

In dubio pro vita?



Maria Schwatlo

Bachelor Thesis

Bachelorstudium in Sozialer Arbeit, Olten, Studiengang 2012, Modul BA115

Bachelor Thesis

Professionsethische Überlegungen zur Fürsorgerischen Unterbringung im Kontext von Erwachsenenschutz und psychischer Beeinträchtigung

eingereicht bei Prof. Sonja Hug

am 30. Juni 2016

zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Maria Schwatlo



Abstract

Selbstbestimmung ist sowohl ein Grundwert der Sozialen Arbeit als auch ein zentraler Wert im Kindes- und Erwachsenenschutzrecht. Das Ziel von behördlichen Massnahmen im Erwachsenenschutz ist in erster Linie, Personen mit einem Schwächezustand die nötige Unterstützung zukommen zu lassen und ihre Selbstbestimmung zu erhalten und/oder zu fördern. Durch behördliche Entscheidungen werden aber immer wieder Menschen in ihrer Autonomie eingeschränkt. Die Fürsorgerische Unterbringung greift massiv in die Grundrechte eines Menschen ein. Um einen solchen Eingriff zu rechtfertigen, muss bedacht werden, was den Menschen und seine Würde ausmacht. Im interdisziplinären Diskurs ist die Soziale Arbeit dabei gefordert, ihre Argumente einzubringen. Nur wenn sich die Massnahme mit dem Ethos der Profession vereinbaren lässt, ist sie legitim. Die vorliegende Arbeit reflektiert die Einschränkung von Selbstbestimmung und die Fürsorgerische Unterbringung entlang der professionsethischen Richtlinien.

für Sigi

der mich in ganz besonderer Weise gelehrt hat, Selbstbestimmung zu achten

Ich bedanke mich bei...

- ... Frau Prof. Sonja Hug, für die Begleitung beim Schreiben dieser Bachelor-Thesis. Ihr Fachwissen und Ihre Ratschläge waren sehr bereichernd und haben mir immer wieder wichtige Impulse für die Arbeit gegeben.
- ... Achim Schwatlo, für das Überarbeiten des Textes und die kritischen Anmerkungen.
- ... Barbara Tschümperlin, für das Überarbeiten und Formatieren der Bachelor-Thesis.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	8
1.1	Herleitung der Fragestellung	8
1.2	Fragestellung.....	9
1.3	Erkenntnisinteresse	9
1.4	Methodisches Vorgehen.....	9
1.5	Aufbau der Arbeit	10
2	Das Recht.....	11
2.1	Menschenrechte und Grundrechte.....	11
2.1.1	Menschenwürde	11
2.1.2	Selbstbestimmung.....	12
2.1.3	Menschenrechte.....	13
2.1.4	UNO-Pakt II	14
2.1.5	Grundrechte	15
2.1.6	Die Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft.....	15
2.2	Das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht.....	15
2.2.1	Fürsorgerische Unterbringung.....	16
2.3	Urteilsfähigkeit.....	19
3	Die Soziale Arbeit.....	21
3.1	Soziale Arbeit als Akteurin im Erwachsenenschutz	21
3.2	Behördliche Massnahmen.....	22
3.2.1	Soziale Arbeit im Zwangskontext	23
3.3	Erwachsenenschutz im Kontext von psychischer Beeinträchtigung	24
4	Die Psychiatrie	26
4.1	Psychische Störung.....	26
4.2	Medizinethische Richtlinien	27
4.3	Autonomie	28
4.4	Zwang.....	29
4.5	Subsidiarität und Verhältnismässigkeit.....	31
4.6	Menschenwürde	31
4.7	Einwilligungsfähigkeit	32
4.7.1	informed consent.....	33
4.8	Das Recht, das eigene Leben zu beenden	34

5	Professionsethische Betrachtung.....	36
5.1	Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz.....	36
5.2	Menschenwürde	36
5.2.1	Mensch und Person	37
5.3	Autonomie	39
5.4	Fürsorge	41
5.5	Anwaltliches Handeln	42
5.5.1	Advokatorische Ethik.....	43
5.6	Paternalismus.....	43
5.7	Verantwortung	46
5.8	In dubio pro vita?	48
5.9	Ethische Kompetenz in der Sozialen Arbeit	50
5.9.1	Fragen und Kriterien des ethischen Handlungsentscheids nach Gruber	51
5.9.2	6-Schritte-Modell nach H.-E. Tödt.....	53
6	Fazit.....	54
6.1	Zusammenfassung.....	54
6.2	Antwort auf die Fragestellung.....	55
6.3	Praxisbezug.....	56
6.4	Offene Fragen	57
7	Literaturverzeichnis	59
8	Ehrenwörtliche Erklärung	67

Abbildungsverzeichnis

Titelbild: Eigene Darstellung (2002). Treppe im Phare des baleines, Ile-de-Ré, La Rochelle, France.

Abbildung 1: Fragen und Kriterien des ethischen Handlungsentscheids. In: Gruber, Hans-Günther (2005). Ethisch denken und handeln. Grundzüge einer Ethik der Sozialen Arbeit. 2. Aufl. Stuttgart: Lucius. Seite 209.

Abkürzungen

AEMR	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen
Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGE	Bundesgerichtsentscheid
BV	Schweizerische Bundesverfassung
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum – Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FU	Fürsorgerische Unterbringung
ICD	International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IASSW	International Association of Schools of Social Work
IFSW	International Federation of Social Workers
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
KESR	Kindes- und Erwachsenenschutzrecht
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
UNO	United Nations Organization – Organisation der Vereinten Nationen
WHO	World Health Organization – Weltgesundheitsorganisation
ZGB	Zivilgesetzbuch

1 Einleitung

1.1 Herleitung der Fragestellung

Im Erwachsenenschutz findet eine enge Kooperation verschiedener Disziplinen statt. Divergente Fachsprachen sowie unterschiedliche Richtlinien und Werteskalen stellen dabei grosse Herausforderungen dar. Die Soziale Arbeit ist hier in einem engen juristischen Rahmen tätig und muss ihr Handeln in Kooperation mit den beteiligten Professionen planen und begründen.

Selbstbestimmung ist ein Grundwert der Sozialen Arbeit und wird auch vom Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) als zentraler Wert genannt (vgl. Rosch 2016: 78). Die Umsetzung von Massnahmen im KESR, an welchen die Soziale Arbeit unmittelbar beteiligt ist, bringt aber oft eine vorübergehende Einschränkung der Selbstbestimmung mit sich. Die Soziale Arbeit muss sich fragen ob dieses Handeln mit ihren professionsethischen Grundlagen vereinbar ist. Der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz gibt ethische Richtlinien für das moralische und berufliche Handeln in der Sozialen Arbeit vor (vgl. AvenirSocial 2010: 1.1). Er orientiert sich unter anderem an den Menschenrechten (vgl. ebd.: 3.2). Die Fürsorgerische Unterbringung als behördliche Massnahme im Erwachsenenschutz beschränkt das Recht auf Freiheit, welches laut Artikel 5 der Europäischen Menschenrechtskonvention jedem Menschen zusteht. Wodurch wird ein solcher Eingriff in die Grundrechte des Menschen legitimiert?

Von einer Fürsorgerischen Unterbringung betroffen sind oft Menschen, die unter einer psychischen Störung leiden. Im Krankheitsverlauf kann eine Behandlung und Betreuung in einer stationären Einrichtung erforderlich werden. Bei fehlender Einsicht und Mitwirkung der betroffenen Person sind die Fachleute von Psychiatrie, Sozialer Arbeit und Recht gefordert, zwischen den Eigeninteressen der Person und jenen der Gesellschaft abzuwägen. Einer allfälligen Selbst- und Fremdgefährdung steht die Selbstbestimmung der betroffenen Person gegenüber. Mit dem KESR kann eine Unterbringung auch gegen den Willen der betroffenen Person erfolgen. Die Soziale Arbeit hat geltendes Recht zu respektieren, muss aber gleichzeitig dem Auftrag gerecht werden, den sie sich mit ihrem Berufskodex selber erteilt: die Einhaltung der Menschenrechte (vgl. AvenirSocial 2010: 7.3 sowie 8.4).

Aus diesen Überlegungen hat sich die Fragestellung ergeben, welche im Folgenden erläutert und bearbeitet wird.

1.2 Fragestellung

- ▶ Wie begründet die Soziale Arbeit aus professionsethischer Sicht die Fürsorgerische Unterbringung im Kontext von Erwachsenenschutz und psychischer Beeinträchtigung?

Unterfragen

- ▶ Unter welchen Bedingungen darf die Selbstbestimmung eines Menschen aus Sicht der Sozialen Arbeit eingeschränkt werden?
- ▶ Hat der Mensch das Recht, sein eigenes Leben zu gefährden oder zu beenden?

1.3 Erkenntnisinteresse

Die Argumentation für oder gegen eine Fürsorgerische Unterbringung findet innerhalb eines klaren juristischen Rahmens statt. Die Soziale Arbeit ist gefordert, in der interdisziplinären Zusammenarbeit ihre eigene Position zu vertreten. Für die Begründung muss sie sich dabei auf professionsethische Richtlinien abstützen. Mit dieser Arbeit sollen die Haltung der Profession und mögliche Argumente dargestellt werden.

1.4 Methodisches Vorgehen

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Literaturarbeit. Unter Berücksichtigung von Bezugswissenschaften der Sozialen Arbeit und durch den Vergleich verschiedener Autoren wird das Thema der Fürsorgerischen Unterbringung im Kontext von Erwachsenenschutz und psychischer Erkrankung aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Die Arbeit bezieht sich auf Schweizerisches Recht und auf Schweizerische Verhältnisse in der Sozialen Arbeit.

Für die Literaturrecherche wurde auf folgenden Datenbanken nach den aufgeführten Stichwörtern gesucht:

- Netzwerk von Bibliotheken und Informationsstellen in der Schweiz (NEBIS): *Soziale Arbeit und Ethik, Erwachsenenschutz, Suizid, Fürsorgerische Unterbringung, Zwang, Fürsorge, anwaltschaftliches Handeln, Selbstbestimmung*
- Schweizerische Juristische Datenbank AG (Swisslex): *Fürsorgerische Unterbringung, Erwachsenenschutz, Urteilsunfähigkeit.*
- Volltextsammlung von Zeitschriften im Bereich der Psychologie (PsycArticles): *Zwang, Zwangsunterbringung, Fürsorgerische Unterbringung, Ethik.*
- Deutschsprachige Quellen aus Soziologie, Sozialarbeit, Wirtschafts- und Politikwissenschaften (WISO): *Fürsorgerische Unterbringung, Erwachsenenschutz, Zwang, Macht, Soziale Arbeit und Ethik.*

- Bibliotheken der Universitäten Basel und Bern, Nationalbibliothek, einige Spezialbibliotheken sowie Fachhochschulbibliotheken (Swissbib): *Soziale Arbeit und Ethik, Erwachsenenschutz, Suizid, Fürsorgliche Unterbringung, Zwang, Fürsorge, anwaltschaftliches Handeln, Selbstbestimmung.*

1.5 Aufbau der Arbeit

Zunächst wird der rechtliche Rahmen der Sozialen Arbeit im Erwachsenenschutz dargestellt. Darauf folgt die Beschreibung der Aufgabe der Sozialen Arbeit im Erwachsenenschutz. Die Sicht der Psychiatrie unter Berücksichtigung der dort geltenden Normen und Standards ist Inhalt des vierten Kapitels. Daran anschliessend wird in einer ethischen Betrachtung unter Bezugnahme auf den Berufskodex das Thema reflektiert. Eine abschliessende Stellungnahme und die Beantwortung der Fragestellung erfolgen im Fazit.

