

Fachhochschule Bielefeld
Fachbereich Gesundheit
Studiengang Berufspädagogik Pflege M.A.

M A S T E R A R B E I T

„Entwicklung eines evidenzbasierten
multiprofessionellen Curriculums für die Aus-, Fort-
und Weiterbildung zum Umgang mit Suizidassistentz
in Deutschland“

Natalie-Reyes Castellanos-Herr

Matrikelnummer 1263343

Rabea Sandt

Matrikelnummer 1255724

2023

Betreuende/r Hochschullehrer/in:

1. Prof. Dr. Henrikje Stanze

2. Stefan Wellensiek

Datum der Abgabe:

02.05.2023

Impressum

Verein zur Betreuung und Begleitung
von Schwerstkranken und Tumorpatienten e.V.

Pallia Med Verlag
Von-Hompesch-Str. 1
53123 Bonn

ISBN: 978-3-933154-96-5
Alle Rechte vorbehalten

Zusammenfassung

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat im Februar 2020 das Recht auf selbstbestimmtes Sterben anerkannt, womit die Freiheit eingeschlossen wurde, sich das Leben nehmen zu können (Bundesverfassungsgericht, 2020).

Ziel: Im Hinblick auf eine mögliche gesetzliche Konkretisierung und Umsetzung der Suizidassistenten in Deutschland wurde ein multiprofessionelles und evidenzbasiertes Curriculum entwickelt, um die am Prozess beteiligten Akteure auf die Suizidassistenten vorzubereiten.

Design: Zur Generierung von Bildungsinhalten für ein multiprofessionelles und evidenzbasiertes Curriculum zur Suizidassistenten in Deutschland wurden Expertinnen und Experten interviewt. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.

Methode: Unter Hinzunahme eines halbstrukturierten Interviewleitfadens, wurden sieben Einzelinterviews, ein Expertenworkshop mit 17 Teilnehmenden und ein Expertenevaluationsworkshop mit elf Teilnehmenden durchgeführt.

Ergebnisse: Aus dem Forschungsvorhaben sind zehn Module für ein Curriculum entstanden, welche konkrete Bildungsinhalte, didaktische Empfehlungen und Kompetenzformulierungen enthalten.

Schlussfolgerung: Unter Berücksichtigung der prospektiven Entwicklung der Suizidassistenten in Deutschland und der aktuellen gesetzlichen Grundlage erscheint es weiterhin sinnvoll, vor Verabschiedung neuer Reformen ein Curriculum entwickelt zu haben, welches im Fall einer gesetzlichen Verabschiedung unmittelbar einsatzfähig ist.

Abstract

In February 2020, the Federal Constitutional Court recognized the right to self-determined dying, which included the freedom to take one's own life (Federal Constitutional Court, 2020).

Objective: Regarding a possible legal substantiation and implementation of assisted suicide in Germany, a multi-professional and evidence-based curriculum was developed to prepare the participants in the process for assisted suicide.

Design: To generate content for a multi-professional and evidence-based curriculum on assisted suicide in Germany, experts who had already dealt with the topic professionally, have been consulted. The evaluation of the collected data was based on the qualitative analysis of contents according to Mayring.

Method: With the addition of a semi-structured interview guideline, seven individual interviews, an expert workshop with 17 participants and an expert evaluation workshop with eleven participants were conducted.

Results: From the research project ten Modules for a curriculum were developed, which contain concrete educational contents, didactic recommendations and competence formulations.

Conclusion: Taking into account the prospective development of assisted suicide in Germany and the current legal basis, it still seems sensible to have developed a curriculum before new reforms are adopted, which is immediately operational in the event of legal adoption.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	IX
1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund.....	3
2.1 Problemstellung und Forschungsfragen	7
2.2 Operationalisierung der Forschungsfrage.....	9
2.2.1 Curriculum.....	9
2.2.2 Multiprofessionell.....	10
2.2.3 Evidenzbasiert	12
2.2.4 Suizidassistenten.....	12
3. Der Forschungsprozess	14
3.1 Forschungsstand und Literaturrecherche.....	14
3.2 Forschungsdesign	15
3.3 Forschungsmethode	16
3.3.1 Beobachtung	16
3.3.2 Befragung	17
3.3.3 Legitimation des Forschungsdesigns.....	18
3.3.4 Pretest	19
3.4 Zugang zum Forschungsfeld	19
3.5 Rekrutierung	20
3.6 Stichprobe.....	25
3.7 Datenerhebung.....	25
3.7.1 Fokusgruppen	26
3.7.2 Einzelinterviews	29
3.7.3 Expert:innenevaluationsworkshop	30
3.8 Datenaufbereitung und Datenanalyse.....	31
3.9 Datenschutz	33
3.10 Ethische Aspekte	34
4. Ergebnispräsentation	36
5. Diskussion.....	78

6.	Erste Konstruktionsphase.....	89
6.1	Analyse der wissenschaftlichen Disziplinen	90
6.2	Berufliche Handlungsfelder.....	96
6.3	Fachdidaktische Analyse	96
6.4	Analyse der Lernvoraussetzungen.....	97
7.	Zweite Konstruktionsphase	99
7.1	Übergeordnete Bildungsziele	101
7.2	Sachanalyse der konkreten Bildungsinhalte	102
7.2.1	Die Rolle der Palliativmedizin / Palliative Care im Kontext der Suizidassistenten	103
7.2.2	Umgang mit Todeswünschen	105
7.2.3	Suizidprävention und Krisenintervention.....	108
7.2.4	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit.....	111
7.2.5	Die palliative Sedierung	114
7.3	Übergeordnete Kompetenzen	117
7.4	Didaktische Prinzipien und Empfehlungen	119
7.4.1	Fallorientierte Didaktik	120
7.4.2	Erfahrungsorientierter Ansatz	121
7.5	Übergeordnete Lernergebnisse	123
7.6	Methoden und Medien.....	125
7.6.1	Hermeneutische Fallarbeit.....	125
7.6.2	Szenisches Lernen	126
7.6.3	Kollegiale Beratung	126
7.6.4	Ethische Fallbesprechung	127
7.6.5	Onlinelehre	128
8.	Dritte Konstruktionsphase	130
8.1	Curriculare Implementierung	130
8.2	Modulmaske	130
8.3	Kritische Reflexion des Konstruktionsprozesses	141
9.	Fazit	143
	Literaturverzeichnis	145
	Anhang A Anschreiben	163
	Anhang B Informationsflyer.....	165
	Anhang C Projektinformation und Informationen zum Datenschutz.....	166

Anhang D Einwilligungserklärung.....	173
Anhang E Halbstrukturierter Interviewleitfaden	176
Anhang F Kurzfragebogen	180

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung zur Generierung der Bildungsinhalte	41
Abbildung 2: Übersicht der Hauptkategorien aus dem Datenmaterial der Interviews und des Expert:innenworkshops vor dem Expert:innenevaluationsworkshop.....	43
Abbildung 3: Darstellung des Zusammenhangs der zweiten Konstruktionsphase	100
Abbildung 4: Didaktische Strukturierung	102

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Charakteristika der Expert:innen	21
Tabelle 2: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Lebensqualität fördern‘	44
Tabelle 3: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Rahmenbedingungen definieren‘	46
Tabelle 4: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Angehörigen begegnen‘	48
Tabelle 5: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Kommunikative Kompetenzen entwickeln und erweitern‘	49
Tabelle 6: Belegzitate zu den Kategorien ‚Akzeptanz entwickeln‘ / ‚Offenheit und Verständnis entwickeln‘ / ‚Akzeptanz gegenüber Betroffenen entwickeln‘ / ‚Akzeptanz gegenüber der Entscheidungshoheit, der am Prozess beteiligten Personen entwickeln‘ ..	53
Tabelle 7: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Umgang mit Suizidassistenten in anderen Ländern kennenlernen‘	56
Tabelle 8: Belegzitate der Expert:innen zu den Kategorien ‚Todeswünschen begegnen‘ / ‚Umgang mit Sterbe- und Todeswünschen‘ / ‚Suizidprävention durchführen‘ / ‚Suizidanlässe kennen und Krisensituationen identifizieren‘	58
Tabelle 9: Belegzitate der Expert:innen zu den Kategorien ‚Emotionalen Belastungen der am Prozess beteiligten Personen begegnen‘ und ‚Ängste der am Prozess beteiligten Personen wahrnehmen‘	60
Tabelle 10: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Multiprofessionell handeln‘	63
Tabelle 11: Belegzitate der Expert:innen zu den Kategorien ‚Ethisch reflektieren‘ und ‚Ethische Prinzipien kennen‘	65
Tabelle 12: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Haltung einnehmen‘	66
Tabelle 13: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Gesellschaftliche Auswirkungen einschätzen‘	68
Tabelle 14: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Medizinisches Wissen erwerben‘	69
Tabelle 15: Belegzitate der Expert:innen zu den Kategorien ‚Rechtlich begründete Handlungsschritte durchführen‘ / ‚Informationen zur Durchführung der Suizidassistenten‘	71

Tabelle 16: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Personale Kompetenzen erwerben‘	73
Tabelle 17: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Methoden- und Sozialkompetenz entwickeln‘	74
Tabelle 18: Darstellung der Modulbetitelung	75
Tabelle 19: Darstellung der wissenschaftlichen Disziplinen	91
Tabelle 20: Erworbene Kompetenzen in der allgemeinen Bildung	98
Tabelle 21: Handlungsfelder mit spezifischen Risikofaktoren für Suizid	110
Tabelle 22: Modulmaske	131

Abkürzungsverzeichnis

AEM	Akademie für Ethik in der Medizin
ÄkNo	Ärztammer Nordrhein
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CAS	Curriculum assistierter Suizid
DEDIPOM	Desire to Die in Palliative Care – Optimization of Management
DGPP	Deutsche Gesellschaft für Positive Psychologie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
EWS	Expert:innenworkshop
EEWS	Expert:innenevaluationsworkshop
FVNF	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
FVET	Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken
GG	Grundgesetz
GKL	Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei Selbsttötung
HSB	Hochschule Bremen
NaSPro	Nationales Suizidpräventionsprogramm
nIStGB	Niederländisches Strafgesetzbuch

schwStGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch
SEILASS	Sichtweisen und Einstellungen von Pflegefachkräften unterschiedlicher Versorgungssettings zur Suizidassistenz
StGB	Strafgesetzbuch
VfGh	Verfassungsgerichtshof
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

1. Einleitung

Mit dem bundesverfassungsgerichtlichen Urteil vom 26. Februar 2020 zum „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ wurde der entsprechende Paragraph 217 des Strafgesetzbuches als Verstoß gegen das Grundgesetz (GG) erkannt und für nichtig erklärt. Sterbewilligkeit wird nach dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG) als Grundrecht des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (GG, Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1) anerkannt. Somit hat jeder Bürger ein Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben, das jedem Einzelnen gewährleistet, sich das Leben zu nehmen und sich hierbei der Hilfe Dritter zu bedienen (Rombey, 2020, o. S.). „Welchen Sinn der Einzelne in seinem Leben sieht und ob und aus welchen Gründen er sich vorstellen kann, sein Leben selbst zu beenden, unterliegt höchstpersönlichen Vorstellungen und Überzeugungen. [...] Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst deshalb nicht nur das Recht, nach freiem Willen lebenserhaltende Maßnahmen abzulehnen. Es erstreckt sich auch auf die Entscheidung des Einzelnen, sein Leben eigenhändig zu beenden.“ (Urteil vom 02.03.2017 – 3 C 19/15, NJW 2018, S. 1524).

Der verfassungsrechtliche Schutz geschäftsmäßiger Sterbehilfe ergibt sich nach BVerfG (2020, o. S.), so dass Sterbehilfe oder Suizidassistenten in Anspruch zu nehmen, in der Realität davon abhängig ist, dass Dritte die Bereitschaft zeigen müssen, diese zu leisten. Daher müssen diese Dritten Suizidassistenten auch straffrei durchführen können. Das Grundrecht auf Suizid korrespondiert so mit einem weitreichenden grundrechtlichen Schutz des Handelns von Suizidassistenten (Rombey, 2020, o. S.). Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten (BVerfG, 2020, o. S.).

Die Fachverbände wie z.B. die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) sehen in den Berufen der Medizin und anderer Heilberufe eine zentrale Rolle für den zukünftigen Umgang mit der Suizidassistenten (AEM, 2020, S. 2). Hier sieht die AEM eine Reihe von ungeklärten Fragen und Problemen in Bezug „auf die Entscheidung, worin genau die Funktion der medizinisch Tätigen bei einer zukünftigen Regelung der Suizidhilfe liegen könnte“ (AEM, 2020, S. 2). Der Deutsche Pflegerat sieht Pflegefachpersonen als unmittelbare Ansprechpartner:innen für entsprechende Fragen von Patient:innen mit Sterbewunsch und betont, dass diese immer wieder um direkte Sterbehilfe gebeten werden. „Zudem kann eine mittelbare Mitwirkung an der Selbsttötung von Patienten/innen oder Bewohnern/innen nicht ausgeschlossen werden, wenn Selbsttötungen in Krankenhäusern,

Alteneinrichtungen oder in der Häuslichkeit durchgeführt werden sollten“ (Wagner, 2020, o. S.). Über die genannten Berufsgruppen hinaus werden auch weitere Personengruppen wie z.B. ehrenamtliche Mitarbeiter:innen und Sozialarbeiter:innen in die Begleitung der Suizidassistenten involviert sein. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) sieht eine große Herausforderung für alle Fachkräfte der Hospizarbeit und Palliativversorgung in der Wahrung der „Würde eines Menschen [...] bis zum Wunsch, dieses Leben selbst zu beenden (DGP, 2022, S. 1). Die DGP empfiehlt allen Mitarbeitenden und Institutionen der Hospizarbeit und Palliativversorgung die Reflexion der eigenen Haltung sowie auf institutioneller Ebene den einzelnen Einrichtungen, den Verbänden und den jeweiligen Trägerstrukturen, zum Suizid und zum Thema Suizidhilfe zu reflektieren (DGP, 2021, S. 8). Die vorliegende Masterarbeit widmet sich der Aus-, Fort- und Weiterbildung einer multiprofessionellen Personengruppe, die maßgeblich am Prozess der Suizidbegleitung beteiligt sein wird. Mit der Entwicklung eines evidenzbasierten multiprofessionellen Curriculums zum Umgang mit Suizidassistenten in Deutschland soll ein Rahmen geschaffen werden, innerhalb dessen die in die Suizidassistenten involvierten Personengruppen auf die anstehenden An- und Herausforderungen vorbereitet werden sollen. Dabei sollen die Grundrechte, einzelne Einstellungen und Haltungen der durchführenden und begleitenden Personen beachtet und unterstützt werden.

Grundlage des curricularen Konstruktionsprozesses ist der Ansatz nach Siebert (1974, S. 31 ff), aus dem sich ableiten lässt, dass die Auswahl und Analyse von Berufssituationen immer vor dem Hintergrund der jeweiligen Berufsideologie und des jeweiligen Berufsverständnisses geschehen. In jeder Konstruktionsphase nach Siebert sind jeweils begründete Entscheidungen über curriculare Inhalte zu treffen. Die Phasen dieses Konstruktionsmodells, welche die curriculare Entwicklung strukturieren, wurden durch die Studierenden in Anlehnung an Siebert definiert. Innerhalb der ersten Konstruktionsphase werden auf übergeordneter Ebene die Konstruktionsprinzipien des Curriculums analysiert. Mit der zweiten Konstruktionsphase werden die untergeordneten Konstruktionsprinzipien ausformuliert und dargestellt und in der dritten Konstruktionsphase eine vollständige Modulmaske präsentiert.

Abschließend werden erste Überlegungen zur Curriculumimplementierung und -evaluation festgehalten und der Konstruktionsprozess kritisch reflektiert.

2. Theoretischer Hintergrund

Das im §217 StGB gesetzlich geregelte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, wurde im Dezember 2015 verabschiedet. Damit wurde rechtmäßig festgelegt, dass „wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht“ (Strafgesetzbuch [StGB], 2015, §217 Abs. 1 und 2).

Mit Verabschiedung des §217 sollten vor allem schwerstkranke und sterbende Menschen vor geschäftsmäßigen Angeboten der Suizidhilfe geschützt werden.

„Das BVerfG hatte im Februar 2020 das 2015 vom Bundestag beschlossene Verbot der organisierten Sterbehilfe gekippt und klargestellt, dass Menschen ein Recht haben, selbstbestimmt zu sterben, auch mit Unterstützung Dritter“ (Deutscher Bundestag, 2022, o. S.). Am 07.03.2022 hat der Deutsche Bundestag einen fraktionsübergreifenden Gesetzentwurf zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung vorgelegt. Mit dem §217 StGB Abs. 1 ist hier die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung und mit §217a StGB Abs. 1 Art. 1 und 2 die Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung strafbar. Drei Gesetzentwürfe, die im Bundestag für Sterbewillige beraten werden, sehen unterschiedliche Verfahren vor, um sicherzustellen, dass tatsächlich ein freier Wille vorliegt:

- Entwurf eines Gesetzes zur Regulierung der Suizidhilfe, Katrin Helling-Plahr, Petra Sitte et al. (SHG-E) (BT-Drs. 20/2332)
- Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze (StGB-E), eingebracht von den Abgeordneten Renate Künast, Nina Scheer et al. (BT-Drs. 20/2293)
- Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung (StGB-E), eingebracht von den Abgeordneten Lars Castellucci, Ansgar Heveling et al. (BT-Drs. 20/904)

Übergeordnetes Ziel des Gesetzentwurfes von Helling et al. (Deutscher Bundestag, 2022, S. 5) ist die rechtliche Absicherung der Inanspruchnahme eines selbstbestimmten, freiverantwortlichen Todes und der Personen, die eine selbstbestimmte Bereitschaft zur

Suizidassistenten zeigen. Durch die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes ist es Ärzten und Ärztinnen möglich, Medikamente wie Natrium-Pentobarbital an Einwilligungsfähige mit Vollbesitz ihrer geistigen Fähigkeiten zu verschreiben. Diese Medikation ist erst gültig, wenn der Sterbewunsch auch zehn Tage nach der verpflichtenden Beratung des Sterbewilligen besteht. Eine weitere Voraussetzung für die Beihilfe zum Suizid ist die verpflichtende Beratung mit Inhalten u. a. zur Bedeutung und Tragweite der Selbsttötung, zu Handlungsalternativen und Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Betreuungsangeboten. Helling et al. (Deutscher Bundestag, 2022, S. 7) sehen in ihrem Gesetzentwurf vor, dass Einrichtungen freier Träger sowie Ärztinnen und Ärzte als Beratungsstellen bzw. Beratende anerkannt werden können.

Auch Künast et al. (2022, S. 2) sehen als Grundvoraussetzung eine Änderung der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften, um Betroffenen einen sicheren Zugang zu bestimmten Medikamenten zu ermöglichen. Sie differenzieren die unterschiedlichen Suizidanlässe auf Grund schwerer Erkrankungen oder anderer Aspekte und weisen den Ärztinnen und Ärzten die Verantwortung zu, bei schwer kranken Menschen zu prüfen und mittels Vier-Augen-Prinzip zu entscheiden, ob das Arzneimittel zur Verfügung gestellt werden soll. Für alle anderen Fälle bedarf es u. a. der ausführlichen Dokumentation der Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches. Ärzten und Ärztinnen wird hier keine zentrale Rolle zugeschrieben. Die Sicherung der Autonomie steht für Künast et al. (2022, S. 11) an oberster Stelle. Dabei bedenken sie den Schutz vor Missbrauch, die Regulierung von Sterbehilfevereinen und Sanktionsregelungen (Künast et al., 2022, S. 6)

Castellucci et al. (2022, S. 2) priorisieren mit ihrem Gesetzesentwurf ein abgestuftes Schutzkonzept mit Wahrung der betroffenen Grundrechte. Hier nehmen sie insbesondere den Bereich der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe in den Fokus und warnen vor erheblichen Missbrauchsgefahren. Die Autoren sehen es als staatliche Verpflichtung, die Autonomie der Menschen mit Todeswunsch und deren Recht auf Selbstbestimmung zu schützen. Sie legen damit fest, dass die gewerbsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe zu stellen ist (Castellucci et al., 2022, S. 3). Mit § 217 Absatz 2 StGB und einem ausformulierten Schutzkonzept können Ausnahmeregelungen eingeräumt werden. Dies erfordert die Feststellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zum Suizid „nach einer in der Regel zweimaligen Untersuchung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie im Abstand von drei Monaten und eine umfassende ergebnisoffene Beratung in einem der Situation des Betroffenen angepassten interdisziplinären Ansatz“ (Castellucci

et al., 2022, S. 3). Sie berücksichtigen an dieser Stelle Menschen mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen, denen oft nicht mehr genügend Zeit für das Durchlaufen des vorgeschriebenen Verfahrens zur Verfügung steht. Die Feststellung der freiverantwortlichen Selbsttötungsentscheidung kann im Ausnahmefall nach nur einem Untersuchungstermin erfolgen (Castellucci et al., 2022, S. 6). Den Autor:innen ist es ein Anliegen, die Beihilfe zum Suizid nicht zu einer gesellschaftlichen Norm werden zu lassen, weshalb sie ein Verbot entsprechender Werbung vorsehen (Castellucci, 2022, S. 6).

Die Organisationen und Fachgesellschaften der Suizidprävention sowie der Hospizarbeit und Palliativversorgung fordern eine umfassende gesetzliche Verankerung der Suizidprävention im Rahmen eines Suizidpräventionsstärkungsgesetzes in Verbindung mit dem weiteren Ausbau der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Sie haben im Juni 2022 den Abgeordneten des Deutschen Bundestags ein entsprechendes Eckpunktepapier zur Stärkung des Präventionsschutzes vorgelegt.

Die DGP erachtet die derzeit vorliegenden Gesetzentwürfe als wenig praktikabel und empfiehlt an dieser Stelle, weitere Überlegungen hinsichtlich des Umgangs mit Suizidassistenten in Deutschland unter Berücksichtigung der Grundrechte anzustellen. Vor dem Hintergrund einer palliativen Versorgung von schwerstkranken Menschen mit möglichem Wunsch, ihr Leiden vor Eintritt des natürlichen Tode zu beenden, plädiert die DGP für die Stärkung der Suizidprävention sowie für den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung. Auch würdevolle Gestaltungsmöglichkeiten am Lebensende sollten analysiert und konzeptuell ausgearbeitet werden (DGP, 2022, S. 1).

Die Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo) sieht die Suizidprävention als einen gesellschaftlichen Auftrag Suizidwünschen entgegenzuwirken. Sie kritisieren die derzeitigen Diskussionen mit Fokus auf die Umsetzung des selbstbestimmten Sterbens. Im Zusammenhang mit der straffreien Suizidbeihilfe beschreibt die ÄkNo die Fährnis, dass „sich schwerkranke, pflegebedürftige oder behinderte Menschen zur Selbsttötung gedrängt fühlen, um niemanden eine Last zu sein“ (ÄkNo, 2022, o. S.). Die ÄkNo regt an, in diesem Prozess den Schwerpunkt auf die Unterstützung von Menschen in Situationen von Krankheit, Einsamkeit und Verzweiflung zu legen, mit dem Ziel, den Wunsch nach Sterbehilfe möglichst gering zu halten. (ÄkNo, 2022, o. S.).

Der deutsche Caritasverband (2022, S. 2) befürwortet die Erarbeitung eines Schutzkonzepts, welches „die Balance von Autonomie und Verantwortung, von Freiheit und Fürsorge, von

Individualität und einem Leben in Beziehung“ wahr. Das christliche Verständnis von der unantastbaren Würde des Menschen, der Glaube, dass Gott jedes Leben bejaht und jeden Menschen ohne Wertung so sein lässt, wie er ist, und dass er niemanden in schweren Zeiten allein lässt, sind die Grundlagen dieser Stellungnahme. Die Themen Suizid und Suizidassistentenwünsche sollen nicht tabuisiert, sondern ernst genommen werden. In wertschätzenden Gesprächen ist das Ziel, die Gründe aufzuarbeiten und Lösungsmöglichkeiten zu finden. Damit wird der Suizidprävention ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Der Anspruch einer humanen Gesellschaft sollte sein, eine Kultur der Lebensbejahung und Fürsorge zu erhalten (Caritas, 2022, S. 3).

Bis zum heutigen Tag ist im Bundestag keine Anpassung des Gesetzes zum §217 StGB verabschiedet worden und die Hilfe zur Selbsttötung im rechtlichen Sinne eine Straftat, die es anzuzeigen gilt.

Auf Grund der fehlenden Maßnahmen zur Absicherung ist die Suizidassistenten derzeit eine rechtliche Grauzone. Im Juni 2022 hat der Bundesgerichtshof eine Frau freigesprochen, die ihrem betleibigen Ehemann auf dessen Wunsch eine tödliche Überdosis Insulin gespritzt hatte. Mit der Begründung, dass sie ihren Mann nicht durch aktives Handeln getötet habe. Der Tat wurde als straflose Beihilfe zum Suizid erklärt (Redaktionsnetzwerk Deutschland, 2022, o. S.).

Laut Statistischem Bundesamt nahmen sich 2021 täglich ca. 25 Menschen das Leben. Als meistangewendete Methoden werden in der Statistik Erhängen, Strangulieren und Ersticken benannt (DESTATIS, 2023. O. S.).

Im April 2001 erklärte das niederländische Parlament als erstes Land weltweit die aktive Sterbehilfe sowie die ärztliche Beihilfe zum Suizid mit dem Gesetz „Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding“ (Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei Selbsttötung – GKL) für legal. Mit den Rechtsgrundlagen wie z.B. der Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zur Selbsttötung, aber mit Strafausschlussbestimmungen für Ärzt:innen sowie Regelungen über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei Selbsttötung wurde das Gesetz (niederländisches Strafgesetzbuch [nlStGB], Artikel 293 und nlStGB, Artikel 294) verabschiedet. Der Strafausschlussgrund zur aktiven Sterbehilfe wie auch zur Beihilfe zum Suizid gilt hier ausschließlich für Ärztinnen und Ärzte, nicht jedoch für Pflegefachpersonen (WD 9, 2020, S. 10-11).

In Österreich hat der Verfassungsgerichtshof (VfGH) im Dezember 2020 den im § 78 Abs. 2 des StGB beschriebenen Tatbestand der Hilfeleistung beim Selbstmord als verfassungswidrig erklärt. Bisher galt der § 78 Abs. 2: „Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis 5 Jahren zu bestrafen.“ Die Wortfolge „oder ihm dazu Hilfe leistet“ wurde zum 01.01.2022 aufgehoben und gleichzeitig das Sterbeverfügungsgesetz erlassen. Damit ist die Selbsttötung im Sinn des § 78 StGB nicht strafbar, wenn jemand vorsätzlich und freiwillig den Tod an sich selbst unmittelbar verursacht. „Der Suizid selbst ist straflos, sodass die Beteiligungsregelungen des § 12 StGB nicht zur Anwendung kommen können; erst durch § 78 StGB werden bestimmte Mitwirkungshandlungen für strafbar erklärt“ (Bundesministerium für Justiz, 2021, S. 2).

Ein weiteres Land, welches die Sterbehilfe gesetzlich abbildet, ist die Schweiz. Ein konkretes Gesetz, welches die Sterbehilfe detailliert regelt, existiert allerdings nicht. Fest steht in Artikel 115 schwStGB, dass die Beihilfe zum Suizid aus selbstsüchtigen Beweggründen beim Suizid strafrechtlich verfolgt wird (Wissenschaftlicher Dienst 9 [WD 9], 2020, S. 6).

In der Schweiz existieren etwa ein halbes Dutzend Sterbehilfe-Organisationen. Die größten sind "Exit" und „Dignitas“. "Exit" richtet sich ausschließlich an Personen mit Wohnsitz in der Schweiz. Der Sterbehilfeverein "Dignitas" bietet auch eine Begleitung beim Sterben für Personen an, die keine Schweizer Staatsangehörigkeit haben. Die Zahl der assistierten Suizide in der Schweiz steigt seit Jahren und wurde 2019 auf ca. 1000 Fälle, davon ca. 200 allein aus Deutschland, beziffert (Pfaff, 2019, o. S.).

2.1 Problemstellung und Forschungsfragen

Das BVerfG hat im Februar 2020 das Recht auf selbstbestimmtes Sterben anerkannt, womit die Freiheit eingeschlossen wurde, sich das Leben nehmen zu können (BVerfG, 2020). Die gesetzliche Regelung zur Suizidassistenten wird in Deutschland kontrovers diskutiert. Dies zeigen diverse Stellungnahmen, die an den Bundestag gerichtet wurden (BVerfG, 2023).

Aktuell ist gesetzlich nicht näher definiert, welche Instanz die Verantwortung und die konkrete Durchführung der Suizidhilfe übernehmen wird. In den Leitsätzen des Gesetzentwurfes zum §217 StGB wurde jedoch definiert, dass keine Person zur Durchführung der Suizidassistenten gezwungen werden kann (BVerfG, 2020).

Um eine mögliche gesetzliche Konkretisierung und Umsetzung der Suizidassistenten in Deutschland zu erreichen, sollte ein Curriculum entworfen werden, welches multiprofessionell konzipiert wurde, um in den Prozess involvierte Akteur:innen auf die Suizidassistenten vorbereiten zu können. Da es sich bei der Suizidassistenten in Deutschland um eine gesetzliche Neuregelung handelt, liegen derzeit noch keine curricularen Strukturen oder konkrete Konzeptionsentwürfe vor. Es ist anzunehmen, dass das Inkrafttreten einer derartigen Gesetzesregelung eine gesellschaftlich und fachlich dynamische Bewegung in Gang setzt. Besonders dynamisch werden sich vermutlich Akteur:innen bewegen, welche schwerstkranken oder sterbenden Menschen beruflich oder ehrenamtlich begegnen.

Als impulsgebend für die beschriebene Problemstellung wird die Projektleiterin Prof. Dr. Henrikje Stanze der Hochschule Bremen (HSB) benannt. Ihrerseits wurde der Bedarf formuliert, Menschen, die sich mit einer möglichen Suizidassistenten konfrontiert sehen, im Prozess dieser Suizidassistenten zu unterstützen.

Der Impuls zur Problemstellung entstand durch die Ergebnispräsentation der SEILASS-Studie, welche ebenfalls unter der Leitung von Frau Prof. Stanze an der Hochschule Bremen durchgeführt wurde. Die SEILASS-Studie ist ein Projekt der Hochschule Bremen und stellt eine qualitative Studie dar, in der „Sichtweisen und Einstellungen von Pflegefachkräften unterschiedlicher Versorgungssettings zur Suizidassistenten“ erhoben wurden. Dabei stand das Erleben von Pflegefachkräften unterschiedlicher Versorgungssettings im Kontext der Suizidassistenten im Fokus. Zusätzlich wurde dargestellt, wie Pflegefachkräfte auf real oder fiktiv geschilderte Situationen der Suizidassistenten reagieren, ihre professionelle sowie individuelle Rolle einschätzen und wie sich die Entwicklung von Haltung und Einstellungen im Kontext der Suizidassistenten etabliert (Dörmann, 2022, S. 3). Dörmann, welche an der SEILASS-Studie teilgenommen hat, beschreibt bereits in ihrer Masterthesis, dass unter Berücksichtigung ihrer Ergebnisdarstellung der Bedarf eines gesonderten Curriculums besteht, um die Ergebnisse einem Fachpublikum vermitteln zu können (Dörmann, 2022, S. 77).

In Zusammenarbeit mit Frau Prof. Dr. Stanze haben sich zwei Studierende dieses Bedarfs angenommen und die Konzeption eines Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramms zum Gegenstand einer weiteren Masterthesis gemacht. Das Ziel ist es, auf Grundlage eines qualitativen Vorgehens ein evidenzbasiertes Curriculum zu formulieren und damit für die Strukturen zu sorgen, die auf unterschiedliche Situationen und Aspekte der Suizidhilfe vorbereiten und Sicherheit für am Prozess der Suizidassistenten Beteiligte schaffen.

Im Kern des Forschungsprojektes steht die Forschungsfrage:

- *Auf welchen Inhalten basiert ein multiprofessionelles, evidenzbasiertes Curriculum zum Thema Suizidassistenten?*
- *Welcher Strukturen bedarf dieses?*

Im folgenden Kapitel wird die Forschungsfrage operationalisiert.

2.2 Operationalisierung der Forschungsfrage

Das Operationalisieren ist eine Methode, die grundlegend in der quantitativen Sozialforschung Anwendung findet. Um theoretische Begriffe empirisch erfassen zu können, müssen diese messbar gemacht werden. Dies erfolgt, indem eine Übersetzung des Begriffes in die Wissenschaft stattfindet. Es wird dargestellt, was der Begriff bedeutet und welcher Variablen aus der Forschungsfrage er entspricht (Weimann & Brosig-Koch, 2019, S. 225-226). Um ein gleichwertiges Verständnis der Forschungsfrage herzustellen, wird ein Operationalisierungsverfahren durchgeführt, wenn sich das Vorgehen auch auf qualitativer Forschungsebene bewegt.

2.2.1 Curriculum

Dem Duden zufolge beschreibt ein Curriculum einen Lehrplan, welcher auf einer Theorie des Lehrens und Lernens basiert (Dudenredaktion, o. J., o. S.).

Die simple Übersetzung der Begrifflichkeit „Curriculum“ des Dudens grenzt sich in der Pädagogik jedoch stärker von der Begrifflichkeit des Lehrplans ab als der Duden dies beschreibt. Hier gilt es also, eine maßgebliche Differenzierung vorzunehmen.

Die Konzeption eines Lehrplans definiert sich über die Makroebene und umfasst ein Konstrukt aus Bildungsvorstellungen, Lehrinhalten und konkreten Vorgaben für den Unterricht. Zudem werden Lehrziele formuliert, welche für den Lehrenden mit einem durchgeführten Unterricht als zu erreichen gelten (De Vincenti & Horlacher, 2016, S. 2-3).

Ein Curriculum hingegen definiert sich maßgeblicher auf Mikroebene. Es umfasst Unterrichtsinhalte, Unterrichtsmethoden, Unterrichtsmedien und definierte subjektive Lernziele, die unter Berücksichtigung der im Lehrplan verorteten Inhalte zu unterrichten sind (De Vincenti & Horlacher, 2016, S. 2-3).

Ein Curriculum kann auf zwei verschiedenen Konzeptionsebenen erstellt werden.

- Ebene der offenen curricularen Konzeption

- Ebene der geschlossenen curricularen Strukturen

Konzipiert ein Bildungssystem ein offenes Curriculum, bedeutet dies, dass die im Lehrplan verorteten Inhalte verbindlich im Curriculum zu berücksichtigen, die Definition von subjektiven Lernzielen, die Auswahl der Unterrichtsmethodik und Didaktik durch den Lehrenden jedoch frei wählbar sind. Der Lehrende hat in einer offenen, curricularen Struktur ebenfalls die Möglichkeit, die Bedürfnisse und Wünsche des Lernenden in den Fokus zu stellen und alternative Lehrziele und Inhalte zu definieren (Gmelch & Steinhorst, S. 126-127).

Im Gegensatz zu einem offenen Curriculum können sich Bildungseinrichtungen dafür entscheiden, ein geschlossenes Curriculum zu etablieren. Hierbei besteht eine dilatierte Vorstrukturierung der im Lehrplan verorteten Inhalte, mit dem Ziel, bestimmte Lernerfolge bei jedem Lernenden zu sichern. Neben den Inhalten sind auch Unterrichtsmedien, Lernziele, Lernerfolgskontrollen, die Auswahl der Didaktik und der Methodik curricular vorgegeben, was für den Unterrichtenden als verpflichtend einzuhalten gilt (Martial, 1996, S. 266).

Zunächst einmal wirkt die Definition der offenen curricularen Struktur als eine, welche der / dem Lehrenden ein breites Spektrum an Autonomie und pädagogischer Freiheit gewährt. Um die geschlossenen, curricularen Strukturen nicht in Abrede zu stellen, gilt es, diese in ergänzender Form zu betrachten. Unter Berücksichtigung aller Vorteile eines offenen Curriculums können zieldeterminierte Elemente in einem Curriculum sinnvoll sein, um gezielte Inhalte verbindlich zu sichern.

2.2.2 Multiprofessionell

Als multiprofessionell wird von Wasner (2014, S. 161) ein Ansatz für die Zusammenarbeit im Kontext einer Aufgabe beschrieben, an der unterschiedliche Professionen und Berufsgruppen beteiligt sind. Wasner sieht Multiprofessionalität als eine Teamkonstellation unterschiedlicher Professionen. Wie Mahler, Gutmann, Karstens und Joos (2014, S. 2) sieht allerdings auch Wasner wenig Interaktion in Bezug auf eine aktive Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Professionen.

Um dem Item „Multiprofessionell“ mehr Tiefenschärfe zu verleihen, wird nicht nur der Begriff selbst, sondern auch der des „multiprofessionellen Berufsverständnisses“ aufgegriffen. Die impulsgebende Forschungsfrage *„Auf welchen Inhalten basiert ein*

„multiprofessionelles, evidenzbasiertes Curriculum zum Thema Suizidassistenten?“

implementiert, dass der Prozess der Suizidassistenten ein multiprofessionelles Vorgehen beschreibt. Um hier ein einheitliches Verständnis des Begriffes herstellen zu können, wird das multiprofessionelle Berufsverständnis als Begrifflichkeit näher beleuchtet.

Mahler, Gutmann, Karstens und Joos (2014, S. 2) beschreiben die „multiprofessionelle Zusammenarbeit“ als das Arbeiten der Berufe neben- und weitgehend unabhängig voneinander. Bei der „interprofessionellen Zusammenarbeit“ überschneiden und ergänzen sich die Kompetenzen der unterschiedlichen Berufe. Hirschmüller und Schröder (2014, S. 12) heben das Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit im Kontext von Palliative Care, in Bezug auf die Versorgung Schwerstkranker, Sterbender und ihre An- und Zugehörigen mit dem Ziel, die Lebensqualität Betroffener zu verbessern hervor. Eine sich ergänzende und unterstützende Zusammenarbeit aller am Prozess der Suizidassistenten beteiligten Berufsgruppen ist notwendig, um eine bestmögliche Begleitung für den Patienten zu gewährleisten, und die positiven Erfahrungen der Palliative Care im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit können für den Prozess der Suizidassistenten wegweisend sein.

Die Robert-Bosch-Stiftung fördert im Rahmen der „Operation Team - Interprofessionelle Fortbildungen“ für bereits im Beruf stehende Fachkräfte interprofessionelle Handlungskompetenzen durch entsprechende Fortbildungen. Ein Ziel ist u. a. die Verbesserung der professionsübergreifenden Kommunikation in der Betreuung von Patienten durch gemeinsames Lernen (Nock, 2020, S. 14). Die hier vorliegende Arbeit knüpft mit der evidenzbasierten Entwicklung eines multiprofessionellen Curriculums zum Thema Suizidassistenten für die Aus-, Fort- und Weiterbildung an diese Ziele an.

Die Teilnehmenden sollen in multiprofessionellen Teams lernen, interprofessionell zusammenzuarbeiten, von den unterschiedlichen Kompetenzen lernen und sich im Rahmen der modularen Fort- und Weiterbildung gemeinsam weiterentwickeln. Der Robert-Bosch-Stiftung (2014, S. 2) zufolge beginnt „die Integration der unterschiedlichen Aufgaben der Berufsgruppen bereits in den Ausbildungen“. Im Rahmen dieser Masterarbeit werden die Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen in der modularen Curriculumsentwicklung mitbedacht.

2.2.3 Evidenzbasiert

Evidenzbasiert bedeutet, auf der Basis empirisch zusammengetragener und bewerteter wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgend (Dudenredaktion, o. J., o. S.).

Im Zusammenhang mit der vorliegenden Forschungsarbeit zielt die Evidenz in Anlehnung an Bellmann und Müller (2011, S. 9) auf die Vermittlung von Wissen, welches nicht nur bestimmte kausale Zusammenhänge beleuchtet, sondern auch einen Transfer der Bildungsinhalte in die praktische Anwendung anstrebt und die Teilnehmer:innen zur Selbstreflexion anleitet und anregt.

In Anlehnung an die „Evidence-based-Medicine“ formuliert Wirtz (2022, o. S.) weitere Kriterien zur evidenzbasierten Bildungsforschung:

Zur Evidenzbasierung ist ein mehrstufiger Prozess erforderlich:

1. Für den betrachteten empirischen Fall muss eine beantwortbare Fragestellung formuliert werden.
2. Literaturrecherche unter Einbezug elektronischer Datenbanken wie z.B. CareLit, CINAHL oder PubMed
3. Berücksichtigung von Berichten der Expertenausschüsse oder von Expert:innenmeinungen
4. Integration der Befunde (Synthese aller relevanter Befunde aus der Primärliteratur und Metaanalyse)
5. Die Anwender:innen der Forschungsergebnisse kennen Handlungsalternativen und können diese reflektiert einsetzen.
6. Die Anwender:innen oder Nutzer:innen der Forschungsergebnisse (z.B. Aus-, Fort- und Weiterbildungssteilnehmer:innen) müssen in ihrer Individualität betrachtet werden.

2.2.4 Suizidassistenten

Die Suizidassistenten wird bilateral als „Beihilfe zur Selbsttötung“ bezeichnet. Dem / Der Betroffenen mit einem Sterbewunsch wird ein Medikament bereitgestellt, welches durch die Einnahme den Tod herbeiführen kann. Von Bedeutung ist, dass die Einnahme des Medikaments durch die / den Betroffene/n selbständig erfolgt (Beine, 2020, S. 124). Gavela (2013, S. 4) sieht den assistierten Suizid abgegrenzt von der aktiven, der indirekten und der passiven Sterbehilfe.

Die DGP unterscheidet zwischen der „Hilfe beim Sterben“ und der „Hilfe zum Sterben“. Der assistierte Suizid ist rechtlich als eine (Bei-)Hilfe zum Suizid zu werten und in Deutschland straffrei, solange der / die Sterbewillige den Suizid selbst durchführt (DGP, o. J., S. 7-8).

Die Suizidassistenten werden in vielen Diskussionen ärztlichen oder Heilberufsgruppen im Allgemeinen zugeordnet. Daher sprechen viele der meist medizinischen Fachgesellschaften, wie z.B. die DGP, von einem „ärztlich“ oder „medizinisch assistierten Suizid“ (Gavela, 2013, S. 5; DGP, 2021, o. S.). Eine zentrale Rolle im Umgang mit der Suizidassistenten sieht die AEM (2022, S. 2) bei den oben genannten Berufsgruppen. Unter Einbezug internationaler Regelungen der Suizidassistenten, in denen diese primär institutionell geregelt ist, sind die Berufsgruppen unvermeidlich auch an der Umsetzung beteiligt (AEM, 2022, S. 2). Mit der Bezeichnung des ärztlich assistierten Suizids beschreibt die DGP (o. J., S. 7), „dass Ärzte hier ihre besonderen ärztlichen Fähigkeiten nutzen [sollen], um dem Sterbewilligen den Weg professionell und damit besonders wirksam zu ebnet“. Das eigene Berufsrecht der Ärzt:innen ist dabei zu beachten. Nauck und Simon (2021, S. 153) sehen die ärztliche Aufgabe im Rahmen der ärztlichen Suizidassistenten u. a. in der Auseinandersetzung mit dem Sterbewunsch der Patient:innen. Weiter gilt es aus Sicht der Autoren für die Ärzt:innen zu prüfen, ob es sich um einen autonomen Wunsch der / des Sterbewilligen handelt. Stanze (2021, S. 2) hat insbesondere die Pflegenden im Fokus, die im Rahmen der Interaktion mit den Patient:innen sowie deren Angehörigen eng in den Prozess der Suizidassistenten mit einbezogen werden. Die Studie „Sichtweisen und Einstellungen von Pflegefachkräften unterschiedlicher Versorgungssettings zur Suizidassistenten (SEILASS)“ von Dörmann (2022, S. 82) bestätigt, dass sich in Deutschland Pflegefachpersonen durch ihre berufliche Position in der Rolle sehen, Patient:innen bei einem assistierten Suizid zu begleiten. In diesem Zusammenhang ist es für die Pflegenden von großer Bedeutung, den Wunsch zu sterben nachvollziehen und verstehen zu können (Dörmann, 2022, S. 44). Dem Wunsch nach assistiertem Suizid können Klesse et al. (2022, S. 15) zufolge verschiedene Begründungen zugeschrieben werden, wie dem „Ruf nach Hilfe oder Aufmerksamkeit, eine tiefe Entmutigung, Verbitterung oder Verzweiflung“. Der oder die Sterbewillige erwartet dann eine authentische Reaktion seiner / ihrer Interaktionspartner:innen. Der Sterbewunsch muss von den am Prozess beteiligten Personen ernst genommen und in reflektierenden Gesprächen thematisiert werden. Klesse et al. beschreiben die zugewandte Kommunikation sowie die Relevanz einer vertrauensvollen Beziehung als wesentliche Charakteristika im Rahmen der

Begleitung vom Wunsch bis hin zur Durchführung der Suizidassistenten (Klesse et al., 2022, S. 15).

3. Der Forschungsprozess

Im Folgenden wird der Forschungsprozess beschrieben, welcher die Basis für die curricularen Strukturen schafft. Es werden die einzelnen Schritte allgemeingültig in Anlehnung an Panfil (2007, S. 29-42) und Döring und Bortz (Döring & Bortz, 2016) dargestellt und auf den individuellen Prozess bezogen.

3.1 Forschungsstand und Literaturrecherche

Eine umfangreiche Literaturrecherche dient dazu, den aktuellen Forschungsstand des zu untersuchenden Gegenstandes zu prüfen. Hierbei ergibt sich, ob das weitere forschende Vorgehen sinnvoll und von Bedeutung ist (Döring & Bortz, 2016, S. 144-155). Da sich die qualitative Forschung an einer theorieentdeckenden Logik orientiert, werden bei der Überprüfung des Forschungsstandes zudem die bereits bestehende Theorie zum definierten Untersuchungsgegenstand bzw. Forschungsproblem geprüft (Häder, 2006, S. 88).

Um einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu gewinnen, erfolgte eine erste Literaturrecherche in der Zeit von Juli bis Dezember 2022. Es schlossen sich kontinuierlich weitere Recherchefragen an, um die Information zum Forschungsstand zu verdichten. 2023 wurde keine weitere Literatursuche mehr vorgenommen. Die Literaturrecherche erfolgte in zwei Schritten:

1. systematische Recherche in elektronischen Datenbanken über Schlagworte und Suchbegriffe wie:

- Statista
- PubMed
- Dimdi
- Informationssystem der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes
- Livivo
- Cinahl
- Datenbank Forschungsprojekte - Zentrum für Qualität in der Pflege
- Carelit
- BIB

- Fachportal Pädagogik
- Pädocs
- Cochrane

2. Online-Recherche über Metasuchmaschinen wie zum Beispiel:

- Google Scholar

Bei der Literaturrecherche wurden in deutscher Sprache folgende Schlüsselwörter gewählt:

- Suizid
- Suizidassistenten
- Curriculum zur Suizidassistenten
- Lehre Suizidassistenten
- Unterricht Suizidassistenten

Es zeigt sich, dass zu den allgemeingültigen Begrifflichkeiten wie *Suizid*, *Suizidassistenten* oder *Curriculum* eine Vielfalt an Studien publiziert wurde, welche aber keinen Bezug zur Lehre darstellten. Schlagwörter wie *Curriculum zur Suizidassistenten*, *Lehre – und Unterricht Suizidassistenten* haben keine Treffer in den Datenbanken ergeben.

In der englischen Literatur wurde nach Suchbegriffen wie:

- Suicide
- Suicide assistance
- Curriculum
- Teaching of suicide assistance
- Suicide assistance curriculum
- Lesson Suicide assistance

Auch in der englischen Sprache konnten diverse Treffer bei allgemeingültigen Suchbegriffen wie *Suicide* / *Suicide assistance* oder *Curriculum* verzeichnet werden, welche jedoch gleichermaßen keinen Bezug zur Lehre aufzeigten. Spezifische Begriffe wie *Teaching of suicide assistance* ergaben entweder keine Treffer oder zeigten keine verwertbaren Inhalte.

3.2 Forschungsdesign

Für das Forschungsdesign wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt. Die qualitative Forschung sammelt Erkenntnisse auf Grundlage von Erlebnissen, Erfahrungen oder

Begründungen für Entscheidungen oder Handlungen. Das Forschungsfeld ist die soziale Wirklichkeit und – oder die Lebenswelt des/der Teilnehmenden. Die qualitative Forschung geht induktiv vor, das heißt, es werden mehrere Besonderheiten oder Einzelfälle erforscht, um dann eine allgemeine Aussage tätigen oder gegebenenfalls Hypothesen ableiten zu können (Corbin & Hildenbrand, 2011, S. 118).

In dem hier dargestellten Forschungsvorgehen wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um die Erfahrungen und Erlebnisse von Akteuren zu generieren, welche sich bereits auf beruflicher Ebene mit der Thematik der Suizidassistenten auseinandergesetzt haben. Ziel war es, diese Erkenntnisse als Grundlage für ein Curriculum zum Thema Suizidassistenten zu berücksichtigen.

3.3 Forschungsmethode

Die Forschungsmethode definiert, wie die Daten im Rahmen des qualitativen Forschungsdesigns erhoben werden können. Hierzu eignen sich drei Methoden, die in der empirischen Sozialforschung die meiste Beachtung finden. Die Beobachtung, die Befragung und die Inhaltsanalyse (Häder, S. 2006, S. 185).

3.3.1 Beobachtung

Bei der Beobachtung handelt es sich um einen, aus der Sicht der/des Forschenden passiven Methodenpart. Die Beobachtungsform zeichnet sich dadurch aus, dass die / der Forschende nicht aktiv an der Situation teilnimmt, sondern vielmehr über die Wahrnehmungskanäle Dateninformationen aufnimmt (Kirchmair, 2021, S. 17-18). Das Beobachtungsverfahren bietet zwei wesentliche Möglichkeiten: die Selbst - oder Fremdbeobachtung (Kirchmair, 2021, S. 18). Die Selbstbeobachtung impliziert die bewusste Beobachtung des eigenen Erlebens und der eigenen Gefühle, um eigenes Verhalten beschreiben und analysieren zu können. Dieses Vorgehen wird als Introspektion bezeichnet und stellt ein eklatant subjektives Vorgehen dar, was in der Forschung zu einer Ergebnisverzerrung, durch selbstgesteuerte Beeinflussung führen kann (Kirchmair, 2021, S. 18). Die Fremdbeobachtung ist die klassische Form der Beobachtungsmethode in der Forschung.

Auch hierbei werden zwei Möglichkeiten der Beobachtungsform unterschieden: die Feld – und die Laborbeobachtung. Bei der Feldbeobachtung nimmt die / der Forschende Objekte in natürlicher Umgebung wahr, während die Laborbeobachtung unter künstlich geschaffenen Bedingungen durchgeführt wird (Kirchmair, 2021, S. 18).

3.3.2 Befragung

Die Befragung wird in Form eines Interviews durchgeführt. Das Interview gilt in der qualitativen Forschung als eine häufig gewählte Erhebungsform und wird von Lamnek (2016, S. 313) als den Königsweg der Erhebungsmöglichkeiten bezeichnet. Die Befragung basiert auf einer systematischen Kommunikation zwischen dem/der Teilnehmenden und dem/der Forschenden (Häder, 2006, S. 185) welche persönlich, telekommunikativ, schriftlich oder online durchgeführt werden kann (Kirchmair, 2021, S. 15).

Die schriftliche Befragung definiert sich über die Fixierung verschriftlichter Fragestellungen auf einem Blatt bzw. einem Dokument, welches durch die / den Teilnehmende/n ebenfalls schriftlich oder digital ausgefüllt wird. Bei diesem methodischen Vorgehen droht die Gefahr einer Ergebnisverzerrung, da die / der Forschende keine Kontrolle darüber hat, wer den Fragebogen ausgefüllt hat. Zudem ist der Rücklauf des ausgefüllten Dokuments nicht als selbstverständlich zu erwarten. Da keine direkte Kommunikation zwischen den Teilnehmenden und den Forschenden möglich ist, muss ein Fragebogen nutzerfreundlich formuliert sein, da seitens des / der Teilnehmenden keine Rück – und/oder Verständnisfragen an die / den Forschende/n möglich sind (Kirchmair, 2021, S. 16-17).

