

Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Olten

Die ethisch reflektierte Position der Sozialen Arbeit im Spannungsfeld der Suizid- und Sterbebegleitung im Alter.

Eine Untersuchung der zentralen ethischen und moralischen Werten.

Stocker Bettina Fabienne

Eingereicht bei: Prof. lic. phil. Johanna Kohn

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten

Eingereicht im Januar/2019 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Das Ziel der vorliegenden Bachelor Thesis ist, herauszuarbeiten aufgrund welcher ethischen und moralischen Gesichtspunkten die Professionellen der Sozialen Arbeit in der Debatte um die Suizid- und Sterbehilfe ihre Position finden und reflektieren können. Daraus ergibt sich folgende Hauptfrage «Wie sollte sich die Soziale Arbeit aus berufsethischer Perspektive gegenüber der Sterbe- und Suizidhilfe im Alter positionieren?»

Zur Beantwortung der Haupt- und Unterfragen wurden zuerst die Belastungen und die Situation alter Menschen betrachtet. Anschliessend wurden die wichtigsten ethischen und moralischen Prinzipien der Sozialen Arbeit herausgearbeitet. In einem weiteren Schritt wurden diese Erkenntnisse mit der Medizinethik verglichen. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden in den Kontext von Thomas Machos Buch «Das Leben nehmen» eingebunden, nach dem wir zur Zeit in einer suizidfaszinierten Kultur leben.

Die Recherchen zeigen auf, dass die Situation betagter Menschen besonders durch körperliche Erkrankungen und oftmals von sozialer Isolation und Einsamkeit geprägt ist. Dies führt zu Suizidgedanken. In der Debatte spielen die Werte der Autonomie, Selbstbestimmung, Fürsorge und Zurückweisung der Diskriminierung eine zentrale Rolle. Diese Werte stimmen häufig mit den Werten der Medizinethik überein.

Gemäss der ausgearbeiteten zentralen Werten für die Soziale Arbeit ist es wichtig, dass sich die Professionellen der Sozialen Arbeit für die Integrierung der alten Menschen in die Gesellschaft einsetzen und Diskriminierungen aufgrund des Alters zurückweisen. Gleichzeitig ist es wesentlich, dass die Autonomie und die Selbstbestimmung der alten Menschen geschützt wird.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Einführung in das Thema	1
1.2 Herleitung der Fragestellung	1
1.3 Gesellschaftspolitische Relevanz	2
1.4 Aktuelle rechtliche Lage in der Schweiz	4
1.5 Aktuelle politische Diskussion	5
1.6 Relevanz für die Soziale Arbeit	8
1.7 Aufbau der Arbeit	10
2 Definitionen	11
2.1 Sterbe- und Suizidhilfe	11
2.2 Ethik	12
2.2.1 Werte und Normen	14
3 Thomas Macho „das Leben nehmen“	16
3.1 Der Autor	17
3.2 Begründung der Auswahl	17
3.3 Kritik	17
4 Suizid- und Sterbebegleitung im Alter	19
4.1 Belastungen im Alter	19
4.2 Suizid, Suizidgedanken und Todeswünsche im Alter	21
4.2.1 Zahlen und Fakten	22
4.2.2 Gründe	23
4.2.3 Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit	24
5 Ethische Prinzipien, Werte und Normen der Sozialen Arbeit	27
5.1 Prinzipien	28
5.2 Werte	32
5.3 Normen	33
5.4 Fazit	35
6 Ziele der Sozialen Arbeit im Umgang mit Sterbewilligen	39
6.1 Orientierung an der Menschenwürde	39
6.2 Autonomie und Selbstbestimmung ermöglichen	39
6.3 Fürsorge, zwischen Eingriff und Unterstützung	41
6.4 Prävention	42
6.5 Fazit	42

7 Ethik der Sozialen Arbeit und Medizinethik – Eine Gegenüberstellung	45
7.1 Medizinethik	45
7.1.1 Ethische Zielsetzungen und Prinzipien	45
7.1.2 SAMW-Richtlinien	47
7.2 Gegenüberstellung Ethik der Sozialen Arbeit und Medizinethik	50
8 Fazit und Beantwortung der Fragestellung	53
9 Quellenangaben	56
9.1 Bücher	56
9.2 Publikationen und Zeitschriften	57
9.3 Internetquellen	57
10 Ehrenwörtliche Erklärung	60

Abkürzungsverzeichnis

Art.	Artikel
BFS	Bundesamt für Statistik
GV	Generalversammlung
EJPD	Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement
SAMW	Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften
StGB	Strafgesetzbuch
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

Die Thematik der Suizid- und Sterbebegleitung beschäftigt die Gesellschaft und entfacht vielseitige und zum Teil emotional geprägte Diskussionen. Zuletzt, als im Mai 2018 der australische Forscher David Goodall in die Schweiz reiste und hier mit Hilfe einer Sterbehilfe-Organisation sein Leben beendete. In seiner Heimat Australien ist die Sterbehilfe verboten (vgl. Neue Zürcher Zeit 2018).

Die Debatten um die Thematik der Sterbe- und Suizidhilfe sind facettenreich. Sowohl in der Bevölkerung, der Politik aber auch in Berufsfeldern wie der Theologie, Medizin und der Sozialen Arbeit wird die Debatte geführt. Die Positionen sind dabei genauso vielfältig wie die Argumente.

1.1 Einführung in das Thema

Im Zentrum der Debatte um die Suizid- und Sterbebegleitung steht die Frage, ob der Mensch sich selber das Leben nehmen darf. Damit geht auch die Frage einher, wem das Leben gehört. Gehört es mir selber? Gehört es Gott? Je nachdem wie diese Fragen beantwortet werden, unterscheiden sich die Positionen.

Zu berücksichtigen sind ebenfalls die Gründe für den Todeswunsch. Handelt es sich um gesellschaftlich bedingte Gründe, wie Einsamkeit, dem Wunsch den Verwandten und Bekannten nicht zur Last zu fallen oder bestehen gesundheitliche Gründe, wie eine unheilbare Krankheit oder unerträgliche Schmerzen.

Rasch wird klar, dass die Frage nach Legitimität der Suizid- und Sterbebegleitung nicht einfach mit ja oder nein beantwortet werden kann, sondern situations- und personenbezogen betrachtet und beurteilt werden muss. Genauso vielzählig wie die Menschen sind, genauso zahlreich sind die Positionen.

Professionelle der Sozialen Arbeit kommen mit der Frage der Suizid- und Sterbebegleitung in Kontakt. Sie sind zum Beispiel in Spitälern oder in Beratungsstellen tätig und werden hier mit der Frage nach der Suizid- und Sterbebegleitung konfrontiert. Je nachdem wie ihre Einstellung ist, werden sie entsprechend antworten und so ihre Klientel beeinflussen. Eine reflektierte Haltung gegenüber der Suizid- und Sterbebegleitung ist deshalb für die Professionellen der Sozialen Arbeit unabdingbar.

1.2 Herleitung der Fragestellung

AvenirSocial ist der Berufsverband der Sozialen Arbeit, der den Berufskodex für die Professionellen der Sozialen Arbeit herausgibt.

Der Berufskodex sowie die Berufsethik sollen den Professionellen der Sozialen Arbeit helfen, in der Situation angemessen zu handeln, und darüber hinaus reflektiertes Handeln zu fördern. In der Frage nach der Sterbe- und Suizidhilfe spielen sowohl die Werte der Sozialen Arbeit, sowie die Berufsethik eine wichtige Rolle, welche sich im Berufskodex widerspiegeln. Eine Stellungnahme seitens des Verbands zur Thematik der Sterbe- und Suizidhilfe besteht nicht. In vielen Bereichen der Sozialen Arbeit sind keine konkreten Weisungen vorhanden. Daraus ergab sich die folgende Fragestellung, die in der vorliegenden Arbeit bearbeitet werden soll.

Wie sollte sich die Soziale Arbeit aus berufsethischer Perspektive gegenüber der Sterbe- und Suizidhilfe im Alter positionieren?

Dabei haben sich als Unterfragen die Folgenden herauskristallisiert:

- Welche ethischen Aspekte sind für die Positionierung gegenüber der Sterbe- und Suizidhilfe in der Sozialen Arbeit zentral?
- Welche Prinzipien, Werte und Normen kann die Soziale Arbeit aus dem Berufskodex für die Positionierung gegenüber der Sterbe- und Suizidhilfe entnehmen?
- Welche Ziele setzt sich die Soziale Arbeit im Umgang mit den Sterbewilligen?
- Wie verträgt sich eine Sterbe- und Suizidhilfe unterstützende Soziale Arbeit mit der Medizinethik?

Das Ziel dieser Arbeit ist, einen Beitrag zur ethischen Diskussion in der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Suizid- und Sterbebegleitung im Alter zu leisten. Sie soll keine abschliessende Antwort auf die Angemessenheit der Suizid- und Sterbebegleitung geben.

1.3 Gesellschaftspolitische Relevanz

Die Soziale Arbeit ist für die Gesellschaft wie für Einzelpersonen tätig. Viele ihrer Tätigkeiten und Handlungen spielen sich in der Öffentlichkeit ab oder werden durch die Gesellschaft beeinflusst. Es ist deshalb für die Soziale Arbeit unerlässlich, sich mit den aktuellsten gesellschaftspolitischen Standpunkten auseinander zu setzen und sich in Diskussionen in der Öffentlichkeit einzubringen, auch als Vertreterin ihrer Klientel.

Die Soziale Arbeit ist eine Antwort auf die gesellschaftlichen Brüche in der modernen Industriegesellschaft, auf den Verlust von traditionellen Systemen der Hilfe und Unterstützung, insbesondere der Familie sowie auf die Überforderung der bisherigen traditionellen Hilfesystemen wie die Kirche (vgl. Hochuli/Freund 2015: 34f).

Bisher übernehmen die Familien in unserer Gesellschaft einen grossen Teil der Betreuungs-, Sorge- und Pflegearbeit für Kinder, kranke und alte Angehörige und leisteten damit die sogenannte Care-Arbeit. Die Leistung von unbezahlter Care-Arbeit bringt teilweise eine beträchtliche Anzahl von Nachteilen mit sich, wie etwa Rückschritte bei der beruflichen Laufbahn und bei der sozialen Absicherung. Nach wie vor sind es Frauen, die einen Grossteil dieser Arbeit leisten und als Folge am häufigsten von den Nachteilen betroffen sind. Vermehrt wollen auch Männer Care-Arbeit übernehmen, stossen jedoch ebenfalls auf die Hindernisse der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Care-Arbeit (vgl. Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Mann und Frau 2010: 3).

Als Folge der mangelnden Ressourcen bei der unbezahlten Care-Arbeit werden die Arbeiten in die bezahlte Care-Arbeit verschoben. Allerdings werden auch hier Einsparungen gefordert (vgl. ebd.). Gemeinsam mit weiteren Berufen des Sozialwesens wie den Pflege- und Betreuungsfachpersonen ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, die fehlenden Ressourcen in der Care-Arbeit aufzufangen und die Begleitung und Beratung der betroffenen Personen sicher zu stellen.

Eine weitere Aufgabe der Sozialen Arbeit ist, die soziale Integration zu unterstützen und immer wieder neu zu sichern. Es soll erreicht werden, dass allen Menschen der Zugang zu allen relevanten Bereichen der Gesellschaft eröffnet wird. Im Zuge der Inklusionsvermittlung soll der Zugang zu den wichtigsten sozialen Systemen, wie Gesundheitssystem oder Arbeitsmarkt ermöglicht werden. Ist die Integrationsvermittlung nicht möglich, erfolgt die Exklusionsverwaltung, die Begleitung der ausgeschlossenen Menschen durch die Soziale Arbeit (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2015: 37). Alte Menschen werden oftmals aufgrund des Alters und persönlichen Situation aus der Gesellschaft ausgeschlossen.

Das Leben im Alter bringt eine Häufung von Belastungen mit, die das Leben beschwerlich und teilweise so unerträglich machen, dass manche Menschen nicht mehr leben wollen. Im Kapitel 3.1. wird ausführlicher auf die Belastungen und mögliche Suizidmotive von alten Menschen eingegangen und welches Handlungspotential sich daraus für die Soziale Arbeit ergibt.

Um Handlungsmöglichkeiten herausarbeiten zu können, müssen die Professionellen der Sozialen Arbeit sowohl die gesellschaftlichen Bedürfnisse, sowie die rechtlichen Grundlagen ihres Arbeitsfeldes kennen.

1.4 Aktuelle rechtliche Lage in der Schweiz

Die Soziale Arbeit ist an das Schweizer Recht gebunden. Um eine Position in der Thematik der Suizid- und Sterbebegleitung ergreifen zu können, ist es daher unabdingbar, die gesetzlichen Regelungen der unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe zu kennen. Die Erläuterung der rechtlichen Lage in Bezug auf die Sterbehilfe erfolgt in diesem Kapitel. Eine genauere Definition, was die einzelnen Formen beinhalten, erfolgt in Kapitel 2.1.

Das Schweizer Gesetz kennt diverse Arten der Sterbehilfe und beurteilt deren Legalität unterschiedlich.

Die **direkte aktive Sterbehilfe** durch direkte Beendigung des Lebens einer Drittperson ist heute in der Schweiz nach Artikel 111 StGB (vorsätzliche Tötung), Artikel 114 StGB (Tötung auf Verlangen) sowie Artikel 113 StGB (Totschlag) verboten und strafbar (vgl. Bundesamt für Justiz. Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung).

Im StGB ist die **indirekte aktive Sterbehilfe** nicht ausdrücklich geregelt. Sie gilt aber grundsätzlich als erlaubt. Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) für die Sterbehilfe, sehen die indirekte aktive Sterbehilfe ebenfalls als zulässig an (vgl. ebd.)

Ebenfalls nicht ausdrücklich geregelt ist die **passive Sterbehilfe**. Sie wird als erlaubt angesehen und in den SAMW-Richtlinien ist eine entsprechende Klausel enthalten (vgl. Bundesamt für Justiz. Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung). Die passive Sterbehilfe ist allerdings nur anwendbar, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt wurden. Beim Patienten muss ein Grundleiden vorliegen, das einen unabwendbaren Verlauf zum Tod genommen hat. Weiter sind die Prognose, der voraussichtliche Behandlungserfolg sowie die Belastung des Patienten zu berücksichtigen (vgl. SAMW 2004: 5).

Suizidhilfe, teilweise auch Beihilfe zum Selbstmord genannt, ist nur erlaubt, wenn die begleitende Person nicht «aus selbstsüchtigen Beweggründen» Hilfe zum Suizid leistet. Liegen selbstsüchtige Beweggründe vor, kann dies gemäss Art. 115 StGB mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren oder einer Geldstrafe geahndet werden (vgl. Bundesamt für Justiz. Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung).

Organisationen wie EXIT oder DIGNITAS leisten im Rahmen des Art. 115 StGB Suizidhilfe (vgl. Bundesamt für Justiz. Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung). Sie helfen bei der Beschaffung des Rezeptes für das Sterbemittel. Die tödliche Substanz nimmt der/die Suizidwillige anschliessend ohne Fremdeinwirkung ein (vgl. EXIT Was ist eine Freitodbegleitung). Die Organisationen sind solange nicht strafbar, wenn ihnen

keine selbstsüchtigen Motive vorgeworfen werden können (vgl. Bundesamt für Justiz. Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung).

Gemäss den SAMW-Richtlinien ist die Suizidhilfe «kein Teil der ärztlichen Tätigkeit» (vgl. SAMW 2018: 25.). Die SAMW-Richtlinien wurden 2018 neu überarbeitet, so auch der Abschnitt über die Sterbe- und Suizidhilfe. Dies wird im Abschnitt «aktuelle (politische) Diskussion» näher erläutert.

Gemäss den gesetzlichen Regelungen kann die Suizidhilfe bei allen Menschen, die urteilsfähig sind, nicht aus Affekt handeln, einen dauerhaften Sterbewunsch hegen, nicht von Dritten beeinflusst werden und den Suizid eigenhändig ausführen, gewährt werden. Trotzdem begleitet EXIT nur Menschen mit einer hoffnungslosen Prognose, mit unerträglichen Beschwerden oder mit einer unzumutbaren Behinderung (vgl. EXIT. Für wen kommt eine Begleitung in Frage?). Weiter werden von EXIT nur Vereinsmitglieder begleitet. Auch psychisch Leidende können die Suizidhilfe durch EXIT in Anspruch nehmen, dies aber nur unter strikten Voraussetzungen (vgl. ebd.). Bei Demenzerkrankungen wie Alzheimer kann die Suizidhilfe nur im frühen Stadium bei bestehender Urteilsfähigkeit beansprucht werden (vgl. ebd.). Seit 2014 hat EXIT die Begleitung von Menschen mit Altersbeschwerden in die Statuten aufgenommen und prüft zur Zeit eine Neuregelung diesbezüglich (vgl. EXIT 2018b).

Bei DIGNITAS sind die Voraussetzungen für die Suizidhilfe ähnlich (vgl. DIGNITAS. Freitodbegleitung).

Obwohl aus gesetzlicher Sicht der Umgang mit der Suizid- und Sterbehilfe geregelt ist, ergeben sich auf politischer und gesellschaftlicher Ebene immer wieder Diskussionen. Eine Auswahl der zentralsten Diskussionen erfolgt im folgenden Kapitel.

1.5 Aktuelle politische Diskussion

Die Soziale Arbeit handelt im Auftrag der Gesellschaft. Aus diesem Grund sind die aktuellen Diskussionen aus Politik, Gesellschaft und Professionen, mit denen die Soziale Arbeit zusammen arbeitet wichtig. Es ist entscheidend, dass die Soziale Arbeit die aktuellen Diskussionen mitverfolgt und Änderungen aufnimmt, so dass ihre Position und Angebote laufend dem aktuellen gesellschaftlichen Stand angepasst werden können. Eine der zentralen Diskussionspunkte wurde von EXIT begründet, als sie ankündigten, den sogenannten «Altersfreitod» ermöglichen zu wollen.

An der Generalversammlung (GV) von EXIT am 17. Juni 2017 wurde eine Arbeitskommission gegründet, die den Auftrag hat, für betagte Menschen Massnahmen einen erleichterten Zugang zum Sterbemittel auszuarbeiten. Unter dem Titel «für einen erleichterten Altersfreitod» klärt die Arbeitsgruppe seit der Generalversammlung ab, welche

Voraussetzungen erfüllt werden müssen. Zu den genannten Kriterien gehört «das Leiden am und im Alter» sowie die «Konstanz des Sterbewunsches». Beide genannten Kriterien müssen von den Sterbewilligen benannt werden, eine genaue Rechtfertigung soll nicht notwendig sein. Urteilsfähigkeit und ein ärztliches Rezept müssen weiterhin vorhanden sein (vgl. EXIT 2018b). Im Anschluss an die GV gab die neu gebildete Kommission zum Thema Altersfreitod zwei Gutachten in Auftrag. Zum Thema Ethik und zum Thema Recht. Das Gutachten zur Ethik liegt bereits vor, dasjenige zum Thema Recht steht noch aus. Zudem will die Kommission noch weitere Massnahmen näher untersuchen (vgl. ebd.).

Seit einigen Jahren plädiert EXIT dafür, dass der Freitodwunsch von Menschen mit Altersbeschwerden berücksichtigt und ermöglicht wird und nicht nur jenen, mit einer tödlichen Krankheit. EXIT nahm deshalb 2014 diesen Zusatz in seinen Statuten auf, nun erfolgt eine gesamte Neuregelung (vgl. EXIT 2016).

Dieser Aspekt ist für die Soziale Arbeit zentral, da die geplante Veränderung Einfluss auf die betroffenen Menschen hat. Werden die Änderungen angenommen, können fortan auch Menschen eine Suizid- und Sterbebegleitung in Anspruch nehmen, die dies bisher aufgrund fehlender tödlicher Krankheit nicht konnten. Dies eröffnet für viele alte Menschen eine neue Möglichkeit, dem Altersleiden zu entweichen. Diese Veränderung muss der Sozialen Arbeit bewusst sein, um sie in die Begleitung von alten Menschen einfließen zu lassen.

Im Gesundheitswesen arbeiten die Professionellen der Sozialen Arbeit und die Ärzte/Ärztinnen zusammen und sie setzen sich gemeinsam für das Wohlergehen der Klienten/Patienten ein. Wie bei der Sozialen Arbeit, gibt es auch für die Ärzte/Ärztinnen eine Berufsethik sowie ethische Richtlinien. Diese zu kennen ist für die Soziale Arbeit relevant, da sie die Grenzen und Möglichkeiten der Ärzte aufzeigen. Die Richtlinien werden von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, kurz SAMW genannt, herausgegeben. Die SAMW wurde als Forschungsförderinstitution gegründet und sieht sich heute als Brückenbauerin zwischen Wissenschaft und Gesellschaft. Unter anderem setzt die SAMW ihren Schwerpunkt auf die Klärung von ethischen Fragen im Zusammenhang mit medizinischen Entwicklungen (vgl. SAMW. Porträt.). In diesem Kontext veröffentlicht sie die genannten Richtlinien, die den behandelnden Ärzten und Ärztinnen als ethische Leitplanken dienen sollen.

