

„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind.
Sie sind bis zum letztem Augenblick Ihres
Lebens wichtig, und wir werden alles tun,
damit Sie nicht nur in Frieden sterben,
sondern auch bis zuletzt leben können.“

(Cicely Saunders)

Positionierung der Sozialen Arbeit im Diskurs des assistierten Suizids/Freitods

Position und Rolle der Sozialen Arbeit

Eingereicht von: Manuela Werthmüller
 Matrikel-Nr. 20-484-341

Eingereicht bei: Prof. lic. phil. Johanna Kohn

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

Eingereicht am 25.06.2023 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich ganz herzlich bei allen Personen bedanken, die mich im interessanten, aber auch herausfordernden Prozess, welchen ich im Erstellen meiner Bachelor-Thesis durchlaufen bin, mit ihrem Engagement und ihren persönlichen Perspektiven und Sichtweisen auf das Thema unterstützt haben.

Ein grosser Dank gilt an dieser Stelle Frau Dr. Erika Preisig, welche sich intensiv mit meinen Fragen und Gedanken kritisch auseinandergesetzt hat. Sie hat mich mit ihrem immensen Erfahrungswissen als Ärztin, Freitodbegleiterin und als Mensch, welcher auf ganzheitliche Weise die respektvolle Zuwendung, die Achtung und die Würde eines jeden Menschen in seiner Lebenssituation in den Mittelpunkt stellt, reflektierend und inspirierend in meinem Prozess unterstützt.

Mein grösster Dank gebührt Frau Prof. lic. phil. Johanna Kohn. Sie hat mich in meiner Bachelorthesis betreut und mir mit ihrem beeindruckenden Wissen, ihrem wunderbar humorvollen und respektvollen empathischen Wesen immer wieder zu neuen Sichtweisen und Reflexionspunkten verholfen.

Ebenfalls möchte ich mich bei meinen Korrekturlesenden bedanken, welche meine Arbeit unter die Lupe genommen haben.

Abschliessend möchte ich mich bei meinem Partner, meinen beiden Kindern und meinem Freundeskreis dafür bedanken, dass sie immer an mich geglaubt haben und jede Minute stolz auf mich waren, dass ich den Weg des Studiums mit Freude und Neugier unter die Füsse nahm, und entschlossen meinem Traum entgegen gegangen bin.

Danke an Alle, die in holprigen Momenten ein bisschen mehr an mich geglaubt haben als ich selbst.

Abstract

Die vorliegende Bachelorthesis beschäftigt sich mit dem Prozess der ethischen Entscheidungsfindung wie auch der Positionierung der Sozialen Arbeit beim assistierten Suizid/Freitod und den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen, welche dabei respektiert und eingehalten werden müssen. Beim assistierten Suizid/Freitod brechen Grundthemen wie Freiheit, Selbstbestimmung, Würde, Moral und Lebensqualität auf, welche die Gesellschaft nach wie vor sehr bewegen und oft zweiteilt. Assistierter Suizid/Freitod ist in der Regel kein Thema, welches mit Sozialer Arbeit assoziiert wird. In der heutigen Zeitepoche gewinnt dieses Thema jedoch auch für die Soziale Arbeit zunehmend an gesellschaftlicher und politischer Relevanz.

Aufgrund dessen steht die folgende Fragestellung im Zentrum meiner Bachelorthesis:

„Welche ethischen Aspekte sind für die Positionierung der Sozialen Arbeit in der Diskussion des assistierten Suizids/Freitods zentral und welche rechtlichen Rahmenbedingungen müssen dabei berücksichtigt werden?“

Soziale Arbeit hat den Auftrag die Handlungsfähigkeit der Menschen (wieder) herzustellen. Hierbei gilt es zu beachten, dass insbesondere die Selbstbestimmung, die Menschenwürde wie auch die Gerechtigkeit und Gleichheit der Menschen zu wahren sind (vgl. AvenirSocial 2014). Durch diesen Auftrag, welcher sich durch den fokussierten Blick auf die Selbstbestimmung der Klientel richtet, ergibt sich für die Soziale Arbeit eine spezifische Rolle darin, die Betroffenen in diesem Prozess zu beraten, zu begleiten und zu unterstützen.

In der vorliegenden Arbeit setze ich mich mit der aktuellen und grundlegenden Literatur in deutscher Sprache auseinander.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	- 1 -
Abstract	- 2 -
1 Themenwahleingrenzung und persönliche Motivation	- 7 -
1.1 Einleitung	- 9 -
1.2 Geschichtliche Entwicklung des assistierten Suizids/Freitods	- 9 -
1.2.1 Perspektivenvergleich der Hospizbewegung, Palliative-Care und Sterbehilfe in der Schweiz	- 12 -
1.3 Gesellschaftspolitische Relevanz	- 15 -
1.4 Zwischenfazit: Bezug zur Sozialen Arbeit und Spannungsfelder	- 15 -
1.5 Aktuelle rechtliche Lage in der Schweiz	- 18 -
1.6 Herleitung der zentralen Fragestellung und Fragestellung	- 19 -
2 Begrifflichkeiten	- 20 -
2.1 Verschiedene Formen der Sterbehilfe	- 21 -
2.1.1 Passive Sterbehilfe	- 21 -
2.1.2 Aktive (direkte) Sterbehilfe	- 21 -
2.1.3 Indirekte (aktive) Sterbehilfe – Palliative Sedierung	- 22 -
2.2 Suizid	- 22 -
2.2.1 Assistierter Suizid/Freitod	- 22 -
2.2.2 NaP – Pentobarbital	- 23 -
2.3 Ethik und Moral	- 23 -
2.3.1 Ethik	- 23 -
2.3.2 Moral	- 24 -
3 Würde- Menschenwürde und Würdebegriff	- 24 -
3.1.1 Geschichte des Würdebegriffs	- 25 -
3.1.2 Menschenwürde	- 25 -
3.1.3 Inhärente Würde	- 26 -
3.1.4 Kontingente Würde	- 26 -
4 Palliative Care	- 27 -
4.1 Terminale Phase	- 27 -
5 Autonomie und Selbstbestimmung	- 28 -
5.1 Autonomie	- 28 -
5.2 Selbstbestimmung und Urteilsfähigkeit	- 28 -
5.2.1 Urteilsfähigkeit als zentrales Kriterium	- 29 -

5.2.2	Urteilsunfähigkeit	- 29 -
6	Das Konzept Lebenswelt	- 29 -
6.1	Erster Zugang	- 30 -
6.2	Zweiter Zugang	- 30 -
6.3	Dritter Zugang	- 31 -
6.4	Vierter Zugang	- 31 -
7	Beweggründe für einen assistierten Suizid/Freitod	- 32 -
7.1	Wahrung der eigenen Würde	- 32 -
7.2	Kann Leben „lebensunwert“ sein?	- 33 -
7.3	Kann Sterben jemals „gut“ sein?	- 33 -
8	Ziele und Rollen der Sozialen Arbeit, Ethische Prinzipien und Konflikte	- 34 -
8.1	Ethische Konflikte in der Sozialen Arbeit	- 34 -
8.2	Auseinandersetzung mit sich selbst und den eigenen Grenzen	- 35 -
9	Pro und Contra assistierter Suizid/Freitod	- 35 -
9.1	Pro	- 36 -
9.2	Contra	- 36 -
10	Theologisch – Ethische Sicht	- 37 -
11	Spirituelle – Kulturelle Bedürfnisse am Lebensende	- 38 -
12	Die Rolle der Angehörigen	- 39 -
13	Alternativen zum assistierten Suizid/Freitod	- 39 -
13.1	Sterbefasten - FVNF	- 40 -
13.2	Palliative Sedierung	- 40 -
13.3	Palliative Behandlung	- 40 -
13.4	Patientenverfügungen	- 40 -
14	Beantwortung der Fragestellung	- 41 -
15	Erkenntnisse und zukunftsorientierte Gedanken	- 44 -
16	Literaturverzeichnis	- 49 -
16.1	Publikationen/Berichte und Zeitschriften	- 52 -
16.2	Internetquellen	- 53 -
16.3	Titelblatt – Zitat	- 55 -
	Eigenständigkeitserklärung	- 56 -

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AGT	Aussergewöhnlicher Todesfall
Art.	Artikel
BGH	Bundesgerichtshof
BV	Bundesverfassung
bzw.	Beziehungsweise
Covid	Coronavirus Erkrankung (Covid-19) – eine Infektionskrankheit, die vom Virus SARS-CoV-2 ausgelöst wird
EAPC	Europäische Gesellschaft für Palliative Care
etc.	et cetera, oder Ähnliches, und so weiter und so fort
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
Exit	Ausgang, Notausgang
f.	und folgende Seite
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum (Verbindung der Schweizer Ärzte und Ärztinnen)
FVNF	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
GEKE	Gemeinschaft der Evangelischen Kirchen
HF	Höhere Fachschule
Hg.	Herausgeber
NaP	Natrium-Pentobarbital (untersteht dem Betäubungsmittelgesetz)
NEK-CNE	Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin
OR	Obligationenrecht
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft
SEK	Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund
StGB	schweizerisches Strafgesetzbuch
Stoa	Stoische Philosophie/Antike Philosophie
ZAK	Zentrale Ethikkommission
z. B.	Zum Beispiel
ZGB	Zivilgesetzbuch

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Anzahl assistierter Suizide in der Schweiz nach Geschlecht, von 2003 bis 2020. Seite 15.

URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/306929/umfrage/anzahl-assistierter-suizide-in-der-schweiz-nach-geschlecht/>

Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit stellt eine Literaturrecherche dar.

Im ersten Teil werden zentrale Begrifflichkeiten definiert und wichtige Rahmenbedingungen diskutiert. Dazukommend wird in diesem Teil die Geschichte des assistierten Suizids/Freitods erläutert wie auch die politische, Rechtliche und Gesellschaftliche Relevanz des Themas in der Schweiz.

Zum Schluss des ersten Teils wird die Herleitung der zentralen Fragestellung erläutert und die Fragestellung formuliert.

Im zweiten Teil der Arbeit werden verschiedene Formen der Sterbehilfe erläutert. Des Weiteren werden Themen wie Ethik und Moral thematisiert wie auch Beweggründe für einen assistierten Suizid/Freitod erläutert. Die Wahrung der eigenen Würde wird thematisiert, und die Selbstbestimmung und Autonomie. Hineingeratend werden Ziele und Rollen der Sozialen Arbeit definiert. Es werden ethische Prinzipien, Werte und Normen benannt, wie auch die Auseinandersetzung mit sich selbst und den eigenen Grenzen. Es folgt das Thema der Palliative Care und die Auseinandersetzung mit den Themen der Autonomie und der Selbstbestimmung, der Urteilsfähig- und Unfähigkeit und die Rolle der Angehörigen. Das Konzept „Lebenswelt“ wird erläutert und verschiedene Sichtweisen auf den assistierten Suizid/Freitod werden dargelegt.

Im Schlussteil wird die Fragestellung beantwortet und abschliessend werden Erkenntnisse benannt und einen Blick in zukunftsorientierte Diskussionen gewagt.

1 Themenwahleingrenzung und persönliche Motivation

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf den assistierten Suizid/Freitod. Der Suizid als Selbsttötung aus einer Selbstwertkrise heraus oder als Ausdruck von Aggression gegen sich selbst stellt eine Komponente des selbstzerstörerischen Impulses dar und ist nicht Teil der vorliegenden Arbeit. Ein solcher Suizid geschieht meistens in Einsamkeit und stellt einen maximal aggressiven Akt dar (vgl. Kilchenmann 2015: o.S.). Er hinterlässt bei Involvierten, Angehörigen und Bekannten oft Wut, Ohnmacht und Schuldgefühle und hinzukommend meist grosse Hilflosigkeit. Ein solcher Suizid betrifft oft Zeugen oder involvierte Drittpersonen, wie zum Beispiel Angehörige, Nachbarn*innen oder Lokomotivführer*innen (vgl. ebd.). Im Gegensatz dazu werden beim assistierten Suizid/Freitod keine Drittpersonen ungewollt involviert.

Geprägt von meiner beruflichen Erfahrung als diplomierte Pflegefachfrau HF mit dem Schwerpunkt Psychiatrie und Palliative Care sowie meinen persönlichen privaten Erfahrungen mit dem Thema Sterben und Tod habe ich mich dazu entschieden, mich erneut intensiv mit dieser Thematik zu befassen. Als ich in den 1980er Jahren meine Ausbildung in der Kantonalen Psychiatrie Baselland begann, traf ich auf teilweise derartig unwürdige Sterbeverhältnisse, dass mich dieses Thema nie mehr losgelassen hat und mich in meiner beruflichen Laufbahn immer wieder stark beschäftigte und herausforderte. Einige Jahre später absolvierte ich am Institut für Ethik und Philosophie in Zürich die Palliative Care Ausbildung. Nachdem sich zwei meiner Onkel unabhängig voneinander mit einer Schusswaffe suizidiert hatten und ich die ganze Familie in einer Schockstarre erlebte, setzte ich mich intensiv mit dem Thema Suizid und den Hinterbliebenen auseinander. Schliesslich war ich Eine davon. Als ich 21 Jahre alt war starb mein Vater an Leukämie (weisser Blutkrebs). Er verstarb nach beinahe erdrückenden vier Jahren Leidenszeit, palliativ betreut in einem Krankenhaus. An einem bestimmten Punkt angekommen, hat er sich dazu entschlossen, alle Chemotherapien und anderen medizinischen Behandlungen abubrechen, damit er, wie er es selbst nannte, den letzten Tage, die ihm noch blieben, bewusst mehr Lebensqualität zu geben, um diese gezählten Tage in „Würde“ zu erleben, anstelle sich mit all den Behandlungsnebenwirkungen durch die Tage zu kämpfen und sich dabei in seinem eigenen Körper nicht mehr lebendig zu fühlen. Ich erinnere mich an eine „Abschiedszeit“, die einerseits sehr traurig war, andererseits sehr ehrlich und intensiv und von grosser Achtsamkeit und Achtung aller Involvierten geprägt. Dieser Prozess liess in mir erneute intensive Gedanken über Lebenswürde und Selbstbestimmung am Lebensende aufkommen. Meine Mutter starb als ich 38 Jahre alt war. Durch ihre Sterbenszeit und ihrem Sterben wurde ich enormen inneren Auseinandersetzungen und Prozessen ausgesetzt, welche mich in meinem Dasein und meinen Lebens- und Sterbensfragen erneut intensiv herausforderten und enorm prägten. Nachdem meine Mutter nach einem schweren Herzinfarkt fünf

Tage im Koma lag, künstlich beatmet wurde und einen unumkehrbaren Ausfall der gesamten Hirnfunktion erlitten hatte, habe ich ihr gemeinsam mit einem Intensivmediziner ihren Wunsch, welchen sie mir gegenüber oft geäußert hatte, erfüllt. Alle Lebenserhaltenden Massnahmen wurden in meinem Beisein eingestellt, inklusive der künstlichen Beatmung, welches für mich den schwersten Moment darstellte. Danach erlebte ich eine Zeit, in welcher ich mich einer emotionalen Achterbahn ausgesetzt fühlte und ich mich wieder erden musste, was einige Zeit in Anspruch nahm. Ein paar Wochen später liess sich meine liebste Herzensfreundin, welche schwer an Krebs erkrankt war, palliativ sedieren, so dass sie kurz darauf für immer ausatmete. Als die Patin meiner Tochter, welche an einer schweren Depression litt und damals von Exit abgelehnt wurde, sich für den Schienensuizid entschied, bewegte mich immer wieder die Frage, ob sie eine Alternative gehabt hätte. Trotz ihrem christlichen Glauben wählte sie selbstbestimmt diesen Weg um aus dem Leben, ihrer Lebenswelt, welche sie nicht mehr zu bewältigen und zu ertragen schien, zu entkommen. In ihrem Abschiedsbrief an mich und meine Tochter schrieb sie darüber, wie es sich anfühlt, durch diese schwere Depression die eigene Würde zu verlieren. Diese Worte wühlten mich über einen längeren Zeitraum gedanklich und emotional enorm auf.

Mir ist bewusst, dass Sterbenswünsche bei psychisch erkrankten Menschen in einem anderen Kontext zu bewerten sind. Trotzdem bewegt mich bis heute die Frage, welche Rahmenbedingungen benötigt werden, um ein würdevolles Sterben mit einem Sterbenswunsch zu ermöglichen? Die beschriebenen Erfahrungen aus meinem Leben bewegten mich immer wieder dazu mir darüber Gedanken zu machen, wie ich, falls sich diese Frage je Aufdrängen würde, einmal sterben möchte. Welche Optionen von Selbstbestimmung hat ein Mensch bezüglich der eigenen Sterbensvorstellung und des eigenen Sterbewunsches? Da diese Thematik sehr weitläufig ist und eine vollumfängliche Bearbeitung in der vorliegenden Arbeit den Rahmen sprengen würde habe ich die Entscheidung getroffen, meine Bachelorthesis über die Schwerpunktthematik des assistierten Suizids/Freitods zu verfassen.

1.1 Einleitung

Das Thema des Sterbens betrifft jeden einzelnen Menschen sehr persönlich und berührt den Kern unserer Identität. Für viele Menschen ist das Thema „Tod“ enorm schwer zu verstehen, denn Abschied und Tod können angsterfüllte Emotionen auslösen. Wenn auch jeder Mensch seine eigene Methode hat, diese Probleme vor sich her zu schieben, bis sie unausweichbar vor einem auftauchen, so vermag er sie doch nur zu lösen, indem er bei sich selbst anfängt und seinen eigenen Tod akzeptiert (vgl. Kübler-Ross 2001: 33). Eine Sorge, die viele Menschen in sich tragen ist die, dass der eigene Wille, wenn es um das eigene Sterben geht, nicht respektiert wird. In der heutigen Zeit setzen sich Menschen, auch junge Menschen vermehrt mit der eigenen Vergänglichkeit und derer Mitgestaltung auseinander. Die Gründe für einen Sterbenswunsch sind weitläufig. Dabei geht es nicht nur um terminale Lebenslagen oder um unerträgliche physische Schmerzen, sondern auch um den andauernden schmerzhaften Verlust der individuell persönlich empfundenen Würde und des Lebenssinns (vgl. Küng 2005:11). Es kann gesagt werden, dass dem assistierten Suizid/Freitod in der Schweiz zunehmende Akzeptanz beikommt. Dies lässt immer wieder die Grundsatzdiskussion darüber aufkommen, wem unser Leben und unser Sterben gehören. Für die Einen ist der Freitag ein Schreckensgespenst und eine Sünde, für Andere in besonderen Fällen durchaus eine legitime Möglichkeit der Selbstbestimmung (vgl. Kehl 1989: 87). Muss das Leben als Geschenk Gottes angesehen werden und ist somit heilig? Oder kann und darf jeder Mensch aufgrund seines Selbstbestimmungsrechts selbst darüber entscheiden, ob und wann für ihn das eigene Leben noch lebenswert, würdig oder ertragbar erscheint und wann genug ist? Und wie viel sind wir zu tun bereit, damit Sterbewillige ihrem Lebensende mit Würde entgegentreten können? (vgl. Zimmermann/Felder/Streckeisen/Tag 2019: 153).

Die vorliegende Bachelor-Thesis soll darstellen, welche ethischen Aspekte für die Soziale Arbeit in der Diskussion des assistierten Suizids/Freitods zentral sind und welche rechtlichen Rahmenbedingungen dabei berücksichtigt werden müssen.

Die vorliegende Arbeit hat nicht den Anspruch das Thema abschliessend zu behandeln.

