

Eine Auseinandersetzung mit Suizidalität

**Wissen der Sozialen Arbeit und ausgewählten Bezugsdisziplinen,
welches Sozialarbeitende als hilfreich erleben**

Erarbeitet von: Ariette Kammacher-Metry

Studienanfang : Bachelor 11, Sozialarbeit

Begleitende Dozentin: Astrid Mattig

Danksagung

Mein Dank gebührt herzlichst allen, die mich beim Verfassen dieser Arbeit unterstützt, begleitet und getragen haben.

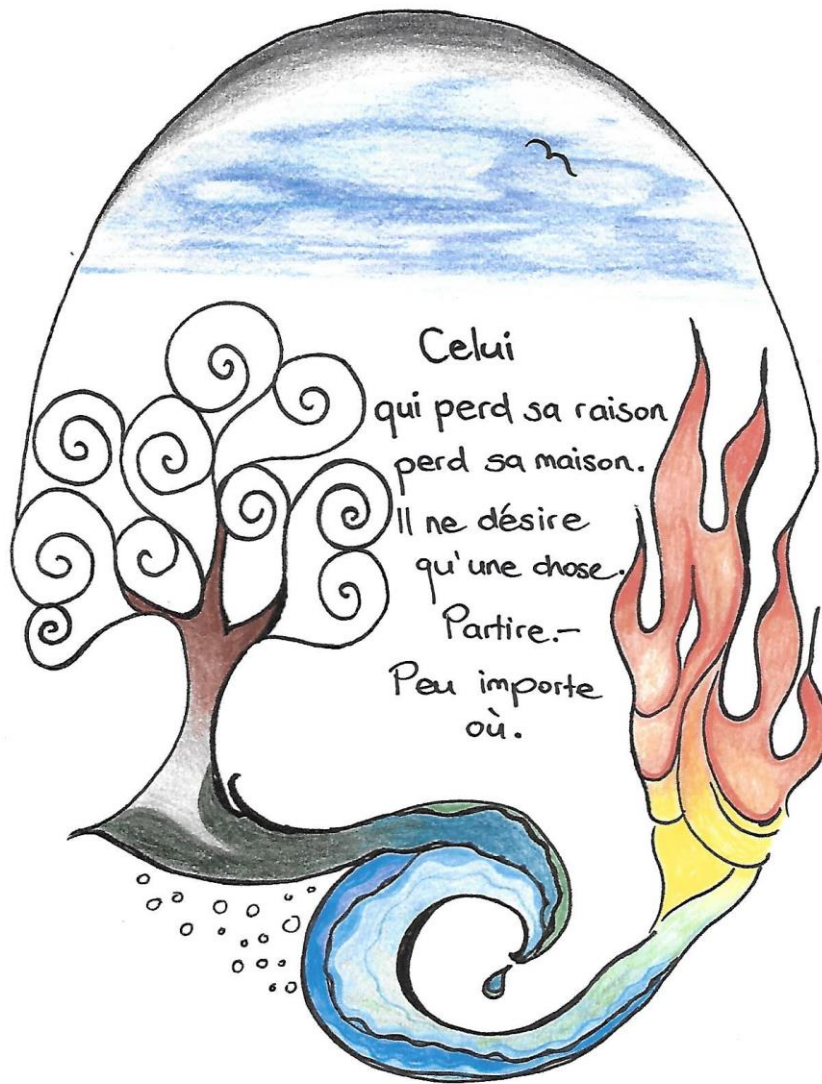
Eidesstattliche Erklärung

„Hiermit versichere ich, dass ich die Bachelorarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Ausführungen, die andern Texten wörtlich oder sinngemäss entnommen wurden, sind kenntlich gemacht. Die Arbeit war noch nie in gleicher oder ähnlicher Fassung Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung. Die Bachelorarbeit respektiert den Ethik-Kodex für die Forschung.“

Unterschrift der Verfasserin

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Kammacher-Metry', with a horizontal line drawn through the middle of the signature.

Ariette Kammacher-Metry



Text: Serge Venturini, France/Corse, Festival de Poésie „Voix Vives“, de méditerranée en méditerranée,
Sète/France: 18-26 Juillet 2014.

Bild und Gestaltung : Nina Kammacher, Guggisberg/Schweiz: Januar 2017.

Abstract

In der vorliegenden Arbeit wird in einem ersten Teil das Wissen aus der Sozialen Arbeit und aus ausgewählten Bezugsdisziplinen aufgearbeitet, das für Sozialarbeitende bei Klientenmandaten im Kontext von Suizidalität wichtig ist. In einem zweiten Teil wird in einer qualitativen Erhebung erfasst, welches Wissen um Suizidalität Sozialarbeitende in der Praxis als hilfreich erleben.

Die theoretischen Grundlagen betreffen den Gegenstand Suizid sowie dessen Relevanz in der Sozialen Arbeit, das zur Verfügung stehende Wissen ausgewählter Bezugsdisziplinen und die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Mit Blick auf die Praxis der Sozialen Arbeit sind die zentralen Anliegen dieses Teils: Wissen zum Erhalt der Handlungsfähigkeit im Kontext von Suizid erarbeiten, die zum methodischen Handeln nötigen Wissensbestände kontextual zu beschreiben und die ethisch-moralische Dimension des sozialarbeiterischen Handelns diskutieren.

Im empirischen Teil wird die Befragung von drei zufällig ausgewählten Repräsentantinnen aus Praxisfeldern der Sozialen Arbeit qualitativ ausgewertet. Es lässt sich erkennen, dass eine Auseinandersetzung mit der Thematik Suizid sowohl auf persönlich/privater Ebene als auch auf professioneller Ebene unumgänglich ist.

Die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit sind: Der Mensch ist selbstverantwortlich; Soziale Arbeit hat das absolut zu beachten. Sozialarbeitende sind auch im Kontext von Suizid handlungsfähig. Sie benötigen hierzu: themenspezifische Aus- und Weiterbildungen, Wissen zum Theorie-Praxistransfer, interdisziplinäres Arbeiten und nicht zuletzt eine differenzierte, reflexive Haltung der eigenen Person. Weiter hat die Befragung gezeigt, dass die Frage nach der Schuld bei einem vollendeten Suizid ein zentrales Thema ist. Diesem Thema wurde im theoretischen Teil nicht nachgegangen; es bleibt dies also ein Desiderat.

Will Soziale Arbeit in ihrer Praxis Suizidalität im Klientenmandat adäquat, fachlich, reflektiert und mit der dazu nötigen Haltung der Sozialarbeitenden gegenüberstehen, bedarf es einer fundierten sachbezogenen Aus- und Weiterbildung. Soziale Arbeit verfügt über differenziertes Wissen für den Umgang mit Suizidalität, welches sie erstens in ihrer Praxis nutzen kann und zweitens in der reziproken interdisziplinären Zusammenarbeit genutzt werden kann; gefördert werden muss die gegenseitige Akzeptanz der verschiedenen Disziplinen untereinander. Soziale Arbeit muss sich in der Thematik Suizid engagieren, ist Suizid doch eine Realität, bei der vermutet wird, dass sie anhand der demographischen Entwicklung steigen wird.

Diese Bachelorarbeit soll dazu beitragen, in der Sozialen Arbeit und in ihrer Praxis die Diskussion zur Existenzialen Suizid zu fördern und die Sozial Arbeitenden darin unterstützen, sich (selbst-)bewusster der Suizidalität im Klientenmandat anzunehmen. Dazu muss Soziale Arbeit unter anderem bereit sein: die Grundausbildungen zur Thematik Suizid zu evaluieren und wenn nötig anzupassen, Weiterbildungsangebote anzubieten und die diesbezügliche Teilnahme der Praxistätigen zu fördern.

Und nicht zuletzt: Soziale Arbeit muss den Mut haben, mit dem Thema Suizidalität offensiv umzugehen: Sie muss den Menschen mit Suizidalität so begegnen, wie es ihnen gebührt. Immer aber muss sie daran mitwirken, dass die Gesellschaft grundsätzlich allen ein lebenswertes Leben ermöglicht.

Schlüsselbegriffe

Auseinandersetzung mit Suizidalität und Suizid, Soziale Arbeit, Bezugsdisziplinen, Interdisziplinarität, methodisches Handeln, Handlungsfähigkeit, Ethik und Moral

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	5
1.1	Einführung in die Thematik und persönliche Motivation.....	5
1.2	Bearbeitungsperspektive	5
1.3	Bezug zur Sozialen Arbeit	6
1.4	Fragestellungen	7
1.5	Ziele der Arbeit.....	7
1.6	Aufbau der Arbeit	7
2	Theoretische Grundlagen: Soziale Arbeit im Kontext von Suizid und Suizidalität	8
2.1	Suizid.....	8
2.1.1	Terminologie.....	9
2.1.2	Definition, Begriff: Suizid, Suizidalität, suizidales Verhalten	9
2.1.3	Statistische Angaben und Zusammenhänge	10
2.1.4	Das Recht auf Schutz des Lebens als Rahmen für die Soziale Arbeit	12
2.1.5	Suizidprävention auch eine Herausforderung für die Soziale Arbeit	13
2.2	Interdisziplinarität bei der Thematik Suizid als Selbstverständlichkeit.....	14
2.3	Alltagswissen zu Suizid versus wissenschaftliches Wissen.....	15
2.4	Handlungsfähigkeit in Klientenbeziehungen im Kontext von Suizidalität....	15
2.4.1	Handeln unter dem Mandat der Menschenwürde und der Menschenrechte.....	15
2.4.2	Verständigungsorientiertes bis erfolgszentriertes Handeln als Haltung ..	16
2.4.3	Methodisches Handeln zur Planung des Handelns und zum konkreten Handeln.....	18
2.5	Wissensbestände und deren Funktionen für methodisches Handeln.....	18
2.5.1	Beschreibungswissen.....	18
2.5.2	Erklärungswissen	19
2.5.3	Wertwissen	19
2.5.4	Veränderungswissen	20
2.6	Diskurs zu Ethik und moralisch-ethischem Handeln im Blickwinkel von Suizid	21

2.7	Ausgewählte psychiatrisch/psychologische Aspekte	24
2.7.1	Suizidalität erkennen, einschätzen und charakterisieren	24
2.7.2	Krisen im menschlichen Leben mit Entwicklung von Suizidalität	24
2.7.3	Biopsychosoziale Modell (Lippke/Renneberg 2006b)	25
2.7.4	Suizidale Entwicklung (Pöldinger 1968)	25
2.7.5	Risikoindikatoren: Gruppen, Situationen, Befindlichkeiten, Signale	26
2.7.6	Präsuizidales Syndrom (Ringel 1953)	26
2.8	Ausgewählte soziologische Aspekte	27
2.8.1	Retroperspektive: Die Haltung zum Suizid im Wandel der Zeit	27
2.8.2	Soziale Inklusion und Exklusion	28
2.8.3	Prospektive Überlegungen zu Suizid	29
2.9	Ausgewählte philosophisch/weltanschauliche Aspekte	30
2.9.1	Perspektiven der Sinnfindung	30
2.9.2	Sinnprobleme in der Beratung	31
2.10	Resümee.....	32
3	Methodische Grundlagen der Befragung zur Relevanz von Wissen über Suizid in der Sozialen Arbeit	33
3.1	Theoriegeleitete Forschungsfrage und Hypothesen	33
3.1.1	Forschungsfrage	33
3.1.2	Hypothesen.....	33
3.2	Forschungsmethode, Forschungsausrichtung und Forschungsvorgehen	34
3.2.1	Angewandte Forschungsmethode und Begründung.....	34
3.2.2	Forschungsausrichtung und Forschungsvorgehen	34
3.3	Verfahren und Durchführung der Datenerhebung mittels Leitfaden	35
3.3.1	Verfahren und Durchführung der Datenerhebung	35
3.3.2	Entwicklung des Leitfadens als Forschungsinstrument.....	35
3.4	Datenaufbereitung durch Transkription	36
3.5	Untersuchungsfeld und Vorstellung der Interviewpartnerinnen	36
3.5.1	Untersuchungsfeld und Gewinnung von Interviewpartnern	36
3.5.2	Vorstellung der Interviewpartnerinnen	37
3.6	Auswertung der Daten und Vorgehen bei der vorliegenden Arbeit	37
3.6.1	Qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring	37
3.6.2	Vorgehen bei der vorliegenden Arbeit	38

3.7	Forschungsethische Aspekte und Risiken der Befragung	40
3.8	Experteninterview	40
4	Ergebnisse der empirischen Untersuchung.....	41
5	Synthese	52
5.1	Diskussion der ersten Hypothese	52
5.2	Diskussion der zweiten Hypothese	54
5.3	Diskussion der Kategorien vier und fünf	55
5.3.1	Diskussion der Kategorie vier	55
5.3.2	Diskussion der Kategorie fünf.....	56
6	Schlussfolgerungen	57
7	Quellenverzeichnis.....	61
7.1	Literatur	61
7.2	Abbildungen	63
8	Anhang	64

1 Einleitung

1.1 Einführung in die Thematik und persönliche Motivation

„Wenn Sie das Gefühl haben, Ihr Gegenüber könnte an Suizid denken, bitte fragen Sie ihn danach!“ Diese Aufforderung von Sonneck et al. (2012, 165) klingt so simpel, doch: Wie soll ich fragen? Was soll ich fragen? Warum habe ich das Gefühl, mein Gegenüber könnte an Suizid denken? Welches Wissen zu Suizid benötige ich für eine solche Frage? Wie reagiere ich auf die Antwort? Was löst die Antwort des Gegenübers bei mir aus? Bin ich überhaupt bereit zu fragen?

Aus Gesprächen mit Studierenden und Sozialarbeitenden in der Praxis, aber auch allgemein mit Menschen in meiner Umgebung entnehme ich, dass dem Thema Suizid befangen und oft auch hilflos, jedoch durchaus interessiert gegenübergestellt wird.

Der Auseinandersetzung mit Suizid und Suizidalität will ich in meiner Bachelorarbeit Raum bieten. In diesem Themenfeld zu forschen finde ich herausfordernd und zum Realisieren einer Bachelorarbeit für mich geeignet. Der Umgang mit der Thematik hat sich mir in meinem privaten Leben aufgedrängt. Mit der nötigen Distanz bin ich motiviert, Aspekte der komplexen Suizidthematik aufzuzeigen und mit der Sozialen Arbeit zu verweben. Meine Erfahrungen will ich nutzen und den Suizid und Suizidalität thematisieren, Wissen bündeln und Interviews dazu machen. Im Bachelorstudium wird Suizid und Suizidalität in Mandaten mit Klientinnen und Klienten¹, die sich mit Suizidgedanken tragen, in einzelnen Modulen thematisiert, jedoch nicht in dem Umfang behandelt, wie es mir für die Praxis der Sozialen Arbeit notwendig erscheint. Mein persönliches Ziel ist es, einen vertieften professionellen Zugang zu erhalten und eine differenzierte breite Grundhaltung zur Thematik zu entwickeln.

Suizidalität und/oder vollendete Suizide betreffen vor allem das Individuum, aber nicht nur dieses. Die Selbsttötung eines Menschen ist seit immer auch ein Thema der Gesellschaft, in der der Mensch lebt. Der Tod und insbesondere der Tod durch Suizid wird häufig tabuisiert und stigmatisiert, obwohl er ein häufiges Phänomen ist. Laut Bericht des Bundesamtes für Gesundheit² (BAG, 2005, 8) geht die Weltgesundheitsorganisation³ für das Jahr 2000 von 815 000 Suiziden aus. Suizid ist ein weltumspannendes Thema; alle 40 Sekunden suizidierte sich ein Mensch auf der Welt.

1.2 Bearbeitungsperspektive

Die Literatur zu Suizid ist breit, vielfältig und widersprüchlich. Einen Schwerpunkt zu setzen, erachte ich als äusserst fordernd. Die in dieser Arbeit gewählte Perspektive für eine Bachelorarbeit orientiert sich an der Aufforderung von Sonneck et al. (2012, 165), „Wenn Sie das Gefühl haben, Ihr Gegenüber könnte an Suizid denken, bitte fragen Sie ihn danach.“

Im Fokus dieser Arbeit stehen Sozialarbeitende, die in ihren Mandaten mit Klientinnen, die sich mit der eigenen Suizidalität beschäftigen, konfrontiert werden. Um solchen Mandaten gerecht zu werden oder sie neu zu übernehmen, ist eine vertiefte Auseinandersetzung nötig. Beim Suizid handelt es sich um eine existenzielle Thematik, die immer auftauchen kann.

Im Theorieteil wird das Themenfeld Suizid und Suizidalität aus Sicht verschiedener wissenschaftlichen Fachbereichen besprochen. Die Auseinandersetzung wird entlang einer Hauptfrage und zwei Unterfragen geführt, die in Kapitel „1.4 Fragestellungen“ erklärt werden.

¹ Wo die neutrale Formulierung zu umständlich ist, wird die männliche oder die weibliche Form nach dem Zufallsprinzip verwendet. Die jeweilige Formulierung gilt für beide Geschlechter.

² Nachfolgend BAG genannt.

³ Nachfolgend WHO genannt.

Im empirischen Teil wird die Auseinandersetzung Sozialarbeitender verschiedener Handlungsfelder der Sozialen Arbeit auf der Grundlage einer theoriegeleitenden Forschungsfrage und zweier Hypothesen angegangen. Die Forschungsfrage und die Hypothesen werden in Kapitel „3.1 Theoriegeleitete Forschungsfrage und Hypothesen“ festgehalten.

1.3 Bezug zur Sozialen Arbeit

Suizid ist eine komplexe Thematik. Sie betrifft das Individuum und die Gesellschaft und ist nicht leicht zugänglich. Sonneck et al. (2012, 255) beschreiben den vollendeten Suizid als *„Endresultat von komplex interagierenden biologischen, psychologischen, psychopathologischen und sozialen Faktoren.“*

Der Bezug der Thematik mit der Sozialen Arbeit ist zunächst ein praktischer, insofern sie im Praxisalltag immer wieder mit dieser Frage konfrontiert wird. Die Soziale Arbeit kann sich auch von ihrem Professionsverständnis her diesen Fragen nicht entziehen. Suizidalität ist mit Fragen des Wohlbefindens eng verwoben, und dieses zu heben gehört zentral zum Anliegen der Profession der Sozialen Arbeit, wie dies die Internationale Definition der Profession Soziale Arbeit des 21. Jahrhunderts auf Deutsch festhält:

„Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr Wohlbefinden zu heben. Unter Nutzung von Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental“ (AvenirSocial, 2000).

Wenn Klientinnen sich mit der eigenen Suizidalität beschäftigen, kann die Handlungsfähigkeit Sozialarbeitender an Grenzen stossen. Aus eigener Erfahrung weiss ich, dass Sozialarbeitende, die mit suizidalen Menschen arbeiten oder Klienten betreuen in das Dilemma Fürsorge versus Autonomie geraten können, dem Dilemma zwischen *„dem Beharren auf Selbstbestimmung durch die Adressatinnen und Adressaten und der Notwendigkeit der Übernahme von Schutz und Fürsorge für Klientinnen und Klienten durch die Soziale Arbeit“* (Berufskodex, 2010, 7). Laut Berufskodex ist dieses Dilemma in der Sozialen Arbeit ein unvermeidliches und notwendiges Spannungsfeld. Es könnte nur vermieden werden, wenn die Soziale Arbeit Mandate, in denen Suizidalität vorkommt, nicht übernimmt oder nicht weiterführt. Das aber widerspricht dem Berufskodex.

Doch wie kann sich Soziale Arbeit dieser komplexen Thematik annehmen? Es sind keine einfachen Umstände, wenn Sozialarbeitende Klientinnen betreuen, begleiten und beraten, die für die Bewältigung ihrer für sie existenziellen Probleme Suizid in Betracht ziehen. Schleicher, (2012, 30f) erläutert, Interdisziplinarität sei gefragt, *„um an und zugleich unter widrigen Umständen“*⁴ zu arbeiten. Gerade in *„Härtefällen“* zeigt sich professionelles Handeln. Notwendig dazu sind reziproke Dienste der Disziplinen und eine *„uneitle“* interdisziplinäre Zusammenarbeit der Sozialen Arbeit mit ihren Bezugsdisziplinen. Eine solche Zusammenarbeit ist somit nicht als Schwäche, sondern als Kompetenz zu werten.

⁴ Der Ausdruck „widrig“ soll hier wohl keineswegs abwertend verstanden werden, sondern im Sinn von behindernd oder ungünstig, eine Bedeutung, die nach Duden (2011) ebenfalls möglich ist.

1.4 Fragestellungen

Für die Erarbeitung des Theorieteils werden nachfolgende Hauptfrage und zwei Unterfragen definiert.

Hauptfrage: Was gibt es an Wissensbeständen, die den Sozialarbeitenden die Auseinandersetzung mit Suizid und Suizidalität ermöglichen?

Unterfragen: 1. Wie können Sozialarbeitende im Kontext von Suizidalität handlungsfähig sein?

2. Welche Wissensaspekte bieten ausgewählte Bezugsdisziplinen der Sozialen Arbeit an?

1.5 Ziele der Arbeit

Theorieziele

- Definitionen und Wissen zu Suizid und Suizidalität erfassen und darlegen können.
- Wissen der Sozialen Arbeit und ausgewählter Bezugswissenschaften aufzeigen und kontextualisieren können.
- Das Experteninterview in den Theorieteil einbinden können.

Feldziele

- Den Forschungsprozess zur spezifischen Forschungsfrage durchführen können und im Ansatz verstehen.
- Verstehen, wie Interviews durchgeführt und anhand der Transkription, der Datenanalyse, der Synthese weiterverarbeitet werden können.
- Schlussfolgerungen aus den erhobenen Daten ziehen können und in der Lage sein, den Empire-/Praxistransfer anzusprechen.

Praxisziele

- Kompetenz erlangen, themenspezifische Inputs für die Praxis bereitstellen zu können.
- Kompetenz erlangen, Diskussionen zu Suizid und Suizidalität in der Praxis der Sozialen Arbeit und in der Gesellschaft führen zu können.

1.6 Aufbau der Arbeit

Nachdem in der Einleitung der Bezug der Suizidthematik zur Sozialen Arbeit hergestellt werden konnte und Fragestellungen und Ziele definiert wurden, wendet sich die Arbeit in Kapitel 2 den theoretischen Grundlagen zu, an denen sich die Soziale Arbeit im Kontext von Suizid und Suizidalität orientieren kann. Als Erstes wird darin das Wissen zu Suizid aufgearbeitet, welches relevant für das Verständnis des heterogenen Phänomens ist. Anschliessend wird die Interdisziplinarität thematisiert, welche bei der Suizidthematik selbstverständlich ist und kontextbezogenes Wissen von ausgewählten Bezugsdisziplinen dargelegt.

Weiter wird die Handlungsfähigkeit Sozialarbeitender bei möglicher Suizidalität im Klientenmandat mit den dazu nötigen Wissensbeständen der Sozialen Arbeit erschlossen. Unter anderem mittels eines Experteninterviews werden ethische Aspekte und Fragen des moralisch/ethischen Handelns reflektiert, die sich in der Auseinandersetzung mit Suizid und Suizidalität stellen. Ein Resümee aus eigener Sicht rundet den Theorieteil ab.

Kapitel „3 Methodische Grundlagen der Befragung zur Relevanz von Wissen über Suizid in der Sozialen Arbeit“ wendet sich im empirischen Teil der Arbeit nachfolgenden Themen zu: Die gewählte Methode wird dargelegt und begründet. Methodisch werden das leitfadengestützte Interview und die Datenaufbereitung besprochen und die Befragten vorgestellt. Die forschungsethischen Aspekte und die Risiken werden hervorgehoben und zum Schluss des Kapitels auf das Experteninterview eingegangen. Kapitel „4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung“ gilt dann der Auswertung und Kapitel „5 Synthese“ der Diskussion der Ergebnisse. Die „Schlussfolgerungen“ in Kapitel 6 befassen sich mit den Grenzen der vorliegenden Arbeit und mit über die Fragestellung weiterführenden Überlegungen in Beziehung zu Praxis und Profession. Reflektiert werden ebenso die Ziele.

2 Theoretische Grundlagen: Soziale Arbeit im Kontext von Suizid und Suizidalität

Sozialarbeitende werden dem Thema Suizidalität bei Klienten im Verlauf ihrer Tätigkeit unweigerlich begegnen, „Die meisten von uns erwischt es mehrfach, Professionelle in Sozial- und Gesundheitsberufen auch x-fach“, schreibt Ajdacic-Gross (2015, 10f) über die unausweichliche Konfrontation mit dem „heterogenen Phänomen“ Suizid. Weiter weist der Autor (2015, 10f) darauf hin, dass es nicht „den Suizid“ gibt und auch nicht „den Suizidenten, sondern von bei- dem unterschiedliche Varianten und Entstehungszusammenhänge.“

Nyon und Heidenreich (2012, 175) geben zudem zu bedenken, „Der Umgang mit Suizidalität und suizidgefährdeten Klienten gehört in den Bereichen Therapie und Beratung ohne Zweifel zum Anspruchsvollsten und teilweise auch Ängstigendsten, was unser Betätigungsfeld zu bieten hat.“

Es gilt also, sich als Sozialarbeitende auf diese Tatsache einzustellen und vorzubereiten, denn die Begegnung mit Klienten, die sich mit der eigenen Suizidalität beschäftigen, kann jederzeit im Praxisalltag eintreffen. Hierzu stellt sich die zentrale Hauptfrage: Was gibt es an Wissensbeständen, die den Sozialarbeitenden die Auseinandersetzung mit Suizid und Suizidalität ermöglicht?

Sonneck et al. (2012, 255) haben „Komponenten des Umgangs des Beraters mit seinen Klienten“ analysiert und dies wie folgt dargestellt:

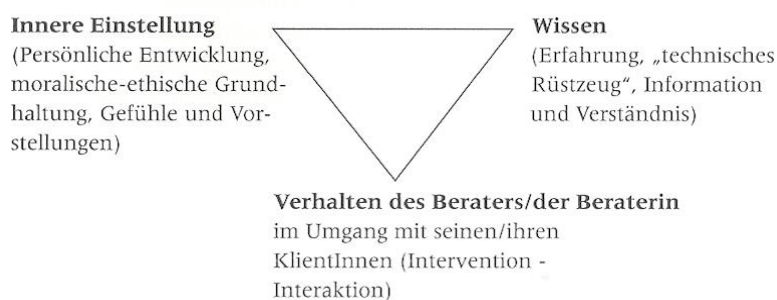


Abb. 1: Komponenten des Umgangs des Beraters mit seinen Klienten nach Sonneck et al. (2012, 230)

Diese Komponenten sind die Grundlage für die Auseinandersetzung in Mandaten mit Klienten, die sich mit der eigenen Suizidalität befassen. Es braucht von Seiten der Beraterin die persönliche Auseinandersetzung mit Suizid und Suizidalität. Sie muss sich selbst und ihrer Einstellung bewusst sein und zu persönlicher Entwicklung bereit und fähig sein und mittels entsprechenden Wissens und Verhaltens professionell handeln können.

Die nachfolgenden Theoriebezüge können dem „Komponenten Dreieck des Umgangs“ von Sonneck et al. (2012, 230) zugeordnet werden.

2.1 Suizid

Der Gegenstand Suizid ist sehr umfangreich. Er wird von vielen Seiten und auch widersprüchlich bearbeitet. Nachfolgend werden die Grundlagen aus verschiedenen Perspektiven erarbeitet, die im Rahmen der Sozialen Arbeit relevant sein können.

2.1.1 Terminologie

Der Begriff Suizid stammt vom lateinischen *suicidium ab*, was Selbsttötung bedeutet. *Suicidium* ist aus *sui cadere*, „seiner selbst töten, fällen, morden, schlachten“ hervorgegangen. (Bauer, Fartacek und Nindl 2011, 19) Umgangssprachlich wird eher von Selbstmord als von Suizid gesprochen. Im Wallis wird auch oft gesagt, die Person „habe sich etwas angetan“ oder „habe nachgeholfen“. Gehört habe ich auch von professioneller Seite „jetzt hat er alles weggeworfen!“

Für wissenschaftliche Untersuchungen fordert Fenner (2008, 387), auf den eher negativ behafteten Begriff Selbstmord, aber auch auf den eher heroischen Begriff Freitod zu verzichten, da beide Begriffe „auf bestimmten Vorurteilen basieren“. In der Sozialen Arbeit, aber auch umgangssprachlich sollte, wann immer möglich, der Begriff Suizid verwendet werden. Er gibt die Tatsache dieser Todesursache am neutralsten wieder. Im Praxisalltag kann der Begriff Suizid auf die Klienten aber befremdend wirken. Es kann, meiner Meinung nach, für die Gesprächsführung Sinn machen, den geläufigen Begriff Selbstmord zu verwenden.

2.1.2 Definition, Begriff: Suizid, Suizidalität, suizidales Verhalten

Wie „Suizid“, „Suizidalität“ und „suizidales Verhalten“ definiert werden, ist sehr unterschiedlich und wird von den jeweiligen Paradigmen und den jeweiligen Haltungen mitbestimmt. Im medizinisch-psycho sozialen Bereich etwa geht es nach Wolfesdorf und Etzersdorfer (2011, 24) darum, „eine klinisch nutzbare Definition suizidalen Denkens und Verhaltens und ihrer verschiedenen Formen“ zu erhalten. Bauer et al. (2011, 75) hingegen plädieren, nicht einfach den medizinisch-psychopathologischen Blickwinkel einzunehmen, sondern alle Dimensionen einzubeziehen, um das Phänomen Suizid zu erfassen. Mit Nachdruck halten sie fest, „Vernachlässigte man die wichtigen anderen, Menschsein konstruierenden Dimensionen des Theologisch-Religiösen, des Ethisch-Philosophischen und des Sozialen“, so würde „Wesentliches für das Verständnis des Ganzen fehlen.“ Für die Soziale Arbeit muss ohne Zweifel der Blickwinkel der Dimensionsvielfalt von Bauer et al. eingenommen werden.

Suizid

Sonneck et al. (2012, 255) betrachten den vollzogenen Suizid als „*Endresultat von komplex interagierenden biologischen, psychologischen, psychopathologischen und sozialen Faktoren.*“ Ähnlich definiert Baechler (1981, 22), „*Selbstmord bezeichnet jedes Verhalten, das die Lösung eines existenziellen Problems in einem Anschlag auf das Leben des Subjekts sucht und findet.*“ In der vorliegenden Arbeit wird diese Sicht übernommen; sie entspricht dem in der Sozialen Arbeit geforderten breiten Zugang.

Suizidalität

Für den Begriff Suizidalität kann sich die Soziale Arbeit auf die Definition von Eink und Halten-dorf (2012, 20) abstützen:

„*Alle Gefühle, Gedanken, Impulse und Handlungen, die selbstzerstörerischen Charakter haben und das eigne Versterben aktiv oder durch Unterlassung anstreben bzw. direkt oder indirekt in Kauf nehmen. Suizidalität umfasst einen breiten Bereich menschlichen Erlebens und Verhaltens, der sich vom Bedürfnis nach Ruhe oder einer Pause im Leben über den Wunsch, (ohne eigenes Zutun) tot zu sein, Gedanken an und Pläne für die Selbsttötung bis hin zu konkreten suizidalen Handlungen erstreckt.*“

Eink und Haltendorf (2012, 20) unterscheiden verschiedene Grade der Suizidalität und stellen diese in Form einer Suizidalitätspyramide dar:

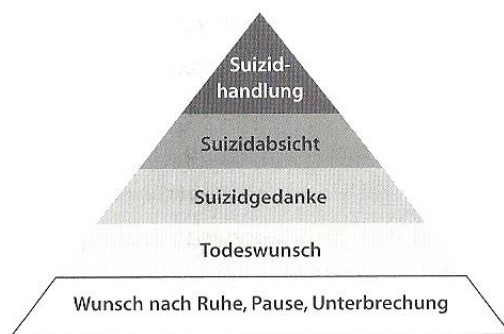


Abb. 2: Suizidalitätspyramide nach Eink und Haltendorf (2012, 20)

Von Suizidalität abzugrenzen ist suizidales Verhalten. Suizidales Verhalten umfasst laut Sonneck et al. (2012, 160) direkte und indirekte Suizidankündigungen, Suizidversuche und Suizide. Suizidgedanken jedoch sind nicht unter suizidales Verhalten zu subsumieren, „weil sie für den Aussenstehenden zumeist nicht evident sind“.

Auf der Grundlage dieser Ausführungen werden in der vorliegenden Arbeit die Begriffe folgendermassen verwendet:

- Suizid, wenn in umfassenden Sinn über den Gegenstand und die Todesursache Suizid gesprochen wird.
- Vollendeter Suizid, wenn explizit der Tod durch die Selbsttötung herausgehoben werden soll.
- Suizidalität, wenn alle Gefühle, Gedanken und Handlungen des menschlichen Erlebens und Verhaltens in der Beschäftigung mit dem eigenen Suizid gemeint sind.
- Suizidales Verhalten, wenn, in Abgrenzung zu Suizidalität, die Gedanken in der Beschäftigung mit dem eigenen Suizid ausgeklammert sind.

2.1.3 Statistische Angaben und Zusammenhänge

Laut Bundesamt für Statistik⁵ (2016, online) starben in der Schweiz 2014 total 30 950 Männer und 32 988 Frauen. Davon wurde bei 754 Männern und 275 Frauen Suizid angegeben, was ein Total von 1029 Suizidsterbefällen ergibt. Weitere 742 Personen starben durch assistierten Suizid. Anzumerken ist, dass die Sterbefälle durch assistierten Suizid den jeweiligen Grunderkrankungen zugeordnet werden.

Das Verhältnis der Suizide und assistierten Suiziden verändert sich stetig; tendenziell zeigt sich eine Entwicklung zu vermehrt assistierten Suiziden; wobei seit 2010 die Gesamtzahl der Suizide relativ stabil geblieben ist. Konkret bedeutet dies für 2014: Auf sieben Fällen von Suizid fielen fünf Fälle von assistiertem Suizid. Vgl. Grafik (G7) Junker (2016,3) auf der nachfolgenden Seite.

Zum Verhältnis von Männern und Frauen: Auf zehn Männer fielen 2014 vier Suizide von Frauen; die Sterbehilfe dagegen nahmen Frauen häufiger in Anspruch als Männer: Auf zehn Männer fallen hier dreizehn Frauen (Junker 2016,3).

⁵ Nachfolgend BfS genannt.

Assistierter Suizid und Suizid 1995–2014 G 7

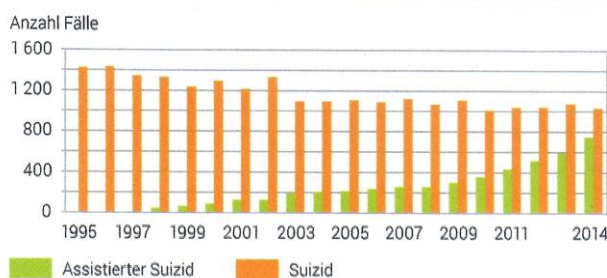


Abb. 3: Grafik Junker (2016, 3) auf Basis des BFS 2016

Für die Praxis der Sozialen Arbeit kann das Alter der Personen bei Suizid und assistiertem Suizid Aufschlüsse bieten: Es zeigt sich eine Zunahme der Suizide und assistierten Suizide ab 45 Jahren und bei zunehmendem Alter. In den Arbeitsfeldern, wo mit älteren Menschen gearbeitet wird, gilt es, die Sensibilität Sozialarbeitender zur Thematik Suizid und assistiertem Suizid zu fördern, will man sich der Realität vermehrter Suizide annehmen und für die tendenzielle Entwicklung gewappnet sein. Vgl. Grafik (G8) Junker (2016,3):

Assistierter Suizid und Suizid nach Alter, Periode 2010–2014 G 8

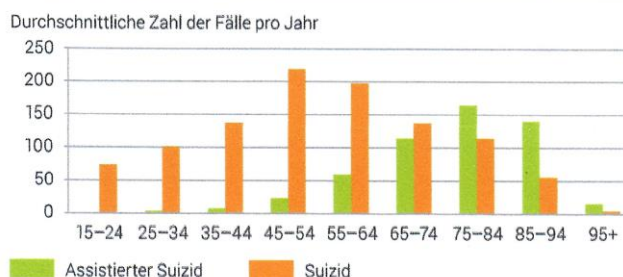


Abb. 4: Grafik Junker (2016, 3) auf Basis des BFS 2016

Für die Praxis der Sozialen Arbeit scheint mir zudem bedeutungsvoll, was Schuler und Burla (2012, 68-73) festhalten: Suizid ist in Relation zu anderen Gesundheitsproblemen und in Relation zu anderen Ländern oft ein unterschätztes Problem der öffentlichen Gesundheit. Nachfolgende Zusammenhänge von Schuler und Burla (2012, 68-73) bieten wichtige Anhalts- und Orientierungspunkte für die tägliche Arbeit:

- Ein Suizid betrifft durchschnittlich vier bis sechs Angehörige und Nahestehende
- Durch Suizide, die im öffentlichen Raum vollzogen werden, kann es zu Traumatisierungen Dritter führen.
- Die Schweiz zählt innerhalb von Europa zu den Ländern mit einer überdurchschnittlich hohen Suizidrate. Laut BFS (2016, online) beträgt die Sterbeziffer⁶ durch Suizid bei Männern in der Schweiz 17.3 und im Ausland 12.3. Für Frauen beträgt sie in der Schweiz 6.1 und im Ausland bei 4.2.
- Im Jahr 2009 starben 3.1 Mal mehr Menschen durch Suizid als durch Strassenverkehrsunfälle und 23 Mal mehr als durch Aids.
- Das grösste Risiko für einen vollendeten Suizid ist ein vorangegangener Suizidversuch.

⁶ Sterbeziffer: Anzahl Personen pro 100 000 Personen

- Die Mehrheit der Personen, die sich suizidieren, leiden an einer diagnostizierbaren psychischen Störung.
- Suizid stellt, gemessen an den verlorenen potenziellen Lebensjahren, nach Krebs-Kreislaufkrankungen und Unfällen der vierthäufigste Grund für frühzeitliche Sterblichkeit dar.
- Seit 2003 ist die Suizidrate relativ konstant, wobei anzumerken ist, dass nicht bei allen Todesfällen die Ursache identifiziert wird, so dass einige Suizide statistisch als Unfälle ausgewiesen sein können.
- Die Suizidraten von Frauen und Männer steigen mit zunehmendem Alter.

Zieht man den letzten der aufgeführten Punkt in Betracht, ist zu erwarten, dass die Suizidzahlen weiter ansteigen, und zwar sowohl bei den assistierten Suiziden (Sterbehilfe) wie bei den übrigen Suiziden. Dies wird im Bericht des BAG (2005, 10) vermutet, *„Mit der demographischen Alterung der Gesellschaft werden in den nächsten Jahrzehnten bei den Suiziden der über 65-Jährigen auch die absoluten Zahlen deutlich steigen“*. Wie das BAG in diesem Bericht weiter festhält, werden in der Schweiz 1 bis 2% aller Todesfälle als Tod durch Suizid erfasst und 10% aller Schweizer begehen im Leben einen oder mehrere Suizidversuche BAG (2005, 4). Gemäss epidemiologischen Erhebungen gibt zudem jede zweite Person in der Schweiz rückblickend an, Suizidgedanken gehabt zu haben.

2.1.4 Das Recht auf Schutz des Lebens als Rahmen für die Soziale Arbeit

Für die Praxis der Sozialen Arbeit ist es unabdingbar die Gesetzgebung zu Suizid zu kennen. Soziale Arbeit hat im Rahmen des geltenden Rechts zu geschehen. Geschieht dies nicht, so können Sozialarbeitende zur Rechenschaft gezogen werden. Wissen um die rechtlichen Aspekte zu Suizid bietet Rechtssicherheit im Umgang mit Klientinnen und bietet Rechtssicherheit und Schutz gegenüber der eigenen Person. Im Rahmen dieses Wissens müssen die Handlungen eingebettet sein und ethisch reflektiert werden.

