

Inhaltsverzeichnis

	Zum Einstieg	BET F	3
	Was wird in dieser Themeneinheit behandelt?	BET F	4
Teil A	Professionelle Betreuungsarbeit	BET F	5
1	Geschichtliche Entwicklung der Betagtenbetreuung	BET F	5
1.1	Geschichte des Alter(n)s	BET F	6
1.2	Das Altersbild im Lauf der Geschichte	BET F	6
1.3	Steigende Lebenserwartung	BET F	7
1.4	Die Betreuung und Pflege alter Menschen ab ca. 1950	BET F	8
1.5	Der Beruf der Fachperson Betreuung im Altersbereich	BET F	9
1.6	Verschiedene Alterstheorien und ihre Auswirkungen auf die Betreuung alter Menschen	BET F	10
	Aufgaben	BET F	16
2	Arbeit mit Angehörigen	BET F	17
2.1	Wer sind die Angehörigen?	BET F	18
2.2	Die Bedeutung der Angehörigen für die Bewohnerinnen und Bewohner	BET F	18
2.3	Zusammenarbeit mit Angehörigen zum Wohle der Bewohnerinnen und Bewohner	BET F	18
2.4	Die Rolle der Angehörigen	BET F	19
2.5	Kommunikation mit Angehörigen	BET F	20
	Aufgaben	BET F	21
Teil B	Rechtliche Aspekte im beruflichen Alltag	BET F	22
3	Die Rechte von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern	BET F	22
3.1	Rechtliche Grundlagen	BET F	23
3.2	Verpflichtung des Gemeinwesens	BET F	23
3.3	Persönliche strafrechtliche Verpflichtung	BET F	24
3.4	Umfang der Pflegeleistung	BET F	24
3.5	Voraussetzung: Einwilligung in die Behandlung (Urteilsfähigkeit, Handlungsfähigkeit)	BET F	24
3.6	Verweigerung der rechtlich notwendigen Behandlung durch das Pflegepersonal	BET F	28
	Aufgaben	BET F	28

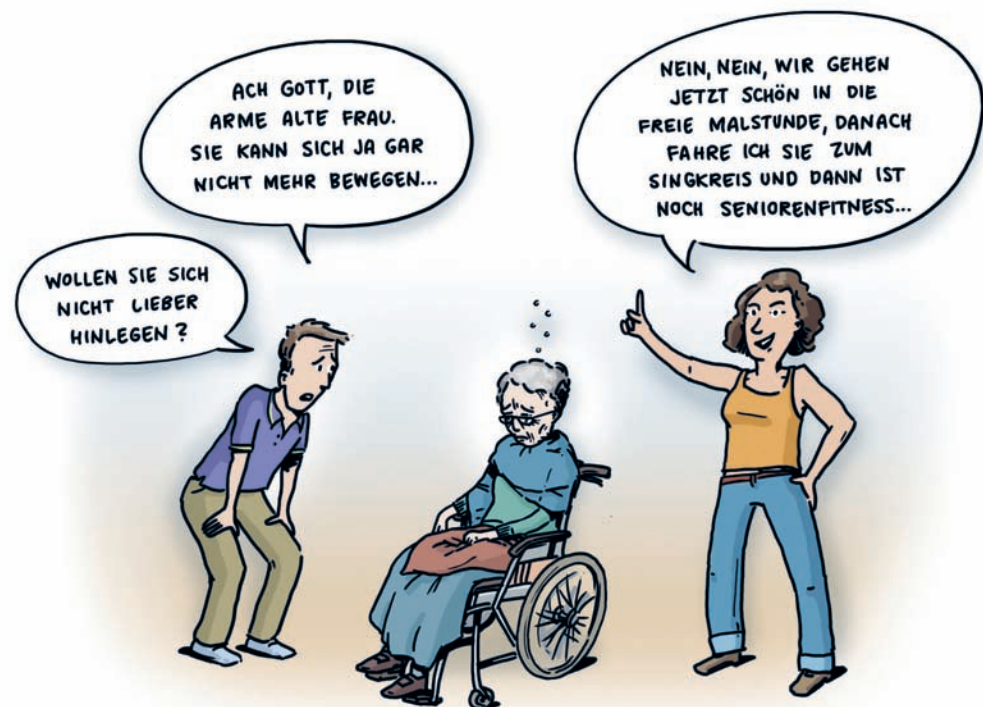
Teil C	Aktuelle ethische Diskussionspunkte	BET F 29
4	Passive Sterbehilfe und Suizidbegleitung	BET F 29
4.1	Begriffsklärung	BET F 29
4.2	Ethische Grundfragen	BET F 31
4.3	Argumente für und gegen (aktive) Sterbehilfe	BET F 31
4.4	Kundtun des autonomen Willens	BET F 32
4.5	Sterbehilfe bei Menschen mit Demenz	BET F 33
4.6	Suizidbeihilfe	BET F 35
4.7	Umgang mit dem Wunsch nach Suizid im Alters- und Pflegeheim	BET F 37
	Aufgaben	BET F 37
	Literaturverzeichnis	BET F 38
	Glossar	BET F 39
	Stichwortverzeichnis	BET F 41
	Abbildungsverzeichnis	BET F 42