Im Jahr 2004 gab die SAMW die Richtlinien zur «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» heraus. Seit damals werden die Themen Sterben und Tod zunehmend in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen diskutiert. Deshalb beschloss die SAMW im Mai 2015 die vorhandenen Richtlinien zu überarbeiten. In den neuen Richtlinien, welche nun «Sterben und Tod» genannt werden, sind neu die Gespräche mit Patientinnen und Patienten, bei denen eine tödlich verlaufende Erkrankung diagnostiziert wurde, sowie den

Umgang mit Sterbewünschen, enthalten. Ebenfalls hinzugefügt wurde der Umgang mit Suizidhilfe. Gemäss den Richtlinien ist diese bei urteilsfähigen Patientinnen und Patienten vertretbar, sofern sie unter den Symptomen einer Krankheit und/oder Funktionseinschränkungen leiden. Andere Behandlungsoptionen werden als erfolglos oder unzumutbar angesehen. Der Wunsch der Patienten muss für die Ärztin/ den Arzt aufgrund der Vorgeschichte und wiederholten Gesprächen nachvollziehbar sein. Gemäss den Richtlinien besteht für die Patienten kein Anspruch auf die Suizidhilfe. Jeder Ärztin/ jedem Arzt steht es frei, diese Handlung auszuüben oder nicht (vgl. SAMW 2015: 25f).

Mit der Neuanpassung der Richtlinien wurde eine Vermittlung zwischen unterschiedlichen Sichtweisen und Wertvorstellungen angestrebt. Zudem soll die Selbstbestimmung aller Beteiligten, sowohl Patienten wie Ärzten und Angehörigen, geachtet und geschützt werden (vgl. ebd.).

Nach der Veröffentlichung der überarbeiteten Richtlinien erliess EXIT eine Stellungnahme. Sie werten die vorgenommenen Änderungen als positiv, da sie die neuen Richtlinien als eine humane Antwort auf die Herausforderungen der heutigen Zivilisation sehen. Besonders erfreut ist EXIT, dass die Richtlinien auf Empfehlungen von EXIT teilweise nochmals überarbeitet wurden. Dass die Suizidhilfe als umstrittene, aber rechtlich zulässige ärztliche Tätigkeit angesehen wird, stimmt EXIT positiv (vgl. EXIT 2018a).

Im Oktober 2018 hat die Ärztekammer des Berufsverbands der Schweizer Ärzte (FMH) die neuen SAMW-Richtlinien bezüglich der Suizidhilfe nicht in die Standesordnung aufgenommen. Nun besteht die Situation, dass die Empfehlung des Berufsverbands nicht mit dem Schweizer Recht übereinstimmt, da gemäss Recht Suizidhilfe auch bei subjektiv unerträglichem Leiden möglich ist und nicht nur am Lebensende, wie die FMH empfiehlt (vgl. EXIT 2018).

Die Thematik der Suizidhilfe beschäftigte auch den Bundesrat. Im Juli 2008 beauftragte der Bundesrat das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) abzuklären, ob im Bereich der organisierten Suizidhilfe spezifische gesetzliche Regelungen erforderlich sind (vgl. Bundesamt für Justiz. Sterbehilfe).

Die Thematik war nicht neu. Vielmehr haben National- und Ständerat seit dem Jahr 2000 regelmässig parlamentarische Vorstösse zur Regelung der Sterbe- und Suizidhilfe eingereicht. Es wurden neue gesetzliche Regelungen gefordert, um Missstände wie den Sterbetourismus zu bekämpfen. 2006 folgte die erste Reaktion des Bundesrats. Der damalige Justizminister Christoph Blocher verkündete, dass es keine neuen Bestimmungen brauche, da durch neue Gesetze die Suizidhilfeorganisationen Legitimation erhalten würden (vgl. Beobachter Online 2011).

2009 kam es zur Kehrtwende. Justizministerin Eveline Widmer-Schlumpf sprach sich für

ein Verbot oder eine starke Einschränkung der Sterbe- und Suizidhilfe aus. Zwei Gesetze wurden entworfen, trafen dann in der Vernehmlassung auf starke Kritik (vgl. ebd.). Im Juni 2011 entschied der Bundesrat erneut, auf eine ausdrückliche Regelung der organisierten Suizidhilfe im Strafrecht zu verzichten. Weiterhin will er die Suizidprävention und Palliative Care fördern um so die Anzahl der Suizide zu verringern (vgl. Bundesamt für Justiz. Sterbehilfe). Der Bundesrat ist der Ansicht, dass das geltende Recht genügt, um Missstände zu ahnden. Zudem würde ein neues Gesetz den Sterbehilfeorganisationen ein staatliches Gütesiegel sowie Legitimation verleihen (vgl. Beobachter Online 2011). Simonette Sommaruga erklärte, dass der Bundesrat mit dem Verzicht einer staatlichen Regelung die Selbstverantwortung und Selbstbestimmung jedes Einzelnen stärken würde. Es sei weiter nicht Aufgabe des Bundes, zu beurteilen, wann ein Suizid sinnvoll und gerechtfertigt ist. Vielmehr sei der Bund dafür zuständig, Missbräuche zu verhindern und das Leben zu schützen. Dies sei mit dem geltenden Recht gegeben (vgl. Beobachter Online 2011).

Eine Regelung seitens des Bundesrates hätte Einfluss auf die Sterbehilfeorganisationen wie EXIT und DIGNITAS aber auch auf die Soziale Arbeit.

1.6 Relevanz für die Soziale Arbeit

Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit benötigt das Bewusstsein für moralische Normen, Standards und Werte, aber auch die Fähigkeit zur eigenständigen ethischen Reflexion. Heute gehören die moralischen Fundamentalnormen wie Menschenrechte, soziale Gerechtigkeit und professionsmoralische Grundtugenden wie Achtsamkeit, Assistenz oder Anwaltschaftlichkeit zum Selbstverständnis beruflicher Sozialer Arbeit. So ist die ethische Reflexionskompetenz ein Teil der beruflichen Praxis und somit auch Teil der Berufskompetenz der Professionellen der Sozialen Arbeit. Dies vor allem aus dem Grund, dass die Berufspraxis nicht einfach aus der unbesehenen Anwendung oder technischen Umsetzung von Vorgaben handelt. Vielmehr müssen die Professionellen der Sozialen Arbeit spätestens auf Nachfrage der Klientel sowie Berufskollegen/ Berufskolleginnen ihr berufliches Handeln selbständig reflektieren und begründen können (vgl. Lob-Hüdepohl 2011: 18f).

Im Berufskodex von AvenirSocial werden ethische Richtlinien für das moralische berufliche Handeln der Professionellen der Sozialen Arbeit festgehalten. Der Berufskodex dient der ethischen Begründung der Arbeit mit der Klientel, die in den meisten Fällen besonders verletzlich oder benachteiligt sind. Weiter dient der Berufskodex als Orientierungshilfe für

die Entwicklung einer professionsethisch begründeten Berufshaltung und hilft dabei, Stellung zu beziehen (vgl. AvenirSocial 2010: 4).

Ein Grundsatz, der im Berufskodex der Sozialen Arbeit besteht, ist die Verpflichtung zur Zurückweisung von Diskriminierung. Sämtliche Diskriminierungen, sei es aufgrund von Fähigkeiten, Alter, Nationalität, Kultur, sozialem oder biologischen Geschlecht, Familienstand, sozioökonomischem Status, politischer Meinung, körperlichen Merkmalen, sexueller Orientierung oder Religion, können und dürfen nicht geduldet werden (vgl. AvenirSocial 2010: 9).

Die älteren Menschen unserer Gesellschaft sind oftmals aufgrund ihres Alters, den eingeschränkten finanziellen Mitteln und gesundheitlichen Beschwerden vom Leben in der Gesellschaft ausgeschlossen und werden diskriminiert. Wie der Berufskodex der Sozialen Arbeit vorgibt, ist es Aufgabe der Professionellen der Sozialen Arbeit, diese Diskriminierung zu verhindern und ein Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Dies knüpft an eine weitere Verpflichtung aus dem Berufskodex an, wie zur Einlösung von Solidarität. Es soll dem sozialen Ausschluss, Ungerechtigkeit, Stigmatisierung, Unterdrückung oder Ausbeutung, der Gleichgültigkeit gegenüber individueller Not, Intoleranz in den zwischenmenschlichen Beziehungen und Feigheit in der Gesellschaft entgegengewirkt werden. Wer dies macht, zeigt sich in hohem Mass solidarisch (vgl. AvenirSocial 2010: 10). Seitens der Sozialen Arbeit besteht ein Mandat, diese Diskriminierung anzuprangern und sich für mehr Solidarität in der Gesellschaft einzusetzen.

Im Berufskodex ist der Grundsatz der Selbstbestimmung enthalten. Demnach haben die Menschen das Anrecht, im Hinblick auf ihr Wohlbefinden, ihre eigene Wahl und Entscheidung treffen zu dürfen. Diese Selbstbestimmung genießt die höchste Achtung, kann aber eingeschränkt werden, wenn die betroffenen Menschen durch die Selbstbestimmung sich selber oder Andere sowie deren Interessen gefährden (vgl. AvenirSocial 2010: 8).

Mit dem Grundsatz der Selbstbestimmung gehen diverse Spannungsfelder einher, die von den Professionellen der Sozialen Arbeit ausgehalten und nach Möglichkeit aufgelöst werden sollten. So entsteht ein Spannungsfeld, wenn ein momentaner oder dauerhafter Zustand der Unfähigkeit zur Selbstbestimmung seitens der Klientel besteht, diese aber auf Selbstbestimmung besteht. Ein weiterer Konflikt entsteht, wenn die Klientel weiterhin auf die Selbstbestimmung beharrt, aber die Notwendigkeit der Übernahme von Schutz und Fürsorge für die Klientel durch die Professionellen der Sozialen Arbeit entsteht (vgl. AvenirSocial 2010: 7).

Diese Spannung zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge besteht auch in der Thematik der Sterbe- und Suizidhilfe, weshalb eine ethisch fundierte Position für die Professionelle der Sozialen Arbeit unerlässlich ist.

1.7 Aufbau der Arbeit

Zu Beginn der Arbeit erfolgte die Ausarbeitung der aktuellen politischen und gesellschaftlichen Diskussion sowie der aktuellen rechtlichen Lage bezüglich der Suizid- und Sterbebegleitung. Daraufhin folgt eine Definition der wichtigsten verwendeten Begriffe. Anschliessend werden die Besonderheiten des Freitodes im Alter erläutert um darzustellen, weshalb der Fokus dieser Arbeit auf die Suizid- und Sterbebegleitung im Alter gelegt wurde. Durch das Buch von Thomas Macho «das Leben nehmen» soll ein Blick auf die Bedeutung des Suizids im Wandel der Zeit ermöglicht werden. Im Weiteren soll nun die Ethik und die Werte und Normen der Sozialen Arbeit herausgearbeitet werden. Aus der Ethik sowie den Normen werden die Ziele der Sozialen Arbeit im Umgang mit Sterbewilligen abgeleitet. Abschliessend erfolgt eine Gegenüberstellung der Ethik der Sozialen Arbeit und der Medizinethik. Anhand der gewonnenen Erkenntnissen der unterschiedlichen Kapitel soll zum Schluss die eingangsgestellte Fragestellung sowie die Unterfragen beantwortet werden.

2 Definitionen

Bevor die zentralen ethischen Werte und Haltungen in Bezug auf die Sterbe- und Suizidhilfe erarbeitet werden, folgen die wichtigsten Definitionen und Kurzbeschriebe, die das Lesen und Verständnis der nachfolgenden Ausführungen vereinfachen sollen.

2.1 Sterbe- und Suizidhilfe

Bereits das Schweizer Gesetz kennt unterschiedliche Formen der Sterbehilfe wie im Kapitel 1.4. erläutert wurde. Für ein besseres Verständnis der Diskussion um die Suizid- und Sterbehilfe, werden nun die einzelnen Formen definiert.

Direkte aktive Sterbehilfe auf Verlangen/ Direkte aktive Sterbehilfe ohne Verlangen

Von direkter aktiver Sterbehilfe auf Verlangen wird gesprochen, wenn die sterbewillige Person Dritte auffordert, das Leben der/des Sterbewilligen durch Injektion eines letalen Medikaments zu beenden (vgl. Bundesamt für Justiz. Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung). Die direkte aktive Sterbehilfe auf Verlangen ist in der Schweiz verboten, allerdings in anderen europäischen Ländern wie Belgien und Holland unter strengen Bedingungen erlaubt (vgl. DIGNITAS. Lexikon).

Bei der direkten aktiven Sterbehilfe ohne Verlangen äussert die betroffene Person das Verlangen nach einer Tötung nicht. Die direkte aktive Sterbehilfe ohne Verlangen ist grundsätzlich verboten (vgl. DIGNITAS. Lexikon).

Indirekte aktive Sterbehilfe

Beim Auftreten von Krankheiten werden den Patienten Medikamente verabreicht zur Linderung ihrer Leiden. Als unbeabsichtigte aber nicht vermeidbare Nebenwirkung nehmen die Betroffenen eine Verkürzung der Lebensdauer, resp. einen früheren Eintritt des Todes in Kauf. Beispiel für die indirekte aktive Sterbehilfe ist die Abgabe von Morphinum (vgl. Bundesamt für Justiz. Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung).

Freitodbegleitung

Bei der Freitodbegleitung handelt es sich um eine Mischung aus Hilfe zur Selbsttötung und Sterbebegleitung. Beispiele hierfür sind Suizide von Mitgliedern wie EXIT und DIGNITAS. Die Sterbewilligen begehen einen geplanten und wohl überlegten Suizid, werden dabei begleitet, nach Möglichkeit immer von Freunden und Familien sowie Sterbebegleiter/Sterbebegleiterinnen (vgl. DIGNITAS. Lexikon).

Palliative Care

Unter Palliative Care werden sämtliche Massnahmen zusammengefasst, welche das Leiden eines unheilbar kranken Menschen lindern und der Person so eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Lebensende verschaffen. Es handelt sich weiter um eine Therapie mit palliativer Zielsetzung, Linderung sowie Vorbeugung von Krankheitssymptomen. Die zum Einsatz kommenden Mittel behandeln dabei nur die Symptome und nicht die Ursache. Zur Palliative Care gehört eine Haltung und Behandlung, welche die Lebensqualität der Patienten und deren Angehörigen im Fall einer lebensbedrohlichen Krankheit verbessern soll. Erreicht wird dies durch frühzeitiges erfassen und Behandeln von Schmerzen sowie physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen (vgl. DIGNITAS Lexikon).

Passive Sterbehilfe

Bei der passiven Sterbehilfe wird auf das Ergreifen von lebenserhaltenden und -verlängernden Therapien verzichtet. Der Abbruch von Behandlungen und der Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht gehören ebenfalls dazu. Die passive Sterbehilfe ist legal (vgl. DIGNITAS. Lexikon).

Sterbebegleitung

Sterbebegleitung wird auch als «Hilfe beim Sterben» bezeichnet. Sie umfasst die Begleitung der Sterbenden sowohl durch medizinische Unterstützung und mitmenschliche Betreuung. Die sterbende Person wird nicht alleingelassen, sondern von jemanden begleitet (vgl. DIGNITAS. Lexikon).

Sterbehilfe

Hierbei handelt es sich um einen ungenauen Sammelbegriff, unter dem verschiedene Formen von Hilfe beim Sterben zusammengefasst werden (vgl. DIGNITAS. Lexikon).

Suizidhilfe

Bei der Suizidhilfe liegt die Tatherrschaft über das eigene Sterben bei der sterbewilligen Person. Somit unterscheidet sich die Suizidhilfe von der aktiven Sterbehilfe. Die betroffene Person entscheidet über ihr eigenes Lebensende und führt den finalen Akt auch selbständig aus. In der Schweiz ist diese Hilfe erlaubt, wenn keine selbstsüchtigen Beweggründe im Spiel sind (vgl. DIGNITAS. Lexikon).

2.2 Ethik

Ethik ist die Theorie des personell Zutraglichen und Zweckmässigen und des sozialen Verpflichtenden und Notwendigen. Diesen zwei Zugängen können auf die Fragen nach dem persönlichen Wohlergehen und der Frage nach dem richtigen Verhalten gegenüber

den Anderen und somit auf die Überfrage «wie sollen wir leben?» zurückgeführt werden (vgl. Schmid Noerr 2012: 34).

Ethik geht auf Aristoteles zurück und ist ein Teilbereich der praktischen Philosophie zurück (vgl. Schmid Noerr 2012: 34). Der Begriff Ethik ist vom griechischen Wort «ethos» abgeleitet und bedeutet Sitte oder Gewohnheit. Das Wort «ethos» bezieht sich folglich auf Umgangsformen in einer Gesellschaft oder Kultur. Die philosophische Disziplin der Ethik beschäftigt sich mit der Entstehung, Veränderung sowie der Wirkung von Moral. Das Ziel der Ethik ist, Begründungen für Kriterien zu finden, welche bewerte, was gutes oder schlechtes Handeln ist (vgl. Frost 2012: 9). Folglich ist die Ethik die Wissenschaft der Moral. In der Ethik ist sowohl die Theorie der menschlichen Lebensführung wie auch die Theorie des moralischen Verhaltens enthalten (vgl. ebd.).

Moral ist abgeleitet vom lateinischen Wort «mores» und wird als Brauch oder Sitte übersetzt. Die Moral umfasst die Gesamtheit der sittlichen Normen, Werte und Grundsätze, die das zwischenmenschliche Verhalten in einer Gesellschaft regeln und von der Mehrheit der Gesellschaft als verbindlich akzeptiert werden. Ein moralisches Verhalten ist, wenn dieses mit den sozial vorgegeben Erwartungen und Normen, den eigenen moralischen Auffassungen und Prinzipien übereinstimmt. Weiter ist Moral die Fähigkeit, in Bezug auf die eigene moralische Auffassung und auf die der jeweiligen Situation angepassten Moral zu urteilen und entsprechend zu handeln (vgl. Frost 2012: 9f).

Obwohl im täglichen Sprachgebrauch die Begriffe «ethisch» und «moralisch» oftmals als Synonym verwendet werden und ursprünglich die gleiche Bedeutung hatten, gibt es heute Unterschiede in der Verwendung der Begriffe. Demnach wird Moral als Bereich des menschlichen Lebens angesehen, der die Einheit der moralischen Normen, Prinzipien und Institutionen umfasst. Eine moralische Aussage ist eine wertende Aussage erster Ordnung, zu deren Befolgung aufgefordert wird (vgl. Frost: 2012: 10). Dagegen ist Ethik eine theoretische Grundlage der menschlichen Lebensführung. Eine ethische Aussage ist eine normative Aussage zweiter Ordnung, welche vor dem Handeln zu einer reflektierten Meinungsbildung auffordert (vgl. Frost 2012: 10.).

Diese Unterscheidung von «ethisch» und «moralisch» hat insbesondere in Bezug auf die berufliche Ethik ihre Berechtigung, da es nicht nur darum geht, bestimmte Normen zu befolgen, sondern ethisch begründete Entscheidungen zu treffen, die entsprechende Konsequenz und somit Verantwortung tragen zu können (vgl. Frost 2012: 10).

Ethik kann in unterschiedliche Teilbereiche unterteilt werden. Die allgemeine Ethik stellt als Grundlagenwissenschaft das Begriffs- und Methodeninstrumentarium für die einzelnen Disziplinen zur Verfügung (vgl. Frost 2012: 11).

Die deskriptive Ethik beschreibt die geltenden, moralischen Überzeugungen und Wertvorstellungen. Dabei erhebt sie keinen Anspruch auf ein Kriterium für moralisches oder

aussermoralisches Handeln (vgl. Frost 2012: 11).

Einen vorschreibenden Charakter hat die normative Ethik. Durch Forderung entwirft sie Kriterien und Normen moralischer Beurteilung. Es wird nach der Begründbarkeit von Normen auf Grundlage ethischer Prinzipien gefragt. Die normative Ethik kann als die Lehre vom «guten Handeln» bezeichnet werden (vgl. Frost 2012: 11).

Die Metaethik beschäftigt sich mit ethischen Theorien und ordnet diese anhand des ethischen Begründungsansatzes (vgl. Frost 2012: 11.).

Die angewandte Ethik, auch Bereichsethiken genannt, wendet die allgemeinen ethischen Prinzipien auf konkrete Situationen an. Sie entwickelt bereichsspezifische Normen und Massstäbe aus konkreten Situationen heraus (vgl. Frost 2012: 11).

