
Sterbehilfe...und was hat das mit Sozialarbeit zu tun?

Eine Studie zu den Beratungsangeboten im Kanton Bern
und der Rolle der Sozialarbeit.



Master-Thesis
Michelle Bütikofer und Kathy Haas

Sterbehilfe...und was hat das mit Sozialarbeit zu tun?

Eine Studie zu den Beratungsangeboten im Kanton Bern
und der Rolle der Sozialarbeit.

Verfasserinnen: Michelle Bütikofer und Kathy Haas
Studienbeginn: Herbstsemester 2019 und Herbstsemester 2018
Fachbegleitung: Prof. Dr. Peter A. Schmid
Abgabedatum: 12. Januar 2022

Abstract

Sterbehilfe und assistierter Suizid sind nicht Themen, die üblicherweise mit Sozialarbeit in Verbindung gebracht werden. Basierend auf aktuellen Statistiken gewinnen sie jedoch stark an gesellschaftlicher Relevanz. Die vorliegende Masterarbeit untersucht die Beratungsangebote im deutschsprachigen Kanton Bern in Bezug auf die Sterbehilfe und fragt nach bestehenden Beratungsmöglichkeiten für Menschen ab dem dritten Lebensalter. Mit zwei aufeinander aufbauenden empirischen Untersuchungen (Mixed-Methods-Ansatz) von Angeboten und allfälligen Lücken auf der Angebotsebene, geht die Arbeit der Fragestellung nach, ob resp. welche Rolle und Aufgaben der Sozialarbeit in einer beratenden Funktion am Lebensende im spezifischen Feld des assistierten Suizids zukommen. Mittels eines grösstenteils quantitativ ausgerichteten Onlinefragebogens, den 53 Personen beantworteten, wurden 16 im Feld der Sterbehilfe beratende Organisationen im Kanton Bern identifiziert und nach der Ausgestaltung ihres Angebots befragt. Anhand von drei auf den Ergebnissen des Fragebogens basierenden leitfadengestützten Expert:inneninterviews, zeigen sich bei der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz Kontraste der verschiedenen Ausgestaltung von Beratungsangeboten. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Sozialarbeitende nebst hauptsächlich Pflegefachpersonen und Mediziner:innen in die Beratungen zur Sterbehilfe involviert sind. Die Beratungsangebote sind jedoch generell nicht allen potenziellen Zielgruppen zugänglich, sondern meist nur Personen, die bereits Leistungsempfänger:innen der anbietenden Organisationen sind. Entsprechend besteht eine Lücke im Angebot und daher Handlungsbedarf. Die Sozialarbeit hat mit ihren (Beratungs-)kompetenzen grosses Potenzial diese Lücke zu schliessen und ihre Professionalität in diesem Handlungsfeld einzubringen. Die in dieser Arbeit skizzierte sozialarbeiterisch geführte interprofessionelle Beratungsstelle könnte eine Antwort auf aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen in Bezug auf das Lebensende darstellen.

Vorwort und Dank

Die Auseinandersetzung mit dem Thema der Sterbehilfe auf der Angebotsebene war eine spannende Erweiterung unseres bisherigen Zugangs über Interviews mit Menschen, die einen assistierten Suizid in Betracht ziehen. Wir beide sind weder bedingungslose Befürworterinnen noch Gegnerinnen des assistierten Suizides und die Orientierung am individuellen Einzelfall erscheint uns wichtig. Insofern ist der Aspekt der Beratung für uns ein besonders wesentlicher. Während des Jahres, in welchem wir uns intensiv mit der Sterbehilfe auseinandergesetzt haben, ist uns aufgefallen, dass der assistierte Suizid vermehrt Eingang in die öffentliche Debatte und Medien findet. Auch im internationalen (rechtlichen) Kontext hat sich in dieser Zeit viel bewegt. Die Covid-19 Pandemie scheint die Auseinandersetzung mit dem Lebensende und die entsprechenden Debatten anzuregen.

Diese Arbeit wäre nicht möglich gewesen ohne die engagierte Partizipation des Praxisfeldes. Diverse Mitarbeiter:innen von Organisationen haben sich Zeit genommen, unseren umfangreichen Fragebogen zu beantworten und zu multiplizieren. Zudem sind sie uns als Experten für die leitfadengestützten Interviews zur Verfügung gestanden. Sie haben damit einen wesentlichen Beitrag geleistet, damit unser Forschungsvorhaben überhaupt umgesetzt werden konnte.

Ein spezieller Dank geht an alle Personen, die anderweitig in den Prozess eingebunden waren; namentlich unser Fachbegleiter Peter A. Schmid, welcher uns immer wieder mit spannenden Diskussionen angeregt hat. Dieser Dank gilt auch unserem professionellen und privaten Umfeld, welches uns Interesse an unserem Vorhaben entgegengebracht und mit den eigenen Positionen und Berührungspunkten eine Perspektivenerweiterung ermöglicht hat.

Ein herzlicher Dank gilt unseren Lektor:innen und den Personen, die mit ihren Rückmeldungen zum methodisch empirischen Vorgehen und mit ihren Anregungen zu einem stimmigen Ganzen beigetragen haben. Ein gebührender Dank geht auch an Selina Fässler, welche einerseits unsere Arbeit mit dem Titelbild passend illustriert hat und andererseits mit ihren Kartensets RUND UM das Sprechen über Sterben und Tod auf eine feinfühlig Art fördert.

Gespräche über das Lebensende, insbesondere individuelle Vorstellungen über das Sterben, zu denen auch der assistierte Suizid gehört, sind uns ein Anliegen. Mit dieser Master-Thesis wollen wir einen Beitrag für einen offenen Umgang damit leisten.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	9
1. Einleitung.....	10
1.1 <i>Ausgangslage</i>	10
1.2 <i>Herleitung und Relevanz der Problemstellung.....</i>	12
1.3 <i>Zielsetzung und Erkenntnisinteresse</i>	12
1.4 <i>Fragestellung</i>	14
1.5 <i>Aufbau der Arbeit</i>	15
Theorie.....	16
2. Palliative Care	17
2.1 <i>Postulat «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»</i>	18
2.2 <i>Soziale Arbeit in der Palliative Care.....</i>	20
3. Sterbehilfe	22
3.1 <i>Suizide, assistierte Suizide und Prävalenzen</i>	22
3.2 <i>Rechtliche Lage und Praxis in der Schweiz.....</i>	25
3.2.1 <i>Formen der Sterbehilfe und rechtliche Grundlage.....</i>	25
3.2.2 <i>Medizin-ethische Richtlinien der SAMW.....</i>	26
3.2.3 <i>Urteilsfähigkeit anhand eines Beispiels aktueller Rechtsprechung</i>	28
3.2.4 <i>Rolle des Staates.....</i>	29
3.2.5 <i>Sterbehilfeorganisationen</i>	30
3.2.6 <i>Regelung in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen.....</i>	31
3.3 <i>Internationaler Vergleich</i>	32
3.4 <i>Aktuelle öffentliche Debatte</i>	34
3.5 <i>Terminologien</i>	36
3.6 <i>Stand der Forschung und des Fachdiskurses</i>	38
3.6.1 <i>Studie „Wann genug ist, entscheide ich“</i>	38
3.6.2 <i>Literaturrecherche.....</i>	41
3.7 <i>Zusammenfassung der Theorie und abgeleitete Erkenntnisse</i>	42
Empirie.....	44
4. Empirischer Teil 1: Fragebogen.....	45
4.1 <i>Methodisches Vorgehen und Methodenreflexion</i>	45

4.1.1	Fragebogen.....	45
4.1.2	Befragungstool.....	46
4.1.3	Stichprobe.....	46
4.1.4	Laufzeit, Rücklauf, Datenbereinigung.....	48
4.1.5	Auswertung.....	49
4.1.6	Erfahrungen mit dem Fragebogen.....	50
4.1.7	Übersicht Fragebogen mit Struktur, Anzahl Teilnehmenden und Abbrüchen.....	52
4.2	<i>Ergebnisse</i>	53
4.2.1	Soziodemografische Angaben.....	53
4.2.2	Themenblock: organisationale Berührungspunkte mit Sterbehilfe.....	54
4.2.3	Themenblock: Adressat:innen und Häufigkeiten.....	58
4.2.4	Themenblock: Beratungsbedarf und -angebot.....	62
4.2.5	Themenblock: Berater:innen und Auftrag.....	68
4.2.6	Themenblock: neutrale Beratungsstelle.....	76
4.2.7	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	82
5.	Empirischer Teil 2: Interviews	84
5.1	<i>Methodisches Vorgehen und Methodenreflexion</i>	84
5.1.1	Interviewformen.....	84
5.1.2	Interviewleitfaden.....	85
5.1.3	Expert:innen.....	86
5.1.4	Selektive Transkription.....	88
5.1.5	Auswertung.....	88
5.1.6	Erfahrungen mit den Interviews.....	89
5.2	<i>Ergebnisse</i>	90
5.2.1	Vertiefende Ergebnisse.....	90
5.2.2	Zusätzliche Ergebnisse.....	99
5.3	<i>Zusammenfassung der Ergebnisse</i>	104
	Synthese	105
6.	Diskussion	106
6.1	<i>Beratungsangebote im Kanton Bern</i>	106
6.2	<i>Konzepte, Kriterien und Berufsgruppen</i>	107
6.3	<i>Lücken im Angebot</i>	111
7.	Schlussbetrachtung	112
7.1	<i>Kernaussagen mit Handlungsempfehlungen</i>	112
7.2	<i>Grenzen dieser Thesis und Ausblick</i>	116
7.3	<i>Kritische Abschlussreflexion</i>	116
	Literaturverzeichnis	118
	Anhang	125

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Dimensionen der Moralität der Sozialen Arbeit. Nach Schmocker, 2011, S. 32.....	13
Abbildung 2. Suizid nach Alter und Geschlecht (ohne AS). Nach BFS, 2020c.....	23
Abbildung 3. AS nach Geschlecht und Alter. Nach BFS, 2020a.....	23
Abbildung 4. Suizid und Suizidhilfe. Nach Schweizerischem Gesundheitsobservatorium [Obsan], 2021.	24
Abbildung 5. Übersicht Terminologie. Nach Fenner, 2010, S. 70.....	37
Abbildung 6. Ablaufschema der Inhaltsanalyse. Nach Kuckartz, 2018, S. 100.....	49
Abbildung 7. Übersicht Fragebogen.....	52
Abbildung 8. Fragebogen: Einzugsgebiet der teilnehmenden Organisationen.....	53
Abbildung 9. Fragebogen: Beratungsangebot bezüglich Sterbehilfe.....	54
Abbildung 10. Fragebogen: Adressat:innen für Beratungsangebot der Sterbehilfe.....	59
Abbildung 11. Fragebogen: Alterskategorien der Adressat:innen.....	59
Abbildung 12. Fragebogen: Häufigkeiten der Beratungen bezüglich Sterbehilfe.....	60
Abbildung 13. Fragebogen: Veränderungen der Beratungen nach Alterskategorien.....	61
Abbildung 14. Fragebogen: Beratungsthemen der Organisation.....	63
Abbildung 15. Fragebogen: Beratungsbedürfnis innerhalb des Themas Sterbehilfe.....	64
Abbildung 16. Fragebogen: Beratungsorte Sterbehilfe.....	65
Abbildung 17. Fragebogen: Periodizität der Sterbehilfeberatungen.....	66
Abbildung 18. Fragebogen: Zukünftige Veränderung der Sterbehilfeberatung.....	68
Abbildung 19. Fragebogen: Beruflicher Hintergrund der Sterbehilfeberater:innen.....	69
Abbildung 20. Fragebogen: Höchste abgeschlossene Ausbildung der Sterbehilfeberater:innen.....	70
Abbildung 21. Fragebogen: Einschätzung der Bedürfnisabdeckung nach erfolgter Sterbehilfeberatung.....	71
Abbildung 22. Fragebogen: Schwierigkeiten bei Beratungen im Zusammenhang mit AS.....	73
Abbildung 23. Fragebogen: Öffentliche Kommunikation der Sterbehilfeberatung.....	75
Abbildung 24. Fragebogen: Notwendigkeit eines neuen Beratungsangebots.....	77
Abbildung 25. Fragebogen: Begründungen Notwendigkeit neues Beratungsangebot.....	78
Abbildung 26. Fragebogen: Triage an neues Beratungsangebot.....	79
Abbildung 27. Fragebogen: Anforderungen an die Beratung.....	80
Abbildung 28. Fragebogen: Ergebnisse in der Übersicht (1/2).....	82
Abbildung 29. Fragebogen: Ergebnisse in der Übersicht (2/2).....	83
Abbildung 30. Interviews: Codesystem Auswertung.....	89
Abbildung 31. Interviews: Ergebnisse in der Übersicht.....	104
Abbildung 32. E-Mail-Auszug zur Veranschaulichung der Begriffskonfusionen. Pers. Mitteilung, 10.08.21.	110

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Übersicht über die Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz.....	30
Tabelle 2. Legalität der Sterbehilfe anhand drei Gruppen ausgewählter europäischer Länder.....	34
Tabelle 3. Pro- und Contra-Argumente zur Sterbehilfe.....	35
Tabelle 4. Terminologien in Stellungnahme des Nationalen Ethikrates in Deutschland.....	37
Tabelle 5. Literaturrecherche auf swisscovery.....	41
Tabelle 6. Kategorisierung der angefragten Stichprobe.....	47
Tabelle 7. Organisationale Zugehörigkeit der beratenden Organisationen (total 18).....	55
Tabelle 8. Organisationale Zugehörigkeit der beratenden Organisationen (total 16).....	58
Tabelle 9. Angaben zu den Experten und Interviews.....	87
Tabelle 10. Interviews: Ergebnisse bzgl. Adressat:innen.....	91
Tabelle 11. Interviews: Ergebnisse bzgl. Angehörigen.....	93
Tabelle 12. Interviews: Ergebnisse bzgl. Eignung der Organisation für die Bedürfnisabdeckung.....	94
Tabelle 13. Interviews: Ergebnisse bzgl. Zusammenarbeit, Unterstützung und Triage.....	95
Tabelle 14. Interviews: Ergebnisse bzgl. neutraler Beratungsstelle und Vision.....	97
Tabelle 15. Interviews: Ergebnisse bzgl. Lücken, Grenzen und Hindernissen im Beratungsangebot.....	99
Tabelle 16. Interviews: Ergebnisse bzgl. Palliative Care.....	101
Tabelle 17. Interviews: Ergebnisse bzgl. Rolle, Auftrag und Tätigkeitsgebiet der SA.....	102

Abkürzungsverzeichnis

AS	Assistierter Suizid
BFS	Bundesamt für Statistik
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
NaP	Natrium-Pentobarbital
PC	Palliative Care
refbejuso	reformierte Kirche Bern-Jura-Solothurn
SA	Sozialarbeit
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SD	Sozialdienst

1. Einleitung

Tod, Sterben, Sterbehilfe und insbesondere der assistierte Suizid (AS)¹ sind Themen, die nicht unmittelbar mit der Sozialen Arbeit assoziiert werden. Die Endlichkeit gehört jedoch unweigerlich zum Leben dazu und die Soziale Arbeit ist in vielen unterschiedlichen Aspekten in verschiedenen Lebensspannen tätig. Inwiefern sie auch einen Auftrag im Bereich der Sterbehilfe hat, damit beschäftigt sich diese Master-Thesis.

1.1 Ausgangslage

Die aktuellen **demografischen Entwicklungen** stellen unsere Gesellschaft vor neue Herausforderungen. Durch Wissenszuwachs bezüglich einer gesunden Lebensweise und als Folge des medizinischen Fortschritts ist die Lebenserwartung in westlichen Gesellschaften stark gestiegen: Betrug diese bei einer Frau, die im Jahre 1948 in der Schweiz geboren wurde, 70.9 Jahre, so wird ein Mädchen, das im Jahre 2019 auf die Welt kam, durchschnittlich 85.6 Jahre alt (Bundesamt für Statistik [BFS], 2020b)². Ein ähnliches Bild zeigt sich bei Männern. Ein Mann, der im Jahre 1948 geboren wurde, lebte durchschnittlich 66.4 Jahre. Heute bzw. mit Geburtsjahr 2019 beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung 81.9 Jahre. Das heisst, dass sich bei beiden Geschlechtern die Lebenserwartungen innerhalb von 71 Jahren um ca. 15 Jahre erhöht haben. Zudem sind westliche Kulturen heutzutage stark als **individualistische und pluralistische Gesellschaften** strukturiert. Die Lebenslagen sind vielschichtig und der individuellen Autonomie und Freiheit kommt ein wichtiger Stellenwert zu. Zu den demografischen Veränderungen gehören, dass Familien weiter voneinander entfernt leben, Frauen vermehrt wieder berufstätig sind und sich damit Sorgebeziehungen verändern. Zimmermann, Felder, Streckeisen und Tag (2019, S. 13) zeigen im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 67 „Lebensende“, dass sterben hauptsächlich in dafür vorgesehenen Institutionen³, wie Spitälern und Pflegeheimen, stattfindet. Obwohl sich 72% (Stettler, Bischof, Bannwart & Schempp, 2018, S. 2) wünschen, zu Hause sterben zu können, befinden sich gemäss Zimmermann et al. (2019, S. 13) 80% der Menschen in der Schweiz am Lebensende in einer Institution. Insofern besteht eine grosse Diskrepanz zwischen individuellen Wunschvorstellungen und den tatsächlichen Gegebenheiten.

¹ In dieser Arbeit wird hauptsächlich die Terminologie assistierter Suizid (AS) verwendet. Es gibt zahlreiche weitere Begriffe, die in diesem Zusammenhang genutzt werden, wie beispielsweise begleiteter Suizid, Freitod, Suizid(bei)hilfe usw. Mit AS verfolgen die Verfasserinnen die Absicht, einen möglichst wertneutralen Begriff zu verwenden.

² In dieser Arbeit wird nach den Richtlinien der American Psychological Association (APA) **6. Auflage** zitiert und belegt. Grundlagendokument sind die Richtlinien der Berner Fachhochschule in der Version Februar 2015. Abweichend davon werden direkte Zitate der einfachen Kenntlichkeit halber kursiv dargestellt.

³ Die Begriffe Institution und Organisation werden alltagssprachlich oft synonym verwendet. In dieser Thesis wird dann von Institutionen gesprochen, wenn es sich um Organisationen handelt, welche sich überdauernd etabliert haben und das Wissen über und von den Organisationen längerfristig die Normen und Werte der Gesellschaft widerspiegeln (vgl. Gukenbiehl, 2010). Alle Institutionen sind demnach spezifische Organisationen. Wenn bei einer Mehrfachnennung, nach dieser Definition, sowohl Organisationen wie auch Institutionen vorkommen, wird von Organisationen gesprochen.

Es zeichnet sich zwar eine Entwicklung der Wunschvorstellungen ab, wonach sich immer mehr Menschen vorstellen können auch an einem anderen Ort als im vertrauten Zuhause zu sterben, beispielsweise in einer Institution oder in der Natur (Stettler et al., 2018, S. 2). Infolge der Verschiebung der letzten Lebensphase und des Sterbens in spezifische Institution stellt der Umgang damit in westlichen Gesellschaften oftmals eine grosse Herausforderung dar. Diese Ereignisse finden nicht mehr in der unmittelbaren Lebenswelt von Angehörigen statt.

Jüngste Entwicklungen und Bemühungen verfolgen das Ziel, den **Tod und das Sterben zu enttabuisieren** und wieder in die Mitte der Gesellschaft zurückzubringen. Beispielsweise weckte im Mai 2021 ein Projekt in der Stadt Bern mediale Aufmerksamkeit, indem ein Berner Bestattungsunternehmen die „letzte Fahrt“ im Sarg mit dem eigens dafür umgebauten Cargo-Fahrrad anbietet. Das Unternehmen setzt sich damit unter anderem für einen offenen Umgang mit dem Lebensende ein (Aurora, n.d.). Die Initiative von Aurora hat ihren Ausgangspunkt in den Bemühungen der Stadt Bern, die sich mit dem Netzwerk „Bärn treit“ und der „Berner Charta für ein gemeinsam getragenes Lebensende“ zum Ziel gesetzt hat, über Sterben, Tod und Trauer zu sprechen. Mittels einer neuen Sorgeskultur soll das Thema enttabuisiert werden, der Tod als Teil des Lebens anerkannt und die gemeinsame Verantwortung für das Lebensende wahrgenommen werden. Die Charta wurde im November 2020 lanciert und verfolgt mit dem Netzwerkansatz Kriterien einer „Compassionate City“, indem Betroffene und Angehörige am Lebensende unterstützt werden und eine Thematisierung in verschiedenen Lebensbereichen, wie Arbeitsplatz, Nachbarschaft, Schule, aber auch dem Gesundheitswesen, stattfindet (Stadt Bern, n.d.).

Das Schweizer Radio und Fernsehen hat im Mai 2021 in einem Radiobeitrag das Thema Lebensende behandelt. Die Ärztin und Sterbebegleiterin Erika Preisig hat in einem Interview ihren Wunsch zur Enttabuisierung des Lebensendes und dem Loslassen von **Menschen mit Sterbewunsch** thematisiert. Sie berichtet über ihre Ansichten und Tätigkeit in Bezug auf den AS und äussert sich zur Frage, inwiefern jede Person selbst entscheiden dürfen sollte, wann und wie sie gehen will (Richner, 2021).

Zimmermann et al. (2019) erwähnen im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Entwicklung der Individualisierung die „*Befreiung von Zwängen*“ (S. 14), stellen dem jedoch einen „*Zwang zur Wahl*“ (S. 14) gegenüber, der in einer **Überforderung** resultieren kann. Die Möglichkeiten der Selbstbestimmung am Lebensende eröffnen neue Debatten und Herausforderungen auf unterschiedlichen Ebenen.

1.2 Herleitung und Relevanz der Problemstellung

Die Problemstellung geht aus der Studie „Wann genug ist, entscheide ich. Entscheidungsfindung und Entscheidungsfreiheit am Lebensende mit der Option Assistierter Suizid“ hervor, welche von 2019 bis 2020 unter der Leitung von Dr. Eva Birkenstock an der Berner Fachhochschule durchgeführt und durch den Schweizerischen Nationalfonds gefördert wurde. Die Autorinnen der vorliegenden Master-Thesis waren Projektmitarbeiterinnen.

Für die Studie wurden 40 Personen, für welche ein AS in Frage kommt, mittels eines qualitativen Leitfadenterviews befragt. Das Forschungsinteresse galt der individuellen Entscheidung und den Beweggründen für die Option eines AS. Dabei wurde von verschiedenen Interviewten der Wunsch nach neutraler Beratung geäußert:

Das nenn ich jetzt vielleicht Sterbeklinik oder ähnliches oder eine Möglichkeit, ein geschützter Raum, wo man sich nochmals beraten lassen kann und wo dann in einem angenehmen Ambiente, ohne dass man terrorisiert wird, dass noch 15 andere Leute mit einem sprechen wollen. (Herr Reiser⁴)

Entsprechende Fragen nach organisationalen Angeboten kamen auf. Exit beispielsweise, als die grösste Sterbehilfeorganisation in der Schweiz, berichtet in einer Broschüre aus dem Jahr 2021, dass sich bei ihr pro Jahr rund 3'500 Personen mit einer ernsthaften Anfrage für Sterbehilfe melden. Nach den durchgeführten Beratungen und Abklärungsprozessen werden aktuell ungefähr 800 Menschen durch Exit in den Tod begleitet (Exit, 2021, S. 15). Es melden sich also deutlich mehr Personen, die den Prozess wieder abbrechen, als schlussendlich tatsächlich einen AS in Anspruch nehmen.

Die Relevanz der Problemstellung zeigt sich darin, dass sich – wie aufgezeigt – aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen vermehrt dem Lebensende zuwenden und mit der demografischen Entwicklung und dem Eintritt ins Rentenalter einer von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung geprägten Generation, die Relevanz von AS eine neue Bedeutung erhält. Folglich stehen das dritte und vierte Lebensalter⁵ im Fokus.

1.3 Zielsetzung und Erkenntnisinteresse

Soziale Arbeit als Profession arbeitet nicht nur mit Individuen auf der mikrosozialen Ebene, sondern auch mit (grösseren) Gruppen im Bereich der mesosozialen Ebene und interveniert ebenso in ganze soziale Systeme auf der makrosozialen Ebene. Sie hat zur Aufgabe, soziale Probleme vorzubeugen, diese zu lindern oder zu lösen und die Handlungsfähigkeit von Menschen

⁴ Zitat eines Interviewten mit Pseudonym aus der Studie Birkenstock (2021, S. 50-51).

⁵ Mit dem dritten Lebensalter wird das gesunde, agile oder auch aktive Rentenalter bezeichnet („junge Alte“), als viertes Lebensalter das hohe Lebensalter („alte Alte“) mit dem häufig eine Fragilität einhergeht (vgl. Höpflinger, 2014).

(wieder) herzustellen. Zu beachten ist dabei insbesondere die Selbstbestimmung, die Menschenwürde sowie Gerechtigkeit und Gleichheit der Menschen (AvenirSocial, 2014).

Damit leistet die Soziale Arbeit einen Beitrag zu gelingender Lebensführung. Zu einem gelingenden Leben kann ein selbstbestimmtes Sterben gehören. Infolgedessen verfolgt diese Masterthesis als **Zielsetzung** die Auseinandersetzung mit einem potenziellen neuen Handlungsfeld der Sozialen Arbeit am Lebensende und beschäftigt sich mit der Sterbehilfe. Im Fokus steht dabei die Angebotsperspektive und ob bzw. welche Rolle und Aufgaben der Sozialarbeit⁶ (SA) in einer beratenden Funktion am Lebensende im spezifischen Feld des AS zukommen. Orientierung bietet einer der Merksätze in Bezug auf das Wertewissen der Sozialen Arbeit:

Weil die Art des «Eingewobenseins» in die sie umgebende Sozialstruktur mit entscheidet, ob ein Individuum seine Bedürfnisse (die Bedingungen des Lebens) befriedigen, sein Leben gestalten und sein Wohlbefinden finden kann, genauso wie dies abhängig ist von seiner somatischen Gesundheit, psychischen Kraft und sozialen Integrationsfähigkeit, hat sich Soziale Arbeit um diesen Ort, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken, zu kümmern. (Schmocker, 2011, S. 31)

Schmocker erläutert in seinen Dimensionen der Moralität der Sozialen Arbeit auf der Mikroebene die Funktion Sozialer Arbeit damit, „*Ermächtigung und Befreiung zu fördern, welche Wohlbefinden/Bedürfnisbefriedigung ermöglichen*“ (2011, S. 32; vgl. Abb. 1).

	... hat sich zu bewegen auf der	... hat dort die Funktion,	... verlangt nach einer	... impliziert
Soziale Arbeit als Profession	Makroebene: mit den sozialen, politischen und ökonomischen Systemen	sozialen Wandel, Strukturveränderungen zu fördern, welche/r Wohlbefinden/Bedürfnisbefriedigung ermöglicht/ermöglichten	Moralphilosophie der <i>Integration</i>	politische Rechte und Pflichten
	Mesoebene: mit deren kooperativen und koproduktiven Prozessen der Gegen- und Wechselseitigkeiten	Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen zu fördern, welche Wohlbefinden/Bedürfnisbefriedigung ermöglichen	Moralphilosophie der <i>Interaktion</i>	mediative Rechte und Pflichten
	Mikroebene: mit leibhaftigen Menschen als biopsychosoziale Mitglieder sozialer Systeme	Ermächtigung und Befreiung zu fördern, welche Wohlbefinden/Bedürfnisbefriedigung ermöglichen	Moralphilosophie der <i>Person</i>	anthropologische/sozialpsychologische Rechte und Pflichten

Abbildung 1. Dimensionen der Moralität der Sozialen Arbeit. Nach Schmocker, 2011, S. 32.

⁶ Soziale Arbeit wird als Übergriff für die Berufsfelder Sozialarbeit, Soziokulturelle Animation und Sozialpädagogik verstanden. In jedem dieser Felder stehende spezifische (gesellschaftliche) Aufgaben und Tätigkeiten an, entsprechend können sich auch die Zielgruppen unterscheiden (vgl. Husi & Villiger, 2012). Diese Arbeit fokussiert auf das Berufsprofil der Sozialarbeit (gekennzeichnet durch die entsprechende Schreibweise), abgekürzt SA, und schliesst bewusst klassische Settings der Sozialpädagogik und Soziokulturellen Animation aus.

Der Berufskodex, als normative Leitlinie, hält zusätzlich zur Ermächtigung von Menschen, die Förderung des sozialen Wandels fest (AvenirSocial, 2010, S. 9).

Ausgehend von einer Position der Sozialen Arbeit, welche zum Wohlbefinden von Menschen beiträgt und ihre Bedürfnisse ernst nimmt, liegt das **Erkenntnisinteresse** dieser Master-Thesis darauf, die Rolle der SA in Bezug zur Sterbehilfe zu betrachten. Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit liegen im Bereich der Kommunikation und Beratung. Beratung ist die *„berufsethisch und wissenschaftlich fundierte, ressourcenorientierte Begleitung in multifaktoriell bestimmten Problem- und Lebenslagen“* (Rommel-Fassbender & Stemmer, 2014, S. 304) und damit der *„strukturelle Ort“* (S. 304) an dem die Adressat:innen mit ihren Anliegen und Interessen Ausdruck finden. Untersucht wird in dieser Arbeit jedoch nicht der Beratungsprozess, sondern als struktureller Ort der organisationale Kontext, in dem die Beratungen stattfinden. Dabei stellt sich die Frage, ob es in der aktuellen Situation Leerstellen und Angebotslücken in der Beratung gibt, ob deren Bearbeitung Auftrag der SA ist und sich damit ein neues Handlungsfeld eröffnet.

1.4 Fragestellung

Ausgehend von dem beschriebenen Erkenntnisinteresse und der Relevanz wird nachfolgend eine Hypothese, Fragestellung und Vision formuliert.

Die **Hypothese** lautet, dass der SA eine Rolle zukommen könnte mit einem neutralen Angebot zu beraten. Zielgruppe des Angebots wären Menschen, die sich mit dem Lebensende, der Sterbehilfe, insbesondere mit einem AS beschäftigen und ihre Angehörigen. Die bereits ausgeführten Zahlen von Exit bezüglich der Anfragen um Sterbehilfe und den tatsächlichen Begleitungen zeigen deutlich auf, dass eine Nachfrage nach Beratung besteht. Die Verfasserinnen vermuten, dass viele Menschen ein Beratungsbedürfnis bezüglich Auseinandersetzung mit dem Lebensende, inkl. der Option eines AS haben, sich jedoch damit nicht explizit an eine Sterbehilfeorganisation wenden wollen und sich an keine andere Stelle wenden können (weil es keine solche gibt, sie ihnen nicht bekannt oder nicht zugänglich ist). Werden die jüngsten Entwicklungen (vgl. Kap. 1.1) berücksichtigt, kann davon ausgegangen werden, dass das Beratungsbedürfnis und entsprechend der Bedarf nach solchen Angeboten zunehmen werden.

Ausgehend von der Hypothese und der Zielsetzung, werden die folgenden **Untersuchungsfragen**, aufgegliedert in Haupt- und Unterfragen, formuliert.

Wie ist das Beratungsangebot im Kanton Bern zur Sterbehilfe mit dem Fokus auf dem assistierten Suizid für Personen ab dem dritten Lebensalter mit Blick auf die Rolle der Sozialarbeit ausgestaltet?

Um die Hauptfrage systematisch beantworten zu können, sind folgende Unterfragen relevant.

- 1) Welche Beratungsangebote bezüglich Sterbehilfe bestehen im Kanton Bern?
- 2) Nach welchen Konzepten, Kriterien und von welchen Berufsgruppen werden diese Beratungsangebote geführt?
- 3) Bestehen aufgrund der empirischen Erhebungen Lücken zwischen Bedürfnis und Angebot?
- 4) Falls Lücken bestehen, ergibt sich daraus ein Handlungsfeld für die Sozialarbeit?

Sollte sich die Hypothese bestätigen, dass im Kanton Bern kein bzw. ein unzureichendes Beratungsangebot bezüglich Sterbehilfe vorhanden ist, steht als **Vision** eine sozialarbeiterisch geführte, neutrale Fachstelle, welche diese Lücke schliesst. Sie soll Anlaufstelle für Menschen im dritten und vierten Lebensalter und ihre Angehörigen sein, die sich mit dem Lebensende und dem AS auseinandersetzen wollen.

1.5 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit wird in drei Hauptteile gegliedert: Im Hauptteil Theorie werden zunächst die relevanten Grundlagen in Bezug auf Palliative Care (Kap. 2), als einer der Ansätze am Lebensende, dargestellt. Anschliessend folgen diverse Ausführungen in Bezug auf die Sterbehilfe (Kap. 3). Der Hauptteil Empirie enthält den Forschungsteil, anhand welchem die Forschungsfrage in der Praxis untersucht wird. Im Rahmen des Mixed-Methods-Ansatzes erfolgt zuerst eine Erhebung mittels Fragebogen (Kap. 4) und darauf aufbauend ein zweiter empirischer Teil Expert:inneninterviews (Kap. 5). Abgeschlossen wird die Arbeit im dritten Hauptteil mit einer Synthese, in der die Ergebnisse in Bezug zur Fragestellung und Theorie diskutiert (Kap. 6) und in einer Schlussbetrachtung (Kap. 7) die Bedeutung für die SA mit entsprechenden Empfehlungen dargelegt wird.

Theorie

Im folgenden Hauptteil werden die theoretischen Grundlagen und der Forschungsstand in Bezug auf die Sterbehilfe dargestellt. Auf Palliative Care und die Rolle der Sozialen Arbeit diesbezüglich wird ebenfalls kurz eingegangen. Damit werden die Grundlagen für die weiteren Ausführungen und das Forschungsvorhaben im Rahmen dieser Thesis geschaffen.

2. Palliative Care

Die bereits erwähnte Palliative Care (PC) gewinnt bezüglich der Gestaltung des Lebensendes an Bedeutung. Daher wird im Folgenden eine kurze Übersicht über den Ansatz und dessen Verbreitung vermittelt, die aktuelle politische Sicht auf PC und die Rolle der Sozialen Arbeit in der PC werden aufgezeigt.

palliative.ch (n.d.) beschreibt PC als umfassende Betreuung und Behandlung, die sich auf die **Lebensqualität** von Betroffenen und deren Angehörige konzentriert, wenn sie von einer unheilbaren, zum Tode führenden resp. lebensbedrohlichen Krankheit und/oder von chronischem Leiden betroffen sind und die Heilung nicht mehr im Vordergrund steht. Die WHO definiert PC folgendermassen:

Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten sowie 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. (zitiert nach palliative.ch, n.d)

Im Zentrum stehen **Schmerzlinderung, psychische und spirituelle Bedürfnisse**. PC wirkt nicht durch Verzögerung oder Beschleunigung auf den Todeszeitpunkt ein. Der Ansatz bezieht Angehörige in ihrem Abschieds- und Trauerprozess sowie dem Umgang mit der Krankheit ein. Er versteht Sterben als zum Leben dazugehörenden Prozess, ist lebensbejahend und erachtet Teamarbeit als notwendig, um Bedürfnisse von Betroffenen und Angehörigen ganzheitlich behandeln zu können. Gemäss einer Umfrage des Büros Bass im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit ist 88% der über 65-Jährigen der Begriff „Palliative Care“ bekannt (Stettler et al., 2018). Zudem ist deren Akzeptanz hoch: 83% erachten es als notwendig, dass PC den Menschen, die darauf angewiesen sind, zur Verfügung steht. 84% würden PC für sich selbst in Anspruch nehmen. Dieser Wert ist im Vergleich zum Jahr 2009 (77%) gestiegen. Für die Inanspruchnahme nennen 72%, dass sie sich an die Hausärzt:innenschaft wenden würden. Weiter wurden Personen, die bereits über Erfahrung mit PC verfügen, gefragt, welche zusätzlichen Unterstützungsangebote für sie oder für die sterbende Person eine Hilfe gewesen wären. 37% finden, dass keine zusätzliche Unterstützung nötig gewesen wäre, 13% resp. 9% wünschen sich mehr „emotionale, psychologische oder spirituelle Unterstützung“ (Stettler et al., 2018, S. IV) für die Angehörigen resp. für die sterbende Person.

2.1 Postulat «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende»

Der Zugang zu Angeboten der PC ist aktuell nicht flächendeckend und nicht für die gesamte Bevölkerung gleichermassen gewährleistet. Der Bundesrat wurde mit dem Postulat 18.3384 «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende» beauftragt, sich der Verankerung und Finanzierung einerseits der allgemeinen, andererseits der spezifischen PC in allen Regionen der Schweiz zu widmen. Weitere wichtige Themen des Postulats sind die Stärkung der gesundheitlichen Vorausplanung im Gesundheitswesen und die **Sensibilisierung und Beratung der Bevölkerung** in Bezug auf das Lebensende. Im Bericht des Bundesrates (2020, S. 4-6) wird in vier Themenbereichen der Handlungsbedarf aufgeführt:

1. Die aktuellen Strukturen des Gesundheitswesens werden den zunehmenden Todesfällen und Angehörigen in Bezug auf Behandlung und Betreuung nicht gerecht, weil die Anzahl an Todesfällen aufgrund der demografischen Gegebenheiten zunehmen wird. Vor allem in Bezug auf Menschen über 80 Jahren und hochaltrige stellt sich die Frage des Verbleibs und ihrer Behandlung und Begleitung in der letzten Lebensphase. Kompetenzen in PC bei Hausärzt:innen, Fachpersonen der Spitex, Pflegeheimen und Akutspitälern müssen daher erweitert werden.
2. Rund 70% der Todesfälle in der Schweiz treten nicht unvorhergesehen auf und sind mit einer Phase von Krankheit oder zunehmender Gebrechlichkeit verbunden. Sie können daher vorausschauend thematisiert werden. Der Umgang mit dem Lebensende entspricht heute jedoch der eines akuten Ereignisses. Fachpersonen sind gefordert, mit Betroffenen und Angehörigen die verbleibende Lebenszeit zu gestalten. So können Abschiede und das Sterben vorbereitet, aber auch selbstbestimmte Entscheidungen getroffen werden. Der Bundesrat äussert, dass es dem Bedürfnis der Bevölkerung der Schweiz entspricht, sich mit dem Lebensende auseinander zu setzen, darüber zu sprechen und vor auszuplanen. Dafür notwendig ist eine Haltung der Fachpersonen, welche sich mit dem Versterben von Patient:innen sowie dem häufigen Gefühl von Hilflosigkeit auseinandersetzt und Grenzen der Medizin anerkennt.
3. Ungleichheiten am Lebensende gehen mit der gesellschaftlichen Entwicklung zu einem selbstbestimmten Sterben einher. Die Voraussetzungen, Chancen und Möglichkeiten in Bezug auf ein selbstbestimmtes Sterben sind nicht überall in der Schweiz gleich. Sie sind unter anderem abhängig vom Wohnort mit den dort vorhandenen Versorgungsstrukturen, beispielsweise dem Zugang zu PC.

4. Weiter sind soziale Beziehungen und finanzielle Möglichkeiten für die Wahl von Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten entscheidend. Das heisst: Es bestehen Ungleichheiten im Sterben, was behoben werden muss.
5. Der Zugang resp. die Angebote der PC sind nicht genügend in die Gesundheitsversorgung integriert und nicht flächendeckend gewährleistet. Der Fokus liegt auf onkologischen Erkrankungen. Die Angebote sollen jedoch auch Menschen mit anderen Diagnosen zugänglich sein, beispielsweise Menschen mit einer Demenzerkrankung. Auch sollte die PC Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen, die nicht geheilt werden können, zugänglich sein.

Der Bundesrat kommt zum Schluss, dass Sterben und Tod Anerkennung in der Gesundheitsversorgung finden und als Bestandteil des Lebens betrachtet werden sollen. Dazu müssen entsprechende Rahmenbedingungen für eine frühzeitige Auseinandersetzung mit dem Lebensende geschaffen werden. Ziel soll es sein, die Lebensqualität bis zum Schluss zu erhalten und diese an individuellen Wünschen und Bedürfnissen von Betroffenen auszurichten. Dazu entwickelt er in vier Themenbereichen elf Massnahmen, welche auf den Bemühungen der letzten 10 Jahre im Bereich der PC (Strategie, Plattform, weitere Aktivitäten) beruhen. Diese Themenbereiche lauten:

1. **Sensibilisierung & vorausschauende Auseinandersetzung mit dem Lebensende fördern**

Viele Menschen wollen sich mit der Behandlung am Lebensende auseinandersetzen, was eine zentrale Voraussetzung für die Selbstbestimmung am Lebensende und ein Sterben in Würde darstellt. Entsprechend sollen Gespräche zu den persönlichen Wünschen, Erwartungen und Vorstellungen ermöglicht und allenfalls auch festgehalten werden.

2. **Menschen in der letzten Lebensphase und ihre Angehörigen angemessen unterstützen**

Die individuellen Bedürfnisse in Bezug auf Behandlung und Betreuung am Lebensende sollen an Bedeutung gewinnen, wozu es notwendig ist, dass Gesundheitsfachpersonen frühzeitig die letzte Lebensphase erkennen und entsprechende Aufgaben (Entscheidungsfindung, Notfallplanung, Netzwerkaufbau und Koordination von Behandlung und Betreuung) übernehmen.

3. **Behandlung und Betreuung von Menschen mit einer komplexen Symptomatik in der letzten Lebensphase verbessern**

Bei Menschen mit komplexen medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und/oder spirituellen Problematiken sind Angebote der spezialisierten PC nötig. Diese Strukturen sollen definiert werden, so dass sie flächendeckend zugänglich und vergütet werden.

4. **Koordination und Vernetzung auf nationaler Ebene sicherstellen**

Eine nationale Stelle soll den Austausch und die Vernetzung zwischen den Akteur:innen fördern, damit Aktivitäten für Menschen am Lebensende in Bezug auf Betreuung und Behandlung koordiniert und Synergien genutzt werden können.

Diese Handlungsfelder und Themenbereiche des Bundesrates sind im Zusammenhang mit PC entstanden. Es fällt jedoch auf, dass an vielen Stellen die Selbstbestimmung und die individuelle Lebensqualität im Zentrum stehen. Daher sind diese Ausführungen auch in Bezug auf die Sterbehilfe und den AS interessant.

2.2 Soziale Arbeit in der Palliative Care

Der Ansatz der PC beinhaltet, wie bereits erwähnt, einen multiprofessionellen Zugang. Er geht auf Cicely Saunders zurück, die mit dem beruflichen Hintergrund in Medizin und Sozialer Arbeit 1967 in London das später weltbekannte St. Christopher`s Hospiz gründete. Darum und weil in diesem Bereich viele Kompetenzen nötig sind, die klassischerweise der Sozialen Arbeit zugeordnet werden, nahm die Soziale Arbeit seit den Anfängen einen wichtigen Stellenwert in der PC ein (Student, Mühlum & Student, 2020, S. 138). Wäfler und von Wartburg (2011) führen die Bedeutung Sozialer Arbeit bei der Betreuung von Adressat:innen der PC aus und erwähnen dabei insbesondere die zentrale Rolle im Rahmen des **Schnittstellenmanagements** und der **Koordination**. Bei Menschen in der letzten Lebensphase bestehen besondere Herausforderungen. Bedürfnisse, Wünsche und Prioritäten verändern sich und sind sehr individuell. Mit der Multidimensionalität wird der Mensch ganzheitlich betrachtet. Dazu braucht es ein interprofessionelles Team. Bezüglich den verschiedenen Dimensionen, die bei der PC berücksichtigt werden, führen sie auch die soziale Dimension – die Lebenswelt der betroffenen Person – auf, bei der Angehörige, die Wohnsituation, finanzielle und sozialversicherungsrechtliche Angelegenheiten, der Haushalt oder die Kinderbetreuung, eine Arbeitsstelle oder die Freizeit ins Zentrum rücken. Entsprechend braucht es verschiedene Fachpersonen mit den nötigen Kompetenzen, beispielsweise dafür, dass ein Sterben zu Hause bei unheilbar kranken Personen ermöglicht werden kann. Nebst dem Potenzial in der Koordination sehen Wäfler und von Wartburg Stärken und Zuständigkeiten darin, „«versteckte» Ängste” (2011,

S. 9) wahrzunehmen und die oftmals am Lebensende zentralen **sozialen Fragen** zu bearbeiten. So können einerseits Betroffene, aber auch Fachpersonen im interprofessionellen Team von der SA einen Nutzen generieren.

In Anlehnung an diese Ausführungen stellt sich die Frage, ob ein entsprechendes Handlungsfeld für die SA auch im Bereich des AS denkbar wäre. Auch dieses Feld ist geprägt von existenziellen Fragen, einem komplexen Umfeld, mehreren involvierten Professionen und muss sich auf die Lebenswelt der Adressat:innen einlassen können.

3. Sterbehilfe

Die Ausführungen in diesem Teil widmen sich der Sterbehilfe mit den Prävalenzen, der rechtlichen Lage mit der Rolle des Staates und den Sterbehilfeorganisationen sowie einem internationalen Überblick. Die Kapitel zur aktuellen öffentlichen Debatte und den Terminologien ergänzen die Vielschichtigkeit des Themas. Abgeschlossen wird dieser Teil durch den aktuellen Stand der Forschung und des Fachdiskurses sowie einer Zusammenfassung der Theorie mit den abgeleiteten Erkenntnissen.