Die telefonische Befragung definiert sich ebenfalls über eine systematische Kommunikation. Bei einer Kommunikation über beispielsweise tabuisierte Themen, kann sich diese Methode zu Nutzen gemacht werden. Durch das Telefonat fehlt der Blickkontakt zwischen beiden Akteuren. Teilnehmende bauen dadurch Hemmungen ab, über sensible Themen zu sprechen. Andererseits kann der Forschende am Telefon nur erschwerte Unterstützungsmöglichkeiten zum Beispiel durch optische Hilfsmittel bei der Beantwortung der Fragestellungen geben oder Rückmeldung über die Aufmerksamkeit des Teilnehmenden erhalten (Kirchmair, 2021, S. 16).

In persönlicher Begegnung bietet sich die Möglichkeit, die Datenerhebung in vertrauter Atmosphäre durchzuführen, da sich die Akteure des Forschungsvorgehens direkt gegenüber sitzen und eine persönliche Beziehung zueinander aufbauen können. Es handelt sich hierbei um eine reale und authentische Gesprächssituation. Diese Gesprächssituation ist simultan zur Realität, was die qualitative Datenerhebung definiert (Kirchmair, 2021, S. 15). Jedoch kann es unter Anwendung dieser Befragungsmethode zu der Integration einer Bias kommen. Es besteht also die Gefahr, dass der / die Teilnehmende durch die Fragestellung

der / des Forschenden beeinflusst wird und sich somit das Ergebnis verfälscht (Kirchmair, 2021, S. 15).

Um ein Befragung in Form eines Interviews führen zu können, wird ein Interviewleitfaden erstellt. Hierfür eignen sich drei mögliche Modelle (Döhring & Bortz, 2016, S. 358-359):

- Unstrukturierte Interviews
- Halbstrukturierte Interviews
- Vollstrukturierte Interviews

Die unstrukturierten Interviews definieren sich darüber, dass der Forschende dem Teilnehmenden „nur“ Stichworte oder Themen mittels einer Erzählaufforderung vorgibt und der Teilnehmende die Möglichkeit hat, frei über das in der Erzählaufforderung vorgegebene Thema zu berichten oder Stellung zu dem vorgegebenen Stichwort zu beziehen (Döhring & Bortz, 2016, S. 358).

Die halbstrukturierten Interviews zeichnen sich über vordefinierte Fragen aus, die der / die Forschende an die / den Teilnehmende/n richtet. Diese/r kann die Reihenfolge der Beantwortung und die Antwortmöglichkeiten frei wählen (Döhring & Bortz, 2016, S. 358).

Ein vollstrukturiertes Interview impliziert, dass der / die Forschende die Fragen, ihre Reihenfolge und Antwortmöglichkeiten vorgibt und nur wenige bis keine offenen Fragen gestellt werden dürfen. Die Antworten der Teilnehmenden müssen auf geschlossene Fragen durch die / den Forschende/n gegeben werden (Döhring & Bortz, 2016, S. 359).

3.3.3 Legitimation des Forschungsdesigns

Unter Berücksichtigung der Erörterung von Vor – und Nachteilen eines Interviews, wurde in dem hier dargestellten Forschungsprozess sowohl ein Interview in persönlicher Begegnung als auch ein Interview im Onlineformat gewählt. Um eine möglichst hohe Teilnahme an den Interviews zu ermöglichen, erwies sich die Durchführung von Befragungen im Onlineformat als akzeptabel.

Die Interviews wurden anhand eines halbstrukturierten Interviewleitfadens entwickelt. Dieser Interviewleitfaden bestand aus vordefinierten Fragen, die den Teilnehmenden jedoch über eine offene Fragestellung präsentiert wurden. Die Teilnehmenden hatten so die Möglichkeit, offen auf die gestellte Leitfrage zu antworten.

Um das Format der Befragung durch Interviews zu komplementieren, wurde ein Kolloquium innerhalb des Projektteams durchgeführt. Die Studierenden haben sich mit einer

Projektteilnehmerin getroffen und sind über die Generierung der Interviewleitfragen in den Austausch gekommen. Der Prozess der Frageerstellung war nach Beendigung des Kolloquiums ergebnisoffen. Die Studierenden entwarfen unter Berücksichtigung des Austausches die ersten Interviewleitfragen. Um Sicherheit bei der Erstellung der Interviewleitfragen zu erhalten und diese final definieren zu können, wurde ein weiteres, kurzfristiges Kolloquium mit der Projektleiterin einberufen. Hier wurde das vorausgegangene Kolloquium reflektiert und neue Impulse für die Ausformulierung der Interviewleitfragen erteilt. Im Nachgang haben die Studierenden die finalen Interviewleitfragen adaptiert und bei der Projektleiterin eingereicht. Der Anwendung der Interviewleitfragen wurde stattgegeben.

3.3.4 Pretest

Um die Fragen des halbstrukturierten Interviewleitfadens optimieren zu können, wurde ein Pretest durchgeführt. Hierbei wurde ein unabhängiger Teilnehmer rekrutiert, der nicht als teilnehmender Experte interviewt wurde.

Der Pretest ergab, dass die vorab generierten Interviewleitfragen nicht präzise genug waren, da die Antworten auf die gestellten Interviewleitfragen nicht hinreichend aufschlussreich für die Forschungsfrage waren. Dieses Erkenntnis führte dazu, dass die Fragen auf die gegebenen Antworten und somit auf Validität evaluiert und für weitere Interviews adaptiert wurden (Bürki, 2000, S. 108). Der Forschungslogik zufolge hätte hier ein weiterer Pretest erfolgen können um die evaluierten Interviewleitfragen erneut auf Validität zu prüfen. Hierauf wurde auf Grundlage fehlender Zeitressource verzichtet.

3.4 Zugang zum Forschungsfeld

Ist die Auswahl des Untersuchungsdesigns getroffen, werden Teilnehmende rekrutiert. Vorab wurde in einem Kolloquium zwischen den Studierenden und der Projektleiterin besprochen, über welche Methode die Daten erhoben werden sollen. Ziel war es, deutschlandweite Experten in die Datenerhebung einzubeziehen, die sich beruflich weit im Voraus mit dem Thema der Suizidassistenz beschäftigt haben. Um möglichst viele Experten befragen zu können, empfahl die Projektleiterin, einen Expert:innenworkshop zu initiieren und erläuterte das Vorgehen im Rahmen des Kolloquiums. Die Studierenden hatten damit die Aufgabe, sich der Methode über eine tiefgründige Literaturrecherche theoretisch zu nähern und der Projektleiterin eine Rückmeldung zu dem erbrachten Vorschlag zu erteilen. Nach dieser Literaturrecherche wurde die Methode von den Studierenden als sinnvoll

erachtet und als Erhebungsmethode gewünscht. Die Methode des Expert:innenworkshops wird in Kapitel 3.7.1 näher erläutert.

Als Teilnehmende wurden Expert:innen gewählt, die im beruflichen oder ehrenamtlichen Setting schwerstkranken –und/oder sterbenden Menschen begegnen. Um Teilnehmende als Expert:innen deklarieren zu können, sollten sie als Person verstanden werden, „die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzten Problemkreis bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend für Andere zu strukturieren.“ (Bogner, Littig & Menz, 2014, S. 13). Um per Definition Expert:innen rekrutieren zu können, haben die Studierenden Unterstützung durch das berufliche Netzwerk der Projektleiterin Prof. Dr. Stanze erhalten. Aufgrund ihrer zugrundeliegenden Beruflichkeit, konnten Expert:innen mobilisiert werden, die sich bereits weit im Vorfeld des Forschungsvorhabens beruflich mit der Thematik des assistierten Suizids auseinandergesetzt haben. Die Expert:innen wurde durch die Projektleiterin per E-Mailverfahren kontaktiert und um eine Teilnahme am Expert:innenworkshop gebeten. Die Studierenden wurden hierbei über die Kontaktaufnahme durchgehend informiert.

3.5 Rekrutierung

Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte nach dem Prinzip der Generierung von realen Gruppen. Die „Realgruppe“ setzt sich aus einer direkten Anfrage an die Teilnehmenden durch die / den Forschenden zusammen (Bürki, 2000, S. 109).

Um den Rekrutierungsprozess zu gliedern, wurde in Rücksprache mit der Projektleiterin, durch die Studierenden ein Flyer erstellt, welcher die Legitimation und konkrete Informationen zum Forschungsvorhaben transparent machte. Er zeigte die Hintergründe des Forschungsvorhabens auf, enthielt die konkrete Einladung zum Expert:innenworkshop und Hinweise auf den Umgang mit personenbezogenen Daten (siehe Anhang B). Im weiteren Schritt wurden explizit Expert:innen mittels E-Mailverkehr kontaktiert, welche der Thematik des assistierten Suizids bereits beruflich begegnet sind (siehe Anhang A). Mit der konkreten Anfrage zur Bereitschaft an einer Teilnahme an dem Expert:innenworkshop, wurde bilateral ein Informationsschreiben an die Expert:innen weitergeleitet, welches ebenfalls durch die Studierenden entworfen wurde. Hierbei wurden die Vorabinformation aus dem Flyer ergänzt und vertiefend dargestellt. Zudem wurde der Bezug zu konkreteren Themeninhalten wie zum Beispiel der Umgang mit Personendaten konkretisiert (Bürki,

2000, S. 109). Die Bestätigung der Teilnahme an dem Expert:innenworkshop erhielt die Projektleiterin, da die Einladung durch Prof. Dr. Henrikje Stanze versandt wurde. Den Teilnehmenden wurden die Einverständniserklärungen per E-Mail zugesandt und als PDF-Datei an die Projektleitung zurückgeschickt. Das Informationsschreiben, die Einverständniserklärung und die Datenschutzverordnung sind dem Anhang C und D zu entnehmen. Am 28.07.2022 wurde mittels E-Mailverkehr eine präzise Erinnerung an die Teilnehmenden versandt, um einer möglichen Nichtteilnahme an dem Expert:innenworkshop entgegenzuwirken (Bürki, 2000, S. 109). Der Rekrutierungsprozess wird von Bürki (2000, S. 109) als zeitaufwendig beschrieben. Um die Häufigkeit der Anfragen zu senken, wurden ausschließlich Expert:innen ausgewählt, die einen Bezug zur Thematik und ein Interesse an der Bearbeitung der Problemstellung innerhalb der Forschungsfrage haben (Bär, Kasberg, Geers & Clar, 2020, S. 217).

Der folgenden Tabelle sind die Charakteristika und beruflichen Werdegänge der Expert:innen zu entnehmen. In Anbetracht dessen, dass nicht alle personenbezogenen Daten rückgemeldet wurden, können nur die Angaben von zehn Expert:innen berücksichtigt und abgebildet werden. Die im Fragebogen ausgewählten Merkmale der personenbezogenen Daten beziehen alle Charakteristika der Expert:innen ein.

Tabelle 1: Charakteristika der Expert:innen

Geschlecht des Expert*in	Männlich: 4/10 Weiblich: 6/10 Diverse: 0
Alter des/der Expert:in	Ø 57 Jahre
Familienstand	Verheiratet: 5/10 Ledig – mit Partnerschaft: 0/10 Ledig - ohne Partnerschaft: 0/10 Geschieden: 5/10 Getrennt lebend: 0/10 Verwitwet: 0/10

<p>Konfession</p>	<p>Christentum – evangelisch: 2/10</p> <p>Christentum – katholisch: 2/10</p> <p>Islam: 0/10</p> <p>Buddhismus: 0/10</p> <p>Judentum: 0/10</p> <p>Hinduismus: 1/10</p> <p>Keiner: 3/10</p> <p>Andere: 2/10</p>
<p>Art des Berufsabschlusses</p>	<p>Gesundheits – und Krankenpflege: 3/11</p> <p>Gesundheits – und Kinderkrankenpflege: 0/11</p> <p>Krankenschwester/Krankenpfleger: 1/11</p> <p>Kinderkrankenschwester: 0/11</p> <p>Arzt/Ärztin: 3/11</p> <p>Jurist*in: 0/11</p> <p>Psycholog*in: 3/11</p> <p>Ethiker: 1/11</p> <p>Theolog*in: 0/11</p>
<p>Aktuelle Tätigkeitsschwerpunkt (z.B. <i>Geschäftsführung, Beratung, Patient:innenversorgung, usw.</i>)</p>	<p>Leitung SAPV; Klinikdirektorium Palliativmedizin; Ausbildung und Lehre; Psychosoziale Begleitung; Hochschulprofessorin; Ethik; Patient:innenversorgung; Geschäftsführung wissenschaftlicher Fachgesellschaft für Medizinethik, Vorsitz eines Ethikkomitees, Training in der Ethikberatung, Forschung und Lehre im Fachbereich Medizinethik, Mitglied der Bundesärztekammer; Projektentwicklung, Kursleitung, Netzwerken im Bereich der Suizidprävention; Forschung</p>

Berufserfahrung in dem oben genannten Handlungsfeld	<p>Bis 5 Jahre: 1/10</p> <p>5-10 Jahre: 0/10</p> <p>11-20 Jahre: 4/10</p> <p>Mehr als 20 Jahre: 5/10</p>
Berufsverhältnis	<p>Selbstständig: 0/10</p> <p>Angestellt mit Führungsposition: 6/10</p> <p>Angestellt: 3/10</p> <p>Rente: 1/10</p>
Fort-/Weiterbildung im beruflichen Handlungsfeld (für den hier vorliegenden Untersuchung relevant z.B Ethikberater im Gesundheitswesen, Palliativ Care...)	<p>Ethikberatung im Gesundheitswesen; Notfallmedizin, fachärztliche Ausbildung für Psychiatrie, Gruppentherapie, MHFA-Kurs-Instruktion; Ethikberatung im Gesundheitswesen; Fachweiterbildung Onkologie und Palliativ Care, BA Pflege; MSC Palliativ Care; Ethikberatung im Gesundheitswesen, Palliative Care; Angehörigen – Familien und Patient:innenberatung, Demenz; Fachärztliche Ausbildung in der Anästhesiologie, Schmerztherapie, Palliativmedizin, Ethikberatung im Gesundheitswesen; Palliativ Care, Qualitätsmanagementberatung, Case Management Palliativ/Hospiz.</p> <p>Keine berufliche Weiterbildung: 1/11</p>
Fragen zum Gesundheitswesen	
Disziplin des Gesundheitswesens	<p>Intensiv/ Intermediate Care/ Notaufnahme: 1/10</p> <p>Pädiatrie: 0/10</p> <p>OP/Anästhesie: 0/10</p> <p>Psychiatrie / Neurologie: 2/10</p> <p>Gynäkologie und Geburtshilfe: 1/10</p>

	<p>Innere Medizin (Gastroenterologie, Kardiologie, Hämatologie/Onkologie...): 1/10</p> <p>Orthopädie/ Unfallchirurgie: 0/10</p> <p>Geriatric: 0/10</p> <p>Chirurgie: 0/10</p> <p>Allgemeinmedizin: 0/10</p> <p>Hals – Nasen – Ohrenklinik: 0/10</p> <p>Urologie: 0/10</p> <p>Dermatologie: 0/10</p> <p>Humangenetik: 0/10</p> <p>Augenheilkunde: 0/10</p> <p>Palliativmedizin: 1/10</p> <p>In allen Disziplinen: 1/10</p> <p>In keiner Disziplin: 3/10</p>
<p>Berufliche Zielgruppe (<i>Mehrfachnennungen sind möglich</i>)</p>	<p>Kinder (0-13 Jahre): 0/10</p> <p>Jugendliche (14-17 Jahre): 0/10</p> <p>Erwachsene (18-57 Jahre): 1/10</p> <p>Erwachsene im hohen Alter (ab 58 Jahre): 1/10</p> <p>Alle Altersgruppen: 1/10</p> <p>Mehrere Altersgruppen: 5/10</p> <p>Keine Altersgruppe: 2/10</p>
<p>Aktueller Versorgungsbereich</p>	<p>Langzeitversorgung: 2/10</p> <p>Ambulante Versorgung: 2/10</p> <p>Akutstationär: 2/10</p> <p>Keine Versorgungsbereiche: 2/10</p>

	<p>Alle Versorgungsbereiche: 1/10</p> <p>Mehrere Versorgungsbereiche: 1/10</p>
<p>Bereich der Palliativversorgung/ Hospizarbeit (Mehrfachnennungen möglich)</p>	<p>Hospiz: 2/10</p> <p>ambulanter Hospizdienst: 1/10</p> <p>Palliativstation: 0/11</p> <p>Spezielle Ambulante Palliativversorgung (SAPV): 1/11</p> <p>Keinen genannten Bereich: 2/10</p> <p>Mehrere Bereiche: 3/10</p> <p>Andere: 1/10</p>

Quelle: Eigene Darstellung

3.6 Stichprobe

Die Auswahl der Teilnehmenden (Stichprobe) wird durch die Studierenden so gewählt, dass aus dem Datenmaterial ein möglichst großer, theoretischer Erkenntnisgewinn resultiert. Die Auswahl der Stichprobe, die Datenerhebung und Datenauswertung soll mehrfach zirkulär und nicht linear zueinander verlaufen, um hierbei der Forschungslogik folgezuleisten. Eine weitere Ziehung einer Stichprobe wäre erst dann nicht mehr nötig, wenn der Forschende der Annahme folgt, dass durch weitere Datenerhebungen kein weiterer Erkenntnisgewinn bzw. keine höhere Datensättigung mehr erfolgen wird (Döring und Bortz, 2016, S. 302). Dieser Schritt ist in dem hier dargestellten Forschungsvorgehen aufgrund fehlender Zeitvakanz nicht erfolgt.

3.7 Datenerhebung

Um eine möglichst große Datensättigung zu erzielen, wurde im Rahmen der Datenerhebung ein Expert:innenworkshop initiiert.

Ein Expert:innenworkshop definiert sich als eine Methode der Datenerhebung (Bürki 2000, S. 99) und findet in der Sozialwissenschaft nur wenig Anwendung. Der explizite Begriff „Expert:innenworkshop“ wurde jedoch vielmehr durch die Studierenden generiert. Der Methode des Expert:innenworkshops liegt die Forschungsmethode der „Fokusgruppen“ zu Grunde. Laut Bürki (2000, S. 116) ersetzt eine Fokusgruppe jedoch kein Einzelinterview.

Um eine möglichst hohe Datensättigung zu erreichen, wurden im Kontext des Forschungsprojektes ein Expert:innenworkshop, Einzelinterviews und ein Expert:innenevaluationsworkshop unter Anleitung und Moderation der Studierenden durchgeführt. Der Ertrag aller Erhebungsmethoden wurden im Rahmen der Ergebnisdarstellung miteinander kombiniert.

3.7.1 Fokusgruppen

Unter Fokusgruppen wird eine Forschungsmethode verstanden, bei der an dem Forschungsprojekt Teilnehmende, unter Berücksichtigung vorgefertigter Kriterien, in Diskussionsgruppen zusammengefasst werden und innerhalb der Gruppe zu einem bestimmten Thema diskutieren. Vorab wird ein Informationsinput gegeben, um eine erste Diskussion anzuregen. Die Diskussion wird durch eine objektive und in Moderation geübte ggf. geschulte Person durchgeführt (Bär, Kasberg Geers & Clar, 2020, S. 218). Die Diskussionsinhalte der Teilnehmenden stellen im Anschluss an die Forschungsmethode das Datenmaterial für das Forschungsprojekt dar und dienen der qualitativen Auswertung (Bürki, 2000, S. 100).

Das in der Masterthesis konzipierte Curriculum basiert auf Expertenwissen. Durch die Methode der Fokusgruppen konnte diese Expertise erhoben und konnten Inhalte verarbeitet werden - eine der Stärken dieser Methode. Fokusgruppen weisen einen ermittelnden und einen vermittelnden Charakter auf (Bürki, 2000, S. 101). Hierbei vereint sich das Forschungsvorhaben mit der Forschungsmethode. Die Inhalte des Curriculums wurden durch die Fokusgruppen ermittelt und im Bereich der Anwendung werden diese an Teilnehmer:innen vermittelt.

Der Auswahl von Teilnehmenden lagen keine konkreten Kriterien zugrunde. Fokusgruppen bestehen in der Regel aus homogen zusammengesetzten Gruppen (Bürki, 2000, S. 105). An dieser Stelle war es für das Forschungsvorhaben von Bedeutung, dass alle Teilnehmenden bereits beruflich mit der Thematik des assistierten Suizids in Kontakt waren. Hierbei war eine Homogenität herzustellen. Der berufliche Werdegang der Teilnehmenden war jedoch different. Die einzelnen Berufsgruppen der Teilnehmenden sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

Die Teilnehmer:innengruppe besteht aus 15 Personen. Der Moderator übernimmt die Verantwortung für die Steuerung des Gespräches, hält die Diskussion aufrecht und zählt nicht operativ zu der Teilnehmergruppe. Sowohl seine Expertise als auch seine persönliche Meinung zu dem zu diskutierenden Thema findet in der Gruppendiskussion keine

Berücksichtigung. Er verhält sich neutral und objektiv (Bürki, 2000, S. 106). Aus finanziellen und pragmatischen Gründen haben die Studierenden die Rolle der Moderatorin selbst übernommen. Dies ist ein übliches Vorgehen in Forschungsprozessen (Bürki, 2000, S. 107). Die Übernahme der Moderation durch den Forschenden kann mit einem konstruktiven, methodischen Nutzen einhergehen, da Kommunikationsbarrieren abgebaut und der Gewinn an Inhalten somit effizienter gestaltet werden kann. Im Gegenzug dessen, verfügt der/die Forschende häufig nicht über Kompetenzen im Bereich der Moderation und kann im Verlauf der Methode in Interessenskonflikte geraten (Bürki, 2000, S. 107).

Die Studierenden haben die Übernahme der Moderation zu Beginn als eine Herausforderung verstanden, da sie noch keine Erfahrungen mit der Durchführung von Expert:innenworkshops aufweisen konnten.

Die optimale Effizienz, erreicht eine Fokusgruppe von sechs bis zehn Teilnehmenden. Hierbei wird jedem Teilnehmenden eine ausreichende Redezeit eingeräumt, um eine optimale Gruppendynamik zu ermöglichen (Bürki, 2000, S. 105). Mit 15 Experten überschreitet der hier dargestellte Expert:innenworkshop nach Auffassung von Bürki (2000, S. 107) grundlegend die Effektivitätsgrenze. Entsprechend der Empfehlung bleibt nicht jedem Teilnehmenden ausreichend Zeit, die eigene Expertise vollumfänglich darzustellen oder Teilnehmende ausreichend zu hören, da sie sich aus der Diskussion zurückziehen können (Bürki, 2000, S. 105). Unter Berücksichtigung dieser Empfehlung, wurde in dem hier durchgeführten Expertenworkshop ein großer zeitlicher Rahmen gewählt (drei Zeitstunden). Durch diese zeitliche Vorgabe konnte eine gehaltvolle Meinungsvielfalt erzielt werden und jede/r Teilnehmende ausreichend Beachtung finden. Um den genannten Schwierigkeiten begegnen zu können, wurde die Teilnehmer:innengruppe von 18 Personen in zwei Kleingruppen geteilt. Jede Kleingruppe wurde durch eine Moderatorin begleitet und durch die Rollengleichheit der Studierenden auch auf die gleiche Art interviewt. Beiden Kleingruppen wurden unabhängig voneinander dieselben Fragestellungen präsentiert.

Der Expert:innenworkshop wurde durch die Vorstellung der Ergebnisse der SEILASS-Studie eingeleitet. Der Hintergrund der SEILASS-Studie wurde in Kapitel 2.1 Problemstellung und Forschungsfragen näher beschrieben. Die Ergebnisdarstellung der SEILASS-Studie wurde in Anlehnung an Bürki (2000, S. 108) methodisch in Referatsform zu Beginn des Expert:innenworkshops präsentiert und bot eine Diskussionsgrundlage für die Teilnehmenden.

Um die Expert:innendiskussion zu strukturieren, wurde der halbstandardisierte Interviewleitfaden genutzt, welcher in Form der Fragestellungen den Impuls zur Diskussion gab (Bürki, 2000, S. 107).

Für den Expert:innenworkshop wurden Teilnehmer:innen aus der gesamten Bundesrepublik Deutschland rekrutiert. Teilnehmer:innen soll die Möglichkeit geboten werden, an einem neutralen Ort, ungestört, zu diskutieren (Bürki, 2000, S. 109-110). Um lange Anfahrten zu vermeiden, wurde der Expert:innenworkshop online durchgeführt. Hierfür wurde das Onlineprogramm „Zoom“ gewählt. Der Empfehlung von Bär, Kasberg, Geers und Clar (2020, S. 218), Fokusgruppen an neutralen Orten stattfinden zu lassen (Bürki, 2000, S. 109), konnte also nicht Folge geleistet werden.

Um die Inhalte zu sichern, wurde mit dem Einverständnis der Teilnehmenden der Expert:innenworkshop über das Onlineportal aufgezeichnet und als Videodatei gespeichert (Bär, Kasberg, Geers und Clar, 2020, S. 218). Die Daten wurden im Anschluss an den Expert:innenworkshop an ein Transkriptionsbüro versandt und in Form eines Transkriptes aufbereitet. Einer Auswertung der Ergebnisse von Fokusgruppen liegt nach Bürki (2000, S. 112) kein standardisiertes Verfahren zugrunde. Es bietet sich die Auswertung über eine Inhaltsanalyse an, da diese zeiteffizient ist, sich auf inhaltliche Ergebnisse kommunikativer Prozesse fokussiert und eine leichte Nachvollziehbarkeit der Auswertung erlaubt (Bürki, 2000, S. 112-113).

Um die Methodenauswahl der Fokusgruppen legitimieren zu können, wurde bei der Vorüberlegung die im Forschungsprozess verankerte Literaturrecherche (siehe Kapitel 3.1) berücksichtigt. Hierbei zeigte sich, dass es sich bei der dargestellten Untersuchung um einen explorativen Gegenstand handelt. Auf Grundlage geringer Treffer in Datenbanken und Metasuchmaschinen wurde die Annahme bestätigt, dass nur wenige Daten zu der hier dargestellten Forschungsproblematik vorliegen. Entsprechend dieser Erkenntnis empfahl sich eine explorative Untersuchung und die damit einhergehende qualitative Inhaltsanalyse im Rahmen der Datenauswertung (Bürki, 2000, S. 117).

Die Methode der Fokusgruppen wird an Hochschulen im Rahmen von Masterstudiengängen nur selten unterrichtet (Bürki, 2000, S. 102). Die Kenntnisse der Studierenden zu dem methodischen Vorgehen wurden ausschließlich durch die Projektleiterin Prof. Stanze und durch selbstorganisiertes Lernen erworben, da diese Methode nicht im Masterstudiengang vermittelt wurde.

Die Durchführung des Expert:innenworkshops wurde retrospektiv durch die Studierenden als gelungen und erfolgswirksam beschrieben. Im Anschluss an den Expert:innenworkshop wurde die dreistündige Durchführung unmittelbar reflektiert und durch die Projektleitung ebenfalls als erfolgreich deklariert.

3.7.2 Einzelinterviews

Die Einzelinterviews wurden im Anschluss an den Expert:innenworkshop durchgeführt. Der Pretest und die Rekrutierung sind mit dem in Kapitel 3.3.4 und Kapitel 3.5 beschriebenen Verfahren identisch.

Zu den Einzelinterviews wurden bundesweit Expert:innen geladen, die am Tag des Expert:innenworkshops verhindert waren.

Die Einzelinterviews erfolgten nach einem heterogenen System. Bestand für die Teilnehmenden und Studierenden die Möglichkeit, das Interview in Präsenz zu führen, wurde hiervon Gebrauch gemacht. War dieses wegen zu weiter Anfahrten nicht möglich, wurde auf das Onlineformat „Zoom“ zurückgegriffen.

Konträr zu der Teilnehmer:innengruppe des Expert:innenworkshops, welche sich ausschließlich aus dem beruflichen Netzwerk der Projektleiterin ergab, wurden bei den Einzelinterviews anteilig Expert:innen aus dem beruflichen Netzwerk der Studierenden akquiriert. Die Auswahl der Teilnehmenden, welche durch die Studierenden akquiriert wurden, wurde jedoch vor Kontaktaufnahme mit der Projektleiterin besprochen und durch diese bewilligt.

Die persönliche Kontaktaufnahme erfolgte hier auch different zu der des Expert:innenworkshops. Die Kontaktdaten der Teilnehmenden des beruflichen Netzwerks der Projektleiterin wurden den Studierenden zur Verfügung gestellt, damit sie selbstständig Kontakt zu den Teilnehmenden herstellen konnten.

Retrospektiv erfolgten die Interviews ohne besondere Vorkommnisse. Jedoch ergaben sich zwei Herausforderungen:

Ein Einzelinterview ergab eine spezielle emotionale Herausforderung, da eine Expertin bereits auf privater Ebene mit Todeswünschen und dem Wunsch nach einem assistierten Suizid konfrontiert war. Die Studierende konnte das Interview jedoch so führen, dass sich die Expertin nach eigenen Angaben nicht emotional überfordert gefühlt hat.

Ein weiteres Interview zeigte im Gesprächsverlauf die Herausforderung einer kommunikativen Barriere zwischen der Studierenden und einem Experten. Der Experte benannte einen Fehler in den inhaltlichen Aspekten der Studierenden, welcher für ihn bedeutend war. Der Experte legte den Fokus des Gespräches auf die Korrektur des genannten inhaltlichen Fehlers, womit der eigentliche Fokus des Gespräches verloren zu gehen drohte. Der Studierenden gelang es, Zeit und Raum für den fokussierten Austausch zu schaffen und das Gespräch im Anschluss wieder auf den gewünschten Fokus zu richten.

Vorab erhielt alle Teilnehmenden ein Informationsblatt mit exakter Erläuterung, die Legitimation des Forschungsvorhabens und die Einwilligung zur Teilnahme am Verfahren sowie die Datenschutzerklärung zur Unterschrift.

Vor Beginn der Tonbandaufzeichnung wurden alle Expert:innen noch einmal mündlich über das Vorgehen während des Interviews informiert. Es wurde seitens der Studierenden Zeit für abschließende Fragen zum Vorhaben zur Verfügung gestellt und die technische Durchführung einer Tonbandaufnahme vorbereitet. Nach einem Testlauf der Aufzeichnung wurde die Datenerhebung mit der Einwilligung zur Tonbandaufnahme begonnen. Die Tonaufzeichnungen wurden mithilfe der APP „Diktiergerät PRO“ über die Diktierfunktion des Mobilfunkgerätes „Samsung A 52“ durchgeführt.

Die Interviews verzeichneten eine Durchschnittsdauer von 26,56 Minuten.

Im Rahmen der Interviewerhebung kam es zu einer Expert:innenanfrage, die Leitfragen im Vorfeld zur Vorbereitung erhalten zu können. Die Projektleiterin Prof. Dr. Henrikje Stanze hat Kontakt mit Prof. Dr. Mayring aufgenommen, der im Kontext der zu beantwortenden Fragestellung keine Einwände sah, die Leitfragen im Vorfeld an die Expert:innen auszuhändigen. Auf Grund zeitlicher Überschneidungen wurde auf diesen Schritt jedoch verzichtet.

3.7.3 Expert:innenevaluationsworkshop

Im Rahmen eines Kolloquiums wurde durch die Projektleiterin der Vorschlag präsentiert, die bereits ausgewerteten Ergebnisse den Teilnehmenden vorzustellen um ein Feedback zu den bereits ausgewerteten Daten zu erhalten. Im März 2023, nach vollständiger Datenerhebung und Datenauswertung wurden die Ergebnisse den Expert:innen der Einzelinterviews und des Expertenworkshops präsentiert und durch diese kritisch reflektiert, so dass eine diskursive Einigung auf die inhaltliche Richtigkeit und Stimmigkeit hergestellt werden konnte. Die Durchführung des Expert:innenevaluationsworkshops verlief analog zu

der Durchführung des Expert:innenworkshops (siehe Kapitel 3.7.1) und umfasste einen zeitlichen Rahmen von drei Zeitstunden.

Die Expert:innen waren Ende November 2022 via E-Mail durch die Projektleiterin eingeladen worden, an der Austausch- und Feedbackrunde teilzunehmen und hatten Ende Februar 2023 eine Erinnerungsmail erhalten. Die Rückmeldungen der Expert:innen im Rahmen der kommunikativen Validierung wurden zur Evaluation der Ergebnisse genutzt, um die Qualität des Untersuchungsprozesses zu sichern.

Der Expert:innenevaluationsworkshop wurde durch die Studierenden und die Projektleiterin direktiv reflektiert und beiderseits als Erfolg gewertet.

3.8 Datenaufbereitung und Datenanalyse

Ist das Datenmaterial erhoben, muss es systematisch aufbereitet werden. Um ein geeignetes Verfahren wählen zu können, wurde ein Kolloquium terminiert. Im Vorfeld hatten die Studierenden die Aufgabe erhalten, sich gedanklich und theoretisch den Auswertungsverfahren zu nähern. Es ergab sich die theoretische Auseinandersetzung mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring und der Grounded Theorie nach Corbin und Strauß. Nach ausgiebiger Erörterung von Vor- und Nachteilen beider Methoden entschieden sich die Studierenden für das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Die einzelnen Verfahrensschritte der Datenaufbereitung wurden über das Medium einer Power-Point-Präsentation im Rahmen eines weiteren Kolloquiums präsentiert.

Mit der qualitativen Inhaltsanalyse kann eine qualitative, strukturierte, internationale und fächerübergreifende Auswertung textbasierter Daten sichergestellt werden (Mayring, 2015, S. 9-11). „Die qualitative Inhaltsanalyse eignet sich für systematische theoriegeleitete Bearbeitung von Textmaterial. Dabei sind auch große Mengen zu bewältigen“ (Mayring 2008, S. 58). Mayring (2008, S. 60) entsprechend ist das Ziel der Inhaltsanalyse, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte der Transkriptionen erhalten bleiben.

Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein kodierendes Auswertungsverfahren, mit dem Ziel, dem Datenmaterial Kategorien zuzuordnen, mit denen man sich der Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage annähern kann (Mayring & Fenzl, 2019, S. 636). Das Datenmaterial wurde gemäß der Zusammenfassung nach Mayring (2022, S. 68) gelesen, paraphrasiert, generalisiert, reduziert, und es wurden induktive Kategorien gebildet.

Zur Analyse qualitativer Daten empfehlen Mayring (2015, S. 118) sowie Döring und Bortz (2016, S. 609) die Nutzung einer Software zur Datenauswertung wie z. B. MAXQDA. Hierbei handelt es sich um ein computergestütztes Analyseprogramm, das sowohl die Bearbeitung der Dateien als auch die Verknüpfung der Daten miteinander zulässt (Kuckartz & Rädiker, 2020, S. 45). Einen weiteren Vorteil in der Nutzung von MAXQDA sehen Döring und Bortz (2016, S. 608) in der übersichtlichen Verarbeitung großer Datenmengen, die sich miteinander verknüpfen und in unterschiedlicher und übersichtlicher Form darstellen lassen.

Nach einer abschließenden Prüfung der jeweiligen Transkripte erfolgte das Einspeisen der Word-Dateien in das MAXQDA Softwareprogramm. Im Rahmen der softwaregestützten Inhaltsanalyse mit MAXQDA werden die einzelnen Arbeitsschritte an die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring angepasst (Mayring, 2015, S. 118). Die in diesem Kapitel dargestellten Grundprinzipien in Bezug auf die Software gestützte qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, bildet die Grundlage für die in den folgenden Kapiteln dargestellten Arbeitsphasen.

Mit Einhaltung der von Mayring formulierten Grundsätzen und Gütekriterien zur Transparenz und Zuverlässigkeit der qualitativen Inhaltsanalyse, wird der methodologisch korrekte Umgang mit Daten von der Erhebung, über die Analyse, bis hin zur aufrichtigen Kommunikation der Ergebnisse in wissenschaftlichen Publikationen sichergestellt. Diese sind:

1. Verfahrensdokumentation
2. Regelgeleitetheit
3. argumentative Interpretationsabsicherung
4. Nähe zum Gegenstand
5. kommunikative Validation und
6. Triangulation (Mayring, 2015, S. 49).

Die Verschriftlichung der Dateien erfolgte als leicht geglättete, an das Schriftdeutsch angenäherte Transkriptionen. Die Transkription übernahmen, nach Absprache der gültigen Transkriptionsregeln, eine studentische Mitarbeiterin und ein Transkriptionsbüro. Die Verschriftlichung wurde personenneutral durchgeführt, so dass keine Rückschlüsse auf beteiligte Personen entstehen konnten. Die Kosten für die Transkriptionen übernahm die

Hochschule Bremen. Die Transkripte wurden verschlüsselt und gemäß Art. 24 Abs. 1 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) für Dritte unzugänglich gespeichert.

Nach Kuckartz und Rädiker (2020, S. 45) formulierten die Studierenden Regeln des Kodierens. Hier legten sie den Umfang einzelner Codes fest sowie das Verfahren mit wiederholenden Aussagen. Es wurden Teilsätze, ganze Sätze und Erläuterungen, die dem besseren Verständnis der Aussage dienen, erfasst. In Anlehnung an Kuckartz und Rädiker (2020, S. 45) wurden Wiederholungen, die durch dieselbe Person getätigt wurden, codiert und mit einem In-Dokument-Memo versehen, mit einem Verweis zu der entsprechenden Aussage. Mit dem Festhalten wiederholender Aussagen war es den Studierenden möglich, eine Häufigkeitsanalyse durchzuführen und die Aussagen zu gewichten und zu priorisieren. Das Kategoriensystem wurde gezielt auf die Beantwortung der Fragestellung überprüft. Die Kodierung erfolgte zeitgleich und unter Hinzunahme der Audiodateien durch beide Studierende.

Über die induktive Kategorienbildung wurden am Text direkt neue thematische Kategorien gebildet. Die Kategorienbildung und die Festlegung des Abstraktionsniveaus sind zentrale Elemente der vorliegenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2022, S. 68). Durch das Hinzufügen einzelner Kommentare mit Anmerkungen und Ergänzungen an ausgewählten Zitaten, war es den Studierenden möglich, diese hervorzuheben und als Ankerbeispiele zu markieren. Die Kategorien der ersten Phase wurden weiter präzisiert, angepasst und im nächsten Schritt nach ihrer Häufigkeit zu Hauptkategorien mit Unterkategorien zusammengefasst. Anhand der gebildeten Hauptkategorien konnten die Inhalte des zu konzipierenden Curriculums identifiziert werden.

3.9 Datenschutz

In dem hier dargestellten qualitativen Forschungsvorhaben wurde mit personenbezogenen Daten gearbeitet. Dieses Vorgehen unterliegt der Berücksichtigung der DSGVO nach (DSGVO, 2018, Art. 6 Abs. 1a). Um den datenschutzrechtlichen Grundlagen zu entsprechen, wurde eine Einwilligungserklärung konzipiert, welche nach Bestätigung der Teilnahme per E-Mail an die Expert:innen versandt wurde. Zusätzlich zur Einwilligungserklärung erhielten die Expert:innen ein Informationsschreiben zum Projekt, dem Umgang mit und der Verarbeitung von personenbezogenen Daten. Grundlage zur Teilnahme an einem Interview oder an einem Expert:innenworkshop war, dass die Einwilligungserklärungen den Studierenden vor Beginn der Interviews unterschrieben vorlagen. Um der DSGVO in

mehrfacher Hinsicht Folge zu leisten, wurden die Expert:innen sowohl im Expert:innenworkshop, als auch in den Einzelinterviews und im Expert:innenevaluationsworkshop erneut informiert und um Kenntnisnahme in Bezug auf den Umgang mit personenbezogenen Daten und die Einwilligung einer Aufzeichnung der Interviews gebeten. Die Expert:innen wurden zudem darüber informiert, dass sie jederzeit die Bereitschaft, an dem Forschungsprojekt mitzuwirken, annullieren können. Mit dem Widerruf der Einwilligung wäre die Teilnahme am Projekt als beendet erklärt und die bereits erhobenen Daten final gelöscht. Die erhobenen Daten wurden pseudonymisiert, so dass keine persönlichen Rückschlüsse vom Datenmaterial auf die Expert:innen möglich waren. Um jedem/jeder Expert:in ein Pseudonym zuzuordnen zu können, haben alle Expert:innen, welche am Expert:innenworkshop teilgenommen haben, das Pseudonym EWS und eine Nummer erhalten. Unter Berücksichtigung der Teilnehmer:innenanzahl am Expert:innenworkshop wurden 18 Teilnehmer:innen mit dem Pseudonym EWS 1-18 betitelt. Analog dazu wurden für den Expert:innenevaluationsworkshop die Pseudonyme EEWS1-19 gewählt. Die Expert:innen der Einzelinterviews erhielten das Pseudonym CAS. Es wurden durch die Studierenden sieben Einzelinterviews geführt, so dass sich sieben Pseudonyme mit der Betitelung CAS1-CAS7 ergaben. Die Teilnehmer:innen der Einzelinterviews, welche am Expert:innenevaluationsworkshop teilgenommen haben, erhielten das Pseudonym EEWSCAS1-7. Die Liste der Zuordnung aller Experten zu den Pseudonymen wurde digital verwahrt. Die Datei wurde mit einem Kennwort gesichert, wovon nur die Projektteilnehmerinnen und die Projektleitung Kenntnis erhielten.

Die Archivierung der Forschungsdaten erfolgt gemäß der Deutschen Forschungsgemeinschaft (2019, 22). In den Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis, zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens und für den Umgang mit Verstößen gegen die Aufbewahrung von Forschungsdaten wird beschrieben, dass die personenbezogenen Daten für mindestens zehn Jahre archiviert werden müssen. Dieses wird für das hier vorliegende Forschungsprojekt zugesichert.

3.10 Ethische Aspekte

Wie bereits in Kapitel 2 beschrieben, hat die Konzeption eines multiprofessionellen und evidenzbasierten Curriculums zur Suizidassistenten in Deutschland in Anbetracht der Ergebnispräsentation der SEILASS-Studie an Bedeutung gewonnen. Nach Angaben Dörmanns (2022, S. 32-33) wurde vor Projektbeginn der SEILASS-Studie das

Forschungsanliegen in Form eines Ethikantrages (Antrag Nr. 21-036) an die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft gerichtet. Hier wurde die Vulnerabilität des Forschungsvorhabens, sowie mögliche Risiken für die Interviewteilnehmer:innen geprüft. Das Projekt SEILASS erhielt ein positives Ethikvotum durch die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften. Das Forschungsvorhaben zur Konzeption eines multiprofessionellen und evidenzbasierten Curriculums zur Suizidassistenten in Deutschland wurde auf Grundlage der SEILASS-Studie umgesetzt, so dass kein neues Ethikvotum erforderlich war.

Wenngleich keine weiteren Anträge gestellt wurden, wurden trotzdem ethische Aspekte berücksichtigt.

Durch die thematische Auseinandersetzung mit curricularen Strukturen ergibt sich keine emotional belastende Situation. Die Expert:innen wurden lediglich auf Metaebene und nicht auf persönlicher Ebene mit dem Thema der Suizidassistenten konfrontiert. Wie dem Kapitel 3.5 zu entnehmen ist, wurden als Expert:innen nur Personen zugelassen, welche bereits beruflich der Thematik der Suizidassistenten begegnet waren. Somit war davon auszugehen, dass die Expert:innen bereits über eine professionelle Haltung gegenüber der Thematik verfügten.

Dörmann (2022, S. 32-33) beschreibt in ihrer Masterthesis, dass im Zuge des Ethikantrages vonseiten der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft Rücksprache mit Pflegefachkräften gehalten wurde und Teilnehmende von der SEILASS-Studie ausgeschlossen wurden, die zum gegebenen Zeitpunkt im privaten Umfeld mit einem Trauer- und/oder Suizidfall konfrontiert waren (Dörmann, 2022, S. 32-33). Wie in Kapitel 3.7.2 beschrieben, befand sich unter den Expert:innen der Einzelinterviews eine Person, welche bereits im familiären Umfeld mit der Thematik „Todeswünsche“ konfrontiert worden war. Die genannte Expertin nahm zudem an dem Expert:innenevaluationsworkshop teil. In der Reflexionsrunde und nach vollendetem Evaluationsworkshop, zeigte sich die Expertin emotional sehr belastet und berichtete, dass ihr die Teilnahme emotional schwer fiel, da das genannte Familienmitglied mit Todeswünschen einer schweren Erkrankung erlegen war. Hinsichtlich der Stellungnahme durch die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft zum Umgang mit vorbelasteten Teilnehmer:innen, welche Dörmann in ihrer Masterthesis beschrieb, wurden die Daten der Expertin aus dem Evaluationsworkshop nicht weiterverwendet. Die Daten des Einzelinterviews wurden für die

Datenauswertung berücksichtigt, da zu diesem Zeitpunkt kein Trauer – oder Suizidfall im persönlichen Umfeld der Expertin vorlag.

4. Ergebnispräsentation

Im Folgenden wird die Entwicklung der Kategorien, welche sich aus der Datenerhebung ergeben haben, dargestellt.

Das vollständige Datenmaterial wurden intensiv durchgearbeitet und unter Betrachtung der Interviewleitfragen und der Textsegmente, welche eine Antwort auf die Frage ergaben, selektiert. Der Fokus bei der Selektion von Textsegmenten lag auf Inhalten, die eine Antwort auf die Forschungsfrage gaben und somit Themen identifizierten, die in einem Curriculum zur Suizidassistenten als unterrichtsrelevant gelten. Sobald sich ein Inhalt aus dem Textsegment ergeben hat, welcher Aufschluss auf die Forschungsfrage gab, wurde die erste induktive Kategorie in Form einer Paraphrase erstellt. Hierbei wurde eine allgemeingültige Betitelung für die Kategorie gefunden, welche sprachlich stellvertretend für alle Textsegmente stand. Die gefundenen Textsegmente wurden so zum Inhalt der Kategorie und als Code gezählt. Die erste Erstellung von Kategorien wurde als Generieren von Subsubkategorien bezeichnet.

Ein Beispiel hierfür ist die Kategorie *Akzeptanz entwickeln*.

Im Datenmaterial zeigte sich das folgende Textsegment: *„Also wenn dann der Wunsch geäußert ist oder wenn der sich gefestigt hat, und diese Person sagt, „ich will jetzt diesen Weg für mich gehen...“, dann ist dieser Wunsch zu respektieren; also es ist unabhängig davon, wie ich dazu stehe, also ob ich es im Einzelfall nachvollziehen kann oder nicht!“* (CAS5, Z. 117ff.) welches das Akzeptieren der Entscheidungshoheit und Selbstbestimmung des Sterbens von Menschen mit Todeswünschen in den Fokus stellte. Beides wurde zusammengefasst und zu einer induktiv gebildeten Kategorie „Selbstbestimmung“ gebündelt.

Die Subsubkategorien wurden im weiteren Schritt auf das nächste Abstraktionsniveau generalisiert, indem die Textsegmente der Subsubkategorien weiter verallgemeinert wurden. So wurden aus Subsubkategorien Subkategorien. Aus der exemplarischen, ursprünglichen Subsubkategorie „Selbstbestimmung“ wurde nun die Subkategorie „Entscheidungshoheit der Betroffenen und Durchführenden“. Bei der Selektion der einzelnen Codes zeigte sich, dass es sich nicht nur um die Selbstbestimmung von Menschen mit Todeswünschen

handelte, sondern, dass auch die am Prozess beteiligten Akteur:innen über eine Selbstbestimmung innerhalb des Suizidprozesses verfügen. Zitate wie: „*Genau. Ich meinte, das soll ja so sein, wenn jemand sagt, in dem Fall habe ich moralisches Bedenken, dass wir das machen, oder dass ich mich da in irgendeiner Form beteilige, dann muss das ja auch berücksichtigt werden. Und dann muss man glaube ich, einen Weg finden, diese Bedenken auch zu berücksichtigen und niemanden zu zwingen, in irgendeiner Form da doch irgendwie beteiligt zu sein!*“ (CAS5, Z. 341ff.) belegen diese Annahme. Das Zitat: „*Auf jeden Fall immer große Achtung, großer Respekt, vor diesem Sosein des anderen, aber auch vor dem, der bei diesen Suizid begleiten muss. Und auf jeden Fall Schutz aller Meinungen, die dabei entstehen würden. Sowohl dessen, der diese Option wählt als auch dessen, der sagt, auf gar keinen Fall!*“ (CAS6, Z. 82) unterstreicht nochmals die Diskongruenz der in der Kategorie verorteten Inhalte beziehungsweise die Art und Weise, wie die Inhalte auf unterschiedlichen Ebenen wahrgenommen werden – die der Betroffenen und die der am Prozess beteiligten Akteur:innen. In einem nächsten Schritt, wurden Paraphrasen mit Textsegmenten, die einen ähnlichen Inhalt aufwiesen zusammengefasst und einer Kategorie mit höherem Abstraktionsniveau zugeordnet. So wurde aus mehreren Subkategorien die Hauptkategorie „*Akzeptanz*“.

Im Rahmen eines Kolloquiums wurde die Datenaufbereitung präsentiert und reflektiert. Konsens des Kolloquiums war, dass die Hauptkategorie auf eine weitere Abstraktionsebene angehoben werden kann, indem sie sprachlich mit einem beruflichen Handlungsverb versehen wird. So wurde aus der Hauptkategorie *Akzeptanz* die Hauptkategorie *Akzeptanz entwickeln* auf nächster Abstraktionsebene.

Ziel war es, aus den gebildeten Kategorien die Bildungsinhalte zu generieren, welche das Curriculum legitimieren. So sollten im weiteren Verlauf Kategorien und Bildungsinhalte synonym verwendet werden.

Im Expert:innenevaluationsworkshop, wie in Kapitel 3.7.3 beschrieben, wurden die Hauptkategorien, versehen mit einem beruflichen Handlungsverb allen am Forschungsprozess teilnehmenden Expert:innen präsentiert und diese zur Diskussion der Inhalte angehalten.

Hier ergab sich, dass die vorformulierten Hauptkategorien durch die Experten in Bezug auf die Sprache kritisiert wurden. „*Vielleicht zum letzten Punkt noch einmal, wenn man den Begriff Akzeptanz, so verstehe ich ihn jedenfalls, ganz weit fasst, könnte ich ja auch*

einschließen die Akzeptanz meiner eigenen Haltung und die Überwindung meiner Zweifel. [...] Also wenn ich damit versöhnt bin sozusagen mit mir selbst und sage, das darf ich und das entspricht eben meinen Wertvorstellungen, ist das auch eine Form von Akzeptanz, aber in eine ganz andere Richtung. Also, da müsste man natürlich den Begriff der Akzeptanz noch einmal klären. Das vielleicht nur zum letzten Punkt!“ (EEWS11, Z. 700ff.).