Völkerrechtlich wird das Recht auf Schutz des Lebens in der Europäischen Menschenrechtskonvention⁷ verbrieft. Art. 2 EMRK lautet, *„Das Recht jedes Menschen auf Leben wird gesetzlich geschützt. Niemand darf absichtlich getötet werden, ausser durch Vollstreckung eines Todesurteils, das ein Gericht wegen eines Verbrechens verhängt hat, das die Todesstrafe gesetzlich vorgesehen hat.“* In der Schweiz sind die Grundrechte des Menschen auch in der Bundesverfassung⁸ festgehalten. Art. 10 Abs. 1 der BV besagt, *„Jeder Mensch hat das Recht auf Leben. Die Todesstrafe ist verboten.“* Weiter führt Abs. 2 aus, *„Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und Bewegungsfreiheit.“* Petermann (2004, 1128)⁹ präzisiert, dass anhand Gesetzesauslegungen der Mensch auch das Recht hat, auf das Leben zu verzichten.

Rechtliche Aspekte im Schweizerischen Verfassungsrecht explizit zu Suizid sind im Strafgesetzbuch¹⁰ festgehalten. Art. 115 StGB lautet, *„Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.“* Sonneck et al. (2012, 312) erklären, dass von Suizid gesprochen werden kann, wenn die *„Tatherrschaft des sich selbst Tötenden“* gegeben ist. *„Der Suizident muss also das zu seinem Tode führende Geschehen aufgrund eigener Entscheidung auslösen und beherrschen.“* Liegt die Tatherrschaft beim Suizidenten ist Suizid in der Schweiz¹¹ nicht strafbar.

⁷ Nachfolgend EMRK genannt.

⁸ Nachfolgend BV genannt.

⁹ Dr. jur. Rechtsanwalt Petermann Frank hat einen Gesetzesentwurf zur Suizidprävention ausgearbeitet, welcher als weiterführende Lektüre interessant ist. Publiziert in der „Aktuellen Juristischen Praxis“ 09. 2004.

¹⁰ Nachfolgend StGB genannt.

¹¹ Wie es sich mit der Strafbarkeit in den Nachbarländern Deutschland und Österreich verhält, ist nachzulesen bei Sonneck et al. (2012, 308-317).

Für die assistierten Suizide mit Unterstützung durch Sterbehilfsorganisationen¹² ist das Wahrnehmen der Tatherrschaft durch den „*Suizidwilligen*“ ein wichtiges Element, damit diese assistierten Suizide, beziehungsweise die Sterbehilfe¹³ straffrei ausgehen und Sterbebegleiter nicht in Rechtskonflikte geraten.

Aufmerksamkeit für Professionelle fordert ebenfalls der Aspekt, der Unterlassung der Verhinderung eines Suizids. Es gilt: Bei „*Mitwirkung am Suizid durch Unterlassung seiner Verhinderung*“ ist nach Sonneck et al. (2012, 313) zu beachten, dass es sich bei der „*Unterlassung seiner Verhinderung*“ um „*Beihilfe*“ zum Suizid handelt. Zu erwähnen gilt: Die „*Beihilfe*“ bedeutet nicht „*Verleitung*“ zum Suizid und ist straffrei, was bei einer Verleitung nicht der Fall ist. Beachtung zu schenken ist ferner der Gesetzgebung¹⁴ in Zusammenhang mit dem „*Unterlassen der Nothilfe*“. Gemäss Sonneck et al. wird das Ankünden eines Suizides gesetzlich nicht als unmittelbare Lebensgefahr gewertet, und verlangt somit nicht automatisch eine Nothilfe.

2.1.5 Suizidprävention auch eine Herausforderung für die Soziale Arbeit

Petermann (2004, 1114) erläutert, dass sich die „*generelle und individuelle*“ Suizidprävention aus Art. 118 BV, welcher der Schutz der Gesundheit beinhaltet, ergibt. Laut BAG (2005, 10ff) umfasst die Suizidprävention im „*engeren Sinne*“ die „*Verhütung von Suizidversuchen und Suiziden*.“ Im „*weiteren Sinne*“ beinhaltet sie „*auch Massnahmen der Gesundheitsförderung und der Primär- und Sekundärprävention*.“ Die Massnahmen haben zum Ziel, das „*Wohlergehen von Individuen und das effektive Funktionieren von Gesellschaft und Wirtschaft*“ zu fördern. Die WHO und die Vereinten Nationen¹⁵ fordern nationale Suizidpräventionsprogramme, welche kulturell und gesellschaftlich angepasst sein müssen.

Petermann (2004, 1114) schreibt, dass Suizid etwas ist, das dem Menschen vorbehalten ist, da kein anderes Lebewesen sich suizidiert. Somit ist Suizid etwas „*Humanes*“. Dieser Umstand muss in Bezug auf Massnahmen zur Suizidprävention¹⁶ beachtet werden. Als Voraussetzung wirksame Suizidprävention zu gestalten, betont Petermann (ebda.), müsse die rechtsphilosophische Begründung der Suizidenten, welche das Recht auf Freiheit, das Recht auf Würde und das Recht auf Glück beinhaltet, einbezogen werden.

Die dargelegten Ausführungen lassen Dilemmata in Zusammenhang mit Massnahmen zur Suizidverhinderung durch Prävention erkennen. Es stellen sich Fragen wie: Welche Gewichtung erfährt das Individuum, welche die Gesellschaft? Wie stehen die Rechte auf Freiheit, Würde und Glück des Individuums in Korrelation mit der Verhinderung des Suizids durch Prävention? Anzumerken ist, dass der Experte Wallimann im Experteninterview¹⁷ im Kontinuum von Individuum und Gesellschaft nicht von diesbezüglichen Dilemmata im eigentlichen Sinn spricht. Die Sichtweise Wallimans wird im Kapitel „2.6 Diskurs zu Ethik und moralisch-ethischen Handeln im Blickwinkel von Suizid“ aufgenommen.

Soziale Arbeit sollte sich meines Erachtens in Bereichen der Suizidprävention einbringen und eine diesbezügliche Professionshaltung entwickeln; ihrer zentralen Aufgabe, welche das Heben des Wohlbefindens ihrer Klientinnen beinhaltet, könnte sie dadurch verstärkt nachkommen.

Dies wird sich in ihrer Praxis in der Handlungsfähigkeit Sozialarbeitender im Zusammenhang mit Klientenmandaten, die Suizidalität beinhalten, niederschlagen. Weiter bietet sich Sozialar-

¹² In der Schweiz fungieren die Sterbehilfsorganisationen Exit und Dignitas

¹³ Das Kontinuum der Straffreiheit und Straffälligkeit bei der Sterbehilfe werden im Bericht des BAGS (2005, 16, Fussnote 6) aufgeführt. Unterschieden werden: Aktive Sterbehilfe, passive Sterbehilfe und Indirekte Sterbehilfe.

¹⁴ Vgl. Art. 128 StGB

¹⁵ Nachfolgend UN genannt.

¹⁶ Vgl. die Ausführungen der Nationalen Ethikkommission (NEK-CNE) (2005, 29f) zur Suizidprävention.

¹⁷ Vgl. Anhang D Experteninterview Ethik

beitenden die Möglichkeit: Sich interdisziplinär aktiv dezidiert und ethisch reflektiert in der Gestaltung von individuellen und generellen Suizidpräventionsmassnahmen einzubringen.

2.2 Interdisziplinarität bei der Thematik Suizid als Selbstverständlichkeit

In Kapitel „1.3 Bezug zur Sozialen Arbeit“ wurde anerkannt, dass Suizid eine komplexe Thematik darstellt. Anerkannt wurde ebenfalls, dass Suizid nicht von einer einzigen Disziplin verstanden und schon gar nicht bearbeitet werden kann. Mit Schleicher (2012, 30f) wurde die Forderung nach einer reziproken „uneitlen“ interdisziplinären Zusammenarbeit erhoben und eine solche Zusammenarbeit als Kompetenz gewertet. Die Profession Soziale Arbeit ist für den Umgang mit dem heterogenen Phänomen Suizid nicht nur auf eigenes Wissen angewiesen, sondern auch auf Wissen anderer Disziplinen, insbesondere ihrer Bezugswissenschaften¹⁸.

Während die Bezugswissenschaften Beschreibungswissen, Erklärungswissen, Wertwissen und Veränderungswissen liefern (vgl. Kapitel „2.5 Wissensbestände und deren Funktionen für methodisches Handeln“), liegt der Schwerpunkt der Sozialen Arbeit als «Handlungswissenschaft» (Sommerfeld 2010, zit. nach Von Spiegel 2013, 257) im Wissen über das Handeln: Die Soziale Arbeit „produziert Wissen über Faktoren, die ein bestimmtes Handlungsproblem konstituieren, und entwickelt methodische Vorgehensweisen zur Bearbeitung der Aufgaben und Probleme.“ (ebda.)

Die reziproken interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Schleicher (2012, 30f) für die Soziale Arbeit fordert, kann meiner Feststellung nach folgendes leisten:

1. In den Disziplinen wird erlernbares Wissen, welches ausgetauscht werden kann und in den Professionen der Praxis Wirksamkeit entfaltet, zur Verfügung gestellt.
2. Theorien verschiedener Disziplinen weiten den Blickwinkel und bieten Erklärungs- und Begründungsalternativen, welche sich in veränderten Einsichten und Handlungen niederschlagen können.
3. Die Handlungswissenschaft Soziale Arbeit ist in der Lage, zur Thematik Suizid Wissen zu produzieren und methodisch zu Handeln.
4. Die Soziale Arbeit steht als Profession unter dem „Referenzkriterium Wirksamkeit“ unter Handlungszwang.

Wie verhält es sich in der Forschung und in der Praxis mit der interdisziplinären Zusammenarbeit bei Suizid? Gemäss Fenner (2008, 13ff) entstand im 19. Jahrhundert das wissenschaftliche Interesse und die Forschungsrichtung Suizidologie. In dieser jungen Wissenschaft bildeten sich zwei Gegenpole heraus, die auf unterschiedlichen Paradigmen gründeten: medizinisch-psychologischen oder aber soziologischen. Da Suizid grundsätzlich pathologisiert wurde, rückten philosophische Aspekte, wie die Frage nach der Freiheit des suizidal handelnden Menschen, in der Forschung in den Hintergrund. Im 20. Jahrhundert begannen sich Philosophen, allen voran Jean Améry, der das Selbstbestimmungsrecht auf einen „freien Tod“ proklamierte, zu positionieren. Die unterschiedlichen Paradigmen bildeten zunehmend schärfere Fronten. Auch interdisziplinäre Tagungen und Symposien, welche seit den 1970er Jahren stattfinden, konnten die Interdisziplinarität nicht wirklich fördern, was laut Fenner schade ist. Der interdisziplinäre Dialog zwischen den praktisch orientierten Psychiatern, Psychologen, Sozialarbeitern und den Philosophen und Literaten ist aus mehreren Gründen wichtig: *„Interdisziplinäres Arbeiten setzt dabei nicht nur das selbstkritische Gewahrtwerden der eignen disziplinären Grenzen voraus, sondern auch den Mut zum Hin- und Herwechseln zwischen den Perspektiven der verschiedenen Fächer“* Fenner (2008, 17).

¹⁸ Als einflussreiche Bezugswissenschaften der Sozialen Arbeit führt von Spiegel (2013, 53) auf: Psychologie, Biologie, Soziologie, Anthropologie, Philosophie, Theologie, Ethik und Recht.

Für das Rollenverständnis Sozialarbeitender wichtig, sind die durch das interdisziplinäre Arbeiten möglichen Erfahrungen. Meines Erachtens wird der Selbstwert der Sozialen Arbeit und das Selbstbewusstsein Sozialarbeitender durch gute interdisziplinäre Arbeit gehoben. Soziale Arbeit kann den interdisziplinären Brückenschlag machen, denn sie nutzt in der Forschung und in der Praxis ihr Wissen und das Wissen von Bezugswissenschaften. Gefordert werden muss von ihr die Reziprozität. Zugute kommt eine gelebte Interdisziplinarität¹⁹ dem Individuum, dem nahen Umfeld und der Weltgesellschaft, davon bin ich überzeugt.

2.3 Alltagswissen zu Suizid versus wissenschaftliches Wissen

In der Sozialen Arbeit und in den Bezugswissenschaften stehen Theorien zur Verfügung, die nach Von Spiegel (2013, 53) die „Aufklärungs- und Orientierungsfunktion“ übernehmen. Die Wahrnehmung, Ordnung und Erklärung eines Handlungsproblems kann mit Theorien angegangen werden. Alltagswissen hingegen bietet keine „Erklärungs- und Begründungsalternativen“, es basiert auf Erfahrungen, welche auf subjektiver Wahrnehmung basieren (Von Spiegel, 2013, 47). Von scheinbar ähnlichen Einzelfällen wird induktiv eine praktische «Alltagstheorie» gefasst. Diese könnte falsch sein, denn „*man läuft Gefahr zu beobachten, was man erwartet.*“ Verschiedene Theorien der Sozialen Arbeit und der Bezugsdisziplinen beleuchten das Problem dagegen aus anderen Perspektiven und bieten so ein breites Verständnis, was für die jeweilige Situation zu „*veränderten Einsichten und Handlungen führen kann*“, schliesst Von Spiegel (2013, 53).

Auch Mythen nehmen im Alltag ihren Platz rund um Suizid ein. Diese gilt es „*zu objektivieren und abzubauen*“ (Ajdacic-Gross 2015, 10f).

Falsche Annahmen zu Suizid halten sich in der Gesellschaft teils hartnäckig. So die, dass das Gegenüber nicht auf eine mögliche Suizidalität angesprochen werden soll, weil angenommen wird, dass das Ansprechen die Suizidalität geradezu fördert. Eink und Haltendorf (2006, 65) widersprechen dieser Annahme: „*Das verständnisvolle Ansprechen von Suizidalität führt nicht zu entsprechenden Gedanken oder Handlungen.*“

2.4 Handlungsfähigkeit in Klientenbeziehungen im Kontext von Suizidalität

Gemäss der Definition von Von Spiegel (2013, 247f) steht die Handlungswissenschaft Soziale Arbeit als Profession unter dem „Referenzkriterium der Wirksamkeit“ unter „Handlungszwang“. Dieser „Handlungszwang“ wird von ihr in ihrer Praxis und reziprok in der Interdisziplinarität gefordert.

Als Ziel methodischen Handelns müssen, laut Von Spiegel (2013, 66) „Veränderungen“ angestrebt, beziehungsweise „angestossen“ werden.

Demnach gilt es für die Auseinandersetzung mit Suizid das Handeln in Klientenbeziehungen als zentrales Element anzusprechen. In diesem Kapitel und in den dazugehörigen Unterkapiteln wird der Unterfrage eins (Kapitel „1.4 Fragestellungen“) nachgegangen: Wie können Sozialarbeitende im Kontext von Suizidalität handlungsfähig sein?

2.4.1 Handeln unter dem Mandat der Menschenwürde und der Menschenrechte

Laut Berufskodex der Sozialen Arbeit hat das Handeln unter dem Mandat der Menschenwürde und der Menschenrechte zu geschehen. Der Berufskodex (2010, 8) definiert unter Punkt eins: „*Die Professionellen der Sozialen Arbeit gründen ihr Handeln auf der Achtung der jedem Menschen innewohnenden Würde sowie den Rechten, welche daraus folgen.*“

¹⁹ Nebst der Auseinandersetzung mit Interdisziplinarität lässt eine Auseinandersetzung mit Transdisziplinarität neue Wege zur Zusammenarbeit der Disziplinen erkennen. Vgl. Büchner, Stefanie. *Soziale Arbeit als Transdisziplinäre Wissenschaft. Zwischen Verknüpfung und Integration*. Wiesbaden: VS Springer Fachmedien, 2012.

Handlungen definiert Von Spiegel (2013, 249) als beobachtbares eigenes oder fremdes Verhalten, welches auf Bewertungsprozessen basierend interpretiert wird und eine emotionell geprägte Handlungsbereitschaft darstellt. Handlungen werden von den Handelnden und von denen, die sie beobachten, mittels ihrer „Sinnwelt“ interpretiert. Handlungen sind immer kontextbezogen. Unterschieden werden die Handlungen nach der Motivation, wie sie ausgeführt werden. Von Spiegel (2013, 249) definiert: *„Unterschieden werden zwischen strategischen (zielgerichteten) Handlungen, die eher Ergebnisse einer reflexiven, methodischen Planung sind, und reaktiven Handlungen, die emotionsabhängiger²⁰ sind.“*

Stimmer (2012, 56) nimmt auf berufsethischer Grundlage der Sozialen Arbeit eine Haltung ein, die strategisches Handeln in der Sozialen Arbeit ausgrenzt. Für ihn muss das Handeln *„verständigungsorientiert, also dialogisch-partnerschaftlich sein und schliesst daher strategische Handlungen (Zwang, Manipulation, Täuschung) sowie Verletzungen der Integrität der KlientInnen wie auch der KollegInnen aus.“*

Meines Erachtens gilt es bei der Haltung der Praxishandlungen näher zu betrachten wie Handeln zu sein hat. Soll es strategisch, zielorientiert oder verständigungsorientiert sein? Ist es strategisch und zielorientiert, kann es laut Stimmer (ebda.) zu Zwang, Manipulation oder Täuschung kommen. Kommt es zu Zwang, Manipulation oder Täuschung bedeutet dies für mich, dass Macht²¹ ausgeübt wird. Beim Anwenden von Macht in der Sozialen Arbeit ist zu beachten, dass der Berufskodex (2010, 8) vorgibt, die Achtung, die Würde und die Rechte des Menschen durch die Handlung der Sozialen Arbeit nicht zu beschneiden. Doch, durch das mögliche Dilemma von Selbstbestimmung und Fürsorge, kann bei Suizidalität im Klientenmandat Macht Raum finden, die nicht dem Berufskodex entspricht. Reflektiertes Umgehen mit dieser Tatsache ist im Handeln eine Voraussetzung für eine kongruente, wertschätzende und anerkennende Beziehungsgestaltung, die Einfluss auf die Suizidalität der Klienten haben kann.

Auf die Aufforderung Stimmers (2012, 56), das Handeln *„verständigungsorientiert, also dialogisch-partnerschaftlich“* zu gestalten, wird im nächsten Kapitel eingegangen.

2.4.2 Verständigungsorientiertes bis erfolgszentriertes Handeln als Haltung

Stimmer (2012, 68ff) betont, dass eine verständigungsorientierte Haltung die Grundlage des methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit sein muss. Diese Haltung ist kein fixer Zustand, sondern sie muss immer wieder, je nach Situation, angepasst werden. Die flexible verständigungsorientierte Haltung ist der beste Garant für das Gelingen von Interventionen. Die Haltung darf aber nicht eine Form annehmen, die unrealistisch und übertrieben daherkommt und Forderungen an die Klientinnen beinhaltet. Handeln hat in der Praxis der Sozialen Arbeit mit Menschen in ihrer Lebenswelt und ihren vielschichtigen Problemen zu tun und es begründet eine gegenseitige Beziehung.

„Soziale Beziehung“ definiert (Weber (1976, zit. In: Stimmer, 2012, 67) als *„ein seinem Sinngehalt nach aufeinander gegenseitig eingestelltes und dadurch orientiertes Sichverhalten mehrerer.“* Nach Weber ist wechselseitig orientiertes Handeln selten in völliger Übereinstimmung der „Akteure“ möglich. Es ist bedroht *„durch Entfremdung“*. Dies kann zum Ausdruck kommen durch *„Schein-Gegenseitigkeit (Wynne), Bestätigung durch Pseudobestätigung (Laing), Solidarität durch Täuschungsmanöver (Goffmann), kommunikatives Handeln durch strategisches Handeln (Habermas)“*, fügt Weber (ebda.) an.

²⁰ Vgl. hierzu Von Spiegel (2013, 250) emotionale Handlungsregulation. Im Zusammenhang mit Suizid ist Wissen zu Emotionen und Emotionsregulation unterstützend in der Sozialen Arbeit.

²¹ Vgl. zur Machtthematik: Geiser, Kaspar. *„Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung.“* 4. überarb. Aufl. Luzern: Lambertus, 2009.

Macht, als Begrenzungsmacht genutzt, kann für den Klienten genutzt werden. Behinderungsmacht kann, meines Erachtens auch als negativ genutzte Macht bezeichnet werden.

Die angefügten Ausdrucksformen Webers können in die Gegenrichtung der „*Verständigungsorientierung*“ führen und können „*erfolgsorientiertes*“ bis „*erfolgsfixiertes*“ Handeln bedeuten. In der Realität verhält sich das gegenseitig orientierte Handeln in der Regel sowohl in die eine wie auch in die andere Richtung, schliesst Weber.²² Es kann von einem „*Kontinuum*“ des Handelns gesprochen werden.

Stimmer (2012, 70) bildet die These, „*dass Soziale Arbeit umso erfolgreicher sein wird, je weniger erfolgsfixiert und je ausgeprägter verständigungsorientiert sie ist.*“ Die These Stimmers fordert Verständigung als Ziel des Handelns zu betrachten, wobei die Zielrichtung zwischen dem Klienten und der Sozialarbeiterin auszuhandeln ist. Demnach muss die Haltung des handelnden Sozialarbeiters bestmöglich dialogisch/partnerschaftlich sein, was der Beziehung zwischen Klientin und Sozialarbeiterin zugutekommt.

Stimmer spricht der Sozialen Arbeit in ihrer Praxis je grösserer Erfolg zu, je ausgeprägter verständigungsorientiert die Haltung Sozialarbeitender gegenüber dem Klienten ist, wobei es zu erwähnen gilt, dass neben dem „*Beziehungsaspekt*“ natürlich auch der „*Inhaltsaspekt*“ in der Sozialen Arbeit wichtig ist. Es geht ja, wie Stimmer (2012, 69) festhält, „*um die Erledigung, die Bewältigung, die Veränderung einer Sache*“ und nicht um die Beziehung selbst. Der Beziehungsaspekt ist jedoch nicht weniger wichtig als der Inhaltsaspekt, will Soziale Arbeit in der Praxisarbeit Erfolg haben.

Der Beziehungsaufbau des Sozialarbeiters zur Klientin gelingt über eine flexible verständigungsorientierte Haltung. Der Aufbau der Beziehung gelingt aber bei suizidalen Klienten schwer, wenn der Sozialarbeiter eine ängstliche, unsichere, einseitig positive oder einseitig negative Einstellung zu Suizid hat. Dann besteht Gefahr, dass eine Entfremdung zu Klienten eintritt. Diese Entfremdung könnte zum Beispiel eintreten: Durch eine Pseudobestätigung des Sozialarbeiters gegenüber der Situation des Klienten; mit dem Ziel, dem Klienten den Suizid auszureden.

Ein Beziehungsaufbau erschwert sich auch, wenn Sozialarbeitende beginnen strategisch zu handeln, um den Vollzug eines Suizids mit allen Mitteln zu verhindern. Denkbar ist auch, dass Sozialarbeitende sich auf die Thematik absolut nicht einlassen können und dies nicht kommunizieren, was zu einer Schein-Gegenseitigkeit führen kann. Weiter wird ein Beziehungsaufbau behindert, wenn der Klientin Empathie, Kongruenz und Wertschätzung nicht in der Masse entgegengebracht werden, wie es ihr gebührt und wie es für eine Veränderung der Situation notwendig ist. Besteht die Veränderung der „*Sache*“ für Sozialarbeitende darin, dass kein vollendeter Suizid zu geschehen hat, so ist es durchaus nachvollziehbar, wenn bei einer „*mangelhaften*“ Beziehung erfolgszentriertes bis erfolgsfixiertes Handeln zur Anwendung kommt. Dies kann offen aber auch verdeckt geschehen. Unwillkürlich findet Behinderungsmacht Raum.

Stimmer (2012, 70) will Veränderung durch Verständigung zwischen dem Klienten und der Sozialarbeiterin ausgehandelt wissen, was bei Suizidalität im Klientenmandat eine grosse Herausforderung an die Sozialarbeitenden darstellt. Dies führt dazu, dass das Verstehen dieses „*heterogenen Phänomens*“ Bereitschaft fordert, Beziehungen im Kontext von Suizidalität einzugehen; welche von Sozialarbeitenden im Rahmen der Definition der Sozialen Arbeit eingegangen werden sollen.

Diese können sich an der These Stimmers (2012, 70) orientieren, welche besagt, „*dass Soziale Arbeit umso erfolgreicher sein wird, je weniger erfolgsfixiert und je ausgeprägter verständigungsorientiert sie ist.*“ Für Sozialarbeitende bedeutet dies nach meiner Auffassung, bei Klientinnen, die sich mit der eigenen Suizidalität beschäftigen, nicht das effektive Ziel in den Fokus setzen, sondern die Zielrichtung. Die Arbeit an der Zielrichtung meint, kleine Schritte Richtung Ziel auszuhandeln, die Beziehung aufzubauen, zu gestalten und somit erfolgreiche Praxisarbeit zu leisten.

²² Vgl. Abb. 6, Habermas (1981; In: Stimmer, 2012, 71): Kontinuum des Handelns zwischen Verständigungsorientierung und Erfolgszentrierung.

2.4.3 Methodisches Handeln zur Planung des Handelns und zum konkreten Handeln

Wissenschaftlich methodisches Handeln ist nach Stimmer (2012, 24) „*ein in der intersubjektiven Überprüfung offener komplexer Prozess mit einer variabel festgelegten Abfolge von einzelnen Phasen (Problemlösungsphasen).*“ Weiter präzisiert er (2012, 25): „*Das Methodische Handeln (methodisches Vorgehen) ist damit die zirkulär orientierte Planung des Handelns und das konkrete Handeln selbst mit spezifischen Methoden der Situationsanalyse, Intervention und Evaluation.*“ Dieser zirkuläre Prozess des Planens und Handelns kann nach Stimmer in der Praxis nicht in getrennter strenger Reihenfolge von Situationsanalyse, Intervention und Evaluation angegangen werden.

2.5 Wissensbestände und deren Funktionen für methodisches Handeln

Von Spiegel (2013, 45) unterscheidet vier Kategorien von Wissensbeständen, die entsprechend ihrer speziellen Funktionen dem methodischen Handeln zugrunde liegen. Es sind dies: das Beschreibungswissen, das Erklärungswissen, das Wertwissen sowie das Veränderungswissen.

In Kapitel „2.2 Interdisziplinarität bei der Thematik Suizid als Selbstverständlichkeit“ wurde die Interdisziplinarität als herausfordernde Selbstverständlichkeit dargelegt und nicht in Frage gestellt, ob sich die Soziale Arbeit dieser zu stellen hat, soll sie sich doch im Rahmen ihrer Definition dem heterogenen Phänomen Suizid in ihrer Praxisarbeit annehmen. Dies verlangt ausgewählte Bezugswissenschaften aufzugreifen, denn diese greifen mit ihrem Wissen zu Suizid in eben diese vier Kategorien von Wissensbeständen, die dem methodischen Handeln der Sozialen Arbeit zugrunde liegen.

In den Kapiteln, die die ausgewählten Bezugsdisziplinen zum Inhalt haben, wird der zweiten Unterfrage (Kapitel „1.4 Fragestellungen“) nachgegangen: Welche Wissensaspekte bieten ausgewählte Bezugswissenschaften der Sozialen Arbeit an?

In Kapitel „2.7 Ausgewählte psychiatrisch/psychologische Aspekte“ werden Instrumente zum Erkennen, Einschätzen und Charakterisieren von Suizidalität vorgestellt. Kapitel „2.8 Ausgewählte soziologische Aspekte“ wendet sich sozialen Inklusions- und Exklusionsüberlegungen des Suizids zu und bietet Einblick in die Retroperspektive des Suizids. Zusätzlich werden prospektive Überlegungen zu Suizid gewagt. Kapitel „2.9 Ausgewählte philosophisch/weltanschauliche Aspekte“ dann befasst sich mit dem Lebenssinn und zeigt Perspektiven der Sinnsuche auf. Ebenso wird die Bearbeitung von Sinnfragen in Therapie und Beratung aufgegriffen.

2.5.1 Beschreibungswissen

Heiner (2011b; In: Von Spiegel, 2013, 48ff) legt das Beschreibungswissen als „*systematische Informationsverarbeitung im Dienste beruflicher Entscheidungsfindung*“ fest. Dieses Wissen „*diagnostiziert*“ im Sinne von „*beobachten, unterscheiden, beschreiben, kategorisieren, analysieren und bewerten*“ die Beschaffenheit von Problemen und Situationen. In drei Schritten kann erfasst werden, was „*der Fall/das Problem ist.*“ Laut Von Spiegel (2013, 48) sind das:

1. „*Sammlung und Analyse von Informationen über Situationen bzw. das Problem (beobachten).*“
2. „*Klassifizierung der Informationen (unterscheiden, beschreibend kategorisieren).*“
3. „*Analyse und Interpretation der Informationen mit Blick auf den Kontext (analysieren, bewerten).*“

Zu den drei erwähnten Diagnoseschritten Von Spiegels, welche erfassen lassen, wie ein Problem oder eine Situation beschaffen ist, sind für eine Veränderung der jeweilige Kontext, die jeweilige Situation, die jeweiligen Beteiligten, die „*fachlichen Kriterien und die berufsethischen Standard*“ mitbestimmend, präzisiert Von Spiegel (ebda.).

Sie betrachtet das Beschreibungswissen, auch Situationsanalyse oder Problemanalyse genannt, als einen wesentlichen Handlungsbereich des methodischen Handelns.

Für die Gewinnung des Beschreibungswissens bei der wissenschaftlichen Arbeitsweise ist es wichtig, auf Hilfsmittel zurückzugreifen; zum Beispiel auf standardisierte Erhebungs- und Auswertungsinstrumente. Von Spiegel (2012, 49) merkt an: Viele Instrumente stammen aus der Psychologie und Medizin.

Staub-Bernasconi wiederum bewertet die Erschliessung des Beschreibungswissens als ein: „*gemeinsamer, emotionaler, kognitiver wie auch bewertender Suchprozess, der aber auch konfliktreich werden kann*“ (2007; In: Von Spiegel, 2013, 48).

Dieser Prozess muss nach meinem Verständnis mit methodischem Handeln angegangen werden; wobei es bei einer komplexen Thematik wie Suizid wesentlich ist, genügend Instrumente zur Verfügung zu haben, damit das Phänomen in seinen sehr unterschiedlichen Formen beschrieben werden kann.

2.5.2 Erklärungswissen

Das Erklärungswissen basiert meist auf gemachte Erfahrungen und wird nach Heiner et al. (1998; In: Von Spiegel, 2013, 53) als „*erfahrungsbezogenes Wissen*“ bezeichnet. Es basiert auf der Frage: „*Warum ist es so?*“

Erklärungen sind notwendig, um über Ziele und das weitere Handeln zu sinnen. Von Spiegel (2013, 52f) erläutert, Erklärungswissen ist jenes Wissen, welches sich aus der „*wissenschaftlichen Arbeitsweise*“ ergibt. Professionelle dürfen sich nicht einfach auf erfahrungsbezogenes Wissen verlassen, denn das kann falsch sein. Sie sind verpflichtet, Theorien zu nutzen, die auf wissenschaftlichem Wissen basieren. (Von Spiegel ebda.)

Das Erklärungswissen ermöglicht es, Zusammenhänge herzustellen, welche „*keine unveränderten Gesetzmässigkeiten, sondern hohe Wahrscheinlichkeiten*“ sind. Auf der Grundlage von „*ad hoc verfügbar(en), emotional eingefärbten Wissensbestände(n)*“ (Von Spiegel, 2013, 53) werden Theorien konstruiert. Der „*Wahrnehmung, Ordnung und Erklärung eines Handlungsproblems*“ werden Erklärungs- und Begründungsalternativen zur Seite gestellt. „*Theorien können zwar nicht das praktische Handeln anleiten*“, aber sie bieten die Möglichkeit, ein Problem, eine Situation aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten, um neue Erkenntnisse zu erhalten, welche sich in den Handlungen niederschlagen können (Von Spiegel 2013, 53). Weiter hält Von Spiegel (ebda) fest: „*Von der Kenntnis und dem sensiblen Gebrauch von Theorien hängt es ab, wie eine Fachkraft ihre Urteilskraft einsetzt und welche weiteren methodischen Konsequenzen sie zieht.*“

Das Sich-beziehen auf Theorien bezeichnet Merten (1996,73; In: Von Spiegel, 2013, 53) als „*Akt der Urteilskraft*“, welcher „*nicht theoretisch gelehrt werden kann*“, sondern sich in der Praxis entwickelt.

Auf die Thematik Suizid bezogen empfinde ich als Sozialarbeiterin diesen „*Akt der Urteilskraft*“ zweifellos als grosse Herausforderung. Für die Entwicklung von Suizidalität können die Kenntnisse, der sensible Gebrauch und die Urteilskraft von Fachpersonen mitentscheidend sein.

2.5.3 Wertwissen

Münchmeier (2012, 258; In: Von Spiegel, 2013, 61) bezeichnet das Wertwissen als „*Beurteilungswissen*“, welches Fachpersonen nutzen sollen, um ihre Arbeit an „*Sinn- und Wertzusammenhängen*“ auszurichten. Das Beurteilungswissen beinhaltet Handlungsalternativen, dem Kriterien wie „*gut*“, „*schlecht*“, „*angemessen*“, „*verantwortbar*“, „*unverantwortbar*“ zugrunde liegen. Gemäss Von Spiegel (2013, 61) nutzen Fachkräfte in der täglichen Arbeit als Grundlage ihres Handelns oft die eigenen „*Motive und Sinnkonstruktionen*“, was dem Grundsatz Sozialer Arbeit, Klientinnen in ihrer Lebenswelt zu begegnen, widerspricht und negative Folgen für sie haben kann. Dies bestätigt Spiegel (ebda.) mit der Aussage: „*„Schlechte“ Arbeit oder unverantwortliches Handeln können gravierende Folgen haben*“.

Da sich die Soziale Arbeit laut Müller (2010; In: Von Spiegel, 2013, 61) „*auf sensible, verletzbare Bereiche des menschlichen (Privat-) Lebens*“ bezieht, fordert Spiegel (2013, 61) von den Professionellen der Sozialen Arbeit ein „*reflexives Verhältnis*“ zu den „*persönlichen Sinnkonstruktionen*“.

Dazu hat die Profession Soziale Arbeit für ihre Mitglieder ein Wertewissen entwickelt, welches verbindlich ist und berufsethische Grundlagen zur Verfügung stellt, erläutert Spiegel (ebda.) Gemäss der Definition Sozialer Arbeit haben Sozialarbeitende ihr Handeln an den Grundwerten Menschenwürde und Menschenrechten sowie der sozialen Gerechtigkeit zu orientieren. Vgl. Kapitel „2.6 Diskurs zu Ethik und moralisch-ethischen Handeln im Blickwinkel von Suizid.“

Schlussfolgernd halte ich fest: In der Praxis der Sozialen Arbeit fällt dem Beurteilungswissen oder Wertewissen, welches in den Handlungsmaximen der Sozialen Arbeit definiert und festgehalten ist, eine zentrale Funktion zu. So könnten Handlungsalternativen mit „falschen“ Kriterien bei suizidalen Klienten Auswirkungen haben, die ihre Existenz tangieren.

Eigene Motive und Sinnkonstruktionen der Sozialarbeitenden dürfen im professionellen Handeln nicht den Massstab setzen, auch nicht bei so existenziellen Fragen wie dem Suizid, denn es handelt sich hierbei um die sensiblen, verletzlichen Bereiche des menschlichen (Privat-) Lebens der Klienten und nicht um das der Sozialarbeitenden. Ein Aufdrängen oder Übertragen von Motiven und Sinnkonstruktionen von Sozialarbeitenden auf die Klienten könnte, meines Erachtens, in den Bereich der Behinderungsmacht verortet werden.

2.5.4 Veränderungswissen

Nach Von Spiegel (2013, 66) ist das Ziel methodischen Handelns Veränderungen anzustreben beziehungsweise „*anzustossen*“. Vgl. Kapitel „2.4 Handlungsfähigkeit in Klientenbeziehungen im Kontext von Suizidalität“

Veränderungen können sowohl bei einzelnen Menschen als auch bei Gruppen angestossen werden. Hierzu machen Sozialarbeitende Klienten Handlungsvorschläge und zwar unter Einbezug von Methoden oder Konzepten „*unterschiedlicher Reichweite für definierte Zwecke in einem definierten Kontext*“. Diesbezügliche Methoden werden „*als Sozialtechnik*“ bezeichnet und „*als Teil eines Wirkungszusammenhanges*“ betrachtet (Von Spiegel 2013, 67).

„Konzepte“ sind gemäss Geissler und Helge Handlungsmodelle, in denen „*die Ziele, die Inhalte, die Methoden und die Techniken in einem sinnhaften Zusammenhang gebracht*“ werden. und die Begründungen und Rechtfertigungen²³ der Professionellen, welche Ziele, Inhalte, Methoden und Techniken beinhalten, haben, auf eben diesen Sinnzusammenhängen zu fussen. Geissler und Helge (2007, 23; In: Von Spiegel, 2013, 61).

Es wird zwischen „*zielorientierten Konzepten, zielgruppenorientierten Konzepten, sozialräumlich orientierten Konzepten und Methodenkonzepten*“ unterschieden. Von Spiegel weist jedoch auf begrenzte Wirksamkeit spezifischer Interventionen hin und stellt fest: „*Wirksame Veränderungsfaktoren*“ würden sich aus den therapeutischen Beziehungen ergeben (2013, 67f).

Von Spiegels beruft sich hier auf Hansbauer (2006, 34; In: Von Spiegel, 2013, 69f), der festhält, dass 30% der „*Effekte*“ aus der therapeutischen Beziehung und 15% aus der Erwartungshaltung der Klienten stammen. „*Wirkungen lassen sich schwer nachweisen*“, doch auch in diesem Bereich stellt die Soziale Arbeit mit der „*Wirkungsforschung*“ Wissen zur Verfügung, schreibt Von Spiegel (2013, 70).

Die obigen Ausführungen zum Veränderungswissen lassen sich bei Suizidalität anwenden: Den Klienten sind Handlungsvorschläge unterschiedlicher Reichweiten nach definiertem Zweck und Kontext anzubieten - unter der Bereitschaft, die Handlungen zu begründen und zu rechtfertigen. Dies setzt bei Sozialarbeitenden Reflexionsbereitschaft, welche die Praxisarbeit fordert,

²³ Vgl. zu Begründung und Rechtfertigung Stimmer (2013, 247).

und Reflexionsmöglichkeit voraus. Die Reflexionsmöglichkeit muss meiner Ansicht nach gegeben sein, sei dies einzeln und/oder in der Gruppe. Für Selbstreflexionen, Interventionen, Supervisionen sowie für spezifische Weiterbildungen müssen von den Arbeitgebern die nötigen Ressourcen den Sozialarbeitenden bereitgestellt werden und verpflichtend genutzt werden.

2.6 Diskurs zu Ethik und moralisch-ethischem Handeln im Blickwinkel von Suizid

Die Soziale Arbeit braucht für ihr professionelles Handeln sowohl „*das Bewusstsein für moralische Normen, Standards und Werte*“ als auch die Kompetenz ethischer Reflexion dieses Handelns (Lob-Hüdepohl 2011, 18). Hierfür stellt die Profession Soziale Arbeit „*normativ-ethische Leitlinien*“ auf, die ebenso die „*Grundlage der praktischen Kompetenz zur Relationierung von Moral und Ethos bilden*“ können (Schmocker 2011, 5).