1.2 Geschichtliche Entwicklung des assistierten Suizids/Freitods

Bei der historischen Betrachtung der Entwicklung des assistierten Suizids/Freitods ist feststellbar, dass dies ein Thema ist, welches die Menschheit bereits seit langer Zeit begleitet und immer wieder zu ethisch, teils stark emotional geprägten Diskussionen bewegt. Bereits in der Antike war die Frage nach dem „guten Tod“ zentral. Menschen, die rasch und schmerzlos starben, konnten sich eines „guten Todes“ glücklich schätzen (vgl. Streeck 2020: 45). Auch im heutigen Zeitalter gilt dies als eine weitverbreitete Ansicht.

Bereits Ende des 18. Jahrhunderts machten sich Ärzte darüber Gedanken, unheilbar Erkrankten eine Beschleunigung ihres Todes angedeihen zu lassen. Wenig später bekannten sich vereinzelt Mediziner*innen dazu, das Leben einiger Betroffenen bewusst verkürzt zu haben. Dies rief unweigerlich Kritiker*innen auf den Plan. Einer dieser Kritiker war der bekannte Arzt Christoph Wilhelm Hufeland. Er befürchtete einen Dammbbruch, so dass er 1806 einen Aufsatz gegen die aktive Sterbehilfe verfasste mit dem in der Öffentlichkeit haftenden Satz, dass jeder Arzt und jede Ärztin schwören, nichts zu tun, wodurch das Leben eines Menschen verkürzt werden könnte. Stattdessen soll Leben erhalten werden, selbst wenn sich Kranke quälten und zu sterben wünschten. Den Auftakt einer öffentlichen Diskussion über aktive Sterbehilfe, welche gegen Ende des 19. Jahrhunderts einsetzt, macht der Brite Samuel D. Williams. Er fordert, dass ein Arzt oder eine Ärztin einem leidenden Menschen, der dies verlange, eine tödliche Dosis eines Anästhetikums verabreicht, um einen schnellen und schmerzlosen Tod herbeizuführen (vgl. ebd.: 236f.).

Bis ins 20. Jahrhundert starben die Menschen meist in den eigenen vier Wänden in eng vernetzten Gemeinschaften von Familie, Freunden, Nachbarn und Pfarrer*innen. In Spitälern starben meist die Mittellosen, die weder Familie noch Freunde hatten (vgl. Schneider-Gurewitsch 2020: 34). Nach dem zweiten Weltkrieg ebneten die medizinischen und gesellschaftlichen Veränderungen den Weg für die modernen Hospizbewegungen. So kam es, dass Sterbende ihre letzten Lebenstage nicht mehr im Kreise ihrer Familie verbrachten, und vermehrt Ärzte*innen am Lebensende das Kommando übernahmen. Sterben und Tod wurden zunehmend als medizinisches Problem interpretiert, so dass Betroffene zum Teil entwürdigende Geschehnisse über sich ergehen lassen mussten, statt selbst über ihr Ableben bestimmen zu dürfen (vgl. Streeck 2020: 226).

In der Schweiz gab „die Affäre Hämmerli“ den ersten Anstoss zur Exit-Gründung, indem der am Zürcher Stadtspital Triemli arbeitende Chefarzt Urs Peter Hämmerli unheilbar Kranke ohne Bewusstsein nicht mehr künstlich ernährte, sondern sie nur noch mit Wasser versorgte. Die Stadträtin Regula Pestalozzi erstattete damals Anzeige gegen ihn. Daraufhin wurde er suspendiert und vorübergehend in Haft genommen. 18 Monate später wurde das Verfahren gegen Urs Peter Hämmerli eingestellt, da sich kein Vorsatz zur Tötung beweisen liess. Es blieb weiterhin ungeklärt, ob die Beendigung lebenserhaltender Massnahmen oder andere Formen der Sterbehilfe zulässig waren. Somit war die Diskussion lanciert und sollte in den folgenden Jahrzehnten immer wieder hochkochen (vgl. ebd.: 241). 1976 erliess die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) erstmals Richtlinien für die Sterbehilfe und verpflichtete damit den Arzt oder die Ärztin, nicht mehr alle „der Lebensverlängerung dienenden therapeutischen Möglichkeiten“ auszuschöpfen, wenn diese lediglich das Leiden der Betroffenen hinauszögerten und der Sterbeprozess unaufhaltsam begonnen hatte. Zudem verlangten

sie, den mutmasslichen Willen der urteilsunfähigen Betroffenen zu berücksichtigen wie auch die Angehörigen in den Prozess einzubeziehen. Letztendlich oblag aber die letzte Entscheidung über einen Therapieabbruch dem Arzt oder der Ärztin (vgl. ebd.: 241). In den Folgejahren versandeten verschiedene politische Initiativen, bis sich im Jahr 1982 69 Personen einer Initiative der damals pensionierten Lehrerin Hedwig Zürcher anschlossen, um in der Deutschen Schweiz die Sterbehilfeorganisation Exit mit ihrem ersten Präsidenten Walter Baechi, einem Zürcher Anwalt, zu gründen (vgl. ebd.: 241). Zu Beginn bot Exit seinen Mitgliedern lediglich eine Broschüre zu Suizid an, bis 1985 der Pfarrer Rolf Sigg und seine Frau Lewy die erste Suizidassistenz durchführten. Da das Schweizer Strafbuch nur unter Strafe stellt, jemanden aus selbstsüchtigen Beweggründen zum Suizid zu verleiten oder ihm unter Selbstsucht dabei zu helfen, standen (und stehen bis heute) der Suizidbeihilfe keine grundsätzlichen strafrechtlichen Einwände entgegen (vgl. ebd.: 241f.). Die ärztliche Standesordnung der Föderatio Medicorum Helveticorum (FMH) hält lediglich fest, dass die Assistenz bei einem Suizid nicht zu den Aufgaben eines Arztes oder einer Ärztin gehört, die Entscheidung jedoch jedem Mediziner*in selbst obliege, ob unter bestimmten Umständen Beihilfe geleistet werden möchte (vgl. ebd.: 242). Am 31.12. 2021 zählte Exit nach eigenen Angaben bereits 142'233 Mitglieder und begleitete im Jahr 2021, 973 Menschen in den Freitod.

Schaut man zurück auf die Geschichte wird ersichtlich, wie nachdrücklich sich der Umgang mit dem Thema Sterben verändert hat. Was jedoch bis heute in unserem gegenwärtigen Umgang mit dem Sterben geblieben ist, ist der Wunsch nach einem „guten Sterben“. Sterben soll nicht irgendwie geschehen, es soll würdig und friedlich sein (vgl. Rüeegger/Kunz 2022: 80). Auch im heutigen Zeitalter gilt, wie bereits eingangs erwähnt, die weitverbreitete Ansicht, dass sich Menschen, welche rasch, schmerzlos und sanft sterben, sich eines „guten Todes“ glücklich schätzen können. Streeck betont dagegen, dass der Sterbeprozess unter bestimmten Umständen tief empfundenenes Befremden auf unser Selbstbild erzeugen und unter schmerzhaften Umständen jegliches Selbstsein zunichtemachen kann. Angesichts derartiger Verunsicherung dränge sich der Wunsch nach Bewahrung der eigenen Würde und Authentizität auf. Dieser Wunsch steht sowohl in der Palliativversorgung wie auch bei Sterbehilfeorganisationen im Zentrum des Versorgungsauftrages (vgl. Streeck 2020: 221).

1.2.1 Perspektivenvergleich der Hospizbewegung, Palliative-Care und Sterbehilfe in der Schweiz

Im Folgenden werden die Perspektiven der Hospizbewegung, der Palliative-Care Bewegung und der Sterbehilfe in der Schweiz auf ein „gutes Sterben“ miteinander verglichen.

Die Hospiz- wie auch die Palliativbewegung greifen beide das Thema des „guten Sterbens“ auf. In den Institutionen der Bewegungen werden Betroffene medizinisch wie auch pflegerisch individuell intensiv betreut und bis zum Tod begleitet. Alle operierten zunächst mit dem Begriff des «guten Sterbens» und wechselten dann zum Begriff des selbstgestalteten authentischen Sterbens über. Während dieser Begriffswechsel vor allem mit der Fokussierung auf den Wert der Autonomie und Selbstbestimmung erklärt werden kann, operiert die Sterbehilfe vor allem mit dem Wert der Würde, welche am Lebensende verloren zu gehen droht. (vgl. Streeck 2020: 222). Wer sich ein „würdiges“ Sterben wünscht, wünscht sich meist ein friedliches Einschlafen oder ein bewusstes würdevolles Zugehen auf den Tod (vgl. Rügger 2004: 55). Hierbei sei nur der einzelne betroffene Mensch selbst befugt darüber zu befinden, was seine Würde ausmacht (vgl. Streeck 2020.: 265).

Hospize werden als Einrichtungen der Sterbebegleitung bezeichnet, welche sich zur Aufgabe gemacht haben, unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase zu betreuen. Elisabeth Kübler Ross machte die Hospizbewegung bekannt und brachte das Thema Sterben und Tod kurz nach der Gründung von Exit in die Medien (vgl. Lüönd 2022: 148).

Cicely Saunders gründete 1967 das erste Hospiz Namens St. Christopher Hospice. Ihr Anliegen prägt bis heute den Umgang mit dem Sterben im Hospiz wie auch in der Palliativversorgung (vgl. Streeck 2020: 253). Durch die unheilbaren Aidserkrankungen in den Achtzigerjahren fasste die Hospizbewegung in der Schweiz Fuss. In Zürich entstand unter anderem im Jahr 1991 das bis heute bekannte und noch immer bestehende Lighthouse, welches heute als Palliativhospiz ein fester Teil des Gesundheitssystems ist (vgl. Lüönd 2022: 78).

Aus der Hospizbewegung entstand die Palliative Care (Pallium- lateinisch „Mantel“). Im Jahr 2009 haben Schweizer Bund und Kantone eine Nationale Strategie Palliative Care verabschiedet, welche seit 2015 umgesetzt ist. Darin wird definiert, dass Palliative Care die Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten umfasst (vgl. Schneider-Gurewitsch 2020: 109). In der Palliative Care manifestiert sich die Kernaufgabe im Begriff der Lebensqualität. Indem die Lebensqualität von Sterbenden verbessert werden soll, wird ein sogenanntes „gutes Sterben“ ermöglicht. Dies setzt voraus, dass die jeweiligen Bedürfnisse der Betroffenen hinsichtlich ihrer Vorstellungen zur Lebensqualität am Lebensende wahrgenommen, kommuniziert und respektiert

werden. Nicht das Sterben, sondern das Leben soll im Mittelpunkt palliativversorgerischer Aufmerksamkeit stehen, damit dem Leben nochmals die schönen Seiten abgewonnen werden können. Palliative Care hat zur Konsequenz, dass gut stirbt, wem in seinen letzten Tagen eine hohe Lebensqualität erhalten bleibt (vgl. Streeck 2020: 250f). In den Medizin-ethischen Richtlinien und Empfehlungen Palliative Care der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW) heisst es, dass Lebensqualität nicht primär medizinisch definiert werden kann, sondern im lebensgeschichtlichen und lebensweltlichen Kontext zu verstehen ist. Dies bedeutet, dass die Sicht des betroffenen Individuums entscheidend ist, wie er oder sie für sich selbst Lebensqualität definiert (vgl. ebd.: 252).

Seit 1982 existieren in der Schweiz Sterbehilfevereine, die schwer leidenden Menschen dabei helfen mit dem Schlafmittel Natrium-Pentobarbital (NaP), sanft, sicher und in Begleitung friedvoll aus dem Leben zu scheiden. Vorne mit dabei ist die Sterbehilfeorganisation Exit, welche im Jahr 1982 gegründet wurde. Exit betont bis heute immer wieder, dass ihre Aufgabe nicht darin bestehe, lebensmüden und unglücklichen Menschen zu einem raschen Tod zu verhelfen, sondern in erster Linie beratend tätig zu sein (vgl. Kehl 1989: 64). Am 07. Juli 2009 wurde zwischen Exit (Deutsche Schweiz) und der Oberstaatsanwaltschaft des Kanton Zürich eine „Vereinbarung über die organisierte Suizidhilfe“ abgeschlossen, um allfällige „Missbräuche“ in der Sterbehilfe auszuschliessen (vgl. Petermann 2010: 8). Nachdem im Jahre 2011 85 Prozent des Zürcher Volkes eine Einschränkung der bewährten liberalen Sterbehilfeabstimmung abgelehnt hatten, verzichtete die Schweizer Regierung auf weitere, von einzelnen Parlamentarier*innen geforderten gesetzlichen Bestimmungen für die Suizidhilfe. Stattdessen sollte die Palliativpflege wie auch die Suizidprävention vermehrt gefördert werden (vgl. Gutzwiller 2012: 55). Nach vier Jahren aktiver Lobbytätigkeit am Dossier Sterbehilfe, nahm der Bundesrat im Jahr 2006 den Bericht „Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?“ zur Kenntnis. Dies löste eine politische Diskussion aus, an welcher sich zahlreiche Organisationen und Persönlichkeiten beteiligten (vgl. ebd.: 55f.). Exit schaffte aktiv mit Infomaterial und Gesprächen in Bundesbern Verständnis für ihre Position. Trotz der intensiven Aufklärungsarbeit gab der Bundesrat im Herbst 2009 zwei untaugliche Varianten in die Vernehmlassung: Zum einen war dies ein gänzlichliches Verbot der Sterbehilfe oder eine sehr weit gehende Regulierung der Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen im Strafgesetzbuch. Diese Verbotsvariante wurde von der Mehrheit der Bundesparteien und den betroffenen Organisationen abgelehnt. Zudem wurde eine verschärfte Regelung im Strafgesetzbuch von vielen Organisationen und Parteien mit dem Argument der unverhältnismässigen Einschränkung kritisiert. Am 30. Juni 2011 entschied der Bundesrat den Status quo beizubehalten und keine der vorgeschlagenen Varianten in die parlamentarische Beratung zu geben. Damit wurde das bestehende Bundesrecht, die

strengen internen Sorgfaltskriterien der anerkannten Sterbehilfeorganisationen und deren engen Zusammenarbeit mit den Kantonen beibehalten, sprich, es gab keine Anpassung von Art. 115 StGB (vgl. ebd.: 56).

Die Ärztin und Freitodbegleiterin Erika Preisig (livecircle) war eine der Beschwerdeführenden gegen den § 217 StGB (Verbot der geschäftsmässigen Hilfe der Selbsttötung), der im Februar 2022 vor dem Bundesverfassungsgericht zu Fall gebracht wurde (vgl. Exit 2022: o S.).

Aufgrund dessen, dass der Ärzteverband und die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ihre Richtlinien zur Suizidhilfe erneuert haben, wurden diese Ende Mai 2022 in die Standesordnung der Ärzteschaft aufgenommen. Allerdings ist der Vorstand nach eingehender Prüfung der neuen Richtlinien „Umgang mit Sterben und Tod“ zum Schluss gekommen, dass sich an den bisherigen Abklärungsvorgängen bei Exit nichts ändern muss, da diese trotz der Neuerung noch immer den Vorgaben der geltenden Gesetzgebung und der Rechtsprechung entsprechen (vgl. Bersier 2022: 7).

Am 27. November 2022 hat das Stimmvolk im katholisch konservativen Kanton Wallis mit über 76 Prozent Ja-Anteil zugestimmt, dass Bewohner und Bewohnerinnen von Heimen und Spitälern, die ihr Leben mit einem assistierten Suizid/Freitod beenden möchten, dafür dereinst die Institution nicht mehr zu verlassen brauchen. Zukünftig muss dies in allen Altersheimen, Pflegezentren und Spitälern möglich sein, und dieser Wunsch kann den Betroffenen nicht mehr verwehrt werden. Die Befürworter im Kanton Wallis argumentieren, dass die persönliche Freiheit, Würde und Gleichstellung der Betroffenen nur dann gewährleistet sei, wenn ein assistierter Suizid/Freitod in den eigenen vier Wänden durchgeführt werden kann. Angesichts der steigenden Zahl jener Menschen, die den assistierten Suizid/Freitod in Anspruch nehmen, dürfte dieses Thema bald auch in anderen Kantonen auf die Agenda rücken, so dass die Debatte um die Freiheit für alle, den assistierten Suizid/Freitod wählen zu können, eröffnet würde. Ziel wäre es, dass alle betroffenen Institutionen die gleichen Rahmenbedingungen bieten müssten (vgl. SRF News: 2022).

Am 28. Februar 2023 beendete zum ersten Mal in der Schweiz ein verwahrter Häftling in Begleitung der Sterbehilfeorganisation Exit sein Leben. Das Ostschweizer Strafvollzugskonkordat, dem Zürich angehört, erarbeitete ein Merkblatt zum assistierten Suizid im Strafvollzug. Darin wurde festgehalten, dass alle Gefangenen, die rechtskräftig verurteilt sind, eine Sterbehilfeorganisation kontaktieren dürfen, wenn sie dies möchten. Voraussetzung für einen assistierten Suizid/Freitod wird dabei sein, dass die einweisende Behörde ihre Einwilligung gibt (vgl. Boos 2023: 2).

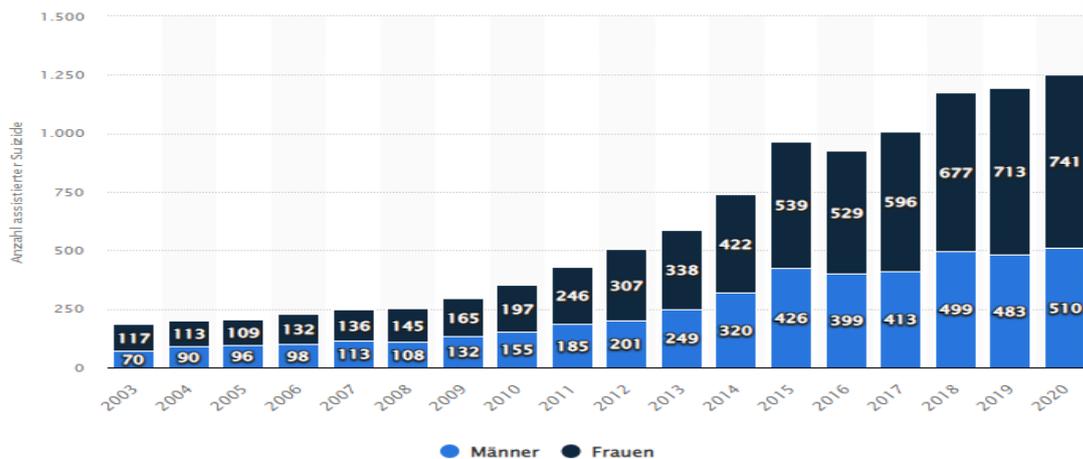


Abbildung 1: Anzahl assistierter Suizide in der Schweiz nach Geschlecht von 2003-2020.

URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/306929/umfrage/anzahl-assistierter-suizide-in-der-schweiz-nach-geschlecht/>

1.3 Gesellschaftspolitische Relevanz

Soziale Arbeit ist eine Profession, in welcher Menschen in ihrer Lebenswelt und Vulnerabilität in professionell gestalteter Beziehung wahrgenommen werden müssen. Die grösstmögliche Bewahrung der Lebenswelt eines jeden Menschen, und deren Schutz ist eine der grössten Herausforderungen der Sozialen Arbeit im Umgang mit Sterbenden (vgl. Grossmann 2008: 110). Professionelle der Sozialen Arbeit können im konkreten Fall wie auch im gesellschaftlichen Diskurs, wenn es um das Thema des Sterbenswunsches geht, beratend hinzugezogen werden. Um Handlungsmöglichkeiten zu generieren ist es von grosser Wichtigkeit, dass Professionelle der Sozialen Arbeit sowohl die gesellschaftlichen Bedürfnisse und die rechtlichen Grundlagen ihres Arbeitsfeldes kennen. Ebenso kennen die Professionellen der Sozialen Arbeit die geltenden ethischen Werte von Menschenrecht und Selbstbestimmung. Ein Blick ins Strafgesetzbuch und die politische Diskussion zum Thema des assistierten Suizids/Freitods zeigen, wie gross die moralische und ethische Herausforderung auf diesem Gebiet ist. Daher ist es wichtig und unerlässlich, dass sich die Soziale Arbeit immer wieder politisch einmischt, positioniert und auf die gesellschaftlichen Problematiken aufmerksam macht und reagiert.