2 Das Recht

2.1 Menschenrechte und Grundrechte

In der Definition Sozialer Arbeit der International Federation of Social Workers (IFSW) und der International Association of Schools of Social Work (IASSW) von 2014 werden die Menschenrechte und soziale Gerechtigkeit als richtungsweisende Prinzipien für die Soziale Arbeit genannt (vgl. IFSW/IASSW 2014: 2). Über die Profession hinaus sind Menschenrechte aber auch eine wichtige Grundlage für das Zusammenleben an sich (vgl. Hug 2014: 218). Die Forderung nach Gerechtigkeit ist die Schnittstelle zwischen dem Selbstbild der Sozialen Arbeit und den Grundanliegen der demokratischen Gesellschaft (vgl. Schumacher 2013: 147). Gerechtigkeit als essentielles Interesse des Menschen beinhaltet den Anspruch nach Individualität und Autonomie. Die Menschenrechte sind jene Garantie, mit der diese individuellen Ansprüche gesellschaftlich durchgesetzt werden können (vgl. ebd. 2013: 148). Auf staatlicher Ebene werden sie in der Verfassung, in Gesetzen und ganz explizit in den Grundrechten konkretisiert. Diese bilden damit die Basis für die Einforderung der Rechte des einzelnen Menschen. Die Fürsorgerische Unterbringung, auf welche sich die Fragestellung zur vorliegenden Arbeit bezieht, greift unmittelbar in die Grundrechte des Individuums ein. Für die Bearbeitung des Themas ist es folglich unerlässlich, die Menschenrechte und darauf aufbauend die rechtlichen Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit in der Schweiz zu betrachten. Es folgt zunächst eine Begriffsklärung der Menschenwürde, woraus ersichtlich wird, dass diese den Grundstein für die Menschenrechte bildet.

2.1.1 Menschenwürde

Menschenwürde ist ein nicht endgültig fassbarer Wert. Sie schützt jeden Menschen als Subjekt und als Individuum (vgl. Kiener/Kälin 2013: 130). Dabei sind alle Menschen gleichwertig. Die eigene Würde wird aber individuell definiert. „Zur Menschenwürde gehört auch, selbst darüber bestimmen zu können, was die eigene Würde ausmacht.“ (Kiener/Kälin 2013: 131) Die Achtung der Menschenwürde beinhaltet, dass Identität und Integrität eines Menschen nicht zerstört werden dürfen (vgl. ebd.: 130).

Auch Häfeli nennt die Selbstbestimmung als Ausdruck der Menschenwürde (vgl. Häfeli 2013: 105). Er führt weiter aus: „Menschenwürde geht aus vom unverfügbaren Eigenwert jeder menschlichen Person.“ (ebd.: 105)

Muders dagegen bestreitet die Gleichsetzung von Würde mit Autonomie. Er weist darauf hin, dass auch Menschen, die nicht selbst über sich und ihr Leben bestimmen können, über Würde verfügen (vgl. Muders 2014: 24). Nicht jede Einschränkung der

Selbstbestimmung ist eine Würdeverletzung. Und die Würde kann auch durch Verletzung anderer Aspekte des Menschseines angegriffen werden (vgl. ebd.: 18).

Nach der sogenannten „Mitgifttheorie“ (Fasel 2014: 36) begründet sich Menschenwürde in bestimmten Fähigkeiten, die im Menschen angelegt sind. Und unabhängig davon, ob er diese Fähigkeiten schon ausgebildet oder wieder verloren hat oder nie wird ausbilden können, verfügt er aufgrund der Anlage über Würde (vgl. ebd.: 36).

Stocker dagegen begründet Menschenwürde mit Reziprozität. Da der Mensch erwartet, dass ihm in einer bestimmten Art und Weise begegnet wird, muss er in gleicher Weise mit seinem Gegenüber umgehen. Sozusagen zu seinem eigenen Vorteil muss er also die Würde anderer Menschen achten (vgl. Stocker 2014: 64). „Das konstituierende Moment der Menschenwürde ist somit der eigene Wunsch nach deren Achtung.“ (ebd.: 64)

Das Bundesgericht stellte fest, dass die Menschenwürde „das letztlich nicht fassbare Eigentliche des Menschen“ (BGE 127 I 6: 14) betrifft und ausgerichtet ist auf die „Anerkennung des Einzelnen in seiner eigenen Werthaftigkeit und individuellen Einzig- und allfälligen Andersartigkeit“ (BGE 127 I 6: 14).

Jeder Mensch verfügt über Würde. Entsprechend stehen auch jedem Menschen Rechte zu. Das ist die Basis eines jeden Rechtsstaates. In Artikel 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen (AEMR) ist diese Würde und der daraus resultierende Anspruch auf Rechte verankert (vgl. Kiener/Kälin 2013: 128f.).

Auf welchen Facetten des Menschseins die Menschenwürde begründet ist, dazu gibt es aus rechtlicher Sicht unterschiedliche Auslegungen. Die Fragestellung zur vorliegenden Arbeit geht der Legitimität von Autonomieeinschränkungen nach. In diesem Zusammenhang stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob eine Beschränkung der Autonomie die Würde des Menschen verletzt. Im Folgenden soll eine eingehendere Betrachtung des Begriffes der Selbstbestimmung weiterführende Erkenntnisse bringen.

2.1.2 Selbstbestimmung

„Selbstbestimmung‘ bedarf eines Selbst, das über sich bestimmen kann.“ (Rosch 2015: 216) Rosch zeigt auf, dass Selbstbestimmung auch für Menschen ohne Schwächezustand eine anspruchsvolle Angelegenheit ist (vgl. ebd.: 218). Das Selbst, die Person muss aus Wünschen, Bedürfnissen und Möglichkeiten einen Willen bilden, formulieren und durchsetzen. Sie steht dabei im Spannungsfeld zwischen Selbst, Gegenüber und Gesellschaft. Die eigene Selbstbestimmung muss in Einklang gebracht werden mit der Selbstbestimmung des Nächsten. Dabei ist auch Reflexionsfähigkeit und die Übernahme von Verantwortung gefordert (vgl. ebd.: 217). Als Schwäche wird ein Zustand bezeichnet, der in der betroffenen Person selbst begründet ist und vorübergehend oder dauerhaft die selbständige Wahrnehmung von Rechten und Pflichten

behindert. Menschen mit einem Schwächezustand sollen trotz ihrer eingeschränkten Fähigkeiten zur Selbstbestimmung als „aktive Subjekte und Gestalter“ (Rosch 2015: 218) betrachtet werden und nicht zum „Spielball von Behörden und Beiständen“ (ebd.: 218) werden. Fachleute stehen vor der Herausforderung, die richtige Balance zwischen Selbst- und Fremdbestimmung zu finden (vgl. ebd.: 218). Dies verlangt von den beteiligten Fachleuten mutige Entscheidungen, welche auch das Risiko einer Fehleinschätzung beinhalten (vgl. ebd.: 225).

Fremdbestimmung ist allgemein akzeptiert, wenn es um urteilsunfähige Menschen geht. Problematisch wird es, wenn eine Person gegen ihren Willen und trotz Widerstand fremdbestimmt wird (vgl. Häfeli 2013: 106). Wenn Rosch sagt, dass im Einzelfall erkannt werden muss, wie viel Selbstbestimmung möglich ist, ohne dass die schutzbedürftige Person sich zu stark selbst schädigt (vgl. Rosch 2015: 221), so weist er damit auf die Selbstgefährdung als limitierenden Faktor der Selbstbestimmung hin.

Bis hierher kann gefolgert werden, dass Selbstbestimmung ein zentraler Wert dafür ist, was den Menschen ausmacht, wie er sich selbst definiert und in seiner Lebensführung verwirklicht. Der Respekt vor der Würde des Menschen bedingt also zwingend die Achtung seiner Autonomie. Eine Begrenzung oder Einschränkung von Autonomie ist aber nicht gleichzusetzen mit der Verletzung der Würde. Offensichtlich gibt es sogar Situationen, in denen der Schutz der Person und ihrer Würde aus rechtlicher Sicht eine Einschränkung der Autonomie verlangt. Ob diese Einschränkung angebracht ist oder nicht, ist im Einzelfall oft schwierig zu unterscheiden. Das Gesetz legt fest, wann die Autonomie einer Person begrenzt werden darf oder muss und in welchen Situationen das Individuum ein Recht auf Schutz vor Eingriffen in seine selbstbestimmte Lebensführung hat.

In der Schweiz sind die Rechte des Menschen durch verschiedene Rechtsquellen definiert und gesichert. Im Folgenden werden diese Rechtsquellen benannt und jeweils ausgeführt, wie sie die Selbstbestimmung der Mitglieder unserer Gesellschaft schützen.

2.1.3 Menschenrechte

Menschenwürde und die damit verbundene Selbstbestimmung des Menschen verlangen nach der Anerkennung eines jeden Menschen in seiner Einzigartigkeit und damit in seinem jeweiligen Anderssein. In dieser gegenseitigen Anerkennung der Verschiedenheit und Eigenständigkeit liegt gleichzeitig das Gemeinsame, das Verbindende. Daraus ist im Laufe der Geschichte eine Vertragsbeziehung entstanden, die das, was allen gemeinsam ist, rechtlich schützt (vgl. Menke/Pollmann 2007: 67). Aus dem Willen, die Würde aller Menschen zu achten, entstand in einem langen, historischen Prozess die Erklärung Menschenrechte. „Menschenrechte sind (...) diejenigen Regeln, die für alle Bereiche menschlicher Praxis angeben, welche Konsequenzen es für den politischen Umgang mit

Menschen hat, die Eigenschaft freier Subjektivität, also die Menschenwürde, anzuerkennen.“ (Menke/Pollmann 2007: 166) Menschenrechte gelten in unserer heutigen Gesellschaft als moralische Instanz. Sie stehen jedem Menschen allein auf Grund seines Menschseins zu und gehen staatlichem Recht voraus (vgl. Fritzsche 2004: 16f.). Das heisst, dass sie den Staat zum Handeln entsprechend der festgelegten Grundsätze verpflichten (vgl. Kiener/Kälin 2013: 8).