Konkretisiert werden die normativ ethischen Leitlinien im Berufskodex der Sozialen Arbeit, welcher das Menschen- und Gesellschaftsbild Sozialer Arbeit beinhaltet, woraus sich zentrale Funktionen und die dazugehörigen moralischen Rechte und Pflichten ergeben, die in der Praxisarbeit von Klienten eingefordert werden (Schmocker 2011, 9f).

Schmocker spricht die praktische Kompetenz der Relationierung von Moral und Ethik an. Sie erfordert das Verhältnis von Moral und Ethik zu kennen. Für Walliman²⁴ (2016, 123-127) stehen Moral und Ethik in folgendem Verhältnis zueinander: Moral geht den Fragen nach dem „Sollen“ nach: „*Was soll ich tun?*“ Somit beinhaltet die Moral die „*alltäglich gegebenen Vorschriften*“ was „*vorgegeben*“, „*vertretbar*“ und „*kohärent*“ ist. Die Ethik hingegen beinhaltet die Reflexion über eben dieses moralische Handeln, erklärt Wallimann. Auch Hug (2011, 16) äussert sich in diesem Sinn und führt aus, dass die Ethik die Moral hinterfragt und zur Begründung moralischen Handelns dient.

Gibt also die Moral im Praxisalltag vor, was vorgegeben, vertretbar, kohärent ist, kann die reflexive Ethik Antworten zur Legitimität liefern, zum Beispiel nach der ethischen Legitimität des Suizids. Hierzu schreibt Fenner (2008, 353), dass der angewandten Ethik liebend gerne die „*Rolle einer Schiedsrichterin*“ zugeschrieben werden möchte, ob Suizidhandlungen oder Suizidbeihilfe „*ethisch richtig, oder falsch, legitim oder illegitim, vertretbar oder verwerflich sind.*“ Dies würde Vertretern polarisierender Standpunkte Argumentationen liefern, allgemeingültige Normen und Prinzipien festzulegen. Anhand der Komplexität des Suizids sei jedoch eine solche „*einfache Ethik*“ nicht möglich, obwohl Philosophen dieses Unterfangen teils angehen, konstatiert Fenner. Im Weiteren würden allgemein gültige Antworten, die sich in Normen und Prinzipien gesellschaftlich verfestigen sollen, von der Ethik eine absolute Objektivität verlangen, und eine solche gäbe es nicht, führt Fenner weiter aus. Auch Walliman (2016, 356-360) wehrt sich gegen die Möglichkeit einer absoluten Objektivität der Ethik: Man könne von einer Wissenschaft nur jene Objektivität erwarten, die sie bieten könne - und die Ethik könne nicht die Objektivität einer Naturwissenschaft bieten, wobei es auch hierzu perspektivische Betrachtungen gebe.

Zurückkommend zu Moral im Praxisalltag ist es für mich und mein Professionsverständnis unbestritten, die Moral zu reflektieren und somit Moral und Ethik zueinander in Relation zu setzen. Für den Experten Wallimann ist Ethik, wenn sie im Praxisumfeld betrieben wird, „*immer ein Entscheiden, Verhalten, Einschätzen vor dem Hintergrund der eigenen moralischen Vorstellung, der eigenen Wertvorstellung.*“ Ethische Reflexionen seien somit perspektivisch – obwohl Ethiker behaupten würden, man könne dies überwinden, fügt Walliman (2016, 360-363) an.

Ethik kann, so lässt sich zusammenfassend festhalten, keine allgemeingültigen Antworten liefern, sondern sie ist immer perspektivisch. In der perspektivischen Einzelfallbearbeitung wie-

²⁴ Angaben zum Experten und das Experteninterview können den Anhängen entnommen werden.

derum greifen die ethischen Überlegungen in verschiedene Ebenen, wo moralisches Handeln stattfindet. Es sind dies Leupold (2015, 2f) folgend: Die „*individualethische Ebene*“ des Klienten, die Ebene der „*professionell handelnden Person*“ und die *sozialethische Ebene*, welche die institutionellen, die gesellschaftlichen Gegebenheiten betrifft.

Gemäss Grossmass und Perko (2011, 21) sind diese Ebenen allerdings miteinander verwoben, bewegen sich doch Subjekte, beziehungsweise Menschen nie losgelöst von gesellschaftlichen Verhältnissen, welche sie zugleich mitgestalten.

Für die praktische Arbeit ist es wichtig, alle drei Ebenen zu beleuchten:

Die erste Ebene ist die „*individualethische Ebene*.“ Sie bezieht sich auf die Klientin, die sich mit der eigenen Suizidalität beschäftigt. Sollen/müssen/können/dürfen Sozialarbeitende durch ihr Handeln versuchen, dazu beizutragen, dass der vollendete Suizid der Klientin unter allen Umständen verhindert werden kann?

Gemäss Hug (2015, 15f) geht es hier um die ethische Herausforderung als ein „*Dilemma(s) zwischen Recht auf Autonomie und Fürsorge*“. Für Wallimann (2016, 283-340) können die zwei oben erwähnten Prinzipien, Autonomie und Fürsorge im Kontext von Suizid in der Sozialpädagogik oder allgemein in der Pädagogik „*gegeneinander gewichtet*“ werden. Von einem Dilemma aus moralischer Sicht will Wallimann bei der ethischen Herausforderung von Fürsorge und Autonomie nicht zwingend sprechen, da von einem Dilemma im engeren Sinn erst dann gesprochen wird, wenn keine Möglichkeit besteht „*diese beiden Pflichten gegeneinander abzuwägen*“. Es gilt nach Leupold (2015, 2f): Die „*sollensethische Pflicht*“, die Ausgewogenheit zwischen dem bestmöglichen Lebensschutz als Menschenrecht und der Achtung auf die grösstmögliche Autonomie des Individuums zu gewährleisten.

Die zweite Ebene betrifft die der „*professionell handelnden Person*“. Für den Umgang mit ethischen Herausforderungen und belastenden Situationen wie Suizidalität gibt es im Praxisalltag berufsethische Richtlinien²⁵ Hug (2015, 15f).

Sie stecken sozusagen den Rahmen ab. Doch wie verhält es sich mit der ethischen Herausforderung, Handlungsmöglichkeiten innerhalb dieses Rahmens anzugehen? Bei Herausforderungen, welchen existenzielle Fragen zugrunde liegen und wo dadurch die Handlungsverantwortung für Professionelle extrem hoch ist, stellt sich die Frage: „*Wie viel kann ich, muss ich tun, und wo hört meine Verantwortung auf?*“, dies kann entweder in die Ohnmachts- oder in Allmachtsfalle führen, die „*eine adäquate Verantwortungsübernahme behindern*“, betont Hug (2015, 16).

Eink und Haltendorf (2012, 18f) sehen darin, dass von Seiten der Professionellen bei Suizidalität alles Mögliche gemacht werden könne, sie letztlich aber gegenüber einer einsamen Entscheidung des Suizid hilflos sind, zwei Gefahren: Professionelle können in eine Ohnmachtsfalle geraten, die dazu führt, „*die eigenen Handlungsmöglichkeiten*“ zu verleugnen. Auf der andern Seite lauert eine Allmachtsfalle, in der Professionelle das Gefühl haben, mit ihrem professionellen Intervenieren könne ein Suizid immer verhindert werden. Diese Haltung zieht die Professionellen in die totale Verantwortung, bis dahin, am Tod des Klienten schuldig zu sein. Dieser Haltung schreiben die Autoren „*Grössenwahn*“ zu.

Eink und Haltendorf (ebda.) sind demgegenüber überzeugt, dass „*eine innere eigene Balance im Umgang mit Suizidalität*“ erworben werden kann. Dies erfordert „*die Klärung der eigenen Haltung*“ und das Wissen um die „*professionellen Hilfsformen*“, betonen die Autoren. Wie Wallimann (2016, 379-383) hervorhebt, muss sich aber eine professionell handelnde Person in „*Berufskontexten, in denen die eigenen Wertvorstellungen im eigenen Verhalten eine Rolle*

²⁵ Vgl. Schmocker, Beat. *Soziale Arbeit und ihre Ethik in der Praxis. Eine Einführung mit Glossar zu Berufskodex Sozialer Arbeit Schweiz.*, AvenirSocial. 2011.

spielen“ im Klaren sein, welche eigenen Werthaltungen sie hat und was es für andere Werthaltungen gibt und sie muss diesbezüglich Reflexionen anstellen, was angemessen ist oder nicht. Für die „*individuell-professionelle Ebene*“ stellt sich die Frage: *Wie handle ich moralisch?* (Grossmass und Perko, 2011, 21).

Die dritte Ebene betrifft die „*sozialethische Ebene*“; sie betrifft die institutionellen und die gesellschaftlichen Gegebenheiten. Leupold (2015, 3) bemerkt, dass es als professionell handelnde Sozialarbeiterin „*zu Konflikten mit den institutionellen und/oder gesellschaftlich bereitgestellten oder verweigerten Ressourcen kommen*“ kann. Er wirft die Frage nach den Ressourcen für eine professionelle Krisenbegleitung auf, aber auch die Frage nach der genügenden Solidarität der Kolleginnen.

Grossmass und Perko wiederum differenzieren und unterteilen die „*sozialethische Ebene*“ in „*institutionell-strukturelle Ebene*“, welche der Frage nachgeht, welche Moral die eigene Institution vertritt, und in die „*gesellschaftlich-kulturelle*“ Ebene, welche die Frage beinhaltet: „*Welche Werte, Normen, welche Moralkontexte existieren in der Gesellschaft?*“ (2011, 21).

Soziale Berufe, die in das System der Gesellschaft eingebunden sind, lösen in ihrer Praxis „*asymmetrische Machtverhältnisse*“ aus, „*welche Quelle ethischer Konfliktsituationen*“ sind und somit einer Ethik bedürfen. Eine „*Ethik als Theorie menschlichen Handelns – ein Handeln, das Freiheit und Reflexion respektive Denken voraussetzt – ist an Zielen orientiert*“, Perko (2011, 21), welche von der jeweiligen Gesellschaft und Epoche in der Zielrichtung verschieden sind.

Die Arbeit an der Zielrichtung im Klientenmandat, also der Zielrichtungsprozess, muss ein möglichst verständigungsorientiertes Handeln zum Inhalt haben, auch im Kontext von Suizidalität, will Soziale Arbeit in ihrer Praxis erfolgreich sein. Vgl. Kapitel „2.4.2 Verständigungsorientiertes bis erfolgszentriertes Handeln als Haltung“.

Dieses Handeln findet zwar intersubjektiv zwischen Klient und Sozialarbeiterin statt, ist aber nicht losgelöst von Gesellschaft, sondern verwoben mit ihr. Eine Gesellschaft, deren Einstellung zu Suizid sich seit jeher, je nach Kultur und Epoche, zyklisch und nicht linear entwickelt hat und weiterentwickeln wird. Vgl. Kapitel „2.8 Ausgewählte soziologische Aspekte“.

Im institutionell/gesellschaftlichen Kontext sind aktuell z.B. die Diskussionen zum assistierten Suizid in Heimen und Spitälern zu erwähnen, welche Ethikkommissionen beschäftigen und deren Entscheide auch die Soziale Arbeit als Profession und ihre Praxis tangieren.

Im Expertengespräch (2016, 170-172) fragte ich den Experten Wallimann nach der Beschaffenheit des Spannungsfeldes von Gesellschaft und Individuum, welches sich in den Debatten zu Suizid auftut. Wallimann (2016, 173-203) wollte nicht von einem Spannungsfeld sprechen, sondern sprach von einer Wechselwirkung, die sich im gesellschaftlich/individuellen Kontext ergibt. Eine Wechselwirkung entsteht, nach Ansicht Wallimans, dadurch, dass „*man über das Recht auf Suizid nicht sinnvoll nachdenken kann, ohne gleichzeitig wieder zu denken, ja was heisst das dann gesamtgesellschaftlich.*“ Auch die moralische Debatte um die Sterbehilfe „*was sollen wir erlauben, was ist zulässig, was ist unzulässig*“ erzeugt nach Wallimann ebenfalls eine Wechselwirkung. Diese Wechselwirkungen wurden von mir dennoch als Spannungsfeld bezeichnet (2016, 230-233). Schlussfolgernd fasste Wallimann (2016, 235) eine diesbezügliche persönliche These „*das kann sein, dass man das als Spannungsfeld wahr nimmt, aber egal welche Perspektive man einnimmt, man sagt jeweils immer etwas über das andere aus*“, welcher ich mich grundsätzlich anschliessen kann.

Dieser Diskurs könnte beliebig weitergeführt werden und sich in Zweige moralisch/ethischer Haltungen und Reflexionen verlieren. Entsprechende Literatur und das Experteninterview als Literaturquelle gewähren Einblicke in verschiedene Richtungen von Überlegungen und Wahrnehmungen, welche die Blickwinkel weiten und differenzierte Zugänge anbieten, was schlussendlich einer vertieften kontextbezogenen Auseinandersetzung zugutekommt.

2.7 Ausgewählte psychiatrisch/psychologische Aspekte

In Kapitel „2.5.1 Beschreibungswissen“ wurde festgehalten, dass Psychologie und Medizin²⁶ viele Instrumente zur Verfügung stellen um zu „beobachten, unterscheiden, beschreiben, kategorisieren, analysieren und bewerten“ und so zu erfassen, was „der Fall/das Problem ist.“ Von Spiegel (2013, 48f).

2.7.1 Suizidalität erkennen, einschätzen und charakterisieren

Hug (2015, 15) sieht Sozialarbeitende in der Verantwortung, mögliche Suizidalität zu erkennen und dafür zu sorgen, dass für die Klienten Entlastung geschaffen werden kann. Hierzu sind nebst beratungsmethodischen Fachkenntnissen auch diagnostische Fachkenntnisse zu nutzen. Eink und Haltendorf sprechen die Begrenztheit des Erkennens von Suizidalität an. Sie halten fest: *„Selbst bei der Berücksichtigung aller Risikomomente gibt es keine absolute Sicherheit im Erkennen von Suizidalität.“* (2012, 46) Dies dürfe aber nicht bedeuten, dass dadurch mit Klienten mit möglicher Suizidalität nachlässig umgegangen werden soll.

Für Sonneck et al. (2012, 160) sind für die Einschätzung von Suizidalität das Wissen um Risikogruppen wichtig, wodurch die Aufmerksamkeit Sozialarbeitender bei Klientinnen, die zu Risikogruppen gezählt werden können auf eine mögliche Suizidalität gelenkt werden kann. Weiter ist die suizidale Entwicklung (Pöldinger 1968) aufschlussreich in Bezug auf die Beschaffenheit der suizidalen Entwicklung, was wesentlich für Interventionen sein kann. Erfahrungen von Menschen nach einem Suizidversuch erfasste Ringel (1953) und erarbeitet das Modell des prä-suizidalen Syndroms, welches ermöglicht, Suizidalität einzuordnen und ein angemessenes Handeln auszulösen. Wissen um die Beschaffenheit von Krisen mit einer Entwicklung von Suizidalität kann Begleitpersonen helfen, diese aufzufangen und adäquat zu begleiten. Auf Krisen wird nachfolgend zuerst eingetreten, gefolgt vom biopsychosozialen Modell von Lippke/Renneberg (2006b).

2.7.2 Krisen im menschlichen Leben mit Entwicklung von Suizidalität

Gemäss Zürrer (2013, 4-5) zeigt eine Krise typischerweise folgende Merkmale:

- *„Hervorgerufen durch überraschendes Ereignis*
- *Schmerzhafter, seelischer Zustand*
- *Übliche Problemlösungsstrategien versagen*
- *Intensives Gefühl der Bedrohung*
- *Rasche Zunahme an Unsicherheit*
- *Handlungsdruck“*

Von Zürrer (2013, 4) definiert Krise erstens als *„Entscheidungssituation, Wende-, Höhepunkt einer gefährlichen Situation“* und zweitens als *„gefährliche Situation“*.

Krise kann auch anders definiert werden, so beschreibt der Schriftsteller Max Frisch (In: Zürrer, 2013, 4): *„Die Krise ist ein produktiver Zustand, man muss ihr nur den Beigeschmack der Katastrophe nehmen.“*

Welche Definition man auch wählt: Krisen, die in Suizidalität münden und somit Gefühle, Gedanken und Impulse mit selbstzerstörendem Charakter beinhalten, sind nach Eink und Haltendorf (2012, 36) nicht einfach Ausdruck einer psychischen Krankheit. Sie betonen, dass psychisch Kranke sich aus den gleichen Gründen suizidieren wie psychisch gesunde Menschen, nämlich aus Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit.

²⁶ Albrecht und Groenemeyer (2012, 1039) halten fest, der grösste Teil der Literatur zu Suizidforschung könne der medizinischen- psychiatrischen und psychologischen Literatur zugeordnet werden.

Es ist möglich, Suizidalität anhand von Krankheitsmodellen und Krisenmodellen zu erklären. Zweitens haben sich dadurch entwickelt, dass sich die Annahme, „*wer sich umbringt, leidet an einer depressiven Erkrankung*“, verändert hat, betonen Wolfersdorf und Etzersdorfer (2011, 76). Krankheitsmodelle und Krisenmodelle wurden auch zusammengeführt und in Ätiopathogenesemodellen²⁷, welche der oben erwähnten veränderten Annahme „*wer sich umbringt, leidet an einer depressiven Erkrankung*“ Rechnung trägt.

2.7.3 Biopsychosoziale Modell (Lippke/Renneberg 2006b)

In der Klinischen Psychologie steht für das „*aktuelle Verständnis von psychischen Störungen und Krankheiten*“ das biopsychosoziale Modell²⁸ zur Verfügung, welches hilfreich zur „*Beschreibung und Erklärung von Störung oder Krankheit und Gesundheit*“ ist. Renneberg (2009, 22).

Dieses Modell, welches den biologischen, somatischen, psychischen und sozialen Dimensionen gerecht wird, kann für das Analysieren von Suizidalität zugezogen werden, anerkennt man die Ansicht Sonneck et al. (2012, 255), welche den vollendeten Suizid als „*Endresultat von komplex interagierenden biologischen, psychologischen, psychopathologischen und sozialen Faktoren*“ bezeichnet.

Im biopsychosozialen Modell werden nebst den beschriebenen Dimensionen berücksichtigt: Schutzfaktoren, Widerstandsressourcen, das Kontinuum von Gesundheit und Krankheit und „*bei der Diagnostik wird nebst den Urteilen der Behandelnden auch auf subjektive Indikatoren zurückgegriffen*“ Lippke, Renneberg (2006b, In: Renneberg, 2009, 22).

2.7.4 Suizidale Entwicklung (Pöldinger 1968)

Eink und Haltendorf (2012, 20) unterscheiden verschiedene Grade der Suizidalität und stellen diese in Form einer Suizidalitätspyramide dar, welche die Suizidhandlung als Spitze aufweist. Vgl. Kapitel „2.1.2 Definition, Begriff: Suizid, Suizidalität, suizidales Verhalten.“ Der Suizidhandlung wiederum geht für Pöldinger (1968) eine suizidale Entwicklung voraus, welche er in Phasen einteilt und wie folgt darstellt:

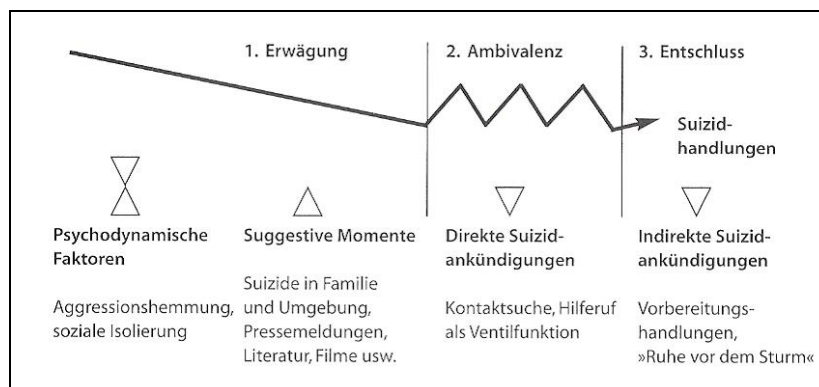


Abb.5: Phasen der Suizidalität nach Pöldinger (1968; In: Eink und Haltendorf (2012, 56)

Sonneck et al. (2012, 176) betonen, dass die Stufe der Ambivalenz nicht verpasst werden darf, denn dort bietet sich die Chance der Intervention.

²⁷ In Ätiopathogenesemodellen wird anhand des üblichen Vorgehens der Psychiatrie /Psychotherapie und Psychologie der Zusammenhänge „*zwischen der lebensgeschichtlichen Entwicklung der Persönlichkeit und deren Charakteristika bzw. Störung dieser Biographie mit einem 'auslösenden' innerpsychischen oder äusseren Lebensereignis*“, erfasst. Wolfersdorf und Etzersdorfer (2011, 75) Vgl. Ätiopathogenetisches Krisen- und Krankheitsmodell von Suizidalität nach Wolfersdorf (2000, 2009; In: Wolfersdorf und Etzersdorfer 2011, 77).

²⁸ Vgl. Biopsychosoziale Modell, Abb. 1.1 Lippke, Renneberg (2006b, In: Renneberg, 2009, 23).

2.7.5 Risikoindikatoren: Gruppen, Situationen, Befindlichkeiten, Signale

Eink und Haltendorf (2012, 48 - 54) führen nachfolgende Indikatoren auf, die helfen können Suizidalität zu erkennen:

Risikogruppen	Risikosituationen	Risikobefindlichkeiten	Risikosignale
<ul style="list-style-type: none"> - allein lebende, vereinsamte und isolierte Menschen - ältere Männer (Suizid) - jüngere Frauen (Suizidversuch) - arbeitslose und traumatisierte Menschen - psychisch erkrankte Menschen, insbesondere: depressive Störungen, schizophrene Psychosen, Persönlichkeits- und Abhängigkeitsstörungen - Komorbidität psychischer Krankheiten - Menschen in psychosozialen Krisen - Suizidalität, insbesondere Suizidversuche in der Vorgeschichte - Suizide in der Familie und im sozialen Umfeld - mehrfach stationär psychiatrisch behandelte Menschen mit kürzer werdenden stationären Aufenthalten - Menschen mit lebensbedrohlichen Krankheiten z.B. Krebs, Aids, insb. mit chronischem Verlauf 	<ul style="list-style-type: none"> - befürchtete, bevorstehende oder eingetretene Verluste wie: Tod von Angehörigen, Scheitern einer Partnerschaft, Tod eines Haustieres - Kränkungen, Zurückweisungen von privatem und vom beruflichen Umfeld - körperliche, seelische, soziale Veränderungen und Umbrüche mit grosser Verunsicherung der eigenen Identität - Lebensabschnittswechsel mit zusätzlichen negativen Ereignissen - berufliche und private Überforderungen und Überbelastungen - Entwurzelung z.B. bei Umzug, Umsiedlung, Migration - wirtschaftliche Probleme, wie Schulden, Arbeitslosigkeit - selbstverschuldete Verkehrsunfälle - drohende gerichtliche Verurteilung 	<ul style="list-style-type: none"> - Gefühle von Niedergeschlagenheit, Resignation - Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit - fehlen von Perspektiven und Sinn im Leben - Ohnmacht, Verzweiflung - Interesselosigkeit und Freudlosigkeit - vermindertes Selbstwertgefühl - Schuldgefühle und Insuffizienzgefühle - Selbstvorwürfe und Selbstbestrafung - unerträgliche psychische Schmerzen - Ärger, Wut, unterdrückt, gerichtet gegen sich selbst - deutliche Verminderung oder Steigerung des Antriebs - starke Angstzustände und Unruhezustände - gesteigerte Impulsivität - erhebliche Schlafstörungen - permanentes, quälendes Grübeln - wahnhaftes Erleben von Schuld, Versündigung, Untergang, Verfolgung 	<ul style="list-style-type: none"> - verbale und nonverbale Hinweise - kontextuale Angaben Betroffener zuhaltungen, Verhaltensweisen und Erlebnissen - direkte suizidale Äusserungen zu suizidalen Handlungen - indirektes und direktes Mitteilen von suizidalem Erleben, wie der Wunsch nach Ruhe, nach Pause - Hinweise auf Lebensmüdigkeit z.B. in Form von Nachlass regeln - Klagen von unspezifischen, körperlichen und seelischen Störungen der Befindlichkeit - Mitteilen von diffusen psychosozialen Problemen - unübliche Gleichgültigkeit gegenüber der eigenen Gesundheit - exzessiver Konsum von Alkohol, psychotropen Substanzen - Zunahme von Unfällen und von risikohaftem Verhalten

Abb. 6: Eigene Darstellung, Risikoindikatoren nach Eink und Haltendorf (2012, 48 - 54)

2.7.6 Präsuizidales Syndrom (Ringel 1953)

Ringel (1953, In: Eink und Haltendorf (2012, 54) erfasste die Erfahrungen von Menschen nach einem Suizidversuch und konnte so eine „*charakteristische psychische Befindlichkeit*“ identifizieren, die er als „*präsuizidales Syndrom*“ bezeichnete. Es charakterisiert durch:

1. **Einengung**
 - Situative Einengung;
 - Dynamische Einengung mit einseitiger Ausrichtung der Apperzeption, Assoziation, Affekte, Verhaltensmuster und mit Reduktion der Abwehrmechanismen;
 - Einengung der zwischenmenschlichen Beziehungen;
 - Einengung der Wertwelt.
2. **Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression**
3. **Suizidfantasien**

Abb.7: „Präsuizidales Syndrom“ nach Ringel (1953; In: Sonneck et al. (2012, 17)

2.8 Ausgewählte soziologische Aspekte

Die Soziologie beschäftigt sich mit dem „*systematischen und kontrollierten Beobachten und Erklären von regelmässig auftretenden sozialen Beziehungen, von ihren Ursachen, Bedingungen und Folgen*“ Geisen (1999, 33).

Laut Fenner (2008, 14) sind die Schwerpunkte der soziologischen Suizidforschung nicht im Bereich des Individuums, der Mikroebene, angesiedelt. Gegenstand sind kausale Zusammenhänge von Daten, die zu Suizid und Gesellschaft erfasst werden. Fenner hält weiter fest, dass die Forschung das Ziel verfolgt, Risikofaktoren und Risikogruppen zu eruieren und bestenfalls Suizidhandlungen zu deuten.

Gemäss Feldmann lässt sich sagen, dass der distanzierte Sozialwissenschaftler sich „*gar nicht mit den selbstzerstörenden Handlungen direkt beschäftigt, sondern den gesellschaftlichen Umgang mit dem Suizid oder Suizidenten analysiert*“ (Feldmann 2010, 176). In Bezug auf die gesellschaftlichen Debatten zu Suizid konstatiert er: Im Diskurs über das „*normale Sterben*“ werde der „*Selbstmord*“ oft ausgeschlossen. Dieser werde in der Gesellschaft oft als „*Ärgernis*“, als „*wunde Stelle*“ und als „*nationale Schande*“ empfunden. Weiter sind für ihn soziologische Theorien nicht wie bei Fenner (2008) hauptsächlich nur in der Makroebene angesiedelt, sondern reichen auch in die Mikroebene.

Für Ajdacic-Gross (1999, 55) wiederum ist „*sozialer Wandel*“ der Kern des soziologischen Interesses, welcher sich gleichzeitig im Wandel mit den Ansichten und Einsichten des Einzelnen entwickelt. Will man dem steten sozialen Wandel mit den sich wandelnden Haltungen der Gesellschaft zu Suizid Beachtung schenken, so scheint es angebracht, den Suizid retrospektiv und prospektiv zu erfassen und Wissen für die Soziale Arbeit und ihre Praxisarbeit zu generieren, damit suizidale Menschen begleitet und betreut werden können.

2.8.1 Retrospektive: Die Haltung zum Suizid im Wandel der Zeit

Bieri (2005, 19ff) hält fest, dass bereits in der **Antike** die Haltung der Philosophen zum Suizid unterschiedlich war. Aristoteles lehnte ihn ab, da er in ihm eine Handlung gegen die Gemeinschaft sah. Nach der Auffassung Platons hingegen konnte der Staat die Erlaubnis zum Suizid an Menschen erteilen, die ein schweres „*göttliches Schicksal*“ zu tragen hatten. Bedeutende Menschen wie Kleopatra, Pythagoras, Sokrates starben im antiken Griechenland durch Suizid. Im römischen Reich entwickelte sich eine liberale Haltung zum Suizid. Augustinus (354-430 n. Chr.) dann aber bezeichnete Suizid auf der Grundlage der Bibel als Mord und im **Mittelalter** verfestigte sich die totale Ablehnung. Mit allen Mitteln wurde der Suizid von Kirche und Staat bekämpft. Menschen, die sich suizidiert hatten, verweigerte man ein religiöses Begräbnis und ihr Hab und Gut wurde konfisziert. Solche Massnahmen sollten dazu dienen, den Menschen sozusagen „*verschwinden*“ zu lassen. In der **Neuzeit** wandelte sich die Haltung zum Suizid. Während der Zeit der Reformation und der Aufklärung des 18. und 19. Jahrhunderts wuchs die Forderung des Rechts auf Selbstbestimmung des einzelnen Menschen. Dazu gehörte auch das „*Recht des Individuums, das eigene Leben selbst zu beenden*.“ Debatten wurden geführt und in der französischen Revolution von 1789 wurde der Suizid schliesslich nicht mehr als gesetzliches Verbot aufgeführt. In der Folge hob man, von England ausgehend, die religiösen und die zivilen Strafen (1870 in England) für Suizidenten auf. Das Vermächtnis der verstorbenen Person wurde jedoch konfisziert. Um der Konfiszierung zu entgehen, verschleierten die Angehörigen oft die Todesursache. Der Suizid entwickelte sich zu einem Tabuthema der Gesellschaft. Im 19. Jahrhundert nahmen sich zunächst die Philosophen und Dichter wieder neu dem Thema an. In der Folge begann man, die Suizide statistisch zu erfassen. Mediziner und Sozialwissenschaftler bearbeiteten das Thema. Der Suizid wurde pathologisiert und bekämpft. Später begann der Soziologe Durkheim damit, gesellschaftliche Faktoren in die Suizidforschung einzubeziehen. In diese Zeit fiel der Beginn der Suizidprävention. Im **20. Jahrhundert** wurde die Strafbarkeit des Suizids in vielen europäischen Ländern abgeschafft.

Unter dem Blickwinkel der Selbstbestimmung begannen Sterbehilfediskussionen. Das Thema drang im letzten Viertel des Jahrhunderts vermehrt in die politischen Debatten. Die Diskussion in Politik und Gesellschaft um die aktive Sterbehilfe wurde lanciert und reicht ins **21. Jahrhundert**, erläutert Bieri (ebda.).

Bieri (2005, 26ff) hält zur Suizidforschung fest, dass sich auf der Grundlage von Statistiken die „*Moralstatistik*“ entwickelte. Diese versuchte Gesetzmässigkeiten mit den Methoden der Naturwissenschaft herauszufinden und brachte den Suizid in Verbindung mit „*moralischen Fakten*“. Die damaligen Untersuchungen ergaben, dass nebst den individuellen Faktoren moralische und biologische Schwächen und auch externe Faktoren wie Klima, soziale und ökonomische Bedingungen einen Einfluss auf Suizide haben würden. Philosophische Spekulationen und religiöse Moralvorstellungen dienten anfänglich als Gründe für Suizide. Der Philosoph Thomas G. Masary brachte 1881 den Suizid in Verbindung mit verschiedenen sozialen Faktoren. Durkheim setzte an diesem Punkt an und veröffentlichte 1897 das Werk *Le suicide*. Für Durkheim bestand kein Zusammenhang zwischen dem Wetter, der Rasse und der Bildung zum Suizid, sondern er stand laut Bieri (2005, 28) „*in einem Zusammenhang mit sozialen Tatsachen, die ausserhalb des Individuums liegen und nur soziologisch erklärbar sind*“. Durkheim befasste sich mit Suizidraten und sozialen Gegebenheiten, die im Zusammenhang mit Konfessionen, familiären Verhältnissen, Krisen und Konjunkturzyklen standen. Ajdacic-Gross (1999, 34) bezeichnet das Werk Durkheims als „*monumental wegbereitend und nachwirkend*“, schloss es doch das Soziale und nicht nur das Pathologische in die Suizidforschung mit ein.

Suizidforschung wird nach und nach in verschiedenen europäischen Ländern und nach dem zweiten Weltkrieg auch in den USA betrieben. Die Suizidforschung der Soziologie ist heute Teil der Wissenschaft Suizidologie, welche interdisziplinär forscht und bei der die Suizidprävention ein zentrales Thema darstellt, schliesst Bieri (2005, 34).

2.8.2 Soziale Inklusion und Exklusion

Durkheim (1983, 242), der sich vertieft mit den sozialen Faktoren des Suizids auseinandersetzt, meint:

„Kein Mensch kann die Aufgaben erfüllen, die ihm gestellt sind, wenn er bestimmte Grenzen nicht beachtet. Genauso ist es auch bei Dingen, die das Leben in der Gesellschaft betreffen. Wenn wir gesehen haben, dass eine übermässige Vereinzelung zum Selbstmord führt, so hat eine nicht genügend ausgeprägte Individualität dieselbe Wirkung. Wenn der Mensch aus der Gesellschaft herausgelöst wird, begeht er leicht Selbstmord. Das tut er auch, wenn er zu sehr in sie verstrickt ist.“

Bezieht sich Durkheim auf die persönlichen Grenzen des Menschen und auf dessen Interagieren in die Gesellschaft, so setzt Feldmann (2010, 187, in Anlehnung an Parsons und Lidz (1967)) den Stellenwert des Individuums in der Gesellschaft in den Fokus. Er hält fest:

„Gerade in einer Kultur, die in bisher einmaliger Weise eine Individualisierung auf Massensbasis nicht nur zugelassen, sondern gefördert hat, ist das Individuum auch besonders wertvoll – so wertvoll, dass die Verfügungsgewalt nicht der `individuellen Willkür` überlassen werden soll (!?)“.

Gesellschaft will Feldmann (ebda.) nicht losgelöst von der jeweiligen Kultur in der der Mensch lebt sehen und er spricht von einem „*Kulturkonflikt*“, der sich in kontroversen Diskussionen zu Suizid niederschlägt.

Auch Lippke und Renneberg (2006b, In: Renneberg, 2009, 23) anerkennen Faktoren des Interagierens von Suiziden in die gesellschaftliche Ebene. Durch das bio-psycho-soziale Erklärungsmodell von Suiziden tragen sie diesem Umstand Rechnung, wonach Sozialarbeitende den Gesellschaftsaspekt in ihr Handeln einbeziehen müssen.

Zum Charakter der modernen Gesellschaft äussert sich Fuchs (2015, 18-19). Die moderne Gesellschaft zeichne sich aus durch eine Pluralität von Ontologien²⁹. Es gibt nicht mehr eine zentrale Ontologie, sondern autonome Funktionssysteme, an denen der Mensch in einzelnen Funktionen - Wirtschaft, Politik, Recht, Erziehung, Kunst und anderen mehr - teilnimmt. In diesen autonomen autopoietischen Systemorten³⁰ herrscht Beobachtung und Gegenbeobachtung und sie funktionieren über Kommunikation. Durch den Tod, auf den man sich verlassen kann und dem niemand entkommt wird in eine «Letztontologie» eingetreten, die „*paradoxe Weise jedes Sein löscht*“. Der „gewöhnliche“ „*Tod besagt nichts, er ist indifferent gegenüber allem, was er tötet*“ und er teilt nichts mit, im Gegensatz zum Tod durch Suizid. „*Sich den Tod geben*“ macht Aussagen über den gewollten Austritt aus der „*Kommunikationswelt*“, und teilt mit: „*in eine bizarre Ontologie ein- und aus der Pluralität der Ontologien auszutreten*“, was „*die ultimative Lebensentlastung und die finale, selbst inszenierte Sinn- und Beobachtungsbefreiung*“ bedeutet. Der Suizident entzieht sich dadurch jeglicher Kommunikation. Über ihn kann kommuniziert werden, doch er diskutiert, antwortet nicht. Dieser Zustand der „*kommunikativen Unzulänglichkeit*“ ist in modernen Gesellschaften nicht geplant. Die totale Selbstexklusion und somit die „*Unerreichbarkeit*“ ist nicht gewollt, konstatiert Fuchs (ebda.)

Lambers (210, 116f) nun fordert die Soziale Arbeit auf, sich der sozialen Inklusions- und Exklusionsthematik anzunehmen und konkret die Exklusionsvermeidung, die Exklusionsvermittlung und die Exklusionsverwaltung in der Praxisarbeit zu bearbeiten.

2.8.3 Prospektive Überlegungen zu Suizid

Fletcher (1976; In: Feldmann, 2010, 208) befasst sich mit Überlegungen um zukünftige Haltungen der Gesellschaft zu Suizid. Er erkennt eine nicht lineare, zyklische geschichtliche Entwicklung des Suizids. So war der Suizid im alten Griechenland und Rom „*unter bestimmten sozialen Bedingungen freigestellt und zur Erhaltung der Würde erwünscht*.“ Später wendete sich die Haltung und Suizid wurde „*zur Sünde*“ und schliesslich zum „*Ausdruck von Krankheit*“. Nach Fletcher könnte der Suizid in der geschichtlichen Weiterentwicklung der Haltung unter dem Aspekt der Würde eine mögliche Akzeptanz in der Gesellschaft erlangen; dies jedoch nur von Teilen der Gesellschaft und unter bestimmten sozialen Voraussetzungen.

Suizid könnte sich somit als anerkannte legitime Möglichkeit der Entscheidung über das eigene Lebensende sozialisieren und weiterentwickeln (Feldmann 2010, 207), dies, da sich dieser vermutlich trotz Gesetzgebung nicht verhindern lasse und für den „*Notfall*“ dem Einzelnen zur Verfügung stehe. Feldmann (2010, 257) beobachtet weiter eine Polarisierung zur Einstellung zum Suizid. Einerseits wird durch verbesserte Prävention versucht, Suizide junger Menschen – deren Wert durch die demographische Entwicklung für die Gesellschaft steigt – zu verhindern, andererseits wird die Akzeptanz von Suiziden im Alter und die Beihilfe zu Suizid zunehmen.

²⁹ Ontologie ist die: „*Lehre vom menschlichen Seienden und seiner Grundstrukturen*.“ Es ist eine „*Beobachtungsweise, die sich in der Unterscheidung Sein/Nichtsein orientiert*.“ Lambers (2010, 185)

³⁰ Lambers (2010, 175) definiert Autopoiese als „*Selbst-Erzeugung*“. Nach Luhmann „*sind Autopoietische Systeme selbsterzeugende (selbstreferenzielle), operativ geschlossene Einheiten*“, welche Klassen zugeordnet sind und die die autopoietischen Systeme Leben, Bewusstsein und Kommunikation beinhalten.

2.9 Ausgewählte philosophisch/weltanschauliche Aspekte

Der Philosoph Albert Camus³¹ (zitiert in: Noyon und Heidenreich, 2012, 177) behauptet: *„Il n’y a qu’un problème philosophique vraiment sérieux: c’est le suicide.“* Noyon und Heidenreich (2012, 177) übersetzen und erweitern die Feststellung von Camus und halten fest: *„Es gibt nur ein wirkliches ernstes philosophisches Problem: den Selbstmord. Sich entscheiden, ob das Leben es wert ist, gelebt zu werden oder nicht, heisst auf die Grundfragen der Philosophie antworten.“*

In der Philosophie entstand mit der Existenzphilosophie³², welche sich im 20. Jahrhundert entwickelte, eine neue Denkrichtung, die sich mit den Fragen beschäftigte, die die menschliche Existenz betreffen (Grigoleit und Bornand, 2004, 148).

Wie Grigoleit und Bornand konstatieren, stellen sich Fragen nach dem Dasein vor allem in Zeiten des Umbruchs, in denen es oft um die nackte menschliche Existenz geht.