3.1 Suizide, assistierte Suizide und Prävalenzen

Anhand von aktuellen Statistiken können die Dimensionen in Bezug auf Todesfälle, Suizide und AS aufgezeigt werden. Die im März 2021 publizierte Todesursachenstatistik des BFS des Jahres 2018 zeigt auf, dass die häufigsten Todesursachen mit rund 30% Herz-Kreislauf-Erkrankungen (häufigste Todesursache der Frauen), gefolgt mit knapp 26% von Krebserkrankungen (häufigste Todesursache der Männer) sind. Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter häufiger. Krebserkrankungen hingegen nehmen ab dem 65 Altersjahr als Todesursachen wieder ab. Die Todesursache Demenz tritt ab dem 65 Altersjahr gehäuft auf und steigt vor allem bei den Frauen ab dem 85 Altersjahr deutlich an. Aufgrund der demografischen Entwicklungen werden Todesfälle in Zukunft generell zunehmen (BFS, 2021).

Mit 1.5% der Todesursachen sind im Jahre 2018 1'002 Personen durch einen Suizid gestorben. Bei den unter 65-Jährigen ist die Anzahl mit 672 Suiziden mehr als doppelt so hoch, als bei Personen über 65 Jahren. Sie haben im Vergleich zum Vorjahr leicht abgenommen und sind seit Jahren relativ stabil (BFS, 2021). Die Abbildung 2 vermittelt einen Überblick über Suizide nach Alter und Geschlecht.

Suizid nach Alter und Geschlecht (ohne assistierten Suizid)

Pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner

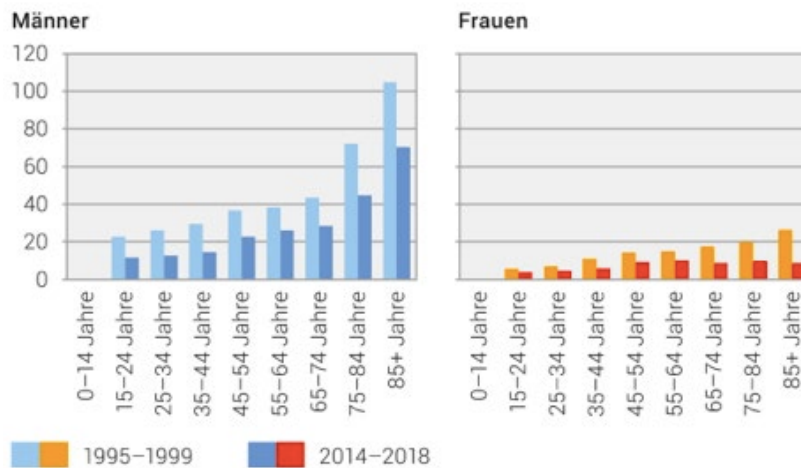


Abbildung 2. Suizid nach Alter und Geschlecht (ohne AS). Nach BFS, 2020c.

Gemäss der Medienmitteilung zur Todesurachsenstatistik von 2018 (BFS, 2020d) haben sich jedoch die Anzahl der AS stark verändert. Sie sind im Jahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr um nahezu 17% gestiegen. Seit Jahren lässt sich in diesem Bereich eine kontinuierliche Zunahme feststellen. Im Jahre 2018 sind 677 Frauen und 499 Männer, total also 1'176 Personen, durch einen AS gestorben. Damit ist die Todesursache AS häufiger als unbegleitete Suizide und beträgt im Jahre 2018 1.8% der Todesfälle in der Schweiz.

In der Alterskategorie der unter 65-Jährigen begehen mehr Personen einen Suizid als bei den über 65-Jährigen. Bezüglich AS verhält es sich genau umgekehrt: 1'029 Personen über 65 Jahren wählten ein Sterben mit AS (598 Frauen und 431 Männer), hingegen 'nur' 147 Personen unter 65 Jahren (79 Frauen, 68 Männer) (BFS, 2020a). Weitere Details und Entwicklungen können der bereits erwähnten Abbildung 2 und nachfolgender Abbildung 3 entnommen werden.

Assistierter Suizid nach Geschlecht und Alter

T 14.03.04.01.14

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Assistierter Suizid 1)	187	203	205	230	249	253	297	352	431	508	587	742	965	928	1009	1176
Männer	70	90	96	98	113	108	132	155	185	201	249	320	426	399	413	499
unter 65-jährig	19	25	15	25	24	30	33	26	39	42	47	58	60	60	61	68
über 65-jährig	51	65	81	73	89	78	99	129	146	159	202	262	366	339	352	431
Frauen	117	113	109	132	136	145	165	197	246	307	338	422	539	529	596	677
unter 65-jährig	29	24	29	30	29	38	34	47	43	43	54	60	83	66	74	79
über 65-jährig	88	89	80	102	107	107	131	150	203	264	284	362	456	463	522	598

Abbildung 3. AS nach Geschlecht und Alter. Nach BFS, 2020a.

Eine Veranschaulichung zu den Entwicklungen bezüglich Suizide und AS auf der Zeitachse und differenziert nach Geschlecht findet sich zudem in der Abbildung 4 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan).

Suizid und Suizidhilfe

Suizid- und Suizidhilferate

Anzahl Fälle pro 100 000 Einwohner/innen, standardisierte Rate

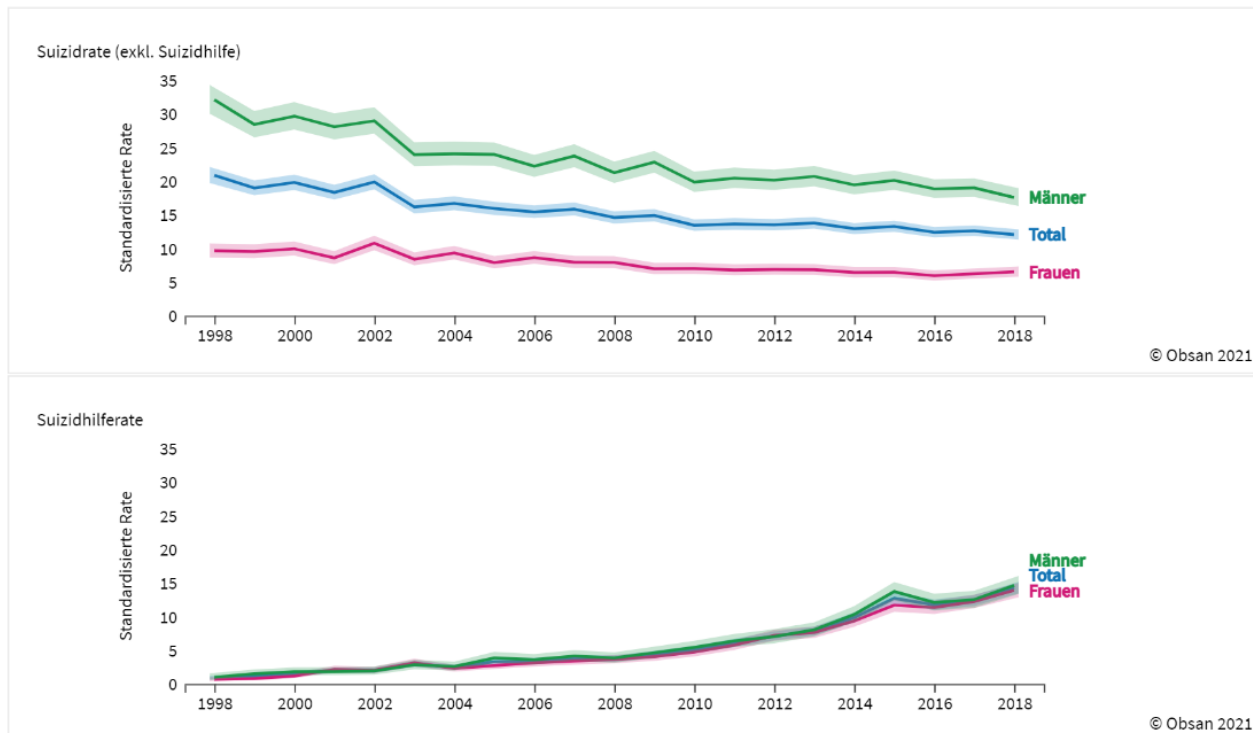


Abbildung 4. Suizid und Suizidhilfe. Nach Schweizerischem Gesundheitsobservatorium [Obsan], 2021.

Obwohl Suizide, wie auch AS, in der selben Konsequenz resultieren, dass ein Leben beendet wurde, sind die Motive für den Sterbewunsch unterschiedlich. Obsan (2021) orientiert sich dafür an den Ausführungen der WHO und differenziert, dass Suizide oft in einem psychischen Ausnahmezustand und in Verbindung mit psychischen Krankheiten begangen werden. Das heisst, dass sie aus Gründen der Hoffnungslosigkeit, fehlenden Bewältigungsfähigkeiten, Überforderung und Aussichtslosigkeit erfolgen. AS hingegen fänden häufig statt, wenn chronische Erkrankungen nicht mehr erträglich sind, die Lebensqualität verloren geht und die Beschwerden Überhand gewinnen. Gemäss BFS (2020d) lassen sich die Grunderkrankungen der Menschen, die einen AS ausführten, wie folgt darstellen: Krebs (40.7%), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (12.8%), Krankheiten des Nervensystems (11.5%), und andere Erkrankungen wie chronische Schmerzen, Demenz, Depression und Multi-Morbidität (35%). Diese (chronischen) Krankheiten

nehmen im Alter zu. Physische chronische Krankheiten sind oftmals ein Grund, weshalb Menschen einen AS begehen (Obsan, 2021). Das Procedere, dass ein AS mit sich bringt, ist meist langwierig und komplex. Deshalb handelt es sich bei AS mutmasslich nicht um kurzfristige Entscheidungsprozesse und Kurzschlussreaktionen. Diese Vermutung wird auch durch die Studie von Birkenstock (2021) bestätigt.

Es zeigt sich damit, dass Suizide in der Schweiz oftmals mit psychischen Erkrankungen oder in Ausnahmeständen begangen werden. Die Zahlen diesbezüglich sind in der Tendenz stabil resp. leicht rückläufig. Mehr Personen unter 65 Jahren begehen einen Suizid als Menschen über 65 Jahren. AS hingegen stehen meist in einem Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen und setzen einen entsprechenden Prozess voraus, der eine eher längere zeitliche Dimension bedingt. Chronische Erkrankungen nehmen im Alter zu. Mehr Personen über 65 Jahren begehen einen AS als Personen unter 65 Jahren.

3.2 Rechtliche Lage und Praxis in der Schweiz

Wie Zimmermann et al. (2019, S. 146) ausführen, ist es in der Schweiz nicht strafbar, wenn sich urteilsfähige Personen aus freier Entscheidung suizidieren. Entsprechend verhält es sich auch mit der Suizidhilfe. Diese ist seit 1918 in der Schweiz legal (Hurst & Mauron, 2003; Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland, 2016), jedoch nicht alle Formen der Sterbehilfe. Grundsätzlich gesetzlich geregelt ist, dass sich die sterbewillige Person die tödliche Substanz selbst zuführen muss und die begleitende Person keine eigennützige resp. selbstsüchtige Motive (Art. 115 Strafgesetzbuch Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord⁷) haben darf. Entsprechend unterscheiden die schweizerischen Gesetzesgrundlagen nach verschiedenen Formen der Sterbehilfe.

3.2.1 Formen der Sterbehilfe und rechtliche Grundlage

Gemäss Bundesamt für Justiz (2021) werden die folgenden Formen der Sterbehilfe unterschieden:

Die **direkte aktive Sterbehilfe** ist in der Schweiz gesetzlich verboten. Relevant dafür ist das Strafgesetzbuch (Art. 111 Vorsätzliche Tötung, 113 Totschlag oder 114 Tötung auf Verlangen). Eine Person darf nicht auf deren Verlangen hin getötet werden. Die Lebenszeit kann jedoch, beispielsweise durch die Abgabe hoher Dosen Schmerzmittel (**indirekte aktive Sterbehilfe**), den

⁷ SR 311.0

Therapieverzicht z.B. durch Ablehnung einer künstlichen Beatmung oder mittels Sterbefasten (**passive Sterbehilfe**) oder die Beihilfe zum Selbstmord (**Suizidhilfe**) durch Vermittlung einer tödlichen Substanz, verkürzt werden. Die Schweiz hat bis heute kein eigenes Sterbehilfegesetz (Bosshard, 2017, S. 29).

Bundesrat und Parlament haben sich mehrfach und letztmals im Juni 2011 dafür ausgesprochen, dass die bestehenden gesetzlichen Grundlagen ausreichen, um Missbräuche einerseits zu verhindern, andererseits aufzudecken und deshalb keine ausdrückliche Regelung im Strafrecht bezüglich der organisierten Sterbehilfe notwendig ist. Als Beitrag zur Stärkung der Selbstbestimmung und Ausübung des Selbstbestimmungsrechts werden diverse Massnahmen, beispielsweise die bessere Koordination der Prävention und Früherkennung von psychischen Erkrankungen, der Aktionsplan Suizidprävention, die Plattform PC oder die Stärkung der koordinierten Versorgung genannt (Bundesamt für Gesundheit, 2019a; Bundesamt für Justiz, 2011).

3.2.2 Medizin-ethische Richtlinien der SAMW

Eine wichtige Grundlage bezüglich der Praxis stellen die Richtlinien „Umgang mit Sterben und Tod“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) dar. Die zentrale Ethikkommission der SAMW ist Herausgeberin dieser Richtlinien und will damit konkrete Hilfeleistungen für die Praxis bieten (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2019). Das Kapitel 6 widmet sich unter anderem den verschiedenen Formen der Sterbehilfe. Die indirekte aktive und die passive Form, die im Strafgesetzbuch nicht geregelt und daher erlaubt sind, werden auch von den SAMW als zulässig erklärt. Normalerweise finden diese Empfehlungen auch Eingang in die Standesordnung des Berufsverbandes der Schweizer Ärzt:innenschaft, Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH) und erlangen damit für die rund 42'000 Mitglieder (Foederatio Medicorum Helveticorum [FMH], n.d.) Verbindlichkeit. Dies ist jedoch bei diesen Richtlinien nicht geschehen. Grund dafür sei das polarisierende Kapitel 6 resp. 6.2.1 zur Suizidhilfe und dass in den Richtlinien für Sterbehilfe „unerträgliches Leiden“ definiert sei. Gerade diese Terminologie sei für praktizierende Ärzt:innen eine Schwierigkeit, da dies ein unbestimmter Rechtsbegriff sei und somit eine Rechtsunsicherheit entstehe. Die Ärzt:innenkammer der FMH hat deshalb entschieden, die Richtlinien zu „Umgang mit Sterben und Tod“ der SAMW nicht in den Anhang der Standesordnung zu übernehmen (SAMW, 2018a).

Zur Klärung publizierte die SAMW am 24.10.2018 „Kernbotschaften zur Regelung der Suizidhilfe (Kap. 6.2.1)“, die wie folgt lauten⁸:

1. *Der Rechtliche Rahmen zur Suizidhilfe wird nicht durch die SAMW-Richtlinien, sondern durch das Strafgesetzbuch definiert.*
Dazu gehört auch, dass Ärzt:innen, die bis anhin keine Suizidhilfe leisten wollten, mit den neuen Richtlinien ebenfalls nicht dazu verpflichtet sind.
2. *Berufsethische Leitlinien zur ärztlichen Suizidhilfe sind nötig.*
Es ist wichtig, das Thema zu enttabuisieren.
3. *Die neuen Richtlinien bieten klare, realistische Leitplanken für die ärztliche Suizidhilfe und formulieren engere Grenzen als das Gesetz.*
 - *Suizidhilfe ist bei einem urteilsfähigen Patienten ethisch vertretbar, wenn dieser unerträglich unter den Symptomen einer Krankheit und/oder Funktionseinschränkungen leidet, wenn andere Optionen erfolglos geblieben sind oder er diese als unzumutbar ablehnt.*
 - *Der Wunsch des Patienten, in dieser unerträglichen Lebenssituation nicht mehr leben zu wollen, muss für die Ärztin/den Arzt aufgrund der Vorgeschichte und wiederholter Gespräche nachvollziehbar sein.*
 - *Der Wunsch muss wohlerrwogen, dauerhaft und ohne äusseren Druck entstanden sein.*
 - *Der Patient muss in Bezug auf den assistierten Suizid urteilsfähig sein.*
 - *Der Arzt muss dokumentieren, dass er eine Urteilsunfähigkeit sorgfältig ausgeschlossen hat.*
 - *Falls eine psychische Krankheit, eine Demenz oder ein anderer Zustand vorliegt, der häufig mit fehlender Urteilsfähigkeit verbunden ist, muss die Urteilsfähigkeit durch einen entsprechenden Facharzt evaluiert werden.*
4. *Bei Personen, die nicht urteilsfähig sind, ist Suizidhilfe nicht zulässig.*
Nicht nur die SAMW-Richtlinien regeln, dass Personen, die Suizidhilfe in Anspruch nehmen urteilsfähig sein müssen. Im Strafgesetzbuch ist das ebenfalls festgelegt.
5. *Beihilfe zum Suizid bleibt eine Ausnahmesituation und die Richtlinien zeigen Alternativen auf.*

(SAMW, 2018b)

Die SAMW-Richtlinien ergänzen resp. präzisieren damit die Gesetze. Eine klare Grenzziehung bezüglich der Legalität ist dennoch anspruchsvoll. Mit der aktuellen Praxis besteht nach wie vor Handlungsspielraum.

⁸ Die nachfolgend kursiv gedruckten Teile sind direkt zitiert. Den Autorinnen ist bewusst, dass diese oft nicht gendergerecht sind (z.B. Patient anstatt Patient:innen). Zugunsten der präzisen und detailgenauen Wiedergabe der Richtlinien wird trotzdem die direkte Zitierweise angewandt.

Dies geht beispielsweise aus den Ausführungen von Zimmermann et al. bezüglich der terminalen Sedierung hervor. So wird argumentiert, dass das Ziel der Sedierung ist,

die Sterbephase zu erleichtern und Vernichtungsschmerzen (starke Schmerzen, die das Gefühl der absoluten Hilflosigkeit oder auch Todesangst hervorrufen), Atemnot, starke Angst und grosse Unruhe zu dämpfen oder zu vermeiden. Ihr Sinn ist aber nicht, das Leben zu zerstören, sondern ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. (2019, S. 147-148).

Trotzdem kann sie missbräuchlich sein, beispielsweise wenn das Ziel eine Beschleunigung des Sterbens ist.

3.2.3 Urteilsfähigkeit anhand eines Beispiels aktueller Rechtsprechung

Ein besonders sensibler Punkt ist die Urteilsfähigkeit. Urteilsfähig ist gemäss dem Schweizerischen Zivilgesetzbuch⁹ „jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.“ (Art. 16) Zur Urteilsfähigkeit gehört, sich ein Urteil bilden, dessen Bedeutung zu verstehen und die Konsequenzen abschätzen zu können, was insbesondere bei psychischen Erkrankungen (inkl. Depressionen) eine Herausforderung darstellt (Zimmermann et al., 2019, S. 148). Wie bereits erwähnt, muss die Urteilsfähigkeit grundsätzlich gegeben sein, damit ein AS legal vollzogen werden kann.

Gemäss Bundesgerichtsentscheid vom November 2006, wo es unter anderem um die „Abgabe von Natrium-Pentobarbital für den geleiteten Suizid einer psychisch kranken Person“ (BGE 133 I 58) ging, „darf unter Umständen auch psychisch Kranken Natrium-Pentobarbital verschrieben und dadurch Suizidbeihilfe gewährt werden“ (Erwägung 6.3.5.1). Jedoch wird in diesem Zusammenhang besonders darauf hingewiesen, dass differenziert werden muss zwischen einem auf die Krankheit rückführbaren und therapierbaren Leidensdruck und einem „wohlerwogenen und dauerhaften Entscheid einer urteilsfähigen Person“ (Erwägung 6.3.5.1), weshalb als Voraussetzung für ein psychiatrisches Fachgutachten plädiert wird. Das empfehlen auch die Kernbotschaften der SAMW (Punkt 3).

Ein aktueller Fall diesbezüglich, der für die Schweiz als wegweisend gilt, ist der Freispruch der bereits erwähnten Hausärztin und Sterbebegleiterin Preisig vom Vorwurf der Tötung in Bezug auf

⁹ SR 210

eine durch sie geleistete Sterbehilfe. Sie wurde vom Kantonsgericht Basel Ende April 2021 freigesprochen. Bereits das erstinstanzliche Urteil des Strafgerichts im Juli 2019 lautete bezüglich diesem Hauptanklagepunkt Freispruch. Strittig war, ob die von ihr begleitete psychisch kranke und sterbewillige 66-jährige Frau zum Zeitpunkt der Begleitung urteilsfähig war. Auf ein unabhängiges psychiatrisches Fachgutachten bezüglich der Urteilsfähigkeit hatte Preisig verzichtet, weil sie dafür keine:n Psychiater:in fand. Das wiederum sei aufgrund von ethischen Bedenken der entsprechenden Expert:innen häufig der Fall. Aufgrund ihrer Einschätzung war die Frau urteilsfähig, weshalb sie den AS begleitete. Daraufhin wurde sie von der Staatsanwaltschaft aufgrund eines post mortem erstellten Gutachtens der vorsätzlichen Tötung angeklagt. Der Verstorbenen wurde die Urteilsfähigkeit abgesprochen. Sowohl die Staatsanwaltschaft wie auch Preisig zogen den Fall ans Bundesgericht weiter. Die Staatsanwaltschaft will den Anklagepunkt der vorsätzlichen Tötung und Preisig den Verstoss gegen das Heilmittelgesetz erneut beurteilen lassen. Das Bundesgericht muss im Rahmen der Rechtsprechung ausserdem über die bisher im Gesetz ungeklärte Frage entscheiden, bei welchen Diagnosen für das Leisten von straffreier Sterbehilfe ein psychiatrisches Fachgutachten notwendig ist (Schweizer Radio und Fernsehen, 2021; Maurer, 2021; palliative zh+sh, 2021).

3.2.4 Rolle des Staates

Wie die bisherigen Ausführungen aufzeigen, besteht in der Schweiz eine **liberale Haltung** bezüglich der Sterbehilfe. Der Staat erlaubt die Selbsttötung und eine entsprechende Begleitung unter Einhaltung von festgelegten Kriterien. Die Sterbehilfe ist jedoch **keine staatliche Aufgabe** und wird privaten Organisationen überlassen. Hingegen fungieren Ärzt:innen als eine Art Gatekeeper:innen, weil Natrium-Pentobarbital (NaP) nicht ohne deren Verschreibung zugänglich ist und diese wiederum an bestimmte gesetzliche und Standes-Regeln gebunden sind (vgl. Kap. 3.2.1 und 3.2.2.). Auch im bereits erwähnten Entscheid wird das Bundesgericht mit der Frage konfrontiert, welche Rolle diesbezüglich der Staat einnehmen soll. So wird beispielsweise argumentiert:

Die persönliche Freiheit bzw. der Schutz des Privatlebens umfasse das Recht auf Suizid und verleihe dem Einzelnen einen Anspruch gegenüber dem Staat, diesen risiko- und schmerzfrei vornehmen zu können. Dort, wo die von der EMRK garantierten Rechte und Freiheiten bloss theoretisch oder gar illusorisch wären, habe der Staat dafür zu sorgen, dass sie praktisch und effizient würden, was vorliegend dazu führen müsse, dass ihm [dem Beschwerdeführer, Anm.] ermöglicht werde, ohne "ärztliche Bevormundung" Natrium-Pentobarbital zu beziehen. Sein autonomer, frei gebildeter Wille, sein Leben ohne

Gefahren für Dritte und ihn selber zu beenden, sei zu respektieren. (BGE 133 I 58, Erwägung 5.)

Für eine weitere Liberalisierung und Ausübung der Selbstbestimmung, beispielsweise bezüglich dem Zugang zu NaP resp. die Realisierung einer Sterbebegleitung auch ohne vorliegende tödliche Erkrankung ("Altersfreitod") auf politischer Ebene, engagieren sich diverse Gruppierungen z.B. die Interessensgruppe Altersfreitod.ch (n.d.) oder der Verein Echtes Recht auf Selbstbestimmung (n.d.).

3.2.5 Sterbehilfeorganisationen

In den 1980er Jahren begann Exit Deutsche Schweiz mit den Freitodbegleitungen (Bosshard, 2017, S. 31). Die Organisation machte zu dieser Zeit die Erfahrung, dass es Ärzt:innen gab, welche bereit waren, ihren Patient:innen Rezepte für Mittel zum Zweck der Selbsttötung auszustellen und Apotheker:innen bereit waren, diese Substanzen abzugeben. Auch die Strafuntersuchungsbehörden stellten die strafrechtlichen Verfolgungen der Organisation ein und bezeichneten die Tätigkeiten als nicht-eigennützige Beihilfe zum Suizid. Die Sterbehilfeorganisationen haben in der Schweiz, im Vergleich zur Ärzt:innenschaft, in Bezug auf die Sterbehilfe eine starke Rolle und geniessen in der Bevölkerung einen grossen Rückhalt (Bosshard, 2017, S. 29, 38).

In der Schweiz sind folgende sechs, in Tabelle 1 zusammengestellten Organisationen im Rahmen der legalen Sterbehilfe tätig.

Tabelle 1. Übersicht über die Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz.

Name	Gründungs-jahr	Anzahl Mitglieder	Mitgliederkreis	Homepage
Exit Deutsche Schweiz	1982	135'000 (Exit, n.d.)	Schweizer Wohnbevölkerung, deutschsprachige Schweiz und Tessin	https://Exit.ch/
Exit – A.D.M.D. (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité)	1982	28'762 (Exit Suisse romande, n.d.)	Schweizer Wohnbevölkerung, romanische Schweiz (BE, FR, GE, JU, NE, VD, VS)	https://www.Exit-romandie.ch/
Ex International	1996	Nicht bekannt	Mitglieder vor allem aus Deutschland	http://www.exinternational.ch/

Name	Gründungs-jahr	Anzahl Mitglieder	Mitgliederkreis	Homepage
Dignitas – Menschenwürdig leben - Menschenwürdig sterben	1998	10`382 (Dignitas, 2021)	Internationale Mitglieder (102 Länder)	http://dignitas.ch/
Lifecircle / Eternal Spirit	2011	Ca. 1`600 (Lifecircle, 2020)	Internationale Mitglieder	https://www.lifecircle.ch/
Pegasos Swiss Association	2019	Unbekannt (Pegasos Swiss Association, n.d.)	unbekannt	https://pegasos-association.com/de/

Die Daten wurden der Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland, 2016, Ackeret, 2019 und den aufgeführten Websites entnommen.

Diese Vereine sind gemäss Zimmermann et al. (2019, S. 16) nicht nur für die Sterbehilfe per-se aktiv, sondern setzen sich generell für Selbstbestimmung am Lebensende ein, beispielsweise in Form von Etablierung, Respektierung und Durchsetzung von Patient:innenverfügungen. Zentraler Wert ist die (individuelle) Lebensqualität und die Selbstbestimmung bis ans Lebensende.

3.2.6 Regelung in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen

Schweizer Kantone haben unterschiedliche Regelungen bezüglich der Durchführung von AS in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen. Exemplarisch werden hier einige Beispiele aufgeführt, welche die verschiedenen Handhabungen aufzeigen.

Der **Kanton Waadt** hat als erster Schweizer Kanton im Jahr 2012 den AS in Pflegeheimen und Spitälern gesetzlich geregelt. Patient:innen mit einer schweren oder unheilbaren Krankheit, welche urteilsfähig sind, dürfen den AS in den Institutionen in Anspruch nehmen. 2014 hat das **Neuenburger** Parlament eine Gesetzesänderung verabschiedet, nach welcher Alters- und Pflegeheime, die öffentliche Beiträge erhalten, AS in ihren Institutionen zulassen müssen. Im **Kanton Zürich** wurde im Jahr 2013 eine Initiative zur Regelung von AS in Institutionen abgelehnt. Im Jahr 2020 wurde jedoch die parlamentarische Initiative „Selbstbestimmung am Lebensende auch in Alters- und Pflegeheimen“ vom Zürcher Kantonsrat angenommen. Ein entsprechender Vorschlag wird nun ausgearbeitet und anschliessend dem Kantonsrat zur Beratung vorgelegt. Im **Kanton Bern** wurde im Jahr 2016 eine Regelung bezüglich dem AS in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen vom Regierungsrat abgelehnt; jede Institution sei berechtigt selbst darüber zu entscheiden. In einer Umfrage, an der 250 Alters- und Pflegeheime aus dem Kanton Bern teilgenommen haben, gaben 78 an, dass sie AS in ihren Institutionen zulassen, wobei 60 dies nur

unter bestimmten Voraussetzungen tun (Curaviva, n.d.; Psychiatriezentrum Münsingen, n.d., S. 13).

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Thematik rund um die Sterbehilfe komplex ist. Die Schweiz vertritt eine liberale Haltung, in der hauptsächlich der Zugang zum Mittel, welches zum Tode führt, über die ärztliche Verordnung geregelt ist. Die nicht eigennützige Beihilfe ist erlaubt und lediglich die direkte, aktive Sterbehilfe verboten. Aufgrund ihres beruflichen Selbstverständnisses lehnen Ärzt:innen eine entsprechende Verordnung von NaP oftmals ab. Die Sterbehilfeorganisationen leisten in einem nicht-staatlichen Rahmen Hilfe und Begleitung. Der europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat die Schweiz wegen ihrer wenig klaren Rechtslage bezüglich des AS gerügt (Bondolfi, 2019). Trotzdem waren Vorstösse zur Regulierung, wie beispielsweise 2019 im Kanton Neuenburg durch eine Standesinitiative, bisher chancenlos; ein umfassendes Aufsichtsrecht würde zu einer Mitverantwortung des Staates führen und den Sterbehilfeorganisationen eine staatliche Berechtigung verleihen (Tag, 2016, S. 80). Eine Gesetzesänderung, welche die Suizidhilfeorganisationen staatlich legitimieren würde, könnte Anreize schaffen, die Dienste in Anspruch zu nehmen und somit die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens relativieren (S. 81). Auch wenn bisher keine Beschlüsse zur Regulierung getroffen wurden, ist die Sterbehilfedebatte damit nicht beendet (S. 86).

3.3 Internationaler Vergleich

In Europa ist die aktive Sterbehilfe in insgesamt nur vier Ländern legal (vgl. Tab. 2); in den Niederlanden, Luxemburg, Belgien und ab Juni 2021 auch in Spanien. In Portugal muss ein dazu verabschiedetes Gesetz vom Januar 2021 laut Verfassungsgericht noch einmal überarbeitet werden. Die Legalisierung der Sterbehilfe stösst im katholischen Portugal auf heftige Kritik aus dem konservativen Lager. In der Schweiz ist die aktive Sterbehilfe, wie in Unterkapitel 3.2.1 bereits erwähnt, verboten. Der AS ist jedoch, im Gegensatz zu anderen Ländern, sogar bei Ausländer:innen mit Wohnsitz ausserhalb der Schweiz erlaubt. Die Beihilfe zur Selbsttötung ist in allen Ländern mit einer legalen, aktiven Sterbehilfe straffrei (Niederlanden, Luxemburg, Belgien, ab Juni 2021 Spanien). Ebenfalls legal ist die Beihilfe zur Selbsttötung in Finnland, Schweden, ab Januar 2022 in Österreich und in Ausnahmefällen¹⁰ in Italien (Fischer, 2021). In Deutschland galt

¹⁰ Das Verfassungsgericht hat 2019 entschieden, dass Ausnahmen gemacht werden können, wenn die betroffene Person nicht mehr geheilt werden kann, von lebenserhaltenden Massnahmen abhängig ist, körperlich und seelisch unerträgliche Schmerzen erfährt, aber noch in der Lage ist, freie Entscheidungen zu treffen und deren Konsequenzen zu verstehen (Wysling, 2021). Dies, obwohl die Sterbehilfe dem Art. 580 des italienischen Strafgesetzbuches widerspricht. Begründet wurde der Entscheid damit, dass unter der oben ausgeführten Ausgangslage die Sterbehilfe

bis Anfang 2020 ein Verbot der geschäftsmässigen Förderung der Selbsttötung. Dieses Verbot wurde vom Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig erklärt und aufgehoben. Im Zusammenhang mit der Aufhebung forderte das Gericht die Politik auf, die Sterbehilfe gesetzlich neu zu regeln. Aktuell liegt ein Gesetzesentwurf vor, welcher die Beihilfe zur Selbsttötung legalisieren und somit die rechtliche Grauzone um den AS klären soll. Ein entsprechender Entscheid sollte ursprünglich bis Ende der Legislaturperiode, im September 2021, gefällt werden. Der Bundestag hat jedoch noch keine gesetzliche Neuregelung erlassen (Kleinknecht, 2021). Im Zentrum des Entscheids steht der freie Wille des Einzelnen. Wegweisend für den Prozess wird wohl der Beschluss des zweiten Senats vom 26.02.2020 sein, welcher festhält:

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. (Bundesverfassungsgericht, 2020)

Dass dem Persönlichkeitsrecht ein solch grosser Wert zugesprochen wird, indem sogar ein Anspruch auf Hilfe durch Dritte besteht, ist in dieser Form neuartig. Findet eine Legalisierung basierend auf dem Gesetz statt, wäre dies auch für andere Länder ein wegweisender Entscheid. Gegen den Entwurf spricht sich aktuell unter anderem die Stiftung Patientenschutz aus. Sie argumentiert beispielsweise mit der Nichtüberprüfbarkeit der Selbstbestimmung (Theodor, 2021). Auch in Frankreich wird die Legalisierung der Sterbehilfe diskutiert. Ein parlamentarischer Vorstoss löste die Debatte aus. Da es sich nicht um eine Regierungsvorlage handelte, blieben lediglich 24 Stunden Zeit für die Diskussion. Die Gegner der aktiven Sterbehilfe, welche mehrheitlich aus der konservativen Partei Les Républicains stammen, haben mehr als 3`000 Anträge gestellt. Diese konnten nicht alle innerhalb der zugeteilten Sitzungsdauer diskutiert werden und verhinderten somit eine Abstimmung (Balmer, 2021).

Es zeigt sich, dass auf der einen Seite sehr aktuelle Diskussionen und Debatten betreffend Sterbehilfe in unterschiedlichen Ländern stattfinden, auf der anderen Seite aber die meisten europäischen Länder die Sterbehilfe als nicht rechtmässig beurteilen oder diese sogar aktiv verbieten. Dazu gehören unter anderem Griechenland und Rumänien, wo die Sterbehilfe jeglicher Art mit bis zu sieben Jahren Haft bestraft wird. In Irland und Kroatien wird die Sterbehilfe mit dem Totschlag gleichgesetzt. Polen bestraft Sterbehilfe mit drei Monaten bis fünf Jahren Haft. Die

erlaubt sein muss, da ansonsten die in der Verfassung geregelten Grundrechte nicht mehr gewährleistet sind (Exit, 2019).

Strafe kann aber in besonderen Fällen gemindert oder sogar aufgehoben werden. Eine rechtliche Harmonisierung ist umstritten (Boch, 2019). Die Gesetzeslagen der jeweiligen Länder werden folgend tabellarisch dargestellt (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2. Legalität der Sterbehilfe anhand drei Gruppen ausgewählter europäischer Länder.

Aktive Sterbehilfe erlaubt	Beihilfe zur Selbsttötung	Sterbehilfe verboten
Belgien Luxemburg Niederlanden Spanien	Belgien Luxemburg Niederlanden Spanien Schweiz Finnland Schweden Österreich (ab Januar 2022) Italien (in Ausnahmefälle) Deutschland (Grauzone, Stand November 2021)	Griechenland Rumänien Irland Kroatien Polen

Die Daten wurden Fischer, 2021 & Boch, 2019 entnommen.

Wirft man einen Blick in andere Teile der Welt ist der AS in Australien und in manchen Bundesstaaten Amerikas legal. Die Tötung auf Verlangen ist in Kolumbien, Kanada und seit November 2021 auch in Neuseeland erlaubt (Fischer, 2021).

Aktuell werden laufend Gesetze angepasst bzw. erweitert. Die ausgeführten Informationen wurden das letzte Mal im November 2021 überprüft. Zwischenzeitliche Neuerungen sind entsprechend nicht auszuschliessen.

3.4 Aktuelle öffentliche Debatte

Wie im Kapitel 3.3 bereits ersichtlich wird, finden in der Öffentlichkeit kontroverse Debatten über die Sterbehilfe statt. In diesem Abschnitt werden in der Tabelle 3 einige einschlägige Pro- und Contra-Argumente von Befürworter:innen bzw. Gegner:innen der Sterbehilfe aufgeführt.

Es entsteht dabei eine Verwobenheit der Argumente bezüglich Suizid mit denen in Bezug auf die Sterbehilfe. Die Argumente, welche sowohl für die Sterbehilfe wie auch für den Suizid gelten können, sind dunkelgrau eingefärbt.

Tabelle 3. Pro- und Contra-Argumente zur Sterbehilfe.

Pro	Contra
<p>Selbstbestimmung: Der Mensch hat das Recht, über den eigenen Körper, das eigene Leben und den Zeitpunkt des Todes selber zu bestimmen (Bieler, 2016). Dies ist auch so in der Bundesverfassung¹¹ Art. 10 Abs. 2 festgehalten.</p>	<p>Verlust der Natürlichkeit: Das Sterben wie auch der Tod verlieren ihre Natürlichkeit (Mathwig, 2007, S. 5-6). Es entsteht eine Technisierung des Sterbens.</p>
<p>Freiheit von Autoritäten: Menschen sollen am Lebensende autonom, frei von Autoritäten, wie ärztlichen Fachpersonen, entscheiden können (Birkenstock, 2021, S. 38). Die Rolle der Gatekeeper:innen (die z.B. Rezepte für NaP ausstellen) soll entkräftet werden.</p>	<p>Gesellschaftliche Entsolidarisierung: In der Gesellschaft entsteht eine Wertung, welches Leben lebenswert ist. Dies könnte beispielsweise ältere oder todkranke Personen betreffen. Wirtschaftliche Aspekte lösen menschliche Werte ab (Fenner, 2010, S. 76).</p>
<p>Würde: Viele Menschen machen ihre Würde von spezifischen Eigenschaften abhängig. Sind diese nicht mehr gegeben, z.B. durch Verlust der Sprache, ist ihr Leben in ihren Augen nicht mehr lebenswert bzw. führt der Verlust dieser Eigenschaften zu einer für sie unwürdigen Abhängigkeit. Sie sollten die Möglichkeit haben ihr Leben zu beenden (Jens & Küng, 2011). Hier wird das Verständnis der subjektiven Würde vertreten.</p>	<p>Menschenwürde: Jegliche Art der Tötung, somit auch die Selbsttötung, verletzt die Menschenwürde (Birkenstock, 2021, S. 26). Hier wird das Verständnis der objektiven Würde vertreten.</p>
<p>Alternative zu gewaltsamem Suizid: Menschen dürfen nicht in Situationen geraten, in welchen ein gewaltsamer Suizid der einzige Ausweg ist. Der AS bietet eine vorzuziehende Alternative (Hardegger & Hehli, 2019).</p>	<p>Dammbruch (slippery-slope): Findet eine Liberalisierung der Sterbehilfe statt, ist diese nicht mehr aufzuhalten und führt zu einer Art Dammbruch. Die Grenzen, wann Suizidbeihilfe erlaubt ist, werden immer weiter ausgeweitet. „Der Übergang von Beihilfe zum Suizid zur Tötung auf Verlangen ist fließend. Wenn aber Tötung auf Verlangen eingeführt wird, wäre es nur ein Schritt zur aktiven Sterbehilfe ohne Einwilligung“ (Fenner, 2007, S. 202).</p>
<p>Bewusstes Abschiednehmen: Der AS bietet Angehörigen sowie Sterbenden die Möglichkeit, sich auf den Abschied vorzubereiten und bringt die Gewissheit mit sich, dass die Person in Begleitung gehen kann (Hardegger & Hehli, 2019).</p>	<p>Moralischer Druck: Der Druck auf bestimmte Menschengruppen nimmt zu und treibt diese in den Tod. Dies kann sowohl im öffentlichen Rahmen geschehen wie auch im privaten Umfeld (z.B. Druck, die Familie finanziell und emotional zu entlasten) (Fenner, 2007, S. 205).</p>

Die Daten wurden den jeweils aufgeführten Quellen in der Tabelle entnommen und geben den Diskurs zu den aufgeführten Argumenten wieder.

¹¹ SR 101

Die Debatte um die Sterbehilfe wird unter anderem stark im **religiösen Kontext** geführt. Auch hier herrscht Uneinigkeit darüber, ob und inwiefern der AS erlaubt sein sollte. In der Schweiz ist die römisch-katholische Kirche, die evangelisch-reformierte Kirche und in gewissen Kantonen auch die christkatholische Kirche als Landeskirche anerkannt. Die evangelisch-reformierte Kirche ist in Kantonalkirchen organisiert. Diese vertreten laut Bischofberger (2020) unterschiedliche Positionen bezüglich des AS. Generell vertritt die reformierte Theologie jedoch eine Positionierung für das Leben. Die Inanspruchnahme von AS kommt nur im äussersten Notfall, wenn alle anderen Optionen ausgeschöpft sind, in Frage. Die römisch-katholische Kirche setzt den AS mit dem Suizid gleich und sieht darin eine Sünde. Sie positioniert sich entsprechend klar gegen den AS. Der Vatikan hat im Jahr 2020 ausserdem das Papier „samaritanus bonus“ veröffentlicht, in dem die Haltung der katholischen Kirche gegenüber der Sterbehilfe dargelegt wird (Kongregation für die Glaubenslehre, 2020). Darin wird klar von einem Verbot des AS gesprochen.

3.5 Terminologien

Ungeachtet von Terminologien aufgrund der rechtlichen Verortung, werden im Zusammenhang mit dem AS diverse unterschiedliche Begriffe verwendet.

Sterbehilfe ist ein Überbegriff, welcher bereits in Form von rechtlichen Differenzierungen ausgeführt wurde. Der **Bilanzsuizid** ist der wohl überlegte Suizid in der Abgrenzung zum **Affektsuizid/Kurzschlussuizid**, der aus akuten Krisen hervorgeht (Bundesamt für Gesundheit, 2019b). Unter **Altersfreitod** wird eine Lebensmüdigkeit resp. Lebensattheit bei betagten Menschen verstanden, ohne dass eine tödlich verlaufende Krankheit vorliegt. Es ist somit ein Bilanzsuizid im Alter. Unter dem **AS** wird die legale Beihilfe zum Selbstmord verstanden. Der Begriff **begleiteter Suizid** ist kongruent. Vor allem in den befürworteten Kreisen wird dies auch als **Freitod** bezeichnet und die Begleitung entsprechend als Freitodbegleitung. Die Verwendung der verschiedenen Terminologien ist unterschiedlich und wird teilweise auch kontrovers diskutiert. Fenner (2010, S. 70) schafft Klarheit bezüglich der Begrifflichkeiten, indem sie den AS als Suizidbeihilfe in den verschiedenen Formen der Sterbehilfe verortet und die Sterbehilfe von der Sterbebegleitung abgrenzt (vgl. Abb. 5). Diese Terminologien decken sich weitgehend mit den Formen der Sterbehilfe aus dem rechtlichen Verständnis der Schweiz (vgl. Kap. 3.2.1).



Abbildung 5. Übersicht Terminologie. Nach Fenner, 2010, S. 70.

Noch deutlicher führen Woellert & Schmiedebach die Neukonzeption des Nationalen Ethikrates aus Deutschland (zitiert nach Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 26-27) aus. Die Begriffe "aktiv", "passiv", "direkt" und "indirekt" werden abgelöst. Die ursprüngliche Terminologie und der Vorschlag des nationalen Ethikrates sind der Tabelle 4 zu entnehmen.

Tabelle 4. Terminologien in Stellungnahme des Nationalen Ethikrates in Deutschland.

Ursprüngliche Terminologie	Vorschlag Terminologie Nationaler Ethikrat
-	Sterbebegleitung
Indirekte Sterbehilfe	Therapien am Lebensende
Passive Sterbehilfe, Sedierung am Lebensende	Sterbenlassen
Beihilfe zur Selbsttötung	Beihilfe zur Selbsttötung (unverändert)
Aktive Sterbehilfe	Töten auf Verlangen

Die Angaben wurden Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 26-27 entnommen.

Die Therapien am Lebensende ersetzen die indirekte Sterbehilfe. Sterbenlassen ist die Alternative für die passive Sterbehilfe und die Sedierung am Lebensende. Die Beihilfe zur Selbsttötung wird belassen und die Tötung auf Verlangen löst die aktive Sterbehilfe ab. Die Sterbebegleitung, die sich an Autonomie und Würde von Patient:innen orientiert, wird dabei als neuer Begriff etabliert und erhält damit einen neuen Stellenwert, indem darunter nicht mehr ein rein medizinischer Aspekt verstanden wird (Woellert & Schmiedebach, 2008, S. 27). Obwohl diese Terminologien nicht den Begriffen aus dem schweizerischen Rechtskontext entsprechen, erachten die Autorinnen dieser Arbeit aufgrund der Klarheit und Trennschärfe die Verwendung dieser Begrifflichkeiten als sinnvoll¹². Sie scheinen sich aber bis heute nicht durchgesetzt zu haben und es kommen weiterhin die ursprünglichen Terminologien zur Anwendung.