Die Vereinten Nationen verkündeten am 10. Dezember 1948 in Paris die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR). Im Laufe der Jahre wurde diese durch verschiedene völkerrechtliche Pakte konkretisiert. In der Konsequenz waren die Staaten nicht mehr die alleinige Instanz, vor welcher die Umsetzung und die Einhaltung der Menschenrechte verantwortet werden musste (vgl. Menke/Pollmann 2007: 14). Die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) wurde am 4. November 1950 in Rom vom Europarat verabschiedet (vgl. Fritzsche 2004: 75) und 1974 durch die Schweiz ratifiziert. In Artikel 5 der EMRK heisst es, dass jede Person das Recht auf Freiheit und Sicherheit hat. In Absatz 1 folgt eine Aufzählung der Fälle, in denen unter gesetzlich geregelten Bedingungen die Freiheit entzogen werden darf. Dazu gehört nach Absatz e) der rechtmässige Freiheitsentzug „bei psychisch Kranken, Alkohol- oder Rauschgiftsüchtigen und Landstreichern“ (Art. 5 Abs. 1e EMRK). Weiter folgen Ausführungen zu den Rechten der betroffenen Personen. „Jede Person, die festgenommen oder der die Freiheit entzogen ist, hat das Recht zu beantragen, dass ein Gericht innerhalb kurzer Frist über die Rechtmässigkeit des Freiheitsentzugs entscheidet und ihre Entlassung anordnet, wenn der Freiheitsentzug nicht rechtmässig ist.“ (Art. 5 Abs. 4 EMRK)

Artikel 8 verpflichtet den Staat, das Privat- und Familienleben jeder Person zu achten (vgl. Art. 8 Abs. 1 EMRK). Staatliche Eingriffe sind nur gerechtfertigt, wenn sie notwendig sind „für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer“ (Art. 8 Abs. 2 EMRK).

2.1.4 UNO-Pakt II

Gestützt auf die AEMR regelt der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (UNO-Pakt II) das Selbstbestimmungsrecht der Völker (vgl. Kiener/Kälin 2013: 15). Als wichtigste Punkte verpflichtet er die einzelnen Staaten, das Recht auf Leben, das Verbot der Folter und grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung, das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit, das Verbot willkürlicher Inhaftierung, den Schutz des Privatlebens sowie die Rechtsgleichheit und das Diskriminierungsverbot, wie

in der AEMR festgelegt, zu achten und auf ihrem Staatsgebiet durchzusetzen (vgl. UNO-Pakt II 1966: Art. 6-26). Die Schweiz hat diesen Pakt 1992 ratifiziert.

2.1.5 Grundrechte

Bei den Grundrechten handelt es sich um Menschenrechte, die in der Verfassung eines Staates stehen (vgl. Fritzsche 2004: 22). Es sind Rechte, welche die Mitglieder einer Gesellschaft gegenüber dem jeweiligen Staat geltend machen können. Einerseits handelt es sich um Abwehrrechte, die vor dem Eingreifen des Staates schützen. Andererseits gewährleisten Grundrechte durch die Definition von Ansprüchen die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (vgl. Kiener/Kälin 2013: 8-10).

2.1.6 Die Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft

Die Bundesverfassung der Schweizerische Eidgenossenschaft (BV) enthält von Artikel 7 bis Artikel 34 einen Katalog an Grundrechten. Artikel 7 besagt, dass die Würde des Menschen zu achten und zu schützen ist (vgl. BV 7). Weiter hält Artikel 10 fest, dass jeder Mensch das Recht auf Leben und auf persönliche Freiheit hat (vgl. BV 10).

Gemäss Artikel 36 der BV ist eine Einschränkung der Grundrechte nur erlaubt, wenn ernste, nicht anders abwendbare Gefahr droht, öffentliches Interesse vorliegt oder die Grundrechte Dritter geschützt werden müssen. Ausserdem muss die Einschränkung verhältnismässig sein (vgl. BV 36 I bis III). Verhältnismässigkeit beinhaltet die Elemente Zwecktauglichkeit, Erforderlichkeit und Zumutbarkeit (vgl. Häfeli 2013: 109f.).

2.2 Das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht

Die bisher genannten Rechtsquellen betreffen alle Mitglieder und Bereiche unserer Gesellschaft. Als spezifische Regelung der Sozialen Arbeit im Erwachsenenschutz in der Schweiz wird nun das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) betrachtet.

Am 1. Januar 2013 wurde das 100jährige Vormundschaftsrecht durch das KESR ersetzt. Als Teil des Schweizerischen Zivilgesetzbuches soll das KESR die Selbstbestimmung des Einzelnen gewährleisten und das staatliche Eingriffshandeln regeln. Der Schutz der Schwachen und der Erhalt der grösstmöglichen Selbstbestimmung sind die Leitidee des neuen Rechts (vgl. Häfeli 2013: 25f.). Als eigentlicher Zweck des KESR ist dies in Art. 388 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) festgehalten. Häfeli spricht vom „Idealbild des selbstbestimmten Menschen als Ausdruck der Menschenwürde“ (ebd.: 27).

Mit Inkrafttreten des KESR wurden auch die bisherigen Vormundschaftsbehörden, zumeist Laienbehörden, durch die professionellen und interdisziplinären Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB) abgelöst. Die KESB ist ein Gremium aus mindestens drei Personen. Ein Behördenmitglied muss zwingend über eine juristische

Ausbildung verfügen. Weitere Disziplinen, welche in der KESB vertreten sein können, sind Psychologie, Pädagogik, Medizin und Soziale Arbeit (vgl. Häfeli 2013: 265).

Auf der Grundlage des neuen KESR erteilt die KESB Mandate im Kindes- und Erwachsenenschutz zuhanden von Mandatsträgerinnen und Mandatsträgern. Dies können Privatpersonen oder Fachpersonen von privaten oder öffentlichen Sozialdiensten oder Berufsbeistandschaften sein (vgl. Häfeli 2013: 161). Es existiert in der Schweiz kein einheitliches Berufsbild oder verbindlicher Kodex für Berufsbeiständinnen und Berufsbeistände. Heute wird in Stellenausschreibungen für diese Tätigkeit fast ausnahmslos nach Professionellen der Sozialen Arbeit gesucht. Entsprechende Ausbildungsmodulare werden durch Fachhochschulen für Soziale Arbeit angeboten. „Berufsbeiständinnen und Berufsbeistände sind Fachpersonen, vorwiegend Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Juristinnen und Juristen, Personen mit höherer Verwaltungsausbildung (...)“ (ebd.: 161).

Bei Erwachsenen wird eine Beistandschaft errichtet, wenn eine volljährige Person „wegen einer geistigen Behinderung, einer psychischen Störung oder eines ähnlichen in der Person liegenden Schwächezustands ihre Angelegenheiten nur teilweise oder gar nicht besorgen kann“ (ZGB 390 I) oder wenn „wegen vorübergehender Urteilsunfähigkeit oder Abwesenheit“ (ZGB 390 II) eine Stellvertretung nötig wird.

„Die Erwachsenenschutzbehörde umschreibt die Aufgabenbereiche der Beistandschaft entsprechend den Bedürfnissen der betroffenen Person. Die Aufgabenbereiche betreffen die Personensorge, die Vermögenssorge oder den Rechtsverkehr.“ (ZGB 391 I und II) Unterschieden werden Begleitbeistandschaft, Mitwirkungsbeistandschaft, Vertretungsbeistandschaft und umfassende Beistandschaft. In Abhängigkeit vom Grad der Schutzbedürftigkeit der betroffenen Person wird im Sinne einer Massschneiderung in jedem Fall die Massnahme individuell ausgeformt. Eine Massnahme muss immer verhältnismässig sein. Das heisst, sie muss erforderlich und geeignet sein. Ausserdem werden Massnahmen nur subsidiär angeordnet, wenn also keine anderen privaten oder öffentlichen Unterstützungsmöglichkeiten die nötige Begleitung bieten können (vgl. ZGB 389). Eine weitere behördliche Massnahme ist die Fürsorgerische Unterbringung (FU). Auf sie bezieht sich die Fragestellung dieser Arbeit ganz konkret. Die gesetzlichen Grundlagen für die FU werden im nächsten Abschnitt erörtert.

2.2.1 Fürsorgerische Unterbringung

Die Anwendung der FU wird in Artikel 426 bis 439 ZGB geregelt und stellt einen schweren Eingriff in die Grundrechte dar. Die FU bezweckt, einer Person in einer geeigneten Institution die nötige Betreuung und Behandlung zukommen zu lassen. Grund dafür kann ein Schwächezustand wie eine psychische Störung, eine geistige Behinderung oder

schwere Verwahrlosung sein (vgl. ZGB 426). Dahinter steht die Absicht, die Menschenwürde zu wahren, wenn die betroffene Person selbst nicht mehr in der Lage ist für sich zu sorgen (vgl. Häfeli 2013: 236f.). Der Schwächezustand muss eine Hilfsbedürftigkeit zur Folge haben, welche eine stationäre Aufnahme zwingend erfordert (vgl. ebd.: 237). Auch hier gelten gemäss Art. 389 ZGB die Prinzipien der Subsidiarität und der Verhältnismässigkeit. Zur Einschätzung der Urteilsfähigkeit im Zusammenhang mit einer FU nimmt das ZGB nicht Stellung. Die FU dient primär dem Schutz der betroffenen Person. Es soll damit aber auch der Belastung und dem Schutz von Dritten und Angehörigen Rechnung getragen werden (vgl. ebd.: 238). Gemäss Bundesgericht gehört es zum Schutzauftrag „eine kranke bzw. verwirrte Person davon abzuhalten, eine schwere Straftat zu begehen“ (BGE 5A_607/2012: E.5.2). Eine Fremdgefährdung oder die Verletzung gesellschaftlicher Normen allein genügen aber nicht für eine FU (vgl. Häfeli 2013: 237f.). So hat das Bundesgericht entschieden, dass der Schutz Dritter nicht Zweck der FU ist (vgl. Kley 2012: 202 sowie BGE 5A_607/2012: E.3.).

Kann dagegen die Gefährdung einer Person durch sich selbst ein Grund für eine FU sein? Kley führt aus, dass als Teilgehalt von Art. 10 Abs. 2 BV jeder Einzelne das Recht hat, über seine persönliche Integrität selbst bestimmen zu dürfen (vgl. Kley 2012: 177). Dies beinhaltet explizit die körperliche und geistige Unversehrtheit und die Bewegungsfreiheit (vgl. BV 10 II). Das Bundesgericht hält das Recht des Einzelnen auf seinen eigenen Tod fest und bezieht sich dabei auf das Recht zur Selbstbestimmung in Art. 8 Abs. 1 der EMRK. Demzufolge hat jede Person das Recht, über die Beendigung ihres eigenen Lebens zu entscheiden. Voraussetzung ist, dass die Entscheidung im Zustand der Urteilsfähigkeit gefällt wird (vgl. BGE 133 I 58 E. 6.2.1: 67). Hier besteht ein Widerspruch zum KESR und stellt die FU bei urteilsfähigen Personen im Falle einer Selbstgefährdung in Frage.