1.4 Zwischenfazit: Bezug zur Sozialen Arbeit und Spannungsfelder

Der Umgang mit assistiertem Suizid/Freitod gehört bis heute noch immer ohne Zweifel zum Anspruchsvollsten, was dieses Berufsfeld zu bieten hat. Professionelle der Sozialen Arbeit brauchen eine kontinuierliche Weiterentwicklung einer ethischen Selbstorientierung als notwendige Bedingung für ein ethisches Handeln (vgl. Schmid Noerr 2018: 20). Wenn Soziale

Arbeit zum gelingenden Leben beitragen will, gehört ein „gutes Leben“ und ein „gutes Sterben“ dazu. Aufgrund dessen, dass Themen wie Sterben und Trauer kein „Privileg“ des Alters sind, sondern Menschen jeden Alters betreffen können, muss sich die Soziale Arbeit auch mit den Grenzsituationen des Lebens befassen (vgl. Student/Mühlum/Student 2016: 23). Für die heutigen Sterbeverläufe ist es zentral, dass wir mitbestimmen können oder auch müssen, wie wir sterben möchten. Zu diesen Entscheidungsprozessen gesellte sich in den vergangenen Jahren vermehrt die Wahl auf einen assistierten Suizid/Freitod hinzu. Die wenigsten von uns sind kulturell und mental auf solch eine Entscheidung vorbereitet, so dass sich viele Menschen angesichts dieses Paradigmenwechsels überfordert fühlen (vgl. Rügger/Kunz 2020: 19). Professionellen der Sozialen Arbeit kann hier mit einem hohen Mass an Verantwortungsbewusstsein eine begleitende und beratende Rolle im Konflikt von Pro und Contra assistiertem Suizid/Freitod zuteilwerden. Zentrales Kriterium muss dabei immer sein, die Betroffenen zu einer selbstbestimmten Entscheidung zu befähigen und sie in diesem Entscheidungsprozess zu unterstützen (vgl. ebd.: 130). Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit erfordert immer wieder das Bewusstsein für moralische Normen und Werte. Das Wissen über die Fundamentalnormen wie die Prinzipien der Menschenrechte, der Menschenwürde wie auch die der ethischen Prinzipien gehört in der heutigen Zeitepoche zum Selbstverständnis beruflicher Sozialer Arbeit. Ethisches Bewusstsein und ethisches Handeln stellen einen grundlegenden Teil im Berufsfeld der Sozialen Arbeit dar, wie auch die Fähigkeit zur eigenständigen ethischen Reflexion. Für die Soziale Arbeit stehen in der Arbeit mit Menschen am Lebensende Würde, Achtung und Selbstbestimmung im Mittelpunkt. Ziel ist es, eine bestmögliche Lebensqualität in der eigenen Lebenswelt zu gewährleisten. Das Wahrnehmen, Respektieren und die Wahrung der eigenen Lebenswelt sind im Menschendasein zentral. Zuwendung, der Respekt vor jedem individuellen Leben und das Ernstnehmen des subjektiv empfundenen Leidensdruckes eines jeden Individuums stellen wünschenswerte Eigenschaften dar (vgl. Exit 2022: o.S.). Der Berufskodex wie auch die Berufsethik befähigen Sozialarbeitende in schwierigen Situationen angemessen und reflektiert zu handeln.

Der Berufskodex von AvenirSocial hält die ethischen Richtlinien für das moralische berufliche Handeln der Professionellen der Sozialen Arbeit fest. Letzterer dient der Kodex dem Schutz besonders verletzbarer oder benachteiligter Klientel (vgl. AvenirSocial 2010: 4). Desgleichen ist im Berufskodex von AvenirSocial der Grundsatz der Selbstbestimmung festgehalten. In diesem Grundsatz wird besagt, dass jeder Mensch im Hinblick auf sein Wohlergehen das Recht auf Selbstbestimmung hat. Selbstbestimmung genießt die höchste Achtung, ausser wenn Ausübende dadurch sich selbst oder Andere sowie deren Interessen gefährden (vgl. ebd.: 8). Durch das Thema des assistierten Suizids/Freitods entsteht ein grosses Spannungsfeld für die Soziale Arbeit. Sozialarbeitende respektieren die Autonomie jedes Menschen. Sie

gehen grundsätzlich davon aus, dass jeder Mensch die Fähigkeit besitzt mit seiner Lebenssituation umzugehen. Diesen Umgang gilt es für Professionelle der Sozialen Arbeit zu respektieren. Unsere Aufgabe ist es, Betroffene in Bereichen zu unterstützen, in welchen sie nicht mehr allein weiterkommen. Diese Hilfestellung kann sich jedoch als Gratwanderung erweisen, da es Hilfeleistungen gibt, welche die Autonomie von Betroffenen einschränken könnten. Somit begegnen wir hiermit dem Spannungsfeld Autonomie und Abhängigkeit.

Ein weiteres Spannungsfeld besteht im Feld von Selbstbestimmung und Kontrolle. Betroffene sollten so weit als möglich von Professionellen der Sozialen Arbeit in ihrem eigenen Lebenslauf, in ihrer Lebenswelt unterstützt werden. Andererseits gibt es Kontexte, in welchen Professionelle hinzukommend auch eine Kontrollfunktion haben. Gerade dann, wenn es um rechtliche Rahmenbedingungen geht, die es beim assistierten Suizid/Freitod unbedingt einzuhalten gilt. Hier eröffnet sich die Frage nach der Positionierung der Sozialen Arbeit.

Assistierter Suizid/Freitod ist nach wie vor ein ethisch umstrittenes Thema. Soziale Arbeit verpflichtet sich die Würde eines jeden Menschen zu achten, was auch bedeutet, dass kein Leben als minderwertig oder unwert zu erachten ist. Professionelle der Sozialen Arbeit kommen in Aufgabengebieten wie Exit oder anderen Sterbehilfeorganisationen in Berührung mit assistiertem Suizid/Freitod. Auch in einigen Alters- und Pflegeheimen in der Schweiz oder auf Onkologischen Abteilungen und anderen Betreuungsinstitutionen oder Beratungsstellen wie der Lungenliga oder Curaviva (Curaviva stützt sich auf die Stellungnahme der zentralen Ethikkommission (ZAK) im Bereich Humanmedizin, in welchen der assistierte Suizid/Freitod zugelassen ist) kommen sie mit diesem Thema in Berührung. Infolgedessen müssen sich Professionelle der Sozialen Arbeit für den Willen und die Selbstbestimmung ihrer Klientel positionieren und sich zeitgleich mit ihrer eigenen ethischen Grundhaltung wie auch der eigenen Würdedefinition auseinandersetzen.

Der Mensch besitzt eine selbst angeeignete Routine darin, die eigene Sterblichkeit und allen damit verbundenen Schlüsselthemen wie Trauer, Sterben und Tod auszublenden und zu verdrängen (vgl. Grossmann 2008: 106). Es wundert deshalb auch nicht, dass aufgrund dieser gesellschaftlichen Verdrängung von Sterben und Tod vielen Menschen die erforderliche Sinngebung des Todes abhandengekommen zu sein scheint (vgl. ebd.: 56).

Das Kerngeschäft der Sozialen Arbeit sind die Menschen mit ihren Lebensgeschichten, in ihren Systemen und in ihren Lebenswelten. Soziale Arbeit ermächtigt Menschen dazu ihren Handlungsspielraum zu erweitern, um die eigenen Bedürfnisse und Wünsche zu verwirklichen. So erweist es sich immer wieder, dass Soziale Arbeit nicht umhinkommt sich politisch einzubringen und die möglichen entstehenden Konflikte, welche zu ihrer Rolle gehören, mit professionellen Mitteln zu bearbeiten (vgl. Schmocker 2016: 132-142).

1942 wurde die nicht-selbstsüchtige Beihilfe zum Suizid im Schweizerischen Strafgesetzbuch aufgenommen. Diese Regelung hat seither im Schweizer Strafrecht ihre Gültigkeit. Die Soziale Arbeit musste sich bis zu dieser rechtlichen Änderung kaum mit dem Thema „assistierter Suizid/Freitod auseinandersetzen. Derzeit sieht sich die Soziale Arbeit in einigen Handlungsfeldern zunehmend mit den Themen Sterben, Tod und Trauer auf unterschiedliche Weise konfrontiert. Wenn eine angebrachte Versorgung in der eigenen häuslichen Umgebung nicht mehr gewährleistet werden kann, dann muss die Soziale Arbeit im Sinne des betroffenen Menschen nach einer entsprechenden Alternative suchen, damit der schützende Halt der eigenen Lebenswelt möglichst optimal weiter erhalten werden kann (vgl. Grossmann 2008: 108). Dadurch, dass Soziale Arbeit Betroffene ganz individuell mit all den Bedürfnissen und Gegebenheiten in den Fokus nimmt, ist sie mit ihrem Wissen, ihrer Kompetenzen und ihrer Haltung gegenüber einem ganzheitlichen lebensweltorientierten Ansatz gut vorbereitet, Menschen am Lebensende unter der Berücksichtigung der Autonomie und der Menschenwürde beratend und unterstützend zu begleiten (vgl. Wasner 2022: 371-375).

Das oft verdrängte Thema des Lebensendes ist in den vergangenen Jahren durch die Erkrankung an Covid-19 wieder vermehrt zum Gegenstand des öffentlichen Diskurses geworden.

1.5 Aktuelle rechtliche Lage in der Schweiz

Die rechtlichen Bestimmungen für die Sterbe- und Suizidhilfe in der Schweiz, sind in der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) wie auch in der Schweizerischen Bundesverfassung (BV) verankert. Ebenso lassen sich im schweizerischen Strafgesetzbuch rechtlich verankerte Bestimmungen finden. In der Schweiz gilt gesetzlich, dass nur wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord Hilfe leistet, zum Beispiel durch die Beschaffung einer tödlichen Substanz, wird nach Art. 115 StGB mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder einer Geldstrafe bestraft. Sterbeorganisationen wie zum Beispiel Exit leisten Suizidhilfe im Rahmen dieses Gesetzes (vgl. Bundesamt für Justiz 2022). Bei dieser Form von Sterbehilfe vermittelt die Organisation dem betroffenen Menschen die tödliche Substanz NaP, welche vom betroffenen Individuum ohne Fremdhilfe selbst eingenommen wird. Dasselbe gilt, wenn sich die betroffene Person dazu entscheidet die tödliche Substanz per Infusion, welche im Vorfeld durch eine Fachperson vorbereitet wird, durch das selbstständige Öffnen der Zufuhr selbst zu injizieren. Durch die Bestimmungen in der Schweiz gehört die Sterbehilferegelung zu den europaweit liberalsten und findet einen Kompromiss zwischen dem Recht auf Leben und dem Recht auf einen selbstbestimmten Tod (vgl. Gerstl 2020). In Art. 7 BV steht geschrieben, dass die Würde des Menschen zu schützen und zu achten sei.

Interkantonale Konventionen und weitere Regelungen nehmen Bezug auf gesundheitsrechtliche Fragen am Lebensende und einige davon gelten in der Schweiz als unmittelbar geltendes

Recht. Zum Beispiel (z.B.) wurde die Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (Europäische Menschenrechtskonvention EMRK) ins Schweizer Recht übernommen, aus welcher namentlich die Grundfreiheiten, welche sich mit denen der Bundesverfassung überschneiden, relevant sein könnten. Dies zeigt sich z. B. bei der Diskussion um den assistierten Suizid (vgl. Zimmermann et al. 2019: 130). Der Schutzbereich der persönlichen Freiheit, Art. 10 Abs. 2 BV, umfasst alle Freiheiten die für die Persönlichkeitsentfaltung elementar sind. Zum Recht auf Achtung des Privatlebens gemäss Art. 8 Ziff. 1 EMRK zählt unter anderem das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens frei zu entscheiden, soweit der oder die Rechtsinhabende eigens in der Lage ist, den eigenen Willen frei, ohne Beeinflussung zu bilden und danach zu handeln. Ein Anspruch auf Suizidhilfe seitens des Staates oder Dritter besteht hingegen nicht. Der Kerngehalt der Grundrechte ist unantastbar und Einschränkungen der persönlichen Freiheit gemäss Art. 36 BV beruhen immer auf einer gesetzlichen Grundlage und müssen verhältnismässig sein und im öffentlichen Interesse liegen. Die Bundesverfassung bildet die Grundlage für Bundesgesetze, welche auch für das Lebensende Bedeutung entfalten. Hier sind vor allem das Strafgesetzbuch, das Zivilgesetzbuch (ZGB) wie auch das Obligationenrecht (OR) zu benennen (vgl. ebd.: 131). Im Zivilgesetzbuch sind insbesondere die Bestimmungen über die Persönlichkeit, Art. 11 ff. ZGB, die Rechtsfähigkeit, die Handlungs(-un-)fähigkeit, die Urteils(-un-)fähigkeit, wie auch Anfang und Ende der Persönlichkeit, Art. 31 ff. ZGB, von grosser Bedeutung (vgl. ebd.: 131). Assistierter Suizid/Freitod gehört zu den Todesfällen, die bei der Strafverfolgungsbehörde einen aussergewöhnlichen Todesfall (AGT) darstellen. Bei einem aussergewöhnlichen Todesfall, wie es der assistierte Suizid/Freitod darstellt, müssen zwingend die Polizei, die Staatsanwaltschaft und die Gerichtsmedizin benachrichtigt werden, um eine Straftat auszuschliessen. Die liberale Rechtslage der Schweiz führt dazu, dass immer wieder Menschen aus dem Ausland in die Schweiz reisen, um sich mit einem assistierten Suizid/Freitod mit Hilfe einer der Sterbehilfeorganisationen von ihrer Not zu erlösen. Diesbezüglich haben sich die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK), und die SAMW mit dem Phänomen des Sterbetourismus auseinandergesetzt (vgl. Venetz 2008: 85).

1.6 Herleitung der zentralen Fragestellung und Fragestellung

Die vorliegende Arbeit trifft keine Entscheidung darüber, und soll keine Beurteilung darüber sein, ob der assistierte Suizid/Freitod als richtig oder falsch eingestuft werden kann. Die Arbeit soll die verschiedenen Positionen aufzeigen mit dem fokussierten Blick auf die Soziale Arbeit im Diskurs um den assistierten Suizid/Freitod. AvenirSocial hat bis zum heutigen Tag keine Stellungnahme zum assistierten Suizid/Freitod veröffentlicht. Damit fehlt der Sozialen Arbeit eine orientierende Grundlage, welche Aufschluss über die Berufshaltung in dieser Diskussion

geben könnte. Generell ist zu sagen, dass es keinem von uns zusteht, sich gegenüber Menschen, die sich für oder gegen einen assistierten Suizid/Freitod aussprechen ein Urteil oder gar eine Verurteilung anzumassen. Tatsache ist jedoch, dass das Thema des assistierten Suizids/Freitods immer wieder ethische Diskussionen aufwirft. Im Bereich des assistierten Suizids/Freitods entsteht für die Soziale Arbeit eine unausweichliche Aufgabe im Prozess der ethischen Entscheidungsfindung. Hinzukommend besteht für die Soziale Arbeit in einer beratenden Rolle eine herausfordernde Kernaufgabe in der systemischen Betrachtung und dem Einbezug der Lebenswelt der betroffenen Klientel. Die Soziale Arbeit hat mit ihren vielseitigen Beratungskompetenzen grosses Potenzial auf diesem Gebiet, bestehende Lücken aufzuzeigen und zu schliessen, indem sie ihre Professionalität in diesem Handlungsfeld einbringt.

Ziel der vorliegenden Arbeit soll die Herausarbeitung der Positionierung der Sozialen Arbeit in der Diskussion des assistierten Suizids/Freitods sein, um eine professionell begründete ethische Entscheidungsfindung unter der Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen zu ermöglichen.

Aufbauend auf diesen Überlegungen ergibt sich folgende Fragestellung:

„Welche ethischen Aspekte sind für die Positionierung der Sozialen Arbeit in der Diskussion des assistierten Suizids/Freitods zentral und welche rechtlichen Rahmenbedingungen müssen dabei berücksichtigt werden?“

2 Begrifflichkeiten

In der Einleitung wurden bereits etliche Begriffe verwendet, ohne diese klar zu definieren. Für den Prozess der ethischen Entscheidungsfindung und für die Bearbeitung der Fragestellung ist jedoch ein differenziertes Verständnis der Kernbegriffe bedeutsam. Eine differenzierte Darlegung der verschiedenen Formen von Sterbehilfe und dem assistierten Suizid/Freitod wird im Folgenden abgebildet.

2.1 Verschiedene Formen der Sterbehilfe

Als Sterbehilfe werden alle vorgenommenen unterstützenden Massnahmen im Sterbeprozess eines Menschen bezeichnet. Die verschiedenen Formen von Sterbehilfe lassen sich durch unterschiedliche konkrete Verhaltensweisen definieren.

Im Folgenden werden verschiedene Formen von Sterbehilfe dargelegt:

2.1.1 Passive Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe ist rechtlich eine Unterlassung, auch wenn sie äusserlich durch Ausführungen wie zum Beispiel das Abstellen der Nahrungszuleitung als eine aktive Handlung erscheint (vgl. Kehl 1989: 85). Passive Sterbehilfe bedeutet, dass eine Behandlung von lebensverlängernde Massnahmen abgebrochen wird, oder diese gar nicht erst begonnen wird. Unter diese Massnahmen fallen beispielsweise Antibiotikatherapien, Bluttransfusionen, Verzicht auf Operationen, die Zufuhr von Nährstoffen oder eine künstliche Beatmung. Hier lässt man den natürlichen Sterbeverlauf geschehen (vgl. Friess 2010: 16-18). Eine andere Form der passiven Sterbehilfe ist das bewusste Sterbefasten. Durch die passive Sterbehilfe tritt der Tod als eine Nebenfolge ein (vgl. Grossmann 2002: 25). Die passive Sterbehilfe ist gesetzlich nicht geregelt und gilt als erlaubt (vgl. Bundesamt für Justiz 2022). Wenn ein Mensch urteilsfähig ist, entscheidet er oder sie selbst über die Anwendung der passiven Sterbehilfe bei sich selbst. Eine Patientenverfügung kann hier sehr hilfreich sein, da diese auf dem individuellen Recht auf Selbstbestimmung beruht und vorsorglich den Abbruch oder den Verzicht auf medizinische Behandlungen verlangt und festhält (vgl. Von Schirach 2020: 128). Die antizipative Willensbekundung des betroffenen Menschen wirkt nach einem möglichen Bewusstseinsverlust fort. Der Bundesgerichtshof (BGH) stellt klar, dass „die Würde der Betroffenen (Art. 1 Abs. 1 GG) verlangt, dass eigenverantwortlich getroffene Entscheidungen auch dann noch respektiert werden, wenn die Fähigkeit zum freiverantwortlichen Entscheiden verloren gegangen ist“ (vgl. Gavela 2013: 54). Ist dies für eine betroffene Person nicht mehr möglich, liegt die Entscheidung bei der gesetzlichen Vertretung. Sind solche Zustimmungen zeitlich nicht mehr möglich, liegt die Entscheidungskraft beim Arzt*in (vgl. Kehl 1989: 65).