3.6 Stand der Forschung und des Fachdiskurses

Der aktuelle Forschungsstand wird exemplarisch anhand der Studie von Birkenstock dargestellt und der Fachdiskurs mittels Literaturrecherche aufgezeigt.

3.6.1 Studie „Wann genug ist, entscheide ich“

Wie bereits erwähnt, stammt die Herleitung der Problemstellung aus der Studie von Birkenstock (2021). Entsprechend werden die für den Kontext der vorliegenden Arbeit besonders relevanten Studienergebnisse nachfolgend in einer Kurzform dargestellt.

Ars moriendi – die Kunst des guten Sterbens

In heutigen westlichen Gesellschaften beginnt sich eine Kunst des guten Sterbens zu etablieren (Birkenstock, 2021, S. 17). Was sich im Mittelalter auf die innere Haltung, den Frieden finden, beschränkte, bezieht sich heute auf die Frage, wie in der letzten Lebensphase die grösst mögliche Lebensqualität erhalten werden kann. Da die Lebensqualität von individuellen Einstellungen und Ansichten abhängig ist, können unter anderem die Patient:innenverfügung oder der Vorsorgeauftrag dazu genutzt werden, um den Willen einer Person (rechtsverbindlich) abzubilden bzw. deren persönliche Vertretung zu regeln. Diese beiden Instrumente sind Möglichkeiten die Selbstbestimmung auszuüben, indem Wünsche und Vorstellungen zum eigenen Lebensende festgehalten werden können. Die Patient:innenverfügung, wie auch der Vorsorgeauftrag stellen jedoch keine Pflicht dar, sondern ein Recht. Dieses Recht wurde von den Interviewten der Studie meist genutzt. Wer bei einer Sterbehilfeorganisation eingeschrieben ist, hat meistens auch eine

¹² Die Debatten um die Terminologien wurden erst nach der Datenerhebung im empirischen Teil in diesem Detaillierungsgrad verfolgt, weshalb im ersten empirischen Teil keine Schärfung vorgenommen wurde.

Patient:innenverfügung oder einen Vorsorgeauftrag verfasst. Den Interviewten ist es grundsätzlich ein Anliegen, dass Gespräche über Lebensende, Sterben und Tod wieder stärker in die Mitte der Gesellschaft rücken (S. 17). Sie bedauern den Mangel an Kommunikation über das Sterben (S. 20). Gewünscht wird eine ehrliche Kommunikation auf Augenhöhe (S. 21). Prägend für die Wünsche bezüglich ihrem eigenen Lebensende sind dabei persönliche Erlebnisse. Sie berichten von Erfahrungen aus der Familie, dem Freundeskreis oder auch von der Arbeit. Viele äusserten den Wunsch nach Liberalisierung der Sterbehilfe und einer Erweiterung in Form von Ermöglichung eines AS bei Lebensmüdigkeit (S. 23).

Selbstbestimmung

Befragt nach der individuellen Bedeutung von Lebensqualität nannten alle Interviewten Selbstbestimmung, Autonomie sowie Entscheidungsfreiheit (Birkenstock, 2021, S. 35). Gewisse Zustände wollen sie nicht erleben, welche z.B. mit Schmerzen und Leid verbunden sind und sie möchten ihr Leben vorher beenden können. Ebenfalls ein Grund, das Leben (vorzeitig) zu beenden, stellen für viele Interviewte kognitive und körperliche Beeinträchtigungen dar, jedoch abhängig von ihrem Schweregrad. Für alle Interviewten ist es zentral, über den Handlungsspielraum zu verfügen, um - möglichst unabhängig von Autoritäten - selber über den Zeitpunkt ihres Sterbens entscheiden zu können. (S. 38). Die grösste Kritik an Autoritäten trifft Mediziner:innen, wohl auch deshalb, weil sie als Gatekeeper:innen für das NaP fungieren und somit ein Machtgefälle besteht. Durch die Selbstbestimmung am Lebensende sehen viele Interviewte auch eine Entlastung der Angehörigen (S. 37). Diese wissen um die Wünsche der betroffenen Person und tragen keine Entscheidungslast.

Die Rolle der Angehörigen

Bei der professionellen Sterbebegleitung werden nach Möglichkeit die Angehörigen miteinbezogen (Birkenstock, 2021, S. 46). Sie fungieren in unterschiedlichen Rollen als wichtige Personen im Entscheidungsprozess. Den Interviewten ist es ein grosses Anliegen, von ihren Angehörigen Akzeptanz bezüglich ihres Entscheides und Wunsches zu erfahren. Dass ein AS eine Belastung für ihre Angehörigen bedeuten kann, ist den Interviewten bewusst (S. 48). Sie sehen jedoch eine grössere Belastung in einem Weiterleben mit der für sie eingeschränkten Lebensqualität. Zudem sind sich viele Interviewte sicher, dass der AS für ihr Umfeld auch eine Entlastung darstellt. Sie 'ersparen' ihnen eine zeitintensive Phase des körperlichen und kognitiven Abbaus und allenfalls der Pflege. Ausserdem kann der Abschied bei einem AS bewusst geplant werden und ermöglicht eine teilweise Vorbereitung darauf (S. 47). Einige Interviewte beziehen

ausserdem ökologische und finanzielle Aspekte der Entlastung in ihre Überlegungen ein und sehen darin weitere Punkte, die für einen AS sprechen (S. 50).

Die Rolle der organisationalen Angebote

Aus den Interviews der Studie (Birkenstock, 2021) geht ein Wunsch nach neutraler, professioneller Beratung hervor¹³ (S. 50). Die Interviewten wünschen sich mit Fachpersonen, ebenso wie mit ihrem persönlichen Umfeld (S. 51), Gespräche resp. Beratungen auf Augenhöhe führen zu können. Von den Professionellen wünschen sie sich eine neutrale, wertschätzende Haltung; ein Gegenüber, das zuhört und sie darin unterstützt, eine eigene Meinung bilden und Entscheidungen fällen zu können (S. 50-51). Grundsätzlich ist den Interviewten die Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben, Tod und insbesondere der Sterbehilfe wichtig. Sie wünschen sich eine Möglichkeit für eine tatsächliche Auseinandersetzung mit der Thematik (S. 51); nicht nur für Betroffene selbst, sondern auch für Angehörige. Die professionelle Beratung soll Hilfe bei der Entscheidungsfindung für beide Seiten bieten.

Hausärzt:innen spielen als Professionelle am Lebensende eine grosse Rolle (S. 52). Wie bereits erwähnt, wird auch von einigen Interviewten besonders die Rolle des Gatekeepings sehr kritisch betrachtet. Die Betroffenen müssen bereits bei der Wahl von Hausärzt:innen klären, ob diese bereit sind Sterbehilfe zu leisten resp. ein Rezept für NaP auszustellen, um später allenfalls nicht eine neue Fachperson suchen zu müssen. Die Auswahl an Hausärzt:innen, die Sterbebegleitungen anbieten bzw. bereit sind ein Rezept für NaP auszustellen, scheint sehr begrenzt. Es wurde ausserdem oft der Anspruch geäussert, dass Ärzt:innen die Selbstbestimmung ihrer Patient:innen respektieren sollen. Als Teil der Selbstbestimmung sahen die Interviewten auch den Entscheid für eine Sterbebegleitung bzw. einen AS. Entsprechend sollen die Ärzt:innen diesen Wunsch ebenfalls ernst nehmen und akzeptieren. Viele Interviewte kamen zudem auf die Rolle der Sterbehilfeorganisationen zu sprechen (S. 53). Diese bieten Informationen, aber auch Beratungen und Begleitungen rund um die Sterbehilfe an.

Das ist ja eigentlich auch der Grund, warum ich mitmache und froh bin, wenn ich noch, (. . .) so lange ich urteilsfähig bin, einen Draht habe zu einer Institution, die mir dann ja ein Mittel geben könnte, das – Pentobarbital glaube ich heisst es – das ist eine Beruhigung für mich. Ich habe immer auch einen persönlichen Draht zu einer dieser Leute, die da Begleitungen machen und bei ihr sage ich immer, das ist wie ein Notausgang so. (Herr Geiger, S. 53).

¹³ Der in der Studie geäusserte Wunsch nach einer neutralen Beratung motivierte die Verfasserinnen, diesen Aspekt im Rahmen der vorliegenden Thesis zu untersuchen (vgl. Kap. 1.2).

Wie in der Einleitung (vgl. Kap. 1.4) formuliert, stellt sich die Frage, wie viele Personen ein Beratungsbedürfnis bezüglich der Sterbehilfe haben, jedoch nicht Mitglied einer solchen Organisation sind oder auch kein anderweitiges Angebot in Anspruch nehmen. Um die Thematik weiter zu ergründen, wurde eine Literaturrecherche vorgenommen.

3.6.2 Literaturrecherche

Eine Literaturrecherche hat ergeben, dass es viel Literatur zur Sterbehilfe gibt, jedoch nicht in Bezug zur SA. Es wurde lediglich ein Buch zur Sterbehilfe und der Sozialen Arbeit in Deutschland gefunden (Grossmann, 2008). Wie knapp die Ergebnisse ausfallen, wird nachgehend anhand einer systematischen Recherche auf der Fachdatenbank swisscovery veranschaulicht.

Tabelle 5. *Literaturrecherche auf swisscovery.*

Datum	Suchalgorhythmus	Einschränkungen 1	Einschränkung 2	Ergebnis
22.06.21	„Sterbehilfe“ → 2'555 Ergebnisse	„Sterbehilfe and Sozialarbeit“ → 75 Ergebnisse	Eingrenzung Publikationsjahr auf 2011-2021 → 42 Ergebnisse	Viel zu PC und Medizin, keine Ergebnisse zu SA
22.06.21	„Sterbehilfe“ → 2'555 Ergebnisse	„Sterbehilfe and Soziale Arbeit“ → 842 Ergebnisse	Eingrenzung Publikationsjahr auf 2011-2021 → 455 Ergebnisse	- Krenz (2013), Ein Beweis des Lebens → Hospiz - Gögercin & Sauer (2017), Neue Anstösse in der Sozialen Arbeit S. 99-101 - keine weiteren relevanten Publikationen
22.06.21	„assistierter suizid“ → 536 Ergebnisse	„assistierter suizid and sozialarbeit“ → 202 Ergebnisse	Eingrenzung Publikationsjahr auf 2011-2021 → 21 Ergebnisse	Publikationen zur Ethik des AS, keine Ergebnisse zu SA
22.06.21	„assistierter suizid“ → 536 Ergebnisse	„assistierter suizid and soziale arbeit“ → 202 Ergebnisse	Eingrenzung Publikationsjahr auf 2011-2021 → 163 Ergebnisse	Viel zu Suizid im medizinischen Kontext, keine Ergebnisse zu SA
22.06.21	„selbsttötung“ → 1'087 Ergebnisse	„selbsttötung and Sozialarbeit“ → 23 Ergebnisse	Eingrenzung Publikationsjahr auf 2011-2021 → 17 Ergebnisse	keine Ergebnisse zu SA

Datum	Suchalgorhythmus	Einschränkungen 1	Einschränkung 2	Ergebnis
22.06.21	„selbsttötung“ → 1'087 Ergebnisse	„selbsttötung and Soziale Arbeit“ → 443 Ergebnisse	Eingrenzung Publikationsjahr auf 2011-2021 → 322 Ergebnisse	Viele Ergebnisse zu gewaltsamem Suizid, keine passenden Ergebnisse gefunden

Es wurden einige Bachelor- und Masterthesen gefunden, die sich mit der Sterbehilfe und der Sozialen Arbeit beschäftigen (vgl. Schwarz, 2015; Stocker, 2019; Thoma Stieger, 2014; Trost, 2012). Bei genauer Betrachtung zeigt sich, dass alle den Fokus auf eine ethische Auseinandersetzung mit der Sterbehilfe und der Sozialen Arbeit legen.

Karin Stadelmann, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Dozentin an der Hochschule Luzern, forscht und dissertiert zum Thema der Begleitung am Lebensende in Bezug auf das berufliche Selbstverständnis von Fachpersonen der SA. Ihr Fokus der Forschung liegt explizit auf der Lebens- und nicht auf der Sterbehilfe (Hochschule Luzern, n.d.).

3.7 Zusammenfassung der Theorie und abgeleitete Erkenntnisse

Wie sich in diesem Teil der Arbeit zeigt, wird auf verschiedenen Ebenen (gesellschaftlich, rechtlich, persönlich) über die Sterbehilfe diskutiert. Die Selbstbestimmung am Lebensende gewinnt an Stellenwert. Darauf deuten auch die Ausführungen des Bundesrates in Bezug auf die PC hin. Es ist ein Ausbau der PC in der Schweiz zu beobachten. Die Wichtigkeit von Vorausplanung wurde erkannt, so dass das Lebensende nicht (mehr) als Akutereignis betrachtet werden soll. Die SA ist im Bereich der PC als eine der Professionen im multiprofessionellen Team zunehmend etabliert. Doch auch der AS wird stetig häufiger in Anspruch genommen, was die aktuellen Statistiken verdeutlichen. Da die Anzahl AS zunimmt, ist anzunehmen, dass auch die Beratung diesbezüglich eine neue Relevanz erhält.

Der AS wird klar abgegrenzt von anderen Suiziden. Die Schweiz hat jedoch kein eigenes Sterbehilfegesetz, sondern regelt die rechtlichen Aspekte mittels Strafgesetzbuch. Die indirekte aktive Sterbehilfe, die passive Sterbehilfe und die Suizidhilfe sind erlaubt. Die SAMW-Richtlinien präzisieren die Handhabung für die Praxis. Die Urteilsfähigkeit stellt immer wieder eine Herausforderung dar und beschäftigt die Rechtsprechung. Der Staat hat in Bezug zur Sterbehilfe eine passive, wenn auch liberale Rolle. Sterbehilfebegleitungen werden privaten Organisationen überlassen. Insofern stellen sich Fragen des Zugangs resp. der Chancengerechtigkeit. Es gibt aktuell sechs verschiedene Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz. Die Durchführbarkeit von

AS in Institutionen, wie Spitälern und Pflegeheimen, ist kantonal unterschiedlich geregelt und aktuell in den meisten Institutionen untersagt. Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass die Schweiz eine liberale Haltung vertritt. Aus politischen und religiösen Lagern werden Argumente aufgeführt, welche eine liberalere bzw. restriktivere Handhabung der Sterbehilfe fordern. Deutlich zu beobachten ist ein internationaler Trend der rechtlichen Befürwortung der Suizidhilfe. Die aktuellen Debatten lassen darauf schliessen, dass in den nächsten Jahren (weitere) gesetzliche Anpassungen in unterschiedlichsten Ländern erfolgen werden. Es werden verschiedene Terminologien im Zusammenhang mit der Sterbehilfe verwendet. Zum Teil stehen hinter den verschiedenen Begriffen auch unterschiedliche Wertehaltungen. Aus der Literaturrecherche und den dargestellten theoretischen Aspekten zeigt sich, dass es kaum Literatur zum Thema SA und Sterbehilfe gibt, insbesondere nicht bezüglich organisationaler Zuständigkeit. Ihre Rolle im Feld der Sterbehilfe ist noch nicht ausreichend erforscht. Die erwähnten Arbeiten, die sich mit dem Thema beschäftigen, beziehen sich hauptsächlich auf die ethische Dimension.

Diese Erkenntnisse unterstreichen die Relevanz der Beratung im Bereich der Sterbehilfe und somit den Untersuchungsgegenstand dieser Thesis. Die Thematisierung von Beratungsangeboten und deren Ausgestaltung in diesem Themenbereich scheint durch die Aktualität des Themas und die Wichtigkeit von Vorausplanung, insbesondere zum jetzigen Zeitpunkt, sinnvoll. Der Untersuchungsgegenstand ist in der Schweizer Literatur wenig vertreten, was darauf hindeutet, dass das Feld in Bezug zur SA noch wenig untersucht ist und deshalb grosses Potential aufweist für Forschungsarbeiten. Ausgehend vom dargestellten theoretischen Wissensstand und dem Beratungsbedürfnis aus der Studie Birkenstock folgen in einem nächsten Schritt empirische Erhebungen.

Empirie

Die Fragestellung (vgl. Kap. 1.4) wird empirisch bearbeitet. Das Vorgehen folgt dem Forschungsprozess eines Mixed-Methods-Ansatzes (Döring & Bortz, 2016, S. 26-30). Dabei werden qualitative und quantitative Forschungsmethoden verknüpft. Die Aussagekraft wird damit erhöht, der Forschungsprozess jedoch auch komplexer und verlängert. Im sequenziellen Mehrmethoden-Design (S. 27) werden nacheinander qualitative und quantitative Studien durchgeführt und aufeinander bezogen. Die vorliegende Arbeit folgt dem Vertiefungsmodell (S. 28), indem zuerst eine quantitative Teilstudie und danach eine vertiefende qualitative Teilstudie durchgeführt wird.

Das Forschungsvorhaben ist hauptsächlich deduktiv aufgebaut, nachdem sich in der Studie von Birkenstock (2021) das Beratungsbedürfnis induktiv ergeben hat.

4. Empirischer Teil 1: Fragebogen

Dieser Teil der Arbeit widmet sich dem ersten empirischen Teil dieser Mixed-Methods-Forschung. Es werden in zwei Kapiteln, unterteilt in mehrere Unterkapitel, zuerst das methodische Vorgehen und danach die Ergebnisse beschrieben.

Mit dem onlinebasierten Fragebogen sollen schwerpunktmässig Daten für die Beantwortung von Unterfrage 1 (vgl. Kap. 1.4) bezüglich den Beratungsangeboten im Kanton Bern erhoben werden. Der Fragebogen enthält zusätzlich einige Fragen, deren Ergebnisse zur Beantwortung der Unterfragen 2 und 3 herangezogen werden.

4.1 Methodisches Vorgehen und Methodenreflexion

In diesem Kapitel werden der Fragebogen, das Befragungstool, die Stichprobe, die Laufzeit inkl. des Rücklaufs sowie die Auswertungsmethode beschrieben. Der Fragebogen folgt einer hauptsächlich empirisch quantitativen Vorgehensweise.

4.1.1 Fragebogen

In der empirischen Sozialforschung ist die Befragung die häufigste Methode der Datenerhebung. Fragebögen oder die „*wissenschaftliche Fragebogenmethode*“ (Döring & Bortz, 2016, S. 398) ist die verbreitetste Methode in der quantitativen Forschung. Mit dem Erhebungsinstrument des wissenschaftlichen Fragebogens werden systematisch und zielgerichtet Daten generiert und erfasst. Nach der Dokumentation der Daten werden diese systematisch analysiert. Indikation für den Einsatz der schriftlichen Befragungsmethode sind Aspekte, die nicht unmittelbar beobachtbar oder aus Dokumenten zu schliessen sind. Zudem ist die Methode effizient hinsichtlich einer raschen und breiten Datensammlung; es können durch die „*Selbstadministration*“ (Döring & Bortz, 2016, S. 398) viele Befragungsteilnehmende erreicht und zu vielen unterschiedlichen Merkmalen befragt werden. Weiter sind mehr Personen bereit, einen Fragebogen auszufüllen, als an einem Interview teilzunehmen. Die Methode ist anonym und diskret und die Mitwirkung erfolgt unabhängig von Raum und Zeit. Deshalb eignet sich der Einsatz eines Fragebogens besonders für intime oder heikle Themen (Döring & Bortz, 2016, S. 398 – 399). Davon ausgehend, dass das Thema Sterbehilfe bei vielen Akteur:innen eher diskret behandelt wird, eignet sich der Fragebogen einerseits hinsichtlich Anonymität, andererseits aber auch, um Angebote und die gängige Praxis breit abgestützt zu erfassen. Als wichtige, forschungsethische Kriterien gelten unter anderem die anonyme und freiwillige Teilnahme.

Der Fragebogen wird deduktiv konzipiert, ausgehend von der Problemstellung (vgl. Kap. 1.2), dem Forschungsinteresse (vgl. Kap. 1.3), den zu überprüfenden Vorannahmen (hier: ungenügendes Angebot an Beratung, vgl. Kap. 1.4) und der Theorie (vgl. Kap. 2 & 3). Es muss jedoch eine Offenheit bestehen, um induktive Aspekte aus den Antworten (auf die offenen Fragen) aufnehmen zu können. Deshalb enthält der Fragebogen zu einem grossen Teil geschlossene Fragen, ist jedoch mit offenen Fragen ergänzt und beinhaltet (ohne den Abschluss) 13 qualitative und 27 quantitative Items. Der Aufbau des Fragebogens entspricht dem klassischen Aufbau eines standardisierten Fragebogens (Döring & Bortz, 2016, S. 406) bei welchem nach dem Titel eine Fragebogeninstruktion erfolgt. Damit verbunden ist nebst der Ausfüllanleitung, Zielsetzung, Bedeutung der Teilnahme und Kontaktmöglichkeit, auch das Einverständnis der Datenverarbeitung (informed consent) resp. der Verweis auf das forschungsethische Kriterium der Anonymität. Der Fragebogen ist dem Anhang zu entnehmen.

4.1.2 Befragungstool

Für die onlinebasierte Befragung wird UmfrageOnline (2021) eingesetzt. Auswertungen und Abbildungen/Grafiken können direkt über das Programm erstellt werden. Infolge entfallen die manuelle Vercodung und Datenaufbereitung. Zudem können die Datensätze exportiert werden, so dass auch spätere Importe in andere Programme, wie beispielsweise das oft für quantitative Auswertungen eingesetzte Programm SPSS, möglich sind. Der Link auf die Umfrage kann einfach verteilt werden und die Seite bietet eine automatische Optimierung der Darstellung für mobile Geräte an (mobile Version). Zudem ist es möglich, sich die Resultate laufend anzeigen zu lassen, was aufgrund der Erweiterung der Stichprobe nach dem Schneeballprinzip (siehe Kap. 4.1.3) erforderlich ist.

4.1.3 Stichprobe

Ausgewählt (aktive Rekrutierung) wurden Akteur:innen mit einem **potenziellen Beratungsangebot** zu Sterbehilfe und AS oder solche, die in Beratungen mit dem Thema konfrontiert werden könnten. Der Fragebogen wurde so konzipiert, dass eine Rekrutierung im **Schneeballprinzip** möglich ist. Das Schneeballverfahren (auch „snowball sampling“, „chain sampling“ u.ä. genannt) eignet sich für spezielle Zielgruppen, die potenziell schwierig zu identifizieren, jedoch häufig gut untereinander vernetzt sind. Mittels der Netzwerke der bereits bekannten Befragungspartner:innen wurden weitere Teilnehmende rekrutiert (Döring und Bortz, 2016, S. 308). Dieser Zugang erscheint insbesondere als der Geeignete, da sich eine der Schwierigkeiten in der Identifikation von Organisationen im Bereich der Sterbehilfeberatung

zeigen könnte. Um eine möglichst grosse Heterogenität abbilden zu können, wurden einzelne Adressat:innen aus **verschiedenen Tätigkeitsgebieten** des deutschsprachigen Kantons ausgewählt. Es wurden damit nicht alle potenziellen Organisationen adressiert, sondern Vertreter:innen des Tätigkeitsgebietes. Mit diesem methodischen Vorgehen bezüglich der Stichprobe sollen möglichst alle relevanten Organisationen im Kanton Bern identifiziert werden resp. vertreten sein. Aufgrund der angestrebten Heterogenität im Sample und dem Schneeballverfahren wird bestmöglich sichergestellt, dass keine grösseren inhaltlichen Unterschiede bei einer Weiterbefragung zu erwarten wären. Es kann jedoch weder von einer Vollerhebung (Döring & Bortz, 2016 S. 292-293) noch von einer Repräsentativität (S. 297-302) ausgegangen werden und es ist mit dieser Stichprobe keine schliessende Statistik (auch Inferenzstatistik genannt) möglich (S. 612). Auch kann es zu Über- sowie Unterabdeckung (S. 295) im Sample kommen, zum Beispiel indem mehrere Personen aus ähnlichen Organisationen in der Stichprobe vertreten sind. Dies wird bei der Auswertung insofern berücksichtigt, als dass die befragten Organisationen in entsprechende **Typen kategorisiert** werden (vgl. Tab. 6). Da eine anonyme Teilnahme möglich war, die das Weglassen der organisationalen Zugehörigkeit einschliesst, sind jedoch auch dabei Grenzen gesetzt.

Tabelle 6. *Kategorisierung der angefragten Stichprobe.*

Kategorie	Anzahl ¹⁴	Zugeteilte Empfänger:innen
Spitäler	26	Akutspitäler, Psychiatrische Kliniken, Palliativzentren, Rehakliniken, Hospize (private und öffentliche)
ambulante Pflegedienstleistende	15	Spitexorganisationen und Palliativvereinigungen
ambulante, allgemeine Beratungsstellen	13	Beratungsstellen zum Thema Alter, zu spezifischen Krankheiten, zum Lebensende usw.
kirchliche Angebote	7	Gesamtkirche, reformierte Kirche, katholische Kirche, Landeskirche, weitere Glaubensgemeinschaften
Alters- und Pflegeheime	5	Beratungsstellen im Bereich von Wohnen im Alter, Pflege, Heime (im stationären Bereich)
Sterbehilfeorganisationen	3	Organisationen im Bereich der Sterbehilfe
weitere	10	Unterstützungsdienste für die Betreuung zu Hause, Organisationen aus dem Gemeinwesen, Seniorenvereinigungen, Hausarztpraxen oder Stellen des Erwachsenenschutzes, Altersbeauftragte von kommunalen Stellen
Total	79	

¹⁴ Mit Anzahl sind nicht die Organisationen, sondern die Empfänger:innen gemeint. Teilweise wurden bei Organisationen auch verschiedene Abteilungen resp. Ansprechpersonen adressiert.

Als weitere methodische Konzeption wurde bei der Datenerhebung resp. Stichprobenwahl darauf geachtet, die Befragung an **Teamleitende** zu adressieren, welche aufgrund ihrer Rolle über eine Verbindung zwischen Praxis und Leitung verfügen. Mit deren Befragung soll der passende Abstraktionsgrad zwischen (Beratungs-)Praxis und (konzeptioneller) Leitung erreicht werden. Dies geht aus der Vermutung hervor, dass Beratungen zum Thema Sterbehilfe, insbesondere des AS, potenziell nicht konzeptionell verankert sind, jedoch in der Praxis eine Bedeutung haben.

Im Rahmen des Schneeballprinzips wurden in mehreren Schritten die Fragebogenrückläufe konsultiert und aufgrund der Hinweise von Befragungsteilnehmenden die Befragung an weitere Organisationen weiterverbreitet. Total wurden so **79 Personen angeschrieben**. Inwiefern der Fragebogen auch als Selbstläufer an weitere Organisationen oder intern weiterverteilt wurde (passive Rekrutierung), kann aufgrund von anonymen Teilnahmen nicht nachvollzogen werden.

24 Organisationen, deren Teilnahme an der Befragung eine besondere Relevanz vermuten liess, wurden vorgängig persönlich (per Mail oder telefonisch) zur Steigerung der Teilnahmebereitschaft kontaktiert. Die Definition der besonderen Relevanz einer Organisation erfolgte aufgrund folgender Kriterien:

- Heterogenität; je eine ausgewählte Stelle aus den gebildeten Kategorien (vgl. Tab. 6)
- Reichweite der Organisationen; beispielsweise Tätigkeit im ganzen Kanton Bern
- Nähe zum Thema der Master-Thesis; Organisationen, bei denen bereits bekannt ist, dass sie Beratungen zum Thema Sterbehilfe anbieten
- Beschäftigung von Sozialarbeitenden
- Rekrutierung durch Schneeballprinzip

4.1.4 Laufzeit, Rücklauf, Datenbereinigung

Die Befragung startete am 30.07.2021. Aufgrund der Sommerferien wurde die Laufzeit einmalig verlängert und dauerte bis am 03.09.2021. Zwei Wochen nach Versand des Befragungslinks wurden die Personen per E-Mail erinnert und erneut eingeladen, an der Befragung teilzunehmen. Bis zum Abschluss der Befragung lagen 56 beantwortete Fragebögen vor. 15 davon wurden nicht vollständig beantwortet, sind jedoch inhaltlich relevant, insofern mindestens die ersten Fragen ausgefüllt wurden (vgl. Kap. 4.1.6). Im Rahmen der Datenbereinigung wurden drei Fragebögen, die keine inhaltliche Auswertung zulassen, eliminiert. Werden auch die abgebrochenen, aber inhaltlich relevanten Fragebögen zum Rücklauf gezählt, entspricht dies einer hohen **Rücklaufquote von 53 Fragebogen bzw. 67%**. Eine übliche Fragebogen-Rücklaufquote beläuft

sich auf 5% - 40%, abhängig von Distributionsweg, Zielpopulation, Studienthema, Fragebogenlänge, Zeitpunkt des Versands des Fragebogens, Nachfassungen usw. (Döring & Bortz, 2016, S. 412). Gründe für den hohen Rücklauf können die persönliche Kontaktaufnahme, sowie die Aktualität und Relevanz des Themas in der Praxis sein.

4.1.5 Auswertung

Als Auswertungsmethode für die qualitativen Daten aus dem Fragebogen und den Interviews wurde die **strukturierende Inhaltsanalyse** nach Udo Kuckartz (2018) angewendet. Ziel der Methode ist eine inhaltliche Strukturierung des Datenmaterials mittels Kategorien und Subkategorien. Das Modell für die inhaltlich strukturierende Analyse lässt sich auf viele Datenarten anwenden (S. 98). Diese Art der Auswertung eignet sich gut für die Auswertung der qualitativen Fragen aus den Fragebögen sowie den Expert:inneninterviews, da diese inhaltlich stark fokussiert sind und einen überschaubaren Umfang haben (S. 99-100). Der Ablauf der Auswertung verläuft entsprechend dem Schema der Abbildung 6.

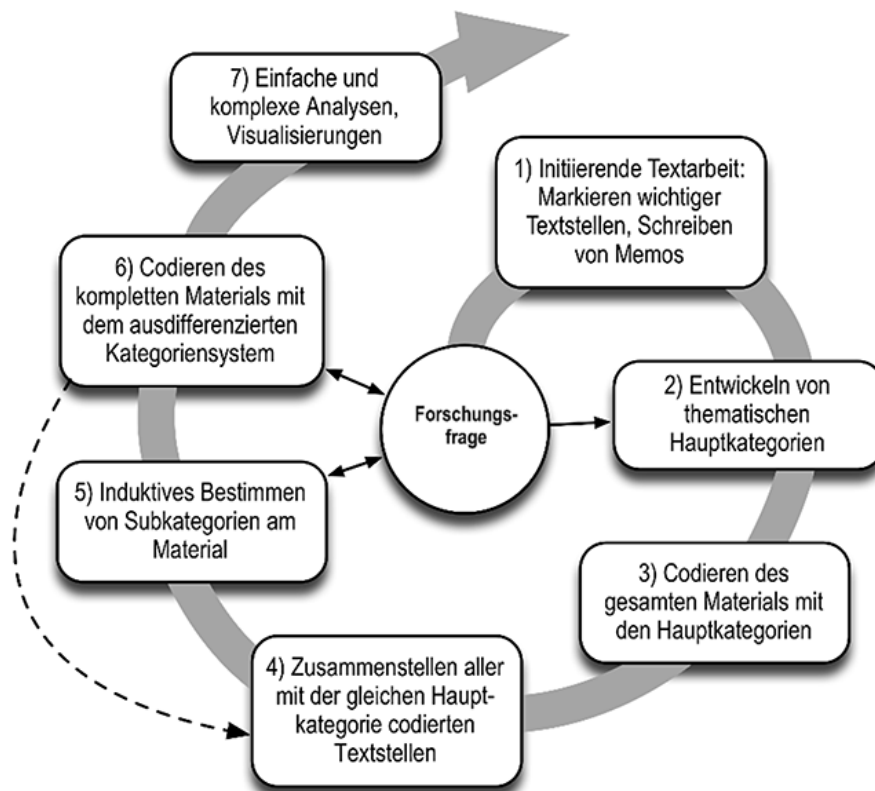


Abbildung 6. Ablaufschema der Inhaltsanalyse. Nach Kuckartz, 2018, S. 100.

Die erhobenen qualitativen Daten wurden als Texte resp. Transkripte in das Programm MAXQDA eingefügt. Anhand der Fragen aus dem Fragebogen bzw. dem Interviewleitfaden wurden thematische Hauptkategorien gebildet. Damit wurde das gesamte Material codiert. Das Programm MAXQDA bietet automatisch eine Übersicht aller einem Code zugeordneten Textstellen an. Als weiterer Schritt wurden induktive Subkategorien anhand der deduktiven Hauptkategorien definiert. So wurde eine Ausdifferenzierung der Hauptkategorien erreicht, analog dem Schritt 5 der Abbildung 6. Der Rückbezug zur Forschungsfrage, im abgebildeten Schema in der Mitte zu erkennen, ist im Prozess der Auswertung leichtgefallen, da bereits der Fragebogen wie auch der Interviewleitfaden in engem Bezug zur Forschungsfrage entwickelt wurden. Sequenziell wurden die Textabschnitte durchgegangen und dem fertiggestellten Kategoriensystem zugewiesen (S. 102). Die Expert:inneninterviews, wie auch die qualitativen Antworten der Fragebögen, können nach Helfferich (2011, S. 162) anhand einer Komplexität reduzierenden Auswertung dargestellt werden. Dies hängt damit zusammen, dass die Aussagen nicht als Konstruktionen angesehen werden, deren Sinngehalt es im Rahmen der Auswertung zu entschlüsseln gilt.

Die Ergebnisse des Fragebogens werden in Kapitel 4.2, diejenigen der Expert:inneninterviews in Kapitel 5.2 dargestellt.

4.1.6 Erfahrungen mit dem Fragebogen

Ein Zwischenstand bezüglich Datenerhebung nach zwei Wochen zeigte trotz des durchgeführten Pretests vereinzelte Unsicherheiten. Die Rücklaufkurve ergab bis dahin 28 Antworten. Acht Personen brachen die Teilnahme vorzeitig ab. Eine Übersicht über die Struktur des Fragebogens, inklusive der Anzahl Teilnehmenden je Frage und Abbrüche, vermittelt die Abbildung 7. Die Abbrüche wurden analysiert. Entsprechend wurden am 13.08.2021 folgende Präzisierung am Fragebogen vorgenommen:

- In der Einleitung wurde ein Zusatz angebracht: „Bitte füllen Sie die Umfrage bis zum Schluss aus. Sie sind am Ende angelangt, wenn die Seite ‘Abschluss’ erscheint, wo Sie Ihre Kontaktdaten angeben können.“
- Eine mutmasslich missverständliche Frage wurde nicht mehr als Pflichtfrage klassifiziert. Zudem wurde die Frage mit folgender Bemerkung ergänzt: „Uns interessiert, wie Sie vorgehen, wenn das Bedürfnis auftaucht, Ihre Organisation selber dazu aber keine Beratung anbietet und keine Triage durchführt.“

Trotzdem kam es nach diesen Änderungen noch bei sieben von 25 weiteren Fragebögen zu Abbrüchen. Alle erfolgten am Anfang des Fragebogens. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil der Befragten die Umfrage danach als beendet betrachtete. Ein weiterer Grund wird im Umfang

des Fragebogens vermutet; der angezeigte Fortschritt machte ersichtlich, dass die Beantwortung weitere Zeit in Anspruch nehmen wird.

Als weitere Zwischenerkenntnis stellten die Autorinnen fest, dass die Antwortenden die Terminologie „Sterbehilfe“ sehr unterschiedlich auffassten. Aus diesem Grund wurde in der Einleitung der Satz: „Diese Umfrage findet im Rahmen der Erarbeitung unserer Masterthesis statt. Darin beschäftigen wir uns mit der Sterbehilfe und dem assistierten Suizid [Hervorhebung hinzugefügt].“ abgeändert in: „Darin beschäftigen wir uns mit der Sterbehilfe mit dem Fokus auf dem assistierten Suizid. [Hervorhebung hinzugefügt]“. In den einzelnen Fragen wurden keine Änderungen vorgenommen, um inhaltlich nicht verschiedene Fragebögen in Umlauf zu bringen und die Forschungskriterien einzuhalten.

4.1.7 Übersicht Fragebogen mit Struktur, Anzahl Teilnehmenden und Abbrüchen

Die Abbildung 7 vermittelt einen Gesamtüberblick über den Aufbau und die Struktur des Fragebogens mit den verschiedenen Themenblöcken. Zudem sind pro Frage resp. Themenblock die Anzahl Teilnehmende und die Abbrüche ersichtlich.

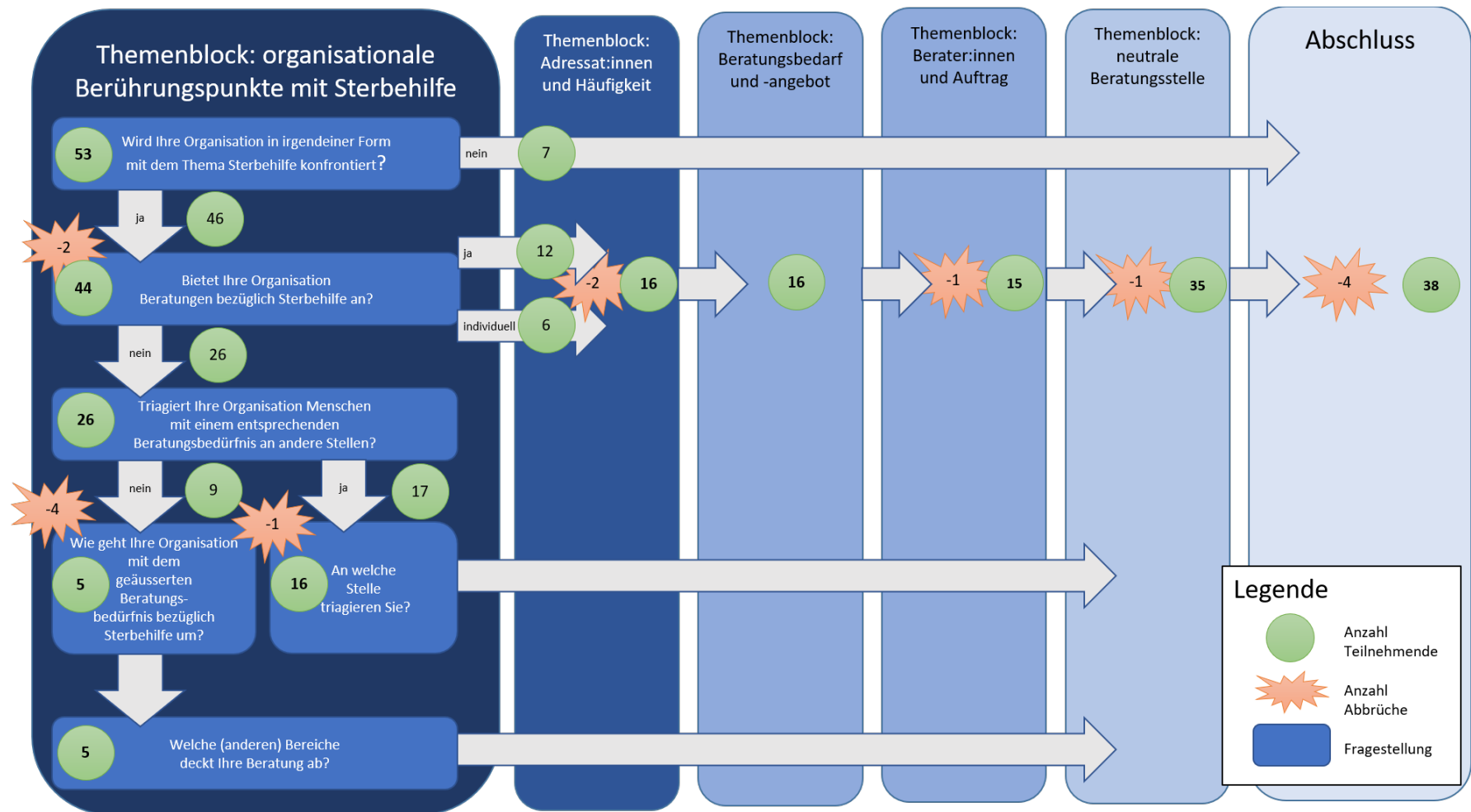


Abbildung 7. Übersicht Fragebogen.

4.2 Ergebnisse

Nach den soziodemografischen Angaben werden die Ergebnisse in fünf Themenblöcken, in die auch der Fragebogen gegliedert ist (vgl. Abb. 7), dargestellt. Abschliessend werden die Ergebnisse zusammenfassend, analog der Übersicht zum Fragebogen, grafisch dargestellt (vgl. Abb. 28 und 29). Nach dem deskriptiven Teil werden die Ergebnisse punktuell interpretiert bzw. mit den Erkenntnissen aus dem Theorieteil in Verbindung gebracht. Obwohl dieses Vorgehen unüblich ist, wurde es hier dem Forschungsvorhaben entsprechend gewählt, da der Umfang der Erkenntnisse keine detaillierte Diskussion im entsprechenden Teil (vgl. Kap. 6) zulässt und es sinnvoll ist, die verschiedenen Teile dieser Arbeit (Mixed-Methods-Design) laufend aufeinander zu beziehen.

4.2.1 Soziodemografische Angaben

38 Personen haben die soziodemografischen Fragen beantwortet. Von Interesse sind sowohl organisationale wie auch personelle Aspekte. Die Auswertung zeigt, dass acht der 38 antwortenden Teilnehmenden einen beruflichen Hintergrund in der SA haben. Weiter zeigt sich, dass zwei Drittel der in der Befragung vertretenen Organisationen öffentliche sind und die Stichprobe ein unterschiedliches und breites Einzugsgebiet abdeckt (vgl. Abb. 8, die Nennung unter „Andere“ wurde mit „International“ präzisiert). Dies lässt darauf schliessen, dass es durch das methodische Vorgehen bezüglich der Stichprobe (vgl. Kap. 4.1.3) gelungen ist, eine Heterogenität im Sample zu erreichen, wodurch die Antworten valider werden.

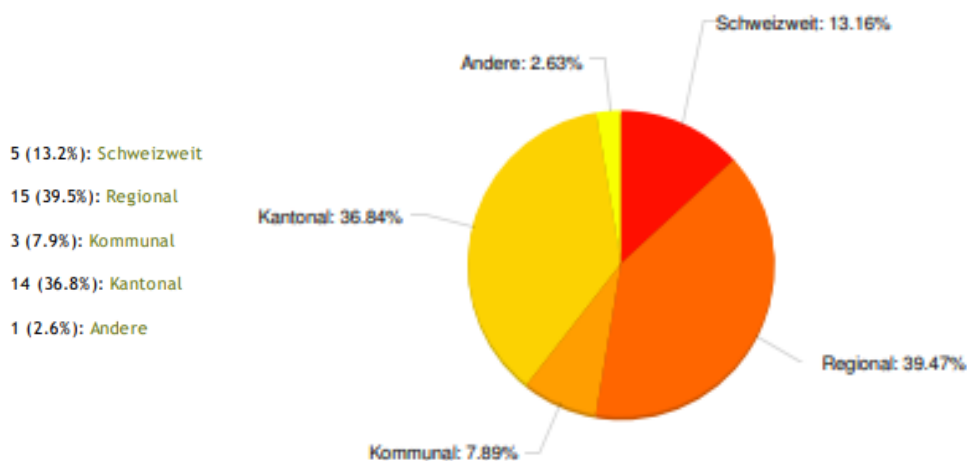


Abbildung 8. Fragebogen: Einzugsgebiet der teilnehmenden Organisationen.

4.2.2 Themenblock: organisationale Berührungspunkte mit Sterbehilfe

Der erste Themenblock beschäftigt sich mit organisationalen Berührungspunkten bezüglich Sterbehilfe. Die Teilnehmenden wurden dazu befragt, ob ihre Organisation mit der Sterbehilfe in Berührung kommt, Sterbehilfeberatungen anbietet und Triagen durchführt, wenn sie selbst kein Angebot hat. Drei offene Fragen ergänzen diesen Themenblock.

Über 86% (46 Nennungen) äusserten, dass ihre Organisation mit der Sterbehilfe konfrontiert wird. Für die sieben Personen, welche diese Frage mit "nein" beantworteten, war die Umfrage an dieser Stelle beendet. Die meisten dieser Personen haben den Fragebogen anonym ausgefüllt. Deshalb kann keine Aussage darüber gemacht werden, zu welcher Kategorie (vgl. Tab. 6) gemäss der Einteilung der Stichprobe (vgl. Kap. 4.1.3) diese Organisationen gehören.

44 Teilnehmende beantworteten die Frage, ob ihre Organisation Beratung bezüglich Sterbehilfe anbietet. Eine grafische Übersicht zu den Antworten vermittelt Abbildung 9.