Kontrovers diskutiert wird die Tatsache, dass schwer verwahrloste Personen in einer Einrichtung untergebracht werden können. Verwahrlosung ist ein Zustand, dessen Beurteilung stark von den Normvorstellungen der jeweiligen Gesellschaft abhängig ist (vgl. Häfeli 2013: 236f.). Ein Freiheitseinschränkende Massnahme wegen Verwahrlosung läuft daher stets Gefahr, paternalistisch motiviert zu sein (vgl. Michel 2015: 813). Die EMRK zählt in Art. 5 Verwahrlosung nicht zu den Gründen, weshalb eine Zwangseinweisung erfolgen darf. Dagegen hat das Bundesgericht entschieden, dass die schwere Verwahrlosung ein Zustand ist, der mit der Menschenwürde nicht mehr vereinbar ist (vgl. BGE 128 III 12 E.3.). Wie Michel feststellt, scheint sich hier die Menschenwürde gegen ihren Träger zu richten (vgl. Michel 2015: 813). Rechtfertigt die Wahrung der Menschenwürde einen Eingriff gegen den Willen einer Person? „Zur Menschenwürde gehört auch, selber darüber bestimmen zu können, was die eigene Würde

ausmacht.“ (Kiener/Kälin 2013: 131) Es also ist zumindest fragwürdig, Autonomie als Teil der Menschenwürde zu bezeichnen und gleichzeitig diese Autonomie zu beschneiden, um eine gesellschaftlich normierte Menschenwürde zu wahren. Michel interpretiert Art. 426 Abs. 1 ZGB dahin gehend, dass eine Unterbringung bereits erfolgen darf, wenn schwere Verwahrlosung droht. Dieser Zustand muss noch nicht eingetreten sein (vgl. Michel 2015: 812f.). Sie betont aber, dass die Norm nicht dazu missbraucht werden darf, Menschen zu disziplinieren und gesellschaftskonform zu machen (vgl. ebd.: 814). Vor allem beanstandet sie, dass im Unterschied zu einer Unterbringung wegen einer psychischen Störung (vgl. ZGB 450e III) bei Unterbringung wegen Verwahrlosung kein Gutachten erforderlich ist, was gerade bei dieser schwer objektivierbaren Thematik sinnvoll wäre (vgl. Michel 2015: 819).

Eine Person, die freiwillig in eine Institution eingetreten ist, darf während maximal drei Tagen dort festgehalten werden, wenn sie sich oder Dritte mit dem Verlassen der Institution gefährdet (vgl. Häfeli: 239). Nach drei Tagen muss ein Entscheid eines Arztes oder einer Erwachsenenschutzbehörde vorliegen. Ansonsten darf die Person nicht länger zurückbehalten werden. Interessant und irritierend ist, dass das ZGB in Artikel 427 zur Zurückbehaltung freiwillig Eingetretener ausdrücklich die Selbst- und Fremdgefährdung als Gründe nennt (vgl. ZGB 427 I), während in Artikel 426 betreffend Einweisung mittels FU in erster Linie von einer Behandlungs- und Betreuungsbedürftigkeit die Rede ist (vgl. Häfeli 2013: 237 sowie ZGB 426 I). Der Schutz Dritter muss dabei nur berücksichtigt werden und ist wie oben bereits erwähnt für sich allein kein hinreichender Grund für eine Einweisung (vgl. Häfeli 2013: 238 sowie ZGB 426 II).

Für die Anordnung ist die Erwachsenenschutzbehörde am Wohnsitz der betroffenen Person zuständig (vgl. ZGB 428 und 442). Die Kantone können auch Ärztinnen und Ärzte bestimmen, welche eine FU für eine bestimmte Zeit, maximal für sechs Wochen anordnen können (vgl. ZGB 429).

Die KESB überprüft die Massnahme nach spätestens sechs Monaten. Bei einer Verlängerung ist nach weiteren sechs Monaten, danach jedes Jahr eine erneute Überprüfung durchzuführen (vgl. ZGB 431).

Die behandelnden Ärzte müssen einen schriftlichen Behandlungsplan erstellen und der betroffenen Person zur Zustimmung unterbreiten (vgl. ZGB 433). Ohne ihre Zustimmung darf die Person nur dann behandelt werden, wenn sie bezüglich ihrer Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig ist oder wenn ihr oder Dritten ohne Behandlung ein ernsthafter Schaden droht (vgl. ZGB 434).

Personen, die für eine FU in einer Institution untergebracht werden, können eine Vertrauensperson benennen, die sie für die Dauer des Aufenthaltes in den Verfahren unterstützt (vgl. ZGB 432). Die betroffene Person oder ihre Vertrauensperson können

jederzeit ein Gesuch um Entlassung einreichen (vgl. ZGB 426 IV) oder unter bestimmten Bedingungen das Gericht anrufen (vgl. ZGB 439). Eine Beschwerde gegen eine FU muss nicht begründet werden (vgl. ZGB 450e I).

2.3 Urteilsfähigkeit

Für die Beurteilung, ob eine behördliche Massnahme verhältnismässig ist, spielt die Urteilsfähigkeit der betroffenen Person eine wichtige Rolle. Es macht einen wesentlichen Unterschied, ob Strategien zur Lebensführung auf einer selbstbestimmten Entscheidung in Kenntnis möglicher Konsequenzen oder auf Urteilsunfähigkeit basieren. Die grösstmögliche Selbstbestimmung des Einzelnen als Leitidee des KESR bedingt, dass Eingriffe in die autonome Lebensführung nur im Falle von Urteilsunfähigkeit oder Gefährdung der eigenen Sicherheit und Interessen zulässig sind. Im Folgenden wird die rechtliche Definition von Urteilsfähigkeit dargestellt.

Nach Art. 16 ZGB ist jede Person urteilsfähig, welche die Fähigkeit hat vernunftgemäss zu handeln (vgl. ZGB 16). Als mögliche Umstände, die vernunftgemässes Handeln beeinträchtigen können, werden Kindesalter, geistige Behinderung, eine psychische Störung, Rausch oder ähnliche Zustände genannt. Dabei darf nicht grundsätzlich vom Konzept eines perfekten Menschen ausgegangen werden. Gewisse Besonderheiten im Verhalten und emotionale Reaktionen, die von aussen betrachtet weder rational noch vernünftig wirken, sind jedem Menschen zuzugestehen (vgl. Breitschmid 2012: 95).

Handlungsfähig ist nach Art. 13 und 17 ZGB jede Person, die volljährig und urteilsfähig ist und nicht unter umfassender Beistandschaft steht (vgl. Hrubesch-Millauer/Bosshardt 2013: 12). Urteilsfähigkeit ist zeitlich und sachlich relativ. Sie kann vorübergehend sein und sie kann nur auf bestimmte Sachverhalte bezogen sein. Deshalb muss in jedem Fall überprüft werden, ob eine Person in einer Angelegenheit und zu einem bestimmten Zeitpunkt fähig ist, vernunftgemäss zu handeln (vgl. ebd.: 14). Urteilsfähigkeit ist die Regel und wird grundsätzlich vermutet.

Das vernunftgemässe Handeln setzt sich aus zwei Komponenten zusammen: die betroffene Person muss einerseits intellektuell in der Lage sein, den Sinn und die Konsequenzen einer Handlung zu erkennen und andererseits muss sie die Fähigkeit besitzen, nach ihrem eigenen freien Willen zu handeln (vgl. Hrubesch-Millauer/Bosshardt 2013: 13f.). Erst wenn objektive Zweifel vorliegen, darf die Urteilsfähigkeit in Frage gestellt werden (vgl. Breitschmid 2012: 100). Zweifel alleine genügen aber nicht. Vielmehr muss nachgewiesen werden, dass die intellektuellen Fähigkeiten oder die freie Willensbildung der betroffenen Person hinsichtlich einer bestimmten Handlung und zu einem bestimmten Zeitpunkt eingeschränkt sind (vgl. ebd.: 103). Dazu ist häufig die Einholung eines

medizinischen, psychologischen oder psychiatrischen Gutachtens erforderlich (vgl. Hrubesch-Millauer/Bosshardt 2013: 16).

Das Recht sieht den Menschen als ein Wesen, dessen Würde stets geachtet werden muss und dem infolgedessen Rechte zustehen. Selbstbestimmung ist nach dem KESR das oberste Gut und darf nur in zwingenden Fällen eingeschränkt werden. Hier stehen sich die Rechte des einzelnen Menschen und die Pflicht der Gesellschaft zum Schutz der Schwachen und Hilfsbedürftigen gegenüber. Da Selbstbestimmung ein zentraler Aspekt der Menschenwürde ist, stellen Beschränkungen der Selbstbestimmung einen Angriff auf die Würde der betroffenen Person dar. Andererseits soll durch die behördlichen Massnahmen ja gerade die Würde des Menschen gewahrt werden. Hier tut sich scheinbar ein Widerspruch auf. Das Recht bemisst die Anordnung einer Massnahme nach den Prinzipien von Subsidiarität und Verhältnismässigkeit. Kann einer Schutzbedürftigkeit nicht anders entsprochen werden und ist eine angeordnete Massnahme erforderlich und geeignet, so kann sie laut Recht höher gewertet werden als die Selbstbestimmung der betroffenen Person, unabhängig von deren Urteilsfähigkeit.

Im Erwachsenenschutz kooperieren, wie im Gesetz festgelegt, verschiedene Disziplinen miteinander. Das Recht ist eine davon. Als weitere beteiligte Profession wird im nächsten Kapitel die Soziale Arbeit dargestellt.

3 Die Soziale Arbeit

3.1 Soziale Arbeit als Akteurin im Erwachsenenschutz

Zunächst wird die Tätigkeit von Professionellen der Sozialen Arbeit als Mitarbeitende in den KESB oder als Mandatspersonen im Erwachsenenschutz betrachtet.

Als Behördenmitglieder sind Sozialarbeitende auf strategischer Ebene tätig. Abklärung von Schwächezuständen und Hilfsbedürftigkeit sowie das Anordnen, Anpassen oder Aufheben von entsprechenden Massnahmen gehören zu ihren zentralen Tätigkeiten. In der Mandatsführung sind Sozialarbeitende als Berufsbeiständinnen und Berufsbeistände für die Umsetzung dieser Massnahmen auf operativer Ebene verantwortlich. KESB und Mandatspersonen stehen sich als Auftraggeberin und Auftragnehmer gegenüber (vgl. Estermann/Hauri/Vogel 2016: 198). In der Regel alle zwei Jahre erstattet die Mandatsperson der KESB Bericht über den Verlauf der Massnahme (vgl. ebd.: 229).