Die exemplarische Hauptkategorie Akzeptanz entwickeln wurde zum Gegenstand einer kritischen Diskussion. Es wurde hinterfragt, ob das Entwickeln einer Akzeptanz von am Prozess beteiligten Akteur:innen verlangt werden darf oder ob dies als nicht zu erreichendes Bildungsziel gilt. Es wurde der Wunsch geäußert, die Hauptkategorie „Akzeptanz entwickeln“ in „Offenheit entwickeln“ zu verändern: *„Das ist natürlich eine hohe Herausforderung, wenn ein Curriculum quasi voraussetzt, dass am Ende jeder, der es durchlaufen hat, eine Akzeptanz entwickelt hat. Also ich glaube nicht, dass das erstens funktioniert und zweitens, dass das vielleicht der Anspruch sein sollte, sondern da wird wahrscheinlich Toleranz oder, wie du gerade gesagt hast, Offenheit, ein erreichbareres Ziel, weil, es darf ja durchaus sein, dass man das Curriculum durchlaufen hat und sagt, oh, jetzt habe ich mich zehn Tage so intensiv damit beschäftigt, jetzt ist mir klar, für mich ist das nichts. [...] Und ich denke, Offenheit bedeutet viel mehr. Ich habe mich damit auseinandergesetzt, je nach Situation, je nach Patient kann ich mich entscheiden, was ich jetzt möchte und was ich gelernt habe, den einen verstehe ich vielleicht besser und kann das nachvollziehen als den anderen und so weiter. Akzeptanz hat eine ganz andere Konnotation für mich hier vom Wort her!“ (EEWS6, Z. 67ff.).*

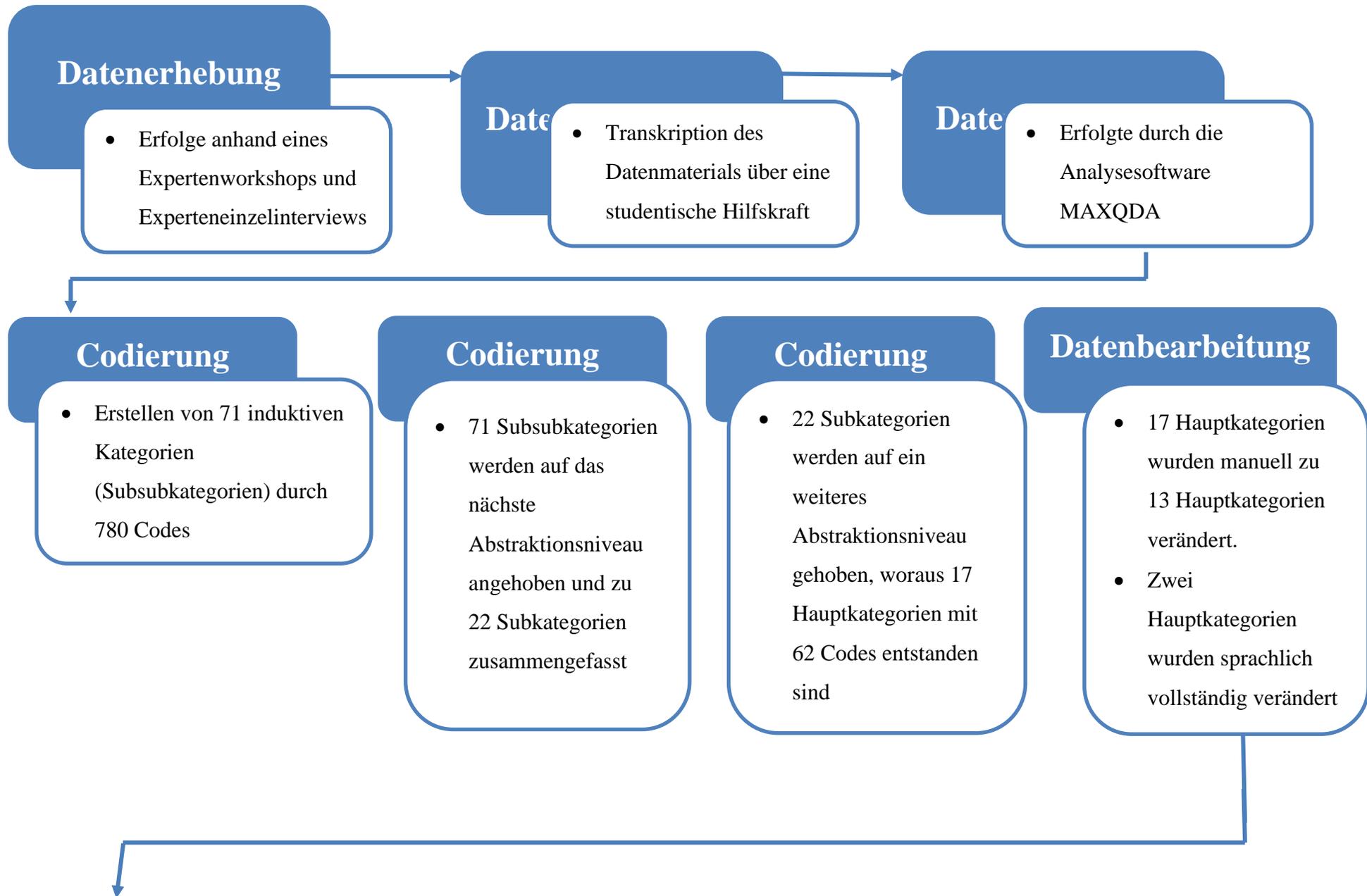
Neben dem genannten Beispiel wurden noch weitere Hauptkategorien, die im Rahmen der Datenanalyse entstanden waren, kritisch betrachtet und durch die Experten konstruktiv optimiert. Ein Beispiel hierfür ist die, mit einem beruflichen Handlungsverb versehen Hauptkategorie *„Ethisch begründen“*: *„Mit dem ethisch begründen [...]. Es ist ja so, dass das Bundesverfassungsgericht damals gesagt hat, es darf eben keine Bewertung vorgenommen werden, ob dieser Wunsch jetzt des Patienten, der den Todeswunsch hat, angebracht ist oder nicht angebracht ist in der Situation. Man kann zwar die Prinzipien durchspielen, aber letztlich müsste es ja dann heißen, nicht ethisch begründen, sondern ethisch reflektieren. Einen Grund hat der Patient ja, oder sogar mehrere vielleicht auch, aber noch einmal hier mit diesem ethisch begründen, das ist mir noch nicht ganz klar!“ (EEWS15, Z. 211).*

Die Anmerkungen der Expert:innen wurde bei der Konzeption der Modulmaske berücksichtigt.

Im letzten Schritt wurden die evaluierten Hauptkategorien sprachlich ausformuliert, so dass sie pädagogisch den Sprachtermini einer Lehreinheit entsprachen und zu Modulen zusammengefügt werden konnten. Die Anzahl der Module entsprach so nicht mehr der Anzahl der Hauptkategorien. Entsprechend ergab sich hier ein weiterer Reduktionsschritt. Die Hauptkategorien mit den darunter verorteten Inhalten (Codes) wurden durchlässig, so dass diese zu Modulen gebündelt werden konnten. So wurde beispielsweise der Inhalt „Kultursensibel begleiten“ aus der Hauptkategorie „Interkulturelle Kompetenz entwickeln“ gelöst und der Hauptkategorie und somit dem Modul 5: „Dem selbstbestimmten Menschen offen begegnen“ zugeordnet.

Der Wortlogik zufolge würden sich die Bildungsinhalte und die Kategorie sinnstiftend zu einem Modul vereinen lassen. Da die Hauptkategorie „Interkulturelle Kompetenz“ nach allen Reduktionsschritten aber nur noch mit einem Code belegt war und somit nicht als vollständiges Modul benannt werden konnte (zu wenig Bildungsinhalt für ein vollwertiges Modul), wurde die Hauptkategorie aufgelöst und der Code „Kultursensibel begleiten“ im Rahmen der Codeverschiebung in ein anderes Modul aufgenommen. Hier zeigt sich das Umwandeln fester Kategorien in modulare Strukturen.

Die folgende Abbildung verdeutlicht die Generierung der Bildungsinhalte:



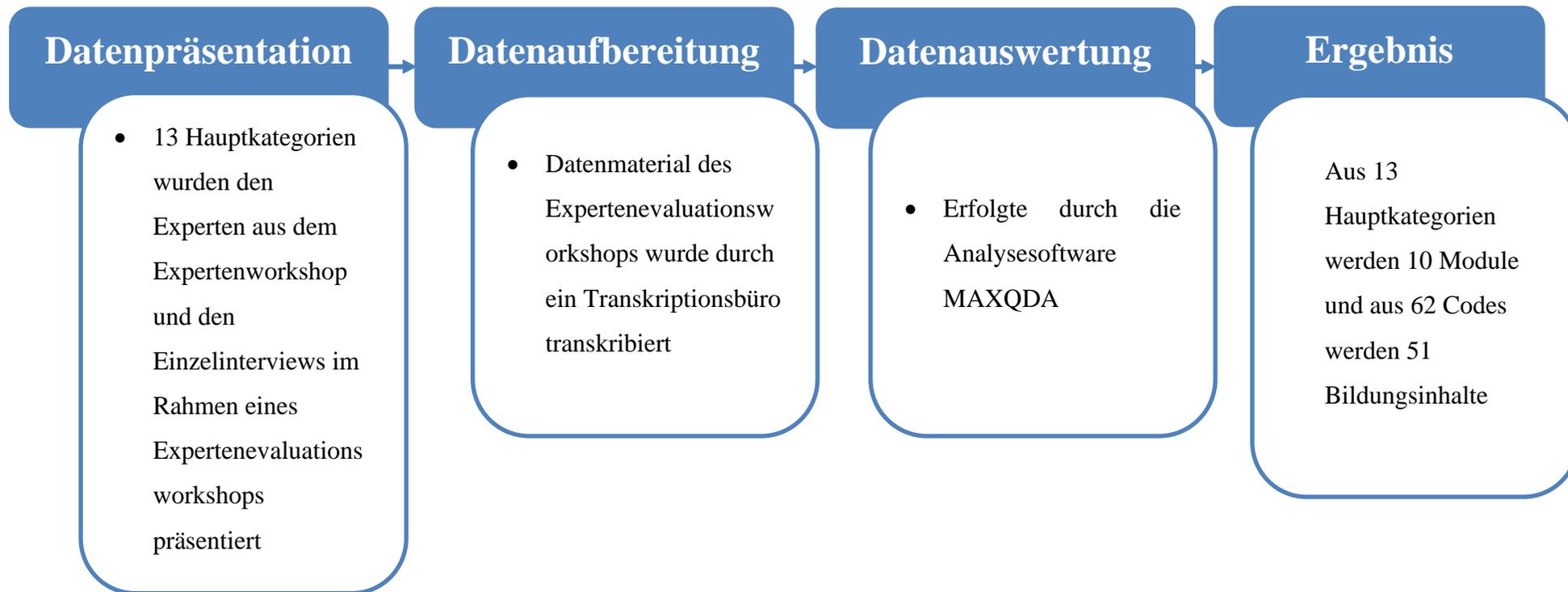


Abbildung 1: Darstellung zur Generierung der Bildungsinhalte

Quelle: Mayring, 2022, S. 62-63

Anhand der in Kapitel 3.3 beschriebenen Methodik werden im Folgenden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse thematisiert und dargestellt. Mittels inhaltlicher Strukturierung wurde die zu erarbeitende Struktur ausgerichtet an Themen, Inhalten und Aspekten des Gesamtmaterials. Weiter fand die typisierende Strukturierung Berücksichtigung, um Merkmale, die sich als von besonderem Interesse zur Beantwortung der Forschungsfrage herausstellten oder wiederholt vorkamen, herauszuarbeiten (Mayring, 2003, S. 89- 90).

Die systematische Darstellung der Ergebnisse stützt sich auf die drei Grundelemente:

1. die Codedefinition
2. Erläuterung von Zusammenhängen
3. Erläuterung von Ausprägungen, ggf. anhand von Belegen oder Beispielen (Pehl, 2021, o. S.).

Anhand dieser Grundelemente werden Mayring (2022, S. 105) zufolge zum einen die inhaltlichen Erkenntnisse präsentiert, gleichzeitig belegt die Ausarbeitung a) dass die Ergebnisse im Material begründet sind (Belege und Beispiele) und b) die systematische und nachvollziehbare Erarbeitung der Kategorien.

Die folgende Abbildung stellt die Kategorien dar, welche in den Tabellen 2 bis 17 näher beschrieben werden.

.

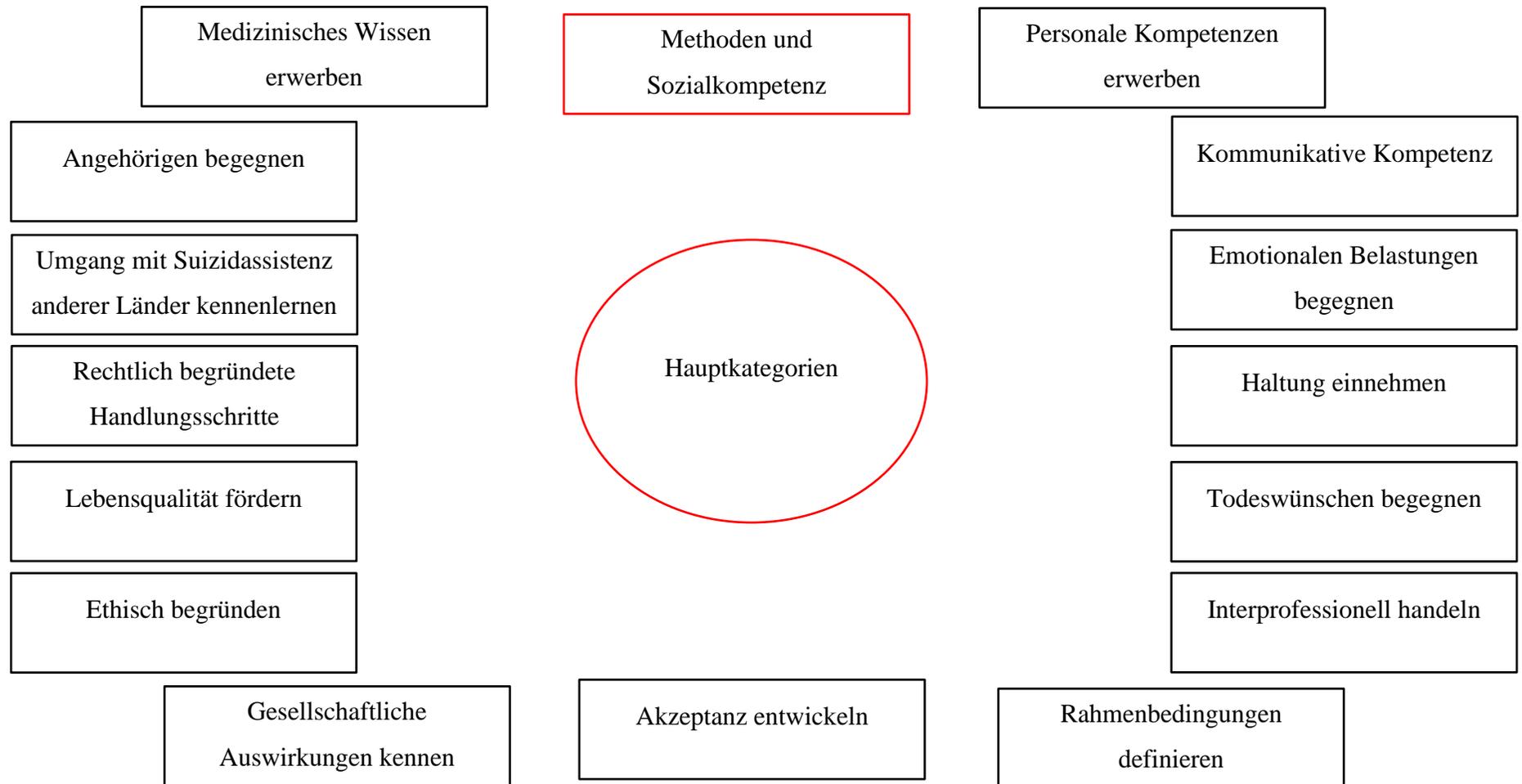


Abbildung 1: Übersicht der Hauptkategorien aus dem Datenmaterial der Interviews und des Expert:innenworkshops vor dem Expert:innenevaluationsworkshop

Quelle: Eigene Darstellung

Kategorie Lebensqualität fördern

Die Lebensqualität in Bezug auf den Wunsch nach einem assistierten Suizid wurde von den Expert:innen bereits zu Beginn der Diskussion in den Fokus gestellt.

In Bezug auf Todeswünsche wird eine schlechte oder eingeschränkte Lebensqualität als häufiger Suizidanlass beschrieben. Die Entscheidung, was lebenswert für das Individuum bedeutet, soll jeder Mensch für sich selbst bestimmen dürfen (vgl. Tab. 2, Zit. 1, 2).

Einsamkeit im Alter wird den Expert:innen zufolge von Betroffenen häufig als fehlende Lebensqualität bewertet und verstärkt deren Wunsch, ihr Leben vorzeitig zu beenden (vgl. Tab. 2, Zit. 3). Im Rahmen der curricularen Entwicklung sollte nach Meinung der Expert:innen die Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensbedingungen Berücksichtigung finden (vgl. Tab.2, Zit. 4).

Im Rahmen der Suizidassistenten sollte die Bewertung der individuellen Lebensqualität untersucht und in Gesprächen mit den Betroffenen thematisiert werden (vgl. Tab. 2, Zit. 5). Durch die Verbesserung der Lebensqualität kann der individuelle Todeswunsch aus Sicht der Expert:innen verändert oder sogar abgewendet werden (vgl. Tab. 2, Zit. 6, 7)

Tabelle 2: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Lebensqualität fördern‘

Zitate ‚Lebensqualität fördern‘	
Kategorie	Zitate
‚Lebensqualität fördern‘	1) „Was ist lebenswert? Was ist lebenswertes Leben? Das kann nur die Person selber entscheiden, die in dieser Situation ist.“ (CAS7, Z. 76ff.)
	2) „[...], das Recht des Einzelnen sehr hochschätzt und selber zu entscheiden, was ein lebenswertes Leben ausmacht, und eben wirklich zu sagen, dass das nicht Aufgabe des Staates ist, hier allgemeine Grenzen vorzugeben.“ (CAS1, Z. 375ff.)
	3) „Einsamkeit eine so große Rolle spielt im Alter und dass dann eben immer wieder der Wunsch geäußert wird, ja, jetzt möchte ich gehen, ich will gehen, das ist doch keine Lebensqualität mehr.“ (EWS6, Z. 295ff.)
	4) „Das hatten ja jetzt EWS6 und auch EWS15 schon angesprochen, dass Einsamkeit da so eine große Rolle spielt als

	<p>Thematik und sozusagen die Verbesserung der Lebensbedingungen da unbedingt auf die Agenda gehört, auch curricular, denke ich. (EWS3, Z. 425ff.)</p>
	<p>5) „[...] und es war tatsächlich so, dass nahezu jede Beratungssituation, die mit einem Todeswunsch begonnen hat, letztendlich darin endete, dass wir die Lebensqualität verbessern konnten, dass es eigentlich um Hilfen zum Management der eigenen Krankheit geht, zur Stärkung des Selbstmanagement, der Selbstmanagementfähigkeiten des Lebens mit dieser besonderen Situation und dass es dann keine Todeswünsche mehr waren.“ (EEWS-CAS6, Z. 791ff.)</p>
	<p>6) „Also einmal, glaube ich, ist es ja unstrittig, dass Suizidprävention erst einmal etwas Sinnvolles ist und dass wir auch in der Hospiz- und Palliativversorgung seit jeher uns ja auch als einen Teil der Suizidprävention verstehen, auch wenn wir es nicht immer so explizit benannt haben, weil natürlich Sterbewünsche schon reduziert werden können, wenn die Lebensqualität wieder etwas steigt, da gibt es ja eine gewisse Korrelation.“ (EWS9, Z. 305ff.)</p>
	<p>7) „Tatsächlich ist das bei den drei Menschen, wo das der Fall war, immer so geendet, dass die die Lebensqualität in den letzten Tagen und Wochen so erhöht empfunden haben, dass sie eben die Sterbehilfeorganisation überhaupt nicht kontaktieren wollten, das sind unsere Erfahrungen.“ (EEWS16, Z. 601ff.)</p>

Quelle: Eigene Darstellung

Rahmenbedingungen definieren

Der Prozess der Suizidassistenten vom Todeswunsch bis zur Durchführung durch die Suizidwünschenden ist an verschiedene gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen gebunden.

Mit der Ausformulierung der Rahmenbedingungen auf gesetzlicher und institutioneller Ebene kann die Begleitung von Suizidwilligen verantwortungsvoll erfolgen, in dem Wissen,

dass der assistierte Suizid keine Straftat darstellt und die am Suizid beteiligten Personen keine rechtlichen Konsequenzen zu erwarten haben (vgl. Tab. 3, Zit. 1, 2). Im Kontext der Organisationsentwicklung sehen die Expert:innen eine Möglichkeit, beispielsweise durch Inhouse-Schulungen, diese Rahmenbedingungen in die verschiedenen Institutionen und Organisationen zu implementieren (vgl. Tab. 3, Zit. 3, 4). In diesem Zusammenhang können auch Überlegungen zur Finanzierung von z.B. Supervision ein Thema sein (vgl. Tab. 3, Zit. 5).

Tabelle 3: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Rahmenbedingungen definieren‘

Zitate ‚Rahmenbedingungen definieren‘	
Kategorie	Zitate
‚Rahmenbedingungen definieren‘	1) „Gestaltung entsprechend förderlichen Rahmenbedingungen in Institutionen aber auch gesellschaftlichen Organisationen [...] und wenn man diese Rahmenbedingungen hat, wird man ganz gute Voraussetzungen haben, um verantwortlich eine Begleitung dieser Menschen oder Betreuung dieser Menschen leisten zu können“ (CAS1, Z. 333ff.)
	2) „Somit denke ich an die rechtlichen Rahmenbedingungen. Natürlich muss man in so einem Feld, wo auch ganz bestimmte Grenzen zu beachten sind, aber auch vielleicht, so auf die Zukunft geguckt, bestimmte Anforderungen, dass wie man vorgeht, wie das Verfahren laufen darf und da muss man eine gewisse Sicherheit haben“ (CAS3, Z.194ff.)
	3) „Der Unterschied ist der, dass in der Inhouse-Schulung das Thema Organisationsentwicklung und Organisationsethik und Rahmenbedingungen durch das Feld, in dem ich arbeite, sehr viel stärker zur Sprache kommt, als wenn es nur, in Führungszeichen, um die Entwicklung von persönlicher Kompetenz und von persönlichenhaltungsfragen geht“ (EEWS11, Z. 722ff.)

	4) „...aber es muss eine gut fundierte entsprechend umgesetzte und verständliche Information über die jeweils aktuellen Rahmenbedingungen vermittelt werden“ (CAS3, Z. 201ff.)
	5) „Wie das hinterher ist mit Teamsupervision und so, das sind immer wichtige Fragen, aber das sind eben auch Fragen, die dann mit der Notwendigkeit, zusammenhängen, ob man das Geld dafür hat, das Geld zur Verfügung steht, wie viele solcher Supervisionen überhaupt dann möglich sind“ (EEWS2, Z. 1688 ff.)

Quelle: Eigene Darstellung

Angehörigen begegnen

Im Zusammenhang mit der Diskussion über den assistierten Suizid wurden wiederholt Überlegungen in Bezug auf die Angehörigen der Personen angestellt, die einen Suizid begehen wollen. Die Expert:innen beschäftigten sich u. a. mit der Frage, wie Angehörige mit dem Sterbewunsch eines nahestehenden Menschen umgehen und ob sie diesen nachvollziehen und unterstützen können. (vgl. Tab.4, Zit. 1). Der gesamte Prozess von der ersten Äußerung eines Todeswunsches bis zur finalen Durchführung stellt Angehörige vor eine hohe emotionale Belastung und kann psychische Einschränkungen bis hin zur Traumatisierung zur Folge haben (vgl. Tab. 4, Zit. 2). Die frühzeitige Einbindung der Angehörigen in den gesamten Entscheidungsprozess, um diesen für die Bezugspersonen transparent und nachvollziehbar zu machen, wird am Beispiel der Palliativmedizin empfohlen. (vgl. Tab. 4, Zit. 3). Die Kategorie „Angehörigen begegnen“ zeigt eine Schnittstelle zur Kategorie „Kommunikative Kompetenzen erwerben“. Auch in Bezug auf die Begegnung mit Angehörigen empfiehlt sich ein Kommunikationstraining, das auf die Gesprächsführung ausgerichtet ist (vgl. Tab. 4, Zit, 4).

Tabelle 4: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Angehörigen begegnen‘

Zitate ‚Angehörigen begegnen‘	
Kategorie	Zitate
‚Angehörigen begegnen‘	1) „Ja und was machen die Angehörigen? Die Angehörigen sind ja oft die, die nicht loslassen möchten“ (CAS7, Z. 259ff.)
	2) „Weil die, die übrig bleiben, sind die Angehörigen und die müssen ja den Rest ihres Lebens mit dem Ereignis sozusagen auch weiterleben und wir wissen ja, dass Suizide für Hinterbliebene zum Teil sehr traumatisierend sein können“ (CAS5, Z. 515ff.)
	3) „Also Palliativmedizin beansprucht ja nicht immer nur den Patienten allein, sondern auch in seinem sozialen Umfeld zu begleiten und das wird auch bei solchen Suizidbegleitungen dann extrem wichtig sein“ (CAS5, 512ff.)
	4) „[...] auch noch einmal die Nachsorge von Angehörigen und wirklich auch Kommunikationstraining, also wirklich so Gesprächsführung im Umgang“ (EWS7, Z. 1049ff.)

Quelle: Eigene Darstellung

Kommunikative Kompetenzen entwickeln und erweitern

Die Kommunikation findet im Rahmen der Suizidassistenten auf mehreren Ebenen statt. Die Expert:innen beleuchteten die verschiedenen Perspektiven sowohl aus Sicht der am Prozess Beteiligten in Kommunikation mit den Betroffenen als auch der Kommunikation unter den Kolleg:innen des multiprofessionellen Teams (vgl. Tab. 5, Zit.1, 2).

Die Äußerung eines konkreten Suizidwunsches ist in der Regel Gegenstand vertraulicher Gespräche. Da scheint es bedeutsam zu wissen, wie die am Prozess beteiligten Personen in einer solchen Situation angemessen reagieren und das Gespräch weiterführen können (vgl. Tab. 5, Zit. 3, 4). Im Kontext der curricularen Entwicklung sehen die Expert:innen hier die Anbahnung und Weiterentwicklung von Gesprächskompetenzen im Umgang mit Suizidwünschen. Dazu empfehlen sich verschiedene Kommunikationsmodelle, wie z.B. das SPIKES-Modell, das Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun oder die gewaltfreie

Kommunikation auch im Hinblick auf das Führen von Kritikgesprächen (vgl. Tab. 5, Zit. 6, 7, 8). Die Modelle sollten in einer Art und Weise vermittelt werden, dass diese reflexiv und nicht statisch in ihrer Anwendung genutzt werden können. (vgl. Tab. 5, Zit. 5).

Darüber hinaus sollten die Teilnehmer:innen aus Sicht der Expert:innen so geschult werden, dass sie im Rahmen der Betreuung und Pflege von Menschen mit Behinderung das Thema offen mit den Betroffenen besprechen können, ohne diese in ihrer Entscheidung zu bedrängen oder zu beeinflussen. (vgl. Tab. 5, Zit. 4, 5). Eine Kommunikations- und Diskussionskultur, in der alle Kolleg:innen zu Wort kommen und Meinungen jeglicher Art wertgeschätzt werden, ist für die Kommunikation im Team unerlässlich. Hier zeigen sich aus Sicht der Expert:innen häufig Schwierigkeiten in der Umsetzung einer wertschätzenden und offenen Diskussionskultur (vgl. Tab. 5, Zit. 10). Schwierige Themen offen anzusprechen, mit der eigenen Hilflosigkeit umzugehen und sie mit dem Team zu teilen, sind Herausforderungen, mit denen die Teams konfrontiert sind (vgl. Tab. 5, Zit. 11). Die im palliativen Bereich etablierten Fallbesprechungen und Supervisionen unterstützen Teams in der Kommunikation über sensible und schwierige Themen wie Therapiezielbegrenzungen oder der Suizidassistenten (vgl. Tab. 5, Zit. 12). Für die Entwicklung einer wertschätzenden Kommunikation und den Aufbau von Vertrauen im Team können auch retrospektive Fallbesprechungen helfen, Verständnis für die Problemsituation zu entwickeln (vgl. Tab. 5, Zit. 13). Die Anbahnung und Erweiterung der Kommunikationskompetenz sehen die Expert:innen als ein Schlüsselement im Rahmen des Curriculums zur Suizidassistenten an (vgl. Tab. 5, Zit. 14).

Tabelle 5: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Kommunikative Kompetenzen entwickeln und erweitern‘

Zitate ‚Kommunikative Kompetenzen entwickeln und erweitern‘	
Kategorie	Zitate
‚Kommunikative Kompetenzen entwickeln und erweitern‘	1) „Da wird vieles natürlich auch mit Begleitung, mit Gesprächen zu tun haben und [...] Gesprächskompetenzen im Umgang mit den Patienten aber auch Gesprächskompetenzen im Umgang mit den Angehörigen, die dabei ja auch eine Rolle spielen.“ (CAS5, Z. 436ff.)

	<p>2) „[...] dann Kompetenzen im kommunikativen Bereich, definitiv, und zwar, sowohl Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, das würde ja auch viel Begleitung erfordern; Begleitungskompetenzen sozusagen, aber auch Kompetenz bezüglich des eigenen Teams; der Interaktion in dem Team einfach, also Gesprächskompetenz, Reflexion sind ja eher Haltungen, die man auf den Weg bringen muss, das finde ich auf jeden Fall wichtig. (CAS2, Z. 237ff.)</p>
	<p>3) „Man braucht Kompetenzen in der Begleitung von Menschen, die einer, die in einer existenziellen Lebenskrise sind, in einer Begleitung von Menschen, die Todeswünsche haben und das muss man wissen; was ist die Ursache von Todeswünschen? Wie reagieren Menschen darauf? Wie spricht man angemessen damit?“ (CAS1, 361ff.)</p>
	<p>4) „Also ich habe jetzt kein einzelnes Wort dafür, aber es ist so diese Fähigkeit bei einem Thema, was mich anfasst, trotzdem standzuhalten, also, wenn ein Patient mich zu diesem Thema anspricht, gibt es ja unterschiedliche Reaktionsmöglichkeiten und da die Fähigkeit zu haben, zu bleiben, also auch innerhalb zu bleiben sozusagen, im Kontakt zu bleiben und nicht wegzugehen und auch nicht mit dem Gedanken, das darf ich nicht, damit will ich nichts zu tun haben“. (EWS11, Z. 1593ff.)</p>
	<p>5) „Kommunikation mit dem SPIKES-Modell ist, wo ich auch nicht hoffe, dass irgendjemand das jetzt irgendwie Punkt für Punkt abarbeitet, aber trotzdem gibt es ja eine gewisse Sicherheit, so eine Orientierung im Hintergrund zu haben.“ (EWS14, Z. 539ff.)</p>
	<p>6) „Das kann sowas Triviales sein wie „Schulz von Thun“, ...(?) etc., GFK finde ich in dem Sinne auch hilfreich. Muss man gucken, sicherlich nicht im gesamten. Dann tatsächlich auch Patienten-Edukation, Familienmoderation; wie moderiere ich mit dieser Familie diesen gemeinsamen Entscheidungsprozess. Moderation muss mit rein.“ (CAS6, Z. 229ff.)</p>

	7) „Konfliktfähigkeit auch, Umgang mit Kritik, ich denke auch, schaden kann es nicht, Kritikgespräche zu führen.“ (EWS18, Z. 1567f.)
	8) „Ganz spontan muss man sie natürlich ansprechen, weil man wahrscheinlich auch im Kontext zum Beispiel von Menschen mit Behinderungen die Assistenz ja auch ansprechen muss, weil es ja auch darum geht, dass manche Leute wirklich noch einmal zusätzliche Assistenz wirklich auch benötigen“ (EWS2, Z. 627ff.)
	9) „[...] noch einmal auch dieser Aspekt aus dem Bereich von Menschen mit Behinderung, gewisse Dinge müssen aktiv angesprochen werden und wie geht man auch damit um“ (EWS18, Z. 775ff.)
	10) „Also wir haben schon mit ganz anderen Fragen Probleme, um da das Team zusammen zu kriegen. Im Palliativbereich vielleicht ein bisschen weniger, weil wir kleinere Teams sind, anders ausgebildet sind, Supervisionen und ethische Fallbesprechungen haben, aber also in Kliniken, wenn das überhaupt vorstellbar ist, was ich wirklich in Zweifel ziehe, nur mit solchen Instrumenten möglich. Also die Teamkultur der Kommunikation“ (CAS2, Z. 102ff.)
	11) „..., offene Auseinandersetzung, also zu lernen, mit Zweifeln umzugehen, Ohnmacht zu teilen, moralisches Unbehagen zu thematisieren, also was im besten Fall eine große Chance ist, auch zu einer Reifung von Mitarbeiterinnen und Teams beizutragen“ (EWS7, Z. 1367ff.)
	12) „es braucht viel Supervision und ethische Fallbesprechungen“ (CAS2, Z. 111ff.)
	13) „Oder zumindest, dass das Team zusammenkommt und über die Situation spricht. Und darüber spricht; warum haben wir das jetzt gemacht? War das richtig? Wie gehen wir damit um? Was

	müssen wir tun, damit es uns besser geht? Ja, das finde ich extrem wichtig“ (CAS7, Z. 340ff.)
	14) „Und ich denke, was auch schon gesagt wurde, so der Bereich personale Kompetenz beziehungsweise Schwerpunkt Kommunikation sehe ich so als Dreh- und Angelpunkt von dem Curriculum, wo man sagen kann, damit wird man das Ganze auch aufdröseln“ (EEWS19, Z. 1508)

Quelle: Eigene Darstellung

Akzeptanz entwickeln / Offenheit und Verständnis entwickeln

Die Offenheit gegenüber dem selbstbestimmten Todeswunsch hat für alle Expert:innen einen hohen Stellenwert. Sie sehen es als Verpflichtung, Todeswünsche zunächst zu akzeptieren (vgl. Tab. 6, Zit. 1, 2). Das Recht auf Selbstbestimmung wird mit dieser Kategorie besonders betont (vgl. Tab. 6, Zit. 3, 7). Dabei wird hervorgehoben, dass der Suizid der eigenhändigen Durchführung der suizidalen Person selbst bedarf (vgl. Tab. 6, Zit. 8).

Bei erkennbaren körperlichen Leiden der Betroffenen fällt es den am Prozess Beteiligten oft leichter, den Wunsch nach Suizidbeihilfe zu akzeptieren, als bei für Außenstehende nicht erkennbaren psychischen Einschränkungen (vgl. Tab. 6, Zit. 9). Die Kategorie ‚Akzeptanz gegenüber Betroffenen entwickeln‘ zeigt eine Verbindung zur Kategorie ‚Medizinisches Wissen erwerben‘, mit der auch das Wissen über psychische Krankheitsbilder, die mit einem Sterbewunsch einhergehen können, kodiert wurde.

Mit der Kategorie ‚Akzeptanz der Entscheidungshoheit der Prozessbeteiligten entwickeln‘ wird die Selbstbestimmung der Prozessbeteiligten berücksichtigt. Die Begleitung der Suizidbeihilfe vom Beginn der Äußerung des Sterbewunsches bis zur Durchführung des Suizids muss eine individuelle Entscheidung der am Prozess Beteiligten sein. Niemand darf von der Institution zur Unterstützung des Prozesses gezwungen werden. (vgl. Tab. 6, Zit. 10). Den am Prozess der Suizidassistenten Beteiligten sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, sich jederzeit gegen eine Begleitung des assistierten Suizids zu entscheiden. (vgl. Tab. 6, Zit. 11, 12, 13).

Die Betitelung der Kategorie ‚Akzeptanz entwickeln‘ wurde durch die Expert:innen im Rahmen der Validation kritisch diskutiert. Zunächst wurde hinterfragt, inwieweit das Ziel

dieser Kategorie curricular umgesetzt werden kann (vgl. Tab. 6, Zit. 4, 5, 6). Der Vorschlag, die Kategorie in ‚Offenheit und Verständnis entwickeln‘ umzubenennen, konnte von den Studierenden nachvollzogen werden und wird im weiteren Verlauf der curricularen Entwicklung umgesetzt.

Tabelle 6: Belegzitate zu den Kategorien 'Akzeptanz entwickeln' / 'Offenheit und Verständnis entwickeln' / ‚Akzeptanz gegenüber Betroffenen entwickeln‘ / ‚Akzeptanz gegenüber der Entscheidungshoheit, der am Prozess beteiligten Personen entwickeln‘

Zitate ‚Akzeptanz entwickeln‘ / ‚Offenheit und Verständnis entwickeln‘ / ‚Akzeptanz gegenüber Entscheidungshoheit der Betroffenen entwickeln‘ / ‚Akzeptanz gegenüber der Entscheidungshoheit der am Prozess beteiligten Personen entwickeln‘	
Kategorie	Zitate
‚Akzeptanz entwickeln‘ / ‚Offenheit und Verständnis entwickeln‘	1) „[...] es ist unabhängig davon, wie ich dazu stehe, also ob ich es im Einzelfall nachvollziehen kann oder nicht. Der ist dann zu respektieren“ (CAS5, Z. 120ff.)
	2) „[...] ich meine, den Wunsch zu akzeptieren, das ist ja etwas, was sich letztendlich, man ist dann ja dazu verpflichtet“ (CAS5, Z. 142f.)
	3) „Das Zweite ist glaube ich, dass wir schon auch neben der Achtung der Selbstbestimmung, Fürsorgeverpflichtungen haben, [...]“ (CAS1, Z. 209ff.)
	4) „Das ist natürlich eine hohe Herausforderung, wenn ein Curriculum quasi voraussetzt, dass am Ende jeder, der es durchlaufen hat, eine Akzeptanz entwickelt hat. Also ich glaube nicht, dass das erstens funktioniert und zweitens, dass das vielleicht der Anspruch sein sollte, sondern da wird wahrscheinlich Toleranz oder, wie du gerade gesagt hast, Offenheit, ein erreichbareres Ziel, weil, es darf ja durchaus sein, dass man das Curriculum durchlaufen hat und sagt, oh,

	jetzt habe ich mich zehn Tage so intensiv damit beschäftigt, jetzt ist mir klar, für mich ist das nichts“ (EEWS7, Z. 677ff.)
	5) „[...] Akzeptanz oder Toleranz. Ich glaube, ich könnte weder das eine noch das andere bejahen. Und vielleicht gibt es auch etwas dazwischen, dass man dem nicht zustimmen kann, dass man es nicht akzeptieren kann und auch nicht tolerieren kann, aber dass man vielleicht mitgehen kann, also Verständnis entwickeln kann für diesen Gedanken oder diesen Wunsch und vielleicht auch Verständnis im Sinne von Empathie, einem kognitiven, empathischen sich Hineindenken, das müsste man noch definieren, aber vielleicht gibt es etwas zwischen oder jenseits von Akzeptanz und Toleranz. (EEWSCAS6, Z. 774ff.)
	6) „[...], wenn wir so ein Curriculum hätten, um die Auseinandersetzungen mit dem Thema offen und im Verständnis führen zu können mit Wissensgewinnen theoretisch, aber eben auch mit großen praktischen Anteilen, [...]“ (EEWS16, Z. 1618)
,Akzeptanz gegenüber Betroffenen entwickeln‘	7) „..., dass wir Betroffene auf jeden Fall in ihrer Autonomie achten und schätzen“ (EWS5, Z. 796ff.)
	8) „Dass es eine eigene bestimmte Entscheidung ist, der Punkt, dass ein Suizid eine eigene und eigenhändige, selbstdurchzuführende Entscheidung ist“ (CAS4, Z. 39ff.)
	9) „Ich finde genauso schwierig diese doch absonderliche Unterscheidung immer zwischen körperlichem und psychischem Leid, wo wir dem psychisch Kranken plötzlich Rechte absprechen, die andere haben“ (EWS9, Z. 316ff.)
,Akzeptanz gegenüber der Entscheidungshoheit der am Prozess	10) „[...] es wird immer am Ende des Tages eine individuelle Entscheidung bleiben, und auch von Rechts wegen bleiben müssen, und wie weit jemand dann wirklich Hilfe leistet“ (CAS4, Z. 278ff.)

beteiligten Personen entwickeln‘	11) „[...] wenn ein Teammitglied zum Beispiel äußert, dass es ihm anders damit geht oder ein komisches Gefühl dabei hat oder so, dass auch das Raum bekommt.“ (CAS2, Z. 251ff.)
	12) „Und ich würde auch und ich hoffe und erwarte, dass das sowohl von dem Arbeitgeber als auch von dem Gesetzgeber so sein wird, dass kein Mensch, egal, Pflegeperson, Arzt oder sonst jemand gezwungen werden kann, damit dabei zu sein“ (CAS4, Z. 183ff.)
	13) „Bedenken auch zu berücksichtigen und niemanden zu zwingen, in irgendeiner Form da doch irgendwie beteiligt zu sein“ (CAS5, Z. 345ff.)

Quelle: Eigene Darstellung

Umgang mit Suizidassistenten in anderen Ländern kennenlernen

Das Thema Suizidassistenten oder Sterbebeihilfe ist in den europäischen Ländern unterschiedlich geregelt. Neben den gesetzlichen Regelungen erachten es die Expert:innen als hilfreich, einen Blick auf die Regelungen und den Umgang mit Suizidbeihilfe der anderen Länder zu richten und ggf. aus den bestehenden Erfahrungen zu lernen (vgl. Tab. 7, Zit. 1, 2). In diesem Zusammenhang wurde auch auf bedenkliche Aspekte, wie beispielsweise die emotionale Belastung der Ärzt:innen, z.B. den Niederlanden, hingewiesen, die es gesondert zu betrachten gilt (vgl. Tab.7, Zit. 3, 4). An dieser Stelle wurde jedoch auch angemerkt, dass Deutschland und andere Länder nicht miteinander vergleichbar sind, da die Gesundheitssysteme und gesetzlichen Regelungen unterschiedliche Reichweiten aufweisen (vgl. Tab. 7, Zit. 5).

Tabelle 7: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Umgang mit Suizidassistenten in anderen Ländern kennenlernen‘

Zitate „Umgang mit Suizidassistenten in anderen Ländern kennenlernen“	
Kategorie	Zitate
,Umgang mit Suizidassistenten in anderen Ländern kennenlernen‘	1) „Dann Assistenten; dazu gehört natürlich auch sich vielleicht anzugucken, wie es andere Länder gestalten, andere Regelungen haben als Deutschland.“ (CAS2, Z. 29ff.)
	2) „Und vielleicht ist es auch mal gut, über die Situation im Ausland zu gucken; also wie ist die Situation da? Also sowohl rechtlich als auch vom praktischen Verfahren, und was ist auch einfach in Benelux - Staaten erlaubt; also mit Tötung auf Verlangen, was bei uns verboten ist“ (CAS4, Z. 25ff.)
	3) „Da ging es darum, dass zum Beispiel in den Niederlanden ja gewisse Ärztinnen und Ärzte, aber auch viele Personen, die Suizidassistenten begleitet haben oder auch Euthanasie, dann aber nach fünf oder sieben Begleitungen, das war irgendwie so ein Median, dass die gesagt haben, ich kann nicht mehr, ich hänge das hier alles an den Nagel, und dass sie es einfach nicht mehr leisten konnten“ (EEWS18, Z. 506ff.)
	4) „Also ich erlebe immer wieder, wenn Leute sich das angucken und diskutieren über die, das würde ich jetzt nicht vergleichen, Euthanasie-Entwicklung in den Niederlanden und in Belgien und Luxemburg, dass die dann immer denken, ja, das ist doch alles wunderbar. Wenn man aber sieht, wie rasant diese Zahlen ansteigen und dass es eben nicht dieser Suizid, der schreckliche vor dem Zug, von der Brücke, im Wasser wäre oder sonst wo passiert, dass der den nicht verhindert. Das ist, glaube ich, etwas, was man sehr diskutieren muss, weil, die Leute sind oft sehr betroffen, erlebe ich zumindest in meinem Unterricht, den ich zum Thema Suizidassistenten mache“ (EEWS13, Z. 1164ff.)

	5) Und vielleicht ist es auch mal gut, über die Situation im Ausland zu gucken; also wie ist die Situation da? (CAS4,
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quelle: Eigene Darstellung

Todeswünschen begegnen / Umgang mit Sterbe- und Todeswünschen / Suizidprävention durchführen / ‚Suizidanlässe kennen und Krisensituationen identifizieren‘

Der Sterbewunsch ist ein multidimensionales Phänomen. Um angemessen darauf reagieren zu können, muss er aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden (vgl. Tab. 8, Zit. 1). Hier gilt es, die Ursachen für individuelle Suizidanlässe zu kennen und Krisensituationen zu identifizieren. Darüber hinaus sollten suizidpräventive Maßnahmen gezielt eingesetzt werden. Personen, die mit einem Sterbewunsch konfrontiert werden, sollten Methoden kennen, um mit der Situation professionell umgehen und dieser begegnen zu können (vgl. Tab. 8, Zit. 2).

Im engen Zusammenhang mit Todeswünschen sehen die Expert:innen das Thema der Suizidprävention (vgl. Tab. 8, Zit. 3). Mit Maßnahmen der Suizidprävention werden Alternativen aufgezeigt, mit denen der Todeswunsch ggf. abgewendet werden kann (vgl. Tab. 8, Zit. 4). Die Alternativen, die im Rahmen der Suizidprävention aufgezeigt werden, sollten im Kontext eines Sterbewunsches individuell eingesetzt werden und nicht den Charakter einer Checkliste einnehmen (vgl. Tab. 8, Zit. 5). Durch kritisches Hinterfragen des Sterbewunsches kann festgestellt werden, ob es sich um z.B. einen Hilferuf in großer Not oder um einen echten Sterbewunsch handelt (vgl. Tab. 8, Zit. 6, 7). Die Kenntnis verschiedener suizidpräventiver Maßnahmen kann den Prozessbeteiligten Sicherheit im Umgang mit Sterbewünschen vermitteln (vgl. Tab. 8, Zit. 8).

Die Expert:innen erachten es als wesentlich, im Rahmen der Begleitung von Menschen mit Sterbewunsch, mögliche Suizidanlässe und Motive des Sterbewunsches zu kennen und diese im individuellen Fall zu reflektieren. (vgl. Tab. 8, Zit. 9, 10). Mit der Identifikation des Suizidanlasses gilt es angemessene Lösungen für die individuelle Lebenskrise zu finden und die Menschen mit Sterbewunsch im Rahmen der Krisenbewältigung zu unterstützen (vgl. Tab. 8, Zit. 11)

Tabelle 8: Belegzitate der Expert:innen zu den Kategorien ‚Todeswünschen begegnen‘ / ‚Umgang mit Sterbe- und Todeswünschen‘ / ‚Suizidprävention durchführen‘ / ‚Suizidanlässe kennen und Krisensituationen identifizieren‘

Zitate ‚Todeswünschen begegnen‘ / ‚Umgang mit Sterbe- und Todeswünschen‘ / ‚Suizidprävention durchführen‘ / ‚Suizidanlässe kennen und Krisensituationen identifizieren‘	
Kategorie	Zitate
‚Todeswünschen begegnen‘	1) „[...] ich glaube, dass es eine der wichtigsten Dinge ist, dass man das nicht verengt sieht auf die tatsächliche Beihilfe zur Selbsttötung sondern, dass es vielmehr darum geht, und das ist ja auch schon bei Ihnen angekommen; wie geht man mit Sterbe- oder Todeswünschen angemessen um und dass wenn man jetzt ein Curriculum macht, dass der Fokus nicht sein sollte, ganz eng wie geht man mit dem Suizidwunsch um und was muss man dabei beachten, sondern man sollte den sehr viel breiter betrachten, und sich überlegen, wie könnte man angemessen mit Sterbe- bzw. Todeswünschen von Patientinnen und Patienten umgehen“ (CAS1, Z. 41ff.)
	2) „Bzw. dann auch einen Weg zu finden, dann in konkreten Anfragen damit umzugehen“ (CAS5, Z. 54f.)
‚Suizidprävention durchführen‘	3) „[...] die Suizidprävention im Rahmen einer curricularen Vorgabe zur Suizidassistenten, da hat sie natürlich einen hohen Stellenwert“ (EWS7, Z. 463ff.)
	4) „[...]“, weil kein Mensch kann assistierten Suizid ausführen, wenn er nicht die andere Alternative weiß“ (CAS7, Z. 384f.)
	5) „Thema Suizidprävention auch mit herannehmen, aber genauso mit dem Achtungszeichen [...], dass es nie isoliert dastehen darf wie so eine Checkliste, die ich dann einfach mache, sondern es muss in einem gesamten Kontext stehen, das ist ein wichtiger Punkt auch mitzulernen im Endeffekt“ (EWS12, Z. 552ff.)

	6) „Suizidprävention, um zu eruieren, ob es tatsächlich um einen Suizidwunsch geht oder ob es möglicherweise andere Gründe gibt, die sich in Form eines Todeswunsches äußern“ (CAS4, Z. 33ff.)
	7) „...wenn einem Menschen ein Suizidwunsch oder die Begleitung zum Suizid äußert, dann ist das ja ein Ausdruck einer großen Not.“ (CAS5, Z. 93ff)
	8) „[...] das Wissen um Möglichkeiten der Suizidprävention zu vermitteln, ist etwas, was in so einer Situation, gerade wenn man sich ergebnisoffen auf so ein Gespräch einlässt, einfach ein bisschen Sicherheit vermitteln kann“ (EWS14, Z. 533ff.)
,Suizidanlässe kennen und Krisensituationen identifizieren‘	9) „[...] in einer Begleitung von Menschen, die Todeswünsche haben und das muss man wissen; was ist die Ursache von Todeswünschen“ (CAS1, Z. 363ff.)
	10) „[...] woher Suizidwünsche kommen können und wie sie entstehen, also sich unterschiedliche Motive, die dahinterstecken, anschauen“ (CAS2, Z. 16ff.)
	11) „...die Zielsetzung muss sein, den Einzelnen darin zu unterstützen, die angemessene, für die Person angemessene Lösung in einer existenziellen Lebenskrise zu finden.“ (CAS1, Z. 403ff)

Quelle: Eigene Darstellung

Emotionalen Belastungen der am Prozess beteiligten Personen begegnen

Die Begegnung mit emotionalen Belastungen bezieht sich im Kontext dieser Kategorie auf mögliche persönliche emotionale Belastungen, die von den am Prozess beteiligten Personen im Rahmen der Suizidbeihilfe erlebt werden können. Für die begleitenden Personen ist der Umgang mit Sterbewilligen eine stark emotional geprägte Herausforderung, die der Anerkennung bedarf (vgl. Tab. 9, Zit. 1). Darüber hinaus wirken sich auch die Emotionen der anderen auf das eigene Befinden aus, und die Beteiligten müssen lernen, mit diesen Emotionen umzugehen (vgl. Tab. 9, Zit. 2). Die belastenden Emotionen sind meist mit Ängsten verbunden, die z.B. den Umgang mit Scham- und Schuldgefühlen oder die Angst

vor Fehlentscheidungen betreffen (vgl. Tab. 9, Zit. 3, 4). Es muss bedacht werden, dass sich aus möglichen Schuldgefühlen psychische Probleme wie z.B. Burn-Out, Schlafstörungen und Professionalitätsverlust entwickeln können (vgl. Tab. 9, Zit. 5). Bei der derzeit noch unklaren Rechtslage spielt die Angst vor den rechtlichen Konsequenzen im Zusammenhang mit der Beihilfe zum Suizid eine weitere Rolle (vgl. Tab. 9, Zit. 6, 7).

Die Begleitung eines assistierten Suizids stellt die verschiedenen am Prozess beteiligten Berufsgruppen vor berufliche Rollenkonflikte (vgl. Tab. 9, Zit. 8). Die Begleitung eines assistierten Suizids entspricht nicht dem übergeordneten Auftrag dieser Berufsgruppen Gesundheit zu fördern und Leben zu erhalten (vgl. Tab.9 , Zit. 9, 10). Hier kann es durch unterschiedliche Einstellungen zum assistierten Suizid zu Unstimmigkeiten im Team und evtl. zu Gruppenbildungen kommen (vgl. Tab. 9, Zit. 11) Mit der Angst vor Schuldgefühlen und möglichen Rollenkonflikten ist die Entscheidung, einen assistierten Suizid zu begleiten, auch eine Gewissensfrage, die mit emotional belastenden Gewissenskonflikten einhergehen kann (vgl. Tab. 9, Zit. 12). Der Anblick eines sterbenden Menschen oder die Äußerung, sich das Leben nehmen zu wollen, machen betroffen. Diese Betroffenheit kann individuelle Ängste vor dem Sterben und dem Tod auslösen (vgl. Tab. 9, Zit. 13, 14).