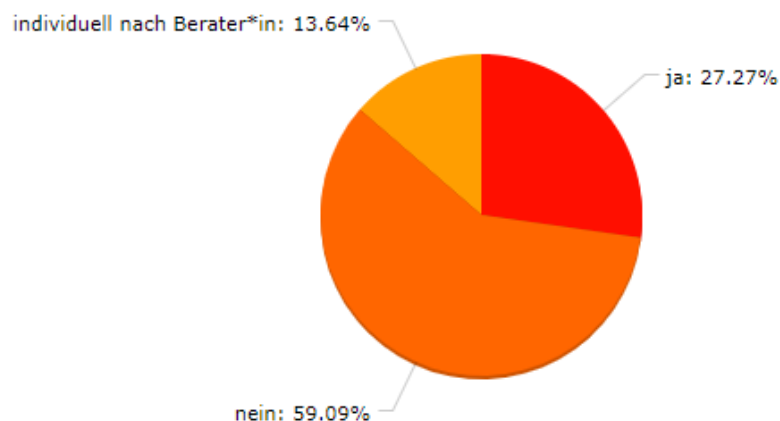


Abbildung 9. Fragebogen: Beratungsangebot bezüglich Sterbehilfe.

Mit 59% (26 Nennungen) bietet die Mehrheit der befragten Organisationen, trotz Konfrontation mit dem Thema, keine Beratung an. Zusätzlich zu den 12 Organisationen (27.3%), welche über ein Beratungsangebot verfügen, ist bei sechs Organisationen (13.6%) die Beratungsmöglichkeit abhängig je nach Berater:in. Hingegen ist bei keiner der teilnehmenden Organisationen ein Angebot in Planung. Die Analyse zeigt, dass es sich bei den Organisationen, welche eine Beratung anbieten oder bei denen eine Beratung abhängig von Berater:innen stattfindet, vor allem um Pflegedienstleistende, wie Spitex oder Palliativvereinigungen, handelt (Kategorie ambulante Pflegedienstleistende, vgl. Tab. 7).

Tabelle 7. Organisationale Zugehörigkeit der beratenden Organisationen (total 18).

Kategorie	Anzahl ¹⁵		Zugeteilte Empfänger:innen
	Individuell nach Berater:in	Beratungsangebot	
Spitäler	1	1	Akutspitäler, Psychiatrische Kliniken, Palliativzentren, Rehakliniken, Hospize (private und öffentliche)
ambulante Pflegedienstleistende	0	4	Spitexorganisationen und Palliativvereinigungen
ambulante, allgemeine Beratungsstellen	1	0	Beratungsstellen zum Thema Alter, zu spezifischen Krankheiten, zum Lebensende usw.
kirchliche Angebote	0	1	Gesamtkirche, reformierte Kirche, katholische Kirche, Landeskirche, weitere Glaubensgemeinschaften
Alters- und Pflegeheime	0	2	Beratungsstellen im Bereich von Wohnen im Alter, Pflege, Heime (im stationären Bereich)
Sterbehilfeorganisationen	1	1	Organisationen im Bereich der Sterbehilfe
anonym	3	3	
Zwischentotal	6	12	
Total	18		

Die Bemerkungsoption bei dieser Frage nutzten 12 Personen. Die Analyse der offenen Antworten erfolgt, wie bereits im Unterkapitel 4.1.5 dargestellt, nach Kuckartz; aufgrund der Homogenität der Antworten hier jedoch in einem stark vereinfachten Verfahren. Als Ergebnis zeigt sich, dass

- in der Beratung eine neutrale Haltung besteht („Wir verhalten uns in der Beratung eher neutral und zeigen auch die Möglichkeiten von PC auf.“).
- PC zum Thema wird, einerseits im Zusammenhang mit den Möglichkeiten dieses Ansatzes, andererseits Sterbehilfe im Rahmen von palliativen Situationen aktuell wird.
- zwar keine Beratungen zur Sterbehilfe angeboten werden, jedoch Hinweise erfolgen inkl. Triage an eine Sterbehilfeorganisation.
- kein offizielles Angebot besteht, jedoch in Bezug zu Entscheidungsfindungen durchaus eine Auseinandersetzung damit stattfindet.
- bei expliziter Nachfrage nach Sterbehilfeberatung eine Beratungsmöglichkeit besteht („Nur auf Wunsch werden die Bedingungen zu Sterbehilfe erklärt“).

¹⁵ Mit Anzahl sind nicht die Organisationen, sondern die Empfänger:innen gemeint. Teilweise wurden bei Organisationen auch verschiedene Abteilungen resp. Ansprechpersonen adressiert.

Eine Person antwortete, dass Beratungen zum Leben, Tod und Sterben angeboten werden, das Thema der Sterbehilfe jedoch explizit nicht. Allgemein zeigt sich aus den Bemerkungen, dass vielerorts kein „*offizielles*“ Beratungsangebot besteht, das Thema in der Praxis aber auftaucht.

Die Organisationen, die keine Beratung bezüglich Sterbehilfe anbieten (26 Personen, 59%, vgl. Abb. 9) wurden gefragt, ob sie die Adressat:innen mit einem Beratungsbedürfnis an andere Stellen triagieren. Fast zwei Drittel der befragten Organisationen (17) triagieren, ein Drittel (neun Organisationen) führen weder Beratung noch Triage durch. Bezüglich der Kategorien lässt sich bei den Organisationen, die weder triagieren noch beraten keine Aussage machen, da fast alle Teilnehmenden anonym bleiben wollen. Bei den triagierenden Organisationen zeigt sich ein heterogenes Bild (sechs von sieben Kategorien vertreten).

Die triagierenden Organisationen wurden in einer offenen Frage nach der Stelle befragt, an welche sie verweisen. Die qualitative Auswertung der 16 Antworten zeigt, dass an folgende Stellen triagiert wird:

- Sterbehilfeorganisationen (teilweise nur auf explizite Nachfrage von Betroffenen oder wenn alle anderen Möglichkeiten mit Fachpersonen besprochen wurden)
- Medizinisches Fachpersonal wie Hausärzt:innen oder Onkolog:innen
- Palliativinstitutionen bzw. Fachstellen
- Weitere wie Gesundheitsberatungen, Angehörige, Religionsvertreter:innen, Selbsthilfeorganisationen bezüglich spezifischer Krankheiten

Bei den nicht beratenden und nicht triagierenden Organisationen wurde mit einer offenen Frage nachgefragt, wie ihre Organisation mit dem geäußerten Beratungsbedürfnis bezüglich Sterbehilfe umgeht. Die fünf eingegangenen Antworten lauten, wörtlich zitiert, wie folgt:

1. *„Meist schwieriges Thema, da Patienten aufgrund akuten psychischen Erkrankungen in Behandlung stationär. Daher Abgrenzung akute Suizidalität - länger bestehender Sterbewunsch schwierig. Meist wird geraten dies nach stationärem Aufenthalt mit ambulanten Therapeut, Arzt zu besprechen. Aufenthaltsdauer bei uns durchschnittlich 3 Wochen, Prozess Sterbehilfe meist viel länger.“*
2. *„Der Wunsch können wir gut verstehen, können als Organisation aber keine Beratung oder Vermittlung bieten.“*
3. *„Sterbehilfe ist in der Organisation X [anonymisiert] nur indirekt ein Thema.“*
4. *„Wir informieren Klienten, was es hierzulande für Möglichkeiten gibt.“*
5. *„Wie geben Adressen weiter.“*

Drei dieser Antworten (1., 4., 5.) zeigen, dass zwar nicht umfassend beraten wird, jedoch eine Information in Form von Nennungen weiterführender Beratungsstellen oder Ansprechpartner:innen erfolgt. Diese Wortmeldungen verdeutlichen die unterschiedlichen Auffassungen von Beratung und Triage, da zuvor nach diesen Aspekten gefragt und die verneint wurden. In den Äusserungen 1., 2. und 3. zeigen sich organisationale Grenzen. Aus der ersten Bemerkung kommt zudem ein bereits im Theorieteil dargestelltes Thema zur Sprache, nämlich psychische Erkrankungen und Suizidalität im Affekt in Abgrenzung zu einem fundierten Sterbewunsch in der Bilanz. Ebenfalls in dieser Aussage wird eine zeitliche Dimension angesprochen, indem eine Aufenthaltszeit von drei Wochen als kurz eingestuft wird im Vergleich zum notwendigen Prozess bezüglich Sterbehilfe.

Diese fünf Organisationen wurden offen dazu befragt, welche (anderen) Bereiche ihre Beratung abdeckt. Die qualitative Analyse zeigt, dass PC ein häufiges Thema ist.

Es entsteht der Eindruck, dass PC bei den Befragten in grundsätzlichem Gegensatz zur Sterbehilfe steht, was sich mit der Definition von PC (vgl. Kap. 2) erklären würde, indem der Ansatz keinen Einfluss auf den Sterbezeitpunkt nimmt.

Eine Organisation setzt sich hauptsächlich mit der konkreten Alltagsgestaltung auseinander und adressiert daher stärker das dritte Lebensalter.

Dabei scheint sich der beschriebene Aspekt zu bestätigen, dass das Lebensende, Tod und Sterben nicht selbstverständlich auch in einer aktiven und gesunden Lebensphase thematisiert werden.

Eine Organisation unterstützt im Prozess der bereits gestarteten Anmeldung für einen AS und führt bei bestehendem Termin Kriseninterventionen durch. Es geht jedoch aus der Antwort nicht hervor, was (methodisch) mit Krisenintervention gemeint ist, wer eine Krise hat (denkbar wären die betroffene Person, Angehörige, Fachpersonen usw.), was dabei die Rolle der Beratungsstelle ist, weshalb sie nicht schon früher im Prozess einbezogen wird und erst in der Krise zum Einsatz kommt.

Nach dieser Frage endete der Fragebogen auch für diese Personengruppe.

Die Ergebnisse zeigen, dass obwohl ein grosser Teil der Organisationen in der Praxis mit der Sterbehilfe in Berührung kommt, ein kleiner Teil Beratungen diesbezüglich anbietet. PC wurde mehrfach erwähnt und steht somit in einem engen Zusammenhang mit dem AS bzw. der Beratung. Viele der nicht beratenden Organisationen triagieren an Sterbehilfeorganisationen und gesundheits-medizinische Einrichtungen und Fachstellen.

4.2.3 Themenblock: Adressat:innen und Häufigkeiten

Nachdem durch die Antworten im ersten Themenblock die Berührungspunkte mit der Sterbehilfe geklärt waren, wurde die Befragung mit 16 Personen weitergeführt. Diese antworteten, dass ihre Organisationen über ein Beratungsangebot bezüglich Sterbehilfe verfügt. Somit widmet sich der nächste Themenblock den Adressat:innen und den Häufigkeiten der Beratungen. Dabei geht es konkret darum, welche Adressat:innengruppen und Altersgruppen wie häufig beraten werden, wie häufig die Organisationen allgemein Sterbehilfeberatungen durchführen und wie sich die Nachfrage verändert hat.

Auch bei den 16 Personen, die den Rest des Fragebogens beantworteten,¹⁶ ist eine grosse Heterogenität im Sample vertreten (vgl. Kategorieneinteilung Tab. 8).

Tabelle 8. Organisationale Zugehörigkeit der beratenden Organisationen (total 16).

Kategorie	Anzahl ¹⁷	Antwortende Personen/Organisationen
Spitäler	2	Akutspitäler, Psychiatrien, Palliativzentren, Rehakliniken, Hospiz (private und öffentliche)
ambulante Pflegedienstleistende	4	Spitexorganisationen und Palliativvereinigungen
ambulante, allgemeine Beratungsstellen	1	Beratungsstellen zum Thema Alter, spezifischen Krankheiten, Lebensende usw.
kirchliche Angebote	1	Gesamtkirche, reformierte Kirche, katholische Kirche, Landeskirche, weitere Glaubensgemeinschaften
Alters- und Pflegeheime	2	Beratungsstellen im Bereich von Wohnen im Alter, Pflege, Heime (im stationären Bereich)
Sterbehilfeorganisationen	2	Organisationen im Bereich der Sterbehilfe
anonym	4	
Total	16	

Ebenfalls eine ausreichende Heterogenität besteht in Bezug auf die räumliche Verteilung.

Für die Frage nach den Adressat:innen, welche von der Organisation bezüglich Sterbehilfe beraten werden, stand eine Auswahl zur Verfügung. Mehrfachnennungen waren möglich.

¹⁶ Die Fragen wurden immer von allen 16 Personen beantwortet resp. es wird bei der jeweiligen Frage dargestellt, sollten diesbezüglich Abweichungen auftreten.

¹⁷ Mit Anzahl sind nicht die Organisationen, sondern die Empfänger:innen gemeint. Teilweise wurden bei Organisationen auch verschiedene Abteilungen resp. Ansprechpersonen adressiert.

Zusätzlich bestand die Möglichkeit „Weitere“ zu präzisieren, was jedoch nicht genutzt wurde. Die Ergebnisse sind der Abbildung 10 zu entnehmen.

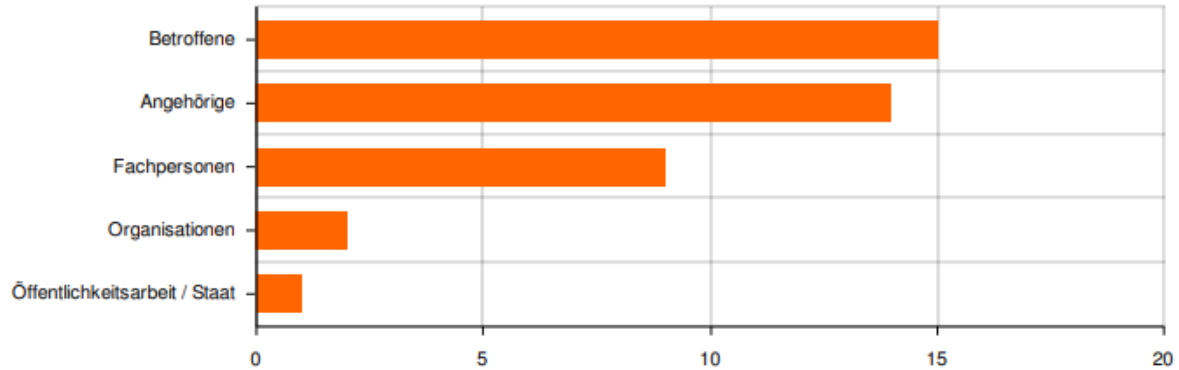


Abbildung 10. Fragebogen: Adressat:innen für Beratungsangebot der Sterbehilfe.

Die meisten Angebote sind mit knapp 94% für Betroffene ausgestaltet (15 Nennungen), gefolgt von Angehörigen (87.5%, 14 Nennungen), Fachpersonen (56.3%, 9 Nennungen), Organisationen (12.5%, 2 Nennungen) und der Öffentlichkeit / Staat (6.3%, 1 Nennung).

Im Fragebogen wurden verschiedene Altersgruppen dargestellt, um zu befragen, welche Altersgruppen wie häufig beraten werden (vgl. Abb. 11).

Anzahl Teilnehmer: 16

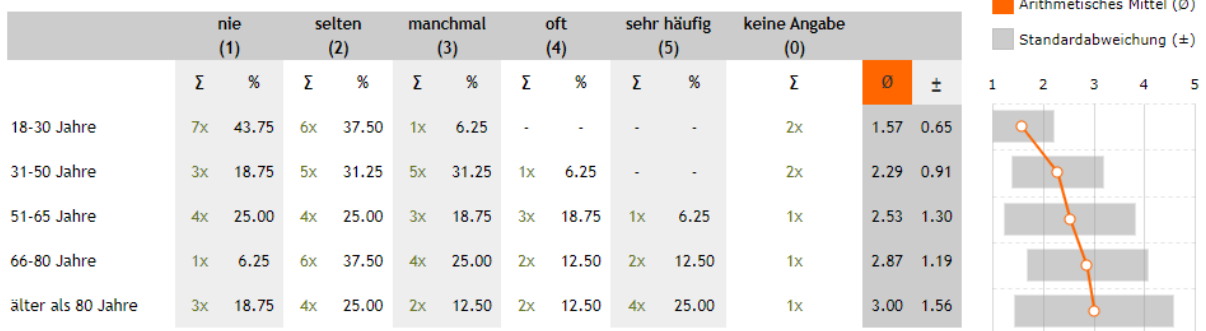


Abbildung 11. Fragebogen: Alterskategorien der Adressat:innen.

Die jüngste Alterskategorie wird deutlich und mit Abstand am wenigsten beraten. Je älter die Personen werden, umso häufiger finden Beratungen statt. Damit zeigt sich ein deutlicher Unterschied nach Lebensalter.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wird dargelegt, dass die Statistiken bezüglich AS zeigen, dass mit höherem Alter die Anzahl AS zunehmen (vgl. Kap. 3.1). Aus der Befragung geht hervor, dass die Organisationen eine grössere Nachfrage nach Beratung mit zunehmendem Alter verzeichnen. Wird die Kategorie der jüngsten Adressat:innen jener der ältesten gegenübergestellt, findet nahezu eine Verdoppelung statt. Daraus kann geschlossen werden, dass der Trend bezüglich Zunahme der AS im Alter auch mit einem Trend bezüglich Beratung einhergeht.

Für die Frage nach der Häufigkeit der Durchführung von Sterbehilfeberatungen in den Organisationen standen Antwortkategorien zur Auswahl (vgl. Abb. 12). Mehrfachnennungen waren möglich.

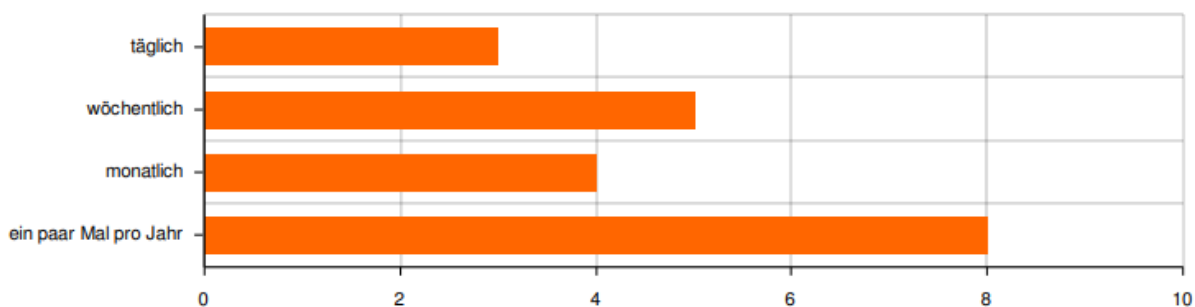


Abbildung 12. Fragebogen: Häufigkeiten der Beratungen bezüglich Sterbehilfe.

Mit knapp 19% (3 Nennungen) führen nur die wenigsten Organisationen täglich Beratungen zur Sterbehilfe durch. Die Hälfte der Antworten (8 Nennungen) und damit am häufigsten genannt wurde, dass Beratungen „ein paar Mal pro Jahr“ stattfinden. Dazwischen bewegen sich die wöchentlichen (gut 31% und 5 Nennungen) sowie monatliche (25% und 4 Nennungen) Beratungen.

Bei den meisten der antwortenden Organisationen gehört demzufolge die Beratung zur Sterbehilfe nicht zum beruflichen Alltag. Zu dieser Frage wurden vier Bemerkungen angebracht. Sie bestätigen eine grosse Heterogenität bezüglich Häufigkeiten: Eine Person quantifizierte die Anzahl Falleröffnungen – Menschen, die sich bezüglich AS beraten lassen – konkret mit rund 300 im Kanton Bern (angenommen wird pro Jahr). Andere Kommentare erörtern, dass es schwierig sei, eine Quantifizierung vorzunehmen (*„Ist schwierig in Summe abzuschätzen - Sterben (wollen) ist bei vielen Kunden/innen ein Thema, das immer wieder*

aufkommt“) oder, dass die Beratungen sogar eher weniger als „ein paar Mal pro Jahr“ durchgeführt werden.

Veränderungen in der Beratung je Altersbereich wurden erhoben, indem die Organisationen gefragt wurden, ob sie in den vergangenen drei Jahren¹⁸ je vorgegebene Alterskategorie eine „Abnahme“, „keine Veränderung“, eine „kleine Zunahme“, „deutliche Zunahme“ oder „starke Zunahme“ feststellen resp. ob eine Alterskategorie gar nicht beraten wird. Nach den statistischen Kennzahlen (vgl. Kap. 3.1) haben die AS in den vergangenen Jahren zugenommen. Entsprechend wurden die Antwortkategorien nicht in Bezug auf rückläufige Beratungen detaillierter ausgestaltet, sondern auf die Differenzierung bei den Zunahmen fokussiert. Mehrfachnennungen waren möglich (vgl. Abb. 13).

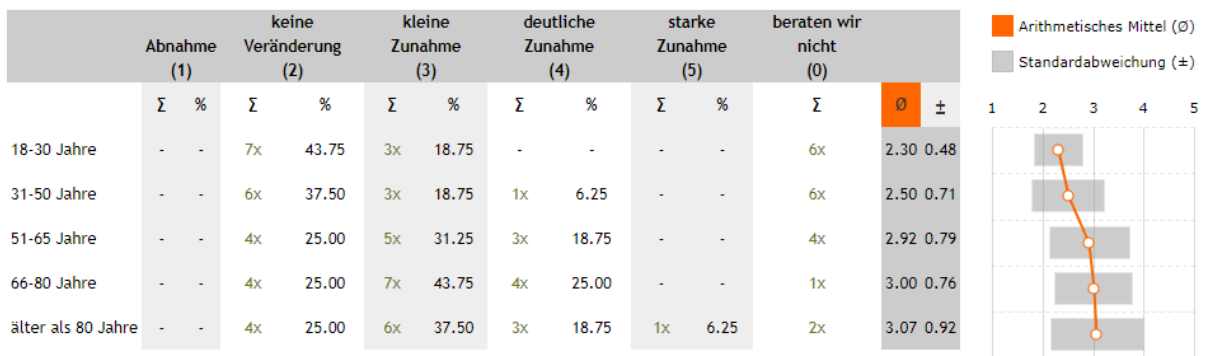


Abbildung 13. Fragebogen: Veränderungen der Beratungen nach Alterskategorien.

In keiner der Organisation und in keiner Alterskategorie verringert sich der Beratungsbedarf. In der jüngsten Alterskategorie registrieren die Organisationen keine Veränderungen resp. eine kleine Zunahme des Beratungsbedarfes. In den beiden Kategorien der Erwerbsphase nimmt der Bedarf tendenziell zu. In der Kategorie 66-80 Jahre zeigen sich kleinere und deutliche Zunahmen. Einen noch höheren Anstieg an Beratungen verzeichnet die Alterskategorie mit den Menschen ab 80 Jahren. Zwar stellen lediglich sechs Organisationen eine kleine Zunahme fest. Jedoch berichten drei Organisationen von einer deutlichen und eine sogar von einer starken Zunahme.

Damit zeigt sich, dass in den letzten drei Jahren gemäss der Einschätzung der antwortenden Personen der Beratungsbedarf bei jüngeren Menschen bis 50 Jahre überwiegend gleichbleibend ist, resp. nur leicht zunimmt. Hingegen beobachtet in den Alterskategorien ab

¹⁸ Um Verzerrungen durch die Corona-Pandemie zu vermeiden, wurde der Zeitrahmen auf die letzten drei Jahre festgelegt.

51 Jahren der grössere Teil der Organisationen eine kleine bis deutliche Zunahme. Bei den Menschen ab 80 Jahren, bei denen vermutlich auch bereits einige dem vierten Lebensalter angehören, ist der Beratungsbedarf steigend.

Mit dem Themenblock der Adressat:innen und der Häufigkeiten der Beratungen zeigt sich, dass zu den häufigsten Adressat:innen Betroffene und ihre Angehörigen gehören. Je älter die Menschen sind, desto häufiger besteht bei ihnen eine Nachfrage nach Beratung. Viele Organisationen beraten jedoch nicht oft bzw. täglich zur Sterbehilfe. Tendenziell zeichnet sich jedoch eine Zunahme der Beratungen ab.

4.2.4 Themenblock: Beratungsbedarf und -angebot

Im nächsten Themenblock findet eine Auseinandersetzung mit dem Beratungsbedarf und den Beratungsangeboten statt. Dabei wird untersucht, welche Themen in der Beratung nachgefragt werden. Zudem wird erhoben, an welchen Orten die Beratungen stattfinden, über welchen Zeitraum sie angeboten werden und ob nach der Beratung weiter triagiert wird. Abschliessend werden in diesem Themenblock die zukünftigen Veränderungen des Sterbehilfeberatungsangebots ermittelt.

Es wurde erhoben, mit welchen Anliegen, Wünschen und Beratungsthemen die Adressat:innen allgemein an die befragten Organisationen herantreten. Damit wird beabsichtigt die thematische "Einbettung" der Sterbehilfe zu erfassen. Dazu wurden Kategorien, wie sie von einer allgemeinen Sozialberatung oft angeboten werden, vorgeschlagen. Ergänzt wurden sie mit spezifischen Bereichen bezüglich Lebensende resp. der PC. Zudem gab es die Möglichkeit "Weiteres/Anderes" anzuwählen. Zwei Personen ergänzten „Assistierter Suizid“ und „Coping mit Krankheit“. Mehrfachnennungen waren möglich. Die detaillierten Ergebnisse sind der Abbildung 14 zu entnehmen.

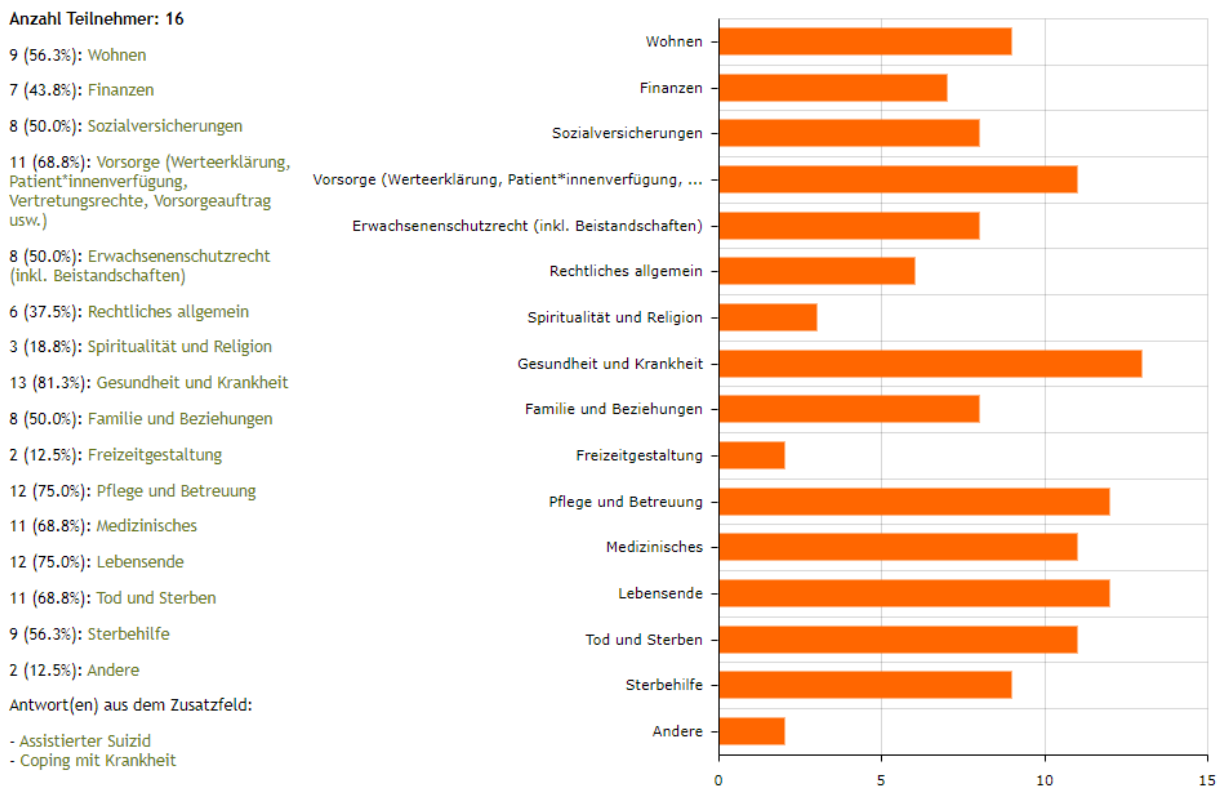


Abbildung 14. Fragebogen: Beratungsthemen der Organisation.

Am häufigsten, mit über 80% (13 Organisationen), werden die Organisationen aufgrund der Themenkategorie "Gesundheit und Krankheit" aufgesucht. Fast gleich oft (75% und 12 Nennungen) sind es die Kategorien "Lebensende" und "Pflege und Betreuung". "Sterbehilfe" ist bei mehr als der Hälfte der Grund für die Kontaktaufnahme mit den Organisationen (56.3%, 9 Organisationen). Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass die Organisationen mit Themen rund um das Lebensende, Gesundheit resp. Krankheit adressiert werden, hingegen finanzielle und rechtliche Angelegenheiten, Freizeitgestaltung, Spiritualität usw. nicht die Hauptanliegen für die Beratungen sind. Es fällt auf, dass Anliegen zur "Vorsorge" (68.8%, 11 Nennungen) von Adressat:innen sehr oft vorgetragen werden. Es kann vermutet werden, dass dies auch mit Themen um das Lebensende und damit Pflege und Betreuung, Sterben und Tod und Fragen um Sterbehilfe zusammenhängt. Viele ältere Menschen wünschen sich zwar, Vorsorgefragen zu klären, sind aber damit oft überfordert. Insofern könnte dies für Organisationen, die im Bereich der Sterbehilfe und AS arbeiten (möchten), eine Möglichkeit sein, entsprechende Adressat:innen "abzuholen" im Sinne eines Einstiegsthemas.

Die Antworten auf die Frage, ob Personen explizit mit einem Beratungsbedürfnis bezüglich Sterbehilfe zur Organisation in die Beratung gehen, zeigen, dass die Mehrheit der

Organisationen nicht explizit mit einem Wunsch nach Beratung bezüglich Sterbehilfe kontaktiert werden. Es scheint ein Thema zu sein, das im Laufe der Beratung oder zusätzlich zu anderen Themen auftaucht. Von den 16 Organisationen wird nur eine (6.3%) explizit bezüglich Sterbehilfe kontaktiert.

Die Organisationen wurden befragt, bezüglich welchen Themen der Sterbehilfe ein Beratungsbedürfnis besteht resp. was die häufigsten Fragen und Anliegen in der Beratung sind. Die Antwortkategorien wurden aufgrund der einschlägigen Literatur (insbesondere der Studie Birkenstock, 2021) vorgegeben. Es bestand jedoch auch die Möglichkeit "Weiteres/Anderes" anzuwählen und entsprechend zu konkretisieren. Diese Möglichkeit nutzten drei Personen. Die verschiedenen Beratungsbedürfnisse innerhalb der Sterbehilfe sind der Abbildung 15 zu entnehmen. Mehrfachnennungen waren möglich.

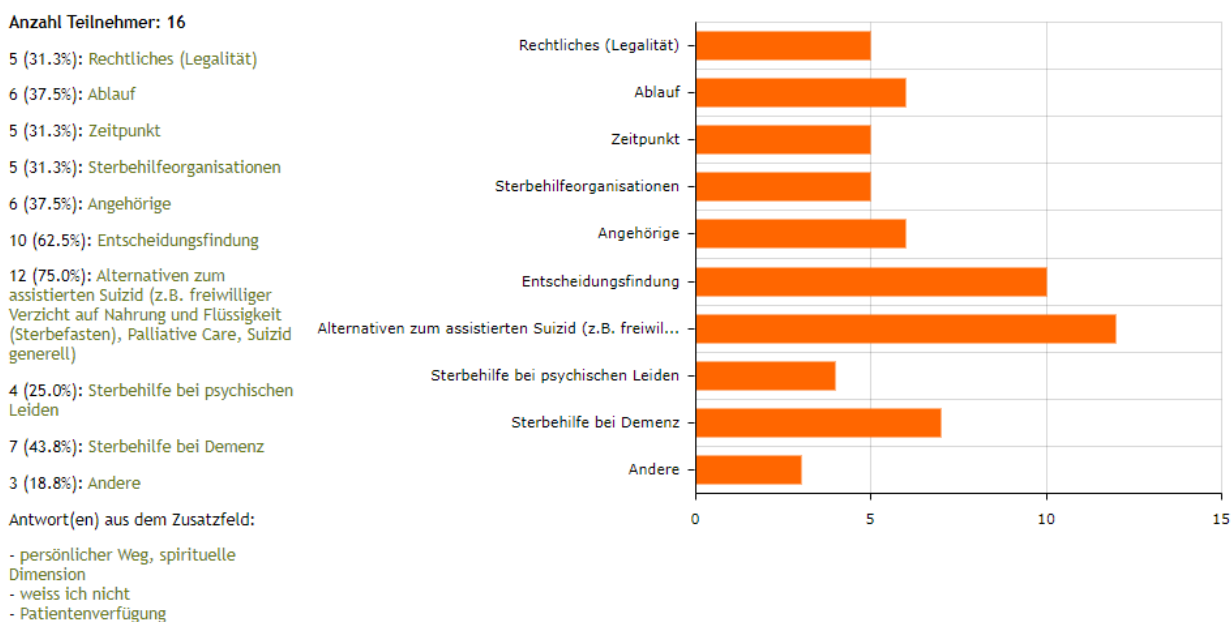


Abbildung 15. Fragebogen: Beratungsbedürfnis innerhalb des Themas Sterbehilfe.

Am häufigsten (12 Nennungen, 75%) geht es in den Beratungen um "Alternativen zum assistierten Suizid". Ebenfalls einen hohen Stellenwert hat mit 10 Antworten (62.5%) das Bedürfnis nach Beratungen bezüglich "Entscheidungsfindung" sowie mit 7 Antworten (43.8%) bezüglich "Sterbehilfe bei Demenz". Alle anderen Kategorien wurden ebenfalls mehrfach angewählt. Das kleinste Beratungsbedürfnis bezüglich Sterbehilfe besteht bei psychischen Leiden. Ein Viertel der Organisationen (4 Nennungen) ist damit konfrontiert.

Die weiteren Erhebungen in diesem Themenblock konzentrieren sich auf strukturelle Aspekte. So wurde erhoben, an welcher Örtlichkeit die Beratungen zur Sterbehilfe vorwiegend durchgeführt werden. Als Auswahlkategorien standen übliche Beratungsorte sowie "Weiteres/Anderes" zur Verfügung. Zwei Personen nutzten diese Möglichkeit („Arztpraxis“ und „nach indiv. Vereinbarung“). Mehrfachnennungen waren möglich (vgl. Abb. 16).

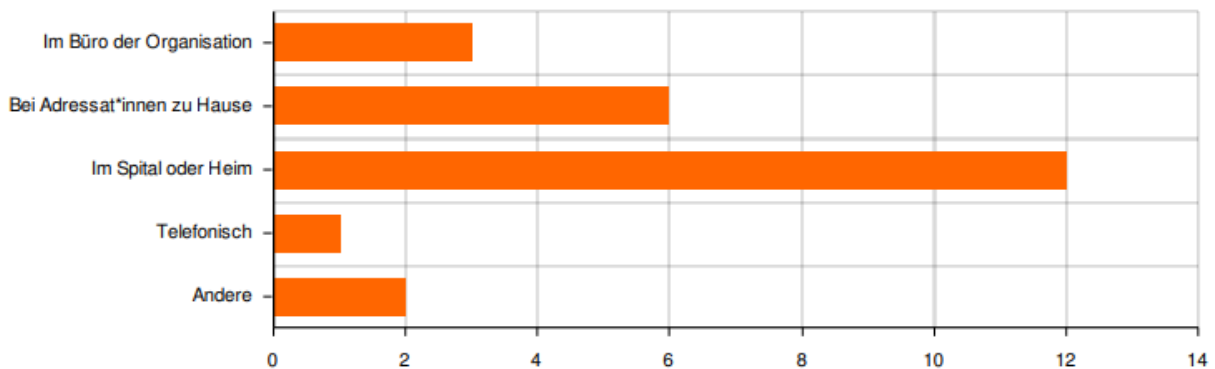


Abbildung 16. Fragebogen: Beratungsorte Sterbehilfe.

Am häufigsten (12 Nennungen, 75%) werden Sterbehilfeberatungen in einem Spital oder einem Heim durchgeführt. Mit sechs Nennungen (37.5%) finden Beratungen am zweithäufigsten bei den Adressat:innen zu Hause statt, gefolgt vom Büro der entsprechenden Organisation (3 Nennungen, 18.8%). Je einmal (6.3%) wurden telefonische Beratungen sowie die bereits erwähnten Zusatzantworten „Arztpraxis“ und „nach indiv. Vereinbarung“ genannt. Keine Organisation führt virtuelle Beratungen (beispielsweise per Videocall oder Chat) durch.

Aus diesen Antworten lässt sich schliessen, dass es bei vielen Beratungen um eine relativ konkrete Realisierung des AS geht, da sie am häufigsten im Spital oder Heim erfolgen. Dies legt die Interpretation nahe, dass dann Fragen um Sterben und den Tod dringlich und konkret sind. Es bestätigt die Ausführungen in Kapitel 1.1, wonach Sterben in dafür zuständige Settings verschoben wird und nicht (mehr) im Lebensalltag und der Mitte der Gesellschaft stattfindet. Bemerkenswert ist, dass mehr als doppelt so viele Beratungen aufsuchend resp. zugehend erfolgen, also nicht in den Büroräumlichkeiten von Organisationen, sondern in der Lebenswelt der Adressat:innen stattfinden. Offen bleibt jedoch, ob dies aufgrund von Vulnerabilitätsfaktoren, wie beispielsweise eingeschränkter Mobilität, der Fall ist oder ob der Beratung ein lebensweltorientiertes Beratungsverständnis zu Grunde liegt. Hingegen ist es weniger erstaunlich, dass keine virtuellen Beratungen stattfinden. Obwohl die Covid-19

Pandemie vielen digitalen Kommunikationsmedien einen grossen Schub verliehen hat, ist es denkbar, dass die, wie bereits in einer vorherigen Frage analysiert, vorwiegend älteren Personen einen noch wenig etablierten Umgang mit Funktionen wie Videocalls oder Chats pflegen. Wahrscheinlich ist zudem, dass die Thematik rund um Sterben und Tod, im Vergleich zu anderen Themen, nach einer persönlichen und in Angesicht zu Angesicht geführten Beratung verlangt. In Bezug auf die in der Einleitung (Kap. 1.1) aufgeführten Individualisierung und Pluralisierung der Gesellschaft wäre jedoch auch denkbar, dass unterschiedliche Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme (z.B. Telefon, Mail, Chat und Video), zumindest für einen Erstkontakt, die Niederschwelligkeit erhöhen würden.

Weiter wurde die Periodizität von Sterbehilfeberatungen erfasst; ob Beratungen zum Thema Sterbehilfe wiederholt stattfinden und die Organisationen, die Adressat:innen über einen längeren Zeitraum begleiten. Zur Auswahl standen die Antwortkategorien "einmalig", "mehrmals", "regelmässig" und "auch länger als ein Jahr" sowie ein fakultatives Bemerkungsfeld. Mehrfachnennungen waren möglich (vgl. Abb. 17).

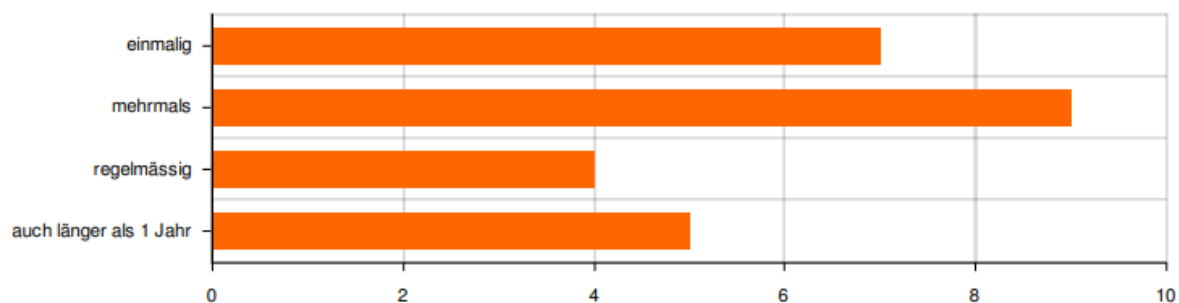


Abbildung 17. Fragebogen: Periodizität der Sterbehilfeberatungen.

Über die Hälfte der Organisationen (9 Nennungen, 56.3%) führt pro Person mehrmalige Beratungen durch. Bei sieben Organisationen (43.8%) finden die Beratungen einmalig statt. Fünf Organisationen (31.3%) begleiten die Adressat:innen auch länger als ein Jahr und rund 25% (4 Organisationen) führen regelmässige Beratungsgespräche mit ihren Adressat:innen durch. Drei befragte Personen nutzten das Bemerkungsfeld. Eine Sterbehilfeorganisation präziserte, dass „ca. 20% über einen längeren Zeitraum“ begleitet werden (Antworten: "regelmässig" und "auch länger als 1 Jahr") und eine Spitexorganisation wählte die Antwort "auch länger als 1 Jahr" und ergänzte: „ist ein Teil des Pflegesettings“.

Daraus lässt sich schliessen, dass das Selbstverständnis dieser Spitexorganisation die Sterbehilfe als integralen Bestandteil ihrer Arbeit betrachtet.

Eine Beratungsstelle wählte die Antwortkategorien "einmalig", "regelmässig" und "auch länger als 1 Jahr", fügte jedoch hinzu, dass die Beratungen „fast immer einmalig“ erfolgen. Dies deutet darauf hin, dass es sich bezüglich Sterbehilfe eher um eine Informationsvermittlung resp. Klärung von offenen Fragen, als um eine längere begleitende Beratung handelt.

Erneut wurde erhoben, ob eine Triage – diesmal jedoch nach erfolgter Beratung – stattfindet. Damit soll ermittelt werden, ob nach der Beratung die Bedürfnisse von Adressat:innen erfüllt sind oder eine weitere allenfalls spezialisierte Beratung noch nötig ist. Ein gutes Drittel (6 Nennungen, 37.5%) antwortete mit "nein", ein weiteres gutes Drittel (6 Nennungen, 37.5%) mit "manchmal" und 25% (4 Organisationen) mit "ja".

Im Zusammenhang mit dieser Frage wurden die mit "ja" oder "manchmal" Antwortenden mit einer offenen Möglichkeit aufgefordert anzugeben, an wen sie triagieren und weshalb. Von den 12 Organisationen antworteten 10. Die Stellen, an die triagiert wird, können in folgende Kategorien eingeteilt werden:

- PC-Organisationen (Palliativstationen, mobiler Palliativer Dienst, Pflegeheime)
- Sterbehilfeorganisationen
- Weitere (Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, medizinische Fachbereiche und Spezialkliniken)

Gründe für die Triage an Sterbehilfeorganisationen sind beispielsweise, weil diese die Durchführung eines AS anbieten oder die Abgrenzung zur "normalen Pflege" besser möglich und diese vom Thema Sterbehilfe entlastet ist. Eine Triage kann auch erfolgen, weil die Sterbehilfe in einem Spital nicht möglich ist. Gründe für eine Fallübergabe an nachsorgende Organisationen zeigen sich dann als relevant, wenn eine Person ein weiterbestehendes Bedürfnis nach Begleitung oder Sterbehilfe hat. Sie soll damit in ihrem Wunsch ernst genommen werden.

Nach der Einschätzung der Befragten zeigt sich, dass die Mehrheit (56.3%, 9 Nennungen) davon ausgeht, dass sich das Angebot der Sterbehilfeberatung in ihrer Organisation in Zukunft in Richtung eines Ausbaus bewegen wird (vgl. Abb. 18). Niemand war der Meinung, dass das Angebot zukünftig abgebaut wird.

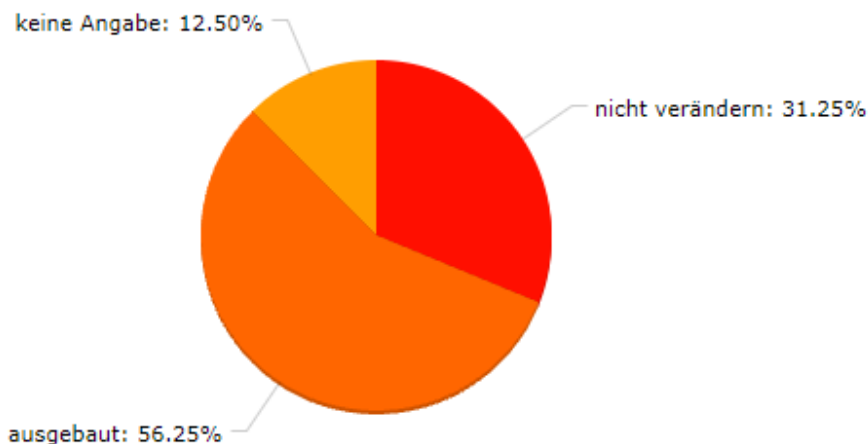


Abbildung 18. Fragebogen: Zukünftige Veränderung der Sterbehilfeberatung.