In der Mandatsführung ist es Aufgabe der Beiständin oder des Beistandes, den Schwächezustand im Alltag zu erfassen und die Interventionen entsprechend zu planen. Dazu ist eine detaillierte Einschätzung von Ressourcen und Defiziten erforderlich. Der betroffenen Person möglichst viel Selbstbestimmung zugestehen bedeutet, immer wieder auch das Risiko des Scheiterns in Kauf zu nehmen, wenn die Fähigkeit zur Selbstbestimmung möglicherweise zu optimistisch eingeschätzt wurde (vgl. Rosch 2016: 82). So ist vielleicht ein selbständiges Wohnen doch nicht möglich und muss zugunsten eines betreuten Wohnens wieder aufgelöst werden. Oder die Verwaltung des Vermögens muss gänzlich durch die Beistandsperson übernommen werden, weil die Verschuldung unter der eigenverantwortlichen Regelung der finanziellen Angelegenheiten zugenommen hatte. Mandatspersonen pflegen eine persönliche Beziehung zu ihrer Klientel. Sie haben die Interessen ihrer Klientinnen und Klienten zu wahren und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, welches die Mandatsführung auch gegen den Willen der betroffenen Person möglich macht (vgl. Häfeli 2014: 188-191). Auch ist es Aufgabe der Mandatsführenden, Antrag auf Anpassung oder Aufhebung der Massnahme zuhanden der KESB zu stellen, wenn sich die Situation der betroffenen Person verändert hat (Heck 2016: 95).

Neben Fach- und Methodenkompetenz erfordert die Tätigkeit im Erwachsenenschutz von den Sozialarbeitenden eine hohe Sozialkompetenz, um die sozialen Beziehungen in diesem Kontext bewusst gestalten zu können und Selbstkompetenz, um persönliche Wertvorstellungen, Machtgefälle sowie persönliches und berufliches Engagement reflektieren und austarieren zu können (vgl. Häfeli 2014: 164f.).

Die Soziale Arbeit bewegt sich im Erwachsenenschutz in verschiedenen Spannungsfeldern. So ist es zum einen die Balance zwischen Selbst- und Fremdbestimmung, die in jedem Fall und in jeder Situation gefunden werden muss. Trotz

Schutzbedürftigkeit muss Selbstbestimmung in grösstmöglichem Ausmass gewährt werden (vgl. Rosch 2016: 81). In der Mandatsführung sind Sozialarbeitende zum anderen gefordert, im Geflecht zwischen Beratung, Begleitung, Vertretung und Kontrolle zu agieren (vgl. Estermann/Hauri/Vogel 2016: 198).

In der Führung der gesetzlich vorgegebenen Erwachsenenschutzmassnahmen bringt die Soziale Arbeit ihre professionelle fachliche und ethische Position ein. Diese sozialarbeiterische Interpretation der behördlichen Massnahmen wird nachfolgend erläutert.

3.2 Behördliche Massnahmen

Selbstbestimmung ist sowohl ein zentraler Wert im KESR als auch ein Grundwert der Sozialen Arbeit (vgl. Rosch 2016: 78). Das Ziel von behördlichen Massnahmen ist in erster Linie, Personen mit einem Schwächezustand die nötige Unterstützung zukommen zu lassen und die Selbstbestimmung der betroffenen Person zu erhalten und/oder zu fördern. Damit die angeordnete Massnahme die Schutzbedürftigkeit der betroffenen Person abdeckt, sie jedoch möglichst wenig in ihrer Selbstbestimmung einschränkt, muss in jedem Fall geklärt werden, wie die Massnahme massgeschneidert werden muss. Es liegt in der Verantwortung der KESB, die Schutzbedürftigkeit im Vorfeld der Anordnung einer Massnahme genau abzuklären. Diese Abklärungen erstrecken sich über biopsychosoziale, ökonomische und rechtliche Aspekte rund um die betroffene Person (vgl. Heck 2016: 92).

Eine behördliche Massnahmen soll in erster Linie den Schwächezustand einer Person lindern und deren grösstmögliche Selbstbestimmung wahren. Urteilsunfähigkeit ist keine Voraussetzung für eine behördliche Massnahme. So gibt es auch Massnahmen, welche Urteilsfähigkeit voraussetzen. Für eine Begleit- oder Mitwirkungsbeistandschaft ist es beispielsweise unerlässlich, dass die betroffene Person urteilsfähig ist, ihren Willen bekundet und in den entsprechenden Angelegenheiten selbst Verantwortung übernimmt. Behördliches Eingreifen trotz Urteilsfähigkeit und vernunftgemäsem Handeln birgt die Gefahr, dass versucht wird, Verhaltensweisen, die nicht den gängigen Vorstellungen entsprechen, durch Massnahmen des KESR an die gesellschaftliche Norm anzupassen. Die Soziale Arbeit muss die Anordnung solcher Massnahmen und ihre Rolle sorgfältig reflektieren, um nicht zur Vollstreckerin von staatlichen Disziplinierungsmassnahmen zu werden (vgl. Fountoulakis/Rosch 2016: 461). Grund für eine Massnahme muss immer eine Schutzbedürftigkeit sein, die in der Person selbst begründet ist. Eine unkonventionelle Lebensform an sich ist kein Anlass zur Errichtung einer Massnahme. Das Gleiche gilt für die FU, welche einen massiven Eingriff in die Freiheitsrechte der betroffenen Person darstellt. Die FU ist eine Zwangseinweisung in eine Institution gegen

den Willen einer urteilsfähigen Person oder gegen den mutmasslichen Willen einer urteilsunfähigen Person (vgl. Dubno/Rosch 2016: 554). Eine FU ist nur verhältnismässig, wenn sie eine geeignete Massnahme ist um die Selbstbestimmung der betroffenen Person wieder herzustellen, bzw. die Schutzbedürftigkeit zu stabilisieren oder zu mindern (vgl. ebd.: 554f.). In einem interdisziplinären Umfeld sind die Professionellen der Sozialen Arbeit gefordert, sich nicht nur auf juristische Formulierungen oder Wissen aus ihren Bezugswissenschaften zu stützen, sondern die Notwendigkeit einer solchen Massnahme genauestens nach ihren eigenen professionsethischen Leitlinien zu prüfen und ihre eigene Position zu formulieren. Für die Anordnung und die Überprüfung der FU ist grundsätzlich die KESB zuständig. Die Mandatsperson kann mit einem entsprechenden Antrag an die KESB gelangen, wenn sie im Verlaufe einer Beistandschaft die Behandlung oder Betreuung in einer Institution als notwendig erachtet, diese jedoch nicht anders als mit FU erfolgen kann. Ebenso wird sie im Verlaufe der FU mittels Bericht ihre Einschätzung betreffend Aufhebung oder Weiterführung der Massnahme abgeben. Es liegt in der Natur behördlicher Massnahmen, dass sie oft gegen den Willen der betroffenen Personen verfügt werden. Man spricht daher von einem Zwangskontext, in dem Professionelle und Klientel miteinander kooperieren. Nachfolgend wird auf dieses Charakteristikum des Erwachsenenschutzes eingegangen.

3.2.1 Soziale Arbeit im Zwangskontext

Der Begriff „Zwang“ wird in der Sozialen Arbeit nicht im gleichen Sinne verwendet wie im Recht. Wenn im Rahmen der Sozialen Arbeit von Zwang die Rede ist, so sind damit von aussen wirkende Einflüsse auf die klientenseitige Kontaktnahme mit Sozialen Diensten gemeint (vgl. Kähler/Zobrist 2013: 18). Wenn eine Person freiwillig die Angebote der Sozialen Arbeit in Anspruch nimmt, so bedeutet das, dass sie den Kontakt selbständig initiiert hat. Kam der Kontakt aber unter dem Einfluss von Drittpersonen oder gar durch rechtliche Vorgaben zustande, so ist die Zusammenarbeit unfreiwillig (vgl. ebd.: 18). Dabei weist Unfreiwilligkeit eine grosse Spannweite auf. Von Zwang kann gesprochen werden, wenn der erzeugte Druck zur Kontaktaufnahme so gross ist, dass er klientenseitig Widerstand und Ablehnung zu durchbrechen vermag. „Zwang im Rahmen der gesetzlichen Sozialen Arbeit meint durch *das Berufsverständnis und die Berufsethik legitimiertes Handeln gegen den Willen der Klientenschaft* [Hervorhebung im Original].“ (Rosch 2016: 69)

Meist sind es behördliche Anordnungen, ein gesetzlicher Auftrag oder auch informeller Druck durch Personen des privaten oder beruflichen Umfelds, welche den Rahmen für die Arbeit mit unfreiwilligen Klienten bilden (vgl. Widulle 2012: 130).

Gerade Personen in schwierigen Lebenssituationen fällt es schwer, aktiv Hilfe zu organisieren. In besonders belasteten Problemgruppen ist der Anteil der Personen, die über wenig Kompetenzen und eingeschränkte kognitive Möglichkeiten verfügen, die wenig Selbstwirksamkeitserfahrungen gemacht und über die Jahre eine erlernte Hilflosigkeit entwickelt haben, überdurchschnittlich hoch (vgl. Kähler/Zobrist 2013: 20). Soziale Arbeit im Zwangskontext hat folglich vorwiegend mit Menschen zu tun, die über wenig materielle, intellektuelle und/oder soziale Ressourcen verfügen.

Letztlich ist es aber nicht die Frage von Freiwilligkeit oder Unfreiwilligkeit, welche für eine gelingende Kooperation mit Klienten im Zwangskontext entscheidend ist, sondern ob es gelingt, ein Arbeitsbündnis zu bilden und die Motivation der Klienten zu wecken (vgl. Kähler/Zobrist 2013: 43). Im Umgang mit Reaktanz empfiehlt Rosch, Widerstand nicht mit Widerstand zu begegnen, Ambivalenzen aufzuzeigen, den Fokus immer wieder weg von sehr schwierigen auf einfacher zu bearbeitende Themen zu lenken und die persönliche Kontrolle und Wahlfreiheit der Klientin oder des Klienten zu betonen (vgl. Rosch 2016: 71f.). Auftrags- und Rollenklärung sowie Beziehungsgestaltung durch vertrauensbildende Massnahmen fördern beim Gegenüber die Motivation und sind wichtige Faktoren für eine gelingende Kooperation (vgl. ebd.: 74-78).

3.3 Erwachsenenenschutz im Kontext von psychischer Beeinträchtigung

Am Beispiel einer Person mit einer psychischen Störung lassen sich die bisherigen Ausführungen sehr gut darstellen. Die psychische Störung erfüllt die Voraussetzung des Schwächezustandes für eine Erwachsenenenschutzmassnahme (vgl. Maranta/Terzer 2016: 488-490). Oftmals werden diese Personen erst auf Betreiben von Angehörigen, Therapeuten oder der Justiz zu Klienten im Erwachsenenenschutz. Je nach Krankheitseinsicht und -verlauf ist das Ausmass des angewandten Zwangs unterschiedlich. Während die einen nach anfänglichen Widerständen die behördliche Massnahme als Entlastung und Unterstützung schätzen, ist bei anderen die Kooperation von Ablehnung und Verweigerung geprägt. Dazu kommt, dass zur Charakteristik vieler psychischer Krankheitsbilder ein schwankender, schubweiser Verlauf gehört. So wechseln sich in der Kooperation mit diesen Personen Zeiten der Stabilität, in denen sie ihre Verpflichtungen weitgehend selbständig wahrnehmen können mit Phasen der Überforderung und grosser Hilfsbedürftigkeit ab. Aus Sicht der Betroffenen sind dies Phasen, in denen sie oftmals stark mit ihrem Leben, ihrer Krankheit und ihrer Abhängigkeit hadern. Sie versuchen auszubrechen, was sich im Verlust von Beziehungen, Wohnung oder Arbeitsplatz zeigen kann. Für Mandatspersonen sind diese Klienten in solchen Krankheitsphasen nur schwer oder gar nicht erreichbar. Es kann vorkommen, dass über Wochen und Monate unklar ist, wo sich die Person aufhält und wie es ihr geht.