Der Umgang mit Emotionen, z.B. durch Empathie und Kommunikation, ist aus Sicht der Expert:innen ein wesentlicher Bestandteil für die Entwicklung eines Curriculums mit dem thematischen Schwerpunkt Suizidassistenten (vgl. Tab. 9, Zit. 15, 16).

Tabelle 9: Belegzitate der Expert:innen zu den Kategorien ‚Emotionalen Belastungen der am Prozess beteiligten Personen begegnen‘ und ‚Ängste der am Prozess beteiligten Personen wahrnehmen‘

Zitate ‚Emotionalen Belastungen der am Prozess beteiligten Personen begegnen‘ und ‚Ängste der am Prozess beteiligten Personen wahrnehmen‘	
Kategorie	Zitate
‚Emotionalen Belastungen der am Prozess beteiligten Personen‘	1) „Weil, das muss man schon anerkennen, der Umgang mit Menschen, die sich selbst umbringen möchten oder sich selbst töten möchten, das stellt schon eine besondere Herausforderung für auch die begleitenden Personen dar“ (CAS1, Z. 254ff.)

Personen begegnen‘ Ängste der am Prozess beteiligten Personen wahrnehmen	2) „[...] und es noch schwieriger ist, die Emotionen der anderen zu ertragen oder damit umzugehen“ (CAS 4, Z. 173ff.)
	3) „Umgehen mit Angst und auch mit Schuld sind, glaube ich, zentrale Themen, die dann schon eine Rolle spielen“ (EWS9, Z. 1018ff.)
	4) „Umgang, also Kenntnisse über Umgänge mit Angst und Schuld und Scham, das hatten wir eigentlich schon benannt, das wäre mir noch einmal wichtig“ (EWS7, Z. 1465ff.)
	5) „[...] vielleicht auch später, ich war beteiligt, psychische Probleme, ich träume. Dann haben wir gesagt, es könnte auch das Thema Burn-out, Pool-out zum Beispiel in der Pflege befeuern und eine Art Gewöhnung geben und damit eine Gefährdung von Professionalität“ (EWS7, Z. 1324ff.)
	6) „[...]“, dass man nicht aus der Angst heraus, der falsch verstandenen Angst vor irgendwelchen rechtlichen Konsequenzen letztlich das Falsche tut oder das Richtige unterlässt“ (CAS3, Z.205)
	7) „Ich kann mir ganz spontan vorstellen, dass man natürlich Angst hat, eine () wie könnte man das sagen () gegen ein Gesetz zu verstoßen“ (CAS7, Z. 226)
	8) „Ja, stelle ich mir das als große Herausforderung vor, entgegen unserem eigentlichen und unseren Rollen und Definition unserer Profession, bei Vielen; nicht bei Allen“ (CAS2, Z. 156)
	9) „Die klassischen Ziele sind ja sozusagen, am Leben erhalten, heilen, lindern, begleiten, Krankheiten vorbeugen und es gehört nicht zu den klassischen Zielen der PatientInnenversorgung, jemanden dabei zu begleiten, sich selbst umzubringen, genau wie es auch nicht, zu den klassischen Zielen der Medizin gehört, jemanden auf das eigene Verlangen hin, zu töten“ (CAS1, Z. 270ff.)

	10) „Weder Arzt noch Pflegekraft sind da, um zu töten“ (CAS2, Z. 150f.)
	11) „Dass die, die sagen, ich würde gerne jemanden helfen, dass sie vom Team einen auf den Deckel kriegen: „Du kannst doch nicht hier Leute ins Jenseits befördern.“ Und umgekehrt die, die sagen: „Ich möchte das auf keinen Fall. Mir ist das emotional zu viel aus den und den bestimmten Gründen nicht.“ (CAS4, Z. 124)
	12) „Also, wenn wirklich genau das ins Curriculum auch mit einfließt, dass es eine Gewissensfrage und damit auch eine Gewissensdiskussion ist. Und dass es, glaube ich schon, auch etwas ist, wo ich die Altenpflegefachkraft genauso abholen kann wie die spezialisiert ausgebildete Palliativ-Care-Fachkraft mit und ohne Berufserfahrung und so weiter, was wir da eben auch alles haben. [...] Wenn wir über dieses Thema Umgang mit Schuldgefühlen, sprechen müssen, sollten wir auch den Gewissensaspekt mit reinlegen“ (EWS10, Z. 1061)
	13) „Bis hin zu der Frage, dass man natürlich möglicherweise auch mit der eigenen Endlichkeit und dem eigenen Sterben indirekt sich konfrontiert sieht und damit entsprechend umgehen muss“ (CAS1, Z. 281ff.)
	14) „Die Leute haben oft keine Angst vor dem Tod aber Angst vor dem Sterben“ (CAS6, Z. 267ff.)
	15) „Und das ist für mich wirklich das A und O und gleichzeitig auch, wenn ich gut kommuniziere, ist das mit den emotionalen Belastungen unter Umständen etwas weniger sogar. Ich würde sagen, emotionale Belastungen auffangen, finde ich etwas ganz Wesentliches hier in dem Curriculum“ (EEWS6, Z. 1109ff.)
	16) „Und ich glaube, [...] die Frage, wie kann ich auch emotionale Belastungen beim anderen nachfühlen“ (EEWS13, Z. 1118)

Quelle: Eigene Darstellung

Multiprofessionell handeln

Die Ursachen, die dazu führen können, sterben zu wollen, sind multifaktoriell. In diesem Zusammenhang empfiehlt es sich aus Sicht der Expert:innen, die Begleitung der Suizidassistenten unter Berücksichtigung eines multiprofessionellen Ansatzes zu planen und die Expertise der verschiedenen Professionen wie Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und Sozialarbeiter:innen, Seelsorger:innen und ehrenamtliche Mitarbeiter:innen einzubeziehen (vgl. Tab. 10, Zit.1, 2, 3, 4). Die Expert:innen schätzen hier insbesondere den Austausch innerhalb des multiprofessionellen Teams und den damit verbundenen eigenen Wissenszuwachs (vgl. Tab. 10, Zit. 5).

Tabelle 10: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Multiprofessionell handeln‘

Zitate ‚Multiprofessionell handeln‘	
Kategorie	Zitate
‚Multiprofessionell handeln‘	<p>1) „[...] ich glaube, dass das auch extrem wichtig ist, dass man ggf. einen multiprofessionellen Ansatz macht. Dass das was Anderes ist, eine Veränderung im multisozialen Setting durchzuspielen. Da bräuchte man eher Jemanden, der aus dem Bereich „Sozialer Arbeit“ oder kommt, als jemand der jetzt, wo es darum geht, Symptomlast zu reduzieren oder zu gucken, kann man das Leben da irgendwie erleichtern. So dass das auf jeden Fall ein multiprofessioneller Ansatz sein sollte“ (CAS1, Z. 311ff.)</p> <p>2) „Ich glaube, dass diese Kompetenzen nicht alle in einer Person vereint sein können. Das ist völlig, völlig unmöglich. Denn nochmal. Das oben der Eisberg, die Spitze. Aber hier unten, diesen riesengroßen Eisberg, den kann eine Person nicht auf dem Schirm haben, noch kann sie sie verinnerlichen. Das muss eigentlich ein multidisziplinäres Team sein, ein umfangreiches Team sein. Es müssen verschiedene Kompetenzen drin sein. [...] Ein gutes Symptom-Management, es müssen also klassisch pflegerische und ärztliche Kernkompetenzen“ (CAS6, Z. 191ff.)</p>

	<p>3) Also, dass man die anderen Akteure, also vom Hausarzt, dem Psychiater, dem Besuchsdienst, den Seelsorger, vielleicht sogar die Angehörigen mit ins Boot holt und auch mal abklärt“ (CAS4, Z. 287ff.)</p> <p>4) „Aber ich denke, es ist nur sinnvoll, ein monoprofessionelles Curriculum zu denken und inwiefern das Ehrenamt da reingehört ... Ich weiß nicht, ob man jetzt sagen kann, nein, die gehören nicht dazu, weil, die sind ja nicht professionell, aber sie haben doch so viel Kontakt mit den Patient:innen und nicht selten werden sie auch mit solchen Dingen konfrontiert. Ja. Das ist so die Frage, wo ich stehe“ (EWS18, Z. 1116)</p> <p>5) „Und da tatsächlich jetzt, wenn ich an die Schulungen in der Ethik-Beratung denke, fand ich für mich persönlich immer sehr wertvoll, den Wechsel zwischen Wissensvermittlung und dem eigenen Arbeiten und Erleben am Fallbeispielen zu erarbeiten im multiprofessionellen Rahmen. So etwas geht, glaube ich und finde ich, sehr wertvoll“ (EWS16, Z. 1187)</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quelle: Eigene Darstellung

Ethisch reflektieren und ethische Prinzipien kennen

Im Rahmen der Entscheidungsfindung in Bezug auf die Suizidassistenten müssen auch ethische Aspekte Gegenstand der Überlegungen sein (vgl. Tab. 11, Zit. 1, 2). Kulturelle und religiöse Aspekte sollten bei der ethischen Reflexion ebenfalls berücksichtigt werden (vgl. Tab. 11, Zit. 3, 4, 5). In Übereinstimmung mit den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts möchten die Expert:innen darauf aufmerksam machen, dass individuelle Sterbewünsche keiner ethischen Bewertung unterzogen werden dürfen (vgl. Tab. 11, Zit. 6). Als Ergebnis dieser Diskussion wurde die Kategorie ‚Ethisch begründen‘ in ‚Ethisch reflektieren‘ umbenannt. Um eine ethische Reflexion durchführen zu können, ist es notwendig, die ethischen Prinzipien zu kennen. Die Expert:innen erachten im Speziellen das Prinzip der Fürsorge zum Wohl des / der Betroffenen als prädominant in Bezug auf die Begleitung des gesamten Prozesses der Suizidassistenten (vgl. Tab. 11, Zit. 7, 8).

Tabelle 11: Belegzitate der Expert:innen zu den Kategorien ‚Ethisch reflektieren‘ und ‚Ethische Prinzipien kennen‘

Zitate ‚Ethisch reflektieren‘ / ‚Ethische Prinzipien kennen‘	
Kategorie	Zitate
‚Ethisch reflektieren‘	1) „Also, die ethische Entscheidungsfindung, also tatsächlich die Prozessqualität, also das heißt, sie müssen darauf vorbereitet werden, einerseits, welche Dilemmata da auftreten können, andererseits auch darauf, welche rechtlichen Konsequenzen ihr Handeln hat. Das heißt, sie müssen tatsächlich nach rechts und links gucken und es einordnen können in diesem Zusammenhang. Das heißt aber auch, und das geht jetzt über das Recht hinaus; eine ethische Reflektionsfähigkeit“ (CAS2, Z. 277ff.)
	2) „[...] die ethische Reflektion, die ethische Argumentation“ (CAS3, Z. 475)
	3) „Eine ethische Beurteilung, vielleicht auch kulturell, wie gehen unterschiedliche Kulturen, wie gehen unterschiedliche Altersgruppen damit um? Moslems, Christen, Buddhisten. Aber vielleicht, wie ist es auch im agnostischen, atheistischen Hintergrund“ (CAS4, Z. 19ff.)
	4) „Vorstellungen von der Ewigkeit in den unterschiedlichen Kulturen und Religionen“ (CAS6, Z. 241f.)
	5) „[...]“, weil solche Fragen natürlich auch in unterschiedlichen Kulturen und Religionen unterschiedlich betrachtet werden. Das sieht man ja schon im Christentum; etwas pauschal betrachtet, dass sich Menschen mit evangelischen Hintergrund schon fragen, also solche Fragen schon offener diskutiert werden als zum Beispiel im katholischen Bereich. Aber wenn man sich dann mal so andere Kulturen ansieht oder andere Religionen ansieht, wie den Islam oder auch das Judentum, wo sowas wie Selbsttötung als ganz ganz schwere Sünde betrachtet

	<p>wird. Gut, das gibt es im Christentum auch, aber da hat man mittlerweile, zumindest im evangelischen Christentum, etwas mehr Offenheit. Aber so im Islam oder im Judentum ist es ja schon ein sehr starkes „No – Go“ [...]“ (CAS 5, Z. 489)</p>
	<p>6) „Aber es ist ja so, dass das Bundesverfassungsgericht damals gesagt hat, es darf eben keine Bewertung vorgenommen werden, ob dieser Wunsch jetzt des Patienten, der den Todeswunsch hat, angebracht ist oder nicht angebracht ist in der Situation. Man kann zwar die Prinzipien durchspielen, aber letztlich müsste es ja dann heißen, nicht ethisch begründen, sondern ethisch reflektieren hier“ (EEWS6, Z. 209ff.)</p>
<p>„Ethische Prinzipien kennen“</p>	<p>7) „Was heißt Fürsorge im Sinne von Wohl und Nicht – Schaden“ (CAS5, Z. 468f.)</p>
	<p>8) „Fürsorgeverpflichtungen haben, die wir gegenüber der betroffenen Person, die sich das Leben nehmen möchte, geboten durch die ethischen Prinzipien des Wohltuns und des Nicht – Schadens [...]“ (CAS1, Z. 209ff.)</p>

Quelle: Eigene Darstellung

Haltung einnehmen

In der Auseinandersetzung mit dem Thema Suizidassistenten geht es auf der Ebene der Teilnehmer:innen auch darum, die eigene Haltung bewusst wahrzunehmen und zu reflektieren. Ziel der Aus-, Fort- und Weiterbildung zur Suizidassistenten ist die Förderung und Unterstützung der aktiven Haltungsarbeit der Teilnehmer:innen (vgl. Tab. 12, Zit. 1). Die am Prozess Beteiligten sollen befähigt werden, ihre Überzeugungen und Prinzipien öffentlich z.B. im Team zu vertreten und unterschiedliche Haltungen zu respektieren (vgl. Tab. 12, Zit. 2). Gerade wenn es um heterogene Einstellungen und Haltungen innerhalb des Teams geht, sollten diese dargestellt und diskutiert werden, um damit perspektivisch besser umgehen zu können (vgl. Tab.12, Zit. 3, 4, 5).

Tabelle 12: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Haltung einnehmen‘

Zitate ‚Haltung einnehmen‘	
Kategorie	Zitate
‚Haltung einnehmen‘	1) „[...] hier geht es ganz viel um Haltungsarbeit, wie weit bin ich bereit, da mitzugehen. Wo gibt es vielleicht Fälle, wenn ich sage, ich steige da aus, dass ich kein schlechtes Gewissen habe, bloß, dass ich ausgestiegen bin. Und wenn andere im Team sagen, ich begleite das noch weiter, dass kein Groll im Team entsteht [...]“ (EEWS18, Z. 486ff.)
	2) „Vielleicht nicht nur die Haltung der einzelnen Pflegeperson, sondern des ganzen Teams, der ganzen Einrichtung. Die haben da einen Plan für, wenn jemand das sagt; wir sagen uns das, wir machen kein Tabu daraus. Bewohnerin M. hat mit Schwester S. besprochen, aber Schwester S. sagt es keinem mehr, da sie Frau M. da nicht bloßstellen will. Sondern es gibt eine Offenheit und man kennt sich im Team und man weiß, Schwester S. ist da liberaler; Schwester H. ist eher konservativer, aber sie können es respektieren und sie haben ihr Forum, wo sie auch ihre Verschiedenheit austauschen können“ (CAS4, Z. 106ff.)
	3) „Wie geht man damit um, dass es dazu verschiedene Haltungen gibt“ (CAS3, Z. 122f.)
	4) „[...] wenn ein Teammitglied zum Beispiel äußert, dass es ihm anders damit geht oder ein komisches Gefühl dabei hat oder so, dass auch das Raum bekommt“ (CAS2, Z. 252ff.)
	5) „Vielleicht nicht nur die Haltung der einzelnen Pflegeperson, sondern des ganzen Teams“ (CAS4, Z.106f.)
	6) „[...] wir brauchen mehr Schulungen, wir brauchen Hilfe in eigener Haltungsentwicklung. Und da so aus der Praxis gesprochen, könnte ich mir das sehr gut vorstellen, dass in so einem interprofessionellen Team bis hin zu den Ehrenamtlichen

	zu nutzen, um letztendlich Haltung zu gewinnen“ (EEWS16, Z. 608ff.)
--	---------------------------------------------------------------------

Quelle: Eigene Darstellung

Gesellschaftliche Auswirkungen einschätzen

Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben birgt mit dem Recht auf die Inanspruchnahme von Suizidbeihilfe ein hohes gesellschaftliches Diskussionspotenzial. Eine endgültige Fassung des Gesetzestextes ist bisher noch nicht verabschiedet worden. Damit bleibt offen, welche Auswirkungen ein solches Gesetz endgültig auf die Gesellschaft haben wird (vgl. Tab. 13, Zit. 1). Das Thema Suizidbeihilfe ist gerade für ältere Menschen ein Tabu, über das nicht gesprochen wird (vgl. Tab. 13, Zit. 2). Auch die Außenwirkung der am Prozess beteiligten Personen und eine mögliche Stigmatisierung im Sinne eines „Engels des Todes“ sollten bei den Überlegungen zu den gesellschaftlichen Auswirkungen berücksichtigt werden (vgl. Tab. 13, Zit. 3). Hier sehen die Expert:innen eine Verbindung zur Kategorie „Umgang mit Suizidassistenten in anderen Ländern kennenlernen“. In diesem Zusammenhang sollte auch ein Blick auf die Auswirkungen auf die Gesellschaft im Ausland geworfen werden (vgl. Tab. 13, Zit. 4). In welche Richtung sich das Gros der Gesellschaft positioniert, ist noch nicht abzusehen. Die Expert:innen sehen in der Entwicklung eines Curriculums zur Suizidbeihilfe eine Chance für die Gesellschaft, zukünftig mit dem Thema offener umgehen zu können (vgl. Tab. 13, Zit. 5).

Tabelle 13: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Gesellschaftliche Auswirkungen einschätzen‘

Zitate ‚Gesellschaftliche Auswirkungen kennen‘	
Kategorie	Zitate
‚Gesellschaftliche Auswirkungen einschätzen‘	1) „[...] dann überlege ich mir auch noch, geht mir jetzt gerade durch den Kopf...die gesellschaftlichen Auswirkungen. Was macht das mit einer Gesellschaft, wenn es so eine Gesetzgebung gibt, die muss ganz weise formuliert sein. Was wird in einer Gesellschaft passieren, wenn assistierter Suizid eine Möglichkeit wird; eine Option“ (CAS6, Z. 39ff.)

	2) „[...] und auch über dieses Tabu-Thema, in unserer Gesellschaft und auch gerade für ältere Menschen das Tabu-Thema-Suizidalität“ (CAS4, Z. 95ff.)
	3) „Dann auch, [...], Verurteilung irgendwie von der Umwelt, vom Team, der Gesellschaft, werden wir Sterbeengel“ (EWS7, Z. 1310ff.)
	4) „[...] und dass man das Wissen tatsächlich auch vorher abrufen kann und auch so gesellschaftliche Auswirkungen, indem man einfach einmal so Beispiele aus den unterschiedlichen Ländern [...]“ (EEWS13, Z. 1158ff.)
	5) „Und tatsächlich in der Offenheit, nicht dieses, die Gesellschaft bewegt sich in eine Richtung, aber tatsächlich das mitzudenken, dass es vielleicht auch Menschen gibt, die erst einmal für sich keinen anderen Ausweg sehen, und das in Offenheit begegnen zu lernen, das sehe ich in dem Curriculum schon“ (EEWS16, Z. 1621ff.)

Quelle: Eigene Darstellung

Medizinisches Wissen erwerben

Die Kategorie ‚Erwerb medizinischer Kenntnisse‘ umfasst Kenntnisse, die es ermöglichen, die Umstände, die zu einem Sterbewunsch führen, im Hinblick auf psychische oder physische Probleme zu analysieren (vgl. Tab. 14, Zit. 1, 2). Die Expert:innen räumen ein, dass die Vermittlung von medizinischem Wissen den Umfang einer Fort- und Weiterbildung überschreiten würde (vgl. Tab. 14, Zit. 3). Schwerpunkte wie z.B. Schmerzmanagement, allgemeine Kenntnisse der Palliativmedizin sowie Grundlagen der palliativen Sedierung und der Begleitung bei freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit wurden hervorgehoben (vgl. Tab. 14, Zit. 3, 4, 5, 6).

Tabelle 14: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Medizinisches Wissen erwerben‘

Zitate ‚Medizinisches Wissen erwerben‘	
Kategorie	Zitate
‚Medizinisches Wissen erwerben‘	1) „Umstände von psychischen, aber auch spirituellen Nöten, körperliche Erkrankungen und Symptomen zu erkennen, [...]“ (CAS4, Z. 238ff.)
	2) „Welche anderen Symptome wie Depressionen oder andere psychiatrische Krankheitsbilder können dahinterstehen, dass man es irgendwie einordnen kann“ (CAS2, Z. 21ff.)
	3) „[...] medizinisches Wissen, ich weiß nicht, ob man es in diesem Rahmen wirklich alles vermitteln kann, das sprengt vielleicht ein bisschen das Curriculum, aber zumindest die Möglichkeiten aufzuzeigen, was gibt es denn, ich denke jetzt an palliative Sedierung zum Beispiel, an Möglichkeiten der palliativen Sedierung, weil, es ist ja oft auch eine Angst vor Leid“ (EWS13, Z. 834ff.)
	4) „...also dass eben, wenn jemand kommt und hat starke Schmerzen und sagt, er möchte sterben, weil er die Schmerzen nicht aushält, dass dann eben auch die Kompetenz erst einmal da ist, Schmerzlinderung zu betreiben, jetzt nur als ganz einfaches Beispiel (EWS3, Z. 1451)
	5) „Wissen dazu, über palliativmedizinische Versorgung, ...“ (CAS1, Z. 308)
	6) „Begleitungen...freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit [...]“ (CAS5, Z. 307)

Quelle: Eigene Darstellung

Rechtlich begründete Handlungsschritte durchführen / Informationen zur Durchführung der Suizidassistenten

Die Bereitschaft, Suizidbeihilfewünsche zu begleiten, wird steigen, wenn Verantwortungsbereiche klar definiert und rechtliche Regelungen festgelegt sind (vgl. Tab. 15, Zit.1). Welche Entscheidungsschritte müssen durchlaufen werden, um die Suizidassistenten rechtlich begründen zu können (vgl. Tab. 15, Zit. 2) ?

Weiter ist es für die am Prozess beteiligten Personen von Bedeutung, die Grenzen zwischen Therapiezieländerung, Therapieabbruch und Suizidassistenten zu kennen (vgl. Tab. 15, Zit. 3). Die Frage, wie Suizidassistenten in der konkreten Durchführung aussehen kann und ob dieses Thema Gegenstand der curricularen Entwicklung sein sollte, wurde kontrovers diskutiert. Zum einen wird eine curriculare Berücksichtigung der Durchführung eher abgelehnt, zum anderen stellt sich dann die Frage, in welchem Rahmen diese Fachkompetenzen vermittelt werden sollen (vgl. Tab. 15, Zit. 4, 5, 6).

Tabelle 15: Belegzitate der Expert:innen zu den Kategorien ‚Rechtlich begründete Handlungsschritte durchführen‘ / ‚Informationen zur Durchführung der Suizidassistenten‘

Zitate ‚Rechtlich begründete Handlungsschritte durchführen‘ / ‚Informationen zur Durchführung der Suizidassistenten‘	
Kategorie	Zitate
‚Rechtlich begründete Handlungsschritte durchführen‘	1) „Und natürlich muss man das Wissen haben, was ist erlaubt, was ist verboten, aber die Diskussion, wie machen wir es, die wird immer oft darüber geführt, ist es erlaubt oder nicht“ (EWS9, Z. 1848ff.)
	2) „[...] auch natürlich die Festlegung der Entscheidungsschritte“ (CAS2, Z. 109f.)
	3) „[...] es wird so viel über alle diese Themen gesprochen mit völlig irrigen Grundannahmen, dass das einfach zwingend sein muss, dass klargestellt wird, was ist in Deutschland erlaubt, was ist Therapiezieländerung, was ist Aufhören einer Therapie, das das Beenden einer Maßnahme dasselbe ist wie das

	Nichteinleiten einer Maßnahme und so weiter, also, dass das alles erst ein“ (EWS15, Z. 976ff.)
,Informationen zur Durchführung der Suizidassistenten‘	4) „Also, wie kann Suizidassistenten durchgeführt werden. Also sowohl rechtlich als auch vom praktischen Verfahren [...]“ (CAS4, Z. 24)
	5) „[...], was rechtlich begründete Handlungsschritte durchführen heißt, also in der Lehre geht es ja nicht um das Durchführen oder ist das das Erlernen, diesen Schritt durchzuführen. Also, da müsste man noch einmal ein bisschen gucken, weil, das könnte den Unterrichtenden oder den Lehrenden auch ein bisschen aus dem Tritt bringen zu sagen, was muss der denn durchführen. (EWS13, Z. 21ff.)
	6) „das Curriculum soll natürlich kein, wie assistiere ich den Suizid, werden. Ja, warum eigentlich nicht? Und wer lehrt das denn denjenigen, die es dann wirklich machen? Wo kriegen die es denn her? Also da müssen ja auch irgendwie das Wissen und die Fachkompetenz und die Personalkompetenz irgendwo herkommen, die man dafür braucht.“ (EWS6, Z. 1796ff)

Quelle: Eigene Darstellung

Personale Kompetenzen erwerben

Das Thema der Übernahme von Verantwortung wird von den Expert:innen stark betont (vgl. Tab. 16, Zit. 1). Dabei sollte die Bereitschaft dazu jedem Einzelnen im Rahmen der Entscheidungshoheit freigestellt sein. Die am Prozess beteiligten Personen sollten befähigt werden, die eigenen Grenzen einschätzen zu können (vgl. Tab. 16, Zit. 2, 3). Darüber hinaus sollen sie ihre eigenen Gefühle wahrnehmen und Nähe und Distanz in der Beziehungsarbeit reflektieren. In der curricularen Entwicklung sollten Themen wie Resilienz, Psychohygiene, Ausgleichsmöglichkeiten zum beruflichen Alltag und ggf. Informationen in Bezug auf mögliche Beratungsstellen aufgenommen werden (vgl. Tab. 16, Zit. 4).

Tabelle 16: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Personale Kompetenzen erwerben‘

Zitate ‚Personale Kompetenzen erwerben‘	
Kategorie	Zitate
‚Personale Kompetenzen erwerben‘	1) „Wichtig ist auch noch einmal das Thema Verantwortung, das Tragen der Durchführung“ (EWS11, Z. 1251)
	2) „Und die Verantwortungsfähigkeit, also auch bereit zu sein, Verantwortung zu übernehmen oder eben auch zu wissen, dass man keine Verantwortung übernehmen will. [...] Also das meine mit dieser Sicherheit, da noch zu sagen, ich übernehme Verantwortung oder nicht, aber es muss einem klar sein, so Klarheit der Bereitschaft zur Verantwortlichkeit oder Kennen der eigenen Grenzen, das sind ja alles Dinge, die dazugehören“ (EWS4, Z. 1581ff.)
	3) „Dass man, gerade was bei helfenden Berufen nicht so einfach ist, dass man die Grenzen der eigenen Möglichkeiten oder auch der eigenen Kompetenzen beachtet und verstehen kann“ (CAS3, Z. 149ff.)
	4) „[...] emotionale Kompetenz, Umgang mit den eigenen Gefühlen, eine gewisse Resilienz, Psychohygiene, Ausgleich für die berufliche Tätigkeit, Umgang mit belastenden Gedanken, Beratung, ein gewisses Wissen; was gibt es für Beratungsstellen und Möglichkeiten für meine Klienten, wer könnte mir da weiterhelfen, aber auch eine gewisse Sprachfähigkeit, über die eigenen Gefühle zu sprechen, und sicherlich auch Gesprächskompetenzen, Beziehungsfähigkeit mit dem Bewohner herzustellen“ (CAS4, Z. 256)

Quelle: Eigene Darstellung

Methoden- und Sozialkompetenz entwickeln

Mit dieser Kategorie wurden Reflexion und Empathie zusammengefasst. Personen, die in den Prozess der Suizidbeihilfe involviert sind, sollten die Bereitschaft zur Selbstreflexion

mitbringen (vgl. Tab. 17, Zit. 1). Eine offene Haltung gegenüber Hilfsangeboten oder Coachings sehen die Expert:innen als wünschenswert an (vgl. Tab. 17, Z. 2). Die Fähigkeit, die eigenen Wertvorstellungen, Bedenken und Spannungen im Zusammenhang mit der Suizidbeihilfe zu reflektieren und auszudrücken, ist für die Begleitung der Suizidbeihilfe eine wesentliche Kompetenz (vgl. Tab. 17, Zit. 3, 4). Die Sozialkompetenz ist geprägt von Empathie. Das Verständnis für den Sterbewunsch der Betroffenen kann durch die Fähigkeit, sich in die Situation des anderen und seine Lebensumstände hineinzusetzen, gestärkt werden (vgl. Tab. 17, Zit. 5). Durch Selbsterfahrung kann die Empathiefähigkeit im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung gefördert werden (vgl. Tab 17, Zit. 6).

Tabelle 17: Belegzitate der Expert:innen zur Kategorie ‚Methoden- und Sozialkompetenz entwickeln‘

Zitate ‚Methoden- und Sozialkompetenz entwickeln‘	
Kategorie	Zitate
‚Methodenkompetenz‘ (Reflexion)	1) „[...] etwas ganz Wichtiges zu sagen, bereit zu sein zur Selbstreflexion“ (EWS15, Z. 1523f.)
	2) „[...] und auch die Bereitschaft und Haltung, dass man sich selbst reflektiert und eben auch Hilfe sucht und an anderen unterstützenden Dingen teilnimmt (CAS2, Z. 254ff.)
	3) „Die Kompetenz zu sagen, auf eigene Werte, Wertvorstellungen zu reflektieren, auch eigenen Bedenken zu reflektieren, auch vor dem Hintergrund der eigenen Wertvorstellungen; also wo ist einfach noch ein Unbehagen? Wo habe ich noch ein begründetes moralisches Bedenken“ (CAS5, Z. 440)
	4) „die Selbstreflexion ist in jedem Fall für mich das Wichtigste und dazu gehört aber auch die klare Eigenhaltung zum Suizid, also meine eigenen Suizidgedanken in meiner Biografie“ (EWS9, Z.1021)
‚Sozialkompetenz‘ (Empathie)	5) „[...] eine geistige Flexibilität vorher zu erlernen; in die Haut eines anderen, oder die Indianer würden sagen: In die Schuhe eines anderen zu schlupfen und dessen Rolle einzunehmen. Wie fühlt es sich an, wenn ich seit 20 Jahren eine chronische

	Polyarthrose habe, die Schmerzmittel nicht mehr helfen und ich deswegen Probleme habe? Wie fühlt es sich an, so zu leben und da nicht mehr rauszukommen? Sich da schon mal reinzufühlen bzw. reinzusetzen (CAS4, Z. 192ff.)
	6) „Dann so Selbsterfahrungen, um Empathie zu stärken, [...]“ (EWS7, Z. 1337f.)

Quelle: Eigene Darstellung

Nach den hier tiefgründig beschriebenen Kategoriesystemen ist in einem weiteren Abstraktionsschritt die sprachliche Adaption der Kategorien an Module erfolgt. Das Vorgehen hierzu wurde in Kapitel 4 beschrieben.

Im Folgenden werden die Betitelungen der Module dargestellt, die aus den tiefgründig beschriebenen Kategorien generiert wurden:

Tabelle 18: Darstellung der Modulbetitelung

<i>Modul 1:</i>	
<i>Menschen mit Todeswünschen professionell begegnen können</i>	
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> • Suizidprävention durchführen • Das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) • Krisensituationen identifizieren • Suizidanlässe kennen lernen • professionellen Umgang mit Sterbe- und Todeswünschen pflegen • Todeswünsche der S3-Leitlinie Palliativmedizin • Lebensbedingungen der Betroffenen erfassen und reflektieren • verbleibende Lebensqualität effizient gestalten • Suizidassistenten durchführen
<i>Modul 2:</i>	
<i>Emotionalen Belastungen aller am Prozess beteiligten Akteur:innen begegnen</i>	
Konkrete Inhalte:	Emotionen wie: <ul style="list-style-type: none"> • Angst • Ohnmacht

	<ul style="list-style-type: none"> • Rollenkonflikte (Intra – und Interrollenkonflikte) • Wut • eigene Betroffenheit • Gewissenskonflikt • Dilemmata • Trauer • Mitleid • Beziehungskonflikt • Schuldgefühle • etc.
<p>Modul 3:</p> <p><i>Innerhalb des multiprofessionellen Teams handeln können</i></p>	
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> • Schnittstellen innerhalb der am Prozess beteiligten Berufsgruppen und Akteur:innen berücksichtigen • seelsorgerische Aspekte kennen
<p>Modul 4:</p> <p><i>Rahmenbedingungen des Prozesses der Suizidassistenten kennen lernen</i></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • rechtliche Grundlagen (Gesetzeslage kennen) • rechtliche Rahmenbedingungen kennen • rechtliche Rahmenbedingungen der Suizidassistenten in anderen Ländern wie der Schweiz, Österreich, der Niederlande kennen • Rahmenbedingungen der Institution erörtern, reflektieren und entwickeln
<p>Modul 5:</p> <p><i>Dem selbstbestimmten Menschen offen begegnen</i></p>	
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> • Haltung im Team • Selbstbestimmung • mit widersprüchlichen Haltungen umgehen lernen • kultursensibel begleiten

Modul 6:		4x45min
<i>Den Prozess der Suizidassistenz unter Berücksichtigung ethischer Prinzipien reflektieren</i>		
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> • Prinzip der Fürsorge • Prinzip des Wohltuns • Prinzip des Nicht-Schadens 	
Modul 7:		
<i>Die gesellschaftliche Relevanz zur Suizidassistenz erkennen und reflektieren können</i>		
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> • Verurteilung durch Umwelt und Gesellschaft • gesellschaftliches Tabuthema Suizidassistenz • gesellschaftliche Auswirkungen der Suizidassistenz in anderen Ländern wie der Schweiz, Österreich, der Niederlande reflektieren 	
Modul 8:		
<i>Im Rahmen des Prozesses der Suizidassistenz personale Kompetenzen erwerben</i>		
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortung innerhalb des Prozesses der Suizidassistenz übernehmen • Nähe und Distanz wahren • Resilienz entwickeln • Ambiguitätstoleranz stärken 	
Modul 9:		
<i>Für den Prozess der Suizidassistenz relevante kommunikative Kompetenz erwerben</i>		
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation mit Betroffenen • Kommunikation mit am Prozess beteiligten Akteur:innen • Kommunikation mit Angehörigen • Kommunikationsmodelle • Konzepte zur gemeinsamen Entscheidungsfindung 	
Modul 10:		
<i>Medizinische Grundlagen erwerben</i>		

Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none">• medizinisches Wissen• freiwilliger Verzicht auf Nahrung – und Flüssigkeit• Grundlagen von Palliativ Care• Umgang mit Komplikationen im Rahmen der Suizidassistenten• palliative Sedierung
-------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quelle: Eigene Darstellung

5. Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die wesentlichen Bildungsinhalte für ein evidenzbasiertes Curriculum zum Thema Suizidassistenten herauszuarbeiten. Im Rahmen des qualitativen Studiendesigns wurde ein Expert:innenworkshop mit 18 Expert:innen, sieben Einzelinterviews, sowie ein Expert:innenevaluationsworkshop mit 12 Expert:innen durchgeführt. Die Ergebnisse wurden transkribiert und anhand der beschriebenen Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Dabei wurden Schwerpunkte herausgearbeitet, die aus Sicht der Expert:innen bei der Curriculumentwicklung zum Thema Suizidassistenten Berücksichtigung finden sollten. Dieses Kapitel fasst die Ergebnisse (siehe Kapitel 4) zusammen und diskutiert sie anhand der bestehenden Literatur.

Menschen mit Todeswünschen professionell begegnen können

Die Ergebnisse der Studie haben gezeigt, dass die Auseinandersetzung mit Sterbewünschen in die curriculare Entwicklung für Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema Suizidassistenten aufgenommen werden sollte. Sie umfasst unter anderem die Grundlagen der Suizidprävention und Krisenintervention, das Identifizieren möglicher Suizidanlässe, den professionellen Umgang mit Sterbe- und Todeswünschen sowie die Reflexion der Lebensqualität und Lebensbedingungen der Betroffenen. Die inhaltlichen Zusammenhänge lassen sich innerhalb eines Moduls gut abbilden.

Um Menschen mit Todeswünschen professionell begegnen zu können ist das Thema Suizidprävention von großer Bedeutung. Suizidprävention wird als eine gesamtgesellschaftliche und äußerst komplexe Aufgabe beschrieben (Schneider et al., 2021, S. 10). Mit dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro), werden wissenschaftlich begründete Vorschläge „für Aktivitäten und Interventionen entwickelt“ (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2022, o. S.). Die dafür gegründeten Arbeitsgruppen beschäftigen sich mit übergeordneten Themen wie „Politik und

Gesellschaft“, „Individuum und Lebensraum“ sowie „Versorgungssysteme“. Wolfersdorf und Etzersdorfer (2023, S. 110) sehen einen Zusammenhang von Suizidprävention und Krisenintervention. Sie ordnen die Suizidprävention den medizinischen Bereichen zu und sehen Krisenintervention im Bereich der psychosozialen Beratung angesiedelt (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2023, S. 111).

Kremeike et al. (2019, S. 2) beschreiben den Todeswunsch als das Hoffen auf einen baldigen Sterbeprozess bis hin zu einem Auswegplan und akuter Suizidalität. „In der Palliativmedizin werden häufig Todeswünsche von Patient:innen in unterschiedlicher Form geäußert“.

Feichtner (2022, S. 4) vermutet in der Praxis, gerade wenn auch metaphorisch geäußerte Sterbewünsche berücksichtigt werden, ein häufiges Auftreten von Sterbewünschen. Dörmann (2022, S. 70) führt an, dass sich Pflegepersonen in ihrem beruflichen Alltag mit Sterbewünschen der Patienten und Patientinnen konfrontiert sehen.

Wie in Kapitel 7.2.2 beschrieben, empfehlen Lindner und Voltz (2021, S. 427) zum Umgang mit Todeswünschen ein vierstufiges Schema, bestehend aus: Wahrnehmung, Verständnis, kompetenter Begleitung und Suizidprävention. Mit der Erkundung des psychischen und spirituellen Befindens des Patienten, der Wahrnehmung der eigenen Gefühle im Gespräch mit dem Patienten und der Durchführung von Supervisionen und Fallbesprechungen zeigen Lindner und Voltz (2021, S. 427) zwölf Strategien und Techniken im Umgang mit potenziellen Todeswünschen auf. Für Feichtner (2022, S. 8) steht bei der Begegnung mit Sterbewünschenden eine wertschätzende und aufmerksame Haltung im Vordergrund. Frerich et al. (2020) entwickelten, aufbauend auf der Studie von Kremeike et al. (2018) „The desire to die in palliative care: Optimization of management (DEDIPOM)“ ein bedarfsorientiertes Trainingskonzept zur Kommunikation über den Wunsch zu sterben (siehe Kapitel 7.2.2).

Kremeike et al. (2021, S. 3598) definieren den Todeswunsch als komplexes Phänomen mit individuellen Ursachen, Ausprägungen und Folgen bei Menschen mit einer lebenslimitierenden Erkrankung. Mögliche Ursachen für einen Todeswunsch wie z.B. physische Symptome, psychologischer Distress, existenzielles Leiden oder soziale Aspekte konnten von Balaguer et al. (2016, S. 8) herausgearbeitet werden. Der Todeswunsch könnte Jansky, Jaspers, Radbruch und Nauck (2017, S. 92) zufolge Ausdruck der Furcht vor Belastung für Familie und Gesellschaft sein. Auch die Lebensqualität hat Einfluss auf den Wunsch nach einem vorzeitigen Lebensende (Anstey et al. 2016, S. 11).

Feichtner (2022, S. 4) interpretiert den Sterbewunsch als „Ausdruck einer dramatischen

Überforderung des Patienten, der Patientin und er macht die Not und die Verzweiflung deutlich, in der er / sie sich befindet. Sterbewünsche können damit auch einen Hilferuf darstellen“. Der Sterbewunsch kann im Moment der empfundenen Ausweglosigkeit zunächst etwas Entlastendes haben und dem Menschen ein Gefühl der Selbstbestimmung zurückgeben (Kapitany, 2022, S. 185).

Körperliche Leiden wie allgemeine körperliche und geistige Einschränkungen, Schmerzen und psychosoziale Aspekte wie z.B. Einsamkeit im Alter beeinflussen die Lebensqualität (Starke, 2020, S. 176). Laut Definition der Weltgesundheitsbehörde „World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)“ ist Lebensqualität die subjektive Wahrnehmung einer Person: über ihre Stellung im Leben im Verhältnis zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen. In der Medizin ist insbesondere die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität relevant. Diese subjektive Wahrnehmung wird mittels verschiedener Parameter (z.B. Schmerzen, Alltagskompetenz, körperliche Leistungsfähigkeit) so weit wie möglich objektiviert. Dafür stehen diverse Skalen und Fragebögen zur Verfügung. Die Lebensqualität wird zunehmend auch als sekundärer Endpunkt in klinischen Studien berücksichtigt (World Health Organization [WHO], 2012, o. S.). Durch Einbezug und Information der Patienten und Patientinnen auf Augenhöhe sowie eine Ermutigung zu selbstbestimmten Entscheidungen, können Ängste und Unsicherheiten minimiert und die Verbesserung der Lebensqualität gefördert werden (Wentseis, 2022, S. 45). Sterbewünsche, die im Zusammenhang mit Demenz geäußert werden, stellen nach Riese (2022, S. 167) eine Dilemmasituation dar. Im Falle einer fortgeschrittenen Demenz mit erheblichen Auswirkungen auf die Lebensqualität kann der Wunsch zu sterben aufgrund der abnehmenden Entscheidungsfähigkeit nicht durch die Beihilfe zum Suizid erfüllt werden.

Das Wissen um mögliche Einflussfaktoren auf die Lebensqualität und eine Verbesserung dieser wie z.B. mit Hilfe einer adäquaten Schmerztherapie oder spezieller Unterstützungsmöglichkeiten bei der Alltagsgestaltung im Alter, sollte Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung sein. Mit der Verbesserung der Lebensqualität besteht die Möglichkeit, Todeswünsche ggf. abzuwenden.

Emotionalen Belastungen begegnen

In den Interviews wurden die emotionalen Belastungen für die am Prozess Suizidassistenz beteiligten Personen benannt. Emotionen wie Angst, Ohnmacht, Intra- und Interrollenkonflikte, Gewissenskonflikte und Schuldgefühle kamen zum Ausdruck. Galushko, Frerich und Eisenmann (2023, S. 123) sehen hier fehlende Bewältigungskompetenzen der am Prozess beteiligten Akteur:innen. Laut Schmidt-Atzert (1996, S. 25) ist eine „Emotion ein qualitativ näher beschreibbarer Zustand, der mit Veränderungen auf einer oder mehreren der folgenden Ebenen einhergeht: Gefühl, körperlicher Zustand und Ausdruck.“ Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege definiert Belastung als „Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (BGW, 2023, S. 8).

Im Verlauf der curricularen Entwicklung soll den möglichen emotionalen Belastungen wertschätzende Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Teilnehmenden sind eingeladen, ihre individuellen emotionalen Herausforderungen und Belastungen wahrzunehmen und zu reflektieren. Konzepte und Unterstützungsmöglichkeiten sind in diesem Modul zu verorten. Maßnahmen zur eigenen Psychohygiene, Burn-Out-Prophylaxe und Stärkung der Schutzmechanismen sollen erarbeitet werden.

Auch die Konfrontation und Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit können Ängste auslösen und bilden daher ein weiteres Thema dieses Moduls ab. Husebø (2009, S. 551) weist an dieser Stelle darauf hin, dass niemand gezwungen werden kann, „der eigenen Sterblichkeit und dem eigenen Tod mit Offenheit zu begegnen“. Gleichzeitig macht der Autor die Relevanz einer authentischen Offenheit gegenüber Sterbenden deutlich. Er sieht es als unabdingbar an, sich möglichst früh mit diesem Thema zu beschäftigen. Die Ergebnisse der Interviews zeigen das Risiko für berufliche Rollenkonflikte und Dilemmata bei der Begleitung eines assistierten Suizids. Die Berufsgruppen des Gesundheitssystems identifizieren sich vornehmlich mit dem gesellschaftlichen Auftrag, Gesundheit zu fördern, Krankheit zu vermeiden und Leben zu erhalten. Die Diskussion Suizidassistenz in diesen Auftrag zu implementieren und gewissenhaft vertreten zu können, ist Gegenstand dieses Moduls.

Für die am Prozess beteiligten Akteur:innen ist es aus Sicht der DGP (2021, S. 8) wichtig, die eigenen Gefühle in der Begleitung wahrzunehmen und zu reflektieren. Hierzu werden regelmäßige Teambesprechungen und Supervisionen zur Selbstfürsorge und Psychohygiene

empfohlen, u. a. um eigene Belastungsgrenzen zu respektieren (Mühlegger & Wimmer, 2022, S. 67).

Innerhalb des multiprofessionellen Teams handeln können

An der Suizidbeihilfe sind sehr unterschiedliche Berufsgruppen beteiligt. Mediziner:innen, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter:innen und Seelsorger:innen können in den Prozess involviert sein. Nachdem der konkrete Suizidanlass reflektiert, und die Lebensbedingungen und die Lebensqualität der/des Betroffenen betrachtet wurden, wird deutlich, welche Professionen primär im Auftrag der Suizidprävention aktiv werden müssen. Dies bedeutet im Falle eines Sterbewunsches aufgrund körperlichen Leidens, wie z.B. Schmerzen, werden vornehmlich Mediziner:innen und Pflegenden gefordert sein. Wird der Suizidwunsch aus sozialen Gründen geäußert, sind Sozialarbeiter:innen bevorzugt anzusprechende Personen. Wie in Kapitel 2.2.2 aufgeführt beschreibt Wasner (2014, S. 161) „multiprofessionell“ als einen Ansatz für die Zusammenarbeit im Kontext einer Aufgabe, an der unterschiedliche Professionen und Berufsgruppen beteiligt sind. Wasner sieht Multiprofessionalität als eine Teamkonstellation unterschiedlicher Professionen. Dabei wird der primäre Fokus der Interaktion auf eine aktive Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Professionen gelegt.

Die „interprofessionelle Zusammenarbeit“ nutzt die Kompetenzen der unterschiedlichen Berufe. Eine sich ergänzende und unterstützende Zusammenarbeit aller am Prozess der Suizidassistenten beteiligten Berufsgruppen ist notwendig, um die bestmögliche Begleitung für den Patienten zu gewährleisten. Die positiven Erfahrungen der Palliative Care im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit können für den Prozess der Suizidassistenten wegweisend sein. Der Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit wird von Hirsmüller und Schröder (2014, S. 12) in Bezug auf die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen beschrieben. Diese Ausführungen zeigen, dass die Anpassung des Titels der vorliegenden Arbeit durch den Begriff „interprofessionell“ einen größeren Rahmen der Zusammenarbeit widerspiegeln könnte. Die Teilnehmer:innen sollen in multiprofessionellen Teams lernen, interprofessionell zusammenzuarbeiten, die unterschiedlichen Kompetenzen zu nutzen und sich gemeinsam weiterzuentwickeln. Der Robert-Bosch-Stiftung (2014, S. 2) zufolge beginnt „die Integration der unterschiedlichen Aufgaben der Berufsgruppen bereits in deren Ausbildungen. Im Kontext dieser Masterarbeit werden die Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen in der modularen Curriculumsentwicklung mit bedacht.

Rahmenbedingungen des Prozesses der Suizidassistenten kennen lernen

Die gesetzlichen Bestimmungen und institutionellen Rahmenbedingungen umfassen den gesamten Prozess der Suizidassistenten.

Das Urteil des BVerfG erklärte den §217 des Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung vom 3. Dezember 2015 als mit dem GG unvereinbar und nichtig (BVerfGE, 2020, S. 1). Rechtsmäßig ist so die Hilfe zur Selbsttötung straffrei „und ohne Regelungen zum Schutz der Freiverantwortlichkeit möglich“ (Castellucci et al., 2022, S. 2).

Zum Zeitpunkt der Ausarbeitungen der vorliegenden Arbeit liegen drei Gesetzentwürfe zur Regulierung der Suizidhilfe vor. Diese Gesetzentwürfe haben innerhalb der Fachverbände wie z.B. der DGP, der ÄkNo oder des Deutschen Caritasverbands, wie in Kapitel 2.1 ausgeführt, zu unterschiedlichen Diskussionen und Positionierungen geführt.

Die praktische Umsetzung der Suizidassistenten ist in Europa unterschiedlich geregelt. „In einigen Ländern wird die Suizidassistenten unter bestimmten Voraussetzungen geduldet. In anderen drohen dafür harte Strafen“ (Fricke, 2021, o. S.). Ein Blick auf die gesetzlichen Regelungen in Ländern wie der Schweiz, Österreich und den Niederlanden zeigt, wie die Suizidbeihilfe geregelt werden kann. Mit den Erfahrungen der am Prozess beteiligten Akteur:innen anderer Länder wie z.B. aus Österreich, der Schweiz und den Niederlanden sollen die Teilnehmer:innen in die Lage versetzt werden, reflektiert auf die unbekanntenen Herausforderungen zuzugehen.

Bei der curricularen Entwicklung sind die gültigen rechtlichen Bestimmungen zu bedenken und bei Veränderungen dem neuesten Stand anzupassen. Als Diskussionsgrundlage können die Stellungnahmen der einzelnen Verbände dienen. Die Bildungsinhalte, die im Zusammenhang mit den rechtlichen Rahmenbedingungen vermittelt und bearbeitet werden, können als Grundlagen für die Entwicklung institutioneller Rahmenbedingungen z.B. im Zusammenhang der Organisationsentwicklung genutzt werden.

Dem selbstbestimmten Menschen offen begegnen

Die Akzeptanz der Entscheidungshoheit aller am Prozess beteiligten Akteur:innen wurde innerhalb der Interviews und des Expert:innenworkshops hervorgehoben. Die Definition Akzeptanz beschreibt, dass eine Sache nicht einfach nur hingenommen, sondern auch gutgeheißen wird. Ihr wird Empathie entgegengebracht (Deutsche Gesellschaft für Positive Psychology [DGPP], 2022, o. S.). Akzeptanz bedeutet somit ein Anerkennen von

Umständen und Tatsachen und zwar ungeschönt, wie sie eben in der Realität vorliegen. Dabei ist Akzeptanz ein aktiver Prozess, der sich damit von der passiven Toleranz unterscheidet (Wächter, 2022, o. S.). Die „Akzeptanz des Todes oder Wunsch der Patientin/ des Patienten das Sterben zu beschleunigen“ (Kremeike, o. J., S. 8). Vor diesem Hintergrund wurden die Begriffe Akzeptanz und Toleranz zur Diskussion gestellt. Dabei wurde festgestellt, dass es sich um eine Offenheit gegenüber dem Suizidwunsch und der Suizidbeihilfe handelt. Die am Prozess beteiligten Akteur:innen sollen im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung ihre eigene Haltung zum Thema Suizidassistenten entwickeln, reflektieren und lernen, diese zu vertreten. Die Möglichkeit, Sterbewünsche durch die Entwicklung einer eigenen Haltung zur Suizidbeihilfe besser zu verstehen, beschreibt Dörmann (2022, S. 72) am Beispiel von Pflegenden. Darüber hinaus ist es ebenso wichtig, offen zu sein für die Einstellungen anderer Menschen und diese zu respektieren. Nach Munz (2021, o. S.) ist die zentrale Frage der Suizidassistenten immer die Abwägung zwischen Autonomie und Schutz der Sterbewilligen. Unter Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung betont Duttge (2023, S. 83), dass kein Mensch, der im Besitz der Entscheidungsfähigkeit ist, gegen seinen Willen zum Weiterleben gezwungen werden darf. Jeder Mensch hat das Recht auf Selbstbestimmung und damit die Entscheidungshoheit über sein Leben.