Mit den Antworten in diesem Themenblock zeigt sich, dass die Fragen bezüglich Sterbehilfe eingebettet sind in verschiedene Themen rund um das Lebensende. Beratungen finden häufig in Spitälern und Heimen statt, aber auch in der Lebenswelt von Betroffenen. Meist sind es mehrmalige Gespräche, die dann noch mit anderen Fachstellen und Ansprechpartner:innen vertieft werden. Das Angebot an Sterbehilfeberatungen in den Organisationen wird sich in Zukunft tendenziell erweitern.

4.2.5 Themenblock: Berater:innen und Auftrag

Ein weiterer Themenblock der Befragung setzt sich mit den Berater:innen und ihrem Auftrag auseinander. Darin werden Angaben zum beruflichen Hintergrund und der Ausbildung der Beratenden erhoben. Zudem wird erfasst, wie die geleistete Beratung bezüglich Abdeckung der Bedürfnisse der Adressat:innen und organisationaler Einbettung eingeschätzt wird. Ausserdem wird erhoben, welche Ansätze bestehen, welche Zugangskriterien gelten, worauf Schwierigkeiten zu liegen kommen und wie auf die Beratungsmöglichkeit aufmerksam gemacht wird.

Mit den Kategorien "Medizin", "Pflege", "Soziale Arbeit", "Theologie" sowie der Möglichkeit eine "andere Disziplin" zu nennen, wurde nach dem beruflichen Hintergrund der Berater:innen gefragt (vgl. Abb. 19). Mehrfachnennungen waren möglich und die Frage wurde von 15 Teilnehmenden beantwortet. Eine Person hat den Fragebogen an dieser Stelle abgebrochen, denn ab dieser Frage beantworteten nur noch 15 Teilnehmende die Fragen.

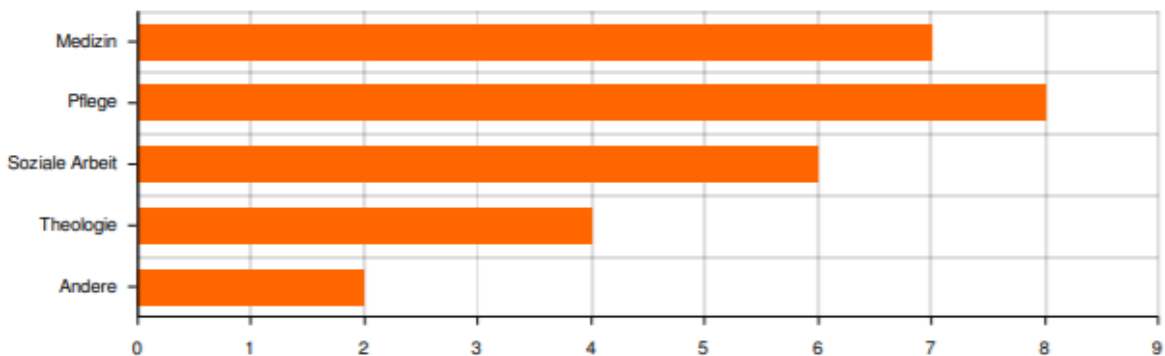


Abbildung 19. Fragebogen: Beruflicher Hintergrund der Sterbehilfeberater:innen.

Über die Hälfte der Berater:innen in der Sterbehilfe hat gemäss der Befragung einen pflegerischen Hintergrund (53.3%, 8 Nennungen). Darauf folgen die Medizin (46.7%, 7 Nennungen), die Soziale Arbeit (40.0%, 6 Nennungen), die Theologie (26.7%, 4 Nennungen) und mit je einer Nennung (6.7%) im Zusatzfeld die „Psychoonkologie“ und „Apotheke“.

Dass die Pflegedisziplin und auch die Medizin am häufigsten mit dem Thema konfrontiert wird, ist insofern nachvollziehbar, als dass diese Professionen stark mit Krankheit, Lebensende und Sterben assoziiert werden. Dass viele der Berater:innen einen beruflichen Hintergrund in der Sozialen Arbeit haben und diese Profession ebenfalls einen hohen Stellenwert einnimmt zeigt, dass sich die Beratung am Lebensende nicht lediglich auf medizinische oder pflegerische Themen beschränkt. Einer der Gründe dafür könnte sein, dass Sozialarbeitende über eine breite Qualifikation und einen ganzheitlichen Ansatz verfügen. Im Theorieteil werden bei der PC (vgl. Kap. 2.2) Gründe für den Einsatz eines multiprofessionellen Teams am Lebensende und die diesbezüglichen Kompetenzen der SA ausgeführt.

Gefragt nach der höchsten abgeschlossenen Ausbildung der Sterbehilfeberater:innen zeigt sich aufgrund der 15 Antworten folgendes Bild (vgl. Abb. 20). Mehrfachnennungen waren möglich.

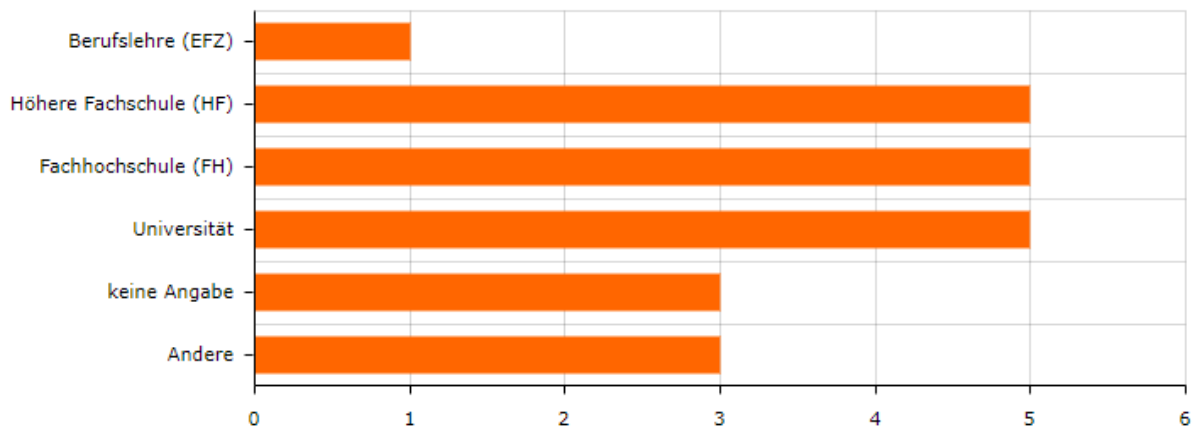


Abbildung 20. Fragebogen: Höchste abgeschlossene Ausbildung der Sterbehilfeberater:innen.

Zu rund einem Drittel (5 Nennungen, 33.3 %) verfügen die Berater:innen über einen Abschluss einer höheren Fachschule, einer Fachhochschule oder einer Universität. Drei Personen (20%) machten keine Angaben. Dreimal (20%) wurden zusätzliche Weiterbildungen erwähnt (Feld „Andere“). Dabei wurde ein „CAS“ und ein „MAS“ hinzugefügt (und nicht näher präzisiert), ein Master-Abschluss (und gleichzeitig die „Universität“) sowie diverse Spezialausbildungen (gemeinsam mit allen anderen Auswahlkategorien). Lediglich eine Person verfügt als höchste abgeschlossene Ausbildung über eine Berufslehre. Somit zeigt sich, dass die Sterbehilfeberater:innen fast ausnahmslos über eine hohe bis sehr hohe Qualifikation verfügen.

Die Fragebogenteilnehmenden wurden gefragt, ob sie denken, dass die Beratung bezüglich Sterbehilfe durch ihre Stelle geleistet werden sollte und dort, wie auch bei den dafür zuständigen Berater:innen, am richtigen „Ort“ ist. Es zeigt sich, dass nicht ganz die Hälfte (46.7% Nennungen, 7 Nennungen) dies als zutreffend einschätzte. Fast so viele äusserten sich, dass dies „nicht immer“ der Fall sei (40.0%, 6 Nennungen) und nur eine Person (6.7%) verneinte. Mehrfachnennungen waren nicht möglich, jedoch konnte „keine Angabe“ ausgewählt werden, was eine Person (6.7%) nutzte.

Das ist insofern bemerkenswert, als dass eine vorherige Frage bezüglich Häufigkeit gezeigt hat, dass einige Organisationen (sehr) selten entsprechende Beratungen durchführen. Anscheinend passen die Beratungen, wenn sie zum Thema werden, in den vorhandenen Kontext.

Die Personen wurden auch befragt, wie sie die durch die Sterbehilfeberater:innen geleistete Beratung einschätzen (vgl. Abb. 21). Zur Auswahl standen vier Kategorien, von welchen eine ausgewählt werden musste. Die Kategorien lauten:

- "Alle Bedürfnisse der Klient:innen sind danach gedeckt"
- "Die Klient:innen haben einige Informationen und Anhaltspunkte erhalten"
- "Das Thema wird grob behandelt"
- "Keine Angabe"

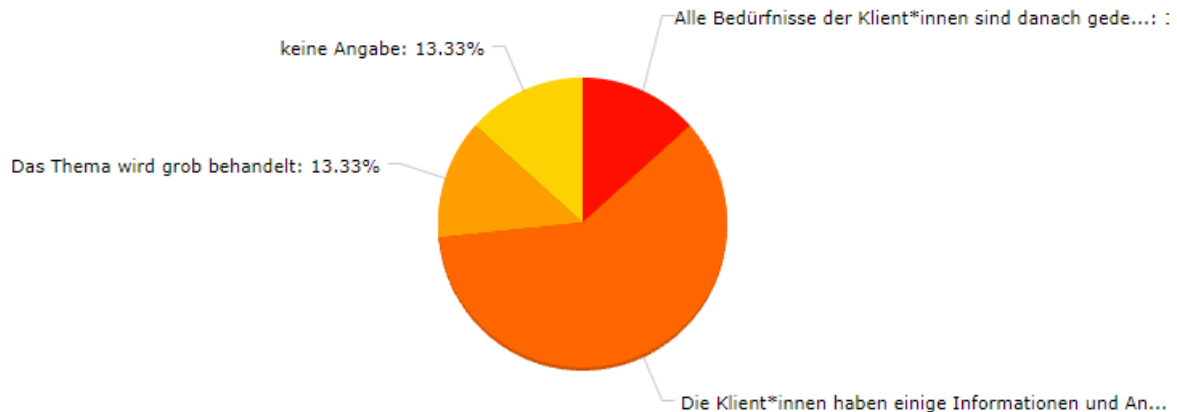


Abbildung 21. Fragebogen: Einschätzung der Bedürfnisabdeckung nach erfolgter Sterbehilfeberatung.

Mit rund 60% geht die Mehrheit der Personen (9 Organisationen) davon aus, dass die Klient:innen nach der Beratung einige Informationen und Anhaltspunkte haben, jedoch (noch) nicht alle Bedürfnisse abgedeckt sind.

Mit der Frage, ob es in den Organisationen bestimmte Beratungsansätze, Beratungskonzepte, Handlungsanweisungen oder Methoden bezüglich der Beratung im Kontext der Sterbehilfe gibt, wurde die Absicht verfolgt, den Institutionalisierungs- und Professionalisierungsgrad in den einzelnen Organisationen zu erfassen. Als Antwortmöglichkeiten konnte "ja", "nein" oder "keine Angabe" ausgewählt werden. Die Mehrheit (6 Organisationen, 40%) verfügt in keiner Form über eine konzeptionelle Fundierung. Bei fünf Organisationen (33.3%) hingegen sind entsprechende Ansätze vorhanden. Von den 15 Teilnehmenden machten vier Personen (26.7%) keine Angaben.

Die Personen mit Grundlagen gaben an, über Folgendes zu verfügen (wörtlich zitiert):

1. *„interne Ablaufraster und Merkblätter, interne Leitfaden und Rapport Vorlagen, interne Qualitäts- und Ethiksicherung“*
2. *„R. [anonymisiert] hat ein Grundsatzpapier veröffentlicht“*
3. *„aktive Sterbehilfe kann im Spital nicht durchgeführt werden“*
4. *„Richtlinien des Spitals, weitere Dokumente in Bearbeitung“*
5. *„Die Einzel-Beratung erfolgt individuell nach den jeweiligen Problem-Schwerpunkten“*

Aus diesen Antworten zeigt sich, dass wenige methodisch-konzeptionelle Ansätze bezüglich der Beratung im Kontext der Sterbehilfe bestehen. Hingegen lassen sich einige Hinweise hinsichtlich Haltungen erkennen, wie beispielsweise im ersten Zitat die Qualitäts- und Ethiksicherung. Besteht die Ethiksicherung zum Beispiel in Form einer Ethikkommission oder eines Ethikforums, kann davon ausgegangen werden, dass ein institutionalisiertes, interdisziplinäres und speziell dafür geschultes, oder mindestens sensibilisiertes, Team im Einsatz ist. Zudem betont das Zitat 5 die Individualität und liefert zudem mit der Einzel-Beratung methodische Hinweise, die mit der Einzel(fall)hilfe als klassische Methode der Sozialen Arbeit (vgl. Galuske, 2011) in Verbindung gebracht werden kann. Der Professionalisierungsgrad scheint bei vielen Organisationen noch nicht hoch zu sein resp. erst erarbeitet zu werden.

Eindeutig zeigt sich, dass die Beratungen aus einem konfessionsneutralen Beratungsverständnis angeboten werden, denn die Frage danach wurde von 13 Organisationen bejaht (86.7%) und von niemandem verneint. Zwei Personen (13.3%) machten keine Angaben. Konfessionsneutrale Beratung scheint üblich zu sein.

Bestehende Zugangskriterien für die Beratung bezüglich Sterbehilfe werden durch folgende Kategorien differenziert:

- "Mitgliedschaft"
- "eine Form eines Leistungsbezuges (z.B. bereits Patient:in, Bewohner:in etc.)"
- "Beratung ist kostenpflichtig"
- "keine"
- "Weiteres/Anderes"

Eine Mehrfachnennung war möglich¹⁹. Somit zeigt sich, dass bei der Mehrheit der Organisationen (8 Nennungen, 53.3%) Personen beraten werden, die bei der entsprechenden Organisation eine Leistung beziehen, zum Beispiel in Behandlung oder wohnhaft sind. Dies steht in Verbindung mit einer Form von finanzieller Abgeltung. Bei sieben Organisationen (46.7%) ist die Beratung sehr niederschwellig; es bestehen keine Zugangskriterien. Zwei Organisationen (13.3%) bieten ihre Beratung kostenpflichtig an und bei einer weiteren Organisation (6.7%) ist die Beratung für Mitglieder vorgesehen.

Ebenfalls erhoben wurde, ob im Zusammenhang mit dem AS Schwierigkeiten bei der Beratung resp. in den Organisationen generell entstehen. Bei der Mehrheit der Organisationen (8 Organisationen, 53.3%) ist dies der Fall (vgl. Abb. 22).

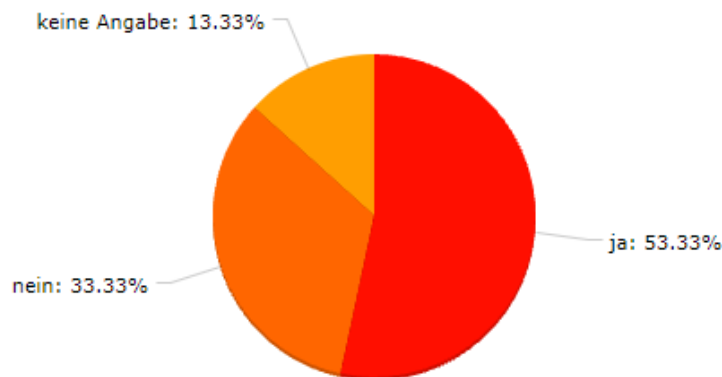


Abbildung 22. Fragebogen: Schwierigkeiten bei Beratungen im Zusammenhang mit AS.

Einerseits verblüffen diese Antworten kaum, führt das Thema Sterbehilfe doch immer wieder zu Kontroversen. Andererseits zeigt sich auch deutlich, dass ein Drittel der Organisationen, die Sterbehilfeberatungen anbieten, mit keinerlei Schwierigkeiten konfrontiert sind.

Die acht Teilnehmenden, die mit Schwierigkeiten konfrontiert sind, antworteten auf die offene Frage, um welche Schwierigkeiten es sich handelt. Aus der inhalts-strukturierenden Auswertung zeigen sich zwei Schwerpunkte:

¹⁹ Bei dieser Frage wurde eine Datenbereinigung vorgenommen, da zwei Personen „Weiteres/Anderes“ auswählten, darin jedoch „Behandlungsauftrag“ und „akutstationärer Aufenthalt“ präzisierten, was als Form eines Leistungsbezuges betrachtet wird.

1. Persönliche Vorbehalte und Gründe von Mitarbeitenden sowie Unsicherheiten bezüglich des Umgangs, der professionellen Rolle, ethische Konflikte und Belastungen

Sobald das Datum des assistierten Suizides bekannt ist, haben die Mitarbeitenden teilweise Mühe, einfach normal weiterzuarbeiten gemäss Pflegeplanung, vielleicht sogar noch am Tag selber ("wozu ist das noch gut", "soll ich mich verabschieden - wie?" etc.), Wo ist die professionelle Grenze, wenn eine Kundin wünscht, dass ihre Fallführende Mitarbeitende beim Sterben dabei ist.

2. Organisationale (institutionelle) Vorbehalte, Haltungen und (fehlende) Regelungen, beispielsweise PC als Behandlungsansatz und Verankerung entsprechender Grundwerte

- *Unterschiedliche Haltungen gegenüber Thema bei den an einem Fall mitinvolvierten Fachpersonen.*
- *Vorgabe der Organisation, dass assistierter Suizid nicht angeboten wird, aber der Wunsch ernst genommen werden soll.*
- *Behandlungsansatz der PC und dessen Grundwerte sind stark institutionalisiert*

Im Umgang mit den auftretenden Schwierigkeiten lassen sich aus den offenen Antworten qualitativ folgende inhaltliche Differenzierungen im Vorgehen der Organisationen analysieren:

1. Konzepte und klare Regelungen, beispielsweise Rollenklärung
 - ➔ Begleitung bis vor den AS erlaubt, Verbot der Beihilfe beim AS, Beratung zu AS auf Stufe Mitarbeitende freiwillig
2. institutionelles Verbot der Abgabe von Informationen
 - ➔ Fragen werden beantwortet, für weiterführende Information werden Betroffene und Angehörige auf das Internet verwiesen
3. Individuelle Lösungen je nach Situation
4. generelle Wissenserweiterung bei allen Mitarbeitenden
 - ➔ Organisation eines Vortrages einer Sterbehilfeorganisation
5. Gefässe für Gespräche
 - ➔ Interdisziplinäre Fallbesprechungen, Supervisionen (wiederkehrend resp. institutionalisiert), Gespräche mit (betroffenen) Mitarbeitenden

Der letzte Punkt zielt darauf ab, (ethische) Konflikte resp. persönliche Schwierigkeiten mittels Reflektion zu diskutieren und eine professionelle Rolle zu entwickeln. Eine Person äusserte, dass Gespräche mit Mitarbeitenden zwar geführt werden, jedoch die Zeit dafür oft zu knapp ist und die Gespräche sowie Begleitungen der Mitarbeitenden zu kurz komme. Es fehle an Zeit für die Aufarbeitung, was von dieser Person offensichtlich als wichtig erachtet wird.

Bezüglich des Zugangs wurde auch erhoben, ob die Organisationen öffentlich auf ihre Beratungsmöglichkeiten hinsichtlich Sterbehilfe aufmerksam machen. Mit dieser Frage soll einerseits ermittelt werden, ob die Beratung resp. das Angebot institutionalisiert ist, andererseits, ob es für interessierte Adressat:innen auffindbar und damit für einen breiten Adressat:innenkreis (niederschwellig) zugänglich ist (vgl. Abb. 23).

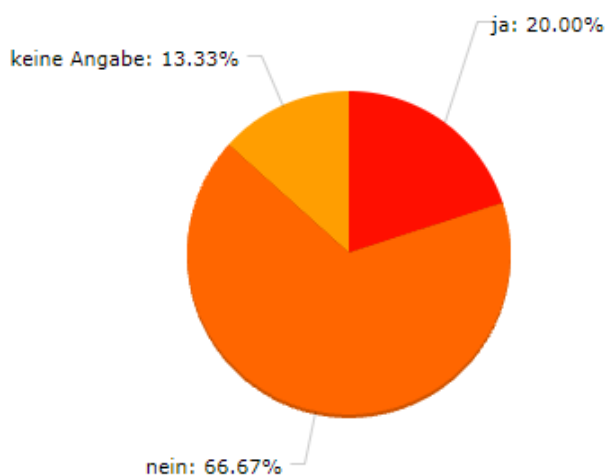


Abbildung 23. Fragebogen: Öffentliche Kommunikation der Sterbehilfeberatung.

Nicht einmal ein Viertel der Organisationen (3 Nennungen, 20%) macht auf das Angebot aufmerksam. Eine offene Kommunikation bezüglich des Angebots betreibt eine auf das Lebensende spezialisierte Spitexorganisation, eine Sterbehilfeorganisation und ein Spital. Der grössere Teil der Organisationen (10 Nennungen, 66.7%) kommuniziert das Angebot nicht öffentlich. Kenntnisse über das Angebot hat demnach nur ein exklusiver Teil der Bevölkerung. Auf eine offene Frage hin präzisierten die drei Personen, wie ihre Organisationen auf ihre Beratungsmöglichkeit aufmerksam machen. Alle drei weisen im Rahmen von Öffentlichkeitsarbeit (z.B. in Broschüren zu PC) und auf ihrer Homepage darauf hin. Eine der drei Organisationen, die Sterbehilfeorganisation, bietet spezifisch Schulungen, Vorträge und

Symposien zum Thema an und macht in der Presse sowie im Mitgliedermagazin darauf aufmerksam.

Die Organisationen, welche die Frage nach der öffentlichen Kommunikation mit "nein" beantworteten, wurden mit einer offenen Frage aufgefordert anzugeben, weshalb sie nicht darauf aufmerksam machen. Neun von 10 Teilnehmenden gaben eine Antwort. Diese lassen sich wie folgt inhaltsstrukturierend zusammenfassen:

1. Kein Kernauftrag resp. ein eher seltenes Thema unter vielen, weshalb es nicht explizit erwähnt wird
2. AS kann in der Organisation nicht ausgeführt werden
3. Kein öffentlich zugängliches Angebot, daher nicht 'beworben' (nur für einen spezifischen Adressat:innenkreis wie Gäste, Mitglieder, Patient:innen)

Eine Person betonte dabei, dass *„jegliche Art ‘der Werbung’ vermieden wird“*.

Daraus lässt sich schliessen, dass ein grosser Teil der Organisationen zwar Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit Optionen der Sterbehilfe anbietet, die Beratung jedoch nicht als einen (wichtigen) Teil ihres Auftrags erachtet.

Damit zeigt sich in diesem Themenblock, dass die Beratungen von verschiedenen Professionen und konfessionsneutral angeboten werden, wobei die Beratenden über hohe Qualifikationen verfügen. Der Professionalisierungsgrad und das Selbstverständnis bezüglich Sterbehilfe sind jedoch noch nicht weit fortgeschritten bzw. verankert. Das zeigt sich auch darin, dass häufig Schwierigkeiten bei den Organisationen im Zusammenhang mit Sterbehilfeberatungen auftauchen. Zudem kommuniziert – aus verschiedenen Gründen - nur ein kleiner Teil der Organisationen öffentlich, dass sie Beratungen anbieten.

4.2.6 Themenblock: neutrale Beratungsstelle

Vor dem nächsten Themenblock, der Auseinandersetzung mit einer neutralen Beratungsstelle, wurden die Teilnehmenden darauf hingewiesen, dass die Masterthesis auch der Frage nachgeht, ob es eine neutrale, unabhängige, niederschwellige und kostenlose Beratungsstelle braucht (Hypothese und Vision, vgl. Kap. 1.4). An diese Stelle des Fragebogens gelangten auch die Personen, welche am Anfang angaben, dass sie selbst keine Beratung anbieten, jedoch eine Triage vornehmen. Es wurde skizziert, dass dies eine erste Anlaufstelle für Menschen sein könnte, die sich mit dem Thema AS befassen und auseinandersetzen (wollen). Diese Stelle könnte nebst der Beratung eine Triage anbieten.

Nach der kurzen Beschreibung der Beratungsstelle wurden die Teilnehmenden zu ihrer Meinung befragt, ob ein solches Beratungsangebot in Bezug auf die Sterbehilfe sinnvoll resp. notwendig ist. Die Antwortkategorien lauteten "ja", "nein", "vielleicht" und "keine Angabe". 35 Teilnehmende beantworteten die Frage (vgl. Abb. 24).

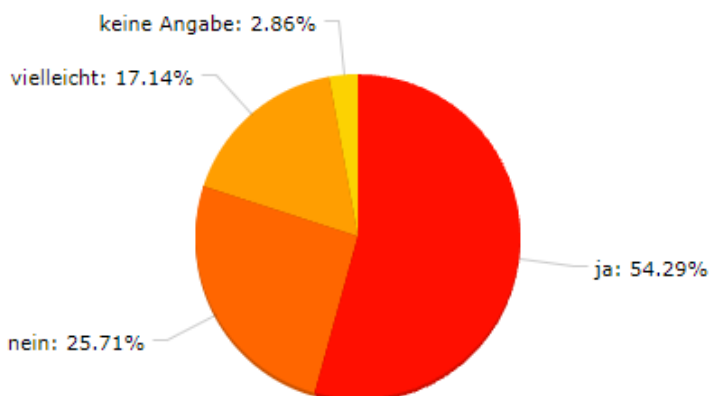


Abbildung 24. Fragebogen: Notwendigkeit eines neuen Beratungsangebots.

Über die Hälfte der Befragten (19 Nennungen, 54.3%) ist der Meinung, dass ein solches Beratungsangebot sinnvoll oder gar notwendig ist.

25 Personen gaben dazu eine Begründung ab. Aufgrund der Komplexität wurde für die qualitative Inhaltsanalyse die Software MAXQDA eingesetzt. Einen Überblick über die Antworten vermittelt Abbildung 25.

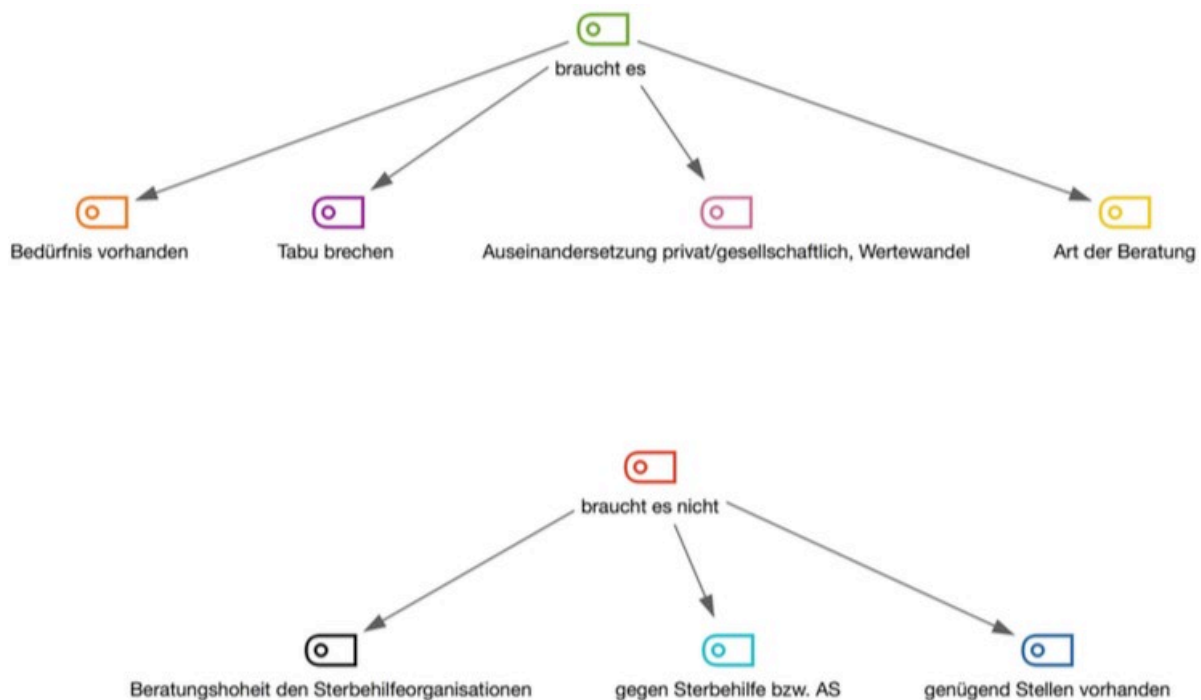


Abbildung 25. Fragebogen: Begründungen Notwendigkeit neues Beratungsangebot.

Die Antworten lassen sich in die Kategorien „braucht es“ und „braucht es nicht“ einteilen. Die Begründungen für die jeweilige Haltung wurden thematisch geordnet. Auf der Seite der Befürworter:innen einer solchen Beratungsstelle wird betont, dass eine *private und gesellschaftliche Auseinandersetzung* mit den Themen Tod und Sterben wichtig ist und diese gefördert werden muss. Menschen, die eine Beratung in diesem Bereich in Anspruch nehmen möchten, sollten ein passendes Angebot finden können. Der Kategorie „Art der Beratung“ wurden Äusserungen zugeordnet, welche die Wichtigkeit eines Beratungsangebots mit dessen Ausgestaltung bzw. Merkmalen begründen. Hier wurde genannt, dass man mit einer neutralen Fachperson frei über den AS sprechen kann, ohne dass eine Institution in den Vordergrund rückt, dass ein niederschwelliges Angebot helfen kann die Gedanken zu ordnen und dass ein Angebot kostenlos sein soll, damit alle Interessierten es in Anspruch nehmen können. Weitere Nennungen bezogen sich spezifisch auf das *Brechen eines Tabus*, da es für die Betroffenen in der aktuellen gesellschaftlichen Lage schwierig sei, ihre Gedanken zum AS zu äussern und ein Beratungsangebot in diesem Bereich einen wichtigen Beitrag dazu leistet, Tod und Sterben als Themen zu normalisieren. Die Befürwortung wurde teilweise auch mit einem *geäusserten Bedürfnis* nach einem solchen Angebot durch Betroffene begründet.

Personen, die sich gegen eine solche Beratungsstelle ausgesprochen haben, betonen unter anderem, dass es *bereits genügend Angebote* gibt, an die sich Betroffene wenden können und

dass Organisationen, welche kein solches Angebot haben, an die Anbieter:innen triagieren können. Weitere Nennungen beziehen sich auf die *Beratungsangebote der Sterbehilfeorganisationen*. Die Teilnehmer:innen äusserten, dass diese ein qualifiziertes und ausreichendes Angebot haben und ein weiteres Angebot deshalb nicht notwendig ist. Es gab ausserdem Personen, welche sich generell *gegen die Sterbehilfe* bzw. die Inanspruchnahme eines AS ausgesprochen haben. Sie sind auch dagegen, dass zur Thematik beraten wird.

Die Diskrepanz zwischen der Haltung, dass es bereits genügend Beratungsangebote gibt und jener, dass ein neutrales Beratungsangebot geschaffen werden sollte, fällt auf. In der Praxis scheint Uneinigkeit über die Bedürfnisabdeckung zu herrschen. Eine weitere Diskrepanz zeigt sich bezüglich Beratungsangebot der Sterbehilfeorganisationen. Ein Teil der Teilnehmer:innen ist der Meinung, dass die Sterbehilfeorganisationen die Bedürfnisse der Betroffenen genügend abdecken. Die anderen fänden es sinnvoll, wenn es ein Beratungsangebot geben würde, bei dem keine Organisation im Vordergrund steht.

Die Teilnehmenden wurden aufgefordert Stellung zu beziehen, ob sie an eine solche Beratungsstelle triagieren würden (vgl. Abb. 26). Erneut nahmen 35 Teilnehmende teil.

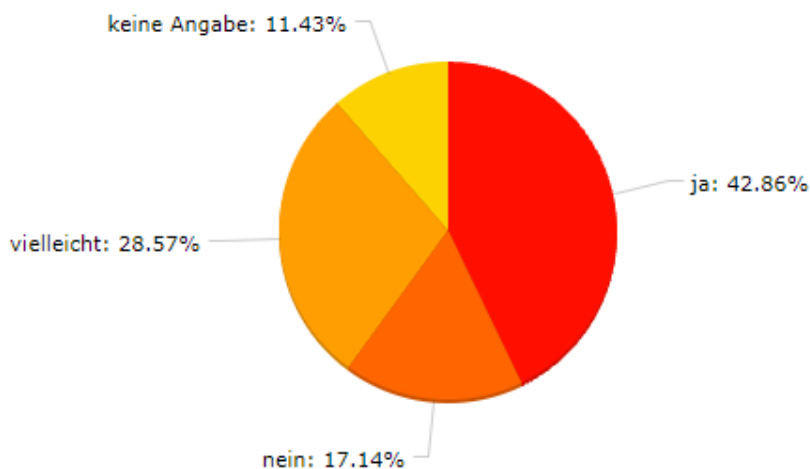


Abbildung 26. Fragebogen: Triage an neues Beratungsangebot.

Werden alle Antworten mit einem deutlichen "ja" (42.86%, 15 Nennungen) sowie die Antworten "vielleicht" (28.57%, 10 Nennungen) zusammengezählt, geben fast drei Viertel der Befragten an, dass sie an eine neutrale Beratungsstelle triagieren würden. 17.14% (6 Nennungen) würden nicht triagieren und 11.4% (4 Nennungen) machten keine Angaben. Das heisst, dass sehr viele Akteur:innen, unter anderem auch solche, die ein entsprechendes

Beratungsangebot haben, trotzdem noch an eine spezialisierte und dafür zuständige Stelle verweisen würden.

Abschluss des Themenblocks bildete die qualitative Frage, wie in den Augen der Befragungsteilnehmenden eine ideale Beratung bezüglich Sterbehilfe ausgestaltet sein sollte und was sie dabei als besonders beachtenswert einschätzen. 35 Teilnehmende schilderten ihre Ansichten, wobei von den einzelnen Teilnehmer:innen mehrere Nennungen gemacht wurden. Erneut wurde die Auswertung durch die Heterogenität und Komplexität softwarebasiert mit MAXQDA vorgenommen. Die Antworten der Teilnehmenden lassen sich in unterschiedliche Kategorien strukturieren. Diese sind in der Abbildung 27 ersichtlich.

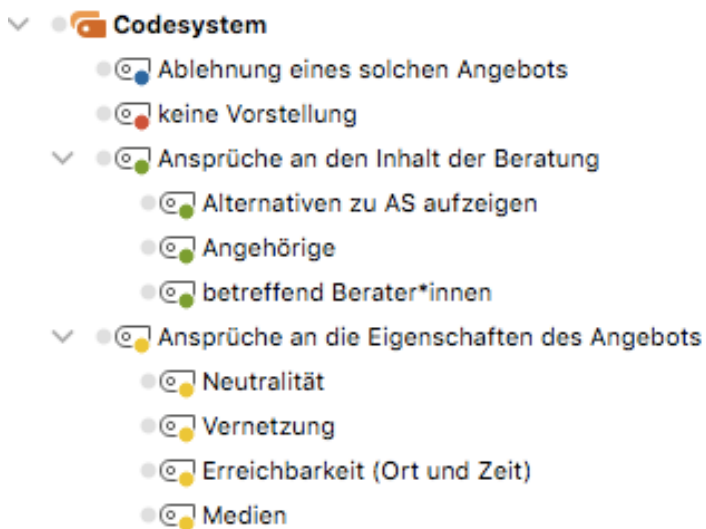












- 
- ▼ ●  Codesystem
 -  Ablehnung eines solchen Angebots
 -  keine Vorstellung
 - ▼ ●  Ansprüche an den Inhalt der Beratung
 -  Alternativen zu AS aufzeigen
 -  Angehörige
 -  betreffend Berater*innen
 - ▼ ●  Ansprüche an die Eigenschaften des Angebots
 -  Neutralität
 -  Vernetzung
 -  Erreichbarkeit (Ort und Zeit)
 -  Medien

Abbildung 27. Fragebogen: Anforderungen an die Beratung.

Die Nennungen zu dieser Frage können in die Kategorien „Ablehnung“ eines Beratungsangebots und „keine Vorstellungen“ zu einem Beratungsangebot eingeordnet werden. Die restlichen Antworten lassen sich nach *inhaltlichen Ansprüchen an die Beratung* und *Ansprüchen an Eigenschaften des Beratungsangebots* einteilen. Bei ersterem wurde erwähnt, dass auch Alternativen zur Sterbehilfe bzw. zum AS Thema in den Beratungen sein sollten. Weitere Nennungen beziehen sich auf den Einbezug von *Angehörigen* in die Beratung. Zum einen wurde die Beratung von Angehörigen angesprochen, zum anderen wurde angemerkt, dass die Angehörigen in der Beratung der direkt Betroffenen ein Thema sein sollten. Andere Äusserungen bezogen sich auf die *Beratungsperson* oder deren notwendige Kompetenzen. Beratungserfahrung, medizinisches Fachwissen, Kenntnisse über die

Krankheitsgeschichte der betroffenen Person, Empathie, die Wünsche der Betroffenen akzeptieren und die sachliche Informationsvermittlung sind genannte Aspekte.

Auffällig ist sowohl der Anspruch, dass bei einer Beratung für Sterbehilfe auch zwingend Alternativen aufgezeigt werden sollten als auch, dass eine beratende Person medizinisches Fachwissen oder Kenntnisse über die Krankheitsgeschichte der Adressat:in haben müsste, um sie bezüglich der Sterbehilfe zu beraten.

Weitere geäußerte Ansprüche an die Beratung beziehen sich auf die *Ausgestaltung bzw. die Eigenschaften des Angebots*. Die *Neutralität* des Angebots wurde genannt und auf unterschiedlichen Ebenen definiert; unabhängig von der jeweiligen Organisation, unabhängig von Sterbehilfeorganisationen, konfessionslos, medizinisch unabhängig. Auch wurde auf die *Vernetzung* mit Akteur:innen aus der PC und Hausärzt:innen, Spitex und Kirch- bzw. politischen Gemeinden aufmerksam gemacht. Weitere Anmerkungen der Befragten betreffen die *Erreichbarkeit* des Angebots. Zum einen wurde betont, dass die Beratungsstelle örtlich gut erreichbar sein müsste und zum anderen wurde eine gute telefonische Erreichbarkeit (Bürozeiten oder sogar rund um die Uhr) genannt. Ergänzend wurde die Erreichbarkeit mittels online *Medien*, wie Chat oder E-Mail erwähnt.

Aus den Antworten zu diesem Themenblock, der sich mit einer neuen, neutralen Beratungsstelle befasst zeigt sich, dass die Mehrheit ein solches Angebot als sinnvoll erachtet. Es konnten differenzierte Begründungen, die dafür und auch solche, die dagegensprechen, herausgearbeitet werden. Die Mehrheit würde eine Triage an ein solches Angebot vornehmen. Bezüglich der Ausgestaltung eines Angebots zeigen die Antworten, dass inhaltliche Aspekte (Alternativen zum AS aufzeigen, Angehörige bei der Beratung berücksichtigen und spezifische Anforderungen an die Beratenden) wichtig sind, aber auch bestimmte Eigenschaften (Neutralität, Vernetzung, Erreichbarkeit und Beratungsmedien) beachtet werden müssten.

4.2.7 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die wichtigsten Ergebnisse je Themenblock werden hier in einer Übersicht zusammenfassend dargestellt (vgl. Abb. 28 und 29). Es handelt sich der Übersichtlichkeit halber nicht um eine vollständige Darstellung; es werden meist nur die häufigsten Nennungen gezeigt (und z.B. nie die Prozentzahlen bezüglich "keine Angaben" vermerkt). Zudem variiert die Anzahl in der Stichprobe je nach Frage (vgl. Abb. 7), was in dieser Übersicht nicht erneut aufgeführt ist. Auch nicht ersichtlich ist, bei welchen Fragen Mehrfachnennungen möglich waren.

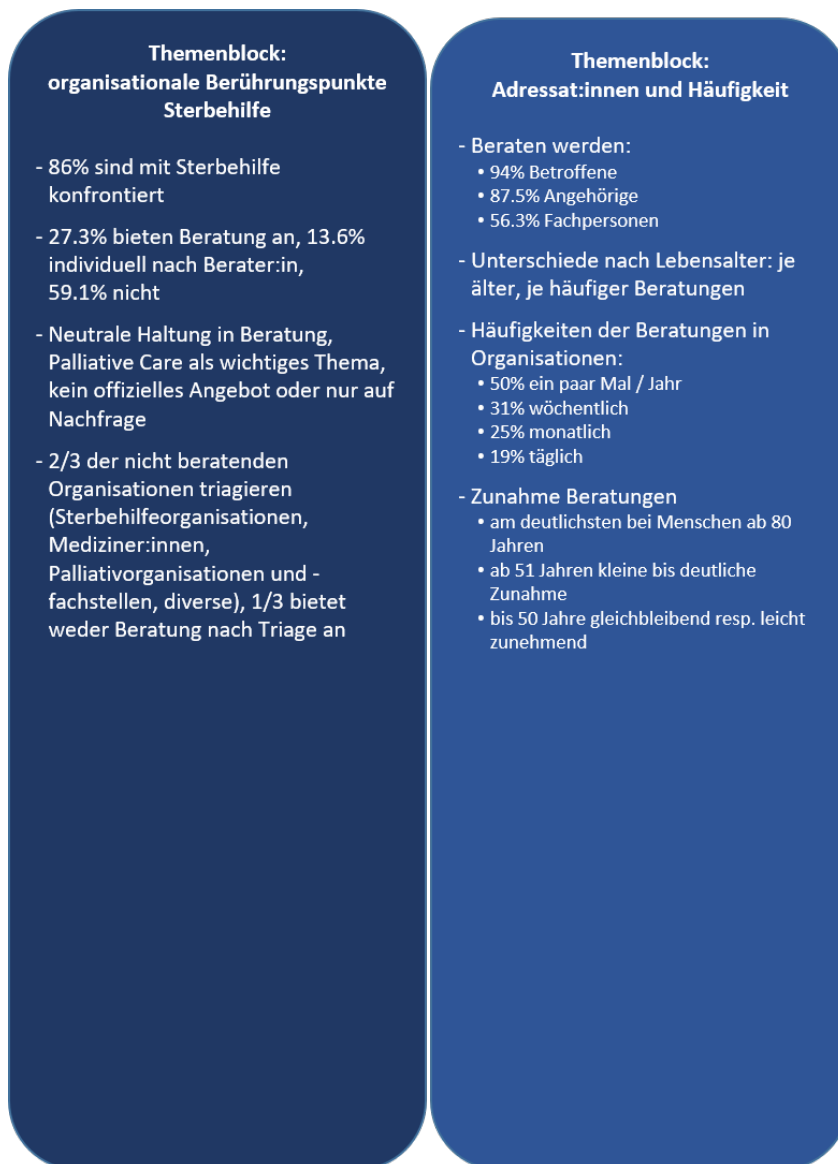


Abbildung 28. Fragebogen: Ergebnisse in der Übersicht (1/2).