Die Berufsethik gehört dem Bereich der angewandten Ethik an und bezieht sich auf die fachliche Reflexion der, mit dem jeweiligen Beruf verbundenen, moralischen Verbindlichkeiten (vgl. Frost 2012: 14). Ethisches Handeln ist im Beruf unvermeidbar, da berufliches Handeln von ethisch – kulturellen Orientierungsmustern abhängig ist. Die Berufsethik hat zum Ziel, die Massstäbe und Kriterien, welche menschliches Handeln als moralisch gut bezeichnen zu untersuchen und grenzt moralisches von aussermoralischem Handeln ab. Weiter zielt Berufsethik auf den Erwerb moralischer Kompetenz, wie die moralische Urteils- und Diskussionsfähigkeit, ab. Darin liegt die besondere Bedeutung für die berufliche Praxis (vgl. ebd.). Die Berufsethik beabsichtigt die Begründung des guten professionellen Handelns. In der Sozialen Arbeit bedeutet gutes Handeln im Allgemeinen die Achtung und Wahrung der Menschenwürde jedes Einzelnen. In den konkreten beruflichen Situationen spielen jedoch weitere Werte, Normen und Prinzipien eine wichtige Rolle, bei welchen es gilt, sie gegeneinander abzuwägen. Dazu benötigt es die ethische Reflexion (vgl. ebd. 15).

2.2.1 Werte und Normen

Normen, Werte und Prinzipien sind konkrete Ausdrucksformen der Moral. Die Moral sucht nach Kriterien und Massstäben für gutes Handeln. Diese allgemeinen Kriterien werden als Werte, Normen und ethische Prinzipien formuliert und bieten Orientierung für das praktische Handeln im Alltag und Beruf (vgl. Frost 2012: 20).

Der Begriff «Wert» stammt ursprünglich aus der Wirtschaft bevor er im 19. Jahrhundert zu einem philosophischen Begriff wurde. Moralische Werte sind Leitvorstellungen, Orientierungsstandards und Handlungsziele, die von einer Gesellschaft, einer Gruppe oder Individuen als erstrebenswert gehalten werden (vgl. Frost 2012: 20). Unterschieden wird in aussermoralischen Werten, wie erstrebenswerte Güter und Ziele des Einzelnen sowie in

moralischen Werten, welche Orientierung und Ziele für moralisches Handeln und Entscheiden bieten (vgl. ebd.).

Aus moralischen Werten können moralische Normen abgeleitet werden, welche für Einzelne, Gruppen oder für Institutionen als Orientierungs- und Entscheidungshilfe dienen. Die moralischen Normen sind konkrete Regeln, mit deren Hilfe die Werte umgesetzt, bewahrt und geschützt werden sollen. Bei Normen handelt es sich folglich um Handlungsanweisungen, die auf Werten beruhen. In Form von Geboten wird der Verpflichtungscharakter von Normen ausgedrückt (vgl. Frost 2012: 24).

Zu unterscheiden sind Moral- und Rechtsnormen. Moralnormen sind Vernunftsurteile aufgrund des Gewissens. Moralnormen werden durch Sanktionen der Umwelt in Sinn von positiven oder negativen Reaktionen, wie zum Beispiel Lob und Anerkennung oder Ermahnung und Ablehnung beeinflusst (vgl. Frost 2012: 25). Im Gegenzug dazu stehen die Rechtsnormen, welche verallgemeinernde Verhaltenserwartungen darstellen, die sich auf das Verhalten des Menschen beziehen. Der Verstoss gegen Rechtsnormen wird sanktioniert. Sie sind zudem einklag- und erzwingbar (vgl. ebd. 24).

3 Thomas Macho „das Leben nehmen“

Thomas Macho geht in seinem Buch «das Leben nehmen» der, in der Moderne in Gang gesetzten Umwertung des Suizids nach. Für die Untersuchung des Suizids in unterschiedlichen Zeitepochen werden unterschiedliche kulturelle und historische Schauplätze besucht (vgl. Pallitsch 2018).

Auf 450 Seiten beschreibt Macho die Kulturgeschichte des Suizids und wie sich die Wahrnehmung des Suizids bereits am dem 18. Jahrhundert zu verändern begann. Über den Aufbau seines Werks schreibt Macho:

«Ich folge in diesem Buch einerseits der historischen Chronologie, andererseits konzentriere ich mich auf die verschiedenen Erscheinungsformen der kulturellen Erfahrung von Suiziden. Im Zentrum stehen also nicht die persönlichen Motive oder sozialen Hintergründe von Suiziden, und auch nicht die Möglichkeiten der Prävention und Therapie oder gar die praktikablen Methoden des Suizids; gefragt wird vielmehr, welche kulturelle Bedeutungen dem Suizid verliehen werden. Statistiken und Fallgeschichten werden zwar zitiert, aber nicht, um irgendeine Art von Ursachenforschung zu betreiben, sondern um dominante Diskurse und Kontexte beleuchten zu können. In diesem Sinne werden Thematisierungen des Suizids in Werken der Malerei, der Literatur oder der Fulmkunst als Quellen, die zur Beschreibung von Suizidkulturen beitragen können, ebenso ernst genommen wie philosophische, sozialwissenschaftliche oder psychologische Untersuchungen (2018: 13).»

Zentral ist die bereits früh festgehaltenen Unterscheidung von «suizidfaszinierten und «suizidkritischen» Epochen und Kulturen. Macho differenziert dabei folgende Unterschiede:

«Ich möchte daher eine Differenzierung vorschlagen zwischen suizidfaszinierten Kulturen und Epochen, die dem Suizid ein hohes Mass an Aufmerksamkeit schenken, und suizidkritischen Zeiten und Lebensformen, die den Suizid tendenziell tabuisieren und abwerten. Suizidfaszinierte Kulturen neigen zur Idealisierung des Suizids, der aus vielen Gründen anerkannt und bewundert wird; suizidkritische Kulturen halten den Suizid für eine moralische Schande und existentielle Niederlage. Suizidfaszinierte Kulturen heroisieren ein kurzes, intensives, abenteuerliches amplitudenreiches und innovationsorientiertes Leben: (...) Suizidkritische Kulturen favorisieren dagegen ein langes, ruhiges, friedliches, amplitudenarmes, traditionsorientiertes Leben. Diese Haltungen sind freilich nicht zwingend korreliert mit niedrigen oder hohen Suizidraten: (...) Während suizidkritische Kulturen die Suizidenten in ihrer Mitte häufig verachten und folglich gewähren lassen, waren es umgekehrt dominant suizidfaszinierte Kulturen, in denen die Techniken und Strategien der Suizidprävention entwickelt und institutionalisiert wurde: (...). Die Frage nach dem Suizid ist ein zentrales Leitmotiv, ja sogar die «Quintessenz der Moderne»; und die Moderne erscheint in vielfacher Hinsicht als Zeitalter wachsender Suizidfaszination, der zunehmend positiver imaginierten Idee, sich das Leben zu nehmen (2018: 14f).«

Vom «Werther-Effekt» ausgehend, begibt sich Macho auf eine chronologische Spur und untersucht dabei zahlreiche Suizide bis in die Gegenwart. Dabei untersucht er sowohl reale wie auch filmische Suizide und nimmt auch politische, terroristische und schulische Suizide in den Blick (vgl. Pallitsch 2018).

Während seines gesamten Werks zielt Thomas Macho darauf ab, den Suizid zunächst positiv, als einzig übriggebliebene Grenzbestimmung zwischen Menschen und Tier

einzuführen. Macho folgt auf dem Weg zur Entmoralisierung, Entkriminalisierung und Entdramatisierung Michel Foucault in dessen Zuschreibung des Suizids als «Selbsttechnik». Mit ihr verbindet sich die Überzeugung, das eigene Ich als Projekt in die Hand zu nehmen (Pallitsch 2018).

3.1 Der Autor

Thomas Macho wurde am 2. Juli 1952 in Wien geboren. Er absolvierte ein Studium der Philosophie, Musikwissenschaft und Pädagogik an der Universität in Wien. 1976 erfolgte die Promotion ebenfalls an der Universität in Wien mit einer Dissertation zur Musikphilosophie. Darauf schloss 1984 die Habilitation für das Fach Philosophie an der Universität Klagenfurt mit einer Habilitationsschrift über Todesmetaphern an.

Es folgten diverse Anstellungen an Universitäten und in Studienzentren, wie zum Beispiel an der Universität Klagenfurt als Dozent für Philosophie, am Studienzentrum für Friedensforschung. Von 2006 bis 2008 übte Thomas Macho das Amt des Dekans der Philosophischen Fakultät III der Humboldt-Universität aus. Seit 2009 ist Thomas Macho der assoziierte Ko-Direktor des Zentrums für Literatur- und Kulturforschung Berlin sowie seit 2009 Direktor des damals neugegründeten Instituts für Kulturwissenschaft an der Humboldt-Universität in Berlin. 2010 wurde Thomas Macho Mitglied der Europäischen Akademie der Wissenschaften und Künste und seit 2012 ist er der Vorsitzende des Wissenschaftlichen Beirats des «Minerva-Center for Interdisciplinary Study of End of Life» an der Universität Tel Aviv (vgl. <http://www.thomasmacho.de>).

3.2 Begründung der Auswahl

Thomas Macho beginnt in seinem Buch mit dem Beginn der Menschheit und leitet den Leser/ die Leserin gekonnt durch die unterschiedlichen Epochen. Dabei erörtert er sachlich die gegebenen Umstände und die Wahrnehmung und die Bedeutung des Suizids. Während dieser Zeitreise führt er auch wichtige Begriffe, Phänomene und Aspekte ein. Er erklärt diese in ihrem Zusammenhang und liefert so wichtiges Wissen, welches von anderen Autoren in ihren Werken oftmals vorausgesetzt wird. Durch die Lektüre gewinnt der Leser/ die Leserin ein erstes Grundwissen in der Thematik des Suizids und kann mit diesen Kenntnissen ausgerüstet vertiefende Literatur einfacher angehen.

3.3 Kritik

Thomas Macho baut sein Werk in 13 eher systematisch als chronologisch gegliederte Kapitel und fragt nach der kulturellen Erfahrung von Suiziden und den jeweils dominanten

Diskursen. Die Beschreibung der gesellschaftlichen Suizidkultur steht dabei im Vordergrund, einzelne Fallgeschichten finden sich eher selten. Primär werden Suizidformen dargestellt, die breite mediale und kulturelle Aufmerksamkeit erhalten haben, wie Kindersuizide, Sterbehilfe oder der politisch motivierte Protestsuizid, in seiner terroristischen Variante, als Beispiel (vgl. Greiner 2017).

Thomas Macho enthält sich während seines gesamten Werks einer Wertung des Suizids und vermeidet in der Analyse normative Begriffe wie «Selbstmord» oder «Freitod». Trotzdem kann festgestellt werden, dass die «Entpathologisierung» des Suizids nicht nur Forschungsgegenstand sondern auch Zielvorstellung für ihn ist. Aus diesem Grund etwa, erfährt man verhältnismässig wenig über Depressionen und andere psychischen Ursachen, während Macho wiederholt auf die künstlerische Qualität der Suizide hinweist. Dies ist besonders aus ethisch-moralischer Perspektive zur Diskussion offen (vgl. Greiner 2017).

Weiter betont der Autor mehrmals, dass die Frage nach dem Suizid «das» oder mindestens «ein Leitmotiv der Moderne» ist. Dabei fehlt allerdings eine genaue Eingrenzung, wann diese «Moderne» einzuordnen ist. Im Werk selber wird die Zeit der Moderne bereits ab 1751, aber auch erst auf das 20. respektive sogar 21. Jahrhundert angesetzt. Aufgrund dieser unbestimmten Zeitzuordnung fehlen auch ausmachende Faktoren, für die Umwertung des Suizids. Macho nennt zwar beiläufig zentrale Aspekte wie den Kolonialismus, die Medienrevolution oder die Säkularisierung, eine systematische Diskussion der entscheidenden Modernisierungsprozesse steht aber aus (vgl. Greiner 2017).

Trotz dieser Kritikpunkte ist festzuhalten, dass das Buch eine Fülle an anregenden Erkenntnissen bietet und hervorragend geschrieben ist. Sehr beeindruckend ist zudem die Spannweite der behandelten historischen Gegenstände und Kontexte. Von der nordamerikanischen Sklaverei, der Roten Armee Fraktion über Vampirismus und Atombomben des zweiten Weltkriegs werden viele Themen aufgenommen. Auch vergessene Suizidmethoden wie das «Hinunterschlingen unverdaulicher Dinge» und die Bedeutung und Anwendung von immer noch gebräuchlichen Methoden werden thematisiert. Auch Aspekte wie die Witwenverbrennung in Indien, die japanischen Ehrenselbstmorde oder die politischen motivierten Feuersuizide in Ostmitteleuropa nach 1968 werden thematisiert. Thomas Macho hat ein Werk geschaffen, das einen reichhaltigen Überblick ermöglicht und an dem in Forschung und Lehre kein Weg vorbeiführt (vgl. Greiner 2017).

4 Suizid- und Sterbebegleitung im Alter

Das Ziel dieses Kapitels ist es, die Situation von alten Menschen in ihrem Alltag aufzuzeigen. Dadurch sollen Gründe, die zu einem Sterbewunsch führen, herausgearbeitet werden. Aus den Gründen lässt sich ein möglicher Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit ableiten, welcher ebenfalls festgehalten wird. Zur Vervollständigung dieses Kapitels werden auch Zahlen und Fakten aufgezeigt, die zu der Sterbe- und Suizidhilfe im Alter bekannt sind. Bevor genauer auf die Situation alter Menschen eingegangen werden kann, folgt zuerst eine Definition, ab welchem Alter von «alt» gesprochen wird. Gemäss der Standarddefinition der UNO gelten all die Menschen als „älter“ welche 60 Jahre oder älter sind (vgl. World Health Organisation. 2002: 4). Es gibt bei Menschen in derselben Altersklasse wesentliche Unterschiede was ihre Gesundheit, Teilhabe am aktiven Leben und den Grad ihrer Unabhängigkeit betrifft (vgl. ebd.).

4.1 Belastungen im Alter

Im Alter häufen sich Belastungen, die das Leben beschwerlich und unerträglich machen können an, was den Todeswunsch herbeiführen kann. Zu diesen Belastungen gehören körperliche Abbauprozesse, gesundheitliche Beschwerden, materielle Schwierigkeiten, gesellschaftliche Benachteiligungen sowie soziale Einschnitte wie Partnerverlust und Wohnungsaufgabe und psychische Leiden (vgl. Erlemeier 2011: 19). In diesem Kapitel soll auf einzelne Belastungen eingegangen und deren Auswirkungen aufgezeigt werden.

Körperliche Erkrankungen

Gemeinhin ist das negativ geprägte Altersbild verbreitet, dass Altern mit Krankheit, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit gleichzusetzen ist. Dies entspricht nicht in allen Fällen der Wirklichkeit. Die Mehrheit der über 65-Jährigen ist trotz funktional-gesundheitlichen Einschränkungen fähig, ein selbständiges Leben im eigenen Haushalt zu führen und die Alltagsaufgaben zu bewältigen (vgl. Erlemeier 2011: 20). Im vierten Lebensalter, bei den Hochbetagten nimmt die Häufigkeit von Krankheiten zu, so auch die Einschränkungen im Alltag. Das gesundheitliche Wohlbefinden nimmt ab (vgl. Sass/Wurm/Ziese 2009 zit. nach Erlemeier 2011: 20).

Zum besseren Verständnis des gesundheitlichen Erlebens alter Menschen muss der Gesundheitsbegriff um seine Funktion bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen erweitert werden. Die sogenannte funktionale Gesundheit der WHO beschreibt, wie Menschen aufgrund ihrer gesundheitlichen Voraussetzungen in der Lage sind, Alltagsanforderungen zu erfüllen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben (vgl.

Menning 2006: 4 zit. nach Erlemeier 2011: 20).-Unabhängig von medizinischen Diagnosen ist das subjektive Empfinden des eigenen Gesundheitsbefinden wichtiger für das Erleben eines «guten Altern» als der medizinisch attestierte Gesundheitszustand (vgl. Erlemeier 2011: 20).

Ein weiteres Gesundheitsproblem im Alter sind die Mehrfacherkrankungen, die so genannte Multimorbidität, das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehreren Erkrankungen, die sich wechselseitig beeinflussen und oftmals einen chronischen Verlauf nehmen (vgl. ebd.).

Neben diesen körperlichen Erkrankungen nehmen auch psychische Erkrankungen auf den Willen zu Leben und die Möglichkeiten der Alltagsgestaltung im Alter.

Psychische Erkrankungen

Psychische Erkrankungen im fortgeschrittenen Alter sind häufig. Neben der Demenz sind die häufigsten Erkrankungen Depressionen und Ängste, Schlafstörungen und Delirien (vgl. Stoppe 2011: 3). Oftmals treten psychische Erkrankungen zusammen mit anderen Belastungen, insbesondere mit chronischen körperlichen Erkrankungen auf. Durch diese Komorbidität wird sowohl die Prognose wie auch die Diagnose und Behandlung beeinflusst (vgl. ebd.).

Eine Vermischung von Depression und dementieller Symptomatik ist ebenfalls möglich und erschwert die Diagnose einer Depression im Alter (vgl. Wolfersdorf/ Schüler /LePair/ Bär/ Mauerer 2001: 145ff. zit. nach Erlemeier 2011: 27).

Partnerverlust

Der Verlust des Partners/der Partnerin durch den Tod ist oftmals verbunden mit tief eingreifenden Erschütterungen der personalen und sozialen Lebensbezüge. Betroffene können durch den Tod des Partners/der Partnerin in eine schwere Existenzkrise stürzen und ihr Lebensrhythmus kann stark beeinträchtigt werden. Allgemein wird Partnerverlust als das kritischste Lebensereignis angesehen (vgl. Erlemeier 2011: 27).

Alleinleben kann zu einem Risiko für soziale Isolierung, Rückzug und Vereinsamung werden. Diese Risikofaktoren können im Zusammenspiel mit weiteren psychosozialen Belastungen auch Gründe für Suizidalität sein (vgl. ebd. 29).

Soziale Isolation und Einsamkeit

Soziale Isolation ist der objektiv feststellbare Mangel an Sozialkontakten, der unter einem an Zahl und Dauer notwendig erachteten Minimum an Sozialkontakten fällt. Dagegen ist Einsamkeit ein unangenehmer Erlebniszustand, der als subjektive Reaktion auf den Mangel an Sozialkontakten und sozialer Unterstützung verstanden wird (vgl. Erlemeier 2011: 29).

Menschen die einsam sind, fühlen sich abgeschnitten von einem emotional zufriedenstellenden Austausch mit anderen Personen, die Beistand, Verständnis, Wärme und Trost spenden können (vgl. Erlemeier 2011: 30).

Risikofaktoren für soziale Isolation und Einsamkeit im Alter sind Hochaltrigkeit, Alleinleben und Alleinsein, Tod des Partners, Kinderlosigkeit, schlechte Gesundheit und Mobilitätseinschränkungen sowie wohnen im Heim (vgl. ebd.).

Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und somit an der Möglichkeit der Einsamkeit entgegen zu wirken ist massgeblich von den finanziellen Möglichkeiten abhängig.

Einkommensunterschiede

Die finanzielle Situation älterer Menschen heute und in Zukunft bewegt nicht nur den Einzelnen, sondern auch die Gesellschafts- und Sozialpolitik. Die Alterssicherung durch Rentenansprüche wird nicht mehr selbstverständlich sein, wie sie es bisher war (vgl. Erlemeier 2011: 31). Armut im Alter ist ein sozialpolitisches Thema, welches nur teilweise die heutigen Rentner betrifft. In Zukunft wird die Existenzsicherung zu einem grösseren Problem für die alten Menschen (vgl. ebd.). Bereits heute reicht einigen Rentnern die ausbezahlte AHV- oder IV-Rente zum Leben nicht aus. In diesem Fall besteht ein rechtlicher Anspruch auf die Ergänzungsleistungen (EL) (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen 2017).

Die aufgeführten Belastungen können bei ihrem Auftreten dazu führen, dass ein Mensch den Willen zu Leben verliert und sich der Wunsch nach einem selbstbestimmten Tod, unabhängig von den Belastungen und ihrer Folgen eröffnet. Im Nachfolgenden Kapitel werden nun die Gründe für Todeswunsch im Alter sowie der Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit erarbeitet.

4.2 Suizid, Suizidgedanken und Todeswünsche im Alter

Suizidalität kann im Leben jedes Menschen auftreten, ist hingegen häufiger in psychosozialen Krisen oder bei psychischen Erkrankungen zu beobachten. Suizidalität umfasst die zunehmende Entschlossenheit zu sterben, Todeswünschen, Suizidgedanken, welche flüchtig oder auch langwierig und quälend sein können sowie Suizidversuche bis zum vollendeten Suizid. Ebenfalls eingeschlossen werden Suizidäquivalente oder indirekte selbstdestruktives Verhalten, bei denen suizidale Absichten vermutet aber nicht definitiv festgestellt werden können (vgl. Erlemeier 2011: 52). Besonders bei alten Menschen können indirekte selbstdestruktive Verhaltensweisen ein Ausdruck allgemeiner Lebensmüdigkeit sein, auf Selbstaufgabe hinweisen oder ein «sich-sterben-lassen» sein

(vgl. Tenter 1994 zit. nach Erlemeier 2011: 52). Dies ins besonders, wenn aktivere Formen der Selbsttötung nicht (mehr) möglich sind (vgl. Erlemeier 2011: 52).