Eine kultursensible Begleitung ist im Prozess des assistierten Suizids zu berücksichtigen. Die Gesellschaft ist geprägt durch einen modernen Individualismus, sowie eine Vielfalt kultureller, religiöser und weltanschaulicher Prägungen und Überzeugungen (Körtner & Likar, 2022, S. 32). „Religiöse Traditionen und Schriftwerke zeigen differenzierte Ansichten zur Selbsttötung“ (Falkner, 2022, S. 106). Der Suizid ist z.B. im Christentum, Judentum und im Islam verboten. Mit der Annahme, dass allein Gott über Leben und Tod bestimmen darf, kann der Mensch nicht selbst über sein Lebensende entscheiden. „Allein der Hinduismus hat durch das rituelle Sterbefasten, [...], nicht dogmatisch eine moralische Verurteilung vorgesehen, doch auch da haben das Leben und die Grundhaltung der Gewaltlosigkeit einen hohen Stellenwert (Falkner, 2022, S. 106).

Den Prozess der Suizidassistenten unter Berücksichtigung ethischer Prinzipien reflektieren

Die ethische Reflexion versteht Riedel (2015, S. 322) „als Analyse einer relevanten Situation, mit der Perspektive auf deren moralischen Gehalt sowie auf die leitenden Werte und Werteorientierungen der Beteiligten hin. Ausgangspunkt für die ethische Reflexion sind nicht Personen als Meinungsträger, sondern Situationen und die in diesem Zusammenhang

wirkende Werte.“ Mit der Begleitung einer Suizidassistenten werden die Akteur:innen mit unterschiedlichen Lebenswelten, Lebensentwürfen und Lebenskontexten konfrontiert. Die Auseinandersetzung mit diesen Aspekten sieht Riedel (2013, S. 1) beeinflusst durch „subjektive Betroffenheit und von Widersprüchen, die für die Beteiligten auf der Basis ihrer persönlichen Werteorientierung Wahrheit und Gültigkeit beanspruchen“. Bei der curricularen Entwicklung werden thematische Zusammenhänge ethisch beleuchtet. In Anlehnung an Beauchamp und Childress (2019, S. 10) stehen die vier Prinzipien ethischen Handelns in der Medizin - das Prinzip der Autonomie, das Prinzip des Nichtschadens, das Prinzip der Fürsorge und das Prinzip der Gerechtigkeit - im Mittelpunkt der curricularen Entwicklung. Aus medizinethischer Sicht entscheidet der Patient/die Patientin autonom und selbstbestimmt, was mit ihm/ihr geschieht. Die individuellen Entscheidungen haben alle am Prozess beteiligten Akteure zu respektieren. Dem Patienten/der Patientin darf zu keinem Zeitpunkt Schaden zugefügt werden. Das Handeln der Ärzt:innen hat immer das Wohl der Patient:innen und die gerechte Verteilung der zur Verfügung stehenden Ressourcen zum Ziel (Rahbar, 2010, o. S.).

Die gesellschaftliche Relevanz zur Suizidassistenten erkennen und reflektieren können

Das Thema der Suizidassistenten birgt auf gesellschaftlicher Ebene ein hohes Diskussionspotenzial. War das Thema in Deutschland durch den Missbrauch der Euthanasie im zweiten Weltkrieg lange tabuisiert, so nimmt es heute wieder mehr Raum ein. Ein Umdenken findet statt, und auf politischer Ebene wird nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 viel diskutiert. Überlegungen zur praktischen Umsetzung, wer in den Prozess einbezogen werden kann und wie die Verantwortung zu verorten ist, werden aus verschiedenen Perspektiven z.B. aus Sicht des Gesundheitssystems, des Sozialsystems sowie aus kirchlicher Sicht angestellt. Frage an dieser Stelle ist, wie die Aufgabe gesellschaftlich aufgenommen wird, wenn z.B. Ärzt:innen sich dafür entscheiden, den Prozess eines assistierten Suizids zu begleiten. Bei der Auswertung der Interviews wurde die Sorge vor Stigmatisierung bei der Unterstützung dieses Prozesses deutlich. Die Expert:innen befürchten, als „Sterbeengel“ bezeichnet zu werden. Um dies zu vermeiden, gilt es, die Öffentlichkeit zu sensibilisieren und das gesellschaftliche Tabu zu brechen. Die Teilnehmer:innen lernen, ihre Haltung und Einstellungen in der Öffentlichkeit professionell zu vertreten. In diesem Zusammenhang könnten Studien zur Untersuchung der Einstellung der Gesellschaft zum Thema Suizidbeihilfe hilfreich sein.

Im Rahmen des Prozesses der Suizidassistenten personale Kompetenzen erwerben

Im Kontext der Suizidbeihilfe sind personale Kompetenzen miteinander verknüpft. Diese umfassen insbesondere den Bereich "Verantwortung übernehmen". Derzeit gibt es noch keine gesetzlichen Vorgaben, welche Personen- oder Berufsgruppen die Verantwortung für den Prozess zukünftig übernehmen sollen. Die Gesetzentwürfe berücksichtigen, dass die Verantwortung auf freiwilliger Basis aufgebaut werden muss und niemandem auferlegt werden kann. Die Ärztekammern und Fachgesellschaften haben dazu bereits Position bezogen (siehe Kapitel 2.1). Feichtner (2022, S. 97) zeigt auf, dass die Durchführung eines assistierten Suizids in der Schweiz nicht von medizinischem Personal begleitet wird. Ärzt:innen übernehmen die Bewertung der Entscheidungsfähigkeit und bestätigen den freiverantwortlichen Suizidwunsch. Weiter übernehmen sie mit der Verordnung des Suizidmedikaments die Verantwortung der Bewertung der oben beschriebenen Kriterien (Feichtner, 2022, S. 96). Stanze (2021, S. 2) fordert Pflegefachpersonen auf, sich zum Thema der Suizidassistenten zu positionieren. Die Pflegekammern in Deutschland haben bisher auch noch keine Stellung bezogen. Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer sieht die Verantwortung im Bereich der psychosozialen Begleitung und nicht im Bereich der Beschaffung, Zubereitung und Bereitstellung der Medikamente (Feichtner, 2022, S. 97). Mit der Studie „Sichtweisen und Einstellungen von Pflegefachkräften unterschiedlicher Versorgungssettings zur Suizidassistenten (SEILASS)“ konnte Dörmann (2022, S. 82) herausstellen, dass auch Pflegefachpersonen in Deutschland sich durch ihre berufliche Position in der Rolle der Begleitung sehen. Mittels Angeboten zur klinischen und außerklinischen Ethikberatung in Form von Einzelberatungen, ethischen Fallbesprechungen, Ethik-Leitlinien oder Ethik-Fortbildungen möchte die AEM (2022, S. 4) „die beteiligten Personen bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung unterstützen, ihnen die Verantwortung für ihr Entscheiden und Handeln aber nicht abnehmen“.

Nähe und Distanz sollten stets gewahrt werden. Dazu werden die Teilnehmer:innen eingeladen zu reflektieren, wie viel Nähe sie persönlich zulassen können.

Die psychische Gesunderhaltung der am Prozess beteiligten Akteur:innen steht mit der Wissensvermittlung über Möglichkeiten zur Psychohygiene, einer gesunden Work-Life-Balance sowie Kenntnisse zum Thema Resilienz im Mittelpunkt dieses Moduls.

Um die Akteur:innen für die Anforderungen des assistierten Suizids zu stärken, soll die Auseinandersetzung mit dem Resilienz-Konzept fest im Curriculum verortet werden. Ziel

dieser modularen Einheit ist die Förderung der Reflexion eigener bestehender und der Entwicklung neuer resilienzfördernder Kompetenzen, des konstruktiven Umgangs mit belastenden Arbeitssituationen und der eigenen psychischen Gesundheit (Benfer-Bresacher, S. 2018, S. 195).

Weiter ist es im Kontext der Suizidassistenten wünschenswert, die Fähigkeit „Vieldeutigkeit und Unsicherheit zur Kenntnis zu nehmen und ertragen zu können“ auszubauen. Mit dem Aufbau einer guten Ambiguitätstoleranz nach von Friesen (2019, o. S.) für die Demokratie unabdingbar. Es gilt im Kontext der Suizidassistenten zu lernen, unterschiedliche Interessen und Kompromisse auszuhalten und Unsicherheiten zu begegnen. „Es ist wichtig, dass die Mehrheit diese Fähigkeit besitzt und trainiert, um der Unsicherheit des Lebens, der Unberechenbarkeit der Zukunft mit innerer Toleranz zu begegnen“ (Friesen, v. (2018), o. S.).

Für den Prozess der Suizidassistenten relevante kommunikative Kompetenz erwerben

Der Prozess der Suizidassistenten ist geprägt durch Gespräche sowie teils nonverbale Kommunikation. „Kommunikation wird als „Prozess der Informationsübertragung zwischen Individuen mit verbalen und nonverbalen Ausdrucksmitteln (Gestik und Mimik) verstanden, wobei neben Sachinformation im engeren Sinn auch Beziehungen definiert, und komplexe soziale Mitteilungen ausgetauscht werden. Kommunikation ist ein menschliches Grundbedürfnis und findet sowohl bewusst als auch unbewusst statt.“ (Psyrembel online, 2023, o. S.).

Dörmann (2022, S. 52) konnte in ihrer Studie herausarbeiten, dass aus Sicht der Pflegenden die Handlungen rund um die Suizidbeihilfe u. a. in einer vertrauensvollen Kommunikation gesehen werden. Jansky, Jaspers, Radbruch und Nauck (2017, S. 92) betrachten die Äußerung eines Sterbewunsches als „ein Zeichen des Vertrauens gegenüber den Behandlern und, dass das Gespräch darüber eine Entlastung für die Betroffenen sein kann, fand ebenfalls große Zustimmung“.

„Die Suizidologie und psychiatrische Versorgung empfehlen, Suizidgedanken von Patientinnen initiativ anzusprechen, etwa im Erstgespräch, bei Krisensituationen oder erstem Verdacht einer latenten Suizidalität“ (Galushko, Frerich, Eisenmann, 2023, S. 124). Im Rahmen des Schulungscurriculums „Umgang mit Todeswünschen“ (siehe Kapitel 7.2.2) wurde von Kreimeike et al. (2018) und Frerich et al. (2020) ein teilstrukturierter Gesprächsleitfaden mit Aspekten der Gesprächsführung zur Unterstützung eines offenen

und wertfreien Umgangs mit Todeswünschen entwickelt (Boström, Frerich, Romotzky, Galushko & Kremeike, 2023, S. 154).

Die Begegnung mit Angehörigen ist in Bezug auf den assistierten Suizid ein sensibles Thema. Die Ansprüche und Erwartungen von Angehörigen gehen häufig nicht mit den medizinisch-pflegerischen Möglichkeiten und Erfordernissen einher. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass multiprofessionelle Teams einen Weg für die Begegnung im Rahmen der Angehörigenarbeit finden (Sonnenmoser, 2005, S. 406).

Wenn Menschen erwägen, einen assistierten Suizid zu begehen oder bereits begangen haben, kann das für nahestehende Personen sehr belastend sein.

„Der Verlust einer nahestehenden Person durch einen assistierten Suizid unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von anderen Todesarten, heißt es in einer Mitteilung der MSB. Studien zeigten, dass ein assistierter Suizid bei einem Teil der Betroffenen auch psychische und psychosoziale Konsequenzen haben kann. So werde zum Beispiel das Vereinbaren eines Sterbedatums oft als problematisch empfunden“ (ÄrzteZeitung, 2022, o. S.).

Um diese Aufgabe erfüllen zu können, benötigen die am Prozess beteiligten Personen eine Anleitung zum Erlernen hilfreicher Kommunikationstechniken und Kommunikationsmodelle (Gabl, 2022, S. 211). Hier führen die Expert:innen das Kommunikationsquadrat von Schulz von Thun, die gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg und das SPIKES-Modell zur Kommunikation mit Schwerstkranken beispielhaft an.

Möglichkeiten zur strukturierten Kommunikation im multidisziplinären/interprofessionellen Team bieten kollegiale Beratungen, Fallbesprechungen und Supervision (Schwermann, 2022, S. 273). Die Konzepte sollen innerhalb dieser modularen Einheit kennengelernt und analysiert werden (siehe Kapitel 7.6.3 und 7.6.4).

Mit der hier vorliegenden qualitativen Inhaltsanalyse konnten die Ergebnisse von Kremeike et al. (2018) in Bezug auf die Kommunikation im Rahmen der Suizidassistenten bestätigt werden. Das Modul 9 „Für den Prozess der Suizidassistenten relevante kommunikative Kompetenz erwerben“ zeigt somit inhaltliche Überschneidungen zum Schulungscurriculum „Umgang mit Todeswünschen“ auf.

Medizinische Grundlagen erwerben

Mit dem Modul „Medizinisches Wissen erwerben“ werden Inhalte zusammengefasst, die zum einen Suizidfälle auf Grund medizinischer Aspekte betrachten. Im Vordergrund stehen hier psychische und onkologische / palliative Erkrankungen, die mit einem Suizidwunsch einhergehen können, sowie die Wirkungen und Nebenwirkungen des tödlichen Medikaments (Natrium-Pentobarbital).

Zum anderen werden Alternativen aufgezeigt und erläutert, wie z.B. die Begleitung bei freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (siehe Kapitel 7.2.4) und der palliativen / gezielten Sedierung (siehe Kapitel 7.2.5). Dörmann (2022, S. 83) gab die Empfehlung, den Blick auf die Durchführung zu legen und die möglichen Komplikationen bei einem assistierten Suizid zu analysieren. Diese Ergebnisse zeigten sich auch im Rahmen dieser Arbeit und wurden curricular berücksichtigt.

Die Grundlagen der Palliative Care in Zusammenhang mit dem Wunsch nach einem assistierten Suizid (siehe Kapitel 7.2.1) gilt es in diesem Modul zu erfassen und zu diskutieren. Die konkrete Durchführung ist hier verortet, die Wirkung und Nebenwirkungen der Medikamente zur Suizidassistenten werden beleuchtet.

6. Erste Konstruktionsphase

Die erste Konstruktionsphase beschreibt den Beginn der pädagogischen Tätigkeit im Rahmen curricularer Konzeptionsarbeit.

In der ersten Konstruktionsphase werden die Konstruktionsprinzipien des Curriculums auf analytischer Ebene beschrieben. Es wird eine Analyse der Wissenschaft vorgenommen, um bezugswissenschaftliche Schnittstellen herzustellen. Folgend wird eine Analyse der beruflichen Handlungsfelder durchgeführt, um zu legitimieren, in welchen Bereichen des Gesundheitswesens das zentrale Thema der Suizidassistenten vorherrschend ist und wo sich demzufolge eine Anwendung des Curriculums eignen wird. Zudem wird eine fachdidaktische Analyse durchgeführt, welche zum Generieren der Bildungsinhalte dient. Letzter Aspekt der ersten Konstruktionsphase ist die Analyse der Lernvoraussetzungen. Hier wird detektiert, welche Lernvoraussetzungen bei den am Curriculum Teilnehmenden zugrunde gelegt werden können. Die Analysen wurden von den Studierenden als Grundvoraussetzung verstanden, um den weiteren Konzeptionsprozess gestalten zu können. Darin begründet, definiert sich die erste Konstruktionsphase wie beschrieben.

6.1 Analyse der wissenschaftlichen Disziplinen

Im Folgenden werden die Gegenstände des Curriculums auf wissenschaftlichem Niveau analysiert und die Ergebnisse in Tabelle 19 dargestellt. Die Darstellung der Ergebnisse erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie wurden exemplarisch ausgewählt.

Tabelle 19: Darstellung der wissenschaftlichen Disziplinen

Disziplin	Subdisziplin	Konkrete Bezüge zum Thema	Studien, Artikel
Naturwissenschaften	Medizin	ärztliche Suizidassistenten Beratung und Begleitung von Menschen mit Suizidwunsch	<p>Eggert, O. (2022). Therapieziel Tod - von der Herausforderung des ärztlich assistierten Suizids Bericht von der Delegiertenversammlung am 16. November 2022. <i>BERLINER ÄRZT:INNEN</i>, 1 /23, 22-24.</p> <p>Weinmann, J. (2023). Bis zuletzt. Wie können Ärzt:innen Menschen am Lebensende beistehen? Abgerufen am 14.03.2023 von https://www.aekb.de/fileadmin//mitgliederzeitschrift/2023/2023-01_Berliner-Aerzt-innen_web.pdf</p> <p>Gavela, K. (2013). <i>Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe</i>. Heidelberg, NewYork. Dordrecht, London: Springer.</p>
	Palliativmedizin	Ansprechpartner für Menschen mit Suizidwunsch Ärztliche Suizidassistenten Beratung und Begleitung von	<p>DGP (2021). Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregelung der Suizidassistenten und Stärkung der Suizidprävention, Abgerufen am 14.03.2022 von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/210224_DGP_Eckpunkte_Suizidassistenten_Suizidpr%C3%A4vention.pdf</p> <p>DGP (2021). Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenten in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Abgerufen am 10.02.2022 von</p>

		Menschen mit Suizidwunsch	https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Wu%CC%88nschen_nach_Suizidassistenten_20210916.pdf
	Psychiatrie	Ansprechpartner für Menschen mit Suizidwunsch ärztliche Suizidassistenten Beratung und Begleitung von Menschen mit Suizidwunsch	Klesse, R., Teising, M., Lewitzka, U., Bäurle, P., Ciompi, L.; Fiedler, G., Justinian, I., Kapitany, T., Lindner, R., Lippmann-Rieder, S., Niederkrotenthaler, T., Rados, C., Schneider B. & Wolfersdor, M. (2022). Assistierter Suizid und Autonomie – ein Widerspruch? Das Konzept der »freien« Entscheidung zum Suizid im Lichte von anthropologischen, entwicklungspsychologischen und psychotherapeutisch-psychiatrischen Befunden. <i>Psychosozial</i> , 45(3), 169, 1-35. Müller, T. (2022). Psychiater fordern klare Regeln für Suizidassistenten. <i>InFo Neurologie + Psychiatrie</i> , 25(1), 50-51.
	Altersmedizin	Ansprechpartner für Menschen mit Suizidwunsch	Lindner, R. (2019). Altersmedizinische Hilfe statt assistierter Suizid Wenn alte Menschen sterben wollen. <i>Geriatric-Report</i> , 14 (3), 6-10.
	Pharmakologie	Umgang mit Betäubungsmitteln Wirkung und Nebenwirkungen von Natrium-Pentobarbital	Hohmann-Jeddi, C. (2022). Hilfe zum assistierten Suizid. Eine persönliche Entscheidung. Abgerufen am 14.03.2023 von https://www.pharmazeutischezeitung.de/eine-persoeliche-entscheidung-133415/

<p>Inter- disziplinäre Wissenschaften</p>	<p>Pflegewissen schaft</p>	<p>Pflegende als Ansprechpartner für Menschen mit Suizidwunsch</p>	<p>DeutscherPflegerat (2021). Stellungnahme des DPR zu wesentlichen Eckpunkten für eine Neuregelung der Suizidassistenten, nachdem das Bundesverfassungsgericht mit seinem Urteil vom 26.02.2020 den § 217 StGB für nichtig erklärt hat. Abgerufen am 14.03.2023 von http://deutscher-pflegerat.de/2021/04/15/moegliche-neuregelung-der-suizidassistenten/</p> <p>Dörmann, L. (2022). <i>Matserarbeit. Sichtweisen und Einstellungen von Pflegefachkräften unterschiedlicher Versorgungssettings zur Suizidassistenten</i>. Bremen: Universität Bremen.</p>
<p>Humanwissen- schaften</p>	<p>Psychologie</p>		<p>Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie [DGPT]. (2020). Vorstellungen und Vorschläge zu wesentlichen Eckpunkten einer möglichen Neuregelung der Suizidassistenten. Abgerufen am 10.02.2023 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistenten/Dt._Gesellsch._fuer_Psychoanalyse_Psychotherapie_Ps</p> <p>DGPT (2020). Beihilfe zum Suizid: Wie selbstbestimmt ist der Wunsch zu sterben? Abgerufen am 10.02.2023 von https://dgpt.de/artikel/beihilfe-zum-suizid-wie-selbstbestimmt-ist-der-wunsch-zu-sterben</p>

<p>Politik und Rechtswissenschaften</p>	<p>Jura</p>	<p>Gesetzesentwurf Rechtssprechung</p>	<p>Eberbach, W. (2022). Suizidhilfe zwischen Selbstbestimmung und Bürokratie. <i>MedR</i>,40, 455–465.</p> <p>Rombay, S. (2020). BVerfG verwirft § 217 StGB und entwickelt Grundrecht auf Suizid. Abgerufen am 10.02.2023 von https://www.juraexamen.info/bverfg-verwirft-%C2%A7-217-stgb-und-entwickelt-grundrecht-auf-suizid/</p> <p>Taupitz, J.; Taumein, O. (2017). Selbstbestimmung zum Sterben – Fürsorge zum Leben: Widerspruch für die Rechtsordnung? In Borasio, G. et al. (Hrsg.). (2017). <i>Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft, Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim</i>. Berlin, Heidelberg: Springer.</p>
<p>Geisteswissenschaften</p>	<p>Philosophie</p>	<p>Ethik Normen und Werte</p>	<p>AEM (2020). Stellungnahme des Vorstands der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 aus medizinethischer Sicht. Abgerufen am 10.02.2023 von https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/AEM_Stellungnahme_Suizidhilfe_nach_BVerfG_Urteil_2020-06-24.pdf</p> <p>Kipke, R. (2021). Sinnverneinung. Warum der assistierte Suizid uns alle angeht. <i>Ethik Med</i>, 33:521–538.</p>

	Theologie	Religionswissen- schaften Seelsorge	Eibach, U. (2015). Von der Beihilfe zum Suizid zur Tötung auf Verlangen? Eine Beurteilung aus seelsorgerlicher und ethischer Sicht. In Hoffmann, T. & Knaup, M. (2015). <i>Was heißt in Würde sterben. Wider die Normalisierung des Tötens</i> . Heidelberg: Springer.
--	-----------	-----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quelle: Eigene Darstellung

6.2 Berufliche Handlungsfelder

Handlungsfelder stellen nach Schneider (2005, S. 86) „komplexe Aufgabenbereiche dar, die entweder Problemstellungen aus dem Beruf, der Gesellschaft oder dem privaten Bereich aufgreifen“. Becker (2013, S. 13) beschreibt „berufliche Handlungsfelder bzw. Aufgabenfelder von Berufstätigen, [als Handlungsfelder, d. Verf.], in denen die beruflichen Arbeitsaufgaben verankert sind“. Die Begleitung von Menschen mit Suizidwunsch kann derzeit in allen Settings des Gesundheitswesens und pflegerischen Versorgungseinrichtungen gefordert werden und schließt die soziale Umgebung wie z.B. Angehörige ein.

Die thematische Auseinandersetzung mit dem assistierten Suizid findet in verschiedenen beruflichen Handlungsfeldern des Gesundheitswesens statt. Perspektivisch kann er in allen pflegerischen Versorgungsbereichen Anwendung finden, jedoch nicht zur geschäftsmäßigen Bereicherung dienen (StGB, 2018, §217 Abs. 1).

6.3 Fachdidaktische Analyse

Die Auswahl der Bildungsinhalte, die im Rahmen des Modulcurriculums vermittelt werden sollen, erfolgte in Anlehnung an die fachdidaktische Analyse nach Darmann-Finck (2009, S. 5). Darmann-Finck verfolgte mit ihrem Analysemodell im Rahmen der interaktionistischen Pflegedidaktik das Ziel, eine berufsbezogene Didaktik zu entwickeln (2010, S. 38). Die „Bildungsanlässe“ der Teilnehmenden haben hier ein Eigenrecht. Hervorgehoben werden die Schlüsselprobleme der Berufswirklichkeit. Im Rahmen der interaktionistischen Pflegedidaktik wird „Unterricht als kommunikativer Aushandlungsprozess verstanden, in dem sowohl Lehrende als auch Lernende Gestalter und zugleich Rezipienten sind. Die Lernenden können in diesem Rahmen mit geeigneten hermeneutischen Verfahren dazu ermuntert werden, erkenntnisfördernde Fragen zu stellen“ (Darmann-Finck, 2010, S. 238-239). Die Selbst- und Weltverständnisse der Teilnehmenden aller Berufsgruppen werden hervorgehoben und gefördert. Dozent:innen können die Unterrichtsthemen und die konkrete Unterrichtsplanung reflektieren und anpassen. Dabei sollen Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Solidarität der Teilnehmenden einbezogen werden (Darmann-Finck, 2010, S. 239).

Mit Hilfe der fachdidaktischen Kategorien der heuristischen Matrix werden berufliche Themen und Situationen hinsichtlich ihres Bildungspotenzials herausgearbeitet. Darmann-Finck (2009, S. 8) beschreibt pflegeberufliche Schlüsselprobleme als „komplexe und

mehrdimensionale berufliche Konflikt-, Problem- und Dilemmasituationen, die auf der Grundlage von Berichten Lernender gewonnen werden“. Diese Situationen werden als Lernsituationen beschrieben und basieren auf den Schlüsselproblemen.

Die beschriebene Didaktik bildet die Grundlage für die Entwicklung eines multiprofessionellen Curriculums. Hierbei werden alle Teilnehmenden der Aus – Fort und Weiterbildung zum Thema der Suizidassistenten mitbedacht. Die Charakteristika Selbstbestimmung, Mitbestimmung, Solidarität, Schlüsselprobleme und berufliche Wirklichkeit lassen sich auf alle Berufsgruppen übertragen.

In Anlehnung an die interaktionistische Pflegedidaktik wurde das Datenmaterial der Expert:innenworkshops und Expert:inneninterviews auf mögliche Schlüsselprobleme untersucht. Die kategoriale Anwendung der heuristischen Matrix wurde durch die qualitative Inhaltsanalyse synonym verwendet. Die Schlüsselprobleme, die aus dem Datenmaterial herausgearbeitet werden konnten, wurden zu Bildungsinhalten generiert.

6.4 Analyse der Lernvoraussetzungen

Die Zugangsvoraussetzungen für die Teilnahme an Modulen des Curriculums sind gesetzlich nicht geregelt. Zu erwarten ist, dass sich die Gruppe der Teilnehmenden heterogen zusammensetzt. Da es sich um ein multiprofessionelles Curriculum handelt, werden die Bildungs- und Berufshintergründe der Teilnehmenden voneinander abweichen. Voraussetzung ist jedoch, beruflich oder ehrenamtlich schwer und-/oder schwerstkranken Menschen zu begegnen und im weiten Sinne mit dem Thema der Suizidassistenten konfrontiert zu sein. Diese Entscheidung konnte durch Fachexpert:innen legitimiert werden: „[...] es wird sicherlich keine Grundvoraussetzung sein, dass man einen Palliativ-Care-Kurs abgeschlossen hat, damit man in dieses Modul geht, sondern diese Öffnung muss ja auch da sein (EEWS6, Z. 897 ff.).

Da die Thematik der Suizidassistenten in Deutschland mit dem bundesverfassungsgerichtlichen Urteil vom 26. Februar 2020 an Bedeutung gewonnen hat, ist davon auszugehen, dass Teilnehmende, wenn sie beruflich nicht mit dem Thema der Suizidassistenten konfrontiert sind, über ein geringes Vorwissen zu der Thematik verfügen. Als Bildungsgrundlage kann geringstenfalls das Thema „Tod und Sterben“ verstanden werden, da dieses bereits in den curricularen Vorgaben der grundständigen Schulbildung aufgegriffen wird.

Der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, mit welchen Inhalten zum Thema „Tod und Sterben“ Teilnehmende in ihrem vorausgegangenem Bildungsweg konfrontiert wurden:

Tabelle 20: Erworbene Kompetenzen in der allgemeinen Bildung

Bildungsformen	Fach	Inhalt/Kompetenz
Sekundarstufe II/ Gymnasium/Gesamtschule (Qualitäts – und Unterstützungsagentur – Landesinstitut für Schule, 2022, S. 26)	Evangelische Religion	<ul style="list-style-type: none"> Lernende vergleichen und systematisieren unterschiedliche Ansätze, angesichts der Erfahrung von Leid und Tod angemessen von Gott zu sprechen
	Katholische Religion	<ul style="list-style-type: none"> Lernende beschreiben Wege des Umgangs mit Tod und Endlichkeit
Sekundarstufe I/Jahrgang 9 (Qualitäts – und Unterstützungsagentur – Landesinstitut für Schule, 2022, S. 18-20)	Philosophie	<ul style="list-style-type: none"> Die Frage nach Ursprung, Zukunft und Sinn: Inhaltliche Schwerpunkt: Sterben und Tod

Quelle: Qualitäts – und Unterstützungsagentur – Landesinstitut für Schule, 2022

Die Fächer katholische und evangelische Religion stellen in der allgemeinen Schulbildung eine Vorbereitung auf das Thema „Tod und Sterben“ dar. Sowohl Religion als auch Philosophie wird nicht von jedem Teilnehmenden in der Schule belegt. Diejenigen, die nicht am Unterricht in den genannten Fächern teilgenommen haben, sind als Teilnehmende ohne thematische Vorbildung zu verstehen, welches die Bedeutung der Binnendifferenzierung in den Vordergrund rückt und den modularen Aufbau des Curriculums legitimiert.

EWS9 (Z. 827 ff.) führt kritisch an: „Und generell, finde ich zumindest, sollte man die Frage noch einmal stellen, ob man wirklich glaubt, so ein Curriculum für alle machen zu können, von der Ehrenamtlichen bis zum Sozialarbeiter und Pflege, oder ob da nicht doch die

Fragestellung oder die Herausforderungen an einigen Stellen anders sind, das weiß ich aber nicht!“ (EWS9, Z. 827 ff.). Mit der Planung der Evaluation des Curriculums kann diese Kritik erneut in den Fokus gerückt werden. Die Makroevaluationen mit Hilfe der Merkmale zu formalen Gestaltungsaspekten und hinsichtlich der Anschaulichkeit und Handhabbarkeit des Gesamtcurriculums nach Hundenborn, Knigge-Demal & Raschper (2019, S. 7) sowie unter Einbezug der vorgebrachten Kritikpunkte, sind nach Implementierung und erster Durchführung zu arrangieren.

Nicht nur der wissenschaftlichen Vorgehensweise, sondern auch dem Datenmaterial ist das Anliegen nach einer zeitnahen Evaluation der curricularen Strukturen zu entnehmen: „Also dass dann so ein Curriculum immer wieder auf den Prüfstand gestellt wird, aktualisiert wird, bzw. dass die Inhalte überprüft werden ist dann auch eine Frage der praktischen Umsetzung. Aber auch der Konzeption meine ich. Das dann eine regelmäßige Evaluation und Prüfungsweise mit eingebaut wird, damit es dann nicht heißt, wir haben so ein schönes Curriculum, das ist nur leider zehn Jahre alt und inzwischen passt das, was am Anfang stimmte, so nicht mehr“ (CAS3, Z. 214 ff.).

7. Zweite Konstruktionsphase

In der zweiten Konstruktionsphase werden die übergeordneten Konzeptionsstrukturen des Curriculums beschrieben. Es wird eine Definition übergeordneter Bildungsziele, Kompetenzen und Lernergebnissen vorgenommen. Zudem werden die Inhalte der einzelnen Module präsentiert und im Kontext einer Sachanalyse spezifiziert. Es werden pädagogisch begründete Empfehlungen für die Auswahl der Didaktik und Methodik erteilt. Um die Nachvollziehbarkeit der ersten Konstruktionsphase zu erhöhen und den Zusammenhang aller im Konstruktionsschritt verorteten Inhalte zu legitimieren, beginnt das Kapitel mit einer Abbildung zum logischen Vorgehen der Konstruktionsschritte und beschreibt, wie sich diese gegenseitig bedingen.

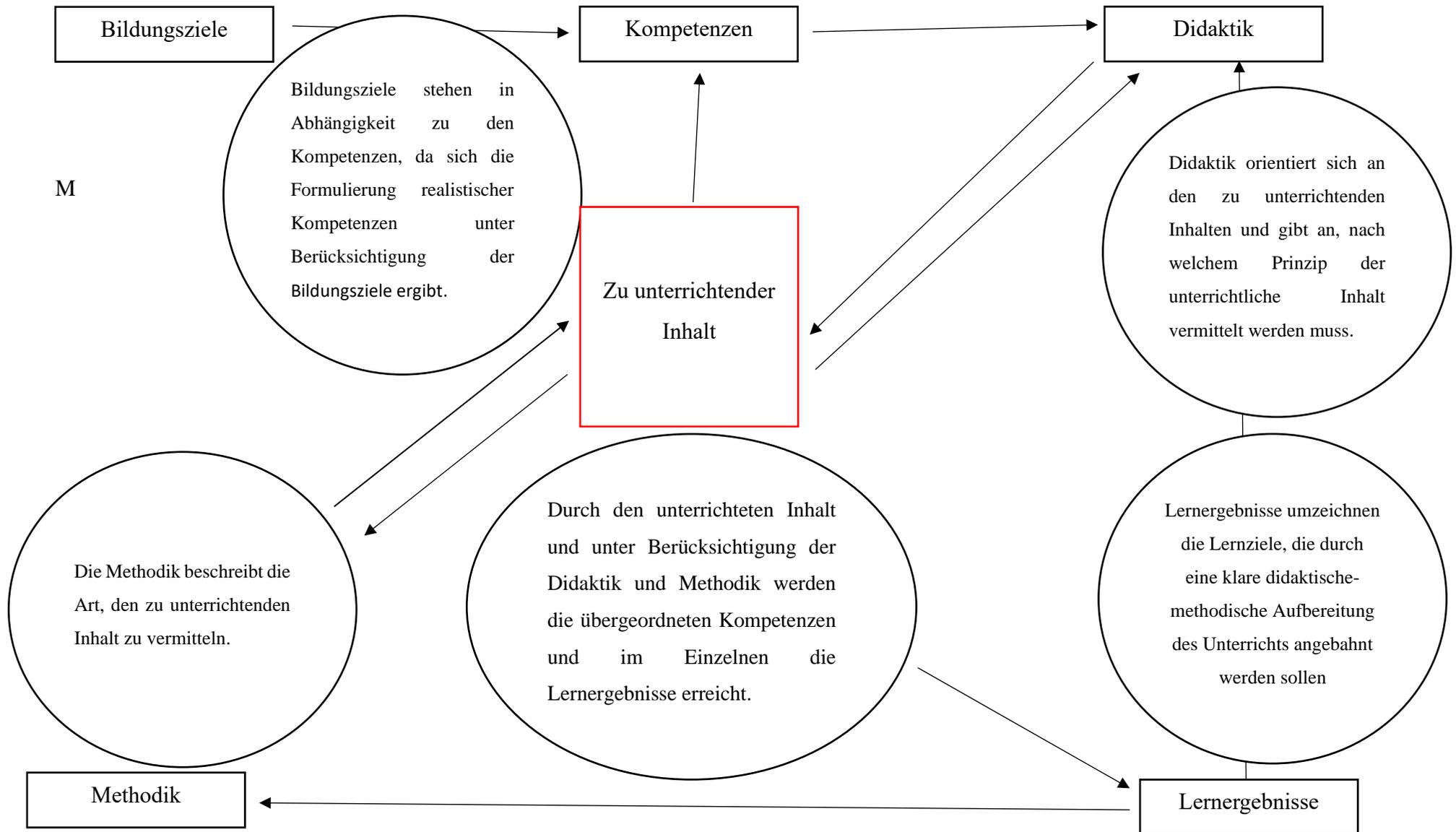


Abbildung 2: Darstellung des Zusammenhangs der zweiten Konstruktionsphase

Quelle: Eigene Darstellung

7.1 Übergeordnete Bildungsziele

Wie in der Einleitung der zweiten Konstruktionsphase und in der Abbildung 3 beschrieben, ist es bedeutend, eingangs die übergeordneten Bildungsziele des Gesamtcurriculums zu definieren.

Übergeordnete Bildungsziele nach Klafki, wie Solidaritäts-, Mitbestimmungs- und Selbstbestimmungsfähigkeit der Teilnehmenden, werden in den Fokus des Curriculums gestellt (Knigge-Demal, 2001, S. 43). Die (Weiter-) Entwicklung der Selbst- und Weitsicht sowie des Selbstverständnisses, die Reflexionsfähigkeiten zu sich selbst, zu anderen und zur Welt sowie die individuelle Persönlichkeitsentwicklung werden gefördert. Es gilt, Kompetenzen zu entwickeln, mit denen die Betroffenen gestärkt und unterstützt werden, eigene Wege zu finden und Wünsche zu äußern. Dabei beachten die Teilnehmenden die Grundprinzipien von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz (PflAPrV, 2020, Anlage 1, § 7, KB II Abs. 1b). Sie sind in der Lage, die mit der Äußerung eines Todeswunsches verbundenen Phänomene zu beobachten und zu interpretieren – mit Hilfe der erforderlichen bezugswissenschaftlichen Erkenntnisse – und diese in ihr Handeln zu integrieren (PflAPrV, 2020, Anlage 1, § 7, KB III. 2 c). Sie sind für die Gefühle und Gedanken von Menschen mit Todeswünschen und deren Angehörigen vor und nach der Eröffnung des Todeswunsches sensibilisiert. Sie sind in der Lage, die Kommunikation und Interaktion situationsbezogen zu gestalten und eine angemessene Information sicherzustellen. Sie nutzen für die Beratung der Betroffenen den aktuellen Stand der Erkenntnisse, der sich evidenzbasiert an Leitlinien orientiert. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erarbeitet seit 2011 eine S3 Leitlinie zum Umgang mit Suizidalität, welche 2024 veröffentlicht werden soll (AWMF, o. J., o. S.). Die Teilnehmenden können Menschen mit Todeswunsch ihrem Kenntnisstand entsprechend unterstützen und begleiten (PflAPrV, 2020Anlage 1, § 7, KB I. Abs. 1 a, b, f, h).

Die Bildungsziele orientieren sich maßgeblich an der pflegerischen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV). Hier wurden im Rahmen der curricularen Einheit (CE) 08 Bildungsziele formuliert, die das Thema „Tod und Sterben“ und damit einhergehend die Suizidassistenten aufgreifen (Fachkommission § 53 PfIBG, 2020, S. 128-148).

7.2 Sachanalyse der konkreten Bildungsinhalte

Um im nächsten Konzeptionsschritt übergeordnete Kompetenzen beschreiben zu können, ist es notwendig, sich der in Tabelle 18 beschriebenen Bildungsinhalte bewusst zu werden. Entsprechend ist es sinnvoll, im Rahmen einer Sachanalyse die Bildungsinhalte zu konkretisieren, um ein vertieftes Verständnis zu den zu unterrichtenden Inhalten zu entwickeln.

Eine Sachanalyse wird in der Literatur unterschiedlich strukturiert. Meyer (2020, S. 198) sieht zwischen der didaktischen Analyse (Kapitel 7.2) der methodischen Analysen (Kapitel 7.6) und der Sachanalyse keine scharfe Abgrenzung (siehe Abbildung 4).

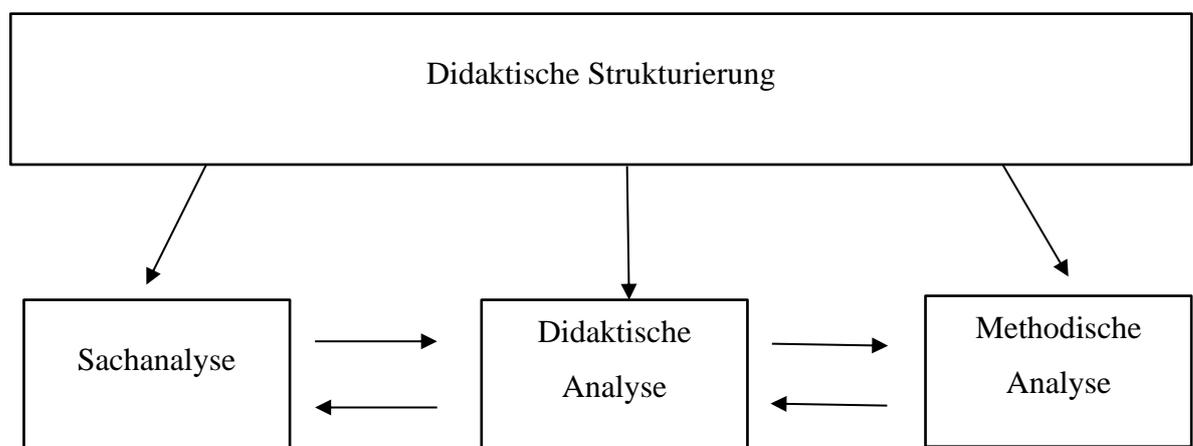


Abbildung 3: Didaktische Strukturierung

Quelle: Meyer, 2020, S. 198

Um eine differenzierte didaktisch-methodische Aufbereitung der Bildungsinhalte vorzunehmen, erfolgt eine umfassende, gründliche und zielorientierte Sachanalyse (Engelhard & Otto, 2020, S. 328). Oelke und Meyer (2020, S. 254) kritisieren an der Sachanalyse, dass die Auswahl und Strukturierung des Unterrichtsinhalts nicht aus fachwissenschaftlichen Vorgaben abgeleitet werden kann, sondern von Beginn an aus einem didaktischen Begründungszusammenhang erfolgen muss.

Eine fachwissenschaftliche Auseinandersetzung mit den im Modulcurriculum verorteten Bildungsinhalten ist aus Sicht der Studierenden unabdingbar.

Die Sachanalyse setzt eine möglichst umfassende themenadäquate Literaturrecherche und –auswertung voraus und orientiert sich im Rahmen der curricularen Entwicklung zum Thema Suizidassistenten am Erwerb themenspezifischer Kenntnisse und Einstellungen, der Erschließung der Sachstruktur und der Auswahl der Themenschwerpunkte (Engelhard &

Otto, 2015, S. 328). Die Sachanalyse kann hier auch als detaillierte fachwissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Bildungsinhalten des vorliegenden Curriculums verstanden werden und gibt Orientierung zur Beantwortung der Frage: „Was soll unterrichtet werden“ (Meyer, 2020, S. 177). Die ausgewählten Inhalte der einzelnen Module begründen unter anderem den Titel dieser Arbeit und sind gestützt auf die Aussagen der Expert:innenworkshops und Einzelinterviews. Aufgrund begrenzter Unterrichtszeiten sind die Dozent:innen angehalten, eine didaktische Reduktion vorzunehmen. Siebert (2012, S. 207) beschreibt die didaktische Reduktion als gezielte Auswahl der für das Lehren und Lernen benötigten Sachverhalte aus einer großen Menge an Material. Schmal (2017, S. 66-67) empfiehlt nach der quantitativen Reduktion der Inhalte die Durchführung einer qualitativen Reduktion. „Bei dieser wird das Wissen an den Komplexitätsgrad der Lernenden angepasst. Der Komplexität werden Beispiele beigelegt, die das Verständnis verbessern. Letztlich erfolgt eine logische Strukturierung der Inhalte“ (Schmal, 2017, S. 67). Die folgende Sachanalyse beleuchtet ausgewählte Bildungsinhalte aus Modul 1 „Menschen mit Todeswünschen professionell begegnen können“ und Modul 10 „Medizinische Grundlagen erwerben“. In Austausch mit den Expert:innen wurde in Bezug auf den assistierten Suizid insbesondere das Recht auf Selbstbestimmung fokussiert und die damit verbundene Entscheidungshoheit am Lebensende. Die im Modul 1 und Modul 10 verorteten Bildungsinhalte zeigen u. a. Alternativen zur Suizidassistenz auf, die das Recht auf Selbstbestimmung wahren und fördern, wie z.B. der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und die palliative Sedierung. Weiter werden Themen zum Umgang mit Todeswünschen, Suizidprävention und Krisenintervention erläutert. Die Auseinandersetzung mit diesen Themen wurde von den Expert:innen als wesentlicher Bildungsinhalt zum Thema Suizidassistenz benannt und in den Diskussionen immer wieder hervorgehoben.

7.2.1 Die Rolle der Palliativmedizin / Palliative Care im Kontext der Suizidassistenz

Die Geschichte der Hospizbewegung und Palliativmedizin begann mit zunehmender Technisierung der Medizin in den 1960er Jahren. Ciceley Saunders gründete 1969 das St. Christopher's Hospice in London und konkretisierte hier ein umfassendes, interprofessionelles, konsequentes auf die Belastungen der Patient:innen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen und ihres sozialen Umfeldes fokussierendes Behandlung- und Begleitkonzept (Alt-Epping, 2018, S. 20).

Die WHO definiert Palliativmedizin / Palliative Care „als ein[en] Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO, 2002, o. S.).

Palliativmedizin ist nach Definition der DGP (Radbruch, Nauck & Sabatowski, o. J., o. S.) „die Behandlung von Patienten [und Patientinnen, d. Verf.] mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Palliativmedizin soll sich dabei nicht auf die letzte Lebensphase beschränken. Viele Grundsätze der Palliativmedizin sind auch in frühen Krankheitsstadien zusammen mit der kausalen Therapie anwendbar. Palliative Zielsetzungen können in verschiedenen organisatorischen Rahmen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich verfolgt werden“ (Radbruch, Nauck & Sabatowski, o. J., o. S.).

Beide Definitionen setzen Meier und Sitte (2019, S. 3) zufolge „die Akzeptanz des Sterbens als natürlichen Prozess am Ende des Lebens voraus“. Alt-Epping (2018, S. 22) beschreibt als übergeordnete Ziele der Palliativmedizin/Palliative Care die gesellschaftliche Bewusstmachung von Leid und Sterben, das Aufzeigen verschiedener Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten und kultureller Aspekte in Bezug auf die Begleitung in schwerer Krankheit und am Lebensende. Alt-Epping (2018, S. 20) hebt gesellschaftliche Einstellungen hervor, die onkologische Erkrankungen vermehrt mit Betroffenheit, Kontrollverlust und als unheilbar assoziieren. Menschen mit onkologischen Erkrankungen leiden zusätzlich auch an fokalen Symptomen wie Schmerzen, Dyspnoe und Übelkeit, während die Symptomlast nicht onkologischer Grunderkrankungen durch Schwäche und Müdigkeit gezeichnet ist. Mit der Studie „Non-cancer patients in specialized palliative care in Germany: What are the problems?“ wurde die Rolle der nicht-malignen Erkrankungen in der spezialisierten stationären Palliativversorgung in Deutschland beleuchtet und die damit verbundenen Anforderungen in Bezug auf Arbeitsbelastung und Ressourcenplanung im Rahmen der Palliative Care untersucht. (Ostgathe et al., 2011, S. 149). In Bezug auf die Suizidassistenten bietet diese Studie interessante Ergebnisse und Denkanstöße, da auch der Todeswunsch nicht zwangsläufig mit einer onkologischen Grunderkrankung im Zusammenhang stehen muss. Die Palliativmedizin / Palliative Care wird in der Gesellschaft und im medizinischen Kontext unmittelbar mit sterbenahen Situationen und der Begleitung

von Sterbenden in Zusammenhang gebracht (Alt-Epping, 2018, S. 21). Ciceley Saunders formulierte mit dem Begriff „total pain“ eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen unter Einbezug seiner physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Einstellungen und Wahrnehmungen in Bezug auf Leid und Schmerz (Thöns & Hait, 2019, S. 32). Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit nach Engel bezieht alle vier Dimensionen in die Behandlung von Menschen mit ein. Stanze & Stanze (2019, S. 299) ergänzen hier den interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz „das Leiden entsprechend zu lindern, um Lebensqualität wieder herzustellen“. Im Rahmen der Palliativmedizin kommt Alt-Epping (2018, S. 20) zufolge, „die Erwartung von Fürsorge und Begleitung [...] weit deutlicher zum Ausdruck als der medizinisch-therapeutische Anspruch einer Verbesserung der physischen und psychosozialen Rahmenbedingungen, der jedoch gleichermaßen zum palliativmedizinischen Grundverständnis gehört“. Palliativmedizinische Ansätze sollten frühzeitig und ergänzend in die kausale Therapie eingebunden werden und Unterstützungsangebote für den Bedarfsfall aufzeigen, Themen in Bezug auf das Lebensende offen ansprechen, mögliche Notfallsituationen transparent machen und Betroffene und Angehörige auf den weiteren Krankheitsverlauf vorbereiten. Studien zeigen bei frühzeitigem Einbezug einer palliativmedizinischen Versorgung positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf. Im Vordergrund steht hier häufig die Linderung von Schmerzen (Alt-Epping, 2018, S. 21). Im Zusammenhang mit den Gesetzesänderungen zum §217 wurde im Dezember 2015 das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) verabschiedet. Mit Stärkung dieses Gesetzes soll Todeswünschen von Betroffenen und damit der Suizidassistenten mittels frühzeitiger Leidenslinderung entgegengewirkt werden.

7.2.2 Umgang mit Todeswünschen

Der Wunsch zu sterben kann sich aus verschiedenen Gründen entwickeln und unter verschiedenen Umständen geäußert werden (Lindner & Voltz, 2020, S. 418). Im Rahmen der ersten Diskussionen um den assistierten Suizid untersuchten Rosenfeld et al., (1999, S. 94) HIV-Patienten und Patientinnen im Abstand von zwei Monaten mittels Fragebögen zur Selbsteinschätzung (Schedule of Attitudes toward Hastened Death) hinsichtlich der Häufigkeit und Intensität von Todeswünschen. Es wurde festgestellt, dass die Schwere der Hoffnungslosigkeit in einem signifikanten Zusammenhang mit der Entwicklung des Wunsches zu sterben steht. Dem Schweregrad der Depression konnte hingegen kein bedeutender Einfluss auf den Wunsch, sterben zu wollen, zugeschrieben werden. Weiter

steht die Zu- oder Abnahme von Todeswünschen nicht im Zusammenhang mit demographischen Daten wie Geschlecht, Alter, Ethnie oder Ausbildung (Rosenfeld et al., 1999, S. 97). Auf die „Ambivalenz und Vieldeutigkeit von Suizidwünschen, auch wenn sie im Einzelfall nachvollziehbar sein mögen“, weisen Jansky, Jaspers, Radbruch und Nauck (2017, S. 96) hin. Sterbewünsche schwerkranker Menschen werden häufig mit Depression und Hoffnungslosigkeit in Verbindung gebracht. Den Wunsch zu sterben begründet Feichtner (2022, S. 3) aus einer aktuellen Situation heraus, wie z.B. dem Leidensdruck aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen. Lindner und Voltz (2020, S. 413) sehen im Zusammenhang mit dem Wunsch nach „Beschleunigung des Sterbens die Dimension der Akzeptanz des Todes im Sinne einer Lebenssattheit“. Lindner, Foerster und von Renteln-Kruse (2013, S. 443-444) beschreiben Lebensmüdigkeit als „eine Form der Suizidalität ohne konkrete Vorstellungen und ohne Handlungsdruck, jedoch mit Leidenserfahrung“.

Laut Jansky, Jaspers, Radbruch und Nauck (2017, S. 96) überwiegt bei Patienten, die einen Sterbewunsch äußern, die Bitte um aktive Sterbehilfe, d. h. Tötung durch den Arzt auf Verlangen, gegenüber dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid. Putz und Thöns (2019, S. 257) beschreiben die aktive Sterbehilfe als „Tötung durch die Hand eines Menschen“ und passive Sterbehilfe als „Sterben an der Hand eines Menschen“. Feichtner (2022, S. 4) weist darauf hin, den Sterbewunsch nicht zwangsläufig als Suizidalität zu interpretieren oder mit der Aufforderung zur Suizidassistenten gleichzusetzen.