2.1.2 Aktive (direkte) Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe ist rechtlich ein Handeln, ein aktiver Eingriff in den natürlichen Ablauf des Lebens (vgl. Kehl 1989: 85). Direkte aktive Sterbehilfe stellt eine gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen dar. Hierbei wird auf Eigenwunsch des betroffenen Individuums durch eine Drittperson ein tödliches Medikament verabreicht. Dadurch wird der

Tod gezielt herbeigeführt (vgl. Bundesamt für Justiz 2022). Die aktive Sterbehilfe steht in Verbindung zu einer medizinischen Handlung (vgl. Grossmann 2008: 21), stellt jedoch keine zwingende ärztliche Aufgabe dar (vgl. (Schneider-Gurewitsch 2020: 98). Die direkte aktive Sterbehilfe ohne vorausgehendes eigenes Verlangen, sprich dem Willen oder dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person, ist verboten und strafbar.

2.1.3 Indirekte (aktive) Sterbehilfe – Palliative Sedierung

Als Palliative Sedierung wird die absichtliche Verabreichung einer sedierenden Substanz bezeichnet, welche bei Menschen mit einer fortschreitenden Krankheit mit einer limitierten Lebenserwartung auf die Linderung eines oder mehrerer refraktärer Symptome abzielt. Durch eine Palliative Sedierung wird eine vorübergehende oder definitive Bewusstseinsverminderung vorgenommen. Eine Palliative Sedierung kann eine Beschleunigung des Todeseintritts mit sich bringen, was jedoch nicht als prioritär beabsichtigte Handlung des Arztes oder der Ärztin zu verstehen ist. Prioritäres Ziel einer Palliativen Sedierung ist es, einen möglichst erträglichen Zustand für den betroffenen Menschen herbeizuführen. Bei der Palliativen Sedierung handelt es sich nicht um Beihilfe zur Selbsttötung oder um aktive Sterbehilfe (vgl. Neuschwander/Cina 2015: 195-201).

2.2 Suizid

Der Begriff „Suizid“ stammt aus dem Lateinischen „sui (seiner) und caedere“ (töten, morden) und bedeutet „sich selbst zu töten“. Der Begriff beschreibt eine Handlung eines Menschen, mit welcher er oder sie willentlich durch eigenes Tun der eigene Tod herbeiführt (vgl. Oldenburg 2007: 12). Der Suizid gilt als unnatürlicher Tod. Er kann eine letzte Konsequenz im Namen der Selbstbestimmung und der Menschenwürde sein, gemäss einer liberalen Auslegung und vor allem in Übereinstimmung mit dem Selbst- und Weltbild der Betroffenen (vgl. Birkenstock 2022: 42).

2.2.1 Assistierter Suizid/Freitod

Solange keine Voraussetzungen von Art. 115 StGB gegeben sind, (Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord aus selbstsüchtigen Beweggründen) ist der assistierte Suizid/Freitod, welcher in der Schweiz meist durch eine Sterbehilfeorganisation begleitet wird, nicht strafbar (vgl. Tag 2016: 76). Beim assistierten Suizid wird dem sterbewilligen Menschen geholfen, den Akt der vorsätzlichen Selbsttötung frei und in Eigenverantwortung zu begehen. Das Mittel der Wahl, welches den Tod herbeiführt, ist das Schlafmittel Pentobarbital (NaP). Pentobarbital wurde in der früheren Medizin oft als Beruhigungs- und Schlafmittel eingesetzt. Durch eine absichtliche Überdosierung von NaP, welche beim assistierten Suizid/Freitod angewendet wird, wird eine

Atem- und Kreislaufdepression herbeigeführt, wodurch innert kürzester Zeit eine tiefe Bewusstlosigkeit einsetzt und aufgrund der Atemdepression darauffolgend der Herzstillstand eintritt. Im Unterschied zur Tötung auf Verlangen hält die betroffene Person die zu vollziehende Handlung bis zum Schluss in den eigenen Händen. Durch diese Handlungsfreiheit besteht für den sterbewilligen Menschen die Möglichkeit, den eigens getroffenen Entschluss jederzeit abzuberechnen (vgl. Dignitas 2023).

2.2.2 NaP – Pentobarbital

Pentobarbital (Natriumsalz) wurde in der früheren Humanmedizin als starkes Schlaf- und Beruhigungsmittel verwendet, was heute nicht mehr der Fall ist.

2.3 Ethik und Moral

Ethos und Moral bezeichnen ein bestimmtes überliefertes Verhalten, Empfinden und Denken des Menschen, das mit der individuellen Lebensweise zu tun hat. Dem gegenüber steht der Ausdruck der Ethik, und steht für die Wissenschaft vom Ethos. Die beiden Begriffe, Moral und Ethik, sind also durchaus nicht wie oft in der Alltagssprache gebraucht, gleichbedeutend (vgl. Schmid Noerr 2018: 36). Die Unterscheidung von Ethik und Moral hat im Besonderen auf die berufliche Ethik seine Wichtigkeit. Es gilt einerseits bestimmte Normen einzuhalten, andererseits ethisch begründete Entscheidungen zu treffen, um die damit verbundenen Konsequenzen tragen zu können (vgl. Frost 2012: 11).

2.3.1 Ethik

Ethik ist eine Wissenschaft, welche sich mit dem menschlichen Handeln befasst. Die Grundfrage der Ethik lautet: Wie sollen wir leben? Ethik ist das Nachdenken, die Reflexion, Wissenschaft oder die Philosophie des Ethos bzw. der Moral. Ethik forscht nach allgemeinen, grundlegenden Prinzipien, aus welchen sich moralische Urteile begründen lassen (vgl. Schmid Noerr 2018: 37). Die Frage nach einem guten Leben stellt die Grundfrage der Ethik dar (vgl. Rössler 2017: 232). In der heutigen Zeitepoche entstehen oft harte normative Konflikte und Widersprüche, da auf allen Ebenen das ethisch Gute verwirklicht werden möchte (vgl. Bondolfi 1990: 16).

Die nationale Ethikkommission beschreibt 2006 acht Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe. Ziel dieser Empfehlungen ist es darzustellen, welchen Schutz Menschen benötigen, die den Wunsch zu sterben haben und dafür die Hilfe einer Sterbehilfeorganisation in Anspruch nehmen möchten (vgl. NEK CNE 2006: 2).

1. Es besteht Urteilsfähigkeit im Hinblick auf die Entscheidung, das eigene Leben mit Hilfe eines Dritten zu beenden.
2. Der Suizidwunsch ist aus einem schweren, krankheitsbedingtem Leiden entstanden.
3. Psychisch kranken Menschen, bei denen die Suizidalität ein Ausdruck oder Symptom der Erkrankung ist, soll keine Suizidhilfe gewährt werden.
4. Der Sterbewunsch ist dauerhaft und konstant. Er ist nicht aus einem Affekt oder aus einer absehbar vorübergehenden Krise entstanden.
5. Der Wunsch zu Suizid ist frei von äusserem Druck zustande gekommen.
6. Alle Alternativen Optionen sind abgeklärt, mit dem Suizidwilligen erwogen und geprüft sowie gemäss seinem Wunsch ausgeschöpft.
7. Persönliche, mehrmalige Kontakte und intensive Gespräche sind unabdingbar. Eine Abklärung aufgrund einer einmaligen Begegnung oder auf dem Korrespondenzweg ist ausgeschlossen.
8. Eine unabhängige Zweitmeinung kommt zum gleichen Schluss.

2.3.2 Moral

Moralische Vorstellungen werden in Alltag häufig verwendet. Moral wird oft mit den Begriffen „Werte und Normen“ in Verbindung gebracht (vgl. Schmid Noerr 2018: 37). Da der Mensch ein handelndes Wesen ist, gestaltet und erfährt er sich in offenen Möglichkeiten, in welcher er wählen und sich festlegen muss. Dabei erfährt er sein Tun als misslingend oder gelingend oder als gut oder böse und er erfährt sich als zuständig für die eigene Handlung und für sich selbst (vgl. Thiersch 2012: 205). Es kann also gesagt werden, dass Moral ein kulturell verankertes Geflecht von Handlungsorientierungen ist, welches das Wohl der Einzelnen und der Gemeinschaft in einer Balance hält. Eine moralische Einstellung einzunehmen bedeutet, die Bedürfnisse Anderer unabhängig von persönlichen Einstellungen angemessen zu berücksichtigen (vgl. Schmid Noerr 2018: 46). Moral zeichnet sich durch Selbstverpflichtung, etwas zu tun oder zu unterlassen aus (vgl. Bleisch/Huppenbauer/Bauberger 2021: 30). Manchmal wird auch von einer moralischen Empörung gesprochen. Dies ist dann der Fall, wenn wir eine moralische Form als verletzt sehen. Das Faktum der Empörung kann jedoch nicht als Beweis eines moralischen Missstandes gewertet werden (vgl. ebd.: 48).

3 Würde- Menschenwürde und Würdebegriff

Würde bedeutet, so kann bei dem wohl bedeutendsten Prägemeisters dieses Begriffs, Immanuel Kant, nachgelesen werden, dass Menschen nicht wie Gegenstände oder Sachen zu behandeln sind. Ihnen ist mit Achtung zu begegnen (vgl. Hattler/Koecke 2020: 60). Der Begriff

der Würde ist sehr variabel. Aufgrund der reichlich vorhandenen Würdeinterpretationen folgt ein kurzer geschichtlicher Abriss des Würdebegriffes.

3.1.1 Geschichte des Würdebegriffs

In der Entwicklung des Würdebegriffs lassen sich in der abendländischen Geistesgeschichte einige Grundlinien feststellen. Das Konzept der Würde wurde durch die Jahrhunderte hindurch nur durch zweierlei Weise ausgelegt. Einmal als Seinsbestimmung, und als zweites als Gestaltungsaufgabe. In der griechischen und römischen Antike wurde von der Würde nur im Sinne der kontingenten Würde gesprochen, also von einer Errungenschaft. Erst die mittlere Stoa erkannte, dass jedem Menschen aufgrund seines Menschseins Würde eigen ist. Marcus Tullius Cicero, ein römischer Politiker, Anwalt, Schriftsteller und Philosoph war der erste, der nachweislich von einer allgemeinen Menschenwürde sprach, wie es dies in ähnlicher Weise die christliche Theologie der Patristik (Epoche der Alten Kirche) und der Scholastik (eine Richtung der Philosophie im Mittelalter) tat. Mit dem Beginn der Neuzeit wurde die Würde immer weniger auf die Mittelpunktstellung des Menschen zurückgeführt, sondern lediglich auf seine Vernunft und Freiheit. In der Geschichte der Herauslösung der Würdeidee aus der alten religiös-metaphysischer Einbindung schreibt Blaise Pascal (französischer Mathematiker, Physiker, Literat), dass die ganze Würde des Menschen in seinem Denken liegt (vgl. Rüeegger 2004: 22-24). Wirkungsgeschichtlich bedeutsam wurde die Bestimmung des Würdebegriffes durch Immanuel Kant (deutscher Philosoph). Er verstand die Menschenwürde als einen unvergleichlichen inneren Wert, und durch kein anderes Gut oder anderen Wert aufgewogen werden kann. Diese Würde ermöglicht es dem Menschen, sich selbstbestimmt nach dem Sitten- oder Vernunftgesetz zu richten. Kant bezeichnet die Würde als Wesensmerkmal des Menschen und als ein an jede Person gerichteter Gestaltungsauftrag. Mit dieser Begründung der Würde in der Vernunft und Autonomie des Menschen ist ein bis heute wirksames Motiv des Würdeverständnisses gegeben (vgl. ebd.: 25f.).

Die Würde kann als Grundwert, ihre Respektierung als Grundlage jeden humanen Zusammenlebens bezeichnet werden. Jedoch gibt es Anzeichen dafür, dass sich ein wohl weitgehend unreflektiertes Würdeverständnis zeigt, welches den zentralen Gehalt der Menschenwürde verkennt. Dies zeigt sich besonders deutlich in der Diskussion um die Sterbehilfe (vgl. ebd.: 9).

3.1.2 Menschenwürde

Menschenwürde gilt als höchster moralischer Grundsatz und kann nicht in einem streng wissenschaftlichen Sinn „bewiesen“ werden, sondern „nur“ in ihrem Gehalt und ihrer Gültigkeit, im Sinne einer Selbstevidenz (vgl. Rüeegger 2004: 21). Die Menschenwürde befindet sich wie

die Selbstbestimmung und die Freiheit auf der höchsten normativen Ebene ethisch-rechtlicher Prinzipien. Alle drei sind eng miteinander verknüpft (vgl. Birkenstock 2022: 88). Menschenwürde lässt sich theologisch damit begründen, indem auf die Gottesebenbildlichkeit des Menschen verwiesen wird (vgl. Bleisch/Huppenbauer/Baumberger 2021: 185). Die Wahrung der Menschenwürde hat mit Einfühlungsvermögen zu tun. Denn nur wer sich von den kleinen oder grösseren Verletzungen der Menschenwürde berühren lässt, ist sich bewusst, was für uns alle auf dem Spiel steht, wenn genau diese Würde des Menschen jene „Sakralität“ verloren ginge (vgl. Hug 2016: 182). Der Begriff der Menschenwürde wird in der schweizerischen Verfassung so verstanden, dass der würdige Mensch autonom urteilen und entscheiden kann, soweit dadurch die Freiheit der anderen Menschen nicht einschränkt wird (vgl. Gutzwiller 2012: 53). Interessanterweise bedienen sich Gegner wie auch Befürworter des assistierten Suizids/Freitods genau dieser Menschenwürde als Argumentation Pro oder Contra.

3.1.3 Inhärente Würde

Das Konzept der inhärenten Menschenwürde geht davon aus, dass jedem Menschen mit seinem ganzen Sein eine Personenwürde gegeben ist, die ihm niemals entzogen oder abgesprochen werden kann, sprich, die er oder sie niemals verlieren kann. Es ist ethisch unbestritten, dass aufgrund dieser Würde und als deren wesentlichem Aspekt das Recht auf Autonomie, Freiheit und Selbstbestimmung besteht (vgl. Rügger 2004: 64f.).

3.1.4 Kontingente Würde

Die kontingente Würde stellt eine Form der Würde dar, welche sich jeder Mensch persönlich aneignen kann. Diese Würde ist dem betreffenden Menschen nicht inhärent. Sie stellt ein soziales Attribut dar und kommt den betreffenden Personen nur dadurch zu, dass sie eine bestimmte soziale Stellung innehat oder eine bestimmte Rolle ausübt. Bei der kontingenten Würde kann beispielsweise von einem hohen politischen Gast gesprochen werden, welche ein soziales Attribut darstellt. Die kontingente Würde kann einerseits verloren gehen, weil sie einem z. B. entzogen werden kann, andererseits kann sie auch wieder erworben oder gewonnen werden (vgl. Rügger 2004: 32f.).

Damit die Würde vom Menschen selbst und seiner Umwelt optimal erlebt werden kann, braucht es jedoch die Gestaltung der äusseren Umwelt mit der Ausstattung von Ressourcen wie finanziellen Mitteln, Fürsorge und sozialen Kontakte. Kontingente Würde kann auf verschiedene Arten zum Ausdruck gebracht werden. So können z.B. gewisse äussere Lebensumstände als entwürdigend empfunden werden. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit die äusseren Lebensumstände die (sozial-kontingente oder die inhärente Menschen-)Würde eines Menschen angemessen widerspiegelt. Kontingente Würde ist meist ungleich verteilt, da sie sich nicht auf

das in allen Menschen gleiche Humanum bezieht, sondern auf die unterschiedlichen Qualitäten, Verhaltensweisen, Funktionen und Lebensumstände (vgl. ebd.: 33f.).

4 Palliative Care

Die Europäische Gesellschaft für Palliative Care (EAPC) definierte 1989 zum ersten Mal aufgrund der Veröffentlichungen von Cicely Saunders den Begriff der Palliative Care. Definiert wurde der Begriff mit der „aktiven, ganzheitlichen Sorge und Betreuung für Menschen deren Erkrankungen nicht mehr auf eine heilende Behandlung ansprechen (vgl. Holder-Franz 2012: 116). Palliative-Care und Palliativmedizin beschränken sich nicht nur auf die Onkologie (Bereich der Medizin, welcher sich mit allen Tumorarten und Krebserkrankungen befasst), auch nicht nur auf die Phase am Lebensende. Sie befasst sich nicht mit bestimmten Krankheiten, sondern flächenübergreifend mit Menschen und deren Bedürfnisse in bestimmten, symptomatischen Phasen ihrer chronischen oder weit fortgeschrittenen Krankheit (vgl. Neuenschwander/Cina 2015: 12). Palliativ bedeutet nicht generell, dass das Sterben bereits begonnen hat oder der Tod längst hinter der nächsten Türe lauert. Aber es bedeutet, dass die Krankheit bereits weit fortgeschritten ist und nicht mehr geheilt werden kann (vgl. Frey 2018: 12). Schweizer Bund und Kantone haben eine nationale Strategie Palliative Care verabschiedet. Diese definiert, dass die Palliative Care die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/ oder chronisch fortschreitenden Krankheiten umfasst. Hinzukommend beugt sie Leiden und Komplikationen vor und beinhaltet medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen und psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung am bevorstehenden Lebensende (vgl. Schneider-Gurewitsch 2020: 109). Palliative Care orientiert sich am Konzept der Lebensweltorientierung nach Klaus Grunwald und Hans Thiersch, welches sich gegen die vereinfachte Alltagssicht richtet und die Ambivalenz von Alltagserfahrungen zwischen Selbstständigkeit, Entlastung, Sicherheit und Einschränkungen betont (vgl. Grunwald/Thiersch 2008: 14). Das Konzept wird hierbei als Zugang zu den erschwerten Lebensbedingungen am Lebensende verstanden (vgl. ebd.: 16).

4.1 Terminale Phase

Die Terminalphase (lateinisch-Term-terminus) beschreibt die letzte Phase des menschlichen Lebens. In dieser Zeit gilt es besonders, die psychischen, physischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse zu erfüllen und wenn vorhanden, deren Nöte zu lindern (vgl. Roller 2004: 7).

5 Autonomie und Selbstbestimmung

Autonomie und Selbstbestimmung besitzen in der Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Menschen entscheiden im Allgemeinen frei und nach eigenen Massstäben ohne Fremdbestimmung. Zwischen Autonomie und Selbstbestimmung besteht ein wesentlicher Unterschied, nämlich der, dass Selbstbestimmung zur Kategorie dessen gehört, was getan werden darf und kann, und Autonomie zu der Kategorie dessen, was ist (vgl. Welsh/Ostgathe/Frewer/Bielefeldt 2017: 35).

5.1 Autonomie

Der Begriff „Autonomie“ wird vom griechischen autonomos abgeleitet und setzt sich aus autos (selbst) und Nomos (Gesetz) zusammen und bedeutet Sinngemäss Selbstgesetzgebung (vgl. Brahier 2011: 38). Autonomie kann einem Menschen weder zukommen noch kann sie ihm abgesprochen werden, da der Mensch in seinem Wesen selbst autonom ist. Autonomie ist das, was die Lateiner ein proprium nennen, was so viel bedeutet wie eine untrennbare, notwendige Eigentümlichkeit. Autonomie sollte die Menschen miteinander verbinden, nicht voneinander isolieren (vgl. Welsh et al. 2017: 30-32). Autonomie gilt als eine wichtige zivilisatorische Errungenschaft, die es, wie Norbert Elias es nannte, zu verteidigen gilt, weil es dabei um Freiheitsspielräume geht (vgl. Pauen/Welzer 2015: 273).