In dieser Arbeit wird der Fokus auf den begleiteten Suizid mithilfe einer Sterbehilfe Organisation wie EXIT oder DIGNITAS gelegt. Zudem wird der Fokus auf die Menschen im sogenannten dritten (von 65 bis 79 Jahren) und vierten Lebensalter (ab 80 Jahren) gelegt (vgl. Eberlei/ Neuhoff/ Riekenbrauk 2018: 122).

4.2.1 Zahlen und Fakten

Im Oktober 2016 veröffentlichte das Bundesamt für Statistik (BFS) die Todesursachenstatistik 2014, mit dem Schwerpunkt auf den assistierten Suizid und Suizid in der Schweiz.

2014 verzeichnete das BFS bei Personen mit Wohnsitz in der Schweiz 742 Fälle von Sterbebegleitung. Dies entspricht einer Zunahme von 26 % gegenüber dem Vorjahr. Der Statistik kann weiter entnommen werden, dass seit 1998 die Anzahl der assistierten Suizide zuerst langsam, ab 2008 verstärkt, zugenommen haben (vgl. Junker 2016).

Um das Jahr 2000 nahmen etwas mehr Männer als Frauen die Sterbehilfe in Anspruch. Seit 2001 sind es nun deutlich mehr Frauen, die sich für einen assistierten Suizid entscheiden (vgl. ebd.). Die steigenden Zahlen des begleiteten Suizids widerspiegeln dabei die zunehmenden Zahlen der alten Menschen in der Schweiz (vgl. ebd.).

Nicht nur die Anzahl der durchgeführten Sterbebegleitungen nehmen jährlich zu, sondern auch die Anzahl der Mitglieder von Vereinen wie EXIT. So berichtet EXIT, dass dem Verein im Jahr 2017 rund 10'000 neue Mitglieder beigetreten sind. Dies bestätigt den Trend. Bereits seit einigen Jahren gewinnt EXIT jedes Jahr neue Mitglieder. In der Deutschschweiz und im Kanton Tessin zählte EXIT Ende Dezember 2017 rund 110'391 Mitglieder (vgl. EXIT 2018c). Im Jahr 2017 entschieden sich 734 Menschen für eine Freitodbegleitung durch EXIT. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Anzahl der Freitodbegleitungen um 11 Begleitungen an, liegt aber immer noch unter den Anzahl Freitodbegleitungen von 2015, als insgesamt 782 eine Freitodbegleitung in Anspruch nahmen (vgl. ebd.). Sowohl die steigende Anzahl der Mitglieder von Vereinen wie EXIT oder DIGNITAS wie auch die Anzahl der tatsächlich durchgeführten Sterbebegleitungen, zeigen, dass Sterbe- und Suizidhilfe in der Gesellschaft Aktualität aufweist und sich viele Personen um ihr Sterben Gedanken machen. Die Soziale Arbeit als eine beratende und begleitende Profession, die ihren Auftrag von der Gesellschaft erhält und sich der aktuellen Probleme und Fragestellungen der Gesellschaft stellt, muss sich daher mit der Thematik der Suizid- und Sterbebegleitung auseinandersetzen.

4.2.2 Gründe

Für Suizidalität im Alter gibt es drei zentrale Risiko- und Einflussbereiche, die zentral sind und von Präventionsangeboten und Therapien aufgegriffen werden. Dazu gehören die körperlichen Erkrankungen, die psychische Erkrankungen sowie die sozialen Netzwerke und Beziehungen (vgl. Erlemeier 2011: 80).

Körperliche Erkrankungen sind ein wichtiger Einflussfaktor auf die Suizidalität im Alter. Sie dürfen jedoch nicht als Einzelursache überbewertet werden, sondern sollen im Kontext mit weiteren Belastungen betrachtet werden. Es wird argumentiert, dass eine körperliche Krankheit nicht die entscheidende Ursache für eine Suizidhandlung ist, sondern die Auswirkung der Krankheit wie Mehrfachmedikation sowie soziale Isolation im Lebensstil und Lebensunzufriedenheit (vgl. Weyerer et al. 2008: 78 zit. nach Erlemeier 2011: 84). Weitere Begleitprobleme von Krankheiten wie Schmerzen, Behinderung, Hilflosigkeit und Abhängigkeit haben Auswirkungen auf die Suizidalität eines Menschen (vgl. Tallmer 1994: 12 zit. nach Erlemeier 2011: 84).

Psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen werden weltweit als einen zentralen Risikofaktor für Suizidhandlungen angesehen (vgl. Schneider 2008 zit. nach Erlemeier 2011: 86).

Ein besonderer Aspekt ist die Suizidgefährdung von dementen alten Menschen. Bei ca. 25-50% der Demenzerkrankten kommt es im Anfangsstadium zu depressiven Störungen (vgl. Kurs 1998 zit. nach Erlemeier 2011: 89). Im weiteren Verlauf der Krankheit nimmt die Depressions- und Suizidgefahr wieder ab, was darauf zurückgeführt werden kann, dass die betroffene Person meistens unter Aufsicht ist und nicht mehr über die praktischen und kognitiven Fähigkeiten verfügt, einen Suizid zu planen und durchzuführen (vgl. ebd.).

In der heutigen Gesellschaft wird die Jugendlichkeit als positiv und das Alter als negativ bewertet. Alte Menschen haben oftmals nicht mehr die Möglichkeit, die notwendige Flexibilität, die die heutige gesellschaftliche Globalität und Vernetzung erfordert, aufzubringen. Die rasanten Veränderungen überfordern die alten Menschen (vgl. Schaller/Schmidtke 2011: 44f). Ausschliessung und fehlende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind oftmals die Folgen.

Durch den Tod von Altersgenossen verliert der alte Mensch seine sozialen Ressourcen, die oftmals nicht mehr genügend ausgeglichen werden können (vgl. Schaller/Schmidtke 2011: 45).

Suizidale Handlungen nehmen zu, wenn die erwartenden Konsequenzen durch den Tod als positiver bewertet werden, als diejenigen während des Lebens (vgl. Schaller/Schmidtke 2011: 45.) Ein Grund dafür, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, liegt darin, dass die Belastung für die Familie und die Umwelt gesenkt werden soll (vgl. Wan der Wal et al. 1992 zit. nach Schaller/Schmidtke 2011: 45). Zudem wird ein zunehmend negativ geprägtes Defizitmodell des Alters konstruiert, welches das Leben alter Menschen abwertet. Dadurch entsteht ein suizidförderndes Klima für alte Menschen. Der Suizid im Alter wird im Vergleich zum Suizid von Jüngeren häufiger akzeptiert und als Ausdruck der freien Selbstbestimmung sowie im Sinn einer Bilanzziehung als rationaler Suizid akzeptiert (vgl. Schaller/Schmidtke 2011: 45).

4.2.3 Handlungsbedarf für die Soziale Arbeit

Sterben und Tod sind nach wie vor ein gesellschaftliches Tabu und haben die Verdrängung von todkranken und alten Menschen aus dem gesellschaftlichen Leben zur Folge (vgl. Grossmann 2008: 69). Gemäss des Berufskodexes für die Soziale Arbeit von AvenirSocial ist es die Aufgabe der Sozialen Arbeit, die Menschen oder Gruppen, welche vorübergehend oder dauernd in der Verwirklichung ihres Lebens eingeschränkt oder deren Zugang am gesellschaftlichen Leben und Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen ungenügend sind, einzusetzen (vgl. AvenirSocial 2010: 6). Sterbende, alte und kranken Menschen werden oftmals aufgrund ihrer persönlichen und gesundheitlichen Situation von der gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen. Es ist nun Aufgabe der Sozialen Arbeit, diese Gruppe von Menschen zu begleiten und Möglichkeiten zu finden, die Teilhabe an der Gesellschaft wieder zu ermöglichen.

Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind angehalten, Diskriminierung aufgrund von Fähigkeiten, Alter, Nationalität, Kultur, sozialem oder biologischem Geschlecht, Familienstand, sozioökonomischen Status, politischer Meinung, körperlichen Merkmalen, sexueller Orientierung oder Religion zurückzuweisen (vgl. AvenirSocial 2010: 9). Der körperliche Abbauprozess, welcher auch für Aussenstehende sichtbar sein kann, wie auch der sozioökonomische Status können Gründe für Diskriminierung seitens der Gesellschaft gegenüber den betroffenen Personen sein. Kommt es zur Diskriminierung gegenüber alten Menschen wird oftmals von Ageismus gesprochen. Dabei handelt es sich um Altersfeindlichkeit als eine Form sozialer und ökonomischer Diskriminierung. Das Alter, die damit einhergehenden Stigmatisierung des Alterungsprozesses, das Altsein und folglich die Gruppe der betroffenen Menschen wird negativ wahrgenommen und führt zu gesellschaftlichen Ausgrenzungs- und Diskriminierungspraxen (vgl. Gender Institut Bremen). Es ist daher die Aufgabe der Sozialen Arbeit, Solidarität innerhalb der Gesellschaft zu erreichen und so der individuellen Not, Intoleranz in den

zwischenmenschlichen Beziehungen und der Feigheit in der Gesellschaft entgegen zur wirken (vgl. AvenirSocial 2010: 10).

Die Professionellen der Sozialen Arbeit stützen sich in ihrer Arbeit sowohl auf Theorien des menschlichen Verhaltens als auch auf Theorien sozialer Systeme (vgl. AvenirSocial 2010: 8). Ausgerüstet mit diesem Wissen, ist es ihre Aufgabe bei sterbewilligen Klienten und Klientinnen herauszuarbeiten, ob es sich um einen dauerhafte Sterbewunsch handelt oder ob dieser möglicherweise Aufgrund unerkannter Depressionen, beginnender Demenz oder Einsamkeit entstanden ist. Diese Aspekte gilt es zu überprüfen und bei Bedarf gemeinsam mit der Klientel eine mögliche weitere Lösung, neben einer Sterbebegleitung, zu erarbeiten.

Bei depressiven Menschen besteht ein hohes Suizidrisiko. Etwa 3-4% der Erkrankten nehmen sich im Verlauf ihrer Erkrankung das Leben, bei stationär behandelten Patienten liegt das Suizidrisiko sogar bei 15% (vgl. Erlemeier 2011: 26). Etwa 50-60% der ausgeführten Suizide wurde von depressiv Erkrankten vollzogen. Folglich ist es ein primäres Ziel der Suizidprävention, die adäquate Diagnose und Behandlung von psychischen Störungen sicher zu stellen. (vgl. Erlemeier 2011: 27). Gerade bei alten Menschen ist der Zugang zu Psychotherapie noch nicht sichergestellt (vgl. ebd.). Erschwerend kommt hinzu, dass depressive Symptome, körperliche Beschwerden, Selbstwertzweifel und soziale Beziehungsprobleme derart miteinander verflochten sind, dass die suizidale Gefährdung erst bei genauer Anamnese herausgearbeitet werden kann (vgl. ebd.)

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass Hausärzte depressive Erkrankungen häufig nicht oder erst zu spät erkennen und folge dessen zu spät behandeln. Dies kann daran liegen, dass die heutigen älteren Personen einer Generation entstammen, in der psychische Erkrankungen stigmatisiert wurden. Sie sind folglich wenig gewillt, ihre psychischen Probleme ihrem Hausarzt/Hausärztin anzuvertrauen (vgl. Weyerer 2011: 15). Ein weiteres Hindernis besteht auf Seiten des Arztes/ der Ärztin. Abhängig von dessen/deren Wissen, Kompetenz und Einstellungen hinsichtlich Depressionen sowie der verfügbaren Zeit für Diagnose und Therapie, gestaltet sich die Erkennens- und Behandlungsrate (vgl. ebd. 16). Gemäss des Berufskodexes von AvenirSocial ist es die Aufgabe der Professionellen der Sozialen Arbeit, ihre Klienten bei der Eröffnung und Nutzung ihrer Rechte, Fähigkeiten und Ressourcen zu unterstützen (vgl. AvenirSocial 2010: 10). Demnach ist es ein Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit, ihre Klienten behutsam auf mögliche Depressionen anzusprechen, diese aber nicht versuchen zu therapieren, sondern die Klienten und Klientinnen an geeignete Fachkräfte weiter zu vermitteln.

Weiter ist es eine Aufgabe der Professionellen der Sozialen Arbeit ihr Wissen bezüglich sozialer Probleme sowie deren Ursachen und Wirkungen auf individueller und struktureller Ebene mit der Öffentlichkeit, der Forschung und der Politik zu teilen (vgl. ebd. 13). Es ist demzufolge die Aufgabe der Sozialen Arbeit, ihr Wissen über die Situation der alten Menschen in der Öffentlichkeit zu teilen und so auf die Situation der alten Menschen aufmerksam zu machen. In Zusammenarbeit mit behandelnden Hausärzten können diese ebenfalls für das Thema der Depression im Alter sensibilisiert werden, so dass die Ärzte/Ärztinnen eine Depression früher erkennen und entsprechend behandeln können. Auch die Gesellschaft an sich soll über die Situation der alten Menschen informiert werden, so dass sich auch von Seiten der Gesellschaft Änderungsmöglichkeiten eröffnen.

5 Ethische Prinzipien, Werte und Normen der Sozialen Arbeit

In diesem Kapitel soll den Unterfragen «Welche ethische Aspekte sind für die Positionierung der Sozialen Arbeit zentral?» und «Welche Prinzipien, Werte und Normen kann die Soziale Arbeit aus dem Berufskodex für die Positionierung gegenüber der Sterbe- und Suizidhilfe entnehmen?» nachgegangen werden.

Moral und Ethik sind notwendig, wenn es darum geht, berechnete von unberechneten Interessen zu unterscheiden. Sie sollen dabei helfen, die Umsetzung der als unberechtigt erkannten Interessen zu hemmen und die eigenen als berechnete anerkannten Bedürfnisse mit denen anderer Menschen in Verhältnis zu setzen. Dieser Grundsatz gilt sowohl für das alltägliche Zusammenleben, wie auch für den Berufsalltag der Sozialen Arbeit. Die Professionellen der Sozialen Arbeit nehmen durch ihre Handlung positiv oder negativ Einfluss auf die Situation ihrer Klientel. Dadurch erhalten ihre Handlungen unvermeidlich eine ethische Bedeutung. Die stetige ethische Reflexion dient dazu, in dem Handeln der Professionellen der Sozialen Arbeit die Verantwortung für die Klientel zur Geltung zu bringen (vgl. Schmid Noerr 2012: 26). Ethik in der Sozialen Arbeit kann den fachlichen Gesichtspunkten als Rahmenbedingungen vorgeordnet werden. Das fachliche Handeln, dessen Mittel und Zweck, soll ethisch nach übergreifenden Maßstäben reflektiert werden (vgl. ebd.:29).

Damit ethisch fundierte Entscheidungen möglich sind, ist eine kontinuierliche kritische Reflexion gesellschaftlicher Normen, institutioneller Vorgaben sowie die Prüfung der eigenen Motive und Ziele des beruflichen Handelns notwendig (vgl. Heiner 2010: 181).

Für die Soziale Arbeit gibt es unterschiedliche Ethikkonzepte, die von Relevanz sind. Einerseits sind dies die teleologischen Ethikkonzepte, welche sich auf Ziele, nach denen sich menschliches Leben ausrichten muss, beziehen. Ergänzend dazu geben die deontologischen Ethikkonzepte über das richtige Rollenhandeln der am menschlichen Leben arbeitenden Professionellen der Sozialen Arbeit Auskunft (vgl. Schmocker 2011: 25). Weitere Ethikkonzepte haben ihren Ursprung im idealistischen Liberalismus. Dieser Liberalismus hat mit dem heutigen (Wirtschafts-)Liberalismus nicht mehr viele Gemeinsamkeiten. Diese Ethikkonzepte sind für die Soziale Arbeit von Bedeutung im Hinblick auf die Gerechtigkeit, welche jedem Individuum zusteht, sowie aufgrund der Garantie der bürgerlichen Individualrechte. Da für die Soziale Arbeit eine Ethik, die sich nur auf das Individuum ausrichten nicht tragfähig ist, spielen die Ethikkonzepte des sozialistisch geprägten Humanismus eine zentrale Rolle. Dies vor allem in Bezug auf die Garantie

sozialer Rechte und tragfähiger Solidarsysteme als Grundvoraussetzung zum Vollzug des menschlichen Lebens (vgl. Schmocker 2011: 26).

Die Handlungsprinzipien des Berufskodexes für Soziale Arbeit besagen, «dass die Praxis der Sozialen Arbeit ethisch begründet ist, wenn das Handeln aufgrund der moralischen Kriterien sowie ihrer professionellen Grundsätze reflektiert wird (AvenirSocial 2010: 10).» Damit eine solche Reflexion möglich wird, müssen die Kriterien nach denen die eigene Handlung reflektiert wird, bekannt und verstanden sein.

Im Nachfolgenden werden zentrale Prinzipien, Werte und Normen erläutert, die für die ethischen Reflexion relevant sind. Dabei ist aber zu beachten, dass es weder eine spezifische Ethik der Sozialen Arbeit, noch entsprechende Normen und Werte gibt. Die soziale Arbeit kann sich aber als Human- oder Menschenrechts-Profession auf alle ethischen Grundsätze, sowie Werte und Normen, welche für das menschlichen Zusammenleben in der Gesellschaft oder für das menschliche Zusammenleben gültig sind, abstützen (vgl. Eisenmann 2012: 11). Aus diesen Grundlagen formt die Soziale Arbeit Prinzipien, Werte und Normen für ihr alltägliches Handeln.

5.1 Prinzipien

Die moralischen Prinzipien sind auf der Ebene der moralischen Normen, sind jedoch allgemeiner als die konkreten Handlungsnormen. Ursprünglich stellen Tom Beauchamp und James Childress in ihrem Buch «Principles of Biomedical Ethic» von 1979 vier ethische Prinzipien für die Medizinethik vor. Heute gelten diese vier ethischen Prinzipien nicht mehr nur für die pflegerischen und medizinischen Bereiche, sondern auch für weitere Arbeitsfelder wie die Soziale Arbeit. Sie werden als «Prima facie-Prinzipien» bezeichnet, da sie klar, einleuchtend und daher akzeptabel sind (vgl. Frost 2012: 27). Bei den vier Prinzipien handelt es sich um: Autonomie, Nicht schaden, Gutes tun, Gerechtigkeit (vgl. Beauchamp/Childress 2001: 57ff zit. nach Frost 2012: 27).

Spezifischer auf das Berufsfeld der Sozialen Arbeit zugeschnitten, werden sie noch um die Prinzipien, Solidarität, Nachhaltigkeit und Subsidiarität ergänzt (vgl. Lesch/Lob-Hüdepohl 2007: 129).

Im Nachfolgenden werden die einzelnen ethischen Aspekte weiter erläutert und ausgeführt.

Autonomie

Das moralische Prinzip der Autonomie begründet sich aus den Werten der Menschenwürde und der persönlichen Freiheit (vgl. Frost 2012: 27). Mit dem Prinzip der Autonomie sind

zwei weitere Rechte verbunden. Einerseits besteht das Recht darauf, über das eigene Leben zu bestimmen und andererseits besteht das Recht, Bevormundung abwehren zu dürfen (vgl. ebd.).

Für das professionelle Handeln in der Sozialen Arbeit bedeutet die Beachtung dieses Prinzips, dass die Person unabhängig von ihrem körperlichen, seelischen oder geistigen Zustand zu achten ist. Es ist wichtig, die Klientel über Interventionen und Massnahmen vollständig zu informieren und sie nach Möglichkeit entscheiden zu lassen, oder an den Entscheidungen zu beteiligen. Dabei gilt es, die individuellen Werte und Lebensführungskompetenzen zu berücksichtigen (vgl. Frost 2012: 28).

Dem Prinzip der Autonomie sind Grenzen gesetzt. Dies wenn es sich bei den Betroffenen zu einer Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit kommt, wie etwa bei Kindern sowie alten und kranken Menschen. Eine weitere Einschränkung der Autonomie ist je nach dem angebracht, wenn eine Gefährdung von Leben und Gesundheit durch bestimmte Handlungen besteht (vgl. Frost 2012: 28).

Nichtschaden

Das Prinzip der Schadensvermeidung bezieht sich auf die Vermeidung respektive auf die Beseitigung von körperlichem, seelischem und sozialem Schaden. Daraus entstehen die Rechte auf eine sichere Umgebung, auf körperliche und seelische Unversehrtheit sowie Schutz gegenüber Gefahren (vgl. Frost 2012: 29).