Balaguer et al. (2016, S. 8) konnten in ihrer Arbeit verschiedene Faktoren identifizieren, die einen vorzeitigen Sterbewunsch auslösen können. Sie beziehen sich auf „physische Symptome (entweder aktuell oder antizipiert), psychologischer Distress (z.B. Depression, Hoffnungslosigkeit, Angst), existenzielles Leiden (z.B. Verlust von Lebenssinn) oder soziale Aspekte (z.B. das Gefühl eine Last zu sein)“ (Balaguer et al. 2015, S. 8). Rodríguez-Prat et al. (2017, S. 1) sehen den vorzeitigen Sterbewunsch im Kontext einer fortgeschrittenen Erkrankung als Reaktion auf die beschriebenen Faktoren.

Kremeike et al. (2021, S. 3598) bestätigen mit ihrer Definition den Todeswunsch als komplexes Phänomen mit individuellen Ursachen, Ausprägungen und Folgen bei Menschen mit einer lebenslimitierenden Erkrankung. Jansky, Jaspers, Radbruch und Nauck (2017, S. 92) diskutieren den Wunsch von Patienten, zu sterben, als Ausdruck der Belastung für Familie und Gesellschaft. Äußern Patienten direkt oder indirekt den Wunsch nach einer Beschleunigung des Sterbens, könnte dies nach Anstey et al. (2016, S. 11) ein Hinweis darauf sein, dass das Leben aus Sicht der Betroffenen nicht mehr lebenswert ist. Feichtner

(2022, S. 4) teilt diese Vermutung und sieht den Sterbewunsch als „Ausdruck einer dramatischen Überforderung des Patienten, der Patientin und er macht die Not und die Verzweiflung deutlich, in der er/sie sich befindet. Sterbewünsche können damit auch einen Hilferuf darstellen“. Der Sterbewunsch kann im Moment der empfundenen Ausweglosigkeit zunächst etwas Entlastendes haben und dem Menschen ein Gefühl der Selbstbestimmung zurückgeben (Kapitany, 2022, S. 185)

Lindner und Voltz (2020, S. 417) unterscheiden Todeswünsche nach: „akut und nicht akut vorhanden, hypothetisch für zukünftige Situationen und einer generellen Zustimmung zum Sterben ohne aktuelle Äußerung eines Todeswunsches“.

Feichtner unterscheidet (2022, S. 6) drei Kategorien zu sterben:

- Hypothetischer Ausstiegsplan: wird selten kommuniziert
- Ausdruck tiefer Verzweiflung: meist ein vorübergehendes Phänomen
- Ausdruck der Bewältigung und Manifestation des Abschiedes

Im Rahmen ihrer Studie befragten Jansky, Jaspers, Radbruch & Nauck (2017, S. 89) DGP-Mitglieder u. a. dazu, wie sie mit Sterbewünschen von Patienten konfrontiert werden und wie sie zum berufsrechtlichen Verbot des ärztlich assistierten Suizids eingestellt sind. Arbeitende in der palliativen Praxis sehen sich häufig mit Sterbewünschen konfrontiert. Die Autoren betonen, dass die Äußerung eines Sterbewunsches ein „Zeichen des Vertrauens gegenüber den Behandlern und das Gespräch darüber eine Entlastung für die Betroffenen“ darstellen kann (Jansky, Jaspers, Radbruch & Nauck, 2017, S. 92). Feichtner (2022, S. 3) sieht Pflegepersonen als erste Kontaktpersonen dieser Wünsche. Dies begründet Dörmann (2022, S. 71-72) im Rahmen der SEILASS-Studie (Sichtweisen und Einstellungen von Pflegefachkräften unterschiedlicher Versorgungssettings zur Suizidassistenten) mit der „beruflichen Nähe der Pflegepersonen zu den Patienten als Ansprechpartnerinnen für Sterbewünsche“. Hier macht Dörmann (2022, S. 72) auf die individuell geprägte Beurteilung der Sterbewünsche und die eigene Haltung der Pflegepersonen aufmerksam. „Die eigene Einstellung zum (Weiter-) Leben und Tod sowie auch die Haltung gegenüber der Suizidassistenten nehmen bei den Pflegefachkräften Einfluss auf die Beurteilung (Nachvollziehbarkeit) des Sterbewunsches“. Insbesondere die Haltung ist hier ein relevanter Aspekt“ (Dörmann, 2022, S. 72). Im Vergleich zu Ärzten stehen Pflegende nach Zenz (2017, S. 7) lebensbeendenden Praktiken insgesamt positiver gegenüber. In Bezug auf die

individuelle Religiosität der am Prozess Beteiligten, konnte die Autorin eine eher ablehnende Haltung feststellen.

Lindner und Voltz (2020, S. 427) empfehlen zum Umgang mit Todeswünschen ein vierstufiges Schema, bestehend aus: Wahrnehmung, Verständnis, kompetenter Begleitung und Suizidprävention. Weiter zeigen die Experten zwölf Strategien und Techniken im Umgang mit potentiellen Todeswünschen auf, wie z.B. die Erkundung des psychischen und spirituellen Befindens des Patienten, die Wahrnehmung der eigenen Gefühle im Gespräch mit dem Patienten, der Durchführung von Supervisionen und Fallbesprechungen. Der Äußerung eines Sterbewunsches sollte nach Feichtner (2022, S. 8) mit „Priorität, Aufmerksamkeit, Achtsamkeit sowie hoher professionellen und kommunikativen Kompetenz“ begegnet werden. Im Rahmen der Kommunikation soll der Sterbewunsch ernst genommen und auf keinen Fall verharmlost werden. Mittels aktiver Rückfragen ist zu ermitteln, ob die Äußerung richtig verstanden wurde: „Was ist es, das Sie so verzweifeln lässt? Was halten Sie nicht mehr aus? Was belastet Sie am meisten? Warum ist dieser Wunsch gerade jetzt so deutlich?“ (Feichtner, 2022, S. 9). Liegt ein Sterbewunsch vor, sollten die Angehörigen im Einvernehmen mit dem Patienten in das Gespräch einbezogen werden (Lindner & Voltz, 2021, S. 438). Rodriguez et al. (2017, S. 11.) halten es für vorteilhaft, Patienten mit einem potenziellen Sterbewunsch bereits proaktiv auf diesen anzusprechen. Aufbauend auf der Studie von Kreimeike et al. (2018) „The desire to die in palliative care: Optimization of management (DEDIPOM)“ entwickelten Frerich et al. (2020) ein bedarfsorientiertes Trainingskonzept zur Kommunikation über den Wunsch zu Sterben mit den Schwerpunkten: Aspekte der Gesprächsführung, Einordnung -Bedeutung – Funktion von Todeswünschen, Reflexion (bewusster Umgang mit der eigenen Haltung und Emotionen, Selbstschutz) und weiteren Handlungsoptionen. Lindner und Voltz (2021, S. 439) empfehlen Behandlungsteams, die Patienten mit Sterbewunsch begleiten, die Teilnahme an Angeboten, wie z.B. „Fallbesprechungen, Seelsorge und Supervision [...] sowie Ethikberatung [...] und Fortbildungen“. Der respektvolle Umgang mit einem Suizidwunsch gilt als wichtige Grundhaltung im Rahmen der Suizidprävention (Kapitany, 2022, S. 188).

7.2.3 Suizidprävention und Krisenintervention

Im deutschen Gesundheitswesen beschreibt Prävention „zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko

der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern“ (BMG, 2019, o. S.). Suizidprävention ist nach Wolfersdorf und Etzersdorf (2023, S. 110) „die Verhütung der Umsetzung von Suizidgedanken in suizidale Handlungen“. Mit der Förderung „suizidpräventiver Kompetenz in Institutionen und Gesellschaft (suiKum)“ sorgt das BMG für öffentliche Aufklärung zum Thema Suizid mit dem Ziel, Vorurteile und Fehlvorstellungen zu reduzieren und die Akzeptanz suizidpräventiver Angebote zu fördern (BMG, 2022, o. S.). Im Rahmen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms, „einer Initiative aus mehr als 90 Institutionen, Organisationen und Verbänden, [...] werden im suiKom-Projekt durch thematisch-definierte Arbeitsgruppen wissenschaftlich begründete Vorschläge für Aktivitäten und Interventionen entwickelt“ (BMG, 2022, o. S.). NaSpro wurde auf der Grundlage der WHO-Empfehlung „Preventing Suicide: a Global Imperative“ entwickelt. Die NaSpro-Arbeitsgruppe „Suizidprävention in der medizinischen Versorgung“ beschreibt das Thema in diesem Kontext auf Grund verschiedener struktureller Bereiche und unterschiedlicher Risikogruppen als komplex (Schneider et al., 2021, S. 170). Suizidprävention im Gesundheitswesen wird von den Autoren vor allem als indizierte und selektive Suizidprävention gesehen. Selektive Suizidprävention setzt bei ersten erkennbaren Risikofaktoren an, während indizierte Suizidprävention auf Personen abzielt, die bereits suizidales Verhalten zeigen (Greul, 2020, o. S.).

In Bezug auf die Suizidprävention in der medizinischen Versorgung identifizierten Schneider et al. (2021, S. 184) die Notwendigkeit folgender Maßnahmen:

1. „die kontinuierliche Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland,
2. Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema Suizidalität und Suizidprävention,
3. (Weiter-)Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung von Leitlinien, Standards und Empfehlungen,
4. Verbesserung der Nachsorge und der Postvention, insbesondere in der Notfallversorgung und die Vernetzung der einzelnen Bereiche“.

Darüber hinaus sollen u.a. die Enttabuisierung der Suizidthematik und die Endstigmatisierung psychischer Erkrankungen durch Öffentlichkeitsarbeit gefördert, Notrufnummern enttabuisiert, psychotherapeutische Krisenintervention und Langzeitpsychotherapie etabliert und die Versorgung der Angehörigen von Suizidenten, auch nach Suizidversuch und Suizid, intensiviert werden. (Schneider et al., 2021, S. 184).

Wolfersdorf und Etzersdorfer (2023, S. 110) sehen einen Zusammenhang von Suizidprävention und Krisenintervention. Der Begriff Suizidprävention wird eher mit medizinischen Bereichen wie der Psychiatrie in Verbindung gebracht, während Krisenintervention im Bereich der psychosozialen Beratung gesehen wird. Unter Krisenintervention verstehen Wolfersdorf und Etzedorfer (2023, S. 111) Maßnahmen zur „Bewältigung einer aktuell als belastend und die eigenen Ressourcen übersteigend erlebten Situationen [...], um die Entwicklung in Suizidalität hinein zu verhüten“. Das Erkennen und Bewerten von Risikofaktoren ist ein wichtiger Aspekt der Suizidprävention. Die WHO (2014, S. 31) beschreibt mögliche Risikofaktoren auf den verschiedenen Ebenen: „Gesellschaft, Gemeinschaft, Beziehungen und Individuum“. Diesen Ebenen ordnen Schneider et al. (2021, S. 173) bestimmte Handlungsfelder und spezifische Risikofaktoren zu (siehe Tabelle 21). Wentseis (2022, S. 45) ergänzt hier die Bedeutung der Wahrung und Achtung der Selbstbestimmung.

Tabelle 21: Handlungsfelder mit spezifischen Risikofaktoren für Suizid

Psychische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Affektive Störungen (Depression, bipolare affektive Erkrankung) - stoffgebundene und nichtstoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen - Schizophrene Psychosen - Essstörungen (insbesondere Anorexia nervosa) - Persönlichkeitsstörungen - Anpassungs- und Belastungsstörungen
Amnestische Variablen	<ul style="list-style-type: none"> - Suizid in der Familienanamnese, früherer Suizidversuch
Somatische Erkrankungen und ihre Folgen	<ul style="list-style-type: none"> - onkologische Erkrankungen - chronische somatische Erkrankungen - lebensbedrohliche und -limitierende Diagnosen

	<ul style="list-style-type: none"> - körperliche Funktionseinschränkungen, anhaltende Schmerzen - negative soziale Folgen der Erkrankung (Partnerschaft, Finanzen, Teilhabe etc.)
Soziale Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Familiäre Situation - Berufs- und Arbeitssituation - Migration inkl. Flucht - Kultur und Religion - Wohnsituation
Personale Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> - LGBTQ (lesbian, gay, bisexuell, transgender, queer) - männliches Geschlecht - höheres Lebensalter - Entscheidungshoheit/ Selbstbestimmung

Quelle: Schneider et al., 2021, S. 173

Die Kenntnis der unterschiedlichen Suizidpraktiken ist unerlässlich, um lebensrettende präventive Maßnahmen konzipieren und im besten Fall auch umsetzen zu können. Die Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmitteln (z.B. Waffen, Medikamente, Chemikalien, Sicherung von Gebäuden) wird als eines der wirksamsten Mittel der Suizidprävention beschrieben (Müller et al., 2021, S. 41- 42).

Eine absolute Suizidprävention ist nach Wolfersdorf und Etzersdorfer (2023, S. 110) nicht realisierbar. Übergeordnetes Ziel der Suizidprävention ist aus Sicht der Autoren die weitere Erforschung und Beschreibung von Risikofaktoren, die zur Förderung des Verständnisses von Suizid und zur Schaffung besserer Rahmenbedingungen zur Verringerung von Suizidanlässen beitragen können.

7.2.4 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) am Lebensende und bei schwerem Leid, bietet für Betroffene ohne Bewusstseins Einschränkungen eine Möglichkeit, selbstbestimmt durch das Einstellen von Essen und Trinken einen vorzeitigen Tod

herbeizuführen und damit das unerträgliche Leid zu beenden (Ivanović, Büche & Springer, 2014, S. 2; Simon und Hoekstra, 2015, S. 1100). FVNF wird synonym auch als freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) und Sterbefasten bezeichnet. Die Bezeichnungen wurden aus dem englischen (Voluntary Refusal of Food and Fluids (VRFF), Voluntary Stopping of Eating and Drinking (VSED)) übersetzt und haben sich in Deutschland etabliert. Birnbacher und Walther (2019, S. 213) diskutieren die unterschiedlichen Bezeichnungen kritisch und definieren deren Bedeutungen und Qualität. „Nahrung und Flüssigkeit bilden semantisch Oberbegriffe, während Essen und Trinken eine Selbstständigkeit der natürlichen, menschlichen Nahrungsaufnahme implizieren“ (Starke, 2020, S. 173). Das Konzept des FVNF basiert auf einer freien Entscheidungsfähigkeit der Betroffenen und kann nicht als Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit bewertet werden. Birnbacher und Walther (2019, S. 214) differenzieren FVNF und unterscheiden den FVNF hinsichtlich der Art des Verzichtes auf Nahrung, Flüssigkeit soll von FVNF, einem unreflektierten Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (VNF), dem Verzicht auf Flüssigkeit FV(N)F oder dem Verzicht auf Nahrung FVN(F). Weiter nuanciert Simon (2017, S. 493) zwischen dem Abbruch einer parenteralen Ernährung bei z.B. bewusstlosen Patienten und dem FVNF. „Sofern jemand nicht mehr aktuell seinen Willen verbal äußern oder durch sein Verhalten signalisieren kann, sondern seine Patientenverfügung (PV) oder sein mutmaßlicher früherer Wille zur Geltung gelangen soll, ist das Beenden der künstlichen Versorgung als Behandlungsabbruch“ und damit mit dem Sterbenlassen gleichzusetzen (Walther & Birnbacher, 2019, S. 214).

Mit dem Begriff des Sterbefastens beschreiben Chabot und Walther (2021, S. 9) das Ziel des vorzeitigen Todes, welcher durch das Einstellen von Essen und Trinken herbeigeführt werden soll. Mit dem Begriff des Sterbefastens bleibt ungeklärt, ob es sich hier um ein Fasten im Sterbeprozess oder ein bewusstes Fasten zum Sterben handelt (Starke, 2020, S. 173). Der Verlust von Hunger und Durst im Verlauf eines natürlichen Sterbeprozesses ist laut Feichtner, Weixler und Birklbauer (2018, S. 355) häufig zu beobachten. Coors, Simon und Alt-Epping (2019, S. 9) bezweifeln, „dass der Begriff des Fastens eine angemessene Beschreibung des Vorgangs des FVNF ist“. Fasten als Verzicht auf Essen und Trinken und der damit verbundene Verzicht auf Genuss, ist eng mit religiösen Aspekten verbunden und dient in diesem Kontext z.B. der Reinigung und Buße. Feichtner, Weixler und Birklbauer (2018, S. 354) distanzieren sich von dem Begriff des Sterbefastens, da ein Verzicht auf Flüssigkeit hier nicht direkt einbezogen wird. Wissenschaftlich konnte keine einheitliche Definition des FVNF benannt werden.

Radbruch et al. (2019, S. 4) einigten sich mit Herausgabe des Positionspapiers der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin auf die Bezeichnung des freiwilligen Verzichts auf Essen und Trinken. „Die Bezeichnung „Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken“ wird bewusst bevorzugt gegenüber der Bezeichnung „Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“, weil das Essen und Trinken mehr umfasst als nur die Zufuhr von Flüssigkeit und Nährstoffen (Radbruch et al., 2019, S. 4). Radbruch et al. (2019, S. 4) differenzieren den FVET infolge einer krankheitsbedingten Anorexia oder Übelkeit und Erbrechen zur Reduktion der Belastungen. Der FVNF ist Gegenstand zahlreicher rechtlicher und ethischer Diskussionen. Im Vordergrund steht die Frage, ob es sich im Rahmen des FVNF um Suizidalität und damit um einen rechtlich definierten Suizid handelt. Suizid wird nach Wolfersdorf und Etzersdorfer (2021, S. 30) als eine bewusste und selbst herbeigeführte Handlung oder passive Unterlassung lebenserhaltenden Verhaltens beschrieben, durch die das eigene Leben willentlich beendet und damit der eigene Tod herbeigeführt wird. Laut Simon (2018, S. 10) wird die Entscheidung für den FVNF nicht impulsiv getroffen und er betont, dass sie „in den ersten Tagen revidiert werden kann“. Der Autor unterscheidet zwischen einem wohlüberlegten, nach Abwägung aller Alternativen freiverantwortlichen Suizidwunsch und Suizidalität im Verlauf z.B. einer psychischen Erkrankung. Unabhängig davon, ob es sich um einen palliativmedizinischen oder psychiatrischen Behandlungskontext handelt, besteht der zweite Punkt darin, den Suizid zu verhindern (Simon, 2018, S. 10). In beiden Fällen sieht Neitzke (2019, S. 149) den Tatbestand des selbstverfügt Todes.

„Die Diskussion wird dadurch verkompliziert, dass es primär nicht nur um die Frage geht, ob der FVNF eine Form des Suizids ist oder nicht, sondern darum, welche moralischen Verpflichtungen sich ergeben, wenn ein Mensch den Wunsch nach FVNF bzw. nach Begleitung beim FVNF äußert“ (Coors, Simon, Alt-Epping, 2019, S. 7). „Eine ethisch sensible und reflektierte Abstimmung unter allen Beteiligten ist zu Beginn der Begleitung erforderlich“ und sollte als kontinuierlicher Prozess wiederholt werden (Richter-Kuhlmann, 2019, S. 1826). Die Aufgabe der am Prozess beteiligten Personen wie Ärztinnen/Ärzte und Pflegenden ist es, auftretende Begleitsymptome zu lindern und das Wohlbefinden der Patientin/des Patienten zu erhalten (Feichtner, Weixler, Birklbauer, 2018, S. 356). Maßnahmen zur Symptomkontrolle von Mundtrockenheit, Verwirrtheit und zum Umgang mit geäußerten Wünschen nach Essen und Trinken sollten berücksichtigt werden (Richter-Kuhlmann, 2019, S. 1826). Weiter dürfen dem/der Betroffenen Nahrung und Flüssigkeit nicht vorenthalten werden. Der Verzicht auf Flüssigkeit fällt in der Regel schwerer, so dass

manche Patienten und Patientinnen die Flüssigkeitszufuhr nur allmählich reduzieren. Der Weg des FVNF erfordert allgemein von den Betroffenen und ihren Angehörigen Kraft und Entschlossenheit (Blickhardt, 2014, S. 592).

Die Begleitung beim FVNF wird nicht als Hilfe zur Selbsttötung gewertet und ist ein Teil der medizinischen Sterbebegleitung. Die Tatherrschaft in Bezug auf den FVNF liegt ausschließlich bei der sterbewilligen Person. Betreuende und andere Personen sind nicht an der Herbeiführung des Todes beteiligt (Feichtner, Weixler, Birklbauer, 2018, S. 356). Damit kann der FVNF klar vom assistierten Suizid unterschieden und abgegrenzt werden.

7.2.5 Die palliative Sedierung

Die palliative Sedierung wird nach (Alt-Epping, Sitte, Nauck & Radbruch, 2010, S. 112) im palliativmedizinischen Kontext verstanden als symptomorientierte Gabe von sedierenden Medikamenten zur Verminderung des Bewusstseinszustandes, „um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren“. Der Handlungsrahmen in Bezug auf eine palliative Sedierung wurde 2009 mit der Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung von der European Association for Palliative Care (EAPC) beschrieben. Die Leitlinie fordert den Einsatz einer palliativen Sedierung, wenn alle anderen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind (Cherny, Radbruch & The Board of the EAPC, 2009, S. 585).

In der Fachliteratur wird vornehmlich noch der Begriff der palliativen Sedierung verwendet. Auf Grund der breitgefassten Definition und der zumeist uneinheitlichen Verwendung der Begrifflichkeit sprechen Ostgathe et al. (2021, S. 10) bewusst von einer gezielten Sedierung mit dem klaren Ziel der Leidenslinderung. Auf Grundlage der zur Sachanalyse gewählten Literatur und den damit verbundenen Termini wird hier weiter der Begriff der palliativen Sedierung verwendet.

Als Indikationen der palliativen Sedierung werden u. a. unerträgliche körperliche oder seelische Leidenszustände, wie agitiertes Delir, Atemnot, Schmerzen, massive Blutungen und Krampfanfälle benannt (Alt-Epping, Sitte, Nauck & Radbruch, 2010, S. 115). Bozzaro und Schuldmann (2018, S. 289) sehen die Deutungshoheit des Leids zum einem bei dem Betroffenen selbst, weiter schätzen sie Mitarbeiter eines Palliativpflegeteams als kompetent ein, Leid zu bewerten und objektiv festzustellen. Anders als beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken obliegt die Entscheidung zur Durchführung nicht allein dem Betroffenen.

Die Einschätzung sollte der EAPC-Leitlinie zufolge durch einen in palliativen Fragestellungen erfahrenen Arzt / einer Ärztin und nach Möglichkeit im interdisziplinären Team erfolgen (Alt-Epping, Sitte, Nauck & Radbruch, 2010, S. 115). „Für den Hausarzt empfiehlt es sich im Rahmen der Indikationsstellung, Kontakt mit einem Palliativmediziner oder SAPV-Team aufzunehmen“ (Stanze & Stanze, 2019, S. 300). Im Vordergrund der Indikationsstellung steht eine ganzheitliche Erfassung von bio-psycho-sozial-spirituellen Aspekten. Mit Hilfe der Anamneseerhebung, unter Berücksichtigung aller relevanten diagnostischen Ergebnisse, einer klinischen Untersuchung des/der Betroffenen und Einschätzung der Fähigkeit des/der Betroffenen, selbstbestimmt an der Entscheidungsfindung und Behandlung teilzunehmen, sollen „akute klinische Beeinträchtigungen durch behandelbare Komplikationen [...], wie z.B. Sepsis, reversible metabolische Störungen, Arzneimitteleffekte, Pleuraergüsse, Perikardtamponaden, Ureterkompressionen, obere Atemwegsobstruktionen, Ileuszustände, akute Blutungen, Harnverhalt oder durch erhöhten Hirndruck verursachte Zustände“ ausgeschlossen werden“ (Alt-Epping, Sitte, Nauck & Radbruch, 2010, S. 115). Weiter sollte anhand der vorliegenden Aspekte eine Einschätzung, die Prognose eines möglichen Todeszeitpunkts betreffend, erfolgen. Der in der Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung beschriebene Handlungsrahmen empfiehlt die frühzeitige Erörterung der Möglichkeiten und des Verfahrens einer palliativen Sedierung (Alt-Epping, Sitte, Nauck & Radbruch, 2010, S. 115). Die Patientenautonomie ist dabei zu wahren und die informierte Zustimmung („informed consent“) sollte sichergestellt sein (Alt-Epping, Schildmann & Weixler, 2016, o. S.). Eine palliative Sedierung wird nur nach eingehender Aufklärung und Zustimmung durchgeführt, dabei sollten die Angehörigen und beteiligten Mitarbeiter:innen einbezogen werden. Klinkhammer (2014, S. 1553) bekräftigt, dass die Aus- und Nebenwirkungen einer palliativen Sedierung nicht nur für die Patienten und Patientinnen, sondern auch für das soziale Umfeld und Mitarbeitende belastend sein können. Die Aus- und Nebenwirkungen wie z.B. Inkontinenz und die damit verbundene Versorgung mit Inkontinenzmaterial oder ggf. die Versorgung mit einem Dauerkatheter, Interventionen zur Dekubitusprophylaxe, Mundpflege und Durstgefühl sowie Möglichkeiten der enteralen und parenteralen Ernährung sollten nach Stanze und Stanze (2019, S. 301) in die Aufklärungs- und Beratungsgespräche einfließen. Patient:innen haben das Recht auf Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen und auf Ablehnung jeder Form künstlicher Ernährung und Flüssigkeit, sodass dadurch ein baldiger Tod mit Sicherheit eintreten würde. „Wenn der

Beginn einer kontinuierlichen Sedierung an die Bedingung der dann erforderlichen künstlichen Ernährung und Hydrierung geknüpft sein sollte, erhebt sich die Frage, ob der Patient nicht vor eine fragwürdige Alternative – nämlich Lebensverlängerung unter Bewusstseinsdämpfung oder Leidzumutung – gestellt würde“ (Neitzke, Oehmichen, Schliep & Wördehoff, 2010, S. 792). Alt-Epping, Schildmann und Weixler (2016, o. S.) weisen auf die unterschiedlichen Empfehlungen der Leitlinien in Bezug auf den Umgang mit lebensverlängernden Maßnahmen hin, wie z.B. die Durchführung einer Reanimation während der palliativen Sedierung. Hier gibt es Empfehlungen von gänzlichem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen als Voraussetzung einer palliativen Sedierung, bis hin zu individuellen Absprachen mit den Patient:innen und deren Angehörigen. Die Diskussion über eine mögliche Beschleunigung des Todeseintritts kann auch in Bezug auf die Abgrenzung einer palliativen Sedierung und der Suizidassistenten hilfreiche Erkenntnisse bringen. Unter Medizinern besteht in der Praxis die, aus Sicht von Stanze und Stanze (2019, S. 300), „berechtigte Sorge, dass der Einsatz von Sedativa eine unbeabsichtigte Lebenszeitverkürzung bewirken kann“. Morita, Tsunada, Inoue und Chihara (2001, S. 286) konnten in ihrer Studie keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf eine Verkürzung der Lebenszeit zwischen Patienten, die keine Beruhigungsmittel und Patienten, die unterschiedliche Dosen von Beruhigungsmitteln erhielten, feststellen. Cherny, Radbruch und The Board of the EAPC (2009, S. 582) sehen das Risiko einer Lebenszeitverkürzung für Betroffene in der Sterbephase im Vergleich zu dem Ziel, unerträgliches Leiden zu lindern, als unbedeutend. Anders schätzen Sie das Risiko für Patienten ein, die eine vorübergehende Linderung von unerträglichen Symptomen wünschen. In diesem Fall kann das Risiko eines möglicherweise beschleunigten Todes erheblich sein. Stanze und Stanze (2019, S. 300) exponieren die mögliche Herbeiführung eines früheren Todeseintritts bei massiver, dosiseskalierender oder unzureichend überwachter Sedierung. Der weitestgehend bestehende ethische Konsens, die Lebenszeitverkürzung als Effekt einer palliativen Sedierung als nicht akzeptabel zu bewerten, wird von Alt-Epping, Schildmann und Weixler (2016, o. S.) sowie Neitzke, Oehmichen, Schliep und Wördehoff (2010, S. 792) geteilt. Prado et al. (2018, S. 5) bestärken, dass die palliative Sedierung bei adäquater Indikation und Durchführung unter Einhaltung der Leitlinienempfehlungen nicht zu einer Beschleunigung des Sterbens führt. Die Durchführungsformen der palliativen Sedierung werden in leicht und tief, sowie intermittierend und kontinuierlich unterschieden. Der Grad der Sedierung sollte der EAPC-Leitlinie (2009, S. 586) so niedrig wie möglich gewählt

werden, so dass eine angemessene Linderung des Leidens gewährleistet werden kann. In Bezug auf Notfallsituationen am Lebensende sollte zuerst eine intermittierende oder leichte Sedierung angedacht werden. Bei Durchführung der „bewussten Sedierung“ sind die interaktiven Fähigkeiten der Patienten zu erhalten und trotzdem sollte eine angemessene Linderung des Leidens gewährleistet sein (Cherny, Radbruch & The Board of the EAPC, 2009, S. 586).

Die AEM konstatiert den Einsatz einer Sedierung als beabsichtigte, intendierte Lebensverkürzung als Missbrauch. Die „Sedierung am Lebensende ist – wie andere palliative Maßnahmen auch – geeignet, den Wünschen nach Tötung auf Verlangen entgegenzuwirken“ (Neitzke, Oehmichen, Schliep & Würdehoff, 2010, S. 792). Lebensqualität steht im Zusammenhang mit einer palliativen Sedierung im Vordergrund. Durch Verminderung des Bewusstseinszustandes wird das Leid der Betroffenen erträglicher gestaltet. Ziel ist nicht der vorzeitig herbeigeführte Todeseintritt, wie bei aktiver Sterbehilfe oder der Suizidassistenten. „Damit entspricht die palliative Sedierung einem legalen Vorgehen als Mischform einer Hilfe beim Sterben statt Hilfe zum Tod“ (Prönneke, 2018, S. 370).

7.3 Übergeordnete Kompetenzen

In Anlehnung an den deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, werden im Folgenden die zu erwerbenden Kompetenzen definiert, die durch die im Curriculum verorteten Bildungsinhalte angebahnt werden.

Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) wurde 2013 vom Bildungsministerium für Bildung und Forschung entwickelt, um das Bildungssystem in Deutschland u.a. mit europäischen Qualifikationen vergleichbarer sowie die unterschiedlichen Qualifikationsabschlüsse in Deutschland transparenter zu machen. Für dieses Ziel wurden acht Kompetenzniveaus definiert, welche sich untergeordnet auf die Ebenen der Personal- und Fachkompetenz beziehen und darstellen, was für das Erlangen einer Qualifikation erforderlich ist. Zukünftig sollen auch nicht-formale Qualifikationen, wie z.B. die Teilnahme an Modulen zum Thema Suizidassistenten, gleichberechtigt im deutschen Qualifikationsrahmen verortet werden (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2013, o. S.).

Mit heutigem Stand des deutschen Qualifikationsrahmens und mit Orientierung am Bildungsniveau der Palliative Care / Palliativmedizin (DGP, 2018, o. S.) wurden erste

Kompetenzen für eine multiprofessionelle Zielgruppe entsprechend der anvisierten Kompetenzniveaus formuliert.

Die DGP beschreibt in ihrer „kompetenzbasierten berufsgruppenunabhängigen Matrix zur Erstellung von Curricula für die Weiterbildung curricularer Bildungsinhalte in Palliative Care/Palliativmedizin (KoMPaC)“ auf den Bildungsniveauebenen fünf und sechs „professionelle Akteure mit einem Arbeitsschwerpunkt Palliative Care oder die in ihrem Arbeitskontext wiederkehrend und häufig Menschen betreuen und behandeln, die an einer lebenslimitierenden Erkrankung leiden“ (DGP, 2018, o. S.). Auf den Ebenen sieben und acht werden professionelle Beteiligte beschrieben, die ausschließlich im Bereich der Palliativ Care arbeiten und hierbei in Leitungspositionen sowie der Lehre und Forschung tätig sind. Analog zu dieser Zuordnung sehen die Studierenden zukünftig an den Modulen Teilnehmende auf den Bildungsniveauebenen fünf bis sieben. Hier ist zu erwähnen, dass die Moduleinheiten sich nicht ausschließlich an Akteur:innen der Palliative Care/Palliativmedizin richten: „[...] es wird sicherlich keine Grundvoraussetzung sein, dass man einen Palliativ-Care-Kurs abgeschlossen hat, damit man in dieses Modul geht, sondern diese Öffnung muss ja auch da sein. Aber Fakt ist, bei einem zehntätigen Kurs, wenn über Haltung einnehmen gesprochen wird, genau diese palliative Haltung (EEWS6, Z. 897 ff.). „[...] diese Art von Kompetenz, die erreicht werden soll jetzt mit diesem Curriculum oder auch mit dem, was wir machen. Da kann Palliativ Care hilfreich sein, wenn das im Hintergrund mit da ist, aber es sollte auch unabhängig davon möglich sein, Kompetenzen im Umgang mit Sterbewünschen oder mit Wunsch nach Assistenz zum Suizid zu entwickeln, weil die Menschen sind ja da, wo sie sind, also sie gehen nicht an Orte, wo sie ihnen sozusagen die Kompetenz begegnet, sondern sie sind da, wo sie sind auf einer normalen Krankenstation, im Pflegeheim, im Hospiz, na gut, da ist Palliativ-Kompetenz, aber auch in anderen Bereichen (EEWS11, Z. 942 ff.).

Die Studierenden sehen die Teilnehmenden beginnend mit der fünften Niveaustufe. Die Qualifikation der Teilnehmenden kann bis zur Niveaustufe sieben reichen.

Die zu erwerbenden Kompetenzen sind aus dem Niveau fünf, sechs und sieben des deutschen Qualifikationsrahmens gewählt. Die Niveaubeschreibung stellt eine Kompetenzsteigerung dar und umfasst somit die Anforderungsstruktur auf hoher Komplexitätsstufe (Bundesministerium für Bildung und Forschung [BMBF], o. J., o. S.).

Kompetenzniveaus des deutschen Qualifikationsrahmens definieren sich über folgende Niveaustufen:

Niveau 5

Beschreibt Kompetenzen, die zur selbständigen Planung und Bearbeitung umfassender fachlicher Aufgabenstellungen in einem komplexen, spezialisierten, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld benötigt werden (DQR, 2013, o. S.)

Niveau 6

Beschreibt Kompetenzen die zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld benötigt werden. Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet.

Niveau 7

Beschreibt Kompetenzen, die zur Bearbeitung von neuen komplexen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in einem wissenschaftlichen Fach oder in einem strategieorientierten beruflichen Tätigkeitsfeld benötigt werden. Die Anforderungsstruktur ist durch häufige und unvorhersehbare Veränderungen gekennzeichnet.

Die beschriebenen Kompetenzniveaus dienen lediglich der Orientierung, da die Kompetenzen in Bezug auf Aufstiegsfortbildungen und nicht-formale Qualifikationen derzeit noch vom Bundesministerium für Bildung und Forschung diskutiert werden (Bundesministerium für Bildung und Forschung, o. J., o. S.) Im Rahmen der Curriculumevaluation können die Kompetenzen bei Zuordnung und Festlegung der Niveaustufen zu Aufstiegsfortbildungen adaptiert werden.

Das hier dargestellte Curriculum verfügt über einen modularen Aufbau, welcher zulässt, dass den divergierenden Modulen differenzierte Kompetenzniveaus zugeschrieben werden.

7.4 Didaktische Prinzipien und Empfehlungen

Mit der Implementierung eines evidenzbasierten multiprofessionellen Curriculums für die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Umgang mit Suizidassistenz in Deutschland sollen berufsbezogene und berufsübergreifende Qualifikationen vermittelt werden, die

Teilnehmende zur Bewältigung der Anforderungen in Bezug auf die Suizidassistenten befähigen. Somit müssen auch die Lernprozesse in der Aus-, Fort- und Weiterbildung so gestaltet werden, dass Teilnehmende als aktiv und kritisch Lernende in ihrer Handlungskompetenz gestärkt werden (Arnold, Gomez Tutor & Kammerer, 2002, S. 32). Das heißt, dass sich eine kompetenz- und handlungsorientierte Didaktik in einer Weiterbildung lernendenzentriert und selbstgesteuert gestalten muss.

Durch die stetig wachsenden Anforderungen und Veränderungen der Berufswelt im Gesundheitswesen sind die Strukturierung von Arbeitsabläufen durch Selbststeuerung und eigenverantwortliches Handeln erforderlich. Somit ist die Kompetenz zum selbstgesteuerten Lernen unerlässlich und wird mit dem Konzept des lebenslangen Lernens verbunden. Arnold, Gomez Tutor und Kammerer (2002, S. 33) definieren selbstgesteuertes Lernen als einen aktiven Aneignungsprozess, bei dem die Lernenden über ihr Lernen selbst entscheiden. Dabei haben sie die Möglichkeiten, ihren eigenen Lernbedarf, die Interessen und Vorstellungen festzulegen und zu strukturieren, die notwendigen Ressourcen hinzuzuziehen (Lernangebote und Lernhilfen) und den Lernprozess auf Erfolg und Lernergebnisse auf ihren Gehalt zu bewerten. Dieser Definition von selbstgesteuertem Lernen liegt ein Verständnis zugrunde, das sowohl die lernvorbereitenden als auch die lernbegleitenden Aspekte des Lernprozesses einschließt.

An dieser Stelle wird der Blick auf die Subjekt-, Fall- und Erfahrungsorientierung in Bezug auf die curriculare Entwicklung zum Thema Suizidassistenten gelegt.

7.4.1 Fallorientierte Didaktik

Im Rahmen der Entwicklung eines evidenzbasierten multiprofessionellen Curriculums zum Thema Suizidassistenten für die Aus-, Fort und Weiterbildung in Deutschland wurde unter Berücksichtigung bereits vorhandener Kompetenzen und möglicher Erfahrungen der Teilnehmenden in Bezug auf Suizidassistenten, die Subjektorientierung in den Vordergrund der didaktischen Prinzipien gestellt. So stehen sowohl die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Sterbewunsch und ihrer Angehörigen als auch die Wünsche und Erfahrungen der Teilnehmenden und damit eine konstruktivistische Sichtweise im Vordergrund. „Das Interesse liegt auf der Konstruktion der Wirklichkeit des Lernenden“ (Fachkommission § 53 PflBG, 2020, S. 10). Mit Hilfe „reflexiver Methoden lernen Teilnehmende ihre bisherigen Erfahrungen mitzuteilen. Teilnehmende greifen auf diese Erfahrungen und Erkenntnisse anderer Teilnehmenden zurück und entnehmen, welche Zuschreibung und Bedeutung sie

dem Lerngegenstand geben“ (Jürgensen & Saul, 2021, S. 38). Die interaktionistische Pflegedidaktik nach Darmann-Finck, sowie die fallorientierte Didaktik schließen diese Aspekte ein. Darmann-Finck (2009, S. 5) beschreibt Lehren und Lernen als Prozesse der interaktiven Konstruktion und Dekonstruktion, deren Kern sich in einem interpersonalen Beziehungs- und Problemlöseprozess zwischen den an der Situation beteiligten Personen befindet. Übergeordnetes Ziel ist es, berufliche Schlüsselprobleme empirisch zu bestimmen. Dieses didaktische Modell lässt sich in Bezug auf die vorliegende curriculare Arbeit gut übertragen. Hier geht es insbesondere um Situationen von Menschen mit Suizidwünschen und die am Prozess der Suizidassistenten beteiligten Personen. Die interaktionistische Pflegedidaktik nach Darmann-Finck dient hier der Rahmendidaktik und wird durch die Fallorientierung in Anlehnung an Hundenborn ergänzt. Im Rahmen der fallorientierten Didaktik kann eine konkrete und möglichst reale Situation auf der Metaebene analysiert und gedeutet werden. Die Bearbeitung der Fallsituation ist für die Teilnehmenden weniger belastend und kann sachlich mit dem Ziel, mögliche Handlungsalternativen und Problemlösestrategien zu entwickeln, bearbeitet werden (Hundenborn, 2007, S. 78-79). Weiter können diese dann auf ähnliche Situationen in der Praxis übertragen werden und regen zur Reflexion an (Hundenborn, 2007, S. 40).

7.4.2 Erfahrungsorientierter Ansatz

Einen weiteren möglichen didaktischen Ansatz stellt die erfahrungsorientierte Didaktik nach Ingo Scheller dar. Bezogen auf die Aus-, Fort und Weiterbildung zum Thema Suizidassistenten, sollen im erfahrungsorientierten Unterricht Teilnehmende die Möglichkeit haben, konfliktbehaftete Situationen, Erfahrungen, Fragen und Probleme zu thematisieren, welche in der beruflichen Praxis entstanden sind. Ziel ist es, dass Teilnehmende eigene Erfahrungen mit fremden Themen verbinden und sich sowohl der Situation als auch der dahinterstehenden fachlichen Thematik bewusst werden. Durch die Anwendung der eigenen emotionalen Situationen nähern sich die Teilnehmenden den fremden fachlichen Perspektiven und können eigene Problemsituationen, Erfahrungen und Konflikte neu sortieren und für sich bearbeiten. Zudem erhalten sie die Möglichkeit, eine Haltung zu ihrem Handeln zu entwickeln (Poser, Schneider, Bohrer & Winkler, 2005, S. 163-165)

Für die unterrichtliche Vermittlung der Thematik „Suizidassistenten“ eignet sich der erfahrungsorientierte Ansatz nach Ingo Scheller, da am Prozess beteiligte Akteur:innen bereits mit emotional belastenden Situationen in Bezug auf die Suizidassistenten konfrontiert

waren oder diesen prospektiv ausgesetzt sein werden:., *Ja, oder auch die Emotionen, die wenn sich jemand über seine eigene Haltung gar nicht sicher ist und es noch schwieriger ist die Emotionen der Anderen zu ertragen oder damit umzugehen, wenn sich jemand mit dem Thema noch nicht auseinandergesetzt hat und „überfallen“ wird!*“ (CAS4, Z. 172 ff.).

Im Rahmen der Phasierung des didaktischen Ansatzes, wird in der ersten Phase des Ansatzes Bezug auf die subjektive Bedeutung der Thematik genommen. Die Teilnehmenden sollen sich an Erfahrungen oder Erlebnisse zurückerinnern, die für sie eine emotional herausfordernde Situation im beruflichen Alltag dargestellt haben. Diese Erfahrungen werden im Plenum vorgestellt. Die Vorstellung im Plenum dient dazu, Teilnehmer:innen einen Überblick über bereits gemachte Erfahrungen anderer Beteiligter zu verschaffen. Im zweiten Schritt werden die Erfahrungen der Teilnehmenden verarbeitet. Hier erfolgt die Auseinandersetzung mit den einzeln gemachten Erfahrungen und die Verbindung mit dem fachlichen Kontext. Dies geschieht überwiegend über einen fachlichen Wissensinput durch die Dozierenden und eine Anwendung der Situationsbeschreibung auf die Thematik. Hierbei verbinden die Teilnehmenden die emotionale Komponente mit der Fachlichkeit. Dies hat zur Folge, dass sich der Zugang zur fachlichen Thematik für den Teilnehmenden / die Teilnehmende leichter gestaltet, weil er /sie eine real erlebte Situation auf die fremde Fachlichkeit projizieren kann. So kann eine nachhaltige Bearbeitung der Problematik erfolgen. In der letzten Phase werden die Ergebnisse der vorherigen Phasen veröffentlicht. Die Teilnehmenden haben im Vorfeld eine fachliche Grundlage der Thematik erlangt und können in die konkrete Problemlösung der erlebten Situationen eintreten (Poser, Schneider, Bohrer & Winkler, 2005, S. 163-165). Hierbei wird die Methode der kollegialen Beratung empfohlen (siehe Kapitel 7.6.3).

Unter Berücksichtigung des Exper:innenworkshops, der durchgeführten Einzelinterviews und des Evaluationsworkshops wurde mit einer Anzahl von 76 Codes durch die Expert:innen dargelegt, dass das Anbahnen einer Haltung zum beruflichen Handeln oder zur beruflichen Situation in den Fokus zu stellen ist:., *Wir wollen nicht nur verhindern, sondern Curriculum muss Haltung entwickeln, also wir müssen versuchen, da eine Haltung zu haben!*“ (EWS13, Z. 663 ff.)

Über die didaktische Vorgehensweise nach Scheller wird es den Teilnehmenden ermöglicht, eine Haltung zur Situation zu entwickeln oder eine schon bestehende persönliche Haltung zu evaluieren.

7.5 Übergeordnete Lernergebnisse

Lernergebnisse kennzeichnen die Lernziele, die durch eine klare didaktisch-methodische Aufbereitung des Unterrichts angebahnt werden sollen. Die Vermittlung der Bildungsinhalte sollte durch Fachexpert:innen mit hoher Expertise in Bezug auf die unterschiedlichen Themengebiete erfolgen. Das Curriculum mit multiprofessionellem Ansatz bietet die Möglichkeit zur Teilnahme aller am Prozess der Suizidassistenten beteiligten Personen sowie auch aller Interessierten aus dem Sozial- und Gesundheitswesen.

Mit der Modulübersicht werden die implementierten Bildungsinhalte im Zusammenhang mit Kompetenzen und Lernergebnissen präsentiert und erläutert.

Lernergebnisse beschreiben das Wissensergebnis, welches ein Teilnehmender / eine Teilnehmende nach Abschluss eines Moduls erzielt hat (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 34).

Der Bildungsexperte Bloom war der Annahme, dass sich Lernen als ein Prozess definiert und von einem Lehrenden begleitet werden muss. Im Rahmen des Prozesses gilt es, Ziele zu formulieren, welche durch die Lernenden erreicht werden sollen (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 35).

Bloom definierte Lernergebnisse auf kognitiver, affektiver und psychomotorischer Ebene und ordnete diesen Ebenen Niveaustufen zu, welche er als Taxonomie bezeichnete (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 35-36). Die Taxonomien sind als Verb formuliert und hierarchisch gegliedert. So gibt die Niveaustufe durch die Verbformulierung an, welche Fähigkeit der Lernende erreichen soll. Bloom verfasste für die kognitive Domäne sechs Stufen, um das Wissen eines Lernenden zu bewerten:

1. wissen
2. verstehen
3. anwenden
4. analysieren
5. synthetisieren
6. evaluieren

Die kognitive Domäne bezieht sich auf die Ebene des Wissens und zeigt nach Bloom eine Kompetenzsteigerung im Rahmen des Wissenserwerbs (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 37-44).

Neben der kognitiven Domäne formulierte Bloom noch die affektive (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 45-47) und die psychomotorische (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 49-53) Domäne.

Bei der affektiven Domäne definierte er nur fünf Taxonomien, welche auf die emotionalen Komponenten des Lernens abzielen und ebenfalls das Lernergebnis eines Teilnehmenden bewerten:

1. empfangen
2. reagieren
3. werten
4. organisieren
5. charakterisieren

(Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 45-47).

Unter der psychomotorischen Domäne versteht Bloom die physischen Fertigkeiten eines / einer Teilnehmenden (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 49).

Die psychomotorische Ebene hat in der Bildungswissenschaft nur wenig Aufmerksamkeit erhalten, weshalb sie auch von weiteren Wissenschaftlern erweitert und anwendbar gemacht werden sollte. So wurde aus einem ursprünglich fünfstufigen Niveauelement der sich aus den Ebenen

1. imitieren
2. manipulieren
3. präzisieren
4. koordinieren
5. naturalisieren

(Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 49-50) eine siebenstufige Hierarchie, welche sich aus den Ebenen:

1. wahrnehmen
2. festlegen
3. gelenktes Reagieren
4. mechanisieren
5. differenziertes freies Reagieren
6. adaptieren
7. kreieren

zusammensetzt (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 51)

7.6 Methoden und Medien

Die Begleitung von Menschen mit Suizidwunsch ist ein komplexer Prozess. Individuelle Bedürfnisse der Suizidwünschenden stehen im Vordergrund, und es gilt diese mit wissenschaftlichen Erkenntnissen und der politischen Rechtslage in Einklang zu bringen (Schrems, 2013, S. 9). Das Curriculum bezieht sich auf an der Suizidassistenten beteiligte Personen und die damit verbundenen individuellen Gefühle, Emotionen, Werte und Haltungen. Hier bieten sich didaktische Methoden wie z.B. die hermeneutische Fallarbeit nach Schrems und das szenische Lernen in Anlehnung an Oelke als geeignete Methoden zur Anbahnung der in Kapitel 4.1 beschriebenen Kompetenzen an und fördern das praktische Erkenntnisinteresse. Im Folgenden werden die ausgewählten Methoden und Medien skizziert.

7.6.1 Hermeneutische Fallarbeit

Im Rahmen der Fallarbeit in der Pflege nach Berta Schrems (2013) können anhand konkreter Fallsituationen theoretisches Wissen und Erkenntnisse zu Lösungen zusammengeführt werden. Laut Schrems werden mit dieser Methode die Problemlösungsfähigkeiten der Teilnehmenden durch Reflexion und intuitive Entscheidungsprozesse gefördert. Die Fallarbeit ist eine Methode zur Auslegung von komplexen Situationen. Phänomene wie z.B. Angst und Unsicherheit, werden hinterfragt und aus verschiedenen Perspektiven analysiert und ganzheitlich erfasst (Schrems, 2013, S. 9-25). Als methodologische Grundlage der Fallarbeit führt Schrems (2013, S. 48) die Hermeneutik an. „Das Ziel ist die Erfassung der Bedeutung; dabei kann an drei Punkten angesetzt werden: an der Perspektive der Betroffenen, am Kontext der gegebenen Situation und an einem passenden

Erklärungsmodell“ (Schrems, 2013, S. 49). Menschliche Phänomene, die im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit erfahren werden können, stehen an zentraler Stelle und müssen keine Eigenerfahrung sein. Die Methode des hermeneutischen Fallverstehens baut auf der Auslegung, Interpretation und Bewertung der herausfordernden Phänomene „auf der Basis von Fachwissen, Erfahrungen und gegebenem Kontext“ auf. Dabei werden die hermeneutischen Differenzen, das Vorverständnis der Teilnehmenden, systematisches Bezugswissen, die Lebenswelt der Betroffenen, Perspektivwechsel sowie ethische Aspekte in die Analyse einbezogen (Schrems, 2013, S. 49-51).