5.2 Selbstbestimmung und Urteilsfähigkeit

Aus der Würde jedes Menschen folgt das Selbstbestimmungsrecht des eigenen Lebens. Aus dem Recht auf Leben, folgt jedoch nicht unweigerlich die Pflicht zum Leben (vgl. Küng 2014: 109). Selbstbestimmung ist die Umsetzung von Autonomie. Wie der Terminus „Selbstbestimmung“ besagt, bestimmt das autonome Subjekt sich selbst und nicht jemand anderes (vgl. Welsh et al. 2017: 34).

Selbstbestimmung stellt ein Gebot der Menschenwürde dar. Selbstbestimmung und Menschenwürde gelten als fundamentale Schutzgüter der Menschen (vgl. Künast 2015: 46). Selbstbestimmung ist im Leben und am Lebensende ernst zu nehmen – Selbstbestimmung als unsere letzte Freiheit - und es gilt sie zu respektieren. Selbstbestimmung hat aber auch Grenzen nämlich dort, wo die Selbstbestimmung einer anderen Person tangiert wird. Ebenso kann mit dem Anspruch auf Selbstbestimmung nicht eine medizinisch unrelevante Therapie eingefordert werden. Zudem bestehen neben äusseren Grenzen auch innere Grenzen nämlich die der Urteilsunfähigkeit (vgl. Rüegger/Kunz 2020: 70-72). Die Urteilsunfähigkeit wird im Unterkapitel 3.2.2. näher erläutert.

5.2.1 Urteilsfähigkeit als zentrales Kriterium

Eines der zentralen Themen am Lebensende betrifft die Selbstbestimmung und Urteilsfähigkeit. Solange ein Mensch urteilsfähig ist, kann er oder sie selbst über das Einleiten, Durchführen oder Beenden einer medizinischen Massnahme entscheiden. Solche Entscheidungen zählen als Ausübung höchstpersönlicher Rechte nach Art. 19c ZGB, wobei die Einwilligung ausdrücklich oder konkludent erteilt werden kann. Das bedeutet, dass eine Handlung oder ein Verhalten der betroffenen Person, welches auf eine bestimmte Willenserklärung hindeutet, als Selbstbestimmung respektiert werden muss. Zur Urteilsfähigkeit muss eine Person fähig sein, die Realität zu erfassen und die Konsequenzen des eigenen Verhaltens zu beurteilen (vgl. Zimmermann et al. 2019: 153).

Gemäss dem Schweizerischen Zivilgesetzbuch Art. 16 ist jede Person urteilsfähig *„der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.“*

Diesbezüglich rückte in der Schweiz ein besonders Aufsehen erregender wegweisender Fall für die Suizid/Freitodbegleitung ins Rampenlicht (vgl. Regiojournal SRF 2021). Es handelte sich um einen Paragrafenfall, welcher die Hausärztin und Leitende Erika Preisig betraf. Sie wurde Ende April 2021 vom Vorwurf der vorsätzlichen Tötung in Bezug auf eine durch sie geleistete Leitende bei einer 66-jährigen Frau freigesprochen. Hauptanklagepunkt in diesem Prozess war, ob die 66-jährige Frau, welche von Fr. Dr. Preisig in ihren Leitend begleitet wurde, aufgrund ihrer psychischen Erkrankung zum Zeitpunkt ihres Leitendes urteilsfähig war oder nicht.

5.2.2 Urteilsunfähigkeit

Urteilsunfähigkeit und die Dauer der Urteilsunfähigkeit werden im Einzelfall unter der Berücksichtigung der persönlichen Fähigkeit und der Komplexität der Sachlage beurteilt (vgl. Gerstl 2021). Bei einer Urteilsunfähigkeit bleibt der Anspruch auf Selbstbestimmung der betroffenen Person durch stellvertretende Personen auf indirektem Weg erhalten.

6 Das Konzept Lebenswelt

Dadurch, dass sich die Lebensbedingungen eines Menschen unterscheiden, stellt der Begriff „Lebenswelt“ einen komplexen und vielschichten Begriff dar. Die eigene Lebenswelt ist für jeden einzelnen Menschen von immenser Bedeutung und ist keiner Norm unterlegen. Diese gilt es auch- und besonders im Sterben zu wahren und zu erhalten (vgl. Grossmann 2008:

107). Lebenswelt ist die Wirklichkeit des Menschen, nicht die Realität der physikalischen Welt. In der Sozialen Arbeit hat sich Lebensweltorientierung als Rahmenkonzept durchgesetzt. Lebenswelt meint den Bezug auf die gegebenen Lebensverhältnisse, das Wahrnehmen der gegebenen Rahmenbedingungen des betroffenen Menschen (vgl. Thiersch 2012: 5). Aufgrund dessen ist es gerade beim Thema „assistierter Suizid/Freitod“ ausserordentlich wichtig, der Subjektivität der Lebenswelt von Betroffenen Rechnung zu tragen. Es gilt stets zu berücksichtigen, wie sich der Mensch selbst in seiner Lebenswelt und seinem Lebensentwurf erfährt, und dass jedes Individuum alleiniger und letzter Entscheidungsträger darüber ist, welches Leiden erträglich oder unerträglich scheint. Der Ort des Sterbens, die momentane vorgefundene Lebenswelt ist für Betroffene von zentraler Bedeutung. Bis heute teilt die Hospizbewegung die Meinung von Elisabeth Kübler-Ross, dass es auch im Sterben die Lebenswelt zu wahren und zu erhalten gilt (vgl. Grossmann 2008: 106f.).

Im Folgenden werden die vier Zugänge der Lebenswelt dargestellt.

6.1 Erster Zugang

Lebenswelt lässt sich als ein phänomenologisch- ethnomethodologisch orientiertes Konzept beschreiben. Der Mensch wird als Individuum in einer Wirklichkeit, in der er sich immer schon vorfindet, verstanden. Alle materiellen und immateriellen Ressourcen dieser in der Erfahrung präsenten Wirklichkeit sind in Erfahrungen des Raumes, der Zeit und der sozialen Beziehungen gegliedert. Menschen sind darum bestrebt, in pragmatischen Anstrengungen die Vielfältigkeit der ineinander verstrickten Aufgaben zu bewältigen. Lebenswelt in diesem Zugang als beschreibendes Konzept hebt die Geschicklichkeit des Sich-Arrangierens im Überleben hervor. Ebenso werden Anstrengungen sich in diesen Verhältnissen zu behaupten akzentuiert. Anstrengungen wie die der Selbstdarstellung, der Kompensation, Überanpassung oder des Stigmamanagements. Formen des defizitären und abweichenden Verhaltens sind in diesem Kontext immer auch als Ergebnis einer Anstrengung, in den gegebenen Verhältnissen zurechtzukommen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 20). Das Konzept zielt darauf ab, jeden Menschen als eigenes Individuum in ihren vorenthaltenen Partizipationschancen und ihren Schwierigkeiten des Alltags zu sehen (vgl. ebd.: 5).

6.2 Zweiter Zugang

Lebenswelt ist als erfahrene Wirklichkeit gegliedert in unterschiedlichen Lebensfeldern und Lebensräumen wie zum Beispiel der Familie, der Arbeit oder der Öffentlichkeit. Dadurch, dass Menschen in ihrem Lebenslauf durch die verschiedenen Lebensfelder hindurchgehen, bewegen sie sich im Neben- und Nacheinander unterschiedlich profilierter lebensweltlicher Erfah-

rungen. Diese Erfahrungen kumulieren im Lebenslauf, steigern und ergänzen sich oder blockieren sich, so dass sie zu Verletzungen und Traumatisierungen mutieren. Das Konzept Lebenswelt ist schliesslich sensibel dafür, die Bewältigungsaufgaben und Vermittlung zwischen den Lebensfeldern und die im Lebenslauf erworbenen lebensweltlichen Ressourcen zu bewältigen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 20f.).

6.3 Dritter Zugang

In der Rekonstruktion von Lebenswelt ist das Konzept Lebenswelt *normativ-kritisch*, da die Ressourcen, Deutungen und Handlungsmuster in sich als widersprüchlich erfahren werden. Einerseits bieten sie durch soziale Sicherheit und Identität Entlastung, und sie schaffen Voraussetzungen für Fantasie und Kreativität. Andererseits werden sie als einengend, ausgrenzend und blockierend erfahren und anhand von Protesten, Trauer und realitätsüberschreitenden Träumen geäussert. Lebenswelt als normativ-kritisches Konzept sieht die gegebenen Zustände auch in ihrem Elend und den tabuisierenden Macht- und Unterdrückungsstrategien. Der Blick wird aber auch auf die Möglichkeiten und Hoffnungen auf gelingende Verhältnisse ausgerichtet. Ein eindrückliches Beispiel für die her liegenden Probleme zeigen die innerhalb der Gender-Forschung entwickelten Ansätze zur Dekonstruktion von Verdeckungszusammenhängen als Voraussetzung für eine freie Lebensform. Das Konzept Lebensweltorientierung insistiert auf der Dialektik des Gelingenden und Verfehlten in der Lebenswelt und der immer wieder notwendigen Demontage des Gegebenen im Namen der freieren Ansprüche. In diesem Widerspiel von Respekt und Destruktion, in der Zurückweisung der Genügsamkeit von Verhältnissen wie sich im hier und jetzt darstellen und in Sensibilität für die Erfahrungen von Kräften, von unterdrückten Hoffnungen, Trauer und Schmerz (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 21).

6.4 Vierter Zugang

Das Konzept Lebenswelt ist *ein historisch und sozial konkretes Konzept*. Das Doppelspiel von gesellschaftlichem Hinter- und lebensweltlichem Vordergrund ist konstruktiv für die Rekonstruktion von einer Lebenswelt gegenüber der Verlockung, sich in detaillierten Analysen damit zu begnügen, ein Gesellschaftsbild in all seinen Szenen und Situationen sowie Deutungs- und Handlungsmustern zu konstruieren. Lebensweltorientierung sieht die Muster der Lebensbewältigungsformen bestimmt von den heutigen Gesellschaftsstrukturen der sozialen Ungleichheiten und Offenheiten. Die anderen bereits vorgenommene Bestimmungen von Lebenswelt, Lebenswelt als erfahrene Wirklichkeit in unterschiedliche Lebensfeldern, und als Erfahrung im Spannungsfeld von Gegebenem und Möglichem, sind in diese historisch sozialen Prägungen vorausgesetzt, jedoch gleichzeitig historisch sozial überformt und somit im klassischen Sinn aufgehoben. Demnach verfolgt das Konzept Lebensweltorientierung die spezifisch-modernen

Spannungen von Gesellschaftsstrukturen und Bewältigungsmustern wie zum Beispiel in der Bewältigungsaufgabe der Geschlechterrolle oder den allgemeinen Rollenerwartungen. In den individualisierten Lebensentwürfen verbinden sich die Bedürfnisse nach Kohärenz mit neuen Herausforderungen in der Form experimenteller riskanter Bewältigungsstrategien. Als historisch soziales Konzept verfolgt Lebensweltorientierung vor allem die Brüchigkeit heutiger normativer Orientierungen. Gemeint sind die vielfältigen eigensinnigen Lösungen der Zumutung, sich vor sich selbst und anderen in der Zielorientierung zwischen Traditionen und offenen Horizonten auszuweisen und eine Verbindung zwischen der neuen – aus den Zumutungen der Lebensbewältigung erwachsenden und der Bedeutung eigensinniger Lebensgestaltung und den sozialen Bezügen und Verbindlichkeiten zu finden (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 21f.).

7 Beweggründe für einen assistierten Suizid/Freitod

7.1 Wahrung der eigenen Würde

Die Würde des Menschen begründet und impliziert seine Autonomie, und der Mensch ist frei darin, über sein Leben, demzufolge auch über sein Sterben zu bestimmen (vgl. Rügger 2004: 65). Jeder Mensch muss seine eigene Würde schützen können, wenn sie von einer übergreifenden Verletzung bedroht wird. Das Handeln eines Menschen orientiert sich an den eigenen moralischen und ethischen Maßstäben. Niemand hat die Pflicht, ein in seinen Augen nicht mehr erträgliches Leben leben zu müssen oder durch medizinische Massnahmen zu verlängern (vgl. Welsh et al. 2017: 40). Um die eigene Würde schützen zu können, braucht der Mensch eine Vorstellung davon, was die eigene Würde ausmacht und wie er oder sie diese definiert. Würde ist ein zentraler Bestandteil eines jeden Menschen Selbstbildes. Sie ist wie ein innerer Kompass welcher Orientierung bietet, damit man sich bei seiner Lebensgestaltung nicht verirrt (vgl. Königkrämer 2018). Die eigene Würde ist eine subjektive Vorstellung, die sich wohlwollend von den objektiven gesellschaftlichen Konstrukten wie Stolz, Ehre, Anstand, Moral und Ethik unterscheidet (vgl. ebd.). Die Erwartung sukzessiver Kontrollverluste in der letzten Lebensphase kann sich zu einer Angst vor dem Niedergang der eigenen Menschenwürde steigern. Die eigene Würde wird oft als etwas bezeichnet, das es erfolgreich zu behaupten gilt. Zum Würdemanagement gehören z. B. die grundlegende Kontrolle über den eigenen Körper, der Vollbesitz der Geistesgaben, die bewusste Einhaltung moralischer Prinzipien oder die Selbstdarstellung nach aussen. Die Erbringung solcher Leistungen kann am Lebensende schwierig werden oder ist dann gar unmöglich. Daher rührt die Angst vor dem eigenen Würdeverlust in der finalen Phase der eigenen Biografie (vgl. Welsh et al. 2017: 46). So kann es angezeigt sein, die eigene Würde dadurch zu schützen, dass dem betroffenen Menschen

durch aktive Sterbehilfe oder einem assistierten Suizid/Freitod ein selbstbestimmtes Sterben in Würde ermöglicht wird, zu einem Zeitpunkt, da seine Würde noch nicht, teilweise oder vollständig zerstört ist (vgl. Rügger 2004: 15).

7.2 Kann Leben „lebensunwert“ sein?

Hier stellt sich die Frage, ob und wann es den Moment im Leben gibt, in welchem das Leid eines Menschen so gross ist und das „Lebensbündel“ so schwer geworden ist, dass es dem betroffenen Menschen als menschenunwürdig oder als nicht mehr lebenswert erscheint. Viele Menschen benennen ein Leben, in welchem man sich in einem Zustand von Abhängigkeit und Hilflosigkeit befindet und mit dem eigenen Wunsch nach Autonomie und dem eigenen Würdeempfinden nicht mehr in Einklang zu bringen ist als nicht mehr lebenswert (vgl. Bronisch 2014: 92). In der heutigen Zeit stehen unzählige Mittel zur Lebensverlängerung zur Verfügung. Trotz der enormen medizinischen Fortschritte gibt es weiterhin unheilbare Krankheiten oder Lebensumstände, welche die persönliche subjektive Würde des betroffenen Menschen in schwerer Weise beeinträchtigen. Schweres Leiden kann unter Umständen nur noch als sinnlose Qual empfunden werden. Aufgrund des Verlustes oder gar der Zerstörung der persönlich definierten Würde, haben Menschen vermehrt den Wunsch, selbst über ihr Lebensende zu bestimmen, um in Würde sterben zu können (vgl. Rügger 2003: 13-15).

7.3 Kann Sterben jemals „gut“ sein?

Der „gute Tod“ gab bereits in der Antike zu denken. Ein rascher, schmerzloser Tod bedeutete, sich eines guten Todes glücklich schätzen zu dürfen. In den heutigen westlichen Gesellschaften etabliert sich zunehmend eine Kunst des „guten Sterbens“ (vgl. Birkenstock 2021: 17). Die sensible Frage, was „gutes Sterben“ ausmachen könnte, wird gesellschaftlich kontrovers diskutiert. Hier begegnet einem die Berufung auf die Würde des Menschen und die Berufung auf die Selbstbestimmung (vgl. Hattler/Koecke 2020: 49). Nach dem „guten Sterben“ zu fragen, weitet den Blick, denn wer sich lediglich auf das moralisch richtige Handeln konzentriert, läuft in Gefahr zu übersehen, dass damit „nur“ eine aus ethischer Perspektive interessante Dimension des Sterbens zur Sprache kommt (vgl. Streeck 2020: 49f.). Darüber, was unter einem „guten Sterben“ zu verstehen ist, gehen die Meinungen auseinander. Sicherlich wird niemand bestreiten, dass zu einem „guten Sterben“ eine hochstehende palliative Symptombehandlung gehört. Hinzukommend sollen neben den somatischen, auch den psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen der Sterbenden berücksichtigt werden, wie auch die Wünsche, hinsichtlich Einsatzes oder Verzicht auf medizinische Behandlungen (vgl. Rügger/Kunz 2020: 80). Die Vorstellung eines „guten Sterbens“ prägen Menschen bewusst oder unbewusst. Diese

vermitteln klare Vorstellungen davon, wie das Sterben idealerweise sein könnte. Solche Vorstellungen können hilfreich sein, um uns darauf aufmerksam zu machen, was Sterben zu einer Erträglichen, menschlich bedeutsamen, von Würde und Respekt getragenen Erfahrung macht. Sie werden jedoch fragwürdig, wenn sie den Sterbeprozess unter einen moralischen Leistungsdruck stellen (vgl. ebd.: 83). Zu einem „guten Sterben“ kann es gehören, nicht alle Möglichkeiten der hochtechnischen Intensivmedizin in Anspruch nehmen zu wollen, oder eine Therapie abubrechen oder erst gar nicht in Anspruch nehmen zu wollen (vgl. Hattler/Koeck 2010: 57).

8 Ziele und Rollen der Sozialen Arbeit, Ethische Prinzipien und Konflikte

8.1 Ethische Konflikte in der Sozialen Arbeit

Das moralisch Gute ist das zentrale Thema der Ethik. Mit dem assistierten Suizid/Freitod öffnet sich für Sozialarbeitende ein Graben der Doppelmoral. Einerseits wird Autonomie und Selbstbestimmung zur Bedingung eines „guten Todes“ erhoben, andererseits wird Suizidprävention gepredigt (vgl. Hoffmann/Knaup 2015: 21). Auch wenn die Haltung, bzw. das Urteil einer Person nicht geteilt werden kann, oder wir an derer Stelle zu einem anderen Entschluss kämen, kann es Gründe geben, die Entscheidung dieses Menschen nicht nur zu respektieren, sondern auch zu unterstützen. Umgekehrt kann die Situation auftreten, dass der Entschluss einer Person zwar nachvollzogen und geteilt werden kann und wir an ihrer Stelle genauso handeln würden, trotzdem die Entscheidung des Betroffenen aus gewichtigen Gründen nicht aktiv unterstützt werden kann (vgl. Mathwig 2010: 25).

Das Tun der Sozialen Arbeit richtet sich nach dem Grundsatz „in dubio pro vita“ (im Zweifel für das Leben), und der ethische Konflikt könnte ratlos machen. In der Debatte der Suizidhilfe geht es jedoch nicht ausschliesslich um die persönliche Moral, sondern häufig um das gedankliche Verlassen der eigenen Lebenswelt und das sich Einlassen auf andere Perspektiven. In der Positionierung der Sozialen Arbeit beim assistierten Suizid/Freitod sind daher im Besonderen die Prinzipien der Autonomie, Solidarität und Gerechtigkeit zentral. Dies wiederum bedeutet, dass Betroffene das Recht haben, selbst über ihr Leben zu bestimmen und sogar eine Einmischung in der Form einer Bevormundung bei Handlungsfähigkeit abzuweisen. Durch die Maxime der Gerechtigkeit sind die Rechte eines jeden Menschen zu achten und zu schützen (vgl. Frost 2012: 27). Die Erwartungshaltungen von Menschen, die einen assistierten Suizid/Freitod wünschen, und deren Angehörigen können sehr differenziert sein, wodurch Sozialarbeitende in ein Dilemma geraten könnten.