Die Zusammenarbeit ist geprägt von sehr viel Unstetigkeit, sowohl im Denken als auch im Verhalten der Betroffenen. Vielleicht ist es unmöglich, ein strukturiertes Gespräch zu führen. Im praktischen Alltag ist es nicht immer nachvollziehbar, ob bezüglich bestimmter Aspekte oder gar umfassend eine vorübergehende, krankheitsbedingte Urteilsunfähigkeit besteht oder ob die geäußerten Wünsche und Gedanken dem wirklichen Willen der betroffenen Person entsprechen. Das Anvisieren von Zielen oder das Verfolgen eines Handlungsplanes muss zurückgestellt werden. Hier gilt es in erster Linie das Beziehungsangebot aufrecht zu erhalten, die Vernetzung der beteiligten Fachpersonen zu stärken und zu versuchen, mit gezielten Interventionen die Sicherheit und die Lebenssituation der betroffenen Person positiv zu beeinflussen. Erst wenn eine drohende Schädigung nicht mehr anders abzuwenden ist, darf eine weitergehende behördliche Massnahme in Betracht gezogen werden.

Hiermit ist klar geworden, dass mit der Psychiatrie eine weitere Disziplin im Erwachsenenschutz mitwirkt. Sie bringt wiederum ihr spezifisches Fachwissen und ihre Haltung ein. Dazu folgen die Ausführungen im nächsten Kapitel.

4 Die Psychiatrie

4.1 Psychische Störung

Eine Verhaltensauffälligkeit oder die Symptomatik einer Erkrankung wird in der Psychiatrie als psychische Störung bezeichnet. Die Symptomatik beinhaltet Denk- und Verhaltensmuster, welche von der Norm abweichen (vgl. Berger 2015: 36f.).

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), welche aktuell in ihrer 10. Fassung (ICD-10) vorliegt, ist in der Schweiz Grundlage für die Diagnostik bei Erwachsenen. Nach der ICD-10 gelten die nachfolgend aufgeführten Hauptgruppen von Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten als psychische Störungen.

- F0 Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3 Affektive Störungen
- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F7 Intelligenzminderung
- F8 Entwicklungsstörungen
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

(vgl. Berger 2015: 40)

Die ICD-10 ist eine Zusammenstellung von Symptomen, welche von Experten festgelegt wurde und einen internationalen Konsens darstellt. Sie beinhaltet jedoch nicht zwingend den aktuellsten Stand der Wissenschaft (vgl. Berger 2015: 37). In verschiedenen Untergruppen werden die Störungen weiter differenziert.

Wie kaum eine andere Disziplin wird die Psychiatrie vom geltenden Menschenbild beeinflusst (vgl. Meier-Allmendinger 2009: 196). Die Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten und Störungen ist stark von der Bewertung einer Gesellschaft abhängig. Diese wurde in der Vergangenheit oftmals höher gewertet als die Autonomie der Patienten und hatte grossen Einfluss auf Betreuung und Therapie. Die Psychiatrie kämpft bis heute dagegen an, als politisches und gesellschaftliches

Disziplinierungsinstrument wahrgenommen zu werden (vgl. Hoff 2005: 9f. sowie Maio 2005: 160f.).

Es gibt bisher keine Untersuchung dazu, in welcher Häufigkeit psychische Störungen im Allgemeinen und die einzelnen Hauptgruppen im Besonderen zu Zwangsunterbringungen führen. Einigkeit besteht aber darüber, dass psychische Störungen aufgrund der oft einhergehenden Einschränkung der Urteils- und Selbstbestimmungsfähigkeit und der Belastung des sozialen Umfeldes manchmal ein Eingreifen gegen den Willen der betroffenen Person erfordern (vgl. Lauber 2005: 105).

Im Folgenden sollen ethische Grundsätze und aktuelle Positionen aufzeigen, welchen Stellenwert der Mensch und seine Autonomie in der heutigen Psychiatrie einnehmen.

4.2 Medizinethische Richtlinien

In der Schweiz hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) Richtlinien für die Beantwortung von Fragen im Zusammenhang mit Zwangsmassnahmen in der Medizin herausgegeben. Diese Richtlinien gelten für Ärzte, Pflegefachpersonen und Therapeuten. Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) hat die Richtlinien für ihre Mitglieder zum verbindlichen Standesrecht erklärt (vgl. SAMW 2015: 6). Die Richtlinien beschreiben die rechtlichen Rahmenbedingungen rund um Zwangsbehandlungen und FU und erläutern wichtige Begriffe. Weiter enthalten sie Grundsätze, welche bei der Anwendung von Zwang eingehalten werden müssen und gehen auf die verschiedenen Anwendungsfelder ein.

Diese Richtlinien der SAMW, welche 2015 komplett überarbeitet und an das neue Erwachsenenschutzrecht angepasst wurden, gelten auch für die Psychiatrie. In diesem Fachbereich ist die Anforderung an die ethische Kompetenz der Professionellen besonders hoch, da jede Entscheidung mit ethischen Fragestellungen verknüpft ist. Meier-Allmendinger stellt denn auch in Frage, ob die gängigen medizinethischen Grundlagen ausreichen, um die ethischen Fragen, welche sich in der Psychiatrie zwangsläufig bei sehr vielen Behandlungen stellen, zu beantworten. Gleichzeitig vertritt sie, dass psychische Störungen genau wie somatische Leiden eine Form menschlicher Krankheit sind und deshalb keine eigene Ethik brauchen (vgl. Meier-Allmendinger 2009: 195). Wie bereits ausgeführt wurde ist die Wahrnehmung der Psychiatrie in unserer Gesellschaft ohnehin mit vielen Vorurteilen behaftet. Ihr neben den anderen Bereichen der Medizin eine Sonderstellung zu geben, würde diese Disziplin und ihre Patienten noch vermehrt stigmatisieren.

Entlang einiger zentraler Begriffe werden nun die medizinethischen Richtlinien der SAMW und verschiedene Positionen der Psychiatrie erläutert.

4.3 Autonomie

Die SAMW bezeichnet die Selbstbestimmung als Leitprinzip der medizinischen Ethik. Gleichwohl gibt es Situationen, in denen die Anwendung von Zwangsmassnahmen unumgänglich ist. Von den verantwortlichen Fachleuten in Medizin und Pflege, welche dem Fürsorge- und Nichtschadensprinzip verpflichtet sind, verlangt dies eine besondere ethische und juristische Rechtfertigung (vgl. SAMW 2015: 13f.).

„Dem Prinzip der Autonomie liegt die Respektierung der prinzipiellen Unverfügbarkeit durch Dritte zugrunde.“ (Maio 2005: 147) Der Wille einer Person muss auch dann respektiert werden, wenn er der Einschätzung des Arztes entgegengesetzt ist. Der autonome Wille ist immer höher zu werten als das Prinzip der Fürsorge (vgl. ebd.: 151). Es ist aber zu prüfen, ob eine momentane Willensäußerung tatsächlich dem autonomen Willen entspricht, oder ob es sich dabei um eine durch pathologische Prozesse motivierte Regung handelt. Maio bezeichnet es als verkürzte Autonomie, wenn jede Willensäußerung befolgt wird (vgl. ebd.: 151). Vielmehr gilt als Leitlinie die Überlegung, ob die betroffene Person zu einem späteren Zeitpunkt eine Entscheidung oder eine Massnahme positiv beurteilen würde (vgl. Maio 2005: 150).

Als Voraussetzungen für eine autonome Willensbildung nennt Maio fünf Komponenten:

1. Einwilligungsfähigkeit: Die betroffene Person kann in Bezug auf eine konkrete Massnahme die relevanten Informationen aufnehmen, verarbeiten und die Konsequenzen ihrer Einwilligung ableiten (vgl. ebd.: 152).
2. Intentionalität: Nach erfolgter Aufklärung duldet die betroffene Person eine Massnahme nicht einfach, sondern beabsichtigt sie (vgl. ebd.: 153).
3. Freiwilligkeit: Die betroffene Person wird nicht durch äussere Einflüsse wie ökonomische oder psychologische Aspekte gesteuert. Dies schliesst jede Manipulation sowie auch die Überredung durch das Behandlungsteam aus (vgl. ebd.: 154).
4. Verstehen: Die betroffene Person versteht die medizinischen Informationen sowie die Auswirkungen auf ihre soziale Situation und die konkreten Lebensumstände (vgl. ebd.: 154f.).
5. Authentizität: Die autonome Willensbildung muss dem subjektiven Wertemassstab der betroffenen Person entsprechen (vgl. ebd.: 155).

Autonomie darf in keinem Falle nur von Vernunft abhängig gemacht werden. Die Art der Entscheidungen und Handlungen einer Person müssen nicht dem Wertesystem der Beurteilenden entsprechen (vgl. Dittmann 2014: 44). Jeder Mensch hat das Recht, unvernünftig, unmoralisch und unverständlich zu handeln. Das geht soweit, dass eine

Person ihr eigenes Leben aktiv beenden darf. Bedingung ist einzig, dass die Handlung dem autonomen Willen der Person entspricht und nicht durch eine psychische Störung begründet ist (vgl. Dittmann 2014: 44).

4.4 Zwang

Zwang wird von der SAMW definiert als Massnahme im medizinischen Kontext gegen den Willen eines Patienten. Der Wille kann den Aussagen des Patienten oder früher gemachten Äusserungen oder Aufzeichnungen entnommen werden. Die Willensäusserung kann verbal, nonverbal oder durch Abwehr zum Ausdruck kommen (vgl. SAMW 2015: 7). Dabei vertritt die SAMW den Standpunkt, dass Zwangsmassnahmen bei urteilsfähigen Patienten grundsätzlich nicht zulässig sind und nur im Rahmen einer FU, im Strafvollzug, im Rahmen des Epidemiegesetzes oder auf einer kantonalen Gesetzesgrundlage zur Anwendung kommen können (vgl. ebd.: 8).