7.6.2 Szenisches Lernen

Lernen findet im Rahmen der didaktischen Methode „Szenisches Spiel“ in Anlehnung an Oelke, Wedekin & Haas (2010) in Szenen statt, in denen die Ganzheitlichkeit des Menschen (körperlich, sinnlich, emotional und geistig) beleuchtet wird (Oelke, Wedekin & Haas, 2010, S. 187). Den Autoren zufolge zeigen sich Beziehungserfahrungen in Szenen und werden im szenisch-körperlichen Gedächtnis gespeichert (Oelke, Wedekin & Haas, 2010, S. 188). Die Ziele des szenischen Spiels liegen u. a. darin „die Bedürfnisse, Gefühle, Wünsche und Abwehrmechanismen ihrer Patienten [und Patientinnen, d. Verf.] / Klientinnen [und Klienten, d. Verf.] wahrzunehmen, zu akzeptieren und sich so verhalten zu lernen, dass diese sich als Subjekte (mit ihren Schwächen und Stärken) ernst genommen fühlen“ (Oelke, Wedekin, & Haas, 2010, S. 188). Einfühlungsvermögen in die Rollen und Reflexion stehen charakteristisch für diese Methode (Oelke, Wedekin & Haas, 2010, S. 191). „Zur Wahrnehmung und Reflexion ihrer Haltungen werden die Spielerinnen [und Spieler, d. Verf.] vor allem durch die Beobachter [und Beobachterinnen, d. Verf.] angeregt, die von außen einzelnen Aspekte, Vorgänge, Haltungen, Handlungen und Beziehungsstrukturen – spiegeln und deuten zu können“ (Oelke, Wedekin & Haas, 2010, S. 192). Die Reflexion wird in der Diskussion unterschiedlicher Wahrnehmungen und Widersprüche vertieft (Oelke, Wedekin & Haas, 2010, S. 192). Im szenischen Spiel setzen sich die Teilnehmenden mit der Situation von Menschen mit Suizidwunsch auseinander. Die Interaktionsstrukturen werden analysiert, diskutiert und angepasst (Oelke, Wedekin & Haas, 2010, S. 198)

7.6.3 Kollegiale Beratung

Die kollegiale Beratung, begründet nach Kim-Oliver Tietze, stellt ein systematisches Beratungsgespräch dar, in dem Kolleg:innen sich nach einer definierten Gesprächsstruktur gegenseitig zu Klärungs – und Lösungsanliegen beruflicher Genese beraten und gemeinsam

Lösungen entwickeln können (Tietze, 2023). Die kollegiale Beratung findet in einer Gruppe von fünf bis zehn Mitgliedern statt. Die Teilnehmer:innen tragen die für sie emotional belastenden Ereignisse, wie enttäuschende Entwicklungen, misslungene Pläne, Entscheidungsdilemmata, Rollenkonflikte, widersprüchliche Erwartungen oder zurückliegende beziehungsweise bevorstehende Herausforderungen vor (Tietze, 2023). Mit einem durch Tietze (2023) zugrundeliegenden Schema, begleitet eine Person, welche die Rolle des Moderators / der Moderatorin einnimmt, die Gruppe durch das Beratungsgespräch. Unter der Begleitung des Moderators / der Moderatorin beraten die Teilnehmenden die Betroffenen zu möglichen Klärungs - und Lösungsstrategien, bezogen auf den zugrundeliegenden Beratungsanlass (Tietze, 2023).

Um an der Suizidassistenz beteiligten Personen die Tätigkeiten im Prozess zu erleichtern, ist es empfehlenswert, die Methode der kollegialen Beratung zum unterrichtlichen Gegenstand zu machen. Sie bietet allen am Prozess Beteiligten die Möglichkeit, in herausfordernden Situationen Klarheit zu erlangen und eigene Denk-, Bewertungs- und Handlungsmöglichkeiten zu erweitern. Zudem stärkt sie die eigene Reflexionsfähigkeit, in herausfordernden Situationen zielgerichtet und sinnhaft zu handeln (Tietze, 2023): *„Wir haben natürlich schon ein paarmal insgesamt auch darüber gesprochen, ich denke, eine Einstellung, eine Haltung zu entwickeln, etwas ganz Wichtiges zu sagen, bereit zu sein zur Selbstreflektion!“* (EWS15, Z. 1522, ff.)

7.6.4 Ethische Fallbesprechung

Die ethische Fallreflexion ist ein durch einen Moderator geleitetes Gespräch, bei dem ein multiprofessionelles Team zusammenkommt und, innerhalb eines vordefinierten Zeitraums, gemeinsam eine ethisch begründbare Entscheidung zu einem herausfordernden Fall oder einer herausfordernden Situation trifft. Rabe (2009, S. 145) hält eine Reflexion des eigenen Handelns, besonders im Gesundheitswesen für hochrelevant, da sie zum Beispiel Pflegende als überwiegend mit zu Pflegenden konfrontiert versteht. Um der ständigen Konfrontation mit herausfordernden Situationen gerecht werden zu können, ist es von großer Bedeutung, dass sich alle am Prozess der Suizidassistenz beteiligten Personen stetig mit ethischen Grundsätzen auseinandersetzen. Dies sollte nicht nur im Rahmen von grundständigen Ausbildungen erfolgen, sondern auch im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen. An ethischer Entscheidungsfindung kompetent mitwirken zu können, kann die Zufriedenheit

mit der eigenen Arbeit und bilateral dazu sowohl die Reflexion des eigenen Handelns als auch die Qualität im beruflichen Setting erhöhen (Rabe, 2009, S. 145).

Bezogen auf das hier dargestellte Curriculum, ist die Aussage Rabes auf alle am Prozess beteiligten Personen zu beziehen. Alle Akteur:innen, die sich als einbezogen in einen Prozess der Suizidassistenten verstehen, sollten über Kenntnisse zur Methode der ethischen Fallbesprechung verfügen, um an Entscheidungsprozessen mitwirken zu können. Die Dringlichkeit, diese Methode zu beherrschen, ist dem Datenmaterial ebenfalls zu entnehmen und legitimiert damit die Aufnahme der Methode in das Curriculum: „*Das ist auf jeden Fall eine wichtige [...] Kompetenz, die ethische Reflexion, die ethische Argumentation aber dann auch sowas wie: Wie führe ich solche Gespräche? Was dann ja auch wieder eher zu sagen eine praktische Fähigkeit ist!*“ (CAS5, Z. 476 ff.).

7.6.5 Onlinelehre

Folgt man dem Duden, so definiert sich die Onlinelehre oder vielmehr der Onlinekurs als eine Teilnahme an einem Lehrgang, der über das Internet zugänglich und aufbereitet ist (Dudenredaktion, o. J., o. S.). In der Lehre wird die Onlinelehre in Abgrenzung zu der Präsenzlehre meist als defizitär beschrieben (Klumer, 2021). Jedoch bietet die Onlinelehre auch Vorteile, die besonders im Rahmen des hier dargestellten Curriculums genutzt werden können. Onlinelehre schafft einem großen Teilnehmerkreis die Möglichkeit, eine Lehrveranstaltung mitzuerleben, wenn eine Teilnahme in Präsenz zum Beispiel aus geografischen Gründen nicht möglich wäre. Es kann didaktisch die Möglichkeit geboten werden, eine Binnendifferenzierung vorzunehmen, indem man von Break-Outsessions Gebrauch macht und Teilnehmende unterschiedlich fordert und fördert. Mit Blick auf die heterogene Leistungsgruppe kann im Rahmen der Onlinelehre innerhalb eines Moduls eine differente Kompetenzanbahnung erfolgen, welche zudem der Kompetenzkonzeption innerhalb des Curriculums entspricht. Zu bedenken wäre jedoch, dass das Curriculum konzeptionell dem Gedanken des miteinander und voneinander Lernens und Partizipierens entspricht und dieses über eine Binnendifferenzierung in Break-Outsessions nicht gegeben wäre. In der Online-Lehre besteht die Möglichkeit, Onlineformate asynchron zu nutzen. Das heißt, die Inhalte der Onlinelehre können aufgezeichnet und Teilnehmenden im Anschluss an die Veranstaltung zur Verfügung gestellt werden (Klumer, 2021). Unter Berücksichtigung der Datenergebnisse kann dem Wunsch von Expert:innen entsprochen werden, in einer Neukonzeption eines Curriculums die Onlinelehre mitzubedenken und als

didaktische Empfehlung im Curriculum zu verorten. Hier wurde besonders auf Inhalte wie die rechtlichen Rahmenbedingungen hingewiesen:

„ Und ich finde aber auch, dass man gucken muss, weil, das wird auch die Zukunft womöglich sein, auch Beratungsaspekte in ein Online-Schauspieltraining mit einfließen zu lassen.[...]Nicht, dass das Hauptthema wird, nein, aber dass es auch ein Aspekt aus meiner Perspektive sein sollte, um zu gucken, wenn ich nicht Face-to-Face der Person gegenüber sitze. Was ist, wenn jemand so einen Beratungsaspekt in Anspruch nimmt bei mir und wie reagiere ich darauf, weil, die Hospizvereine kennen ja so etwas. Das Telefon klingelt, da ist jemand dran und was ist, wenn ich nicht einmal eben vorbeifahren kann, um das zu klären, sondern wie kann ich da auch erstmals drauf reagieren, bevor es zu einem persönlichen Kontakt voreinander in persona kommt!“ ... Also ich denke auch, dass das ein wichtiger Gesichtspunkt ist, dass man das für Beratungsgespräche, die eventuell auch anonym dann sein könnten oder auch für Menschen, die wenig mobil sind, digitale Formate vorhält und dass das an sich sicherlich richtig ist. Ich denke auch, man kann bestimmte Inhalte digital vermitteln!“ (EEWS18, Z. 1216 ff.).

Neben den dargestellten Vorteilen und Empfehlungen durch die Expert:innen, hat die Onlinelehre auch Nachteile:

In einer Studie von Breitenbach (2021, S. 8-9) wurde gezeigt, dass die digitale Lehre kein vollwertiger Ersatz für die Präsenzlehre ist. Besonders die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen stellt nach Veröffentlichung der Forschungsdaten von Breitenbach in der Studie „Digitale Lehre in Zeiten von Covid-19: Risiken und Chancen“ eine Herausforderung für die Onlinelehre dar.

Der vorliegenden Forschungsarbeit kann ebenfalls entnommen werden, dass Expert:innen der Onlinelehre ambivalent gegenüberstehen.: *„ Ich finde auch, dass gewisse kommunikative Kompetenzen, also solche Inhalte wie Schulz von Thun und was weiß ich, was es da gibt, aber auch zu Beratungsaspekten inhaltlich, also was den Inhalt betrifft, also das Faktenwissen dazu, dazu gibt es auch einiges aus meiner Perspektive, was man sehr gut auch Online lehren kann, das mache ich auch in E-Learnings. Aber wichtig ist, dass es die Umsetzung ist, also dass dann auch einmal zum Beispiel in solchen Moderationstrainings das Ganze geübt wird, dass da der Austausch ist, weil, da ist ja auch häufig das Problem, alle kennen es, aber keiner wendet es an und da geht es ja um die Anwendung auch, was eben gerade EWS15 gesagt hat, also die Anwendung zu üben (EEWS18, Z. 1205 ff.).*

Die Anwendung digitaler Inhalte sollte somit eine Legitimation innerhalb der curricularen Medien erhalten, nicht jedoch das einzig gewählte Medium darstellen.

8. Dritte Konstruktionsphase

Die dritte und somit letzte Konstruktionsphase umfasst die Präsentation des multiprofessionellen, evidenzbasierten Curriculums im Form einer Modulmaske und Überlegungen zur Umsetzung der Implementierung. Abschließend wird der Konstruktionsprozess kritisch reflektiert und erste Anmerkungen zu Evaluationsmöglichkeiten aufgeführt.

8.1 Curriculare Implementierung

Der erste Entwurf zur Implementierung des Curriculums zum Thema Suizidassistenten betrachtet die Perspektiven der Implementation auf der Makro- und Mikroebene.

Entscheidungen auf Makroebene bedingen sich z.B. an politischen Rahmenbedingungen, die zum Zeitpunkt der Ausarbeitung nicht vorlagen. Hier bedarf es ggf. der Anregungen an die Politik oder Fachgesellschaften für eine Implementation. Als Bildungsanbieter wäre eine Anerkennung auf Makroebene über entsprechende Registrierungsstellen wie z.B. der Ärztekammer und die Registrierung beruflich Pflegenden, für die Generierung von Fortbildungspunkten wünschenswert.

Im Rahmen der Empfehlungen zur Implementierung auf der Mikroebene wurden primär zeitliche und personelle Aspekte beleuchtet. Das Modulcurriculum zum Thema Suizidassistenten umfasst insgesamt 80 Stunden. Die Module umfassen unterschiedliche Zeitrahmen und können je nach Interesse und Bedarf einzeln besucht werden.

8.2 Modulmaske

Die Modulmaske beschreibt das Endprodukt des Untersuchungsgangs und setzt sich aus dem curricularen Titel, einzelnen Modultiteln, zeitlichen Vorgaben, den Modul – und Kompetenzbeschreibungen, der Definition einzelner Lernergebnisse und den zu unterrichtenden Inhalten zusammen.

Im Folgenden wird die finale Modulmaske des multiprofessionellen und evidenzbasierten Curriculums präsentiert.

Tabelle 22: Modulmaske

Dem Prozess der Suizidassistenten kompetent begegnen können	
<i>Modul 1:</i>	
<i>Menschen mit Todeswünschen professionell begegnen können</i>	
Beschreibung:	Die dargestellten konkreten Inhalte beziehen sich im Schwerpunkt auf den Prozessbeginn vom Todeswunsch bis zur Durchführung der Suizidassistenten unter Einbezug von Kenntnissen der Suizidprävention.
Kompetenzen:	<p>Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmenden übernehmen die fachliche Verantwortung im Prozess der Suizidassistenten unter Einbezug ihres Wissens zur Suizidprävention. (Niveau 6) • Die Teilnehmenden übernehmen Verantwortung bei der Implementierung von Prozessen zur Suizidassistenten und Suizidprävention unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Vorgaben (Niveau 7)
Lernergebnisse:	<p>3. Taxonomie - Anwenden: (Kognitive Domäne)</p> <p>Die Teilnehmenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervenieren aus der beruflichen Rolle heraus in Krisensituationen • wenden Kenntnisse zum nationalen Suizidpräventionsprogramm an • zeigen einen professionellen Umgang mit Menschen mit Todeswünschen • wenden die Empfehlungen der S3 Leitlinien zum Umgang mit Menschen mit Todeswünschen an <p>4. Taxonomie – Analysieren:</p> <p>Die Teilnehmenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identifizieren Suizidanlässe von betroffenen Menschen

	<ul style="list-style-type: none"> • reflektieren die Lebensbedingungen der betroffenen Menschen und gestalten die verbleibende Lebensqualität effizient
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> • Suizidprävention durchführen • das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) • Krisensituationen identifizieren • Suizidfälle kennen lernen • professionellen Umgang mit Sterbe- und Todeswünschen pflegen • Todeswünsche der S3-Leitlinie Palliativmedizin • Lebensbedingungen der Betroffenen erfassen und reflektieren • verbleibende Lebensqualität effizient gestalten • Suizidassistenten durchführen
Modul 2:	
<i>Emotionalen Belastungen aller am Prozess beteiligten Akteur:innen begegnen</i>	
	8x45 min.
Beschreibung:	Ziel des Moduls ist es, am Prozess beteiligte Akteur:innen auf mögliche emotionale Belastungen vorzubereiten und Anleitung zu deren Reflexion zu geben.
Kompetenz:	<p>Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmenden reflektieren eigene und fremde emotionale Belastungen in Bezug auf das Thema Suizidassistenten und analysieren die Komplexität der damit verbundenen Anforderungen an das berufliche Tätigkeitsfeld. (Niveau 6) • Die Teilnehmenden können in Bezug auf emotionale Belastungen wissenschaftlich begründet argumentieren und erkennen berufliche Herausforderungen, die mit der Suizidassistenten einhergehen. (Niveau 7)

Lernergebnisse:	Taxonomie 4 – Analysieren (Kognitive Domäne) Die Teilnehmenden: <ul style="list-style-type: none"> • können eigene Emotionen von denen Fremder trennen • betrachten Rollenkonflikte bezogen auf die Suizidassistenz differenziert • entwickeln einen professionellen Umgang mit subjektiv auftretenden Emotionen 	
Konkrete Inhalte:	Emotionen wie: <ul style="list-style-type: none"> • Angst • Ohnmacht • Rollenkonflikte (Intra – und Interrollenkonflikte) • Wut • eigene Betroffenheit • Gewissenkonflikt • Dilemmata • Trauer • Mitleid • Beziehungskonflikt • Schuldgefühle • etc. 	
Modul 3:		
<i>Innerhalb des multiprofessionellen Teams handeln können</i>		4x45min
Beschreibung:	Die hier zu präsentierenden Inhalte sind an dieser Stelle nicht näher definierbar, da sich aus aktueller Gesetzeslage kein konkreter, beruflicher Handlungsanlass für die am Prozess beteiligten Berufsgruppen ergibt.	
Kompetenz:	Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen <ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmenden erkennen Problemstellungen der multiprofessionellen Zusammenarbeit und planen unter 	

	Einbezug von Konzepten zur multi- und interdisziplinären Zusammenarbeit einen reibungslosen Ablauf der Suizidassistenten (Niveau 5)
Lernergebnisse:	3. Taxonomie – Anwenden (Kognitive Domäne) Die Teilnehmenden: <ul style="list-style-type: none"> wenden das Schnittstellenmanagement im multiprofessionellen Handeln an
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> Schnittstellen innerhalb der am Prozess beteiligten Berufsgruppen berücksichtigen seelsorgerische Aspekte kennen
Modul 4:	
<i>Rahmenbedingungen des Prozesses der Suizidassistenten kennenlernen</i>	
	8x45 min.
Beschreibung:	Die Zusammenfassung der Bildungsinhalte bezieht sich auf die rechtlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen zur Suizidassistenten. Die am Prozess beteiligten Akteur:innen erlangen durch Kenntnisse vorgegebener Strukturen eine Handlungssicherheit.
Kompetenz:	Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden kennen die Rahmenbedingungen der Suizidassistenten und können bei der Planung zur Umsetzung in ihrem Arbeitsfeld unterstützend tätig werden (Niveau 5)
Lernergebnisse:	1. Taxonomie – Wissen (Kognitive Domäne) Die Teilnehmenden: <ul style="list-style-type: none"> benennen rechtliche Grundlagen zum Prozess der Suizidassistenten 4. Taxonomie – Analysieren Die Teilnehmenden:

	<ul style="list-style-type: none"> analysieren die Rahmenbedingungen zur Suizidassistenten in der eigenen Institution
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> Rechtliche Grundlage (Gesetzeslage) kennen Rahmenbedingungen der Institution erörtern Rechtliche Rahmenbedingungen kennen
Modul 5:	
<i>Dem selbstbestimmten Menschen offen begegnen</i>	
	4x45 min
Beschreibung:	Das Modul umfasst die Offenheit, die Selbstbestimmung betroffener Menschen zu akzeptieren und ihre Autonomie bedingungslos zu respektieren
Kompetenz:	<p>Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden zeigen Verständnis und Offenheit für die Autonomie aller am Prozess beteiligten Akteur:innen. Die individuellen Haltungen zum Thema werden wahrgenommen und reflektiert. Im Rahmen der Prozessgestaltung finden diese Haltungen wertschätzende Berücksichtigung. (Niveau 5)
Lernergebnisse:	<p>6. Taxonomie – Evaluieren (Kognitive Domäne)</p> <p>Die Teilnehmenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> reflektieren und evaluieren die eigene Haltung zum Thema Suizidassistenten <p>5. Taxonomie – Charakterisieren (Affektive Domäne)Die Teilnehmenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> wertschätzen die Selbstbestimmung aller am Prozess beteiligten Akteur:innen
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> Haltung im Team Selbstbestimmung mit widersprüchlichen Haltungen umgehen lernen kultursensibel begleiten

Modul 6:	
<i>Den Prozess der Suizidassistenz unter Berücksichtigung ethischer Prinzipien reflektieren</i>	
	4x45min
Beschreibung:	Im Zentrum des Moduls steht die Reflexion eigener ethischer Prinzipien in Bezug auf die Suizidassistenz
Kompetenz:	Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden reflektieren und begleiten vor dem Hintergrund aktueller ethischer Diskussionen und Prinzipien den Prozess der Suizidassistenz. (Niveau 6)
Lernergebnisse:	6. Taxonomie – Evaluieren (Kognitive Domäne) Die Teilnehmenden: <ul style="list-style-type: none"> reflektieren unter Berücksichtigung der ethischen Prinzipien den Prozess der Suizidassistenz
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> Prinzip der Fürsorge Prinzip des Wohltuns Prinzip des Nicht-Schadens
Modul 7:	
<i>Die gesellschaftliche Relevanz zur Suizidassistenz erkennen und reflektieren können</i>	
	4x45 min.
Beschreibung:	Der Blick in andere Länder ermöglicht ein erweitertes Verständnis zur Thematik der Suizidassistenz und bietet die Möglichkeit, die gesellschaftliche Relevanz des Themas zu reflektieren und bereits gemachte Erfahrungen, Einstellungen und Haltungen in das eigene Handeln zu integrieren.
Kompetenz:	Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden erläutern die Herausforderungen und Problemstellungen, die durch das Thema Suizidassistenz

	gesellschaftlichen Einfluss nehmen und können diese in der Öffentlichkeit wissenschaftlich vertreten. (Niveau 7)
Lernergebnisse:	2. Taxonomie – Verstehen (Kognitive Domäne) Die Teilnehmenden: <ul style="list-style-type: none"> • erläutern die gesellschaftliche Relevanz der Suizidassistenz in Deutschland und anderen Ländern
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> • Verurteilung durch Umwelt und Gesellschaft • gesellschaftliches Tabuthema Suizidassistenz • Suizidassistenz in anderen Ländern wie Schweiz, Österreich, Niederlande
Modul 8:	
<i>Im Rahmen des Prozesses der Suizidassistenz personale Kompetenzen erwerben</i>	
	8x45 min.
Beschreibung:	Die Inhalte werden zu einem Modul zusammengefasst, da sich der konkrete Inhalt nur auf die am Prozess beteiligten Akteur:innen bezieht.
Kompetenz:	Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen <ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmenden entwickeln Problemlösestrategien, um mit den eigenen Emotionen umzugehen und Stresssituationen zu begegnen. (Niveau 5) • Die Teilnehmenden übernehmen Verantwortung im Rahmen des Prozesses der Suizidassistenz und planen die Abläufe vorausschauend, um emotionalen und stressbringenden Situationen vorzubeugen. (Niveau 6) • Die Teilnehmenden entwickeln unter wissenschaftlichen Erkenntnissen Strategien zur Entlastung innerhalb des beruflichen Tätigkeitsfeldes der Suizidassistenz. (Niveau 7)
Lernergebnisse:	1. Taxonomie – Wissen (Kognitive Domäne) Die Teilnehmenden:

	<ul style="list-style-type: none"> kennen den eigenen Verantwortungsbereich im beruflichen Handeln <p>5. Taxonomie – Synthetisieren (Kognitive Domäne)</p> <p>Die Teilnehmenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> entwickeln einen professionellen Umgang mit eigenen Emotionen und stressbehafteten Situationen
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> Verantwortung innerhalb des Prozesses der Suizidassistenten übernehmen Umgang mit eigenen Emotionen Nähe und Distanz wahren Resilienz entwickeln Ambiguitätstoleranz stärken
Modul 9:	
<i>Für den Prozess der Suizidassistenten relevante kommunikative Kompetenz erwerben</i>	
	8x45 min.
Beschreibung:	Die hier dargestellten Inhalte beziehen sich auf den Erwerb erweiterter kommunikativer Fähigkeiten.
Kompetenz:	<p>Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden erlernen den Umgang mit komplexen Gesprächssituationen, wie z.B. Kommunikation mit Betroffenen und deren Angehörigen, in Krisensituationen. Sie erkennen die Bedeutung einer wertschätzenden und empathischen Gesprächsführung. (Niveau 5) Die Teilnehmenden planen eigenverantwortlich im Kontext komplexer Entscheidungssituationen einen Austausch der verschiedenen am Prozess beteiligten Berufsgruppen. Dabei nutzen sie Konzepte zur gemeinsamen Entscheidungsfindung. (Niveau 6)

	<ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden nutzen ein vertieftes Wissen in hochkomplexen Kommunikations-, Interaktions- und Beratungssituationen und sind an der Implementierung verschiedener Kommunikations- und Beratungskonzepte maßgeblich beteiligt. (Niveau 7)
Lernergebnisse:	<p>3. Taxonomie – Anwenden (Kognitive Domäne)</p> <p>Die Teilnehmenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> wenden gezielt Kommunikationsmodelle im Rahmen einer Begleitung der Suizidassistenten an
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> Kommunikation mit Betroffenen Kommunikation mit am Prozess beteiligten Akteur:innen Kommunikation mit Angehörigen Kommunikationsmodelle Konzepte zur gemeinsamen Entscheidungsfindung
Modul 10:	
<i>Medizinische Grundlagen erwerben</i>	
	8x45 min.
Beschreibung:	Die Inhalte des Moduls beziehen sich neben Aspekten zu Wirkung und Nebenwirkungen von Medikamenten auf die unterschiedliche Pathogenese der Betroffenen.
Kompetenz:	<p>Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden kennen medizinische Aspekte zur Suizidassistenten und können medikamentöse Wirkung und Nebenwirkungen einschätzen. Komplikationen werden erkannt und erste Maßnahmen eingeleitet. (Niveau 5)
Lernergebnisse:	<p>1. Taxonomie – Wissen (Kognitive Domäne)</p> <p>Die Teilnehmenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> nennen medizinische Grundlagen zum Prozess der Suizidassistenten, kennen Wirkung und Nebenwirkungen von

	Medikamenten und Komplikationen innerhalb des Prozesses einer Suizidassistenten
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> • medizinisches Wissen • freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit • Grundlagen von Palliativ Care • Umgang mit Komplikationen im Rahmen der Suizidassistenten • palliative Sedierung
<p>Allgemeiner Kommentar:</p> <p>Das vorliegende Curriculum weist Verbindungen zur Weiterbildung Palliative-Care und der "Schulung im Umgang mit Todeswünschen" auf.</p> <p><i>*Palliativ Care:</i></p> <p>Für Interessierte an einer Weiterbildung Palliative-Care möchten die Studierenden an dieser Stelle auf das Mildred-Scheel-Diplom hinweisen. Hier können palliative Kompetenzen entwickelt und vertieft werden. Ziel ist es, die Teilnehmenden zu befähigen, „in einem komplexen und mit häufigen und unvorhersehbaren Veränderungen einhergehenden Arbeitsfeld eigenverantwortlich Aufgaben, Problemstellungen und Prozesse zu planen, zu bearbeiten und zu steuern“ (Stiftung Deutsche Krebshilfe, 2021, o. S.). Weitere Informationen können unter https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Downloads/PDFs/Akademie/Flyer_Mildred-Scheel-Diplom_2021.pdf abgerufen werden.</p> <p><i>*Schulung – Umgang mit Todeswünschen:</i></p> <p>Die Schulung „Umgang mit Todeswünschen“ des Zentrums für Palliativmedizin der Uniklinik Köln bietet Teilnehmenden Kompetenzzugewinne z.B. auf Reaktionen, Hintergründe, relevante Rechtslagen und der eigenen Reflexion in Bezug auf Todeswünsche (Voltz, Kreimeike, Boström, Gehrke, 2018, o. S.). Weitere Informationen zur Schulung „Umgang mit Todeswünschen“ stehen unter: https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswuenschen-dedipom/ zur Verfügung.</p>	

Quelle: Eigene Darstellung

8.3 Kritische Reflexion des Konstruktionsprozesses

Der hier dargestellte Konstruktionsprozess wurde in Anlehnung an Siebert durchgeführt. Sieberts Beschreibung eines curricularen Konstruktionsprozesses erschien an dieser Stelle alternativlos. Bereits 1974 beschrieb er die Konzeptionsphasen, welche seither nicht erneut definiert oder überarbeitet wurden. Da Siebert seine Konstruktionsphasen in seinem Werk nur sehr vage beschrieb, blieb hier viel Raum, um in Anlehnung an seine Vorstellungen einen eigenen Konstruktionsprozess zu gestalten.

Im Rahmen des Konstruktionsprozesses stellt die in Kapitel 7.3 beschriebene Formulierung der Kompetenzen ein Konzeptionsprinzip dar. Die Kompetenzformulierung erfolgte hier anhand der Kompetenzbeschreibung nach dem DQR. Die vom deutschen Qualifikationsrahmen beschriebenen Kompetenzen sind in acht Stufen gegliedert und umfassen eine Zunahme der Komplexität. Unter Berücksichtigung der multiprofessionellen Konzeptionsgrundlage erschien es sinnvoll, sich der multiplen Kompetenzanforderungen des deutschen Qualifikationsrahmens zu bedienen und diese im Curriculum zu hinterlegen. So war es möglich, einzelne Module für spezifische Zielgruppen im Rahmen der Umsetzung anzubieten und bezogen auf das Gesamtcurriculum eine Binnendifferenzierung darzustellen. Die vom DQR beschriebenen Kompetenzen zeigten sich in der publizierten Fassung als sehr oberflächlich definiert. Dies stellte ein weiteres Kriterium dar, sich im Rahmen des Konstruktionsprozesses der Kompetenzen des Deutschen Qualitätsrahmens zu bedienen. Da es sich um ein halboffenes Curriculum handelt, sind die übergeordneten Kompetenzen auf Metaebene vorgegeben, können aber im Einzelfall durch die Lehrenden spezifisch und individuell modifiziert werden. Durch die offengehaltene Kompetenzformulierung des Deutschen Qualitätsrahmens bleibt dem Lehrenden so eine pädagogische Freiheit, die anzubahrenden Kompetenzen für den eigenen Unterricht zu konkretisieren.

Ein weiteres Konstruktionsprinzip stellt die fachdidaktische Analyse nach Darmann-Fink dar. Wie bereits in Kapitel 7.4.1 beschrieben, werden Lernsituationen - besonders im Gesundheitswesen - anhand realistischer, berufstypischer Situationen, den sich daraus ergebenden Schlüsselproblemen und einer anschließenden heuristischen Matrix konzipiert. Eine solche Herangehensweise wäre in dem hier präsentierten Curriculum nicht substantiiert gewesen, da sich die hier definierten Inhalte ausschließlich auf Ergebnisse des Forschungsvorhabens beziehen. Denkbar wäre es, auf Mikroebene die Ausformulierung nach dem Prinzip der fachdidaktischen Analyse nach Darmann – Fink zu generieren, um evidenzbasierte Inhalte mit pädagogisch aufbereiteten Inhalten zu verknüpfen.

Die im Curriculum verortete didaktische Empfehlung orientiert sich an den Ansätzen der Erfahrungsorientierung, der fallorientierten Didaktik und der interaktionistischen Pflegedidaktik und stellt in der Konstruktion ausschließlich eine pädagogische Empfehlung dar. Unter Berücksichtigung der Argumentation für die Auswahl der didaktischen Empfehlungen (siehe Kapitel 7.4) wurde es als sinnvoll erachtet, sie als Empfehlungen auszusprechen, da das Curriculum der halboffenen Konzeptionsstruktur folgt. Die didaktische Empfehlung kann somit von den Lehrenden umgesetzt werden, ist aber nicht bei der Anwendung des Curriculums verbindlich einzuhalten und lässt dementsprechend ausreichend pädagogische Freiheit für eine autonome Unterrichtsgestaltung. Gleiches gilt für die beschriebenen Empfehlungen der Methodik.

Die auf übergeordneter Ebene definierten Lernergebnisse orientieren sich an Bloom und wurden auf den Ebenen der kognitiven und affektiven Domäne beschrieben (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 51). Die Lernergebnisse definieren, welchen Lernzuwachs der / die Teilnehmende gewinnt, wenn er an einem der hier konzipierten Modulen des Curriculums teilgenommen hat. Auch hier sind die Lernergebnisse auf übergeordneter Ebene beschrieben, so dass jedem Lehrenden die pädagogische Freiheit gewährt wird, Lernergebnisse auf Mikroebene und unter Berücksichtigung der selbstständig konzipierten Lernsituation zu definieren.

Zentral bei der Konzeption des Curriculums war, dass es bereits bestehende curriculare Strukturen zu thematisch andersartigen Themenschwerpunkten wie „Umgang mit Todeswünschen“ gab und sich die Bildungsinhalte im Rahmen der Auswertung stark mit den Bildungsinhalten der bereits bestehenden curricularen Strukturen decken ließen. Hierbei erschien es notwendig, die bereits bestehenden Curricula in das neukonzipierte Curriculum einfließen zu lassen, um den bereits bestehenden Strukturen wertschätzend begegnen zu können.

Das letzte Segment der curricularen Konzeption stellt die Implementierung des Curriculums dar. Um dem Motiv der Untersuchungsaufnahme gerecht zu werden, wäre eine Publikation von Ergebnissen der vorliegenden Masterthesis möglich. Zudem wäre denkbar, das hier dargestellte Curriculum mit bereits bestehendem Material, wie zum Beispiel den Ergebnissen der Studie von Kreimeike et al. (2018) „The desire to die in palliative care: Optimization of management (DEDIPOM)“ zu kombinieren. Module des Curriculums können beispielsweise durch das bedarfsorientierte Trainingskonzept zur Kommunikation über den Wunsch zu sterben mit den Schwerpunkten Aspekte der Gesprächsführung,

Einordnung - Bedeutung – Funktion von Todeswünschen, Reflexion (bewusster Umgang mit der eigenen Haltung und Emotionen, Selbstschutz) und weiteren Handlungsoptionen ergänzt werden.

9. Fazit

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, unter Hinzunahme eines qualitativen Forschungsvorgehens evidenzbasierte Bildungsinhalte für ein multiprofessionelles Curriculum zu schaffen, um am Prozess der Suizidassistenten beteiligte Akteur:innen auf das Thema der Suizidassistenten in Deutschland vorbereiten zu können und im Fall eines Inkrafttretens neuer gesetzlicher Regelungen, Sicherheit zu vermitteln.

Um konkrete Bildungsinhalte generieren zu können, wurde sich des qualitativen Forschungsdesigns der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zur Beantwortung der Forschungsfrage *„Auf welchen Inhalten basiert ein multiprofessionelles, evidenzbasiertes Curriculum zum Thema Suizidassistenten?“* und *„Welcher Strukturen bedarf dieses?“* bedient.

In der Datenerhebung ist deutlich geworden, dass eine unterschiedliche Qualität bei der Beantwortung der Interviewleitfragen zu beobachten war. Nicht-pädagogische Fragen wurden durch die Experten sehr versiert beantwortet, die pädagogischen Fragen haben für Unsicherheit gesorgt oder zu ausweichender Beantwortung der Fragen geführt. Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche zeigte sich, dass die Antworten der Expert:innen auf die Interviewleitfragen bereits identisch mit denen in der publizierten Literatur waren. Die Interviewleitfragen stellten sich für die Studierenden im Rahmen der Datenauswertung und Verarbeitung als nicht ausreichend pädagogisch heraus. Anvisiert war, allgemeingültig formulierte Fragestellungen zu präsentieren, aus denen durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring Bildungsinhalte generiert werden sollten.

Retrospektiv zeigt sich, dass die originären Bildungsinhalte größtenteils aus den Interviewleitfragen generiert wurden, deren Fokus ausschließlich pädagogisch ausgerichtet war und die konkret nach Bildungsinhalten fragten. Das Verhältnis zwischen pädagogischen Fragen zur Lehre und allgemeinen Fragen zum Thema der Suizidassistenten war somit nicht ausgewogen.

Im Rahmen der DSGVO wurden den Expert:innen Pseudonyme zugewiesen. Die Wahl dieser Betitelungen wird durch die Studierenden rückblickend kritisch bewertet. Mit der

gewählten Betitelung der Expert:innen lassen sich keine Rückschlüsse auf die Teilnehmer:innenzahl des Expert:innenevaluationsworkshops ziehen, da die Zahlenwerte im Pseudonym für die Expert:innen des Expert:innenworkshops synonym verwendet wurden.

Durch den gewählten Untersuchungsgang hat das Curriculum eine hohe Fachexpertise erhalten und lässt sich auf fachlicher Ebene präsentieren.

Es wurde hier kritisch reflektiert, ob eine reine Literaturrecherche ebenfalls zu curricularen Strukturen geführt hätte, wenn man sich der vorab konzipierten Curricula bedient hätte. Die Diskussion lässt sich mit dem Ergebnis abschließen, dass eine Evidenzbasierung so jedoch nicht möglich gewesen wäre. Somit konnte nur mit dem hier dargestellten Forschungsansatz eine Evidenzbasierung hergestellt werden.

Der durch Dörmann beschriebenen Empfehlung, die am Prozess beteiligten Akteur:innen bei der Förderung und Festigung einer Haltung zur Suizidassistenten zu unterstützen und dieses als Gegenstand des Curriculums zu deklarieren, wurde entsprochen (Dörmann, 2022, S. 83). Auch der von ihr beschriebene Fokus, Aus-, Fort- und Weiterbildungsteilnehmer:innen auf emotionale Belastung durch die Auseinandersetzung mit der Thematik und Prozesskomplikationen vorzubereiten und eine gezielte Vorbereitung auf die Tätigkeit selbst, wurde in der Konzeption berücksichtigt und als Bildungsinhalt mit aufgenommen (Dörmann, 2022, S. 83). Die Empfehlungen Dörmanns zeigten sich hierzu deckungsgleich.

Literaturverzeichnis

- Akademie für Ethik in der Medizin [AEM]. (2020). Stellungnahme des Vorstands der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 aus medizinethischer Sicht. Abgerufen am 10.02.2023 von https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/AEM_Stellungnahme_Suizidhilfe_nach_BVerfG_Urteil_2022-02-22.pdf
- Akademie für Ethik in der Medizin [AEM]. (2022). Aktualisierte und erweiterte Stellungnahme des Vorstands der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 aus medizinethischer Sicht (vom 22.02.2022). Abgerufen am 07.04.2023 von https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/AEM_Stellungnahme_Suizidhilfe_nach_BVerfG_Urteil_2022-02-22.pdf
- Alt-Epping, B., Sitte, T., Nauck, F. & Radbruch, L. (2010). Sedierung in der Palliativmedizin. Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung. European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework for the Use of Sedation in Palliative Care. *Palliativmedizin*, 11, 112-115.
- Alt-Epping, B., Schildmann, E. & Weixler, D. (2016). Palliative Sedierung und ihre ethischen Implikationen. Eine Übersicht. *Der Onkologe*. DOI 10.1007/s00761-016-1002-9.
- Alt-Epping, B. (2018). Leidenslinderung am Lebensende Erwartungen an die Palliativmedizin. *Bioethica Forum*, 11(1), 20-23.
- Anstey, S., Calvert, L., A., Fife, S., Roberts, H., Turnbull, L., Ward, C. & Strathern, A. (2016). *When Someone Asks For Your Assistance Royal College of Nursing Guidance To Die RCN guidance on responding to a request to hasten death. 2nd edition*. London: Royal College of Nursing.
- Arnold, R., Gomez Tutor, C. & Kammerer, J. (2002). Selbstgesteuertes Lernen als Perspektive der beruflichen Bildung. *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* [BWP], (4), S. 32– 36.

- Ärzttekammer Nordrhein [ÄkNo]. (2022). Ärztekammer Nordrhein fordert Suizidpräventionsgesetz. Abgerufen am 15.04.2023 von <https://www.aekno.de/presse/nachrichten/nachricht/aerztekammer-nordrhein-fordert-suizidpraeventionsgesetz>
- Ärztezeitung (2022). Umgang mit belastenden Folgen nach assistiertem Suizid: Hier finden Angehörige Hilfe. Abgerufen am 25.02.2023 von <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Nach-assistiertem-Suizid-Hier-finden-Angehoerige-Hilfe-434149.html?bPrint=true>
- Balaguer, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Alonso-Babarro, A., Altisent, R., Aradilla-Herrero, A., Bellido-Pérez, M., Breitbart, W., Centeno, Miguel, C., Cuervo, A., Deliens, L., Frerich, G., Gastmans, C., Lichtenfeld, S., Limonero, J., Maier, M., Johan, L. Nabal, M., Rodin, G., Rosenfeld, B., Schroepfer, T., Tomás-Sábado, J., Trelis, J., Villavicencio-Chávez, C. & Voltz, R. (2016). An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors. *PLOS ONE*, 11(1), 1-14.
- Bär, G., Azize, K., Geers, S. & Clar, C. (2020). Fokusgruppen in der partizipativen Forschung. In Hartung, A., Wihofszky, P. & Wright, M. (Hrsg.) (2020). *Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden*. o. O.: Springer.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2019). Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *The American Journal of Bioethics*, 19(11), 9–12.
- Becker, M. (2013). Arbeitsprozessorientierte Didaktik. Abgerufen am 09.03.2023 von http://www.bwpat.de/ausgabe24/becker_bwpat24.pdf
- Beine, K. H. (2020). Praxis der Sterbehilfe durch Ärzte und Pflegefachkräfte in deutschen Krankenhäusern. Practice of euthanasia among physicians and nurses in German hospitals. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 145: 22: 123 – 129.
- Bellmann, J. & Müller, T. (2011). *Wissen was wirkt. Kritik evidenzbasierter Pädagogik*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, Springer.
- Benfer-Breisacher, A. (2018). „Resilienz in der Pflege“ - von Anfang an! Implementierung des Konzeptes „Resilienz“ im Curriculum der Pflegeausbildung zur Förderung der psychischen Gesundheit von Pflegeschülern. *PADUA*, 13(3), 195–202.

- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege [BGW]. (2023). Was ist psychische Belastung. Abgerufen am 05.03.2023 von <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/gesund-psyche/hintergrundinfos-psychische-belastung#:~:text=%22Psychische%20Belastung%20ist%20die%20Gesamtheit,egal%20ob%20negativ%20oder%20positiv.>
- Bickhardt, J. & Hanke, R. (2014). Freiwilliger Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung - Eine ganz eigene Handlungsweise. *Deutsches Ärzteblatt*, 111(14), 590-592.
- Birnbacher, D. & Walther, C. (2019). Selbstbestimmtes, vorzeitiges Sterben durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Begriffliche Vielfalt darf nicht zu Verwirrung führen. *Fachzeitschrift PflegeRecht*, 4, 211-218.
- Blum, K., Schilz, P., Isfort, M. & Weidner, F. (2006). *Pflegeausbildung im Umbruch - Pflegeausbildungsstudie Deutschland [PABiS]*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Bock, K. D. (1993). *Wissenschaftliche und alternative Medizin*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bogner, A., Littich, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer.
- Boström, K., Frerich, G., Romotzky, V., Galushko, M. & Kreimeike, K. (2023). Schulungen zum Umgang mit Todeswünschen. In Kreimeike, K., Perrar, K. M. (2023). *Palliativ & Todeswunsch* (S. 150- 159). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bozzaro, C. & Schildmann, J. (2018). ‘‘Suffering’’ in Palliative Sedation: Conceptual Analysis and Implications for Decision Making in Clinical Practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(2), 288-294.
- Breitenbach, A. (2021). Digitale Lehre in Zeiten von Covid-19. Risiken und Chancen. Abgerufen am 07.04.2023 von <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-212740>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung [BMBF]. (o. J.). Der DQR. Abgerufen am 13.03.2023 von https://www.dqr.de/dqr/de/der-dqr/was-ist-ein-qualifikationsrahmen/was-ist-ein-qualifikationsrahmen_node.html

- Bundesministerium für Gesundheit [BMG]. (2022). Förderung suizidpräventiver Kompetenz in Institutionen und Gesellschaft (suiKom). Abgerufen am 03.04.2023 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung-1/handlungsfelder/gesundheitsversorgung/suikom.html>
- Bundesministerium für Gesundheit [BMG]. (2019). Prävention. Abgerufen am 04.04.2023 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html>
- Bundesministerium der Justiz [BMJ]. (2021). Erlass über die am 1. Jänner 2022 in Kraft tretende Neuregelung des § 78 StGB. Abgerufen am 10.02.2023 von https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Erlaesse/ERL_BMJ_20211228_2021_0_900_659/ERL_BMJ_20211228_2021_0_900_659.pdf
- Bundesverfassungsgericht [BVerfG]. (2020). Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig. Pressemitteilung Nr. 12/2020 vom 26. Februar 2020. Abgerufen 10.02.2023 von <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html>
- Bundesverfassungsgericht (BVerfG). (2020). Leitsätze zum Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020. Abgerufen am 10.02.23 von https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html;jsessionid=6A124098052DFCBEB3EAF17CCD66DA19.2_cid319
- Bundeszentrale für politische Bildung (2020). Bundesverfassungsgericht: Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe ist verfassungswidrig. Abgerufen 10.02.23 von <https://www.bpb.de/kurz-knapp/hintergrund-aktuell/305426/bundesverfassungsgericht-verbot-geschaeftsmaessiger-sterbehilfe-ist-verfassungswidrig/#:~:text=Am%2026.%20Februar%20hat%20das%20Bundesverfassungsgericht%20ein%20Urteil%20zum%20%22Verbot,Grundgesetz%20und%20sei%20somit%20nichtig>
- Bürki, R. (2000). Klimaänderung und Anpassungsprozesse im Wintertourismus. *Publikation der Ostschweizerischen Geographischen Gesellschaft Neue Folge*, 6.

- Caritas. (2022). Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin – und des Deutschen Caritasverbands. Abgerufen am 15.04.2023 von https://www.caritas.de/cms/contents/caritas.de/medien/dokumente/stellungnahme-zum-as/stn_dcv_dbk_gemeinsame.pdf?d=a&f=pdf
- Castellucci, L., Heveling, A. et al. (2020). Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung. (BT-Drs. 20/904). Abgerufen am 15.04.2023 von <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf>
- Chabot, B., Walther, C. & Birnbacher, D. (2021). *Ausweg am Lebensende. Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken* (6. überarbeitete Auflage). München: Reinhardt.
- Cherny, N., Radbruch, L. & The Board of the European Association for Palliative Care. (2009). European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, 23(7), 581–593.
- Coors, M., Simon, A. & Alt-Epping, B. (Hrsg.). (2019). *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit Medizinische und pflegerische Grundlagen - ethische und rechtliche Bewertungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Corbin, J. & Hildenbrand, B. (2011). Qualitative Forschung. In Schaeffer, D. & Wingefeld, K. (Hrsg.). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa.
- Darmann- Finck, I. (2009). Interaktionistische Pflegedidaktik. In Olbrich, C. (Hrsg.). (2009). *Modelle der Pflegedidaktik*. (S. 1-22). München: Elsevier.
- Darmann-Finck, I. (2010). Eckpunkte einer interaktionistischen Pflegedidaktik. In Roswitha Ertl-Schmuck, R. & Fichtmüller, F. (Hrsg.). (2010). *Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung* (2. Auflage) (S. 202-253) . Weinheim, Basel: Beltz.
- DESTATIS. (2023). Todesursache. Suizide. Abgerufen am 10.02.23 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html#119324>

Deutscher Bundestag (2022). Sachliche Orientierungsdebatte über Reform der Sterbehilfe.

Abgerufen am 10.02.2023 von

<https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2022/kw20-de-vereinbarte-debatte-sterbehilfe-894644>

Deutsche Forschungsgemeinschaft e.V. [DFG]. (Hrsg.). (2019): Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis. Kodex. Abgerufen am 10.02.2023 von

https://www.dfg.de/download/pdf/foerderung/rechtliche_rahmenbedingungen/gute_wissenschaftliche_praxis/kodex_gwp.pdf

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin [DGP]. (2021). Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenten in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Abgerufen am 01.04.2023 von

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Wu%CC%88nschen_nach_Suizidassistenten_20210916.pdf

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin [DGP]. (o. J.). Ärztlich Assistierter Suizid Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Abgerufen am 07.04.2023 von

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/140128_%C3%A4rzt-suizid_online.pdf

Deutsche Gesellschaft für Positive Psychologie [DGPP]. (2022). Toleranz, Akzeptanz und Verständnis. Abgerufen am 25.03.2023 von <https://www.dgpp-online.de/post/toleranz-akzeptanz-und-verstaendnis>

Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe & [AWMF]. (2020). Leitlinienprogramm Onkologie. Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL. Abgerufen am 15.03.2023 von <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>

Deutscher Qualifikationsrahmen [DQR]. (2013). DQR-Bildungsniveau. Abgerufen am 15.03.2023 von https://www.dqr.de/dqr/de/der-dqr/dqr-niveaus/dqr-niveaus_node.html

- De Vincenti, A. & Horlacher, R. (2016). Lehrplan/Curriculum. In Hoffmann-Ocon, A., Matthes, E. & Schlüte, S. (2016). *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft*. (S. 2-21). Basel: Beltz Juventa
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Dörmann, L. (2022). *Matserarbeit. Sichtweisen und Einstellungen von Pflegefachkräften unterschiedlicher Versorgungssettings zur Suizidassistenten*. Bremen: Universität Bremen.
- Dudenredaktion. (o. J.). Curriculum. Abgerufen am 25.02.2023 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Curriculum>
- Dudenredaktion. (o. J.). Evidenzbasiert. Abgerufen am 25.02.2023 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/evidenzbasiert>
- Duttge, G. (2023). Rechtliche Aspekte von Todeswünschen. In Kreimeike, K., Perrar, K. M. (2023). *Palliativ & Todeswunsch* (S. 82-93). Stuttgart: Kohlhammer.
- Engelhard, K. & Otto, K. H. (2015). Sachanalyse und fachliche Klärung. In Reinfried, S. & Haubrich, H. (Hrsg.). (2015). *Geografie unterrichten lernen: die Didaktik der Geographie* (S. 309-380). Berlin: Cornelsen.
- Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz. (2020). Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. o. O.
- Falkner, A. (2022). Die zweite Seite der Medaille – affektive Resonanzen professionell Betreuender in Bezug auf assistierten Suizid. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 103-120). Heidelberg: Springer.
- Feichtner, A., Weixler, D. & Birklbauer, A. (2018). Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 94, 353-357.
- Feichtner, A. (2022). Der Wunsch zu Sterben. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 3-10). Heidelberg: Springer.
- Feichtner, A. (2022). *Assistierter Suizid aus Sicht der Pflege*. Wien: facultas.

Flammer, A. & Alsaker, F. D. (2002). *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschließung innerer und äußerer Welten im Jugendalter*. Bern: Huber.

Frerich, G., Romotzky, V., Galushko, M., Hamacher, S., Perrar, K., Doll, A., Montag, T., Golla, H., Strupp, J., Kremeike, K. & Voltz, R. (2020). Kommunikation über den Wunsch zu sterben: Entwicklung und Evaluation eines ersten bedarfsorientierten Trainingskonzepts – Eine Pilotstudie. *Palliative & Supportive Care*, 18(5), 528-536.

Fricke, A. (2021). Blick in die Welt. So regeln andere Länder die Sterbehilfe. Abgerufen am 05.03.2023 von <https://www.aerztezeitung.de/Politik/So-regeln-andere-Laender-die-Sterbehilfe-416680.html>

Gabl, C. (2022). „Das Leiden muss ein Ende haben!“ Existenzielles Leiden und der Wunsch nach einem raschen Tod – ein belastendes Spannungsfeld für Palliativpatienten, Angehörige und Betreuungspersonen. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 203-216). Berlin: Springer.

Galushko, M., Frerich, G. & Eisenmann, Y. (2023). Todeswunsch aus Sicht der Verstorbenen. In Kremeike, K., Perrar, K., Voltz, R. (2023). *Palliativ und Todeswunsch* (S. 120-127). Stuttgart: Kohlhammer.