Noyon und Heidenreich (2012, 14) weisen aber allerdings darauf hin, dass die Religionen der östlichen und westlichen Welt, ja, dass jeder grosse Denker sich grundsätzlich mit existenziellen Themen befasst.

Im Zentrum existenziellen Denkens stehen Themen wie: die Endlichkeit des Lebens, die Verantwortung des Menschen, die *„Frage nach dem Sinn des Lebens“*, *Sinnlosigkeit*, *Suizidalität*³³, Schuldgefühle, Ablehnung von Verantwortung, Isolation, Einsamkeit, Leidenszustände; diese sind, wie Noyon und Heidenreich (2012, 21) festhalten, neben Tod und Sterben auch in Psychotherapie und Beratung zentrale Themen. Noyon und Heidenreich sind zudem überzeugt, *„dass ohne die Konstruktion oder die Wiederentdeckung von Sinn keine Form der Behandlung Aussicht auf Erfolg hat“* (2012, 15).

Die Kenntnis existenzphilosophischen Überlegungen zu Sinn und Suizid³⁴ ist erstrebenswert, auch wenn sich für die Soziale Arbeit keinen direkten praktischen Gebrauch dieser theoretischen Darlegungen ableiten lässt. Auch in Therapie und Beratung ist laut Noyon und Heidenreich (2012, 11ff) eine praktische Anwendung der existenzphilosophischen Ansätze nicht einfach umzusetzen. Dies hat mich bewogen, bereits *„verarbeitete existenzphilosophische Zugänge zur Thematik“* heranzuziehen, wodurch die philosophischen Aspekte in der Praxis anwendbar werden³⁵. Im Folgenden wird das Wissen zur Sinnfrage in den wesentlichen Zügen zusammengetragen.

2.9.1 Perspektiven der Sinnfindung

Fragen rund um den Sinn des Lebens gehören zu den ältesten Fragen der Menschheit, wie Noyon und Heidenreich (2012, 71) hervorheben. In der jüngeren Zeit lassen sich zwei Grundausrichtungen erkennen: Sinnkonstruktivismus und Sinnobjektivismus.

Beim **Sinnkonstruktivismus**³⁶ anerkennt der Mensch keine übergeordnete Macht. Er konstruiert sich seinen Sinn des Lebens aus seiner Lebenswelt.

³¹ Albert Camus (1913 – 1960) französischer Schriftsteller und Philosoph. In: *Le mythe des Sisyphe* entwickelt Camus die Philosophie des Absurden: Die Situation des Menschen ist absurd, *„weil die Welt an* sich keinen Sinn hat und dem Menschen immer fremd ist“*. Hügli und Lübcke (2003,110).

³² Vgl. *„Was ist Existenzphilosophie“* von Arendt Hanna. (1948).

³³ Vgl. *„Existenzielle Betrachtung der Suizidalität“* Noyon und Heidenreich (2012, 21).

³⁴ Lesenswert Karl Jaspers Definition zum Begriff Suizid (1932/1956, 11; zitiert In: Noyon und Heidenreich, 2012, 177). Der bedeutendste deutsche Vertreter der Existenzphilosophie ist gemäss Hügli und Lübcke (2003,330) der Psychiater und Philosoph Karl Jaspers (1883 – 1969).

³⁵ Die existentiellen Ansätze in der Psychotherapie und Beratung, welche auf der Existenzphilosophie fussen, scheinen mir hierzu als geeignet.

³⁶ Gemäss Noyon und Heidenreich (2012, 72) ist die Richtung der Sinn-Konstruktion der Tradition des französischen Existenzialismus verpflichtet.

Beim **Sinnobjektivismus** anerkennt der Mensch eine übergeordnete höhere Macht. Die Regeln, welchen der Mensch folgt, sind meistens institutionell vorgegeben, sei es durch eine Religion oder eine andere Instanz.

Gemäss Noyon und Heidenreich (2012, 72f) können sich innerhalb beider Perspektiven für die Menschen Sinnprobleme ergeben. Auch ein Wechsel der Perspektiven kann zu einer Sinnkrise führen. Ein Glaubensverlust etwa kann Menschen in eine weltanschauliche Krise stürzen, in der nicht nur der Sinn des Lebens, sondern auch die gelebten Werte zerstört werden. Der Lebensplan und das Weltbild des gesamten Menschen werden bei einem Sinnverlust in Frage gestellt. Umgekehrt können sich Probleme auch dann ergeben, wenn ein Wechsel vom Sinnkonstruktivismus zum Sinnobjektivismus stattfindet. Nämlich dann, wenn Menschen dabei in „*autoritäre oder doktrinaire Strukturen*“ geraten. Gefeit ist kein Mensch vor einer Sinnkrise.

2.9.2 Sinnprobleme in der Beratung

Sinnprobleme bei Klientinnen stellt Berater vor grosse Herausforderungen. Es ist wichtig, auf unterschiedlichste Variationen von Sinngefügen vorbereitet zu sein und *eine „engagierte und reflektierte Neutralität“* einzunehmen, wie Noyon und Heidenreich (2012, 73) festhalten.

Reflektierte Neutralität bedeutet, dass die Beraterin die eigenen Werte, die eigene Welteinstellung, das eigene Sinngefüge kennt, denn die eigenen existenziellen Überzeugungen sollen die Beratung möglichst wenig beeinflussen. Es ist wichtig, dass der Berater nicht versucht, durch einen „*Indoktrinierungsversuch*“ seinen Lebenssinn der Klientin aufzudrängen.

Als engagiert bezeichnen die Noyon und Heidenreich eine „*aktive hilfreiche*“ Unterstützung des Beraters, so dass der Klient sein persönliches lebbares Weltbild entwickeln kann. Es sei aber illusorisch anzunehmen, die Sinnfrage sei ein lösbares Problem, unterstreichen Noyon und Heidenreich (ebda.)

Generell gilt: Beratung in Settings von Sinnfragen und Weltanschauungen fordert die Berater gegenüber den Klienten eine authentische, interessierte und kongruente Grundhaltung einzunehmen. Voraussetzung für eine solche Grundhaltung ist eine ausgiebige Selbsterfahrung zu diesen Fragen. Dies bedeutet nicht, dass Beratende in der eigenen Auseinandersetzung zu Sinnfragen eine abschliessende Antwort haben müssen. „*Das Arbeiten mit Klienten, die am Sinn verzweifeln, ist deshalb stets ein Suchprozess völlig ungewissen Ausgangs*“, betonen Noyon und Heidenreich (2012, 73). Sie geben auch zu bedenken, dass die Arbeit mit Klienten, die sich auf die Sinnsuche begeben, „*sehr frustrierend*“ sein könne, da „*Sinn und Wert eben nicht objektiv beweisbar und herstellbar sind*“ (Noyon und Heidenreich 2012, 75). In therapeutischen Settings ist sorgfältig abzuklären, ob es sich beim Auftrag der Klienten nach der Sinnfrage um einen unmöglichen Auftrag handelt. Das gilt auch für die Soziale Arbeit: Ein unmöglicher Auftrag ist abzulehnen, auch wenn eine grosse Notlage besteht.

Die therapeutische Begleitung der Sinnsuche bei Suizidalität gehört meines Erachtens nicht zum Auftragsbereich Sozialarbeitender, doch wenn Suizidalität bei Klientinnen spürbar wird, kann das Angehen von Sinnproblemen in die Beratung einfließen und nutzbar gemacht werden. Es ist dann von grosser Bedeutung, dass der Berater sich der Grenzen bewusst ist. Wie schnell kann man in Gefahr laufen, dem Gegenüber die eigene Sinnperspektive von Sinnfindung und den eigenen Lebenssinn aufzudrängen. Wie schwierig ist es, eine reflektierte Neutralität in der Sinnfrage einzunehmen. Wie frustrierend, aber notwendig kann es sein, ein Klientenmandat nicht zu übernehmen, weil die Selbsterfahrung zu Sinnfragen die geforderte, authentische, interessierte und kongruente Grundhaltung es nicht zulässt. Ich bin überzeugt, dass eine gefestigte, wenn auch keineswegs verfestigte eigene persönliche Grundhaltung Sozialarbeitender zu Suizid und Suizidalität das kontextuale Selbstbewusstsein des Beratenden und den Selbst- und Stellenwert der Sozialen Arbeit fördert. Dies kommt im Endeffekt der Klientin zugute.

2.10 Resümee

Suizid als komplexe Thematik ist als Gegenstand der Sozialen Arbeit zu betrachten. Das Professionsverständnis und der Berufskodexes der Unterstützung des Wohlbefindens erfordert dies. Suizid und Suizidalität stellen aber grosse Herausforderungen, welche nicht von einer einzigen Disziplin verstanden und bearbeitet werden kann. Anzustreben ist eine uneitle reziproke interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Wohle der Klientin innerhalb ihres Lebenssinn-Konstruktes. Wird das erreicht, bedeutet das Stärke der Sozialen Arbeit und der Bezugsdisziplinen.

Das heterogene Phänomen Suizid, welches komplex interagierende biologische, psychologische, psychopathologische und soziale Faktoren beherbergt, erfordert von Sozialarbeitenden breite Aufarbeitung von Wissen, Selbstreflexion und Erarbeitung einer reflektiert neutralen Haltung; einbezogen werden müssen: die moralisch/ethischen Dimensionen.

Die statistische Realität zu Suizid erfordert von Professionellen in ihren Arbeitsfeldern, auf Suizidalität in Klientenmandaten vorbereitet zu sein. Sozialarbeitende sind aufgefordert, den Umgang beziehungsweise die Auseinandersetzung mit der existenziellen Thematik Suizid und Suizidalität im Klientenmandat vertieft anzugehen. Die „*Komponenten des Umgangs des Beraters mit seinen Klienten*“ nach Sonneck et al. (2012, 230) bietet eine Orientierungshilfe zur inhaltlichen Auseinandersetzung.

Sozialarbeitende der Handlungswissenschaft Soziale Arbeit stehen in ihrer Profession unter Handlungszwang, sie müssen Wirksamkeit entfalten. Sie sind gefordert, auch bei Suizidalität im Klientinnenmandat handlungsfähig zu sein. Sozialer Arbeit kann bei Suizidalität erfolgreiches Handeln zugeschrieben werden, wenn ihre Professionellen unter dem Mandat der Menschenwürde und der Menschenrechte methodisch, vielseitig reflektiert und möglichst verständigungsorientiert sich ihrer Handlungsfähigkeit am Zielentwicklungsprozess bedienen.

3 Methodische Grundlagen der Befragung zur Relevanz von Wissen über Suizid in der Sozialen Arbeit

Nachdem im Kapitel 2 die theoretischen Grundlagen und das Wissen zu Suizid und Suizidalität aufgearbeitet wurden, was für die sozialarbeiterische Praxis relevant sein kann, soll der folgende empirische Teil einen Einblick in die Praxis selbst geben. Es soll mittels theoriegeleiteten Fragen ermittelt werden, welches Wissen aus der Sozialen Arbeit und den ausgesuchten Bezugsdisziplinen im Umgang mit Suizidalität als hilfreich erlebt wird. Zunächst werden in diesem Kapitel die Grundlagen der empirischen Erhebung vorgestellt; Kapitel „4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung“ dann gilt der Auswertung.

Kapitel 3 ist wie folgt aufgebaut: Als erstes werden Forschungsmethode und Forschungsvorgehen erläutert, gefolgt von den Grundlagen für die Datenerhebung, nämlich: das leitfadengestützte Interview wird methodisch besprochen sowie die Datenaufbereitung erläutert. Die Rahmenbedingungen und die in den Interviews befragten drei Personen werden vorgestellt. Im letzten Punkt finden Forschungsethische Aspekte und Risiken, die mit der Forschungsarbeit einhergehen, Beachtung.

In einem zusätzlichen Punkt werden Angaben zum Experteninterview gemacht, welches als Theorie in den Theoretischen Grundlagen verwendet wurde.

3.1 Theoriegeleitete Forschungsfrage und Hypothesen

Ausgangspunkt für das Formulieren der Forschungsfrage und der von ihr abgeleiteten Hypothesen sind die Hauptfrage und die zwei Unterfragen, die die Ausführungen des Theorieteils leiteten:

Hauptfrage: Was gibt es an Wissensbeständen, die den Sozialarbeitenden die Auseinandersetzung mit Suizid und Suizidalität ermöglichen?

Unterfragen: Wie können Sozialarbeitende im Kontext von Suizidalität handlungsfähig sein? Welche Wissensaspekte bieten ausgewählte Bezugsdisziplinen der Sozialen Arbeit an?

3.1.1 Forschungsfrage

Welches Wissen der Sozialen Arbeit und ausgewählten Bezugsdisziplinen erleben Sozialarbeitende unterschiedlicher Handlungsfelder in der Auseinandersetzung mit Suizidalität als hilfreich?

3.1.2 Hypothesen

Zur Forschungsfrage fasse ich in Verbindung mit den dargelegten Theoriebezügen zwei Hypothesen, zu denen Kategorien und Indikatoren gebildet werden. Die Hypothesen verhalten sich unabhängig zueinander.

Hypothese 1 (H1): Sozialarbeitende erleben sich im Praxisalltag in der Auseinandersetzung mit Suizid und Suizidalität sicherer, wenn sie interdisziplinäres Wissen nutzen.

Kategorie 1 (H1/K1)

Auseinandersetzung Sozialarbeitender mit Suizid, Suizidalität

Indikatoren zu Kategorie 1

- Berufliche Auseinandersetzung
- Persönliche Auseinandersetzung
- Auseinandersetzung im Zusammenhang mit Gegenstandswissen zu Suizid

Kategorie 2 (H1/K2)**Soziale Arbeit, Bezugsdisziplinen, Interdisziplinarität im Kontext von Suizid**

Indikatoren zu Kategorie 2

- Professionsverständnis der Sozialen Arbeit und Professionsverständnis im Kontext
- Bezugsdisziplinen, Gebiete
- Inhalte/Methoden/Wissen die kontextbezogen verwendet werden
- Disziplinäre und Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Hypothese 2 (H1): Reflektiertes kontextbezogenes Wissen zur Handlungsfähigkeit wirkt unterstützend in Mandaten mit Klienten und Klientinnen, die sich mit der eigenen Suizidalität beschäftigen.

Kategorie 3 (H2/K3)**Handlungsfähigkeit in der Praxis**

Indikatoren zu Kategorie 3

- Handeln, was wird getan, was beeinflusst das Tun
- Handlungsfähigkeit im Kontext von Mandaten mit Klienten, die sich mit der eigenen Suizidalität beschäftigen
- Reflexionen zum Handeln in Mandaten bei denen Suizid Thema ist/war

3.2 Forschungsmethode, Forschungsausrichtung und Forschungsvorgehen

Nachfolgend werden zuerst die grundsätzlich möglichen Ausrichtungen der empirischen Forschung erläutert und die in dieser Arbeit getroffene Wahl wird begründet. Anschliessend wird die Forschungsausrichtung erläutert und das Forschungsvorgehen beschrieben.

3.2.1 Angewandte Forschungsmethode und Begründung

Für die empirische sozialwissenschaftliche Forschung stehen quantitative und qualitative Methoden zur Verfügung. Laut Steinert und Thiele (2008, 36) wird die quantitative Methode angewandt, wenn einfache Zusammenhänge und Kriterien in Korrelation stehen. Für einen „komplexen, differenzierten“ oder auch „widersprüchlichen Gegenstand“ bietet sich die qualitative Methode an (ebda.).

Den Grundsätzen des qualitativen Forschungsansatzes legt Mayring (2016, 19ff) fünf Postulate als „Grundgerüst qualitativen Denkens“ zugrunde. Postulat eins fordert eine verstärkte Subjektbezogenheit in der Forschung. Postulat zwei verlangt, dass der Gegenstandsbereich umfassend beschrieben wird. Postulat drei hält fest, dass der Untersuchungsgegenstand durch Interpretation erschlossen werden muss. Postulat vier verlangt, dass humanwissenschaftliche Gegenstände in ihrer natürlichen Umgebung untersucht werden müssen und Postulat fünf erläutert, dass sich Ergebnisse humanwissenschaftlicher Forschung nicht automatisch verallgemeinern lassen, sondern im Einzelfall begründet werden müssen.

Für die Gewinnung von Daten zum Umgang mit Suizidalität bei Klientinnen in der Sozialen Arbeit drängt sich die qualitative Methodik auf. Das Erleben Sozialarbeitender kann meines Erachtens nur textlich erfasst werden.

3.2.2 Forschungsausrichtung und Forschungsvorgehen

Im Untersuchungsfeld setzte ich den Fokus auf das Erleben Sozialarbeitender in der Auseinandersetzung mit Suizidalität. In welchen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit die Befragten dabei tätig sind, würde eine untergeordnete Rolle spielen; wesentlich war vielmehr ein Bezug zur Thematik. Die Soziale Arbeit im sozialpsychiatrischen Umfeld der Psychiatrie klammerte ich aus persönlichen Gründen aus. Geografisch sollten die Befragten urbanen Gebieten in der Deutschschweiz angehören.

Vor der eigentlichen Datenerhebung führte ich mittels eines Leitfadens ein Probeinterview durch. Dieses Interview half mir, den Leitfaden zu überarbeiten. Die Gewinnung der Interviewpartner stellte sich als nicht ganz einfach heraus. Nach der Durchführung der Interviews wurden diese transkribiert. Ich legte mich auf das Auswertungsverfahren und das Vorgehen bei dieser Arbeit fest und führte die aufwändige Auswertung aus. Anschliessend wurden die erarbeiteten Daten in eine Datenauswertungstabelle übertragen, welche die Basis der Auswertung bildete.

3.3 Verfahren und Durchführung der Datenerhebung mittels Leitfaden

Im folgenden Abschnitt werden die Überlegungen nachgezeichnet, die die Wahl der Erhebungsmethode leiteten, und im nachfolgenden Abschnitt wird dargelegt, wie der Leitfaden entwickelt wurde.

3.3.1 Verfahren und Durchführung der Datenerhebung

Für die Erkenntnisgewinnung innerhalb der qualitativen Forschung können unterschiedliche Erhebungsverfahren gewählt werden. Meine Wahl fiel auf das Problemzentrierte Interview. Wie Mayring (2016, 66) erklärt, bietet das Problemzentrierte Interview sprachlichen Zugang zu Daten, indem Befragte als „*Experten für ihre eigenen Bedeutungsinhalte*“ zu Worte kommen. Mit offenen oder halbstrukturierten Befragungen kann im Interview ein möglichst offenes, flexibles Gespräch geführt werden. Dieses Gespräch fokussiert eine Problemstellung, welche vorgängig vom Interviewer erarbeitet wurde. Das Interview beziehungsweise Gespräch wird mit Hilfe eines Interviewleitfadens geführt, welcher vom Interviewer auf der Grundlage der analysierten Problemstellung erarbeitet wird. Durch dieses Vorgehen entsteht eine Vertrauenssituation und Offenheit zwischen Interviewer und Interviewpartnerin obwohl das Gespräch durch Fragestellungen gelenkt wird (Mayring (2016, 67ff).

Für die sensible komplexe Thematik Suizid erschien es mir wichtig, bei der Befragung eine vertrauenswürdige Situation zu schaffen, um eine möglichst grosse Offenheit bei den Befragten zu erlangen. Selber achtete ich darauf, nicht zu sehr auf den Leitfaden fokussiert zu sein und das Gespräch nicht allzu sehr zu lenken – wobei ich mir bewusst war, ein Stück weit lenken zu müssen, um Material zu generieren, das sich auswerten liess.

Die Interviews fanden im Haus oder im Büro der Befragten statt. Dadurch konnten die Interviewpartnerinnen sich in ihrer gewohnten Umgebung zum Forschungsgegenstand äussern. Die Interviewpartnerinnen erlebte ich als gelöst und bereit, mir Einblicke zu ihrem Zugang zur Thematik Suizid zu gewähren. Selber erlebte ich die Interviews als anstrengend, muss man doch auf Vieles gleichzeitig achten: korrekt befragen, wenig lenken, motivierend wirken, mich non verbal angemessen verhalten, meine Rolle der Interviewerin inne behalten, beobachten...

3.3.2 Entwicklung des Leitfadens als Forschungsinstrument

Lamnek (210, 335) gibt an, dass nebst dem Leitfaden für das Interview ein Kurzfragebogen zur Erhebung schriftlicher Angaben zur Persönlichkeit der Interviewpartner und ein Tonband für die Aufnahme bereitgestellt werden müssen. Ebenfalls soll nach dem Interview ein kurzes Postskript verfasst werden.

Auf der Basis des Theorieentwurfes, der Fragestellung und der angedachten Hypothesen erarbeitete ich einen ersten Leitfaden für das Probeinterview. Dabei stellte ich mir immer wieder die Frage: Was will ich erfahren? Ich entschloss mich, möglichst wenig eingrenzend vorzugehen. Die Befragten sollten so viel wie möglich frei erzählen können. Natürlich durfte die Problemstellung nicht aus den Augen verloren werden.

Anhand dieses Leitfadens führte ich ein Probeinterview durch. Während des Interviews ergaben sich Themen, welche im theoretischen Teil der Arbeit nicht vorgekommen sind. Nach dem

Probeinterview stand ich vor der Herausforderung, den Theorieteil zu erweitern, abzuändern oder so stehen zu lassen. Ich entschloss mich für letzteres.

Ich entschied mich aber, die Antworten für die Auswertung möglichst offen zu kodieren. Es erschien mir wichtig, Kategorien und dazugehörige Indikatoren so zu formulieren, dass sich auch Ergebnisse erfassen liessen, die über meine theoriegeleiteten Hypothesen hervorgingen. Ich nahm an, dass dieses Vorgehen auch auf die Erkenntnisse Einfluss haben würde. Das Probeinterview war ein wichtiger Bestandteil für die weitere Ausarbeitung des Leitfadens, für die nachfolgenden Interviews und für die Gestaltung des Auswertungsprozesses.

Der Leitfaden für die Interviews mit den Sozialarbeitenden und die Vorgehensweise bei den Interviews wurde anschliessend definitiv ausgearbeitet und festgelegt. Der Leitfaden ist so aufgebaut, dass nach einer einleitenden Frage Allgemeines zum Thema erfragt wird und anschliessend spezifische Fragen zum Zuge kommen. Ein Kurzfragebogen zur Erfassung der Angaben zur Person findet sich am Schluss des Leitfadens³⁷. Zusätzlich sah ich vor, direkt nach den Interviews jeweils ein Postskript zu verfassen.

3.4 Datenaufbereitung durch Transkription

Es war vorgegeben, die Daten mittels Transkription aufzubereiten. Gemäss Mayring (2016, 89) ist das Verfahren der wörtlichen Wiedergabe der Interviews wichtige Voraussetzung für die spätere „*ausführliche interpretative*“ Auswertung.

Im Hinblick auf die Transkription schien mir funktional, die Interviews in Schriftsprache zu führen. Verschiedene Dialekte in Schriftsprache inhaltlich korrekt wiederzugeben, wäre eine unnötige Erschwernis gewesen, umso mehr, als dass ich annahm, dass Sozialarbeitende keine Mühe bekunden würden, sich schriftsprachlich auszudrücken. Die Interviewpartnerinnen wurden deshalb vorgängig darüber informiert und erklärten sich einverstanden.

Mit Ausnahme des Probeinterviews führte ich die Transkriptionen nicht selber aus. Ein Familienmitglied erklärte sich bereit, dies für mich zu erledigen, was ich dankbar annahm, denn ich hatte beim Transkribieren des Probeinterviews erfahren, wie zeitintensiv dieser Arbeitsschritt ist. Die Transkriptionsregeln erarbeitete ich zusammen mit der Person, die die Interviews für mich transkribierte. Das Transkribieren durch Dritte hat meines Erachtens auch den Vorteil, dass die Datenaufbereitung frei von meinen Erwartungen geschehen konnte. Um mich jedoch in die Interviewsituationen zurückzusetzen, hörte ich vor der Auswertung die Interviews mit gleichzeitigem Lesen der Transkripte durch.

3.5 Untersuchungsfeld und Vorstellung der Interviewpartnerinnen

Im Folgenden wird zunächst das Untersuchungsfeld beschrieben und es werden die Überlegungen und die konkreten Schritte erläutert, die hinter der Gewinnung der Interviewpartnerinnen standen. Danach werden die Interviewpartnerinnen vorgestellt.

3.5.1 Untersuchungsfeld und Gewinnung von Interviewpartnern

Lamnek (210, 350) legt dar, dass es bei der Auswahl der zu Befragenden bei der qualitativen Forschungsmethode nicht auf die „*Repräsentativität*“ ankommt, sondern vielmehr auf die „*Typisierungen*“. Nach einem sogenannten Theoretical Sampling werden Interviewpartnerinnen gesucht, welche den eigenen „*Erkenntnisinteressen*“ entsprechen. Dieses Vorgehen birgt die Gefahr in sich, dass durch Selektion eine verzerrte Auswahl getroffen wird, falls die Forscherin die Suche nicht reflektiert angeht, betont Lamnek. (ebda.)

Wie in Kapitel „3.2.2 Forschungsausrichtung und Forschungsvorgehen“ bereits näher besprochen wurde, besteht mein Untersuchungsfeld aus Sozialarbeitenden in unterschiedlichen Handlungsfeldern. Um die Interviewpartnerinnen zu gewinnen, erarbeitete ich eine kleine

³⁷ Der Leitfaden befindet sich im Anhang, wo sich ebenso andere Unterlagen befinden. In der Folge der Arbeit, wird nicht mehr explizit auf die jeweiligen Anhänge verwiesen werden.

Anfrage, welche ich einer Person in der Stadt Bern und einer Person in der Stadt Zürich gab, mit der Bitte, in ihrem Arbeitsumfeld bei der Gewinnung von Personen, die den gewählten Kriterien entsprachen, behilflich zu sein. Dass ich mich auf urbane Gebiete beschränkte, war insofern zufällig, da sich in diesen Vermittlungspersonen anboten. Dieses Vorgehen fand ich ideal, geriet ich dadurch nicht in Versuchung, eine Auswahl von Interviewpartnern zu treffen, die unbewusst durch meine Haltung zu Suizid beeinflusst sein könnten. Nachdem drei Personen zugesagt hatten, wurden die Interviews innerhalb eines Monats durchgeführt.

3.5.2 Vorstellung der Interviewpartnerinnen

Person für Interview A (Person A)

Die Befragte ist zweiundfünfzig Jahre alt. Sie besitzt ein Fachhochschuldiplom in Sozialer Arbeit und einen Master in Sozialer Arbeit als Menschenrechtsprofession. Ebenfalls hat sie diverse Weiterbildungen belegt. In der Sozialen Arbeit ist sie seit 1999 tätig. Sie arbeitete als Sozialarbeiterin in einer Institution mit psychisch-geistig- körperlich behinderte Menschen und war auch Dozentin. Aktuell arbeitet Sie im Kindes- und Erwachsenenschutz im Kanton Bern zu einem Pensum von 50%.

Person für Interview B (Person B)

Person B ist dreiunddreissig Jahre alt. Sie besitzt ein Fachhochschuldiplom in Sozialer Arbeit. In der Sozialen Arbeit ist sie seit fünf Jahren tätig. Sie arbeitete in einem Sozialdienst, in der Schulsozialarbeit und im Suchtbereich und Krisenintervention. Aktuell arbeitet sie in der Sozialberatung in Köniz zu einem Pensum von 80%. Weiter engagiert sie sich in der Freiwilligenarbeit in einem Sportprojekt zur Integration von Flüchtlingen.

Person für Interview C (Person C)

Person C ist zweiundfünfzig Jahre alt und hat den Titel als lic.phil. I, dipl. Sozialarbeiterin. Sie studierte an der Uni Fribourg Sozialarbeit, Journalistik und Ethnologie und besitzt ein Diplom in Sozialer Arbeit wie auch ein Lizenziat in Sozialwissenschaften. Ebenfalls liess sie sich als Mediatorin ausbilden und ist Dozentin an Fachhochschulen. In der Sozialen Arbeit ist sie seit 2000 tätig. Aktuell arbeitet sie als Behördenmitglied bei der der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) im Kanton Bern zu einem Pensum von 80%.

3.6 Auswertung der Daten und Vorgehen bei der vorliegenden Arbeit

In diesem Kapitel werden die Grundlagen für die Auswertung der Daten dargelegt. Als erstes wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring theoretisch belegt. Anschliessend wird das Vorgehen bei der vorliegenden Arbeit Schritt für Schritt aufgezeigt.

3.6.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring

Geht es in der qualitativen Sozialforschung darum „*durch den Text Aussagen über den emotionalen, kognitiven und Handlungshintergrund der Kommunikatoren zu machen*“ (Mayring 2003, 52 In: Lamnek 2010, 472), so wird das Ziel der Inhaltsanalyse als kommunikationswissenschaftliche Technik von Mayring (2016, 114) definiert: „*Qualitative Inhaltsanalyse will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet.*“ Die erwähnte Technik ist ebenfalls bei grossen Textmengen anwendbar, bei der die drei Grundformen des Interpretierens, die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung zur Anwendung kommen Mayrings (2016, 121).

Für die Auswertung der Daten orientiere ich mich grundsätzlich nach der strukturierten Inhaltsanalyse. Diese hat zum Ziel, „*eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern*“, erläutert Mayring (2016, 118).

Das Verfahren Mayrings (2016, 118, vgl. auch Ulich et al. 1985) besteht aus drei Schritten:

1. „Definition der Kategorien

Es wird explizit definiert, welche Textbestandteile unter eine Kategorie fallen sollen.

2. Ankerbeispiele

Es werden konkrete Textstellen angeführt, die unter eine Kategorie fallen und als Beispiele für diese Kategorie gelten sollen. Diese Ankerbeispiele haben prototypische Funktion für die Kategorie (vgl. Ecker/Six 1983).

3. Kodierregeln

Es werden dort, wo Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen, Regeln formuliert, um eindeutige Zuordnungen zu ermöglichen.“

Der strukturierten Inhaltsanalyse liegt eine theoriegeleitete Kategorienanwendung zugrunde, wie Mayring (2015, 85) ausführt. Bei der strukturierten Inhaltsanalyse mit deduktiver Kategorienbildung können durch die Form der Strukturierung verschiedene Ziele angestrebt werden. Eine Form ist die inhaltliche Strukturierung, diese „*will Material zu bestimmten Themen, zu bestimmten Inhaltsbereichen extrahieren und zusammenfassen*“, erläutert Mayring (2015, 99). Bei der qualitativen Forschungsmethode ist jedoch die induktive Kategorienbildung von beträchtlicher Wichtigkeit, weil bei dieser Kategorienanwendung eine Abbildung des Materials entsteht „*ohne Verzerrungen durch Vorannahmen des Forschers*“ (Mayring 2015, 86). Bei diesem empirischen Vorgehen werden die Kategorien direkt aus den erfassten Daten bestimmt.

3.6.2 Vorgehen bei der vorliegenden Arbeit

Für die Auswertung der Daten wurde wie dargelegt die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt. Auf der Grundlage der theoriegeleiteten Forschungsfrage und den zwei Hypothesen formulierte ich Kategorien und dazu passende Indikatoren, die die Auswertung der Daten strukturierten. Grundsätzlich bezieht sich die Anwendung auf die Beschreibung in Kapitel „3.6.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring“. Das Material für die Auswertungen lieferten die Transkripte der Interviews A, B, C.

Nachfolgendes schrittweises Vorgehen wurde erarbeitet, angepasst und durchgeführt:

Erster Schritt

Das umfangreichste Transkript, jenes des Interviews **A**, wurde im ersten Durchgang offen kodiert. Dieser Vorgang gestaltete sich als nicht ganz einfach, denn als Forscherin wollte ich Verzerrungen möglichst vermeiden. Während der Kodierung entwarf ich auf einem separaten Blatt passende Kategorien mit den dazugehörigen Indikatoren.

Dieses induktive Vorgehen der Kategorienbildung wählte ich, um den Erkenntnissen aus dem Probeinterview Rechnung zu tragen, wie sie in Kapitel „3.3.2 Entwicklung des Leitfadens als Forschungsinstrument“ dargelegt wurden.

Zweiter Schritt

Anschliessend erfolgte die Kodierung der zwei weiteren Transkripten, den Interviews **B** und **C**, wobei beim ersten Durchgang wiederum eine offene Kodierung durchgeführt wurde.

Damit im späteren Prozess der Forschung die Auswertung nach meinem vorgedachten Vorgehen verwendet werden konnte, ordnete ich die Indikatoren mit den näheren Umschreibungen, wenn möglich in die Kategorien der Auswertung des Interviews **A** ein. Ging das nicht, wurde eine neue Kategorie gebildet. Die Indikatoren, also die konkreten Inhalte der Kategorien wurden, wenn möglich, bei allen Interviews gleich formuliert. Dieses Vorgehen schien mir angebracht, wurden doch die Interviews nach demselben Interviewleitfaden geführt.

Diese Arbeitsweise würde Vergleiche unter den drei Interviews zulassen. In den Präzisierungen der Indikatoren oder in den unterschiedlichen Indikatoren zu den Kategorien würde dann die Differenz zu finden sein.

Dritter Schritt

Die Kategorien und Indikatoren der offenen Kodierung aller drei transkribierten Interviews wurden jeweils in einer separaten Übersicht festgehalten.

Vierter Schritt

Das umfangreichste Transkript wurde in einem zweiten Durchgang Axial kodiert. Diese deduktive Kategorienbildung führte ich konsequent entlang der gebildeten Kategorien durch, welche sich auf meine festgelegten Hypothesen bezogen. Die zuvor von mir verfassten Kodierregeln halfen bei den Zuordnungen zu den Kategorien. Die Indikatoren wurden vorgängig festgesetzt und nicht erweitert, jedoch wurden sie weit genug gesteckt, damit sie genügend Hinweise beinhalten konnten.

Dieser zweite Kodierdurchgang war die Voraussetzung, um in der Synthese Theoriebezüge zu den Auswertungsdaten herzustellen und zu den Hypothesen die Diskussion zu führen.

Fünfter Schritt

Anschliessend wurde bei den übrigen zwei Transkripten der Interviews **B** und **C** der zweite Durchgang der Axialen Kodierung durchgeführt.

Sechster Schritt

Von allen drei Auswertungen der Interviews A, B, C mit der offenen und der axialen Kodierung wurde für die weitere Bearbeitung eine zusammenfassende Datenauswertungstabelle erstellt, wobei vorgängig alle Kategorien zusammenfassend aufgelistet wurden.

Von den axialen Kodierungen wurden alle Kategorien in die Tabelle übernommen, da diese vollumfänglich in Beziehung zu den Hypothesen stehen.

Von den offenen Kodierungen wurde bei der Kategorienübernahme in die Datenauswertungstabelle selektiv vorgegangen, dies da aus Gründen des Umfangs nicht alle Kategorien übernommen werden konnten. Kategorien herkommend aus den Aussagen der Befragten wurden übernommen, welche von mir als wesentlich für die Erkenntnisgewinnung dieser Arbeit bewertet wurden. Selektiv wählte ich Kategorien zu Themen, die ich in den theoretischen Grundlagen nicht erarbeitet hatte, dies würde mir erlauben weiterführende Fragestellungen zur Thematik Suizid zu formulieren, so nahm ich an.

Das obengenannte schrittweise Vorgehen bei der Auswertung der Daten und die erarbeiteten Unterlagen bildeten die Grundlage der Datenanalyse und der Synthese.

3.7 Forschungsethische Aspekte und Risiken der Befragung

Nach Schnell & Heinritz (2006, 17; In: Fick, 2014, 281) orientiert sich die Forschungsethik an der Frage „*welche ethisch relevanten Einflüsse die Intervention eines Forschers den Menschen zumuten könnte, mit oder an denen der Forscher forscht.*“ Weiter befasst sich die Forschungsethik damit, welche Massnahmen zu ergreifen sind, um die Befragten zu schützen, falls dies als notwendig erscheint. Schnell & Heinritz (ebda.) legen Prinzipien zur Forschungsethik fest, an denen sich die Forscherin orientieren kann.

Murphy und Dingwall (2001, 339; In: Fick, 2014, 281) wiederum setzten sich in einer „*ethischen Theorie*“ mit vier Themen auseinander, nämlich mit der „*Nicht-Schädigung*“, „*Nutzen*“, „*Autonomie bzw. Selbstbestimmung*“, welche helfen sollen, ethisch die Forschung anzugehen.

Meinerseits versuchte ich die Einhaltung der forschungsethischen Anforderungen durch folgende Massnahmen einzuhalten: Ich kontaktierte die für die Interviews vorgesehenen Sozialarbeitenden schriftlich mit einer kurzen Schilderung der Ausgangslage, des Forschungsfeldes und der Forschungsfrage. Anschliessend führte ich mit ihnen ein Telefonat. Die Interviewpartnerinnen konnten, aus meiner Sicht, den Nutzen der Arbeit erkennen und willigten als Interviewpartnerinnen ein.

Beim Interview beachtete ich, bei allen Fragen, die möglicherweise die persönliche Integrität betrafen, darauf hinzuweisen, dass diese nicht beantwortet werden müssen. Keineswegs wollte ich den Interviewpartnerinnen zu nahe treten und sie dadurch „schädigen“ und ihr Bestimmungsrecht darüber, was sie von sich preisgeben wollen oder nicht, beschneiden. Ein gewisses Risiko bestand bei einem Thema wie Suizid darin, bei den Interviews eventuelle Traumata bei den Befragten hervorzurufen, was mir vorgängig bewusst war.

Mit dem erhaltenen Material bin ich äusserst sorgsam umgegangen, habe es korrekt verwendet und anonymisiert. Den Befragten habe ich angeboten, die Bachelorarbeit nach der Fertigstellung zuzusenden, was alle wünschten. Meines Erachtens habe ich die forschungsethischen Anforderungen respektiert und die Risiken einschätzen können.

3.8 Experteninterview

Ein Theorieziel der vorliegenden Arbeit ist: Das Experteninterview in den Theorieteil einbinden können.

Die „Suche“ nach einer Expertin wurde dadurch bestimmt, zu welchen Theoriebezügen ich das erhaltene Material aus dem Experteninterview verwenden wollte. Ich entschloss mich, zum Thema Ethik ein Interview zu führen, um im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit einen kontextbezogenen Diskurs zu Ethik zu führen. Gesucht wurde somit eine Ethikerin oder ein Ethiker. Fündig wurde ich im Ethik-Zentrum Zürich der Universität Zürich. Herr Walllimann-Helmer Yvo, Dr. erklärte sich sehr schnell und spontan bereit, mir für Fragen zur Verfügung zu stehen. Damit er einen inhaltlichen Anhaltspunkt des Interviews hatte, bat er mich, ihm vorgängig einige Fragen zuzusenden. Anhand eines erarbeitenden Leitfadens fand das Interview im Ethik-Zentrum in Zürich statt. Dieses fand ich äusserst spannend. Es forderte mir einiges ab. Theorien zu Ethik waren bis anhin kein von mir sonderlich bewandertes Thema.

4 Ergebnisse der empirischen Untersuchung

Die Ergebnisse der drei ausgewerteten Interviews werden unter diesem Kapitel aufgeführt; als repräsentativ für alle Sozialarbeitenden angesehen werden können sie nicht. Unter Kapitel „5 Synthese“ dann wird die Diskussion der Bezüge von Ergebnis, Hypothese und Theorie geführt. Ebenso werden in der Synthese die nicht hypothesenbezogenen Kategorien diskutiert.

Die Befragten wurden in Kapitel „3.5.2 Vorstellung der Interviewpartnerinnen“ bereits vorgestellt. Es ergaben sich drei Interviews, welche sich durch die Individualität der Interviewpartnerinnen³⁸ auszeichnen. Obwohl die Interviews nach dem gleichen Leitfaden durchgeführt wurden - ich versuchte diese möglichst ähnlich zu führen - fielen die Interviews zeitlich und thematisch unterschiedlich aus.

