis ans Lebensende. Aktuelle Debatten zum Thema Sterbehilfe erweisen die Notwendigkeit von Diskussionen über das Thema. Durch die aktuellen Gesetzesgrundlagen wird Sterbehilfe verboten. Die Stimmen zur Legalisierung werden stetig größer. Jedoch gibt es auch die Stimmen, welche eine Legalisierung nicht erwünschen. Dem zur Folge ist die Akzeptanz des Ziels zwiespältig. Dennoch kann durch die Forschungsarbeit zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen von schwerstkranken und sterbenden Menschen, im Rahmen der Hospizarbeit, beigetragen werden, wodurch für mehr Akzeptanz gesorgt wird.
Realistisch:	Das Ziel ist realistisch. Die Daten werden in qualitativer Form durch Interviews mit Fachpersonal, welches mit schwerstkranken und sterbenden Menschen zusammenarbeitet, gewonnen. Hiermit werden Daten erhoben, die aus nächster Nähe zur Zielgruppe stammen und somit wichtiges Hintergrundwissen mitbringen.
Temporär	Dieses Ziel wird mit Einreichung der Bachelor-Thesis erreicht und ist zeitlich auf den 10. September 2016 festgelegt.

Tabelle 1: tabellarische Darstellung des ersten Zieles

Spezifisch:	Die Forschungsarbeit zielt darauf ab, die Angemessenheit der Versorgungsstrukturen für schwerstkranken und sterbende Menschen im Kontext der Hospizarbeit herauszuarbeiten. Hierbei wird Bezug auf das Angebot, die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen genommen.
Messbar:	Das Ziel ist anhand der Forschungsergebnisse messbar. Diese ergeben sich aus dem Vergleich zwischen den erhobenen Daten und den theoretischen Erkenntnissen.
Akzeptanz:	Die Ergebnisse können Stärken und Schwächen der Versorgungsstrukturen aufdecken und zur Weiterentwicklung beitragen. Gesellschaftlich gesehen ist dies akzeptabel. Ebenso ist es für die berufliche Perspektive akzeptabel, da es zur Qualitätssicherung beiträgt.
Realistisch:	Es werden in qualitativer Form, durch Interviews mit Fachpersonal, gesicherte Daten erhoben. Diese stehen im Kontakt mit der Zielgruppe und liefern Informationen aus nächster Nähe. Durch das Streben nach einer stetigen Verbesserung der Versorgungsstrukturen, um die Qualität der Arbeit zu sichern, ist das Ziel realistisch.

Temporär	Dies Ziel wird mit Einreichung der Bachelor-Thesis erreicht und ist zeitlich auf den 10. September 2016 festgelegt.
-----------------	---

Tabelle 2: tabellarische Darstellung des zweiten Zieles

Spezifisch:	Die Forschungsarbeit zielt darauf ab, herauszuarbeiten, welche Veränderungen die Legalisierung von Beihilfe zum Suizid, im Kontext der multiprofessionellen Hospizarbeit, implizieren würde.
Messbar:	Das Ziel ist anhand der erhobenen Daten, dessen Analyse mit bestimmten Auswertungsmethoden und der letztendlichen Schlussfolgerung in Bezug auf die Theorie messbar. Die Ergebnisse der Forschungsarbeit dienen der Messbarkeit.
Akzeptanz:	Die Akzeptanz kann sich unterschiedlich gestalten. Je nach Einstellung, sind Veränderungen wünschenswert, oder eben nicht. Das Ziel ist akzeptabel, wenn Ergebnisse bzw. Schlussfolgerungen erbracht werden, die aussagen, wie man sich auf die Veränderungen vorbereitet, oder mit diesen umgeht. Da das Forschungsvorhaben einen präventiven Charakter hat, ist das Ziel akzeptabel.
Realistisch:	Es ist zum Teil realistisch. Die Interview-Partner liefern zwar Informationen aus nächster Umgebung zu Betroffenen und zum Arbeitsfeld, und können dadurch eine realistische Einschätzung liefern. Dennoch können nur hypothetische Aussagen darüber getroffen werden, wie es wäre wenn Sterbehilfe legalisiert werden würde.
Temporär	Dieses Ziel wird mit Einreichung der Bachelor-Thesis erreicht und ist zeitlich auf den 10. September 2016 festgelegt.

Tabelle 3: tabellarische Darstellung des dritten Zieles

1.3 Hauptfrage und Teilfragen

Im folgenden Abschnitt werden die Forschungshauptfrage, sowie die Teilfragen dargestellt, welche sich aus dem unter 1.1 erläuterten Forschungsanlass, sowie den unter 1.2 beschriebenen Zielen ableiten. Die Teilfragen leiten sich aus der Hauptfrage ab und dienen dazu, die Forschungshauptfrage, durch eine strukturierte Herangehensweise, zu beantworten.

Die Forschungshauptfrage lautet:

Würde aus Sicht der HospizmitarbeiterInnen die Legalisierung der Sterbehilfe zur angemessenen Sterbebegleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen, im Kontext der Hospizarbeit, beitragen?

Die Teilfragen lauten:

- Wie gestaltet sich aktuell die Sterbebegleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in Hospizen?
- Welche Erfahrungen sammeln die Mitarbeiter in Hospizen in Bezug auf die aktuelle Form der Sterbebegleitung?
- Können die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen, anhand der aktuellen Versorgungsstrukturen, befriedigt werden? Wenn nein, welche Auswirkungen hat das auf die Mitarbeiter und deren Tätigkeit?
- Wie wird speziell die Forderung nach Sterbehilfe betreut und begleitet?
- Welche Veränderungen würde die Legalisierung der Sterbehilfe für Mitarbeiter in Hospizen implizieren?

Tabelle 4: tabellarische Darstellung der Teilfragen

1.4 Bestimmungen der Begrifflichkeiten

In diesem Abschnitt werden die prägnanten Begrifflichkeiten aus der Forschungsfrage operationalisiert, damit sie einheitlich verständlich sind. Laut Schaffer (2009) müssen die Begriffe vor der Durchführung der Untersuchung präzisiert werden. Für die vorliegende Forschungsfrage sind die Begrifflichkeiten in tabellarischer Form definiert.

<u>Begriffe</u>	<u>Definitionen</u>
Sterbehilfe	Die vorliegende Bachelorarbeit bezieht sich auf zwei Arten der Sterbehilfe <u>1. Beihilfe zum Suizid</u> Beihilfe zum Suizid wird auch als assistierter Suizid bezeichnet. Die Beihilfe zum Suizid bedeutet, den vorzeitig herbeigeführten Todeseintritt, auf Grund eines tödlich dosierten Medikaments/Tötungsmittel (z.B. Gift), welches vom Arzt zur Verfügung gestellt wird, jedoch vom Sterbewilligen selbst eingenommen werden muss (Deutsche Stiftung Patientenschutz, o.J.). Rechtslage in Deutschland: nicht verboten, aber Ärzten berufsrechtlich untersagt (Sterbehilfe-info.de, 2010). <u>2. aktive Sterbehilfe</u> Umfasst die bewusste und aktive Handlung zur Herbeiführung des Todes. Betroffene versterben somit nicht an der Folge ihrer Erkrankung, sondern beispielsweise durch Verabreichung einer tödlichen Dosis (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2015). Hiermit kann ein schneller, schmerzfreier und friedlicher Tod herbeigeführt werden. In Deutschland ist diese Form von Sterbehilfe verboten (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2015). Wird hierbei auf der Grundlage des Wunsches eines Patienten gehandelt, so ist die Rede

	von „Tötung auf Verlangen“ (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2015).
Legalisierung	Legalisierung ist der Prozess, einen Sachverhalt vom Illegalen ins Legale zu ändern. Legal meint in diesem Sinne, dem Gesetz entsprechend und somit rechtmäßig (Thurich, 2011). Im Kontext der Beihilfe zum Suizid bedeutet Legalisierung, die bestehende gesetzliche Regelung neu zu fassen, da diese aktuell nicht ausdrücklich verboten wird, aber aufgrund der Berufsrechte eines Arztes und den gesetzlichen Regelungen zur unterlassenen Hilfeleistung nicht praktiziert wird.
angemessen	Bedeutet in diesem Zusammenhang die adäquate Begleitung von schwersterkrankten und sterbenden Menschen in Hospizen, während des Sterbeprozesses. Dies bemisst sich anhand der Qualitätsstandards, sowie den Fähigkeiten und Tätigkeiten des Hospizes, in wie weit sie die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner erfüllen.
Sterbebegleitung	„Unter »Sterbebegleitung« im Gesundheitswesen wird in diesem Zusammenhang die Begleitung, Behandlung und Versorgung von Menschen am Lebensende im weiten Sinne verstanden. Dazu zählen sowohl die professionelle Arbeit von Berufsgruppen im Gesundheitswesen (z.B. Ärzte, Krankenpfleger, Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger), als auch das Engagement von Angehörigen, Freunden, »Laien Helfern« und Selbsthilfeinitiativen sowie die Versorgungsstrukturen, in denen diese Aufgaben geleistet werden.“. (Vollmann, 2003, S. 7)
Im Kontext	Bedeutet in Bezug auf die Hospizarbeit: Allumfassende Elemente der Hospizarbeit (Schepelmann, 2003). Hierzu zählen z.B. Richtlinien, Leitlinien, Qualitätsstandards, Mitarbeiter, berufsrechtliche Grundlagen, berufsethische Aspekte (Schepelmann, 2003).
schwerster-krankte und sterbende Menschen	Umfasst in diesem Zusammenhang Menschen, die an einer Erkrankung leiden, deren Heilung ausgeschlossen wird und sie in Folge der Erkrankung versterben werden. Menschen bei denen dem zur Folge nicht mehr die Heilung als Behandlungsziel gesetzt wird, sondern der Erhalt von Lebensqualität bis zum bevorstehenden Todeseintritt.
Hospizarbeit	Unter Hospizarbeit verstehen sich alle Elemente der Tätigkeiten, die die Mitarbeiter in einem Hospiz ausüben. In diesem Zusammenhang versteht sich Hospizarbeit im Wesentlichen als fungierender Part der Sterbebegleitung /

	Lebensbegleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J).
--	--

Tabelle 5: tabellarische Darstellung der Begriffsdefinitionen

1.5 Zusammenfassung

In den oberen Abschnitten wurden der Forschungsanlass, die Ziele, sowie die Haupt- und Teilfragen der Forschungsarbeit dargelegt. Darüber hinaus wurde ein erster Einblick in die Thematik der Sterbehilfe/Sterbebegleitung veranlasst. Ersichtlich ist, dass es sich hierbei um ein kontrovers diskutiertes Themengebiet handelt, wobei sich stetig zwei Parteien gegenüberstehen. Die Befürworter von Sterbehilfe stehen den Befürwortern der herkömmlichen Sterbebegleitung gegenüber. Darüber hinaus ist der Entwicklungsbedarf beschrieben worden. Die vorliegende Forschungsarbeit hat sich mit beiden Gebieten befasst, um schließlich die Forschungsfrage, sowie die Teilfragen beantworten zu können. In den oberen Abschnitten wurde noch nicht konkret der Bezug zur Sozialen Arbeit hergestellt. Dieser wird nun in den folgenden Kapiteln aufgegriffen.

Kapitel 2 Die theoretischen Grundlagen

Inhaltlich befasst sich das vorliegende Kapitel mit den theoretischen Grundlagen der Forschungsarbeit. In diesem Rahmen wird ein Einblick in die Themengebiete Sterben und Tod ermöglicht. Hierzu werden im ersten Abschnitt die fünf Phasen des Sterbens nach Elisabeth Kübler-Ross (2009) erläutert, sowie die Bedürfnisse und Wünsche von sterbenden Menschen. Dieser Abschnitt dient dazu, sich mit dem Wesentlichen zu befassen, was der Tod bzw. das Sterben für den Menschen bedeutet und wie sich der Sterbeprozess gestaltet. Weiterführend werden im zweiten Abschnitt die Themengebiete Sterbebegleitung und Sterbehilfe dargestellt. Vorerst wird geklärt, was unter Sterbebegleitung verstanden wird. Darauf folgt schließlich die Ausarbeitung von der Hospizbewegung, der Hospiz und Palliativversorgung, sowie dem Vier-Säulen-Konzept der Hospizarbeit. Dem Gegenüberstehend werden die Arten von Sterbehilfe und die rechtlichen Grundlagen beschrieben. Der Abschnitt verfolgt das Ziel, einen umfassenden Einblick in die Themengebiete zu verschaffen. Der letzte Abschnitt beinhaltet die Grundlagen der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Hierbei wird der Fokus auf die Grundlagen der ärztlichen Sterbebegleitung, sowie die der Sozialen Arbeit gelegt. Insbesondere die Grundlagen der Sozialen Arbeit stehen hierbei im Vordergrund, da diese den Bezug zwischen Sterbebegleitung und sozialer Arbeit herstellen, sowie die Relevanz der Sozialen Arbeit im Rahmen der Sterbebegleitung beschreiben. Die ärztliche Sterbebegleitung wird fokussiert, da diese für das Thema Sterbehilfe insbesondere wichtig ist.

2.1 Sterben und Tod

Sterben ist ein natürlicher Prozess, der im Laufe des Lebens eintreten wird. Jedoch kann niemand voraussagen wann, oder wie jemand sterben wird (Kübler-Ross, 2012). Das Leben kann durch ein unvorhergesehenes Ereignis,

den Verlauf einer schweren Krankheit oder gar durch die absichtliche Handlung, den Tod vorzeitig herbeizuführen (Suizid), vorzeitig beendet werden. Sterben und Tod sind sensible Themen und werden häufig tabuisiert. Klar ist jedoch, dass der Sterbeprozess eine Krise im Lebensverlauf darstellt. Hierzu wird sich auf die fünf Phasen des Sterbens nach Elisabeth Kübler-Ross (2012) bezogen.

2.1.1 Die Fünf Phasen des Sterbens nach Elisabeth Kübler-Ross

Elisabeth Kübler-Ross gilt als Vorreiterin der Sterbeforschung. Sie hat in ihrem Werk „Interviews mit Sterbenden“ fünf Phasen des Sterbens ausgearbeitet. Grundsätzlich ist zu erwähnen, dass die folgenden Phasen in keiner festgelegten Reihenfolge und zeitlicher Eingrenzung durchlaufen werden. Die Phasen können über Jahre hinweg durchlebt werden, oder aber innerhalb kürzester Zeit. Ebenso werden nicht zwangsläufig alle Phasen des Sterbens durchlebt. Es ist durchaus möglich, dass einige Phasen gar nicht, oder aber mehrmals auftreten. Die Phasen sind geprägt von Gefühlen des Kontrollverlusts, sowie der Hoffnung auf ein Wunder (Kübler-Ross, 2012).

Die erste Phase beschreibt das „nicht wahrhaben wollen“ und „Isolierung“. In dieser Phase setzt sich der sterbende Mensch mit der eigenen Vergänglichkeit/Sterblichkeit auseinander. Die Diagnose einer tödlich verlaufenden Krankheit will der Betroffene nicht wahrhaben und versucht beispielsweise den Fehler bei den Ärzten zu suchen. Der Betroffene wird in eine psychische Schockphase versetzt. Die Menschen in seiner Umgebung versuchen häufig etwas vor ihm zu verheimlichen, um den Sterbeprozess nicht zu erschweren. Vor allem aber ist es wichtig, auf die ausgesendeten Signale des Sterbenden zu achten und ihm Gehör für tiefsinnige und auch belanglose Gespräche zu schenken (Kübler-Ross, 2012).

Die zweite Phase „Zorn“, wird geprägt von unterschiedlichsten Gefühlen und Gefühlsausbrüchen. Der Betroffene verspürt Zorn, Wut und Neid. Diese Gefühle werden häufig gegenüber Angehörigen, Pflegern und Ärzten geäußert. Dabei sollten diese jedoch beachten, dass keine dieser Reaktionen persönlich gegen sie gerichtet sind. Hilfreich kann in der zweiten Phase deshalb eine psychologische Unterstützung sein (Kübler-Ross, 2012).

In der dritten Phase „Verhandlung“ setzt sich ein sterbender Mensch mit Versprechen etwas zu ändern und Äußerungen von Wünschen auseinander. Diese Wünsche können teilweise unrealistisch erscheinen. Zum Beispiel suchen die Betroffenen etwa vermehrt den Zugang zu Gott, bitten ihn um Vergebung und Aufschub, um beispielsweise die Hochzeit der Schwester noch mitzuerleben. In dieser Phase sollte man den Betroffenen mit Wahrhaftigkeit begegnen, ihnen einerseits Hoffnungen lassen und andererseits unrealistische Hoffnungen nehmen (Kübler-Ross, 2012).

Die vierte Phase „Depression“ ist eine sehr intensive Phase für den Sterbenden. Er erinnert sich an die Vergangenheit, an schöne und schlechte Zeiten, an das was er erlebt hat und immer mal erleben wollte. Gefühle wie Kummer und Reue sind hierbei keine Seltenheit. Das Umfeld sollte die Trauer auffangen und zulassen. Hierbei ist ebenso eine professionelle Unterstützung ratsam. Ein weiterer wichtiger Aspekt in dieser Phase ist die Erledigung letzter Dinge, wie zum Beispiel die Erstellung eines Testaments (Kübler-Ross, 2012).

In der letzten Phase „Zustimmung“ findet sich der Sterbende mit seinem Schicksal ab. Er nimmt dies hin, verliert aber nicht die Hoffnung auf Genesung. Im Umgang mit den Betroffenen ist diese Phase deutlich zu spüren, da sie ruhiger werden, vermehrt schlafen und sich zurückziehen. Diese Phase verlangt dem Umfeld viel Einfühlungsvermögen ab, denn die Betroffenen spüren jede kleinste Veränderung (Kübler-Ross, 2012).

2.1.2 Bedürfnisse und Wünsche schwerstkranker und sterbender Menschen

Sicher ist, dass die Bedürfnisse und Wünsche ganz individuell gestaltet sind und nicht allgemein erfasst werden können. Es bedarf also im Umgang mit schwerkranken und sterbenden Menschen ein besonderes Gespür dafür, wahrzunehmen und zu verstehen, was diese Menschen ausdrücken wollen (Schlimbach, o. J.). Im Gesamten betrachtet lässt sich jedoch sagen, dass sich Betroffene einen würdevollen Tod, ohne Leid und Schmerz wünschen, sowie eine umfassende Begleitung in dieser schwierigen Lebensphase, bis hin zum Todeseintritt.

Insbesondere die Ängste vor unerträglichen Schmerzen und einem qualvollen Tod spielen eine wichtige Rolle im Sterbeprozess (Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 2014). Diese können zunehmend den Wunsch nach Selbstbestimmung erwecken, um das Bedürfnis nach völliger Kontrolle zu bewahren. In Folge dessen kann der Wunsch nach Selbstverwirklichung bis dahin reichen, dass Betroffene den Wunsch haben, den Todeseintritt vorzeitig herbeizuführen (Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland & Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 2014). In der Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) und der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) wird erwähnt: „Suizidale Äußerungen und suizidale Handlungen hingegen dürfen nicht als Ausdruck des unbedingten Willen zum Sterben verstanden werden sondern als ein Ausdruck der Befindlichkeit, unter den derzeit gegebenen Umständen nicht mehr weiter Leben zu können.“ (Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland & Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 2014, S. 1). Hieraus resultiert die Erkenntnis, dass Betroffene eine umfangreiche Begleitung benötigen. Die Diagnose einer schweren Erkrankung löst in vielen Fällen eine Lebenskrise aus. Wobei die Betroffenen dabei den Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, Wut, Trauer, Angst und Aussichtslosigkeit ausgesetzt sind. Die Umstände und das Nichtwissen was einen erwartet, werden zu einer psychischen Belastungssituation der Betroffenen. Des Weiteren durchleben die Betroffenen nach Elisabeth Kübler-Ross (2012) die oben aufgeführten fünf Phasen des Sterbens, welche mit unterschiedlichen Ausprägungen und Bedürfnissen verbunden sind (Kübler-Ross, 2012).

Detlev Zech beschreibt (1994, S. 86) vier Kernbedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen:

Die 4 Kernbedürfnisse sterbender Menschen

- Im Sterben nicht allein gelassen zu werden, sondern an einem vertrauten Ort (möglichst zu Hause) inmitten vertrauter Menschen zu sterben.
- Im Sterben nicht unter starken körperlichen Beschwerden (z.B. Schmerzen) leiden zu müssen.
- Die Regelung letzter Dinge (unerledigter Geschäfte).
- Das Stellen der Sinnfrage (z.B. nach dem Sinn des Lebens und Sterbens) und das Erörtern der Frage nach dem Danach.

2.2. Sterbebegleitung

Im Kontext der Arbeitsfelder im Sozial - und Gesundheitswesen stellt die Sterbebegleitung eine wichtige Aufgabe dar. Wie sich die Begleitung von Menschen am Lebensende gestaltet und wie sie überhaupt entstanden ist, wird in den folgenden Abschnitten erläutert. Hierunter sind besonders Einrichtungen für Hospizarbeit, sowie Palliativstationen zu erwähnen.

In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 2 (2003) wird Sterbebegleitung wie folgt beschrieben:

Unter »Sterbebegleitung« im Gesundheitswesen wird in diesem Zusammenhang die Begleitung, Behandlung und Versorgung von Menschen am Lebensende im weiten Sinne verstanden. Dazu zählen sowohl die professionelle Arbeit von Berufsgruppen im Gesundheitswesen (z.B. Ärzte, Krankenpfleger, Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger), als auch das Engagement von Angehörigen, Versorgungsstrukturen, in denen diese Aufgaben geleistet werden. (Vollmann, 2003, S. 7).

2.2.1 Hospizbewegung

Die Hospizbewegung bildet den Ursprung in der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen. Erste Ansätze sind bereits am Ende des vierten Jahrhunderts nach Christus zu finden. Entlang der Pilger Routen in Europa befanden sich viele Herbergen für Reisende. Im Laufe der Zeit entwickelten sich diese Herbergen weiter, welche schließlich die Pflege kranker Menschen als Ziel verfolgten (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J.). An diese Versorgungsform lehnt sich das Londoner St. Christopher's Hospice an, welches als Ausgangspunkt in der modernen Hospizbewegung gilt. Das Hospiz wurde von der englischen Ärztin, Krankenschwester und Sozialarbeiterin Cicely Saunders im Jahr 1967 gegründet. Die Idee dahinter war ein Heim für Reisende, Waisen, Kranke, Bedürftige und Sterbende zu errichten, um ihnen Hilfe und Verpflegung zu bieten (Zech, 1994). Die Hospizbewegung verfolgt das Ziel einer ganzheitlichen Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden, um ihre physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Leiden zu lindern (Zech, 1994). In Deutschland wurden die ersten Hospize und Palliativstationen in den 80er Jahren gegründet.

Der deutsche Hospiz- und Palliativverband e.V. beschreibt in seinem Internetauftritt, dass dies wesentlich aus dem bürgerlichen Engagement gewachsen ist. Ebenso berichten sie davon, dass die Motivation aufgrund der meist unwürdigen Situation von schwerstkranken und sterbenden Menschen entstanden ist. Hierbei fehlte es damals, sowie auch heute noch an einer angemessenen Betreuung der Zielgruppe und ihren Angehörigen (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J.).

2.2.2 Hospiz- und Palliativversorgung

Zur Zielgruppe der Versorgungsstrukturen zählen schwerstkranken und sterbende Menschen, bei denen die Krankheit soweit fortgeschritten ist, dass eine Heilung ausgeschlossen wird. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache steht nicht die Heilung im Vordergrund der Behandlung, sondern im Wesentlichen der Erhalt von Lebensqualität durch intensive Betreuungsstrukturen (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J.). Um die Betreuung der Betroffenen und ihrer Angehörigen angemessen zu gestalten, sind ein interdisziplinäres Team und die multiprofessionelle Zusammenarbeit notwendig. In diesem Kontext besteht ein interdisziplinäres Team beispielsweise aus Ärzten, Sozialarbeitern, Pflegekräften, Seelsorgern, Psychologen und ehrenamtlichen Mitarbeitern, die eine umfassende Sterbebegleitung ermöglichen (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J.).

2.2.3 Das Vier – Säulen – Konzept der Hospizarbeit

Hospizarbeit besteht aus einem Vier-Säulen-Konzept. Hierunter fallen die Palliativmedizin, Palliativpflege, spirituelle Begleitung und psychosoziale Begleitung der Betroffenen (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J.).

1. **Palliativmedizin** umfasst die medizinische Versorgung von Menschen, die an einer fortgeschrittenen Erkrankung (z.B. Krebs) leiden, deren Heilung ausgeschlossen wird. Der Erhalt von Lebensqualität wird hierbei als vordergründiges Ziel angesehen und wird beispielsweise in Form von Schmerztherapie umgesetzt (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J.).
2. **Palliativpflege** verfolgt das Ziel die Teilhabe am Leben zu ermöglichen, in dem weitere Symptome gelindert werden. Ein wichtiger Ansatz ist das Betreuungskonzept „Palliative Care“, welches von der WHO (2002) (In: Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J.) wie folgt definiert wird:

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J., Abs. 3).

Die originale Definition von „Palliative Care“ der World Health Organization im Jahr 2002 lautet:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care: (...). (World Health Organization, 2002, Abs. 1).

3. **Psychologische Begleitung** beinhaltet die emotionale Unterstützung von Betroffenen in ihrer letzten Lebensphase. Im Zusammenhang mit der Erkrankung treten viele Gefühle und Gedanken auf. Die psychologische Begleitung ermöglicht die Auseinandersetzung mit dem Sterbeprozess und den aufkommenden Gefühlen, so dass diese in Begleitung verarbeitet werden können (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J.).
4. **Spirituelle Begleitung** unterstützt sterbende Menschen dabei Antworten auf die Fragen des Sinns des Lebens, des Sterbens und dem Danach zu finden. Dem Sterben wird meist mit Angst und Schrecken begegnet. Die eigene Vergänglichkeit ist plötzlich so nahe und löst viele Gedanken und Gefühle aus (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J.).

2.3 Sterbehilfe

Wenn der Wunsch geäußert wird seinem Leben ein vorzeitiges Ende zu setzen, ist in vielen Fällen die Rede davon, dies im Rahmen der Sterbehilfe umzusetzen. Eine repräsentative Bevölkerungsumfrage der DAK– Gesundheit zum Thema Sterbehilfe zeigt, dass sich 70 % der deutschen Bevölkerung, im Falle einer schweren Erkrankung, die Möglichkeit wünschen Sterbehilfe in Anspruch nehmen zu können (DAK– Gesundheit, 2014). In Deutschland ist dies aktuell nicht möglich. Die ansteigende Forderung zeigt,

dass es wünschenswert ist die gesetzlichen Grundlagen zu überarbeiten. Dem zur Folge führt der Deutsche Bundestag intensive Debatten zum Thema Sterbehilfe. Die Abgeordneten des deutschen Bundestages haben verschiedene Positionspapiere dargelegt und in vier fraktionsübergreifenden Gruppen vier unterschiedliche Gesetzentwürfe vorgelegt, welche anhand verschiedener Aspekte kontrovers diskutiert wurden (Deutscher Bundestag, o.J.). Hierbei bilden ethische, gesellschaftliche, rechtliche, medizinische und religiöse Aspekte die Grundlage für unterschiedliche Standpunkte.

Die Meinungen zum Thema Sterbehilfe und Sterbebegleitung und deren Gesetzgebung spalten sich enorm (Deutscher Bundestag, o. J.). Zusammenfassend ergeben sich zwei gegenüberstehende Standpunkte. Während die Vertreter der Sterbebegleitung die medizinischen Aspekte in den Vordergrund stellen und dafür plädieren einen würdevollen Tod durch den Erhalt von Lebensqualität in Form der Palliativmedizin zu ermöglichen (unter stetiger Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen), plädieren Vertreter der Sterbehilfe dafür, einen würdevollen Tod ohne Leiden herbeizuführen und die Selbstbestimmung und Autonomie der Betroffenen bis zuletzt zu bewahren, indem Mittel verabreicht werden, die den Tod vorzeitig herbeiführen können. Es ist ebenso relevant zu erwähnen, dass in den direkten Nachbarländern, beispielsweise in der Schweiz und den Niederlanden, andere gesetzliche Grundlagen herrschen, die Sterbehilfe ermöglichen. Aufgrund dessen entsteht ein sogenannter „Sterbetourismus“ (Denkler, 2014). Die Lage in Deutschland ist so, dass jeder ein Recht auf Leben hat (Art. 2 II GG). Was das Sterben betrifft, ist dies nicht so eindeutig.

Der Suizid ist zwar nicht verboten, somit kann im Prinzip jeder darauf zurückgreifen. Jedoch gibt es zum einen Krankheitsverläufe, bei denen Menschen rein körperlich nicht mehr in der Lage dazu sind und zum anderen dies aufgrund der psychischen Belastungen nicht umsetzen können, sich das Leben zu nehmen. In diesem Rahmen kann dann die Sterbehilfe gefragt sein.

Bartholomäus Grill (2015) beschreibt in seinem Kommentar im Spiegel Online, dass es in Deutschland ein Recht auf Leben gibt. Darüber hinaus muss es ein Recht auf Sterben geben. Vorreiter hierfür sind beispielsweise die Niederlande, Belgien oder die Schweiz (Grill, 2015). In den Niederlanden ist die aktive Sterbehilfe erlaubt. Hierbei gibt es jedoch strenge Vorschriften für einen Arzt, um diese umzusetzen (Reimann, 2015). Die gesetzlichen Regelungen werden im weiteren Verlauf unter Punkt 2.3.2 kurz beschrieben.

Laut dem Lexikon der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben bedeutet Sterbehilfe der Eingriff in den Sterbeprozess, so dass der Todeseintritt herbeigeführt, oder nicht hinausgezögert wird. Dies geschieht im Einverständnis und auf Wunsch des Patienten (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben, 2013). Des Weiteren werden drei Arten der Sterbehilfe unterschieden. Diese werden im folgenden Abschnitt detailliert beschrieben

2.3.1 Arten der Sterbehilfe

In diesem Abschnitt werden die differenzierten Arten der Sterbehilfe aufgeführt. Diesbezüglich werden die gesetzlichen Grundlagen im nächsten Abschnitt 2.3.2 erläutert. Die erste Form der Sterbehilfe ist die:

1. Aktive Sterbehilfe / Tötung auf Verlangen

Diese Art umfasst die bewusste und aktive Handlung zur Herbeiführung des Todes.

Betroffene versterben somit nicht an der Folge ihrer Erkrankung, sondern beispielsweise durch die Verabreichung einer tödlichen Dosis (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2015). Hiermit kann ein schneller, schmerzfreier und friedlicher Tod herbeigeführt werden. In Deutschland ist diese Form von Sterbehilfe verboten (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2015).

Wird hierbei auf der Grundlage des Wunsches eines Patienten gehandelt, so ist die Rede von „Tötung auf Verlangen“ (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2015).

2. Passive Sterbehilfe
Beschreibt den Abbruch oder das Unterlassen von lebensverlängernden Maßnahmen. Unter Berücksichtigung der Einwilligungsfähigkeit der betroffenen Person, ist diese Handlung in Deutschland nicht strafbar. Der Sterbeprozess kann hierbei jedoch leidvoll, qualvoll und schmerz erfüllt verlaufen (Meyer-Rentz & Rantze, 2005).
3. Indirekte Sterbehilfe
Diese Form ist ein Grenzfall. Sie umfasst die Vergabe von Medikamenten, die die Lebensqualität verbessern, indem Leiden und Symptome gelindert werden. Hierbei kann jedoch ein beschleunigter Todeseintritt erfolgen, welcher mit der Einwilligung des Betroffenen in Kauf genommen wird. In Deutschland ist diese Form nicht strafbar (Meyer-Rentz & Rantze, 2005).
4. Beihilfe zur Selbsttötung
Diese wird als Unterart der indirekten Sterbehilfe verstanden und bedeutet, dass ein Mittel zur Selbsttötung bereitgestellt wird (Meyer-Rentz & Rantze, 2005). Das Mittel muss jedoch vom Suizidenten selbst eingenommen werden. Beide Handlungen sind in Deutschland nicht strafbar, werden jedoch durch die gesetzlichen Grundlagen zur „Unterlassenen Hilfeleistung“ (§323c StGB) stark eingeschränkt und dem zur Folge nicht praktiziert. Die Gefahr wegen unterlassener Hilfeleistung bestraft zu werden, wäre zu hoch. Diese Art würde jedoch einen schnellen, schmerzfreien und friedlichen Tod ermöglichen (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2015).

2.3.2 Rechtliche Grundlagen der Sterbehilfe

Sterbehilfe wird in Deutschland nicht explizit durch eine eigene gesetzliche Regelung bestimmt, sondern ergibt sich aus den Bestimmungen der Strafgesetzgebung (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2015). In Deutschland ist die Sterbehilfe aufgrund folgender Gesetzgebungen strafbar:

- Begehen durch Unterlassen (§ 13 StGB – Garantenstellung von Ärzten und Pflegekräften),
 - Unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB),
 - Mord (§ 211 StGB), wenn die Arg- und Wehrlosigkeit des Patienten ausgenutzt wird,
 - Totschlag (§ 212 StGB),
 - Minder schwerer Fall des Totschlags (§ 213 StGB) oder
 - Tötung auf Verlangen (§216 StGB), wenn der Patient ernsthaft und ausdrücklich seinen Tod verlangt.
- (Meyer- Rentz & Rantze, 2005, S. 21).

Zuletzt erlangte das Thema Sterbehilfe im Jahr 2015 neuen Aufschwung im Bundestag und wurde kontrovers diskutiert. Letztlich resultierte hieraus ein Gesetz, mit welchem die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung untersagt wird (§217 StGB).

In den Niederlanden ist die aktive Sterbehilfe seit Inkrafttreten des Euthanasie-Gesetzes im Jahr 2002 gesetzlich erlaubt. Ärzte verstoßen gegen kein Gesetz, sofern die Sorgfaltskriterien eingehalten werden, sowie jeder Fall anschließend so gemeldet wird, wie die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung im Gesetz geregelt sind

(NVVE, o. J.). Es muss das eigene Verlangen des Patienten vorliegen, damit Sterbehilfe erfolgen kann. Die Ärzte sind jedoch nicht dazu verpflichtet, dem Verlangen nachzugehen (NVVE, o. J.). In den Niederlanden wird die Sterbehilfe nicht nur durch einzelne gesetzliche Regelungen geregelt, sondern allgemein durch das Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding). Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin hat die niederländische Fassung ins Deutsche übersetzt. Die übersetzte Fassung kann über die Internetseite des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften abgerufen werden (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2016).

In der Schweiz wird die Sterbehilfe durch das Strafrecht geregelt. Dies ist bereits im Jahr 1942 in Kraft getreten. Die Beihilfe zum Freitod wird nur dann vom strafrechtlich verfolgt, sofern ein selbstsüchtiges Motiv dahinter steht. Unter selbstsüchtigen Motiven versteht sich beispielsweise das absichtliche Verleiten zum Suizid (DIGNITAS, 2016).

➤ Tötung. / Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord

Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord

Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft. (Art. 115 schweizerisches StGB).

2.4 Grundlagen der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen

Im Jahr 2010 wurde die Charta der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e.V. und der Bundesärztekammer zum Thema „Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ veröffentlicht. Es wurden fünf Leitlinien entworfen und in all ihren Facetten und Anforderungen beschrieben. Diese bilden eine wichtige Grundlage für alle Arbeitsfelder, die sich mit der Hospizarbeit und Palliativversorgung befassen (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. & Bundesärztekammer, 2010).

Die fünf Leitsätze werden im Folgenden nur grob aufgeführt:

1. Gesellschaftspolitische Herausforderungen/Sterben unter würdigen Bedingungen
2. Bedürfnisse der Betroffenen und Anforderungen an die Versorgungsstrukturen / Umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung
3. Anforderungen an die Aus-, Weiter-, und Fortbildungen/Qualifizierte und multiprofessionelle Betreuung
4. Entwicklungsperspektiven und Forschung/Behandlung nach allgemein anerkanntem Stand
5. Europäische und internationale Dimension/Internationale Empfehlungen und Standards der Palliativversorgung.
(Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. & Bundesärztekammer, 2010).

Schwerstkranke und sterbende Menschen werden vorwiegend durch stationäre oder ambulante Dienste der Hospiz- oder Palliativversorgung betreut. Wie in den Abschnitten 2.2 – 2.2.3 erwähnt, besteht bereits ein umfassendes Konzept, um die Sterbebegleitung in diesem Rahmen zu ermöglichen.

Eine weitere wichtige Grundlage der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, ist die umfassende Versorgung durch multiprofessionelle und sektor übergreifende Teams (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. & Bundesärztekammer, 2010). Die sogenannten multiprofessionellen Teams bilden sich aus unterschiedlichen Fachdisziplinen, wie Medizin, Pflege, Sozialarbeit und Psychologie (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. & Bundesärztekammer, 2010).

Hiermit kann gewährleistet werden, dass alle vier Versorgungsbereiche (medizinische, psychosoziale, pflegerische und spirituelle Versorgung) abgedeckt werden (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. & Bundesärztekammer, 2010). Es bleibt jedoch die Frage offen, wie Betroffene betreut und begleitet werden können, bei denen trotz aller Maßnahmen der Wunsch bleibt, den eigenen Tod vorzeitig herbeizuführen. Offensichtlich ist nämlich, dass trotz der stetigen Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (medizinische Versorgung und psychosoziale Begleitung) immer noch Menschen den Weg ins Ausland suchen und wählen, um dort Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. Zunächst werden die Grundlagen für die ärztliche Sterbegleitung und die Grundlagen im Kontext der Sozialen Arbeit beschrieben. Diese Eingrenzung wird durchgeführt, da dies die beiden relevanten Bereiche im Rahmen der Forschungsarbeit sind.

2.4.1 Grundlagen im Kontext der Sozialen Arbeit

Die deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. erwähnt in ihrem Internetauftritt eine Beschreibung der Sozialen Arbeit in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Die Bedeutung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nimmt weiter zu (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V., o. J.). Verschiedene Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen sind beispielsweise die klinische Sozialarbeit, sowie Trauerbegleitung und Sterbegleitung. Da auch die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen eingesetzt wird, ist es nötig dessen Grundlagen zu klären.

Das Ende des Lebens stellt für die Betroffenen meist eine krisenhafte Situation dar und bedarf ein Konzept der multiprofessionellen Betreuung. Hierzu kann insbesondere die Soziale Arbeit mit ihren Ansätzen und Fähigkeiten einen positiven Beitrag leisten (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V., o. J.).

Des Weiteren hat der Arbeitskreis psychosozialer Arbeitskräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW im Jahr 2006 erstmalig ein Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept entwickelt, welches die Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich umfasst. Das Qualitätskonzept wurde im Jahr 2011 überarbeitet und bildet einen wichtigen Meilenstein für die Soziale Arbeit im Palliativbereich (Bruysten et al., 2011).

Die Soziale Arbeit findet auf der Basis der berufsethischen Prinzipien der International Federation of Social Workers (1994) statt (Bruysten et al., 2011). Sterben wird als sozialer Prozess verstanden, der besonders durch den Einsatz von Sozialarbeitern unterstützt werden kann (Bruysten et al., 2011). Beate Dirkschneider (2011) benennt im Qualitätskonzept die Aufgaben von sozialer Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich. Hierunter fallen insbesondere Beratungsangebote und die Unterstützung und Stärkung der Betroffenen bei der Wahrnehmung ihrer Belange und Bedürfnisse, um ihr Leben in Würde und selbstbestimmt zu beenden (Bruysten et al., 2011).

Der Sterbeprozess ist mit vielen komplexen Anforderungen verbunden, daher unterstützt die Soziale Arbeit die Betroffenen dabei ihre Ressourcen zu erkennen und Autonomie zu bewahren,

indem die Interessen eigenverantwortlich und selbstbestimmt von den Betroffenen vertreten werden (Bruysten et al., 2011). Sozialarbeiter im Hospiz- und Palliativbereich werden, wie bereits oben erwähnt, insbesondere als Berater tätig.

Sie verfügen über Beratungskenntnisse und weitere Kompetenzen, die zum Beispiel in dem Arbeitsfeld der Trauerbegleitung eingesetzt werden (Bruysten et al., 2011).

Der Hospiz- und Palliativbereich gliedert sich in unterschiedlichste Einrichtungen für schwerstkranke und sterbende Menschen. Dabei üben die unterschiedlichen Einrichtungen verschiedene Aufgaben aus. So sind Palliativstationen darauf ausgelegt die Betroffenen nur so lange zu behandeln, bis sie ein erträgliches Maß der Krankheitsbeschwerden erreicht haben.

Des Weiteren werden die Patienten insbesondere bei der Regelung aller sozialrechtlichen Angelegenheiten durch Sozialarbeiter unterstützt, um die neuen Lebensverhältnisse aufzubauen (z.B. Anträge für Pflegestufe, Schwerbehindertenausweise o.ä. stellen) (Bruysten et al., 2011).

Stationäre Hospize hingegen begleiten Menschen in ihrer letzten Lebensphase bis hin zum Tod.

Dem zur Folge zählen die Beratung und psychosoziale Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen zu den Kernaufgaben von Sozialarbeitern in Hospizen (Bruysten et al., 2011).