Gavela, K. (2013). *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Gmelch, A. & Steinhorst, H. (2022). Curriculum. Abgerufen am 01.04.2023 von <https://doi.org/10.20378/irbo-51812>

Gordijn, B. & Steinkamp, N. (2010). *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtungen* (3., überarbeitete Auflage). München: Hermann Luchterhand

Greul, F. (2020). Zum Konzept der Prävention. Ein Plädoyer für engere Grenzen. Abgerufen am 02.04.2023 von <https://www.bpb.de/themen/infodienst/311923/zum-konzept-der-praevention/#node-content-title-1>

Häder, M. (Hrsg.). (2006). *Empirische Sozialforschung. Eine Einführung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Helling-Plahr, K., Sitte, P. et al. (2022). Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe. (SHG-E) (BT-Drs. 20/2332). Abgerufen am 15.04.2022 von <https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf>
- Hirsmüller, S. & Schröer, M. (2014). Interprofessionelle Teamarbeit als Ausgangspunkt für Palliativmedizin. In Schnell, M. & Schulz, C. (Hrsg.). (2014). *Basiswissen Palliativmedizin* (S. 11-21). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hundenborn, G. (2007). *Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung*. München: Elsevier.
- Hundenborn, G., Knigge-Demal, B. & Raschper, P. (2019). Qualitätsbeurteilung schulinterner Curricula auf der Grundlage des Pflegeberufgesetzes und der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Kriterien für eine Makroevaluation. Abgerufen am 04.02.2023 von https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/schulbereit_beurteilungskriterien_schulcurricula.pdf
- Husebø, S. & Klaschik, E. (Hrsg.). (2009). *Palliativmedizin* (5. aktualisierte Auflage). Heidelberg: Springer.
- Ivanović, N., Buche, D. & Fringer, A. (2014). Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life - a 'systematic search and review' giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life. *BMC Palliative Care*, 13(1), 1.
- Jansky, M., Jaspers, B., Radbruch, L. & Nauck, F. (2017). Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid. Eine Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. *Bundesgesundheitsblatt*, 60, 89–98.
- Jürgensen, A. & Saul, S. (2021). *Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Praxis*. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Kapitany, T. (2022). Suizidbeihilfe – die Sicht der Suizidprävention. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 185-191). Berlin: Springer.
- Klesse, R., Teising, M., Lewitzka, U., Bäurle, P., Ciompi, L., Fiedler, G., Justiniano, I., Kapitany, T., Lindner, R., Lippmann-Rieder, S., Niederkrotenthaler, T., Rados, C.,

- Schneider, B. & Wolfersdorf, M. (2022). Assistierter Suizid und Autonomie – ein Widerspruch? Das Konzept der »freien« Entscheidung zum Suizid im Lichte von anthropologischen, entwicklungspsychologischen und psychotherapeutisch-psychiatrischen Befunden (Sonderdruck). *Psychosozial*, 45 (3), Nr. 169.
- Kirchmair, R. (Hrsg.). (2021). *Qualitative Forschungsmethoden. Anwenderorientiert: vom Insider aus der Marktforschung lernen*. Frankfurt: Springer
- Klinkhammer, G. (2014). Palliative Sedierung. Mit großer Sorgfalt und klinischer Erfahrung. Über eine Behandlungsoption, die die Zeit bis zum Eintritt des Todes erträglicher gestalten kann. *Deutsches Ärzteblatt*, 38, 1552-1552.
- Klumer, K. (2021). Online-Lehre. Vorteile nutzen statt Präsenz nachbilden, Abgerufen am 15.03.2023 von <https://erwachsenenbildung.at/digiprof/neuigkeiten/15487-onlinelehre-vorteile-nutzen-statt-praesenz-nachbilden.php>
- Knigge-Demal, B. (2001). Curricula und deren Bedeutung für die Ausbildung. In Sieger, M. (Hrsg.). *Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung* (S. 39-56). Bern: Huber.
- Körtner, H. J. & Likar, R. (2022). Menschenwürde. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 29-36). Heidelberg: Springer.
- Kremeike, K. (2018). Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen. Abgerufen am 22.04.2023 von <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/?pbid=218613>
- Kreimeike, K. (2019). Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen. Abgerufen am 25.03.2023 von <https://webstatic.uk-koeln.de/im/dwn/pboxx-pixelboxx-218613>
- Kremeike, K., Boström, K., Dojan, T., Romotzky, V., Frerich, G., Galushko, M. & Voltz, R. (2020). Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung – Entwickeln und Konsentieren eines teil-strukturierten Leitfadens. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 21(05), 17.
- Kremeike, K., Galushko, M., Frerich, G., Romotzky, V., Hamacher, S., Rodin, G., Pfaff & Voltz, R. (2018). The Desire to Die in Palliative care: Optimization of Management (DEDIPOM) – a study protocol. *BMC Palliative Care*, 17(30), 1-10.

- Kremeike, K., Pralong, A., Bostrom, K., Bausewein, C., Simon, S. & Lindner, R. (2021). Desire to Die in palliative care patients-legal framework and recommendations of the national evidence-based guideline on palliative care in Germany. *Palliative medicine*, 10(3), 3594-610.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2020). *Fokussierte Inhaltsanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt*. Berlin: Springer.
- Künast, R. et al. (2022). Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze. (BT-Drs. 20/2293). Abgerufen am 15.04.2023 von <https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf>
- Lamnek, S. & Krell, C. (Hrsg.). (2016). *Qualitative Sozialforschung*. Basel: Beltz.
- Lindner, R., Foerster, R. & von Renteln-Kruse, W. (2013). Idealtypische Interaktionsmuster psychosomatischer Patienten in stationär-geriatrischer Behandlung. *Gerontologie und Geriatrie*, 46, 441-448.
- Lindner, R. und Voltz, R. (2020). Todeswünsche. In Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, Abgerufen am 01.04.2023 von <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>.
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S. & Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 31(4), 1-10.
- Marckmann, G., Neitzke, G., Riedel, A., Schicktanz, S., Stoecker, R. & Winkler, E. (2020). Stellungnahme des Vorstands der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 aus medizinethischer Sicht (vom 24.06.2020). Abgerufen am 10.02.23 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistenten/Akademie_fuer_Ethik_in_der_Medizin_bf.pdf
- Martial, v. I. (1996). *Einführung in didaktische Modelle*. Baltmannsweiler: Schneider.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.

- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (10., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (13., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 633-648). Wiesbaden: Springer
- Meier, O. & Sitte, T. (2019). Grundlagen und Versorgungsstrukturen. In Thöns, M. & Sitte, T. (2019). *Repetitorium Palliativmedizin. Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin* (3., überarbeitete und aktualisierte Auflage) (S. 1-13). Heidelberg, Berlin: Springer.
- Meyer, H. (2020). *Leitfaden Unterrichtsvorbereitung* (10. Auflage). Berlin: Cornelsen.
- Mitchell, T., Gehmlich, V. & Steinmann, M. (2008). *Lernergebnisse (Learning Outcomes) in der Praxis*. Bonn: DAAD
- Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S. (2001). Effects of High Dose Opioids and Sedatives on Survival in Terminally III Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21, 282-289.
- Mühlegger, V. & Wimmer, H. (2022). Grundlegende Konzepte in der psychologischen Betreuung in Hinblick auf assistierten Suizid. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 59-75). Heidelberg: Springer.
- Müller, S., Giegling, I., Hegerl, U., Bennefeld-Kersten, K., Meischner-Al-Mousawi, M., Glasow, N., Reisch, T., Rademacher, K., Mend, H. K., Schmidtke, A. & Rujescu, D. (2021). Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln. Abgerufen am 03.04.2023 von https://naspro.de/dl/Bericht2021_Methoden.pdf
- Munz, D. (2021). Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Schutz. BPTK-Round-Table zur Suizidassistenten. Abgerufen am 25.03.2023 von <https://www.bptk.de/im-spannungsfeld-von-selbstbestimmung-und-schutz/>

- Nauck, F. & Simon, A. (2021). Der assistierte Suizid – Reflexionen nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil. *Forum*, 36, 150–154.
- Neitzke, G. (2019). Grenzziehungen zwischen Suizid und freiwilligem Nahrungsverzicht (FVNF). In Chabot, B., Walther, C. & Birnbacher, D. (2019). *Ausweg am Lebensende. Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken* (6., überarbeitete Auflage) (S. 148-156). München: Reinhardt.
- Neitzke, G., Oehmichen, F., Schliep, H.-J. & Wördehoff, D. (2010). Sedierung am Lebensende Empfehlungen der AG Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). *Der Onkologe*, 16, 789–794.
- Nock, L. (2020). Gemeinsam besser werden für Patienten. Interprofessionelles Lehren und Lernen in Deutschland – Entwicklung und Perspektiven. Abgerufen am 13.03.2023 von <https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-02/Interprofessionelles%20Lehren%20und%20Lernen%20in%20Deutschland%2020.pdf>
- Oelke, U. & Menke, M. (2005). *Gemeinsame Pflegeausbildung*. Bern: Hans Huber.
- Oelke, U. & Meyer, H. (2020). *Didaktik und Methodik für Lehrende in Pflege- und Gesundheitsberufen. Teach the teacher*. Berlin: Cornelsen.
- Oelke, U., Wedekin, A. & Haas, S. (2013). Szenisches Lernen. In Ertl-Schmuck, R., Greb, U. (2013). *Pflegedidaktische Handlungsfelder* (S. 186-213). Weinheim: Beltz-Juventa.
- Oppermann, C., Schröder, J. (2020). „Nicht ohne uns“. *Sozial Extra* 44, 126–130.
- Ostgathe, C., Alt-Epping, B., Golla, H., Gaertner, J., Lindena, G., Radbruch, L., Voltz, R. & Hospice and Palliative Care Evaluation (HOPE) Working Group (2011). Non-cancer patients in specialized palliative care in Germany: what are the problems? *Palliativ Medizin*, 25(2),148-52.
- Ostgathe, C., Klein, C., Kurkowski, S., Heckel, M., Torres, J., Bausewein, C., Schildmann, E., Handtke, V., Bazata, J., Meesters, S., Schildmann, J., Kremling, A., Jäger, C., Ziegler, K. (2010). Handlungsempfehlung. Einsatz sedierender Medikamente in der Spezialisierten Palliativversorgung. Abgerufen am 19.04.2023 von <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/handlungsempfehlung-zum-einsatz-sedierender-medikamente-in-der-spezialisierten-palliativversorgung-erschienen.html>

- Prado, B., Gomes, D., Usón Júnior, P., Taranto, P., Sedlmaier França, M., Eiger, D., Coutinho Mariano, R., Hui, D. & Del Giglio, D. (2018). Continuous palliative sedation for patients with advanced cancer at a tertiary care cancer center. *BMC Palliative Care*, 2018. 17-13.
- Pfaff, I. (2019). Suizid. Zum Sterben in die Schweiz. Abgerufen am 11.02.23 von <https://www.sueddeutsche.de/politik/sterbehilfe-suizid-schweiz-1.4412140>
- Pflegeberufe Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) vom 2. Oktober 2018. In BGBl. 2018, zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 19. Mai 2020. In BGBl. I, S. 1018.
- Poser, M., Schneider, K., Bohrer, A. & Winkler, H. (2005). *Leiten, Lehren und Beraten. Fallorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegemanager und Pflegepädagogen*. Bern: Huber.
- Prönneke, R. (2018). Die palliative Sedierung Vorstellung eines palliativmedizinischen Konzepts mit kritischer Würdigung. *Der Onkologe*, 47, 366-371.
- Psyrembel online. (2023). Kommunikation. Abgerufen am 13.03.2023 von [https://www.psyrembel.de/Kommunikation/K0C09#:~:text=FeedbackProzess%20der%20Informations%3%BCbertragung%20zwischen%20Individuen,Mitteilungen%20ausgetauscht%20werden%20\(Metakommunikation](https://www.psyrembel.de/Kommunikation/K0C09#:~:text=FeedbackProzess%20der%20Informations%3%BCbertragung%20zwischen%20Individuen,Mitteilungen%20ausgetauscht%20werden%20(Metakommunikation)
- Rabe, M. (Hrsg.). (2009). *Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik*. Bern: Huber
- Radbruch et al. (2019). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken. Abgerufen am 29.03.23 von https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP_Positionspapier_Freiwilliger_Verzicht_auf_Essen_und_Trinken%20.pdf
- Radbruch, L., Nauck, F. & Sabatowski, R. (o. J.). Was ist Palliativmedizin? Abgerufen am 25.03.2023 von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Was_ist_Palliativmedizin_Definitionen_Radbruch_Nauck_Sabatowski..pdf
- Rahbar, K. (2010). Die vier Prinzipien ethischen Handelns in der Medizin. Abgerufen am 17.04.2023 von <https://ethica-rationalis.org/die-vier-prinzipien-ethischen-handelns-in-der-medizin/>

- Redaktionsnetzwerk Deutschland [RND]. (2022). Sterbehilfe: Frau tötet Ehemann mit Insulin – BGH spricht sie frei. Abgerufen am 10.02.23 von <https://www.rnd.de/panorama/sterbehilfe-frau-toetet-ehemann-mit-insulin-und-wird-freigesprochen-patientenschuetzer-kritisieren-SYPQSK4SP2U652DQ6DFPU4JNQY.html>
- Richter-Kuhlmann, E. (2019). Kontroverse Sterbefasten. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(41), 1826.
- Riedel, A. (2013). Ethische Reflexion und Entscheidungsfindung im professionellen Pflegehandeln realisieren. *Ethik Med*, 25:1–4.
- Riedel, A. (2015). Vertiefung von Ethik-Kompetenzen Die Entwicklung einer Ethik-Leitlinie als methodisch-didaktische und strukturierende Rahmung. *PADUA*, 10 (5), 321 – 327.
- Riese, F. (2022). Sterbewunsch bei Demenz. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 163-171). Berlin: Springer.
- Robert-Bosch-Stiftung. (2014). Operation Team Interprofessionelle Fortbildungen. Abgerufen am 13.03.2023 von https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2018-01/348_14-11-04_RBS_Faltblatt_Operation-Team_WEB.pdf
- Rodríguez-Prat, A., Balaguer, A., Booth, A. & Monforte-Royo, C. (2017). Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 7(9), 1-13.
- Rombey, S. (2020). BVerfG verwirft § 217 StGB und entwickelt Grundrecht auf Suizid. Abgerufen am 10.02.23 von <https://www.juraexamen.info/bverfg-verwirft-%C2%A7-217-stgb-und-entwickelt-grundrecht-auf-suizid/>
- Rosenfeld, B., et al. (1999). Measuring desire for death among patients with HIV/AIDS: the schedule of attitudes toward hastened death. *The American journal of psychiatry: official journal of the American Psychiatric Association*, 156, 94-100.
- Schmal, J. (2017). *Unterrichten und Präsentieren in Gesundheitsfachberufen. Methodik und Didaktik für Praktiker*. Heidelberg, Berlin: Springer.

- Schmidt-Atzert, L. (1996). *Lehrbuch der Emotionspsychologie*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Schneider, B., Sperling, U., Eilert, L., Hery, D., Preuß, U., Schmidt, J., Wurst, M., Webers, W., Glasow, N., Heinz, I., Elsner, A., Klipkert, K., Krüger, U. & Wolfersdorf, M. (2021). Suizidprävention in der medizinischen Versorgung. Abgerufen am 03.04.2023 von https://naspro.de/dl/Bericht2021_Medizin.pdf
- Schneider, K. (2005). Das Lernfeldkonzept – zwischen theoretischen Erwartungen und praktischen Realisierungsmöglichkeiten. In Schneider, K., Brinker-Meyendriesch, E., Schneider, A. (2005). *Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis* (2. Auflage) (S. 79-114). Heidelberg: Springer.
- Schrems, B. (2013). *Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche*. Wien: Facultas.
- Schwermann, M. (2022). Suizidassistenten in Deutschland. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 269-274). Heidelberg: Springer.
- Siebert, H. (1974). *Curricula für die Erwachsenenbildung. Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung*. Braunschweig: Westermann.
- Siebert, H. (2009). Theorieansätze in der Erwachsenenbildung. *Magazin Erwachsenenbildung*, 7/8, 25.
- Siebert, H. (2012). *Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung: Didaktik aus konstruktivistischer Sicht*. Augsburg: Ziel.
- Simon, A. & Hoekstra, N. (2015). Sterbebegleitung: Sterbefasten – Hilfe im oder Hilfe zum Sterben? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 140(14): 1100-1102.
- Simon A (2017). Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ("Sterbefasten"). Ein Ausweg am Lebensende? *Wege zum Menschen*, 69, 487–497.
- Simon, A. (2018). Pro: Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Suizid? *Palliativmedizin*, 19, 10-11.
- Stanze, D. & Stanze, H. (2019). Die palliative Sedierung – Was der Hausarzt wissen sollte. Palliative Sedation – What The Family Physician Should Know. *ZFA*, 95, 298-302.

- Stanze, H. (2021). Suizidassistenten: Warum sind Pflegekräfte so still? Ein Plädoyer für mehr Diskussionen. *Pflegen: palliativ*, 52, 2-4.
- Starke, P. (2020). Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken – zur ethischen Lagebestimmung eines ambivalenten Begriffs. *Ethik Medizin*, 32: 171-187
- Sonnenmoser, M. (2005). Hinterbliebene nach Suizid: Komplizierte Trauer. *Deutsches Ärzteblatt*, 9, 406.
- Stiftung Deutsche Krebshilfe. (o. J.). Lernen im Verbund. Mildred-Scheel-Diplom. Palliativmedizin/ Palliative Care. Abgerufen am 17.03.2023 von https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Downloads/PDFs/Akademie/Flyer_Mildred-Scheel-Diplom_2021.pdf
- Thöns, M. & Hait, B. (2019). Schmerztherapie. In Thöns, M. & Sitte, T. (2019). *Repetitorium Palliativmedizin. Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin* (3., überarbeitete und aktualisierte Auflage) (S. 29-64). Heidelberg, Berlin: Springer.
- Tietze, K-O. (2023). Kollegiale Beratung. Merkmale und Charakter. Abgerufen am 12.03.2023 von <https://kollegiale-beratung.de/kernideen-und-merkmale-von-kollegialer-beratung.html>
- Wächter, S. (2022). Akzeptanz - Definition und Tipps für mehr Akzeptanz. Abgerufen am 025.03.2023 von <https://barrierefrei-im-kopf.de/akzeptanz/#:~:text=Akzeptanz%20bedeutet%20ein%20Anerkennen%20von,Grundlage%20f%C3%BCr%20eine%20erfolgreiche%20Ver%C3%A4nderung.>
- Wagner, F. (2020). Mögliche Neuregelung der Suizidassistenten. Abgerufen am 10.02.23 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistenten/Deutscher_Pflegerat_bf.pdf
- Walther, C. & Birnbacher, D. (2019). Selbstbestimmtes, vorzeitiges Sterben durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit Begriffliche Vielfalt darf nicht zu Verwirrung führen. *PflegeRecht*, 4, 211-218.
- Wasner, M. (2014). Interprofessionelle Teamarbeit. In Wasner, Maria / Pankofer, Sabine (Hrsg.) (2014). *Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (1. Auflage) (S.161-164). Stuttgart: Kohlhammer.

- Weimann, J. & Brosing-Koch, J. (Hrsg.). (2019). *Einführung in die experimentelle Wirtschaftsforschung*. Berlin: Springer
- Wentseis, V. (2022). Psychosoziale Ursachen des Suizids. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 37-46). Berlin: Springer.
- Wirtz, M. A. (2022). Evidenzbasierung. Abgerufen am 03.04.2023 von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/evidenzbasierung>
- Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (Hrsg.). (2021). *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (Hrsg.). (2023). *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- World Health Organization [WHO]. (2002). WHO Definition of Palliative Care. Abgerufen am 25.03.2023 von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. Geneva: o. V.
- World Health Organization [WHO]. (2012). Lebensqualität messen. Abgerufen am 25.02.2023 von <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Wissenschaftlicher Dienst 9 [WD9]. Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020). Organisierte Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid in der Schweiz, den Niederlanden und in Belgien. Abgerufen am 11.02.23 von <https://www.bundestag.de/resource/blob/691830/0e3ec70fa880c590513aa9ac5e5d7d3f/WD-9-017-20-pdf-data.pdf>
- Zenz, J., Rissing-van-Saan, R. & Zenz, M. (2017). Ärztlich assistierter Suizid – Umfrage zu § 217 StGB. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 142(05), 28-33.

Anhang A Anschreiben

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Gesetzesentwürfe zur Suizidassistenten konkretisieren sich. Vermutlich wird es noch etwas dauern, bis das Gesetz zur Suizidassistenten in Deutschland in Kraft treten wird. Wie konkret die Umsetzung geregelt ist, welche Anforderungen erforderlich sein werden, wissen wir nicht. Was wir jedoch wissen ist, dass es alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen - allen voran Pflegefachkräfte, Ärzt:innen, aber auch Seelsorger:innen usw. sowie ehrenamtlich Mitarbeitende, die mit Fragen zu Todeswünschen und Suizidassistenten konfrontiert werden, Unterstützung benötigen. Sinnvoll ist dazu ein Fort- und Weiterbildungsprogramm.

Ziel ist es, ein Curriculum zu formulieren und hierfür Strukturen zu bilden, die auf und über unterschiedliche Situationen und Aspekte vorbereiten und Sicherheit schaffen.

Aufbauend auf der SEILASS-Studie (Sichtweisen und Einstellungen von Pflegekräften unterschiedlicher Versorgungssettings zur Suizidassistenten - eine qualitative Studie) soll nun ein Expert:innen-Workshop online stattfinden. Zwei Studentinnen der Universität Bielefeld aus dem Studiengang Berufspädagogik, Nathalie Castellanos-Herr und Rabea Sandt, werden im Rahmen ihrer Masterarbeit ein Curriculum erstellen (Aus-, Fort- und Weiterbildung).

Für weitere Informationen zu SEILASS-Studie klicken Sie bitte hier: https://www.hs-bremen.de/en/research/research-and-transfer-profile/research-project/?tx_dreipchsprojects_detail%5Bproject%5D=255&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=Project&cHash=d1a28d30fbed73dc1aaf17ceb418cb48

Da Sie Expert:innen für dieses Thema sind und einen erheblichen Beitrag dazu leisten könnten, was benötigt wird, möchten wir Sie online zum Expert:innenworkshop einladen.

Ziel soll es sein, zu identifizieren, welche Lehrkonzepte es bereits gibt (die ggf. in das geplante Curriculum mit aufgenommen werden könnten oder auf die entsprechend verwiesen werden könnte) und wie ein multiprofessionelles Fort- und Weiterbildungsprogramm oder ein Workshop inhaltlich ausgerichtet werden sollte.

Ein Hinweis: Das Lehrkonzept soll auf die Praxis vorbereiten und sowohl präventive Aspekte, aber auch die mögliche Begleitung bei einer Suizidassistenten berücksichtigen.

Das Curriculum wird nach erfolgreich bestandener Masterarbeit veröffentlicht werden.

Der Expert:innenworkshop ist am 03.08.2022 von 15-19 Uhr via Zoom geplant.

Wir bitten um eine kurze Zu- oder Absage, damit wir entsprechend planen können.

Der Workshop wird aufgezeichnet werden und dem Studienteam zur Verfügung stehen, um diesen nach der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring auswerten zu können. Die Transkripte werden pseudonymisiert. Eine umfangreiche Aufklärung sowie eine Einwilligungserklärung wird Ihnen zugesendet, wenn Sie an dem Workshop teilnehmen möchten.

Wir freuen uns über Ihre aktive Teilnahme.

Mit freundlichen Grüßen,

Henrikje Stanze, und i.A. für Natalie Castellanos-Herr und Rabea Sandt

Anhang B Informationsflyer

Hintergrund des Projektes

Seit Februar 2020 ist es durch den Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes in Deutschland erneut möglich, Menschen durch Suizidassistenten bei ihrem Sterbewunsch zu unterstützen. Es ist eine interprofessionelle Aufgabe, obwohl bislang eher Ärzt:innen in die Debatten einbezogen werden. Dabei betonten der Deutsche Pflegeverband (DPR) und der Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) bereits 2015, dass Pflegefachkräfte vor allem in der Palliativversorgung und Hospizarbeit häufig mit Patient:innen mit intensivem Todeswunsch und mit der Anfrage zur Suizidassistenten konfrontiert sind. Auch die Sozialarbeiter:innen und Seelsorger:innen und weitere Professionen und auch Ehrenamtliche werden dabei zukünftig involviert sein, auf den unterschiedlichsten Ebenen.

Auch im Rahmen der neuen Pflegeausbildung, sowie Fort- und Weiterbildungen findet die Thematik der assistierten Suizidhilfe nur wenig Berücksichtigung. Das Ziel des Projektes ist es daher, ein Curriculum für eine multiprofessionelle Zielgruppe zu formulieren und hierfür Strukturen zu bilden, die auf unterschiedliche Situationen und Aspekte vorbereiten und Sicherheit schaffen.

Um die konkreten, curricularen Inhalte gezielt definieren zu können, sind für uns **Ihr Expert:innenwissen** im Rahmen des assistierten Suizids von besonderem Interesse.

Einladung zum Expert:innenworkshop

Für die Forschung interessant

Um die verschiedenen Sichtweisen, Einstellungen und Erfahrungen zur Begleitung und Durchführung des assistierten Suizids für die Ausbildung sowie Fort- und Weiterbildungen ermitteln zu können, bietet sich eine qualitative Studie an. Die Durchführung von Fokusgruppen ermöglicht die individuellen Perspektiven und Meinungen von Expert:innen im palliativen Setting detailliert zu erheben. Gleichzeitig bilden sie die Grundlage der Studienauswertung.

Was erwarten Sie bei einer Teilnahme?

Es erwarten Sie bei der Teilnahme am Expert:innenworkshop:

- Expertengespräche, die im Onlineformat durchgeführt und digital aufgezeichnet werden. Hierbei werden übergeordnete Themen und/oder Fragestellungen in Kleingruppen diskutiert sowie Meinungen und Haltungen erörtert.
- Für die Durchführung der Fokusgruppe ist ein Zeitumfang von 4 Stunden vorgesehen. Je nach Diskussionspotential kann die Zeit adaptiert werden.
- Die Expert:innengespräche können jederzeit unter- oder abgebrochen werden.

Freiwilligkeit und Datenschutz

Die Teilnahme an den Expert:innenworkshops ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme beenden oder Ihre bereits erteilte Einwilligung zurückziehen. Entsprechend werden Ihre Gesprächsinhalte aus der Aufnahme entfernt und nicht für die Auswertung verwendet.

Wir behandeln Ihre Angaben streng vertraulich. Alle Mitglieder des Studienteams unterliegen der Schweigepflicht.

Im Rahmen der SEILASS-Studie (Sichtweisen und Einstellungen von Pflegekräften unterschiedlicher Versorgungssettings zur Suizidassistenten – eine qualitative Studie) wurde ein umfangreiches Datenschutzkonzept erstellt und durch den Datenschutzbeauftragten der Hochschule Bremen geprüft und genehmigt. Die Behandlung der Daten im Rahmen der Erstellung eines Curriculums wurde in diesem Datenschutzkonzept berücksichtigt. Alle personenbezogenen Daten werden pseudonymisiert. Eine Weitergabe der Daten an Dritte ist ausgeschlossen. Eine Einwilligungserklärung wird Ihnen vorgelegt mit dazugehörigen Informationen. Nur mit einer aktiven Einwilligung von Ihnen, können Sie an dem Workshop teilnehmen. Bitte senden Sie uns diese unterzeichnet vorab zu.



Das Flyerbild ist in drei vertikale Abschnitte unterteilt. Der obere Abschnitt enthält die Kontaktdaten der Ansprechpartner:innen und ein Foto von Prof. Dr. Henrike Stanze. Der mittlere Abschnitt zeigt ein Foto von Rabea Sandt. Der untere Abschnitt zeigt ein Foto von Natalie-Reyes Castellanos-Herr. Rechts neben den Fotos steht der Text 'Einladung zum Expertenworkshop' und 'Curriculare Konzeption zum Thema Suizidassistenten'. Oben rechts ist das Logo der Hochschule Bremen (HSB) zu sehen.

Ansprechpartner:innen / Studienteam

Hochschule Bremen
City University of Applied Sciences

Projektleitung:
Prof. Dr. Henrike Stanze
Hochschule Bremen
Neustadtswall 30
28199 Bremen
✉ Henrike.Stanze@hs-bremen.de
☎ +49 (0) 176 15140265

Rabea Sandt
Berufspädagogin (B.A.)
Masterstudentin der Berufspädagogik
an der FH Bielefeld
✉ rabea.sandt@web.de

Natalie-Reyes Castellanos-Herr
Berufspädagogin (B.A.)
Masterstudentin der Berufspädagogik
an der FH Bielefeld
✉ n.castellanos@web.de

Einladung zum Expertenworkshop

Curriculare Konzeption zum Thema Suizidassistenten

Anhang C Projektinformation und Informationen zum Datenschutz

Projektkoordination:
Hochschule Bremen
Prof. Dr. Henrikje Stanze
Neustadtswall 30
28199 Bremen



Expert*inneninterview zur Generierung konkreter Lerninhalte eines Curriculums zum Thema Suizidassistenz

Informationen zum Projekt,

Information zum Datenschutz

&

Einwilligungserklärung

für Projektteilnehmer*innen

Sehr geehrte Teilnehmer*innen,

wir möchten Sie zu einer Teilnahme an einem Expert*inneninterview einladen. Dieses Expert*inneninterview wird von der Hochschule Bremen realisiert und dient der Grundlage einer Masterthesis.

Bitte lesen Sie die nachfolgenden Informationen sorgfältig durch. Bei Fragen wenden Sie sich gerne an die oben genannte Projektkoordinatorin

Wozu dienen die Expert*inneninterviews?

Durch die SEILASS-Studie wurden die Sichtweisen und Einstellungen von Pflegefachkräften unterschiedlicher Versorgungssettings zum assistierten Suizid ermittelt. Dafür wurden Interviews mit Pflegefachkräften aus verschiedenen Settings der Palliativversorgung geführt und ausgewertet. Der Expert*inneninterview soll aufbauend auf die SEILASS-Studie dazu dienen, Lerninhalte durch Expert*innen unterschiedlicher beruflicher Setting zum Thema „Suizidassistenten“ zu generieren, die im weiteren Verlauf zu einem Curriculum zusammengeführt werden können. Ziel ist es in der Endfassung des Projektes, ein Curriculum zu erstellen, welches für Strukturen sorgt, die auf und über unterschiedliche Situationen und Aspekte der Suizidprävention und Suizidbeihilfe vorbereiten und Sicherheit für Beteiligte schafft. Vor allem die Begleitung von Menschen und Ihren Angehörigen wird dabei insbesondere fokussiert und wie in den individuellen Fällen im Team und für sich selbst umgegangen werden kann.

Wer kann an den Expert*inneninterviews teilnehmen?

Sie können als Expert*in an unserem Projekt teilnehmen, wenn Sie im Rahmen Ihrer Tätigkeit im Gesundheitswesen mit der Suizidassistenten konfrontiert werden.

Die Dauer der Berufserfahrung ist dabei nicht von vorrangigem Interesse.

Was bedeutet die Teilnahme an den Expert*inneninterviews?

Als teilnehmende*r Expert*in werden Sie in einem Onlineformat sowohl in einem Plenum als auch in Kleingruppen über spezifische Themen in den Austausch gehen.

Ferner werden Ihre verschiedenen Sichtweisen, Einstellungen und Erfahrungen zur Begleitung und Durchführung des assistierten Suizides in den Fokus gestellt.

Des Weiteren soll die Notwendigkeit eines spezifischen Curriculums und mögliche Lerninhalte zu dieser Thematik, mit anderen Expert*innen der Patientenbehandlung und -versorgung diskutiert werden.

Der Austausch in Kleingruppen, welcher im Rahmen des Expert*inneninterview stattfindet, wird durch Frau Sandt und Frau Castellanos-Herr begleitet und anhand von Leitfragen koordiniert.

Über den Inhalt und die Datenverarbeitung werden Sie sowohl schriftlich als auch mündlich aufgeklärt. Sollten bei Ihnen Fragen entstehen, können Sie diese jederzeit stellen. Durch die Teilnahme an dem Expert*inneninterview entstehen für Sie keinerlei Nachteile. Sollten Sie

nach bereits erfolgter Einwilligung diese widerrufen wollen, können Sie dies ohne Angabe von Gründen bei der Studienleiterin, Frau Prof. Dr. Henrikje Stanze tun.

Gibt es Risiken?

Die Teilnahme birgt keine Risiken und ist freiwillig. Eine Nichtteilnahme hat keine negativen Konsequenzen für Sie. Sie können Ihre Zustimmung zur Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen.

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Ihre Angaben werden unter Berücksichtigung der allgemeinen Datenschutzbestimmungen sicher aufbewahrt.

Erläuterungen zum Datenschutz

- Die im Rahmen des Forschungsvorhabens nach Einwilligungserklärung des/ der Expert*in erhobenen persönlichen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen. Sie werden verschlüsselt (pseudonymisiert¹) und passwortgeschützt im Studienzentrum der Hochschule Bremen pseudonymisiert archiviert.
- Die erhobenen Daten werden elektronisch pseudonymisiert (Verschlüsselung unter Verwendung einer Studiennummer). Bei der Pseudonymisierung der erhobenen Daten werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung des/ der Expert*in auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Die pseudonymisierten Daten werden im Rechenzentrum Hochschule Bremen zugangsbeschränkt gespeichert.
- Der „Schlüssel“, der eine persönliche Zuordnung der Daten des/ der Expert*in ermöglicht, wird getrennt von den erhobenen Daten und verschlossen aufbewahrt. Zugang zu dem „Schlüssel“ hat lediglich die Studienleiterin Frau Prof. Dr. Henrikje Stanze. Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird dieser Schlüssel gelöscht und die erhobenen Daten damit anonymisiert².
- Nach Beendigung des Projektes werden die elektronischen Daten für 10 Jahren pseudonymisiert archiviert.

- Eine Weitergabe der Daten ist nicht vorgesehen. Lediglich die ausgewerteten Daten werden genutzt, hier ist kein Rückschluss auf Personen oder Institutionen mehr möglich, da nur Zitatausschnitte aus den Transkriptionen verwendet werden.
- Die Auswertung und Nutzung der Daten durch die Studienleiterin und die Mitarbeiter:innen des Projektes erfolgt in pseudonymisierter Form. Die Veröffentlichung der Studienergebnisse erfolgt in anonymisierter² Form.
- Sie haben das Recht, über die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen. Sie werden über möglicherweise anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie nicht informiert. Im Falle des Widerrufs der Einwilligungserklärung werden die bereits erhobenen Daten unmittelbar gelöscht.
- Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethikkommission ethisch und fachrechtlich beraten und die Durchführung genehmigt worden.

Erläuterungen

¹ **Pseudonymisieren** ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

² **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

Im Folgenden werden Sie hiermit über die in der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) festgelegten Rechte informiert (Artikel 12 ff. DSGVO):

Rechtsgrundlage

Die Rechtsgrundlage zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten bildet Ihre freiwillige schriftliche Einwilligung gemäß DSGVO; daneben sind die Deklaration von Helsinki (Erklärung des Weltärztebundes zu den ethischen Grundsätzen für die medizinische Forschung am Menschen) und die Leitlinie für Gute Klinische Praxis zu beachten. Zeitgleich mit der DSGVO tritt in Deutschland das überarbeitete Bundesdatenschutzgesetz (BDSG-neu) in Kraft.

Für die Datenverarbeitung verantwortliche Person

Die Studienleiterin: Prof. Dr. Henrikje Stanze

Recht auf Auskunft

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen der Expert*inneninterviews erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Aushändigen einer kostenfreien Kopie) (Artikel 15 DSGVO, §34 BDSG-neu).

Recht auf Berichtigung

Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).

Recht auf Löschung

Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z.B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO, §35 BDSG-neu).

Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, aber nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an Ihre Studienleiterin oder an den Datenschutzbeauftragten des Prüfzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO).

Recht auf Datenübertragbarkeit

Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie dem Verantwortlichen für die klinische Studie bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten und Recht auf Widerruf dieser Einwilligung

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO). Die Einwilligung ist freiwillig. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen zu

widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird jedoch die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Weder die Nicht-Teilnahme noch ein Widerruf haben für Sie Nachteile für Ihre Behandlung. Im Falle des Widerrufs müssen Ihre personenbezogenen Daten grundsätzlich gelöscht werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Es gibt allerdings Ausnahmen, nach denen die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erhobenen Daten weiterverarbeitet werden dürfen, z.B. wenn die weitere Datenverarbeitung zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist (Art. 17 Abs. 3 b DSGVO).

Möchten Sie eines dieser Rechte in Anspruch nehmen, wenden Sie sich bitte an die Studienleiterin Prof. Dr. Henrikje Stanze.

Hochschule Bremen (HSB)
Neustadtswall 30, 28199 Bremen
Telefon: +49 (0) 176 15140265
E-Mail: Henrikje.Stanze@hs-bremen.de

Sollten Sie Fragen zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung haben, können Sie sich für weitere Auskünfte an den **Datenschutzbeauftragten der HSB** wenden:

Hubert Willmeroth
Neustadtswall 30, 28199 Bremen
Tel. +49 421 5905 2158
E-Mail: datenschutz@hs-bremen.de

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich auch an eine **Aufsichtsbehörde** mit einer Beschwerde zu wenden. Die Zuständigkeit einer Aufsichtsbehörde richtet sich u.a. nach dem Sitz der verantwortlichen Stelle, dem Bundesland Ihres Aufenthaltsortes, Ihres Arbeitsplatzes oder des mutmaßlichen Datenschutzverstoßes. Eine Liste der Aufsichtsbehörden mit Anschrift finden Sie unter:

https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Anschriften/anschriften_node.html;jsessionid=FDB3C188B9ED2F5B0CB0395BE83BB990.intranet221

Für die Hochschule Bremen zuständig ist:

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit der Freien
Hansestadt Bremen

Frau Dr. Imke Sommer

Arndtstraße 1, 27570 Bremerhaven

Tel.: 0421/ 361 – 2010

E-Mail: office@datenschutz-bremen.de

Homepage: <https://www.datenschutz.bremen.de>

Bei Rückfragen erreichen Sie uns telefonisch unter +49 (0) 176 15140265 oder per E-Mail unter Henrikje.Stanze@hs-bremen.de

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!



Prof. Dr. Henrikje Stanze

(Studienleitung)

Anhang D Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung –

Ausfertigung für das Projektteam



Ich wurde durch eine:n Projektmitarbeiter:in ausführlich über Art und Zielsetzung des Projekts informiert und bin mit dem beschriebenen Vorgehen einverstanden. Meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich hatte genügend Zeit mich zur Teilnahme zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig und mit keinem unmittelbaren Nutzen oder Nachteilen für mich verbunden ist. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen.

Bitte tragen sie hier Ihre Kontaktdaten ein:

Name	_____
Vorname	_____
Straße, Hausnummer	_____
Postleitzahl	_____ Wohnort
_____	_____
Telefonnummer	_____
Erreichbarkeit	(bitte Tage/Uhrzeit angeben)
_____	_____

Ich wurde insbesondere über folgende Einzelheiten aufgeklärt:

1. Meine Daten aus dem Expertengespräch werden nicht durch den/ die Projektmitarbeiter:in **an Dritte weitergegeben**.
2. Ich habe **das Recht, über meine Daten informiert zu werden**. Hierzu wende ich mich an die Personen, die der Projektinformation im Abschnitt zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) als Ansprechpartner:innen genannt wurden.
3. Falls ich meine **Teilnahme an dem Projekt vorzeitig beende**, können die bis zu diesem Zeitpunkt von mir erhobenen Daten in anonymisierter Form, d.h. ohne

Nennung oder Möglichkeit der Zuordnung zu meinem Namen, im Rahmen des Projekts weiterverwendet werden.

4. Die pseudonymisierten Daten (unter Verwendung einer persönlichen Projektnummer), die im Rahmen des Projekts erhoben werden, werden in der Fakultät 3, Gesellschaftswissenschaften der Hochschule Bremen und an der Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Gesundheit elektronisch gespeichert und nach Abschluss der Befragungen zur Datensicherung an das Rechenzentrum der Hochschule Bremen weitergeleitet. Die Daten werden für die Dauer von 10 Jahren pseudonymisiert archiviert.
5. Die pseudonymisierten Daten (unter Verwendung einer persönlichen Projektnummer), die im Rahmen der Projekt erhoben werden, werden von Prof. Dr. Stanze sowie weiteren Projektinternen Mitarbeiter:innen transkribiert, durch Rabea Sandt und Natalie-Reyes Castellanos-Herr ausgewertet und **ausschließlich zu Forschungszwecken** verwendet. **Wissenschaftliche Veröffentlichungen erfolgen ausschließlich in anonymisierter Form** und lassen keinerlei Rückschluss auf meine Person zu.
6. ► **Gesetzlicher Datenschutz:** Die an diesem Projekt beteiligten Mitarbeiter:innen der Hochschule Bremen und der Studierenden der Evangelischen Bildungsstätte Bethel e.V. in Kooperation mit der Fachhochschule Bielefeld geben Informationen aus den Befragungen nicht an Dritte weiter.
7. Sobald es der Projektzweck ermöglicht, werden meine Daten **vollständig anonymisiert**, das heißt Namen, Adresse und Telefonnummern werden vernichtet. Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren werden alle restlichen erhobenen Daten vernichtet.

Ich habe die Informationen zur Rechtsgrundlage und den Datenschutzpassus zur Pseudonymisierung (Verschlüsselung) gelesen und verstanden und bin mit der beschriebenen Vorgehensweise einverstanden. Die im Rahmen des Projekts gesammelten Informationen dürfen in pseudonymisierter Form zu Forschungszwecken von allen an der Projekt beteiligten Forscher:innen verwendet werden. **Offenen Fragen konnte ich mit dem/ der Projektmitarbeiter:in klären.**

Mir ist bekannt, dass ich mich bei weiteren Fragen jederzeit an die zuständige Projektleitung wenden kann:

Prof. Dr. Henrikje Stanze
Hochschule Bremen (HSB)
Neustadtswall 30, 28199 Bremen
Telefon: +49 (0) 176 15140265
E-Mail: Henrikje.Stanze@hs-bremen.de

Ich habe die schriftliche Information zum Projekt in Form eines Flyers und einer Einladung zum Expert:inneninterview erhalten.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit der oben geschilderten Vorgehensweise einverstanden bin.

Meine Teilnahme an dem Projekt ist freiwillig. Ich weiß, dass ich diese Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

_____ Ort, Datum	_____ Vor- und Nachname Projektteilnehmer/in	_____ Unterschrift Projektteilnehmer/in
---------------------	----------------------------------------------------	-----------------------------------------------

_____ Ort, Datum	_____ Vor- und Nachname Projektmitarbeiter/in	_____ Unterschrift Projektmitarbeiter/in
---------------------	-----------------------------------------------------	------------------------------------------------

Anhang E Halbstrukturierter Interviewleitfaden

Die Handhabung des Interviewleitfadens erfolgt flexibel entsprechend der individuellen Schwerpunktsetzung der jeweiligen Interviewpartner:innen.

Datenschutz

Vorab möchte ich Sie kurz über den Schutz Ihrer Daten informieren. Alle Daten aus dem Interview, die in Verbindung zu Ihrer Person stehen werden pseudonymisiert, d.h. Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich. Wir behandeln Ihre Angaben streng vertraulich. Alle Mitglieder des Studienteams unterliegen der Schweigepflicht. Eine Weitergabe der Daten an Dritte ist ausgeschlossen.

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme beenden oder Ihre bereits erteilte Einwilligung zurückziehen. Entsprechend wird auf Wunsch Ihre Interviewaufnahme unwiderruflich gelöscht und nicht verwendet.

Wenn Sie Fragen zum Datenschutz haben, dann stellen Sie diese gerne.

Wenn Sie einverstanden sind, dann werde ich das Interview und die Tonbandaufnahme nun starten.

Einleitung in das Interview und offene Eingangsfrage (Haupterzählung)

Regieanweisung:

Während Sie erzählen, werde ich mich mit Kommentaren oder Nachfragen zurückhalten und Ihnen ausreichend Zeit zum Erzählen geben. Ich werde mir nur ein paar Notizen machen und dann später darauf zurückkommen. Wir haben ausreichend Zeit. Falls Sie eine Pause brauchen, sagen Sie es bitte.

Wie geht es Ihnen heute? Gibt es etwas, das Sie erzählen möchten, bevor wir mit dem Interview anfangen?

Sie haben unserem Informationsflyer entnehmen können, dass es seit Februar 2020 durch einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes in Deutschland erneut möglich ist, Menschen geschäftsmäßig Suizidassistenten anzubieten. Im Rahmen der Pflegeausbildung, sowie Fort – und Weiterbildungen findet die Thematik der assistierten Suizidhilfe bisher nur wenig Berücksichtigung. Das Ziel des Projektes ist es daher, ein Curriculum zu formulieren und hierfür Strukturen zu bilden, die auf unterschiedliche Situationen und Aspekte vorbereiten und Sicherheit schaffen.

Um die konkreten, curricularen Inhalte gezielt definieren zu können, sind für uns Ihre persönlichen Sichtweisen und Erfahrungen im Rahmen des assistierten Suizids von besonderem Interesse.

Erzählaufforderung:

Mich würde interessieren, welche Themen Ihnen spontan einfallen, wenn Sie an eine Schulung zum Thema Suizidassistenten denken?

Erzählimpuls:

Erinnern Sie sich bitte an (Berufsalltags-)Situationen, in denen Ihnen Menschen mit einem Sterbewunsch begegnet und Fragen zur Suizidassistenten aufgekomen sind.

Erzählaufforderung:

Bitte erzählen Sie mir, welchen Stellenwert Sie der Suizidprävention im Rahmen der Suizidassistenten zu schreiben?

Welche Haltungen sind Ihnen wichtig, wenn Sie an den assistierten Suizid denken?

(Werte, Normen, Verständnis, Toleranz)?

Erzählimpuls:

Wenn Sie an die Arbeit im Team denken, welche Gedanken und Befürchtungen haben Mitarbeiter*innen in Bezug auf die Begleitung des assistierten Suizids?

Erzählaufforderung:

Welche (emotionalen) Herausforderungen können Mitarbeiter*innen im Rahmen der Begleitung begegnen?

Können Sie sich vorstellen welche Bedeutung der assistierte Suizid für das Team haben könnte?

Was denken Sie, wie Mitarbeiter*innen dazu befähigt werden können, die Entscheidungshoheit der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu akzeptieren und ihnen rund um den Prozess eine Begleitung zu sein?

Erzählimpuls:

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung fokussiert heute die Förderung verschiedener Kompetenzen.

Erzählaufforderung:

Welche Fachkompetenzen sollten Mitarbeiter*innen aus Ihrer Sicht mitbringen, wenn Sie an dem Prozess der Suizidhilfe beteiligt sind?

Und welche Personalkompetenzen benötigen Mitarbeiter*innen, die den Prozess des assistierten Suizides begleiten?

Erzählimpuls:

Das Curriculum zum assistierten Suizid soll, am Prozess beteiligte Mitarbeiter*innen, thematisch stärken und für Sicherheit im Handeln sorgen.

Erzählaufforderung:

Worauf sollten Teilnehmer Ihrer Meinung nach konkret vorbereitet werden?

Welche Inhalte halten Sie in der Lehre für relevant?

Interviewabschluss

Gibt es noch etwas, was Sie ansprechen möchten, was Ihnen wichtig ist, was wir aber bisher nicht besprochen haben?

Tonbandgerät hier ausschalten

Wie geht es Ihnen jetzt? Wie war das Interview für Sie?

Anhang F Kurzfragebogen

„Entwicklung eines evidenzbasierten multiprofessionellen Curriculums für die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Umgang mit Suizidassistenz in Deutschland“

Kurzfragebogen für Studienteilnehmer:innen

Liebe*r Expert*innen,

Sie haben sich dankenswerter Weise bereit erklärt, als Expert*in an einem Interview teilzunehmen, welches die curriculare Konzeption zum Thema Suizidassistenz unterstützt.

Der beigefügte Fragebogen ist eine Ergänzung zu dem durchgeführten Interview, welcher Ihre persönlichen Daten erhebt.

Wir möchten Sie bitten diesen auszufüllen und uns zuzusenden. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder unsicher bei der Beantwortung sind, lassen Sie das Feld einfach aus.

Kontakt:

Prof. Dr. Henrikje Stanze
Hochschule Bremen
Neustadtwall 30, 28199 Bremen
+ 49 (0) 176 15140265
henrikje.stanze@hs-bremen.de

Natalie-Reyes Castellanos-Herr
Schillerstraße 3a
30890 Barsinghausen
+ 49 (0) 1729588998
Natalie-Reyes.Castellanos-Herr@johanniter.de

Rabea Sandt
Neuhöfferstraße 21
50679 Köln
+ 49 (0) 16096821991
Rabea.Sandt@uk-köln.de

Kurzfragebogen Teilnehmerdaten	
Codierung:	
Datum der Befragung	
Geschlecht des Expert*in	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Diverse
Alter des Expert*in	_____ Jahre
Familienstand	<input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Ledig – mit Partnerschaft <input type="checkbox"/> Ledig - ohne Partnerschaft <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Getrennt lebend <input type="checkbox"/> Verwitwet
Konfession	<input type="checkbox"/> Christentum – evangelisch <input type="checkbox"/> Christentum – katholisch <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Buddhismus <input type="checkbox"/> Judentum <input type="checkbox"/> Hinduismus <input type="checkbox"/> Keiner <input type="checkbox"/> Andere: _____

<p>Art des Berufsabschlusses</p>	<p><input type="checkbox"/> Gesundheits – und Krankenpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheits – und Kinderkrankenpflege</p> <p><input type="checkbox"/> Krankenschwester/Krankenpfleger</p> <p><input type="checkbox"/> Kinderkrankenschwester</p> <p><input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin</p> <p><input type="checkbox"/> Jurist*in</p> <p><input type="checkbox"/> Psycholog*in</p> <p><input type="checkbox"/> Ethiker</p> <p><input type="checkbox"/> Theolog*in</p>
<p>Aktuelle Tätigkeitsschwerpunkt (z.B. Geschäftsführung, Beratung, Patient*innenversorgung, usw.)</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Berufserfahrung in dem oben genannten Handlungsfeld</p>	<p><input type="checkbox"/> Bis 5 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> 5-10 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> 11-20 Jahre</p> <p><input type="checkbox"/> Mehr als 20 Jahre</p>
<p>Berufsverhältnis</p>	<p><input type="checkbox"/> Selbstständig</p> <p><input type="checkbox"/> Angestellt mit Führungsposition</p> <p><input type="checkbox"/> Angestellt</p>
<p>Fort-/Weiterbildung im beruflichen Handlungsfeld (für den hier vorliegenden)</p>	<p>Bitte nennen:</p> <hr/> <hr/>

<p><i>Untersuchung relevant</i> z.B <i>Ethikberater im Gesundheitswesen, Palliativ Care...</i>)</p>	<hr/> <hr/> <input type="checkbox"/> Keine berufliche Weiterbildung
Fragen zum Gesundheitswesen	
<p>Disziplin des Gesundheitswesens</p>	<input type="checkbox"/> Intensiv/ Intermediate Care/ Notaufnahme <input type="checkbox"/> Pädiatrie <input type="checkbox"/> OP/Anästhesie <input type="checkbox"/> Psychiatrie / Neurologie <input type="checkbox"/> Gynäkologie und Geburtshilfe <input type="checkbox"/> Innere Medizin (Gastroenterologie, Kardiologie, Hämato-/Onkologie...) <input type="checkbox"/> Orthopädie/ Unfallchirurgie <input type="checkbox"/> Geriatrie <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Hals – Nasen – Ohrenklinik <input type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> Dermatologie <input type="checkbox"/> Humangenetik <input type="checkbox"/> Augenheilkunde
<p>Berufliche Zielgruppe (<i>Mehrfachnennungen sind möglich</i>)</p>	<input type="checkbox"/> Kinder (0-13 Jahre) <input type="checkbox"/> Jugendliche (14-17 Jahre) <input type="checkbox"/> Erwachsene (18-57 Jahre)

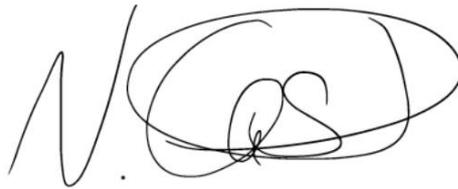
	<input type="checkbox"/> Erwachsene in hohem Alter (ab 58 Jahre)
Aktueller Versorgungsbereich	<input type="checkbox"/> Langzeitversorgung <input type="checkbox"/> Ambulante Versorgung <input type="checkbox"/> Akutstationär
Bereich der Palliativversorgung/ Hospizarbeit (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Hospiz <input type="checkbox"/> ambulanter Hospizdienst <input type="checkbox"/> Palliativstation <input type="checkbox"/> Spezielle Ambulante Palliativversorgung (SAPV) <input type="checkbox"/> Andere: _____

Erklärung an Eides Statt

Gemäß § 17 Absatz 4 PO für den Masterstudiengang „Berufspädagogik Pflege M.A.“

Ich versichere, dass ich meine vorliegende Arbeit selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Hannover, den 02.05.2023

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'N' followed by a large, circular flourish that encloses the letters 'OS'.

.....

(Unterschrift)

Erklärung an Eides Statt

Gemäß § 17 Absatz 4 PO für den Masterstudiengang „Berufspädagogik Pflege M.A.“

Ich versichere, dass ich meine vorliegende Arbeit selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Köln, den 02.05.2023

A handwritten signature in blue ink, reading "R. Sandt". The signature is written in a cursive style with a large initial "R".

.....

(Unterschrift)