Die Daten werden wie folgt dargelegt: Zuerst werden die Hypothesen mit den dazugehörigen Kategorien und Indikatoren aus der Axialen Kodierung aufgeführt. Anschliessend werden die Ergebnisse präsentiert und durch Interviewausschnitte³⁹ belegt. Nach den hypothesenbezogenen Kategorien werden die Ergebnisse der gewählten Kategorien vier und fünf, herkommend aus der Offenen Kodierung, präsentiert und belegt.

Hypothese 1 (H1): Sozialarbeitende erleben sich im Praxisalltag in der Auseinandersetzung mit Suizid und Suizidalität sicherer, wenn sie interdisziplinäres Wissen nutzen.

Kategorie 1 (H1/K1)

Auseinandersetzung Sozialarbeitender mit Suizid, Suizidalität

Indikatoren zu Kategorie 1

- Berufliche Auseinandersetzung
- Persönliche Auseinandersetzung
- Auseinandersetzung im Zusammenhang mit Gegenstandswissen zu Suizid

Bei A, B, und C fanden und finden Auseinandersetzungen mit Suizid und Suizidalität statt, sei dies auf privater und/oder auf beruflicher Ebene.

A spricht Auseinandersetzungen auf privater und beruflicher Ebene an. Sie teilt mit, sich nicht explizit mit der auf die eigene Person bezogene Suizidalität auseinandergesetzt zu haben, sei aber im Alter von 18 bis 25 Jahren mit dem Kranksein und dem Sterben müssen persönlich betroffen gewesen. Suizid gehört für sie in dieselben Auseinandersetzungen, die sich mit dem Sterben und der Endlichkeit des Lebens befassen.

A (Z 18-20) „Es ist ein Thema, das mich immer wieder beschäftigt hat, sei es im Beruf, oder auch auf privater Ebene, also ich war nie privat damit konfrontiert, hat mich aber immer wieder beschäftigt.“
 (Z 21-20) „in einer meiner Stellen als Sozialarbeiterin, da hab' ich mit psychisch kranken Menschen gearbeitet als Sozialberaterin, Sozialarbeiterin und da war das Thema Suizid eigentlich allgegenwärtig.“
 (Z 249-258)
 (Z 378-379) „Ich denke grundsätzlich mit dem Sterben, also grundsätzlich mit der Endlichkeit des Lebens. (...) Und da gehört halt Suizid auch dazu.“

B übermittelt konkrete Beispiele von Auseinandersetzungen mit Suizidalität im privaten und im beruflichen Kontext. Ebenso teilt sie eine konkrete, auf die eigene Person bezogene Auseinandersetzung mit der eigenen Suizidalität mit.

³⁸ Die einzelnen Interviewpartnerinnen werden in der Folge der Arbeit lediglich mit A, B, C bezeichnet, dies analog der Transkripte der Interviews von A, B und C. Gemeint sind jeweils die Personen die hinter A, B und C stehen.

³⁹ Da es den Umfang der Arbeit sprengen würde, werden Interviewausschnitte teils vollständig und teils auszugsweise wiedergegeben. Teilweise werden nur die Zeilen angegeben.

B (Z 41-42) „ich hatte da oftmals junge Mädchen, von zwischen vierzehn und achtzehn Jahren, und da hatte ich zwei Situationen, die waren Suizid-- waren schon mal suizidal“
 (Z 46) „da hatte ich eine andere, auch eine junge Frau,“
 (Z 48-51) „Ich hatte vor meinem Studium, während sieben Jahren als private Kinderbetreuung gearbeitet. Auch dort hatte ich einmal ein Kind, das gesagt hat, "ich möchte eigentlich nicht mehr leben". Das Kind war damals neun oder zehn Jahre alt“
 (Z 52-53) „Und jetzt in der Sozialen Arbeit hab' ich auch zur Zeit grad' einen Klienten, bei dem ich das Gefühl habe,“
 (Z 223-225) „kommen wir bereits zu meinen persönlichen Geschichten. Durch das, dass ich persönlich auch mit Suizidalität, ganz konkret bei mir selbst konfrontiert war“

C erwähnt mögliche berufliche Situationen, die Suizidalität beinhalten können und erwähnt den Suizid eines Klienten, bei dem sie eine Beistandschaft innehatte.

C (Z 38-44) „Und ansonsten, ja, also eben erleb' ich natürlich immer dass wir abschätzen müssen, ob Eltern, wenn wir planen ihre Kinder fremdzuplatzieren, ob daraus allenfalls eine suizidale Handlung erfolgen könnte oder nicht. Und das ist natürlich häufig der Fall eben bei Eltern, die psychische Erkrankungen haben, die vielleicht schon einmal, eben suizidale Gedanken geäußert haben usw. usf. Und da müssen wir immer sehr gut prüfen und das machen wir auch, im Kollektiv, ob wir da etwas provozieren mit unserer Kinderschutzmassnahme“
 (Z 36-38) „Ich war wirklich noch nie konfrontiert mit einem Suizid, nein, da muss ich mich korrigieren, es hat sich einmal ein Jugendlicher, der-- von dem ich Beistand war, hat sich das Leben genommen, ja.“

A, B und C finden, Auseinandersetzungen mit Suizidalität auf privater und beruflicher Ebene würden ineinander fließen.

B teilt mit, dass sich in beruflichen Situationen Fragestellungen und persönliche Auseinandersetzungen vermischen.

B (Z 84-87) „Das ist eben wieder die Frage: "Was mach' ich jetzt? (I: Mhm) Wie dringend ist es wirklich? Ist es wirklich ein Gefühl von mir, ist es wirklich in der Luft? Ist es, hat die Person schon konkrete Vorstellungen, auch wenn er es mir vielleicht nicht sagt? Hat er sich ernsthaft darüber Gedanken gemacht? Ist es meine eigene Erfahrung, meine Sensibilität?“

A findet, eine Vermischung sei auch bei anderen Themen der Fall.

A (Z 387-389) „doch, die eigene Auseinandersetzung doch, doch das braucht es. Ich kann das nicht trennen, aber ich kann das mit ganz vielen Themen, die ich in der Sozialen Arbeit habe nicht trennen.“

C betont explizit, grundsätzlich beeinflussten die persönlichen Auseinandersetzungen die Arbeitsweise immer.

C (Z 150-151) „Also selbstverständlich beeinflusst einen grundsätzlich die eigene Auseinandersetzung mit Themen, beeinflusst die Arbeitsweise immer.“

A, B und C differenzieren inhaltlich persönliche und berufliche Auseinandersetzungen mit Suizidalität.

A vermutet, dass sie heute mit Suizidalität im beruflichen Alltag umgehen könnte

A (Z 246-247) „als Sozialarbeiterin funktioniere ich auf einer anderen Ebene, und das, denk' ich mir, gelingt mir-- gelingt mir schon. Das-- mit dem kann ich, denk' ich mir, könnt' ich heute wirklich (...) einigermassen gut umgehen.“

B bewertet die persönliche Auseinandersetzung als sehr wichtige Grundlage für die berufliche Auseinandersetzung.

B (Z 241-243) „Ich denke mir, aus Büchern lernen kann man viel, methodisch und so, trotzdem ist das Persönliche extrem wichtig. Und gerade so in einem Entscheid von Leben oder nicht Leben,“
 (Z 225-228) „mich damit auseinandergesetzt habe, ob ich noch leben will oder nicht, hab' ich vermutlich gegenüber anderen Menschen, die sich diese Überlegungen auch machen, oder auch schon gemacht haben, ein anderes Verständnis.“

Für C ist sowohl die Art und Breite der persönlichen Auseinandersetzung wesentlich als auch wie sich diese in ihrer Praxistätigkeit niederschlägt.

C (Z 151-154) „Die Frage ist wie-- auf was stellen wir das ab, also, wie soll ich sagen, ist es nur meine ganz persönliche Ansicht, oder hab' ich mich breit mit Fachwissen, mit Theorien auseinandergesetzt,

also wie breit abgestützt ist meine eigene Auseinandersetzung mit diesem Thema.“
(Z 154-157) „Natürlich, bleib' ich immer mich, und bin ich mein Instrument. Die Frage ist nur, wie ich mich als Instrument eiche, und mit was. Und ob ich dann auch diese Eichung unter Umständen mal offenlege oder in Frage stelle.“

B und C teilen mit, was sie mit dem Begriff Suizidalität verbinden

B (Z 14-16)
(Z 201-203) „Ich denke einfach auch Suizidalität ist für mich so etwas-- wie nicht greifbar, oft ist es einfach da und doch nicht greifbar“
C (Z 13-14) „Suizidalität, das ist ein Begriff, der natürlich immer mit einer erhöhten Aufmerksamkeit“
(Z 15-16) „dann sind wir natürlich sehr "Alert", also das bewirkt auch emotional immer gewisse-- einen gewissen aufmerksameren Zustand, so.“

A, B und C äussern sich zum Wahrnehmen von möglicher Suizidalität beim Gegenüber.

A erwähnt: Die nonverbale Kommunikation und die indirekten Äusserungen des Gegenübers könnten Hinweise zu Suizidalität liefern.

A (Z 44-46) „man nimmt es glaub' ich dann schon wahr, man ist dann wahrscheinlich sensibilisiert und kann auch aufha-- anhand von vielleicht von Gestik, von Mimik oder auch von anderen Aussagen darauf schliessen,“

B teilt mit, nicht beurteilen zu können, ob sie Suizidalität über verbale oder nonverbale Kommunikation oder über Verhaltensweisen wahrnehmen kann. Es entsteht bei ihr ein Bauchgefühl. Sie ist sensibilisiert durch die Ausbildung, durch private und persönliche Erfahrungen und ist sich nicht sicher, ob Suizidalität alle wahrnehmen können.

B (Z 25-26) „wenn ich das Gefühl, das Bauchgefühl bekomme, da stimmt irgendwas nicht.“
(Z31-35)

Angesprochen darauf, ob Suizidalität wahrgenommen werden kann, wenn das Gegenüber diesbezügliche Gedanken habe, braucht es für C eher eine Äusserung hierzu.

C (Z 19-20) „Ja, das ist eine gute Frage, also, vielleicht hätte ich eher sagen müssen, wenn jemand solche Äusserungen macht.“

Die Auseinandersetzung mit Suizid verknüpfen A, B, und C bei einem Suizid mit der Frage nach der Schuld.

A erwähnt Schuldgefühle, die aufkommen würden, wenn sich eine Person, die ihr persönlich nahesteht, suizidiert. Wie die Gesellschaft Suizid wahrnimmt, ist ihr nicht so wichtig und bringt sie nicht mehr durcheinander.

A (Z 259-246) „wie Suizid in der Gesellschaft wahrgenommen wird, bringt mich glaub' ich nicht mehr so aus-- durcheinander. Eben diese Schuldgefühle auch, die-- die sind da. Ich stelle mir das wahnsinnig schwierig vor, ich hab' mir auch schon häufig gedacht, wenn jetzt jemand, der-- eine Person, die mir sehr nahe ist, sich umbringt, wie würde ich mit dem umgehen, ich wäre wahrscheinlich ziemlich überfordert. Weil ich denke mir, die Schuldgefühle, die kommen.“

B betont, dass Diskussionen in der Gesellschaft zu Suizid die Schuldfrage aufwerfen.

B (Z 14-16) „Suizidalität ist für mich etwas Ungreifbares, etwas Unerwartetes, viele Diskussionen sagen, es ist auch mit Schuld verbunden, so Schuld und Vorwürfe. Für mich ist aber Suizidalität auch immer ein Entscheid, der ein Mensch für sich selbst trifft.“

C teilt mit, sich sicher irgendwie schuldig zu fühlen, falls sich eine Klientin suizidieren würde. Ebenso erwähnt sie mögliche Emotionen und Gedanken.

C (Z55-59) „Und, und, und, also das ist ein ganzer Blumenstrauss von, auch Emotionen, von Gedanken, die einem da durch den Kopf gehen. Sicher würd' ich mich auch irgendwie schuldig fühlen, wenn jetzt eine Klientin sich in so 'ner Situation umbringen würde und ich würde auch sicher auch darüber nachdenken, was ich hätte anders machen können.“

A, B und C sprechen die Selbstverantwortung von Personen, die sich mit der eigenen Suizidalität auseinandersetzen, an.

A spricht die eigene Haltung zur Selbstverantwortung an und gewährt die Selbstverantwortung jedem einzelnen Menschen.

A (Z 80-83) „wahrscheinlich auch meine eigene Auseinandersetzung, ich glaub' das ist eine ganz eigene Lebensphilosophie, die ich habe, ich denke jeder Mensch darf und soll Verantwortung für sich tragen, und wenn jemand sich umbringen will, wenn sich jemand etwas antun will, dann ist es auch sein Recht.“

B weist ganz klar die Entscheidung dem einzelnen Menschen zu und schafft dadurch eine eigene Distanz.

B (Z 63-65) „Ich kann es gut von mir distanzieren, ich kann das-- für mich ist wirklich klar, der Mensch entscheidet sich selbst, ich kann ihm Hilfestellung geben, ich kann ihn beraten, wenn er sich aber entscheidet, dann ist es seine Entscheidung.“

C erklärt, nach dem Ausschöpfen aller Möglichkeiten muss ein Suizid einer Person als Variante der Problemlösung akzeptiert werden.

C (Z 125-131) „Andererseits, denke ich, wenn sich jemand wirklich das Leben nehmen möchte, und wenn man da schon lange mit dieser Person daran gearbeitet hat und sie immer wieder nur sieht, dass ihr nur der Suizid Erleichterung verschaffen würde, dann denk' ich irgendwann einmal muss man da auch wie sagen, ok, da ist alles ausgelotet, diese Person wählt diese Variante als ihre Lösung, und da denk ich muss man dann irgendwann auch mal das akzeptieren. Aber natürlich nicht ohne lange, ausführliche, breit abgestützte Vorgeschichte mit dieser Person.“

Kategorie 2 (H1/K2)

Soziale Arbeit, Bezugsdisziplinen, Interdisziplinarität im Kontext von Suizid

Indikatoren zu Kategorie 2

- Professionsverständnis der Sozialen Arbeit und Professionsverständnis im Kontext
- Bezugsdisziplinen, Gebiete
- Inhalte/Methoden/Wissen die kontextbezogen verwendet werden
- Disziplinäre und Interdisziplinäre Zusammenarbeit

A, B und C stellen Bezüge zur Sozialen Arbeit her

A erwähnt die Kernaufgabe der Sozialen Arbeit. Sie äussert sich dazu, was ihr als Sozialarbeiterin wichtig ist und welches Verhältnis sie zum Beruf als Sozialarbeiterin hat.

A (Z 105-106) „Und trotzdem find' ich, das wir-- wir haben ja schon ein-- ein-- eine Kernaufgabe, wir kümmern uns um die sozialen Probleme.“
 (Z 141-145) „egal mit welchem Thema ich als Sozialarbeiterin konfrontiert bin, ist sicher schon mal in Beziehung treten mit den Menschen, oder, mit meinem Gegenüber. Da kommt wahrscheinlich wieder eine Werthaltung heraus. Ernst nehmen, was mein Gegenüber erzählt, wichtig nehmen, kommt mir eben in den Sinn, eben der Berufskodex, oder, der mir ja immer sehr wichtig war.“
 (Z 410-415)

B spricht ihre Grenzen als Sozialarbeiterin an.

B (Z 289-291) „Ja, ich bin Sozialarbeiterin und nicht Weltretterin. Das ist wirklich-- Ja, ich kann wirklich das tun, was in meiner Pflicht steht, und das ist das Ansprechen, und Weitergeben, und so das Fachliche.“

C hebt das „in Beziehung treten“ in der Sozialen Arbeit hervor.

C (Z 113-115) „wir haben eine Kultur wirklich der offenen Türen. Und, ja, ich denke, "Zugang zu" ist ja in der Sozialarbeit immer ein Thema, wir haben Zugang zueinander, sehr einfachen Zugang zueinander und das ist sicher fördernd.“

A und B äussern sich zu Inhalten, Themen, die sich in Mandaten im Zusammenhang mit Suizid und Suizidalität ergeben.

A teilt mit, dass es bei Suizid um die Grundhaltung zum Leben und Sterben geht.

A (Z 93-94) „die Auseinandersetzung auch mit, mit leben und sterben allgemein, oder? Das Leben ist endlich, also das ist jetzt sehr plakativ, aber das Leben ist endlich, der Mensch stirbt irgendwann.“

B spricht die Offenheit und das Ansprechen von Suizidalität an, die es im Mandat braucht und erwähnt Reaktionen und Emotionen die entstehen können wird Suizidalität angesprochen.

B (Z 104-108) „Mein oberstes Gebot sozusagen ist eigentlich die Offenheit, das Ansprechen. Die Offenheit, das Mitteilen (...), dass wenn ich Klienten vor mir habe, dass ich denen mitteile: " Ich hab' ein komisches Gefühl, ich möchte das ihnen jetzt mitteilen, ich weiss nicht ob ich mit meiner Annahme, ...“ (Z 253-257)

A, B und C sprechen bei der Thematik Suizid und Suizidalität den Austausch mit anderen an.

A äussert sich allgemein, dass der Austausch ihre Handlungsfähigkeit unterstützt, Entscheide erleichtert und Blockaden entgegenwirkt. Sie erwähnt Austausche mit Psychologen und Psychiatern im Zusammenhang mit vollendeten Suiziden, welche sie in präsenter Erinnerung hat und sie handlungsfähig macht. Sie hebt die Wichtigkeit des Austausches mit anderen Sozialarbeitenden nach belastenden Situationen hervor.

A (Z 174-176) „ich würde mich wahrscheinlich austauschen gehen und auch Rat einholen, aber ich würde handlungsfähig bleiben.“ (Z 232-235)

(Z 238) „ich wäre sonst einfach wahnsinnig blockiert, und, ja, ich hol' sie mir in dem Moment.“

A (Z 75-78)

(Z 199-204)

(Z 227-229) „Und dann hab' ich halt, ja, noch der zuständigen Psychologin telefoniert, und hab' halt mich mit der zusammengesetzt, oder hab' eine halbe Stunde telefoniert, damit ich wieder handlungsfähig werde.“

B betont, sich in konkreten Situationen gut austauschen zu können. Sie vermittelt, dass ein Austausch mit Vorgesetzten, mit dem Umfeld und mit Fachpersonen ihr nach einem vollendeten Suizid Rückhalt bietet. Ein Austausch mit dem Psychiater des Klienten findet sie sehr wichtig und weist darauf hin, ein diesbezügliches Einverständnis vom Klienten müsse eingeholt werden. Weiter erlebt sie durch den Austausch mit Vorgesetzten und Mitarbeitenden Sicherheit.

(Z 65-66) „Wenn es dann wirklich konkret wird, kann ich mich gut austauschen,“

B (Z 299-303)

(Z 134-135) „Den Austausch mit dem Psychiater seh' ich auch als sehr, sehr wichtig, dass wir uns austauschen, dass wir auch die Möglichkeit, die Einverständnisse des Klienten haben.“

(Z 73-75)

Für C braucht es nebst Erfahrung, Wissen und Faktenwissen immer den Austausch mit mindestens einer anderen Person und die Vernetzung mit dem Netzwerk der betroffenen Personen. Sie weist konkret auf Psychiater und Psychologen des Klienten als Netzwerkpartner hin. In Bezug auf Suizidalität stuft sie den Austausch mit Psychiatern und Psychologen als ganz wichtig ein. Die Austauschmöglichkeiten in ihrem Praxisumfeld bewertet sie als genügend vorhanden.

C (Z 70-76) „Also ich denke es braucht sicher Erfahrung, aber das ist ja das, die hat man nicht von Beginn weg. Ich denke, es braucht Wissen, ganz klar, Faktenwissen und es braucht immer auch den Austausch mit andern. Also mindestens Vier-Augen-Prinzip, eventuell auch noch mehr beteiligte, wo man sich beraten kann, wo man sich besprechen kann, wo man abwägen kann. Und es braucht von mir aus geseh'n immer auch die Vernetzung mit Psychiatern, möglicherweise oder nach Möglichkeit auch mit dem Psychiater, Psychiaterin der betroffenen Klienten, also Netzwerk.“

(Z 81-82)

(Z 196-197) „Und ich denke, insofern sind wir da wirklich eigentlich genügend versorgt mit Austausch.“

A, B und C äussern sich zu Bezugsdisziplinen, mit denen bei Suizidalität zusammengearbeitet wird oder zusammengearbeitet werden sollte und wo Abgrenzungen herrschen.

A (Z 107-110) „man muss ja da sehr, sehr vorsichtig sein und auch sehr gut hinschauen, denn die Probleme können sich ja-- ja, es kann dann plötzlich ein psychiatrisches Problem sein, oder ein psychologisches Problem oder ein rechtliches. Und klar wissen wir da auch ein bisschen Bescheid,“

B (Z 125-128) „Ich seh' ganz klare Grenzen, und zwar eigentlich, wir sprechen es an und dann muss der Psychiater kommen. Das sind aus (*meiner Seit*) psychiatrische Arbeiten, die dann geleistet werden müssen und das geht weg von coachen und beraten, das geht dann viel tiefer und viel weiter. Also wir

können einfach dann verweisen und Vorsichtsmassnahmen wie eine Einweisung machen, Gefährdungsmeldung und so weiter, aber-- (...) Ja, das liegt dann wie nicht mehr--, also das seh' ich dann nicht mehr in meiner Kompetenz“

C (Z 45-47)

(Z 178-181) „weil ich doch eben mit meinem Fachgebiet relativ wenig mit Suizidalität konfrontiert bin, weil ich eben nicht in der Psychiatrie tätig bin. (I: Mhm) Ich habe mit psychisch kranken eben Eltern zu tun, dann kommt es ab und zu vor, aber sonst, es ist nicht mein Fachgebiet...“

B und C äussern sich zum Alltagswissen zu Suizid.

B verbindet das Alltagswissen mit Achtsamkeit, Achtsamkeit, die sie von der Gesellschaft fordert und als hohen Anspruch ihrerseits an die Gesellschaft wertet.

B (Z 198) „Ja, ich denk'-- bei Alltagswissen denk' ich halt wirklich so an die Achtsamkeit,“

(Z 150-156)

(Z 162) „Da hab' ich einen hohen Anspruch, (I: Mhm) das ist mir bewusst.“

C betont, das Alltagswissen könne ihres Erachtens genutzt werden, müsse aber kritisch hinterfragt werden.

C (Z167-174) „ich denke es ist sicher eine Grundlage, die dann aber auch, ja, kritisch überprüft werden muss. (I: Mmh) Ich lese ab und zu irgendwelche Ratgeber, und-- also mehr so aus Spass oder Interesse, und stelle fest, ja, ok, das stimmt grundsätzlich, und dann kommen dann aber all die Feinheiten und die Wenn und Abers, und diese ganze Breite und dann, ja, reicht's dann eben nicht mehr, aber so als grundlegender Wegweiser taugen die gar nicht so schlecht.“

A, B und C nehmen Bezug zur Interdisziplinarität und zur interdisziplinären Zusammenarbeit.

A betont, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, egal bei welchem Thema, sei zum Wohle des Klienten und fordere Bescheidenheit. Bei Suizidalität stellt A die Interdisziplinarität nicht in Frage. Weiter empfindet sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit als etwas, was ihr im Beruf gefällt und was die Bescheidenheit der Disziplinen erfordert. Im aktuellen Arbeitsfeld ist ihres Erachtens die Interdisziplinarität mit dem Einbezug der wichtigen Disziplinen gegeben und sie betont, im jetzigen Arbeitsumfeld werde die Interdisziplinarität gelebt. Wütend macht sie Inakzeptanz unter den Disziplinen und betont, Akzeptanz unter den Disziplinen wirke auch Doppelspurigkeiten entgegen.

A (Z 103-104) „Ist für mich keine Frage (I: Mhm) für mich braucht es natürlich Interdisziplinarität, (I: Mh) also völlig klar.“ (Z 331-336)

(Z 317-321)

(Z 326-328) „wir mussten uns eigentlich von unseren Berufen, von unseren Disziplinen verabschieden, wir mussten lernen interdisziplinär zu denken.“

(329-331)

(Z 343-349) „Ich erlebe das häufig in der Praxis, dass man so sagt, das-- das macht mich dann manchmal wütig, dass man sagt: "Ja, die Juristen denken ja eh' schon das" oder "Die Psychologen machen ja eh' nur das eigene Gärtchen". Oder wenn ich auch Juristen höre, die sagen: "Ja, die Sozialarbeiter gucken ja eh' nur das an". Halt einfach den Mut haben und sagen: "Ja, ich bin nicht-- wir haben ja unsere Disziplin, wir haben unser Gärtchen, das wir pflegen", wenn ich aber in diesen Bereichen arbeite, dann muss das einfach interdisziplinär sein und dann muss ich mich halt mal zurücknehmen“

(Z 362-364)

B spricht bereichsübergreifende Klientenarbeit in Zusammenhang mit Suizidalität an, erwähnt aber die Interdisziplinarität nicht wörtlich. Sie erwähnt die Möglichkeit, mit den Psychiatern Kontakt aufzunehmen, um nachzufragen und findet, eine vermehrte Zusammenarbeit sollte angestrebt werden.

B (Z 331-335) „Oder uns halt auch nicht scheuen bei ihrem Psychiater anzurufen. Ja, da kommt mir grad' in den Sinn, vielleicht wär's gar nicht so schlecht, wenn auch wir wie ein psychiatrisches Nottelefon hätten, wo wir anrufen können, Situation erklären und die uns dann beraten, wie es jetzt aussehen würde. Also Zusammenarbeit mit psychiatrischen Diensten oder so?“

C streicht hervor, die Interdisziplinarität werde gelebt und sie erweise sich als unumgänglich. Für den interdisziplinären Austausch wurde als Gefäss die Interdisziplinaritätssitzung geschaf-

fen, welche auch als Intervision bezeichnet werden könnte. Die Disziplinen würden sich auf Augenhöhe begegnen. Vor der Gesetzesrevision sei dies nicht der Fall gewesen; bei der KESB hätte ein Ungleichgewicht unter den Disziplinen geherrscht. C weist darauf hin, dass rege Austausch und das vernetzte Generieren von disziplinübergreifendem Wissen transdisziplinäres Wissen entstehen lässt.

C (Z 84-90) „das ist wirklich gelebte Interdisziplinarität in der KESB, das denk' ich immer wieder, es ist uns enorm wichtig mit den relevanten Bezugsdisziplinen in Verbindung zu stehen, und wir erachten es als völlig unumgänglich diesen Austausch auch zu pflegen.“

(Z 189-193)

(Z 95-97) „wir begegnen uns auf Augenhöhe und, und, quasi, ziehen diejenige Disziplin bei, die in besagter oder vorliegender Frage wirklich am meisten zu sagen hat, und das wird auch wirklich so gelebt. Also, Begegnungen sind auf Augenhöhe“

(Z 92-94)

(Z 99-104) „da würde ich ganz sicher unseren Psychologen, den wir hier eben vor Ort haben, zwingend auch konsultieren, und mit ihm das Gespräch suchen. Aber, es bewahrt einen nicht davon, sich selber auch ein gewisses Wissen anzueignen. Und das geht den Juristen hier eben genau so, dass sie sich bewusst sind und auch bemüht sind, sich auch sozialarbeiterisches und psychologisches und psychiatrisches Know-How anzueignen, so dass es dann eben wirklich transdisziplinäres Wissen wird, dass wir da alle in unseren Rucksäcken haben.“

Hypothese 2 (H1): Reflektiertes kontextbezogenes Wissen zur Handlungsfähigkeit wirkt unterstützend in Mandaten mit Klienten und Klientinnen, die sich mit der eigenen Suizidalität beschäftigen.

Kategorie 3 (H2/K3)

Handlungsfähigkeit in der Praxis

Indikatoren

- Handeln, was wird getan, was beeinflusst das Tun
- Handlungsfähigkeit im Kontext von Mandaten mit Klienten, die sich mit der eigenen Suizidalität beschäftigen
- Reflexionen zum Handeln in Mandaten bei denen Suizid Thema ist/war

A und B sprechen Rahmenbedingungen an, die ihr Handeln, ihr Tun mitbestimmen.

A nimmt Stellung zum sozialarbeiterischen Alltag. Sie betont, wie schwierig es ist, in diesem nicht direkt ins Handeln zu kommen; diese Tatsache gehe zu Lasten der Nachhaltigkeit. Weiter hält sie fest, Theorie und Praxis würden auseinanderklaffen und schlussendlich werde das Handeln in Situationen von der eigenen Person beeinflusst.

A (Z 182-188) „als Sozialarbeiterin im Alltag, man hat viele Klienten, viele Dossiers, viele schwierige Klienten, wir-- wir sind es uns gewohnt, direkt ins Handeln zu kommen, oder? Man hat ja fast keine-- oder man sagt ja dann häufig: "ich hab' gar keine Zeit um zu reflektieren und mich mal zurückzulehnen und-- und einfach mal halt zuzuhören" ich komm' direkt ins Handeln. Und ich denke mir in dem Moment, wo man in einer schwierigen Situation ist, direkt Handeln kann in dem Moment wahrscheinlich sehr erleichternd sein. Aber ich als erfahrene Sozialarbeiterin, denke, es wird nicht nachhaltig bleiben.“ (Z 286-288) „Weil Theorie und Praxis, das klappt ja immer wieder ein bisschen auseinander. Man kann wahnsinnig viel wissen, "wie geh' ich jetzt um mit der Thematik" auch wenn man dann mit der Thematik konfrontiert ist, dann kommt ja dann das Persönliche auch wieder zum Vorschein, oder?“

B spricht die Grenzen an, die die Gesellschaft, das System vorgeben und welche das Handeln in der täglichen Arbeit beeinflussen. Weiter teilt B mit, dass theoretisches Wissen aus der Arbeit nicht einfach in der Praxis angewendet werden kann.

B (Z 172-180)

(Z 317-319) „in meiner Ausbildung hab' bezüglich Fragen stellen, Beratungsgespräche, Coaching, sehr

viel mitbekommen, aber ich denke, das reicht wie nicht aus. Ja, das ist wie so das Werkzeug, aber, was mach' ich dann mit dem Werkzeug.“

A und B und C teilen grundsätzliche Überlegungen und Vorgehensweisen mit, welche sich im Klientenmandat bei vorhandener oder vermuteter Suizidalität ergeben können.

A spricht die Grenzen der Zuständigkeit der Sozialen Arbeit und die Zuständigkeit in konkreten Mandaten an. Sie weist auf benötigtes Fachwissen und vorhandene Kompetenzen hin. Ihres Erachtens könnten im Klientenmandat mangelndes Fachwissen und Überschreitungen in der Zuständigkeit „mehr kaputt machen als helfen.“ Auch bei einer Thematik wie Suizid muss die Lebenswelt des Gegenübers anerkannt werden. Die Perspektive des Gegenübers gilt es anzunehmen wie sie ist, auch wenn sie den eigenen Grundwerten widerspricht. Von Tipps geben, rät sie ab; diese könnten kontraproduktiv sein. A konstatiert, bei vorhandener Suizidalität kann das Gefühl aufkommen, ultimativ Handeln zu müssen.

A (Z 110-112) „ich traue das mir nicht zu, weil ich bin Sozialarbeiterin, zum Beispiel, ja, zu intervenieren, wenn ich genau merke, jetzt bräuchte es eigentlich einen Psychologen, (I: Mhm) oder jetzt bräuchte ich einen Juristen. ...

(Z 113-114)

(Z 116-117) „ich traue mir das nicht zu, weil ich nicht Fachperson bin, und ich könnte ja mehr-- mehr-- mehr kaputt machen, als helfen dann.“

(Z 148-154) „als die Lebenswelt des Gegenübers halt wirklich halt so nehmen wie sie ist, auch wenn sie meiner völlig entgegenspricht, weil es ist die Lebenswelt des Gegenübers. Und wenn es dann halt um Suizidalität geht, eben, genau gleich wahrnehmen und-- und nachfragen: "wie ist es denn?"

(Z 155-159)

(Z 161-164) „Und was mir halt wichtig ist auch, keine Tipps zu geben (lacht beim Ausatmen) "Nein, Selbstmord, das geht doch nicht!" Eben, das wäre ja völlig kontraproduktiv, oder, wirklich nachfragen. "Aus welchen Gründen stehst du jetzt dort, wo du stehst?"“

(Z 73-74) „jetzt muss ich ins Handeln kommen und jetzt muss ich irgendwie die Welt bewegen, damit man diesen Mensch retten kann", also so ganz plakativ gesagt.“

B spricht Möglichkeiten und Instrumente an, die für Beratungsgespräche zur Verfügung stehen. Sie erklärt konkretes Handeln oder Tun in Klientenmandaten und erläutert inhaltliches Vorgehen bei Beratungsgesprächen in denen Suizidalität Thema ist oder sein könnte. Sie weist auf Grenzen ihrer Beratungsmöglichkeit hin und meint: Beratung könne auch Kontraproduktivität sein. Weiter spricht sie die Nachreflektion nach Beratungsgesprächen und die Selbstreflexionen an.

B (Z 327-331) „wir können es kommunizieren, wir können fragen, wir können achtsam sein, können wir uns genau für diese Personen Zeit nehmen, oder sollten uns genau für diese Personen Zeit nehmen. Sie weiterverweisen, auch kontrollieren, in diesem Bereich halt auch kontrollieren oder überprüfen, ob sie die Weiterverweisung, ob sie die Hilfe angenommen haben.“

(Z 108-115)

(Z 140-145) „Also, dann arbeit' ich auch mit Beispielen, wenn ich dann so das ganze umdrehe und sage: "Ja, was machen Sie dann, wenn sie von einem guten Freund wissen, dass der sich umbringen will? Können Sie dann einfach schweigen, was machen sie dann, was würden sie dann machen? Was würden Sie jetzt Ihrem Freund empfehlen, was der machen soll?" Und da hab' ich gute Erfahrungen gemacht. (I: Mhm) Das gibt dann so 'ne intensive Reflexion vom Klienten selbst.“

(Z 291-295) „Dem hätte ich vermutlich noch lange sagen können "ja, du hast doch Verpflichtungen, du hast doch eine Ex-Frau mit zwei Kindern und ihr seid gemeinsam verantwortlich", also, das ist dann nur Druck aufsetzen, das bringt also-- Meine Haltung ist, das bringt wie nichts. (I: Mhm) Das verschlimmert's nur.“

(Z 296-299)

C weist anhand eines Beispiels auf den möglichen Versuch hin, im Klientinnenmandat die Sinngenerierung anzustreben.

C (Z 142-146) „wir können es immer wieder versuchen. Aber letztlich die Sinngenerierung, die liegt bei jedem einzelnen, und diese Mutter, die hat eine so schwere Geschichte aus ihrer Kindheit in ihrem Rucksack, dass eben auch zehn Kinder zu wenig sind, um diesen Sinn zu generieren. (I: Mhm) (...) Wir können es versuchen, aber, ich denke es funktioniert nicht immer“

A und B machen Aussagen, im Kontext von Handeln bei Suizidalität, die sich auf die eigene Person als Sozialarbeiterin beziehen.

A hält fest, als Sozialarbeiterin bei Themen wie Gewalt, wie Suizid, müsse sie nicht alles verstehen, dies könnte ihre Kräfte als Mensch übersteigen. Sie würde sich heute in Situationen, bei denen Suizidalität vorkommt, nicht mehr gelähmt fühlen - früher vor 15 Jahren schon.

A konstatiert, als Sozialarbeiterin sei sie nicht da, um einen Menschen zu retten, sondern im Gespräch, im Handeln mit ihm, Wege aufzuzeigen.

A (Z 152-154) „ich denke mir als Sozialarbeiterin, ich-- ich denke mir immer, ich muss nicht alles was die Klienten mir sagen verstehen. Das würde ja meine Kräfte als Mensch auch übersteigen. Vor allem wenn es um Themen geht wie Gewalt, wie Suizidalität,“

(Z 167-169)

(Z 173-174) „Ich denke mir, wenn ich heute mit Suizidalität konfrontiert werde, ich werde ganz anders reagieren als vor fünfzehn Jahren“

(Z193-196) „Ich bin nicht da als Sozialarbeiterin, um einen Menschen zu retten, ich bin da um ihn zu unterstützen und mit ihm mit-- im Gespräch mit ihm, im Handeln mit ihm, bei ihm herauszulocken, herauszukitzeln, welche Wege gäbe es denn noch, anstelle sich jetzt umzubringen. Das ist jetzt ganz krass gesagt“

B findet, sie persönlich könne einen Menschen nicht beschützen und ihm auch keine Entscheidung abnehmen. Sie teilt mit: Das eigene Bauchgefühl verunsichere sie in der Entscheidung, was zu tun sei. Als Mensch kann sie sich persönlich gefühlsmässig distanzieren, was für sie eine gesunde Distanz darstellt.

B (Z 68-69) „wenn sich das Mädchen dazu entscheidet ist es ihre Entscheidung, und die kann ich ihr nicht abnehmen, davor kann ich sie nicht beschützen.“

(Z 89-90) „Das verunsichert mich, so mein eigenes Bauchgefühl: "Was mach' ich jetzt?" Das ist für mich so unsicher.“

(Z 291-295) „das andere ist wirklich, als Mensch hab' ich gelernt mich sehr daraus zu distanzieren, auch gefühlsmässig. Ich hab' das vorhin bemerkt, als du in einer der ersten Fragen gefragt hast: "Was macht das mit deinen Gefühlen?" und ich hab' bemerkt, da ist (...) nicht ein Loch, aber da ist wie eine gesunde Lücke, die einfach wie leer ist, weil ich mich einfach davon distanzieren“

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Offenen Kodierung, welche nicht hypothesenbezogen sind aufgeführt; es sind dies die gewählten Kategorien und zwar:

Kategorie 4: Aus-, Weiterbildung/Theorie-Praxistransfer

Kategorie 5: Gesellschaft/Suizid/Soziale Arbeit

Kategorie 4 (K4)

Aus-, Weiterbildung/Theorie Praxistransfer

Indikatoren

- Theoretisches Wissen aus der Ausbildung
- Thematik Suizid in der Ausbildung
- Weiterbildung
- Interdisziplinärer Austausch in der Ausbildung
- Umsetzten von theoretischem Wissen in die Praxis

A und B sprechen die Ausbildung im Zusammenhang mit der Thematik Suizid an und äussern sich zum Theorie-Praxistransfer.

A fragt sich, ob der wichtigen Thematik Suizid in der Ausbildung genügend Rechnung getragen wird und konstatiert, Theorie und Praxis würden auseinanderklaffen. Weiter betont sie, dass schlussendlich in der Praxis „das Persönliche“ einen wichtigen Stellenwert einnimmt. A hat es viel gebracht, sich in der Ausbildung mit der Thematik theoretisch auseinanderzusetzen. In der praktischen Ausbildungszeit wurde das Nachfragen nach Suizidalität vermittelt.

Nach der Ausbildung fühlte sie sich in der Praxis als Sozialarbeiterin mit den vielen schwierigen Dossiers und den vielen schwierigen Klientensituationen überfordert. Das Umsetzen von theoretischem Wissen in konkrete Praxissituationen empfand sie anfangs als sehr schwierig und beängstigend, was sich mit längerer Praxiserfahrung legte.