Zwang umfasst gemäss SAMW vier Dimensionen:

1. Der Grad der Selbstbestimmung einer Person bezüglich einer Massnahme kann sehr unterschiedlich sein. Bei Patienten, welche an einer psychischen Störung leiden, kann die Willensbildung infolge Schwäche und Ambivalenz beeinträchtigt sein. Möglicherweise ist der Patient gar urteilsunfähig. In dieser Dimension wird von Zwang gesprochen, wenn eine Massnahme gegen den Willen einer urteilsfähigen Person oder gegen den mutmasslichen Willen einer urteilsunfähigen Person durchgeführt wird (vgl. SAMW 2015: 33).
2. Das Verhalten einer Person gegenüber einer Massnahme kann variieren zwischen Zustimmung, implizitem Einverständnis, Duldung, expliziter verbaler Ablehnung und physischem Widerstand. Hier wird unter Zwang die Missachtung der verbalen oder physischen Ablehnung verstanden (vgl. ebd.: 33).
3. Eine weitere Dimension stellt der Zweck einer Zwangsmassnahme dar. Dieser kann in einer therapeutischen Massnahme, einer präventiven Massnahme oder einer Massnahme zum Schutz Dritter bestehen (vgl. ebd.: 35).
4. Die Invasivität einer Massnahme kann irgendwo zwischen fehlendem und hochgradigem Zwang liegen. Mögliche Abstufungen sind dabei: „Bessere Information, Beratung, Empfehlung, Überzeugung, Überredung, Manipulation, Täuschung, Druck, Androhung von Strafen, kontinuierliche Überwachung, Einrichtung mechanischer Barrieren, Anwendung körperlicher Gewalt“ (ebd.: 35). Dazu kommt die Frage, ob die Massnahme invasive Methoden beinhaltet oder nicht (vgl. ebd.: 35).

Bei der Anwendung von Zwang werden verschiedene Massnahmen unterschieden: Die Zwangsbehandlung ist eine Verabreichung von Medikamenten oder die Anwendung einer Therapie zur Erhaltung oder zur Wiederherstellung der Gesundheit gegen den Willen eines Patienten (vgl. SAMW 2015: 9).

Als freiheitseinschränkende Massnahmen werden bewegungseinschränkende Massnahmen und andere Eingriffe in die Grundrechte eines Patienten bezeichnet. Die Einschränkung der Privatsphäre, der Entzug von als gefährlich erachteten Genussmitteln oder die Verweigerung von Besuchen zählen ebenfalls zu den freiheitseinschränkenden Massnahmen. Dabei können mechanische, medikamentöse oder psychologische Mittel eingesetzt werden (vgl. ebd.: 8f.).

Die FU ist eine Zwangsmassnahme, mit welcher ein Patient gegen seinen erklärten oder mutmasslichen Willen zur Therapie oder zur Betreuung in eine Institution eingewiesen werden kann (vgl. ebd.: 10f.).

Verschiedentlich wird darauf hingewiesen, dass die Art und das Ausmass des angewandten Zwangs nicht unbedingt mit dem persönlichen Erleben der betroffenen Person korrelieren müssen (vgl. Meier 2005: 75). So kann es jemand als viel schlimmer empfinden Medikamente einnehmen zu müssen als eingeschlossen zu sein (vgl. SAMW 2015: 35). Grundsätzlich jedoch ist jede Zwangsmassnahme ein schwerer Eingriff in die Persönlichkeitsrechte, welcher eine grosse Kränkung darstellen und Gefühle verletzen kann (vgl. Meier-Allmendinger 2009: 207).

Nach Lauber braucht es eine Diskussion, innerhalb welcher Rahmenbedingungen eine Zwangsmassnahme erfolgen darf (vgl. Lauber 2005: 106). Hell vertritt, dass Richtlinien in erster Linie dazu dienen müssen, Zwangsmassnahmen zu vermeiden (vgl. Hell 2005: 91). Letztlich muss aber die Entscheidung für oder gegen eine Zwangsmassnahme, unter Beachtung der medizinischen, ethischen und rechtlichen Richtlinien, immer im konkreten Einzelfall getroffen werden (vgl. Meier-Allmendinger 2009: 208).

Die Gefahr bei Zwangsmassnahmen liegt darin, dass ihre Anwendung dazu missbraucht werden kann, Menschen, die in ihrer Lebensführung und ihrem Verhalten nicht der Norm der Gesellschaft entsprechen, zu disziplinieren (vgl. Maio 2005: 159). Die Entscheidung für eine Zwangsmassnahme darf folglich nicht darauf basieren, was gesellschaftlich erwünscht ist. „Nicht die gesellschaftliche Norm ist Ausgangspunkt für diese Entscheidung, sondern die Norm, die dem Patienten selbst entspringt. Voraussetzung muss sein, dass die Krankheit dem Patienten die Chance genommen hat, eine Entscheidung zu treffen, die Ausdruck seiner eigenen Persönlichkeit ist.“ (Maio 2005: 160) Gleichwohl besagt das Gesetz, wie bereits erwähnt, dass auch die Belastung Dritter beim Entscheid für eine Zwangsunterbringung zu berücksichtigen ist (vgl. ZGB 426 II). Dabei ist in erster Linie das unmittelbare Umfeld der betroffenen Person gemeint. Aber auch hier spielen

gesellschaftliche Vorstellungen eine grosse Rolle. Das Abwägen zwischen gesellschaftlichen und individuellen Interessen ist also im Zusammenhang mit Zwangsmassnahmen unumgänglich (vgl. Hoff 2013: 411). Welche Verhaltensformen gelten als normal? Was wird von der Gesellschaft toleriert? Welches Risiko ist die Gesellschaft bereit zu tragen? (vgl. ebd.: 411) Die Beantwortung dieser Fragen darf aber nicht einfach auf die Psychiatrie abgewälzt werden, sondern muss in einem öffentlichen, sozialpolitischen Diskurs immer wieder thematisiert werden.

4.5 Subsidiarität und Verhältnismässigkeit

Um die Schädigung, die durch eine Zwangsmassnahme klientenseitig verursacht werden kann, zu vermeiden oder möglichst gering zu halten, muss immer die am wenigsten belastende Massnahme gewählt werden. Die Anwendung von Zwangsmassnahmen darf nur erfolgen, wenn keine andere Möglichkeit zur Intervention bleibt. Zudem muss sorgfältig abgeklärt werden, ob eine geplante Massnahme auch wirklich die geeignete Intervention ist (vgl. SAMW 2015: 14). Das Ziel einer Massnahme muss immer der Erhalt oder die Verbesserung der Fähigkeit zur selbstbestimmten Lebensführung sein, auch wenn dies mit einer vorübergehenden Einschränkung eben dieser verbunden ist (vgl. Maio 2005: 160).

4.6 Menschenwürde

Eine psychische Erkrankung betrifft einen Menschen und sein Leben in allen Aspekten. Sie kann nicht nur seine Lebensführung, sondern auch seine Persönlichkeit verändern. In unserer Gesellschaft haftet den Betroffenen noch immer das Stigma des Nicht-Normalen oder gar des Nicht-Menschlichen an (vgl. Achatz/Knoepffler 2014: S82). Stoecker bezeichnet das Stigma gar als die zweite Krankheit neben der eigentlichen Krankheit (Stoecker 2014: S22). Zwangsmassnahmen greifen massiv in die Grundrechte einer Person ein und können durch ihren bevormundenden Charakter zu Kränkung und Verlust des Selbstwertgefühles führen (vgl. Meier-Allmendinger 2009: 207). Durch Freiheitseinschränkungen, Verachtung, Vernichtung, Beleidigung, Erniedrigung und Stigmatisierung wird die Menschenwürde verletzt (vgl. Stoecker 2014: S22). Viele dieser Aspekte sind mit der Anwendung von Zwangsmassnahmen verbunden, zumindest aus Sicht der Betroffenen. Der Wahrung der Würde dieser Menschen kommt deshalb eine besondere Wichtigkeit zu.

Die SAMW zeigt in ihren Richtlinien zu Zwangsmassnahmen auf, unter welchen Bedingungen Zwangsmassnahmen durchgeführt werden dürfen, damit die Würde der betroffenen Person gewahrt wird. Sie nennt unter anderem geschützte Räumlichkeiten und Kompetenzen des Personals in Deeskalationstechniken, Betreuung und

Überwachung (vgl. SAMW 2015: 14f.). Das Prinzip der Menschenwürde impliziert, dass der Einzelne in seiner Subjektivität als autonomes Wesen respektiert wird und dass alle Menschen, unabhängig von ihren Eigenschaften, die gleichen Rechte haben (vgl. Achatz/Knoepffler 2014: S83). Gerade dann, wenn eine psychische Störung einen Menschen in seiner Autonomie beschränkt, steht ihm aufgrund der ihm inhärenten Würde die Achtung vor seinem Lebensentwurf und seinem (mutmasslichen) Willen zu (vgl. ebd.: S84). Die Menschenwürde stellt das eigentliche Wertfundament der Psychiatrie dar. Die konsequente Orientierung daran kann Betroffene und Behandelnde vor schweren Fehlern bewahren. Die Psychiatrie ist sich ihrer historischen Verantwortung bewusst. Missbrauch, wie er im Nationalsozialismus in Deutschland oder durch die administrativen Verwahrungen in der Schweiz passiert ist, darf sich nicht wiederholen (vgl. ebd.: S84). Das verlangt von den Verantwortlichen eine stete Auseinandersetzung mit dem Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge. In jedem Falle muss neu die Autonomie gegen mögliche Risiken und Chancen verschiedener Behandlungsmöglichkeiten abgewogen werden (vgl. Achatz/Knoepffler 2014: S84).

4.7 Einwilligungsfähigkeit

Einwilligungsfähigkeit ist in der Psychiatrie das Pendant zum juristischen Begriff der Urteilsfähigkeit. Damit ist die Urteilsfähigkeit in Bezug auf eine medizinische Behandlung gemeint (vgl. Meier Allmendinger 2009: 204). Um einwilligungsfähig zu sein, muss eine Person die relevanten Informationen verstehen können, daraus die richtigen Schlüsse ableiten, die entsprechende Entscheidung kommunizieren und allfällige Konsequenzen folgern können (vgl. ebd.: 204). Auch hier gilt, dass eine Person betreffend eines Sachverhaltes einmal urteilsfähig sein kann und ein anderes Mal nicht. Die SAMW definiert die Fähigkeit, eine Situation zu verstehen und nach eigenem, freien Willen eine Entscheidung zu fällen als Kernelement der Urteilsfähigkeit. Dabei gibt es keine Abstufungen. Eine Person ist betreffend einer Therapie oder einer Unterbringung urteilsfähig oder nicht (vgl. SAMW 2015: 11).

Urteilsfähigkeit bedeutet nicht, dass eine Person zwingend vernünftig handeln muss. Aber sie muss die Fähigkeit haben, vernunftgemäss zu handeln. Zu welchem Handeln sie sich letztlich entscheidet, spielt keine Rolle (vgl. Tur 2012: 140f.). „Die Tendenz zum unvernünftigen Handeln liegt grundsätzlich im normalen menschlichen Verhaltensrepertoire.“ (Dittmann 2014: 40) Urteilsfähigkeit darf also nicht vom Handeln einer Person abgeleitet werden. Für ihre Feststellung muss vielmehr in jedem Fall die individuelle Fähigkeit überprüft werden.