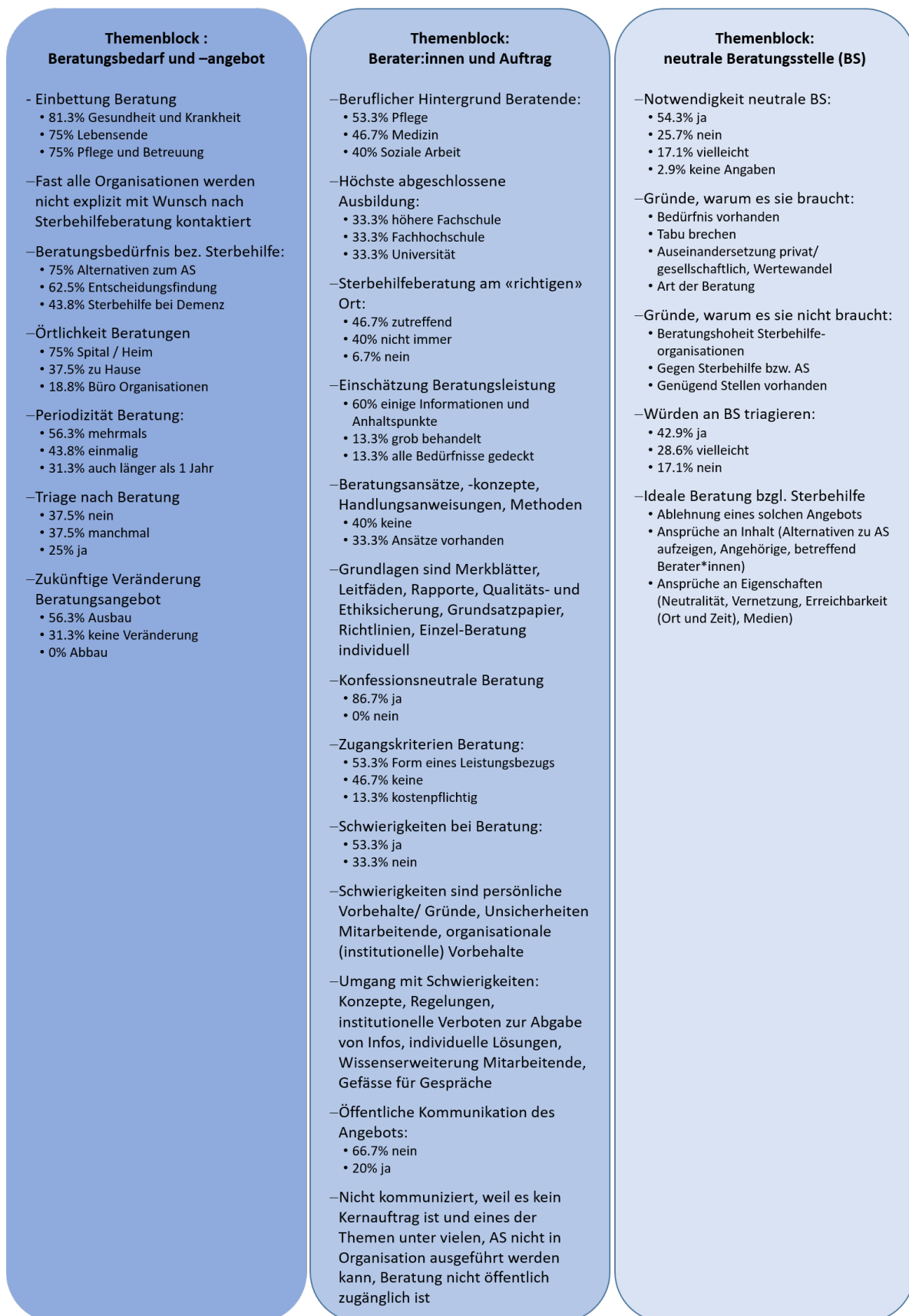


Abbildung 29. Fragebogen: Ergebnisse in der Übersicht (2/2).

5. Empirischer Teil 2: Interviews

In diesem Teil werden die Expert:inneninterviews, als zweiter Teil des Mixed-Methods-Ansatzes dargestellt. Erneut werden in zwei Kapiteln, unterteilt in mehrere Unterkapitel, zuerst das methodische Vorgehen und danach die Ergebnisse beschrieben.

Die Expert:inneninterviews bauen auf den aus dem Online-Fragebogen gewonnenen Erkenntnissen auf und haben das Ziel, diese zu erweitern und zu vertiefen. In den Interviews wird Bezug auf das spezifische Beratungsangebot der Expert:innen zu Sterbehilfe genommen und es wird der Frage nachgegangen, inwieweit dieses Angebot die Bedürfnisse der Adressat:innen abdeckt bzw. welche Lücken und Grenzen das Angebot diesbezüglich hat. Weiter interessiert, welche Berufsgruppen nach Einschätzung der Expert:innen einen Beratungsauftrag im Kontext der Sterbehilfe haben und wie sie diesbezüglich die Rolle der SA beschreiben. Abgeschlossen werden die Interviews mit der Frage nach der Idealvorstellung einer Sterbehilfeberatung.

5.1 Methodisches Vorgehen und Methodenreflexion

In diesem Kapitel wird die Interviewform, die Erstellung des Interviewleitfadens, die Wahl der befragten Experten²⁰ sowie die Transkriptions- und Auswertungsmethode beschrieben.

5.1.1 Interviewformen

In der Forschung werden zahlreiche unterschiedliche Formen qualitativer Interviews beschrieben, wobei die Begrifflichkeiten nicht immer einheitlich verwendet werden. Gemeinsam ist allen Formen, im Unterschied zu standardisierten Befragungen, dass den Befragten viel offener Raum gewährt wird, um ihre Perspektiven darzulegen (Kruse, 2015, S. 148). Qualitative Interviews erfordern deshalb eine nicht-direktive Gesprächsführung, welche sich zwischen Offenheit und Strukturierung hin und her bewegt. Nach Kruse (S. 149) können qualitative Interviews in der Praxis selten einer einzigen Interviewform zugeschrieben werden. Als Primat nennt er die Gegenstandsangemessenheit, welche den phasenweisen Einsatz von Elementen unterschiedlicher Interviewformen verlangt. Kruse merkt an, dass es deshalb

²⁰ Bei den Experten handelt es sich in allen Interviews um männliche Personen. Entsprechend wird fortlaufend in Bezug auf die Interviewten nur die männliche Bezeichnung verwendet. Der Umstand, dass es sich bei allen drei Experten um männliche Personen handelt, war nicht speziell beabsichtigt, sondern hat sich durch die begrenzte Zugänglichkeit ergeben. Aus dem Interview 2 ging hervor, dass deutlich mehr Frauen als Sterbebegleiterinnen tätig sind als Männer (Zeile 116-117). Auch die Soziale Arbeit ist weiblich dominiert. Dass nur männlich Personen als Experten zur Verfügung gestanden sind, ist daher auffällig.

wichtig sei zu beschreiben, „*was man genau wie gemacht hat, sprich: wie man die Interviews hinsichtlich spezifischer Kommunikationsmuster prozessual gestaltet hat*“ (2015, S. 150).

Das **Leitfadeninterview** gehört laut Kruse (2015) zu den am häufigsten angewandten Interviewformen der qualitativen Sozialforschung. Die Interviewdurchführung wird mittels eines Leitfadens strukturiert, damit sie einem bestimmten Themenweg folgt. Grund der Strukturierung ist ein bestimmtes Forschungsinteresse, zu dem das Interview Erkenntnisse generieren soll (S. 209). Das **Expert:inneninterview** (S. 166) stellt keine eigenständige Interviewform, sondern eine Variante des Leitfadeninterviews dar, welche sich an einer bestimmten Zielgruppe - den Expert:innen - orientiert. Expert:innen stehen nicht als private Personen im Fokus, sondern vielmehr in ihrer spezifischen Rolle innerhalb eines bestimmten Fachgebiets. Dieser Fokus auf das Expert:innenwissen führt dazu, dass der Leitfaden stärker strukturiert und auch spezifisches Wissen abgefragt werden kann. Jedoch plädiert Kruse (2015, S. 169) dafür, auch in Expert:inneninterviews narrative Anreize nicht zu vernachlässigen. Diese Forderung wurde bei der Erstellung des Interviewleitfadens (vgl. Kap. 5.1.2) berücksichtigt, indem zu Beginn und am Schluss des Interviews Fragen mit einem Narrationsanreiz eingebaut wurden.

Bei den Interviews der Thesis handelt es sich um Leitfadeninterviews, die als Expert:inneninterviews konzipiert wurden. Daher wird für sie der Begriff Expert:inneninterviews verwendet.

5.1.2 Interviewleitfaden

Der Leitfaden für die Expert:inneninterviews (vgl. Kap. 5.1.2) wurde mit Hilfe der „SPSS“-Technik nach Helfferich erstellt (2011, S. 182-185):

S - in einem Brainstormingprozess möglichst viele Fragen sammeln

P - vorliegende Fragen nach Eignung und Relevanz prüfen und ggf. löschen

S - vorliegende Fragen sortieren

S - sortierte Fragen in einen Leitfaden subsumieren

Ausgangspunkt des Brainstormingprozesses waren die Ergebnisse des Fragebogens (vgl. Kap. 4.2). Die Prüfung auf Eignung und Relevanz erfolgte einerseits im Hinblick auf das Ziel, einen hohen Strukturierungsgrad des Leitfadens zu erreichen, da es sich um Expert:inneninterviews handelt. Andererseits sollten die Fragen dem Ziel dienen, Fakteninformationen abzufragen und entsprechend, auf für die Forschungsfrage relevante

Informationen, fokussieren (Helfferich, 2011, S. 179). Die Fragen wurden anschliessend in verschiedene „Dimensionen“ sortiert mit dem Ziel einer thematischen Ordnung. Wie bereits erwähnt wurde beim Erstellen des Leitfadens darauf geachtet, Fragen mit unspezifischer Erzählaufforderung einzusetzen. Beim Einstieg war dies die offene Frage: „Darf ich Sie bitten, sich kurz vorzustellen?“, um nebst dem tatsächlichen Interesse an dem Inhalt eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, in welcher die Experten sich gerne mitteilen. Der Abschluss des Interviews bildete die offene Frage nach einer Vision resp. nach Ergänzungen durch die interviewte Person. Damit sollten alle Aspekte, die den Experten bezüglich der Vision wichtig erscheinen, Raum einnehmen können. Die Frage nach den Ergänzungen gab den Interviewten die Möglichkeit, nach ihrem Empfinden noch wichtige, bisher nicht angesprochene Themen einzubringen²¹. Der Interviewleitfaden befindet sich im Anhang.

5.1.3 Expert:innen

Für die **Auswahl** der in der Studie befragten Experten wurden im Voraus leitende Kriterien festgelegt. Ein ausschlaggebendes Kriterium war das Handlungsfeld, in welchem die Experten agieren. Es wurden Personen befragt, die in einem Beratungsangebot, welches auch Sterbehilfe (inkl. dem AS) beinhaltet, tätig sind. Als weiteres Kriterium wurde festgelegt, dass die Beratungsangebote unterschiedlichen Trägerorganisationen angehören sollen. Abgeleitet von der Tabelle 7 wurde aus den Kategorien „Spitäler“, „kirchliche Angebote“ und „Sterbehilfeorganisationen“ jeweils ein Vertreter befragt. Bei diesen Personen wird spezifisches Wissen im Handlungsfeld vorausgesetzt (Helfferich, 2011, S. 163). Da das Beratungsangebot im Kanton Bern untersucht wird, war ein weiteres Kriterium, dass das Angebot entweder im Kanton Bern angesiedelt oder die Beratungsstelle unter anderem im Kanton Bern tätig sein muss. Die Auswahl der Expert:innen war ausserdem abhängig von deren Zugänglichkeit; ob sie für ein Interview erreichbar und gewillt sind, daran teilzunehmen (Helfferich, 2011, S. 176). In der nachfolgenden Tabelle 9 werden Angaben zu den Experten und den Interviews dargestellt. Die Daten werden in einem weiteren Schritt erläutert.

²¹ Falls die entsprechenden Ausführungen zu weit führten, schieden sie im Zuge der selektiven Transkription (vgl. Kap. 5.1.4) aus. Waren es für die Forschung relevante Anmerkungen, wurden sie als induktive Kategorien in das Codesystem aufgenommen (vgl. Abb. 30).

Tabelle 9. Angaben zu den Experten und Interviews.

	Interview 1	Interview 2	Interview 3
Name	Reto Beutler	Michael Kreuzer	David Müller ²²
Organisation	Beratungsstelle Leben und Sterben ²³	Exit Deutsche Schweiz ²⁴	Akutspital
Tätigkeitsgebiet Organisation	Kanton Bern	Deutschschweiz	Kanton Bern
Tätigkeit in Organisation	Stellenleitung (bzw. einziger Angestellter der Beratungsstelle)	Sterbebegleiter	Mitarbeiter interner Sozialdienst (SD)
Beruflicher Hintergrund	Pfarrer	Ökonom	Sozialarbeiter
Vertreter Kategorie (vgl. Tab. 7)	kirchliche Angebote	Sterbehilfeorganisationen	Spitäler
Kontaktaufnahme Interviewanfrage	Telefonisch	Per E-Mail	Per E-Mail
Durchführungsort Interview	Beratungsstelle	Video-Telefonie	Video-Telefonie
Datum der Durchführung	09.11.2021	18.11.2021	19.11.2021
Interviewdauer	1 h 28 min	1 h 5 min	48 min

Die **Kontaktaufnahme** erfolgte bei Herrn Kreuzer und Herrn Müller per E-Mail, da sie bereits fundierte Informationen zum Forschungsvorhaben im Rahmen des Fragebogens erhalten haben. Die Anfrage bei Herrn Beutler erfolgte telefonisch, da er seine Tätigkeit bei der Beratungsstelle erst seit kurzem ausübt und deshalb nicht an der schriftlichen Befragung teilgenommen hat. Herr Beutler wurde ausführlich über das Vorhaben der Thesis informiert und ihm wurde vor dem Interview der unausgefüllte Fragebogen zur Verfügung gestellt.

Aufgrund der Covid-Pandemie wurden den Interviewten unterschiedliche **Durchführungsoptionen** zur Auswahl angeboten. Ein Interview wurde bei der Beratungsstelle durchgeführt und zwei Interviews fanden per Video-Telefonie über MS-Teams statt. Das Gespräch vor Ort wurde mit einem Aufnahmegerät aufgenommen, die Videoanrufe wurden über MS-Teams aufgezeichnet. Auf die Aufnahmen wurden die Experten sowohl im Voraus schriftlich, wie auch direkt vor dem Start der Aufnahme mündlich, hingewiesen.

²² Pseudonym

²³ Weitere Informationen zur Beratungsstelle sind auf deren Website zu finden (Beratung Leben und Sterben, 2021).

²⁴ Weitere Informationen zur Organisation sind auf deren Website zu finden (Exit, n.d.).

Alle Experten erhielten mindestens eine Woche vor dem Interviewtermin eine **Einwilligungserklärung** zugestellt. Darin aufgeführt waren der Verwendungszweck der Daten, die Aufklärung über die Aufnahme und die Möglichkeit, dass das Interview jeder Zeit abgesagt oder abgebrochen werden kann. Ausserdem äusserten sich die Experten bei der Unterzeichnung dazu, in welcher Form sie als Person aber auch die Organisation, in welcher sie tätig sind, in der Thesis erwähnt werden sollen. Zwei der drei Experten entschieden sich für eine namentliche Erwähnung ihrer Person und der Organisation. Das Interview aus der Kategorie "Spitäler" wurde auf Wunsch des Experten anonymisiert. Für ihn wird das Synonym „David Müller“ verwendet und die Institution wird allgemein als „Akutspital“ bezeichnet. Die ausgefüllte und unterzeichnete Einwilligungserklärung wurde entweder von den Experten per Mail zurückgeschickt (Video-Telefonie) oder direkt am Gespräch übergeben.

5.1.4 Selektive Transkription

Für Expert:inneninterviews können, so Helfferich (2011, S. 162), vereinfachte Transkriptionen genutzt werden. Entsprechend wurden die Aufnahmen der Interviews anhand der selektiven Transkription, also nur in Teilen, verschriftlicht (Schreier, 2013, S. 246). Die Aussagen der Experten, welche in Bezug zur Forschungsfrage relevant erschienen, wurden transkribiert. Der Umfang der Transkripte fiel dennoch gross aus, da die Experten durch die gezielten Fragen mehrheitlich für die Forschungsfrage relevante Informationen mitteilten. Das auditive Material wurde bei der Transkription in Schriftdeutsch übertragen. Auf die Verschriftlichung paraverbaler und nonverbaler Elemente wurde aufgrund der Interviewform verzichtet. Im Expert:inneninterview liegt der Fokus auf dem Sach- und Fachwissen und nicht auf der Äusserungsform (Schreier, 2013, S. 247). Falls sich bei der Interviewdurchführung auffällige Äusserungsformen gezeigt hätten, wären diese in die Transkripte aufgenommen worden. Dies war jedoch bei keinem der drei Experteninterviews der Fall.

5.1.5 Auswertung

Für die Auswertung der Interviews wurde die in Kap. 4.1.5 beschriebene Methode nach Kuckartz (2018) angewendet. Das dazu gebildete Codesystem, welches sich stark am Interviewleitfaden orientiert (vgl. Kap. 5.1.2), wird in der Abbildung 30 dargestellt. Wie die Codes inhaltlich definiert wurden, kann dem Codebuch im Anhang entnommen werden.

- ▼ ● Codesystem
 - ▼ ● Entstehung der Beratungsstelle
 - Bedürfnisabklärung für Legitimation der Stelle
 - ▼ ● Beratungsangebot
 - Berührungspunkte mit Sterbehilfe
 - Erreichbarkeit
 - Lücken
 - Grenzen
 - Hindernisse
 - ▼ ● Adressat:innen
 - Kriterien für Adressat:innen
 - Angehörige
 - Zeitpunkt des Aufsuchens
 - ▼ ● Eignung der Org. für Bedürfnisabdeckung
 - Zusammenarbeit, Unterstützung
 - Triage
 - ▼ ● Rolle/Auftrag SA
 - Möglicher Tätigkeitsbereich der SA
 - Professionen die sich für Beratung eignen
 - ▼ ● Vision
 - neutrale Beratungsstelle
 - PC

Abbildung 30. Interviews: Codesystem Auswertung.

5.1.6 Erfahrungen mit den Interviews

Vor den Interviews wurde mit den Experten eine Begriffsklärung vorgenommen, da die Fragebogenerhebung gezeigt hat, dass es wichtig ist, die Begrifflichkeiten im Voraus zu klären. Es wurde darauf hingewiesen, dass mit „Sterbehilfe“ auch resp. vor allem der AS gemeint ist. Durch diesen Hinweis konnten Missverständnisse während der Interviewdurchführung vermieden werden. Meinten die Experten bei einer Aussage zur Sterbehilfe nicht den AS, haben sie das explizit erwähnt.

Bei der Erstellung des Interviewleitfadens war die **Dauer** der Interviews schwer abschätzbar. Der Interviewleitfaden enthält zwar nur wenige Fragen mit starkem Narrationsanreiz. Die Experten verfügen aber über umfassendes Fachwissen, welches längere Ausführungen bedeuten kann. Die zeitliche Dauer ist also stark von der Ausdrucksweise und -freudigkeit der Experten abhängig. Es hat sich gezeigt, dass die Zeitschätzung von einer Stunde relativ passend war, wobei das Interview vor Ort mit 1 h 28 min deutlich länger dauerte als die beiden online durchgeführten Interviews mit jeweils 1 h 5 min und 48 min (vgl. Tab. 9).

Vor der Interviewdurchführung wurden den Experten **keine Hinweise** zu den Interviewfragen, wie beispielsweise der Interviewleitfaden, abgegeben. Ihnen war das Thema der Masterthesis aufgrund des Fragebogens bzw. der telefonischen Vorinformation bekannt. Ausserdem bestand die Möglichkeit, vor der Interviewdurchführung Fragen an die Interviewerin zu stellen. Diese Möglichkeit wurde jedoch von keinem Experten genutzt. Die vorgängigen Informationen schienen auszureichen; alle Experten konnten problemlos Auskunft geben und fühlten sich wohl.

5.2 Ergebnisse

Ziel der Experteninterviews ist es, die Ergebnisse aus den Fragebögen zu vertiefen und zu erweitern. Die Ergebnisdarstellung wird entsprechend in zwei Unterkapitel aufgeteilt, um zu verdeutlichen, was mit den Interviews vertieft und was zusätzliche Ergebnisse sind. Es folgt jeweils eine tabellarische Übersicht der Ergebnisse von allen drei Interviews und anschliessend die Ausführungen dazu. Weitere durch die Interviews erhobene Daten, die jedoch in Bezug zur Forschungsfrage keinen relevanten Gehalt aufweisen, wurden nicht in diesem Kapitel dargestellt, sondern befinden sich in einer zusätzlichen Tabelle im Anhang.

5.2.1 Vertiefende Ergebnisse

Entsprechend der Auswahl der Experten arbeiten alle in Beratungsangeboten, welche mit der Thematik der Sterbehilfe inkl. AS in Berührung kommen. Sie wurden befragt, wer die **Adressat:innen** ihres Angebots sind, welche **Kriterien** die Personen erfüllen müssen, um die Beratung in Anspruch nehmen zu können und zu welchem **Zeitpunkt** sie das Angebot in Anspruch nehmen. Die Aussagen vertiefen den Themenblock „Adressat:innen und Häufigkeit“ aus dem Fragebogen (vgl. Kap. 4.2.3).

Tabelle 10. Interviews: Ergebnisse bzgl. Adressat:innen.

	Interview 1, Reto Beutler, Beratungsstelle Leben und Sterben²⁵	Interview 2, Michael Kreuzer, Exit- Deutsche Schweiz	Interview 3, David Müller, Akutspital
Adressat:innen	Personen, die sich mit dem Leben bzw. dem Lebensende auseinandersetzen möchten. Betroffene, Angehörige, Fachpersonen	Personen, für welche ein AS in Frage kommt bzw. die eine Patient:innenverfügung erstellen wollen	Patient:innen des Akutspitals, die Beratung des SD in Anspruch nehmen wollen
Kriterien für Adressat:innen	Keine spezifischen Kriterien	Müssen (bei AS) Krankheitsgeschichte einreichen	Müssen Patient:in des Akutspitals sein
Zeitpunkt des Aufsuchens	Adressat:innen kommen, wenn sie Fragen haben und/ oder verunsichert sind; sowohl akute wie auch präventive Situationen.	Häufig bei Diagnose, welche anzeigt, dass der Sterbeprozess begonnen hat (die Personen wollen sich vorbereiten und die Option des Notausgangs haben); ¼ meldet sich in einer akuten Situation	Meist erste Informationsvermittlung; Thema ergibt sich oft im Verlauf der Beratung. Die Personen kommen nicht spezifisch mit der Thematik zum SD. Sowohl akute wie auch präventive Situationen

Die Angebote der drei Fachstellen richten sich an jeweils andere Zielgruppen. Die Beratungsstelle Leben und Sterben bietet einen allgemeinen Austausch zur Thematik Sterben und Tod an. Beutler beschreibt das Angebot folgendermassen: *„Es ist eine spirituelle Begleitung für alle Menschen, welche sich eine Begleitung wünschen, welche betroffen sind; Angehörige, welche eine betroffene Person im Umfeld haben; auch für Fachpersonen, Institutionen, Organisationen, welche ein Interesse daran haben etwas abzuholen.“* (Interview 1, Zeile 5-9). Die Betroffenen müssen keine spezifischen Kriterien erfüllen und melden sich, sowohl in akuten Situationen wie auch um sich auf eine vorausschauende Art mit der Thematik auseinanderzusetzen.

Exit richtet sich mit ihrem Angebot an Personen, welche sich konkret vorstellen können, den AS in Anspruch zu nehmen, sich vorausschauend informieren oder eine Patient:innenverfügung erstellen wollen. Damit eine Sterbebegleitung stattfinden kann, muss

²⁵ Die Angaben bzgl. Experte und Organisation bzw. Institution werden in den nachfolgenden Tabellen nicht wiederholt. Die Tabellenstruktur bleibt immer dieselbe.

die behandelnde hausärztliche Fachperson einen Fragebogen über die betroffene Person ausfüllen:

Ja, bevor die Beratung beginnt, müssen sie ihre Krankengeschichte einschicken. Das ist ein Blatt mit zehn Fragen, welches vom Hausarzt ausgefüllt/beantwortet wird. Da wird beispielsweise die Frage gestellt, wie lange die Person bereits über den Sterbewunsch spricht, ob das etwas Konstantes ist. Weiter wird nach der Diagnose und dem Verlauf gefragt und auch, ob die Person urteilsfähig ist gegenüber dem Sterbewunsch. Schlussendlich wird auch die Frage gestellt, ob der Arzt bereit ist, das Rezept für NaP auszustellen. Dieser Bericht wird an Exit geschickt, dann werden wir Begleitenden angefragt und erhalten die Akten. (Interview 2, Zeile 89-96)

Das Angebot des Akutspitals richtet sich an Patient:innen und wird nach deren Austritt beendet. Auf dem SD ist die Sterbehilfe inkl. AS ein Thema, welches ca. einmal pro Monat neben anderen Themen in der Beratung auftaucht. Auch im Spital wenden sich Betroffene in akuten wie auch in präventiven Situationen an die Beratenden:

Es gibt beides. Sehr konkrete Abklärungen, aber auch mehr eine erste Informationsvermittlung. Häufig ergibt sich das Thema im Verlauf der Beratung. Was wir bezogen auf die Ausführung abklären können ist, ob die Person in eine andere Institution kann, um den AS durchzuführen oder ob sie noch einmal nach Hause kann, um es dort zu machen. Es ist aber alles sehr unspezifisch. Es gibt keinen klaren Auftrag von oben und für uns bleibt unklar wie weit wir gehen sollen bzw. dürfen. (Interview 3, Zeile 104-110)

Obwohl die drei Experten von unterschiedlichen Zielgruppen berichten, zeigt sich, dass sich bei der Sterbehilfeorganisation wie auch im Akutspital Personen in akuten Situationen wie auch im Rahmen der Vorausplanung melden.

Im Fragebogen wurde die Frage gestellt, welche Zielgruppe das jeweilige Beratungsangebot hat. Die **Angehörigen** wurden nebst den Betroffenen am häufigsten genannt. Auch die Experten wurden gefragt, ob das jeweilige Beratungsangebot die Angehörigen miteinbezieht und falls ja, in welcher Form dies geschieht. Diese Frage vertieft einen weiteren Aspekt des Themenblocks „Adressat:innen und Häufigkeit“ der Fragebogenauswertung (vgl. Kap. 4.2.3).

Tabelle 11. Interviews: Ergebnisse bzgl. Angehörigen.

	Interview 1	Interview 2	Interview 3
Angehörige	Gehören zum einen zu der Zielgruppe und werden zum anderen in der Beratung von Betroffenen oft eingebunden (systemischer Ansatz).	Können bei Gesprächen mit Betroffenen dabei sein oder auch im Prozess Einzelgespräche in Anspruch nehmen. Teilweise telefonische Nachbetreuung	Sind oft Teil der Gespräche mit Betroffenen, werden nach Austritt der betroffenen Person nicht weiter begleitet.

Bei der Beratungsstelle Leben und Sterben gehören die (hinterbliebenen) Angehörigen zu den Adressat:innen des Beratungsangebots. Zum einen sind sie Teil der Beratungen bei Betroffenen, da ein systemischer Ansatz verfolgt wird, zum anderen können sie selber Beratungen in Anspruch nehmen. Auch wenn eine betroffene Person alleine in die Beratung kommt, berücksichtigt Beutler ihr System: *„Ich frage teilweise auch, ob sie mit den Angehörigen über die Probleme gesprochen haben, was sie evtl. daran hindert und was ihnen helfen könnte dies zu tun und sage auch: ‚Kommen Sie doch einmal zu zweit oder dritt‘.“* (Interview 1, Zeile 176-178).

Kreuzer beschreibt, dass die Angehörigen bei Beratungsgesprächen anwesend sein können und teilweise auch Gespräche nur mit den Betroffenen durchgeführt werden. Eine umfassende Nachbetreuung der Hinterbliebenen ist jedoch im Angebot von Exit nicht vorgesehen (vgl. Tab. 10).

Bei Müller sind die Angehörigen häufig bei den Gesprächen der Betroffenen anwesend. Wie in Tabelle 10 dargestellt, gehören sie unter anderem zur Zielgruppe des Beratungsangebots.

Bei allen Beratungsangeboten können die Angehörigen Teil der Beratung sein. Die Nachbetreuung der Angehörigen fällt jedoch je nach Angebot sehr unterschiedlich aus.

Bei der Auswertung der Fragebögen zeigte sich, dass 46.7% der Befragten finden, dass die Sterbehilfe bei ihnen in der Beratung einen Platz hat (vgl. Abb. 29). Auch die Experten wurden befragt, ob sie geeignet sind für die **Bedürfnisabdeckung**, welche durch die Adressat:innen in einer Sterbehilfeberatung aufkommen. Die Frage vertieft den Themenblock „Berater:innen und Auftrag“ der Fragebogenauswertung (vgl. Kap. 4.2.5).

Tabelle 12. Interviews: Ergebnisse bzgl. Eignung der Organisation für die Bedürfnisabdeckung.

	Interview 1	Interview 2	Interview 3
Eignung der Organisation für Bedürfnisabdeckung	Gut geeignet. Je nach Bedürfnis wird triagiert.	Gut geeignet, wenn es um AS oder Patientenverfügung geht	Gut geeignet für erste Informationsvermittlung. Ressourcen sind jedoch stark beschränkt

Beutler erachtet das Angebot der Beratungsstelle meistens als geeignet, um die Bedürfnisse der Betroffenen abzudecken. Wenn Themen in der Beratung aufkommen, welche den Auftrag der Stelle überschreiten, können sie durch eine Triage aufgefangen werden. Er beschreibt, dass die Stelle meist vor einer Sterbehilfeorganisation aufgesucht wird: *„Ja, vielleicht sind sie, wenn sie zu einer Sterbehilfeorganisation gehen, bereits einen Schritt weiter. Sie haben evtl. bereits mehr entschieden.“* (Interview 1. Zeile 50-51) Wenn sich der Entscheid bezüglich eines AS deutlich in der Beratung zeigt und gefestigt ist, triagiert Beutler auch an Sterbehilfeorganisationen.

Wenn sich Personen konkret für einen AS interessieren oder eine Patient:innenverfügung erstellen wollen, ist Exit die richtige Anlaufstelle:

Der erste Kontaktpunkt der Betroffenen mit Exit ist ein Anruf bei der Geschäftsstelle in Zürich. (. . .) Den Leuten wird gesagt, dass es diesen Notausgang gibt, welcher da ist und es keinen Grund gibt die Nerven zu verlieren und im Affekt zu handeln. Sie sollen sich beispielsweise bei einer tödlich verlaufenden Krankheit mit dem Arzt besprechen, schauen welche Möglichkeiten bestehen und sich auch selber überlegen, was sie genau möchten. Eine Akteneröffnung passiert dann, wenn die Betroffenen den AS konkret besprechen wollen. (Interview 2, Zeile 18-30)

Auch Herr Müller ist der Meinung, dass das Thema AS in der Beratung auf dem SD Platz haben muss, da es stark mit der Selbstbestimmung des Menschen zu tun hat. Die Beratung eignet sich gut für eine erste Informationsvermittlung bezüglich rechtlichen Rahmenbedingungen und den Sterbehilfeorganisationen.

Alle Experten sind der Meinung, dass das Thema AS bei ihnen in der Beratung nicht fehl am Platz ist. Sie beraten jedoch inhaltlich zu unterschiedlichen Aspekten des AS.

Wie auch bereits in den Fragebögen äusserten sich die Experten in den Interviews bezüglich **Unterstützung resp. Zusammenarbeit** und erläuterten, in welchen Situationen sie eine **Triage** vornehmen. Da Beratungsstelle und Sterbehilfeorganisationen, aber auch medizinische Einrichtungen Orte sind, an welche viele Betroffene verwiesen werden, wenn sie Anliegen zur Sterbehilfe haben, war dies besonders relevant. Wozu und in welchen Situationen die Organisationen Unterstützung von ausserhalb in Anspruch nehmen resp. aktiv eine Zusammenarbeit suchen, gibt Aufschluss darüber, was Teil der Beratung ist bzw. was nicht. Diese Ergebnisse vertiefen die Ergebnisse aus dem Themenblock „organisationale Berührungspunkte Sterbehilfe“ des Fragebogens (vgl. Kap. 4.2.2).

Tabelle 13. Interviews: Ergebnisse bzgl. Zusammenarbeit, Unterstützung und Triage.

	Interview 1	Interview 2	Interview 3
Zusammenarbeit, Unterstützung	Bestehendes Netzwerk. Ausbau der Vernetzung in Bearbeitung.	Konsiliarärzt:innen	Angehörige der Betroffenen
Triage	Triage je nach Thema z.B. spezifischen medizinischen Diagnosen, finanziellen Angelegenheiten, etc.	Triage an seelsorgerische oder therapeutische Angebote, oder auch an Trauerbegleitungen	Teilweise an Sterbehilfeorganisationen. Für Triage zu anderen Stellen fehlt das Wissen über das Angebot

Beutler beschreibt zum einen, dass er sich fachliche Unterstützung zu bestimmten Themen sucht und zum anderen, dass er Triagen an diese Personen/Stellen vornimmt: „*Ich habe ein Netzwerk an Fachpersonen, mit welchen ich zusammenarbeiten kann. An sie kann ich auch triagieren.*“ (Interview 1, Zeile 26-27) Da Beutler der einzige Angestellte der Beratungsstelle ist, holt er sich Fachwissen von anderen Professionen in seinem Netzwerk. Bei spezifischen Themen, z.B., wenn Betroffene medizinische Diagnosen oder finanzielle Belange besprechen möchten, nimmt er auch Triagen vor. Beutler äussert sich ausserdem konkret zur Triage an Sterbehilfeorganisationen:

Wenn ich aber merke, die Personen sind soweit, sie wollen wirklich einen AS machen und haben von Exit zwar schön gehört, haben aber noch einige Fragen, dann kann ich diese einmal beantworten und dann kann man sagen: ‚Jetzt gehen Sie zu Exit‘. (Interview 1, Zeile 29-32)

Exit arbeitet mit Konsiliarärzt:innen zusammen, wenn die behandelnde hausärztliche Fachperson beispielsweise die Urteilsfähigkeit nicht beurteilen oder das Rezept für NaP nicht ausstellen will: *„Sie wollen nicht aktiv Teil davon werden, im Sinne von ‘dank mir hat das stattfinden können‘.“* (Interview 2, Zeile 199-200) Weiter betont Kreuzer, dass die Sterbebegleitung kein therapeutisches Angebot ist und für Belange dieser Art, gerade bei Angehörigen, eine Triage vorgenommen wird: *„Dann schaue ich mit ihnen, welche Möglichkeiten es gibt von z.B. Seelsorge, Trauerbegleitung, therapeutischen Angeboten oder reicht es evtl. auch bereits, sich mit dem sozialen Umfeld auszutauschen und dann ermutige ich sie sich dort mitzuteilen.“* (Interview 2, Zeile 81-84)

Müller sucht bei der Thematik des AS häufig das Gespräch mit den Angehörigen und versucht, mit ihnen zusammenzuarbeiten:

Was mir wirklich wichtig ist, ist wenn ich merke, dass das Thema bei der Person präsent ist und auch schon länger präsent ist, dass wenn die Person austritt, es jemanden in ihrem Umfeld gibt, der das anschauen kann. Dort ist es dann meistens jemand der Angehörigen. (Interview 3, Zeile 134-137)

Die oftmals kurze Zeit der Spitalaufenthalte reicht nicht aus, um das Thema des AS vollumfänglich mit den Betroffenen zu diskutieren. Für sie ist der AS meist auch nach dem Austritt aus der Institution noch ein Thema. Um sicherzustellen, dass sich die Betroffenen mit ihren Gedanken und Fragen an jemanden wenden können, der ihnen weiterhilft, versucht Müller Vertrauenspersonen aus dem Netzwerk der Betroffenen einzubeziehen. Schwierig wird es, wenn die Angehörigen gegen einen AS sind. Müller kennt keine Beratungsstelle, welche Betroffene in dieser Hinsicht berät. Eine zusätzliche Schwierigkeit ist, dass die Patient:innen kognitiv und körperlich teilweise nicht mehr in der Lage sind ein Angebot aufzusuchen, sondern eine Beratung bei ihnen vor Ort benötigen. Bei Betroffenen mit ausreichenden körperlichen und kognitiven Fähigkeiten, hat Müller auch schon Triagen an Sterbehilfeorganisationen vorgenommen.

Bei allen Beratungsangeboten wird demnach situativ triagiert. Ausserdem pflegen die Institutionen unterschiedliche Netzwerke, von denen sie (fachliche) Unterstützung erhalten.

Ein weiterer Aspekt der Interviews war die **Vision**, welche die Experten für die Beratung zur Sterbehilfe in der Schweiz haben. In diesem Zusammenhang, aber auch an anderen Stellen der Interviews, wurden Äusserungen gemacht, welche der Kategorie **„neutrale**

Beratungsstelle“ zugeordnet werden konnten²⁶. Die Antworten sind vertiefend zu den Äusserungen des Themenblocks „neutrale Beratungsstelle“ des Fragebogens zu verstehen, bei dem ebenfalls Äusserungen zu einer idealen Sterbehilfeberatung erfasst wurden (vgl. Kap. 4.2.6).

Tabelle 14. Interviews: Ergebnisse bzgl. neutraler Beratungsstelle und Vision.

	Interview 1	Interview 2	Interview 3
Neutrale Beratungsstelle	öffentliche, niederschwellige, möglichst kostengünstige Angebote	Neutrale Stelle die den AS selber nicht durchführt	Stelle, losgelöst von institutionellen Rahmenbedingungen oder religiösen Vorstellungen
Vision	Personen sollen die Angst vor dem Tod und dem Sterben verlieren bzw. der Angst begegnen und sie abbauen können; gesamtschweizerisch neuer Umgang mit dem Sterben; primär soll sich die Beratungsstelle Leben und Sterben etablieren und genutzt werden	Niederschwellige, (werte-) neutrale Stelle; Betroffene werden ernst genommen in ihren Überlegungen ihr Leben zu beenden; Nutzung unterschiedlicher Kanäle für unterschiedliche Altersklassen; Fachpersonen mit fundiertem Wissen zu Triagestellen	Niederschwelliges, unabhängiges und ergebnisoffenes Beratungsangebot bei welchem Fachpersonen aus verschiedenen Professionen, nicht nur der Sozialen Arbeit, Betroffene unterstützen.

Beutler findet es wichtig, dass es öffentliche, niederschwellige und für die Betroffenen kostengünstige Beratungsangebote im Bereich der Sterbehilfe gibt. Zu diesen zählt er das Angebot der Beratungsstelle Leben und Sterben. Ähnliche Angebote sind ihm vor allem von Freischaffenden bekannt. Diesbezüglich stellt er die Zugänglichkeit für Betroffene in Frage, da der finanzielle Aspekt oft ein Hindernis darstellt. Seine Vision einer idealen Sterbehilfeberatung zielt vor allem auf ein gesellschaftliches Umdenken ab. Die Menschen sollen die Angst vor dem Sterben und dem Tod abbauen. Er findet die Charta „Bärn treit“ gut, da sie eine gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema fördert. Weiter möchte er, dass sich das Angebot der reformierten Kirche Bern-Jura-Solothurn (refbejus) etabliert und wächst:

²⁶ Die Frage nach der Vision wird in Unterkapitel 5.1.2 thematisiert. Es handelt sich dabei nicht um die Vision wie sie von den Verfasserinnen in Kapitel 1.4 geäussert wird.

Dass die Leute einen neuen Zugang erhalten zur Landeskirche, dass sie merken „hey die machen coole Sachen, die machen nicht weltfremde Dinge“, keine veraltete, Moral behaftete Beratung. Eine Beratung die trägt, die hoffnungsvoll ist, wo Werte wie Liebe, Würde, Vergebung im Zentrum stehen; dass die Kirchen eine neue Akzeptanz erhalten. (Interview 1, Zeile 238-241)

Kreuzer beschreibt, dass er von Adressat:innen während der Sterbebegleitung oft hört, dass es eine grosse Herausforderung war, sich bei Exit zu melden:

Wenn ich mit Personen spreche, die sich auf diesem Weg befinden, erzählen sie häufig, dass es für sie eine grosse Überwindung war bei Exit anzurufen. Von diesem Moment an erhält die Idee „ich könnte selber das Leben beenden“, eine andere Realität. Man ist nun bei der Stelle, die einem diesbezüglich konkret helfen kann. Das ist etwas anderes, als wenn die betroffene Person mit jemandem sprechen kann und sagen kann „hey, ich halte es fast nicht aus“, aber nicht bereits mit der Person spricht, die einem dort dann auch tatsächlich bei der Umsetzung helfen kann. (Interview 2, Zeile 81-84)

Er kann sich vorstellen, dass eine neutrale Beratungsstelle entlastender und niederschwelliger sein kann. Für Personen, die sich mit dem Gedanken beschäftigen ihr Leben zu beenden, stellt er sich eine (werte-) neutrale Stelle vor, welche nicht wertend die Gedanken der Personen anhört. Die Stelle sollte über unterschiedliche Kanäle (Mail, Telefon, evtl. Chat) erreichbar sein.

Müller beschreibt, dass er einen grossen Mehrwert in einer neutralen Stelle sieht. Dies ist auch die Vision, die ihm für eine Beratung der Sterbehilfe vorschwebt:

Für mich wäre die Idealvorstellung ein niederschwelliges, unabhängiges Beratungsangebot, wo Fachpersonen aus verschiedenen Professionen, nicht nur der Sozialen Arbeit, Betroffene unterstützen. Für mich muss das nicht heissen, dass es dann dazu führt, dass eine Person diesen letzten Schritt geht, sondern dass sie sich ernst genommen fühlt im Wunsch nach diesem Angebot bzw. im Erwägung ziehen dieses Schritts. (Interview 3, Zeile 169-173)

Das Angebot soll losgelöst von institutionellen Rahmenbedingungen und religiösen Vorstellungen sein.

Alle Experten äusserten sich befürwortend zu einer neutralen Beratungsstelle. Bei Kreuzer und Müller hing auch die jeweilige Vision mit einem solchen neutralen Beratungsangebot zusammen.

5.2.2 Zusätzliche Ergebnisse

Bei der Auswertung der Ergebnisse aus dem Fragebogen zeigte sich, dass gewisse Informationen für eine differenzierte Beantwortung der Fragestellung fehlen. Diese Informationen konnten in den Experteninterviews erhoben werden.

Die drei Experten wurden nach **Lücken** und **Grenzen** des Beratungsangebots gefragt, sowie nach **Hindernissen** für die Adressat:innen das Angebot in Anspruch zu nehmen.

Tabelle 15. Interviews: Ergebnisse bzgl. Lücken, Grenzen und Hindernissen im Beratungsangebot.

	Interview 1	Interview 2	Interview 3
Lücken	Grundsätzlich haben alle Themen in der Beratung Platz	Altersfreitod (Inanspruchnahme AS bei Lebenssattheit)	Unklar, was zu Angebot gehört und was nicht
Grenzen	Längerfristige Begleitung bei psychisch kranken Personen; kein langfristiges (Therapie-)Angebot; Beratungen zu spezifischen Krankheitsdiagnosen oder finanziellen Belangen	Langfristige Begleitung von verbliebenen Angehörigen; keine therapeutische Begleitung der Betroffenen und Angehörigen während dem Prozess des AS	AS ist in Institution nicht möglich; knappe Ressourcen für die Fachpersonen sich mit Sterbehilfe/AS auseinanderzusetzen (häufigere Themen der Beratung haben Vorrang); nach Austritt ist Beratung beendet
Hindernisse	Evtl. kirchlicher Hintergrund, Logo der refbejuso ist auf den Flyern der Beratungsstelle, Beratung ist jedoch werteneutral	Überwindung sich bei der Stelle zu melden, wo der AS tatsächlich durchführbar ist	Thema AS versendet oft bis es zu SD gelangt; teilweise kommt es auch gar nicht zu SD, da die Ärzt:innenschaft die Betroffenen darüber informiert, dass dies in der Institution nicht durchführbar ist und das Thema damit 'erledigt' ist.

Bei der Beratungsstelle Leben und Sterben haben in der Beratung alle Themen rund um das Sterben und den Tod Platz. Eine Lücke sieht Beutler nicht. Die Grenzen des Angebots liegen bei der langfristigen Begleitung von psychisch kranken Menschen oder auch bei der Beratung zu spezifischen Themen. In diesen Fällen zieht Beutler eine Triage vor (vgl. Tab. 13). Beim Angebot dieser Beratungsstelle handelt es sich grundsätzlich (Ausnahmen vorbehalten) nicht um eine langfristige Begleitung. Die betroffenen Personen suchen die Stelle in der Regel ein bis drei Mal auf. Beutler ist sich der möglichen Wirkung des kirchlichen Hintergrunds auf die

Inanspruchnahme des Angebots bewusst, was auch die folgende Aussage zeigt: „Bei uns heisst das Angebot jetzt bewusst nicht ‚kirchliche Beratungsstelle‘, um die Leute nicht abzuschrecken, sondern einfach ‚Beratungsstelle Leben und Sterben‘ und dann ist auf dem Flyer das Logo der refbejuso.“ (Interview 1, Zeile 202-204) Er betont jedoch, dass das Angebot wertneutral ist. Er kann sich vorstellen, dass sich unter anderem Personen angesprochen fühlen, welche aus der Kirche ausgetreten sind, aber den christlichen Glauben nicht grundsätzlich ablehnen oder aber auch Personen, die ein enges Verhältnis zu ihrer Kirchgemeinde haben und das Thema AS dort deshalb nicht ansprechen wollen.

Kreuzer beschreibt den Altersfreitod als viel diskutierte Lücke bei Exit. Den AS aufgrund einer Lebenssattheit in Anspruch zu nehmen ist aktuell nicht möglich. Eine Liberalisierung in diese Richtung ist jedoch seit langer Zeit ein Thema. Als Grenze des Angebots bezeichnet er die therapeutische Begleitung von Betroffenen (während dem AS) und Angehörigen (während und nach dem AS; vgl. Tab. 13). Der Fokus der Sterbebegleitung liegt auf dem AS. Als Hindernis für eine Inanspruchnahme des Angebots kann die bereits erwähnte Herausforderung genannt werden sich bei der Stelle zu melden, bei welcher ein AS tatsächlich durchgeführt werden kann.