A (Z 279-283) „Ich frage mich je-- ich frage mich eben wie vertieft, dass die Thematik in den Ausbildungen behandelt wird. Ich weiss es nicht (...) Obwohl ich selber in einer Ausbildungsstätte tätig war, ich weiss es nicht, weil ich finde es ist ein wahnsinnig wichtiges Thema (...) Ich frage mich auch (...) (I: Ja) ich weiss es nicht, dass wür-- es müsste sicher auch nicht einen grossen Platz, aber einen Platz einnehmen (*und nicht nur*) auf der theoretischen Ebene,“
 (Z 286-288) „Weil Theorie und Praxis, das klappt ja immer wieder ein bisschen auseinander. Man kann wahnsinnig viel wissen, "wie geh' ich jetzt um mit der Thematik" auch wenn man dann mit der Thematik konfrontiert ist, dann kommt ja dann das Persönliche auch wieder zum Vorschein, oder?“
 (Z 28-31) „Für mich war das auch wichtig während meiner Ausbildung, wir haben das-- die Thematik auch immer wieder hatten in-- in-- der Ausbildung die Thematik und das hat mir wahnsinnig viel gebracht halt auch auf theoretischer Ebene mich damit auseinanderzusetzen“
 (Z 48) „Und diesen Satz, den du gesagt hast, das war für mich wirklich auch in der **** immer ein-- sehr wichtig, wir haben das auch so gelernt in der Ausbildung,“
 (Z 51-54)
 (Z 181-183) „Das ist ja dann wirklich überfordert "und jetzt, was soll ich tun?" Ich denke mir, das ist etwas, was (...) als Sozialarbeiterin im Alltag, man hat viele Klienten, viele Dossiers, viele schwierige Klienten,“

B betont, in der Ausbildung brauche es vor allem den Austausch zur Thematik Suizid. Sie bedauert, das Thema Suizid werde in der Ausbildung sehr schnell abgetan; gerade die Ausbildung könnte eine Plattform bieten, die Diskussion zu Suizid zu führen und diesbezügliches Wissen zu vermitteln. Hingegen wurde viel Wissen zum Führen von Beratungsgesprächen, zum Fragen stellen und zum Coaching vermittelt, doch die Anwendung konnte die Ausbildung nicht vermitteln, was dann schlussendlich nichts bringe. B bezweifelt, ob sie ohne die Ausbildung und die zehnjährige Erfahrung in der Lage wäre, Suizidalität wahrzunehmen.

B (Z308-322) „Vielleicht so ein Austausch, gerade in der Ausbildung. Das man offiziell-- also das man wirklich darüber spricht und nicht einfach, ja-- also ich hab' auch in der Ausbildung erlebt, dass oft, Suizid, ja, "das ist traurig und tragisch aber die haben sich ja dazu entschieden" Also es ist so, Suizid-Thema und Diskussion über Suizidalität erleb' ich immer wieder als sehr knapp und sehr schnell einfach abgeschnitten und erledigt. Ich denke, (...) dort könnte in der Ausbildung, wirklich mit Fachpersonen, Suizidalität und alles was davor noch steht, also die ganze psychische Belastung und Erkrankung, Diagnosen etc. psychiatrisch, dass dort mehr, weil wir ja eigentlich mit Menschen zu tun haben, die oft mehrfach mit psychiatrischen Diagnosen und Schwierigkeiten, Überforderung zu tun haben, dass wir dort mehr in die Krankheitsbilder, Aufklärung-- (...) Ja-- Ich in meiner Ausbildung hab' bezüglich Fragen stellen, Beratungsgespräche, Coaching, sehr viel mitbekommen, aber ich denke, das reicht wie nicht aus. Ja, das ist wie so das Werkzeug, aber, was mach' ich dann mit dem Werkzeug...“
 (Z 35) „ich weiss nicht ob ich das vor zehn Jahren, ohne diese Ausbildung, auch so wahrg--“

A äussert sich zu Weiterbildungen und zum interdisziplinären Austausch im Kontext der Ausbildung

A würde es begrüßen, wenn in Teams die Thematik Suizid aufgearbeitet werden würde, bevor eine konkrete Situation eintritt. Da der Austausch mit anderen Disziplinen in der Ausbildung keinen Platz findet, erwartet sie von Sozialarbeitenden, dies in der Praxis anzugehen.

A (Z 294-288) „Sich auch in Teams überlegen, "wie gehen wir mit dem Thema Suizid um, wenn wir wirklich davon betroffen sind", wie "wäre es eine Möglichkeit, vielleicht mal eine Weiterbildung zu machen, mal eine Supervision zu machen, oder mal eine Fachperson einzuladen, die dann mit uns diese Thematik aufarbeiten kann?“
 (Z338-339) „ich kann doch mal den Juristen fragen, ich kann doch mal die Psychologin fragen, wie sehen sie das jetzt?“ Ich erwarte das von Sozialarbeitenden, weil das hat in der Ausbildung nicht Platz.“

Kategorie 5 (K5)**Gesellschaft/ Suizid/ Soziale Arbeit**

Indikatoren

- Soziale Arbeit und Gesellschaft
- Gesellschaft im Kontext von Suizid und Sozialer Arbeit

A und B äussern sich zu Sozialer Arbeit im Rahmen des Systems der Gesellschaft und ihrer Eingebundenheit in das Gesellschaftssystem.

A teilt mit, es sei ihr wichtig, im gesellschaftlichen Zusammenhang und im Team eigene Haltungen mitzuteilen, Themen einzubringen, Thematiken differenziert anzuschauen und andere Haltungen zu akzeptieren.

A (Z 128-133) „also was mir wichtig ist, das ich halt mitdiskutiere oder meine Haltungen halt auch bekannt gebe, meine Haltungen, ja, diskutiere. Sei das im Rahmen von einem Team, wo ich halt gegenwärtig drin arbeite, man diskutiert ja über die Probleme, die die Leute haben, da kann das gut auch das Problem des Suizid sein. Dass ich da auch halt meine Haltung bekannt gebe und mich auch auf Diskussionen einlasse und-- und die Thematiken differenziert anschau und auch andere Haltungen aber auch akzeptiere, (!: Mhm) das darf auch so sein.“

B erwähnt ihre Eingebundenheit in das System der Gesellschaft und in das persönlich-familiäre Umfeld, welche immer mehr Druck machen, mehr Leistungen fordern. Dadurch würden sie die allgemeinen Probleme mit Druck lösen, was zur Folge hat, sich nicht in dem Umfang den Klienten widmen zu können, wie sie gerne möchte.

B (Z 169-173) „Das ist vielleicht nicht die Professionalität von Sozialer Arbeit, sondern mehr so das ganze System halt, so das immer mehr leisten, immer mehr Druck, immer mehr „mehr, mehr, mehr“, so das, wie nicht mehr atmen können, also immer so den kochenden Topf zum Schweigen bringen, das seh' ich eher als Problem. Und da seh' ich mich in meiner täglichen Arbeit dem ganzen System ausgesetzt und ich denke manchmal, ja, ich hab' Klienten, denen würd' ich mich gerne mehr widmen, vielleicht nicht gerade wegen Suizidalität, oder noch nicht wegen diesem Thema...“

B und C stellen die Thematik Suizid in den Kontext der Gesellschaft

B sagt, sie erwarte von der Gesellschaft, von den Medien, von den einzelnen Menschen allgemeine Achtsamkeit für den suizidalen Menschen und den Menschen der Suizid begonnen hat. Sie wertet dies als hohen Anspruch ihrerseits. Ihres Erachtens löst Suizidalität in der Gesellschaft Vorwürfe, Wut, Ärger, Unverständnis aus.

B (Z 150-152) „Ja, hab' ich schon das Gefühl. Und fängt für mich an mit Achtsamkeit. Wenn sich ein Freund stets zurückzieht und grosse Probleme hat und man ihn dann wie ausgrenzt, weil man denkt: „Ja, du, klär' du erst mal dein Problem, ich hab selbst genug.“ Oder auch, wenn man dann im Nachhinein oft in den Medien auch liest, ja: „Ich hab's vermutet, ich hab' halt nie was gesagt“ und „ja, der hat in der Wohnung schon zurückhaltend gelebt“ und „ich hab' mich da nie darum gekümmert“, oder? Die Eltern sagen: „Ja, er war halt schon immer sehr zurückhaltend und hat nie etwas...“

(Z162) „Da hab' ich einen hohen Anspruch, (!: Mhm) das ist mir bewusst.“

(Z 207-209) „so Vorwürfe. Vorwürfe gegen die, die Suizidalität (*begangen*) haben, eine Wut auch, (!: Mhm) Ärger, allein gelassen, Unverständnis, (...) "der ist doof" oder irgendwie, ja.“

C stellt fest, Suizid werfe in der Gesellschaft die Schuldfrage auf, doch diese werde in der Gesellschaft nicht nur bei Suiziden aufgeworfen. Die Schuldfrage von der Gesellschaft her zu stellen sei logisch und teils auch in Ordnung, gehe es doch bei der Sozialen Arbeit darum, die Arbeit gut zu erledigen.

C (Z) „ich denke wenn sich jemand dann wirklich das Leben nimmt, dann ist immer sehr schnell die Schuldfrage, die gestellt wird, aber das ist nicht anders als wenn eben eine Mutter ihre Kinder umbringt, auch da wird sofort die Schuldfrage gestellt. Logischerweise, ist ja zu einem gewissen Teil auch gut und in Ordnung so, weil man dann auch aufmerksam ist (lacht) oder aufmerksam sein muss, ja, seine Arbeit so gut als möglich zu erledigen.“

5 Synthese

Es soll nun einerseits überprüft werden, ob sich die in Kapitel 3.1.2 formulierten Hypothesen durch Aussagen, die die Interviewpartnerinnen im Feld machen, bestätigen lassen. Andererseits soll überprüft werden, ob und inwiefern das aufgearbeitete theoretische Wissen Antworten gibt und inwieweit es sich mit den Bedürfnissen des Feldes trifft und auch, ob es noch Lücken gibt.

Eine weitere Aufgabe der Synthese ist es, die Kategorien vier und fünf, die sich aufgrund der offenen Kodierung ergaben und nicht aus den Hypothesen abgeleitet wurden, zu diskutieren.

5.1 Diskussion der ersten Hypothese

Hypothese 1 (H1): Sozialarbeitende erleben sich im Praxisalltag in der Auseinandersetzung mit Suizid und Suizidalität sicherer, wenn sie interdisziplinäres Wissen nutzen.

Zu Hypothese 1 (H1) wurden die Kategorien (K 1) und 2 (K 2) gebildet.

- Kategorie 1 (H1/K1): Auseinandersetzung Sozialarbeitender mit Suizid, Suizidalität
- Kategorie 2 (H1/K2): Soziale Arbeit, Bezugsdisziplinen, Interdisziplinarität im Kontext von Suizid

Kategorie 1 (H1/K1): Auseinandersetzung Sozialarbeitender mit Suizid, Suizidalität

Alle drei Interviewpartnerinnen waren auf beruflicher Ebene oder auf persönlich/privater Ebene gefordert, sich mit Suizid und Suizidalität auseinanderzusetzen, und sie setzten sich intensiv mit Fragen dazu auseinander. Die Fragen der persönlich/privaten und beruflichen Ebene sind für sie nicht trennbar, sie fließen ineinander - nicht nur bei der Thematik Suizid.

Unterschiedliche Anlässe der Auseinandersetzung: A musste sich persönlich in jungen Jahren mit Krankheit und Tod auseinandersetzen und war nach der Ausbildung zur Sozialarbeiterin auch beruflich gefordert, sich der Thematik anzunehmen. B war selber suizidal und erlebte im Praxisalltag konkrete Situationen, die Suizidalität beinhalteten. C vermutet Situationen im Praxisalltag, die Suizidalität beinhalten könnten und hat den Tod eines Klienten durch Suizid erlebt.

Die Aussagen, die die Interviewpartnerinnen machten, zeigen, dass ihre Auseinandersetzung mit dem Thema Suizid alle drei Komponenten umfasst: Innere Einstellung, Wissen und Verhalten des Beraters/Beraterin im Umgang mit seinen Klienten (vgl. S. 8, Abb. 1).

Die Auseinandersetzung mit Suizidalität bei KlientInnen beschreiben die Interviewpartnerinnen als etwas nicht direkt Ängstigendes, aber etwas, das grosse Aufmerksamkeit fordert und das nicht direkt greifbar ist – genau wie dies in der Theorie beschrieben wird: Noyon und Heidenreich beschreiben den Umgang mit Suizidalität als etwas sehr Anspruchsvolles und teilweise auch als etwas Ängstigstes, das in den Bereichen Therapie und Beratung vorkommt (vgl. S. 8).

Alle drei Befragten sind überzeugt: Der Mensch ist auch in Bezug auf Suizid selbstverantwortlich. Sie sprechen deshalb alle auch ihren Klienten das Recht auf Suizid grundsätzlich zu. Sie sind damit konform mit der Gesetzgebung (vgl. S. 12), die dieses Recht ebenfalls nicht wehrt.

Für das Handeln Sozialarbeitender bedeutet das in der Konsequenz: Das Selbstbestimmungsrecht der Klientinnen muss in der Praxisarbeit beachtet werden. Sozialarbeitende haben Klientinnen in deren Lebenswelt im Zielentwicklungsprozess durch eine möglichst verständigungsorientierte Haltung zu begleiten, und das bedeutet im Fall von Suizidalität, nicht von vorne weg und unter allen Umständen einen Suizid verhindern zu wollen. Geschieht ein Suizid und liegt die Tatherrschaft beim Klienten, geraten Sozialarbeitende auch nicht in Rechtskonflikte (vgl. S. 12, 15-17).

Ein Thema, das auf theoretischer Ebene nicht diskutiert wurde, das sich in der Auseinandersetzung mit der Theorie auch nicht aufdrängte und deshalb auch nicht in den Frageleitfaden Eingang fand, wurde von allen drei Befragten prominent thematisiert: Die Frage nach der eigenen Schuld, wenn im privaten oder im beruflichen Umfeld ein Suizid geschieht. Auf diese Beobachtung wird am Schluss der Arbeit noch einmal eingegangen.

Kategorie 2 (H1/K2): Soziale Arbeit, Bezugsdisziplinen, Interdisziplinarität im Kontext von Suizid

Die Interviewpartnerinnen haben ein differenziertes Professionsverständnis: A hebt die Kernaufgabe der Sozialen Arbeit hervor, welche beinhaltet, sich um soziale Probleme zu kümmern; dies im Rahmen des Berufskodexes. B definiert Grenzen der Praxisarbeit, nicht Weltretterin sein zu können. Für C wiederum ist die Wichtigkeit des „In-Beziehung-tretens“ in der Sozialen Arbeit zentral. In den theoretischen Grundlagen wurden ebenso Bezüge zu Profession und Berufskodex hergestellt (vgl. S. 6).

Für alle drei Befragten ist in der Praxisarbeit bei der Thematik Suizid und Suizidalität ein innerdisziplinärer und ein disziplinärer Austausch mit den Bezugsdisziplinen selbstverständlich und unverzichtbar. Für A bedeutet das, im Austausch mit Sozialarbeiterinnen und mit der Psychologin Handlungsfähigkeit zu erlangen, eigene Blockaden zu überwinden und dadurch die Entscheidungsfähigkeit zu stärken. Für B ist in der täglichen Arbeit in konkreten Situationen die Fähigkeit des Austausches wichtig, und zwar mit Fachpersonen, Vorgesetzten, Mitarbeitenden und Psychiatern von Klienten. Für C ist neben Erfahrung, Wissen und Faktenwissen immer der Austausch mit mindestens einer Person wichtig. Diese Aussagen illustrieren, wie die in der Theorie festgehaltenen Forderungen, dass das heterogene Phänomen Suizid nicht von einer einzigen Disziplin verstanden und schon gar nicht bearbeitet werden kann, praktisch umgesetzt werden: Es bedarf der Reflexion durch Selbstreflektion, Intervention und Supervision (vgl. S. 8 und S. 20f).

Gefragt ist also Interdisziplinarität, welche die drei Interviewpartnerinnen, nicht nur im Kontext von Suizidalität, zum Wohle der Klienten anerkennen, ja fordern und welche von B und C in ihrem Praxisumfeld als genügend vorhanden empfunden wird. Durch die Interdisziplinarität kann Soziale Arbeit sowohl das eigene Wissen als auch das der Bezugswissenschaften für ihre Praxis nutzen, und zwar in Bezug auf alle 4 Wissensarten: Beschreibungswissen, Erklärungswissen, Wertwissen und Veränderungswissen (vgl. S. 17-20).

In den Interviews kam auch zur Sprache, inwiefern die Disziplinen in der täglichen Arbeit einander gleichgestellt sind. Während C anerkennt und lobt, bei ihrer Arbeit würden sich alle auf Augenhöhe begegnen und die Interdisziplinarität leben, erinnerte sich A an frühere Arbeitsstellen, wo ihr als Sozialarbeiterin von anderen Disziplinen her mit Inakzeptanz begegnet wurde, was sie wütend machte und was zu Doppelspurigkeiten führte. B hingegen wünscht mehr bereichsübergreifende Zusammenarbeit. Wie auf Seite 14 gezeigt wurde, herrscht auch auf theoretischer Ebene ebenfalls immer noch eine gewisse Diskrepanz in der Interdisziplinären Zusammenarbeit – auch wenn die Wichtigkeit des interdisziplinären Dialoges und «der reziproken uneitlen Zusammenarbeit» betont wird.

(C wies zudem auf die Bedeutung von Transdisziplinarität hin - auf diese wurde in den theoretischen Grundlagen nicht eingegangen; vgl. Fussnote 19, S. 15)

Die Hypothese 1 (H1) „Sozialarbeitende erleben sich im Praxisalltag in der Auseinandersetzung mit Suizid und Suizidalität sicherer, wenn sie interdisziplinäres Wissen nutzen“ wird in der Praxis also bestätigt.

Suizid wird von den Befragten vom Professionsverständnis her grundlegend mit der Sozialen Arbeit in Bezug gebracht, was bedeutet: Suizid ist Gegenstand Sozialer Arbeit. Anhand der Aussagen finden Auseinandersetzungen mit Suizid und Suizidalität in verschiedene Richtungen statt. Die Zusammenarbeit mit Bezugsdisziplinen wird als wesentlich bewertet und die Inter-

disziplinarität als wichtig hervorgehoben. Dadurch fühlen sich meiner Wahrnehmung nach die Sozialarbeiterinnen bei der Bearbeitung der Thematik im Praxisalltag sicherer.

5.2 Diskussion der zweiten Hypothese

Hypothese 2 (H2): Reflektiertes kontextbezogenes Wissen zur Handlungsfähigkeit wirkt unterstützend in Mandaten mit Klienten und Klientinnen, die sich mit der eigenen Suizidalität beschäftigen.

Zu Hypothese 2 (H2) wurde die Kategorie (K 3) gebildet.

- Kategorie 3 (H2/K3) Handlungsfähigkeit in der Praxis

Kategorie 3 (H2/K3) Handlungsfähigkeit in der Praxis

Alle drei Interviewpartnerinnen reflektieren ihre Handlungsfähigkeit sowohl allgemein als auch im Kontext von Suizidalität im Klientenmandat.

Zur allgemeinen Handlungsfähigkeit: Für A ist es schwierig, im Alltag nicht direkt ins Handeln zu kommen. Dies scheint verständlich, steht doch Soziale Arbeit mit ihrem Ziel, durch methodisches Handeln Veränderungen anzustossen/anzustreben, anzugehen und so Wirksamkeit zu entfalten, unter Handlungsdruck, dies unter Wahrung der Menschenrechte und Menschenwürde (vgl. Seite 15f), was bedeutet, sich reflexiv auch mit ethisch/moralischen Fragen (vgl. S. 21-23) und mit den gesetzlichen Grundlagen (vgl. S. 12) auseinanderzusetzen. Für B beeinflussen die Gesellschaft, das System ihr Handeln im Praxisalltag. Dem ist in der Tat so, denn Soziale Arbeit findet in der Gesellschaft, für sie und in ihrem kulturellen Rahmen statt (vgl. S. 28f).

Für die Handlungsfähigkeit im Kontext von Suizidalität im Praxisalltag nutzen alle Befragten Fachwissen und die eigene Person als „sozialarbeiterisches Werkzeug“. Wichtig hierzu erscheinen ihnen unter anderem kontextbezogenes Fachwissen, Akzeptanz der Lebenswelt des Gegenübers, Kompetenzen zum Führen von Beratungsgesprächen, Wissen zum Generieren von Sinn. Das kann alles den Komponenten des Umgangs, welche in den unterschiedlichen theoretischen Kapiteln beschrieben wurden, zugeordnet werden (vgl. S. 8).

Spezifisch zur eigenen Person als (Handlungs-)Werkzeug: Theoretisch wurde dargelegt, dass es beim Kontinuum verständnisorientierten/erfolgszentrierten Handelns um eine Haltung der sozialarbeitenden Person geht. Gefordert ist eine möglichst verständigungsorientierte Haltung. Sie kann dazu beitragen, auch im Kontext von Suizidalität erfolgreiche sozialarbeiterische Arbeit zu leisten, handlungsfähig zu sein und zu bleiben (vgl. S. 16f).

Alle drei Interviewpartnerinnen betonen jedoch die Begrenztheit der sozialarbeiterischen Handlungsfähigkeit, sei dies durch die eigene Person und/oder durch die Anwendung sozialarbeiterischen Könnens. So beschreibt A, dass ihr Bestreben, die Lebenswelt des Gegenübers so anzunehmen, wie sie ist, sie möglicherweise dadurch mit ihren persönlichen Grundwerten in Konflikt bringen kann. Weiter ist sie sich bewusst, dass ungenügende Kompetenzen des Fachwissens Schaden anrichten kann. Ebenso sagt B: Auch professionell geführte Beratungsgespräche könnten kontraproduktiv sein und es gelte, diese im Nachhinein zu reflektieren. C wiederum spricht den Versuch an, Sinn bei Klienten generieren zu wollen, wobei sie sich bewusst ist, dass das nicht immer funktioniert. C hat vollkommen Recht, denn auch aus theoretischer Sicht ist das Generieren von Sinn ein nicht einfaches Unterfangen. Gefragt sind eine reflektierte Neutralität zu Sinnfragen, ein reflexives Verhältnis zur eigenen Sinnkonstruktion und eine authentische, interessierte und kongruente Grundhaltung zum Gegenüber (vgl. S. 30f).

Was in den theoretischen Grundlagen nicht Beachtung fand, ist der Theorie-Praxistransfer. Für A und B besteht aber eine Diskrepanz zwischen der theoretischen Ausbildung und der Praxistätigkeit, was ihre Handlungsfähigkeit im Praxisalltag erschwert. Das bedeutet, dass die Proble-

me des Theorie-Praxistransfers beleuchtet werden müssen; in der Folge der Arbeit wird noch darauf eingegangen.

Auch die 2. Hypothese „Reflektiertes kontextbezogenes Wissen zur Handlungsfähigkeit wirkt unterstützend in Mandaten mit Klienten und Klientinnen, die sich mit der eigenen Suizidalität beschäftigen“ wird in der Praxis also bestätigt.

Es zeigt sich bei den befragten Sozialarbeiterinnen grosse Reflektiertheit bezüglich ihrer allgemeinen Handlungsfähigkeit und ihrer Handlungsfähigkeiten im Kontext von Suizidalität in Klientenmandaten.

5.3 Diskussion der Kategorien vier und fünf

Die Interviewpartnerinnen A und B warfen im Gespräch Themen auf, welche nicht Teil meines Leitfadens waren und die auch nicht Teil der aufgearbeiteten theoretischen Grundlagen sind. In der Auswertung entschloss ich mich also, nebst der axialen Kodierung eine offene Kodierung durchzuführen. Dies hat zu Erkenntnissen geführt, die über meine Hypothesen hinausführen. Es konnten zwei weitere Kategorien gebildet werden: Ausbildung, Weiterbildung/Theorie-Praxistransfer (Kategorie 4 (K4)) und Gesellschaft/Suizid/Soziale Arbeit (Kategorie 5 (K5))⁴⁰.

5.3.1 Diskussion der Kategorie vier

Kategorie 4 (K4)

- Aus-, Weiterbildung/Theorie-Praxistransfer

Die Interviewpartnerinnen A und B thematisieren einerseits die Ausbildung zur Thematik Suizid, andererseits den diesbezüglichen Theorie-Praxistransfer.

A bezweifelt, dass die theoretische Grundausbildung genügend themenspezifisches Wissen zu Suizid vermittelt; ihre diesbezügliche praktische Ausbildung allerdings beurteilt sie als genügend. Als wichtig bewertet sie für die Thematik der Suizidalität vor allem die Persönlichkeit von Sozialarbeitenden. Den Theorie-Praxistransfer nach der Ausbildung empfand sie als schwierig; sie war im Praxisalltag mit den komplizierten Dossiers und Klientensituationen überfordert. Sie ist deshalb überzeugt, dass spezifische disziplinäre und interdisziplinäre Weiterbildungen stattfinden und wahrgenommen werden sollten, dies, bevor konkrete Situationen im Praxisalltag die Suizidalität beinhalten, nicht oder schwer bewältigt werden können.

B betont, die Grundausbildung würde der Thematik Suizid nicht genügend Beachtung schenken, was schade sei, könnte doch gerade die Grundausbildung eine Diskussionsplattform zu Suizid sein und spezifisches Wissen vermitteln. Das Führen von Beratungsgesprächen und das Coaching sei zwar ausführlich vermittelt worden, aber die mangelnde Ausbildung zur Thematik Suizid erschwert ihres Erachtens diesbezüglich den Theorie-Praxistransfer. Die Aussagen von A und B lassen erkennen, es braucht:

1. Eine umfangreichere Grundausbildung zur Thematik Suizid
2. Eine Verbesserung des Wissens zum Angehen des Theorie-Praxistransfers
3. Themenspezifische disziplinäre und interdisziplinäre Weiterbildungen

1. Zur umfangreicheren Grundausbildung zur Thematik Suizid: Beurteilen und werten, wie die Module in den Fachschulen inhaltlich und in zeitlichem Umfang angelegt sind und wie die Module der Praxisausbildung sich der Thematik annehmen, kann ich nicht. Hierzu wäre meines Erachtens eine Bestandesaufnahme nötig.

⁴⁰ In Kapitel „3.6 Auswertung der Daten und Vorgehen bei der vorliegenden Arbeit“ wurde dieses Vorgehen der Auswertung dargelegt und begründet.

2. Zur Verbesserung des Wissens zum Angehen des Theorie-Praxistransfers: Bereits unter Kategorie 3 (K3) wurde festgehalten: Der Theorie-Praxistransfer ist schwierig und kann nicht richtig umgesetzt werden. Darunter leidet die Handlungsfähigkeit Sozialarbeitender; in Situationen, die Suizidalität beinhalten oder beinhalten könnten, wird Klienten nicht die „sozialarbeiterische Qualität“ entgegengebracht werden können, die es erfordern würde. Dies sollte, ja, muss vermieden werden, gerade bei so einer existenziellen Thematik wie dem Suizid. Es stellt sich für mich die Frage: Wie und wodurch können die nötigen Wissensaspekte zum Theorie-Praxistransfer besser vermittelt werden?

3. Zur Aufforderung spezifischer disziplinärer und interdisziplinärer Weiterbildungen: Diese Forderung kann ich teils in die Ziele meiner Bachelorarbeit einordnen, die da sind:

- Kompetenz erlangen, themenspezifische Inputs für die Praxis bereitstellen zu können
- Kompetenz erlangen, Diskussionen zu Suizid und Suizidalität in der Praxis der Sozialen Arbeit und in der Gesellschaft führen zu können.

In den Schlussfolgerungen bei der Evaluation der Ziele werde ich auf diesen Punkt zurückkommen.

5.3.2 Diskussion der Kategorie fünf

Kategorie 5 (K5)

- Gesellschaft/ Suizid/Soziale Arbeit

Die Interviewpartnerinnen A, B und C verketten Soziale Arbeit sowie den Suizid und die Gesellschaft. A fühlt sich eingebunden in die Gesellschaft und fordert die gegenseitige Akzeptanz der unterschiedlichen, differenzierten Haltungen, auch bei Suizid. Für B machen die Gesellschaft, die Familiensysteme Druck und verhindern dadurch, sich den Klienten so widmen zu können, wie sie es gerne möchte. Die Thematik Suizid verlangt ihres Erachtens in Gesellschaft und Medien Achtsamkeit für den Menschen, der suizidal ist oder der Suizid begonnen hat. Sie nimmt wahr: Suizidalität löst in der Gesellschaft Vorwürfe, Wut, Ärger und Unverständnis aus. C wiederum konstatiert: Es sei logisch und auch verständlich, dass die Gesellschaft bei einem Suizid immer schnell die Schuldfrage stelle, auch an die Soziale Arbeit, diese habe nämlich ihre Arbeit so gut wie möglich zu erledigen.

Die Bewertung des Suizids für die Gesellschaft wurde in den theoretischen Grundlagen unter den soziologischen Aspekten erarbeitet (vgl. Seite 27-29). Die oben erwähnten Äusserungen der Interviewpartnerinnen zeigen Aspekte zur Beziehung Suizid und Gesellschaft, die in den theoretischen Grundlagen so nicht Beachtung fanden.

In den Aussagen hat mich vor allem die Wichtigkeit erstaunt, die die Interviewpartnerinnen der Schuldfrage beordnen. Die Schuldfrage kam bereits in der Diskussion zu Hypothese eins (Kategorie 1) in der persönlich/beruflichen Auseinandersetzung mit Suizid zur Sprache, wo sie prominent von allen drei Befragten angesprochen wurde.

Hier nun, in Kategorie fünf, wird sie von C im gesellschaftlich-sozialarbeiterischen Kontext noch einmal thematisiert. Von Seiten der Sozialen Arbeit könnte es äusserst interessant und aufschlussreich sein, sich der Frage nach der Schuld anzunehmen. Thematisiert wird dies nochmals in den Schlussfolgerungen.

Eine letzte Äusserung, die in Kategorie 5 auffällt, ist die Äusserung von B, die feststellt: Suizid löse in der Gesellschaft Vorwürfe, Wut, Ärger und Unverständnis aus. Eine ähnliche Ansicht findet sich auch bei Feldmann (2010, 176): Suizid werde in der Gesellschaft oft als Ärgernis, wunde Stelle und nationale Schande empfunden. (Vgl. Seite 27-29)

Für mich persönlich stellt sich hierzu die Frage: Warum verbindet die Gesellschaft Suizid mit Schande, Wut, Ärgernis, Vorwürfen – oder warum wird Suizid gar als nationale Schande empfunden?

6 Schlussfolgerungen

In diesem letzten Kapitel werden in sechs Abschnitten Schlussfolgerungen und Einsichten aus dieser Arbeit dargelegt. Es werden die Grenzen des Forschungsbeitrags besprochen, eine kritische Reflexion verfasst, der Bezug von Forschungsfrage und Sozialer Arbeit hergestellt und weiterführende Fragestellungen aufgeworfen, die Erkenntnisse der Studie und deren Konsequenzen für die Soziale Arbeit hervorgehoben, die Lernziele evaluiert und die Lernprozesse beschrieben, sowie zum Schluss eine kurze persönliche Stellungnahme preisgegeben.

Grenzen der vorliegenden Forschungsarbeit

Die wichtigste Grenze dieser Arbeit sehe ich in mir als empirische Forscherin. Ich besitze weder genügend theoretisches Forschungswissen noch die Erfahrung, eine Forschungsarbeit anzugehen, was sich natürlich auch auf die Erkenntnisse und deren Relevanz auswirkt, und doch: Aspekte der Erkenntnisse können in Praxis und Profession einfließen.

Den Theoriebezügen und der Untersuchung dieser Bachelorthesis mit den diesbezüglichen Erkenntnissen und Folgerungen für Praxis und Profession sind durch meine perspektivische Sicht und meine kontextualen Kompetenzen Grenzen gesetzt.

Eine nächste Begrenzung erfährt die Studie durch ihren gesellschaftlichen und historischen Kontext: Die Befragten und auch ich gehören dem abendländischen Kulturkreis des 21. Jahrhunderts an, was die Allgemeingültigkeit der Aussagen einschränkt.

Weiter sind Studie und deren Relevanz der Ergebnisse begrenzt durch die Tatsache, dass die Interviews lediglich mit drei Sozialarbeitenden, ausschliesslich mit Frauen, geführt wurden; dass ausschliesslich Frauen befragt wurden, war nicht Absicht; es meldeten sich keine Sozialarbeiter.

Auch die Befragung fand in meiner Person eine Begrenzung: Die Befragten wurden nach meinem hypothesenbezogenen Leitfaden befragt, dieser widerspiegelt Hypothesen meiner Annahmen. Dadurch konnten die Befragten ihre eigenen Perspektiven zu Suizid nicht umfassend mitteilen.

Reflexion der Arbeit

Zur Wahl des Themas: Suizid ist ein kontrovers diskutiertes Thema und erfährt wenig Anerkennung im öffentlichen Raum. In der Praxis der Sozialen Arbeit ist Suizid und Suizidalität eine nicht zu unterschätzende Tatsache und die Profession muss sich aktiv an der Entwicklung der Haltung zu Suizid beteiligen, Gründe genug, sich der Thematik in einer Bachelorthesis anzunehmen.

Die Erarbeitung des Theorieteils erlebte ich als spannend, konnte ich mich doch mit unterschiedlichster Literatur zum Thema auseinandersetzen, ein anspruchsvolles Experteninterview führen und dieses in den Theorieteil einbinden. Die Inhalte auszuwählen, fachlich, sachlich richtig und kohärent aufs Papier zu bringen, stellte mich vor eine Herausforderung, die viel abverlangte; nun aber bewerte ich den Theorieteil als fokussiert, stimmig und sorgfältig gearbeitet.

Zur Wahl der Methode: Für mich war am Anfang klar: Aussagen zur Thematik Suizid können nur durch eine qualitative Methode erfasst und ausgewertet werden. Grundsätzlich teile ich diese Auffassung auch im Nachhinein, doch schiene es mir nun auch möglich, für eingegrenzte Aspekte auch eine quantitative Methode anzuwenden, so zum Beispiel für die Frage, ob nach einem Suizid die Schuldfrage gestellt werde. Eine quantitative Erhebung könnte die Bedeutung dieser Frage breiter beleuchten und klarere Ergebnisse dazu liefern; vermutlich wäre aber eine Kombination von beiden Methoden am besten.

Zur Durchführung der Interviews: Die Interviews wurden entlang eines leitfadengestützten Fragebogens geführt. Dieser beinhaltete viele Themen, vielleicht zu viele. Es war für mich nicht einfach, während den Interviews die Übersicht zu halten, möglichst viele Aspekte einzufangen und den Fokus in Bezug zu Fragestellung und Hypothesen im Auge zu behalten. Auch für die Interviewpartnerinnen war vielleicht die Vielfalt der Aspekte, die ich erfassen wollte, zu umfangreich.

Zum Vorgehen der Auswertung: Der offene Kodier- sowie der axiale Kodierdurchgang mit den Kommentaren und Paraphrasen verlangten einerseits viel Zeit, andererseits grosse sprachliche Sensibilität. Ich war sehr bemüht, sauber und mithilfe der Kodierregeln gewissenhaft zu kodieren, doch ich musste erkennen: Sprache ist nie eindeutig; das Übersetzen von Aussagen in einen Kode und das Verfassen von Kommentaren und Paraphrasen braucht Entscheidungen und ist damit ein Stück weit Interpretation, was immer einen subjektiven Faktor darstellt. Interessieren würde mich eine Auswertung mit Hilfe einer Software, dadurch könnten die Zeitressourcen geschont werden und die Zuordnung der Aussagen zu den Kategorien ohne meine interpretativen Entscheidungen erfolgen, was den subjektiven Faktor ausschliessen würde.

Bedeutung der Arbeit für die Soziale Arbeit

In dieser Arbeit wurde die Thematik Suizid in Bezug zur Sozialen Arbeit bearbeitet: Wissen der Sozialen Arbeit und ausgewählten Bezugsdisziplinen, welches Sozialarbeitende in ihrer Praxisarbeit als hilfreich erleben, wurde aufgearbeitet.

In den Schlussfolgerungen soll die Fragestellung nun erstens in den grösseren Zusammenhang der Sozialen Arbeit gestellt werden und zweitens sollen weiterführende Fragestellungen formuliert werden.

1) Die Thematik Suizid tangiert die Soziale Arbeit umfänglich, in der Theorie der Sozialen Arbeit selbst aber wird das Thema nicht prominent behandelt; es sind eher Bezugsdisziplinen, die das Thema besetzen. Die Soziale Arbeit sieht sich meines Erachtens vor der Aufgabe, dieses verwobene Wissen der Disziplinen disziplinübergreifend nutzbar zu machen. Ob die Soziale Arbeit sich gesellschaftlich, interdisziplinär und innerhalb ihrer Professionen in der Thematik vertieft engagieren soll, ist grundsätzlich keine Frage. Jedoch stellt sich mir die Frage: Kann Soziale Arbeit angesichts der vielen sozialen Probleme die Thematik Suizid zu einer ihr wirklich relevanten Thematik emporheben?

Beleuchtet werden sollte weiter der Theorie-Praxistransfer, welcher bei der Thematik Suizid nicht richtig gelingen will. In einer Studie könnten die Module zur Thematik Suizid der Grundausbildung in den Fachhochschulen erfasst und evaluiert werden.

2) Als weiterführende Fragestellung ist in der Synthese eine von mir zuvor nicht beachtete Frage prominent aufgetaucht: Die Frage nach der Schuld. Ist ein Suizid geschehen, scheint sie alle Befragten sehr zu beschäftigen. Die Schuldfrage könnte in der Sozialen Arbeit sowohl allgemein wie auch spezifisch zum Thema Suizid bearbeitet werden.

Zwei zentrale Erkenntnisse

Als Konsequenz für die Soziale Arbeit und deren Praxis scheinen mir zwei Erkenntnisse wesentlich:

Erste Erkenntnis: Der einzelne Mensch lebt sein Leben in seiner Lebenswelt selbstverantwortlich und sein Selbstbestimmungsrecht darf grundsätzlich nicht beschnitten werden, was bedeutet: Suizid ist eine legitime straffreie Möglichkeit des einzelnen Menschen, legal sein Leben zu beenden. Diese Tatsache hat Konsequenzen für Praxis und Profession; es stellen sich die Fragen: Was bedeutet es konkret für meine Praxistätigkeit, wenn die Entscheidung einer Klientin gefallen ist, sich zu suizidieren? Wie soll ich mich, wie soll Soziale Arbeit sich verhalten? Diese Fragen sind in der Ausbildung und der Weiterbildung der Sozialen Arbeit zu besprechen.

Zweite Erkenntnis: Die Handlungsfähigkeit Sozialarbeitender im Kontext der Thematik Suizid wird erzeugt durch fachliches, handlungsbezogenes, sachbezogenes Wissen und die eigene Person. Die eigene Person ist gewissermassen das sozialarbeiterische „Werkzeug“; ihr ist für die Bearbeitung der Thematik Suizid eine nicht zu unterschätzende Wichtigkeit zuzusprechen. Das bedeutet: Jede einzelne Sozialarbeitende Person muss dazu hingeleitet werden, eine differenzierte, reflektierte persönliche und fachliche Haltung zu entwickeln und immer weiterzuentwickeln, damit sie im Rahmen ihres Mandates, Klienten, die sich mit der eigenen Suizidalität auseinandersetzen, adäquat begegnen kann.

Evaluation der Zielerreichung der Arbeit und der Lernprozesse

Als Theorieziele wurden definiert:

- Definitionen und Wissen zu Suizid und Suizidalität erfassen und darlegen können.
- Wissen der Sozialen Arbeit und ausgewählter Bezugswissenschaften aufzeigen und kontextualisieren können.
- Das Experteninterview in den Theorieteil einbinden können.

Meine diesbezügliche Evaluation ergibt: Grundsätzlich wurden die Ziele erreicht, nicht alle in gleichem Umfang oder gleicher Tiefe, aber doch so, dass ich mit dem Erreichen der Theorieziele zufrieden bin.