Gutes tun

Das Gutes-tun-Prinzip ist eng mit dem Nichtschadens-Prinzip verbunden. Häufig werden die beiden Prinzipien unter dem Prinzip der Fürsorge zusammengefasst. Das Prinzip des Guten tun soll durch die Rechte auf den Schutz der Würde, das Recht auf Anerkennung und Zuwendung, das Recht auf angemessene Hilfe und durch das Recht auf Bildungsgelegenheit und Selbstverwirklichung gewährleistet werden. Bei der Umsetzung dieses Prinzips, wie auch beim Nichtschadensprinzip, gilt, dass man den Schaden gegenüber dem Nutzen abwägen muss (vgl. Frost 2012: 30).

Gerechtigkeit

Zu dem Prinzip der Gerechtigkeit gehört, dass einerseits die Rechte einer Person geachtet werden und andererseits deren Verdienste und seine Stellung geachtet werden. Gerechtigkeit wird in unterschiedliche Formen unterteilt (vgl. Frost 2012: 31).

Es gibt die Verteilungsgerechtigkeit deren Sinn darin liegt, dass jeder das Gleiche erhält, Güter und Ressourcen sollen gleich verteilt werden (vgl. ebd.). Verteilungsgerechtigkeit

bedeutet auch Bedürfnis- und Chancengerechtigkeit. Die qualitativ und quantitativ gleiche Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse ist das Endziel.

Die Chancengerechtigkeit soll die gleichen Zugangsmöglichkeiten eröffnen, mit denen Befähigungen und Beteiligungen an den soziokulturellen Kompetenzen und den soziökonomischen Ressourcen einer Gesellschaft angeeignet werden können (vgl. Lesch/Lob-Hüdepohl 2007: 131).

Tauschgerechtigkeit ist die ausgleichende Gerechtigkeit, nach dem Prinzip: Jedem das Seine. Es gilt hierbei die unterschiedlichen Interessen, Bedürfnisse und Fähigkeiten zu beachten. Eine Leistung erfordert stets eine Gegenleistung in demselben Umfang wie die ursprüngliche Leistung (vgl. Lesch/Lob-Hüdepohl 2007: 130).

Die allgemeine oder Gesetzesgerechtigkeit regelt das Verhältnis der einzelnen Person zum politischen Gemeinwesen. Demnach sind gleiche Menschen mit den gleichen Rechten und Pflichten ausgestattet. Auf die Soziale Arbeit angewendet heisst dies, dass gleiche prekäre Lebenssituationen dieselben sozialstaatlichen Unterstützungsansprüche haben (vgl. Lesch/Lob-Hüdepohl 2007: 130).

Das Anliegen der austeilenden Gerechtigkeit ist, dass jedem Menschen um seiner/ihrer Würde willen das Zustehende und Notwendige zur Verfügung steht und die Person leistungsfähig werden lässt (vgl. Lesch/Lob-Hüdepohl 2007: 130).

Bei der Umsetzung des Prinzips der Gerechtigkeit besteht die Schwierigkeit, festzulegen nach welchen Massstäben gemessen werden soll. Es kann anhand der Bedürfnisse, den erbrachten Leistungen, dem Aufwand oder dem Status gemessen werden (vgl. Frost 2012: 31). Je nach dem gewählten Massstab unterscheidet sich die Verteilung. In der professionellen Arbeit mit Menschen ist es nicht immer einfach gerecht zu sein. Es gilt zwischen den unterschiedlichen Kriterien abzuwägen und zu entscheiden. Von Seiten der Professionelle der Sozialen Arbeit wie auch der Klientel gibt es unterschiedliche Anspruchs- und Erwartungshaltungen, die die Entscheidungsfindung beeinflussen oder zumindest die Akzeptanz der Entscheidung (vgl. ebd. 32).

Solidarität

In allen Lebenslagen ist wechselseitige Unterstützung folglich Solidarität erforderlich. Gemeinsam mit sozialer Gerechtigkeit ist die Solidarität Bedingung der Möglichkeit einer autonomen Lebensführung (vgl. Lesch/Lob-Hüdepohl 2007: 132). Wie auch die Gerechtigkeit hat die Solidarität unterschiedliche Facetten, welche im Verlauf der Geschichte entstanden sind (vgl. ebd.).

Konfliktsolidarität streitet für ein gemeinsames Ziel, wobei das Ziel und dessen Legitimität fraglich sein kann, da sich auch Machteliten und -kartelle solidarisieren und gegen Minderheiten absichern können (vgl. Lesch/Lob-Hüdepohl 2007: 132).

In der Pflichtsolidarität sind alle Mitglieder einer bestimmten Gruppe über informelle Regelungen zur wechselseitigen Unterstützungspflicht aufgefordert. Oftmals reichen diese moralischen Solidaritätsverpflichtungen nicht aus, um grössere Gruppen von Armen und Bedrängten zu unterstützen. Aus diesem Grund fordern heute viele Staatswesen die wechselseitige Daseinsvorsorge ihrer Bürger und Bürgerinnen per Gesetz. Die sozialen Sicherungssysteme sind solche staatlich organisierten Solidarveranstaltungen mit Zwangscharakter. Aus der Pflichtsolidarität wird Zwangssolidarität. Diese können mit überwiegender Zustimmung rechnen, da alle Betroffenen Reziprozitätserwartungen haben. «Wenn ich heute für andere Sorge, wird morgen auch für mich gesorgt» (vgl. Lesch/ Lob-Hüdepohl 2007: 132f).

Diese Reziprozitätserwartung ist die Grundlage für die Konflikt- und Zwangssolidarität. Die Beistandssolidarität dagegen ist eine altruistische Form der Solidarität und beruht auf einseitiger Abhängigkeit, Bedürftige und in Not Geratene. Dabei ist sie unabhängig davon, ob der Solidarische selber jemals in dieselbe Lage kommen wird oder nicht. Oftmals wird die Beistandssolidarität mit Barmherzigkeit gleichgesetzt. Basierend auf der Reziprozität von Menschenrechten und -pflichten kann belegt werden, dass die altruistische Beistandssolidarität ein Akt der geschuldeten Gerechtigkeit gegenüber den Menschenrechtsansprüchen der Bedürftigen ist und somit eine Verpflichtung für den Bessergestellten entsteht (vgl. Lesch/ Lob-Hüdepohl 2007: 133).

Nachhaltigkeit

Etwas ist nachhaltig, dessen Verbrauch an Ressourcen innerhalb eines bestimmten Zeitpunkts nicht grösser ist als der Nachschub oder deren Substitution durch andere Ressourcen (vgl. Lesch/ Lob-Hüdepohl 2007: 134).

Im Kontext von Menschenrechten und sozialer Arbeit bedeutet Nachhaltigkeit die Einsicht, dass jede Anstrengung um die gelingendere Lebensführung Einzelner wie um gesellschaftliche Fortschritte, von Misserfolg bedroht ist und mit Rückschlägen zu rechnen ist. Nachhaltigkeit zielt deshalb auf die dauerhaft-stabile Sicherung und Durchsetzung von Menschenrechten und daraus folgend um Lebensführungskompetenzen des Einzelnen, die auch in der Zukunft belastbar sind. Nachhaltigkeit in der Sozialen Arbeit ist ein Qualitätsmerkmal eines sozialen Wandels, der bei grösstmöglicher Effizienz und Effektivität des Mitteleinsatzes die Finanzierungsbasis sozialer Sicherungssysteme verbreitert und somit dauerhaft belastbar hält (vgl. Lesch/ Lob-Hüdepohl 2007: 134).

Subsidiarität

Das sozialetische Prinzip der Subsidiarität umfasst zwei moralische Aspekte. Einerseits die moralische Pflicht einer grösseren Gemeinschaft oder einer Gesellschaft insgesamt,

den einzelnen Mitgliedern für die gelingende Lebensführung die erforderlichen Hilfestellungen und Unterstützungen zu bieten. Andererseits dürfen durch die Hilfestellungen die Kompetenzen zur eigenen Lebensführung der Unterstützten nicht zerstört werden. In diesem Fall wirkt das Subsidiaritätsprinzip als Nichteinmischungsprinzip zum Schutz des Hilfeempfängers gegenüber dem stärkeren Dritten (vgl. Lesch/- Lob-Hüdepohl 2007: 135). Das Subsidiaritätsprinzip untersagt eigentlich eine reine nachsorgende Hilfestellung, sondern fordert vielmehr eine vorsorgende Sozialpolitik (vgl. ebd. 136).

Unter dem Stichwort «Hilfe zur Selbsthilfe» wird diese Forderung eingehalten. In dieser Bewegung ist die Hilfeverpflichtung des Staates nicht nur auf die Gewährung von individuellen Unterstützungsangeboten beschränkt. Vielmehr rücken sogenannte Vorsorgeleistungen ins Zentrum. Durch entsprechende Sozialpolitik werden die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Entfaltung von Selbsthilfepotentialen und freiwilligen Engagement geschaffen (vgl. Naegle 1983: 44 zit. nach Lesch/ Lob-Hüdepohl 2007: 136). So verpflichtet das Subsidiaritätsprinzip alle Unterstützungsangebote auf eine möglichst hohe Nähe zur Lebenswelt der Klientel (vgl. Lesch/ Lob-Hüdepohl 2007: 136).

5.2 Werte

Gemäss der bereits genannten Definition sind moralische Werte Leitvorstellungen, Orientierungsstandards und Handlungsziele, die von einer Gesellschaft, einer Gruppe oder Individuen als erstrebenswert gehalten werden (vgl. Frost 2012: 20). AvenirSocial hat im Berufskodex die geltenden Grundwerte für die Soziale Arbeit zusammengetragen. Diese sind die Folgenden.

Menschenrechte und Menschenwürde

Das Handeln der Professionellen der Sozialen Arbeit beruht auf der Achtung der jedem Menschen innewohnenden Würde sowie den daraus entstehenden Rechten (AvenirSocial 2010: 8). Dies bedeutet, dass ungeachtet von Rasse, Geschlecht, Status und individuellen Besonderheiten die Professionellen der Sozialen Arbeit ihrer Klienten jedem/jeder den mit seiner/ihrer Würde verbundenen Wert unbedingt zugestehen und respektieren die Grundwerte der Gerechtigkeit, Gleichheit und Freiheit, auf die jedes Individuum den unantastbaren Anspruch hat (vgl. ebd.). Weiter ist es die Aufgaben der Professionellen der Sozialen Arbeit, bei den Verantwortlichen der Herstellung einer politischen Ordnung einzufordern, dass alle Menschen als Gleiche berücksichtigt werden. Ebenfalls fordern sie die bedingungslose Einlösung der Menschen- und Sozialrechte ein (vgl. ebd.).

Grundsätzlich sind alle Menschen, unabhängig von ihrem Alter, Träger und Trägerin der freien, gleichen und inklusiven Menschenrechte. In vergangenen Jahren wurde allerdings festgestellt, dass es sich bei den alten Menschen um eine besonders schutzbedürftige Gruppe mit eigenen Gefährdungslagen handelt (vgl. Eberlei/Neuhoff/Riekenbrauk 2018: 121). Deshalb rückte die Arbeit mit alten Menschen und die Sensibilisierung der Gesellschaft für die Bedürfnisse der Betroffenen Menschen vermehrt in den Fokus der Sozialen Arbeit.

Soziale Gerechtigkeit

Ein weiterer Wert ist die soziale Gerechtigkeit, auf welche die Professionelle der Sozialen Arbeit ihr Handeln begründen. Sie fordern zur Erreichung der sozialen Gerechtigkeit menschen- und bedürfnisgerechte Sozialstrukturen und Solidarsysteme. Die Professionellen der Sozialen Arbeiten begünstigen entsprechende bestehende Strukturen und Systeme (vgl. AvenirSocial 2010: 9).

Ein zusätzlicher Aspekt ist, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit der sozialen Gerechtigkeit, vor dem Hintergrund der Ungleichheitsverhältnisse, besondere Bedeutung zu und leiten darauf wesentliche Verpflichtungen für die berufliche Ausgestaltung ab (vgl. AvenirSocial 2010: 9).

5.3 Normen

Aus den oben genannten Werten Menschenwürde, Menschenrechte und soziale Gerechtigkeit, lassen sich Normen ableiten, welche für den Berufsalltag der Professionellen der Sozialen Arbeit handlungsleitend sind.

Aus dem Grundsatz der Menschenwürde und Menschenrechte lassen sich folgende Normen ausarbeiten:

Gleichbehandlung

Unabhängig der Leistung, dem Verdienst, dem moralischen Verhalten oder dem Erfüllen von Ansprüchen, sind jeder Person die Menschenrechte zu gewähren (vgl. AvenirSocial 2010: 8)

Selbstbestimmung

Jeder Mensch hat das Anrecht, in Bezug auf sein/ihr Wohlbefinden, seine/ihre eigene Wahl und Entscheidung zu treffen. Dieses Anrecht genießt höchste Achtung, unter der Voraussetzung, dass durch dessen Ausübung weder die Person selber noch die Rechte und legitimen Interessen dritter Personen gefährdet werden (vgl. AvenirSocial 2010: 8).

Partizipation

Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind verpflichtet, die Klienten und Klientinnen miteinzubeziehen und Beteiligung zu ermöglichen. Damit soll die notwendige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sowie Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit geachtet und respektiert werden (vgl. AvenirSocial 2010: 9).

Integration:

Um die Verwirklichung des Menschseins in demokratisch verfassten Gesellschaften zu ermöglichen, benötigt es integrative Berücksichtigung und Achtung der physischen, psychischen, spirituellen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse jedes einzelnen Menschen. Ebenso muss die jeweilige natürliche, soziale und kulturelle Umwelt berücksichtigt werden (vgl. AvenirSocial 2010: 9).

Ermächtigung

Damit Individuen, Gruppen und Gemeinwesen eigenständig und autonom an der Gestaltung der Sozialstruktur mitwirken können, müssen sie zuerst ihre Stärken entwickeln und zur Wahrnehmung ihrer Rechte befähigt und ermächtigt werden (vgl. AvenirSocial 2010: 9).

Die aufgeführten Normen lassen sich aus den Werten der Menschenwürde und Menschenrechten ausarbeiten. Nachfolgend die Normen, welche sich aus dem Wert der sozialen Gerechtigkeit ergeben.

Zurückweisung von Diskriminierung

Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind verpflichtet, jegliche Art der Diskriminierung, sei es aufgrund von Fähigkeiten, Alter, Nationalität, Kultur, sozialem oder biologischem Geschlecht, Familienstand, sozioökonomischem Status, politischer Meinung, körperlichen Merkmalen, sexueller Orientierung oder Religion zurückzuweisen (vgl. AvenirSocial 2010: 9).

Anerkennung von Verschiedenheiten

Ethnische und kulturelle Unterschiede sind unter Beachtung von sozialer Gerechtigkeit, Gleichheit und Gleichwertigkeit aller Menschen zu achten und die Verschiedenheit aller zu berücksichtigen. Zentral ist die stetige und nachdrückliche Einforderung vollumfänglicher Akzeptanz allgemein gültiger Normen und Werte, die keine Menschenrechte verletzen und für alle Menschen gelten (vgl. AvenirSocial 2010: 9).

Gerechte Verteilung von Ressourcen

Die Ressourcen, welche für das Wohlbefinden der Menschen zur Verfügung stehen, sind bedürfnisgerecht, adäquat und rechtmässig zu verteilen. Dies gilt insbesondere, wenn es sich um knappe Ressourcen handelt. In diesem Fall muss die Verteilungsgerechtigkeit dringend sichergestellt werden. Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind verpflichtet, ihre Ressourcen im Hinblick auf die Verteilungsgerechtigkeit effizient einzusetzen und Solidarsysteme nach Möglichkeit vor Missbrauch zu schützen. Bei Bedarf verlangen die Professionellen der Sozialen Arbeit auch mehr Mittel (vgl. AvenirSocial 2010: 10).

Aufdeckung von ungerechten Praktiken

Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind verpflichtet auf Anordnungen, Praktiken und Massnahmen, die für Menschen und ihre sozialen Umfeldler unterdrückend, ungerecht oder schädlich sind, öffentlich hinzuweisen. Aufträge im beruflichen Kontext mit entsprechenden Aufgaben sind zurückzuweisen (vgl. AvenirSocial 2010: 10).

Einlösung der Solidarität

Wer sozialen Ausschluss, Ungerechtigkeit, Stigmatisierung, Unterdrückung oder Ausbeutung anprangert, zeigt sich besonders solidarisch. Dies gilt auch für das Entgegenwirken von Gleichgültigkeit gegenüber individueller Not, Intoleranz in zwischenmenschlichen Beziehungen und Feigheit in der Gesellschaft (vgl. AvenirSocial 2010: 10).

5.4 Fazit

Nach den gemachten Ausführungen kann festgehalten werden, dass die Ethik an sich die Rahmenbedingung für das fachliche Handeln der Sozialen Arbeit bildet (vgl. Schmid Noerr 2012: 29). Die Praxis der Sozialen Arbeit ist nur dann ethisch begründet, wenn das Handeln aufgrund der moralischen Kriterien und der professionellen Grundsätze reflektiert wurden (vgl. AvenirSocial 2010: 10).

In der Positionierung gegenüber der Sterbe- und Suizidhilfe sind besonders die Prinzipien Autonomie, Solidarität, Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit zentral.

Aus dem Prinzip der Autonomie gehen zwei Rechte hervor. Einerseits das Recht, über das eigenen Leben zu bestimmen und andererseits das Recht, Bevormundung ablehnen zu können (vgl. Frost 2012: 27). Orientiert sich die Soziale Arbeit im Kontext der Suizid- und Sterbehilfe an diesem Prinzip, heisst dies, dass sie die Entscheidung des Klienten/ der Klientin zu respektieren und anzunehmen hat. Dadurch, dass der Klient/ die Klientin das

Recht hat, über das eigene Leben zu bestimmen, kann er/sie bestimmen, wann er/ sie das Leben beenden möchte. Unter Berücksichtigung des zweiten Rechts, kann der Klient/ die Klientin eine Einmischung der Sozialen Arbeit und damit meist eine Bevormundung zurückweisen, insofern die Person handlungsfähig ist und nicht von offizieller Stelle der Unterstützung bedürftig erklärt worden ist.

Ein weiteres Prinzip, welches wichtig ist für die Positionierung der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Sterbe- und Suizidhilfe, ist das Prinzip der Gerechtigkeit. Demnach sind die Rechte einer Person zu achten, genauso wie die Verdienste und Stellung. Weiter besagt die Verteilungsgerechtigkeit, dass jeder das Gleiche an Gütern und Ressourcen erhalten soll (vgl. Frost 2012: 31). Jeder soll die Zugangsmöglichkeit haben, um die notwendigen Kompetenzen erlernen zu können, um an den Ressourcen der Gesellschaft teilhaben zu können (vgl. Lesch/ Lob-Hüdepohl 2007: 131). Gemäss der austeilenden Gerechtigkeit ist es zentral, dass jedem Menschen um seiner/ihrer Würde willen das Zustehende und Notwendige zur Verfügung steht (vgl. ebd. 130). Für die Arbeit mit alten und kranken Menschen bedeutet dies, dass es die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist, deren Bedürfnisse herauszuarbeiten und nach Möglichkeit zu erfüllen. Dazu gehört ebenso, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit die Gesellschaft über die Situation der alten und kranken Menschen aufklären und versuchen Solidarität für diese Menschen zu gewinnen. Das Prinzip der Solidarität ist folgedessen ebenfalls ein wichtiges Prinzip. In allen Lebenslagen ist wechselseitige Unterstützung erforderlich. Nur durch das Zusammenspiel von sozialer Gerechtigkeit und Solidarität ist eine autonome Lebensführung möglich (vgl. Lesch/ Lob-Hüdepohl 2007: 132). Alte und kranke Menschen sind auf die Unterstützung der Gesellschaft angewiesen. Dies einerseits durch den Erhalt von Beiträgen von sozialen Sicherungssystemen aber auch durch Freiwilligenarbeit und das Verständnis von Seiten der Gesellschaft für die manchmal belastende Lebenssituation der älteren Bevölkerungsteilen. Die Soziale Arbeit ist Vermittlerin zwischen der Gesellschaft und den Betroffenen und vermittelt wo immer möglich, dass die Bedürfnisse aller berücksichtigt werden können.

Die Soziale Arbeit setzt sich in der Gesellschaft für die Situation der älteren Bevölkerung ein. Damit versucht sie einen nachhaltigen Wandel zu erreichen, durch den die Lebenslage der alten und kranken Menschen verbessert wird.

Diese aufgeführten Prinzipien sind zentral in der Positionierung der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Sterbe- und Suizidhilfe. Sie sind aber nicht allein ausschlaggebend, vielmehr spielen im Berufsalltag auch die Werte und Normen aus dem Berufskodex eine wichtige Rolle. Welche die wichtigsten sind, wird nachfolgend erläutert.