Zum Einstieg

In der Themeneinheit Berufsbild und Ethik aBK dieses Lehrmittels haben Sie Wissenswertes über die Entwicklung der sozialen Berufe erfahren. Sie haben sich bereits mit ethischen und rechtlichen Fragen im beruflichen Handeln auseinandergesetzt. Diese Themeneinheit behandelt nun spezifische betreuende, rechtliche und ethische Themen, die den Altersbereich betreffen. Wussten Sie z. B., dass sich die Lebenserwartung der Menschen seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts beinahe verdoppelt hat? Diese Tatsache und weitere Gründe haben dazu geführt, dass sich die Wissenschaft dem Thema Alter vermehrt angenommen hat. Ihre Erkenntnisse fließen in die konkrete Betreuungsarbeit ein. Für Sie als Fachperson Betreuung im Altersbereich sind diese Erkenntnisse von Interesse. Konkret geht es um die geschichtliche Entwicklung der Betagtenbetreuung, der Sie auch Ihren Beruf «Fachfrau/Fachmann Betreuung Fachrichtung Betagtenbetreuung» verdanken.

In Ihrer Arbeit in einer Altersinstitution beziehen Sie die Angehörigen der zu betreuenden alten Menschen mit ein. Wie professionelle Angehörigenarbeit aussieht, erfahren Sie ebenfalls in dieser Themeneinheit.

Zudem erfordert es Ihre Arbeit, dass Sie sich mit ethischen Fragen um Suizidbegleitung und Sterbehilfe auseinandersetzen. Und nicht zuletzt ist es für Ihre Arbeit wichtig, dass Sie Bescheid wissen, welche Rechte Menschen haben, die in einer Altersinstitution leben. Diese Themeneinheit wird Ihnen auch dazu die nötigen Kenntnisse vermitteln.



1.6 Verschiedene Alterstheorien und ihre Auswirkungen auf die Betreuung alter Menschen

Hinweis: Keine der folgenden Theorien trifft generell auf das Bild vom Alter(n) zu. Bei allen sind wesentliche Komponenten vorhanden. Dennoch lässt sich grundsätzlich sagen, dass ganz klar eine Weiterentwicklung stattgefunden hat.

1.6.1 Das Defizit-Modell / Die Disengagement-Theorie

Hauptannahmen und Anforderungen an Seniorinnen und Senioren

Das Defizit-Modell betont den Leistungsabbau, den Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten, den Kompetenz- und Rollenverlust im Alter. Der alte Mensch hat die Rolle als Betreuungsfall, lebt Passivität. In die gleiche Richtung zielt die Disengagement-Theorie. Sie hebt den Rückzug vom beruflichen und sozialen Leben hervor. Lebensqualität heisst im besten Fall «wohlverdienter Ruhestand». Vom alten Menschen wird erwartet, dass er sich nach der Pensionierung zurückzieht. Seine Haupttätigkeitsfelder sollen sein Privatbereich und die Freizeit sein. Im Alltagsbild soll er nicht stören und nicht auffallen, der berufstätigen Bevölkerung überall Platz machen, d. h. z. B., nur zu Randzeiten mit öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, Geschäfte und Restaurants besuchen, ausserhalb der Ferienzeit in die Ferien fahren etc. Man erwartet, dass er sich in das Altersschicksal fügt und sich anpasst. Es wird ihm empfohlen, möglichst früh ins Altersheim zu gehen, damit er sich an den Rückzug gewöhnen könne. Zufriedenheit im Alter sei nur möglich, wenn ein Rückzug stattgefunden hat. Dieser Prozess sei zunächst schmerzlich, nachher seien die alten Menschen aber glücklich.