8.2 Auseinandersetzung mit sich selbst und den eigenen Grenzen

Jeder Mensch, der andere Menschen in einem Prozess begleitet, kann sich selbst immer nur als eigene Person einbringen, mit all seinen eigenen Möglichkeiten, aber auch mit all den eigenen Unmöglichkeiten (vgl. Von Dach 2001: 37). Wenn Soziale Arbeit in einem sensiblen Gebiet wie dem des assistierten Suizids/Freitods tätig ist, muss die Würde des sterbenden Menschen und seiner Angehörigen auch dann in besonderer Weise geachtet und geschützt werden, wenn sich die Auffassungen und die Meinungen grundlegend unterscheiden. Die Menschenwürde verbietet es, die Willensbildung der agierenden Person zu manipulieren, um der eigenen Weltanschauung vom „richtigen“ Umgang mit dem Tod zu genügen (vgl. Grossmann 2008: 100). An dieser Stelle scheint es wichtig zu erwähnen, dass es wesentlich ist, die eigene Meinung nicht für die einzig richtige zu halten. Hierbei nehmen eine stetige Reflexion und die eigene Lebenseinstellung einen hohen Stellenwert ein. Ebenso können Professionelle der Sozialen Arbeit an Grenzen stossen, wenn ein Mensch mit einem assistierten Suizid/Freitod aus dem Leben scheiden will und dabei die Angehörigen nicht über dieses Vorhaben in Kenntnis setzen möchte. Bei solchen Dilemmata ist es von zentraler Wichtigkeit, dass Sozialarbeitende die eigenen Grenzen erkennen und anerkennen und diese kommunizieren.

9 Pro und Contra assistierter Suizid/Freitod

Sowohl Gegner wie Befürworter des assistierten Suizids/Freitods begründen ihre Ansicht oft mit dem Begriff der Menschenwürde (vgl. Schneider-Gurewitsch 2020: 92). In einem Fall wird mit Verweis auf die Menschenwürde ein Verbot ausgesprochen, im anderen Fall wird mit dem Verweis auf dieselbe Menschenwürde ein selbstbestimmtes, würdevolles Sterben gerechtfertigt (vgl. Bleisch et al. 2021: 186). Oft sind die Haltungen und das Engagement für oder wider einen assistierten Suizid/Freitod mit persönlichen Erfahrungen verbunden. Der assistierte Suizid/Freitod scheint für viele Menschen eine Art Versicherung darzustellen, eine *Ultimata Ratio* (vgl. Schneider-Gurewitsch 2020.: 95-97). Gegner hingegen argumentieren, dass sich kein Mensch die eigene Menschenwürde selbst absprechen darf. Somit kann eine Selbsttötung nicht als Akt der Freiheit verstanden werden, sondern als Vergehen am höheren und absoluten Prinzip der Menschenwürde (vgl. Birkenstock 2022: 89). Gegner wie auch Befürworter des assistierten Suizids/Freitods wollen mit ihren Argumentationen überzeugen, was die Kommunikation und das Handeln immer wieder vor gesellschaftliche Herausforderungen stellt.

9.1 Pro

Neben all den Errungenschaften hat die Medizin im Laufe der letzten Jahrzehnte beängstigende Existenzweisen hervorgebracht, in die Menschen ohne sie nie hineingeraten wären. Sie wären zuvor eines natürlichen Todes gestorben (vgl. De Ridder 2015: 30). Befürworter*innen bezeugen, dass ihnen nichts ferner liege, als an der Zerstörung einer Persönlichkeit mitzuwirken. Vielmehr kann die Wahl eines assistierten Suizids/Freitods für einen Menschen in einer für sich selbst definierten ausweglosen Versehrtheit die einzige noch verbleibende Möglichkeit darstellen, die Integrität seiner Persönlichkeit zu wahren (vgl. ebd.: 36). Das geläufigste christliche Argument lautet, dass Gott der alleinige Herr über Leben und Tod sei und wir daher der von ihm beschlossenen Stunde sterben werden, oder gar zu sterben haben. Wenn der Mensch nun aber tatsächlich in der von Gott gegebener Stunde sterben müsste, hätten wir doch nicht nur kein Recht, das Leben todgeweihter Menschen zu verkürzen, sondern auch kein Recht, dessen Leben zu verlängern, z. B. durch Bypassoperationen (chirurgischer Eingriff an den Herzkranzarterien) oder durch Organtransplantationen (vgl. Dahl 2010: 124). Angst vor einem einsamen oder gar qualvollen Tod können Beweggründe darstellen, sich für einen assistierten Suizid/Freitod zu entscheiden. So kann mit einem assistierten Suizid/Freitod, dem oft zu Tage tretenden Umgang in Institutionen wie mangelnder Zuwendung und mangelnder Kommunikation mit Kranken und Sterbenden aus dem Weg gegangen werden. Durch einen assistierten Suizid/Freitod, kann einem solch entwürdigenden Leben auf eine würdige Weise ein Ende gesetzt werden (vgl. Rügger 2004: 69f.). Befürworter*innen argumentieren mit dem Grundsatz der Selbstbestimmung, und dass der individuelle Autonomieanspruch eines jeden Menschen im Zentrum der Interessen stehe (vgl. NEK CNE 2005: 43).

9.2 Contra

Auch die Gegner*innen des assistierten Suizids/Freitods verhandeln mit dem Begriff der Würde, nur selten mit dem Begriff der Lebensqualität. Ebenfalls gilt ihr Anliegen einem würdigen Sterben (vgl. Streeck 2020: 264f.). Gegner*innen benennen, dass eine Selbsttötung als Vergehen am höheren und absoluten Prinzip der Menschenwürde angesehen werden kann. Wenn ein Mensch selbst seinem Leben nicht die Würde absprechen kann, wird der assistierte Suizid /Freitod als unzulässig betrachtet, weil jede Art der Tötung die Menschenwürde verletzt (vgl. Birkenstock 2022: 90). Die Gegner*innen befürchten, dass der assistierte Suizid/Freitod bei besonders verletzlichen Menschen, etwa chronisch Kranken, Schwerbehinderten oder Alten einen enormen gesellschaftlichen Druck – der Gesellschaft zur Last zu fallen - aufbaut (vgl. Höfe 2015: 26). Gegner*innen des assistierten Suizids/Freitods argumentieren oft damit, dass

dies gegen die Aufgabe des Staates, Leben zu schützen, verstösst. In der Präambel der Verfassung steht geschrieben „Im Namen Gottes“. Es wird als befremdlich empfunden, dass der Staat einerseits alles daransetzt, dass Menschen nicht suizidal werden, andererseits toleriert er Suizidhilfeorganisationen. Das Leben ist dem Menschen geschenkt, und ein Geschenk wirft man nicht einfach weg (vgl. Segmüller 2015: 40f.). Assistierter Suizid/Freitod wird dementsprechend als ein gegen Gott gerichteter Akt bezeichnet. Der Drang, unbedingt einen „eigenen“ selbstbestimmten Tod zu sterben, könnte zum gesellschaftlichen Zwang des letzten Augenblicks verkommen, und ein solches Sterben würde der Achtung gegenüber der Menschenwürde wohl eher abträglich als zuträglich sein (vgl. Rüeegger 2004: 54). Widersacher*innen des assistierten Suizids/Freitods sehen darin eine Gefahr, dass das schweizerische Recht es jedem Menschen erlaubt eine entsprechende private Organisation zu gründen (vgl. Venetz 2008: 87). Gegner*innen des assistierten Suizids/Freitods befürchten zudem den oft zitierten Dammbbruch und durch eine noch weitergehende Liberalisierung eine ethisch problematische Unterhöhlung des unbedingten Lebensrechts (vgl. Birkenstock 2022: 34). Zusätzlich wird ein zunehmender Sterbetourismus in der Schweiz befürchtet.

10 Theologisch – Ethische Sicht

Alle Religionen versuchen seit Gedenken der Menschheit dem Leben und dem Tod einen Sinn zu geben. Länderübergreifend entstehen Diskussionsforen betreff der Entscheidungen am Lebensende. Ein wichtiges Gremium stellt die Gemeinschaft der Evangelischen Kirchen in Europa (GEKE) dar. Auch eine Schweizer Delegation hat an den erarbeiteten Richtlinien mitgearbeitet (vgl. Holder-Franz 2012: 23). Wenn es um eine Begründung des Wertes der Menschenwürde geht, wird gerne auf unterschiedliche kulturell oder religiös geprägte Welt- und Menschenbilder zurückgegriffen (vgl. Bleisch et al. 2021: 185). Theologisch gesprochen ist das Leben zugleich göttliche Gabe wie auch menschliche Aufgabe (vgl. Rüeegger 2004: 65). Der Schweizerische Evangelische Kirchenbund nimmt gegenüber dem assistierten Suizid/Freitod eine vermittelnde Position ein, setzt sich kritisch damit auseinander und plädiert konsequent für die Priorität des Lebensschutzes im kirchlichen Handeln. Allerdings soll diese Haltung gegenüber Lebenslagen, in denen Moral und Recht an ihre Grenzen stossen, nicht blind machen. Sie gesteht ein, dass es Ausnahmesituationen gibt, in denen es einem Menschen unerträglich schwer oder gar unmöglich ist, das eigene Leben noch auszuhalten (vgl. Morgenthaler/Plüss/Zeidler 2017: 10). Die katholische Kirche verweigerte über viele Jahrhunderte den Selbstmörder*innen ein kirchliches Begräbnis. Erst seit 1983 ist laut dem Codex Juris Canonici eine christliche Bestattung nach einem Suizid offiziell möglich (vgl. Leben, was geht! 2020: o. S.). Ein katholischer Orden in Belgien hat im September 2017 seine Position

darin bekräftigt, in den eigenen Krankenhäusern aktive Sterbehilfe für Menschen mit einer psychischen Erkrankung im nicht-terminalen Stadium nicht mehr grundsätzlich auszuschliessen (vgl. Hattler/Koecke 2010: 50). Die jüdische Tradition stellt Gott als einzigen dar, der Leben erschafft und Tod bewirkt. Die Zerstörung menschlichen Lebens würde eine Zerstörung von etwas Heiligem darstellen. Ein Suizid wird demzufolge im Talmud als Auflehnung gegen Gott gewertet. Im Buddhismus ist die Befreiung aus dem Rad der Wiedergeburt nur in der Form einer Reinkarnation möglich. Ein Suizid würde eine Stagnation auf dem Weg in die Erleuchtung bedeuten. Im Hinduismus wiederum wird ein dann Suizid „akzeptiert“, wenn er das geringere Übel in einer unhaltbaren Situation darstellt (vgl. Leben, was geht! 2020: o.S.). Bei allen diversen Haltungen und Orientierungen sollte zentral die ethische Orientierung darin bestehen, einen Menschen in seinen Ängsten und seinem Leiden nicht allein zu lassen (vgl. Morgenthaler et al. 2017: 177).

11 Spirituelle – Kulturelle Bedürfnisse am Lebensende

Spiritualität ist in der Annäherung an den Tod oft ein wichtiger Faktor und sie gewinnt in dieser Lebensphase immer mehr an Bedeutung. Spiritualität kennt bis heute keine einheitliche Definition. Sie kann aber als eine innere Einstellung, den inneren Geist oder als persönliche Suche nach Sinngebung eines Menschen verstanden werden. Die Spirituelle Dimension umfasst somit Sinn- und Wertfragen des Daseins und der Verbundenheit mit der eigenen Existenz. Die individuelle Bedeutung von Spiritualität für den betroffenen Menschen wahrzunehmen und eine Offenheit für andere Lebensmodelle zu bewahren, stellt eine Grundvoraussetzung in der Begleitung der Menschen am Lebensende dar (vgl. Wasner 2022: 371-375). Laut Saunders stellt Spiritualität keine Methode dar, sondern relationales Geschehen (vgl. Holder-Franz 2012: 89). Erst die Deckung der spirituellen Bedürfnisse (nebst den psychischen, physischen, sozialen und kulturellen) ermöglicht es, dass das Menschsein in einer Gesellschaft möglich ist (vgl. AvenirSocial 2010: 9). Spirituelle Auffassungen sind sehr verschieden. Gelebte Spiritualität kann eine wichtige Form von Sinnfindung sein, und speziell bei Menschen in der letzten Lebensphase, welche altersunabhängig ist, Ängste lindern und die Lebensqualität in der Zeit, die noch bleibt, verbessern. Jeder Mensch und jede Familie leben unterschiedliche Rituale, welche Sicherheit und Trost vermitteln können (vgl. Palliative.ch 2019: 9). Menschen sollten sich darauf verlassen können, dass nicht nur ihr Körper umsorgt wird, sondern auch ihre spirituellen Fragen ernst genommen werden. Die Begleitung dieser Menschen bedarf grösstem Respekt ihrer religiösen und philosophischen Ansichten und Lebenseinstellungen. Spiritualität als etwas Universales und Offenes zu verstehen und dieses Verständnis in verschiedene Settings

einzubringen kann dabei helfen, Ohnmacht und Leere in Solidarität mit den Betroffenen auszuhalten (vgl. Holder-Franz 2012: 130f.). Cicely Saunders wies immer wieder auf die Wichtigkeit im Umgang mit Ritualen und Symbolen und auf deren sorgfältiger Gestaltung hin (vgl. ebd.: 129).

Neben den spirituellen Bedürfnissen gilt es auch die verschiedenen kulturellen Unterschiede und Umgangsformen zu berücksichtigen. Durch einfühlsames und verständnisvolles Begleiten aller Involvierten ist es möglich, Menschen mit einer Kultur, in welcher sich Angehörige vehement gegen einen begleiteten Suizid/Freitod stellen, so zu begleiten, dass betroffene Mensch ihre Kultur, ihren Glauben und vor allem ihre Familie nicht verlassen müssen (vgl. Borasio 2014: 134).

12 Die Rolle der Angehörigen

Eine getroffene Entscheidung für einen assistierten Suizid/Freitod betrifft in der Regel auch das soziale Umfeld erheblich. Die wichtigsten Bezugspersonen von Menschen am Lebensende sind ihre Angehörigen, zu welchen nicht nur die Verwandten gehören, sondern auch solche, die dem betroffenen Menschen nach deren eigenem Empfinden nahestehen und sie auf ihrem aktuellen Lebensweg begleiten. Demzufolge können diese Menschen eine wichtige Rolle in Klärungsprozessen spielen. Hier gilt es im Bewusstsein zu haben, dass die Rolle der Angehörigen keine einfache ist, da sie unvermeidlich mit ihren eigenen Emotionen und Bedürfnissen intensiv mitbetroffen sind und überaus stark gefordert werden (vgl. Rügger/Kunz 2020: 137f.). Nach einer Phase der inneren und äusseren Auseinandersetzung oder eventuellen Verhandlungen unterstützen Angehörige meist den Wunsch nach einem assistierten Suizid/Freitod. Der Grund für eine Bejahung besteht meist in guten innerfamiliären Beziehungen wie auch das gegenseitige Wohlmeinen (vgl. Morgenthaler et al. 2017: 217).

Professionelle der Sozialen Arbeit können mit dem Bewusstsein, dass sie sich in einem äusserst sensiblen Bereich bewegen, in den verschiedenen Bereichen eine beratende und begleitende Rolle einnehmen.

13 Alternativen zum assistierten Suizid/Freitod

Der assistierte Suizid/Freitod stellt eine Möglichkeit dar, wie mit einem untragbaren Leiden umgegangen werden kann. Es gibt aber Alternativen. Als kleine historische Randbemerkung soll hier genannt werden, dass in den ersten Auflagen der Freitodbroschüre von Exit als Alter-

native die Selbsttötung in Form einer Plastiktüte oder das Einatmen von Auspuffgasen beschrieben wurde. Diese Methoden wurden aus Sicherheitsgründen später nicht mehr erwähnt (vgl. Lüönd 2022: 164).

13.1 Sterbefasten - FVNF

Immer wieder verzichten Sterbewillige freiwillig auf Nahrung und auf Flüssigkeit, um einen „natürlichen“ Tod herbeizuführen (vgl. Küng 2014: 90). Diese frei gewählte Handlung kann als eine Form des selbstverfügt Sterbens bezeichnet werden, sprich als Sterbefasten (FVNF). Der Begriff „Fasten“ kann jedoch auch missverständlich wahrgenommen werden. Handelt es sich bei dieser Form von Fasten nicht um ein Fasten aus religiösen oder gesundheitlichen Gründen. Der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit mit dem Ziel, den Tod rascher herbeizuführen, ist eine Praktik, welche schon seit der Antike praktiziert wurde. Besonders in der Palliative Care entscheiden sich Menschen vermehrt für den Weg des FVNF (vgl. Facultas o.J.).

13.2 Palliative Sedierung

Eine palliative Sedierung ist aus ethischer und rechtlicher Sicht erlaubt. Sie stellt eine *ultima ratio* (letzter Lösungsweg) der Palliativebetreuung dar und ist aus ärztlicher, ethischer und rechtlicher Sicht erlaubt. Bei einer palliativen Sedierung werden dem betroffenen Menschen medizinisch überwacht Medikamente verabreicht, die meist eine aufgehobene Bewusstseinslage hervorrufen. Durch das Einschlafen des oder der Betroffenen wird eine wirksame Symptomlinderung erreicht (vgl. Borasio 2014: 56-58). Eine palliative Sedierung wird dann eingesetzt, wenn alle anderen therapeutischen Massnahmen keine Linderung mehr bringen (vgl. Klinkhammer 2014: o.S.).

Bei der Unterstützung von Sterbefasten und palliativer Sedierung handelt es sich um legale Praktiken. Diese sind in keinerlei Hinsicht strafbar.

13.3 Palliative Behandlung

Die Palliative Behandlung als ganzheitliche und umfassende Begleitung schwerkranker Menschen kann als Alternative zum assistierten Suizid/Freitod in Anspruch genommen werden. Palliative Care wurde ausführlich in Kapitel 4 erläutert.

13.4 Patientenverfügungen

In Patientenverfügungen als Vorsorgevollmacht können Behandlungsentscheidungen schriftlich niedergelegt werden und stellen ein Instrument zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende dar. Solch eine Verfügung ist rechtlich bindend und die geäußerten

Wünsche sind zu respektieren. Dieser Respekt erfolgt aus der Würde des Menschen, die es gebietet, sein in einwilligungsfähigem Zustand ausgeübtes Selbstbestimmungsrecht auch dann zu respektieren, wenn er (der Mensch) zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage sein sollte (vgl. Küng 2014: 114f.). Bei einer Patientenverfügung gilt es zu beachten, dass eine Entscheidung über einen assistierten Suizid/Freitod nicht vorwegzunehmen ist. Dies bedeutet, dass eine urteilsfähige Person nicht mittels einer Patientenverfügung anordnen kann, dass ihr oder ihm zu einem späteren Zeitpunkt aufgrund einer Demenz etc. NaP zur Verfügung gestellt wird (vgl. Zimmermann et al. 2019: 149).

14 Beantwortung der Fragestellung

Durch die intensive Auseinandersetzung mit etlichen Fachliteraturen wurde ein wissenschaftlich fundierter Zugang zur Thematik hergestellt. Ebenso wurde deutlich dargestellt, wie viele verschiedene Elemente zusammenkommen, wenn es um die Thematik des assistierten Suizids/Freitods geht.