Zentralster Wert ist die Achtung der Menschenrechte und Menschenwürde. Demnach sind die Grundwerte Gerechtigkeit, Gleichheit und Freiheit für alle zu fordern, da alle Menschen darauf einen unantastbaren Anspruch haben (vgl. AvenirSocial 2010: 8). Die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es, eine politische Ordnung einzufordern, welche alle Menschen als gleich berücksichtigt. Die Einlösung der Menschen- und Sozialrechte gehört ebenfalls zum Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit (vgl. ebd.) Unabhängig von ihrem Alter sind alle Menschen Träger/Trägerin der Menschenrechte. Ältere Menschen befinden sich aber in einer besonderen Gefährdungslage (vgl. Eberlei/ Neihoff/ Riekenbrauk 2018: 121). Es ist deshalb zwingend, dass die Soziale Arbeit alles daransetzt, dass die Menschenrechte auch für die Alten und Kranken unserer Gesellschaft gelten und die Gesellschaft für deren Situation sensibilisiert wird.

Mit dem Wert der Menschenrechte eng verknüpft ist der Wert der sozialen Gerechtigkeit. Die Soziale Arbeit begründet ihr Handeln auf diesem Wert und fordert zur Erreichung der sozialen Gerechtigkeit menschen- und bedürfnisgerechte Sozialstrukturen und Solidarsysteme (vgl. AvenirSocial 2010: 9). Die Professionellen der Sozialen Arbeit setzen sich dafür ein, dass die bestehenden Strukturen soweit angepasst werden, dass auch die Bedürfnisse der alten Menschen gedeckt werden und sich so ihre persönliche Lebenssituation verbessern kann.

Aus den bisher genannten Werten lassen sich nun die Normen formulieren. Gemäss Grundsatz der Gleichbehandlung, sind jeder Person die Menschenrechte zu gewähren (vgl. AvenirSocial 2010: 8). Diese Norm entspricht dem Wert der Achtung der Menschenrechte und -würde. Ebenfalls diesem Wert entstammt die Norm der Selbstbestimmung. Demnach hat jeder Mensch das Anrecht, in Bezug auf das eigene Wohlbefinden eine eigene Wahl und Entscheidung zu treffen. Dieser Norm ist höchste Achtung zu gewähren, unter der Voraussetzung, dass weder die Person selber noch die Rechte und Interessen dritter Personen gefährdet wird (vgl. ebd.). Diese Norm ist im Zusammenhang mit der Sterbe- und Suizidhilfe zentral. Einerseits sagt dieser Grundsatz aus, dass die Selbstbestimmung höchste Achtung verdient, andererseits ist es für Dritte legitim einzugreifen, wenn die Person selber gefährdet wird. Daraus ergibt sich die Legitimation eines Eingriffs bei Menschen, die einen Suizid begehen wollen. Andererseits ist auch das Recht auf ihre Entscheidung zu respektieren. Gemäss dem Grundsatz der Partizipation sind die Professionellen der Sozialen Arbeit dazu verpflichtet, ihre Klientel einzubeziehen und Beteiligung zu ermöglichen. Damit soll Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, aber auch Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit respektiert werden (vgl. AvenirSocial 2010: 9). Demnach können die Professionellen der Sozialen Arbeit nicht über ihre Klientel verfügen,

sondern sollten diese in den Entscheidungsprozess einbeziehen um so ihre Bedürfnisse zu decken.

Die Deckung der physischen, psychischen, spirituellen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse ermöglicht es erst, dass das Menschsein in einer Gesellschaft möglich ist (vgl. AvenirSocial 2010: 9). Integration ist ein weiterer Grundsatz, der handlungsleitend ist für die Arbeit mit alten Menschen. Oftmals sind sie aufgrund ihrer persönlichen Situation von der Gesellschaft isoliert. Deshalb ist es wichtig, dass sich die Soziale Arbeit für deren Integration einsetzt. Damit Integration möglich wird, muss Diskriminierung zurückgewiesen werden. Alte Menschen werden oftmals aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität, Alter und der persönlichen Situation diskriminiert. Es ist Aufgabe der Sozialen Arbeit, diese Diskriminierung zurück zu weisen und die Gesellschaft für die Situation der alten Menschen zu sensibilisieren. Eng verknüpft mit dem Grundsatz der Zurückweisung von Diskriminierung ist auch der Grundsatz der Anerkennung von Verschiedenheiten. Unterschiede sind unter Beachtung von sozialer Gerechtigkeit, Gleichheit und Gleichwertigkeit aller Menschen zu achten und zu berücksichtigen. Zentral ist, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit aufgefordert sind, die Akzeptanz allgemein gültiger Normen und Werte einzufordern (vgl. AvenirSocial 2010: 9).

Der abschliessende Grundsatz, welcher für die Soziale Arbeit im Feld der Sterbe- und Suizidhilfe zentral ist, ist die Forderung nach der Einlösung von Solidarität. Es ist Aufgabe der Professionellen der Sozialen Arbeit sozialen Ausschluss, Ungerechtigkeit, Stigmatisierung, Unterdrückung oder Ausbeutung anzuzeigen. Weiter ist es ihre Aufgabe, der Gleichgültigkeit gegenüber individueller Not, Intoleranz in zwischenmenschlicher Beziehung und Feigheit in der Gesellschaft entgegen zu wirken (vgl. AvenirSocial 2010: 10). Sie sollen auf die Situation der alten Menschen und deren Bedürfnissen aufmerksam machen und die Gesellschaft auffordern, die Situation der alten Menschen ernst zu nehmen und Massnahmen zu ergreifen.

6 Ziele der Sozialen Arbeit im Umgang mit Sterbewilligen

Nachdem im vorherigen Kapitel erläutert wurden, welche ethischen Prinzipien, Werte und Normen für die Positionierung der Sozialen in Bezug auf die Sterbe- und Suizidhilfe zentral sind, geht es in diesem Kapitel um folgende Frage: Welche Ziele setzt sich die Soziale Arbeit im Umgang mit den Sterbewilligen?

6.1 Orientierung an der Menschenwürde

Es ist die grundlegende Verpflichtung der Sozialen Arbeit, die Würde eines jeden Menschen zu achten (vgl. Heiner 2010: 172). Durch die Achtung der Menschenwürde ist kein Leben als minderwertig oder unwert zu erachten und als Folge dessen nicht der Geringschätzung und Willkür oder gar der Vernichtung frei gegeben (vgl. ebd.).

Gemäss der Schweizer Bundesverfassung Artikel 7 ist die Würde des Menschen zu achten und zu schützen (vgl. Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. 1999). Folglich wird die Menschenwürde als eines der höchstens Rechtsgüter verstanden und liegt den Grundrechten zugrunde (vgl. Schaber 2012: 9). Weiter bildet die Menschenwürde die Basis der Menschenrechte. Diese wurden 1966 von der UNO-Vollversammlung beschlossen. Es handelt sich dabei um einen Pakt über ökonomische, soziale und kulturelle Rechte, welche aus der inhärenten Würde der menschlichen Person abgeleitet werden können (vgl. ebd.).

Der Mensch ist Träger der Würde, weil er Mensch ist. In diesem Sinne sind Menschen nicht erst Menschen, wenn sie Selbstbewusstsein oder Bewusstsein haben oder dieses während der vorgeburtlichen Entwicklungen entsteht, sondern weil sie Mensch sind (vgl. Schaber 2012: 73). Das alleinige Kriterium des Menschseins reicht allerdings noch nicht aus, es wird dem Menschen eine Sonderstellung in der Natur gegeben (vgl. ebd. 74). Diese Sonderstellung ist der Ursprung der inhärenten Würde (vgl. ebd.). Die Sonderstellung wird bereits seit der Antike an der Vernunftbegabung des Menschen festgemacht (vgl. Höffe 2002: 116 zit. nach Schaber 2012: 74).

6.2 Autonomie und Selbstbestimmung ermöglichen

Die Achtung einer Person beinhaltet die Achtung und Förderung der Autonomie dieser Person (vgl. Heiner 2010: 172). Die Soziale Arbeit ist aus diesem Grund der Förderung der grösstmöglichen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung ihrer Klientel verpflichtet (vgl. ebd.).

Autonomie ist einer der Schlüsselbegriffe der Sozialen Arbeit, mit dem sich die höchsten Ansprüche eines gelingenden Lebens verknüpfen. Der Begriff der Autonomie beinhaltet die Eigenständigkeit, Selbstbehauptung und Unabhängigkeit. Daraus wird deutlich, dass der Begriff der Autonomie weitaus gehaltvoller ist, als dies in der Alltagssprache wahrgenommen wird. Gemäss des Philosophen Immanuel Kant ist die Autonomie der Inbegriff menschlicher Freiheit respektive freier Selbstbestimmung des Menschen als Vernunftswesen und damit Grundlage für die unantastbare Würde des Menschen (vgl. Lesch/ Lob-Hüdepohl 2007: 126). Die Selbstbestimmung eines Menschen kommt, durch die freie Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit zum Ausdruck, und ist die aktive Weise, wie sich die menschliche Autonomie lebensgeschichtlich festhalten lässt. Die andere Variante ist die absolute Selbstzwecklichkeit, die jede Person von sich und die andere Person respektieren soll. Dabei soll jede Person so handeln, dass alle involvierten Personen als Zweck und niemals als Mittel angesehen werden (vgl. ebd. 127). Dieses Verständnis führt für die Soziale Arbeit dazu, dass die Bedeutung des Autonomiebegriffs konkretisiert wird. Autonomie steht für eigenverantwortliche Lebensführung eines Menschen, die zu dem von ihm/ihr gewählten Lebensentwurf passt und diesen am besten abdeckt. In der Autonomie wird jeder Mensch zum Verfasser/Verfasserin seiner Lebensgeschichte und zum Subjekt des eigenen Handelns (vgl. ebd.). Eine autonome Lebensführung ist bindungsstark und gegenüber der autonomen Lebensführung der Mitmenschen verantwortungsvoll (vgl. ebd.).

Für die Professionellen der Sozialen Arbeit ist die Einsicht wichtig, dass der unbedingte Respekt vor der Selbstzwecklichkeit und daher der Würde ihrer Klientel nicht mit dem tatsächlichen Vermögen verbunden ist, selbst aktiv autonom zu handeln (vgl. Lesch/ Lob-Hüdepohl 2007: 128). Autonomie als eine der Grundlagen der Sozialen Arbeit steht für die Forderung, dass alle professionellen und ehrenamtlichen Unterstützungen und Hilfeleistungen die eigenständige, selbstverantwortliche und geachtete Lebensführung ihrer Klientel respektieren, absichern und stärken müssen (vgl. ebd. 129).

Für die Soziale Arbeit ist es wichtig, dass neben der aktuellen Selbstbestimmungsfähigkeit auch die habituelle und biographische Selbstbestimmung zu beachten ist. Die habituelle Selbstbestimmung ist die Kompetenz eines Menschen zur selbständigen Lebensführung, welche sich im Verlauf des Lebens als Grundfähigkeit herausbildet und als Grundmuster gelingender Lebensführung in den Details des Alltags aktiviert werden kann. Die biographische Selbstbestimmung dagegen ist jene Autonomie, welche sich in der Biografie eines Menschen in den Entscheidungen und Handlungen an wichtigen Punkten seiner/ihrer Lebensführung geschichtlich entstanden ist. Diese Autonomie liegt auch dann noch vor, wenn eine Person nicht mehr oder nur noch eingeschränkt ihre Autonomie nutzen kann. Die biographische Autonomie ist in der Gestaltung des Lebensentwurfs sichtbar und dient

den Professionellen der Sozialen Arbeit als Wegweiser, wenn sie stellvertretend für ihre Klientel Entscheidungen treffen müssen (vgl. Lesch/ Lob-Hüdepohl 2007: 128f.).

6.3 Fürsorge, zwischen Eingriff und Unterstützung

Die Suizid- und Sterbebegleitung steht im Spannungsfeld zwischen dem Recht des Suizidenten auf Selbstbestimmung und der Pflicht des Begleitenden zur Fürsorge und somit möglicherweise zur Verhinderung des Suizids (vgl. Erlemeier 2011: 187). Eine direkte Intervention gegen den Willen des Suizidenten ist immer dann zulässig, wenn davon auszugehen ist, dass der Betroffene/ die Betroffene die Zwangseinwirkung später guthessen wird. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn der Todeswunsch aufgrund von Irrtümern entstanden ist, deren Aufklärung den Todeswunsch auflöst. Zwang kann nur dann gerechtfertigt sein, wenn die Möglichkeit besteht, dass der Suizident/ die Suizidentin die Fähigkeit ein für sich befriedigendes Leben zu führen wiedererlangt (vgl. Birnbacher 1996: 98 zit. nach Erlemeier 2011: 187).

Bei alten und gesundheitlich angeschlagenen Suizidenten ist diese positive Prognose meistens nicht zu erwarten, da ein für sie unbefriedigendes Leben häufig die Ursache der Inanspruchnahme einer Sterbehilfeorganisation ist. Es ist gerade deshalb wichtig, dass trotz des Alters der Suizidenten lebenserhaltende Interventionen nicht unterlassen werden und ethische Überlegungen im Grenzbereich von Leben und Tod nicht zu einer anderen Bewertung kommen, als bei jüngeren Personen. Ansonsten läuft man in Gefahr einer falschen Gerontophilie und Alterstoleranz, welche als verdeckte Altersdiskriminierung zu entlarven sind, Platz zu geben (vgl. Erlemeier 2011: 188). Wirtschaftliche Motive, die hinter der Akzeptanz des Alterssuizids stecken, dürfen niemals in barmherzige Motive umformuliert werden (vgl. Ernst 1995: 44 zit. nach Erlemeier 2011: 188). Ansonsten könnte es rasch zu Einsparungen bei der Suizidprävention für alte Personen kommen und eine Erwartungshaltung kann in der Gesellschaft entstehen, welche die alten Personen ermuntert, ein nutzloses und kostspieliges Leben auf Kosten der Gesellschaft durch Suizid zu beenden (vgl. ebd.).

Wie für die anderen Altersgruppen auch sind präventive und therapeutische Angebote anzubieten, um den Betroffenen den Suizid als letzten Ausweg aus einer hoffnungslos wahrgenommenen Situation zu ersparen (vgl. Erlemeier 2011: 188).

Es ist die Aufgabe der Sozialen Arbeit, die Gesellschaft für die Situation der alten Menschen zu sensibilisieren. Weiter geht es jedoch darum, abzuklären mit den betroffenen Menschen wie ein Todeswunsch entstanden ist. Liegen die Gründe bei der sozialen Situation, ist die Soziale Arbeit dazu verpflichtet, ihr Möglichstes zu tun, um gemeinsam mit den Betroffenen deren Situation zu verbessern. Dies gilt auch, wenn eine psychische Erkrankung vermutet

wird. Stellen die Professionellen der Sozialen Arbeit während der Abklärung des Todeswunsches fest, dass dieser auf eine beginnende Demenz zurück zu führen ist, sind sie dazu verpflichtet Massnahmen zum Schutz der betroffenen Person zu ergreifen.

6.4 Prävention

Unter dem Oberbegriff Suizidprävention werden alle Vorkehrungen, Massnahmen, Hilfen und Einrichtungen zur Verhütung von Suizidgefährdung, Hilfen in akuten suizidalen Krisen sowie die Versorgung und Behandlung nach einem Suizidversuch eingeschlossen. Eine Unterteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Suizidprävention hat sich bisweilen bewährt, wenn sie auch nicht immer eingehalten wird (vgl. Erlemeier 2011: 132).

Suizidprävention im Alter muss soweit umfassend sein, dass Strukturen der Gesundheitspolitik, der geriatrisch-psychiatrischen Versorgung, der Palliativmedizin und hospizlichen Sterbebegleitung auch einbegriffen sind. Suizidprävention im Alter ist eine Notwendigkeit, kann aber nur als Hilfsangebot zum Weiterleben unter erschwerten Bedingungen des Alters verstanden werden. Suizidprävention steht im Spannungsfeld von Lebensschutz und Selbstbestimmung. Das Selbstbestimmungsrecht zur Selbsttötung kann keinem Menschen genommen werden, deshalb sollte es nicht das Ziel der Suizidprävention sein, den Suizid um jeden Preis zu verhindern. Es ist festzuhalten, dass sich suizidal gefährdete Menschen sich in einer extrem kritischen Lebenslage befinden in denen ihnen subjektiv kein anderer Ausweg als der Suizid bleibt. Ihre Probleme müssen unbedingt ernst genommen werden und Hilfe, wann immer möglich angeboten werden um einen Weg fürs Weiterleben zu finden (vgl. Erlemeier 2011: 151f).

Bei der Suizidprävention bei alten Menschen geht es darum, ein abgestimmtes System von Hilfen aller beteiligter Akteuren, sowohl Professionelle wie Ehrenamtliche, aufzubauen, damit alte Menschen in Lebenskrisen möglichst früh erreicht und angesprochen werden können. Da die Suizidthematik in übergreifende Fragen wie der nach sozialer Anerkennung, Selbstwert und Lebenssinn eingebettet ist, muss das Hilfssystem auf diese existenziellen Anliegen und Probleme verstärkt eingehen, mit dem Wissen, dass damit ein Spannungsfeld zwischen dem Autonomiebedürfnis und der Einengung und Hilfsbedürftigkeit der alten Menschen entsteht (vgl. Erlemeier 2011: 159).

6.5 Fazit

In diesem Kapitel stand die Frage nach den Zielen, welche die Soziale Arbeit im Umgang mit Sterbewilligen verfolgt im Zentrum. Sterben, Tod und Trauer haben eine folgenreiche soziale Bedeutung und treten daher immer stärker ins öffentliche Bewusstsein und werden

zunehmend als gesellschaftspolitische Aufgabe wahrgenommen (vgl. Mühlum /Student /Student 2016: 81). Die Humanisierung des Umgangs mit Trauernden und Sterbenden befindet sich auf dem Weg in die Öffentlichkeit (vgl. Seitz /Seitz 2002 zit. nach Mühlum /Student / Student 2016: 81). Nach wie vor ist die Wahrnehmung und die Vertretung der Anliegen von alten und kranken Menschen gering, deshalb ist eine anwaltschaftliche Interessensvertretung von Seiten der Sozialen Arbeit notwendig (vgl. Mühlum/ Student/ Student 2016 81f).

Durch diese anwaltschaftliche Interessensvertretung soll ermöglicht werden, dass das Leben von alten Menschen auch als lebenswert betrachtet wird. Gemäss der Menschenwürde, welche für die Soziale Arbeit handlungsleitend ist, ist die Soziale Arbeit dazu verpflichtet, dass sie kein Leben als minderwertig oder als unwert erachtet. Aus diesem Grund darf auch kein Leben der Geringschätzung und der Willkür oder gar Vernichtung frei gegeben werden (vgl. Heiner 2010: 172). Für die Arbeit mit Sterbewilligen heisst dies, dass auch das Leben von alten und kranken Menschen nicht als minderwertig oder als nicht lebenswert betrachtet werden darf, sowohl von der Sozialen Arbeit wie auch der Gesellschaft nicht. Die Soziale Arbeit muss sich diesbezüglich für die alten Menschen einsetzen und in der Gesellschaft erwirken, dass auch das Leben der alten Menschen geachtet wird. Es muss ein Ziel sein, dass Menschen in Würde altern können, trotz den Belastungen, die das Alter mit sich bringt.

Die Achtung einer Person beinhaltet auch die Förderung der Autonomie dieser Person (vgl. Heienr 2010: 172). Die Förderung der grösstmöglichen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung und folglich der Autonomie sind deshalb Ziele der Sozialen Arbeit (vgl. ebd.). Es ist wichtig, dass bei der Förderung der Autonomie die eigenständige, selbstverantwortliche und geachtete Lebensführung der Klienten geachtet, gesichert und respektiert wird (vgl. Lesch/ Lob-Hüdepohl 2007: 129). Dies bedeutet im Umgang mit Sterbewilligen, dass ihre Entscheidung zu respektieren ist. Andererseits bedeutet dieser Grundsatz auch, dass die Lebenssituation der Betroffenen genau untersucht werden muss, da eine Einschränkung der eigenen Autonomie oftmals ein Grund für den Sterbewunsch sein kann. Es gilt daher herauszufinden, woher dieser Sterbewunsch stammt und ob eine Möglichkeit besteht, dass Leben für die betroffene Person wieder lebenswert zu machen. Aus diesen Aufführungen wird deutlich, dass die Soziale Arbeit immer abschätzen muss, ob ein Eingriff notwendig ist oder nicht. Das Spannungsfeld zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und der Pflicht zur Fürsorge ist in diesem Arbeitsfeld besonders stark präsent.

Ein direkter Eingriff ist immer dann angebracht, wenn davon ausgegangen werden kann, dass der Betroffenen später mit dem Eingriff einverstanden sein wird (vgl. Birnbacher 1996: 98 zit. nach Erlemeier 2011: 187). Dieses Einverständnis geht oftmals darauf zurück, dass

der Todeswunsch ursprünglich aufgrund von Irrtümern entstanden ist oder dass die Person die Fähigkeit wiedererlangt, ein für sich befriedigendes Leben zu führen (vgl. ebd.). Bei alten Personen ist diese positive Prognose meistens ausstehend. Es ist deshalb wichtig, den Tod von alten Menschen nicht aus einer falschen Alterstoleranz heraus oder barmherzigen Motiven, welche sich aus wirtschaftlichen Motiven ergeben, gut zu heissen. Es ist Aufgabe der Sozialen Arbeit die Gesellschaft soweit für die Situation der alten Menschen zu sensibilisieren, dass der Alterssuizid nicht zur Gewohnheit wird, weil die alten Menschen der Gesellschaft nicht zur Last fallen wollen. Vielmehr muss die Gesellschaft auf die Situation der Betagten aufmerksam gemacht werden und vermehrt wieder zur Integration der alten Menschen aufgefordert werden.