Diese Theorie legitimiert letztlich den Rückzug der Gesellschaft von ihren Seniorinnen und Senioren.

Menschenbild

Negative Aspekte des Alterns werden hervorgehoben.

Defekte (Mängel), somatische (körperliche) und medizinische Aspekte stehen im Vordergrund. Der junge, leistungsfähige Mensch gilt als Standard. Alte Menschen passen schlecht ins Idealbild und erinnern nur an die eigene Zukunft, der man sich nicht stellen will.

In der Zeit, in der diese Modelle gültig waren, war die Gesellschaft als Ganze leistungsorientiert (Jahre des Wirtschaftswunders). Wer nicht mehr brauchbar ist, soll in den Ruhestand treten. Hier wird ein mechanistisches Menschenbild sichtbar (vgl. Themeneinheit Berufsbild und Ethik aBK).

Konsequenzen für die praktische Arbeit

Die Aufgabe der Praktiker (Ärztinnen, Pflegepersonal etc.) bestand darin, die Alterungsprozesse günstig verlaufen zu lassen. Dazu gehörte eine angenehme Gestaltung des Lebens für die Seniorinnen mit dem Ziel, den Alterungsprozess zu verzögern und Langlebigkeit zu ermöglichen (z. B. mit Medikamenten gegen das Altern, gegen Infektionskrankheiten und Alterskrankheiten und mit dem Bau von schönen Altersheimen im Grünen).

Heute distanzieren sich viele Theoretiker und Praktiker von diesen Theorien. Sie sind aber in der konkreten Arbeit immer wieder vorfindbar. Die Gefahr, dass man nur die Defizite der alten Menschen sieht, besteht nach wie vor.

Kritik an dieser Theorie

Körperliche und geistige Einschränkungen können mit jedem Alter einhergehen, sind individuell sehr verschieden und treten z. T. erst in den Jahren vor dem Tod auf. Daher muss ein von Defiziten geprägtes Altersbild als primäre Ausrichtung korrigiert werden.

Altern bringt verschiedene Veränderungen mit sich, die man durch Anpassung und Bewältigung meistern kann. Äusserliches (z. B. körperliche Veränderungen, Haare, Falten, Gestalt, Langsamkeit) wird überbetont. Ziel der langen Lebenserhaltung ist es, organisch länger zu leben. Es wird wenig getan, um die Seniorinnen zu fördern. Die Devise lautet: «Dem Leben Jahre geben, statt den Jahren Leben».

Die Würde der Person und ihre geistig-psychische Seite werden zu wenig beachtet. Heimbewohnende erhalten keine Aufgaben, sondern Unterhaltung. Die Rechte des älteren Menschen werden nicht hinterfragt – auch nicht, was er noch kann oder müsste.

Positiv: Ein Teil der Senioren gefällt sich in der Rolle des «Ruheständlers». Den Armen und Bedürftigen wird Beachtung geschenkt.

Teil C Aktuelle ethische Diskussionspunkte

4 Passive Sterbehilfe und Suizidbegleitung

Einleitung

In Alters- und Pflegeheimen leben meist hochbetagte Menschen. Sie sind sich bewusst, dass das Sterben immer näher rückt. Fragen und Ängste rund ums Sterben beschäftigen diese Menschen. Für Sie als Fachperson Betreuung ist es mehr als nur wahrscheinlich, dass Sie Menschen betreuen, die im schweren Krankheitsfall ausdrücklich auf lebensverlängernde Massnahmen verzichten. Je nachdem werden Sie sogar mit der Frage der Beihilfe zum Suizid konfrontiert. Dieses Kapitel soll Ihnen das nötige Hintergrundwissen liefern und Sie in die Lage versetzen, in diesen anspruchsvollen Betreuungssituationen ethisch fundiert Ihre Meinung zu vertreten.

Praxissituation

Frau Murer hat beim Eintritt ins Pflegeheim eine Patientenverfügung mitgebracht. Darin ist festgehalten, dass sie keine lebensverlängernden Massnahmen möchte, falls bei ihr eine schwere gesundheitliche Beeinträchtigung eintreten sollte, die ihren Tod zur Folge haben könnte. Ihre Tochter hat mit dieser Verfügung grosse Schwierigkeiten.