Anhand dieses kurzen Exkurses werden unterschiedliche Einsatzgebiete und Tätigkeitsfelder von sozialer Arbeit deutlich.

„Fest steht, dass Sozialarbeiter mit ihren spezifischen Kenntnissen zur ganzheitlichen Wahrnehmung der Bedürfnisse sterbender und trauernder Menschen das Begleitungsangebot in der interdisziplinären Arbeit erweitern.“ (Bruysten et al., 2011, S. 21).

In der Begleitung der Zielgruppe wird Multiprofessionalität als Grundprinzip angesetzt. In Anbetracht der unterschiedlichen Blickwinkel aller beteiligten Berufsgruppen, kann ein individuelles Behandlungsziel formuliert und erreicht werden.

Grundlegend wird die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession in den Vordergrund gestellt. Hierzu wird die Definition der Sozialen Arbeit eingebracht, die 2014 von der International Federation of Social Work (IFSW) und der International Association of Schools of Social Work (IASSW) auf den Generalversammlungen in Melbourne beschlossen wurde (Deutscher Berufsverband Sozialer Arbeit e.V., o.J.). In diesem Rahmen wird die in Deutsch übersetzte Fassung erwähnt (Deutscher Berufsverband Sozialer Arbeit e.V., 2014).

Soziale Arbeit ist eine praxisorientierte Profession und eine wissenschaftliche Disziplin, dessen bzw. deren Ziel die Förderung des sozialen Wandels, der sozialen Entwicklung und des sozialen Zusammenhalts sowie die Stärkung und Befreiung der Menschen ist. Die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, die Menschenrechte, gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlagen der Sozialen Arbeit. Gestützt auf Theorien zur Sozialen Arbeit, auf Sozialwissenschaften, Geisteswissenschaften und indigenem Wissen, werden bei der Sozialen Arbeit Menschen und Strukturen eingebunden, um existenzielle Herausforderungen zu bewältigen und das Wohlergehen zu verbessern. Die obige Definition kann auf nationaler und/oder regionaler Ebene noch erweitert werden. (Deutscher Berufsverband Sozialer Arbeit e.V., 2014., S. 1).

Das Studium der Sozialen Arbeit vermittelt beispielsweise Fachwissen und Kompetenzen in soziologischen, erziehungswissenschaftlichen, philosophischen, rechtlichen und methodischen Ansätzen. Mit diesem Fachwissen können einige Anforderungen bedient werden (Bruysten et al., 2011). Darüber hinaus übt die Soziale Arbeit einen gesellschaftspolitischen Auftrag aus. Hierbei handeln Sozialarbeiter auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse, begründbarer Methoden und berufsethischer Verpflichtungen (Deutscher Berufsverband Sozialer Arbeit e.V., 2009).

2.4.2 Grundlagen der ärztlichen Sterbebegleitung

Die Bundesärztekammer legt die Grundlagen der ärztlichen Sterbebegleitung vor (Deutsches Ärzteblatt, 2011). Laut derer sind die Aufgaben eines jeden Arztes das Selbstbestimmungsrecht der Patienten zu achten und in Anbetracht dessen, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und Leiden zu lindern. Andererseits zählen die Unterrichtung der Patienten über die Diagnose und deren medizinische Behandlung, sowie der Schaffung einer Basisversorgung zu den Aufgaben des behandelnden Arztes, worunter beispielsweise die menschenwürdige Unterbringung fällt (Deutsches Ärzteblatt, 2011). Untersagt wird einem Arzt die Beihilfe zum Suizid. Das Beenden, Begrenzen oder Unterlassen einer medizinischen Versorgung, sofern durch diese ein offensichtlicher Sterbevorgang in die Länge gezogen werden würde, wird einem Arzt hingegen gestattet (Deutsches Ärzteblatt, 2011). Dies bedarf jedoch der Einwilligung des Patienten (Deutsches Ärzteblatt, 2011). Nun können aber Situationen auftreten, in denen Menschen nicht mehr in der Lage sind den Behandlungsmaßnahmen zuzustimmen oder diese abzulehnen. Für diesen Fall kann jede volljährige und einwilligungsfähige Person eine vorsorgliche Willenserklärung (Patientenverfügung) ausstellen (Bundesministerium für Gesundheit, 2015). Sofern die Bestimmungen innerhalb einer Patientenverfügung auf eine bestimmte Situation zutreffen, ist ein Arzt rechtlich daran gebunden (Bundesministerium für Gesundheit, 2015). Seit 2009 bestehen gesetzliche Regelungen zur Patientenverfügung (§§ 1901a, 1901b BGB).

2.5 Relevanz der Sozialen Arbeit

Grundsätzlich sind Sterbehilfe und Sterbebegleitung aktuell relevante Themen. Seit bereits längerer Zeit befassen sich verschiedene Studien und aktuelle Debatten damit, einen angemessenen Konsens zwischen der herkömmlichen Sterbebegleitung und der Legalisierung von Sterbehilfe zu finden. Weiterhin werden Sterbehilfe und Sterbebegleitung, wie bereits erwähnt, im Bundestag kontrovers diskutiert (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2015). Ebenso sind die Bundesärztekammer und verschiedene Vereine der Hospiz- und Palliativversorgungen an diesen Diskursen beteiligt. Die Grundsatzfragen dieser Diskussionen sind, ob die herkömmliche Sterbebegleitung ausreicht, um den Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen gerecht zu werden, sowie die Frage danach, inwieweit die rechtliche Lage der Sterbehilfe mit den Menschenrechten überein geht (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2015). Darüber hinaus sollte erwähnt werden, dass es nur wenige Studien oder Fachliteratur über die Legalisierung von Sterbehilfe in Deutschland gibt. Daher ist es besonders erforderlich seinen Blick auf die Themenrelevanz zu richten und hierbei den Bezug zur Sozialen Arbeit herzustellen.

Anfänglich werden die Bedingungen und Standards für den Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen erörtert, welche von der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V. und der Bundesärztekammer (2010) errichtet wurden. Diese berufen sich stetig auf den weiteren Ausbau wissenschaftlicher und internationaler Erkenntnisse und den Ausbau von Hospiz- und Palliativversorgungsstrukturen.

Die Bevölkerungsumfragen zum Thema Sterbehilfe zeigen jedoch, dass die Gesellschaft durchaus andere Vorstellungen hat und sich 70 % der deutschen Bevölkerung weitere Möglichkeiten im Falle einer schweren Erkrankung wünschen, sowie sich generell jeder zweite nicht ausreichend informiert fühlt (DAK – Gesundheit, 2014).

Die Leitlinien der Charta– zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland besagen:

1. „Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht darauf, nach dem allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse behandelt und betreut zu werden.“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Bundesärztekammer, 2014, S. 7).
2. „Jeder schwerstkranke und sterbende Mensch hat ein Recht darauf, dass etablierte und anerkannte internationale Empfehlungen und Standards zur Palliativversorgung zu seinem Wohl angemessen berücksichtigt werden.“ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., Bundesärztekammer, 2014, S. 7).

Hiermit wird begründet, weshalb es notwendig ist weitere Forschungen durchzuführen, sowie einen internationalen Bezug zu nehmen. Des Weiteren werden aktuell die Teams in den Hospiz- und Palliativversorgungen auf Multiprofessionalität und Interdisziplinarität ausgebaut, so dass immer mehr auch die Soziale Arbeit einen hohen Stellenwert in diesem Arbeitsbereich erhält und Berücksichtigung erfahren sollte (Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW, 2012). Hierbei tritt also die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in den Vordergrund. Sozialarbeiter werden vermehrt in der Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen eingesetzt. Als Menschenrechtsprofession bringt diese Berufsgruppe einige Kompetenzen und Fertigkeiten mit, um ein Team, bestehend aus unterschiedlichen Berufsgruppen, zu erweitern (Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW, 2012). Die Entstehung von multiprofessionellen Teams ist wichtig, um das Betreuungskonzept für schwerkranke Menschen zu optimieren und letztlich eine angemessene Begleitung der Zielgruppe zu ermöglichen (Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW, 2012).

Die Soziale Arbeit begleitet, berät und unterstützt Menschen in jeder Lebensphase. Ebenso tritt sie in der Arbeit mit Menschen in ihrer letzten Lebensphase in Kontakt (z.B. klinische Sozialarbeit und Sterbebegleitung). Sie befasst sich mit den Multiproblemlagen der Betroffenen im Sozial- und Gesundheitswesen. Ebenso übt die Soziale Arbeit einen gesellschaftspolitischen Auftrag aus. Hierbei handelt sie auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse, begründbarer Methoden und berufsethischer Verpflichtungen. Aufgrund dessen erfährt die Berufsgruppe der Sozialen Arbeit zum einen immer mehr Ansehen im Gesundheitswesen und zum anderen soll der Einsatz dieser Berufsgruppe weiterhin ausgebaut werden (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V., o. J.).

2.6 Zusammenfassung

Im oben stehenden Kapitel wurden die gesetzlichen Grundlagen der Forschungsarbeit geklärt. Hierzu war es vorerst wichtig, einen Einblick in die Themengebiete Sterben und Tod zu gewährleisten. Aus der Theorie geht hervor, dass Sterben und Tod ein ganz individuell gestalteter und nicht voraussagbarer Prozess eines jeden Menschen ist. Was jedoch sicher ist, ist dass Menschen am Ende ihres Lebens einen Prozess mit individuellen Wünschen und Bedürfnissen durchlaufen.

Weiterführend wurde auf das Thema Sterbebegleitung eingegangen. Diese Thematik wurde umfassend in Bezug zur Zielgruppe beschrieben. Vorerst wurde die Idee und die Herkunft der Hospizarbeit dargestellt, welche sich bis ans Ende des vierten Jahrhunderts nach Christus zurückführen lässt. Darauf aufbauend wurden die heutigen Standards der Hospizarbeit, anhand des Vier-Säulen-Konzepts beschrieben.

Hiermit konnten die Versorgungsstrukturen der Hospizarbeit verdeutlicht werden. Im Anschluss daran wurde die gegenüberstehende Thematik der Sterbehilfe thematisiert. Daraus resultieren die unterschiedlichen Arten der Sterbehilfe (aktiv, passiv und indirekt), sowie dessen gesetzlichen Regelungen. In Bezug auf die Forschungsarbeit, wird der Fokus hierbei auf die Form der aktiven Sterbehilfe gelegt. Um den Bezug der Thematik der Forschungsarbeit zur Sozialen Arbeit herzustellen, wurden die Grundlagen der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen dargestellt. Hierzu wurden vorerst die Grundlagen im Kontext der Sozialen Arbeit erläutert und schließlich die Grundlagen der ärztlichen Sterbebegleitung. Darüber hinaus wurde die Relevanz der Forschungsarbeit im Rahmen der Sozialen Arbeit beschrieben. Aus dieser Theorie geht hervor, welche Position die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen einnimmt und welche Aufgaben von ihr erfüllt werden.

Kapitel 3 Die empirische Untersuchung

Die vorliegende Bachelorarbeit ist eine empirische Forschung und beruht auf den Grundlagen qualitativer Forschungen. Nun, nachdem die theoretischen Grundlagen beschrieben wurden, wird im Folgenden Kapitel der gesamte Untersuchungsrahmen wiedergegeben. Angefangen mit der Forschungsart, geht es weiter mit der Beschreibung der Forschungsstrategie, sowie dem Forschungsdesign. Darüber hinaus werden die Forschungsmethode und das Forschungsinstrument dargestellt.

3.1 Forschungsart/- typ

Empirische Sozialforschungen werden in zwei Forschungsarten unterteilt. Zum einen in die Grundlagenforschung und zum anderen in die Praxisorientierte- und Anwendungsforschung (Flick, 2009). Forschungsarbeiten im Kontext der Sozialen Arbeit sind häufig den Grundlagen der praxisorientierten empirischen Sozialforschung unterlegen, da diese von einer sozialen Maßnahme, oder einem sozialen Problem ausgehen (Schaffer, 2009). Dennoch können soziale Probleme ebenso Ausgangspunkt einer Grundlagenforschung sein, weshalb sich diese nicht trennscharf von der praxisorientierten Forschung abgrenzen lässt (Schaffer, 2009). Die vorliegende Forschungsarbeit ist der praxis- und anwendungsorientierten Forschung zugeordnet, da mit der Forschungsfrage gezielt auf eine spezielle Handlung in einem ausgewählten Praxisbereich eingegangen wurde.

Eine Praxisorientierte- und Anwendungsforschung stellt Fragen nach dem Handeln von Personen, oder nach Bedingungen der Arbeit in den Vordergrund (Flick, 2009). Die vorliegende Forschungsarbeit untersucht, die aktuellen Versorgungsstrukturen für schwerstkranken und sterbenden Menschen. Hierbei werden die Angebote in Bezug auf die Bedürfnisse und Wünsche betroffener Personen geprüft. Es wird untersucht, ob die Angebote insoweit ausgereift sind, dass die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen erfüllt werden können. Die Forschungsarbeit stellt Fragen nach den Bedingungen für eine angemessene Sterbebegleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen. Sie wird somit der praxis- und anwendungsorientierten Forschungsart zugeordnet (Flick, 2009). Generell wird die Forschungsarbeit im Rahmen der Sozialen Arbeit durchgeführt, da die Soziale Arbeit immer mehr Bedeutung im Gesundheitswesen bekommt. Im Wesentlichen wird das Berufsfeld vermehrt in der Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen eingesetzt, da es sie mit seinen fachlichen Kompetenzen, zum einen zu einem multiprofessionellen Team beiträgt, und zum anderen die professionelle psychosoziale Betreuung der Betroffenen übernehmen kann (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.,

o.J.). Die Forschungsarbeit dient der Sozialen Arbeit zur Vorbereitung und Weiterentwicklung der Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen, im Rahmen der Hospizarbeit. Auf Basis der gesetzlichen Grundlagen in Deutschland, wird aktuell keine Sterbehilfe praktiziert. Dem zur Folge liegen weder konkrete Erkenntnisse über praktizierte Sterbehilfe bei schwerstkranken und sterbenden Menschen vor, noch darüber, inwieweit die Praktizierung zur Verbesserung der Sterbebegleitung beitragen könnte. Jedoch ist die Sterbehilfe ein aktuell kontrovers diskutiertes Thema. Die Debatten des deutschen Bundestages liefern wichtige Erkenntnisse und Aspekte der aktuellen Diskussionen über neue Gesetzentwürfe in Deutschland und verweisen anhand verschiedener Standpunkte auf mögliche Entwicklungen und Folgen, die neue Gesetzentwürfe nach sich ziehen könnten (Meiritz, 2015). Die Literatur wurde grundlegend untersucht, um die praktische Verwertbarkeit zu schildern. Darüber hinaus wurde hiermit die Ausgangslage der Untersuchung beschrieben und dient als Vorbereitung auf die Erhebung. Angelehnt an Verschuren und Doorewaard (2005) beinhaltet die Forschungsarbeit zwei Typen der Praxisforschung.

Zum einen wurde, wie oben bereits erwähnt, damit begonnen das Problem zu signalisieren und detailliert zu beschreiben, was dem Forschungstyp „Problemsignalisierung“ nach Verschuren und Doorewaard (2005) entspricht. Zum anderen wurde auf Basis dessen, das Problem analysiert. Im Sinne beider Phasen wurden die Versorgungsstrukturen untersucht und eine Problemanalyse durchgeführt. Hiermit wurde der Forschungstyp „Diagnose“ nach Verschuren und Doorewaard (2005) umgesetzt.

3.2 Forschungsstrategie- und design

Die Forschungsarbeit ist eine qualitativ ausgerichtete, empirische Querschnittsanalyse. Die drei genannten Beschreibungen werden unter Forschungsstrategie zusammengefasst (Schaffer, 2009). Das gesamte Repertoire für die Durchführung einer Sozialforschung baut aufeinander auf und muss aufeinander abgestimmt sein (Schaffer, 2009).

Grundlegend wird zwischen einer Momentaufnahme (Querschnittsanalyse) und der Abbildung eines Prozesses (Längsschnittanalyse) unterschieden (Schaffer, 2009). Der Erhebungszeitraum dieser Forschungsarbeit ist auf die Momentaufnahme ausgelegt. Die Querschnittsanalyse ist geeignet, da es sich um die Beschreibung des Ist-Zustands handelt, also eine deskriptive Studie (Schaffer, 2009). Es wurde zu einem bestimmten Zeitpunkt mit Retrospektivfragen nach vergangenen Erfahrungen gefragt. Hiermit begibt man sich in die Vergangenheitsform (Schaffer, 2009). Dies ändert jedoch nichts an der Ausrichtung der Untersuchung, denn auch innerhalb einer Querschnittanalyse ist es üblich Daten zu erheben, die über den Erhebungszeitraum hinausreichen. Darüber hinaus setzt eine Sozialforschung soziales Handeln voraus und schöpft dabei die Ergebnisse aus Wahrnehmbarkeit, wie beispielsweise Hören, Sehen und Beobachten (Schaffer, 2009). Die Forschung wurde darauf ausgelegt, neue Erkenntnisse über ein soziales Phänomen zu gewinnen, um daraus Hypothesen zu formulieren (Flick, 2009). All das beschreibt eine empirische Sozialforschung (Schaffer, 2009). Zwar ist die Forschungsarbeit sehr theoriebezogen, dennoch nicht theoretisch. Es wurde zur Theorie Bezug genommen, aber ins Feld eingetaucht, um gesicherte Daten zu erheben. Laut Schaffer (2009) bedeutet Empirie direkt oder indirekt beobachtbar, messbar und nicht theoretisch. Wie bereits erwähnt, werden die Daten im Feld selbst erhoben. Hiermit wird eine qualitative Ausrichtung beschrieben (Schaffer, 2009). Bei einer Forschung unterscheidet man grundsätzlich zwischen quantitativer und qualitativer Ausrichtung (Schaffer, 2009).

„Qualitative Forschung basiert nicht auf einem einheitlichen theoretischen und methodischen Verständnis. Verschiedene theoretische Ansätze und die zugehörigen Methoden bestimmen Diskussion und Forschungspraxis.“ (Flick, 2011, S. 29).

Während die quantitative Ausrichtung versucht Theorien anhand von Hypothesentestung zu überprüfen (deduktives erschließen), widmet sich die qualitative Ausrichtung der Rekonstruktion eines Sachverhalts anhand weniger Einzelfälle. In diesem Fall spricht man auch von induktivem Erschließen (Schaffer, 2009).

„Ziel ist dabei weniger, Bekanntes (etwa Vorliegende Theorien bzw. Hypothesen) zu überprüfen, als Neues in der untersuchten Situation zu entdecken und daraus Hypothesen oder eine Theorie zu entwickeln.“ (Flick, 2009, S. 25).

Die Forschungsarbeit verfolgte nicht als oberste Priorität, das Thema für alle Gültig zu erklären, sondern lediglich, anhand von Einzelfällen, ein zuvor definiertes Problem zu analysieren und zu schildern. Ihr Ziel, generalisierbare Ergebnisse zu erlangen, erreichte sie, in dem alltagsnahe Daten durch Interviews mit Personen aus dem Feld erhoben wurden. Hiermit wird gleichzeitig das Forschungsdesign „Feldstudie“ beschrieben (Schaffer, 2009). Auf den ersten Blick wirkt es so, als würde sich bei der vorliegenden Arbeit, um eine explorative Studie handeln, da das spezifische Themengebiet noch eher unerforscht scheint und dies eine der Voraussetzung explorativer Studien ist (Schaffer 2009). Jedoch ist die Forschungsarbeit der Feldstudie zuzuordnen, da die Forschung im natürlichen Lebensumfeld der Betroffenen durchgeführt wurde. Laut Mayring ist eine Feldforschung „(...) ein klassisches Gebiet qualitativ orientierter Soziologie.“ (2002, S.54).

Er hält ebenso fest, dass bei einer Feldforschung der Forscher in die natürliche Umgebung geht, um die Innenperspektive zu erkunden und um die Verzerrungen zu vermeiden, welche aufgrund eines Untersuchungsinstrument entstehen könnten (Mayring, 2002).

3.3 Forschungsmethode

Als Forschungsmethode wurde die qualitative Befragung, in Form von problemzentrierten Face-to-Face Interviews, nach Schaffer (2009) angewendet. Diese fallen in die Kategorie der „indirekten Beobachtungen“ (Schaffer, 2009). Ein problemzentriertes Interview stellt ein offenes, halbstrukturiertes Verfahren dar. Hierdurch wurde den Befragten ermöglicht, offen und frei auf die Fragen des Interviewers zu antworten (Mayring, 2002).

Vor allem in qualitativen Forschungen, wird mit teilstandardisierten Interviews gearbeitet. Hierbei stehen die subjektive Wahrnehmung und die Erlebniswelten der Zielgruppe im Vordergrund (Schaffer, 2009). Dies ist ein wesentlicher Teil dieser Forschungsarbeit, da es darum ging, das erläuterte Problem, anhand der Erfahrungen zu analysieren und zu schildern, um generalisierbare Ergebnisse zu erzielen und nicht allgemein Gültig zu erklären. Den Befragten sollte ermöglicht werden, ihre Erfahrungen aus subjektiver Sicht und Wahrnehmung zu beschreiben.

3.4 Forschungsinstrument

In diesem Abschnitt wird das Forschungsinstrument, der Interviewleitfaden, vorgestellt. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurde darauf verzichtet, die Namen der Interview-Partner, sowie die Namen der Einrichtungen in denen die Mitarbeiter tätig sind, zu nennen.

Die Forschungsfrage war so formuliert, dass sie nach den Erfahrungen und der subjektiven Einschätzung der Mitarbeiter zum gewählten Thema fragte. Es galt herauszufinden, ob die Legalisierung von Sterbehilfe zur angemessenen Sterbebegleitung im Kontext der Hospizarbeit beitragen, sowie welche Veränderungen dies implizieren würde.

Hierbei stand nicht im Fokus, allgemein gültige Ergebnisse, sondern generalisierbare Ergebnisse zu erzielen. Dem zur Folge wurde die qualitative Ausrichtung der Forschungsarbeit gewählt. Als geeignete Methode diente das teilstandardisierte Interview (Schaffer, 2009).

Dieses wurde mit Hilfe eines Leitfadens, als Forschungsinstrument, umgesetzt. Hierzu wurde eigens ein Leitfaden entwickelt, mit dem die Interviews zum Teil gelenkt und fokussiert wurden. Des Weiteren diente dieser dazu, sich auf relevante Sachverhalte zu fokussieren. Der Interviewleitfaden beinhaltete größtenteils offene- und Retrospektivfragen, um die subjektive Sichtweise der Interview-Partner zu berücksichtigen. Es wurden Fragen, jedoch keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Hiermit wurde ermöglicht, reichhaltige Daten zu erheben. Laut Schaffer (2009) ist ein wichtiges Merkmal des Leitfadeninterviews, dass die Befragten mit ihren Äußerungen im Mittelpunkt stehen. Darüber hinaus werden die Art und Weise, sowie die Ausführlichkeit der Beantwortung der Fragen den Interview-Partnern überlassen. Auch sie können jederzeit Nachfragen einbringen. Die Fragen des Interviewleitfadens wurden auf die Forschungsfrage, sowie auf die Teilfragen abgestimmt, um diese am Ende beantworten zu können. Ebenso orientierten sie sich an der oben aufgeführten Theorie. Der Interviewleitfaden wurde in sechs Bereiche gegliedert. Der erste Bereich umfasste die Klärung der Rahmenbedingungen der Forschung und der Interviewsituation, sowie der Vorstellung des Interviewten (welche im Nachhinein anonymisiert wurden). Im zweiten Bereich wurden Fragen zu den Themenbereichen Hospizarbeit und Sterbebegleitung formuliert. Hiermit konnte ein umfassender Einblick in dieses Arbeitsfeld geschaffen werden. Im weiteren Verlauf, wurden die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen abgefragt, sowie im vierten Bereich der Themenschwerpunkt Beihilfe zum Suizid. Zum Schluss wurden im fünften Themenbereich Fragen formuliert, die Antworten darauf liefern sollten, welche Veränderungen eine Legalisierung der Sterbehilfe implizieren würden. Abschließend wurde den Interview-Partnern die Möglichkeit geboten, selbst Fragen einzubringen und diese zu klären bzw. ihre Aussagen zu ergänzen, um auch auf Aspekte einzugehen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen. Der Interviewleitfaden wurde im Anhang beigefügt (Anlage I - Interviewleitfaden). Des Weiteren wurden die Interviews mithilfe der Aufnahmefunktion eines Laptops aufgezeichnet und später transkribiert.

3.5 Grundgesamtheit (Population und Stichprobe)

Am Anfang standen die Fragen „Wer ist die Zielgruppe dieser Untersuchung?“ und „Von wem können generalisierbare Daten erhoben werden?“. Dies sind, angelehnt an Schaffer (2009), die Fragen nach der Erhebungs- und Untersuchungseinheit. In der vorliegenden Untersuchung stellten die Hospizmitarbeiter, mit denen die Interviews geführt wurden, die Erhebungseinheit dar. Die schwerstkranken und sterbenden Patienten in Hospizen bildeten die Untersuchungseinheit. Die Erhebungs- und Untersuchungseinheit sind die wesentlichen Bestandteile der Grundgesamtheit (Schaffer, 2009). Letztere bildete sich aus allen Mitarbeitern und Patienten in deutschen Hospizen. Da keine gesicherten Zahlen über die Anzahl von Mitarbeitern und Patienten in deutschen Hospizen vorlagen, jedoch anzunehmen war, dass die Grundgesamtheit enorm groß ist, wurde aus Zeit- und Kapazitätsmangel im Rahmen dieser Untersuchung eine Teilerhebung und keine Totalerhebung durchgeführt. Bei einer Teilerhebung wird eine Stichprobe gezogen, die möglichst repräsentativ für die Grundgesamtheit ist. Dabei steht jedoch weniger die Repräsentativität im Vordergrund, als die Fülle von wichtigen Informationen und Fachwissen, welche in generalisierbaren Ergebnissen dargestellt werden sollen.

Eine Stichprobenziehung wird laut Flick (2009) im Wesentlichen in der quantitativen Forschung vorgenommen. In der qualitativen Forschung hingegen spricht man von einem „Sampling“. Hierbei bestehen unterschiedliche Arten des Samplings.

Da die vorliegende Bachelorarbeit eine größtenteils theoretisch entwickelte Forschungsfrage untersucht, wurde die Stichprobenauswahl anhand des „purposive sample“ durchgeführt.

Schaffer beschreibt in diesem Fall: „Ein Sonderproblem stellt dann allerdings die Zusammensetzung der Stichprobe dar: „Es muss theoretisch begründet werden, wer sich und warum in der Stichprobe befindet (...)“. Diese bewusste Stichprobenauswahl wird in der Literatur als „purposive sample“ (...) bezeichnet.“ (2009, S. 111).

Die Stichprobe dieser Forschungsarbeit belief sich auf drei Personen, die als Mitarbeiter im Hospiz tätig sind und anhand von Kriterien ausgewählt wurden.

Anhand der gesammelten Literatur wurde ersichtlich, dass im Bereich der Sterbebegleitung besonders die Interdisziplinarität und Multiprofessionalität ein wichtiger Grundgedanke der Hospizarbeit und dementsprechend auch der Sterbebegleitung ist. An der Sterbebegleitung sind unterschiedliche Berufsgruppen beteiligt, wobei jede Berufsgruppe verschiedene Standards und Sichtweisen verfolgen kann. Damit ein weitläufiger Einblick in die Themengebiete ermöglicht, und somit relevante Informationen gewonnen werden konnten, wurden Interview-Partner mit unterschiedlicher Berufsgruppe ausgewählt, die seit mindestens 3 Jahren in der Hospizarbeit tätig sind. Zu den Interview-Partnern zählten ein Palliativmediziner, ein Sozialpädagoge, sowie eine Pflegefachkraft. Diese Eingrenzung ermöglichte es Daten von Mitarbeitern zu erheben, die über langjährige, berufsspezifische Erfahrungen verfügten. Alle Interview-Partner wurden persönlich angesprochen und haben sich unter der Bedingung Anonym zu bleiben, dazu bereit erklärt an einem Interview teilzunehmen. Die Interviews sind reibungslos und unkompliziert verlaufen.

3.6 Gütekriterien

Laut Mayring (2002) ist es bei einer empirischen Sozialforschung wichtig, dass die Ergebnisse am Ende einer Forschung anhand von Gütekriterien erklärt werden. Die Forscher entwickeln also Maßstäbe, an denen die Qualität der Ergebnisse gemessen werden kann (Mayring, 2002). Für die vorliegende Forschungsarbeit, wurde sich an den wissenschaftlichen Gütekriterien „Validität und Reliabilität“ (Mayring, 2002) orientiert.

Validität umfasst die Gültigkeit der Daten, also, ob sie das messen, was gemessen werden sollte.

Reliabilität umfasst die Genauigkeit. Sie gibt an, ob der Sachverhalt exakt erfasst wurde und eine weitere Untersuchung mit anderen Befragten dieselben Ergebnisse erzielen würde. Allerdings erläutert Mayring (2002), dass die beiden Gütekriterien vorwiegend in der quantitativen Forschung eingesetzt werden. Für qualitative Forschungen sind diese nicht tragfähig genug, und es bedarf der Auswahl neuer Kriterien (Mayring, 2002). Hierunter fasst Mayring (2002) sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung zusammen, wobei sich die vorliegende Arbeit auf die fünf folgenden beschränkt.

Verfahrensdokumentation

Damit der Forschungsprozess für alle nachvollziehbar ist und wissenschaftlichen Standards entspricht, müssen die angewandten Vorgehensweisen exakt dokumentiert werden (Mayring, 2002). Dieses Kriterium wurde mit der Aufzeichnung der drei Interviews, über die Aufnahmefunktion eines Laptops, sichergestellt. Hiermit wurden diese dokumentiert, sowie alle wichtigen Ergebnisse festgehalten. Dazu erklärt Mayring (2002), dass selbst das schönste Ergebnis wissenschaftlich wertlos ist, wenn das Verfahren nicht genau dokumentiert wurde.

Argumentative Interpretationsabsicherung

In der qualitativen Sozialforschung treten immer wieder Interpretationen auf, die sich jedoch nicht beweisen lassen, da man sie nicht einfach nachrechnen kann. Damit dennoch die Qualität der interpretativen Teile eingeschätzt werden kann, müssen diese mit Theorie untermauert werden.

“Hier gilt die Regel, dass Interpretationen nicht gesetzt, sondern argumentativ begründet werden müssen” (Mayring, 2002, S. 145).

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde stark darauf geachtet, dass das Vorverständnis der Interpretationen stimmig, sowie in sich schlüssig war. Hierzu wurden insbesondere alternative Deutungen herausgearbeitet und überprüft.

Regelgeleitetheit

Mayring (2002) benennt, dass eine qualitative Forschung ihrem Gegenstand gegenüber offen sein muss, es aber ebenso wichtig ist, vorgeplante Analyseschritte zu verändern, um dem Gegenstand näher zu kommen. Hierbei muss sich jedoch an gewisse Verfahrensregeln gehalten werden, damit dieser Schritt nicht unsystematisch vonstattengeht (Mayring, 2002). Damit in der vorliegenden Forschungsarbeit die Qualität der Interpretationen gesichert ist, wurden vorab die Analyseschritte festgelegt und in sinnvolle Einheiten unterteilt. Hiermit wurde die Analyse schrittweise und systematisch bearbeitet.

Nähe zum Gegenstand

Um die Qualität der Forschungsergebnisse sicherzustellen, ist es wichtig, dass die Nähe zum Gegenstand hergestellt wird. In qualitativen Forschungen geschieht dies meist durch die Anknüpfung an die Alltagswelt (Mayring, 2002). Die vorliegende Forschungsarbeit begab sich direkt ins Untersuchungsfeld, um in der Alltagswelt zu forschen. Die Forschungsfrage setzt an einem konkreten sozialen Problem, die Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen, an. Hierzu wurden Leitfadeninterviews mit Mitarbeitern aus dem Untersuchungsfeld durchgeführt, um die Nähe zum Gegenstand herzustellen.

Kommunikative Validierung

Bei der kommunikativen Validierung handelt es sich um ein Gütekriterium, was die Forschungsergebnisse nochmals absichert (Mayring, 2002). Damit die Ergebnisse als Gültig erklärt werden können, kann man sie den Beforschten nochmals vorlegen und absichern lassen, indem sich die Beforschten in den Interpretationen und Analyseergebnissen wieder finden (Mayring, 2002). Dies wurde gleichermaßen mit den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit getan. Alle Interpretationen und Analyseergebnisse wurden den Beforschten zugestellt und von ihnen abgesichert. Hierbei wurde verstärkt darauf geachtet, dass sich die Interpretationen auch an den Mythen, Stereotypen und Ideologien der Mitarbeiter binden. Grundlegend wurde dieser Schritt durchgeführt, da den Beforschten in der qualitativ orientierten Forschung mehr Kompetenz zugeschrieben wird, als üblich. Sie werden als denkende Subjekte, wie die Forscher auch, wahrgenommen und nicht als Datenlieferanten (Mayring, 2002).

3.7 Ethische Überlegungen

Vor allem war die Frage danach wichtig, ob die Forschungsarbeit ethisch vertretbar ist, sowie welche ethischen Vorüberlegungen stattgefunden haben. Für die Forschungsarbeit war grundlegende Bedingung, dass die Beforschten freiwillig an einem Interview teilnahmen. Bereits erste Kontaktaufnahmen zu potentiellen Interview-Partnern verdeutlichten, dass insbesondere die Thematik der Sterbehilfe ein ethisch fragliches bzw. kritisches Thema ist. Darüber hinaus steht die ethische Frage der Zulässigkeit von Sterbehilfe immer wieder weit oben auf der Diskussionsliste. Besonders die Hospizarbeit und Palliativversorgung erwiesen sich in diesem Rahmen als kritischer Gegner der Sterbehilfe. Dem zur Folge war es notwendig, den Interviewleitfaden, sowie dessen Fragen weitestgehend so zu gestalten, dass hierdurch kein ethisches Dilemma bei den Interview-Partnern ausgelöst wurde.

In jeder sozialwissenschaftlichen Forschung nehmen die äußeren Umstände Einfluss auf die Ergebnisse. Bereits während der Kontaktaufnahme zu potentiellen Interview-Partnern, wurden ethische Grundlagen besprochen. Es war für alle Interview-Partner eine Voraussetzung, dass ihr Name und der Name der Einrichtung anonymisiert wurden, um am Interview teilzunehmen. Hiermit erwies sich der Datenschutz als wichtiger Punkt der ethischen Überlegungen. Mit dem Datenschutz werden die Verarbeitungen von personenbezogenen Daten rechtlich geregelt. Dies dient dazu, das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 I GG i.V.m Art. 1 I GG) und somit das Recht der Bürger auf informelle Selbstbestimmung zu wahren. In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden die persönlichen Erfahrungen der Mitarbeiter untersucht, daher waren ihre Namen und die Namen der Einrichtungen für die Ergebnisse nicht weiter relevant. Die ethische Vertretbarkeit dieser Bachelorarbeit lässt sich mit den Grundrechten und den Menschenrechten begründen. Die Menschenrechte bilden die Grundlage der Sozialen Arbeit (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V., o. J.). Sie sind universell und unabdingbar (Vereinte Nationen, 1948). Aufgrund der aktuellen rechtlichen Lage von Sterbehilfe, werden themenbezogen die Grundrechte und Menschenrechte eingeschränkt. Mit der vorliegenden Forschungsarbeit kann herausgearbeitet werden, in welchen Bereichen die Menschenrechte oder Grundrechte eingeschränkt werden könnten und wie zur Weiterentwicklung und Wahrung der Menschenrechte beigetragen werden könnte.

3.8 Zusammenfassung

Im gesamten Kapitel III wurde die empirische Untersuchung mit all ihren Facetten dargestellt. Bei der vorliegenden Bachelor Arbeit handelt es sich um eine praxis- oder anwendungsorientierte empirische Sozialforschung, welche qualitativ ausgerichtet ist. Es wurde eine Querschnittanalyse durchgeführt, welche der Feldstudie zuzuordnen ist. Darüber hinaus wurden die Daten in Form von Face-to-Face Interviews, mit Hilfe eines Leitfadens, erhoben. Hiermit wurden die Forschungsfrage untersucht und generalisierbare Ergebnisse erzielt. Die Qualität der Forschung ermisst sich anhand von fünf Gütekriterien qualitativer Sozialforschung nach Mayring (2002).

Kapitel 4 Die Ergebnisse der Forschung

Im folgenden Kapitel wird das Auswertungsverfahren für die erhobenen Daten der vorliegenden Bachelor-Thesis beschrieben. Hierzu wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) und Schaffer (2009) theoretisch erläutert. Darüber hinaus werden die Ergebnisse der Analyse aller drei geführten Interviews dargestellt.

4.1 Auswertungsverfahren

Laut Schaffer (2009) gibt es zwei Formen der Inhaltsanalyse. Dies sind zum einen die quantitative und zum anderen die qualitative Textanalyse (Schaffer, 2009). Beide Analysetechniken dienen dazu, insbesondere Textmaterial nach intersubjektiv nachvollziehbaren Regeln systematisiert auszuwerten (Schaffer, 2009). Für die vorliegende Bachelor-Thesis, wurden die erhobenen Daten durch die qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet. Sie ist eine primär kommunikationswissenschaftliche Technik und ermöglicht die theorie-, regelgeleitete und kontrollierte Auswertung qualitativer Daten (Mayring, 2002).

Des Weiteren ist zu erwähnen, dass bei qualitativen Inhaltsanalysen zunächst zwischen drei Grundformen unterschieden wird. Hierunter fallen laut Schaffer (2009) die zusammenfassende, die explizierende und die strukturierende Inhaltsanalyse. Was jedoch das Herzstück einer jeden Inhaltsanalyse ist, gleich ob zusammenfassender, explizierender oder strukturierender, ist die Bildung eines Categoriesystems (Schaffer, 2009). Im weiteren Verlauf wird hierzu explizit Stellung bezogen. Zunächst wird jedoch beschrieben, in welcher Form die Daten für die vorliegende Bachelor-Thesis erhoben und verschriftlicht wurden. Die Daten wurden in Form von qualitativer Befragung, Face-to-Face Interviews erhoben und schließlich nach den Regeln nach Dresing und Pehl (2013) transkribiert. Diese liegen im Anhang vor (Anlage II - Transkription des Interviews von J. B., Anlage III - Transkription des Interviews von D. H. und Anlage IV - Transkription des Interviews von Dr. med. A. G.). Alle drei Transkripte wurden nach folgenden Regeln nach Dresing und Pehl (2013) erstellt:

1. Wortwörtliches Transkribieren, weder lautsprachlich, noch zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden nicht mit transkribiert.
3. Wort- und Satzbrüche, sowie Stottern werden geglättet oder ausgelassen.
4. Pausen im Gesprächsverlauf werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern (...) gekennzeichnet.
5. Verständigungssignale wie "ähm, aha, mhm" werden nicht mit transkribiert.
6. Die interviewende Person wird durch ein "I", die befragte Person durch ein "B" gekennzeichnet.

Nachdem das Material transkribiert wurde, wurde sich der Wahl einer Auswertungstechnik gewidmet. Diese wurde schließlich in Form der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) durchgeführt. Grundsätzlich dient diese Grundform der qualitativen Inhaltsanalyse dazu, das gesamte Material so zu reduzieren, dass letztlich nur der wesentliche Inhalt erhalten bleibt und ein Abbild des Grundmaterials darstellt (Mayring, 2002).

Mayring (2002) beschreibt in seinem Werk ein Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Der Grundgedanke von Mayring (2002) ist hierbei, das Allgemeinheitsniveau des Materials zu vereinheitlichen und schrittweise zu erhöhen. Für den Verallgemeinerungsprozess wurden sechs reduktive Prozesse (Auslassen, Generalisation, Konstruktion, Integration, Selektion und Bündelung) nach Mayring (2002) ausgearbeitet. In einigen Schritten nach Mayring (2002) wurde versucht, das Material zu paraphrasieren, systematisch zu kürzen und auf wesentliche Sinngehalte zu reduzieren. Es wurde eine induktive Kategorienbildung nach Mayring (2002) durchgeführt, was bedeutet, dass die Kategorien aus dem Material abgeleitet wurden. Schließlich resultierte hieraus ein Kategorienraster, in dem das Material thematisch sortiert und rationell zusammengefasst wurde (Anlage V - vorläufige Kategoriedimensionen, Anlage VI - induktive Kategorienbildung, Anlage VII - letztendliche Kategoriedefinitionen).

4.2 Auswertung der Interviews

In diesem Abschnitt werden nun die herausgebildeten Kategorien in zusammenfassender Form dargestellt. Sie werden mit Zitaten aus den drei Interviews legitimiert, um die inhaltliche Stimmigkeit zu verdeutlichen. Es werden lediglich inhaltlich stringente Zitate aufgeführt.

Ansonsten wird ein Verweis auf die transkribierten Interviews im Anhang gegeben (Anlage II – Transkription des Interviews mit J. B., Anlage III – Transkription des Interviews mit D. H. und Anlage IV – Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G.).