Im Gegensatz zur aktiven Sterbehilfe, ist der assistierte Suizid/Freitod, sofern dieser nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen heraus geschieht, in der Schweiz nicht strafbar. Dadurch, dass die rechtliche Regelung in Bezug auf den assistierten Suizid/Freitod in der Schweiz sehr knapp ausfällt, präzisieren die Richtlinien der SAMW diese im Strafgesetzbuch. Wichtig ist es zu erwähnen, dass diese Präzisierung keine Rechtsverbindlichkeit aufweist. Die wichtigsten Anforderungen welche für einen assistierten Suizid/Freitod erfüllt sein müssen sind die Urteilsfähigkeit, dass der Sterbewunsch wohlervogen, frei von äusserem Druck ist, und dass der Sterbewunsch dauerhaft besteht. Zudem muss ein unerträgliches Leiden aufgrund einer Krankheit oder massiven Funktionseinschränkungen vorliegen (vgl. Bütikofer/Haas 2022 o.S.). Für Sozialarbeitende ist es wichtig, diese Richtlinien des SAMW zu kennen und zu berücksichtigen, da diese Richtlinien den Kompass zu Möglichkeiten und Grenzen darstellen.

Die rechtlichen Fragen, wie die Fragen im Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Respekt vor der Selbstbestimmung und einem „würdigen Sterben“ die das Lebensende und das Sterben aufwerfen sind vielfältig, genauso wie ihre Antworten darauf. Hier bedarf es unumgänglich, dass sich Professionelle der Sozialen Arbeit ethisch fundiert positionieren. Aus der Mehrdimensionalität der Problemlagen und einer gemeinsamen Lösungsrealisierung mit Individuen ergibt sich die Komplexität des Auftrages der Sozialen Arbeit. Für die Soziale Arbeit stellt das Zurechtfinden in Interessenkonflikten und Widersprüchen einen anspruchsvollen Teil ihrer Arbeit dar. Ebenso sieht sie sich mit unterschiedlichen Themen, Aufgaben, Herausforderungen

und Wissensgebieten konfrontiert, und Auseinandersetzungen mit Dilemmata und Spannungsfeldern sind unvermeidlich und notwendig. Im Berufskodex ist der Grundsatz der Selbstbestimmung verschriftlicht. Speziell beim Thema des assistierten Suizids/Freitods eröffnet sich ein oft unausweichliches Spannungsfeld aufgrund des Beharrens auf Selbstbestimmung. Hier sind Professionelle der Sozialen Arbeit immer wieder dazu aufgefordert, eine zur Diskussion stehende Handlung persönlich zu verantworten und sie gegen kritische Gegenstimmen mit professionellen moralischen Begründungen zu verteidigen (vgl. AvenirSocial 2010: 8f.). Zu den Ausnahmefällen im Bereich der Selbstbestimmung gehört die Urteilsunfähigkeit und die Einschränkung der Selbstbestimmung aufgrund dessen, dass sich Betroffene selbst oder andere sowie deren und derer Interessen gefährden (vgl. ebd.: 8).

Insbesondere beim assistierten Suizid/Freitod geht es um den Stellenwert, welchen die Gesellschaft den Sterbenden zugesteht und darum, was wir zu tun bereit sind, damit der Mensch auch am Ende des Lebens die Achtung seiner unveräusserlichen Würde erfahren kann. Da die Soziale Arbeit im Auftrag der Gesellschaft handelt, ist es von grosser Bedeutung, dass die Soziale Arbeit die immer wieder aufkochenden Diskussionen auf dem Gebiet des assistierten Suizids/Freitods mitverfolgt, sich einbringt und sich positioniert. Soziale Arbeit sollte zunehmend bereit sein, vermehrt politische Arbeit in der Form von öffentlichen Aufklärungsarbeiten/Kampagnen oder anderen Formen über die Rechte von Sterbenden Personen in der Schweiz zu verrichten, da sie das Mandat besitzt, die von ihr erkannten Probleme in die Öffentlichkeit zu bringen. Des Weiteren sollte die Soziale Arbeit eine gesellschaftliche Öffnung in Bezug der Gespräche über Lebensqualität, Sterben und assistierter Suizid/Freitod anstreben, um Prozesse voranzutreiben. Desgleichen kann sich die Soziale Arbeit für eine verbesserte und insbesondere für eine niederschwelliger flächendeckende Palliative Versorgung unter Einbezug von multiprofessionellen und interdisziplinären Angeboten einsetzen. Ferner könnten auch hier die Professionellen der Sozialen Arbeit wichtige Aufklärungsarbeit leisten, indem sie darüber informieren, dass sich Palliativmedizin und assistierter Suizid/Freitod nicht gegenüberstehen und eine gegenseitige Konkurrenz darstellen.

Im Interesse von uns allen, die wir möglicherweise früher oder später in der einen oder anderen Form die Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit unseres eigenen Lebens erfahren, ist es wichtig, sich auf das Wesen und die Bedeutung der menschlichen Würde zu besinnen (vgl. Rügger 2004: 9). Die Menschenwürde als moralische Fundamentalnorm befindet sich wie die Selbstbestimmung und die Freiheit auf der höchsten normativen Ebene ethisch-rechtlicher Prinzipien (vgl. Birkenstock 2022: 88). Professionelle der Sozialen Arbeit gründen ihr Handeln auf der Achtung der inhärenten Würde eines jeden Menschen sowie der daraus resultierenden Rechte. Ferner gestehen Professionelle der Sozialen Arbeit jedem Menschen ungeachtet von

Geschlecht, Herkunft, Status und individuellen Besonderheiten den mit seiner Würde verbundenen gleichen Wert unbedingt zu, und respektieren die Grundwerte der Gerechtigkeit, der Gleichheit und der Freiheit, auf die jedes Individuum ein unantastbares Recht hat (vgl. AvenirSocial 2010: 9). Die Menschenwürde steht bei den Grundrechten der Rechtsordnung an der Spitze. Die Schweizerische Bundesverfassung (BV) als oberste Rechtsquelle besagt in Art. 7, dass die Würde des Menschen zu achten und zu schützen ist (vgl. Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft 1999: 2).

Es ist unerlässlich, dass Sozialarbeitende in der Diskussion um den assistierten Suizid/Freitod für ihre Positionierung eine ethische Selbstorientierung entwickeln (vgl. Schmid Noerr 2018: 20). Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit benötigt die Fähigkeit zu eigenständigem ethischem Reflektieren. Professionelle der Sozialen Arbeit müssen ihr methodisches Handeln einer steten fachlichen und moralischen Qualitätskontrolle unterziehen, und die daraus gewonnenen Erkenntnisse zur Theorie- und Methodenentwicklung ihres Faches, wie auch zur Erweiterung des allgemeinen Professionswissens nutzen (vgl. AvenirSocial 2010: 12). Für Professionelle der Sozialen Arbeit ist eine permanente Weiterentwicklung auf der persönlichen und fachlicheren Ebene eine unabdingbare Bedingung für ethisch fundiertes begründetes Handeln.

Im Berufskodex AvenirSocial sind die ethischen Richtlinien für Professionelle der Sozialen Arbeit festgehalten. Er dient als Leitfaden der ethischen Begründung in der Arbeit mit Klienten und Klientinnen, welche oft besonders verletzlich oder benachteiligt sind. Aufgrund dessen, dass jeder Mensch ein Individuum mit seinen ganz eigenen Vorstellungen von Leben, Sterben und Tod darstellt, sollte das Ziel der involvierten Professionellen der Sozialen Arbeit sein, diese Individualität nach allen ethischen und rechtlichen Richtlinien zu schützen. Nur so können Betroffene in ihrem Entscheidungsfindungsprozess professionell beraten, begleitet und unterstützt werden. Professionelle der Sozialen Arbeit sind anhand ihres Fachwissens und ihrer ethischen Verpflichtung in der Position, Betroffene mit all ihren Fragen und schlimmsten Befürchtungen so zu beraten, dass ihre Werte und Bedürfnisse ihrer Lebenswelt im Zentrum stehen.

Die individuelle Lebenswelt eines jeden Menschen und deren subjektive Wahrnehmung stellt die erfahrene Wirklichkeit dar, sprich das Hier und Jetzt. Das Lebensweltkonzept knüpft an die individuellen Bedürfnisse und die subjektive Sichtweise der betroffenen Menschen an, und stellt beim Thema des in Betracht Ziehens eines assistierten Suizids/Freitods einen immens wichtigen, wenn nicht den wichtigsten Fokus dar. Aufgrund dessen, dass Lebensweltorientierung in der Dimension der erfahrenen Lebenszeit agiert, ist es bedeutend, dass Professionelle der Sozialen Arbeit den Menschen als den einzigen Experten, oder Expertin der eigenen Lebenswelt wahrnimmt und respektiert. Gerade beim Thema des assistierten Suizids/Freitods ist

es wichtig, dass Professionelle der Sozialen Arbeit den betroffenen Menschen in seiner ganz individuellen Lebenswelt mit all den inneren Auseinandersetzungen und Prozessen mit den vorhandenen Ressourcen so unterstützt, dass er oder sie selbstbestimmt handlungsfähig bleiben kann. Das Wahrnehmen der Lebenswelt stellt einen massgebenden Schlüssel zum Menschenverständnis und seiner Absichten und Handlungen dar. Die Wahrung der Lebenswelt ist im Menschendasein äusserst zentral und sollte eine unverzichtbare Eigenschaft Professioneller der Sozialen Arbeit darstellen (vgl. Exit 2022: o. S.).

15 Erkenntnisse und zukunftsorientierte Gedanken

Auch das Lebensende ist Teil des Menschenlebens. Fragen nach der Tragweite ethischer Prinzipien am Lebensende sind Fragen nach der Geltung dieser Prinzipien für das ganze Leben eines Menschen. Das Besondere an der Situation des Lebensendes liegt darin, dass in ihr menschliches Dasein an seine äusserste Grenze gelangt. Wer oder was der Mensch ist, wird in dieser Phase des Sterbens offenbar. Geplante und vorgenommene Handlungen Dritter sagen viel über die Normen und Prinzipien im Umgang mit dem zu Ende gehenden menschlichen Leben aus (vgl. Welsh et al. 2017: 41f.). Mit dem Sterben begeben wir uns auf den Weg zum Tod, und dieser Weg muss unbedingt in Würde geschehen. Hierbei gibt es das grundsätzliche Gesetz, alles so zu machen, wie wir es selbst gerne hätten, wenn wir in der Position der betroffenen Person wären (vgl. Nydegger 2000: 2898). Neben einer optimalen medizinischen Betreuung trägt die psychosoziale Begleitung der in den Tod gehenden Menschen am meisten zu der inhärenten Würde eines Menschen bei. Entscheidend wird dabei sein, ob es gelingt einem Menschen so zu begegnen, dass er sich in seiner Personenwürde wahrgenommen und geachtet fühlt. Deshalb ist es von zentraler Wichtigkeit, ein Bewusstsein für einen differenzierten Würdebegriff zu schaffen (vgl. Rügger 2004: 81-83). Sozialarbeitende und andere Professionen sind aufgefordert sich darüber bewusst zu sein, dass sich durch ihr Handeln ein defizitäres Würdeverständnis besonders direkt und verhängnisvoll auswirken kann (vgl. Rügger 2004: 9). Oft brauchen Menschen Gespräche um sich ihrer selbst, ihrer Wünsche und Vorstellungen sicher zu werden. Wer selbstbestimmt Entscheidungen über sein Leben und über sein Sterben treffen will, muss die Klarheit darüber haben, was ihm oder ihr wirklich wichtig und wertvoll ist. Diese Klarheit ist nicht immer sofort vorhanden und setzt eine individualszentrierte Gesprächskultur voraus. Gerade am Lebensende kann manches wieder unklar werden, was schon einmal völlig klar zu sein schien (vgl. Rügger/Kunz 2020: 152). Es ist von grosser Wichtigkeit, dass Begleitende mit all ihren Sinnen präsent sind, und sich ganz auf das Gegenüber einlassen und auf dessen Wertvorstellungen, Ängste, Wünsche und Hoffnungen eingehen (vgl. Wasner 2022: 371-375). Hierbei geht es um die ethische Sensibilisierung

der Wahrnehmung und Kommunikation (vgl. Schmid Noerr 2018: 29). Gerade in dieser Lebensphase, in welcher eigene Befähigungen brüchig werden können, gilt es, das Lebensende als Bestandteil des Lebens zu begreifen und wieder in die Gesellschaft zurückzuholen (vgl. Welsh et al. 2017:52). Der Selbstbehauptungsdiskurs wird wohl in Zukunft aufgrund der direkten Anknüpfung an Autonomieansprüche weiter an Gewicht gewinnen, obgleich er das Tabuthema des assistierten Suizids/Freitods berührt. Seine Bedeutung dürfte sich in der Masse emporbringen, in dem der Tod seine religiöse Bedeutung verliert. Weiter kann in der Zukunft diskutiert werden, wie der oftmals aggressive Ton, den die öffentlichen Auseinandersetzungen über den assistierten Suizid/Freitod zu Tage bringen, verringert und gesellschaftliche Aushandlungsprozesse stärker vernunftgeleitet gestaltet werden können (vgl. Zimmermann et al. 2019: 200). Denn von einem – im ethischen Sinn – verantwortlichen professionellen Handeln kann nur dann gesprochen werden, wenn der oder die handelnde Person nicht blind „gehört“, sondern ihr Handeln an eigenen moralischen und ethischen Maßstäben orientiert (vgl. Mathwig 2010: 24).

Das Sterben sollte wieder als Dimension des Lebens begriffen werden, die alle Phasen und Entscheidungen des Lebens mitbestimmt, damit aus der *ars moriendi* (die Kunst des Sterbens) eine *ars vivendi* (die Kunst des Lebens) entstehen kann (vgl. Rügger 2004: 77). Daran, ob es Professionellen gelingt, die inhärente Würde eines Menschen als Person in seiner Verletzlichkeit ohne Einschränkungen gelten zu lassen und ihm respektvoll zu begegnen wird sich erweisen müssen, ob unser Reden von der unantastbaren Menschenwürde und vom Recht auf ein würdevolles Sterben mehr ist als eine philanthropische Rhetorik (vgl. Rügger 2004: 85). Es fragt sich, ob der eigentliche Grundkonflikt, in dem die heutige Gesellschaft in Bezug auf den assistierten Suizid/Freitod steht, derjenige ist, der zwischen den verschiedenen Moralkonzepten der kulturellen und traditionsspezifischen Orientierungen selbst besteht (vgl. Mathwig 2010: 41-43), und nicht wie viel diskutiert, ein ethischer „Sonderfall“ darstellt (vgl. ebd.: 99). Zu diskutieren lässt sich auch die Problematik, dass die Würde des Sterbens unausweichbar mit der autonomen Entscheidung des sterbenden Menschen verknüpft wird, wann und wie er sterben möchte. Es scheint, als entbehre es der Würde, wenn ein Mensch seinen Tod „einfach“ annimmt. Heute scheint das verbreitete Verständnis des Sterbens dieses zu sein, dass der Mensch sein Sterben und seinen Tod nicht in Passivität erleiden soll, sondern dies in eine Tat der Freiheit umgestaltet, damit das Sterben ihn auf keinen Fall der Freiheit berauben kann (vgl. Rügger 2004: 51). Hier fragt sich die Autorin, ob dies unter anderem auch damit zu tun haben könnte, dass in der heutigen Zeitepoche vielen Menschen der Glaube als Kraftquelle, oder generell ein Glaube an etwas Höheres, und somit eine innere und äussere Festung abhandengekommen ist, oder gar nie entstehen konnte. Dadurch könnte es sein, dass durch hochsteigende Ängste vor einem Kontrollverlust Menschen dazu bewegt werden, das eigene

Sterben selbst in die Hände zu nehmen, um Nichts dem Schicksal oder dem Zufall zu überlassen, und schon gar nicht den drohenden Verlust der eigenen Würde erleben und ertragen zu müssen. Andererseits könnten gläubige Menschen in ein enormes Dilemma geraten, wenn sie aufgrund ihres Glaubens einen sehnlichst herbeigewünschten assistierten Suizid/Freitod durchführen möchten. Hier stellt sich die Autorin vor, dass Professionelle der Sozialen Arbeit mittels Beratungs- und Begleitgesprächen seelsorgerisch Unterstützung bieten könnten.

Während der intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema und dem Umgang mit dem assistierten Suizid/Freitod hat sich die Autorin mit einem sehr weiten Zukunftsblick überlegt, ob sich in den kommenden Jahren für theologische Sichtweisen eine unabwendbare Auseinandersetzung aufdrängen könnte, den assistierten Suizid/Freitod als letzte Option anzuerkennen, ohne dass Betroffene einen Ausschluss aus der Glaubensgemeinschaft zu befürchten haben.

Des Weiteren lässt sich diskutieren, ob der assistierte Suizid/Freitod in die medizinische Ausbildung aufgenommen werden sollte, wenn sich Ärzte schon daran beteiligen können (vgl. Schneider-Gurewitsch 2020: 102).

Die Autorin würde befürworten, dass für Menschen die sich mit einem assistierten Suizid/Freitod beschäftigen und deren Angehörigen vermehrt chancengerechte, unentgeltliche und niederschwellige interprofessionelle, durch Sozialarbeitende geleitete Fach-Beratungsstellen ins Leben gerufen werden. Angehörige, die mit dem Thema eines assistierten Suizids/Freitods konfrontiert werden sind oft überfordert. Hier könnte die Soziale Arbeit mit ihren Schlüsselkompetenzen der Kommunikation und Beratung durch rechtzeitig geführte Gespräche eine Kompassfunktion einnehmen. Denn die Bedeutung von frühzeitig geführten Gesprächen darf nicht unterschätzt werden (vgl. Zimmermann et al. 2019: 188). Durch eine professionelle Beratungshaltung, die wertschätzend und werteneutral ist, kann der Wechsel von Fürsorge zu Selbstbestimmung in Bezug auf den assistierten Suizid/Freitod gewährleistet werden. Das Potential einer solchen Beratungsstelle wäre, dass Betroffene mit einer neutralen Beratungsperson mit dem Thema behutsam in eine Auseinandersetzung gelangen können. Sozialarbeitende stehen dabei in einer werteneutralen Position und können durch ihr Fachwissen die rechtlichen, sozialen, finanziellen und moralischen, wie auch die ethischen Aspekte professionell und empathisch abdecken. Infolgedessen sollten auch kostenlose niederschwellig professionell geführte Beratungsstellen geschaffen werden, welche die hinterbliebenen Angehörigen auch nach einem erfolgten assistierten Suizid/Freitod nachsorglich betreuen, damit der Trauerprozess, welcher erst Wochen später eintreten kann, weil Angehörige manchmal zum Zeitpunkt des Geschehens nicht nachvollziehen können, was eigentlich passiert ist und in ein Gefühlskoma, oder einen Schockartigen Zustand geraten, professionell individuell begleitet werden

können (vgl. Bütikofer/Haas 2022: o.S.). Weiter wäre es zu überlegen, ob solch eine Beratungsstelle als eigenständiges Arbeitsfeld der professionellen Sozialen Arbeit etabliert werden sollte.

Der Autorin wurde beim Erstellen der vorliegenden Arbeit immer wieder bewusst, dass die Soziale Arbeit aufgrund ihrer ethischen und menschlichen Grundhaltung grosses Handlungspotenzial besitzt. Durch ihre systemischen Kompetenzen ist es der Professionellen Sozialen Arbeit möglich, die Komplexität im Themengebiet des assistierten Suizids/Freitods zu erfassen und mit einem ganzheitlichen Blick und einer intensiven Fallarbeit Betroffene in einem Entscheidungsfindungsprozess neutral, wertschätzend und kompetent zu beraten.