In der Arbeit mit den Sterbewilligen müssen die Professionellen der Sozialen Arbeit versuchen herauszufinden, woher der Todeswunsch stammt. Je nach Ursprung des Wunsches gilt es einzugreifen und entsprechende Massnahmen zu ergreifen. Ist der Todeswunsch bereits länger bestehend und die Person ist nicht psychisch erkrankt, kann die Soziale Arbeit nur sehr wenig unternehmen, um die Person von einem Suizid mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation abzuhalten.

Damit ist nicht soweit kommen muss, ist Prävention wichtig. Besonders in der Primärprävention, wenn es darum geht, der Suizidgefährdung vorzubeugen oder frühzeitig zu erkennen und in der Gesellschaft antisuizidale Einstellungen und Lebensbedingungen zu erschaffen kann die Soziale Arbeit tätig sein. Das Vermitteln von Informationen an die alten Menschen, aber auch an die Gesellschaft, ist eine Aufgabe der Sozialen Arbeit. Gemäss des Grundsatzes der Zurückweisung von Diskriminierung (vgl. AvenirSocial 2010: 9) ist es die Aufgabe der Sozialen Arbeit gegen die Diskriminierung von alten Menschen anzugehen und die Gesellschaft für deren Bedürfnisse zu sensibilisieren. Es ist zudem wichtig, dass auch das Alter als lebenswert angesehen wird. Somit kann einer Isolierung am Rand der Gesellschaft entgegengewirkt werden.

7 Ethik der Sozialen Arbeit und Medizinethik – Eine Gegenüberstellung

In diesem Kapitel wird die Frage «Wie verträgt sich eine Sterbe- und Suizidhilfe unterstützende Soziale Arbeit mit der Medizinethik?» Zu diesem Zweck wird in einem ersten Schritt die Medizinethik und ihre Grundsätze vorgestellt. Daraufhin werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ethik der Sozialen Arbeit und der Medizinethik herausgearbeitet. Zum Schluss wird auf die Beantwortung der Leitfrage des Kapitels eingegangen.

7.1 Medizinethik

Die Medizinethik befasst sich mit der Festlegung von sittlichen Normen, die für das gesamte Gesundheitswesen gültig sein sollen. Folgedessen ist die Medizinethik nicht nur für die Ärzte und Ärztinnen sowie für das Pflegepersonal, sondern für alle medizinischen Einrichtungen, Institutionen, Organisationen und Forschungseinrichtungen gültig (vgl. Eisenmann 2012: 118).

Ursprünglich geht die Medizinethik auf den griechischen Arzt Hippokrates zurück. Er gilt als Schöpfer des Eides, der auch heute noch von jedem Arzt/ jeder Ärztin verlangt wird. Dieser Eid regelt die ethischen Grundregeln des ärztlichen Verhaltens und ist auch heute noch in Gebrauch. Allerdings in einer abgeänderten Fassung, in Form der Genfer Deklaration (vgl. Eisenmann 2012: 119ff.).

7.1.1 Ethische Zielsetzungen und Prinzipien

In Anlehnung an den Hippokratischen Eid ergeben sich für das medizinische Handeln vier ethisch motivierte Zielsetzungen:

1. Die Heilung kranker Menschen
2. Die Linderung von Schmerz und Leid
3. Präventionsmassnahmen zur Förderung von Gesundheit und Vorbeugung von Krankheiten
4. Die Krankheit durch Rehabilitationsmassnahmen zu überwinden

(vgl. Eisenmann 2012: 122f.).

Aus dem Hippokratischen Eid lassen sich auch heute noch gültige Grundsätze ableiten. Auf die heutige Praxis angepasst, ergeben sich aus den Grundsätzen des Hippokratischen Eides folgende Prinzipien der medizinischen Ethik:

Fürsorgeprinzip

Dieses Prinzip orientiert sich am Streben nach dem Wohlbefinden des Patienten/ der Patientin, dass über das eigentlich medizinisch Vorgeschriebene hinausgeht. Problematik hierbei ist, dass bei Patienten die sich nicht äussern können, die Schwierigkeit besteht, dass es schwer feststellbar ist, was zum Wohl des Patienten /der Patientin getan oder unterlassen werden sollte (vgl. Eisenmann: 2012: 123.)

Autonomieprinzip

Die freie Entscheidung des Patienten/ der Patientin ist zu respektieren. Daraus ergibt sich die Schwierigkeit, dass davon ausgegangen werden kann, dass jede schwere Erkrankung Auswirkungen auf den Willen des Patienten/ der Patientin hat und die Willensentscheidung dadurch erheblich beeinträchtigt wird. Der Arzt/ die Ärztin ist dann gezwungen für den Patienten zu entscheiden und geht damit ein Risiko ein (vgl. Eisenmann 2012: 123).

Schadensvermeidungsprinzip

Es muss alles getan werden, damit körperlicher wie seelischer Schaden, Schmerz und Leid vermieden werden können. Dabei gilt es abzuwiegen, ob ein Schaden, der durch einen medizinischen Eingriff zur Behebung des ersten Schadens, auftritt, den bisher vorhandenen Schaden aufwiegt oder nur vorübergehender Art ist (vgl. Eisenmann 2012: 124).

Gerechtigkeitsprinzip

Die medizinische Versorgung muss so gestaltet sein, dass gleiche Fälle gleich, und ungleiche Fälle ungleich behandelt werden müssen (vgl. Eisenmann 2012: 124).

Ebenfalls besteht das Vertrauens- oder Aufrichtigkeitsprinzip welches vom Arzt/der Ärztin eine ehrliche Aussage bezüglich des tatsächlichen Zustandes und den machbaren medizinischen Schritten und möglichen resultierenden Risiken verlangt (vgl. Eisenmann 2012: 124). Das Verschwiegenheitsprinzip besagt, dass keine Informationen des Arztes/ der Ärztin oder Pflegepersonal nach aussen dringen darf (vgl. ebd.). Diese beiden Prinzipien sind zentral in Bezug auf die Sterbe- und Suizidhilfe aber weniger zentral als die Prinzipien der Autonomie, Fürsorge, Schadensverminderung und Gerechtigkeit.

Diese genannten Prinzipien beziehen sich auf das gesamte medizinische Handeln. Die SAMW hat zudem Richtlinien erarbeitet, welche besonders für den Umgang mit Sterben und Tod gelten. 2015 wurden die Richtlinien zur Überarbeitung gegeben. Bei dieser wurden die Ergebnisse der Studie zur «Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe» und die Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramm «Lebensende» mitberücksichtigt. Bei der Revision

wurde der Geltungsbereich angepasst sowie das Gespräch mit Patienten/ Patientinnen mit tödlich verlaufenden Erkrankungen sowie den Umgang mit Sterbewünschen aufgenommen. So wurde der Bereich der Suizidhilfe bei Patienten/Patientinnen ohne absehbaren Todeseintritt aufgenommen (vgl. SAMW Richtlinien 2015: 5).

7.1.2 SAMW-Richtlinien

Gemäss den SAMW Richtlinien haben Patienten/ Patientinnen während des gesamten Krankheitsverlaufes bis zu ihrem Tod das Recht auf Selbstbestimmung. Voraussetzung dafür ist die frühzeitige und vollständige Aufklärung über die medizinische Situation sowie über die Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Behandlung (vgl. SAMW Richtlinien 2015: 9). Dabei gilt es zu beachten, dass Einschränkungen der Urteilsfähigkeit bei zum Tode führenden Krankheiten und vor allem während des Sterbeprozesses häufig vorkommen. Das Behandlungsteam muss sich deshalb der Gefahr einer ungerechtfertigten Fremdbestimmung bewusst sein. Es gilt daher, die Willenskundgebungen und Vorlieben des Patienten/der Patientin zu beachten und gezielt nach Hinweisen für frühere schriftliche oder mündliche Äusserungen über die Behandlungsmöglichkeiten zu suchen. Liegt eine Patientenverfügung vor, ist diese massgebend, wenn der Patient/ die Patientin urteilsunfähig ist (vgl. ebd.).

Das Recht auf Selbstbestimmung beinhaltet die Möglichkeit, dass sich der Patient/ die Patientin nicht aktiv am Entscheidungsprozess beteiligt und stattdessen stillschweigend die Behandlungsempfehlung des Behandlungsteams annimmt (vgl. ebd.: 9).

Neu wird in den SAMW-Richtlinien auch der Umgang mit Sterbewünschen geregelt. Äussert ein Patient/eine Patientin, dass er/sie sterben möchte, muss das Behandlungsteam dies ernst nehmen und dem Ursprung des Wunsches nachgehen. Die Sterbewünsche sollen offen und ohne Wertung besprochen werden. Ziel ist, das Leiden des Patienten/ der Patientin zu verstehen. Kann das Leiden gelindert werden, sollen entsprechende Möglichkeiten angeboten werden. Dies sowohl auf medizinischer wie auch auf persönlicher und sozialer Ebene, durch Einbezug von Vertretungspersonen und Angehörigen. Mit ihnen kann auf Wunsch des Patienten/ der Patientin gemeinsam besprochen werden, welches Behandlungsziel verfolgt werden soll (vgl. SAMW Richtlinien 2015: 16).

Weiter gilt es, das Leiden umfassend zu untersuchen, bei Bedarf auch unter Einbezug eines Experten. Es soll abgeklärt werden, ob der Sterbewunsch ein Symptom einer psychischen Erkrankung ist. Oftmals treten Sterbewünsche nach ausführlichen Gesprächen wieder in den Hintergrund. Manchmal bleibt der Wunsch aber bestehen. In diesem Fall stehen dem Behandlungsteam unterschiedliche Möglichkeiten offen. Es können lebenserhaltende Behandlungen abgebrochen werden. Sterbefasten, der Verzicht auf Nahrung und

Flüssigkeit ist ebenfalls eine Möglichkeit. Es ist möglich, dass der Patient/die Patientin ausdrücklich Suizidhilfe verlangt. Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin hat dann für sich zu entscheiden ob er/sie auf den Wunsch eingehen kann oder nicht und muss den Patienten/die Patientin über die Entscheidung sowie mögliche Alternativen informieren (vgl. ebd.: 16).

Handlungen, die den Eintritt des Todes beschleunigen, können in zwei Kategorien unterteilt werden.

Die erste Kategorie besteht aus allgemein akzeptierten Handlungen. Dazu gehören der Verzicht oder Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen, die medikamentöse Symptomlinderung und die Sedierung bei therapierefraktären Symptomen. Eine mögliche oder sichere Beeinflussung des Todeszeitpunkts wird akzeptiert, aber nicht beabsichtigt.

Es ist möglich, dass ein Patient/ eine Patientin den Einsatz oder die Weiterführung von lebenserhaltenden Massnahmen ablehnt und folglich das Sterben in Kauf nimmt. Diese Entscheidung muss vom Arzt/der Ärztin respektiert aber nicht unterstützt werden. Er muss daher die Behandlung abbrechen (vgl. ebd.: 20).

Die Linderung von Schmerzen und weiteren Symptomen ist eine zentrale Aufgabe in der Begleitung von Sterbenden. Verschiedene Medikamente die zum Einsatz kommen, können die verbleibende Zeit verkürzen oder verlängern (vgl. ebd.: 22).

Zur Behandlung von Symptomen, die für den Patienten/die Patientin unerträglich sind, besteht die Möglichkeit einer vorübergehenden oder kontinuierlichen palliativen Sedierung. Durch den Einsatz eines sedierenden Medikamentes wird eine verminderte oder aufgehobene Bewusstseinslage erreicht und somit die Symptomwahrnehmung reduziert. Eine fortlaufende tiefe Sedierung bis hin zum Eintritt des Todes darf nur bei Sterbenden durchgeführt werden und erfordert spezifische Vorabklärungen (vgl. ebd.).

Die zweite Kategorie beinhaltet Handlungen, die kontrovers diskutiert werden. Hierzu gehört vor allem die Beihilfe zum Suizid. Bittet ein urteilsfähiger Patient/ eine urteilsfähige Patientin einen Arzt/eine Ärztin um Unterstützung bei der Herbeiführung des eigenen Todes, wird das berufsethische Selbstverständnis des Arztes/ der Ärztin herausgefordert (vgl. SAMW Richtlinien 2015: 24).

Unter Fachpersonen und in der Öffentlichkeit wird kontrovers diskutiert, ob die aktive Unterstützung von Patienten bei ihrem Vorhaben den eigenen Tod herbei zu führen, mit der Respektierung der berufsethischen Normen und abgeleiteten Werten, welche zur Grundlegenden Pflicht jedes Arztes/ jeder Ärztin gehört, vereinbar sind. Es ist daher wichtig, dass jeder Arzt/ jede Ärztin selber entscheidet, ob für ihn/sie die unterstützende Behandlung mit den Zielen der Medizin vereinbar ist. Bevor der Arzt/ die Ärztin sich dazu entschliesst,

den Wunsch des Patienten/der Patientin zu erfüllen, muss er/ sie sich davon überzeugen, dass er/sie damit zum Wohl des Patienten handelt (vgl. ebd.).

In der Thematik der Suizidhilfe besteht zwischen den ethischen Forderungen nach Förderung der Selbstbestimmung und nach Schutz des Lebens eine Spannung, die nicht aufgelöst werden kann. Für die medizinischen Fachpersonen sollen trotzdem möglichst klare Leitplanken aufgestellt werden, wenn auch die Formulierung von objektiven medizinischen Kriterien für die Zulässigkeit der Suizidhilfe problematisch ist. Dies insbesondere deshalb, weil verhindert werden soll, dass beim Erfüllen der Kriterien die Suizidhilfe nicht zwingend die gewünschte Handlungsoption ist und es zu Abgrenzungsfragen kommt. Weiter ist oftmals nicht der medizinisch objektivierbare Zustand der Grund, weshalb ein Patient/eine Patientin den selbstbestimmten Suizid wünscht, sondern vielmehr das subjektiv erlebte unerträgliche Leiden. Damit gerechtfertigt werden kann, dass die Suizidhilfe in die medizinische Zuständigkeit fällt, müssen entsprechende medizinische Krankheitssymptome und Funktionseinschränkungen vorhanden sein. Des Weiteren muss eine allfällige Urteilsunfähigkeit besonders sorgfältig ausgeschlossen werden und es muss geprüft werden, ob der Suizidwunsch wohlwogen und ohne äusseren Druck entstanden ist (vgl. SAMW Richtlinien 2015: 24f.).

Aus den bisherigen Ausführungen kann deshalb gefolgert werden, dass es die Aufgabe des Arztes/ der Ärztin ist, Symptome zu lindern und den Patienten/die Patientin zu begleiten. Es gehört nicht zu den Aufgaben eines Arztes/ einer Ärztin von sich aus Suizidhilfe anzubieten, auch ist er nicht verpflichtet, diese zu leisten. Bei Suizidhilfe handelt es sich um keine medizinische Handlung, auf die Patienten einen Anspruch haben. Entscheidet sich ein Arzt/ eine Ärztin, Suizidhilfe zu leisten, muss der/ Patient/ die Patientin urteilsfähig sein. Dies muss vom behandelnden Arzt/ der behandelnden Ärztin entsprechend abgeklärt und dokumentiert sein (vgl. ebd. 25).

Zudem muss festgestellt werden, dass die Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen des Patienten/ der Patientin die Ursachen des unerträglichen Leidens sind. Eine weitere Voraussetzung ist, dass medizinisch indizierte therapeutische Optionen sowie Hilfs- und Unterstützungsangebote gesucht wurden, erfolglos geblieben oder vom Patienten/ der Patientin als unzumutbar abgelehnt wurden. Die letzten Kriterien besagen, dass der Wunsch des Patienten/ der Patientin für den Arzt/die Ärztin aufgrund der Vorgeschichte und wiederholter Gespräche nachvollziehbar und vertretbar ist (vgl. SAMW Richtlinien 2015: 25f.).

Bei Erfüllen aller Kriterien kann der Arzt/ die Ärztin Suizidhilfe leisten. Wichtig ist, dass die letzte Handlung, welche den Tod herbeiführt, vom Patienten/ von der Patientin selber durchgeführt wird (vgl. ebd. 27).

Im Oktober 2018 wurden die Richtlinien zur Suizidhilfe durch die FM-Ärztammer abgelehnt. Somit stehen die Empfehlungen der FMH im Widerspruch zu den SAMW Richtlinien, welche weiterhin gültig sind (vgl. EXIT 2018).

7.2 Gegenüberstellung Ethik der Sozialen Arbeit und Medizinethik

Sowohl die Medizinethik wie auch die Ethik der Sozialen Arbeit bilden die Grundlagen für die jeweiligen Berufsfelder. Dabei weisen sie einige Gemeinsamkeiten aber auch Unterschiede auf. Einer dieser Unterschiede ist der Ursprung der jeweiligen Ethik. Die Medizinethik entstammt der vorchristlichen Zeit. Der griechische Arzt Hippokrates ist der Schöpfer des Hippokratischen Eides, der noch heute von jedem Arzt/ jeder Ärztin verlangt wird und die ethische Grundlage für das ärztliche Verhalten vorlegt (vgl. Eisenmann 2012: 118). Die Ethik der Sozialen Arbeit ist dagegen jünger. Die Soziale Arbeit, welche sich aus den Berufsfeldern Sozialarbeit und Sozialpädagogik zusammensetzt, hat ihre Wurzeln im späten 19. respektive im frühen 20. Jahrhundert (vgl. Niemeyer 2012: 146 zit. nach Hochuli Freund/ Stotz 2015: 24). Die beiden Berufsfeldern wie auch die Ethik der Sozialen Arbeit in der Schweiz liegen in der religiös-christlichen Tradition (vgl. Eisenmann 2012: 133). Es ist anzufügen, dass es keine spezifische Ethik der Sozialen Arbeit gibt, wie es die Medizinethik für das Gesundheitswesen gibt. Auch spezifische Normen und Werte nur für die Soziale Arbeit gibt es nicht. Die Soziale Arbeit kann allerdings auf die Normen und Werte, welche das menschliche Zusammenleben in der Gesellschaft sowie die Werte und Normen für zwischenmenschliche Beziehungen zurückgreifen und sich daran orientieren (vgl. Eisenmann 2012: 11).

Nicht nur das Alter und der Ursprung unterscheiden die beiden Ethiken, sondern auch deren Geltungsbereiche. Die Medizinethik sieht es als ihre Aufgabe, sittliche Normen festzulegen, welche für das gesamte Gesundheitswesen gültig sind. Sie ist folglich nicht nur für Ärzte/ Ärztinnen, sondern auch für das Pflegepersonal und die verschiedenen medizinische Einrichtungen, Institutionen, Organisationen und Forschungseinrichtungen anerkannt (vgl. Eisenmann 2012: 118). Dagegen gilt die Ethik der Sozialen Arbeit primär für die Professionellen der Sozialen Arbeit sowie für Institutionen des Sozialwesens.

Ein weiterer Unterschied liegt darin, dass die Medizinethik zwar in kritischen Situationen, in denen der Patient/ die Patientin nicht mehr selber entscheiden kann, für den Arzt/die Ärztin massgebend ist, aber nicht die einzige Grundlage für die Entscheidungsfindung ist. Bei vorliegender Urteilsunfähigkeit kann sich das Behandlungsteam bei der Entscheidungsfindung auf die Patientenverfügung stützen, sofern diese vorhanden ist, ist sie massgebend (vgl. SAMW 2015: 9). Ein der Patientenverfügung entsprechendes

Dokument, welches in den Aufgabenbereichen der Sozialen Arbeit anwendbar ist, gibt es nicht. Vielmehr müssen die Professionellen der Sozialen Arbeit die biographische Selbstbestimmung im Leben des Klienten/ der Klientin herausarbeiten und anhand dieser Erkenntnisse ihre Entscheidungen treffen und rechtfertigen. Die Patientenverfügung kann aber auch den Professionellen der Sozialen Arbeit Hinweise auf Handlungsmöglichkeiten geben.

Neben den genannten Unterschieden zwischen der Medizinethik und der Ethik der Sozialen Arbeit, können auch Gemeinsamkeiten herausgearbeitet werden. Sowohl die Medizinethik wie die Ethik in der Sozialen Arbeit sind die Grundlagen für die Begründung der Handlungen der jeweiligen Fachpersonen (vgl. Eisenmann 2012: 119 sowie Lob-Hüdepohl 2011: 18f). Zudem dient die Ethik dazu, komplexe Fragestellungen in den jeweiligen Arbeitsfeldern zu bearbeiten und den Fachpersonen bei der Entscheidungsfindung Anhaltspunkte zu bieten (vgl. Eisenmann 2012: 118 sowie AvenirSocial 2010: 4).