Als Feldziele wurden definiert:

- Den Forschungsprozess zur spezifischen Forschungsfrage durchführen können und im Ansatz verstehen.
- Verstehen, wie Interviews durchgeführt und anhand der Transkription, der Datenanalyse, der Synthese weiterverarbeitet werden können.
- Schlussfolgerungen aus den erhobenen Daten ziehen können und in der Lage sein, den Empire-/Praxistransfer anzusprechen.

Meine diesbezügliche Evaluation ergibt: Den Forschungsprozess verstehe ich im Ansatz und ich bin in der Lage, Interviews zu führen und zu transkribieren, eine Auswertung zu machen und diese festzuhalten und eine Synthese zu verfassen - dies alles aber nur soweit es mir meine Kompetenzen zum Angehen der ersten Forschungsarbeit erlauben.

Als Praxisziele wurden definiert:

- Kompetenz erlangen, themenspezifische Inputs für die Praxis bereitstellen zu können
- Kompetenz erlangen, Diskussionen zu Suizid und Suizidalität in der Praxis der Sozialen Arbeit und in der Gesellschaft führen zu können.

Meine diesbezügliche Evaluation ergibt: Ich bin aktuell durchaus in der Lage, auf Grundlage der erhaltenen Kompetenzen, für die Praxis der Sozialen Arbeit themenspezifische Inputs bereitzustellen, zum Beispiel einen Entwurf zu einer theoretischen Ausbildungseinheit zu Suizid zu machen und ihn für die Praxisfelder, in denen ich gearbeitet habe oder arbeite, spezifisch auszuarbeiten. Weiter hat sich meine Kompetenz erweitert, Diskussionen zu Suizid zu führen um die Aspekte der Fachlichkeit und der Praxisbezogenheit.

Zu den Lernprozessen: Den methodischen Lernprozess empfinde ich als umfangreich. Er umfasst: Erfassung des Gegenstandes, Erarbeitung der themenspezifischen fachlichen Grundlagen und nicht zuletzt die thematische Entwicklung der Theoriebezüge.

Die Aussagen der Befragten haben mich, in Bezug auf meinen beruflichen Lernprozess, zu neuen Erkenntnissen geführt, welche für meine künftige Praxisarbeit sicher von Bedeutung sein werden; der Lernprozess wird weitergehen.

Der persönliche Lernprozess beinhaltet die Weiterentwicklung der eigenen Haltung zu Suizid, welche ich bereit war und bin anzunehmen, eine Haltung, die dem Gegenüber Akzeptanz, Anerkennung und bestmögliches Verständnis entgegenbringt.

Mit einer kurzen persönlichen Stellungnahme schliesse ich die Arbeit.

Berührt hat mich die Offenheit der Befragten, bewegt und nachdenklich gestimmt, die Aussagen: Suizid löse in der Gesellschaft Vorwürfe, Wut, Ärger und Unverständnis aus – oder Suizid werde gar als Nationale Schande empfunden; was ich von Seiten der Gesellschaft nach einem Suizid im privaten Umfeld so nicht wahrgenommen habe.

Vertieft erkannt habe ich: Sozialarbeitende können bei Suizidalität im Klientenmandat handlungsfähig sein; ebenso können sie sich in interdisziplinären Dialogen fachlich einbringen und aktiv die zukünftigen gesellschaftlichen Haltungen zu Suizid mitgestalten. Dies bedingt, sich sowohl umfangreich, differenziert und anerkennend der Thematik Suizid anzunehmen als auch die dazu nötigen Kompetenzen zu erlangen und weiterzuentwickeln.

Zweifellos müssen die gesellschaftlichen Haltungen zu Suizid geprägt sein, dem einzelnen Menschen ein Leben so zu ermöglichen, damit er ein lebenswertes Leben führen kann und nicht den Lebensmut verlieren muss; hierzu braucht es das Engagement Sozialer Arbeit, welche zur Pflicht hat, das Wohlbefinden des Einzelnen zu heben.

Mein persönliches Ziel, zur Thematik einen vertieften professionellen Zugang zu erhalten und eine differenzierte breite Grundhaltung zu entwickeln, habe ich durch die theoretische Auseinandersetzung und die Untersuchung grundsätzlich erreicht. Dies wird mir erlauben, der Aufforderung Sonneck et al. (2012, 165) „Wenn Sie das Gefühl haben, Ihr Gegenüber könnte an Suizid denken, bitte fragen Sie ihn danach!“ zu folgen.



7 Quellenverzeichnis

7.1 Literatur

- Albrecht, Günter. Groenemeyer, Axel (Hrsg.). *Handbuch soziale Probleme. Band 2*. 2. überarb. Aufl. Wiesbaden: Springer VS, 2003.
- Ajacic-Gross, Vladeta. *Suizid, sozialer Wandel und die Gegenwart der Zukunft: explorative Analysen zur Entwicklung des Suizids in der Schweiz (1881-1990)*. Bern: Peter Lang, 1999.
- AvenirSocial. *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Avenirsocial, 2010.
AvenirSozial (Hrsg.). *Definition Soziale Arbeit. IFSW - International Federation of Social Workers Definition of Social Work*. [online; pdf]. URL: http://www.avenirsocial.ch/cm_data/DefSozArbeitIFSWIASSW.pdf (10.07.2014).
- Ajdacic-Gross, Vladeta. „Zwischen traurig und hoffnungsvoll.“ In: AvenirSozial (Hrsg.). *SozialAktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*. Jg. 47. Nr. 5, Mai 2015. S. 10-14.
- Baechler, Jean. *Tod durch eigene Hand: Eine wissenschaftliche Untersuchung über den Selbstmord. Titel der Originalausgabe: Les suicides*. (1975). Übersetzt von Christian Seeger. Frankfurt/M: Ullstein, 1981.
- Bauer, Emmanuel. Fartacek, Reinhold, Nindl, Anton. *Wenn das Leben unerträglich wird. Suizid als philosophische und pastorale Herausforderung*. Stuttgart: Kohlhammer, 2011.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Hrsg.). *Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251)*. 2005, [online; pdf]. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14173/index.html?lang=de> (15. 04. 2014).
- Bundesamt für Statistik (BfS). *Todesfälle: Anzahl, Entwicklung und Ursachen*. [online]. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html> (08.10. 2016).
- Bundesamt für Statistik (BfS). *Spezifische Todesursachen*. [online].
- <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/s-terblichkeit-todesursachen/spezifische.html> (05.11.2016).
- Bieri, Oliver. *Suizid und sozialer Wandel in der westlichen Gesellschaft. Determinanten und Zusammenhänge im Zeitraum von 1950 bis 2000*. Zürich: Editions à la Carte, 2005.
- Dudenverlag, Suchbegriff: „widrig“. [CD-ROM]. 7. Aufl. 2011.
- Dudenverlag, Suchbegriff: „Ontologie“. [CD-ROM]. 7. Aufl. 2011.
- Durkheim, Emile. *Der Selbstmord. Titel der Originalausgabe: Le suicide (1878)*. Übersetzt von Herkommer Sebastian und Hanne. Neuwied und Berlin: Suhrkamp Taschenbuch, 1983.
- Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (Hrsg.). *Europäische Menschenrechtskonvention. In der Fassung der Protokolle Nr. 11 und 14*. [online; pdf]. URL: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_DEU.pdf (19.01.2016).
- Eink, Michael. Haltenhof, Horst. *Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen*. Basiswissen 8. 4. Aufl. Bonn: Psychiatrie, 2012.
- Feldmann, Klaus. *Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick*. 2., überarbeitete Aufl. Wiesbaden: Springer, 2010.
- Fenner, Dagmar. *Suizid – Krankheitssymptom oder Signatur der Freiheit. Eine medizin-ethische Untersuchung*. München: Karl Alber, 2008.
- Flick, Uwe. *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für BA-Studiengänge*. 2. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2014.

- Fuchs, Peter. „Ein Essay. Suizid aus Sicht eines unkonventionellen Systemtheoretikers.“ In: AvenirSozial (Hrsg.). *SozialAktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*. Jg. 47. Nr. 5, Mai 2015. S. 18 – 19.
- Geisen, Richard. (Hrsg.). *Grundwissen Soziologie. Ausgangsfragen, Schlüsselthemen Herausforderungen*. Stuttgart: Ernst Klett, 1999.
- Grigoleit, Andrea. Bornand, Jilline. „*Philosophie: Abendländisches Denken im historischen Überblick. Lerntext, Aufgaben mit kommentierten Lösungen und Glossar*.“ Zürich: Compendio Bildungsmedien, 2004.
- Grossmass, Ruth. Perko, Gudrun. *Ethik für Soziale Berufe*. Paderborn: Ferdinand Schöningh, 2011.
- Hug, Sonja. „Suizid als Akt der Freiheit oder Ausdruck einer Notlage?“ In: AvenirSozial (Hrsg.). *SozialAktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*. Jg. 47. Nr. 5, Mai 2015. S. 10-14.
- Hügli, Anton. Lübcke, Poul. (Hrsg.). *Philosophielexikon. Personen und Begriffe der abendländischen Philosophie von der Antike bis zur Gegenwart*. 5. vollständ., erweit. und überarb. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2003.
- Junker, Christoph. *Todesursachenstatistik 2014. Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz*. [online; pdf]. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/s-terblichkeit-todesursachen/spezifische.html> (04.11.2016).
- Lambers, Helmut. *Systemtheoretische Grundlagen Sozialer Arbeit*. Opladen: Barbara Budrich, 2010.
- Lamnek, Siegfried. Krell, Claudia. *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. 5. überarb. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz, 2010.
- Leupold, Michael. „Ethische Aspekte sozialprofessionellen Handelns mit suizidgefährdeten Menschen“. *Ethik Diskurs. Portal für Ethik und Soziale Praxis*. [online; pdf]. http://www.ethikdiskurs.de/fileadmin/user_upload/ethikdiskurs/Fallkommentare/Fallarchiv/Leupold_Fallkommentar_Ethische_Aspekte_sozialprofessionellen_Handelns_mit_suizidgefaehrdeten_Menschen.pdf (02.05.2016).
- Lob-Hüdepohl, Andreas. „Nur moralisch- oder auch noch ethisch?“ Schwerpunkt Ethik. In: AvenirSozial (Hrsg.). *SozialAktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*. Jg.43. Nr. 3, März 2011. S.18-20.
- Mayring, Philipp. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. überarb. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz, 2015.
- Mayring, Philipp. *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 6. überarb. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz, 2016.
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK-CNE. (Hrsg.). „*Beihilfe zum Suizid. Stellungnahme Nr.9/2005*. [online; pdf]. URL: http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/suizidbeihilfe_de.pdf (15.05.2016).
- Noyon, Alexander. Heidenreich, Thomas. *Existenzielle Perspektiven in Psychotherapie und Beratung*. Weinheim, Basel: Beltz, 2012.
- Petermann, Frank. *Der Entwurf eines Gesetzes zur Suizid-Prävention*. [online]. (2004), [online; pdf]. URL: <http://www.falkenstein.ag/index.php?id=63> (03.02.2014).
- Renneberg, Babette. *Einführung klinische Psychologie: mit 28 Tabellen / Babette Renneberg, Thomas Heidenreich, Alexander Noyon*. München, Basel: E. Reinhardt, 2009.
- Sonneck, Gernot. et al. (Hrsg.). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. 2. überarb. Aufl. Wien: Facultas, 2012.

- Schleicher, Johannes. „Soziale Arbeit unter widrigen Umständen.“ In: AvenirSozial (Hrsg.). *SozialAktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*. Jg. 44. Nr. 10, Oktober 2012. S. 30-31.
- Schmocker, Beat. *Soziale Arbeit und ihre Ethik in der Praxis. Eine Einführung mit Glossar zu Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz*. Bern: AvenirSocial, 2011.
- Schuler, Daniela. Burla, Laila. *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012*. Obsan Bericht 52. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2012.
- Schweizerische Eidgenossenschaft. *Bundesverfassung (BV) vom 18. April 1999*. Stand: 1. Januar 2011.
- Schweizerische Eidgenossenschaft. *Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB) vom 21. Dezember 1937. Stand 1. Juli 2014*. [online].
URL: <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19370083/index.html> (10.07.2014).
- Steinert, Erika. Thiele, Gisela. (Hrsg.). *Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis*. Band 2. Frankfurt am Main: Peter Lang 2008.
- Stimmer, Franz. *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit*. 3. völlig überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2012.
- Wehr, Manuela. „Suizid im Alter – unterschätzt und hingenommen?“ In: AvenirSozial (Hrsg.). *SozialAktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit*. Jg. 47. Nr. 5, Mai 2015. S. 22-23.
- Von Spiegel, Hiltrud. *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit*. 5. vollständig überarb. Aufl. München: Ernst Reinhardt, 2013.
- Wallimann-Helmer, Yvo. Dr. *Experteninterview Ethik*, Anhang D, 2016.
- Wolfersdorf, Manfred. Etzersdorfer, Elmar. *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer, 2011.
- Zürcher, Lilian. Skript: *Krisenintervention. Krisenintervention in der Rolle als Schulleiterin und Sozialpädagogin im Werkjahr*. Modul 30. ZHAW, Zürich, 2013.

7.2 Abbildungen

Abbildung 1: Komponenten des Umgangs des Beraters mit seinen Klienten nach Sonneck et al. (2012, 230)

Abbildung 2: Suizidalitätspyramide nach Eink und Haltendorf (2012, 20)

Abbildung 3: Grafik (G7) Junker (2016, 3) auf Basis des BfS 2016.

Abbildung 4: Grafik Junker (2016, 3) auf Basis des BfS 2016.

Abbildung 5: Phasen der Suizidalität nach Pöldinger (1968; In: Eink und Haltendorf (2012, 56)

Abbildung 6: Eigene Darstellung, Risikoindikatoren nach Eink und Haltendorf (2012, 48 - 54)

Abbildung 7: „Präsuizidales Syndrom“ nach Ringel (1953; In: Sonneck et al. (2012, 17)

8 Anhang

Anhang A	Angaben zum Experten Herrn Wallimann-Helmer Yvo, Dr.
Anhang B	Leitfaden für das Experteninterview Ethik vom 10.03.2016
Anhang C	Transkriptionsregeln
Anhang D	Transskript: Experteninterview Ethik mit Herrn Wallimann-Helmer Yvo, Dr.
Anhang E	Interviewanfrage für die Untersuchung
Anhang F	Leitfaden für die Interviews mit den Interviewpartnerinnen
Anhang G	Erfassen der Kategoerein für die Datenauswertungstabelle

Anhang A

Angaben⁴¹ zu Herrn Wallimann-Helmer Yvo, Dr. Experte für das Experteninterview zu Ethik



**Universität
Zürich** UZH

Ethik-Zentrum - Universitärer Forschungsschwerpunkt Ethik



Ivo Wallimann-Helmer, Dr.

Postdoc

Tel.: +41 44 63 4 85 03

Anschrift: UZH Advanced Studies in Applied Ethics, Zollikerstrasse 117, CH-8008 Zürich

Raumbezeichnung: ZOA 111

wallimann@philos.uzh.ch

Werdegang

Studium der Philosophie und Germanistik in Zürich und Berlin. 2010 Promotion mit einer Arbeit zum Begriff der Chancengleichheit. 2004-2012 verschiedene wissenschaftliche Assistenzen am Philosophischen Seminar der Universität Zürich im Bereich der Praktischen Philosophie (Profs. Georg Kohler, Anton Leist, Peter Schaber). 2005-2009 Stipendiat des Fonds zur Förderung des Akademischen Nachwuchses des Züricher Universitätsvereins. Seit 2009 Lehrbeauftragter für Ethik, Politische Philosophie, Klimaethik, Medizinethik und ethische Entscheidungsfindung an verschiedenen Universitäten und Fachhochschulen. 2012-2015 Post-Doc am Universitären Forschungsschwerpunkt Ethik der Universität Zürich. Seit 2010 Studien- und Geschäftsleiter der Advanced Studies in Applied Ethics.

Forschungsschwerpunkte

Normative und angewandte Ethik (Kollektive Verantwortung, Risikoethik, Klimaethik, Medizinethik), politische Philosophie (Gerechtigkeitstheorie, Chancengleichheit, normative Demokratietheorie, Umweltpolitiktheorie).

Forschungsprojekte

Demokratie für die Zukunft: Kollektive Verantwortung und intergenerationelle Gerechtigkeit

Gerechtigkeit und Verantwortung Klimaschäden und –verluste

Was ist faire Umweltrisiko-Abschätzung?

Soziale Gleichheit: Die Grundlagen einer gerechten, liberalen Gesellschaft

⁴¹ Die Angaben zu Herrn Wallimann-Helmer Yvo, Dr. stammen aus nachfolgender Quelle: <http://www.ethik.uzh.ch/de/ufsp/ma/ivowallimannhelmer.html#> (05.11.2016).

Anhang B

Leitfaden für das Experteninterview Ethik vom 10.03.2016

Experte: Herr Wallimann-Helmer Yvo, Dr.

A) Einleitende Frage

1. Welchen Stellenwert nehmen Fragestellungen zu Ethik im Kontext von Suizid in der Ausbildung zur Ethikerin des Ethikzentrums der Uni Zürich ein?

B) Suizidalität, Suizid Individuum/Gesellschaft

2. Suizidalität und Suizid wird von der individuellen Sicht, also aus der Perspektive der betroffenen Person und von der gesellschaftlichen Perspektive betrachtet.

Welche ethischen Fragen zu Suizidalität und zu Suizid stellen sich Ihrer Ansicht nach in Bezug auf:

a) Das Individuum?

b) Die Gesellschaft?

3. Was denken Sie, wie verhält sich aktuell in den Debatten zu Suizid die Gewichtung der individuellethischen Ebene gegenüber der sozialetischen Ebene?

C) Suizid und Suizidalität im Praxisalltag der Sozialen Arbeit

4. Für mich als Praktikerin der Sozialen Arbeit ist es nicht einfach, Theorien zu Ethik für eine konkrete Problemstellung zu finden und heranzuziehen. Den Theorie- Praxistransfer anzugehen, stellt wiederum eine nicht einfache, zeitraubende Angelegenheit, die mir schwer zugänglich ist, dar.

Wie kann ich in ethischen Problemstellungen zu Suizid diese Problematik angehen?

5. Im Handeln der Sozialen Arbeit im Kontext von Suizidalität entstehen Dilemmata in Bezug auf die Achtung der Autonomie des Klienten und der Verpflichtung der Sozialarbeiterin zur Übernahme der Fürsorge.

Wie kann ich als Sozialarbeiterin diesem Dilemma begegnen?

6. Was denken Sie, inwieweit beeinflusst im Klientenkontakt die persönliche ethische Haltung des Beraters zu Suizid die Interventionen?

D) Fragen zum Schluss

7. Ist für Sie persönlich Suizid eher ein Akt der Freiheit oder eher ein Ausdruck einer Notlage?

8. Welche wichtigen Fragen zu ethischen Überlegungen zu Suizid habe ich nicht gestellt?

Anhang C

Transkriptionsregeln

(...)	Pause ca.2- 3 Sekunden und länger
<u>Text</u>	Passage wurde stark betont
(*Text*)	Nicht klar verständlich, vermuteter Inhalt
**	Nicht verständlich
***	Anonymisierung einer Angabe die dem Datenschutz unterliegt
Text--	Satz oder Wort wurde abgebrochen und neu begonnen oder wiederholt
(Text)	Lachen, Seufzer, Art der Betonung, etc.
(I: Text) (E:Text)	Interviewerin respektive Experte/Interviewpartnerinnen sprechen während den Ausführungen des Gegenübers
00:00min.	Zeit auf der Audioaufnahme

Alle Interviews wurden auf Hochdeutsch geführt.

Anhang D

Transskript: Experteninterview Ethik mit Herrn Wallimann-Helmer Yvo, Dr.

I: Interviewerin

E: Experte

Interviewdauer: 45:49min.

1 **I:** Ok, ja, vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen für das Experteninterview. Ich habe so die
2 Fragen in drei Blöcken gemacht und ich hätte eigentlich gerne eine einleitende Frage und zwar
3 wäre die „Welchen Stellenwert nehmen Fragestellungen zu Ethik im Kontext von Suizid in der
4 Ausbildung zur Ethikerin des Ethikzentrums der Uni Zürich ein“

5 **00.23min.**

6 **E:** Ja, also die-- Solche Fragen ich meine sie sind Unterfragen von grösseren Themen, sind si-
7 cherlich nicht quasi ein zentrales Thema, dass wir über Wochenenden weg behandeln, und sie
8 gehören meines Erachtens eigentlich in den Bereich der Bioethik. Das ist unser Modul 3 oder in
9 die klinische Pflegeethik, je nachdem in welchem Anwendungsgrad man sie betrachtet. Und sie
10 haben gewisserweise bei uns auch in den Grundlagen etwas zu suchen. Weil, meines Erach-
11 tens, hat die Frage nach dem Suizid oder dem Recht zum Suizid sehr viel mit der Autonomie zu
12 tun das behandeln wir in einem Grundlagenmodul. Mit Blick auf die Bioethik ist auf der einen
13 Seite sicherlich die Frage der autonomen Zustimmung, gerade wenn's um Suizidbeihilfe geht
14 zentral, und im klinischen Alter, im pflegerischen Alter, ist diese Frage auch zentral aber insbe-
15 sondere dann auch zentral die Frage was (*sie hier andeuten*) weiter hinten bezüglich Fürsor-
16 ge und (*Autarkie*) also, wie, in wie weit kann man abschätzen, dass eine Patientin autonom
17 entscheidet sich für den Suizid wenn man Suizidbeihilfe leisten soll und inwiefern kann man
18 das eben genau mit der eigenen fürsorglichen Pflicht vereinbaren. Also das ist sicherlich, und
19 diese Themen kommen hauptsächlich im Kontext der Bioethik vor, sie betreffen Fragen am
20 Lebensende (...) also in der Form werden sie behandelt. Und die gesellschaftlichen Fragen, die
21 Sie ansprechen werden dann eher in den Bereich der, politisch Ethik des Politischen, anzusie-
22 deln, aber da werden sie eigentlich kaum behandelt bis auf eben wiederum die Frage, „was ist
23 ein verantwortungsfähiges Subjekt oder eine autonome Person und welche Ansprüche zu
24 Handeln hat eine autonome Person“ gehört hier dann eben die Frage zum „das Recht auf Sui-
25 zid oder nicht“. (...)

26 **I:** mhm

27 **2:43min.**

28 **E:** Und dann, ich fahr noch etwas weiter, und dann kann man natürlich grundsätzlich von der
29 allgemeinen normativen Theorie her fragen „gibt es ein Pflicht, eine Pflicht mein eigenes Leben
30 zu erhalten“, hab' ich Pflichten gegenüber mir selber, mein Leben nicht zu zerstören. Immanu-
31 el Kant würde in diese Richtung argumentieren, oder? Ich respektiere die Würde des Men-
32 schen in mir nicht, wenn ich mein Leben willentlich beende. Auf der anderen Seite kann man
33 dann eher wieder (*utilitaristisch*) argumentieren und sagen, ja wenn ich dadurch sehr viel
34 Schmerz für mich vermeiden kann, habe ich allenfalls gute Gründe dazu. Das sind aber eher so
35 die Hintergrundfragen, die relevant sind. In der angewandten Ethik würde ich Fragen nach
36 dem Suizid eigentlich eher (*wirklich*) in der Bioethik, im klinischen, pflegerischen Spitalalltag
37 ansiedeln und weniger in der politischen Ethik.

38 **3:37min.**

39 **I:** (...) Mhm, lassen wir das so mal stehen.

40 **E:** Mm

41 **I:** ich denke wenn sich etwas ergibt, kann man nachher nochmal darauf zurückkommen. Sie
42 haben es ja schon angesprochen, und, Suizidalität und Suizid wird von der individuellen Per-
43 spektive angesehen der betroffenen Person und auch von der gesellschaftlichen Ebene be-
44 trachtet. Welche ethischen Fragen stellen sich hierzu, bei den Individuen,

45 **E:** Mhm,

46 **I:** für Sie?

47 **4:08min.**

48 **E:** mhm, also ich mein, mit Blick auf dass Individuum muss man, oder das Individuum selbst,
49 und jetzt kommt natürlich hier (*auch wiederum*) die Frage, welche ethische Haltung man
50 hat, aber, fürs Individuum selbst würd' ich sagen, stellt sich sicherlich die Frage: „Ist mein Le-
51 ben noch lebenswert“, also ich setz' jetzt mal voraus es gibt irgendwelche psychischen, physi-
52 schen Probleme, die eine Person begleiten, die sie dann überhaupt zu diesem bewussten Akt
53 des Suizids, oder zu diesem Akt des Suizids bringen. Hab ich jetzt da den Verdacht, und es geht
54 dann wirklich um eine Einschätzung „Ist mein Leben lebenswert“, das ist natürlich problema-
55 tisch, weil ich habe den Verdacht, dass in vielen Fällen, wenn es um Suizid geht, haben wir es
56 mit Depression zu tun, also psychischen Schwierigkeiten, und da wird es natürlich-- kann man
57 erstens nicht davon sprechen dass eine Person sich solche Überlegungen bewusst anstellt um
58 sich für den Suizid zu entscheiden und das führt dann auch zu der gesellschaftlichen Ebene. Es
59 ist schwierig einer Person mit Schizophrenie zum Beispiel klar Autonomie zuzusprechen, in
60 dem Sinne, dass man sagt, die fällt einen autonomen, bewussten Entscheid, im Lichte aller
61 Alternativen für oder gegen das eigene Leben. (...) Und das ist glaube ich, grade wenn die Per-
62 sonen psychische Probleme haben, genau die grosse Schwierigkeit aus der gesellschaftlichen
63 Perspektive. (...) Weil auf der anderen Seite, wenn man aus der liberalen Perspektive schaut,
64 dass wär jetzt meine eigene Haltung, Immanuel Kant hätte eine andere Meinung, würde man
65 sagen (...), die Freiheit einer Person sollte auch beinhalten das eigene Leben beenden zu kön-
66 nen, wenn sie es denn beenden will, wenn man sie unterstützt dabei und wenn man natürlich
67 abgeklärt hat, ist dieser Wunsch tatsächlich ein autonomer Wunsch, der ohne äusseren Zwang
68 zustande kam aufgrund bewusster Reflexion und dann entsprechend gefällt wird. Also es gibt
69 ja, wenn man über Sterbehilfe spricht, zum Beispiel so eine Reihe von Kriterien, die erfüllt
70 werden müssen, damit einer Person dann tatsächlich assistiert wird im Suizid. (...) Solche Über-
71 legungen spielen natürlich dann mit Blick auf Autonomie, autonome Entscheidung auch eine
72 Rolle. Und das ist aber eine liberale Perspektive, die ist abgegrenzt von einer religiösen Per-
73 spektive, die allenfalls sagt, ich muss mich meinem eigenen Schicksal ergeben, es ist nicht-- ich
74 bin nicht die Person die im Besitz meiner selbst ist und entscheiden kann, wann beende ich
75 mein Leben. Von der religiösen Perspektive könnte man allenfalls sagen, es ist eben (*tiefes*
76 *Einatmen*) Gott oder sonst irgendwie eine Entität, die vorgibt, wann mein Leben endet. Ich hab
77 darüber nicht zu entscheiden, allenfalls bin ich auch ein Go -- Geschöpf Gottes, also John Locke
78 würde in diese Richtung argumentieren, hab' ich zwar viele Rechte aber eben nicht das Recht
79 mein eigenes Leben zu beenden. (...) Und aus liberaler Perspektive würde ich sagen (*müsste*)
80 man eher in die Richtung gehen, das gehört dazu. Und ich geh jetzt da noch weiter da, das
81 Problem ist aber, (...) auch radikal Liberale würden sagen „ich darf alles tun was ich will, solan-

ge ich andere nicht schädige, wenn ich nur mich selbst schädige“ und jetzt wird es natürlich komplex, oder? Also ich habe zwei Kinder, bin verheiratet, wenn ich jetzt Suizid begehen würde, würde ich ja nicht nur quasi mein Leben beenden, sondern ich würde allenfalls auch meiner Familie schaden, nein, mit grosser Wahrscheinlichkeit würde ich meine Familie schädigen. Und da ist dann die Frage, hat der Staat das Recht, hier einzugreifen bei mir in einer solchen Rolle, wo mein Suizid Folgen hätte für dritte. (...) Also, und das ist immer eine schwierige Frage, oder also zum Beispiel, wenn man über die Gurtpflicht spricht, kann man sagen ja (*aber*) der Staat sollte keine Vorgaben machen übers Tragen von Gurten in Autos, weil wenn ein Unfall passiert und kein Dritter geschädigt wird, wird vor allen Dingen der Autofahrer geschädigt. Nur an der Person, der Autofahrer, dem hängt ja dann schlussendlich ein Beziehungsnetz, dass da natürlich in gewisser Weise geschädigt wird und die Frage ist „muss man das hinzunehmen“ bezüglich (...) einer solchen autonomen Entscheidung, (*eben*) zu tun was man will. Mit Blick auf das Gurt tragen oder nicht. (...)

I: Ja, das stimmt. Ein Suizid betrifft ungefähr vier Personen im – im Umfeld im Durchschnitt, (**E:** Mhm) und das stellt sich sicher die Frage, inwiefern soll der Staat da zu Gunsten oder Ungunsten des Individuums handeln.

E: Darf ich vielleicht noch eine Ergänzung (**I:** Ja?) aus es gibt natürlich die umgekehrte Situation. Also am Lebensende (...) wo so oder so der Tod irgendwann, also bei quasi nicht mehr (*rettbar*) tödlichen Krankheiten, der Tod sowieso, schon irgendwann einmal bevor steht, (*und die Personen*) allenfalls für ihr Umfeld zur Last werden. Dann kann sich natürlich die ganze Überlegung vielleicht auch umdrehen. Da wo man sagt, es ist die-- glaube die Belastung des Suizids für das Umfeld ist nicht gleich stark, wenn man bedenkt, welche Belastung das Umfeld hat aufgrund der Krankheit der Person (...)

I: Ist aber auch gefährlich.

E: Ist natürlich, ge-- also (**I:** gefährlich) ja gefä -- eben genau gefährlich ist natürlich hier wieder heikel, aber es ist einfach quasi das Abwägen, das hier stattfinden muss (**I:** mhm) oder? Und, ich könnte mir vorstellen, in gewissen Fällen kann sich das umkehren. Aber dann stellt sich dann wieder die nächste Frage, insbesondere bezüglich des Zwangs, also wenn das Umfeld die Person die einen Suizidwunsch hat, quasi fast drängt sich umzubringen, weil sie eben das Umfeld belastet, dann ist es eben auch wieder keine autonome Entscheidung. (...) jetzt habe ich Sie unterbrochen

I: Nein, überhaupt nicht, ich hab mir grade überlegt, ähm (...) wir bewegen ja uns ja viel in der Sollensethik, wenn wir jetzt grade so mit Gesellschaft und Individuum sind, ist eigentlich nicht meine anschliessende Frage, aber es ist doch eigentlich so, dass es eigentlich eine Strebensethik geben würde für das Individuum. Ist die wichtiger oder weniger wichtig als die andere (*wil*)

E: Was ist jetzt Strebensethik?

I: Strebensethik wohin wir streben wollen, was unser Lebensinhalt ist (**E:** mh) und wir bewegen uns (*viel*) in der Moralphilosophie oder was ist die Moral, was wir zu tun haben (...) (...)

10:57min.

E: Mhmm, (...) ok, also ich mein ganz grundsätzlich geht es bei den moralischen Fragen immer um (*Sollens*)fragen, nämlich „was soll ich tun“. Die Ethik ist die Reflexion darüber, ist das

was uns, quasi die Moral, die alltäglich gegebenen Vorschriften, wenn man so will, die (*prä...*) sein können oder nicht, was die vorgeben, ist das vertretbar, plausibel, kohärent. (I: mhm) (*also es immer*) es geht immer um Sollen. Wenn Sie jetzt über Strebensethik sprechen gibt es natürlich, find' ich, zwei Richtungen. Die eine Richtung ist die liberale Richtung, die behauptet, es sollte jedem Menschen freigestellt sein zu tun und zu lassen, was sie oder er will und danach zu streben, was sie oder er will. Das wird so ganz neutral hingestellt. Es ist die Person selbst, die entscheidet, es gibt keine Vorgaben wonach wir streben sollen. Das kann sich natürlich verändern, je nach Wertvorstellungen die man hat. Also wenn einem Geld wichtig ist, strebt man nach mehr Geld, wenn einem Gottgefälligkeit wichtig ist, dann strebt man nach Gottgefälligkeit, und so weiter, da verändert sich quasi dieses vorgegebene Streben. Und auf der anderen Seite gibt's die sogenannt perfektionistische Ethik, die geht auf Aristoteles zurück und die behaupten, oder diese Idee, und die ist natürlich antiliberal eigentlich, die behauptet, um Mensch zu sein, muss ich mich in gewisser Weise das (*heisst am*) tugendhaft und in gewisser Weise perfektionieren oder gewisse Tätigkeiten ausüben, die wichtig sind. Und Aristoteles ist dann, zunächst gibt es so die Klugheitstugenden und dann gibt es die kontemplativen Tugenden und eigentlich der perfekte Mensch ist nur der Philosoph, der dauernd nachdenkt, also das ist so das Bild. Aber grundsätzlich ist die Idee wie, es gibt für jeden Menschen eine gewisse Entwicklung, die sie oder er durchmachen muss, um ihr Potenzial auszuschöpfen, allenfalls um überhaupt im vollen Sinne Mensch sein zu können. Und das ist antiliberal, weil da darin natürlich die Vorgabe enthalten ist, du musst dich in einer gewissen Weise entwickeln und nicht in einer anderen, vielleicht weil du bestimmte natürliche Anlagen hast, oder eben nicht, oder weil du in eine bestimmte Rolle hineingeboren worden bist oder nicht, das würde ich als Strebensethik bezeichnen. Nur ist das eben wie gesagt antiliberal und ich denke es ist wichtig es dem einzelnen Individuum zu überlassen, in welche Richtung sie oder er streben will. Gleichzeitig, das ist aber jetzt wirklich meine These, die ich in meiner Dis vertreten habe, gleichzeitig glaub' ich, das grade der Liberalismus eben auch eine bisschen ein Perfektionismus eingebaut hat, weil der Liberalismus nimmt an, grundsätzlich, grade wenn auch Chancengleichheit (*so wie fokussiert*), dass Menschen ein Bedürfnis haben ihre Talente möglichst weit zu entwickeln und möglichst komplexe Tätigkeiten auszuüben. Also sich immer weiter zu entwickeln vielleicht ganz einfach gesagt, und das kann man komplex begründen mit der Idee von Freiheit und Autonomie und so weiter, aber, das scheint irgendwie schon auch so eine Idee dessen enthalten zu sein, wonach der Mensch strebt, und ich versuche das damit zu begründen, dass ich sage, wenn das nicht gegeben wäre, müssten weder über Chancengleichheit sprechen, was im Liberalismus wichtig ist, noch müssten wir darüber sprechen, dass der Mensch möglichst viele Freiheiten haben sollte, um sich zu entfalten. Weil wenn das nicht so wäre, könnten wir das alles klein halten und sagen, ja, wir erlauben einfach allen (*auf einem kleinen Raum*) so irgendwie zu funktionieren, sie müssen sich aber nicht entwickeln können oder sogar neue Dinge ausprobieren können, die wir vielleicht nicht für wichtig halten (*und so weiter*). Und das ist ein perfektionistischer Zug, den viele Liberale so nicht sehen, aber wo ich denke, (*das ist*) schon in gewisser Weise enthalten im Liberalismus.(...) Gerade in der liberalen Haltung würde ich dann wieder sagen ist es die Frage des Suizids, oder das Beenden des Lebens, immer auch noch wieder offen zu lassen dem Individuum, während dem man beim Perfektionismus natürlich die Frage stellen kann, darf ich mein Leben beenden obwohl ich, quasi das, was ich perfektionieren sollte und erreichen sollte, weil ich bestimmte Anlagen habe, noch nicht erfüllt habe.

I: Interessant, (E: *lacht leicht*) (*wir*) das so mal stehen. Und wie denken sie denn, wie die Debatten aktuell sind in Bezug auf die Gewichtung der individuellen Ebene und der gesellschaftlichen Ebene ist da, tut sich da so ein Spannungsfeld auf, wie sehen Sie das?

172 **E:** mhm mhm. Ich würde's eher--, ich würde's nicht so als Spannung, also Sie müssten mir sa-
173 gen, wo der, worin das Spannungsfeld liegt, aber ich denke es gibt kein so grosses Spannungs-
174 feld deswegen, weil, so wie ich jetzt, bis jetzt immer wieder gesprochen habe, man eigentlich
175 über das Recht auf Suizid nicht nach sinnvoll nachdenken kann, ohne gleichzeitig wieder zu
176 denken, ja was heisst das das dann gesamtgesellschaftlich. Und auch die Debatten um Sterbe-
177 hilfe zum Beispiel, das sind ja immer, das sind immer Debatten darüber, „was sollen wir erlau-
178 ben, was ist zulässig, was ist unzulässig.“ Das ist auch eine moralische Debatte. Und da spielen
179 auf der einen Seite natürlich religiöse Vorstellungen oder Moralvorstellungen die vorhanden
180 sind hinein und aus philosophischer Perspektive werden natürlich wieder, auch wieder Vorstel-
181 lungen, wie sollte die Gesamtgesellschaft sein, welche Rechte hat das Individuum, wie sollten
182 die beschränkt sein oder eben nicht. Und von dem her spielt-- ist das für mich eine Wechsel-
183 wirkung. Also ich glaube nicht, dass man einfach nur auf das Individuum schauen kann, ohne
184 dann damit Implikationen anzunehmen, die wieder (**I:** mmh) gesamtgesellschaftlich relevant
185 sind. Und wenn man ganz extrem will und sagen, das Individuum ist zentral und die Gesell-
186 schaft, bezüglich dieser Frage zumindest, sehr wenig, dann hat man natürlich wieder ein
187 (*gesellschaftliches Ideal*), dann ist man einfach klassisch libertär, liberalistisch, als das so eine
188 konservative Position, die sagt, „jeder Mensch hat Anspruch so viel Freiheit, wie eben möglich
189 ist, ohne die Freiheit der anderen zu tangieren“ es gibt aber keinen Anspruch auf irgendwelche
190 Unterstützung und dann darf jeder machen was er will. Das ist so die Extremhaltung, die ande-
191 re Haltung wäre dann, ja, gewisse Umverteilung brauchen wir, es braucht Unterstützung, da-
192 mit jeder seine Freiheit nutzen kann, und dann sind wir eher auf der, in der Philosophie
193 (*heisst das son*) liberalen Haltung oder sozialliberalen Haltung. Das wäre dann John Rawls,
194 im Gegensatz zu der ersten Position, die eher John Steward Mill vertreten würde, oder Robert
195 Nozick, also das sind so Gegensätze. (**I:** mmh) Aber grade im liberalen Verständnis spielt natür-
196 lich das Individuum und seine Möglichkeit eine zentrale Rolle. Während dem jetzt so (*in den
197 perfektionistischen Modellen, die ich gedacht hab*), erwähnt habe, je nach Modell, aber ins-
198 besondere auch bei Aristoteles, ist eher die Gesellschaft zuerst. (**I:** mmh) Also weil Aristoteles
199 behauptet: „der Mensch ist kein Mensch, wenn er nicht in Gesellschaft lebt“. Und deswegen
200 ist die Gesellschaft quasi zunächst (*bevor man*) über das Individuum spricht. Aber das ist
201 dann wirklich so eine sehr grundlegende Debatte. (*lacht leicht*)

202 **I:** Hmm. (*Eben des*) Das ist interessant so für beide, je nach Position in der man sich als Indi-
203 viduum befindet. (**E:** Mmh) Hat man eher die Haltung zum (*individualistisch*) das anzusehen
204 oder dann eben gesellschaftlich, oder? (**E:** Mmh, mmh, mmh) Es ist für mich eben ein Span-
205 nungsfeld diesbezüglich. Gut

206 **E:** (*fällt I ins Wort*) Gut ich mein', also meine These, also meine (**I:** Ja) Grundthese (**I:** Ja) wär
207 einfach zu sagen, das kann sein, dass man das als Spannungsfeld wahr nimmt, aber egal wel-
208 che Perspektive man einnimmt, man sagt jeweils immer etwas über das andere aus. (**I:** Ja)
209 aber, das sagen wir mal, das wär meine These (*lacht*)

210 **I:** (*glücklich seufzendes Einatmen*) Danke schön, ich möchte noch ein bisschen in die in die
211 Praxis der Sozialen Arbeit gehen. Für mich als Praktikerin in der sozialen Arbeit ist es nicht ein-
212 fach Theorien zu Ethik für eine konkrete Problemstellung zu finden und heranzuziehen. Und
213 dann der Theorie-Praxis-Transfer anzugehen, stellt wiederum eine nicht einfache und zeitrau-
214 bende Angelegenheit, die mir schwer zugänglich ist. Wie kann ich in ethischen Problemstellun-
215 gen zu si-- Suizid diese Problematik angehen.