Leistungsziel und Lernschritte

	Leistungsziel	Lernschritte
<input type="checkbox"/>	Ich kann die eigene Meinung zu den Themen «Suizidbegleitung» und «passive Sterbehilfe» begründen.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Begriffsklärung ▶ Ethische Grundfragen ▶ Argumente gegen und für (aktive) Sterbehilfe ▶ Kundtun des autonomen Willens ▶ Sterbehilfe bei Menschen mit Demenz ▶ Suizidbeihilfe ▶ Umgang mit dem Wunsch nach Suizid im Alters- und Pflegeheim

Schlüsselbegriffe

Beihilfe zum Suizid, direkte aktive Sterbehilfe, Euthanasie, indirekte aktive Sterbehilfe, palliativmedizinische Betreuungsmassnahmen, passive Sterbehilfe, Suizid

4.2 Ethische Grundfragen

Im Zusammenhang mit den Themen Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid kommt man um grundsätzliche ethische Fragen nicht herum:

- ▶ Ist ein (menschliches) Leben unter allen Umständen zu erhalten?
- ▶ Darf ein Arzt jemals töten?
- ▶ Darf ein Arzt jemals Beihilfe zum Suizid leisten?
- ▶ Gibt es einen moralisch bedeutsamen Unterschied zwischen Sterbenlassen und Töten?
- ▶ Ist es jemals zulässig, stellvertretend für andere über Leben und Tod zu entscheiden?

4.3 Argumente für und gegen (aktive) Sterbehilfe

In unserer Gesellschaft wird die Frage der (aktiven) Sterbehilfe kontrovers (widersprüchlich) beantwortet.

Argumente für (aktive) Sterbehilfe	Argumente gegen (aktive) Sterbehilfe
<p>Das Autonomie-Argument</p> <p>Sterbehilfe ist zulässig (oder als indirekte bzw. passive Sterbehilfe unter Umständen sogar geboten), wenn dies dem autonomen Willen eines Patienten entspricht.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Autonomie als Fähigkeit: das Vermögen zur Selbstbestimmung, d. h. das Vermögen, eigene (unabhängige) Entscheidungen zu treffen und in diesem Sinn ein eigenes Leben führen zu können.▶ Autonomie als Recht: Jede Person hat ein Recht, über ihre eigenen Belange selbst zu bestimmen. Sie hat ein Recht darauf, dass ihre autonomen Entscheidungen respektiert werden, sofern andere dadurch nicht zu Schaden kommen (Nicht-Schaden-Prinzip). Jede Person hat auch die Pflicht, Entscheidungen anderer, sofern sie autonom sind, zu respektieren. <p>Damit eine Entscheidung als autonom bezeichnet werden kann, muss eine Person in der Situation</p> <ol style="list-style-type: none">1. angemessen informiert sein.2. die Fähigkeit besitzen, die Situation und die Folgen ihrer Entscheidung zu verstehen.3. aufgrund dieses Verstehens frei entscheiden (und nicht von Dritten beeinflusst werden). <ul style="list-style-type: none">▶ Das letzte Wort: Das Recht auf Autonomie legt fest, dass autonomen Personen auch in schwierigen Situationen, etwa in Situationen, in denen es um Leben und Tod geht, das letzte Wort zukommt. Dies auch dann, wenn Ärzte oder Pflegende der Überzeugung sind, dass die Entscheidung falsch ist und die Patientin / der Patient sich einen schwerwiegenden irreversiblen Schaden (Tod) zufügt.	<p>Die Heiligkeit des Lebens</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Das menschliche Leben hat einen absoluten Wert. Es ist heilig (Eigentum/Geschenk Gottes), unantastbar/unverletzlich.▶ Niemand (kein Arzt, kein Patient) darf sich zum Herrn über (s)ein Leben und Sterben machen.▶ (Aktive) Sterbehilfe ist moralisch verwerflich und daher unter allen Umständen verboten. <p>Dammbrechungsargumente</p> <p>Diese richten sich in erster Linie gegen die Zulassung aktiver Sterbehilfe («Töten auf Verlangen» unter bestimmten Bedingungen) und Beihilfe zum Suizid:</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Es wird befürchtet, dass die durch das Tötungsverbot aufgebauten Tabus aufgeweicht werden. Dies werde schliesslich nicht nur zu Tötungen zum Zweck der Sterbeerleichterung von terminal Kranken führen (freiwillige aktive Euthanasie), sondern auch zu Tötungen ohne ausdrückliches Verlangen (nichtfreiwillige aktive Euthanasie).▶ Patienten würden einem verdeckten gesellschaftlichen Druck ausgesetzt, ihr Leben abzukürzen (z. B. aus Kostengründen oder weil sie andern zur Last fallen).