Kategorie 1: Definition von Hospizarbeit

Die Auswertung der drei geführten Interviews hat ergeben, dass von allen Interviewpartnern, die Hospizarbeit ähnlich definiert wird, wie sie in den theoretischen Grundlagen beschrieben wurde. Sie verstehen unter der Hospizarbeit, die Begleitung schwerstkranker Menschen und ihren Angehörigen. Die Interviewpartner verstehen unter der Hospizarbeit, die Begleitung schwerstkranker Menschen und ihrer Angehörigen. Dabei wird die Hospizarbeit als umfassende Sterbebegleitung beschrieben, bei der verschiedene Versorgungsstrukturen ineinander übergreifen, um Lebensqualität herzustellen.

„Also die Hospizarbeit allgemein definiere ich als Begleitung von sterbenskranken Menschen und ihren Angehörigen (...). Zur Arbeit gehört, dass wir die Menschen so versorgen, dass auch in ihren letzten Lebenstagen eine Lebensqualität hergestellt wird und sie in Frieden Abschied nehmen können.“

(Transkription des Interviews von D. H., S. 65).

„Ich definiere sie als umfassende Begleitung schwerstkranker Menschen und ihren Angehörigen, (...), auf menschlicher Ebene, indem Versorgungsstrukturen ineinander übergreifen und die Lebensqualität der Patienten wieder (...) [hergestellt wird].“ (Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G., S. 75).

Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung

In den theoretischen Grundlagen wurde ein Vier-Säulen-Konzept der Hospizarbeit beschrieben. Dieses umfasst die vier Bereiche: Palliativmedizin, Palliativpflege, psychologische Begleitung und spirituelle Begleitung (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J.). Die Aussage von Frau J. B. belegt, dass dieses Konzept in der Hospizarbeit besteht.

„Ja, auch das kann ich ihnen so bestätigen. Es sind die vier Kernbereiche der Hospizarbeit, die zusammen die Sterbebegleitung bilden.“ (Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G., S. 75). Die einzelnen Bereiche umfassen unterschiedliche Aufgaben. So ist die Palliativmedizin für die medizinische Versorgung der Betroffenen zuständig, welche unter einer fortgeschrittenen Erkrankung leiden. Als Ziel wird hierbei der Erhalt von Lebensqualität verfolgt und durch Schmerztherapien ermöglicht (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J.).

Wenn es um die Bedeutsamkeit der einzelnen Bereiche in der Sterbebegleitung geht, stechen immer wieder die medizinische und die psychosoziale Versorgung hervor.

„Zunächst einmal sind Medizin und die psychologische Begleitung wohl die Kernpunkte der Arbeit. Das soll nun nicht heißen, dass die anderen Bereiche weniger wichtig sind.“ (Transkription des Interviews von Dr. med. A. G., S. 76).

Darüber hinaus hat die Auswertung ergeben, dass sich in der Hospizarbeit grundsätzlich verschiedene Berufsgruppen wiederfinden, die alle gemeinsam an der Sterbebegleitung beteiligt sind, um diese umfassend zu gestalten. *„Wir alle sind an der Sterbebegleitung beteiligt.“* (Transkription des Interviews mit J. B., S.54).

„Die ganzen Aufgaben werden von verschiedenen Angestellten erledigt (...). Das sind also unterschiedliche Berufsgruppen, die miteinander arbeiten. Das Konzept nennt man Palliative Care.“ (Transkription des Interviews mit J. B., S.53).

Inhalt der Sterbebegleitung ist es, den Ängsten und Sorgen der Betroffenen Raum zu schenken, sie wahrzunehmen und ihnen die letzten Wünsche zu erfüllen.

„Die ganze Hospizarbeit ist darauf ausgerichtet, die letzten Wünsche zu erfüllen.“ (Transkription des Interviews mit J. B., S. 56) und *„(...) den Sorgen und Ängsten Raum (...) [zu schenken].“*

(Transkription des Interviews mit D. H., S. 66).

Des Weiteren ist sie dafür da, dass Menschen ihren natürlichen Sterbeprozess durchleben können. Hierbei wird der Tod nicht hinausgezögert oder vorzeitig herbeigeführt (Anlage IV - Transkription des Interviews von Dr. med. A. G., S. 78 f.).

Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit

In der Hospiz- und Palliativversorgung sind interdisziplinäre und multiprofessionelle Teams vorgesehen, um die Betreuung der Betroffenen und ihren Angehörigen angemessen zu gestalten. Ein interdisziplinäres Team besteht beispielsweise aus Ärzten, Sozialarbeitern, Pflegekräften, Seelsorgern, Psychologen und ehrenamtlichen Mitarbeitern, die eine umfassende Sterbebegleitung ermöglichen (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J.).

„(...) Ärzte, Pfleger, Sozialarbeiter und ganz wichtig die ehrenamtlichen Mitarbeiter.“ (Transkription des Interviews von D. H., S. 66).

Hierbei werden von jeder Berufsgruppe unterschiedliche Aufgaben in den Kernbereichen übernommen, welche unter Kategorie 2 erläutert wurden. Die Auswertung hat dennoch ergeben, dass ein großer gemeinsamer Aufgabenbereich aller Mitarbeiter, die psychosoziale Begleitung der Betroffenen ist. Dies wurde durch verschiedene Aufgabenbeschreibungen der Interview-Partner bestätigt. Folgende Zitate beschreiben die Aufgaben der verschiedenen Berufsgruppen.

„In den meisten Fällen sorgen sich die Hausärzte um die medizinische Versorgung, die Pfleger übernehmen alles was darüber hinaus anfällt, also die Pflege, aber auch Tätigkeiten, wie zum Beispiel das Kochen von Lieblingsgerichten (...) und sonst alles was der Alltag mit sich bringt (...).“ (Transkription des Interviews mit J. B., S. 53).

„Ich als Pflegerin übernehme eben die pflegerischen Aufgaben, wie zum Beispiel waschen unserer Gäste, oder die Versorgung der medizinischen Angelegenheiten, sprich die Reinigung von Kathedern und vielem mehr, aber auch ich setze mich mit ans Bett und höre ihnen zu, lese was vor, stelle Kontakte zu Angehörigen her und versuche täglich mit der Angst und den Sorgen unserer Gäste umzugehen und die bestmöglich zu lindern, um ihnen Lebensqualität zu schenken.“ (Transkription des Interviews mit J. B. S. 54).

„Es kommen regelmäßig weitere Fachärzte in unser Haus. Das sind meistens spezialisierte Palliativmediziner. Die versorgen unsere Gäste dann eben mit Schmerztherapie und Symptombehandlung (...) Dann arbeiten wir mit vielen ehrenamtlichen Mitarbeitern zusammen, davon lebt die Hospizarbeit. Sie versorgen unsere Gäste sehr liebevoll, gehen mit ihnen spazieren, sie übernehmen viele organisatorische Arbeiten, hören unseren Gästen zu.“ (Transkription des Interviews mit J. B., S. 53).

Der Sozialarbeiter zählt hauptsächlich zu seinen Aufgaben, die psychosoziale Begleitung.

„Ich versuche die Bewohner mit Hilfe von Gesprächen zu unterstützen. Mein Ziel ist es dabei immer ein offenes Ohr für die Bewohner zu haben, und dass sie ihren Frust auch mal bei mir rauslassen können. Ich spreche mit ihnen über ihre Ängste und Sorgen, versuche immer ihnen auch die letzten Wünsche zu erfüllen und ihnen generell wieder mehr Lebensqualität zu schenken (...).“ (Transkription des Interviews von D. H. S. 65).

Im Folgenden wird nun ein expliziter Bezug zur Sozialen Arbeit hergestellt, da sich diese im Ergebnis der Interviewauswertung als sehr wichtig erwiesen hat und grundlegend für die vorliegende empirische Sozialforschung im Bereich der Sozialen Arbeit ist. Durch ihre Ausbildung verfügen Sozialarbeiter über Grundkompetenzen, die in der Zusammenarbeit und für die Sterbebegleitung sehr wichtig sind. Sie wird als Zeichen der Qualität gesehen, welche die Sterbebegleitung vervollständigt.

„Wir arbeiten gemeinsam mit einer hauptamtlichen Sozialarbeiterin in unserem Haus. Das ist auch ein Zeichen unserer Qualität. Gerade Sozialarbeiter haben wichtige Kompetenzen, die unser Team und die Sterbebegleitung vervollständigen. Alleine die vielen Gesprächsfertigkeiten sind wichtig im Kontakt.“ (Anlage II - Transkription des Interviews mit J. B., S. 58).

Kategorie 4: Herausforderungen in der Hospizarbeit

Die Herausforderungen in der Hospizarbeit wurden von allen Interview-Partnern unterschiedlich beschrieben.

Es gab jedoch auch Übereinstimmungen. Der Sozialarbeiter erwähnt, dass man in der Hospizarbeit vor individuellen Herausforderungen steht (Anlage III – Transkription des Interviews mit D. H., S. 66).

Generell zählt aber der Umgang mit den körperlichen und seelischen Leiden der Betroffenen zu den Herausforderungen in der Hospizarbeit. Seelische Leiden treten beispielsweise auf, wenn die Bewohner ihren eigenen Tod nicht akzeptieren können. Dann sind Gefühle wie Wut, Trauer und Verzweiflung ganz akut und können zu Gefühlsausbrüchen führen.

„Da sind Wut und Verzweiflung manchmal ganz deutlich zu spüren. Die Gäste lassen auch mal ihren Frust an uns raus.“ (Transkription des Interviews mit J. B., S. 54).

Ein Grund dafür, seinen eigenen Tod nicht akzeptieren zu wollen, sind die individuellen Lebenssituationen. So kann es beispielsweise einer jungen Mutter von zwei kleinen Kindern, schwerer fallen das Endstadium ihrer Krebserkrankung und somit den Tod zu akzeptieren. Die individuellen Lebenssituationen und Einzelschicksale können ebenso eine emotionale, belastende Herausforderung für Mitarbeiter darstellen.

„Und natürlich stehe auch ich persönlich vor emotionalen Herausforderungen, wenn man über eine gewisse Zeit mit Menschen zusammenarbeitet ist es selbstverständlich, dass man eine emotionale Beziehung zueinander aufbaut.“ (Transkription des Interviews mit D. H., S. 64).

Es kann in manchen Situationen aber auch schwierig sein, einen Zugang zu ihnen zu finden und eine Beziehung aufzubauen (Anlage III – Transkription des Interviews mit D. H., S. 66).

„Die Herausforderungen sind aber wieder ganz individuell. Manche haben mit ihrem Leben bereits abgeschlossen und andere hängen noch sehr daran. Trauer und Wut kommen hoch. Es ist nicht immer einfach die passenden Worte zu finden und unseren Gästen trotz allem (...) ja, eine schöne letzte Lebenszeit zu veranschaulichen.“ (Transkription des Interviews mit D. H., S. 65).

Eine andere Herausforderung ist es, wenn die Bewohner leiden, was der Fall sein kann, wenn die medizinischen Möglichkeiten an ihre Grenzen stoßen. Die Aussicht auf keine weiteren Heilungsmöglichkeiten, ist für die Angehörigen zum Teil unverständlich und führt zu Konfliktpotential (Anlage IV – Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G., S. 76).

Manchmal können aber auch knappe Ressourcen zu einer Herausforderung werden. Zum Beispiel, wenn der Pflegebedarf die Möglichkeiten und Ressourcen übersteigt.

„(...) jede Erkrankung bringt andere Behandlungsmaßnahmen mit sich und auch Folgeerkrankungen oder Beschwerden, die immer zu lindern, kann Grenzen überschreiten.“ (Transkription des Interviews mit D. H., S. 69).

Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker

Die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen sind ganz individuell. Die Auswertung der Interviews hat verschiedene Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen offen gelegt. Einige davon wiederholen sich und wurden gebündelt. Der Wunsch, nicht leiden und keine Schmerzen zu haben, war in allen drei Interviews am präsentesten. Hieran wird der Wunsch nach Schmerztherapie und Symptombehandlung angesetzt.

„Unsere Gäste haben das Bedürfnis und den Wunsch ihre letzten Lebenstage ohne Leid und Schmerz zu verbringen. Eine Symptombehandlung und Schmerztherapie zu erhalten, den Angehörigen nicht zur Last zu fallen, ihre Lebensqualität zu bewahren.“ (Transkription des Interviews mit J. B., S. 56).

Ebenso wünschen sich die Patienten es, eine gute Pflege zu erhalten, medizinisch versorgt zu werden, oder eben keine weiteren Behandlungen zu bekommen. Dennoch besteht das Bedürfnis nach Sicherheit und den Wunsch weitere Behandlungen in Anspruch nehmen zu können, um nicht leiden zu müssen (Anlage IV - Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G., S. 77).

Leid kann aber auch durch psychische Belange verursacht werden. Dieses erweckt den Wunsch, dass auch das psychische Leid versorgt und behandelt wird,

indem Ängsten und Sorgen Raum geschenkt wird und die Patienten ernst- und wahrgenommen werden. Grundlegend wünschen sie sich, die Lebensqualität zu bewahren und ihren Tod vorzubereiten.

„Ja, dass man den Tod eben vorbereitet. Das Umfeld anpasst, die Familie einbezieht und sowas alles. (...)“ (Transkription des Interviews mit D. H., S. 67).

Ein weiterer Wunsch der Betroffenen besteht darin, Zuhause sterben zu wollen. Gleichzeitig wollen sie aber niemandem zur Last fallen. Die weitere Auswertung hat ergeben, dass ebenso der Wunsch vorhanden ist, ihre Autonomie und somit auch ihre Selbstbestimmung zu bewahren. Darüber hinaus wurden auch ganz individuelle Wünsche angesprochen, die die Betroffenen noch haben. Zum Beispiel, was sie immer mal in ihrem Leben erlebt haben wollten, aber bisher nie umgesetzt haben und nun die Zeit dafür verloren geht.

„Wie sie ja jetzt auch schon gesagt haben, sind die Wünsche zum Teil ganz speziell. Manche unserer Gäste haben in ihrem Leben noch großes vor, was aber leider krankheitsbedingt nicht mehr möglich ist umzusetzen.“ (Transkription des Interviews mit J. B., S. 55).

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass leider nicht immer alle Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen erfüllt werden können, da teilweise die Ressourcen oder Behandlungsmöglichkeiten dazu nicht ausreichen. Es wird aber versucht, die Wünsche soweit es geht zu erfüllen.

„Die ganze Hospizarbeit ist darauf ausgerichtet, die letzten Wünsche zu erfüllen.“ (Transkription des Interviews mit J. B., S. 56).

Kategorie 6: Gefühle und Gedanken schwerstkranker

Aus der Auswertung geht hervor, dass sich die Betroffenen große Gedanken über einen schmerzvollen und qualvollen Tod machen. Sie haben Angst davor, leiden zu müssen und haben teilweise die Sorge, dass die Leiden durch eine medizinische Versorgung verstärkt oder hinausgezögert werden. Es sollte grundsätzlich das Ziel verfolgt werden den Betroffenen diese Ängste zu nehmen. Im Gesamten ist es nicht unüblich, dass die Emotionen hochfahren und die Verzweiflung akut wird. Hierbei ist es ganz normal, wenn die Betroffenen Wut, Verzweiflung, Frust, Enttäuschung, Trauer und Angst verspüren. Oftmals sind es diese negativen Gefühle, die eine große Herausforderung darstellen. Es kommt aber auch vor, dass manche bereits mit ihrem Leben abgeschlossen haben und sich die letzten Tage noch schön gestalten wollen.

„(...) Manche haben mit ihrem Leben bereits abgeschlossen und andere hängen noch sehr daran. Trauer und Wut kommen hoch. (...)“ (Transkription des Interviews mit D. H., S. 65).

Der Umgang mit den Bewohnern, sowie ihren Gefühlen und Gedanken lässt sich wie folgt zusammenfassen.

„Wir fühlen uns in jede Person ein und bieten ihnen ganz individuelle Unterstützung an (...) Im Großen und Ganzen wird dieser Teil aber durch eine gute Sterbebegleitung erträglicher gemacht.“ (Transkription des Interviews J. B., S. 54).

„Wie gesagt, wir arbeiten daran, dass unsere Gäste ihre Ängste und Sorgen vor dem Sterben verlieren. Wir versuchen ihnen alle Wünsche zu erfüllen und mit speziellen Mitteln, die Lebensqualität zu erhalten und die Lebenssituation zu verbessern.“ (Transkription des Interviews J. B., S. 55).

„Ein ganz wichtiger Bereich ist aber auch die psychosoziale Begleitung unserer Patienten und hier erweisen sich eben die Gesprächsfertigkeiten von Vorteil und wirklich nützlich.“ (Transkription des Interviews J. B., S. 57).

„Ich nehme mir Zeit für meine Patienten, erkläre ihnen alles wichtige, höre ihnen zu und spreche mit ihnen über ihre Sorgen. Dann schaue ich mit ihnen gemeinsam nach einer Lösung, also nach allem, wie man denn bestmöglich ihre Beschwerden lindern kann.“ (Transkription des Interviews Dr. med. A. G., S. 76).

Kategorie 7: Sterbeprozess

Zum Sterbeprozess haben sich die Aussagen wiederholt, dass dieser eine Krise im Leben darstellt. Generell gestaltet sich der Sterbeprozess immer ganz individuell. Hierbei kommt alleine auf den Krankheitsverlauf, und wie die Betroffenen damit umgehen, an. Es ist jedoch sicher, dass je weiter die Krankheit voranschreitet, sich auch der körperliche Zustand verschlechtert und sich teilweise auch die psychischen Befindlichkeiten der Betroffenen verändern oder gar verschlechtern.

„Je weiter die Krankheit voran schreitet, verschlechtert sich der körperliche Zustand und die psychische Befindlichkeit ist schwer zu fassen. Bei manchen besser, bei anderen schlechter.“ (Transkription des Interviews mit D. H., S. 68). Im Sterbeprozess verlieren die Patienten nach und nach ihre körperlichen und sozialen Möglichkeiten.

Dennoch verschlechtert sich nicht bei jedem die psychische Befindlichkeit. Durch eine gute Sterbebegleitung gelingt es aber, den Sterbeprozess erträglicher zu gestalten.

„Also die psychischen Belastungen können durch die Sterbebegleitung sehr gut gelindert werden, so dass auch der Sterbeprozess erträglicher wird.“ (Transkription des Interviews mit J. B., S. 58).

Einige Betroffene kann man in ihrem Sterbeprozess als dankbar und erleichtert wahrnehmen. Hieran ist zu erkennen, dass die psychischen Belastungen abgebaut werden konnten und die Betroffenen ihren Tod akzeptieren.

„Ich erlebe unsere Gäste sehr dankbar und erleichtert. In den meisten Fällen akzeptieren sie ihren Tod und konnten ihre psychischen Belastungen abbauen.“ (Transkription des Interviews mit J. B., S. 57).

Zum Sterbeprozess gehört es auch, seinen Tod zu akzeptieren. Dies ist nicht bei allen Betroffenen der Fall, manche akzeptieren ihn nie.

„Ja, das Leben bringt immer wieder neue Herausforderungen mit sich, ganz besonders in der letzten Lebensphase, weil einfach so viele Gefühle und Gedanken bei unseren Bewohnern aufkommen. Es ist nicht immer leicht, wenn die Menschen ihren bevorstehenden Tod noch nicht akzeptieren und man sie darauf vorbereiten muss, ihren letzten Lebensweg zu gestalten.“ (Transkription des Interviews mit D. H., S. 64).

Darüber hinaus ergibt sich eine Krise im Sterbeprozess, wenn die Betroffenen ihre Situation nicht mehr aushalten. Dann sind auf jeden Fall Kriseninterventionen gefragt (Anlage III- Transkription des Interviews mit D. H., S. 69).

Kategorie 8: Behandlungsmöglichkeiten

Die Auswertung hat ergeben, dass in der Hospizarbeit ein umfassendes Angebot an Behandlungsmöglichkeiten besteht. Das ist zum einen das generelle Vier-Säulen-Konzept der Hospizarbeit, mit welchem medizinische, pflegerische, seelsorgerische und psychosoziale Behandlungen geleistet werden. Zum anderen sind es die einzelnen Angebote, die innerhalb dieser Bereiche erfüllt werden. Zusammenfassend wurde herausgearbeitet, dass es verschiedene Behandlungsmöglichkeiten gibt, um die Lebensqualität der Betroffenen wieder herzustellen. Dies geschieht durch Schmerztherapie, womit die Schmerzen und Leiden der Betroffenen gelindert werden, oder durch die Symptombehandlung. Wichtig bei der Hospizarbeit ist, dass keine Behandlungen durchgeführt werden, die das Leben verkürzen oder verlängern würden. Jeder stirbt seinen natürlichen Tod.

„Die ganze Hospizarbeit ist darauf ausgerichtet, die letzten Wünsche zu erfüllen. Dafür gibt es die vier Kernbereiche, (...). Wie gesagt, wir arbeiten daran, dass unsere Gäste ihre Ängste und Sorgen vor dem Sterben verlieren. (...) und [behandeln] mit speziellen Mitteln, [um] die Lebensqualität zu erhalten und die Lebenssituation zu verbessern. Natürlich nur mit welchen, denen unsere Gäste zustimmen. Die Schmerztherapie ist ein wesentlicher Teil. Hiermit können wir unseren Gästen die Lebensqualität für den Tag bieten. Aber auch die Symptombehandlung ist in vielen Fällen wichtig.“

Das gesamte Konzept ist auf Palliative Care ausgelegt (...). Außerdem führen wir keine lebensverlängernden Maßnahmen durch, aber auch keine die das Leben verkürzen.“ (Transkription des Interviews mit J. B., S. 56).

Es hat sich jedoch auch ergeben, dass nicht immer alle Leiden durch die aktuellen Behandlungsmöglichkeiten gelindert werden können. Manchmal stößt die Medizin an ihre Grenzen. Dennoch besteht ein weitreichendes Angebot, womit die Leiden umfangreich gelindert werden können (Anlage IV – Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G., S. 76). Eine der letzten Möglichkeiten wäre hierbei beispielsweise das künstliche Koma, womit die Betroffenen in einen verringerten Bewusstseinszustand versetzt werden (Anlage IV – Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G., S. 76). Weitere Wichtige Behandlungsmöglichkeiten sind die psychologische Begleitung und Behandlung der Betroffenen. Hierunter fallen zum Beispiel Gesprächsführungen, oder die medizinische Behandlung mit einem Antidepressivum (Anlage IV – Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G., S. 80).

Kategorie 9: Sterbehilfe

Grundsätzlich haben sich die Aussagen darüber, ob der Wunsch nach Sterbehilfe von Betroffenen geäußert wird, unterschieden. Es gab zwei Aussagen darüber, dass es in der Hospizarbeit vorkommt, dass die Betroffenen den Wunsch nach Sterbehilfe äußern. Im dritten Interview wurde erwähnt, dass keine Erfahrungen mit dem Wunsch nach Sterbehilfe, seitens der Betroffenen, gemacht wurden, es jedoch vorkommen kann, dass die Angehörigen danach fragen (Anlage III – Transkription des Interviews mit D. H., S.69). Des Weiteren konnten die Aussagen darüber gebündelt werden, welche Hintergründe sich hinter dem Wunsch nach Sterbehilfe verbergen. In zwei Interviews wurde erwähnt, dass man darauf achten muss, dass der Wunsch nach Sterbehilfe nicht zwangsläufig wirklich der Wunsch ist zu sterben, sondern sich dahinter im eigentlichen Sinne die Botschaft verbirgt, unter den aktuellen Umständen nicht mehr leben zu wollen.

„Meiner Meinung nach ist es aber auch so, dass die Menschen, die nach Sterbehilfe fragen, eigentlich nicht sterben möchten, sondern sie möchten bloß nicht leiden und das zeugt davon, dass ihnen unbekannt ist, welche Behandlungsmöglichkeiten ihnen zur Verfügung stehen und sie bisher einfach schlecht begleitet wurden.“ (Transkription des Interviews mit J. B., S. 59).

An diesem Zustand kann man jedoch arbeiten und die Lebensqualität, sowie den Sinn des Lebens wieder herstellen. Ein weiteres Motiv für den Wunsch nach Sterbehilfe zeigt sich darin, dass Menschen zu wenig über ihre Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden und somit aus Angst vor Leid und Schmerz im Sterbeprozess den Wunsch nach Sterbehilfe hegen, damit sich ihre Ängste nicht verwirklichen. Erfahrungsgemäß zeigt sich jedoch, dass der Wunsch schnell wieder schwindet, wenn ein Gespräch mit einem Palliativmediziner stattgefunden hat und die Betroffenen die Sicherheit erlangen, auf weitere Behandlungsmöglichkeiten zurückgreifen zu können.

„Und meistens, wenn einer das Gespräch aufgenommen hat, ist der Wunsch wieder verschwunden.“ (Transkription des Interviews mit J. B., S. 57).

Die Hospizarbeit spricht sich gegen Sterbehilfe aus (Anlage II – Transkription des Interviews mit J. B., S. 58) und sieht die Sterbebegleitung als bessere Möglichkeit, um die Betroffenen angemessen zu versorgen. Zwei der Interviewten Personen erwähnten, dass Sterbehilfe unter ganz klaren Richtlinien legalisiert werden könnte und eine weitere Behandlungsmöglichkeit bieten würde, dies jedoch nicht unbedingt befürwortet wird, oder wünschenswert ist, da einige Folgen durch die Legalisierung befürchtet werden.

„Also ich meine, dass man unter ganz klaren Richtlinien Sterbehilfe leisten könnte.“ (Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G., S. 79).

„Ich finde eine Legalisierung nicht wünschenswert, aber unter ganz klaren Regeln, könnte Sterbehilfe legalisiert werden und dann auch eine letzte Möglichkeit sein. Was ich aber auch an dieser Stelle nicht unbedingt befürworten würde.“ (Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G., S. 81).

Durch die Legalisierung könnten keine Versorgungslücken geschlossen werden. Folgen der Legalisierung, welche sich im Rahmen der Auswertung herauskristallisiert haben, die befürchtet werden würden, wären dass generell die Nachfragen nach Sterbehilfe steigen würden, sich Betroffene vorschnell für ihren Tod entscheiden und sich ihrem Schicksal geschlagen geben würden. Des Weiteren könnten sich Betroffene auch aus Unwissenheit über andere Behandlungsmöglichkeiten dazu entscheiden Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen (Anlage II – Transkription des Interviews mit J. B., S. 60).

Sterbehilfe könnte dazu führen, dass sich Menschen aus einer nicht aushaltbaren Lebenssituation befreien würden. Darüber hinaus wird befürchtet, dass die Legalisierung zu erhöhtem Missbrauch führen würde (Anlage III – Transkription des Interviews D. H., S. 71). Für die Mitarbeiter hätte die Legalisierung zur Folge, dass sie entgegen ihrer beruflichen Überzeugung handeln müssten. Um der Legalisierung entgegen zu wirken, müssten erweiterte Angebote, wie zum Beispiel spezialisierte Beratungsangebote, Tage der offenen Tür oder mehr Werbung für Hospizarbeit, eingeführt werden (Anlage III – Transkription des Interviews mit D. H., S. 72).

Kategorie 10: Versorgungslücken

Im gesamten konnten durch die Auswertung der Interviews verschiedene Versorgungslücken in der Hospizarbeit herausgearbeitet werden. Wiederholt haben sich die Aussagen darüber, dass allgemein ein unzureichender Wissensstand über die Palliativmedizin besteht.

„Die Palliativmedizin ist noch recht jung und nicht allzu weit verbreitet. Selbst viele Ärzte wissen nicht, über die Möglichkeiten der Palliativmedizin, wie soll es dann die Gesellschaft wissen? Die Palliativmedizin ist noch nicht ausreichend in der Gesellschaft und der Medizin verankert.“ (Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G., S. 80).

„Eine Schwachstelle im Sinne von allgemeinem Wissensstand, denn Behandlungsmöglichkeiten gibt es ausreichend, sie sind nur nicht jedem bekannt.“ (Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G., S. 80). Selbst die Ärzte wissen zum Teil nicht über die medizinischen Möglichkeiten Bescheid und können dem zur Folge keine gute Begleitung schwerstkranker Menschen umsetzen. Die Menschen benötigen die Sicherheit auf weitere medizinische Maßnahmen und können nur dadurch den Sinn des Lebens wieder neu entdecken, was den gesamten Sterbeprozess erträglicher gestaltet. Damit diese Versorgungslücke geschlossen werden kann, sollte Palliativmedizin mindestens für Ärzte im Grundstudium verankert werden. Aber auch alle anderen Mitarbeiter sollten sich in diesem Bereich verpflichtend fortbilden. Hierfür muss sich die Hospizarbeit stark machen (Anlage IV – Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G., S. 82). Darüber hinaus würde sich hierdurch auch das Personal qualifizieren und zur Qualität in der Hospizarbeit beitragen. Des Weiteren könnten die Versorgungslücken in der Hospizarbeit dadurch geschlossen werden, indem daran angesetzt wird, den Personalschlüssel zu erhöhen und die Multiprofessionalität der Teams auszubauen. Insgesamt können Versorgungslücken geschlossen werden, wenn man vermehrt auf das Konzept im Sinne des Palliative Care zurückgreift. Hierdurch kann eine umfassenderer Betreuung gewährleistet werden (Anlage III – Transkription des Interviews mit D. H., S. 71). Umgesetzt werden könnte dies zum Beispiel dadurch, dass die Vernetzung von Ärzten, Hospizern, Palliativstationen, Krankenhäusern, Sozialarbeitern und allen anderen gesteigert wird (Anlage II – Transkription des Interviews mit J. B., S. 60).

4.3 Gütekriterien der Ergebnisse

Im dritten Kapitel wurden unter Punkt 3.6 bereits die Gütekriterien der Forschung beschrieben. Diese werden nun stichhaltig auf die Forschungsergebnisse bezogen.

Verfahrensdokumentation: Alle geführten Interviews wurden mit einem Tonband aufgezeichnet, somit konnten die Ergebnisse sichergestellt werden. Im Anhang liegen die transkribierten Interviews und die Auswertung der Ergebnisse vor (Anlage II – Anlage VII).

Nähe zum Gegenstand: Diese wurde hergestellt, indem direkt im Untersuchungsfeld untersucht wurde und hierdurch direkt das Alltagsfeld der Beforschten inbegriffen war.

Argumentative Interpretationsabsicherung: Der Interviewleitfaden wurde aus der Theorie heraus entwickelt. Dem zur Folge waren die Interviews theoriegeleitet aufgebaut.

Regelgeleitetheit: Das erhobene Material wurde für die Auswertung sinnvoll unterteilt. Vorerst wurden hierfür jedoch die Analyseschritte festgelegt. Somit wurde die Auswertung systematisch durchgeführt.

Kommunikative Validierung: Die Ergebnisse der Interviews wurden den Interviewpartnern zur Überprüfung zugestellt. Diese fanden sich in der Auswertung wieder und bestätigten die Richtigkeit.

4.4 Zusammenfassung

Die oberen Abschnitte beschreiben, wie die Datenanalyse umgesetzt wurde. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse der Datenauswertung präsentiert. Im Folgenden werden nochmals die prägnantesten Ergebnisse kurz zusammengefasst. Insgesamt wurden drei Interviews geführt, mit einem Tonbandgerät aufgenommen und später nach den Regeln nach Dresing und Pehl (2013) transkribiert. Schließlich wurden sie nach dem Ablaufmodell nach Mayring (2002), der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Hierbei wurden insgesamt 10 Kategorien herausgebildet, welche die Beantwortung der Haupt- und Teilfragen der vorliegenden Untersuchung ermöglichen. Insgesamt hat sich ein einheitliches Verständnis darüber gezeigt, was unter der Hospizarbeit verstanden wird. Nämlich die umfassende Sterbebegleitung für schwerstkranke Menschen. Die Sterbebegleitung findet entweder auf einer Palliativstation statt, wobei die Behandlung und Stabilisierung des Krankheitsverlaufs im Vordergrund stehen, oder sie wird von ambulanten oder stationären Hospizdiensten angeboten, wobei Betroffene versorgt werden, die als austherapiert gelten und ihre letzten Lebensstage verbringen.

Die Sterbebegleitung beinhaltet vier Kernbereiche, welche eine umfassende Begleitung ermöglichen. Hierunter fallen die medizinische, pflegerische, seelsorgerische und psychosoziale Versorgung der Betroffenen, wobei die anfallenden Aufgaben von unterschiedlichen, fachkundigen Berufsgruppen erfüllt werden. Letztlich sind alle Mitarbeiter an der Sterbebegleitung beteiligt und dabei insbesondere an der psychosozialen Versorgung beteiligt. Die psychosoziale und die medizinische Versorgung bilden die wesentlichen Bereiche der Sterbebegleitung, die es ermöglichen, den Sterbeprozess für die Betroffenen erträglicher zu machen. Dabei gestaltet sich der Sterbeprozess immer individuell und ist oftmals mit vielen Ängsten, Sorgen und Leid, verbunden, die verursachen, dass das Leben nicht mehr als lebenswert betrachtet wird. Durch eine gute Schmerztherapie, Symptombehandlung und psychosoziale Begleitung können jedoch in den meisten Fällen die Ängste, Sorgen und das Leid verarbeitet werden, so dass bis zuletzt die Lebensqualität erhalten bleibt. Darüber hinaus haben die Betroffenen individuelle Wünsche und Bedürfnisse,

wie beispielsweise die Erfüllung eines letzten Lebenstraums oder der existenzielle Wunsch, nach dem Tod nicht mehr leiden zu müssen. Die Hospizarbeit verfolgt das Ziel, den Betroffenen ihre letzten Wünsche zu erfüllen und ihnen die letzten Lebenstage so schön wie möglich zu gestalten. Durch den großen Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitern, die den Alltag verschönern, den Medizinerinnen und Pflegern, die körperlichen, aber auch psychischen Belastungen abnehmen und dem Einsatz von Psychologen, Sozialarbeitern und Seelsorgern können größtenteils die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner erfüllt werden. Dies verdeutlicht den positiven Verlauf des Sterbeprozesses, durch eine umfassende Sterbebegleitung. Dennoch sollte in diesem Rahmen auch erwähnt werden, dass nicht immer alle Wünsche und Bedürfnisse erfüllt werden können, da die Medizin an ihre Grenzen stößt, die Ressourcen zu knapp sind, oder der Krankheitsverlauf dies verhindert. Hiermit werden wiederum Versorgungslücken in der Hospizarbeit verdeutlicht. Weiterführend wird auf das Themengebiet Sterbehilfe Bezug genommen. Der Wunsch nach Sterbehilfe ist nicht allzu präsent in der Hospizarbeit. Vereinzelt fragen Betroffene oder Angehörige danach, um das Leiden zu beenden. Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass in diesem Falle weniger der Wunsch nach sterben gemeint ist, sondern vielmehr die Botschaft dahinter steht, unter den aktuellen Umständen nicht mehr leben zu wollen. Da es aber weitreichende medizinischen Möglichkeiten gibt, kann der Wunsch, durch ein Gespräch mit einem Palliativmediziner schnell wieder schwinden. Denn hierdurch erlangen die Betroffenen die Sicherheit, dass sie auf weitreichende Behandlungsmaßnahmen zurückgreifen können, die es ermöglichen, nicht leiden zu müssen. Oftmals wissen die Betroffenen einfach nicht über ihre Möglichkeiten Bescheid. Die Interviewauswertung hat ergeben, dass die Sterbehilfe eine weitere medizinische Möglichkeit in der Sterbebegleitung sein könnte, wenn sie unter ganz klaren Richtlinien eingesetzt wird. Die Interview-Partner haben sich jedoch mehrheitlich ausdrücklich dagegen ausgesprochen. Die Legalisierung der Sterbehilfe sei nicht nötig und nicht wünschenswert, da sie schwerwiegende Folgen hätte und die aktuellen Strukturen der Sterbebegleitung dafür sorgen, dass der Wunsch nach dem Todscheidet.

Kapitel 5 Schlussfolgerungen

Im folgenden Kapitel werden Schlussfolgerungen für die gesamte Untersuchung gezogen. In Bezug auf die theoretischen Grundlagen aus dem zweiten Kapitel, sowie den Auswertungsergebnissen aus dem vierten Kapitel, werden die Hauptfrage und die Teilfragen der Untersuchung beantwortet. Hierzu wird sich auf die Überschneidungspunkte zwischen den theoretischen Grundlagen und denen der Auswertung bezogen. Darüber hinaus werden Empfehlungen für Folgestudien erläutert. Schließlich folgt eine Stärken und Schwächen Analyse für die vorliegende Bachelor-Thesis, sowie eine Diskussion über den gesamten Forschungsprozess.

5.1 Schlussfolgerungen zu den Teilfragen

Teilfrage 1: Wie gestaltet sich aktuell die Sterbebegleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in Hospizen?

Mit dieser Teilfrage wurde sich auf die Sterbebegleitung im Sozial- und Gesundheitswesen beschränkt. Hierunter fallen insbesondere die Hospizdienste und Palliativstationen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 2, 2003).

Dies wurde durch diverse Aussagen der Interviewpartner bestätigt. In dem Interview mit Dr. med. A. G., wurde explizit darauf hingewiesen, dass man in der Hospizarbeit zwischen Hospizdiensten und der Palliativversorgung unterscheidet. Hospizdienste sind stationäre oder ambulante Angebote für Schwerstkranke, die als austherapiert gelten und ihre letzten Lebenstage verbringen. In der Palliativversorgung wird hingegen das Ziel verfolgt, den Krankheitsverlauf zu behandeln und zu stabilisieren. In beiden Bereichen wird jedoch Sterbebegleitung geleistet (Anlage IV – Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G.). Dies geht ebenso aus den theoretischen Grundlagen unter Punkt 2.2 hervor (Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 2, 2003). Aktuell werden schwerstkranke und sterbende Menschen nach einem Vier-Säulen-Konzept, im Sinne des Palliative Care Konzepts, begleitet. Ein wichtiger Ansatz ist das Betreuungskonzept „Palliative Care“, welches von der WHO (2002) (In: Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J.) wie folgt definiert wird:

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J., Abs. 3).

Unter dem Vier-Säulen-Konzept sind die medizinische, pflegerische, seelsorgerische und psychosoziale Versorgung der Betroffenen zu verstehen, welche durch den Einsatz von multiprofessionellen Teams, in denen Ärzte, Pfleger, Psychologen, Sozialarbeiter und ehrenamtliche Mitarbeiter tätig sind. Darüber hinaus werden die Angehörigen in die Sterbebegleitung miteinbezogen (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J.).

Zum einen wird auf ihr Engagement gesetzt, um den Betroffenen einen schönen Alltag zu beschern und letzte Dinge zu erledigen und zum anderen stehen ihnen ebenso verschiedene Angebote der Trauerbegleitung, im Rahmen der Sterbebegleitung zur Verfügung. Die Betroffenen selbst erhalten verschiedenste Behandlungsmaßnahmen, um ihre Leiden zu lindern und die Lebensqualität zu erhalten (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V., o. J.). Dazu werden insbesondere die Schmerztherapie, Symptombehandlung und psychosoziale Begleitung, aber auch die körperliche Pflege, sowie die der medizinischen Angelegenheiten gezählt. Die gesamte Hospizarbeit ist darauf ausgerichtet, den Betroffenen ihre letzten Wünsche zu erfüllen, sofern die Möglichkeiten dazu bestehen. Das bedeutet unter anderem, dass man ihnen Geschichten vorliest, sie spazieren fährt o.ä.. Im gesamten betrachtet, werden Schwerstkranke durch die aktuelle Sterbebegleitung so umsorgt, dass ihre Leiden gelindert werden, Lebensqualität hergestellt wird und der Sterbeprozess erträglicher wird.

Teilfrage 2: Welche Erfahrungen sammeln die Mitarbeiter in Hospizen in Bezug auf die aktuelle Form der Sterbebegleitung?

In diesem Rahmen wurde beschrieben, dass man die Betroffenen während ihres Sterbeprozesses unterschiedlich wahrnimmt. Einige können sich mit ihrem Tod noch nicht abfinden, andere hingegen haben diesen bereits akzeptiert. Sofern die Betroffenen ihren Tod nicht akzeptieren, oder Leid verspüren, stehen die Mitarbeiter während der Begleitung teilweise vor Herausforderungen. Beispielsweise der Erschwerte Zugang zu Betroffenen oder die Ausschöpfung medizinischer Möglichkeiten und Ressourcen.

Wie bereits in den theoretischen Grundlagen beschrieben, stellt der Sterbeprozess eine Krise im Lebensverlauf des Menschen dar.