Mit der stetigen Reflexion der eigenen Person bewegen sich die Professionellen der Sozialen Arbeit in einem fortlaufenden Prozess der Weiterentwicklung. Durch eine offene und unvoreingenommene Haltung gegenüber den vielfältigen Lebenswelten, können Handlungsspielräume und Blickfelder erweitert werden und auch in schwierigen Situationen individuell angepasste empathische Handlungsschritte generiert werden.

Die Soziale Arbeit leistet mit anderen Professionen aktuell bereits vielfältige interprofessionelle wichtige Aufgaben auf dem Gebiet des assistierten Suizids/Freitods. Dennoch ist eine stetige Weiterentwicklung auf diesem Gebiet unabdingbar, damit angewandtes Wissen und Methoden an die sich rasant verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen angepasst werden können. Somit können fortlaufend vorhandene Lücken geschlossen werden.

Überdies hat sich die Autorin Gedanken darüber gemacht, wie Professionellen der Sozialen Arbeit das Thema des assistierten Suizids/Freitods vermehrt politisch korrekt in die Gesellschaft einbringen könnten. Aufgrund eigener Berufserfahrung denkt die Autorin mit weiterführenden Gedanken hier speziell an Institutionen wie Alters- und Pflegeheime und Institutionen in welchen Menschen leben, mit schwersten körperlichen Beeinträchtigungen. Wie kann es in Institutionen, welche einem assistierten Suizid/Freitod kritisch gegenüberstehen, unter Einhaltung interner Leitbilder, sowie den ethischen und rechtlicher Richtlinien für deren Bewohner*innen, welche einen assistierten Suizid/Freitod in Betracht ziehen möglich gemacht werden, diesen Weg zu beschreiten, ohne dass einerseits die betroffene Person dafür ihre gewohnte Umgebung, sprich ihr Zuhause verlassen muss, und andererseits die Institution durch politische Entscheide dazu „gezwungen“ wird, einen assistierten Suizid/Freitod zu gewähren. Hier stellt sich die Autorin vor, dass der Sozialen Arbeit zukünftig vermehrt eine vermittelnde politische Rolle zuteilwerden könnte.

Durch die lange und intensive Auseinandersetzung mit dem Thema des assistierten Suizids/Freitods, hat sich die Autorin als ehemalige diplomierte Pflegefachfrau HF zum Schluss

die Frage gestellt, wie viele Ärzte*innen in den 80er und 90er Jahre, ohne dies als aktive Sterbehilfe (strafbar) offen zu kommunizieren, wissentlich Morphine in so hohen Dosen verschrieben haben, dass durch die Abgabe dieser Dosen ein Mensch sein leidgeplagtes Leben früher loslassen konnte. Diese Überlegung anhand jahrzehntelanger Berufserfahrung und unzähliger Begleitungen von Menschen in ihrem Sterben ist nicht zu werten, sondern sei „einfach“ als Gedanke in den Raum gestellt.

Weiter stellt die Autorin fest, dass in den Medien wiederholt über die gesellschaftliche Überalterung, sprich dem demographischen Wandel berichtet wird. Im Zusammenhang solcher Mitteilungen gerät zunehmend das Thema der Kostenexplosionen speziell im Gesundheitsbereich in den Fokus. Diesbezüglich stellt sich die Autorin die Frage, ob sich durch diese zunehmende Herabwertung des Alters speziell kranke, fragile alte Menschen dazu gedrängt fühlen könnten, ihren Angehörigen und der Gesellschaft nicht- oder nicht weiter zur Last zu fallen, und sich aufgrund dessen dazu entscheiden, mit einem assistierten Suizid/Freitod frühzeitig aus dem Leben zu scheiden.

Zum Schluss fragt sich die Autorin, wie sehr uns Menschen, die oft so quälende Angst vor dem eigenen Tod manipulierbar und abhängig machen kann, oder dies bereits schon tut.

16 Literaturverzeichnis

AvenirSocial (Hg.). (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: AvenirSocial.

Birkenstock, Eva (2022). Option assistierter Suizid. Wann genug ist, entscheide ich. Zürich, Genf: Seismo.

Bleisch, Barbara/Huppenbauer, Markus/Baumberger, Christoph (2021). Ethische Entscheidungsfindung. Ein Handbuch für die Praxis. Zürich: Nomos.

Bondolfi, Alberto (1990). Ethik und Selbsterhaltung. Sozialethische Anstösse. Freiburg: Universitätsverlag.

Borasio, Gian Domenico (2014). Selbstbestimmt sterben. Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können. München: C. H. Beck.

Brahier, Gabriela (2011). Medizinische Prognosen im Horizont eigener Lebensführung. Zur Struktur ethischer Entscheidungsfindungsprozesse am Beispiel der pränatalen genetischen Diagnostik. Tübingen: Mohr Siebeck.

Bronisch, Thomas (2014). Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. München: C.H. Beck.

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 (Stand am 13. Februar 2022).

Dahl, Edgar (2015). Nimm dein Kreuz auf dich! Sterbehilfe zwischen Religion, Moral und Recht. In: Merten, Ueli/Zängl, Peter (Hg.). Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Berlin, Toronto: Barbara Budrich. S. 121-132.

De Ridder, Michael (2015). Jenseits der Palliativmedizin? Ein Plädoyer für die ärztliche Beihilfe zum Suizid. In: Wehrli, Hans/Sutter, Bernhard/Kaufmann, Peter (Hg.). Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende. Pro und Contra. Zürich: Orell Füssli. S. 28-37.

Friess, Michael (2010). Sterbehilfe. Zur theologischen Akzeptanz von assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe. Stuttgart: Kohlhammer.

Frost, Angelika (2012). Berufsethik in der Sozialpädagogik. Köln: Eins.

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

Grossmann, Niklas (2008). *Begrenzte Existenz. Sterbehilfe und Tod als professionelle Herausforderung für die Soziale Arbeit in Deutschland*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Grunwald, Klaus/ Thiersch, Hans (Hg.). (2004). *Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern*. Weinheim, München: Juventa.

Gutzwiller, Felix (2015). Die Verantwortung des Staates bei der Sterbehilfe – Recht auf Menschenwürde und Recht auf Fürsorge. In: Wehrli, Hans/Sutter, Bernhard/Kaufmann, Peter (Hg.). *Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende. Pro und Contra*. Zürich: Orell Füssli. S. 52-57.

Hattler, Johannes/ Koecke, Johann Christian (Hg.). (2020). *Biopolitische Neubestimmung des Menschen. Menschenwürde und Autonomie*. Wiesbaden: Springer.

Höffe, Otfried (2005). Ist Suizidhilfe moralisch vertretbar? Eine schwierige Güterabwägung. In: Wehrli, Hans/Sutter, Bernhard/Kaufmann, Peter (Hg.). *Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende. Pro und Contra*. Zürich: Orell Füssli. S. 20-27.

Hoffmann, Thomas Sören/Knaup, Marcus (Hg.) (2015). *Was heisst: In Würde sterben?* Wider die Normalisierung des Tötens. Wiesbaden: Springer.

Holder-Franz, Martina (2012). „dass du bis zuletzt leben kannst.“ Spiritualität und Spiritual Care bei Cicely Saunders. Zürich: Theologischer Verlag.

Hug, Sonja (2016). Menschenwürde – ein wichtiger ethischer Bezugspunkt der Sozialen Arbeit. In: Merten, Ueli/Zängl, Peter (Hg.). *Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit*. Berlin, Toronto: Barbara Budrich. S. 167-183.

Kehl, Robert (1989). *Sterbehilfe. Ethische und juristische Grundlagen*. Bern: Zytglogge.

Kübler-Ross, Elisabeth (2001). *Interviews mit Sterbenden*. München: Droemersch.

Künast, Renate (2015). Ausgangspunkt für eine Neuregelung muss stets das Schutzgut Leben, die Selbstbestimmung darüber und die Würde der Betroffenen sein. In: Wehrli, Hans/Sutter, Bernhard/Kaufmann, Peter (Hg.). *Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende. Pro und Contra*. Zürich: Orell Füssli. S. 45-51.

Küng, Hans (2014). *Glücklich sterben?* München: Piper.

Lüönd, Karl (2022). *Selbstbestimmt bis zuletzt. Sterbehilfe in der Schweiz. Vom Tabu zum Modell für Europa*. Basel: NZZ Libro.

Mathwig, Frank (2010). *Zwischen Leben und Tod. Die Suizidhilfediskussion in der Schweiz aus theologisch-ethischer Sicht*. Zürich: Theologischer Verlag.

Merten, Ueli/Zängl, Peter (Hg.) (2016). Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Wirkungsorientiert – kontextbezogen – habitusbildend. Berlin, Toronto: Barbara Budrich.

Morgenthaler Christoph/Plüss, David/Zeindler, Matthias (2017). Assistierter Suizid und kirchliches Handeln. Fallbeispiele – Kommentare – Reflexionen. Zürich: Theologischer Verlag.

Neuenschwander, Hans/Cina, Christoph (2015). Handbuch Palliativmedizin. Bern: Hans Huber.

Oldenburg, J. (2007). Lebensstrategien. Ein Simulationsmodell zur Früherkennung von Suizidalität und Optionen zur Stärkung der Lebensfähigkeit. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

Pauen, Michael/Welzer, Harald (2015). Autonomie. Eine Verteidigung. Frankfurt am Main: Fischer.

Petermann, Frank Thomas (2010). Sterbehilfe im Fokus der Gesetzgebung. St. Gallen: Prisma.

Rössler, Beate (2017). Autonomie. Ein Versuch über das gelungene Leben. Berlin: Suhrkamp.

Rüegger, Heinz (2004). Sterben in Würde? Nachdenken über ein differenziertes Würdeverständnis. Zürich: NZN, Theologischer Verlag.

Rüegger, Heinz/Kunz, Roland (2022). Über selbstbestimmtes Sterben. Zwischen Freiheit, Verantwortung und Überforderung. Zürich: rüffer & rub.

Schmid Noerr, Gunzelin (2018). Ethik in der Sozialen Arbeit. 2., Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Schmocker, Beate (2016). Versuch über die Prinzipien der Sozialen Arbeit. In: Merten, Ueli/Zängl, Peter (Hg.). Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Berlin, Toronto: Barbara Budrich. S. 129-165.

Schneider-Gurewitsch, Kathryn (2020). Reden wir über das Sterben. Vermächtnis einer Ärztin und Patientin. 3., Auflage. Zürich: Limmat.

Schweizerische Eidgenossenschaft (2021). Schweizerisches Strafgesetzbuch (STGB). Bern: Bundeskanzlei.

Segmüller, Pius (2005). Es gibt auch Selbstbestimmung ohne Sterbehilfe – nicht Politiker, sondern Fachleute müssen das Problem lösen. In: Wehrli, Hans/Sutter, Bernhard/Kaufmann, Peter (Hg.). Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende. Pro und Contra. Zürich: Orell Füssli. S. 40-44.

Streeck, Nina (2020). Jedem seinen eigenen Tod. Authentizität als ethisches Ideal am Lebensende. Frankfurt am Main: Campus.

Student, Johann-Christoph/ Mühlum, Albert/ Student, Ute (2018). Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. München: Ernst Reinhardt.

Thiersch, Hans (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Venez, Petra (2008). Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht. Zürich, Basel, Genf: Schulthess.

Von Schirach, Ferdinand (2021). Gott. Ein Theaterstück. Wem gehört unser Leben? Wer entscheidet über unseren Tod? München: Penguin Random House.

Welsh, Caroline/Ostgathe, Christoph/Frewer, Andreas/Bielefeldt, Heiner (Hg.) (2017). Autonomie und Menschenrechte am Lebensende. Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis. Bielefeld: transcript.

Zimmermann, Markus/Felder, Stefan/Streckeisen, Ursula/Tag, Brigitte (2019). Das Lebensende in der Schweiz. Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven. Basel: Schwabe.

16.1 Publikationen/Berichte und Zeitschriften

Bersier, Danièle (2022). Bei Exit ändert sich nichts. In: Exit-Info. 4. S. 6-7.

Boos, Susan (2023). Erster Verwarther mit Exit gestorben. Erschienen am 09. März 2023. In: WOZ. Die Wochenzeitung. 43. Jg. (10). S. 2.

Frey, Nina (2018). Wenn das Leben zu Ende geht. In: Quinte. Fünf Beiträge zu Gesundheit und Qualität. 49. S. 11-13.

Tag, Brigitte (2016). Strafrecht am Ende des Lebens – Sterbehilfe und Hilfe zum Suizid in der Schweiz. In: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft. 128. Jg. (1). S. 73-88.

Klinkhammer, Gisela (2014). Palliative Sedierung: Mit grosser Sorgfalt und klinischer Erfahrung. In: Deutsches Ärzteblatt. 111. Jg. (38). URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/161894/Palliative-Sedierung-Mit-grosser-Sofalt-und-klinischer-Erfahrung> [Zugriffsdatum: 17.März.2023].

Von Dach, Christoph (2001). Das Sterben ist auch Geburt. Berichte und Gedanken zu Sterben und Tod. In: anthrosana. Verein für anthroposophisch erweitertes Heilwesen. 203. S. 37.

Wasner, Maria (2022). Spiritualität und kultursensible Begleitung am Lebensende. Wie Soziale Arbeit sterbende Menschen kultursensibel begleiten kann. In: Sozial Extra. 46. Jg. (5). S. 371-375.

16.2 Internetquellen

Anzahl assistierter Suizide in der Schweiz nach Geschlecht von 2003 bis 2020. URL:

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/306929/umfrage/anzahl-assistierter-suizide-in-der-schweiz-nach-geschlecht/> [Zugriffsdatum: 25.Dezember.2022].

AvenirSocial (Hg.). (2014). Berufsbild der Professionellen der Sozialen Arbeit.URL:

<https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads> [Zugriffsdatum: 10.Dezember 2022].

Bundesamt für Justiz (2022). URL: <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home.html> [Zugriffsdatum: 15.Juni 2023].

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999.URL:

<https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/de> [Zugriffsdatum 23. Mai 2023].

Bütikofer, Michelle/Haas, Kathy (2022). Assistierter Suizid und die Rolle der Sozialarbeit – ARBOR. URL: <https://arbor.bfh.ch/17998/> [Zugriffsdatum: 23. Juni 2023].

Dignitas (Hg.). (2023). Menschenwürdig leben, menschenwürdig sterben.

URL: http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=5&lang=de [Zugriffsdatum: 25. Juni 2023].

Exit (Hg.) (2022). Ärztin Erika Preisig erhält Auszeichnung für ihr Engagement.URL:

<https://www.exit.ch/artikel/aerztin-erika-preisig-erhaelt-auszeichnung-fuer-ihr-engagement/> [Zugriffsdatum: 26. Februar 2023].

Facultas (Hg.) (o.J.). Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit-eine Alternative zum assistierten Suizid. URL: <https://www.facultas.at/zinfo/9783708921679/Nahrungsverzicht.pdf> [Zugriffsdatum: 23. Mai 2023].

Gerstl, Bernhard (2020). Was ist der Unterschied zwischen Sterbebegleitung und Sterbehilfe? In: Dein Adieu.ch. URL: https://www.deinadieu.ch/ratgeber/sterbebegleitung-und-sterbehilfe/?hide_voucher_banner=1 [Zugriffsdatum: 07.Dezember.2022].

Gerstl, Bernhard (2021) Urteilsfähigkeit – wie Sorge ich vor? In: Dein Adieu.ch.

02.02.2021.URL: <https://www.deinadieu.ch/author/bernhard-gerstl/> [Zugriffsdatum: 23. Juni 2023].

Kilchenmann, Katharina (2015). Ein Suizid – viele Betroffene. URL: <http://www.srf.ch/sendungen/kontext/ein-suizid-viele-betroffene> [Zugriffsdatum: 26.März.2023].

- Königkrämer, Volker (2018). Wir alle wollen in Würde sterben, aber lasst uns doch erst mal in Würde leben. URL: <https://www.stern.de/gesellschaft/gerald-huether-im-stern-interview--lasst-uns-in-wuerde-leben--7910724.html> [Zugriffsdatum: 21.Dezember.2022].
- Leben, was geht! (2020). Suizid und Weltreligionen. URL: https://leben-was-geht.ch/wp-content/uploads/2020/12/Philosophie_Weltreligionen.pdf[Zugriffsdatum: 26.März.2023].
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2005). Beihilfe zum Suizid. URL: https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/suizidbeihilfe_de.pdf [Zugriffsdatum: 06.Juni 2023].
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2006). Sorgfaltskriterien im Umgang mit Suizidbeihilfe. Stellungnahme Nr. 13/2006.
URL: https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/suizidbeihilfe_de.pdf [Zugriffsdatum: 19. Juni 2023].
- Nydegger, Eva (2000). Die vielleicht gefährlichen Wege der Sterbehilfe. In: Schweizerische Ärztezeitung/Bulletin des médecins suisse/ Bolletino dei medici svizzeri. 81. Jg. (51/52). S. 2898-2901. URL: https://saez.ch/journal-file/view/aticle/ezm_saez/de/saez.2000.07852/7f365da64c652150bcfc6cedb008824946152d4c/saez_2000_07852.pdf/rsrc/jf [Zugriffsdatum: 25. Juni 2023].
- Palliative. ch (2019). Die Begleitung Sterbender. Unterstützung für Angehörige und freiwillige Helferinnen und Helfer. URL: https://www.pallnetz.ch/arbeitsinstrumente.htm?cmsaction=get_document&page_id=129003834 [Zugriffsdatum: 21.März.2023].
- Regiojournal SRF (2021). Sterbebegleiterin Erika Preisig erneut von Tötung freigesprochen. URL: <https://www.srf.ch/news/schweiz/urteil-zur-sterbehilfe-sterbebegleiterin-erika-preisig-erneut-von-toetung-freigesprochenfreigesprochen>. [Zugriffsdatum: 08. März 2023].
- Roller, Susanne (2021). Palliative Care in der Terminalphase aus medizinischer Sicht. URL: https://gohrbandt.files.wordpress.com/2015/07/roller-terminalphase_med_sicht_text.pdf [Zugriffsdatum: 12.Dezember.2022].
- SRF News (27.11.2022). Abstimmungen Kanton Wallis. Im Wallis müssen Pflegeheime künftig Sterbehilfe zulassen. URL: <https://www.srf.ch/news/abstimmungen-27-november/abstimmungen-kanton-wallis-im-wallis-muessen-pflegeheime-kuenftig-sterbehilfe-zulassen> [Zugriffsdatum: 25.Dezember.2022].

Statista Research Departement (Hg.) (2023). Anzahl assistierter Suizide in der Schweiz nach Geschlecht von 2003 bis 2020. URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/306929/umfrage/anzahl-assistierter-suizide-in-der-schweiz-nach-geschlecht/> [Zugriffdatum: 08.März.2023].

Suizidprävention (2018). URL: <https://www.suizidpraevention-zh.ch/jemanden-durch-suizid-verloren/erwachsene/das-wichtigste-in-kuerze/das-muessen-sie-wissen/> [Zugriffdatum: 23. Juni 2023].

16.3 Titelblatt – Zitat

Tiroler Hospiz-Gemeinschaft (Hg.). (2016). Dame Cicely Saunders – eine mutige Pionierin. URL: [Dame Cicely Saunders - eine mutige Pionierin | Hospiz Tirol \(hospiz-tirol.at\)](https://www.hospiz-tirol.at/dame-cicely-saunders-eine-mutige-pionierin) [Zugriffdatum: 25. Juni 2023].