216 **E:** Ich mache zunächst einmal-- ich glaube zum einen mal ist es wichtig sehr viel theore--, also
217 nicht sehr viel theoretisches Wissen, aber einen gewissen Stock an theoretischem Wissen zu
218 haben, wie zum Beispiel „wie verhält sich Moral und Ethik zueinander“, „welche klassischen

ethischen Theorien gib es“, „in welchen Bereich gehört jetzt diese Fragen, die ich erläutert habe“ und wenn man den Bereich (*der angewandten in die*) kennt, der relevant ist, dann weiss man auch, wo man, zunächst einmal nachschauen muss, da gibt es eine grosse Debatte dazu, also so würde das wissenschaftlich laufen. Das ist aber das breite Bild, wenn man eher praxisbezogen sich in der Ethik orientieren will oder Fragestellungen angehen will, dann empfiehlt sich eigentlich eher so was wie Modelle ethischer Entscheidungsfindung anzuschauen. Eines, das ist das von Barbara Bleisch und Markus Huppenbauer, heisst ethische Entscheidungsfindung, das ist sehr allgemein gehalten, vielleicht ein bisschen mehr geeignet für Kontext für die Wirtschaft, aber das könnte man eigentlich in überall (*in nah und fern*) anwenden. Das ist so ein fünf-Schritte-Modell, wo es darum geht von der Feststellung der Fakten über die Festlegung der ethischen Frage bis hin zur Implementierung quasi verschiedene Schritte (!: mhm) durchzugehen. Es sind vereinfachte Modelle oder Heuristiken, die helfen sollen den Fall zu strukturieren, und schlussendlich möglichst ohne komplex--, also diese Dinge, die ich jetzt gesagt habe, (*sind ja alle sos komplex*) ohne komplexe Hintergrunddiskussion einfach zu einer (*moralischen*) Entscheidung zu kommen. Das ist ein Modell, das andere Modell, mit dem ich jetzt eher, oder eben im Kontext der Physiotherapie zur Zeit arbeite, ist ein Modell der sogenannten mittleren Prinzipien, das bezieht sich auf die Theorie von (*Beauchamp und Childress*), das sind zwei Bioethiker, die in den Siebzigerjahren eine Theorie aufgestellt haben, die sagen: „wir können nicht warten, bis die Ethiker sich entschieden haben, welches die richtige Theorie ist, also wie man jetzt vorgehen soll in solch konkreten Fällen“, also wir können schauen was der Konsens ist an ethisch relevanten Prinzipien, die Anwendung finden in einem Arbeitsbereich. Und das ist übrigens dann der Konflikt, den Sie auch ansprechen, (*den ich sicherlich*) irgendwo Fürsorge und Autonomie (!: genau, genau), den kann ich nicht lösen, (! *lacht*) das kann ich jetzt schon sagen, aber sie sagen genau, das sind zwei Prinzipien. Autonomie muss respektiert werden, im medizinischen Bereich muss ich fürsorglich sein mit dem Patienten, ich sollte Schaden vermeiden und ich sollte (*mein*) Gerechtigkeitsforderungen berücksichtigen. Und sie sagen dann je nach Fall sind diese verschiedenen Prinzipien anders zueinander, gegeneinander abzuwägen, einmal hat Fürsorge mehr Gewicht und einmal hat Autonomie mehr Gewicht, und so weiter. Und das ist ein Modell, das wir zur Zeit (*grad am ausarbeiten*) sind, zunächst einmal für die Medizin, wo wir sehr schematisch vorgehen und aber die Studierenden anleiten dazu, die einzelnen Prinzipien zu verstehen und die zu interpretieren. Aber nicht utilitaristisch zu denken oder (*deontologisch oder*) strebensethisch oder was auch immer. Und das ist auch ein sehr praktisches Vorgehen. Ich bin überzeugt davon, und ich hab's auch einmal schon getestet mit Heilpädagogen, dass es auch funktioniert für die Pädagogik. Da sind dann sehr wahrscheinlich die Diskussionen etwas anders gelagert, aber die Prinzipien, mit diesen Prinzipien lassen sich sehr viele Fälle ziemlich gut analysieren. Und von dem her, einmal um die Frage kurz zu beantworten, ich glaube sinnvoll ist, einmal ein gewisses Hintergrundwissen zu haben, aber dann für die Praxis, sich eben auf (!: mhm) ein-- ein Tool zu fokussieren, dass allenfalls sogar spezifisch ausgearbeitet worden ist, für Ihren Bereich. Wobei ich meine Zweifel habe, dass es das gibt für die Sozialpädagogik.

23:47min.

!: Ich hab' mich auch ein bisschen diesbezüglich damit befasst, um einfach, dass man einfach so quasi ein Tool hat diesbezüglich, es steht noch aus, gäbe es zu entwickeln.

E: Gibt es vielleicht, irgendwann einmal mal dann in der Zukunft, weil ich arbeite jetzt eben an diesem Buch zu, das können sie dann auch rausschneiden, (! *lacht leicht*) aber zu diesem Buch zu-- zu Ethik, also ein Tool zu Ethik im pflegerischen, medizinischen Bereich und ich habe vor,

265 das in näherer Zukunft da zu übersetzen oder einfach umzuarbeiten, dass es eben dann rele-
266 vant ist auch für den pädagogischen Bereich.

267 **I:** Ok, gut, sind wir gespannt. (**E** *lacht leicht*, **I** *lacht leicht*) Wir n-- Sie haben es ja schon ange-
268 sprochen, meine nächste Frage handelt ja im-- Im Handeln der Sozialen Arbeit im Kontext von
269 Suizidalität entstehen Dilemmata in Bezug auf die Achtung der Autonomie des Klienten und
270 der Verpflichtung der Sozialarbeiterin zur Übernahme der Fürsorge. Ja, wie kann ich als Sozial-
271 arbeiterin diesem Dilemma,

272 **E:** Darf ich vielleicht noch zunächst nachfragen, wie kommen (**I:** ja) sie auf diese beiden Prinzi-
273 pien?

274 **I:** Bei Literatur lesen und auch bei Fallbearbeitungen zu Ethik im Sozial Aktuell ist immer ei-
275 gentlich, diese zwei Punkte werden ethisch angegangen. (**E:** mhm) Und, sind eigentlich fast so
276 das zentrale, oder ist die Fürsorge oder Autonomie (**E:** mhm) zentral. (**E:** mhm) Vielleicht ist das
277 ein schmaler Blickwinkel, ich weiss es nicht, aber ich habe das eigentlich aus diesen Debatten
278 rausgenommen.

279 **E:** Mhm, mhm, mhm, ja ich meine, also für mich ist auffällig das genau diese zwei Prinzipien
280 vorkommen, das ist sicher auch ein zentraler Konflikt, also im medizinischen Bereich wie in der
281 Pädagogik. Ich gehe jetzt etwas weiter, und dann erkläre ich wie Beauchamp und Childress mit
282 so einem (*tollen*) Dilemma umgehen würden, es gibt keine Lösung. (*lacht*) (**I:** Ok. (*lacht*
283 *leicht*)), zunächst einmal, ich glaube, man kann sagen, man muss den autonomen Willen res-
284pektieren. Aber gleichzeitig gibt's zum Schutz des Klienten natürlich auch Forderungen der
285 Fürsorge. Das sind sicherlich zwei Aspekte, gleichzeitig, und das gilt jetzt nicht für den Suizid
286 sondern für andere Unterstützungswünsche von Klienten, (*gibt's*) natürlich auch Fragen der
287 Gerechtigkeit. Die Ressourcen sind begrenzt, also muss man sich fragen: „Wie viel kann man
288 diesem Klienten zugestehen, im Gegensatz zu einem anderen, wenn man diesem Klienten we-
289 niger zugesteht, wird dann ungerechtfertigt diskriminiert in seinen Ansprüchen?“, also solche
290 Fragen, find' ich, müssen auch mindestens in die Analyse einfließen und dann hat man ein
291 Gerechtigkeitsprinzip. Auf der anderen Seite, wenn man fürsorgliche Handlung unterlässt oder
292 Unterstützung unterlässt aus Gerechtigkeitsgründen oder warum auch immer, muss man sich
293 natürlich auch fragen, „nehmen wir damit einen Schaden für den Klienten in Kauf?“. Bezie-
294hungsweise umgekehrt, „wenn wir unsere fürsorglichen Pflichten verletzen und dem Wunsch
295 des Patienten folgen, nehmen wir da einen Schaden in Kauf, der unzulässig ist?“ Und das ist
296 das Nicht-Schadens-Prinzip, dass man (*sich*) immer fragt (*du sollst*) Schaden vermeiden.
297 Jede Handlung verursacht irgendwelche Schäden, können wir diese in Kauf nehmen. So. Aber
298 eben, das (*sind nun*) jetzt die vier Prinzipien, und ich denke es ist plausibel Autonomie und
299 Fürsorge als die wichtigsten Prinzipien in der Sozialpädagogik oder der Pädagogik allgemein
300 anzuschauen in (*meinem*) ersten Schritt. Ich glaube aber nicht, dass man das Dilemma lösen
301 kann ein für alle mal. Weil der zentrale p--, also ich sag nachher (*nochmal*) was zu Dilemma,
302 aber warum das es ein für alle Mal gelöst werden kann, weil je nach Situation muss man die
303 beiden Prinzipien anders gegeneinander gewichten. Hat man eine Person, die nicht als auto-
304 nom im vollen Sinne oder im minimalen Sinne einschätzt, sagen wir, weil sie eine Depression
305 hat, dann würde man sehr wahrscheinlich sagen, vielleicht hat sie diesen Wunsch tatsächlich,
306 des Suizids, aber es ist nicht klar ob dieser Entscheid autonom geschieht, oder ob sie da unter
307 irgendwelchen psychischen Zwängen steht, dann hätte man sehr wahrscheinlich die Tendenz,
308 das Fürsorgeprinzip höher zu gewichten. Anders ist es bei jemandem wie mir, wo man jetzt
309 sagen würde, wenn der jetzt sich umbringen will, sagen wir weil er irgend eine unheilbare
310 Krankheit hat und das in vollem Bewusstsein formuliert, dann würde allenfalls die fürsorgliche
311 Pflicht, im Sinne von mich vor meinem eigenen Suizid zu schützen, weniger Gewichtung erhal-

ten, allenfalls hätte sogar die fürsorgliche Pflicht dann eine andere Form. Im Sinne von, sinnvolle Begleitung sicherstellen, sicherstellen das der Tod nicht allzu schmerzhaft ist, der suizidale Tod, dass das Leiden kurz ist, beim Sterben und so weiter, dann wären solche Fragen dann vielleicht eher relevant, aber, der autonome Wunsch hätte mehr Gewicht. Und das ist, also ich habe jetzt natürlich diese Theorie von Beauchamp und Childress im (*Hintergrund natürlich relevant*), weil gemäss diesen beiden Autoren müssen wir von Fall zu Fall immer wieder schauen, was heisst eigentlich die Autonomie zu respektieren, was heisst es eigentlich fürsorglich zu sein, was heisst Schaden zu vermeiden, was heisst Gerechtigkeit und wie sind diese verschiedenen Aspekte im gegebenen Fall gegeneinander abzuwägen. Und grade Autonomie hat insbesondere dann immer häufig weniger Gewicht in der Wahrnehmung, wenn man sagen kann, ich glaub nicht, dass diese Person eine autonome Entscheidung fällen kann. Wenn kein Stellvertreter da ist könnte man sagen, sind wir vorsichtig mit dem autonomen Wunsch. Und deshalb gib es keine allgemeine Lösung. Sie sprechen von Dilemma, von dem kann man sehr schnell sprechen. In moralischer Sicht ist ja Dilemma sehr eng definiert, und es ist immer eine Frage, „gibt’s wirklich ein Dilemma“. Und zwar deswegen, weil ein moralisches Dilemma heisst, sie können A--, Sie haben die Pflicht A zu tun, und Sie haben die Pflicht B zu tun, aber Sie können nicht beides gleichzeitig tun. Wenn Sie A tun, verletzen Sie B und wenn Sie B tun, verletzen Sie A. Oder mit Blick auf diese beiden Prinzipien heisst das, wenn Sie der Autonomie des Patienten folgen, dann verletzen sie ihre fürsorgliche Pflicht, wenn sie fürsorglich sind, missachten sie die Autonomie des Patienten. Und, ob das immer notwendigerweise so der Fall sein muss, da hab’ ich so meine Zweifel, weil ein Dilemma entsteht nur dann, wenn sie keine Möglichkeit haben diese beiden Pflichten gegeneinander abzuwägen. Also wie ich jetzt’ argumentiert habe (*eigentlich wie gewichte (: mh) ich einmal*) Fürsorge. Ein Dilemma ist nur dann wenn, es gibt keine guten Gründe zu sagen, „Fürsorge ist wichtiger“ oder „Autonomie ist wichtiger“, dann haben sie wirklich ein Dilemma.

29:20min.

I: Ok, dann wird das Wort Dilemma eigentlich, fast ein bisschen missbraucht oder zu viel benutzt, also es--

E: Ja, es gibt, es gibt so diese Tradition in der Ethik, oder, also es, ich würde sagen es ist die enge Definition eines moralischen Dilemma, aber es gibt natürlich die Tradition oder das Herangehen in der Ethik, dass man sagt, „wir müssen moralische Dilemmata ausarbeiten“, dann geht es um moralische Konflikte, oder widersprüchliche Wertanschauungen. Das ist nicht notwendigerweise ein Dilemma im engeren Sinn, weil, man kann ja diese Wertkonflikte oder Prinzipienkonflikte versuchen aufzulösen indem man sie in die richtige Relation zueinander stellt und dann ist es kein Dilemma mehr.

I: Gut. *(beide lachen)* Lassen wir das so einmal stehen. Die Ausführungen zu dieser Frage haben--, das eigene Einschätzen der Situation ist ja sehr wichtig, und, und da schliess’ ich meine Frage eigentlich an, was denken Sie in wie weit beeinflusst im Klientenkontakt die persönliche ethische Haltung des Beraters zu Suizid die Interventionen oder die Gespräche, wie auch immer.

E: Mhm, ich kann wieder sagen, was der Fall ist und was sein sollte, das sind zwei unterschiedliche Dinge, oder. Es geht eigentlich schon auf Aristoteles zurück, man kann von einer Wissenschaft nicht mehr Objektivität erwarten als sie bieten kann. Und Ethik ist weniger objektiv als Naturwissenschaften zum Beispiel. Wobei auch da gibt es perspektivische Betrachtungen natürlich. Aber Ethik ist, grade wenn wir sie betreiben in einem Praxisumfeld, immer ein Entscheiden, Verhalten, Einschätzen vor dem Hintergrund der eigenen moralischen Vorstellung,

der eigenen Wertvorstellung. Und obwohl Ethiker immer wieder so tun als könnten sie das überwinden, ist es im Endeffekt perspektivisch. Also die (*Wertvor**haltung*), spielen in der, in der beruflichen Praxis, gerade mit Blick auf solche Fragen, immer eine Rolle. Der Anspruch der Ethik oder ethischen Reflexion, also wenn man so ein Modell anwendet, ist natürlich sich möglichst von den eigenen Wertvorstellungen zu distanzieren, und deshalb ist zum Beispiel eben die Sichtweise der verschiedenen Prinzipien. Plötzlich muss ich also Aspekte bedenken, auf die ich noch gar nie gekommen wäre, ein Versuch (*einen*) gewissen, quasi einen Schritt zurück zu machen, um möglichst neutral zu sein, oder das, oder (*wie von*) Bleisch Huppenbauer, die schlagen vor, „nimm zuerst einmal alle Personen in Betracht, die betroffen sind von einem ethischen Fall, und wenn du dann alle Personen und ihre Argumente in Betracht gezogen hast, dann wäge all diese Argumente gegeneinander ab, möglichst ohne deine eigene Perspektive hineinzubringen“ und sie nennen das dann den moralischen Standpunkt (*oder Thomas Hegl*) würde sagen „the (*view from nowhere“ *) also die Vogelperspektive. Das ist der Anspruch, ich glaube aber dieser Anspruch kann man weder in der Praxis wirklich einlösen, noch kann es irgendein Ethiker wirklich einlösen, aber das wäre der Anspruch, der Versuch, und diese Instrumente versuchen diese Distanz zu schaffen. Aber ich glaube nicht, dass man sie wirklich schaffen kann. Deshalb ist auf der andern Seite wichtig, glaube ich, dass man sich, gerade in solchen Berufskontexten, wo Wertvorstellungen im eigenen Verhalten eine Rolle spielen, sehr klar darüber ist, was hab’ ich für eigene Werthaltungen, was hab’ ich für einen Berufsethos, was sind vielleicht noch andre Werthaltungen, und was ergibt sich daraus für mein Verhalten, und dann, wenn man weitere Reflexionen anstellt, ist das angemessen oder nicht. Bezüglich des angemessenen Verhaltens, habe ich das Gefühl, es klingt so bei Ihren Fragen so etwas durch, ich bin nicht sicher, ob die sozialpädagogische Vorgabe im fürsorglichen Sinn immer heisst „ich muss die Person mit dem suizidalen Wunsch immer vor dem Suizid bewahren“. Also, da muss--, ich glaube, da sollte man wie versuchen neutraler zu sein, aber sicherlich ist die Tendenz, also auch in pflegerischen Berufen, ich will ja der Person helfen, ich will das Beste für sie, und der Tod scheint nur in ganz wenigen Fällen besser zu sein als das Leben weiterzuführen. Und von dem her eigentlich ideal, also, glaub ich, eigentlich ideal wäre, sich völlig neutral zu verhalten und dann wirklich das abzuwägen. Gleichzeitig ist sehr wahrscheinlich grad vom pädagogischen oder vom pflegerischen Berufsethos her das Bedürfnis zu helfen, Tod zu vermeiden mit Blick auf Fragen des Suizids, und das ist in vielen Fällen sicherlich angemessen, es mag sein, dass in anderen Fällen, wenn man’s ausführlich reflektiert (*gleich*) nicht angemessen ist.

36:10min.

I: ja, da ist ja dann die Idee spannend zwischen der eigenen Person und dem Berufsethos oder den Vorgaben, den ethischen Vorgaben des Berufsstandes oder (E: Mmh) (*so (E: Mmh) wie man (E: Mmh) das sagen will*) ist sicher ein Abwägen immer, immer extrem wichtig, also wenn ich mich dazu auch äussern kann. Sie haben es schon durchblicken lassen, ihre eigene Haltung, so’n bisschen. Aber dennoch, wenn ich jetzt so fragen darf, für Sie persönlich, natürlich, persönliche Fragen muss man nur beantworten, wenn man will, ist der Suizid eher ein Ausdruck einer Freiheit oder ein Ausdruck einer Notlage. Für Sie selber oder vielleicht für das Umfeld, wenn sie das von Ihnen aus argumentieren.

E: Was ist eine Notlage?

I: Eine Notlage ist, so nicht mehr leben zu können.

E: Und wenn man glei**

403 **I:** *(fällt ihm ins Wort)* Wenn man keine Bewältigungsstrategien hat mehr weiterzuleben und
404 dies als Notlage seiner Person bezeichnet. (**E:** Mhm, mhm, ok) Egal warum auch immer, sei es
405 Krankheit, sei es aber auch Bilanzierung des Lebens.

406 **E:** Mhm, ja, genau, ok, also ich mein, ich glaub-- also ich kann danach nochmal versuchen mei-
407 ne Haltung zu formulieren. Ich glaube zunächst einmal ist die Frage etwas schwierig gestellt,
408 weil es ist zunächst einmal eine empirische Frage, also die müsste man empirisch untersuchen.
409 Sind diejenigen, die sich für den Suizid entscheiden, entscheiden die autonom, oder entschei-
410 den sie aufgrund irgendwelcher äusserer, innerer Zwänge oder Aussichtslosigkeit des Lebens.
411 Oder, das müsste man empirisch abschätzen. Ich denke aus meiner Perspektive sollte eigent-
412 lich ein Suizid, wenn ich jetzt Suizid begehen würde, sollte der autonom, also, im Sinne einer
413 freien Entscheidung geschehen. Und nicht weil man sich gedrängt fühlt durch die Umstände
414 oder was auch immer. Und da ist eben dann wieder die Schwierigkeit (**I:** mhm) wo, man kann
415 natürlich auch eine Notlage oder „ich habe so und so viele Schulden gemacht, ich kann so
416 nicht mehr weiterleben“ oder „ich habe jemanden umgebracht, so kann ich mein Leben nicht
417 mehr weiterführen“, das ist eine Notlage, aber die kann man natürlich auch autonom reflektie-
418 ren, in dem Sinn, also kann auch eine freie Entscheidung sein. (**I:** hm) Also ich hab in einem
419 Altersheim gearbeitet, da gab's eine Dame, die, das war in meinem Studium, oder in einem
420 Pflegeheim, glaub' ich ist das, aber auf jeden Fall, gab's eine Dame die war ganz fit, die hat sich
421 sogar meinen Namen gemerkt, innert kürzester Zeit, das bei einem Alter von irgendwie zwei-
422 dreiundneunzig Jahren nicht unbedingt selbstverständlich ist. Die hat dann aber im Laufe mei-
423 ner Zeit da, nach zwei, drei Wochen entschieden: „Ich will sterben“. Und zwar weil sie gemerkt
424 hat, „es interessiert sich von meinem Umfeld eigentlich niemand mehr für mich, also warum
425 soll ich weiterleben?“ (**I:** mhm) Das ist im gewissen Sinne eine Notlage, aber ich hab' diese Frau
426 sehr bewundert für ihre Art der Entscheidung. Es ist kein Suizid, klar, sie war in einem Alter wo
427 man sterben wird, wenn man nichts mehr isst oder weniger trinkt, und das ist dann auch pas-
428 siert. Aber es war eine autonome Entscheidung aufgrund einer unbefriedigenden Situation.
429 Und ich denke, also für mich, sollt' ich mal in eine Situation kommen, wo ich denke „mein Le-
430 ben ist nicht mehr lebenswert“, oder „ich hab' es jetzt gelebt und jetzt kommen Leiden, die
431 Überhand nehmen“, dann möcht' ich eigentlich so entscheiden können, mein Leben zu been-
432 den. Ob das jetzt dann im Sinne des unterstützten Suizids ist oder im Sinne des einfach „ich
433 hab' das Alter erreicht und dann sterbe ich und ich entscheide mich jetzt loszulassen“, das sei
434 dann dahingestellt. Aber das hab ich sehr bewundert, diese (**I:** mhm) (*Wahrnehmung*), weil
435 gleichzeitig hatte ich da Personen, die waren dement, sie konnten nicht mehr wirklich irgend-
436 was, man hat gemerkt, sie haben am Leben festgehalten, weil sie irgendwie schlechtes Gewis-
437 sen hatten, sich unwohl fühlten, und, was die dann für ein Leben geführt haben, fand ich dann
438 auch, mit siebenundneunzig, auch nicht mehr wirklich menschenwürdig. (**I:** mhm) Und denen
439 hätt' ich gewünscht, dass sie sagen können „jetzt ist es vorbei“

440
441 **I:** *(spricht den letzten Satz nahtlos nach)* jetzt ist es vorbei. Das selber (**E:** mhm) zu reflektieren
442 und mitzuentcheiden quasi. (**E:** mhm, mh) Ja.

443 **E:** Ja, ich war noch nie in der Situation, also ich kann jetzt nicht sagen wie sich das dann genau
444 anfühlt, aber--

445 **I:** *(lacht leicht)* das ist schon so, ich denke mal, wenn man in die Situationen kommt, dann ist
446 wieder sehr vieles anders, weil das eigene Leben ist doch das nächste, was (**E:** mhm) man hat
447 (**E:** mhm). Gut. Ich habe noch eine Schlussfrage (**E:** mhm) und, es war nicht einfach Fragen zu-
448 sammenzustellen (**E:** mhm), und doch ä, ja, denk' ich war's doch irgendwie gut, ich bin irgend-

449 wie zufrieden, was hab' ich aber für wichtige (E: mh) ethische Überlegungen nicht gefragt,
450 oder so, ich kann das gar nicht beurteilen.

451 E: Ja, also ich-- mein Eindruck war, aber ich, das ist jetzt auch nur einfach so (I: ja?) ein Ein-
452 druck, ich denke, was fehlt, also wenn wir jetzt das auf die gesamte Überlegung (*auwi*) (I:
453 mhm), was fehlt eigentlich, und ich glaube, das ist auf das sozialpädagogische Handeln rele-
454 vant, sind Fragen zu Sterbehilfe, also, welche Art von Sterbehilfe oder assistiertem Suizid, da
455 gibt es ja eine Reihe von Unterscheidungen. Aktive Sterbehilfe, passive Sterbehilfe, dann die
456 ganzen Diskussionen um Exit und so weiter, und ich glaube, das ist ethisch auch noch relevant,
457 also, zum einen für das sozialpädagogische Handeln relevant, weil man eben weiss was gibt es
458 für Möglichkeiten, (I: mhm) wenn jemand einen autonomen Wunsch hat nach Suizid. Und auf
459 der anderen Seite, stellen sich da natürlich Fragen bezüglich der Bedeutung des assistierten
460 Suizids, es macht einen Unterschied, ob ich jemandem einfach kein Medikament mehr gebe,
461 im Gegensatz zu dem, dass ich ihm die Spritze hinhalte und sage, „du kannst (*selber neh-
462 men*)“ oder direkt die tödliche Spritze verabreiche. Das (I: mh) sind unterschiedliche Dinge
463 und die werden in dieser politischen Debatte ausführlich diskutiert, und sicherlich auch
464 ethisch, sind ethisch relevant, weil das ist tun (*oder*) unterlassen, solche Fragen, wo man
465 sich die Frage stellen kann, was hat mehr und was hat weniger Gewicht.

466 I: Mhm, gut, da möcht' ich vielleicht, , anschliessen, ich arbeite ja in der sozialen Arbeit und
467 nicht in der Pflege, oder in dem Bereich, und ich habe auch nicht unterschieden in der Ba-
468 chelorarbeit zwischen eben den Formen des Suizids. Ich habe natürlich die (E: mhm) Sterbehil-
469 fe und so weiter angesprochen, aber ich lasse das einfach irgendwo stehen, (E: mhm) weil ich
470 nicht direkt in die Richtung gehe, aber ich denke schon auch, dass das wichtige ethische Frage-
471 stellungen sind und vor allem auch die Literatur geht viel in die Richtung (E: mhm). Wenn Sie
472 das angesprochen haben, wie sieht es dann mit Suizidprävention aus? Haben wir jetzt auch
473 nicht angesprochen (E: mhm). Das sind ja auch, ethische--

474 E: Mhm, ja ich meine da wird natürlich genau das angenommen (I: mhm), oder wir haben ja die
475 Pflicht (I: mhm) Suizid zu vermeiden (I: vermeiden, ja), und, für mich stellt sich da die Frage,
476 also das wäre dann die ethische Frage, welche Form von Suizid haben wir zu vermeiden (I: ja)
477 und ich würde dann sagen, es ist derjenige Suizid zu vermeiden, der nicht aufgrund einer auto-
478 nomen Entscheidung (I: mhm) stattfindet. Bei einer autonomen Entscheidung bedeutet es sehr
479 viel nachzudenken, die verschiedenen Optionen, die Situation (I: mhm) richtig einzuschätzen,
480 sich nicht unter Zwang zu fühlen, unter irgendwelchen Umständen und so weiter, also weil, ich
481 weiss auch nicht, eine Jugendliche die das Gefühl hat, sie sei zu wenig hübsch, oder irgend so
482 etwas (I: mhm) komische Überlegungen, oder, die auch eine Rolle spielen können, insbesonde-
483 re für Suizid vielleicht im jüngeren Alter, wo man sagen kann, „den hätte man jetzt vermeiden
484 können, weil das war jetzt nicht wirklich eine autonome Entscheidung“. Also so (I: Mhm, mhm,
485 ja). Aber ich glaube, da ist sicherlich auch eine weitere Überlegung, das spielt dann auch ins
486 Individuelle, Soziale hinein, „welche Art von Suizid sollte die Gesellschaft präventiv angehen,
487 und welche Art von Suizid allenfalls eben nicht“ und da muss man sicherlich auch unterschei-
488 den (*innerhalb*) der politischen Debatte ist einfach klar „Suizid ist schlecht, fertig“ und ist das
489 wirklich so? (I: mhm), oder ist Sterbehilfe eben, als Form des Suizids, oder, quasi so dass ich
490 sterbe am Lebensende, (I: mhm) (*plus, plus*) der Suizid am Lebensende genau dasselbe wie
491 Suizid im Teenageralter aus Verzweiflung. Das ist sicherlich nicht das gleiche, glaub' ich.

492 I: Ja, ich bedanke mich für die Ausführungen und für das nette Gespräch, ich hab' mich (E:
493 danke gleichfalls, *lacht*) sehr wohl gefühlt (*lacht und atmet erleichtert seufzend ein*)
494 **45:49min.**

Anhang E

Interviewanfrage für die Untersuchung

Mögliche Suizidalität in Klientenmandaten

In meiner Bachelor Arbeit befasste ich mich mit Suizid und Suizidalität. Aktuell steht die Theorie in einem gut ausgearbeiteten Entwurf. Das Experteninterview ist bereits geführt worden und der Leitfaden für die Interviews steht (fast).

Nun bin auf der Suche nach Sozialarbeitenden in der Praxis, die bereit sind, mir zu Forschungszwecken für Interviews zur Verfügung zu stehen, für mich und meine Arbeit Zeit zu nehmen, sich mit der Thematik Suizid zu befassen und sich zu dieser zu äussern. Es sind drei Interviews vorgesehen.

Und ich, was bringe ich für eine Gegenleistung für die Bereitschaft? Ich kann versichern, dass ich respektvoll und korrekt das erhaltene Material verwerten werde. Ebenfalls bin ich natürlich sehr dankbar, denn ohne Sie gibt es keine Bachelorarbeit und keinen Abschluss für mich; und natürlich reist zu den Interviews ein gute Flasche Walliser Wein mit.

Nachfolgende Angaben als Orientierungspunkte:

Bearbeitungsperspektive

Die Literaturvielfalt zu Suizid ist breit verzweigt und vielfältig. Einen Schwerpunkt zu setzen, erachte ich als äusserst fordernd. Eine Bearbeitungsperspektive für eine Bachelorarbeit einzunehmen kann nur über die professionelle und persönliche Orientierung geschehen. Durch die Aufforderung Sonneck et al. (2012, 165), „*wenn Sie das Gefühl haben, Ihr Gegenüber könnte an Suizid denken, bitte fragen Sie ihn danach*“, hat sich die Bearbeitungsperspektive dieser Arbeit ergeben.

Forschungsfrage

Welches Wissen der Sozialen Arbeit und ausgewählten Bezugsdisziplinen erleben Sozialarbeitende unterschiedlicher Handlungsfelder in der Auseinandersetzung mit Suizidalität als hilfreich?

Interviewpartner und Interviewpartnerinnen

Kriterien:

- Professionelle w/m in beratenden Arbeitsfeldern
- Mögliche Handlungsfelder:
 - Arbeit mit älteren Menschen (z.B. Pro Senectute)
 - Arbeit mit jüngeren Menschen (z.B. Jugendarbeit, Schulsozialarbeit)
 - Arbeit mit Menschen von 18 bis zum Pensionsalter (z.B. diverse Beratungen, Sozialamt)
 - Arbeit im Kindes- und Erwachsenenschutz
 - weitere
- Arbeit nicht in der Beratung im sozialpsychiatrischen Umfeld (Psychiatrie)
- Ausserhalb des Wallis, in urbanem Gebiet

Organisatorisches

Ich wäre froh, um eine baldige Kontaktaufnahme der interessierten Personen. Die Interviews werden im Verlaufe des Juni oder Anfangs Juli stattfinden.

Kontakt: (Eigene E-Mail angegeben)

Ich hoffe, ihr Interesse geweckt zu haben und freue mich Sie kennen zu lernen.

Freundliche Grüsse aus dem sonnigen Wallis

Ariette Kammacher

Anhang F

Leitfaden für die Interviews mit den Interviewpartnerinnen

- A) Begrüssung und Dank für die Bereitschaft zum Interview.
- B) Bezug nehmen zur schriftlichen Information der Bachelorarbeit, welche vorgängig zugesandt wurde.
- C) Eventuelle Fragen und Rückfragen klären
- D) Aufnahmegerät starten

Einleitende Frage

1. Was für Sparten oder Bereiche umfasst deine/ihre jetzige Arbeit hauptsächlich?

Thematik Suizid in der täglichen Arbeit

Ich habe dich/sie dahingehend informiert, dass ich eine Bachelorarbeit zur Thematik Suizid und Suizidalität verfasse.

2. Was bedeutet der Begriff Suizidalität für dich/sie?

- Gefühle,
- Handlungen,
- **Gedanken** des menschlichen Erlebens und Verhaltens
- Gerhard Sonneck fordert Fachpersonen auf: „Wenn Sie das Gefühl haben, Ihr Gegenüber könnte an Suizid **denken**, bitte fragen Sie danach!“

3. Diese Aussage würde bedeuten, dass wir die Gedanken des Gegenübers wahrnehmen können. Wie ist deine/ihre Meinung hierzu?

4. Was hattest du/sie im Zusammenhang mit deiner Arbeit für **Erlebnisse** mit Suizidalität?

- Wie gefühlt?
- Was gab Sicherheit?
- Was verunsicherte?
- Welche Unterstützung, Mitarbeitende, Institution

5. Was brauchst du/sie als Sozialarbeiterin, für einen „**Rucksack**“ um mit Klienten umzugehen (auseinanderzusetzen) bei denen Suizidalität vorhanden ist?

- 6) Rückspiegeln, Vertieft nachfragen

- **Fachwissen Sozialarbeit**
 - Handeln, Methodisches Handeln, Handlungsfähig sein
 - Wissen Ethik
- **Alltagswissen zu Suizid**
- **Interdisziplinarität, Bezugsdisziplinen**
 - Welche
 - Komplexität, Akzeptanz untereinander
 - Welches Wissen geben die für die Arbeit mit suizidalen Klienten oder Klientinnen her?

- **Psychologisch/Psychiatrisch**
 - Suizidalität erkennen, einschätzen charakterisieren
 - Krisen und Krisenentwicklung, Risikoindikatoren, suizidale Entwicklung
- **Soziologie, Gesellschaft**
 - gesellschaftliche Entwicklung rückblickend, vorausblickend
 - Inklusion, Exklusion
 - Meinungen zu Suizid in der Gesellschaft
- **Philosophie/Weltanschauung**
 - Existenzphilosophie, Sinn und Sinnbearbeitung
 - (Philosophie versucht zu verstehen was ist)
- **Auseinandersetzung als Sozialarbeiterin**
 - Haltung
 - Ethik (finden was sein soll)

7) Gibt es etwas Wichtiges was bisher nicht angesprochen wurde?

Zum Abschluss des Interviews möchte ich noch die eigene Suizidalität ansprechen.

Bei mir ist es so, dass die persönliche Auseinandersetzung mit der eigenen Suizidalität es mir erst erlaubt, mich auf die Suizidalität des Gegenübers einzulassen.

- Wie verhält sich das bei dir/bei ihnen?

E) Danken für das Interview (und die Offenheit).

F) Tonbandgerät ausschalten

G) Kurzfragebogen zusammen ausfüllen

H) Geschenk überreichen

Kurzfragebogen zur Person (wird schriftlich festgehalten)

1) Name und Vorname: (werden anonymisiert)

2) Wie alt bist du/sie?

3) Welche Ausbildungen hast du/sie im Zusammenhang mit Sozialer Arbeit gemacht?

4) Seit wann arbeitest du/sie in der Sozialen Arbeit?

5) In welchen Bereichen arbeitetest du/sie?

6) Wo arbeitest du/sie aktuell, zu welchem Pensum und in welcher Funktion?

7) Darf ich dich/sie für eventuelle Rückfragen erneut kontaktieren?

Anhang G

Erfassen der Kategoriein für die Datenauswertungstabelle

Kategorien aus der Axialen Kodierung in Verbindung mit den Hypothesen

Hypothese 1 (H1): Sozialarbeitende erleben sich im Praxisalltag in der Auseinandersetzung mit Suizid und Suizidalität sicherer, wenn sie interdisziplinäres Wissen nutzen.

Kategorie 1 (H1/K1)

Auseinandersetzung Sozialarbeitender mit Suizid, Suizidalität

Indikatoren zu Kategorie 1

- Berufliche Auseinandersetzung
- Persönliche Auseinandersetzung
- Auseinandersetzung im Zusammenhang mit Gegenstandswissen zu Suizid

Kategorie 2 (H1/K2)

Soziale Arbeit, Bezugsdisziplinen, Interdisziplinarität im Kontext von Suizid

Indikatoren zu Kategorie 2

- Professionsverständnis der Sozialen Arbeit und Professionsverständnis im Kontext
- Bezugsdisziplinen, Gebiete
- Inhalte/Methoden/Wissen die kontextbezogen verwendet werden
- Disziplinäre und Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Hypothese 2 (H1): Reflektiertes kontextbezogenes Wissen zur Handlungsfähigkeit wirkt unterstützend in Mandaten mit Klienten und Klientinnen die sich mit der eigenen Suizidalität beschäftigen.

Kategorie 3 (H2/K3)

Handlungsfähigkeit in der Praxis

Indikatoren

- Handeln
- Handlungsfähigkeit im Kontext von Mandaten mit Klienten die sich mit der eigenen Suizidalität beschäftigen
- Reflexionen zum Handeln in Mandaten bei denen Suizid Thema ist/war

Selektiv ausgewählte Kategorien aus der Offenen Kodierung⁴²**Kategorie 4 (K4)****Aus-, Weiterbildung/Theorie Praxistransfer**

Indikatoren

- Theoretisches Wissen aus der Ausbildung
- Thematik Suizid in der Ausbildung
- Weiterbildung
- Interdisziplinärer Austausch in der Ausbildung
- Umsetzen von theoretischem Wissen in die Praxis

Kategorie 5⁴³ (K5)**Gesellschaft/ Suizid/Soziale Arbeit**

Indikatoren

- Soziale Arbeit und Gesellschaft
- Eingebundenheit in das System
- Gesellschaft im Kontext von Suizid

⁴² Die Kategorien und Indikatoren werden aus den offenen Kodierungen der Interviews A, B und C entnommen.

⁴³ Kategorie 5, Gesellschaft/Suizid/Soziale Arbeit entspringt aus unterschiedlichen Kategorien die Indikatoren beinhalten, die sich auf die Gesellschaft beziehen.