Dies beruht auf den theoretischen Grundlagen nach Elisabeth Kübler-Ross (2012), welche in ihrem Werk „Interviews mit Sterbenden“ fünf Phasen des Sterbens ausgearbeitet hat (Kübler-Ross, 2012). Die fünf Phasen sind „Nicht wahrhaben wollen und Isolierung, Zorn, Verhandlung, Depression und Zustimmung“. In den Interviews wurden diese Phasen nicht explizit angesprochen. Dennoch wurden sie während des Auswertungsprozesses an verschiedenen Stellen deutlich. Sie spiegelten sich besonders in den Aussagen über die Wünsche, Bedürfnisse, Ängste und Sorgen, Gefühle und Gedanken der Betroffenen wieder. Deutlich wurde dies zum Beispiel anhand der Aussagen, dass nicht alle Betroffenen ihren bevorstehenden Tod akzeptieren, oder aber dass Gefühle wie Wut, Trauer und Verzweiflung aufkommen, die Emotionen hochfahren und der Frust an den Mitarbeitern ausgelassen wird. Dies sind typische Merkmale für die zweite Phase „Zorn“ nach Elisabeth Kübler-Ross (2012). In diesem Zusammenhang wurde jedoch erwähnt, dass die Mitarbeiter auf diverse Situationen vorbereitet sind und damit einen Umgang finden. Wichtig ist es, dass man die Betroffenen angemessen durch diese Phasen begleitet. Ebenso wird dies von dem nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland und der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (2014) erwähnt. Grundsätzlich wurde beschrieben, dass mit den aktuellen Versorgungsstrukturen positive Erfahrungen gesammelt werden. Anhand des Feedbacks der Angehörigen, erhalten die Mitarbeiter die Rückmeldung, dass eine gute Sterbebegleitung stattgefunden hat. Darüber hinaus zeigen die Erfahrungen, dass das Leid, sowie die Ängste und Sorgen durch die Sterbebegleitung abgebaut oder verarbeitet werden konnten und die Betroffenen ihren Tod akzeptieren konnten. Dennoch wurden auch gegenteilige Erfahrungen gesammelt. Zum Beispiel wenn, wie oben angesprochen, die Medizin an ihre Grenzen stößt und die Betroffenen Leid verspürten. Dann steht die Sterbebegleitung vor Herausforderungen und kann nicht für jeden Bewohner zufriedenstellend geleistet werden. In diesem Rahmen kann auch der Wunsch geäußert werden, das Leiden vorzeitig zu beenden.

Teilfrage 3: Können die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen, anhand der aktuellen Versorgungsstrukturen, befriedigt werden? Wenn nein, welche Auswirkungen hat das auf die Mitarbeiter und deren Tätigkeit?

Die Betroffenen haben unterschiedlichste Wünsche und Bedürfnisse wobei sich die Wünsche teilweise aus den Bedürfnissen ergeben. Ein Beispiel hierfür sind Schmerzen. Diese erwecken grundlegend das Bedürfnis, diese zu lindern und eröffnen damit den Wunsch auf eine schmerztherapeutische Behandlung. Detlev Zech beschreibt (1994) vier Kernbedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen. Diese wurden in den theoretischen Grundlagen unter Punkt 2.1.2 erläutert. Hierunter fallen die folgenden vier Kernbedürfnisse:

- Im Sterben nicht allein gelassen zu werden, sondern an einem vertrauten Ort (möglichst zu Hause) inmitten vertrauter Menschen zu sterben.
- Im Sterben nicht unter starken körperlichen Beschwerden (z.B. Schmerzen) leiden zu müssen.
- Die Regelung letzter Dinge (unerledigter Geschäfte).
- Das Stellen der Sinnfrage (z.B. nach dem Sinn des Lebens und Sterbens) und das Erörtern der Frage nach dem Danach.
(Zech, 1994, S. 86).

Dies beschreibt ebenso die Bedürfnisse und Wünsche, welche im Rahmen der Auswertung herausgearbeitet wurden. Leider können davon nicht immer alle Wünsche und Bedürfnisse befriedigt werden. Allein der Wunsch danach an einem vertrauten Ort zu sterben, ist für viele Menschen nicht möglich, da aufgrund des Krankheitsverlaufs ein so hoher Behandlungsbedarf besteht, dass dieser in der gewohnten Umgebung nicht geleistet werden kann.

Gründe hierfür können auch sein, dass der Pflegebedarf so hoch ist, dass die Möglichkeiten nicht ausreichen, um jemanden Zuhause zu pflegen. Das Kernbedürfnis nicht unter starken körperlichen Beschwerden leiden zu müssen, kann leider auch nicht in allen Fällen erfüllt werden. Es besteht zwar ein breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten, aber irgendwann stößt auch die Medizin auch an ihre Grenzen. Dennoch wurde die Erfahrung gemacht, dass die Behandlungsmöglichkeiten in den meisten Fällen ausreichen, um die Schmerzen und so zu lindern, dass kein Leiden mehr verspürt wird. Eine letzte Möglichkeit hierfür wäre das künstliche Koma, bei dem ein Mensch in einen verringerten Bewusstseinszustand versetzt wird. Des Weiteren können die individuellen Wünsche der Betroffenen nicht alle erfüllt werden. Sei es der Wunsch danach, die Hochzeit der eigenen Kinder mitzuerleben, oder eine Theateraufführung zu besuchen. Aus gegebenem Anlass ist dies nicht immer möglich. Trotz allem wird aber stetig versucht, die Wünsche weitestgehend zu erfüllen. Sofern die Situation belastend für die Betroffenen wird, wird nochmals verstärkt ein Blick auf die psychosoziale Begleitung geboten. Diese wird umfassend von allen Mitarbeitern gewährleistet. Darüber hinaus werden eigens dafür professionelle Mitarbeiter eingesetzt. Die Erfahrung zeigt, dass hiermit eine gute Sterbebegleitung ermöglicht wird. Des Weiteren bestehen fünf Leitlinien für die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, welche in der Charta der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e.V. und der Bundesärztekammer (2010) zum Thema „Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ veröffentlicht wurden. Hieran orientiert sich die Hospizarbeit, um sich stetig weiterzuentwickeln, sowie eine umfassende, qualifizierte Sterbebegleitung zu ermöglichen (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. & Bundesärztekammer, 2010).

Teilfrage 4: Wie wird speziell die Forderung nach Sterbehilfe betreut und begleitet?

Es wird nur von einem sehr kleinen Teil der Betroffenen nach Sterbehilfe gefragt. Die Auswertung hat ergeben, dass es wenige Erfahrungen damit gibt. Es geht aber aus den theoretischen Grundlagen hervor, dass der Wunsch nach Sterbehilfe in den meisten Fällen nicht wirklich der Wunsch des Sterbens ist, sondern der eigentliche Wunsch, unter den Umständen nicht mehr leben zu wollen. Hierfür sind individuelle Ängste, Sorgen, Gefühle und Gedanken verantwortlich. Die Betroffenen möchten niemandem zur Last fallen, oder haben große Angst vor einem schmerzvollen und qualvollen Tod. Die Erfahrungen zeigen, dass dies meistens daran liegt, dass die Betroffenen zu wenig über ihre Möglichkeiten aufgeklärt werden. Oftmals wissen sie nicht, welche Behandlungen sie erhalten können und dass sie darüber entscheiden können, welche Behandlungen eingesetzt werden. Im Gesamten betrachtet lässt sich jedoch sagen, dass sich Betroffene einen würdevollen Tod, ohne Leid und Schmerz wünschen, sowie eine umfassende Begleitung in dieser schwierigen Lebensphase bis hin zum Todeseintritt. Insbesondere die Ängste vor unerträglichen Schmerzen und einem qualvollen Tod spielen eine wichtige Rolle im Sterbeprozess (Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland & Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 2014). Diese können zunehmend den Wunsch nach Selbstbestimmung erwecken, um das Bedürfnis nach völliger Kontrolle zu bewahren. In Folge dessen kann der Wunsch nach Selbstverwirklichung bis dahin reichen, dass Betroffene den Wunsch haben, den Todeseintritt vorzeitig herbeizuführen (Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 2014). In der Stellungnahme des Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) und der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) wird erwähnt: „Suizidale Äußerungen und suizidale Handlungen hingegen dürfen nicht als Ausdruck des unbedingten Willen zum Sterben verstanden werden sondern als ein Ausdruck der Befindlichkeit, unter den derzeit gegebenen Umständen nicht mehr weiter Leben zu können.“

(Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland & Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 2014, S. 1).

Im Falle dass jemand speziell den Wunsch nach Sterbehilfe äußert, wird sich für die Person Zeit genommen. Man schenkt den Wünschen und Ängsten Raum. Die Betroffenen werden ernst- und wahrgenommen. Man interessiert sich für sie und bietet ihnen weitere Maßnahmen an. Eine spezielle Maßnahme stellt der Kontakt zu einem Palliativmediziner dar. Er informiert die Betroffenen über mögliche Behandlungsmaßnahmen. Die Erfahrungen zeigen, dass nach einem solchen Gespräch, der Wunsch nach Sterbehilfe in den meisten Fällen schnell wieder verschwand. Meist beruhigt es die Betroffenen bereits, wenn sie die Sicherheit erlangen, kein Leid verspüren zu müssen und spezielle Behandlungsmaßnahmen dafür kennen. Um dem Wunsch nach Sterbehilfe angemessen zu begegnen, ist, wie bereits oben angesprochen, die psychosoziale Begleitung wichtig. Diese wird insbesondere durch intensive Gesprächsführungen mit Psychologen, Sozialarbeitern oder Seelsorgern initiiert. Auch hier zeigen die Erfahrungen, dass dadurch die Ängste und Sorgen verarbeitet werden können und der Wunsch nach Sterbehilfe schwindet.

Teilfrage 5: Welche Veränderungen würde die Legalisierung der Sterbehilfe für Mitarbeiter in Hospizen implizieren?

Grundsätzlich ist die Sterbehilfe in Deutschland nicht explizit durch eine eigene gesetzliche Regelung bestimmt, sondern ergibt sich aus den Bestimmungen der Strafgesetzgebung. Aufgrund verschiedener Gesetzgebungen ist sie jedoch strafbar (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2015).

Welche genauen Veränderungen die Legalisierung der Sterbehilfe zur Folge hätte, kann nicht zu 100% beantwortet werden. Die Auswertung hat ergeben, dass es keine allgemein gefassten Folgen gibt. Es wurden lediglich Vermutungen und Befürchtungen geäußert. Eine dieser Befürchtungen ist die ansteigende Nachfrage nach Sterbehilfe, da sich die Betroffenen vorzeitig aus einer für sie nicht aushaltbaren Situation befreien wollen. Darüber hinaus wird vermutet, dass der Missbrauch von Sterbehilfe ansteigen könnte, indem Sterbehilfe „unter der Hand“ durchgeführt wird, da der Dokumentationsaufwand ansonsten enorm hoch wäre. Eine weitere Veränderung, welche in Folge der Legalisierung eintreten könnte, wäre die veränderte Sichtweise der Gesellschaft über Leben und Tod. Ein Mensch, der „keinen Nutzen“ mehr liefert, sondern vielmehr anderen zur Last fällt, führt kein lebenswertes Leben mehr und sollte dieses beenden. Dies stellt nun aber eine weit hergeholte Vermutung dar. Die Legalisierung hätte auf jeden Fall zur Folge, dass alle Mitarbeiter über ihre berufsethischen Prinzipien nachdenken müssten. Mit der Legalisierung der Sterbehilfe, wäre es in der Hospizarbeit jedenfalls so, dass man entgegen seiner eigentlichen Überzeugung handeln müsste (Anlage IV – Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G.). Die Hospizarbeit verfolgt das Ziel, jeden Menschen seinen natürlichen Sterbeprozess durchleben zu lassen und keine lebensverlängernden oder lebensverkürzenden Maßnahmen einzusetzen (Anlage IV -Transkription des Interviews von Dr. med. A. G., S. 78 f.). Man muss jedoch nicht befürchten, dass die Hospizarbeit gänzlich zurück gestellt werden würde. Dennoch müsste die Hospizarbeit verstärkt auf sich und ihre Möglichkeiten aufmerksam machen. Der Gedanke ein Hospiz als Sterbehaus anzusehen, müsste dahingehend gewandelt werden, dass ein Hospiz ein Haus des Lebens ist, indem nicht der Tod im Vordergrund steht, sondern der Prozess, die letzten Lebensstage so schön wie möglich zu gestalten. Darüber hinaus hätte die Legalisierung zur Folge, dass die Mitarbeiter noch sensibler auf bereits kleinste Anzeichen achten und direkt intervenieren müssten.

5.2 Schlussfolgerung zu der Hauptfrage

Hauptfrage: Würde aus Sicht der HospizmitarbeiterInnen die Legalisierung der Sterbehilfe zur angemessenen Sterbegleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen, im Kontext der Hospizarbeit, beitragen?

Im Folgenden wird die Forschungsfrage auf Basis der Ergebnisse, Beantwortung der Teilfragen und der theoretischen Grundlagen beantwortet. Grundsätzlich haben die theoretischen Grundlagen, sowie die Auswertung der Ergebnisse gezeigt, dass der Sterbeprozess eine Krise im Lebensverlauf darstellt (Kübler-Ross, 2012). Der Sterbeprozess gestaltet sich individuell. Hierbei durchlaufen die Betroffenen nach Elisabeth Kübler-Ross (2012) fünf verschiedene Phasen. Insgesamt kann gesagt werden, dass innerhalb der Phasen verschiedene Verarbeitungsprozesse ablaufen, welche von Emotionen, Gefühlen und Wünschen geprägt werden (Kübler-Ross, 2012). Die Erkenntnis, dass bei den Betroffenen am meisten die Angst vor einem qualvollen Tod im Vordergrund steht und sie sich wünschen einen würdevollen Tod, ohne Leid und Schmerz zu erleben, wurde sowohl durch theoretischen Grundlagen, als auch durch die Datenauswertung belegt. Diese Ängste können zunehmend den Wunsch nach Selbstbestimmung erwecken, um das Bedürfnis nach völliger Kontrolle zu bewahren. In Folge dessen kann der Wunsch nach Selbstverwirklichung bis dahin reichen, dass Betroffene den Wunsch haben, den Todeseintritt vorzeitig herbeizuführen (Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland & Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, 2014). Die Auswertung hat ergeben, dass dies aber nur auf wenige Einzelfälle zutrifft.

Ohnehin ist die Durchführung von Sterbehilfe, auf Basis der Gesetzgebung in Deutschland, strafbar (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2015).

Die Legalisierung wird dennoch kontrovers diskutiert. In den Diskussionen geht es immer wieder darum, die Selbstbestimmung und Autonomie der Betroffenen zu wahren, welche unter die allgemeine Handlungsfreiheit fällt (Art. 2 I GG), im Gegensatz zu der gesundheitlichen Fürsorge und dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 II GG). Auch wenn die Auswertung ergeben hat, dass sich bei den Betroffenen zunehmend der Wunsch nach Selbstbestimmung offenbart, zeigen die beruflichen Erfahrungen, dass dieser Wunsch durch eine angemessene Sterbegleitung wieder schwinden kann. Der gesamte Analyseprozess hat ergeben, dass die Legalisierung von Sterbehilfe nicht gänzlich abwegig ist. Sie könnte eine weitere, oder eine letzte medizinische Maßnahme sein, die aber nur unter ganz klaren Richtlinien eingesetzt werden dürfte. Hierzu müssten dem zur Folge eindeutige Gesetzgebungen geschaffen werden, welche regeln, wem und unter welchen Umständen Sterbehilfe geleistet werden darf (Anlage IV – Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G.). Hier befindet man sich an dem Punkt, mit dem sich die gesamten Debatten zum Thema Legalisierung der Sterbehilfe befassen. Im Allgemeinen sind die Mitarbeiter jedoch der Meinung, dass Sterbehilfe eine letzte medizinische Maßnahme sein könnte, die Legalisierung aber unter keinen Umständen wünschenswert oder nützlich ist. Es werden zu viele Veränderungen und Verschlechterungen befürchtet. Frau Dr. med. A. G. erwähnte, dass die Legalisierung der Sterbehilfe zu keinen Verbesserungen in der Sterbegleitung beitragen, geschweige denn Versorgungslücken in der Hospizarbeit schließen würde (Anlage IV – Transkription des Interviews mit Dr. med. A. G.). Es besteht die Überzeugung, dass die aktuellen Versorgungsstrukturen für schwerstkranken und sterbende Menschen so viele Möglichkeiten bieten, dass eine angemessene Sterbegleitung gewährleistet wird. Dies basiert auf den positiven Erfahrungen mit den aktuellen Strukturen der Sterbegleitung. Darüber hinaus bildet die Charta- zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, die Grundlage für alle Arbeitsfelder in der Hospizarbeit (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. & Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. & Bundesärztekammer, 2010).

Hierin werden fünf Leitlinien zu den Betreuungsgrundlagen beschrieben. Ebenso orientiert sich die Hospizarbeit an einem Grundkonzept im Sinne des Palliative Care, welches die Sterbebegleitung umfassend und angemessen gewährleistet. Dennoch gibt es in der Hospizarbeit Versorgungslücken, welche nicht verschwiegen werden können. Diese wurden mit der Beantwortung der fünften Teilfrage ausführlich beschrieben. Darüber hinaus wird erwähnt, dass die Legalisierung der Sterbehilfe diese Versorgungslücken nicht schließen würde, sondern hierzu die Ergreifung anderer Maßnahmen notwendig wäre. Mögliche Maßnahmen wären beispielsweise der verstärkte Ausbau der multiprofessionellen und interdisziplinären Teams in der Hospizarbeit, sowie der Ansatz für einen höheren Personalschlüssel, um den Betroffenen erweiterte Angebote zu bieten.

5.3 Empfehlungen

Im Folgenden werden Empfehlungen für die Praxis und für Folgestudien erläutert. Diese basieren auf den Ergebnissen der Forschung.

5.3.1 Empfehlungen für die Praxis

Zunächst werden Empfehlungen für die Praxis auf der Mikroebene beschrieben. Diese betrachtet das individuelle menschliche Verhalten, wobei die direkte Beziehung und die Kontakte der Menschen zueinander, das Hauptaugenmerk darstellen. In der vorliegenden Forschungsarbeit sind hiermit die Mitarbeiter und die Bewohner der Einrichtung gemeint. Die Ergebnisse zeigen, dass der Sterbeprozess eine Krise im Leben darstellt und von unterschiedlichen Emotionen, Gefühlen und Wünschen der Betroffenen geprägt wird. In Folge dessen können Situationen im Arbeitsalltag auftreten, die zur Herausforderung für die Mitarbeiter werden. Dies kann der Fall sein, wenn Wünsche der Betroffenen unerfüllt bleiben, oder sie sich derzeit in einer kritischen Phase des Sterbeprozesses befinden. Als Empfehlung wird ausgesprochen, dass jede Person darauf achten muss, dass unverständliche oder verletzende Handlungen der Betroffenen, keinesfalls gegen sie persönlich gerichtet sind. Hierdurch kann Verständnis für die Handlungen entwickelt werden, was wiederum den Zugang zu den Menschen erleichtert und damit den Umgang angenehmer gestaltet.

Eine weitere Empfehlung wird den Mitarbeitern und Angehörigen ausgesprochen. Es ist wichtig, dass die betroffene Person in jeglicher Hinsicht Sicherheit erlangt. Sicherheit auf weitere Behandlungsmöglichkeiten, Sicherheit ernst- und wahrgenommen zu werden, sowie die Sicherheit, nicht alleine gelassen zu werden. Deswegen wird allen Personen empfohlen, die mit der betroffenen Person in Kontakt stehen, sich umfassend mit dem Thema Tod auseinanderzusetzen. Für Angehörige bedeutet dies, dass sie Trauerarbeit in Anspruch nehmen sollten. Mitarbeiter sollten sich fort- und weiterbilden, damit sie stetig auf dem neusten Stand der Erkenntnisse sind und den Betroffenen durch fachliche Kompetenz, Sicherheit bieten können. Darüber hinaus wird empfohlen, auf kleinste Anzeichen der Unzufriedenheit der Betroffenen zu achten, denn diese könnten den Wunsch nach Sterbehilfe verstärken. Es wird empfohlen, die eigene Sensibilität hierfür zu steigern, sich darauf vorzubereiten und Interventionsmaßnahmen parat zu haben.

Auf der Mesoebene wird die Empfehlung ausgesprochen, dass die Vernetzung zwischen Krankenhäusern, Palliativstationen, Hospizdiensten und allen Einrichtungen im Gesundheitswesen, die mit der Zielgruppe im Kontakt stehen, ausgebaut werden sollten. Hierdurch können die Versorgungsstrukturen erweitert werden. Die Kooperation zwischen den einzelnen Einrichtungen und die Vermittlung der Patienten, können hierdurch schneller erfolgen.

Insgesamt würde sich das gesamte Netzwerk der Hospizarbeit erweitern, multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit bieten und somit zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der Hospizarbeit beitragen. Des Weiteren wird der allgemeinen Hospizarbeit und all ihren Einrichtungen empfohlen, sich weiterhin für die Hospizarbeit stark zu machen und diese tiefer in die Gesellschaft zu integrieren. Hierzu kann beispielsweise vermehrt Präventions- und Aufklärungsarbeit geleistet werden. Tage der offenen Tür und erweiterte Beratungsangebote wären beispielhafte Maßnahmen, die ergriffen werden sollten.

In Bezug auf die Makroebene, die gesellschaftliche Subsysteme beschreibt, können ebenfalls Empfehlungen ausgesprochen werden. Die Datenauswertung hat ergeben, dass im gesamten Gesundheitswesen unzureichendes Fachwissen über Behandlungsmöglichkeiten besteht. Es wurde kritisiert, dass die Palliativmedizin noch sehr jung und vielen gar nicht geläufig sei. Das bedeutet in der Realität, dass selbst Ärzte nur unzureichend über mögliche Behandlungsmaßnahmen informiert sind. Daraus resultiert letztendlich, dass ebenso die Gesellschaft unzureichend über ihre Möglichkeiten aufgeklärt ist. Dies wird durch verschiedene Studien bestätigt. Ein Beispiel bietet die Studie der DAK- Gesundheit. Sie liefert die Ergebnisse aus einer Bevölkerungsumfrage zum Thema Sterbehilfe, wonach sich 70 % der deutschen Bevölkerung weitere Möglichkeiten im Falle einer schweren Erkrankung wünschen, sowie sich generell jeder zweite nicht ausreichend informiert fühlt (DAK – Gesundheit, 2014). Auf Basis dessen wird empfohlen, dass die Palliativmedizin verpflichtend, im Grundstudium eines jeden Arztes, gelehrt werden sollte. Darüber hinaus sollten sich alle Mitarbeiter im Gesundheitswesen, welche mit der Zielgruppe in Kontakt stehen, verpflichtend fort- und weiterbilden, um sich die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse anzueignen und somit die Qualität der Versorgungsstrukturen zu verbessern.

Ebenso hat sich herauskristallisiert, dass eine unzureichende Kostendeckung zwischen den Hospizdiensten und den Krankenkassen besteht. Durch Rahmenvereinbarungen, werden grundlegende Standards der Hospizarbeit festgehalten, welche durch die Krankenkassen finanziert werden. Da sich ebenso herauskristallisiert hat, dass der Personalschlüssel teilweise zu gering ist, um allen Belangen der Betroffenen gerecht zu werden, wird empfohlen, dass die Rahmenvereinbarungen aktualisiert und angepasst werden müssen. Hierzu wäre es sinnvoll den Personalschlüssel in der Hospizarbeit aufzustocken und den Finanzierungsrahmen für die Palliativversorgung hochzusetzen, damit die vorgesehenen Konzepte für eine umfassende und qualifizierte Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in der Praxis umgesetzt werden können.

5.3.2 Empfehlungen für Folgestudien

Im Rahmen des gesamten Forschungsprozesses haben sich einige Aspekte ergeben, bei denen es interessant wäre, auf diese in Folgestudien intensiver einzugehen. Wichtig ist die nüchterne Betrachtung der Themen Sterbehilfe und Sterbebegleitung, damit Wertungen, sowie darauf basierende Verzerrungen, vermieden werden.

Darüber hinaus empfiehlt es sich, weitere Studien durchzuführen, um die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit zu verstärken oder zu widerlegen. Denkbar wären Längsschnittstudien, die die subjektiven Wahrnehmungen und Erlebnisse der Betroffenen untersuchen und somit gegenstandsbezogene Ergebnisse, die direkt von den Betroffenen stammen, erzielen. Darüber hinaus könnte so ein Vorteil für spätere Diskussionen zur Legalisierung der Sterbehilfe erlangt werden. Hiermit kann dann der Fokus stärker auf die Wünsche der betroffenen Zielgruppe gelegt werden, anstatt lediglich über ethische und moralische Werte, sowie rechtliche Grundlagen zu diskutieren.

Des Weiteren wäre es sinnvoll, weitere Forschungen im Bereich der Sozialen Arbeit anzusetzen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie und die theoretischen Grundlagen beweisen, dass diese immer mehr Aufschwung im Gesundheitswesen erlangt und mit ihren Kompetenzen einen wesentlichen Teil der Sterbebegleitung bildet. Die vorliegende Forschung behandelt vordergründig die allgemeinen Versorgungsstrukturen für schwerstkranke und sterbende Menschen in Hospizen.

Interessant wären weitere Studien, die direkt das Feld der Sozialen Arbeit untersuchen, in wie weit die Soziale Arbeit bereits in der Hospizarbeit verbreitet ist und welchen Nutzen sie für die Hospizarbeit, oder die Sterbebegleitung bringt. Hiermit kann dann der Stellenwert und die Notwendigkeit der Sozialen Arbeit deutlicher hervorgehoben werden.

Ebenso werden weitere Evaluationsforschungen empfohlen. Hiermit kann die Wirksamkeit der aktuellen Versorgungsstrukturen, für sterbenskranke und sterbende Menschen, überprüft werden. Dies ist notwendig, um ein einheitliches Konzept zur Betreuung der Betroffenen zu entwickeln. Der Fokus sollte hierbei auf die Versorgungslücken in der Hospizarbeit gelegt werden, woher diese stammen und wie sie geschlossen werden können.

Zu guter Letzt ist es empfehlenswert Forschungen im internationalen Kontext anzusetzen. Es ist bereits bekannt, dass die Sterbehilfe beispielsweise in der Schweiz und den Niederlanden, aufgrund der Gesetzgebung legal, oder nicht strafbar ist. Sinnvoll wären Studien, die einen internationalen Vergleich zwischen Deutschland und anderen Ländern ziehen, in denen Sterbehilfe legal, oder nicht strafbar ist. Hierbei sollte zum einen untersucht werden, inwiefern sich die Gesetzgebungen unterscheiden und unter welchen Voraussetzungen es in anderen Ländern möglich ist, Sterbehilfe zu leisten. Zum anderen sollte untersucht werden, welche Erfahrungen die Länder und ihre Gesellschaft diesbezüglich machen. Hierunter verstehen sich die Vor- und Nachteile, sowie Erfolge und Folgen, die durch den Einsatz von Sterbehilfe erzielt werden.

5.4 Diskussion des Forschungsprozesses

Bereits in den Anfängen des Forschungsprozess stellten sich Herausforderungen. Die Literaturrecherche gestaltete sich schwierig, da die Auswahl an wissenschaftlichem Material sehr begrenzt war. Größtenteils bestand das Material aus Veröffentlichungen und Fachartikeln verschiedener Verbände und Organisationen. Zum Thema Sterbehilfe selbst gab es nur wenig Literatur, da diese nicht explizit in der Gesetzgebung geregelt ist, sondern sich aus unterschiedlichen Gesetzgebungen als strafbar ergibt (Meyer-Rentz & Rantze, 2005). Dennoch konnte schließlich im Rahmen der Literaturrecherche Material gesichert werden, womit die theoretischen Grundlagen beschrieben werden konnten.

Grundsätzlich wurde befürchtet, dass sich die Gewinnung von geeigneten Interviewpartnern schwierig gestalten könnte. Generell ist der Tod ein gern verschwiegenes Thema, sich dem zu öffnen, kann eine Hürde sein. Darüber hinaus ist Sterbehilfe ohnehin ein kritisches Thema, wobei es zu massiven Meinungsunterschieden kommen kann. Erschwerend kam hinzu, dass die Hospizarbeit grundlegend die Sterbehilfe ablehnt. Es bestand die Befürchtung, dass sich die Mitarbeiter diesbezüglich nicht äußern möchten. Die Suche nach geeigneten Interviewpartnern gestaltete sich jedoch positiver, als erwartet. Zu den Stärken der Forschung zählt, dass die Interviewpartner persönlich angesprochen wurden und ein Kompromiss geschaffen wurde, unter den sich die Partner bereit erklärt haben, an den Interviews teilzunehmen. Der Kompromiss bestand darin, dass die Interviewpartner, sowie die Einrichtung in der sie arbeiten, anonymisiert werden. Die Zusammenarbeit gestaltete sich schließlich sehr erfolgreich, da die Interviewpartner gewillt waren, nützliche Daten zu liefern. Eine zusätzliche Stärke der Forschung liegt in der Nähe zum Untersuchungsfeld.

Es wurde direkt im Arbeitsfeld, also der Alltagswelt der Betroffenen, geforscht, wodurch die Nähe zum Gegenstand hergeleitet werden konnte. Zusätzlich wird das leitfadengestützte Interview als Stärke betrachtet. Hierdurch wurde ein breiter Einblick in die Thematik der Sterbebegleitung und Hospizarbeit ermöglicht. Es wurden größtenteils offene Fragen gestellt, wodurch die Interviewpartner dazu eingeladen wurden, frei zu erzählen. Der Interviewleitfaden war so strukturiert, dass unterschiedliche Gebiete in einer Reihenfolge abgefragt wurden, die so aufeinander aufbauen, dass die Teilfragen und die Forschungshauptfrage beantwortet werden konnten. Abschließend wird zu den Stärken der Forschung, die Stärke der aktuellen Relevanz eingebracht. Das Thema wird aktuell viel diskutiert. Dementsprechend war der Forschungsanlass zum richtigen Zeitpunkt gewählt. Darüber hinaus weist die Forschung einen Nutzen für die Praxis auf, da Schwachstellen herausgearbeitet wurden, an denen verdeutlicht werden konnte, was die Mitarbeiter verändern müssen, oder wie sie sich vorbereiten können.

In der Diskussion der Forschung sind jedoch auch Schwächen zu erwähnen. Zu diesen zählt auf jeden Fall die geringe Anzahl der geführten Interviews. Die vorliegende Bachelor-Thesis wurde von lediglich einer Person erhoben, weshalb der Zeit- und Kapazitätenmangel akut war und keine weiteren Interviews geführt werden konnten. Dies hat zur Folge, dass die Ergebnisse der Untersuchung nur schwer generalisierbar sind.

Zusätzlich zu den leitfadengestützten Interviews, hätte ein Experteninterview durchgeführt werden können. Darüber hinaus wäre der Einsatz eines Postskriptums in der Datenerhebungsphase nützlich gewesen, um später den Kontext der Interviews besser wiederzugeben. Ebenso ist es eine Schwäche der Forschung, dass lediglich Mitarbeiter befragt wurden, anstatt direkte gegenstandsbezogene Daten zu erheben, die von der Zielgruppe stammen. Hieraus resultiert die Gefahr, dass wichtige Aspekte nicht zum Tragen kommen, da diese nicht erwähnt wurden. Besonders in dem Gebiet der Abfrage nach Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen, hätte der direkte Bezug zur Zielgruppe Vorteile, beispielsweise die Vermeidung von Interpretationen, erbracht. Abschließend soll eine weitere Schwäche der Forschung erwähnt werden, welche sich auf die Kategorienbildung bezieht. Rückblickend wird erwähnt, dass die Kategorien sehr breitgefächert aufgestellt wurden und dem zur Folge viel Material lieferten. Hierunter fiel auch Material, welches für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht nützlich war und der spezialisierten Ausarbeitung Platz genommen hat.

Im besonderen Rahmen wird nun kritisch auf den Bezug zur Sozialen Arbeit eingegangen. Dieser stellt eine weitere Schwäche der vorliegenden Bachelorarbeit dar.

Es wurde zwar versucht, diese immer wieder in den Vordergrund zu stellen und sich explizit darauf zu beziehen, dennoch sind die Ergebnisse der Forschung weitestgehend auf die allgemeine Sterbebegleitung zurückzuführen und nicht in besonderem Bezug zur Sozialen Arbeit. Letztlich ist es aber so, dass die Soziale Arbeit ein Bestandteil von multiprofessionellen Teams in der Hospizarbeit ist. Im gesamten Forschungsprozess wurden immer wieder multiprofessionelle Teams, ihre Bestandteile und Aufgaben erläutert. Dem zur Folge sind alle Erläuterungen diesbezüglich, gleichzeitig für die Soziale Arbeit zutreffend.

In der kritischen Auseinandersetzung hat sich ergeben, dass eine Nacherhebung sinnvoll gewesen wäre. Hierbei hätte insbesondere Material erhoben werden können, welches sich explizit auf die Soziale Arbeit, ihre Notwendigkeit und ihre Aufgaben bezieht. Dadurch wäre die Relevanz dieser deutlicher hervorgehoben worden.

6. Fazit

Insgesamt wird über den gesamten Forschungsprozess ein positives Resümee gezogen. Auch wenn er von Höhen und Tiefen geprägt wurde, bietet sich für Kritik am Ende nur wenig Raum.

Zusammenfassend wurde durch die Untersuchung nochmal deutlich, wie komplex und umfassend die Themengebiete Sterbebegleitung und Sterbehilfe sind. Dies spiegelte sich zum einen bereits in den theoretischen Grundlagen wieder und zum anderen wurde dies im Rahmen der Datenauswertung nochmals verstärkt deutlich. Alleine die Sterbebegleitung umfasst ein großes Themengebiet. Sterbehilfe hingegen basiert viel auf Vermutungen, Befürchtungen und Diskussionen, da diese in Deutschland aktuell nicht durchgeführt wird. Daher stellt die Sterbehilfe ein noch sehr unerforschtes Themengebiet dar. Grundsätzlich konnten durch die Interviews trotz allem wichtige Daten erhoben werden, die die Beantwortung der Forschungsfrage ermöglichen. Relativ schnell konnte ein theoretischer Rahmen für die Forschungsarbeit abgesteckt werden.

Die Prozesse der Datenerhebung und -auswertung haben ergeben, dass der theoretische Rahmen ausreichend erarbeitet wurde. Dies stärkt die Qualität der vorliegenden Bachelor-Thesis. Es wurde sich im Vorhinein genügend Vorwissen angeeignet, weshalb es möglich war, einen Leitfaden für die Interviews zu erstellen, der eine qualifizierte Datenerhebung ermöglichte. Im Endergebnis wurde eine Masse an Daten erhoben, die im vierten Kapitel ausgewertet wurde. Dennoch ist negativ anzumerken, dass gerade diese Masse, den Umfang der Bachelor-Thesis übersteigt. In der Ausarbeitung mussten die Texte stetig gekürzt und reduziert werden, um den Rahmen nicht zu sprengen. Hieran ist zu bemängeln, dass eventuelle wichtige Aspekte ausgelassen werden mussten. Letztlich konnten trotz allem die Teilfragen beantwortet werden, welche dazu dienten, die Forschungshauptfrage zu beantworten. Die Ziele der Forschung, welche unter Punkt 1.2 erläutert wurden, wurden erreicht.

Das Ergebnis der gesamten Untersuchung ist, dass bereits ein umfangreiches Angebot zur Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen besteht. Es gibt Konzepte und Standards, die die angemessene Begleitung der Zielgruppe ermöglichen. Die Interviewpartner konnten dieses Ergebnis anhand ihrer Erfahrungen bestätigen und betonten, dass bereits eine angemessene Sterbebegleitung geleistet werden würde. Darüber hinaus wurden Schwachstellen der aktuellen Versorgungsstrukturen in der Hospizarbeit herausgearbeitet, die unter dem Punkt 5.3.1 Empfehlungen für die Praxis aufgegriffen wurden. In diesem Rahmen wurden Empfehlungen auf der Mikro-, Meso- und Makroebene ausgesprochen, die die Schwachstellen ausbessern können. Im gesamten betrachtet hat die Untersuchung ergeben, dass aktuell, abgesehen von einigen Schwachstellen, eine umfassende und qualifizierte Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen geleistet wird. Die aktuellen Versorgungsstrukturen ermöglichen den Betroffenen, die Verarbeitung ihrer Ängste und Sorgen, welche überhaupt erst den Wunsch nach Sterbehilfe hervorrufen könnten. Durch die medizinische und psychosoziale Versorgung werden mit ihnen diese Ängste und Sorgen verarbeitet. Anstatt dessen wird ihnen Sicherheit geboten, sowie eine bestmögliche Lebensqualität hergestellt. Aufgrund dessen ist das Ergebnis dieser Untersuchung, dass die Legalisierung von Sterbehilfe zwar eine letzte medizinische Möglichkeit sein könnte, dies aber keineswegs wünschenswert oder notwendig ist. Darüber hinaus kann die Sterbehilfe lediglich legalisiert werden, sofern hierfür eindeutige Richtlinien festgelegt werden, die bestimmen, wem, und unter welchen Umständen Sterbehilfe gestattet werden darf.

Literaturverzeichnis

- Arbeitskreis psychosozialer Fachkräfte in Hospiz- und Palliativeinrichtungen in NRW (2012). *Nordrhein-westfälisches Qualitätskonzept. Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich*. Abgerufen unter <http://www.hospiz-nrw.de/files/soziale%20arbeit%202.%20Auflage.pdf>
- Bruysten, M., Busch, U., Dirkschneider, B., Ellermann, U., Fülbier, U., Germeroth, B. (2011). *Nordrhein-westfälische Qualitätskonzept - Maßstäbe für die Soziale Arbeit im Hospiz- und Palliativbereich*, Münster. Abgerufen unter <http://www.hospiznrw.de/files/soziale%20arbeit%202.%20Auflage.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit (2015). *Patientenverfügung*. Abgerufen unter <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenverfuegung.html>
- DAK – Gesundheit (2014). *Mehrheit der Deutschen für aktive Sterbehilfe*. Abgerufen unter http://www.dak.de/dak/bundes-themen/Umfrage_zur_Sterbehilfe-1358248.html
- Denkler, T. (2014). *Wer sterben will, muss sterben dürfen*. Süddeutsche Zeitung. Abgerufen unter <http://www.sueddeutsche.de/politik/pro-recht-auf-sterbehilfe-wer-sterben-will-muss-sterben-duerfen-1.2218706>
- Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (2013). *Die sieben Leitplanken der DGHS*. Abgerufen am 03.12.2015 unter <http://www.dghs.de/ueberuns/selbstverstaendnis.html>
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. & Bundesärztekammer (2010). *Charta – zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. Abgerufen am 10.12.2017 unter http://www.dhvp.de/tl_files/public/Themen/Charta/Charta-zurBetreuung-Sterbender_08-09-2010.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (2012). *Profil – Soziale Arbeit in Palliative Care*. Abgerufen am 03.08.2016 unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Profil%20Soz.%20Arb.%20in%20Palliative%20Care.pdf>
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (o.J.). *Stellungnahme zur Notwendigkeit von Sozialarbeit in der ambulante Hospiz- und Palliativversorgung*. Abgerufen am 03.08.2016 unter [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Stellungnahme](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Stellungnahme%20Notwendigkeit.pdf)
- Deutscher Berufsverband Sozialer Arbeit e.V. (2014). *Übersetzung der „Global Definition of Social Work“*. Abgerufen unter https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/%C3%9Cbersetzung_der_Definiton_Sozialer_Arbeit_deutsch_02.pdf
- Deutscher Berufsverband Sozialer Arbeit e.V. (2009). *Grundlagen für die Arbeit des DBSH e.V.*. Abgerufen am 06.12.2015 unter https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/grundlagenheft_-PDF-klein_01.pdf
- Deutscher Bundestag (o.J.). *I. Die Grundrechte*. Abgerufen am 29.11.2015 unter https://www.bundestag.de/bundestag/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg_01/245122

- Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (o.J.). Hospizbewegung. Abgerufen am 30.07.2016 unter http://www.dhvp.de/themen_hospizbewegung.html
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (o.J.). *Hospiz- und Palliativversorgung*. Abgerufen am 30.07.2016 unter http://www.dhvp.de/themen_hospiz-palliativ.html
- Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (2015). *Sterbehilfe. I. Einführung und grundlegende und begriffliche Unterscheidungen*. Abgerufen unter <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe>
- Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (2016). *Niederländisches Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei Selbsttötung*. Abgerufen unter <http://www.drze.de/im-blickpunkt/patientenverfuegungen/module/niederlaendisches-201egesetz-ueber-die-kontrolle-der-lebensbeendigung-auf-verlangen-und-der-hilfe-bei-selbsttoetung201c>
- Deutsche Stiftung Patientenschutz (o.J.). *Assistierter Suizid. Was bedeutet assistierter Suizid? Welche Rechtslage besteht in Deutschland - und anderswo?*. Abgerufen am 30.07.2016 unter <https://www.stiftung-patientenschutz.de/themen/assistierter-suizid>
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (o. J.). *Soziale Arbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung*. Abgerufen unter <http://dvsg.org/hauptnavigation-links/die-dvsg/projektgruppen/soziale-arbeit-in-derpalliativversorgung/>
- Deutsches Ärzteblatt (2011). *Grundlagen der ärztlichen Sterbebegleitung*. Abgerufen unter http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf
- Dignitas (2016). *Länder mit Regelung zur Suizidhilfe oder der Aktiven Sterbehilfe*. Abgerufen unter http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=54..
- Dresing, T., Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitung und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg. Erhalten unter: http://www.audiotranskription.de/download/praxisbuch_transkription.pdf?q=Praxisbuch-Transkription.pdf
- Flick, U. (2009). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Grill, B. (2015). Sterbehilfe: *Ein Wunsch, den man nicht abschlagen darf*. Spiegel Online. Abgerufen unter <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/sterbehilfe-ablehnung-der-liberalisierung-ist-falsch-kommentar-a-1061616.html>
- Kübler–Ross, E. (2012). *Interviews mit Sterbenden*. Freiburg: Kreuz Verlag. Abgerufen unter http://www.amazon.de/Interviews-mit-Sterbenden-Elisabeth-K%C3%BCblerRoss/dp/3783133939#reader_3783133939
- Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein Westfalen (o. J.). *Datenschutz*. Abgerufen am 05.08.2016 unter https://www.ldi.nrw.de/mainmenu_Datenschutz/index.php

- Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (2014). In *Würde Leben, In Würde sterben. Suizidprävention und Palliativmedizin fördern*. Abgerufen unter <http://www.suizidpraevention-deutschland.de/dl/2014-06-Stellungnahme-SterbehilfeDGS-NaSPro.pdf>
- Mayring, P. (2002). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Meiritz, A. (2015). *Debatte im Bundestag: "Das Sterben ist aus der Tabuzone geholt worden"*. Spiegel Online. Abgerufen unter <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/sterbehilfe-debatte-im-bundestag-ist-sachlich-und-emotional-zugleich-a-1061417.html>
- Meyer-Rentz, M., Rantze, B. (2005). Sterbehilfe aus rechtlicher Perspektive. Abgerufen unter [http://www.iqb-info.de/Sterbehilfe%2020%207%2005%20\(2\).pdf](http://www.iqb-info.de/Sterbehilfe%2020%207%2005%20(2).pdf)
- NVVE (o. J.). *Über NVVE. Niederländisches Sterbehilfe-Gesetz*. Abgerufen am 03.09.2016 unter <https://www.nvve.nl/uber-nvve>
- Schaffer, H. (2009). *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Schepelmann, A. (2003). Der Begriff 'Kontext' (Diplomarbeit an der Universität Wien). Abgerufen unter https://www.univie.ac.at/linguistics/publications/diplomarbeit/schepelmann/Daten/der_begriff_kontext.htm
- Schlimbach, H. (o.J.). *Wir machen uns auf den Weg, mehr über die Bedürfnisse schwerkranker und sterbender Menschen zu erfahren*. In: Ambulanter Hospizdienst Much (Hrsg.). Abgerufen am 04.12.2015 unter <http://hospizdienstmuch.de/termine/Verstehen.pdf>
- Sterbehilfe-info.de (2010). *Darf ein Arzt beim Suizid helfen?*. Abgerufen unter <http://www.sterbehilfe-info.de/tag/beihilfe-zum-selbstmord/>
- Reimann, C. (2015). *Wie wir sterben wollen*. Der Spiegel, 2015 (27), 53. Abgerufen unter <http://magazin.spiegel.de/EpubDelivery/spiegel/pdf/135692011>
- Thurich, E. (2011). *pocket politik. Demokratie in Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung
- Vereinte Nationen (1948). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Resolution 217 A (III) der Vereinten Nationen. Abgerufen unter <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>
- Vollmann, J. (2003). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Heft 2. Sterbebegleitung*. In Robert Koch Institut, Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Berlin: Robert Koch Institut. Abgerufen unter <http://www.gbe-bund.de/pdf/Begleit.pdf>
- World Health Organization (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. Abgerufen unter <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Zech, D. (1994). *Entwicklung der Palliativmedizin in Deutschland*. In: Klaschik, E., Nauck, F. (Hrsg.) *Palliativmedizin heute* (S. 85 – 102). Berlin Heidelberg: Springer Verlag

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: tabellarische Darstellung des ersten Zieles.....	
Tabelle 2: tabellarische Darstellung des zweiten Zieles.....	
Tabelle 3: tabellarische Darstellung des dritten Zieles.....	
Tabelle 4: tabellarische Darstellung der Teilfragen.....	
Tabelle 5: tabellarische Darstellung der Begriffsdefinitionen.....	