Gemeinsam ist der Medizinethik und der Ethik der Sozialen Arbeit ebenfalls, dass sie Wert auf die Autonomie ihrer Patienten/Klientel legen. Die Soziale Arbeit ist der Förderung der grösstmöglichen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung verpflichtet (vgl. Heiner 2010: 172). Die Ärzte/Ärztinnen sind ebenfalls dazu angehalten, die Entscheidung ihrer Patienten zu respektieren (vgl. Eisenmann 2012: 123).

Sehr zentral ist das Gerechtigkeitsprinzip. Die Ärzte/Ärztinnen sind dazu angehalten, gleiche Fälle gleich und ungleiche Fälle ungleich zu behandeln (vgl. Eisenmann 2012: 124). In der Sozialen Arbeit bezieht sich die Gerechtigkeit einerseits auf das Anrecht auf Gleichbehandlung sowie auf das Recht auf die gerechte Verteilung von Ressourcen (vgl. AvenirSocial 2010 8ff).

Sowohl die Medizinethik wie die Ethik der Sozialen Arbeit sehen den Grundsatz der Fürsorge als zentral an. Gemäss des Fürsorgeprinzips der Medizinethik ist das Streben nach dem Wohlbefinden des Patienten/ der Patientin zentrales Anliegen der Medizin (vgl. Eisenmann 2012: 123). Fürsorge ist in der Sozialen Arbeit ebenfalls wichtig, steht aber oftmals in einem Spannungsfeld. Besonders in Bezug auf die Sterbe- und Suizidhilfe steht die Soziale Arbeit in einem Spannungsfeld zwischen dem Recht auf Selbstbestimmung und der Pflicht zur Fürsorge (vgl. Erlemeier 2011: 187).

Abschliessend ist festzuhalten, dass die Medizinethik in der Schweiz durch die Richtlinien der SAMW einen Versuch unternimmt, eine Empfehlung in Bezug auf die Sterbe- und Suizidhilfe auszuarbeiten. Diese sind aber nicht verpflichtend, gestehen dem Arzt/ der Ärztin aber grundsätzlich zu, Sterbehilfe zu leisten. Sie sind aber keineswegs dazu verpflichtet (vgl. SAMW 2015: 24f). Jeder Arzt/ jede Ärztin muss für sich, durch die Reflexion

der ethischen Grundsätze, entscheiden, ob er/sie bereit ist, Sterbe- und Suizidhilfe zu leisten. Ähnlich sieht es bei den Professionellen der Sozialen Arbeit aus. Konkrete Weisungen im Umgang mit der Sterbe- und Suizidhilfe sind für die Soziale Arbeit nicht vorhanden. So bleibt es jedem Professionellen/jeder Professionellen aufgrund der geltenden ethischen Werten und Normen eine reflektierte Position gegenüber der Sterbe- und Suizidhilfe einzunehmen.

8 Fazit und Beantwortung der Fragestellung

«Wie sollte sich die Soziale Arbeit aus berufsethischer Perspektive gegenüber der Sterbe- und Suizidhilfe im Alter positionieren?» Diese Frage ist der Ausgangspunkt dieser Arbeit. Zu Beginn der Arbeit, im Kapitel zu Thomas Machos Werk “das Leben nehmen”, wurde die zentrale Aussage des Autors festgehalten, dass wir in einer suizidfaszinierten Epoche und Kultur leben. Dem Suizid wird viel Aufmerksamkeit geschenkt, der Suizid wird gemäss Macho idealisiert und die unterschiedlichsten Gründe anerkannt und bewundert (vgl. Macho 2018: 14). Es ist festzuhalten, dass besonders in suizidfaszinierten Epochen die Techniken und Strategien der Suizidprävention herausgearbeitet und institutionalisiert wurden (vgl. ebd.). Dagegen wurden in suizidkritischen Epochen die Suizidenten verachtet und man liess sie gewähren (vgl. ebd.). Für die Soziale Arbeit heisst dies, dass Suizidprävention und die Thematisierung des Suizids an sich, vor allem in suizidfaszinierten Epochen möglich ist. Es gilt darauf zu achten, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit nicht ebenfalls zu stark beginnen, den Suizid als eine positiv imaginierte Idee wahrzunehmen, sondern dem Suizid und den möglichen Hintergründen weiterhin kritisch bleiben, wenn auch eine Verachtung der Suizidenten wie in suizidkritischen Zeiten nicht angebracht ist.

Jede Person, die Sterbebegleitung oder Suizid für sich in Betracht zieht, hat dafür Gründe. Einige davon können in körperlichen oder psychischen Erkrankungen liegen, aber auch soziale Isolation und Einsamkeit liegen oftmals vor (vgl. Erlemeier 2011: 20ff). Ebenfalls ein wichtiger Grund liegt in der Diskriminierung des Alters und Altseins, dem Ageismus. In der heutigen Gesellschaft wird die Jugendlichkeit positiver bewertet, was eine Abwertung des Alters zur Folge hat (vgl. Schaller/Schmidtke 2011: 44f). Oftmals besteht der Wunsch der alten Menschen darin, ihren Freunden und Familien nicht zur Last fallen zu wollen (vgl. Wan der Wal et al. 1992 zit. nach Schaller/Schmidtke 2011: 45). Gemeinsam mit der kontinuierlichen Abwertung des Lebenswertes der alten Menschen entsteht ein suizidförderndes Klima für alte Menschen (vgl. (vgl. Schaller/Schmidtke 2011: 45).

Die wichtigsten Erkenntnisse aus den beiden bisher reflektierten Kapitel weisen daraufhin, dass in der Gesellschaft grundsätzlich ein suizidförderndes und -fasziniertes Klima besteht. Suizide, insbesondere von alten Menschen, werden akzeptiert, teilweise als Entlastung angesehen.

Die Position und der Umgang der Sozialen Arbeit ist geprägt durch die ethischen Prinzipien und Werte der Autonomie, Achtung der Menschenrechte- und Würde. Gemäss dem Autonomieprinzip besteht das Recht der Klienten und Klientinnen der Sozialen Arbeit, über das eigene Leben selber zu bestimmen und die Bevormundung zurückweisen zu können

(vgl. Frost 2012: 27). Die Achtung der Menschenrechte und -würde verlangt, dass alle Menschen das Recht auf Gerechtigkeit, Gleichheit und Freiheit hat (vgl. AvenirSocial 2010:8). Auf die Achtung der Menschenwürde geht auch der Wert der Selbstbestimmung zurück. Jeder Mensch hat demnach das Anrecht, in Bezug auf das eigene Wohlbefinden eigene Entscheidungen zu treffen (vgl. ebd.). Nach den genannten Prinzipien und Werten kann ebenfalls festgehalten werden, dass die Soziale Arbeit die selbstständig gefällte Entscheidung eine Sterbebegleitung in Anspruch zu nehmen, akzeptieren sollte. Es muss allerdings festgehalten werden, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit gemäss den Werten des Berufskodexes besonders in der Prävention auf gesellschaftlicher Ebene tätig sein sollten. Gemäss des Berufskodexes der Sozialen Arbeit ist es die Aufgabe der Professionellen der Sozialen Arbeit, die Integration der Betagten in die Gesellschaft zu ermöglichen. Um Ageismus in der Gesellschaft zu verhindern, sind die Professionellen der Sozialen Arbeit ebenfalls dazu angehalten, jegliche Art von Diskriminierung zurückzuweisen (vgl. AvenirSocial 2010: 9). Als letzter zentraler Grundsatz den es zu beachten gilt, ist das Einlösen von Solidarität. Sozialer Ausschluss, Ungerechtigkeit, Stigmatisierung Unterdrückung soll verhindert werden. Zudem gilt es der individuellen Not, Intoleranz in zwischenmenschlichen Beziehungen und der Feigheit in der Gesellschaft entgegen zu wirken (vgl. AvenirSocial 2010:10). Folglich sollten sich die Professionellen der Gesellschaft dafür engagieren, dass die Situation für alte Menschen in der Gesellschaft nicht so unerträglich wird, dass sie einen Suizid als einzigen Ausweg sehen. Vielmehr sollte durch das Einlösen von Solidarität ein Leben mit Rücksicht auf die Bedürfnisse von alten Menschen ermöglicht werden. Weiter sollten präventive und therapeutische Angebote bereitstehen um den Betroffenen den Suizid als letzten Ausweg zu ersparen (vgl. Erlemeier 2011: 188). Ist aber eine wohlüberlegte Entscheidung für eine Suizidbegleitung gefällt worden, gilt es diese zu akzeptieren.

Ähnlich sehen auch die Grundsätze der Medizinethik aus. Ist ein Patient/ eine Patientin urteilsfähig, der Wunsch wohlüberlegt und dauerhaft sowie ohne äusseren Druck entstanden ist, kann ein Arzt/ eine Ärztin für sich entscheiden, Suizidbegleitung zu leisten (vgl. SAMW Richtlinien 2015: 25f). Wie in der Sozialen Arbeit ist in der Medizinethik auch der Grundsatz der Fürsorge wichtig. Das Wohlbefinden des Patienten/ der Patientin ist zentrales Anliegen der Medizinethik (vgl. Eisenmann 2012: 123).

Nach den bisherigen Ausführungen dieser Arbeit, sollte die Position aus Sicht der Autorin, eine anwaltschaftliche sein. Die Soziale Arbeit sollte sich verstärkt in der Gesellschaft für die Interessen und das Wohlbefinden der alten Menschen einsetzen. Die Gesellschaft sollte vermehrt für die Situation der alten Menschen sensibilisiert werden und Solidarität einfordern. Weiter sollte die Soziale Arbeit weiterhin direkt mit alten Menschen präventiv

arbeiten, damit sie selber ebenfalls ihre Situation verbessern können. Das Aufwerten des Lebens von alten Menschen, sowohl aus Sicht der Gesellschaft wie auch der Betroffenen selber, muss angestrebt werden. Es ist zentral, dass alles darangesetzt wird, dass alte Menschen den begleitenden Suizid nicht als einzige Alternative haben. Besteht ein Wunsch nach Suizidbegleitung bereits lange, ist wohlwogen und entstand er ohne äusseren Druck und die Person ist urteilsfähig, dann ist es angebracht, diesen Wunsch zu akzeptieren.

Diese ausgearbeitete Position entspricht nur diejenige der Autorin. Aufgrund von fehlenden offiziellen ethischen Weisungen in Bezug auf Suizid- und Sterbebegleitung bleibt es jeder/ jedem Professionellen der Sozialen Arbeit selber überlassen, die zentralen ethischen Werte zu überprüfen und für sich eine Position zu ergreifen. Es ist aber wichtig, dass die Position wohlüberlegt und reflektiert ist, schliesslich haben die Professionellen der Sozialen Arbeit direkten Einfluss auf ihre Klientel.

Zum Abschluss dieser Arbeit bleiben nach wie vor einige Fragen offen. So etwa ist unklar, ob es einen sogenannten Bilanzsuizid im Sinne einer Bilanzziehung geben kann. Ist nicht vielmehr bereits ein Störfaktor vorhanden, wenn solche drastischen Mittel, wie die Beendigung des Lebens in Betracht gezogen werden? In einem ähnlichen Kontext gilt es auch zu hinterfragen, ob es in einer emotional herausfordernden Situation, wie zum Beispiel eine längere körperliche Erkrankung sein kann, den Wunsch nach einer Suizidbegleitung ausführlich zu überdenken und zu einem wohlüberlegten Entschluss zu kommen.

Abschliessend ist festzuhalten, dass das Thema der Suizid- und Sterbehilfe ein Thema ist, welches nach wie vor sehr emotional bestimmt ist, dies sicherlich ebenso bei den Professionellen der Sozialen Arbeit. Eine einheitliche Position ist daher schwierig, sollte aber stets das Wohlergehen ihrer Klientel im Mittelpunkt haben, sowohl momentanen Klienten wie auch Zukünftigen. Deshalb sollte eine Umorientierung der Gesellschaft hin zu einer akzeptierenden und humaneren Gesellschaft das Ziel der Sozialen Arbeit sein.

9 Quellenangaben

9.1 Bücher

- Eberlei, Walter/ Neuhoff, Katja/ Rikenbrauk, Klaus (2018). Menschenrechte – Kompass für die Soziale Arbeit. 1. Auflage. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart. S. 121-122
- Eisenmann, Peter (2012). Werte und Normen in der Sozialen Arbeit. Philosophisch-ethische Grundlagen einer Werte- und Normenorientierung Sozialen Handelns. 2. Auflage. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart. S.11 und S. 118-133
- Erlemeier, Norbert (2011). Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter. 1. Auflage. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart. S. 19-188
- Frost, Angelika (2012). Berufsethik. In der Sozialpädagogik. 1. Auflage. Bildungsverlag EINS. Köln. S. 9-31
- Grossmann, Niklas (2007). Begrenzte Existenz. Sterbehilfe und Tod als professionelle Herausforderung für die Soziale Arbeit in Deutschland. Peter Lang. Frankfurt. S.69
- Heiner Maja (2010). Soziale Arbeit als Beruf. Fälle – Felder – Fähigkeiten. 2. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag. München Basel. S. 172-181
- Hochuli Freund, Ursula/ Stotz, Walter (2015). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 3. Auflage. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart. S. 24-37
- Lesch, Walter/ Lob-Hüdepohl Andreas (Hgs.) (2007). Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch. Verlag Ferdinan Schöningh GmbH & Co. Paderborn. S. 126-136
- Macho, Thomas (2018). Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne. 2. Auflage. Suhrkamp. Berlin. S. 13-15
- Mühlum, Albert/Student, Johann-Christoph/Student, Ute (2016). Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. 3. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag. München/Basel. S. 81-82
- Schaber, Peter (2012). Menschenwürde. Philipp Reclam jun. GmbH & Co. KG. Stuttgart. S. 9-74
- Schaller, Sylvia/ Schmidtke, Armin (2011). Suizidalität: epidemiologische Befunde, Probleme und Schlussfolgerungen für die Prävention. In: Stoppe, Gabriela (Hg.) (2011). Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln. In: Fuchs, Christoph/Kurth, Bärbel-Maria/ Scriba Peter C. (Reihen – Hrsg.). Report Versorgungsforschung. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln S.44-45
- Schmid Noerr, Gunzelin (2012). Ethik in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart. S. 26-45
- Schmocker, Beat (2011). Soziale Arbeit und ihre Ethik in der Praxis. Eine Einführung mit Glossar zum Berufskodex der Soziale Arbeit Schweiz. AvenirSocial- Soziale Arbeit Schweiz. Bern. S. 25-26

- Stoppe, Gabriela (Hg.) (2011). Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln. In: Fuchs, Christoph/Kurth, Bärbel-Maria/ Scriba Peter C. (Reihen – Hrsg.). Report Versorgungsforschung. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln. S. 3
- Weyerer, Siegfried (2011). Nicht nur Demenz: Häufigkeit psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. In: Stoppe, Gabriela (Hg.) (2011). Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln. In: Fuchs, Christoph/Kurth, Bärbel-Maria/ Scriba Peter C. (Reihen – Hrsg.). Report Versorgungsforschung. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln. S. 15

9.2 Publikationen und Zeitschriften

- AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. AvenirSocial. Bern.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (Hrsg.) (2010). Anerkennung und Aufwertung der Care-Arbeit. Impulse aus Sicht der Gleichstellung. Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG. Bern
- Junker, Christoph (2016). Todesursachenstatistik 2014. Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz. In: BFS Aktuell. Bundesamt für Statistik. Neuenburg.
- Lob-Hüdepohl, Andreas (2011). Nur moralisch – oder auch noch ethisch? Ethische Reflexionskompetenz als unabdingbares professionelles Werkzeug der Sozialen Arbeit. In: SozialAktuell. Nr.3. AvenirSocial. Bern. S. 18 – 21
- SAMW ASSM. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.) (2015). Umgang mit Sterben und Tod. Medizin-ethische Richtlinien. SAMW. Bern.
- SAMW ASSM. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.) (2004). Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. SAMW. Bern.
- Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.) (o.J.). Gemeinsam gegen einsam. Wege aus der Alters-Einsamkeit. Schweizerisches Rotes Kreuz. Wabern.
- World Health Organisation (WHO) (Hrsg.) (2002). Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. World Health Organisation. Genf.

9.3 Internetquellen

- Beobachter Online (Hrsg.) (2011). Das geltende Recht genügt. URL: <https://www.beobachter.ch/gesetze-recht/sterbehilfe-das-geltende-recht-genugt>
[Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- Bundesamt für Justiz. (Hrsg.) (o.J.). Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung. URL: <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html>
[Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]

- Bundesamt für Justiz. (Hrsg.) (o.J.). Sterbehilfe. URL: <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe.html> [Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- Bundesamt für Sozialversicherungen (Hrsg.) (2017). Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2016. URL: <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/el/statistik.html> [Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- DIGNITAS. Menschenwürdig leben. Menschenwürdig sterben (Hrsg.) (o.J.). Freitodbegleitung. URL: http://dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=60&lang=de [Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- DIGNITAS. Menschenwürdig leben. Menschenwürdig sterben (Hrsg.) (o.J.). Lexikon. URL: http://dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=31&Itemid=71&lang=de [Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- EXIT deutsche Schweiz (Hrsg.) (2016). Zwist um Freitodbegleitung in Genf endet tragisch. URL: https://www.exit.ch/news/news/details/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=181&cHash=0c40d600bb17300a8e21babf75c90bb9 [Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- EXIT deutsche Schweiz (Hrsg.) (2018). Unbefriedigende Situation nach Nein der Ärztevereinigung. URL: https://www.exit.ch/en/news/news/details/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=238&cHash=6d97fcf50d1e8bbe2adebc552d65d2c8 [Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- EXIT deutsche Schweiz (Hrsg.) (2018a). SAMW-Richtlinien: Humane Antwort auf heutige Situation. URL: https://www.exit.ch/news/news/details/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=227&cHash=35a5bf047b84f88b15cd745886245f74 [Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- EXIT deutsche Schweiz (Hrsg.) (2018b). Altersfreitod: Grünes Licht für Massnahmen. URL: <https://exit.ch/news/news/details/altersfreitod-gruenes-licht-fuer-massnahmen/> [Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- EXIT deutsche Schweiz (Hrsg.) (2018c). EXIT hat mehr Mitglieder als je zuvor. URL: https://www.exit.ch/news/news/details/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=216&cHash=0ab4fefdb4d30e51ec8b854cbaf12e8a [Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- EXIT deutsche Schweiz (Hrsg.) (o.J.). Für wen kommt eine Begleitung in Frage? URL: <https://www.exit.ch/freitodbegleitung/bedingungen/> [Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- EXIT deutsche Schweiz (Hrsg.) (o.J.). Was ist eine Freitodbegleitung? URL: <https://www.exit.ch/freitodbegleitung/was-ist-das/> [Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- Florian, Greiner (2017). Rezension zu: Macho, Thomas: Das Leben nehmen. Suizid in der Moderne. Berlin: in: H-Soz-Kult, 16.03.2018, URL: www.hsozkult.de/publicationreview/id/rezbuecher-28370 [Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- Gender Institut Bremen (Hrsg.) (o.J.). Ageismus. URL: <http://www.genderinstitut-bremen.de/glossar/ageismus.html> [Zugriffsdatum: 9. Dezember 2018]

- Macho, Thomas (Hrsg) (o.J). Thomas Macho. URL: http://www.thomasmacho.de/fileadmin/redakteur/sonstiges/MACHO_Kurzbiogramm_DT.pdf [Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- Neue Zürcher Zeitung (Hrsg.). (2018). Sterbehilfe – 104-jähriger australischer Forscher David Goodall bei Basel gestorben. URL: <https://www.nzz.ch/panorama/104-jaehriger-australischer-forscher-david-goodall-stirbt-in-basel-ld.1384739> [Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- Pallitsch, Lukas (2018). Der Kairos von Leben und Tod. Zu Thomas Machos Fortschreibung der Todesmetaphern. URL: <https://literaturkritik.de/macho-leben-nehmen-kairos-leben-tod-thomas-machos-fortschreibung-todesmetaphern,24124.html> [Zugriffsdatum: 9. Dezember 2018]
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (o.J). Porträt. URL: <https://www.samw.ch/de/Portraet.html> [Zugriffsdatum: 7. Dezember 2018]
- Schweizerische Eidgenossenschaft (Hrsg.). (1999). Bundesverfassung. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html#a8> [Zugriffsdatum: 9. Dezember 2018]

10 Ehrenwörtliche Erklärung

Bachelor Thesis

Erklärung der/des Studierenden zur Bachelor Thesis

Name, Vorname: Stocker Bettina Fabienne

Titel/Untertitel Bachelor Thesis:

Die ethisch reflektierte Position der Sozialen Arbeit im Spannungsfeld der Suizid- und Sterbebegleitung im Alter.

Eine Untersuchung der zentralen ethischen und moralischen Werten.

Begleitung Bachelor Thesis:

Prof. lic. phil. Johanna Kohn

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum:

Bümpliz, 1. Januar 2019

Unterschrift:

B. Stocker