Im Akutspital fallen die Weisungen zum Umgang mit dem AS aktuell sehr knapp aus:

Es wird eigentlich sehr rudimentär aufgezeigt, dass das bei uns in der Institution nicht gestattet ist. Wenn das jemand in Anspruch nehmen will, muss diese Person austreten. Andererseits steht jedoch auch, dass man den Wunsch nach AS ernst nehmen soll und darauf eingehen soll. Aber was das konkret heisst ist nicht definiert. Es steht, man muss es diskutieren. Aber was das heisst, ist nicht klar. (Interview 3, Zeile 23-27)

Durch die unklare Auftragsdefinition entstehen für die Beratenden viele Fragen zur Umsetzung in der Praxis. Wie geht man konkret vor? Was darf man und was nicht? Was geht zu weit? Konkrete Angebotslücken sind daher schwierig zu definieren, da unklar bleibt, was das Angebot überhaupt alles beinhaltet. Die Grenzen der Beratung sind stark von den knappen Ressourcen abhängig. Für Themen, die in der Beratung des SD häufig vorkommen, wird mehr Zeit in Recherche- und Abklärungsarbeiten für die Patient:innen investiert. Dass die Beratung bei Austritt der Betroffenen beendet wird, stellt eine weitere Angebotsgrenze dar. Als Hindernis kann die Handhabung des Themas AS im Spital gesehen werden. Müller hat das Gefühl, dass das Thema AS oft versandet und gar nicht bis zum SD gelangt. Personen werden lediglich informiert, dass der AS in diesem Spital nicht durchführbar ist und sie dafür austreten müssen und damit ist das Thema abgeschlossen. Die Inanspruchnahme der Beratung bezüglich AS ist

durch die notwendige Anmeldung der Ärzt:innenschaft oder Pflegenden beim SD zu wenig niederschwellig.

Obwohl sich die Angebote inhaltlich unterscheiden, sieht keines der Beratungsangebote langfristige begleitende Beratungen im Bereich des AS vor. Exit setzt einen starken Fokus auf den AS und bei den zwei anderen Angeboten werden viele unterschiedliche Themen besprochen, wovon der AS eines sein kann.

Alle Experten kamen im Verlauf des Interviews auf das Thema **PC** zu sprechen, ohne dass sie von der Interviewenden darauf angesprochen wurden.

Tabelle 16. Interviews: Ergebnisse bzgl. Palliative Care.

	Interview 1	Interview 2	Interview 3
PC	Bei PC Stationen im Spital findet auch Beratung statt	PC hat schweren Stand, weil mit Pflege und Medikamenten wenig Geld zu verdienen ist	Spannungsfeld zwischen PC und AS; PC als Hauptargument gegen den AS

Beutler spricht im Zusammenhang mit den bereits vorhandenen Beratungsangeboten von der PC: *„Also sagen wir die Krebsliga, eine Palliativ-Station in einem Spital, Ärzt:innenpraxen, Hausärzt:innen. Es gibt viele und von dem her ist die Konkurrenz bereits hier.“* (Interview 1, Zeile 225-227)

Kreuzer erwähnt die PC im Zusammenhang mit den Kosten am Lebensende, welche ein alter Mensch in den letzten zwei Lebensjahren verursacht. Er denkt, dass die PC nur sehr langsam ausgebaut wird, da sie zu wenig rentabel ist.

Müller beschreibt ein Spannungsfeld zwischen der PC und dem AS. Er hat das Gefühl, dass die PC als Hauptargument gegen einen AS verwendet wird. Wichtig wäre in seinen Augen jedoch, dass den Betroffenen beide Möglichkeiten aufgezeigt werden und sie sich anschliessend entscheiden können: *„Ich denke bei dieser Thematik ist es sehr wichtig, dass die Personen gut aufgeklärt werden über die verschiedenen Optionen. Dass, auch wenn man todkrank ist, es eigentlich ein Behandlungskonzept gibt, nämlich die PC.“* (Interview 3, Zeile 187-190)

Die PC wird bei der Diskussion über die Beratung zum AS von allen Experten in unterschiedlichen Weisen berücksichtigt.

Dieses Unterkapitel wird mit den Gedanken der Experten zur **Rolle**, dem **Auftrag** und **möglichen Tätigkeitsbereichen der SA** abgeschlossen.

Tabelle 17. Interviews: Ergebnisse bzgl. Rolle, Auftrag und Tätigkeitsgebiet der SA.

	Interview 1	Interview 2	Interview 3
Rolle/Auftrag SA	SA nimmt ihre Aufgabe bereits wahr.	Begleitung; das Leben aufarbeiten oder auch das Befinden heute thematisieren	SA hat den Auftrag das Thema Sterbehilfe auf organisatorischer Ebene anzugehen. Klärung professions-ethischer Fragen
Möglicher Tätigkeitsbereich der SA	Sterbekultur in einer Stadt, einem Kanton mitzugestalten; direkte Beratung	Emotionale Begleitung von Personen mit sehr kleinem sozialem Umfeld (häufig Ü90); Unterstützung bei Themen wie Finanzen, Behörden etc.	Beratungen durchführen und weitere Angebote schaffen

Beutler ist der Meinung, dass die SA ihre Aufgaben bereits wahrnimmt. Er sieht ihren möglichen Tätigkeitsbereich in der Mitgestaltung der Sterbekultur in Städten und Kantonen, analog zu „Bärn treit“. Auch in Schulen könnte die SA gemeinsam mit Lehrer:innen Themen wie die Sterbekultur mit den Schüler:innen thematisieren. Auf die Nachfrage, ob auch die direkte Beratung ein Tätigkeitsbereich der SA sein könnte, bejaht Beutler, merkt aber an, dass für die Beratungsstelle Leben und Sterben spezifisch ein:e Pfarrer:in gesucht wurde.

Kreuzer sieht den Auftrag der SA hauptsächlich in zwei Bereichen. Der eine Bereich ist die (emotionale) Begleitung von Betroffenen. Er merkt an, dass viele Personen, die über 90 Jahre alt sind, ein sehr kleines oder gar kein soziales Umfeld mehr haben und deshalb froh sind, um Anlaufstellen für Themen, welche sie beschäftigen. Der andere Bereich ist, nach Meinung von Kreuzer, die Beratung bei Sachthemen, wie z.B. den Finanzen.

Müller ist der einzige Experte, welcher über einen beruflichen Hintergrund in der SA verfügt. Er hat deshalb ein sehr klares Bild von der Rolle und dem Auftrag der SA. Er beschreibt als Schwierigkeit, dass nicht klar ist, was man als Professionelle:r darf und soll: „Aber ich denke

es geht allen ähnlich wie mir. Nämlich die Frage nach: ‚Was dürfen wir?‘, ‚Was sollen wir?‘“ (Interview 3, Zeile 155-156) Müller spricht hier professionsethische Themen an, die es zu klären gilt. Er denkt, dass die SA in Beratungen Abklärung und Vermittlung bezüglich des AS vornehmen sollte. Ausserdem ist sie dafür zuständig, (neue) Beratungsangebote im Bereich der Sterbehilfe zu schaffen.

Die Experten sind der Meinung, dass zum einen die SA bereits bestimmte Aufgaben im Bereich der Sterbehilfe wahrnimmt. Zum anderen beschreiben sie Aufgaben, bei denen noch weiteres Potential für die SA besteht. Es fällt jedoch auf, dass die Vorstellungen resp. die erwähnten Aufgaben sehr divers ausfallen.

5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Folgend werden die Ergebnisse der Interviews zusammenfassend dargestellt. Unterteilt werden sie, wie bisher, in vertiefende und zusätzliche Ergebnisse. Der Übersichtlichkeit halber handelt es sich nicht um eine vollständige Darstellung; gezeigt werden die, aufgrund von Gemeinsamkeiten oder Unterschieden, prägnanten Aussagen.

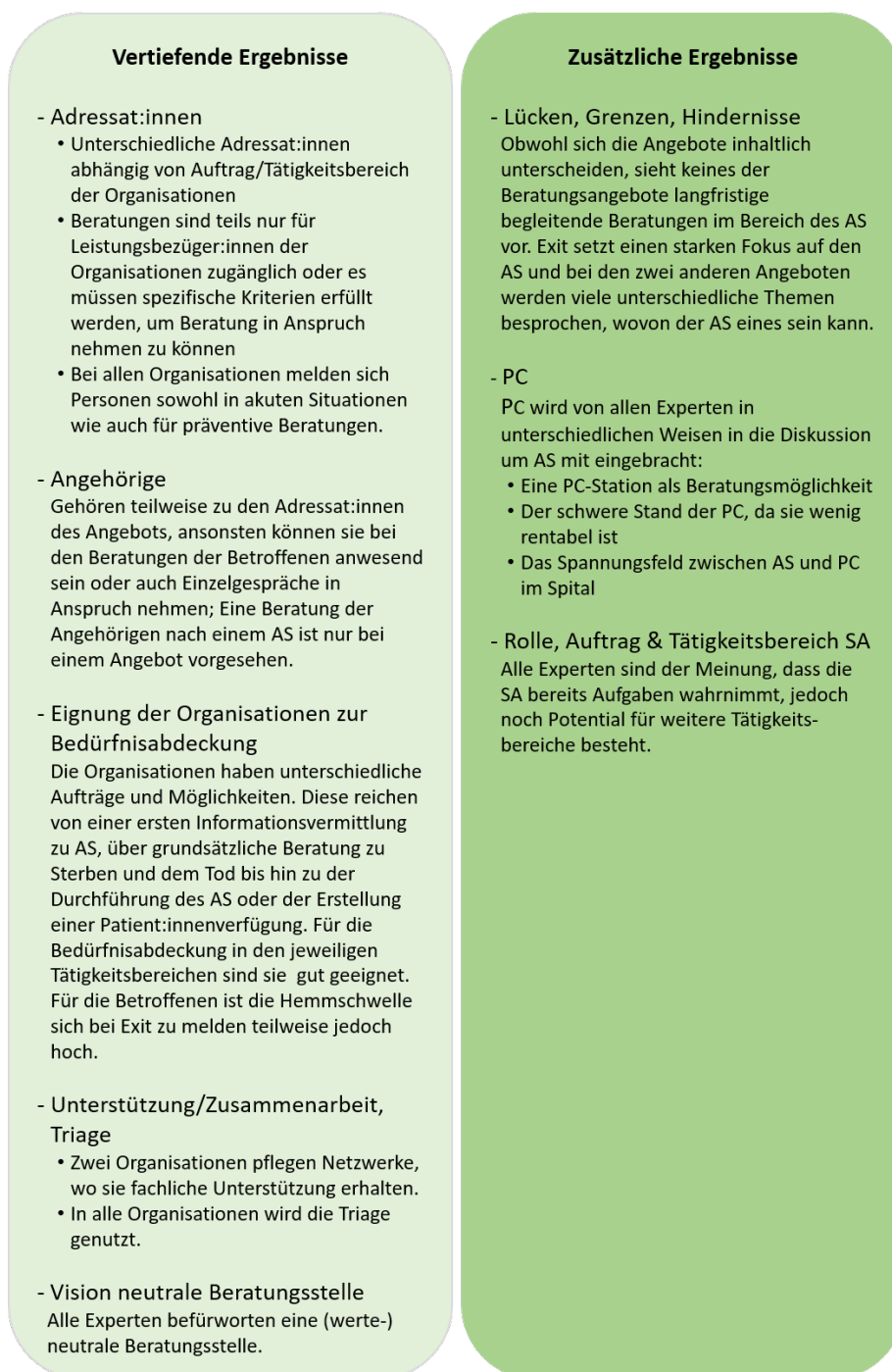


Abbildung 31. Interviews: Ergebnisse in der Übersicht.

Synthese

In diesem dritten und letzten Hauptteil werden die Erkenntnisse aus der Theorie mit den Ergebnissen aus der Empirie in Verbindung gebracht. Die Ergebnisse werden diskutiert und ihre Bedeutung für die SA dargelegt.

6. Diskussion

Die Ergebnisse aus den Erhebungen mittels Fragebogen und Interviews werden nachfolgend in Bezug zur Theorie diskutiert und dargestellt. Es werden Akzente auf übergeordnete Schlussfolgerungen gelegt, welche aus den Erhebungen stammen. Die Ausführungen orientieren sich in der Gliederung an den Unterfragen dieser Theses (vgl. Kap. 1.4.). Demnach befasst sich das Kapitel 6.1 mit den Beratungsangeboten bezüglich Sterbehilfe im Kanton Bern, Kapitel 6.2 mit den Konzepten, Kriterien und Berufsgruppen der Beratungsangebote und Kapitel 6.3 mit den Lücken zwischen Bedürfnis und Angebot aufgrund der empirischen Erhebungen. Die Unterfrage 4, die sich – wenn Lücken bestehen – mit dem Handlungsfeld für die SA beschäftigt, wird gemeinsam mit der Hauptfragestellung in der Schlussbetrachtung im Teil 7 beantwortet.

6.1 Beratungsangebote im Kanton Bern

Im Kanton Bern konnten **16 Beratungsangebote** mit Berührungspunkten zur Sterbehilfe eruiert werden. Diese werden von verschiedenen Akteur:innen angeboten und können in **sechs verschiedene Kategorien** (vgl. Tab. 7) typologisiert werden. Mit Ausnahme der Sterbehilfeorganisationen scheinen die Beratungsmöglichkeiten bezüglich Sterbehilfe mehrheitlich einer **exklusiven Adressat:innengruppe** vorbehalten zu sein; nämlich Personen, die sich bereits aus anderen Gründen / mit anderen Themen an die jeweiligen Organisationen gewandt haben. Themen rund um das Lebensende und Sterbehilfe werden mit diesen Personen besprochen, aber nur, wenn die Adressat:innen dies von sich aus wünschen und thematisieren. Am deutlichsten zeigt sich diese Exklusivität im Themenblock „Berater:innen und Auftrag“ bei der Frage, ob öffentlich auf das Angebot aufmerksam gemacht wird. Das bestätigt sich ausserdem im Interview mit dem Experten Müller. Auf den ersten Blick scheint es nachvollziehbar und sinnvoll, die sensiblen Themen Lebensende und Sterbehilfe auf der Basis einer bestehenden, vertrauensvollen Beziehung zu besprechen. Allerdings werden damit Personen von diesem Angebot ausgeschlossen, deren dringlichstes Anliegen die professionelle Beratung zum Thema Lebensende ist, inkl. den Möglichkeiten eines AS. Die Beratungsstelle Leben und Sterben ist die einzige Stelle im Kanton Bern, welche die Verfasserinnen während der Erarbeitung der Theses ausfindig machen und zu der sie Kontakt herstellen konnten, die eine Beratung zu diesen Themen als Erstberatung anbietet. Sie ermöglicht Adressat:innen durch ihr Angebot, sich ohne spezifische Zugangskriterien mit der eigenen Endlichkeit und Vergänglichkeit auseinanderzusetzen, sich Gedanken zum Lebensende zu machen und die verschiedenen Optionen des Sterbens zu diskutieren. Exit

bietet diese Möglichkeit resp. Beratung nur am Rande, im Rahmen der ersten Kontaktaufnahme, an. Ebenfalls fällt auf, dass ein gewisses **Unbehagen** im Zusammenhang mit der öffentlichen Positionierung bezüglich der Sterbehilfeberatung seitens der Organisationen zu bestehen scheint. Eine Schwierigkeit liegt aktuell darin, dass oftmals weder die Organisationen, die ein Beratungsangebot anbieten, noch die Organisationen, welche die Beratungen diesbezüglich deutlich ausschliessen, dies öffentlich kommunizieren. Es ist für Adressat:innen daher unklar, wo eine solche Beratung möglich ist und wo nicht. Dies zeigt sich anhand der anonymen Teilnahmen wie auch aufgrund eines Teils der Antworten, sowohl beim Fragebogen wie auch bei den Interviews. Ein Grund dafür könnte das bereits im Theorieteil erwähnte "Dambruch"-Argument (vgl. Kap. 3.4) sein, wonach durch eine liberale Gestaltung der Sterbehilfe diese umfassender genutzt und die Grenzen ausgeweitet werden. Befürchtungen betreffend Schwierigkeiten in den Organisationen, wenn Sterbehilfe ein Thema wird, oder ethischen Konflikten könnten weitere Gründe dafür sein. Die Fragebogenteilnehmenden selbst begründeten die zurückhaltende Kommunikation damit, dass diese Inhalte der Beratung nicht zu ihrem Kernauftrag gehören, Sterbehilfe nur ein Thema unter vielen oder ihr Beratungsangebot nicht öffentlich zugänglich sei. Als weiterer Grund, weshalb die Beratung nicht angeboten wird, wurde genannt, dass der AS nicht in der Institution durchgeführt werden kann. Der Experte aus dem Akutspital schildert, dass nicht klar definiert ist, was Inhalt der Beratungen sein soll und eher darauf verwiesen wird, dass der AS in der Institution nicht durchführbar ist. Letzteres zeigt, dass eine Beratung nicht als sinnvoll erachtet wird, wenn die Ausführung nicht vor Ort vollzogen werden kann. Da die meisten Institutionen im Kanton Bern selbst entscheiden, ob sie die Option zulassen oder nicht und wie beschrieben, die deutliche Mehrheit den AS in ihrer Institution verbietet (vgl. Kap. 3.2.6), ist dies kein Einzelfall. Ein grundsätzliches Durchführungsverbot kann die weitere Auseinandersetzung oder Definition der Beratung auf der Handlungsebene erübrigen.

6.2 Konzepte, Kriterien und Berufsgruppen

Weiter hat sich gezeigt, dass sich **Schwierigkeiten persönlicher (Mitarbeitende)** und **organisationaler Natur** im Zusammenhang mit dem AS innerhalb der Organisationen ergeben. Darin zeigt sich, dass der AS bei den Mitarbeitenden und Organisationen aufgrund gesellschaftlicher Werte mit Hemmungen verbunden oder (noch) nicht institutionalisiert ist. Insofern könnte ein weiterer Grund fehlender öffentlicher Stellungnahme der Organisationen die Befürchtung vor einem Dambruch (vgl. Kap. 3.4) oder im Gegenteil dazu die Befürchtung eines Reputationsschadens oder Verlusts von Adressat:innen sein. Wie im Theorieteil

dargestellt, polarisiert das Thema Sterbehilfe stark (vgl. Kap. 3.4). Die Befragungen haben gezeigt, dass in vielen Organisationen **kein Selbstverständnis** bezüglich Beratung zum Thema Sterbehilfe besteht, auch wenn die Organisationen mit Menschen an ihrem Lebensende arbeiten. Die rechtlichen Veränderungen (vgl. Kap. 3.3) sowie die gesellschaftlichen Diskussionen um eine gemeinsam getragene, öffentliche Sterbekultur, wie sie in der Ausgangslage (vgl. Kap. 1.1) beschrieben wurden, zeigen (noch) wenig Einfluss auf die Praxis. Allgemein kann der Schluss gezogen werden, dass damit eine **Manifestierung der Tabuisierung** von Sterben und Tod stattfindet. Statt einer frühzeitigen Auseinandersetzung mit dem Lebensende werden die Themen auf einer professionellen Ebene erst angegangen, wenn sie unausweichlich sind. Insofern stimmen die Ergebnisse dieser Studie mit den Feststellungen des Bundesrates (vgl. Kap. 2.1) überein, wonach in der Fachwelt Sterben als Akutereignis betrachtet wird. Eine **Adressat:innenorientierung** würde dem entsprechen, indem die Themen in der Beratung aufgenommen werden, wenn die Adressat:innen von sich aus darauf zu sprechen kommen²⁷. Dies bedingt jedoch, dass keine Hemmungen bestehen, diese Themen in der Beratung anzusprechen. Das heisst, es muss bekannt sein, dass ein Gespräch darüber an dieser (Beratungs-)Stelle möglich ist und nicht von einem Tabu oder anderen negativen Werten behaftet ist oder gar in einer Stigmatisierung resultiert.

Eine weitere Erkenntnis betrifft das **Verhältnis von PC und Sterbehilfe** resp. AS. Viele der Befragten bzw. Interviewten erwähnten bei der Datenerhebung PC von sich aus. PC wurde oft im Rahmen einer ablehnenden Haltung zum AS erwähnt, als Argument gegen den AS oder dieser wird als letzten Ausweg angesehen, wenn PC ausgeschöpft ist oder nicht hilft. Die PC verankert in ihrer Grundhaltung, dass sie keine Einwirkung auf den Todeszeitpunkt nimmt (vgl. Kap. 2). Dennoch stellt sich die Frage, ob diese beiden Ansätze nicht näher zusammenrücken könnten. In einer pluralistischen Gesellschaft mit individuellen (Wert-)Vorstellungen sind dies zwei unterschiedliche Ansätze, die nebeneinander bestehen und sich ergänzen könnten. Die Entscheidungsoptionen am Lebensende werden damit auf verschiedene Möglichkeiten, je nach individueller Lebensführung, erweitert. Dies setzt aber auch voraus, dass diese Optionen in einer Beratung wertneutral und nicht hierarchisch offengelegt werden. Dazu ist es notwendig, dass die Beratung ermächtigend und zutrauend erfolgt und ergebnisoffen ist.

²⁷ Gemäss Rimmel-Fassbender und Stemmer (2014) ist für eine echte Adressat:innenpartizipation und -orientierung eine „*offene, zutrauende, wertschätzende Beratungshaltung als Gegenpol zum alten Fürsorgeparadigma*“ (S. 305) notwendig.

Obwohl der Wert und die Achtung der Selbstbestimmung mehrfach explizit und deutlich zum Ausdruck kamen, lässt sich in den Argumentationsmustern der schriftlich befragten Personen eine sehr zurückhaltende, teilweise wertende Haltung dem AS gegenüber erkennen. So wurde beispielsweise mehrfach erwähnt, dass Sterbehilfe erst thematisiert werden soll, wenn alle Alternativen ausgeschöpft sind, oder dass mit allgemeiner Beratung der Wunsch nach Beratung zu Sterbehilfe abgeschwächt werden kann. In der Grundlogik der Argumentation zum Schutz und Erhalt von Leben machen diese Aussagen durchaus Sinn. Argumentierend aus der Selbstbestimmung und Verantwortung, die jede Person für sich selbst hat und ausüben können sollte, ist sie jedoch bevormundend oder stark an **Fürsorge** orientiert. Sie stellt die Fähigkeit des einzelnen Menschen, für sich selbst zu entscheiden - beispielsweise in Bezug darauf, wie er sterben will – in Frage. Insofern findet eine Entmündigung statt und das Bedürfnis nach Auseinandersetzung mit der Endlichkeit und verschiedenen Möglichkeiten zu sterben wird indirekt als nicht legitim erklärt, obwohl es aufgrund der Gesetzgebung legal ist. Zudem steht die Möglichkeit einen AS in Anspruch zu nehmen für viele Personen (noch) nicht im direkten Zusammenhang mit einer tatsächlichen Umsetzung, sondern fungiert als eine Art 'Notausgang' (vgl. Kap. 3.6.1). Im Theorieteil wurden die ärztlichen Dilemmata ausgeführt (vgl. Kap. 3.2.2). Es zeigen sich auch in Bezug auf die Beratung ähnliche **ethische Bedenken**. Damit wird darüber gewertet, wie "gutes Sterben" resp. die Auseinandersetzung damit erfolgen soll, resp. was im Rahmen der persönlichen Vorausplanung als legitim betrachtet wird (bspw. das Erstellen einer Patient:innenverfügung) und was nicht (z.B. sich bezüglich der Möglichkeiten der Sterbehilfe oder des AS beraten zu lassen, wenn es keinen akuten Grund dafür gibt). Das zeigt sich auch darin, dass in einigen Beratungsangeboten die Auseinandersetzung mit dem Lebensende und dem Sterben zwar möglich ist, der AS dabei jedoch explizit ausgeklammert wird. Oder es erfolgt stattdessen – teilweise auch aufgrund von organisationalen Rahmenbedingungen wie Regeln oder Verboten – eine Triage resp. Weiterweisung, sei es auf die Selbstinformation, Angehörige, Gesundheitsberatungen oder explizit an Sterbehilfeorganisationen. Der **Professionalisierungsgrad** bezüglich Sterbehilfeberatungen zeigt Unterschiede auf. Einige Personen berichten von konzeptionellen und methodischen Grundlagen in ihren Organisationen, wobei bei anderen Organisationen diesbezüglich keine Orientierungshilfen oder Grundsätze bestehen. Deutlich wird dies auch in den Antworten der Befragten, wonach das Beratungsangebot zu Sterbehilfe abhängig von der jeweiligen Beratungsperson ist.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Berater:innen, die Sterbehilfeberatungen durchführen, am häufigsten über einen beruflichen Hintergrund im Bereich der **Pflege, Medizin und SA** verfügen. Hier bestehen Bezugspunkte zur einleitend entworfenen Vision einer neutralen, durch Sozialarbeitende geführten Beratungsstelle (vgl. Kap. 1.4), die in der Schlussbetrachtung behandelt wird (vgl. Kap. 7).

Die empirischen Erkenntnisse haben weiter aufgezeigt, dass **Terminologien** nicht geschärft sind. Beratung beispielsweise kann in der SA ein Spektrum von Unterstützung, beginnend bei Informationsvermittlung bis zu umfassendem Case Management, beinhalten. Entsprechend unterschiedlich aufgefasst wurde der Begriff teilweise auch im Fragebogen. Dies kommt in der Unschärfe in Bezug auf die Selbsteinschätzung, ob Beratung angeboten wird oder nicht, zum Ausdruck (Widersprüche im Fragebogen aus den quantitativen zu den qualitativen Antworten). Eine weitere Konfusion zeigt sich in Bezug auf den Begriff Sterbehilfe bzw. allgemein in Bezug auf die Verwendung von Begriffen in diesem Zusammenhang. Dies geht auch aus der Theorie (vgl. Kap. 3.5) hervor. Auch in Fachkreisen, so lassen sich die Ergebnisse interpretieren, ist die Differenzierung zwischen Sterbehilfe, Sterbebegleitung, AS usw. oftmals nicht klar. Dies zeigt sich u.a. in den zusätzlichen Bemerkungen am Ende des Fragebogens: *„Im Verlauf der Umfrage trat Unsicherheit auf bezüglich der Nomenklatur: Meine Antworten beziehen sich auf Sterbebegleitung im Rahmen der palliativen Versorgung. Ich verstehe Sterbebegleitung nicht gleich assistierter Suizid.“* Noch deutlicher wird die Konfusion der Begriffsverwendung in Bezug auf die verschiedenen Formen der Sterbehilfe, wie sie im rechtlichen Kontext eingangs dieser Arbeit erläutert werden. Dies wird beispielsweise in untenstehendem E-Mailauszug ersichtlich, in dem von der aktiven Sterbehilfe die Rede ist, welche jedoch in der Schweiz nur erlaubt ist, wenn es sich um die indirekt aktive Sterbehilfe handelt.

Aktive Sterbehilfe ist oft ein Thema bei uns, viele melden sich bei Exit an oder wollen das. Unsere Beratenden nehmen es entgegen und werten nicht, fragen aber nach, warum sie dies möchten. Oft sind es sehr diffuse Ängste vor Schmerzen. Wir zeigen dann die verschiedenen Möglichkeiten von palliative care auf. Oft mündet eine solche Beratung dann in einer Patientenverfügung, meines Wissens machen dann nicht sehr viele von einem begleiteten Suizid Gebrauch.

Abbildung 32. E-Mail-Auszug zur Veranschaulichung der Begriffskonfusionen. Pers. Mitteilung, 10.08.21.

Diese Aspekte rund um die Terminologien können in Bezug zur Unterfrage 2 so ausgelegt werden, dass bezüglich der Sterbehilfe und vor allem dem AS auch auf der Ebene von Professionellen noch **Informations- und Klärungs-, sowie Definitions- und Einigungsbedarf** besteht.

6.3 Lücken im Angebot

Obwohl die Befragung zeigt, dass die Sterbehilfeberatung viele der Bedürfnisse von Adressat:innen erfüllt und die Beratung in den jeweiligen Organisationen adäquat ist, wurden von den Experten auch Zweifel geäussert, ob durch die bestehenden Angebote sämtliche Personengruppen angesprochen werden können. Zu denken ist vor allem an akut belastete Personen, die beispielsweise eine direkte Kontaktaufnahme mit einer Sterbehilfeorganisation Überwindung kostet oder aufgrund einer Krankheitsdiagnose keinen anderen Ausweg mehr sehen als einen gewaltsamen Suizid (vgl. Kap. 3.1). Weiter schildern die Experten, dass ihnen Personen bekannt sind, die ein Beratungsbedürfnis haben, aber nicht beraten werden. Dies weist auf Lücken im Angebot hin. Die Nachfrage wird auch darin deutlich, dass das bestehende niederschwellige Beratungsangebot, das allen Interessierten zur Verfügung steht, genutzt wird. Aus den Interviews zeigt sich exemplarisch, dass es für verschiedene Bedürfnisse verschiedene Angebote gibt, wofür die jeweiligen Organisationen den passenden Rahmen bieten. Es wird jedoch auch geäussert, dass mutmasslich nicht alle potenziellen Adressat:innen mit einem Bedürfnis erreicht werden. Zudem zeigen sich weitere Angebotslücken darin, dass eine längerfristige oder regelmässige Beratung resp. Begleitung fehlt. Es kann davon ausgegangen werden, dass gerade eine über einen längeren Zeitraum erfolgende Beratung mit einer Vertrauensperson einen Mehrwert darstellt, weil sich Ansichten, Haltungen und Bedürfnisse im Laufe des Lebens ändern können und – analog einer Patient:innenverfügung – daher immer wieder eine Auseinandersetzung stattfinden kann oder soll (vgl. Kap. 3.6.1). Wenn davon ausgegangen wird, dass die Beschäftigung mit dem Lebensende zukünftig früher, resp. aktiver erfolgt, ist auch davon auszugehen, dass mehr Menschen ein entsprechendes und früheres Beratungsbedürfnis haben. Dies entspricht gemäss dem Theorieteil auch dem Bedürfnis der Bevölkerung (vgl. Kap. 2.1).

7. Schlussbetrachtung

Abschliessend wird in Bezug auf die Fragestellung (mit der Unterfrage 4, die bisher noch grösstenteils unbeantwortet ist), die Hypothese und Vision eine Antwort formuliert. Das heisst, die Schlussbetrachtung beschäftigt sich damit, ob sich ein neues Handlungsfeld für die SA in der Sterbehilfe eröffnet.

Bisher wurde aufgezeigt, dass durch die demografischen Entwicklungen und gesellschaftliche Veränderungen in Bezug auf Individualisierung und Pluralisierung das Lebensende mit verschiedenen Optionen an Bedeutung gewinnt. Die SA hat die Aufgabe sozialen Problemen vorzubeugen sowie sie zu lindern und die individuelle Handlungsfähigkeit zu stärken. Sie leistet einen Beitrag zum Wohlbefinden von Menschen und fördert den sozialen Wandel. Daher stellt sich die Frage, ob sich für die SA im Bereich der Sterbehilfe mit einem Fokus auf den AS für Menschen ab dem dritten Lebensalter ein neues Handlungsfeld eröffnet. Als Hypothese wird davon ausgegangen, dass eine Nachfrage nach Beratungen zur Sterbehilfe, insbesondere bezüglich AS, besteht, wofür die SA geeignet sein könnte. Darauf gründet die Vision einer sozialarbeiterisch geführten, neutralen Fachstelle für Menschen ab dem dritten Lebensalter und ihre Angehörigen.

7.1 Kernaussagen mit Handlungsempfehlungen

Mit den Ausführungen zur PC wurde auf den Wert der SA am Lebensende hingewiesen, was die Frage aufwirft, inwieweit die SA auch im Zusammenhang mit der Sterbehilfe und dem AS eine wichtige Rolle übernehmen könnte. Der Postulatsbericht als Antwort des Bundesrates legt offen, dass im Bereich des Lebensendes sowohl ein Bedürfnis seitens betroffener Menschen wie auch Handlungsbedarf seitens Politik besteht. Abgeleitet von den theoretischen Ausführungen zur Sterbehilfe wurden empirische Erhebungen durchgeführt. Diese zeigen auf, wo tatsächlich Lücken im Versorgungsangebot bezüglich Sterbehilfeberatung bestehen. Daraus ergeben sich die nachfolgenden Kernaussagen mit entsprechenden Handlungsempfehlungen für den Kanton Bern:

1. Im Ansatz sind Zuständigkeiten definiert und Beratungsangebote im Bereich der Sterbehilfe vorhanden. Sie sind jedoch schwer auffindbar, nicht für alle Adressat:innengruppen zugänglich, insbesondere nicht für Personen, die noch nicht in einer Form Leistungsempfänger:innen der Organisationen sind. Die Anbietenden kommunizieren, aus diversen Gründen, ihr Angebot meist nicht öffentlich.

Empfehlung: Es braucht Angebote, die im Rahmen von Chancengerechtigkeit niederschwellig für alle zugänglich und auffindbar sind und deshalb entsprechend bekannt gemacht werden.

2. Das Selbstverständnis von Professionellen zeigt, dass die verschiedenen Optionen am Lebensende nicht institutionalisiert sind und teilweise auch nicht zu den Rahmenbedingungen der Organisationen passen (z.B. aus Ressourcengründen: Zeit für Thematisierung im Team, Fallbesprechungen, aktives Ansprechen mit Adressat:innen, fehlende Fachkenntnisse). Zudem ist eine Vermischung von Beratung und effektiver Beihilfe erkennbar, was sich darin zeigt, dass keine Beratung angeboten wird, wenn ein AS nicht durchgeführt werden kann. Auch die Terminologien betreffend der Sterbehilfe werden uneinheitlich und teilweise missverständlich verwendet.

Empfehlung: Eine Aufklärung und Sensibilisierung von Fachpersonen ist daher notwendig. Begriffsschärfungen und eindeutige Begriffsverwendungen, wie sie beispielsweise in dieser Arbeit vorgeschlagen werden, sind erforderlich, um den Fachdiskurs zu erleichtern und Missverständnissen vorzubeugen.

3. Der Staat setzt sich zunehmend für eine weitere Verbreitung und Zugänglichkeit der PC ein, was sich auch in den entsprechenden Kenntnissen der Fachpersonen über den Ansatz und die jeweiligen Angebote zeigt. Der AS jedoch wird privaten Organisationen überlassen, was einer impliziten Wertung bezüglich Legitimität gleichkommt.

Empfehlung: Dieses Verhältnis zwischen der Rolle des Staates und den Privaten muss weiter thematisiert und ausgeglichen werden, insbesondere auch in Anbetracht der finanziellen Ausgestaltung (z.B. mittels Leistungsaufträgen im Bereich der Sterbe(hilfe)beratung).

4. Eine Beratungshaltung, die wertneutral, ergebnisoffen und wertschätzend ist, traut, als Gegenpol zu einem Fürsorgeparadigma, den Adressat:innen zu, Selbstverantwortung zu übernehmen und Selbstbestimmung auszuüben. Dieser Paradigmenwechsel steckt in Bezug auf den AS noch in den Kinderschuhen - entsprechend auch der Professionalisierungsgrad in den Organisationen, die diesbezüglich beraten. Es sind wenige konzeptionelle Grundlagen vorhanden.

Empfehlung: Es braucht weitere handlungstheoretische Grundlagen, die beispielsweise mittels einer neutralen, unabhängigen, von Sozialarbeitenden geführten Beratungsstelle aufgebaut und durch weitere Professionen interdisziplinär ergänzt werden.

In Anbetracht der Tatsache, dass das öffentliche Interesse an der Sterbehilfe und dem AS stetig zunimmt und Lücken im Angebot vorhanden sind, besteht Handlungsbedarf. Bei den vertiefenden Interviews hat sich gezeigt, dass die Lücken bei den einen Angeboten in einem (noch) tiefen Bekanntheitsgrad liegen und die organisationale Einbettung Hemmungen bei der Inanspruchnahme des Angebots auslösen kann. Hingegen muss bei anderen Angeboten der Wunsch nach einem AS schon relativ konkret sein, damit eine Beratung überhaupt angeboten wird, was seitens Adressat:innen Überwindung braucht. In der Institution, in der die SA bereits vertreten ist und die Beratungen durchführt, bestehen nebst Zugangsschwierigkeiten auch professionsethische und Positionierungs-Fragen.

Es zeigt sich, dass die SA aufgrund ihrer ganzheitlichen und ermächtigenden Grundhaltung und ihres Menschenbildes grosses Potenzial hat, ihre Professionalität in diesem Handlungsfeld einzubringen, insbesondere, weil die Beratung eine Schlüsselkompetenz dieser Profession ist und sie bereits in Beratungsangeboten am Lebensende tätig ist. Trost (2012) hat konkrete Leitlinien für die sozialarbeiterische Haltung und sozialarbeiterische Methoden für die Ausgestaltung von Suizidhilfeberatungen ausgearbeitet. Daher besteht vor allem noch bezüglich organisationaler Positionierung und Angebotsgestaltung Handlungsbedarf. Obwohl im Rahmen der empirischen Erhebungen eine soziale Erwünschtheit berücksichtigt werden muss, zeigt sich, dass die Mehrheit der Befragten einer neutralen Beratungsstelle positiv gegenübersteht und triagieren würde. Daraus kann Potenzial für die eingangs formulierte Vision einer sozialarbeiterisch geführten Fachstelle (vgl. Kap. 1.4) abgeleitet werden.

Die SA hat mit dem Berufskodex eine starke normative Fundierung zur Ermächtigung von Menschen und der Förderung des sozialen Wandels. Sie leistet Hilfe zur Selbsthilfe und gewichtet die Selbstbestimmung hoch. Eine Vielzahl an Kompetenzen der SA passen zu einem Auftrag im Bereich der Sterbehilfe. Dies hat sich in der PC bereits in einem verwandten Gebiet in Bezug auf das Lebensende gezeigt. Das bio-psycho-soziale Modell, das dem Verständnis der SA zu Grunde liegt, die Kompetenzen im Schnittstellenmanagement, die ganzheitliche Haltung und die systemischen Kompetenzen ermöglichen es Fachpersonen der SA, die Komplexität im Feld der Sterbehilfe zu erfassen. Speziell zu nennen ist die Beratung als Kernkompetenz der SA. Ebenfalls beinhaltet die generalistische Ausbildung viel Bezugsdisziplinenwissen, befähigt zur Zusammenarbeit und vermittelt zwischen verschiedenen Professionen und Sichtweisen, was im komplexen Themengebiet der Sterbehilfe notwendig ist. Die Fachkenntnisse von Medizin, Pflege sowie weiteren Professionen sind jedoch am Lebensende, in den hochkomplexen und individuellen Situationen, zusätzlich notwendig. Insofern zeigt sich als ideale Lösung eine **interprofessionelle Fachstelle** im Bereich der Sterbehilfe, die durch Sozialarbeitende geführt wird. Das Potenzial einer solchen Stelle ist es, dass Adressat:innen mit einer neutralen Person in eine Auseinandersetzung gelangen können, die das Gespräch über diese Option ermöglicht und wertneutral und ganzheitlich die rechtlichen, sozialen, finanziellen, moralischen und ethischen Aspekte abdeckt. Sie kann eine Schnittstellenfunktion in Bezug auf Angehörige, weitere Organisationen und der Kommunikation über Sterben mit einem AS sowie Wünsche diesbezüglich einnehmen. Damit kann diese Stelle auch eine Triagefunktion einnehmen, z.B. Weiterleitung an eine Sterbehilfeorganisation oder weitere Fachstellen. So kann an dieser Stelle einerseits niederschwellige Aufklärungsarbeit bezüglich der Rahmenbedingungen eines AS und Sterbehilfe allgemein angeboten werden, was sich im Rahmen dieser Arbeit als notwendig erwiesen hat. Andererseits können mit dem ganzheitlichen Blick auch Alternativen aufgezeigt werden, ohne dabei die Legitimität eines AS in Frage zu stellen. Damit kann das Angebot einen Beitrag zur individuellen und persönlichen Entscheidungsfindung und Selbstbestimmung am Lebensende beitragen. Die Beratung muss unentgeltlich sein, damit ein niederschwelliger, gerechter Zugang für alle Adressat:innen möglich und gewährleistet ist. Auch um auf das Bestehen der Fachstelle aufmerksam zu machen und die Nachfrage bei grösserem Aufkommen decken zu können ist es notwendig, die Finanzierung zu regeln. Damit die nötige Neutralität gewährleistet ist, muss die Fachstelle organisational unabhängig sein, was ebenfalls Konsequenzen für die Finanzierung hat. Deshalb sollte über eine staatliche Finanzierung für die Beratung am Lebensende inkl. dem AS nachgedacht werden. Diese Fachstelle soll zudem damit beauftragt werden, den Diskurs um die Sterbehilfe(-beratung)

weiter zu entwickeln, beispielsweise indem Terminologien geschärft und Weiterbildungen sowie Supervisionen für Fachpersonen angeboten werden. Durch eine solche Fachstelle und ihre Arbeit wird die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und dem AS gefördert.

7.2 Grenzen dieser Thesis und Ausblick

Da keine **repräsentative Bedürfnisanalyse** von potenziellen Adressat:innen im Bereich der Sterbehilfeberatung vorgenommen wurde, sind als Ausblick konkrete Forschungen diesbezüglich anzustreben.

Geschlecht- und Genderfragen wurden im Rahmen dieser Arbeit nicht thematisiert, obwohl sich beispielsweise in den Statistiken zeigt, dass mehr Frauen als Männer einen AS in Anspruch nehmen. Auch in Bezug auf geschlechterspezifische Beratungsbedürfnisse wären weitere Anschlussforschungen interessant.

Durch die höhere Lebenserwartung der Menschen im Allgemeinen drängen sich Diskussionen rund um den **Altersfreitod bei Lebensattheit** auf. Dies ist bereits seit längerem ein wiederkehrendes Thema, u.a. bei Sterbehilfeorganisationen.

Ebenfalls ein weiteres grosses Anschlussthema zeigt sich in Bezug auf die **Angehörigen**. Ihre Bedürfnisse wurden in dieser Arbeit nur am Rande thematisiert. Es ist jedoch bekannt, dass gerade bei AS Angehörige mit grossen Herausforderungen und Belastungen konfrontiert sind. Da die in der Vision formulierte neutrale Beratungsstelle Potenzial hat, systemisch zu arbeiten, zeigen sich im Bereich von Angehörigen und weiteren sozialen Systemen weitere zu erforschende Bezugspunkte.

7.3 Kritische Abschlussreflexion

Es zeigt sich, dass anhand des gewählten **Forschungsdesigns** durch die Mixed-Methods mit einem explorativen Fragebogen eine umfassendere Erhebung und Einschätzung des Feldes möglich war. Durch die sorgfältig ausgewählten Experten konnten spezifische Aspekte – einerseits aus der Theorie und Fragestellung, andererseits aus den Erkenntnissen des ersten empirischen Teils – fundiert werden. Damit wird die Aussagekraft dieser Forschung erhöht. Jedoch kann die umfassende Datenerhebung, die durch den Mixed-Methods-Ansatz entstanden ist, kritisch betrachtet werden. Die Beantwortung der Forschungsfrage wäre mit der Erhebung von weniger Datenmaterial möglich gewesen.

Abschliessend soll angemerkt werden, dass auch ein kritischer Blick auf die **Institutionalisierung von PC und AS** geworfen werden kann. Wie bereits erwähnt, können Selbstbestimmung, Vorausplanung und verschiedene Optionen bezüglich dem eigenen Lebensende auch zu einem Entscheidungszwang oder einer Last werden. Die vielen Optionen, die in unserer westlichen Welt ständig zur Verfügung stehen und Entscheidungen erfordern, würden damit auf das Lebensende ausgeweitet werden. So kann plakativ moniert werden, dass wir sogar unseren Sterbeprozess planen und 'richtig' zu machen haben.

Trotzdem sollte im gesellschaftlichen Diskurs das Sterben zum Leben dazugehören, nicht tabubehaftet sein und dabei auch die Option eines AS nicht ausgeklammert werden. Aus der Perspektive der SA soll soziale Gerechtigkeit gefördert bzw. hergestellt werden. Daher muss ein potenzieller Zugang zur Sterbehilfeberatung für alle bestehen und das Thema Sterbehilfe mit AS beraterisch angegangen werden, denn eine Beratung *zur* Sterbehilfe ist nicht eine Beratung *für* die Sterbehilfe. Es ist somit konsequent, auch im Hinblick auf das Lebensende neutrale Beratungsangebote für eigene Entscheidungen inkl. der Thematisierung eines AS in Anspruch nehmen zu können. Entsprechend soll sich die SA in einem neuen Handlungsfeld positionieren.