Anlagen

Anlage I - Interviewleitfaden

1. Einleitung

- a) Forschungsanlass und Forschungsziel präsentieren
- b) Erläuterung der Rahmenbedingungen des Interviews
- c) Können sie ihre Einrichtung kurz vorstellen?
- d) Was sind ihre Aufgaben?

2. Hospizarbeit und Sterbebegleitung

- a) Definieren sie Hospizarbeit!
- b) Was verbinden sie persönlich mit Hospizarbeit?
- c) Wie gestaltet sich die Arbeit in einem Hospiz?
 - Welche Aufgabenfelder gibt es?
 - Wie sieht ein Arbeitsalltag bei Ihnen aus?
 - Welche Aufgaben übernehmen Sie?
 - Vor welchen Herausforderungen stehen sie allgemein während ihrer Tätigkeit?
- d) Ich habe von einem Vier Säulen – Konzept der Hospizarbeit gelesen (Palliativmedizin, Palliativpflege, psychosoziale Begleitung, spirituelle Begleitung).
 - Würden sie sagen, dass das die Sterbebegleitung im Hospiz umfasst?
 - In welchen dieser Bereiche sind sie insbesondere tätig?
 - Welcher Bereich bildet ihrer Meinung nach den wichtigsten Aufgabenbereich?
 - Welche Grenzen und Herausforderungen erleben sie im Kontext dieser Bereiche?
 - Was können sie mir dazu noch erzählen?
- e) Was verstehen sie unter Sterbebegleitung?
 - Was kennzeichnet für sie eine angemessene Sterbebegleitung aus?
 - Sind sie direkt an der Sterbebegleitung beteiligt? Welche Aufgaben übernehmen Sie in diesem Kontext?
- f) Wie gestaltet sich die Sterbebegleitung konkret in ihrer Einrichtung?
 - Welche Mitarbeiter sind mehr oder weniger an der Sterbebegleitung beteiligt? Welche Berufsgruppen sind vertreten?
 - Wo stößt die Sterbebegleitung an ihre Grenzen?
 - Vor welchen Herausforderungen stehen sie im Kontext der Sterbebegleitung?
 - Gibt es Versorgungslücken? Welche?

3. Bedürfnisse der Patienten

- g) Welche Bedürfnisse haben die Menschen in ihrer Einrichtung
 - Welche von diesen können versorgt werden?
 - Welche nicht?
 - Woran liegt das?
- h) Welche Wünsche haben Menschen in ihrer Einrichtung?
 - Welche von diesen können versorgt werden?
 - Welche nicht?
 - Woran liegt das?

Anlage I Folgeseite 1

- i) Über welche Symptome beklagen sich die Betroffenen?
 - Schmerzen, Leid, psychische Belastungen
 - Weshalb beklagen sie sich?
 - Inwieweit können diese Symptome reduziert werden?
- j) Was bemängeln die Bewohner in ihrer Einrichtung? In Bezug auf die Versorgung ihrer Bedürfnisse und Wünsche“
 - Woran liegt das ihrer Meinung nach?
 - Können diese Mängel behoben werden?
- k) Sterben und Tod ist ihr „tägliches Brot“. Wie erleben sie Menschen vor ihrem Tod? In Bezug auf körperliche und psychische Symptome?
- l) Wo stößt die Hospizarbeit im Kontext der Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner an ihre Grenzen?
- m) Wie viele ihrer Bewohner äußern den Wunsch auf Beihilfe zum Suizid?
 - Womit begründen sie das?
 - In welcher Situation befinden sich diese Bewohner?

4. Sterbehilfe

- a) Inwieweit sind sie mit diesem Themengebiet vertraut?
- b) Welche Einstellung haben sie aus professioneller Sicht zu Sterbehilfe
- c) Unterscheiden sich ihre persönliche Einstellung und die Einstellung aus professioneller Sicht?
 - Wenn ja, womit begründen sie das?
- d) Können sie sich vorstellen selbst einmal Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen?
 - Wenn ja, unter welchen Bedingungen und Voraussetzungen?
- e) Können sie sich vorstellen, dass die Legalisierung von Sterbehilfe zu einer angemessenen Sterbebegleitung beitragen würde?
 - Schließen sich ihrer Meinung nach Sterbebegleitung und Sterbehilfe einander gegenseitig aus?
 - Könnte die Legalisierung der Sterbehilfe Versorgungslücken der Sterbebegleitung in Hospizen schließen?

5. Veränderungen durch Legalisierung der Beihilfe zum Suizid

- a) Welche Auswirkungen hätte die Legalisierung von Sterbehilfe ihrer Ansicht nach auf das Praxisfeld Hospizarbeit?
 - In Bezug auf die allgemeine Hospizarbeit
 - In Bezug auf die Mitarbeiter in der Hospizarbeit
 - In Bezug auf ihr persönliches Tätigkeitsfeld in der Hospizarbeit

6. Abschluss

- b) Haben Sie noch irgendwelche Punkte, die Sie gerne erwähnen möchten? Haben wir etwas Wichtiges vergessen?

Anlage II Transkription des Interviews von J.B.

Name:	Frau J. B.
Arbeitsbereich:	Gesundheits- und Krankenpflege
Berufsjahre:	13
Datum:	28.07.2016
Dauer:	1 Stunde 3 Minuten 54 Sekunden

„I“: Hallo Frau B., ich freue mich, dass es so kurzfristig noch mit einem Termin geklappt hat. Das sah ja erst nicht so gut aus. Jetzt überlege ich gerade, wo ich anfangen soll (...). Eigentlich würde ich an dieser Stelle die Rahmenbedingungen für unser Interview klären und das Forschungsvorhaben vorstellen, aber das haben wir ja bereits geklärt. Dann würde ich vorschlagen, dass sie sich erstmal kurz vorstellen.

„B 1“: Gerne, ich bin J. B., bin 47 Jahre alt und arbeite seit geschlagenen 13 Jahren im Hospiz (...) Ach so, ich bin ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerin. Das ist auch mein Job im Hospiz. Ja, was möchten sie sonst von mir erfahren?

„I“: Sehr schön, das reicht mir eigentlich schon. Ihren Namen und ihren Arbeitsort werde ich in meiner Bachelor Arbeit selbstverständlich nicht erwähnen. Das hatten wir ja vorher besprochen. Also ich habe vier Kernbereiche für das Interview vorbereitet. Die würde ich nun gerne mit ihnen durchgehen. Ist das Ok für sie?

„B 1“: Ja, fragen sie mich gerne.

„I“: Sehr gut, also der erste Bereich ist die Hospizarbeit. Dazu möchte ich gerne von ihnen erfahren, wie sie die Hospizarbeit definieren.

„B 1“: (...) Die Hospizarbeit ist eine sehr vielfältige Arbeit. Es ist eine Arbeit am Menschen, Arbeit mit Menschen und natürlich Arbeit für den Menschen. Im Grunde genommen definiere ich die Hospizarbeit als humane Sterbebegleitung. Ja, die menschliche Begleitung auf professioneller Ebene, aber auch gemeinsam mit den Angehörigen unserer Gäste. Die werden in die Begleitung miteinbezogen (...) Es geht im Hospiz um die ganzheitliche Betreuung von schwerstkranken Menschen.

„I“: Ok, da fallen bestimmt einige Aufgaben an. Was verbinden sie denn persönlich mit der Hospizarbeit? Und was gehört zu einer ganzheitlichen Betreuung, wie sie das so sagen?

„B 1“: Ich persönlich? (...) Ich identifiziere mich mit der allgemeinen Hospizarbeit, aber ich selbst verbinde mit der Arbeit, dass ich unseren Gästen ein menschenwürdiges Leben ermögliche und sie sich würdevoll von dieser Welt verabschieden können (...) Was war ihre letzte Frage?

„I“: Ich hatte gefragt, was zu einer ganzheitlichen Betreuung gehört.

Anlage II Folgeseite 1

„B 1“: Ja, sowohl die medizinische Versorgung, als auch die pflegerische, seelsorgerische und psychosoziale Versorgung unserer Gäste.

„I“: Gut, das grenzt das Ganze ja ein bisschen ein. Jetzt ist mir aufgefallen, dass sie immer von Gästen sprechen. Ist das so üblich?

„B 1“: Ja, man könnte natürlich von Patienten sprechen, aber wir nennen sie bewusst unsere Gäste, denn wissen sie, wir sind für die meisten eine letzte Wohnstätte. Uns ist es wichtig, dass sich unsere Gäste wohl und heimisch fühlen. Die meisten sind leider nur für eine sehr kurze Zeit bei uns und da wir uns von dem klinischen Aufenthalt distanzieren, sind es keine Patienten, sondern eben unsere Gäste.

„I“: Das ist wirklich eine schöne Sache. Bei mir persönlich strahlt das viel Herzlichkeit aus.

„B 1“: Genau darum geht es uns in der Hospizarbeit.

„I“: Gut, können sie mir vielleicht beschreiben, wie die Arbeit im Hospiz aussieht. Sie haben vorhin vier Bereiche genannt. Also für die Betreuung ihrer Gäste. Können sie das weiter ausführen? Wichtig sind auch so die Berufsgruppen, die in ihrem Hospiz beschäftigt sind.

„B 1“: Selbstverständlich. Also bei der Hospizarbeit geht es darum, dass Menschen an ihrem Lebensende, die sehr schwer erkrankt sind und austerapiert sind, zu uns kommen. Wir begleiten sie bis an ihr Lebensende. Für welchen Zeitraum ist dann immer ungewiss (...) Was ich bereits erwähnt hatte, waren die Angehörigen. Sie spielen einen wesentlichen Teil bei der Hospizarbeit, denn auch sie werden in die Begleitung mit einbezogen und werden ebenfalls von uns begleitet auch über den Tod des Angehörigen hinaus. Für die Angehörigen ist der Verlust eines geliebten Menschen auch eine Krise im Leben (...) Und auch jetzt kann ich nur erwähnen, dass sich die Arbeit sehr individuell gestaltet. Es gibt keinen genauen Arbeitsalltag, denn jeder Tag verbirgt seine Überraschungen. Sei es, dass einer unserer Gäste verstirbt, oder aber die ganz individuellen Wünsche unserer Gäste, die wir natürlich weitestgehend erfüllen möchten. Das lässt die Arbeit, ich möchte mal sagen, nur schwer eingrenzbar machen. Aber es gibt natürlich ein Grundkonzept in unserem Haus. Das sind die vier großen Bereiche medizinische, seelsorgerische, psychosoziale und pflegerische Versorgung. Die ganzen Aufgaben werden von verschiedenen Angestellten erledigt, um auf ihre Frage zurückzukommen. Das sind also unterschiedliche Berufsgruppen, die miteinander arbeiten. Das Konzept nennt man Palliative Care (...) haben sie ja sicherlich schon mal gehört. In den meisten Fällen sorgen sich die Hausärzte um die medizinische Versorgung, die Pfleger übernehmen alles was darüber hinaus anfällt, also die Pflege, aber auch Tätigkeiten, wie zum Beispiel das Kochen von Lieblingsgerichten (...) und sonst alles was der Alltag mit sich bringt. Es kommen regelmäßig weitere Fachärzte in unser Haus. Das sind meistens spezialisierte Palliativmediziner. Die versorgen unsere Gäste dann eben mit Schmerztherapie und Symptombehandlung (...) Dann arbeiten wir mit vielen ehrenamtlichen Mitarbeitern zusammen, davon lebt die Hospizarbeit. Sie versorgen unsere Gäste sehr liebevoll, gehen mit ihnen spazieren, sie übernehmen viele organisatorische Arbeiten, hören unseren Gästen zu. Das ist wirklich sehr vielfältig und wichtig für uns.

Anlage II Folgeseite 2

Und was natürlich auch ein großer Bereich ist, ist die psychosoziale Begleitung (...) Der Prozess des Sterbens ist für viele unserer Gäste eine Krise, auch wenn die meisten unserer Gäste bereits akzeptiert haben, dass das Leben für sie bald ein Ende hat. Trotz allem haben sie Sorgen und Ängste vor dem Tod, hierbei sind auch wieder die Ärzte, Seelsorger, Sozialarbeiter und alle anderen gefragt, um diesen Ängsten Raum zu schenken und diese zu nehmen, oder besser gesagt ihnen ermöglichen, damit umzugehen.

„I“: Frau B., das ist echt aller Hand, was sie mir jetzt schon erzählt haben. Also gefühlt kann ich mich jetzt schon in ihre Arbeit hineinversetzen. Aber bei allem was sie erzählt haben, stehen sie dort nicht manchmal auch vor enormen Herausforderungen?

„B 1“: Ja, auch Herausforderungen gehören zu unserem Job dazu. Aber wo gibt es die nicht?

„I“: Das stimmt allerdings. Was sind das denn die Herausforderungen?

„B 1“: Ganz unterschiedlich (...) Jeder Gast bringt seinen eigenen Charakter mit und jeder befindet sich in einer für ihn ganz speziellen Situation. Ja, auch einer Krise. Da sind Wut und Verzweiflung manchmal ganz deutlich zu spüren. Die Gäste lassen auch mal ihren Frust an uns raus. Das ist aber in Ordnung, das muss so sein. Wir haben dafür alle Verständnis und wissen damit umzugehen. Der Tod steht bei den meisten kurz bevor und damit ist es häufig schwierig mit umzugehen. Was natürlich immer wieder Herausforderungen sind, sind die verschiedenen Lebenssituationen. Manche sind noch sehr jung, haben kleine Kinder und stehen quasi am Anfang ihres Lebens, andere haben vielleicht keine Angehörigen mehr oder es besteht kein Kontakt zu denen. Das sind auch immer wieder Herausforderungen für uns.

„I“: Ok, das sind Gefühle, die kann ich nachvollziehen. Wahrscheinlich würde jeder so handeln oder? (...) und das mit der Lebenssituation verstehe ich auch. Jetzt sind sie ja als Gesundheits- und Krankenpflegerin tätig. Welche Aufgaben übernehmen sie denn und sind sie an der Sterbebegleitung beteiligt?

„B 1“: Wir alle sind an der Sterbebegleitung beteiligt (...) Ein Hospiz ist ein Haus des Sterbens, so traurig es auch klingen mag, aber die meisten unserer Gäste, verbringen ihre letzten Lebenstage bei uns. Nur in ganz seltenen Fällen kommt es mal vor, dass sich der Krankheitsverlauf wieder bessert. Also ist das gesamte Personal an der Sterbebegleitung beteiligt. Ich als Pflegerin übernehme eben die pflegerischen Aufgaben, wie zum Beispiel waschen unserer Gäste, oder die Versorgung der medizinischen Angelegenheiten, sprich die Reinigung von Kathedern und vielem mehr, aber auch ich setze mich mit ans Bett und höre ihnen zu, lese was vor, stelle Kontakte zu Angehörigen her und versuche täglich mit der Angst und den Sorgen unserer Gäste umzugehen und die bestmöglich zu lindern, um ihnen Lebensqualität zu schenken. Ich versuche immer wieder für Leben im Haus zu sorgen, damit nicht der Tod im Fokus steht. Wichtig ist einfach, dass alle den Tod als Teil des Lebens akzeptieren.

Anlage II Folgeseite 3

„I“: Ich würde behaupten sie haben keinen einfachen Job. Das stelle ich mir sehr herausfordernd vor. Aber gut, über Herausforderungen haben wir ja bereits gesprochen. Dann habe ich aber zusammenfassend zum Bereich Sterbebegleitung noch eine Frage an sie. Die ist jetzt allerdings relativ kompakt (...) Was bedeutet für sie eine angemessene Sterbebegleitung, was beinhaltet Sterbebegleitung und wie zufriedenstellend wird Sterbebegleitung geleistet?

„B 1“: Dann versuche ich Ihnen mal eine kompakte Antwort zu geben (lacht). Eine angemessene Sterbebegleitung hat für mich stattgefunden, wenn unser Gast zufrieden von dieser Welt getreten ist und auch die Angehörigen ihre, ne mit ihrer Trauer umgehen können. Das heißt, dass ihnen die Sorgen und Ängste vor dem Tod genommen werden konnten, die Bedürfnisse und Wünsche erfüllt wurden und der Gast seinen Lebensverlauf und das Schicksal akzeptiert hat und sich damit von dieser Welt verabschieden konnte. Ach so, was heißt die Ängste nehmen (...) Das können wir natürlich nicht, aber wir arbeiten daran, dass sie ihre Ängste verlieren.

Das ist leider nicht immer möglich, weil individuelle Wünsche, wie zum Beispiel eine große Reise, nicht mehr erfüllt werden können, oder aber eine junge Mutter ihre Kinder zurücklassen muss. Aber auch das sind wieder ganz individuelle Situationen und Schicksale, die den Tod nur schwer akzeptieren lassen. Wir fühlen uns in jede Person ein und bieten ihnen ganz individuelle Unterstützung an (...) Im Großen und Ganzen wird dieser Teil aber durch eine gute Sterbebegleitung erträglicher gemacht. Deswegen ist auch die Trauerbegleitung von Angehörigen ein ganz wichtiger Teil der Sterbebegleitung.

„I“: Und wie zufriedenstellend kann in ihrer Einrichtung Sterbebegleitung geleistet werden?

„B 1“: Wir arbeiten mit verschiedenen Berufsgruppen zusammen, um alle Facetten abzudecken. Das gelingt uns in unserer täglichen Arbeit sehr gut. Wir erfahren immer wieder über die Angehörigen, wie wertschätzend sie unsere Arbeit bewerten und das ist für uns die Rückmeldung, dass wir zufriedenstellende Sterbebegleitung leisten, oder eben in dem Fall geleistet haben (...) Wir Versorgen alle Bereiche und dadurch können wir eine umfassende Sterbebegleitung ermöglichen. Ich behaupte, dass es uns ganz gut gelingt.

„I“: Frau B., ich danke ihnen jetzt schon mal für die vielen Informationen und ich würde mich gerne noch weiter mit Ihnen über das Thema unterhalten, aber ich denke, dass wir alles wichtige besprochen haben (...) Ich würde jetzt gerne mit Ihnen über die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Gäste sprechen. Sie haben ja schon erzählt, dass das ganz individuell ist. Können sie mir trotzdem ein wenig darüber erzählen?

„B 1“: Wie sie ja jetzt auch schon gesagt haben, sind die Wünsche zum Teil ganz speziell. Manche unserer Gäste haben in ihrem Leben noch großes vor, was aber leider krankheitsbedingt nicht mehr möglich ist umzusetzen. Das sind große Reisen, ach ich wiederhole mich. Oder letztens hatte ich einen Herrn, der unbedingt noch einmal aus einem Flugzeug springen wollte. Fallschirmspringen. Das fand ich ziemlich verrückt (lacht). Also es gibt die Wünsche danach, was das Leben vervollständigen würde, was unsere Gäste gerne noch erleben möchten (...).

Anlage II Folgeseite 4

Vielleicht ein letzter Konzert Besuch, aber das hängt immer davon ab, welche medizinische Versorgung und Betreuung dafür notwendig ist, also ob wir das in dem Rahmen überhaupt leisten können. Dann gibt es aber auch das Bedürfnis ganz existenzielle Fragen zu klären. Wo liegt der Sinn des Lebens, wie geht es für die Angehörigen weiter, wer kümmert sich um die Kinder, wie kommen die Angehörigen mit dem Tod zurecht, was muss noch organisiert werden, bevor man von dieser Welt treten kann und solche Fragen eben (...)

Unsere Gäste haben das Bedürfnis und den Wunsch ihre letzten Lebenstage ohne Leid und Schmerz zu verbringen. Eine Symptombehandlung und Schmerztherapie zu erhalten, den Angehörigen nicht zur Last zu fallen, ihre Lebensqualität zu bewahren (...) Ja, all das sind Wünsche.

Ja, aber auch den Wunsch Zuhause zu sterben. Deswegen ermöglichen wir ihnen, dass sie persönliche Gegenstände mitbringen können. Das Zimmer dürfen sie beliebig einrichten, damit sie sich bei uns wohl fühlen.

„I“: Wie gehen sie mit diesen Wünschen um, oder wie gehen sie darauf ein? Zum Teil haben sie das ja schon kurz erzählt.

„B 1“: Die ganze Hospizarbeit ist darauf ausgerichtet, die letzten Wünsche zu erfüllen. Dafür gibt es die vier Kernbereiche, die durch verschiedene Berufsgruppen und viel durch die ehrenamtlichen Mitarbeiter abgedeckt werden. Wie gesagt, wir arbeiten daran, dass unsere Gäste ihre Ängste und Sorgen vor dem Sterben verlieren. Wir versuchen ihnen alle Wünsche zu erfüllen und mit speziellen Mitteln, die Lebensqualität zu erhalten und die Lebenssituation zu verbessern. Natürlich nur mit welchen, denen unsere Gäste zustimmen. Die Schmerztherapie ist ein wesentlicher Teil. Hiermit können wir unseren Gästen die Lebensqualität für den Tag bieten. Aber auch die Symptombehandlung ist in vielen Fällen wichtig. Das gesamte Konzept ist auf Palliative Care ausgelegt (...)

Dem Wunsch zuhause zu sterben begegnen wir damit, dass sich unsere Gäste häuslich einrichten können. Sie können persönliche Gegenstände mitbringen, Bilder aufhängen, ein Regal mitbringen.

Außerdem führen wir keine lebensverlängernden Maßnahmen durch, aber auch keine die das Leben verkürzen. Die Palliativmedizin sorgt dafür, dass die Schmerzen gelindert werden, was auch vorkommt ist die therapeutische Sedierung, aber nur wenn der Patient es ausdrücklich wünscht. Was vor allem viel hilft ist zuhören. Die Menschen brauchen jemanden, dem sie ihre Lebensgeschichte, ihre Sorgen, Ängste und Wünsche erzählen können (...) und lachen. Lachen ist wirklich schön, das passiert am Tag auch sehr oft. Erst heute Morgen konnte ich noch mit einer Patientin herzlich lachen. Das sind die schönen Momente, wenn man das Leben spürt und nicht der Tod im Vordergrund steht.

„I“: Können denn die Symptome und Schmerzen völlig behoben werden?

„B 1“: Leider nicht völlig, aber die Palliativmedizin ist soweit, dass die Schmerzen sehr stark gelindert werden können und was ich vorhin angesprochen habe, ist die therapeutische Sedierung. Das bedeutet, dass die Menschen in einen verringerten Bewusstseinszustand versetzt werden, das kann ganz individuell dosiert werden. Damit werden natürlich die

Anlage II Folgeseite 5

Symptome für den Zeitraum behoben. Das sind aber alles Maßnahmen, die wir nur in Absprache mit unseren Gästen einsetzen. Wir würden niemals gegen den Willen handeln.

„I“: Gibt es auch was, was ihre Gäste bemängeln?

„B 1“: Aber sicher, auch im Hospiz findet Leben statt und auch dort kommt es manchmal zu Unstimmigkeiten. Das ist genauso wie bei allen anderen auch.

„I“: Was wird denn bemängelt?

„B 1“: Ehrlich gesagt wird sehr wenig bemängelt. Es kommt vor, dass besonders in den ersten Aufenthaltstagen mal gemeckert und gemotzt wird. Das ist aber normal, denn auch unsere Gäste wissen, wie es um sie steht und sind verständlicherweise frustriert, enttäuscht, wütend, sauer und traurig. Da kann es schon mal vorkommen, dass ihnen das Personal, oder das Essen nicht zufriedenstellt. Aber Grundsätzlich sind unsere Gäste sehr dankbar für all das, was wir ihnen ermöglichen und wissen unsere Arbeit zu schätzen.

„I“: Ok, und dann möchte ich sie gerne noch fragen, ob ihre Gäste speziell den Wunsch auf Sterbehilfe äußern?

„B 1“: Auch das kann vorkommen. Manche Gäste fragen danach, ob man ihnen nicht einfach eine Spritze setzen könnte und sie von ihrem Leiden erlösen könnte. Wir gehen darauf ein, reden mit unseren Gästen und vermitteln. Hier sind dann die Palliativmediziner gefragt. Und meistens, wenn einer das Gespräch aufgenommen hat, ist der Wunsch wieder verschwunden (...) Es gibt heutzutage einfach eine sehr gute palliativmedizinische Versorgung. Nur wissen viele gar nicht von all den Möglichkeiten, die es gibt. Daher ist die Angst vor einem qualvollen Tod sehr groß und sie entscheiden sich dazu, den Tod schneller, ohne Leid herbeizuführen. Aber wie gesagt, meistens reicht schon ein Gespräch mit einem Mediziner, oder auch die Gespräche mit unserem anderen Personal. Denn wenn man sich den Sorgen widmet und mit ihnen daran arbeitet, die zu verlieren, dann klappt das in den meisten Fällen sehr schnell. Ich habe keinen Patienten erlebt, der bis zum Schluss Sterbehilfe gewünscht hätte.

„I“: Das ist eine positive Resonanz. Also sind sie der Meinung, dass Sterbehilfe nicht legalisiert werden sollte?

„B 1“: Ganz klar, Nein. Ich lehne Sterbehilfe generell ab.

„I“: Ok, zu dem Thema kommen wir gleich nochmal (...) Jetzt muss ich doch nochmal schauen, ob ich soweit alle wichtigen Fragen gestellt habe. Ach so, eine Frage habe ich noch. Und zwar, wie sie ihre Gäste vor dem Tod in Bezug auf körperliche und psychische Symptome erleben und wo die Hospizarbeit an ihre Grenzen stößt?

„B 1“: Ich erlebe unsere Gäste sehr dankbar und erleichtert. In den meisten Fällen akzeptieren sie ihren Tod und konnten ihre psychischen Belastungen abbauen.

Anlage II Folgeseite 6

Sie sind froh, dass ihre Angehörigen entlastet wurden und ihnen eine gute Begleitung zur Verfügung steht, das nimmt ihnen die Angst, wie es für ihre Familienmitglieder nach ihrem Tod weitergeht. Also die psychischen Belastungen können durch die Sterbebegleitung sehr gut gelindert werden, so dass auch der Sterbeprozess erträglicher wird (...) In Bezug auf die körperlichen Symptome muss ich natürlich erwähnen, dass eine Krankheit nicht spurlos an unseren Gästen vorbei geht. Sie sind schwerstkrank.

Sie leiden unter Krankheiten, die starke Schmerzen verursachen, Atemnot verursachen, Blutungen und sowas. Es gibt ganz schlimme Dinge, die passieren. Aber wie jetzt schon mehrfach erwähnt, haben wir eine gute medizinische Versorgung, die die Symptome und Schmerzen lindern können, damit kann dann auch die Lebensqualität bis ans Ende erhalten bleiben. Manchmal geht das aber auch leider nicht. Irgendwann gibt es auch bei der Medizin Grenzen. In dem Fall kommt es nochmals verstärkt auf die psychosoziale Begleitung an. Manchmal reicht auch schon etwas Ablenkung, aber ich kann selbstverständlich nicht alles schön reden. Es gibt einfach auch Dinge, die liegen nicht mehr in unserer Macht.

„I“: Das wären dann also auch Lücken im Versorgungssystem? Und gibt es auch noch weitere?

„B 1“: Ja, zum Teil wohl. Wenn die medizinische Versorgung an ihre Grenzen stößt zum Beispiel, wobei wir hiermit weniger schlechte Erfahrungen machen. Meistens reichen die Möglichkeiten aus, also es ist wirklich nur ein geringer Anteil, wo die Medizin an ihre Grenzen stößt. Was aber auch eine Lücke im Versorgungssystem darstellt, sind die geringen Plätze im Hospiz. Leider können wir nicht alle Anfragen bedienen, weil die Nachfrage einfach höher ist, als das was zur Verfügung steht.

„I“: So, dann würde ich gerne noch in Erfahrung bringen, wie sie mit der sozialen Arbeit im Kontakt stehen, also ist das eine Berufsgruppe, die in ihrem Hospiz vertreten ist und wenn ja, wie wichtig ist sie bzw. warum?

„B 1“: Wir arbeiten gemeinsam mit einer hauptamtlichen Sozialarbeiterin in unserem Haus. Das ist auch ein Zeichen unserer Qualität. Gerade Sozialarbeiter haben wichtige Kompetenzen, die unser Team und die Sterbebegleitung vervollständigen. Alleine die vielen Gesprächsfertigkeiten sind wichtig im Kontakt. Unsere Sozialarbeiterin kümmert sich um die letzten Angelegenheiten unserer Gäste und bildet quasi ein Bindeglied. Das sind viele formale Dinge, die noch erledigt werden. Ein ganz wichtiger Bereich ist aber auch die psychosoziale Begleitung unserer Patienten und hier erweisen sich eben die Gesprächsfertigkeiten von Vorteil und wirklich nützlich.

„I“: Ok, das sind ganz viele wichtige Infos für mich. Ich würde dann aber jetzt wieder zurück zum Thema Sterbehilfe kommen, das hatten wir ja gerade kurz angesprochen. Sie haben mir gesagt, dass sie Sterbehilfe ablehnen. Ist das ihre persönliche oder berufliche Sichtweise?

„B 1“: Beides, ich lehne Sterbehilfe als Privatperson ab und die Hospizarbeit spricht sich so oder so gegen die Sterbehilfe aus.

Anlage II Folgeseite 7

„I“: Also wenn sie Sterbehilfe ablehnen, würden sie selbst nie Sterbehilfe wünschen und möchte diese auch niemandem zukommen lassen? Verstehe ich das richtig?

„B 1“: Ich arbeite in einem Hospiz und kenne alles rund um die Versorgung. Der Tod ist für mich eine tägliche Begebenheit. Ich habe mich viel mit diesem Thema auseinandergesetzt und kritisch nachgedacht. Man bekommt selbstverständlich auch viel Leid und Schmerz mit und ich denke, dass es mir in einer ähnlichen Situation auch so ergehen würde. Ich kenne aber auch die professionelle Seite und weiß, welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt. Ich erlebe auch, wie positiv das Lebensende gestaltet werden kann, und das trotz einer schweren Krankheit. Ich bin eine überzeugte Vertreterin der Sterbebegleitung und wünsche mir, dass dies in Zukunft weiter ausgebaut wird. Aber Sterbehilfe lehne ich ab, das würde nicht zur Verbesserung der Lebenssituation beitragen. Sterbehilfe dient einfach dazu, das Leben vorzeitig zu beenden.

„I“: Sind sie also auch der Meinung, dass die Legalisierung von Sterbehilfe keine angemessene Ergänzung der Sterbebegleitung wäre?

„B 1“: Auf gar keinen Fall, es wäre meiner Meinung nach eher eine Verschlechterung. Man würde maximal noch den Missbrauch fördern. Ich würde niemandem dem Wunsch danach ausreden, aber mein Ziel ist es, zu verstehen, was die Menschen dazu bewegt und die Erfahrung zeigt, dass es Sorgen und Ängste sind, die beseitigt werden können, oder zumindest gelindert. Meiner Meinung nach ist es aber auch so, dass die Menschen, die nach Sterbehilfe fragen, eigentlich nicht sterben möchten, sondern sie möchten bloß nicht leiden und das zeugt davon, dass ihnen unbekannt ist, welche Behandlungsmöglichkeiten ihnen zur Verfügung stehen und sie bisher einfach schlecht begleitet wurden.

„I“: Dann habe ich noch eine Frage (...) Würden sich Sterbehilfe und Sterbebegleitung gegenseitig ausschließen?

„B 1“: Das ist eine schwierige Frage (...) Also wenn ich jetzt nach meinen Erfahrungen beurteile und meiner Einstellung zu Sterbehilfe, dann würde ich behaupten, dass Sterbehilfe einfach nicht notwendig ist. Natürlich kommt der Wunsch auf und die Medizin stößt an ihre Grenzen, aber mit dem Konzept von Palliative Care, machen wir die Erfahrung, dass Menschen zu wenig über ihre Möglichkeiten wissen, oder bisher schlecht begleitet wurden (...) Wenn Ihnen dann aber mal Gehör geschenkt wird, dann merkt man, dass es einfach Ängste und Sorgen sind, die aus den Menschen sprechen. Und genau die können wir lindern und mit ihnen daran arbeiten, dass sie lernen die zu verlieren. Also ausschließen würde sich das nicht unbedingt, aber es würde Folgen haben, wenn die Sterbehilfe legalisiert irgendwann mal legalisiert werden sollte.

„I“: Welche Folgen würden sie denn durch eine Legalisierung befürchten?

„B 1“: Na ja, es ist ja ganz einfach, was nicht verboten ist, ist eben leichter umzusetzen. Ich befürchte dass Menschen vorschnell die Entscheidung treffen, weil sie Angst vor dem Tod haben, niemanden zur Last fallen möchten. Dann ist es natürlich ein schneller weg, wenn die Sterbehilfe legal wäre, sich einfach aus dem Leben zu scheiden.

Anlage II Folgeseite 8

Was aber nicht heißt, dass der Weg einfacher ist. Stellen sie sich mal vor, sie könnten ihren Tod terminieren?! Hört sich das nicht genauso beängstigend an?

Und dann befürchte ich auch, dass Sterbehilfe missbraucht werden würde und ich will mal sagen ihren Zweck verlieren würde. Man muss sich ja bloß mal die psychische Seite betrachten. Wie viele depressive Menschen wünschen sich den Tod, weil sie keinen anderen Ausweg sehen? Das sind alles so Fälle, die mich daran zweifeln lassen, denn eine psychische Erkrankung kann sehr gut behandelt werden, so dass auch die Lebensqualität wieder steigt (...) Es müsste sich das gesamte Personal im Sozial- und Gesundheitswesen darauf vorbereiten, präventive Maßnahmen entwickeln und sich fachlich darauf einstellen. Ich kann gar nicht so genau sagen, was sich alles verändern würde und müsste, weil ich mich damit noch nie intensiv auseinandergesetzt habe, aber was sich sicher dahingehend verändern müsste, ist die Vernetzung zwischen und unter Ärzten, Hospizen, Palliativstationen, Krankenhäusern, Sozialarbeitern und allen anderen.

Aber das ist ja generell ein Anliegen der Hospizarbeit, um die Sterbebegleitung auszubauen (...) Die Menschen müssen schon vor einer Erkrankung wissen, was ihnen in dem Fall alles zusteht und welche Angebote es gibt. Dann würden sich auch die Ideen und Vorstellungen von zum Beispiel einem Hospiz als grausames Sterbehaus ändern (...) Und ebenso sehe ich den Zwiespalt für ausführenden Ärzte. Einerseits haben sie ihren Eid abgegeben, das Leben um jeden Preis zu retten und dann sollen sie das Leben einfach beenden und selbst entscheiden und die Verantwortung dafür tragen, wer krank genug für Sterbehilfe ist.

„I“: Das ist wirklich ein heikles Thema und man merkt, wie schwer es ist, darüber zu urteilen. Meinen sie dennoch, dass die Legalisierung die Versorgungslücken schließen könnte?

„B 1“: Ich denke nicht. Es würden lediglich die medizinischen Maßnahmen erweitert werden. Da wo die Medizin an ihre Grenzen stößt, wird dann Sterbehilfe eingesetzt und das ist nicht das richtige Mittel, um das Leben zu beenden. Auch hierbei können Probleme auftreten, wenn das Mittel zum Beispiel zu gering dosiert wird, dann leidet die Person genauso einen langen und qualvollen Tod (...) Die Versorgungslücken können nur geschlossen werden, wenn mehr Personal eingesetzt wird und sich die Hospizarbeit gemeinsam mit der Palliativmedizin weiter verbindet und die vorhandenen Strukturen erweitert werden. Das kann mit multiprofessionellen Teams geleistet werden, in denen Ärzte, Pfleger, Seelsorger, Sozialarbeiter und ehrenamtliche zusammenarbeiten. Ich denke, dass man hier ansetzen sollte, um die Sterbebegleitung auszubauen. Das bedeutet aber auch, dass die Kassen mehr Kosten für die Versorgung schwerstkranker übernehmen müssen und die Anzahl an Plätzen für bedürftige ausgebaut werden müssen. Es ist also mit viel Kostenaufwand verbunden. Und leider ist es immer noch so, dass viel zu wenige Plätze für bedürftige zur Verfügung stehen.

„I“: Ok Frau B., ich würde ihnen gerne noch eine Frage stellen und zwar, welche Veränderungen eine Legalisierung mit sich bringen würde? Also in Bezug auf die allgemeine Hospizarbeit, auf die Mitarbeiter und für sie persönlich?

Anlage II Folgeseite 9

„B 1“: Welche Veränderungen die mit sich bringen würden? Da kann ich nur mutmaßen. Also ich sehe die Hospizarbeit etwas gefährdet. Wir sind ja ein Befürworter der Sterbebegleitung und Gegner der Sterbehilfe (...) Ja, was würde sich verändern, sie stellen gute Fragen (...)

„I“: Lassen sie sich ruhig Zeit

„B 1“: Ich hoffe ja darauf, dass die Weiterbildungsangebote im Bereich der Palliativmedizin ausgebaut werden. Das sollte viel mehr verpflichtend gelehrt werden, dass alle über die Grundkompetenzen verfügen, auch unter den Pflegeern und nicht nur für Ärzte. Ich denke das mangelnde Wissen über Palliativmedizin ist ein Grund für das Aufkommen vom Wunsch nach Sterbehilfe, weil eben auch die Ärzte nicht richtig vorsorgen.

„I“: Und wenn sie jetzt nochmal darüber nachdenken, was sich mit der Legalisierung verändern würde?

„B 1“: Grundsätzlich ist die Hospizarbeit die Idee, den Tod als Teil des Lebens zu sehen und ihn so natürlich wie möglich zu halten, dabei wird aber alles daran gesetzt, die Lebensqualität zu verbessern. Sie dient eigentlich der Prophylaxe von Sterbehilfe, da die in den natürlichen Sterbeprozess eingreift und den Tod vorzeitig herbeiführen würde. Wir verfolgen aber die Idee, das Leben bis hin zum Tode, den wir ohnehin nicht verhindern können, lebenswert zu gestalten (...) Ich würde behaupten, dass die Legalisierung ein erheblicher Einschnitt in die Hospizarbeit wäre und die Idee dahinter gefährdet wird. Man würde den Ängsten der Betroffenen nachgeben, anstatt mit ihnen daran zu arbeiten, die zu verlieren. Im Grunde genommen müssten Hospizmitarbeiter entgegen ihrer Überzeugung arbeiten. Außerdem würde sich die Trauerbegleitung der Angehörigen verschlechtern. Sie werden letztendlich vor vollendete Tatsachen gesetzt, was wiederum das Verarbeiten des Geschehens schwieriger macht. Also meiner Meinung nach würde die Legalisierung für Verschlechterungen sorgen, anstatt für Verbesserungen, weil sich die Menschen ihrem Schicksal geschlagen geben. Im Allgemeinen würde es den Stand unserer Arbeit erschweren.

„I“: Das kann ich alles sehr gut nachvollziehen. Soweit habe ich erstmal keine weiteren Fragen an sie. Ich danke ihnen für die zahlreichen Informationen und für ihre Offenheit dem Thema gegenüber. Dann möchte ich ihnen aber noch die Möglichkeit geben, dass sie ihre Angaben ergänzen können. Fällt ihnen noch etwas ein, was sie mir erzählen möchte oder was für meine Bachelor Arbeit noch relevant wäre?

„B 1“: Kein Problem, das habe ich gerne gemacht. Ich finde, dass wir ein sehr nettes Gespräch hatten und bin immer froh, wenn der Hospizarbeit mehr Ohr geschenkt wird. Also ich habe auch erstmal nichts weiteres, was ich ihnen noch mit auf den Weg geben kann, außer dass ich hoffe, dass ich ihnen helfen konnte und sie ihre Arbeit und das Studium gut beenden können.

Anlage II Folgeseite 10

„I“: Danke schön, dass hoffe ich natürlich auch, aber sie haben mir schon sehr geholfen.
Dann wünsche ich ihnen noch einen schönen Tag.

„B 1“: Danke

„I“: Ach so, und die Ergebnisse lasse ich ihnen dann zukommen.

Anlage III Transkription des Interviews von D. H.

Name:	Herr D. H.
Arbeitsbereich:	Sozialarbeiter“
Berufsjahre:	5
Datum:	04.08.2016
Dauer:	1 Stunde 6 Minuten 25 Sekunden

„I“: Hallo Herr H., wir haben nun das Vergnügen ein Interview zu führen. Ich bedanke mich schon mal bei ihnen, dass sie sich die Zeit für mich nehmen. Also wie sie ja wissen, schreibe ich gerade meine Bachelorarbeit, um mein Studium der sozialen Arbeit abzuschließen. Ich schreibe über das Thema Sterbehilfe und Sterbebegleitung und möchte gerne untersuchen, welche Erfahrungen sie in diesen Bereichen gemacht haben. Am Ende möchte ich untersucht haben, ob die Versorgungsstrukturen der Hospizarbeit Lücken aufweisen und ob die Legalisierung von Sterbehilfe diese Lücken schließen würden. Ja und dann möchte ich natürlich erfahren, welche Folgen eine Legalisierung für die Berufsgruppen im Hospiz hätte. Wir haben jetzt gut eine Stunde oder eineinhalb Stunden Zeit. Mögen sie damit starten, sich kurz vorzustellen?

„B 2“: Ich bin D. (...) D. H.. Was soll ich kurz über mich erzählen. Ich habe eine steile Karriere hingelegt (lacht). Also ich bin mittlerweile 35 Jahre alt, habe nach der Schule damals eine Ausbildung zum Krankenpfleger gemacht und mit 24 nochmal ein Studium hinterher geschoben. Jetzt bin ich schon seit 8 Jahren Sozialarbeiter (...) Vorm Hospiz habe ich in einer Einrichtung für ambulante Betreuung gearbeitet und nun eben seit 5 Jahren im Hospiz. Ich begleite die Menschen auf ihrem letzten Lebensweg, so traurig das auch klingen mag.

„I“: Das klingt wirklich ein wenig traurig, aber ich bewundere sie dafür. Belastet sie denn der Job?

„B 2“: Na ja, teilweise ist es schon belastend. Die Menschen wachsen einem ans Herz, man baut eine intensive Beziehung zu einigen auf und wenn diese Menschen dann versterben ist das manchmal sehr belastend. Ansonsten mache ich den Job aber sehr gerne und bin glücklich damit. Bei mir überwiegen zum Glück die schönen Momente.

„I“: Na gut, sie haben ja bestimmt auch Methoden, oder halt Angebote, damit auch die Mitarbeiter psychisch entlastet werden oder?

„B 2“: Ja, wir können uns auch an spezielle Ansprechpartner wenden.

„I“: Ok. So, dann würde ich mal mit meinen ersten Fragen starten. Also wie definieren sie Hospizarbeit?

„B 2“: Meinen sie allgemein gefragt?

„I“: Ja, und was sie persönlich mit der Arbeit verbinden?

Anlage III Folgeseite 1

„B 2“: Also die Hospizarbeit allgemein definiere ich als Begleitung von sterbenskranken Menschen und ihren Angehörigen (...) Eben Menschen, die eine so schwere Krankheit haben, dass keine Heilungschancen mehr bestehen. Zur Arbeit gehört, dass wir die Menschen so versorgen, dass auch in ihren letzten Lebenstagen eine Lebensqualität hergestellt wird und sie in Frieden Abschied nehmen können. Mein persönliches Interesse für die Hospizarbeit ist dadurch entstanden, weil meine Tante mit einer Krebserkrankung selbst in einem Hospiz ihre letzten Lebenstage verbracht hat und mir dadurch bewusst wurde, wie wichtig es ist den Menschen noch schöne letzte Lebenstage zu ermöglichen.

„I“: Oh, das tut mir leid für sie, dass sie so früh mit dem Tod konfrontiert wurden. Aber nichts des so trotz hat es natürlich ihren Berufsweg beeinflusst. Wo wir jetzt schon beim Thema Beruf sind, wie kann ich mir denn einen Arbeitsalltag bei ihnen vorstellen?

„B 2“: Grundsätzlich kann ich ihnen keine pauschale Antwort auf die Frage nach einem typischen Arbeitstag geben. Ein Grund ist definitiv, dass man mit Menschen zusammenarbeitet, die dann auch noch schwer erkrankt sind. Die unterschiedlichen Stadien der Erkrankungen und die unterschiedlichen Bedürfnisse der Gäste lassen den nächsten Tag nicht im Voraus planen. Trotzdem habe ich aber meine täglichen Aufgaben zu erledigen.

„I“: Das ist auf jeden Fall nachvollziehbar. Was fällt denn so unter ihre täglichen Aufgaben?

„B 2“: Jeder Tag beginnt für mich damit, dass ich morgens nach all unseren Bewohnern schaue, wie es ihnen heute geht und welche Pläne sie sich für den Tag genommen haben. Und dann richtet sich mein weiterer Arbeitstag nach den individuellen Wünschen der Bewohner. Dabei fallen aber auch immer wieder feste Termine und Aufgaben an. Seien es Arzttermine zu denen ich unsere Bewohner begleite, oder aber Gespräche mit den Familienangehörigen. Grundsätzlich geht es aber einfach darum, die Menschen bis zu ihrem Tod zu begleiten.

„I“: Jetzt ist der Tod ja ein sehr schwieriges Thema und ich kann mir gut vorstellen, dass das auch in ihrer Arbeit zu spüren ist. Gibt es Herausforderungen vor denen sie in ihrem Berufsalltag stehen?

„B 2“: Ja, das Leben bringt immer wieder neue Herausforderungen mit sich, ganz besonders in der letzten Lebensphase, weil einfach so viele Gefühle und Gedanken bei unseren Bewohnern aufkommen. Es ist nicht immer leicht, wenn die Menschen ihren bevorstehenden Tod noch nicht akzeptieren und man sie darauf vorbereiten muss, ihren letzten Lebensweg zu gestalten (...) Und natürlich stehe auch ich persönlich vor emotionalen Herausforderungen, wenn man über eine gewisse Zeit mit Menschen zusammenarbeitet ist es selbstverständlich, dass man eine emotionale Beziehung zueinander aufbaut. Ich versuche zwar privates und berufliches zu trennen, es passiert aber immer wieder, dass mich Einzelschicksale emotional belasten.

„I“: Da wären wir dann wieder beim Thema, dass der Job manchmal belastend für sie ist, was ich so auch wirklich nachvollziehen kann. Mir würden die Schicksale bestimmt auch nahe gehen. Jetzt haben sie ja gerade gesagt,

Anlage III Folgeseite 2

dass viele Gefühle und Gedanken bei ihren Bewohnern aufkommen. Was sind das denn für Gefühle und Gedanken? Können sie das noch etwas erklären?

„B 2“: Hauptsächlich steht die Angst vor dem Tod im Vordergrund. Ich glaube die Sorge vor einem schmerzvollen oder leidvollen Tod sind wesentliche Ängste, die unsere Gäste beschäftigen. Wie sich diese Sorge dann wiederum äußern unterscheidet sich von Gast zu Gast (...)

„I“: Das glaube ich sofort. Wie gehen sie denn mit ihren Bewohnern in dem Fall um? Also ich habe von einem Vier-Säulen-Konzept der Hospizarbeit gelesen. Ist ihnen das bekannt?

„B 2“: Wenn sie mit dem Vier-Säulen-Konzept auf die Kernbereiche der Hospizarbeit anspielen, dann weiß ich wovon sie sprechen, ja.

„I“: Also in der Ausarbeitung meiner Theorie in der Bachelor Arbeit schreibe ich von einem Vier-Säulen-Konzept, was die Bereiche Palliativmedizin, Seelsorge, psychosoziale Begleitung und spirituelle Begleitung umfasst. Beeinflussen diese Bereiche den Umgang mit ihren Bewohnern. Also in Bezug auf deren Gefühle und Gedanken, wovon wir eben gesprochen haben?

„B 2“: Auf jeden Fall. Das sind so die Kernbereiche der Hospizarbeit mit denen wir eine gute Begleitung, oder individuelle Begleitung ermöglichen. Jeder Bereich deckt andere Bedürfnisse ab und wird auf die Gefühle und Gedanken, oder eben auf die Bedürfnisse unserer Gäste abgestimmt.

„I“: Was bedeuten denn die vier Bereiche für die Arbeit im Hospiz?

„B 2“: Na ja, sie bilden zusammen die umfassende Sterbebegleitung.

„I“: Gut, das wäre nämlich sonst meine nächste Frage gewesen, aber die haben sie mir ja schon beantwortet jetzt. Können sie mir denn sagen, in welchen Bereichen sie hauptsächlich tätig sind und was sie machen?

„B 2“: (...) meine Arbeit ist hauptsächlich die psychosoziale Begleitung (...) Die medizinische Versorgung und Pflege wird natürlich von Ärzten und den Pflegern erledigt. Ich versuche die Bewohner mit Hilfe von Gesprächen zu unterstützen. Mein Ziel ist es dabei immer ein offenes Ohr für die Bewohner zu haben, und dass sie ihren Frust auch mal bei mir rauslassen können. Ich spreche mit ihnen über ihre Ängste und Sorgen, versuche immer ihnen auch die letzten Wünsche zu erfüllen und ihnen generell wieder mehr Lebensqualität zu schenken (...) Ja, das versuche ich halt im Rahmen meiner Möglichkeiten als Sozialarbeiter. Dazu gehören aber auch Aufgaben, wie die Erledigung letzter Angelegenheiten. Zum Beispiel wie die Bestattung aussehen soll und dabei der Einbezug der Angehörigen.

„I“: Wenn ich jetzt so das Wort Bestattung höre, zeigt mir das erstmal wieder, wie nah sie wirklich mit dem Tod zusammenarbeiten. Für mich ist die Vorstellung meine Bestattung zu planen ein ganz grausamer Gedanke. Aber ok, kann ich sie noch fragen,

Anlage III Folgeseite 3

vor welchen Herausforderungen sie in diesem Bereich stehen, also generell in der psychosozialen Begleitung?

„B 2“: Auch hier sind wieder die Ängste und Sorgen sehr präsent. Und genauso wie sie das eben schon geschildert haben, dass die Bestattung ein grausamer Gedanke ist, ist das bei unseren Gästen teilweise nicht anders. Das zeigt einfach nochmal, wie nah man dem Tod steht und ist belastend. Die Herausforderungen sind aber wieder ganz individuell. Manche haben mit ihrem Leben bereits abgeschlossen und andere hängen noch sehr daran. Trauer und Wut kommen hoch. Es ist nicht immer einfach die passenden Worte zu finden und unseren Gästen trotz allem (...) ja, eine schöne letzte Lebenszeit zu veranschaulichen. Jetzt ist veranschaulichen nicht das richtige Wort, aber (...) Es ist manchmal eine Herausforderung, bis unsere Gäste ihren Tod akzeptieren und sich die letzten Tage trotzdem noch schön gestalten. Und es akzeptieren längst nicht alle ihren Tod, das muss man auch ganz klar so sagen (...) Und generell ist es auch immer wieder eine Herausforderung einen Zugang bzw. eine Beziehung zu unseren Bewohnern herzustellen. Aber zum Glück verfüge ich durch mein Studium der sozialen Arbeit über wichtige Kompetenzen, die mir einen Zugang erleichtern.

„I“: Na ja, jeder hat ja seine eigene Lebensgeschichte und seine Vorstellungen davon, was man im Leben erlebt haben will. Wenn da noch große Wünsche unerfüllt bleiben, kann ich es mir gut vorstellen, dass man den Tod nicht wahrhaben will, oder man einfach noch nicht gehen kann. Schwieriges Thema, wirklich. Ich würde aber jetzt gerne nochmal generell auf das Thema Sterbebegleitung zu sprechen kommen. Können sie mir einfach nochmal kurz beschreiben, was die Sterbebegleitung im Hospiz kennzeichnet?

„B 2“: Wir haben ja jetzt schon viel über die Sterbebegleitung gesprochen. Also alles was ich ihnen bereits erzählt habe umfasst die Sterbebegleitung im Hospiz. Das ist zum einen natürlich der individuelle Prozess mit jedem einzelnen Bewohner, aber auch der Einbezug der Angehörigen. Es ist ja nicht so, dass der Tod nur für die Betroffenen schwierig ist, sondern auch die Angehörigen brauchen dringend Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Trauer (...) So ganz allgemein zusammengefasst ist die Hospizarbeit dafür da, dass alle Wünsche der Bewohner erfüllt werden, sofern das eben geht, in dem die verschiedenen Bereiche alle Bedürfnisse abdecken. Dass die Schmerzen gelindert werden, den Sorgen und Ängsten Raum geschenkt wird und allgemein die Lebensqualität gesichert wird. Und, ja auch, die Trauerbegleitung der Familie.

„I“: Ok, wer ist denn an der Sterbebegleitung beteiligt?

„B 2“: Das sind alle, die in einem Hospiz arbeiten. Ärzte, Pfleger, Sozialarbeiter und ganz wichtig die ehrenamtlichen Mitarbeiter. Die habe ich jetzt noch gar nicht erwähnt, aber die sind wirklich unverzichtbar in der Sterbebegleitung, weil sie einfach nochmal die Aufgaben übernehmen, die sonst vielleicht nicht erfüllt werden können. Sie gehen mit unseren Bewohnern spazieren, essen mit ihnen gemeinsam, lesen ihnen was vor oder oder oder. Also die ermöglichen es nochmal, den Bewohnern einen schönen Alltag zu bescheren.

Anlage III Folgeseite 4

„I“: Ja sehr schön, also jetzt nicht unbedingt die Thematik, die finde ich immer eher bedrückend, aber na ja (...) Danke erstmal für die vielen Infos.

Das werde ich auf jeden Fall in meiner Bachelor Arbeit nochmal intensiver aufgreifen. Dann würde ich jetzt mal zum zweiten Bereich des Interviews wechseln und zwar die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Bewohner. Ein bisschen haben wir ja gerade schon darüber gesprochen. Aber mögen sie mir nochmal genauer erzählen, welche Bedürfnisse und Wünsche die Bewohner haben? Welche sie versorgen können und welche nicht?

„B 2“: Ganz grundsätzlich sich jeder einen friedlichen Tod, am liebsten einschlafen und nie wieder aufwachen. Das ist natürlich nicht immer so und deswegen wünschen sich unsere Bewohner eine gute Begleitung. Das umfasst eben viele verschiedene Dinge (...) Also soweit unsere Bewohner noch Entscheidungen alleine treffen können, tun sie das auch. Ist also die Selbstbestimmung, aber auch Selbstverwirklichung. Ja, es sind wirklich viele Dinge. Ich weiß nicht, wo ich genau anfangen soll (...) Aber zum Thema Selbstverwirklichung gehört auf jeden Fall Selbstbestimmung. Die letzten Wünsche gehören auch dazu. Die kann ich ihnen nicht pauschal nennen, weil die individuell sind. Das ist vielleicht der Wunsch noch die Geburt der Enkelkinder miterleben, oder die Hochzeit der eigenen Kinder (...) sich also noch die letzten Lebensträume erfüllen.

„I“: Da hat ja jeder so seine eigenen Ideen. Und können sie vielleicht noch auf generelle Wünsche und Bedürfnisse eingehen?

„B 2“: Ja, dass man den Tod eben vorbereitet. Das Umfeld anpasst, die Familie einbezieht und sowas alles. Also die Menschen machen sich unfassbar viele Gedanken, wie es für die Familie weitergeht, ob die klar kommen nach dem Tod und auch versorgt werden. Dann wollen sie gerne in gewohnter Umgebung sein, aber eigentlich auch niemanden zur Last fallen. Unsere Bewohner sind auch teilweise wirklich in einem inneren Zwiespalt, der gelöst werden soll.

„I“: Ja, ok die sind auf jeden Fall alle sehr naheliegend. Wie sieht es damit aus, dass sie die Wünsche befriedigen? Geht das immer?

„B 2“: Manches können wir nicht erfüllen, aber wir geben immer unser bestes, damit es erträglicher wird.

„I“: Damit zeichnet sich die Hospizarbeit ja auch aus oder?

„B 2“: Natürlich, dafür sind wir da. Also an dieser Stelle möchte ich auch mal erwähnen, dass wir gut vorbereitet sind und der Tod für uns ein bekanntes Gebiet ist. Das macht die Berufserfahrung und verschiedene Fortbildungsangebote. Die Hospizarbeit lebt von der Vorstellung, das Leben in den Vordergrund zu stellen, also ein Leben bis hin zum Tod angenehm gestalten. Lebensqualität herstellen (...) Darunter fällt eben nicht nur die medizinische Versorgung, sondern alles drum herum.

Anlage III Folgeseite 5

„I“: Ich verstehe (...) Wenn ich sie jetzt mal auf die Versorgung anspreche, würden sie mir dann sagen, dass mit den aktuellen Strukturen alles befriedigt werden kann? Sprich mit der Sterbebegleitung, wie sie aktuell stattfindet?

„B 2“: Gute Frage Frau Rathmer (...) alles und jeden können wir sicherlich nicht immer zu 100 % zufriedenstellen.

„I“: Glaube ich nämlich auch. War ja auch ein kleiner Grund für meine Arbeit. Ich denke einfach, dass die ganze Sterbebegleitung so vielfältig ist und jeder auch eine andere Versorgung braucht (...)

„B 2“: Entschuldige, wenn ich dich unterbreche, aber das ist richtig. Wir passen uns den Gegebenheiten an, aber wir stoßen auch manchmal an Grenzen. Es sind teilweise einfach Dinge gewünscht, die wir nicht erledigen können, weil dafür nicht die Gegebenheiten sind. Was aber meistens unproblematisch verläuft, weil wir damit offen umgehen, Gespräche jederart anbieten und sich unsere Bewohner davon überzeugen können, dass nichts Böswilliges dahinter steckt.

„I“: Böswilliges? Wie das denn?

„B 2“: Na ja, wenn wir zum Beispiel nichts mehr gegen die Schmerzen tun können, dass wir sie nicht böswillig leiden lassen. Ganz banales Beispiel.

„I“: Kommt der Gedanke denn wirklich vor?

„B 2“: Ja, aber in Ausnahmefällen

„I“: Das hätte ich nicht gedacht. Na ja, ok (...) Ich hab dann aber auch noch ein paar andere Fragen (...) Und zwar, wie sie ihre Bewohner vor dem Tod körperlich und psychisch wahrnehmen?

„B 2“: Da gibt es ganz unterschiedliche Wahrnehmungen. Manche sind zufrieden, andere unzufrieden, manche trauern, um ihr Leben, manche haben schon längst resigniert, und andere machen sich die letzte Tage noch ein Späßchen. Das liegt so an dem Stadium der Krankheit, wie fit sie noch sind, wie viel Bewusstsein noch vorhanden ist und so (...) Je weiter die Krankheit voran schreitet, verschlechtert sich der körperliche Zustand und die psychische Befindlichkeit ist schwer zu fassen. Bei manchen besser, bei anderen schlechter.

„I“: Ok, ja das sind ja viele Faktoren die dann wahrscheinlich aufeinander treffen. Wie ist es denn mit Grenzen, die auftreten? Also sprich wo stößt die Hospizarbeit an Grenzen der Versorgungsstrukturen?

„B 2“: Ja, auch Grenzen werden in unterschiedlichsten Bereichen oder eben Situationen deutlich. Die Pflege ist immer wieder ein großer Aufwand. Eigentlich sind wir im Hospiz gut aufgestellt, weil der Betreuungsschlüssel schon recht angemessen aufgestellt ist.

Anlage III Folgeseite 6

Aber jede Erkrankung bringt andere Behandlungsmaßnahmen mit sich und auch Folgeerkrankungen oder Beschwerden, die immer zu lindern, kann Grenzen überschreiten. Wieder als Beispiel die Schmerztherapie, die in manchen Fällen nicht mehr ausreicht (...) Dann sind teilweise weniger Ressourcen vorhanden, die wir nutzen können, meist die Angehörigen, weil sie berufstätig sind und nicht so eingespannt werden können. Ja, was gibt es noch für Grenzen (...) die wohl größte Grenze ist, wenn unsere Bewohner ihre Situation nicht mehr aushalten. Da sind dann Kriseninterventionen gefragt, viel Empathie und Verständnis.

„I“: Wenn die Bewohner ihre Situation nicht mehr aushalten, leitet ganz gut das nächste Thema ein. Ich würde nämlich noch gerne mit ihnen über Sterbehilfe sprechen. Ist Sterbehilfe gefragt, wenn die Situation nicht mehr auszuhalten ist?

„B 2“: Wie meinen sie das?

„I“: Also ob ihre Bewohner nach Sterbehilfe fragen, oder ob generell der Wunsch aufkommt. Haben sie damit schon Erfahrungen gemacht?

„B 2“: Nein, ich selbst habe keinen speziellen Menschen begleitet, der direkt nach Sterbehilfe gefragt hat. Was aber wohl vorkommt, dass Angehörige fragen, ob man die Betroffenen nicht besser von ihrem Leid erlösen kann.

„I“: Woher kommt das, was meinen sie?

„B 2“: Es ist für alle eine ganz spezielle Situation und auch belastend. Für die Familie ist es ebenso schwer, mitzuerleben wie ihr Familienmitglied leidet. Und man wünscht ihnen einfach, dass sie friedlich einschlafen und keine Schmerzen haben. Manche meinen in der Situation könnte Sterbehilfe angebracht sein (...)

„I“: Ok, also würde sie sagen, dass der Wunsch eher von den Angehörigen kommt?

„B 2“: (...) Ich sehe das etwas gemischt. Ja, die Angehörigen äußern zwar, dass sie den Betroffenen vom Leid erlösen wollen, aber ich bin der Meinung, dass sie nicht bewusst von Sterbehilfe sprechen.

„I“: Wovon sprechen sie denn dann?

„B 2“: Dass das Leben in dem Zustand nicht mehr Lebenswert ist und es besser wäre, den Menschen gehen zu lassen. Es ist eine große Unsicherheit, die aus den Angehörigen spricht (...) Vielleicht liegt es auch daran, dass die Versorgungsmöglichkeiten gar nicht so klar sind, wobei wir schon versuchen allen zu vermitteln, welche Möglichkeiten bestehen.

„I“: Also begründen sie den Wunsch nach, ja Sterbehilfe, mit Unwissenheit der Angehörigen?

„B 2“: Zum Teil wohl.

Anlage III Folgeseite 7

„I“: Na gut, was halten sie denn persönlich von Sterbehilfe?

„B 2“: Da muss ich jetzt mal kurz überlegen, wie ich meine Einstellung ausdrücken kann (...) Grundsätzlich gestehe ich jedem Menschen das Selbstbestimmungsrecht zu. Und wenn das eben der letzte Wunsch ist, dann könnte der für mich persönlich unter gegebenen Bedingungen möglich sein. Jeder hat ja seine eigenen Wünsche und Vorstellungen, wenn also jemand seinen Tod als würdig ansieht, in dem er vorzeitig herbeigeführt wird, dann ist das ein Teil von Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung. Also lehne ich Sterbehilfe nicht grundlegend ab. Ich positioniere mich aber auch ganz klar zur Hospizarbeit. Das ist für mich die bessere Lösung.

„I“: Warum ist das für sie die bessere Lösung Herr H.?

„B 2“: Weil sich zeigt, dass der Wunsch nach Sterbehilfe meistens nur aus Angst vorm Sterben besteht, eben Angst vor Schmerz, Leid, oder eben eine Last für andere zu werden, also verschiedene Ängste und ich jeden Tag erfahre, dass wir diese Ängste durch eine gute Begleitung verarbeiten können. Das sind einfach meine positiven Erfahrungen durch meine tägliche Arbeit.

„I“: Sie sind ja direkt im Feld und werden sich da bestimmt schon intensiver mit beschäftigt haben. Können sie sich vorstellen selbst mal Sterbehilfe zu wünschen? Ach oder besser gesagt in Anspruch zu nehmen?

„B 2“: Kann ich ihnen nicht sagen. Ich war zum Glück nie so schwer krank, als dass mich der Gedanke mal beschäftigt hat, also weiß ich es nicht. Vielleicht ja, vielleicht auch nicht, ich hoffe aber, dass wenn ich mal in so eine Situation komme, dass ich dann auch so gut begleitet werde.

„I“: Ja, das wünsche ich ihnen und jedem anderen. Aber jetzt haben sie gerade leicht mal angedeutet, dass Sterbebegleitung nicht zwangsläufig Sterbehilfe ausschließen (...) Meinen sie, dass die Legalisierung zur Verbesserung der Sterbebegleitung führen würde?

„B 2“: Es könnte eventuell eine weitere Möglichkeit sein. So wie die Legalisierung momentan aber diskutiert wird, denke ich das nicht. Da muss man schon auf die kleinsten Details achten, dass Sterbehilfe ordentlich gehandhabt wird. Ich glaube nicht, dass man einen passenden Konsens finden kann, weil es einfach so viele widersprüchliche Argumente gibt. Und von Verbesserung möchte ich nur vorsichtig sprechen, also es wäre vielleicht eine weitere Möglichkeit, aber man bietet den Menschen damit auch die Chance, sich ihrem Schicksal geschlagen zu geben (...) Ich würde mal behaupten, dass auch andere Menschen sich dann einfacher dazu entscheiden, weil es für sie in dem Moment nicht mehr erträglich ist, also das Leben nicht mehr lebenswert.

„I“: Ok, sie sprechen also von Missbrauch durch die Legalisierung?

„B 2“: Ja, so kann man das verstehen.

Anlage III Folgeseite 8

„I“: Gut, und könnten denn Versorgungslücken im Hospiz dadurch geschlossen werden?

„B 2“: Da müsste man schon an anderer Stelle ansetzen.

„I“: Wo denn?

„B“: Ja, zum Beispiel dass mehr Personal eingesetzt wird, dass sich das Personal besser qualifiziert, dass jeder Mitarbeiter in die medizinischen Möglichkeiten eingeweiht ist (...) Das sind wohl eher die Schwachstellen, die verbessert werden können.

„I“: Was würde das denn für die Mitarbeiter bedeuten?

„B 2“: Zum einen dass sie sich von Anfang an Fortbilden, dass dafür speziellere und verpflichtende Angebote geschaffen werden (...) und man weiter an dem Ausbau der Versorgungsstrukturen im Sinne des Palliative Care festhält (...) Palliative Care ist ihnen bekannt?

„I“: Ja, dazu habe ich mir schon einiges rausgesucht, das ist ja quasi das Konzept von Hospizarbeit oder? Also dass multiprofessionelle Teams eingesetzt und dadurch die vier Bereiche wie Palliativmedizin, Pflege, psychosoziale und spirituelle Begleitung versorgt werden?

„B 2“: Das kommt so hin.

„I“: Super, dann haben wir jetzt auch schon das meiste besprochen. Aber ich bin noch nicht fertig. Ich hätte noch die Frage, was sie glauben, was sich durch die Legalisierung verändern würde?

„B 2“: Das hatten wir ja schon grob. Ich könnte mir vorstellen, dass mehr Missbrauch mit Sterbehilfe betrieben wird und die dafür genutzt wird, sich aus einer nicht aushaltbaren Lebenssituation zu befreien.

„I“: Ja, und was würde sich für die Hospizarbeit und deren Mitarbeiter ändern?

„B 2“: Wir müssten noch sensibler darauf achten wann und wer den Wunsch äußert, wie akut der Wunsch ist, woher er stammt und so, wie müssten darauf reagieren, kleinste Anzeichen erkennen (...) vielleicht auch erweiterte Angebote schaffen, die Beratungsangebote spezialisieren (...)

Wir müssten uns alle klar dazu positionieren im Rahmen der Arbeit, mit den Ärzten sprechen und Lösungen finden. Das kann ich ihnen soweit dazu sagen. Das größte Problem haben wahrscheinlich die Ärzte, weil sie ja Sterbehilfe durchführen müssten. Ich könnte das nicht mit meinem Gewissen vereinbaren (...)

„I“: Das glaube ich. Wäre bei mir nicht anders. Es ist schon eine komische Vorstellung (...) Gibt es denn Möglichkeiten, wie man auf die Veränderungen reagieren könnte? Vielleicht auch schon vorher?

Anlage III Folgeseite 9

„B 2“: Man kann mehr Präventionsarbeit leisten, zum Beispiel Tag der offenen Türen im Hospiz, dass man den Menschen zeigt, welche Alternativen sie haben oder auch die Palliativstationen, wo unsere Bewohner oft vorher waren. Die können auch mehr Präventionsarbeit leisten. Allgemein müssen die Menschen mehr über ihre Möglichkeiten aufgeklärt werden und das können wir natürlich schon jetzt machen.

„I“: Dann gibt es also Möglichkeiten da vorzubeugen. Werden denn jetzt auch schon welche umgesetzt?

„B 2“: Ja, es ist ja schon lange das Thema die Hospizarbeit auszubauen und für mehr Qualität zu sorgen und auch die Menschen auf die Hospizarbeit aufmerksam zu machen. Also das wird schon jetzt teilweise geleistet, ist aber halt noch ausbaufähig.

„I“: Gut, dann würde ich sie noch gerne etwas zur Sozialen Arbeit fragen, weil die ja für mich auch ein Schwerpunkt ist. Also meine Frage ist halt, was sich konkret für sie als Sozialarbeiter verändern würde, oder allgemein, wenn es zur Legalisierung kommt?

„B 2“: Konkret für die Soziale Arbeit? (...) So prinzipiell kann ich ihnen die Frage gar nicht beantworten. Aber generell würde ich sagen, dass die Arbeit noch mehr in die Sterbebegleitung miteinbezogen werden muss, also dass Sozialarbeiter Grundbestandteil eines Teams werden. Das sehe ich aber nicht speziell auf die Legalisierung bezogen, sondern generell für die Hospizarbeit.

„I“: Ja, sie meinen also, dass Sozialarbeiter vermehrt eingesetzt werden sollten?

„B 2“: Genau.

„I“: Und würde sich denn was für sie in ihrem Arbeitsalltag ändern?

„B 2“: Das zeigt sich dann. Ich passe meine Arbeit gerne den Gegebenheiten an, wenn es soweit ist.

„I“: Ja, soziale Arbeit lebt ja ständig im Wandel, also das sehe ich genauso wie sie, aber ich würde halt noch gerne erfahren, ob sich spezielle Veränderungen schon jetzt sagen lassen?

„B 2“: Ich könnte jetzt nur mutmaßen (...) also es könnte sein, dass vermehrt nach Sterbehilfe gefragt wird, weil es mit einer Legalisierung tiefer in die Gesellschaft eindringt, genauso wie es mit der Legalisierung von Cannabis wäre. Da vermutet man ja auch, dass es mehr Konsumenten als Folge hätte. Dementsprechend ist wieder Präventionsarbeit gefragt und die bedarf Vorbereitungen. Also würde es für mich bedeuten, dass ich meine Haltung überdenke, oder zumindest den Gegebenheiten anpasse, mich auf die Thematik einlasse und einen neuen Umgang damit entwickle. Nur so kann ich dann auch authentisch meine Arbeit umsetzen und mit den Betroffenen (...) Also auf die Betroffenen eingehen.

Anlage III Folgeseite 10

„I“: Ok Herr H., viele Infos, dann halte ich das erstmal so fest. Irgendwie bin ich mir noch unsicher, mit dem Bezug zu meiner Arbeit, wegen der sozialen Arbeit. Also die Veränderungen. Ich weiß es auch nicht (...) aber mal schauen, was ich daraus mache. Soweit bin ich aber mit meinem Leitfaden durch und habe genug von Ihnen erfahren. Ich will ihnen aber auch noch die Chance geben, sich zu ergänzen. Gibt es was?

„B 2“: Ich denke, ich habe ihnen alles Wichtige erzählt.

„I“: Super, dann bedanke ich mich bei ihnen und würde das Interview dann hier beenden.

„B 2“: Gut, hoffentlich konnte ich ihnen helfen.

„I“: Ganz bestimmt!

Anlage IV Transkription des Interviews von Dr. med. A. G.

Name:	Dr. med. A. G.
Arbeitsbereich:	Fachärztin der Allgemeinmedizin, Palliativmedizin
Berufsjahre:	4
Datum:	05.08.2016
Dauer:	58 Minuten 43 Sekunden

„I“: Schön, dass sie sich zu einem Gespräch mit mir bereit erklärt haben. Sie haben ja von meinem Forschungsvorhaben über Frau B. erfahren. Jetzt würde ich ihnen trotzdem gerne nochmal kurz etwas dazu erzählen. Also ich studiere Sozialpädagogik in Teilzeit an der Saxion in Enschede. Mittlerweile bin ich am Ende des Studiums angekommen und schreibe jetzt meine Bachelorarbeit. Erstmal hat mein Thema gar nicht unbedingt so viel mit der Sozialen Arbeit zu tun, dachte ich, aber scheinbar doch. Jetzt möchte ich einfach schauen, wie die Soziale Arbeit in dem Bereich vertreten ist. Und mein Ziel ist zu untersuchen, welche Erfahrungen Hospizmitarbeiter in Bezug auf Sterbehilfe und Sterbebegleitung gemacht haben, oder immer noch machen, wie sich die Sterbebegleitung gestaltet, wo es Lücken gibt und wie diese geschlossen werden können. Also ich würde dann gleich einige Fragen stellen, die sie mir natürlich nur beantworten müssen, wie sie es vertreten können (...) Mögen sie sich vielleicht kurz vorstellen?

„B 3“: Ja, erst einmal Hallo Frau Rathmer. Sie haben sich ein wirklich spannendes Thema ausgesucht (...) Dann werde ich mich kurz vorstellen. Ich bin A. G., ich bin seit langer Zeit als Fachärztin der Allgemeinmedizin tätig. Vor gut 7 Jahren habe ich mich in dem Bereich der Palliativmedizin weitergebildet. Nun bin ich seit gut 4 Jahren auch als Palliativmedizinerin tätig. Kann ich ihnen noch mehr zu meiner Person erzählen?

„I“: Danke Frau G., ich glaube das reicht erstmal.

„B 3“: Gut, dann können wir ja schon beginnen. Ich muss ihnen aber mitteilen, dass ich mich kurz halten werde, weil ich später noch einen wichtigen Termin habe. Also ich stehe ein wenig unter Zeitdruck.

„I“: Oh, ok, dann weiß ich das und gebe mir Mühe hier schnell durchzukommen. Ich starte dann einfach mal mit der Frage, wie sie die Hospizarbeit definieren?

„B 3“: Die Hospizarbeit (...) Dazu würde ich erst einmal zwei Bereiche nennen. Es gibt die Hospizdienste und die Palliativstationen, beide fallen unter den Begriff Hospizarbeit. Was möchten sie nun von mir erfahren?

„I“: Ok, ist es wichtig beide Bereiche zu trennen? Also meine Frage war ja, wie sie die Hospizarbeit definieren, vielleicht können sie das mit den Hospizdiensten und Palliativstationen noch ein bisschen ausführen?

„B 3“: Es bestehen Unterschiede in beiden Bereichen. Hospizdienste sind stationäre oder ambulante Angebote für schwerstkranke Menschen, die entweder in ihrer gewohnten Umgebung begleitet werden, oder sofern dafür keine Option mehr besteht, stationär begleitet werden.

Anlage IV Folgeseite 1

Grundsätzlich sind Patienten im Hospizdienst austherapiert und werden für einen kurzen Zeitraum begleitet. Die Palliativstationen sind im Krankenhaus angegliedert. Einige Patienten werden von einer Palliativstation in ein Hospiz verlegt (...) Auf einer Palliativstation steht jedoch die Krankheitsbehandlung im Vordergrund, sprich die Verbesserung oder die Stabilisierung des Krankheitsverlaufs. Reicht ihnen das soweit?

„I“: Ja, das macht den Unterschied nochmal deutlich. Also so wie ich das verstehe sind Hospizdienste die letzte Station für schwerstkranke, weil es keine weiteren Behandlungsmaßnahmen gibt und Palliativstationen eben die weitere Krankheitsbehandlung durchführen. Kann ich das so verstehen?

„B 3“: Fachlich könnte man dies sicherlich noch anders ausdrücken, aber im Wesentlichen drücken sie das richtige aus. Formulieren sie es später ruhig etwas fachlicher.

„I“: Ja, darauf werde ich dann nochmal achten (...) Ok, wir haben ja jetzt erstmal zwei Bereiche der Hospizarbeit beschrieben. Können sie mir denn nochmal erzählen, wie sie die Arbeit definieren. Damit ich wieder auf meine Frage zurückkomme!

„B 3“: Ich definiere sie als umfassende Begleitung schwerstkranker Menschen und ihren Angehörigen, bis über den Todeseintritt hinaus, auf menschlicher Ebene, indem Versorgungsstrukturen ineinander übergreifen und die Lebensqualität der Patienten wieder herstellen.

„I“: Und wie kann ich mir die Hospizarbeit vorstellen? Also sprich, was umfasst die Hospizarbeit und wie kann ich mir einen Arbeitsalltag vorstellen?

„B 3“: Sie können sich die Hospizarbeit als Begleitung am Lebensende vorstellen. Hierbei fallen verschiedene Aufgaben an. Es sind einzelne Berufsgruppen tätig, die zusammen alle Aufgaben erfüllen, dazu zählen die medizinischen Maßnahmen, pflegerische Aufgaben und alles, was den Sterbeprozess erträglicher macht. Also vor allem auch die psychische Begleitung der Patienten. Dazu kann ich ihnen keinen Alltag beschreiben, weil dieser nicht eintritt.

„I“: Sind das die großen Bereiche der Arbeit im Hospiz oder einer Palliativstation?

„B 3“: Ja

„I“: Also ich verstehe darunter das Vier-Säulen-Konzept der Hospizarbeit. Das hat sich so während meiner gesamten Vorbereitungszeit immer wieder herauskristallisiert. Würden sie das bestätigen?

„B 3“: Ja, auch das kann ich ihnen so bestätigen. Es sind die vier Kernbereiche der Hospizarbeit, die zusammen die Sterbebegleitung bilden.

Anlage IV Folgeseite 2

„I“: Super, dann habe ich das so richtig. Welchen Bereich übernehmen denn sie in ihrem Job?

„B 3“: Als Medizinerin bin ich hauptsächlich für die medizinische Versorgung der Patienten zuständig, selbstverständlich nehme ich mich aber auch nicht davor zurück, meinen Patienten zuzuhören und sie auf emotionaler und psychischer Ebene zu unterstützen. Das fällt auch unter meine Zuständigkeit.

„I“: Sie nehmen mit der medizinischen Versorgung ja schon eine große Verantwortung ein, ich dachte bisher immer, dass das wohl der wichtigste Bereich in der Sterbebegleitung ist, aber habe doch schon erfahren, dass auch die psychosoziale Begleitung sehr wichtig ist (...) Ok, soweit dann dazu, meiner nächste Frage ist, vor welchen Herausforderungen sie in ihrem Beruf stehen?

„B 3“: Zunächst einmal sind Medizin und die psychologische Begleitung wohl die Kernpunkte der Arbeit. Das soll nun nicht heißen, dass die anderen Bereiche weniger wichtig sind. Worauf ich hiermit eingehen will, ist der herausfordernde Umgang mit Patienten, deren körperliches und seelisches Leiden so hoch ist, dass sie keinen Sinn mehr sehen. Sie dann vom Gegenteil zu überzeugen ist nicht immer einfach. Allerdings mache ich die Erfahrung, dass es den Patienten besser ergeht, wenn sie die Sicherheit erlangen, dass sie weitere medizinische Maßnahmen annehmen können.