Literaturverzeichnis

- Ackeret, Matthias. (2019). *Die Sterbehilfe in der Schweiz ist längst ausser Kontrolle* [Website]. Abgerufen von https://www.swissinfo.ch/ger/standpunkt_die-sterbehilfe-in-der-schweiz-ist-laengst-ausser-kontrolle/44599878
- Altersfreitod.ch. (n.d.) *Selbstbestimmung bis zuletzt* [Website]. Abgerufen von <http://www.altersfreitod.ch/index.php>
- Aurora das andere Bestattungsunternehmen. (n.d.). *Letzte Fahrt mit dem Bestattervelo* [Website]. Abgerufen von <https://www.aurora-bestattungen.ch/bestattervelo.html>
- AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis*. Bern: AvenirSocial.
- AvenirSocial. (2014). *Berufsbild der Professionellen Sozialer Arbeit* [PDF]. Abgerufen von https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/AS_Berufsbild_DE_def_1.pdf.
- Balmer, Rudolf. (2021). *Frankreichs Parlament debattiert über Sterbehilfe, doch für eine Abstimmung wird die Zeit nicht reichen* [Website]. Abgerufen von <https://www.nzz.ch/international/frankreich-konservative-sabotieren-debatte-ueber-sterbehilfe-ld.1610388?reduced=true>
- Beratung Leben und Sterben. (2021). *Das Sterben ist eine Zeit des Lebens mit Perspektiven* [Website]. Abgerufen von <https://beratunglebenundsterben.ch/>
- Bieler, Larissa. (2016). *Sterbedebatte: Die Schweiz als Ideal der Selbsttötung* [Website]. Abgerufen von https://www.swissinfo.ch/ger/leitartikel_sterbedebatte-die-schweiz-als-ideal-der-selbsttoetung/42266110
- Birkenstock, Eva. (2021). *Wann genug ist, entscheide ich - Entscheidungsfindung und Entscheidungsfreiheit am Lebensende mit der Option Assistierte Suizid*. Bern: Berner Fachhochschule Soziale Arbeit, Institut Alter.
- Bischofberger, Norbert. (2020). *Seelsorger am Exit-Sterbebett: Was sagen die Kirchen dazu?* [Website]. Abgerufen von <https://www.srf.ch/kultur/gesellschaft-religion/religion-und-sterbehilfe-seelsorger-am-Exit-sterbebett-was-sagen-die-kirchen-dazu>
- Boch, Mathieu. (2019). *Sterbehilfe: Europa ist sich uneins* [Video]. Abgerufen von <https://www.arte.tv/de/videos/086089-006-A/sterbehilfe-europa-ist-sich-uneins/>
- Bondolfi, Sibilla. (2019). *Warum die Schweiz die Suizidhilfe nicht regulieren will* [Website]. Abgerufen von https://www.swissinfo.ch/ger/assistierter-suizid_warum-die-schweiz-die-suizidhilfe-nicht-regulieren-will/44810646
- Bosshard, Georg. (2017). Assistierter Suizid in der Schweiz: Ursprung, Entwicklungen, empirische Befunde. In Gian Domenico Borasio, Ralf J. Jox, Jochen Taupitz & Urban Wiesing (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft. Mit einem Kommentar zum neuen Sterbehilfegesetz* (S. 29-40). Berlin Heidelberg: Springer.

- Bundesamt für Gesundheit. (2019a). *Assistierte Suizide* [Website]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizide-und-suizidversuche/assistierte-suizide.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2019b). *Suizidarten* [Website]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizide-und-suizidversuche/suizidarten.html>
- Bundesamt für Justiz. (2011). *Sterbehilfe* [Website]. Abgerufen von <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe.html>
- Bundesamt für Justiz. (2021). *Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung* [Website]. Abgerufen von <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html>
- Bundesamt für Statistik. (2020a). *Assistierter Suizid nach Geschlecht und Alter* [Tabelle]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.14966044.html>
- Bundesamt für Statistik. (2020b). *Lebenserwartung, 1999 – 2019* [Tabelle]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/lebenserwartung.assetdetail.14367966.html>
- Bundesamt für Statistik. (2020c). *Suizid nach Alter und Geschlecht (ohne assistierten Suizid)* [Diagramm]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.14966814.html>
- Bundesamt für Statistik. (2020d). *Todesursachenstatistik 2018. Häufigste Todesursachen bleiben im Jahre 2018 stabil – assistierter Suizid nimmt stark zu* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/medienmitteilungen.assetdetail.15084042.html>
- Bundesamt für Statistik. (2021). *Todesursachenstatistik. Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz, 2018* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.assetdetail.16644530.html>
- Bundesrat. (2020). *Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.3384 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-SR) vom 26. April 2018* [PDF]. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html>
- Bundesverfassungsgericht. (2020). *Leitsätze zum Urteil des zweiten Senats* [Website]. Abgerufen von https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html

- Curaviva. (n.d.). *Begleiteter Suizid in Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf* [Website]. Abgerufen von <https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Begleiteter-Suizid-in-Institutionen/PgP7Y/>
- Dignitas. (2021). *Mitglieder am 31.12.2020 nach Wohnsitzstaat* [PDF]. Abgerufen von http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=32&Itemid=72&lang=de
- Döring, Nicola & Bortz, Jürgen. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Echtes Recht auf Selbstbestimmung. (n.d.) *Echtes Recht auf Selbstbestimmung* [Website]. Abgerufen von <https://www.verein-eras.ch/>
- Exit. (2019). *Italien: Suizidhilfe in gewissen Fällen erlaubt* [Website]. Abgerufen von <https://Exit.ch/artikel/italien-suizidhilfe-in-gewissen-faellen-erlaubt/>
- Exit. (2021). *Selbstbestimmt bis ans Lebensende*. (5. Aufl.) [PDF]. Abgerufen von <https://Exit.ch/downloads/>
- Exit. (n.d.). EXIT – Selbstbestimmt bis ans Lebensende [Website]. Abgerufen von <https://exit.ch>
- Exit Suisse romande. (n.d.). *A l'attention des étudiants et journalistes. Statistiques 2018* [PDF]. Abgerufen von <https://www.Exit-romandie.ch/a-l-attention-des-etudiants-et-journalistes-fr1507.html>
- Fenner, Dagmar. (2007). *Ist die Institutionalisierung und Legalisierung der Suizidbeihilfe gefährlich? Eine kritische Analyse der Gegenargumente* [PDF]. doi: 10.1007/s00481-007-0515-5
- Fenner, Dagmar. (2010). *Einführung in die Angewandte Ethik*. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag.
- Fischer, Beate. (2021). *Sterbehilfe in der EU im Überblick* [Video]. Abgerufen von <https://www.arte.tv/de/videos/103224-000-A/sterbehilfe-in-der-eu-im-ueberblick/>
- Foederatio Medicorum Helveticorum. (n.d.). *Über die FMH* [Website]. Abgerufen von <https://www.fmh.ch/ueber-die-fmh.cfm>
- Forschungsgruppe Weltanschauungen in Deutschland. (2016). *Sterbehilfe und Organisationen in der Schweiz* [Website]. Abgerufen von <https://fowid.de/meldung/sterbehilfe-und-organisationen-schweiz>
- Galuske, Michael. (2011). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. (9. Aufl.) Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Grossmann Niklas. (2008). *Begrenzte Existenz. Sterbehilfe und Tod als professionelle Herausforderung für die Soziale Arbeit in Deutschland*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.

- Gukenbiehl, Hermann L. (2010). Institution und Organisation. In Hermann Korte & Bernhard Schäfers (Hrsg.), *Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie* (8. Aufl., S. 145-161). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hardegger, Angelika & Hehli, Simon. (2019). «*Der Suizid ist ein Riesenschritt. Das ist nicht wie das Streichen eines Brötchens*» [Website]. Abgerufen von <https://www.nzz.ch/schweiz/suizid-psychotherapeut-fordert-weitgehende-liberalisierung-ld.1476368>
- Helfferich, Cornelia. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Hochschule Luzern. (n.d.). *Begleitung am Lebensende - das berufliche Selbstverständnis von Fachpersonen der Sozialen Arbeit (Dissertationsprojekt)* [Website]. Abgerufen von <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=4033>
- Höpflinger, François. (2014). Demografisch-gesellschaftliche Wandlungen und soziale Folgen. In Stefanie Becker & Hermann Brandenburg (Hrsg.), *Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe* (S. 161-184). Bern: Verlag Hans Huber
- Hurst, Samia, A. & Mauron, Alex. (2003). Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: Allowing a role for non-physicians. *British Medical Journal*, 326. doi: 10.1136/bmj.326.7383.271
- Husi, Gregor & Villiger, Simone. (2012). *Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Soziokulturelle Animation: Theoretische Reflexionen und Forschungsergebnisse zur Differenzierung Sozialer Arbeit*. Luzern: Interact Verlag
- Jens, Walter & Küng, Hans. (1995). *Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. München Zürich: Piper.
- Kleinknecht, Anne. (2021). *Sterbehilfe in Deutschland – die schwierige Neuregelung* [Website]. Abgerufen von <https://www.swr.de/swr2/wissen/sterbehilfe-in-deutschland-die-schwierige-neuregelung-sw2-wissen-2021-03-25-100.html>
- Kruse, Jan. (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz* (2. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kongregation für die Glaubenslehre. (2020). *Samaritanus bonus* [Website]. Abgerufen von https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_ge.html#2._Die_moralische_Verpflichtung
- Kuckartz, Udo. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Lifecircle. (2020). *Mitgliederzahlen. Aktive Mitglieder* [Website]. Abgerufen von <https://www.lifecircle.ch/mitgliederinformationen/mitgliederzahlen/>
- Mathwig, Frank. (2007). *Das Sterben leben. Entscheidungen am Lebensende aus evangelischer Perspektive* [PDF]. Abgerufen von https://www.evref.ch/wp-content/uploads/2020/02/mathwig_das_sterben_leben.pdf

- Maurer, Andreas. (2012). *Der Fall der Suizidhelferin Erika Preisig kommt vor das Bundesgericht: Sie fühlt sich falsch verstanden*. [Website] Abgerufen von <https://www.luzernerzeitung.ch/schweiz/strafprozess-der-fall-der-suizidhelferin-erika-preisig-kommt-vor-das-bundesgericht-sie-fuehlt-sich-falsch-verstanden-ld.2192447>
- Palliative ch (n.d.). *Das ist Palliative Care*. [Website]. Abgerufen von <https://www.palliative.ch/de/was-ist-palliative-care/das-ist-palliative-care>
- Palliative zh+sh. (2021). *Medienschau April 2021* [Website]. Abgerufen von <https://www.pallnetz.ch/medienschau-april-2021.htm>
- Pegasos Swiss Association. (n.d.). *Willkommen bei Pegasos* [Website]. Abgerufen von <https://pegasos-association.com/de/welcome/>
- Psychiatriezentrums Münsingen. (n.d.). *Sterbehilfe im Sinne des assistierten Suizids* [PDF]. Abgerufen von https://www.pzmag.ch/fileadmin/user_upload/documents/2017/Broschueren/Broschue-reA5_Assistierter_Suizid_Online.pdf
- Remmel-Fassbender, Ruth & Stemmer, Renate. (2014). Interventionen und Methoden aus der Sicht der Pflege und Sozialen Arbeit. In Stefanie Becker & Hermann Brandenburg (Hrsg.), *Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe* (S. 287-348). Bern: Verlag Hans Huber
- Richner, Anita. (2021). *Erika Preisig, Sterbebegleiterin: «Der Tod ist nicht unser Feind»* [Audio-Podcast]. Abgerufen von <https://www.srf.ch/news/schweiz/urteil-zur-sterbehilfe-sterbebegleiterin-erika-preisig-erneut-von-toetung-freigesprochen>
- Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium. (2021). *Suizid und Suizidhilfe* [Website]. Abgerufen von <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid-und-suizidhilfe>
- Schmocker, Beat. (2011). *Soziale Arbeit und ihre Ethik in der Praxis. Eine Einführung mit Glossar zum Berufskodex Sozialer Arbeit Schweiz*. Bern: AvenirSocial.
- Schreier, Margrit. (2013). Qualitative Analyseverfahren. In Walter Hussy, Margrit Schreier & Gerald Echterhof (Hrsg.), *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (S. 245-275). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schwarz, Mira. (2015). *Ethische Entscheidungsfindung im Diskurs der Sterbe- und Suizidhilfe. Position und Rolle der Sozialen Arbeit* (Bachelorarbeit, FHNW Olten, Hochschule für Soziale Arbeit). Abgerufen von <https://irf.fhnw.ch/handle/11654/17830>
- Schweizer Radio und Fernsehen. (2021). *Urteil zur Sterbehilfe. Sterbebegleiterin Erika Preisig erneut von Tötung freigesprochen*. [Website]. Abgerufen von: <https://www.srf.ch/news/schweiz/urteil-zur-sterbehilfe-sterbebegleiterin-erika-preisig-erneut-von-toetung-freigesprochen>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2018a). *Newsletter Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»: Stellungnahme zum Entscheid der FMH*. [Website]. Abgerufen von <http://createsend.com/t/d-415123F194947C882540EF23F30FEDED>

- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2018b). *Kernbotschaft zur Regelung der Suizidhilfe* [PDF]. Abgerufen von <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Sterben-und-Tod.html>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2019). *Richtlinien: Umgang mit Sterben und Tod* (2. Aufl.) [PDF]. Abgerufen von <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Sterben-und-Tod.html>
- Stadt Bern. (n.d.). *Berner Charta* [Website]. Abgerufen von <https://www.bern.ch/themen/gesundheit-alter-und-soziales/lebensende/charta-fuer-ein-lebenswertes-bern>
- Stettler, Peter, Bischof, Severin, Bannwart, Livia & Schempp, Daniela. (2018). *Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017. Ergebnisse der Befragung 2017 und Vergleich zur Erhebung von 2009. Management Summary des Schlussberichts* [PDF]. Abgerufen von: https://www.buerobass.ch/kernbereiche/projekte/project-view?tx_ncprojects_project%5Bproject%5D=1441&cHash=ab700d5e7452540c7de8eb1067c98bc7
- Stocker, Bettina Fabienne. (2019). *Die ethisch reflektierte Position der Sozialen Arbeit im Spannungsfeld der Suizid- und Sterbebegleitung im Alter. Eine Untersuchung der zentralen ethischen und moralischen Werten* (Bachelorarbeit, FHNW Olten, Hochschule für Soziale Arbeit). Abgerufen von <https://www.soziothek.ch/die-ethisch-reflektierte-position-der-sozialen-arbeit-im-spannungsfeld-der-suizid-und-sterbebegleitung-im-alter>
- Student, Johann-Christoph, Mühlum, Albert & Student, Ute. (2020). *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care* (4. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag
- Tag, Brigitte (2016). Strafrecht am Ende des Lebens – Sterbehilfe und Hilfe zum Suizid in der Schweiz. *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, 128(1), 73-88. doi: 10.1515/zstw-2016-0004
- Theodor, Tom. (2021). *Euthanasie: Recht auf einen selbstbestimmten Abgang* [Video]. Abgerufen von <https://www.arte.tv/de/videos/103221-000-A/euthanasie-recht-auf-einen-selbstbestimmten-abgang/>
- Thoma Stieger, Monica. (2014). *Sterbeberatung – eine Herausforderung für die Soziale Arbeit? Unterstützung durch die Soziale Arbeit bei der Entscheidungsfindung und Sinnsuche am Lebensende* (Bachelorarbeit, FHS St. Gallen, Fachbereich Soziale Arbeit). Abgerufen von https://ephesos.fhsg.ch/documents/10328/103271/6042857_Thoma_Monica_BA_HS14.pdf
- Trost, Katharina. (2012). *Suizidbeihilfe aus Sicht der Sozialen Arbeit. Eine ethische Auseinandersetzung basierend auf dem reflexiven Begründungsverfahren* (Masterarbeit, Master in Sozialer Arbeit Bern, Luzern, St. Gallen, Zürich). Abgerufen von <https://zenodo.org/record/579978>
- UmfrageOnline. (2021). *Umfragen erstellen, einfach professionell* [Website]. Abgerufen von <https://www.umfrageonline.com/>

Wäfler, Daniela & von Wartburg, Lea. (2011). Palliative Care – eine Herausforderung für die Soziale Arbeit. *SozialAktuell. Die Fachzeitschrift für die Soziale Arbeit*. 11(2), 7-9

Woellert, Katharina & Schmiedebach, Heinz-Peter. (2008). *Sterbehilfe*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Wysling, Andres. (2021). «Mario» darf sterben – ein Gelähmter setzt in Italien sein Recht auf begleitete Selbsttötung durch [Website]. Abgerufen von <https://www.nzz.ch/international/fall-mario-sterbehilfe-in-italien-kampf-gegen-buerokratie-id.1656714?reduced=true>

Zimmermann, Markus, Felder, Stefan, Streckeisen, Ursula & Brigitte, Tag. (2019). *Das Lebensende in der Schweiz. Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven*. doi: 10.24894/978-3-7965-3969-5

Anhang

Anhangsverzeichnis:

1. Erhebungsinstrumente:
 - 1.1 Fragebogen
 - 1.2 Interviewleitfaden
2. Codebuch
3. Ergänzende Daten aus den Interviews
4. Eigenständigkeitserklärungen
 - 4.1 Eigenständigkeitserklärung Michelle Bütikofer
 - 4.2 Eigenständigkeitserklärung Kathy Haas

Sterbehilfe - Befragung der Fachpersonen im Kanton Bern

Einleitung

Herzlich willkommen zu unserer Umfrage. Wir freuen uns, dass Sie an der Befragung zur Sterbehilfeberatung teilnehmen!

Wir, Michelle Bütikofer und Kathy Haas, sind im Abschluss des Kooperationsmasterstudiums in Sozialer Arbeit der Fachhochschulen Bern, Luzern und St. Gallen. Diese Umfrage findet im Rahmen der Erarbeitung unserer Masterthesis statt. Darin beschäftigen wir uns mit der Sterbehilfe mit dem Fokus auf dem assistierten Suizid. Das Ziel unserer Masterthesis ist eine Bestandesaufnahme der Beratung bezüglich Sterbehilfe im Kanton Bern. Insbesondere setzen wir uns mit der Ausgestaltung des Sterbehilfeberatungsangebots auseinander.

In einem ersten Schritt eruieren wir das bestehende Sterbehilfeberatungsangebot im deutschsprachigen Kanton Bern. Dafür bitten wir um Ihren Beitrag und laden Sie ein, an der nachfolgenden Befragung teilzunehmen. Sie wurden ausgewählt, weil wir uns vorstellen, dass Sie resp. Ihre Organisation mit der Thematik konfrontiert sind/ist. Ihre Rückmeldung ist für uns wichtig, um die bestehende Praxis untersuchen zu können. Zudem wäre es für uns ein grosser Mehrwert, wenn Ihre Teilnahme nicht anonym erfolgen würde. Eine anonyme Teilnahme ist jedoch möglich, sollte das für Sie wichtig sein. Die Umfrage dauert ca. 10-20 Minuten. Die Teilnahme ist bis am 03.09.2021 möglich. Bei Fragen geben Ihnen gerne Kathy Haas oder Michelle Bütikofer Auskunft: kathy.haas@students.bfh.ch und michellenina.buetikofer@students.bfh.ch

Bitte füllen Sie die Umfrage bis zum Schluss aus. Sie sind am Ende angelangt, wenn die Seite "Abschluss" erscheint, wo Sie Ihre Kontaktdaten angeben können.

Bereits jetzt herzlichen Dank für Ihre wertvolle Hilfe.

Bitte meine Daten anonymisieren. *

ja

nein

Bemerkungen

Themenblock organisationale Berührungspunkte mit Sterbehilfe

Wird Ihre Organisation in irgendeiner Form mit dem Thema Sterbehilfe konfrontiert? *

Falls nein werden Sie automatisch zum Abschluss der Umfrage weitergeleitet.

- ja
- nein

Seite 3

Bietet Ihre Organisation Beratungen bezüglich Sterbehilfe an? *

- ja
- nein
- in Planung
- individuell nach Berater*in

Bemerkungen

Seite 4

Triagiert Ihre Organisationen Menschen mit einem entsprechenden Beratungsbedürfnis an andere Stellen? *

- ja
- nein

Seite 5

An welche Stelle triagieren Sie? *

Nach dieser Frage ist der Fragebogen für Sie schon fast beendet und Sie werden an den Schluss der Umfrage weitergeleitet.

Seite 6

Wie geht Ihre Organisation mit dem geäußerten Beratungsbedürfnis bezüglich Sterbehilfe um?

Uns interessiert, wie Sie vorgehen, wenn das Bedürfnis auftaucht, Ihre Organisation selber dazu aber keine Beratung anbietet und keine Triage durchführt.

Welche (anderen) Bereiche deckt Ihre Beratung ab? *

Nach dieser Frage ist der Fragebogen für Sie schon fast beendet und Sie werden an den Schluss der Umfrage weitergeleitet.

Themenblock Adressat*innen und Häufigkeit

Welche Adressat*innen berät Ihre Organisation bezüglich Sterbehilfe? *

Mehrfachnennungen sind möglich.

- Betroffene Organisationen
- Angehörige Öffentlichkeitsarbeit / Staat
- Fachpersonen
- Weitere

Bitte bringen Sie bei Mehrfachnennungen die Adressat*innen in eine Reihenfolge.

1 ist der Personenkreis, den Sie am häufigsten beraten. k.A. können Sie anwählen, wenn Sie diesen Personenkreis nicht beraten.

- ▲ ▼ Betroffene
- ▲ ▼ Angehörige
- ▲ ▼ Fachpersonen
- ▲ ▼ Organisationen
- ▲ ▼ Öffentlichkeitsarbeit / Staat
- ▲ ▼ Weitere

Wie alt sind die Personen, die Ihre Organisation bezüglich Sterbehilfe berät? *

Bitte wählen Sie das passende Feld auf der Skala je nach Alterskategorie an.

	nie	selten	manchmal	oft	sehr häufig	keine Angabe
18-30 Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31-50 Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51-65 Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66-80 Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
älter als 80 Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie häufig führt Ihre Organisation Beratungen bezüglich Sterbehilfe durch? *

Mehrfachnennungen sind möglich.

- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- ein paar Mal pro Jahr

Bemerkungen

Wenn Sie an die vergangenen drei Jahr denken, stellen Sie eine Veränderung an Beratungen je Altersbereich bezüglich Sterbehilfe fest? *

Bitte wählen Sie das passende Feld auf der Skala je nach Alterskategorie an.

	Abnahme	keine Veränderung	kleine Zunahme	deutliche Zunahme	starke Zunahme	beraten wir nicht
18-30 Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31-50 Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51-65 Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66-80 Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
älter als 80 Jahre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zwischentext

Sie haben den ersten Teil dieser Umfrage bereits beantwortet. Vielen Dank. Die nächsten beiden Themengebiete befassen sich nun noch mit dem Beratungsbedarf und -angebot und den Berater*innen und dem Auftrag.

Themenblock Beratungsbedarf und -angebot

Mit welchen Anliegen, Wünschen und Beratungsthemen (allgemein) kommen die Adressat*innen zu Ihrer Organisation? *

Mehrfachnennungen sind möglich.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wohnen | <input type="checkbox"/> Familie und Beziehungen |
| <input type="checkbox"/> Finanzen | <input type="checkbox"/> Freizeitgestaltung |
| <input type="checkbox"/> Sozialversicherungen | <input type="checkbox"/> Pflege und Betreuung |
| <input type="checkbox"/> Vorsorge (Werteeerklärung, Patient*innenverfügung, Vertretungsrechte, Vorsorgeauftrag usw.) | <input type="checkbox"/> Medizinisches |
| <input type="checkbox"/> Erwachsenenschutzrecht (inkl. Beistandschaften) | <input type="checkbox"/> Lebensende |
| <input type="checkbox"/> Rechtliches allgemein | <input type="checkbox"/> Tod und Sterben |
| <input type="checkbox"/> Spiritualität und Religion | <input type="checkbox"/> Sterbehilfe |
| <input type="checkbox"/> Gesundheit und Krankheit | |
| <input type="checkbox"/> Weiteres / Anderes <input type="text"/> | |

Kommen die betroffenen Personen explizit mit einem Beratungsbedürfnis bezüglich Sterbehilfe zu Ihrer Organisation in die Beratung (Einzigartigkeit, in Abgrenzung zu einem allgemeinen Beratungsbedarf, bei dem die Sterbehilfe eines der Beratungsthemen ist)? *

- ja
 nein

Zu welchen Themen bezüglich Sterbehilfe besteht ein Beratungsbedürfnis resp. was sind die häufigsten Fragen und Anliegen in der Beratung? *

Mehrfachnennungen sind möglich.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rechtliches (Legalität) | <input type="checkbox"/> Entscheidungsfindung |
| <input type="checkbox"/> Ablauf | <input type="checkbox"/> Alternativen zum assistierten Suizid (z.B. freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (Sterbefasten), Palliative Care, Suizid generell) |
| <input type="checkbox"/> Zeitpunkt | <input type="checkbox"/> Sterbehilfe bei psychischen Leiden |
| <input type="checkbox"/> Sterbehilfeorganisationen | <input type="checkbox"/> Sterbehilfe bei Demenz |
| <input type="checkbox"/> Angehörige | |
| <input type="checkbox"/> Weiteres / Anderes <input type="text"/> | |

Wo führt Ihre Organisation Beratungen zur Sterbehilfe vorwiegend durch? *

Mehrfachnennungen sind möglich.

- Im Büro der Organisation
- Bei Adressat*innen zu Hause
- Im Spital oder Heim
- Telefonisch
- Virtuell (z.B. Videocall oder Chat)
- Weiteres / Anderes

Bieten Sie wiederkehrende Beratungen zum Thema Sterbehilfe an resp. begleiten die Adressat*innen über einen längeren Zeitraum? *

Mehrfachnennungen sind möglich.

- einmalig
- regelmässig
- mehrmals
- auch länger als 1 Jahr

Bemerkungen

Triagieren Sie die Personen nach der Beratung bei Ihnen zur Sterbehilfe an andere Stellen? *

- ja
- nein
- manchmal

Falls ja oder manchmal, teilen Sie uns bitte mit, an welche(n) Stelle(n) Sie triagieren und weshalb.

Was denken Sie, wie wird sich Ihr Angebot zur Sterbehilfeberatung in Zukunft verändern? *

- nicht verändern
- abgebaut
- ausgebaut
- keine Angabe

Themenblock Berater*innen und Auftrag

Welchen beruflichen Hintergrund haben die Berater*innen, die Sterbehilfeberatung anbieten? *

Mehrfachnennungen sind möglich

- Medizin
- Soziale Arbeit
- Pflege
- Theologie
- Andere Disziplin

Welches ist die höchste abgeschlossene Ausbildung, über welche die Sterbehilfeberater*innen üblicherweise verfügen? *

Mehrfachnennungen sind möglich.

Berufslehre (EFZ)

Höhere Fachschule (HF)

Fachhochschule (FH)

Universität

keine Angabe

zusätzliche Weiterbildung (z.B. CAS)

Denken Sie, dass die Beratung bezüglich Sterbehilfe durch Ihre Stelle geleistet werden sollte und bei Ihnen und Ihren Berater*innen am richtigen "Ort" ist (Wunsch, die Beratungen durch die Organisation anbieten zu können vs. an eine dafür vorgesehene Stelle tragieren zu können)? *

ja

nein

nicht immer

keine Angabe

Wie würden Sie oder Ihre Sterbehilfeberater*innen die durch sie geleistete Beratung einschätzen? *

Bitte wählen Sie aus, was am ehesten zutrifft.

Alle Bedürfnisse der Klient*innen sind danach gedeckt

Die Klient*innen haben einige Informationen und Anhaltspunkte erhalten

Das Thema wird grob behandelt

keine Angabe

Gibt es bei Ihnen bestimmte Beratungsansätze, Beratungskonzepte, Handlungsanweisungen oder Methoden bezüglich Beratung im Kontext Sterbehilfe? *

- ja
- nein
- keine Angabe

Falls ja, teilen Sie uns bitte mit, worüber Sie verfügen.

Wird Ihre Beratung aus einem konfessionsneutralen Beratungsverständnis angeboten? *

- ja
- nein
- keine Angabe

Welche Zugangskriterien gelten bei Ihnen für die Beratung bezüglich Sterbehilfe? *

Mehrfachnennungen sind möglich.

- Mitgliedschaft
- eine Form eines Leistungsbezugs (z.B. bereits Patient*in, Bewohner*in etc.)
- Beratung ist kostenpflichtig
- keine
- Weiteres / Anderes

Entstehen Schwierigkeiten (in der Organisation generell) bei Beratungen im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid? *

- ja
- nein
- keine Angabe

Falls ja, geben Sie uns bitte an, welche.

Falls ja, wie geht Ihre Organisation mit diesen Schwierigkeiten um?

Wie wird die Beratung durch Ihre Organisation finanziert? *

- Subventionen / Leistungsauftrag
- Private resp. keine staatliche Finanzierung (Spenden, Mitgliedsbeiträge usw.)
- Klient*innen bezahlen die Beratung
- Andere

Machen Sie öffentlich zugänglich (= formell) auf Ihre Beratungsmöglichkeit bezüglich Sterbehilfe aufmerksam?

*

- ja
- nein
- keine Angabe

Seite 11

Wie macht Ihre Organisation darauf aufmerksam (z.B. auf der Homepage)?

Seite 12

Weshalb macht Ihre Organisation nicht darauf aufmerksam?

Fast geschafft.

In unserer Masterthesis werden wir auch der Frage nachgehen, ob es eine neutrale, unabhängige, niederschwellige und kostenlose Beratungsstelle braucht. Diese könnte als erste Anlaufstelle für Menschen zur Verfügung stehen, die sich mit dem Thema assistierter Suizid befassen und auseinandersetzen (wollen). Eine solche Stelle könnte Beratung anbieten, jedoch auch eine Triagefunktion übernehmen. Uns würde zum Abschluss interessieren, was Sie dazu denken.

Themenblock neutrale Beratungsstelle

Denken Sie, dass ein solches Beratungsangebot in Bezug auf die Sterbehilfe sinnvoll resp. notwendig ist? *

- ja vielleicht
 nein keine Angabe

Begründung

Haben Sie das Gefühl, dass es weitere Angebote braucht? *

- ja
 nein
 vielleicht
 keine Angabe

Würden Sie eine Triage an eine solche Beratungsstelle vornehmen? *

- ja
 nein
 vielleicht
 keine Angabe

Wie würde eine ideale Beratung bezüglich Sterbehilfe in Ihren Augen ausgestaltet werden? Was betrachten Sie als besonders wichtig? *

Sie können Beratungsansätze, Beratungsinhalte, konzeptionelle Ausgestaltung (z.B. Erreichbarkeit) usw. nennen.

Abschluss

Vielen Dank für alle Ihre Antworten.

Ihre Kontaktdaten:

Die Angaben sind freiwillig (siehe erste Frage betreffend Anonymität), jedoch sehr erwünscht.

Name Organisation

Name Befragungsteilnehmer*in inkl. E-Mailadresse und Telefonnummer

Ihr beruflicher Hintergrund und Rolle in der Organisation: *

Beruflicher Hintergrund

Funktion/Rolle (z.B. Teamleiter*in, Sterbegleiter*in, Berater*in usw.)

Arbeiten Sie in einer öffentlichen oder privaten Organisation? *

- Öffentlich
- Privat
- keine Angabe

In welchem Einzugsgebiet ist Ihre Organisation tätig? *

Schweizweit

Regional

Kommunal

Kantonal

Weiteres / Bemerkungen

Kennen Sie weitere Organisationen im Deutschsprachigen Kanton Bern, welche diesen Fragebogen erhalten sollten resp. die zum Thema Sterbehilfe beraten? *

ja

nein

Falls ja, bitten wir Sie, uns diese Organisationen zu nennen, wenn möglich inkl. einer Kontaktperson (Telefonnummer und E-Mailadresse).

Was ich sonst noch sagen wollte....

Wir werden die Angaben aus den Fragebögen auswerten und anschliessend in 2-3 Expert*inneninterviews unserer Fragestellung vertieft nachgehen. Unsere Masterarbeit wird voraussichtlich im 1. Quartal 2022 abgeschlossen sein. Sind Sie daran interessiert, diese in elektronischer Form an die bereits angegebene E-Mailadresse zu erhalten? *

ja

nein

Die Umfrage ist beendet. Vielen Dank für die Teilnahme.

Das Fenster kann nun geschlossen werden.

Die Umfrage ist beendet. Vielen Dank für die Teilnahme.

Das Fenster kann nun geschlossen werden.

Anhang 1

1.2 Erhebungsinstrument: Interviewleitfaden

Datum: _____

Gespräch mit (evtl. Code): _____

Forschungsfrage: Wie ist das Beratungsangebot im Kanton Bern zur Sterbehilfe mit dem Fokus auf dem assistierten Suizid für Personen ab dem dritten Lebensalter mit Blick auf die Rolle der Sozialarbeit ausgestaltet?

<p>Joining</p> <ul style="list-style-type: none"> • Begrüssung • Danken für die Bereitschaft, Auskunft zu geben und die eigenen Vorstellungen und Meinungen zu äussern • Letzte allfällige Unklarheiten klären (Angebot vorher per Mail Kontakt aufzunehmen bei Fragen) • Besprechung Einwilligungserklärung (vorher per Mail geschickt) • Begriffsklärung Sterbehilfe (was wir darunter verstehen bzw. was nach unserem Verständnis auch Teil davon ist): AS (assistierter Suizid) bzw. Suizidhilfe. Bei der Suizidhilfe geht es darum, die tödliche Substanz zu vermitteln, die Suizidwillige ohne Fremdeinwirkung selber einnehmen (Orientierung an rechtlicher Definition). • Aufnahmegerät einschalten 		
<p>Leitfragen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abfragen von Expert:innenwissen 	<p>Ergänzendes Nachfragen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn Thema nicht von allein/nur knapp angesprochen wurde • Nach Detaillierung und Beispielen fragen • <i>z.B. Sie haben über xy gesprochen, können Sie mir das noch genauer beschreiben?</i> • <i>z.B. Sie haben Schwierigkeiten genannt. Welches sind diese?</i> 	<p>Notizen während Interview</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spezifische Punkte, die während Gespräch auftauchen und weiter interessieren • Themen, die aufgegriffen werden und bei späteren Fragen noch genauer betrachtet werden sollen • Spannende Punkte für Ergebnisauswertung, <i>wenn stark auffallend</i> auch nonverbale (= Körpersprache; Gestik; Mimik; Augenkontakt) und paraverbale (= Art und Weise wie gesprochen wird; Tonfall; Sprechtempo; Lautstärke) Aspekte.

Dimension 1 – Vorstellung Expert:in, Organisation und Adressat:innen		
<u>Expert:in</u> <ul style="list-style-type: none"> • Darf ich Sie bitten sich kurz vorzustellen? • Inwiefern kommen Sie, in der Organisation, in welcher Sie tätig sind, mit der Sterbehilfe in Berührung? 	<u>Expert:in</u> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Rolle übernehmen Sie in der Organisation, in welcher sie aktuell tätig sind? 	
<u>Organisation</u> <ul style="list-style-type: none"> • Weshalb gibt es dieses Beratungsangebot (Entstehungsgeschichte)? 	<u>Organisation</u> <ul style="list-style-type: none"> • Wurde eine Bedürfnisabklärung vorgenommen? • Weshalb ist Ihre Organisation dafür geeignet diese Bedürfnislücke zu schliessen? 	
<u>Adressat:innen</u> <ul style="list-style-type: none"> • Denken Sie, dass alle, die sich von Ihnen beraten lassen möchten, Sie 'erreichen'? • Zu welchem Zeitpunkt nehmen die Menschen Ihr Beratungsangebot in Anspruch (akut, vorausschauend, etc.)? 	<u>Adressat:innen</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ist dies von der Ausgestaltung Ihres Angebots abhängig? 	
Dimension 2 – Lücken und Grenzen des Beratungsangebots, Professionen		
<u>Lücken und Grenzen</u> <ul style="list-style-type: none"> • Stellen Sie Lücken oder Grenzen betreffend Ihrer Beratung fest? Falls ja, welche? • Nach welchen Kriterien werden die Personen in Ihrer Organisation beraten? 	<u>Lücken und Grenzen</u> <ul style="list-style-type: none"> • Wie gehen Sie mit diesen Lücken und/oder Grenzen um? • Bräuchten bzw. erhalten Sie Unterstützung ausserhalb der Organisation für die Bearbeitung der Grenzen und/oder Lücken? • Haben Sie Ausschlusskriterien bezüglich Personen und/oder Themen für die Beratung? Falls ja, welche? 	

<p><u>Profession</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Profession/en ist/sind Ihrer Meinung nach am besten geeignet oder sogar zuständig für die Beratung? • Sind in der Beratung Professionen nicht vertreten, welche Ihrer Meinung nach wichtig wären? 	<p><u>Profession</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Weshalb diese Professionen? • Falls ja, welche und weshalb fehlen diese? 	
Dimension 3 – Rolle Sozialarbeit, Vision		
<p><u>Rolle der Sozialarbeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wo sehen Sie die Rolle der Sozialarbeit in diesem Themenfeld? 	<p><u>Rolle der Sozialarbeit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Weshalb sehen Sie sie dort? 	
<p><u>Vision</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie sieht Ihre Idealvorstellung betreffend dem Beratungsangebot für Sterbehilfe in der Schweiz aus? 	<p><u>Vision</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Je nach Wunsch andere Nachfragen 	
Dimension 4 - Abschlussphase		
<p><u>Ergänzung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es nun noch Aspekte, die nicht angesprochen wurden, Ihrer Meinung nach jedoch wichtig sind? 	<p><u>Ergänzungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurze Zusammenfassung der prägnantesten Aspekte 	
<p><u>Letzte Bemerkungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dank • Erklären des weiteren Verlaufs der Thesis 	<p><u>Letzte Bemerkungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Frage, ob die Arbeit am Ende erhalten werden möchte (teilweise durch Fragebogen bereits geklärt). 	
Abschluss des Interviews, Aufnahme beenden		
<p><u>Nachbereitung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Postscript erstellen (allfällige off record Aussagen in Postscript übertragen) • Erstellung Transkription 		

Anhang 2

2 Codebuch

<u>Code</u>	<u>Subcode(s)</u>	<u>Beschreibung</u>	<u>Ankerbeispiel</u>
Entstehung der Beratungsstelle	- Bedürfnisabklärung für Legitimation der Stelle	Aussagen von den Experten, welche beschreiben, wann, von wem und aus welchem Grund die jeweilige Beratungsstelle gegründet wurde. Nennungen zu der Legitimation der jeweiligen Beratungsstelle sowie Aussagen zu einer Bedürfnisabklärung bei den Adressat:innen des Beratungsangebots.	„Die Beratungsstelle ist durch die reformierte Kirche Bern-Jura-Solothurn gegründet worden. Dort hatten ein paar die Idee: ‚Wir möchten eine Beratungsstelle haben, welche sich dieser Thematik speziell annimmt.‘ In der ganzen Landeskirche machen alle Pfarrer dieselbe Arbeit wie ich hier, mit dem Unterschied, dass ich hier offen für alle bin, welche diese Beratung hier wollen. Es ist eine spirituelle Begleitung für alle Menschen, welche sich eine Begleitung wünschen, welche betroffen sind; Angehörige, welche eine betroffene Person im Umfeld haben; Auch für Fachpersonen, Institutionen, Organisationen, welche ein Interesse daran haben, etwas abzuholen.“ (Interview 1, Zeile 1-9)
Beratungsangebot	- Berührungspunkte mit Sterbehilfe - Erreichbarkeit - Lücken - Grenzen - Hindernisse	Darlegungen, wie das Beratungsangebot der Organisation ausgestaltet ist; inwiefern die Organisation Berührungspunkte mit der Sterbehilfe hat sowie Schilderungen zu Lücken und Grenzen des Angebots und Hindernisse, die eine Inanspruchnahme erschweren/verhindern.	„Es wird eigentlich sehr rudimentär aufgezeigt, dass das bei uns in der Institution nicht gestattet ist. Wenn das jemand in Anspruch nehmen will, muss diese Person austreten. Andererseits steht jedoch auch, dass man den Wunsch nach AS ernst nehmen soll und darauf eingehen soll. Aber was das konkret heisst, ist nicht definiert. Es steht, man muss es diskutieren. Aber was das heisst, ist nicht klar.“ (Interview 3, Zeile 23-27)
Adressat:innen	- Kriterien für Adressat:innen - Angehörige - Zeitpunkt des Aufsuchens	Äusserungen zur Zielgruppe des Beratungsangebots, etwaigen Kriterien, die erfüllt sein müssen, um das Angebot in Anspruch zu nehmen und Aussagen zum Zeitpunkt in welchem die Adressat:innen das Beratungsangebot aufsuchen (akut; präventiv).	„Es gibt beides. Die einen, wenn die Diagnose so konkret ist, dass sie merken, der Sterbeprozess hat angefangen: ‚Ich werde nicht mehr gesund‘. Sie wollen alles vorbereiten, dass wenn der Fall eintritt, den sie nicht mehr aushalten wollen, sie einen Notausgang haben. Das sind mehr als die Hälfte der Leute. Ca. ein Viertel meldet sich, wenn es gar nicht mehr geht und sie so schnell wie möglich eine Begleitung wollen.“ (Interview 2, Zeile 57-61)

Code	- Subcode(s)	Beschreibung	Ankerbeispiel
Eignung der Organisation für Bedürfnisabdeckung	- Zusammenarbeit, Unterstützung - Triage	Aussagen zur Eignung der Organisation die Bedürfnisse der Adressat:innen abzudecken. Darlegung der Experten, wann sie sich Unterstützung von (Fach)personen suchen und wann sie eine Triage vornehmen.	„Bei der Beratung fokussieren wir uns auf das Thema des AS. Was dort häufig mit hineinspielt sind familiäre Geschichten. Diese müssen die Betroffenen mit ihrem Umfeld selber lösen. Wir sind keine Therapeuten. Natürlich machen wir auch einmal ein Gespräch, z.B. alleine mit den Kindern, wenn sie nicht gemeinsam mit den Eltern ein solches Gespräch machen wollen, das auf jeden Fall, aber wir verfolgen keinen Therapieansatz.“ (Interview 2, Zeile 69-73)
Rolle/Auftrag SA	- Möglicher Tätigkeitsbereich der SA - Professionen, die sich für Beratung eignen	Aussagen der Experten zum Auftrag der Sozialen Arbeit im Themenfeld der Sterbehilfe und konkrete Vorschläge zu Tätigkeitsbereichen. Aussagen zu den Professionen, welche sich für die Beratung zur Sterbehilfe eignen.	„Zum anderen bei der Unterstützung der Sachthemen, wie Finanzen und Behörden etc. Die Generation, die sich aktuell für einen AS entscheidet, ist in der Regel nicht so fit online und heute ist halt viel online und sie wissen auch nicht, wo sie hinmüssen, um sich gewisse Infos zu holen. Dort sind schon noch Bedürfnisse, die dann häufig durch Notar:innen abgedeckt werden, welche sie zuziehen oder Bestatter:innen, die bereits im Vorfeld mit ihnen schauen, was nach ihrem Ableben erledigt werden muss. Ja, eine externe Begleitung für sachliche Themen und das Emotionale schwingt natürlich immer mit.“ (Interview 2, Zeile 134-140)
Vision	- Neutrale Beratungsstelle	Schilderungen zu einer idealen Sterbehilfeberatung in der Schweiz.	„Im Idealfall ist das eine neutrale Stelle, auch werteneutral.“ (Interview 2, Zeile 169)
PC		Aussagen der Expert:innen zur PC	„Was bei mir wirklich spannend ist, ist das Spannungsfeld zwischen Palliative Care und assistierter Suizid. Wo ich immer das Gefühl habe, dass die Palliative Care als Hauptargument gegen den assistierten Suizid verwendet wird.“ (Interview 3, Zeile 180-181)

Anhang 3

3 Ergänzende Daten aus den Interviews

Kategorie	Interview 1, Reto Beutler, Beratungsstelle Leben und Sterben	Interview 2, Michael Kreuzer, Exit- Deutsche Schweiz	Interview 3, David Müller, Akutspital
Entstehung der Beratungsstelle	Wer: reformierter Kirche Bern-Jura-Solothurn (refbejus0) Wann: 2019 Weshalb: Sie wollten eine Beratungsstelle, die sich der Thematik Leben und Sterben annimmt.	Wer: ca. 100 Bürger:innen aus der Schweiz Wann: 1982 Weshalb: Sie wollten Selbstbestimmung am Lebensende, sowie eine Alternative zum gewaltsamen Suizid ermöglichen.	Da Teil der Beratung des SD, keine spezifische Entstehungsgeschichte ²⁸ .
Bedürfnisabklärung für Legitimation der Stelle	Reaktion auf gesellschaftlichen Trend, keine spezifische Bedürfnisabklärung	Bedürfnis von Gründer:innen, keine weiteren Abklärungen, aktuelle Mitgliederzahl zeigt jedoch starkes Interesse	Keine spezifische Bedürfnisabklärung: Bedürfnis zeigt sich in der Beratung
Erreichbarkeit	Erreichbar über Telefon oder Mail; weitere Informationen auf Website. Beratungsstelle ist relativ neu und noch nicht vielen bekannt.	Gute telefonische Erreichbarkeit, weitere Informationen auf Website	Angebot des SD ist vielen Patient:innen nicht bekannt; keinen direkten Hinweis auf Website, dass zu Sterbehilfe und AS beraten wird
Professionen, die sich für Beratung eignen	Pfarrer:innen mit universitärem Abschluss und systemischer Weiterbildung, Psycholog:innen; Sozialarbeitende; Ärzt:innen; Pfleger:innen	Fachpersonen aus Gesundheitsbereich z.B. aus der Pflege; Theolog:innen; Pfarrer:innen; häufig sind ausserdem Personen, die eine Geschichte haben, die sie dort hingebraucht hat, z.B. Angehörige, welche einen Elternteil mit Exit verloren haben.	Sozialarbeitende; Pfleger:innen; psychologische Fachpersonen

²⁸ Auf weitere Angaben wird aus Gründen der Anonymisierung verzichtet.