„I“: Gibt es also immer weitere medizinische Maßnahmen?

„B 3“: Irgendwann stoßen wir mit der Medizin an Grenzen, es gibt aber weitreichende Maßnahmen die ergriffen werden können.

„I“: Und was wären so letzte Maßnahmen?

„B 3“: Eine letzte Maßnahme kann beispielsweise das künstliche Koma sein. Hiermit führen wir den Tod nicht frühzeitig herbei, aber der Patient nimmt seine Leiden nicht mehr wahr und verstirbt am ganz natürlichen Verlauf seiner Krankheit.

„I“: Mensch, das sind wirklich weitreichende Möglichkeiten, davon wusste ich bisher auch nichts, aber das würde mich glaube ich auch beruhigen, wenn ich weiß, dass ich nichts mehr mitbekomme und nicht mehr leide. Na gut, soweit dazu, gibt es noch weitere Herausforderungen für sie?

„B 3“: Ja, diese Möglichkeit beruhigt einige unserer Patienten. Weitere Herausforderungen stellen sich noch im Umgang mit den Angehörigen. Sie wollen, verständlicherweise, manchmal nicht akzeptieren, dass medizinisch keine weiteren Heilungsmöglichkeiten mehr bestehen. Das ist für sie in dem Moment unverständlich und sorgt für Konfliktpotential. Die Emotionen fahren hoch und die Verzweiflung ist akut. Das sind ganz normale menschliche Empfindungen, die aufkommen.

Anlage IV Folgeseite 3

„I“: Auch das kann ich gut verstehen, es hört sich alles so nachvollziehbar für mich an. Ok, jetzt haben sie vorhin gesagt, dass verschiedene Berufsgruppe zusammen arbeiten. Welche sind das und wie arbeiten die zusammen?

„B 3“: Das sind zum einen die Mediziner, dann Krankenpfleger, Sozialarbeiter, Psychologen, ehrenamtliche Mitarbeiter, Pfarrer, Seelsorger usw. (...) Wir alle kooperieren eng miteinander. Mittlerweile hat sich ein gutes Netzwerk gebildet. Zusammen sind alle an der Begleitung der Patienten beteiligt. Jeder erfüllt seine Aufgaben in seinem Bereich und macht diese für alle transparent. Nur hiermit können wir wirklich eine gute Sterbebegleitung ermöglichen.

„I“: Also durch die gesamten Strukturen ermöglichen sie dann eine gute Sterbebegleitung?

„B 3“: Ja, sicherlich. Es wird alles aufeinander abgestimmt und vor allem stehen die Wünsche der Patienten im Mittelpunkt, um sie geht es letztendlich.

„I“: Genau, um sie geht es (...) Jetzt habe ich gerade schnell überlegt, ob ich sie noch weiter zur Sterbebegleitung frage, aber wir haben ja ein bisschen Zeitdruck und sie haben schon so schön zu meinem nächsten Thema übergeleitet. Das sind nämlich die Wünsche der Patienten und ihre Bedürfnisse. Dazu können sie mir ja bestimmt auch noch was erzählen.

„B 3“: Was möchten sie denn von mir wissen?

„I“: Generell erstmal welche Wünsche die Patienten überhaupt haben und wie damit umgegangen wird?

„B 3“: Ein großer Wunsch ist die gute Pflege, was darunter fällt sehen die Patienten sehr individuell. Sicher aber ist die medizinische Behandlung. Manchmal wird aber auch genau dies nicht eingefordert, sondern abgelehnt. Einige Patienten haben die Angst, dass sich ihr Zustand dadurch verschlechtert, oder ein Leiden länger hinaus gezögert wird, und andere sehen darin ihre letzte Rettung. Deswegen ist es so wichtig, dass wir sie über ihre Möglichkeiten aufklären und ihnen die Ängste nehmen.

„I“: Und wie reagieren sie darauf?

„B 3“: Ich nehme mir Zeit für meine Patienten, erkläre ihnen alles wichtige, höre ihnen zu und spreche mit ihnen über ihre Sorgen. Dann schaue ich mit ihnen gemeinsam nach einer Lösung, also nach allem, wie man denn bestmöglich ihre Beschwerden lindern kann.

„I“: Das gelingt ihnen dann auch?

„B 3“: Ja

Anlage IV Folgeseite 4

„I“: Sehr schön (...) Ok, gut und was gehört noch zu einer guten Pflege? Oder was wünschen sie sich noch?

„B 3“: Kurz angesprochen habe ich, meine ich, bereits, dass sie auch einen Zuhörer brauchen, der sich ihre Sorgen und Ängste anhört, der sie wahrnimmt und mit ihnen bespricht. Dann aber auch die allgemeine Pflege. Mit der Krankheit treten immer weitere Symptome und Beschwerden auf, es werden unterschiedliche Behandlungsmaßnahmen angesetzt (...) Es kann vorkommen, dass Tumore eine übermäßige Blutung verursachen, oder dass die Menschen inkontinent werden, dass sie Luftnot verspüren oder eben viele weitere Symptome. Diese jetzt nur mal als Beispiel. Hier ist dann natürlich eine Symptombehandlung gewünscht, dass die Leiden aufhören, vor allem aber auch die Schmerztherapie.

„I“: Ich weiß gar nicht genau, ob sie das so schon angesprochen haben, aber jetzt haben wir es ja (...) Ok, generell Frage ich in meiner Arbeit nach Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen. Ich würde sagen, dass wir jetzt eher über die Bedürfnisse gesprochen haben, welche Wünsche sind ihnen denn geläufig?

„B 3“: Ich würde das an ihrer Stelle nicht so scharf trennen, die Bedürfnisse kann man selbstverständlich auch rein körperlich beschreiben, darunter fallen dann Schmerztherapie und Symptomkontrolle (...) aber daraus ergeben sich natürlich auch die Wünsche der Patienten. Der Wunsch danach nicht leiden zu müssen, der Wunsch danach den Familienangehörigen nicht zur Last zu fallen, der Wunsch nach Autonomie, der Wunsch nach allgemeiner Pflege und und und. Also beides fällt schon zusammen und das eine ergibt sich aus dem anderen.

„I“: Das stimmt, so habe ich das bisher noch gar nicht unbedingt gesehen, aber ich gebe ihnen recht.

„B 3“: Sie müssen sich vorstellen, dass die Patienten nach und nach ihre körperlichen und sozialen Möglichkeiten verlieren und beide Verluste sorgen für Wünsche und Bedürfnisse, die wir mit der Palliativpflege erfüllen, oder meist erfüllen können.

„I“: Ok, das deutet aber daraufhin, dass manche auch nicht erfüllt werden (...)

„B 3“: Sicherlich bleiben manche Wünsche unerfüllt, aber die notwendige Versorgung ist gegeben und dabei hat jeder Patient höchstes Mitspracherecht. Er entscheidet letztendlich, welche Maßnahmen ergriffen werden und welche nicht.

„I“: Na gut, aber manche Wünsche lassen sich ja auch gesetzlich nicht realisieren oder? Also damit möchte ich jetzt zum nächsten Thema übergehen und spreche vom Wunsch nach Sterbehilfe (...) ich würde dann das andere Thema abhaken und nicht weiter groß aufhängen.

„B 3“: Also auch Sterbehilfe kann man so oder so sehen. Im Prinzip leisten wir Sterbehilfe. Wir begleiten die Patienten bis zu ihrem Tod und helfen ihnen dabei. Der Unterschied ist bloß, dass wir den Tod nicht hinauszögern oder vorzeitig herbeiführen,

Anlage IV Folgeseite 5

sondern den natürlichen Prozess begleiten. Wenn ein Patient den Wunsch hat, durch aktive Sterbehilfe den Tod herbeizuführen, dann können wir das nicht umsetzen.

„I“: Gut, ich habe mich schon speziell auf die Form von aktiver Sterbehilfe bezogen, oder eben die anderen Formen. Aber vielleicht erstmal die Frage, inwieweit sie mit dem Thema vertraut sind?

„B 3“: Ich bin sehr wohl damit vertraut, als Palliativmedizinerin setzte ich mich mit der Thematik auseinander.

„I“: Gut, dann können sie mir wahrscheinlich viel dazu erzählen. Was halten sie denn von Sterbehilfe?

„B 3“: Im Gegensatz zu vielen meiner Kollegen, sehe ich die Sterbehilfe als weitere Möglichkeit. Ich befürworte diese jedoch nicht grundsätzlich.

„I“: Können sie das noch weiter ausführen?

„B 3“: Also ich meine, dass man unter ganz klaren Richtlinien Sterbehilfe leisten könnte. Man wird immer wieder an die Grenzen stoßen, an denen ein Patient erwähnt, dass er so nicht mehr leben kann oder will. Er hält seinen Zustand einfach nicht mehr aus. Das kann durch die körperlichen Symptome geschuldet sein, oder aber durch die psychischen (...) So, und da sind wir an einem Punkt, wo man sagen muss, was kann man einem Menschen zumuten? Kann ich darüber entscheiden, was für einen Patienten noch ein erträglicher Zustand ist? Gewiss nicht. Ich kann mich in seine Lage hineinversetzen, aber ich kann nicht so empfinden, wie er es empfindet. Das ist so ein Grund, weshalb ich sage, darüber sollte jeder Patient selbst entscheiden können, was er ertragen kann und möchte (...) Dann betrachte ich es aber auch als Ärztin.

„I“: Gut, sie sind also der Meinung, dass jeder selbst darüber entscheiden dürfen sollte, unter welchen Umständen man noch leben möchte? Und was sagen sie als Ärztin dazu?

„B 3“: Richtig. Ich als Ärztin sage aber auch, dass es reichlich medizinische Behandlungsmöglichkeiten gibt, wenn der Wunsch wegen der rein körperlichen Symptome aufkommt. Wenn psychische Beschwerden dafür der Grund sind, dann gibt es auch viele Möglichkeiten der psychologischen Begleitung, die auch zum Teil wieder in der Medizin angedockt sind.

„I“: Ich würde gerne mehr darüber erfahren. Was sind das alles für Möglichkeiten?

„B 3“: Es sind eben die Schmerztherapie und Symptomkontrolle, um Schmerzen zu lindern und krankheitsbedingte Symptome zu behandeln. Wenn ein Patient über seine Möglichkeiten aufgeklärt wurde, ist der Wunsch nach schnellerem Sterben meist verschwunden.

Anlage IV Folgeseite 6

Wir können die Patienten bis hin in ein künstliches Koma legen, so dass sie keinerlei Beschwerden mehr erleben müssen. Dann bieten wir auch die psychologische Behandlung an. Das können lediglich Gespräche sein, aber auch die Behandlung mit Antidepressivum. Also es besteht wirklich ein breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten (...) und meine Berufserfahrung zeigt, dass man den Menschen zuhören muss, sie mit ihrem Beschwerden ernst nehmen und ihnen Sicherheit bieten muss, dass sie nicht leiden werden. Dann wird für sie der Sterbeprozess erträglicher und in den meisten Fällen schwindet der Wunsch nach Sterbehilfe.

„I“: Das ist ja eine Reihe an Möglichkeiten (...) Also ich habe jetzt durch die anderen Interviews natürlich schon viel erfahren, aber sie machen das jetzt auch nochmal deutlich. Für mich ergibt sich auch immer mehr, dass man einfach viel zu wenig über seine Möglichkeiten weiß und man deswegen einfach die Angst vor qualvollen Tod hat.

„B 3“: Das ist das klassische Beispiel. Die Menschen wissen zu wenig über ihre Möglichkeiten.

„I“: Woran liegt das denn?

„B 3“: Die Palliativmedizin ist noch recht jung und nicht allzu weit verbreitet. Selbst viele Ärzte wissen nicht, über die Möglichkeiten der Palliativmedizin, wie soll es dann die Gesellschaft wissen? Die Palliativmedizin ist noch nicht ausreichend in der Gesellschaft und der Medizin verankert.

„I“: Das ergibt auf jeden Fall Sinn und zeigt ja auch eine Schwachstelle bei der Begleitung, oder Versorgung von schwerstkranken.

„B 3“: Eine Schwachstelle im Sinne von allgemeinem Wissenstand, denn Behandlungsmöglichkeiten gibt es ausreichend, sie sind nur nicht jedem bekannt.

„I“: Ja, darauf habe ich mich auch eigentlich bezogen, also das meinte ich auch schon so. Gut, ich würde sie dann aber nochmal fragen, ob sie meinen, dass die Legalisierung von Sterbehilfe die (...) zur angemessenen Begleitung schwerstkranker beitragen würde?

„B 3“: Zur Begleitung nicht, nein. Sterbehilfe hat meiner Meinung nach nichts mehr mit Begleitung zu tun letztendlich. Die Legalisierung würde dafür sorgen, dass Menschen, die sich den vorzeitigen Tod wünschen, diesen auch herbeiführen können und die Begleitung abbrechen.

„I“: Tut mir leid, das ist mir noch nicht so ganz klar.

„B 3“: Also, die reine Legalisierung würde bedeuten, dass jeder Sterbehilfe in Anspruch nehmen darf, dabei dürfte grundsätzlich niemand ausgegrenzt werden. Es müssten aber andersrum ausdrückliche Gesetzesgrundlagen errichtet werden, die trotz allem ermöglichen, dass sich jemand nicht vorschnell dafür entscheidet, oder eben weil er momentan keinen anderen Ausweg sieht.

Anlage IV Folgeseite 7

Dann ist man aber auch schon wieder bei der grundsätzlichen Argumentation zur Legalisierung. Wem gestattet man es und wem nicht? Warum und wie begründet man das? (...) Na ja, und das könnte bedeuten, dass sich jemand das Leben nimmt, bevor er überhaupt eine gute Begleitung erfahren hat. Verstehen sie es nun besser?

„I“: Jetzt ist es besser, danke. Was würde denn eine Legalisierung für Folgen haben? So in Bezug auf die Sterbebegleitung!

„B 3“: Zum einen, dass Sterbebegleitung vorher nicht mehr zum Tragen kommt. Was ich so aber nur auf einen kleinen Personenkreis beziehen kann, weil nicht viele Sterbehilfe wünschen. Das könnte sich durch die Legalisierung aber ändern.

„I“: Warum denn?

„B 3“: Weil sich die grundsätzliche Einstellung zu Leben und Tod ändern würde. Wenn das Leben nicht mehr lebenswert ist, dann beendet man es eben. Das entscheidet dann der Einzelne für sich (...) Und unter anderem könnte Sterbehilfe verharmlost werden.

„I“: Wie verharmlost werden?

„B 3“: Es ist ja so, dass nicht legale Dinge kritischer betrachtet werden, als legale. Das zum einen, und zum anderen verbirgt Sterbehilfe auch gefahren. Die Dosis könnte beispielsweise zu gering verabreicht werden, was bedeuten würde, dass sich der Sterbeprozess hinauszögert und man auf seinen Tod wartet. Man ist nicht zwangsläufig direkt tot. Wie oft sowas vorkommt, kann ich ihnen aber auch nicht sagen. Es sind alles nur Beispiele, die ich im Laufe meiner Berufserfahrung gesammelt habe, oder eben durch die Auseinandersetzung mit dem Thema.

„I“: Oh man, das ist auch keine schöne Vorstellung und ja auch nicht das, was man eigentlich bezwecken wollte.

„B 3“: Ganz gewiss nicht.

„I“: Dann jetzt nochmal eine letzte Frage und dann würde ich auch zum letzten kurzen Thema kommen und dann fertig werden. Schaffen wir das noch?

„B 3“: Wir müssen uns ein wenig beeilen.

„I“: Ich gebe mir Mühe. Dann also meine Frage (...) Würden sich ihrer Meinung nach Sterbehilfe und Sterbebegleitung gegenseitig ausschließen?

„B 3“: Ich finde eine Legalisierung nicht wünschenswert, aber unter ganz klaren Regeln, könnte Sterbehilfe legalisiert werden und dann auch eine letzte Möglichkeit sein. Was ich aber auch an dieser Stelle nicht unbedingt befürworten würde.

Anlage IV Folgeseite 8

„I“: Das habe ich auch so verstanden. Wir hatten es ja schon mal kurz angesprochen. Und wenn ich es richtig verstanden habe, dann würde die Legalisierung auch keine Versorgungslücken der Sterbebegleitung ausgleichen oder?

„B 3“: Meiner Meinung nach nicht, da gibt es aber auch sicherlich andere Meinungen.

„I“: Gut, ich renne jetzt so ein bisschen hier durch meinen Leitfaden, damit ich auch noch die letzten Fragen stellen kann (...)

„B 3“: Ja, jetzt machen sie sich nicht zu großen Druck, wir wollen ja auch gute Ergebnisse liefern.

„I“: Danke (...) Also so ziemlich die letzte Frage, welche Veränderungen würde die Legalisierung für ihre Arbeit bedeuten und generell für die Hospizarbeit?

„B 3“: Für meine Arbeit würde es bedeuten, dass ich meine berufsethischen Prinzipien nochmal überarbeiten muss und mir die Frage stellen muss, inwiefern ich Sterbehilfe umsetzen wollen würde, oder eben mit meinem Gewissen vereinbaren kann und was das für mich als Ärztin bedeutet. Grundsätzliche müsste ich gegen meine Haltung arbeiten und das Leben vorzeitig beenden. Ich denke einfach, dass jeder seinen natürlichen Sterbeprozess durchleben sollte, das gehört zum Leben dazu (...) Und für die Hospizarbeit hätte das zur Folge, dass sie sich weiterhin vermehrt für die Palliativversorgung stark machen müsste. Palliativmedizin müsste zum Grundstudium eines jedem im Gesundheitswesen arbeitenden Mitarbeiter zählen, verpflichtend gelehrt werden (...) Ja, aber vor allem muss man sich gemeinsam für die Palliativversorgung stark machen, damit diese Versorgung endlich in der Gesellschaft ankommt.

„I“: So Frau G., das sind nochmal ganz wichtige Infos, die ich mitnehmen werde. Dann hatten wir ja auch besprochen, dass sie meine Enderarbeit gerne nochmal sehen würden.

Ich komme dann damit nochmal rein, oder lass die ihnen zukommen. Aber dann möchte ich mich jetzt erstmal bei ihnen bedanken und sie zu ihrem nächsten Termin schicken.

„B 3“: Danke auch an sie und ich bin gespannt, was sie erarbeiten.

„I“: Das fragen sie mich mal. Ich bin auch wirklich gespannt. Dann danke nochmal und einen schönen Tag.

„B 3“: Danke, ihnen auch.

„I“: Oh, mist (...) mir fällt gerade auf, dass ich sie gar nicht speziell zur sozialen Arbeit befragt habe. Das ist natürlich ein wichtiger Punkt für meine Arbeit. Darf ich sie noch kurz was fragen?

„B 3“: Sie sind ja gut. Ja, fragen sie mich noch.

Anlage IV Folgeseite 9

„I“: Danke, also ich würde noch gerne wissen, wie wichtig sie die soziale Arbeit für die Sterbebegleitung sehen und ob sich im Zuge einer Legalisierung für sie etwas verändern würde?

„B 3“: Also für wie wichtig ich sie sehe, kann ich ihnen beantworten und zwar als sehr wichtig. Die Sozialarbeiter übernehmen wichtige Aufgaben bei der Sterbebegleitung und sind durch ihre Ausbildung speziell dafür ausgebildet, gute Gesprächsführungen durchzuführen. Das erweist sich immer wieder als positiv in der Zusammenarbeit. Sie verfügen über eine gewissen Grundhaltung und speziellen Kompetenzen, die im Umgang mit den Patienten wichtig sind. Also allgemein bildet die Soziale Arbeit einen wichtigen Stellenwert. Was sich aber durch eine Legalisierung für diese Berufsgruppe verändern könnte, kann ich ihnen leider nicht beantworten, weil ich darin nicht involviert bin (...) Meiner Meinung nach müsste sie aber auch ihre berufsethischen Prinzipien überarbeiten, einen Umgang damit entwickeln und sich den Folgen einer Legalisierung anpassen, genauso wie alle anderen Mitarbeiter.

„I“: Gut, dann will ich das dabei mal belassen. Ich danke ihnen nochmals vielmals und entschuldige mich nochmal für meine Vergesslichkeit.

„B 3“: Ja, kein Problem, das war ja jetzt kein großer Aufwand.

Anlage V vorläufige Kategoriedimensionen

Im Folgenden werden die vorläufig definierten Kategoriedimensionen dargestellt. Es folgen schließlich die induktive Kategoriebildung und darauf basierend die letztendlichen Kategoriedefinitionen.

Nr.	Abstraktions-niveau	Selektionskriterien	Analyseziele
1	Sterbebegleitung / Hospizarbeit	• Hospizarbeit (Definition und Umfang) • Herausforderungen in der Hospizarbeit • Schwachstellen der Hospizarbeit • Mitarbeiter • Aufgaben der Mitarbeiter • Stärken und Schwächen der aktuellen Sterbebegleitung Anlehnung an die Teilfragen: • Wie gestaltet sich aktuell die Sterbebegleitung schwerstkranker und sterbender Menschen in Hospizen? • Welche Erfahrungen sammeln die Mitarbeiter in Hospizen in Bezug auf die aktuelle Form der Sterbebegleitung?	Herausarbeitung der Aspekte, was die Hospizarbeit umfasst, wer an der Sterbebegleitung beteiligt ist, wer welche Aufgaben übernimmt und wie sich die Sterbebegleitung aktuell im Hospiz gestaltet. Es soll ein umfassender Einblick in die Versorgungsstrukturen der Hospizarbeit ermöglicht werden, in dem ebenso Stärken und Schwächen herausgearbeitet werden.

Anlage V Folgeseite 1

2	Sterbeprozess	• Wünsche schwerstkranker und sterbender Menschen • Bedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen • Herausforderungen • Positive / negative Ereignisse im Sterbeprozess • Phasen des Sterbeprozesses Anlehnung an die Teilfrage: • Können die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen anhand der aktuellen Versorgungsstrukturen befriedigt werden? Wenn nein, welche Auswirkungen hat das auf die Mitarbeiter und deren Tätigkeit?	Es wird verstanden, wie sich der Sterbeprozess gestaltet. Hierbei bilden die Bedürfnisse und Wünsche der Menschen im Hospiz eine wichtige Grundlage. Des Weiteren können die Herausforderungen im Umgang mit schwerstkranken und sterbenden Menschen dargelegt werden.
3	Sterbehilfe	• Arten der Sterbehilfe • Gesetzliche Regelungen • Legalisierung aus Sicht der Mitarbeiter • Nachfrage nach Sterbehilfe • Medizinische Möglichkeiten • Anlehnung an die Teilfrage: • Wie wird speziell die Forderung nach Sterbehilfe betreut und begleitet?	Es wurden zunächst die Grundlagen der Sterbehilfe geklärt. Daraufhin die Erfahrungen der Mitarbeiter im Hospiz besprochen, in Bezug auf die Nachfrage nach Sterbehilfe und dem Umgang damit.

Anlage V Folgeseite 2

4	Veränderungen durch Legalisierung der Sterbehilfe	• Anstehende Veränderungen in der Hospizarbeit durch die Legalisierung der Sterbehilfe • Veränderungen in der Sterbebegleitung • Bedeutung für die Mitarbeiter • Prävention /Vorbereitungsmaßnahmen • Schwachstellen der Hospizarbeit • Ausarbeitung der Versorgungsstrukturen der Hospizarbeit <u>Anlehnung an die Teilfrage:</u> Welche Veränderungen würde die Legalisierung der Sterbehilfe für Mitarbeiter in Hospizen implizieren?	Es können Aussagen darüber getroffen werden, welche Veränderungen die Legalisierung der Sterbehilfe implizieren würde (für die Hospizarbeit und deren Mitarbeiter). Darüber hinaus können Aussagen darüber getroffen werden, wie man sich auf eine mögliche Legalisierung vorbereiten kann und inwieweit sich die aktuellen Versorgungsstrukturen der Hospizarbeit verbessern müssen.
---	---	--	--

Anlage VI induktive Kategorienbildung

Nun folgt die induktive Kategoriebildung. Im weiteren Verlauf werden diese ausführlicher definiert. Zu Anfang sollen jedoch vorerst die Begrifflichkeiten der tabellarischen Darstellung kurz beschrieben werden:

- Fall = Interview (-partner) (1, 2, 3 – stehen für die einzelnen Befragten)
- S./Z. = Seite und Zeile des verwendeten Interviews
- Nr. = Durchnummerierung der Einzelnen Inhalte Paraphrase = Wiedergabe des Gesagten (nur wichtige Aspekte für die Untersuchung)
- Generalisierung = Verallgemeinerung der Aussagen
- Reduktion = Vereinheitlichung der Aussagen

Interview mit J.B.

Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
J.B.	52	1.	Hospizarbeit ist die ganzheitliche, professionelle Sterbebegleitung von schwerstkranken Menschen	Ganzheitliche Sterbebegleitung schwerstkranker	Kategorie 1: Definition von Hospizarbeit
J.B.	52	2.	Den Gästen ein menschenwürdiges Leben ermöglichen.	Die Arbeit, um Menschenwürde zu erhalten	Kategorie 1: Definition von Hospizarbeit
J.B.	53	3.	ganzheitliche Sterbebegleitung umfasst medizinische, pflegerische, seelsorgerische und psychosoziale Versorgung	Vier Kernbereiche in der Sterbebegleitung (Medizin, Pflege, Seelsorge, Psychosoziale Begleitung)	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
J.B.	53	4.	Die Angehörigen sind wichtige Akteure bei der Sterbebegleitung	Einbezug der Angehörigen in die Sterbebegleitung	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
J.B.	53	5.	Die Begleitung der Angehörigen ist in der Hospizarbeit notwendig, da sich diese ebenfalls in einer Krise befinden	Trauerarbeit mit den Angehörigen ist notwendig	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
J.B.	53	6.	Es gibt keinen genauen Arbeitsalltag, die Tage werden individuell gestaltet	Kein planmäßiger Arbeitsalltag	Kategorie 1: Definition von Hospizarbeit

Anlage VI Folgeseite 1

J.B.	53	7.	Es gibt vier große Bereiche in der Hospizarbeit, den medizinischen, seelsorgerischen, psychosozialen und pflegerischen, welche das Grundkonzept bilden	Vier Kernbereiche in der Sterbebegleitung (Medizin, Pflege, Seelsorge, Psychosoziale Begleitung)	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
J.B.	53	8.	Verschiedene Berufsgruppen arbeiten zusammen. Das Konzept heißt Palliative Care	Multiprofessionelle Zusammenarbeit im Sinne des Palliative Care	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
J.B.	53	9.	Hausärzte übernehmen die medizinische Versorgung. Die Pfleger übernehmen alle weiteren Aufgaben der Pflege und der alltäglichen Arbeit	Hausärzte sorgen für die Medizinische Versorgung. Pfleger sind für die Pflege zuständig	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
J.B.	53	10.	Palliativmediziner versorgen die Gäste mit Schmerztherapie und Symptombehandlung.	Schmerztherapie und Symptombehandlung sind Aufgabe der Palliativmediziner.	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
J.B.	54	11.	Die psychosoziale Begleitung ist besonders wichtig, da die Patienten in einer Lebenskrise sind. Sie haben Sorgen und Ängste vor dem Tod	Die Bedeutsamkeit von psychosozialer Begleitung, aufgrund der Lebenskrise der Patienten, die in dieser Phase Sorgen und Ängste haben	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
J.B.	54	12.	Die psychosoziale Begleitung wird von Ärzten, Seelsorgern, Sozialarbeitern und allen anderen Mitarbeitern geleistet.	Die psychosoziale Begleitung wird von allen Mitarbeitern im Hospiz geleistet	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
J.B.	54	13.	Den Ängsten und Sorgen der Gäste muss Raum geschenkt werden	Raum für die Gefühle und Gedanken der Betroffenen bieten	Kategorie 6: Gefühle und Gedanken schwerstkranker
J.B.	54	14.	Der Umgang mit den individuellen Charakteren und Lebenssituationen der Gäste ist herausfordernd	Umgang mit der Individualität der Betroffenen und ihrer Lebenssituation	Kategorie 4: Herausforderungen in der Hospizarbeit

Anlage VI Folgeseite 2

J.B.	54	15.	Wut, Verzweiflung und Frust sind Gefühle, die die Gäste vermitteln	Die Patienten äußern Gefühle und Gedanken wie Wut, Verzweiflung und Frust	Kategorie 6: Gefühle und Gedanken schwerstkranker
J.B.	54	16.	Die Mitarbeiter sind auf Gefühlsausbrüche vorbereitet und können damit umgehen	Die Mitarbeiter sind professionell und können mit Gefühlsausbrüchen umgehen	Kategorie 4: Herausforderungen in der Hospizarbeit
J.B.	54	17.	Das gesamte Personal ist an der Sterbebegleitung beteiligt	Sterbebegleitung wird von allen Mitarbeitern geleistet	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
J.B.	54	18.	Pfleger übernehmen Aufgaben, wie Körperreinigung, Pflege der medizinischen Angelegenheiten, aber auch die psychosoziale Begleitung	Pfleger sind für die Pflege zuständig und für die psychosoziale Begleitung	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
J.B.	54	19.	Zur psychosozialen Begleitung gehört es, die Leiden, Ängste und Sorgen der Gäste zu lindern	Durch psychosoziale Begleitung die Sorgen und Ängste der Betroffenen lindern	Kategorie 6: Gefühle und Gedanken schwerstkranker
J.B.	55	20.	Wenn ein Gast zufrieden von der Welt getreten ist, also sein Schicksal akzeptiert hat, seine Ängste und Sorgen gelindert werden konnten, die letzten Wünsche erfüllt wurden und die Angehörigen Raum für ihre Trauer finden, hat eine angemessene Sterbebegleitung stattgefunden.	Es ist hat eine angemessene Sterbebegleitung stattgefunden, wenn die Menschen in aller Zufriedenheit von der Welt treten	Kategorie 7: Sterbeprozess
J.B.	55	21.	Nicht jeder kann oder möchte seinen Tod akzeptieren	Geringe Akzeptanz gegenüber den bevorstehenden Tod	Kategorie 7: Sterbeprozess
J.B.	55	22.	Nicht jeder Wunsch der Gäste kann erfüllt werden. Der Tod kann nicht verhindert werden und manchmal reichen die Möglichkeiten nicht aus.	Wünsche der Betroffenen bleiben unerfüllt	Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker

Anlage VI Folgeseite 3

J.B.	55	23.	Durch die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen, können alle Facetten der Sterbebegleitung abgedeckt werden.	Mit multiprofessioneller Zusammenarbeit, werden alle Bereiche der Sterbebegleitung abgedeckt	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
J.B.	55 / 56	24.	Jeder Gast hat individuelle Wünsche, möchte existenzielle Fragen klären und seinen Tod vorbereiten oder planen, aber auch die letzten Tage ohne Leid und Schmerz leben, Lebensqualität zu bewahren und den Angehörigen nicht zur Last fallen	Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen sind individuell zu fassen	Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker
J.B.	56	25.	Die meisten wünschen sich Zuhause zu sterben, daher dürfen sie sich im Hospiz häuslich einrichten	Patienten dürfen sich ein häusliches Umfeld im Hospiz schaffen	Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker
J.B.	56	26.	Lebensqualität erhalten und Lebenssituation zu verbessern sind Aufgaben der Hospizarbeit	Mit Hospizarbeit wird Lebensqualität hergestellt und die Lebenssituation verbessert	Kategorie 1: Definition von Hospizarbeit
J.B.	56	27.	Die Behandlung, um Lebensqualität für den Tag herzustellen, umfasst Schmerztherapie, Symptombehandlung und das gesamte Konzept Palliative Care	Schmerztherapie und Symptombehandlungen, um die Lebensqualität herzustellen	Kategorie 8: Behandlungsmöglichkeiten
J.B.	56	28.	Im Hospiz werden keine lebensverlängernden oder lebensverkürzenden Maßnahmen durchgeführt	Kein Eingriff in den natürlichen Sterbeprozess	Kategorie 8: Behandlungsmöglichkeiten
J.B.	56	29.	Maßnahmen werden nur auf Wunsch des Patienten durchgeführt. Zum Beispiel eine therapeutische Sedierung	Selbstbestimmungsrecht und Mitentscheidungsrecht der Betroffenen bewahren	Kategorie 8: Behandlungsmöglichkeiten
J.B.	56	30.	Nicht alle Symptome und Schmerzen können gelindert werden. Die Palliativmedizin ist aber so weit, dass Schmerzen sehr stark gelindert werden können und sogar ein verringerter Bewusstseinszustand durch eine therapeutische Sedierung herbeigeführt werden kann	Versorgungslücken in der Sterbebegleitung in der medizinischen Versorgung	Kategorie 10: Versorgungslücken

Anlage VI Folgeseite 4

J.B.	57	31.	Gäste sind wütend, enttäuscht, traurig und sauer über ihre Lebenssituation oder dem bevorstehenden Tod und lassen dies auch mal am Personal aus	Gefühle und Gedanken der Betroffenen sind Wut, Enttäuschung und Trauer über den bevorstehenden Tod	Kategorie 6: Gefühle und Gedanken schwerstkranker
J.B.	57	32.	Manche Gäste fragen nach einer Spritze, die das Leben beenden würde. Dann sind Palliativmediziner gefragt, wobei nach einem Gespräch der Wunsch schnell wieder verworfen wird	Wunsch nach Sterbehilfe kommt auf und wird mit dem Kontakt zum Palliativmediziner verarbeitet	Kategorie 9: Sterbehilfe
J.B.	57	33.	Unwissenheit der Gäste über ihre Möglichkeiten der medizinischen Versorgung, sorgt für den Wunsch nach Sterbehilfe	Wunsch nach Sterbehilfe aufgrund von Unwissenheit über Behandlungsmöglichkeiten der medizinischen Versorgung	Kategorie 9: Sterbehilfe
J.B.	58	34.	Vor dem Tod werden die Gäste als dankbar und erleichtert wahrgenommen. Die psychischen Belastungen können abgebaut werden. Der Sterbeprozess wird erträglicher für die Gäste	Den Sterbeprozess als erträglich ansehen, da psychische Belastungen abgebaut werden konnten	Kategorie 7: Sterbeprozess
J.B.	58	35.	Irgendwann enden die medizinischen Möglichkeiten, dann ist nochmal verstärkt die psychosoziale Begleitung gefragt	Wenn die medizinischen Möglichkeiten nicht mehr helfen, sind andere Kernbereiche der Hospizarbeit besonders gefragt	Kategorie 8: Behandlungsmöglichkeiten
J.B.	58	36.	Lücken im Versorgungsstrukturen liegen vor, wenn die medizinische Versorgung nicht mehr reicht, es gibt zu wenige Plätze im Hospiz im Gegensatz zu der Nachfrage	Versorgungslücken in der Sterbebegleitung, da die Medizin an ihre Grenzen stößt	Kategorie 10: Versorgungslücken
J.B.	58	37.	Soziale Arbeit im Hospiz ist ein Zeichen der Qualität. Sie haben wichtige Kompetenzen, die die gesamte Sterbebegleitung vervollständigen.	Soziale Arbeit und ihre Kompetenzen vervollständigen die Sterbebegleitung	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit

Anlage VI Folgeseite 5

J.B.	58	38.	Gesprächsfertigkeiten der Sozialarbeiter erweisen sich immer wieder in den Aufgaben der Sozialarbeiter als nützlich.	Soziale Arbeit und ihre Kompetenzen vervollständigen die Sterbebegleitung	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
J.B.	58	39.	Erledigung letzter Angelegenheiten, psychosoziale Begleitung gehören zu den Aufgaben der sozialen Arbeit im Hospiz	Aufgaben der Sozialarbeiter sind die psychosoziale Begleitung und die Erledigung letzter Angelegenheiten	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
J.B.	58	40.	Hospizarbeit spricht sich gegen Sterbehilfe aus	Der Standpunkt der Hospizarbeit zur Sterbehilfe ist negativ	Kategorie 9: Sterbehilfe
J.B.	59	41.	Legalisierung der Sterbehilfe würde zu Verschlechterungen in der Sterbebegleitung führen, sondern eher den Missbrauch fördern	Die Legalisierung der Sterbehilfe, würde den Missbrauch dieser fördern	Kategorie 9: Sterbehilfe
J.B.	59	42.	Menschen die nach Sterbehilfe fragen, möchten eigentlich nicht sterben, sondern bloß nicht mehr leiden. Sie wissen über die medizinischen Möglichkeiten nicht Bescheid	Hintergründe für den Wunsch nach Sterbehilfe sind die Unwissenheit über die möglichen Behandlungsmaßnahmen	Kategorie 9: Sterbehilfe
J.B.	59	43.	Laut persönlicher Einstellung ist Sterbehilfe nicht notwendig, wenn Menschen über ihre Möglichkeiten aufgeklärt würden, schwindet der Wunsch	Mit Aufklärungsarbeit schwindet der Wunsch nach Sterbehilfe und macht diese unnötig	Kategorie 10: Versorgungslücken
J.B.	60	44.	Folgen der Legalisierung wären, dass sich Menschen schneller für ihren Tod entscheiden, Menschen schneller sterben, weil ihre Symptome nicht anders behandelt werden, der Missbrauch steigt	Die Legalisierung der Sterbehilfe würde den Missbrauch dieser fördern. Der Tod könnte vorschnell herbeigeführt werden	Kategorie 9: Sterbehilfe

Anlage VI Folgeseite 6

J.B.	60	46.	Die Legalisierung würde lediglich die medizinischen Maßnahmen erweitern, aber keine Versorgungslücken schließen	Legalisierung der Sterbehilfe stellt eine weitere Möglichkeit dar, würde aber keine Versorgungslücken schließen	Kategorie 9: Sterbehilfe
J.B.	60	47.	Versorgungslücken könnten durch mehr Personaleinsatz (Bildung von multiprofessionellen Teams, bestehend aus Ärzten, Sozialarbeitern, Pflegern, Seelsorgern, ehrenamtlichen) und der stärkeren Verbindung zur Palliativmedizin geschlossen werden und die Kassen mehr Kosten für die Versorgung schwerstkranker übernehmen	Höherer Personalschlüssel, multiprofessionelle Teams, die Qualifikation aller Mitarbeiter und die Vernetzung aller Hospizarbeitsinstanzen können Versorgungslücken in der Hospizarbeit schließen	Kategorie 10: Versorgungslücken
J.B.	61	48.	Weiterbildungsangebote im Bereich der Palliativmedizin ausbauen und verpflichtend lehren, wären mutmaßliche Veränderungen, die erhofft werden, um sich der Diskussion um Sterbehilfe zu stellen und zu entgegnen	Qualifikation der Mitarbeiter können Versorgungslücken in der Hospizarbeit schließen und würden der Diskussion um Sterbehilfe entgegnen	Kategorie 10: Versorgungslücken
J.B.	61	49.	Wenn Sterbehilfe legalisiert würde, müssten Hospizmitarbeiter entgegen ihrer Überzeugung arbeiten, die Trauerbegleitung der Angehörigen würde gefährdet, da sie mit der Entscheidung des Betroffenen vor vollendete Tatsachen gesetzt würden und das würde die Verarbeitung des Geschehens schwieriger machen	Folgen der	Kategorie 9: Sterbehilfe
J.B.	53	50.	Ehrenamtliche Mitarbeiter sind maßgebend in der Hospizarbeit, sie übernehmen organisatorische Aufgaben und schenken den Gästen ein Ohr zum Zuhören.	Maßgebende Mitarbeiter im Hospiz, sind ehrenamtliche Mitarbeiter. Zu ihren Aufgaben zählen organisatorische Aufgaben, sowie Gesprächsführungen	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit

Anlage VI Folgeseite 7

Interview mit D.H.

Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
D.H.	64	1.	Die Hospizarbeit ist die Begleitung sterbenskranker Menschen, bei der die Menschen so versorgt werden, dass sie in den letzten Lebenstagen eine Lebensqualität hergestellt wird	Ganzheitliche Sterbebegleitung schwerstkranker	Kategorie 1: Definition von Hospizarbeit
D.H.	65	2.	Es gibt keinen typischen Arbeitstag. Man kann den nächsten Tag nicht planen, aufgrund der verschiedenen Krankheitsstadien und der Bedürfnisse der Gäste.	Kein planmäßiger Arbeitsalltag	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
D.H.	65	3.	Die täglichen Aufgaben eines Sozialarbeiters ist es, sich jeden Morgen einen Überblick zu verschaffen und die Aufgaben die Wünsche entsprechend der Bewohner zu erfüllen.	Aufgaben der Sozialarbeiter sind die alltäglichen Gegebenheiten zu erfassen und ihre Arbeit darauf auszurichten	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
D.H.	65	4.	Zu den Aufgaben gehören Gespräche mit Familienangehörigen, Begleitung zu Terminen und allgemein die Sterbebegleitung	Aufgaben eines Sozialarbeiters ist die Sterbebegleitung in Bezug auf Trauerbegleitung der Angehörigen, Erledigung letzten Dinge	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
D.H.	64	5.	In der letzten Lebensphase stellen sich viele Herausforderungen	Herausforderungen für Mitarbeiter während des Sterbeprozesses der Patienten	Kategorie 7: Sterbeprozess
D.H.	64	6.	Die Bewohner akzeptieren ihren Tod manchmal nicht und man muss sie darauf vorbereiten, das ist herausfordernd	Den Tod nicht zu akzeptieren ist eine Krise im Sterbeprozess	Kategorie 7: Sterbeprozess

Anlage VI Folgeseite 8

D.H.	64	7.	Ich stehe vor emotionalen Herausforderungen, besonders wenn ich eine emotionale Beziehung aufgebaut habe. Einzelschicksale belasten mich emotional	Emotionale Herausforderungen in der Hospizarbeit, aufgrund belastender Einzelschicksale und dem Beziehungsaufbau zu Patienten	Kategorie 4: Herausforderungen in der Hospizarbeit
D.H.	65	8.	Die Bewohner haben Angst vor einem schmerzvollen und leidvollen Tod	Ängste und Sorgen der Betroffenen vor einem qualvollen Tod	Kategorie 6: Gefühle und Gedanken schwerstkranker
D.H.	65	9.	Es gibt ein Vier-Säulen-Konzept der Hospizarbeit, das sind die Kernbereiche	Vier Kernbereiche in der Sterbebegleitung (Medizin, Pflege, Seelsorge, Psychosoziale Begleitung)	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
D.H.	65	10.	Mit den Kernbereichen kann eine gute und individuelle Begleitung umgesetzt werden	Ganzheitliche Sterbebegleitung schwerstkranker durch vier Kernbereiche der Hospizarbeit	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
D.H.	65	11.	Jeder Kernbereich wird auf die Gefühle, Gedanken, Wünsche und Ängste der Bewohner abgestimmt. Das ist die umfassende Sterbebegleitung	Aufgaben innerhalb der Kernbereiche werden auf die Gefühle und Wünsche der Patienten abgestimmt	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
D.H.	65	12.	Meine Arbeit ist hauptsächlich die psychosoziale Begleitung	Aufgaben eines Sozialarbeiters ist die psychosoziale Begleitung	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
D.H.	65	13.	Ärzte und Pfleger übernehmen die Aufgaben in der medizinischen Versorgung	Ärzte sind für die medizinische Versorgung zuständig	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
D.H.	65	14.	Ich biete Gespräche zur Unterstützung an, schenke den Wünschen und Ängsten Raum und Gehör, erledige letzte Angelegenheiten, wie z.B. die Bestattung aussehen soll und versuche ihnen Lebensqualität zu schenken, indem ich ihre letzten Wünsche erfülle	Aufgaben eines Sozialarbeiters sind Gesprächsführungen und die Erledigung oder Planung letzter Dinge	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit

Anlage VI Folgeseite 9

D.H.	66	15.	Es sind ganz individuelle Herausforderungen vor denen man steht. Die Ängste und Sorgen, die Gefühle, wie Trauer und Wut und der Umgang und die Kommunikation damit	Individuelle Herausforderungen in der Hospizarbeit sind geprägt durch Gefühle wie Trauer und Wut	Kategorie 4: Herausforderungen in der Hospizarbeit
D.H.	66	16.	Es ist eine Herausforderung, dass die Bewohner ihren Tod akzeptieren und trotzdem schöne letzte Lebenstage verbringen	Der Umgang mit Patienten, die ihren Tod nicht akzeptieren, ist eine Herausforderung in der Hospizarbeit	Kategorie 4: Herausforderungen in der Hospizarbeit
D.H.	66	17.	Es ist eine Herausforderung einen Zugang zu den Menschen zu finden und eine Beziehung aufzubauen, aber das verfüge ich als Sozialarbeiter über viele Kompetenzen, die es mir erleichtern	Eine Herausforderung zu den Menschen einen Zugang zu finden und eine Beziehung aufzubauen	Kategorie 4: Herausforderungen in der Hospizarbeit
D.H.	66	18.	Die Trauerarbeit mit den Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil der Sterbebegleitung	Zur ganzheitliche Sterbebegleitung gehört die Trauerbegleitung der angehörigen	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
D.H.	66	19.	Hospizarbeit umfasst die Begleitung und den Einbezug der Angehörigen, die Erfüllung letzter Wünsche, Schmerzen lindern, Raum für Ängste und Sorgen schaffen und allgemein die Lebensqualität sichern	Zu der ganzheitlichen Sterbebegleitung gehört die Trauerbegleitung der Angehörigen, sowie Schmerztherapie und psychosoziale Begleitung	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
D.H.	66	20.	An der Sterbebegleitung sind Ärzte, Pfleger, Sozialarbeiter und ehrenamtliche Mitarbeiter beteiligt	Ganzheitliche Sterbebegleitung umfasst multiprofessionelle Zusammenarbeit	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
D.H.	66	21.	Ehrenamtliche sind sehr wichtig, sie beschenken den Bewohnern einen schönen Alltag	Bedeutsamkeit von ehrenamtlichen Mitarbeitern in der Hospizarbeit	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
D.H.	67	22.	Die Bewohner wünschen sich einen friedlichen Tod	Wunsch nach friedlichen Tod	Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker

Anlage VI Folgeseite 10

D.H.	67	23.	Die Bewohner wünschen sich eine gute Begleitung	Wunsch nach guter Begleitung	Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker
D.H.	67	24.	Die Bewohner wünschen sich Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung	Wunsch nach Selbstbestimmung	Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker
D.H.	67	25.	Nicht alle Wünsche können erfüllt werden	Wünsche bleiben unerfüllt	Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker
D.H.	68	26.	Wir können nicht jeden zufriedenstellen	Wünsche bleiben unerfüllt	Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker
D.H.	68	27.	Es gibt Grenzen, aber wir passen uns den Gegebenheiten an finden damit einen Umgang	Herausforderungen in der Hospizarbeit sind der Umgang mit Grenzsituationen	Kategorie 4: Herausforderungen in der Hospizarbeit
D.H.	68	28.	Vor dem Tod kann man die Bewohner teilweise als zufrieden oder unzufrieden wahrnehmen, manche haben bereits resigniert, andere machen noch Spaßchen	Die Betroffenen werden im Sterbeprozess unterschiedlich wahrgenommen	Kategorie 7: Sterbeprozess
D.H.	68	29.	Je weiter die Krankheit voranschreitet, umso mehr verschlechtert sich der körperliche Zustand und damit teilweise auch die psychische Befindlichkeit	Krisen im Sterbeprozess, aufgrund verschiedener Krankheitsstadien	Kategorie 7: Sterbeprozess
D.H.	68 / 69	30.	Grenzen können in der Pflege auftreten, weil jede Krankheit eine andere Behandlung bedarf und diese sehr aufwendig sein kann und die Folgeerkrankungen oder Beschwerden können nicht immer gelindert werden.	Grenzen in der Hospizarbeit, in der medizinischen Versorgung	Kategorie 4: Herausforderungen in der Hospizarbeit
D.H.	69	31.	Es stehen nicht immer ausreichend Ressourcen zur Behandlung zur Verfügung. Angehörige sind arbeiten oder so	Knappe Ressourcen in der Sterbebegleitung	Kategorie 4: Herausforderungen in der Hospizarbeit
D.H.	69	32.	Eine Große Grenze ist es, wenn die Bewohner ihre Situation nicht mehr aushalten	Krisen im Sterbeprozess durch Leid der Patienten	Kategorie 7: Sterbeprozess

Anlage VI Folgeseite 11

D.H.	69	33.	Keine eigenen Erfahrungen über die Nachfrage nach Sterbehilfe, wohl aber dass Angehörige danach fragen	Nachfrage nach Sterbehilfe durch Angehörige	Kategorie 9: Sterbehilfe
D.H.	69	34.	Der Wunsch nach Sterbehilfe besteht, um das Leiden zu beenden	Hinter dem Wunsch nach Sterbehilfe, verbirgt sich in Wirklichkeit der Wunsch, so nicht mehr Leben so zu wollen	Kategorie 9: Sterbehilfe
D.H.	69	35.	Wenn nach Sterbehilfe gefragt wird, kann man eigentlich nicht davon sprechen, dass Sterbehilfe gewünscht wird, sondern dass das Leben so nicht mehr lebenswert ist		Kategorie 9: Sterbehilfe
D.H.	70	36.	Es wird jedem Menschen das Selbstbestimmungsrecht zugesprochen	Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen	Kategorie 9: Sterbehilfe
D.H.	70	37.	Unter gegebenen Bedingungen könnte Sterbehilfe möglich sein	Sterbehilfe kann unter eindeutigen Bestimmungen legalisiert werden	Kategorie 9: Sterbehilfe
D.H.	70	38.	Sterbehilfe ist eine Frage der Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung	Hintergründe für den Wunsch nach Sterbehilfe	Kategorie 9: Sterbehilfe
D.H.	70	39.	Hospizarbeit ist die bessere Lösung	Sterbebegleitung anstatt Sterbehilfe zu leisten	Kategorie 8: Behandlungsmöglichkeiten
D.H.	70	40.	Der Wunsch nach Sterbehilfe besteht meist nur aus Angst vor Schmerz und Leid, oder eine Last für andere zu sein	Hinter dem Wunsch nach Sterbehilfe, verbirgt sich in Wirklichkeit der Wunsch, so nicht mehr Leben so zu wollen	Kategorie 9: Sterbehilfe
D.H.	70	41.	Diese Ängste können durch eine gute Begleitung verarbeitet werden	Ängste und Sorgen vor dem Tod, können verarbeitet werden. Der Wunsch nach Sterbehilfe schwindet	Kategorie 6: Gefühle und Gedanken schwerstkranker
D.H.	70	42.	Sterbehilfe könnte eine weitere Möglichkeit sein	Sterbehilfe als weitere Möglichkeit in der Sterbebegleitung	Kategorie 9: Sterbehilfe

Anlage VI Folgeseite 12

D.H.	70	43.	Der Sozialarbeiter sieht Sterbehilfe nicht als nötig	Sterbehilfe zu leisten ist nicht nötig	Kategorie 9: Sterbehilfe
D.H.	70	44.	Sterbehilfe bietet den Menschen die Chance, sich ihrem Schicksal geschlagen zu geben	Betroffene geben den Kampf gegen ihre Krankheit auf	Kategorie 9: Sterbehilfe
D.H.	71	45.	Sterbehilfe kann keine Versorgungslücken in der Hospizarbeit schließen	Versorgungslücken in der Hospizarbeit würden trotz Legalisierung der Sterbehilfe bestehen	Kategorie 10: Versorgungslücken
D.H.	71	46.	Um Versorgungslücken zu schließen, könnten mehr Mitarbeiter eingesetzt werden, die sich speziell qualifiziert sind	Eine Maßnahmen, um Versorgungslücken in der Hospizarbeit zu schließen, wäre ein höherer Personalschlüssel	Kategorie 10: Versorgungslücken
D.H.	71	47.	Für die Mitarbeiter würde das bedeuten, dass sie sich von Anfang an fortbilden, verpflichtende Angebote schaffen	Veränderungen für die Mitarbeiter, welche eine Legalisierung der Sterbehilfe zur Folge hätte wäre die Qualifizierung	Kategorie 10: Versorgungslücken
D.H.	71	48.	Man müsste weiter an dem Ausbau der Versorgungsstrukturen im Sinne des Palliative Care arbeiten	Palliative Care Konzepte verankern, um Versorgungslücken zu schließen	Kategorie 10: Versorgungslücken
D.H.	71	49.	Legalisierung von Sterbehilfe könnte zu mehr Missbrauch führen	Legalisierung der Sterbehilfe würde den Missbrauch fördern	Kategorie 9: Sterbehilfe
D.H.	71	50.	Legale Sterbehilfe könnte dazu führen, dass sich Menschen aus einer nicht aushaltbaren Lebenssituation befreien	Folgen der Legalisierung der Sterbehilfe	Kategorie 9: Sterbehilfe
D.H.	71	51.	Die Mitarbeiter müssten sensibler werden, kleinste Anzeichen wahrnehmen und auf den Wunsch nach Sterbehilfe reagieren	sich die Mitarbeiter qualifizieren müssen	Kategorie 9: Sterbehilfe

Anlage VI Folgeseite 13

D.H.	71	52.	Die Mitarbeiter müssten erweiterte Angebote schaffen, oder Beratungsangebote spezialisieren	Legalisierung der Sterbehilfe zur Folge hätte zur Folge, dass erweiterte Angebote geschaffen werden müssen	Kategorie 9: Sterbehilfe
D.H.	72	53.	Tag der offenen Tür einrichten, Palliativstationen bekannt machen und Menschen über ihre Möglichkeiten aufklären, Präventionsarbeit leisten	Aufklärungsarbeit und Präventionsarbeit für die Gesellschaft leisten	Kategorie 9: Sterbehilfe
D.H.	72	54.	Was sich mit der Legalisierung von Sterbehilfe in der Arbeit des Sozialarbeiter ändern würde, sieht man dann	Keine eindeutigen Veränderungen vorab ersichtlich	Kategorie 9: Sterbehilfe
D.H.	72	55.	Die Nachfrage nach Sterbehilfe könnte steigen mit der Legalisierung	Höhere Nachfrage nach Sterbehilfe	Kategorie 9: Sterbehilfe
D.H.	72	56.	Sozialarbeiter können Präventionsarbeit leisten, müssten ihre Haltung überdenken oder den Gegebenheiten anpassen, sich auf die Thematik einlassen und einen Umgang damit entwickeln, um authentisch zu arbeiten	Folgen der Legalisierung von Sterbehilfe, hätte für Sozialarbeiter die Folge, sich zu qualifizieren, berufsethische Prinzipien zu überdenken und neue Handlungsschritte einzuführen	Kategorie 9: Sterbehilfe

Interview mit A.G.

Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A.G.	74	1.	Hospizarbeit lässt sich in zwei Bereiche gliedern. Palliativstationen und Hospizdienste	Palliativstationen und Hospizdienste sind zwei Bereiche der Hospizarbeit	Kategorie 1: Definition von Hospizarbeit

Anlage VI Folgeseite 14

A.G.	74 / 75	2.	Hospize sind ambulante oder stationäre Häuser für Menschen die austherapiert sind	Hospizarbeit für schwerstkranke Menschen, dessen Krankheit austherapiert ist	Kategorie 1: Definition von Hospizarbeit
A.G.	75	3.	Palliativstationen sind im Krankenhaus. Es steht die Krankheitsbehandlung im Vordergrund. Verbesserung oder Stabilisierung des Krankheitsverlaufs	Hospizarbeit für Menschen dessen Krankheitsbehandlung weitergeführt wird	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
A.G.	75	4.	Hospizarbeit ist die umfassende Begleitung schwerstkranker Menschen und ihren Angehörigen. Es gibt Versorgungsstrukturen die ineinander übergreifen und die Lebensqualität herstellen	Ganzheitliche Sterbebegleitung schwerstkranker	Kategorie 1: Definition von Hospizarbeit
A.G.	75	5.	Hospizarbeit ist die Begleitung am Lebensende, durch verschiedene Berufsgruppen	Multiprofessionelle Zusammenarbeit	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
A.G.	75	5.	Hospizarbeit ist die Begleitung am Lebensende, durch verschiedene Berufsgruppen	Multiprofessionelle Zusammenarbeit	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
A.G.	75	6.	Zur Hospizarbeit zählen medizinische Maßnahmen, pflegerische Aufgaben, und alles was den Sterbeprozess erträglicher macht. Also auch die psychische Begleitung	Vier Kernbereiche der Hospizarbeit	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
A.G.	75	7.	Das sind die Kernbereiche der Hospizarbeit und können als Vier-Säulen-Konzept bestätigt werden	Vier Kernbereiche der Hospizarbeit (Medizin, Pflege, Seelsorge, psychosoziale Begleitung)	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
A.G.	76	8.	Mediziner übernehmen die medizinische Versorgung, aber auch Unterstützung auf emotionaler und psychischer Ebene	Ärzte übernehmen die medizinische Versorgung und psychosoziale Begleitung	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
A.G.	76	9.	Medizin und psychologische Begleitung sind Kernpunkte der Arbeit.	Kernbereiche der Hospizarbeit	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung

Anlage VI Folgeseite 15

A.G.	76	10.	Körperliches und seelisches Leiden der Patienten stellen einen herausfordernden Umgang dar.	Herausforderungen in der Hospizarbeit, aufgrund körperlicher und seelischer Leiden der Patienten	Kategorie 4: Herausforderungen in der Hospizarbeit
A.G.	76	11.	Die Sicherheit weitere medizinische Maßnahmen zu bekommen, lässt den Sinn am Leben wieder erwecken	Die Sicherheit über weitere Medizinische Maßnahmen, erweckt den Sinn des Lebens	Kategorie 8: Behandlungsmöglichkeiten
A.G.	76	12.	Die Medizin hat Grenzen, aber es gibt vorher weitreichende Maßnahmen. Die letzte kann zum Beispiel das künstliche Koma sein	Grenzen der medizinischen Versorgung	Kategorie 4: Herausforderungen in der Hospizarbeit
A.G.	76	13.	Der Umgang mit Angehörigen kann eine Herausforderung darstellen, da sie nicht akzeptieren können, dass keine Heilungsmöglichkeiten mehr bestehen. Daraus kann Konfliktpotential resultieren	Herausforderungen im Umgang mit Angehörigen, weil sie nicht akzeptieren können, dass ihr Angehöriger austherapiert ist	Kategorie 4: Herausforderungen in der Hospizarbeit
A.G.	76	14.	Emotionen fahren hoch und die Verzweiflung wird akut	Gefühle und Gedanken der Betroffenen und Angehörigen steigen	Kategorie 6: Gefühle und Gedanken schwerstkranker
A.G.	77	15.	Es arbeiten Mediziner, Krankenpfleger, Sozialarbeiter, Psychologen, ehrenamtliche Mitarbeiter, Pfarrer, Seelsorger usw. zusammen, womit eine gute Sterbebegleitung ermöglicht wird	Multiprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht die umfassende Sterbebegleitung	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
A.G.	77	16.	Die Wünsche der Patienten stehen im Vordergrund	Sterbebegleitung richtet sich nach den Wünschen der Patienten	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung
A.G.	77	17.	Wünsche der Patienten sind die gute Pflege, medizinische Behandlung oder eben keine Behandlungen mehr	Wunsch nach Pflege, Schmerztherapie, Symptombehandlung, oder keinen weiteren Behandlungen	Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker

Anlage VI Folgeseite 16

A.G.	77	18.	Ängste vor längeren Leiden, auch durch medizinische Behandlung müssen den Patienten genommen werden	Den Patienten die Ängste und Sorgen verarbeiten	Kategorie 6: Gefühle und Gedanken schwerstkranker
A.G.	77	19.	Ängste können genommen werden	Ängste können verarbeitet werden	Kategorie 8: Behandlungsmöglichkeiten
A.G.	78	20.	Die Patienten brauchen Zuhörer für ihre Ängste und Sorgen, jemanden der sie wahrnimmt	Den Patienten Raum für ihre Ängste und Sorgen bieten	Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker
A.G.	78	21.	Die Patienten brauchen eine allgemeine Pflege, was auch die Symptombehandlung und Schmerztherapie betrifft	Medizinische Behandlungsangebote für Betroffene	Kategorie 8: Behandlungsmöglichkeiten
A.G.	78	22.	Es gibt rein körperliche Bedürfnisse, wie Schmerztherapie und Symptombehandlung, aber auch Wünsche, wie nicht leiden zu müssen. Die Wünsche ergeben sich zum Teil aus den Bedürfnissen	Bedürfnisse der Betroffenen sind rein körperlich oder seelisch, daraus leiten sich Wünsche ab	Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker
A.G.	78	23.	Der Wunsch nach Autonomie, der Wunsch niemandem zur Last zu fallen	Wunsch nach Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung	Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker
A.G.	78	24.	Die Patienten verlieren nach und nach ihre körperlichen und sozialen Möglichkeiten, beide Verluste bringen Wünsche und Bedürfnisse mit sich	Verlust der körperlichen und sozialen Möglichkeiten, aufgrund der Krankheit, heben Wünsche hervor	Kategorie 7: Sterbeprozess
A.G.	78	25.	Manche Wünsche bleiben unerfüllt, aber die notwendige Versorgung ist gegeben	Wünsche der Betroffenen bleiben unerfüllt	Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker
A.G.	78	26.	Der Patient entscheide über Maßnahmen, die durchgeführt werden	Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen	Kategorie 8: Behandlungsmöglichkeiten
A.G.	78 / 79	27.	Im Prinzip kann die Sterbebegleitung als Sterbehilfe gesehen werden. Der Unterschied ist bloß, dass der Tod nicht hinausgezögert oder vorzeitig herbeigeführt wird, wie bei der Sterbehilfe	Sterbebegleitung ist wie Sterbehilfe, bloß ohne, dass das Leben vorzeitig beendet wird	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung

Anlage VI Folgeseite 17

A.G.	79	28.	Als Palliativmedizinerin wird Sterbehilfe als weitere Möglichkeit gesehen	Sterbehilfe kann eine weitere Möglichkeit zur Sterbebegleitung sein	Kategorie 9: Sterbehilfe
A.G.	79	29.	Unter ganz klaren Richtlinien könnte man Sterbehilfe leisten	Sterbehilfe kann unter ganz klaren Richtlinien geleistet werden	Kategorie 9: Sterbehilfe
A.G.	79	30.	Körperliche und psychische Symptome können für den Wunsch nach Sterbehilfe sorgen. Niemand anders, als man selbst kann darüber entscheiden, was man ertragen kann, muss, sollte. Deswegen sollte das jeder für sich entscheiden können	Körperliche und psychische Symptome rufen den Wunsch nach Sterbehilfe hervor	Kategorie 9: Sterbehilfe
A.G.	79	31.	Als Ärztin sehe ich aber die vielfältigen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, auch in Bezug auf die psychische Befindlichkeit	Umfassendes Behandlungsangebot, was Sterbehilfe unnötig macht	Kategorie 8: Behandlungsmöglichkeiten
A.G.	79	32.	Schmerztherapie und Symptombehandlung lindern Schmerzen und krankheitsbedingte Symptome	Schmerztherapie und Symptombehandlung als Behandlungsmöglichkeiten, um die Leiden zu lindern	Kategorie 8: Behandlungsmöglichkeiten
A.G.	80	33.	Psychologische Behandlung kann auch mit Behandlungen, wie Antidepressivum stattfinden	Behandlungsmöglichkeiten, um die Leiden zu lindern	Kategorie 8: Behandlungsmöglichkeiten
A.G.	80	34.	Die Patienten brauchen die Sicherheit nicht leiden zu müssen, dann wird der Sterbeprozess auch erträglicher	Sicherheit über weitere medizinische Behandlungsmöglichkeiten, lässt den Wunsch nach Sterbehilfe verarbeiten	Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker
A.G.	80	35.	Menschen wissen zu wenig über ihre Möglichkeiten	Unwissenheit über Behandlungsmöglichkeiten	Kategorie 9: Sterbehilfe
A.G.	80	36.	Eine Schwachstelle bei der Begleitung ist der allgemein unzureichende Wissensstand über medizinische Möglichkeiten, auch unter den Ärzten	Unwissenheit über Behandlungsmöglichkeiten stellt eine Schwachstelle dar.	Kategorie 10: Versorgungslücken

Anlage VI Folgeseite 18

A.G.	80	37.	Legalisierung von Sterbehilfe würde nicht zur besseren Begleitung beitragen	Die Legalisierung der Sterbehilfe sorgt für keine Verbesserungen in der Hospizarbeit	Kategorie 9: Sterbehilfe
A.G.	80	38.	Menschen könnten sich vorschnell für ihren Tod entscheiden	Ein Risiko, was die Legalisierung der Sterbehilfe mit sich bringen würde, wäre, dass Betroffene vorschnell den Tod herbeiführen	Kategorie 9: Sterbehilfe
A.G.	81	39.	Es müsste ausdrückliche rechtliche Grundlagen geben, die festlegen, wem Sterbehilfe gestattet werden darf. Und wie kann man das begründen.	Richtlinien die eine Legalisierung der Sterbehilfe ermöglichen, müssen für alle vertretbar sein	Kategorie 9: Sterbehilfe
A.G.	81	40.	Mit Legalisierung der Sterbehilfe könnten die Sterbebegleitung teilweise gar nicht mehr zum Tragen kommen, weil das Leben schon vorher beendet wird	Vorzeitige Beendigung des Lebens, könnte eine vorherige Sterbebegleitung ausschalten	Kategorie 9: Sterbehilfe
A.G.	81	41.	Die Einstellung zu Leben und Tod würde sich ändern	Die Legalisierung der Sterbehilfe könnte die Grundwerte verändern	Kategorie 9: Sterbehilfe
A.G.	81	42.	Sterbehilfe ist nicht gefahrenlos. Es könnten Probleme bei der Dosierung auftreten.	Risiko bei der Umsetzung von Sterbehilfe	Kategorie 9: Sterbehilfe
A.G.	81	43.	Eine Legalisierung ist nicht wünschenswert, könnte aber unter ganz klaren Regeln legalisiert werden	Eindeutige Richtlinien könnten eine Legalisierung der Sterbehilfe ermöglichen	Kategorie 9: Sterbehilfe
A.G.	81	44.	Sterbehilfe wird nicht befürwortet	Legalisierung von Sterbehilfe ist nicht wünschenswert	Kategorie 9: Sterbehilfe
A.G.	82	45.	Die Legalisierung würde keine Versorgungslücken schließen	Die Legalisierung der Sterbehilfe würde keine Lücken im Versorgungssystem schließen	Kategorie 9: Sterbehilfe

Anlage VI Folgeseite 19

A.G.	82	46.	Man müsste seine berufsethischen Prinzipien überarbeiten	Berufsethische Prinzipien überdenken	Kategorie 10: Versorgungslücken
A.G.	82	47.	Man weiß nicht, ob man es als Ärztin mit dem Gewissen vereinbaren kann	Ärzte stehen im Zwiespalt des Gewissens	Kategorie 9: Sterbehilfe
A.G.	82	48.	Jeder sollte seinen natürlichen Sterbeprozess durchleben	Keine Lebensverkürzenden Maßnahmen einsetzen	Kategorie 9: Sterbehilfe
A.G.	82	49.	Die Hospizarbeit muss sich weiterhin für Palliativversorgung stark machen	Um Versorgungslücken zu schließen, muss sich die Palliativversorgung im Hospiz verankern	Kategorie 10: Versorgungslücken
A.G.	82	50.	Palliativmedizin sollte im Grundstudium verankert werden	Den Lehrplan umgestalten, als Maßnahme, um einer Legalisierung von Sterbehilfe entgegen zu wirken	Kategorie 10: Versorgungslücken
A.G.	83	51.	Soziale Arbeit ist im Hospiz sehr wichtig	Bedeutsamkeit der Sozialen Arbeit in der Hospizarbeit	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
A.G.	83	52.	Soziale Arbeit hat durch die Ausbildung Grundkompetenzen, die sich in der Zusammenarbeit und der Sterbebegleitung sehr positiv erweisen	Bedeutsamkeit und Kompetenzen der Sozialen Arbeit in der Hospizarbeit	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit
A.G.	83	53.	Auch die Sozialarbeiter müssten ihre berufsethischen Prinzipien überdenken und sich den Folgen einer Legalisierung anpassen und einen Umgang damit entwickeln	Als Folge der Legalisierung müssten SozialarbeiterInnen ihre berufsethischen Prinzipien anpassen	Kategorie 9: Sterbehilfe

Anlage VII letztendliche Kategoriedefinitionen

Nr.	Kategorie	Inhalt
1	Kategorie 1: Definition von Hospizarbeit	• Was ist Hospizarbeit? • Was tut sie? • Wen behandelt sie?
2	Kategorie 2: Inhalt von Hospizarbeit / Sterbebegleitung	• Wer ist an der Sterbebegleitung beteiligt? • Kernbereiche der Hospizarbeit • Bedeutsamkeit der Kernbereiche • Behandlungsmöglichkeiten
3	Kategorie 3: Berufsgruppen in der Hospizarbeit	• ihre spezifischen Aufgaben • die Bedeutsamkeit der Berufsgruppen • multiprofessionelle Zusammenarbeit • speziell die Soziale Arbeit
4	Kategorie 4: Herausforderungen in der Hospizarbeit	• Im Umgang mit den Betroffenen • Im Umgang mit den Angehörigen • Im Rahmen der Betreuung / Begleitung
5	Kategorie 5: Wünsche und Bedürfnisse schwerstkranker	• Was wünschen sie sich? • Welche Bedürfnisse haben sie? • Werden die Wünschen und Bedürfnisse erfüllt? • Woher stammen sie?
6	Kategorie 6: Gefühle und Gedanken schwerstkranker	• Welche Gefühle und Gedanken haben die Betroffenen? • Wie herausfordernd ist der Umgang damit? • Wie wird mit den Gefühlen oder Gedanken umgegangen?
7	Kategorie 7: Sterbeprozess	• Wie gestaltet sich der Sterbeprozess • Welche Krisen treten auf? • Wann war die Sterbebegleitung erfolgreich?
8	Kategorie 8: Behandlungsmöglichkeiten	• Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es für schwerstkranke Menschen • Welche werden benötigt? • Welche werden eingesetzt und wer bestimmt welche Behandlung durchgeführt wird? • Was ist wenn diese nicht mehr ausreichen? • Können alle Beschwerden gelindert werden?

Anlage VII Folgeseite 1

9	Kategorie 9: Sterbehilfe	• Wie ist die Nachfrage danach? • Wie wird mit dem Wunsch umgegangen • Was wird von der Legalisierung gehalten? • Welche Hintergründe gibt es für den Wunsch nach Sterbehilfe? • Wie sieht man im Hospiz die Sterbehilfe, was hält man davon? • Was würde die Legalisierung verändern (in der Hospizarbeit allgemein und deren Mitarbeiter)? • Worauf müsste oder kann man sich vorbereiten (in der Hospizarbeit allgemein und deren Mitarbeiter)? • Wie kann man einer Legalisierung entgegenwirken?
10	Kategorie 10: Versorgungslücken	• Wo und welche Versorgungslücken gibt es in der Hospizarbeit • Wie können diese Versorgungslücken geschlossen werden?

Anlage V III - Eidesstaatliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Michelle Rathmer geb. 03.10.1993, an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelor-Thesis zum Thema Sterbehilfe und Sterbebegleitung selbstständig verfasst habe, sowie keine anderen, als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Alle aus fremden Werken stammenden Ausführungen, welche wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, wurden als solche gekennzeichnet.

Ich versichere, dass die vorliegende Bachelor-Thesis zu keinem Zeitpunkt in gleicher oder ähnlicher Fassung einem anderen Prüfungsamt vorgelegt wurde.

Münster, 05.09.2016 M. Rathmer

Ort, Datum, Unterschrift der Verfasserin

Anlage IX Beurteilungsformular

Bewertungsformular SE 9.2: Bachelor–Thesis (t.amm.37489)			 Academie Mens en Maatschappij
Student/in 1		St.–Nr.	
Student/in 2		St.–Nr.	
Student/in 3		St.–Nr.	
Student/in 4		St.–Nr.	
Student/in 5		St.–Nr.	
Datum			
Prüfer/in			
Unterschrift			

Bewertungsvoraussetzung:	Genügend / Ungenügend	Feedback / Erläuterung
Das Kriterium zum Professionellem Schreiben (Kriterium 1) ist mindestens mit „Genügend“, d.h. mit mindestens sechs Punkten, bewertet worden.		
Die Länge der Bachelor-Thesis beträgt - Bei 1 Studierenden 40 Seiten (+/- 5 Seiten) - bei 2 Studierenden 55 (+/- 5 Seiten) - bei 3–5 Studierenden 80 (+/- 5 Seiten).		
Passt auf: Die Bachelor-Thesis wird grundsätzlich anhand aller Kriterien beurteilt. Verfehlt die Bachelor-Thesis die Anforderungen an die Länge und/ oder das Kriterium zum Professionellen Schreiben, wird er mit „Ungenügend“ bewertet und mit einer „1“ in BISON registriert. Dabei ist es unerheblich, ob infolge der Beurteilung der weiteren Kriterien eine Gesamtpunktzahl von 60 Punkten oder mehr erreicht wird.		

Kriterium	0 Punkte	3 Punkte	6 Punkte	8 Punkte	10 Punkte	Punkte	Feedback
1. Professionelle s Schreiben (Bewertungs- voraussetzung)	Sprachgebrauch, Textaufbau und Auswahl und Umgang mit Quellen sind überwiegend mangelhaft.	Sprachgebrauch, Textaufbau oder Auswahl und Umgang mit Quellen entsprechen nicht dem Leitfaden Professionelles Schreiben.	Sprachgebrauch, Textaufbau und Auswahl und Umgang mit Quellen entsprechen dem Leitfaden Professionelles Schreiben. Quellen sind überwiegend	Der gesamte Bericht entspricht dem Leitfaden Professionelles Schreiben hinsichtlich Sprachgebrauch, Textaufbau und Auswahl und Umgang mit Quellen. Der Text ist erkennbar gegliedert, Rechtschreibung und Grammatik sind weitgehend fehlerfrei. Quellen	Der gesamte Bericht entspricht dem Leitfaden Professionelles Schreiben, wobei Sprachgebrauch, Textaufbau und/oder Auswahl und Umgang mit Quellen das geforderte Maß im besonderen Umfang übertrifft. Der Text ist logisch gegliedert, Rechtschreibung und Grammatik sind fehlerfrei. Quellen sind aktuell und		

			aktuell und wissenschaftlich.	sind aktuell und wissenschaftlich. Verweise und Quellenangaben entsprechen der APA-Norm.	wissenschaftlich. Verweise und Quellenangaben entsprechen der APA-Norm.		
2, Die Forschung der Bachelor-Thesis beschäftigt sich mit relevanten Entwicklungen in der Sozialen Arbeit.	Über die Relevanz der Bachelor-Thesis finden sich keine nachvollziehbaren Aussagen.	Die Forschung ist nicht relevant für die Entwicklung der Sozialen Arbeit.	Die Forschung ist relevant für die Entwicklung der Sozialen Arbeit in einem bestimmten Gebiet Sozialer Arbeit innerhalb einer Institution.	Die Forschung ist relevant für die Entwicklung der Sozialen Arbeit in mehreren vergleichbaren Institutionen.	Die Forschung ist relevant für die Entwicklung evidenzbasierter Sozialer Arbeit in verschiedenen Institutionen.		
3. Die Forschung ist nützlich und/oder innovativ für das Arbeitsfeld.	Innovation und Nutzen der Forschung sind nicht dargestellt.	Die Forschung ist nicht innovative und/oder hat keinen Nutzen für das Arbeitsfeld.	Die Forschung unterstützt die Verbesserung der Hilfeleistung in der Auftrag gebenden Einrichtung.	Die Forschung unterstützt die Verbesserung der Hilfeleistung in der Auftrag gebenden und vergleichbaren Einrichtungen. Theorien werden kritisch mit den Forschungsergebnissen diskutiert.	Die Studie kommt zu neuen Einsichten hinsichtlich der Weiterentwicklung professioneller Praxis. Theorien werden kritisch verglichen und der Standpunkt der Forschenden beruht auf den Forschungsergebnissen.		

4. Die Forschungsfrage der Bachelor-Thesis ist präzise und zielführend.	Die Forschungsfrage ist nicht deutlich.	Die Forschungsfrage ist nicht präzise und basiert nicht auf dem Forschungsziel.	Das Forschungsziel, die Haupt- und Teilfragen sind ausreichend klar und schließen aneinander an.	Das Forschungsziel, die Haupt- und Teilfragen sind klar definiert, in einem logischen Verhältnis zueinander und ausführbar.	Das Forschungsziel, die Haupt- und Teilfragen sind klar definiert, in einem logischen Verhältnis zueinander und ausführbar. Sie gehen von einem klar erkennbaren praktischen Anlass aus und schließen zugleich an die Theorie an.		
5. Die Forschung basiert auf einem aktuellen und relevanten theoretischen Hintergrund (nationale und internationale Quellen).	Der theoretische Hintergrund ist nicht nachvollziehbar und/oder nicht aktuell und relevant.	Der theoretische Hintergrund ist nicht aktuell und/oder relevant.	Mindestens fünf aktuelle, relevante Quellen sind genutzt worden, hierbei mindestens ein internationaler Zeitschriftenartikel. Der theoretische Rahmen umfasst internationale Aspekte des Themas.	Mindestens zehn aktuelle, relevante Quellen sind genutzt worden, hierbei mindestens zwei internationale Zeitschriftenartikel. Die Theorie wird mit eigenen Worten wiedergegeben. Die internationale Perspektive ermöglicht eine Vertiefung des Themas.	Mindestens zwölf aktuelle, relevante Quellen sind genutzt worden, hierbei mindestens vier internationale Zeitschriftenartikel. Die Theorie wird mit eigenen Worten wiedergegeben. Die internationale Perspektive ist innovativ.		
6. Die Forschungsmethoden sind zuverlässig und transparent.	Die Datenerhebung ist nicht nachvollziehbar.	Die Daten sind nicht systematisch, überprüfbar und/oder auf einer akzeptierten Methode basierend.	Die Daten sind systematisch erhoben und überprüfbar. Die genutzten Methoden sind plausibel.	Die Daten sind überprüfbar und systematisch erhoben und aufbereitet. Die genutzten Methoden sind plausibel.	Die Daten sind systematisch, überprüfbar und basierend auf einer akzeptierten Methode erhoben und aufbereitet. Die Forschungsmethode ist komplex und/oder es werden verschiedene Forschungsmethoden kombiniert.		

7. Die Datenauswertung und die Ergebnispräsentation sind korrekt.	Datenauswertung und/oder Ergebnispräsentation sind fehlerhaft.	Die Datenauswertung und die Ergebnispräsentation sind nicht plausibel.	Die Datenauswertung ist korrekt, aber die Ergebnisse könnten präziser sein.	Die Datenauswertung und die Ergebnispräsentation sind korrekt.	Die Datenauswertung und die Ergebnispräsentation sind korrekt. Die Ergebnisse sind überprüfbar, es werden stichhaltige Aussagen zur Güte der Ergebnisse getroffen.		
8. Die Schlussfolgerungen basieren auf den Ergebnissen und dem theoretischen Hintergrund und beantworten die Haupt- und Teilfragen.	Schlussfolgerungen fehlen.	Die Antworten auf die Fragen sind unzureichend in ihrem Bezug zu den Ergebnissen der Forschung und/ oder zum theoretischen Hintergrund.	Die Antworten auf die Fragen beruhen klar nachvollziehbar auf den Ergebnissen der empirischen Forschung und greifen einzelne Aspekte des theoretischen Hintergrunds auf.	Die Antworten auf die Fragen beruhen klar nachvollziehbar auf den Ergebnissen der empirischen Forschung und schließen ausdrücklich und umfänglich an den theoretischen Hintergrunds an.	Die Antworten auf die Fragen beruhen klar nachvollziehbar auf den Ergebnissen der empirischen Forschung und schließen ausdrücklich und umfänglich an den theoretischen Hintergrunds an. Eventuelle kritische Auswirkungen der Schlussfolgerungen werden benannt.		
9. Die Empfehlungen sind praxis- und theorieorientiert formuliert.	Empfehlungen fehlen.	Die Empfehlungen sind unklar.	Die Empfehlungen sind klar und können in der Praxis umgesetzt werden. Sie basieren auf den Schlussfolgerungen und schließen an die Ergebnisse der Forschung und einzelne Aspekte	Die Empfehlungen sind klar, differenziert und handlungsleitend in der Praxis. Sie sind auf Mikro- und Mesoniveau angelegt.	Die Empfehlungen sind klar, differenziert und handlungsleitend in der Praxis. Sie sind auf Mikro-, Meso- und Makroniveau angelegt. Die Empfehlungen zu Folgestudien sind nachvollziehbar und stichhaltig.		

			des theoretischen Rahmens an.				
10. Die Diskussion verdeutlicht einen persönlichen und professionellen Standpunkt und einen kritischen Rückblick, der Stärken, Schwächen und alternative Herangehensweisen benennt.	Eine Diskussion ist nicht vorhanden.	Die Diskussion enthält keinen überzeugenden Inhalt.	Die Diskussion erörtert plausibel die Stärken und Schwächen des Forschungsprozesses.	Die Diskussion erörtert plausibel die Stärken und Schwächen des Forschungsprozesses. Die Bachelor Thesis, wird abschließend kritisch auf Mikro- und Mesoniveau betrachtet.	Die Diskussion erörtert plausibel die Stärken und Schwächen des Forschungsprozesses und berücksichtigt dabei auch forschungsethische Aspekte. Die Forscher beziehen auf Mikro-, Meso- und Makroniveau Stellung zum Ergebnis, also zur Bachelor Thesis, wobei sich Wissen und Verständnis verbinden.		
Punkte gesamt (max. 100)							
Gesamtbewertung (Note):							
Die Gesamtbewertung (Ziffer) ergibt sich aus den erreichten Punkten							

Bestehensgrenze

Die Endnote ergibt sich aus der Addition der in den einzelnen Kriterien-Bereichen erzielten Punkte. Um ein „Ausreichend“ / „Genügend“ (= die Note 6) zu erhalten, sind ***mindestens 55 Punkte*** zu erzielen

Die Notengebung erfolgt nach folgendem Schlüssel:

Note	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Max. 100 Punkte	1-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95-100