Die urteilsfähige Person ist mitverantwortlich für das Behandlungsprozedere und dessen Gelingen. Dagegen muss bei urteilsunfähigen Personen stellvertretend der mutmassliche

Wille eruiert werden (vgl. Baumann-Hölzle 2009: 155). Der Wille einer Person, die von einer psychischen Störung betroffen ist, kann durch die Symptome der Krankheit verzerrt oder verdeckt sein. Um die Werte und die Präferenzen dieser Person trotzdem erkennen zu können, darf sie nicht nur in einer Einzelsituation wahrgenommen werden, sondern es muss die Gesamtheit der Äusserungen und Willensbekundungen über eine längere Zeitspanne beurteilt werden (vgl. Meier-Allmendinger 2009: 206). Tur ist der Überzeugung, dass die Mehrheit der psychisch erkrankten Personen urteilsfähig ist und dass nur wenige psychiatrische Krankheitsbilder die Urteilsfähigkeit ausschliessen (vgl. Tur 2012: 140). Von einer psychiatrischen Diagnose darf folglich nicht auf die Urteilsfähigkeit der betroffenen Person geschlossen werden. Es muss im Einzelfall untersucht werden, ob jemand imstande ist, selbstbestimmte Entscheidungen zu fällen. Auch für Menschen mit einer psychischen Störung gilt, dass grundsätzlich von Urteilsfähigkeit ausgegangen wird. Urteilsunfähigkeit muss nachgewiesen werden.

4.7.1 informed consent

Der Begriff *informed consent* kann übersetzt werden mit *informierter Einwilligung* und steht für die Zustimmung zu einer medizinischen Massnahme durch die betroffene Person nach erfolgter Aufklärung. Diese Aufklärung muss für die betroffene Person verständlich sein und Informationen zu Chancen, Risiken und Alternativen einer Behandlung beinhalten (vgl. Zimmermann/Lob-Hüdepohl 2007: 304).

Ein gewisser Zeit- und Handlungsdruck lässt naheliegend und am einfachsten erscheinen, in den oft schwierigen Fragen im Zusammenhang mit der Unterbringung und Behandlung einer Person mit einer psychischen Störung über deren Kopf hinweg zu entscheiden. Ein solches Vorgehen mag in Notfallsituationen durchaus angebracht und gerechtfertigt sein (vgl. Sass 1996, zit. nach Meier-Allmendinger 2009: 198). Für ein Vorgehen, das von allen Beteiligten mitgetragen wird und möglichst erfolgreich sein soll, ist jedoch eine Einbindung der betroffenen Person in die Entscheidungsfindung unerlässlich (vgl. Hoff 2013: 412). Dabei gilt es herauszufinden, in welchem Ausmass die Störung die Autonomie der betroffenen Person einschränkt und in welchen Punkten sie in der Lage ist, sich an der Entscheidung zu beteiligen. So schliesst eine krisenbedingte Ambivalenz oder Entscheidungsunfähigkeit beispielsweise nicht aus, dass die Person Informationen zu ihrer Erkrankung und verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten aufnehmen kann (vgl. Meier-Allmendinger 2009: 199). „Keinesfalls darf allein aus einer Diagnose (...) auf Urteilsunfähigkeit geschlossen werden.“ (SAMW 2015: 12)

In einem Aufklärungsgespräch muss der Arzt der betroffenen Person alle relevanten Informationen zu Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten erläutern. Selbst wenn die Person nicht in der Lage ist, alle Informationen zu verstehen oder auf dieser Grundlage

selbst eine Entscheidung zu fällen, so beeinflusst doch ein solches Vorgehen das Gefälle zwischen Behandlungsteam und betroffener Person zugunsten letzterer. Der Einbezug der betroffenen Person vermittelt schliesslich nicht nur Informationen, sondern auch eine Haltung, die es der betroffenen Person einfacher macht, dem Behandlungsteam zu vertrauen und sich auf eine Behandlung einzulassen.

4.8 Das Recht, das eigene Leben zu beenden

Gemäss KESR setzt die FU eine Schutzbedürftigkeit voraus. Dies kann eine psychische Störung, eine geistige Behinderung oder eine schwere Verwahrlosung sein. Die notwendige Behandlung und Betreuung kann nicht anders gewährleistet werden. Ob die betroffene Person urteilsfähig ist oder nicht, stellt kein Kriterium dar (vgl. Dubno/Rosch 2016: 554). Damit definiert das KESR zwar einen Rahmen für die FU. Es bleiben aber viele Fragen offen. Wie oben bereits festgestellt, beinhaltet jede Entscheidung für eine FU auch die Abwägung zwischen individuellen und gesellschaftlichen Interessen. Welche Behandlung und Betreuung wird im Einzelfall als notwendig erachtet? Und aus welcher Perspektive geschieht dies?

Die Gesellschaft ist rechtlich und menschlich in der Pflicht, die Würde jedes Einzelnen zu wahren und Hilfe zu leisten, wenn eine Person nicht mehr für sich selbst sorgen kann. Aber welcher Zustand nicht mehr mit der Menschenwürde vereinbar ist, hängt stark von der gesellschaftlichen Normvorstellung ab. Hier muss zwischen bloss ungewöhnlichem und krankhaftem Verhalten oder Erleben unterschieden werden (Hoff 2013: 407). Wenn die Achtung der Autonomie jedes einzelnen das Leitprinzip darstellt, so muss diese auch bei Personen mit einer psychischen Störung höher gewertet werden als die Fürsorge. Dies trifft selbst dann zu, wenn das Leben der betroffenen Person bedroht ist. Die entscheidende Frage ist auch hier: „Liegt trotz Erkrankung ein autonomer Entscheid vor, was keineswegs ausgeschlossen ist, oder wurde die Autonomie der Person krankheitsbedingt wesentlich beeinträchtigt?“ (Hoff 2013: 407) In der Praxis dürfte es schwierig sein, diese Frage im Moment einer akuten Selbstgefährdung adäquat zu beantworten. Um zwischen dem aktuell geäusserten und dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person unterscheiden zu können, müssen die Verantwortlichen zuerst Einblick in deren Lebensentwurf und Wertvorstellungen erhalten. Hoff spricht hier von einem „interaktiven Prozess der Auseinandersetzung mit der Thematik auf der Seite des Betroffenen und des Behandlers“ (Hoff 2013: 409), welcher stattfinden muss. Stoecker sagt, dass der Mensch nicht nur als Betroffener in einer bestimmten Situation, sondern als zeitlich ausgedehnte Persönlichkeit betrachtet werden muss (Stoecker 2014: S23). Wenn eine Person über einen längeren Zeitraum immer wieder den Wunsch äussert, ihr Leben zu beenden, so darf ihr die Fähigkeit zur autonomen Willensbildung nicht aufgrund der

psychischen Störung abgesprochen werden. Die Abwägung wird in jedem individuellen Fall auf biographischer, sozialer und psychologischer Ebene erfolgen müssen (vgl. Hoff 2013: 409).

Es gibt aber immer wieder Fälle, in denen kein explizit geäußertes Wunsch nach Selbsttötung vorliegt, in denen aber die Lebensführung der Betroffenen eine permanente Selbstgefährdung darstellt. Dies betrifft alle im Gesetz erwähnten Formen von Schutzbedürftigkeit. Oft handelt es sich dabei um gemeinsame Klienten der Psychiatrie und der Sozialen Arbeit, da diese Personen durch ihre riskante Lebensweise nicht nur psychiatrisch, sondern in allen Lebensbereichen Unterstützung benötigen. Der Konsum von Suchtmitteln, mangelnde Selbstsorge, ungesunde Ernährung, riskantes Sexualverhalten, schlechte hygienische Verhältnisse und fehlende Nutzung der medizinischen Versorgungssysteme beeinträchtigen die bio-psycho-soziale Gesundheit. Wann hier ein Eingreifen auch gegen den Willen der betroffenen Person gerechtfertigt ist, muss vom Behandlungsteam und im interdisziplinären Diskurs bestimmt werden. Was die Soziale Arbeit aufgrund ihrer professionsethischen Leitlinien einbringen und wie sie argumentieren kann, dem widmet sich das folgende Kapitel.

5 Professionsethische Betrachtung

Die bisherigen Ausführungen haben sich der Definition von Begriffen und der Erläuterung verschiedener Positionen aus den jeweiligen Perspektiven des Rechts, der Sozialen Arbeit und der Psychiatrie gewidmet. Nachfolgend soll nun die ganze Thematik entlang der professionsethischen Leitlinien der Sozialen Arbeit betrachtet und zusammengefasst werden.

5.1 Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz

Der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz gibt ethische Richtlinien für das moralische und berufliche Handeln in der Sozialen Arbeit vor (vgl. AvenirSocial 2010: 1.1). Er ist ein Instrument zur ethischen Begründung des professionellen Handelns und dient als Orientierungshilfe bei der Entwicklung einer professionsethischen Haltung (vgl. ebd.: 1.2 und 1.3). Der Berufskodex folgt den Ethikrichtlinien der International Federation of Social Workers (IFSW) und der International Association of Schools of Social Work (IASSW) von 2004 (vgl. AvenirSocial 2010: 3.1). Die einzelnen Aspekte werden im Berufskodex weiter ausgeführt und konkretisiert. Die vorliegende Arbeit behandelt mit ihrer Fragestellung ausschliesslich Situationen im Rahmen Schweizerischer Verhältnisse und bezieht sich daher vorwiegend auf den Berufskodex des Schweizerischen Berufsverbandes für Soziale Arbeit.

5.2 Menschenwürde

„Die Professionellen der Sozialen Arbeit gründen ihr Handeln auf der Achtung der jedem Menschen innewohnenden Würde sowie den Rechten, welche daraus folgen.“ (AvenirSocial 2010: 8.1) Die Definition der Menschenwürde ist also grundlegend für die Haltung der Sozialen Arbeit. Menschenwürde ist ein Begriff, der bestimmte Verhaltensnormen impliziert und mit besonders hohen moralischen Anforderungen verbunden ist. Wem diese Würde inne ist, dem muss in einer besonderen Weise begegnet werden (vgl. Fischer/Gruden/Imhof/Strub 2008: 390).

Zu Menschenwürde gibt es unterschiedliche Konzeptionen. Sie kann an den Umstand gekoppelt werden, dass ein Wesen der Gattung Mensch angehört. Oder sie kann von bestimmten Eigenschaften abhängig gemacht werden (vgl. Fischer et. al. 2008: 390). Aus theologischer Perspektive kommt dem Menschen Würde auf Grund seiner Gottesebenbildlichkeit zu. Der Mensch wird hier als Gesandter Gottes betrachtet (vgl. Fischer et. al. 2008: 391). Eine andere Auffassung der Menschenwürde sieht diese begründet in der Fähigkeit des Menschen zu vernunftgesteuertem Handeln. Aufgrund dieser Vernunft steht dem Menschen das Recht auf Autonomie zu. Diese Auffassung hat

ihren Ursprung bei Kant, demzufolge ein Mensch nie Mittel zu einem nicht durch ihn selbst definierten Zwecke sein darf (vgl. ebd.: 392). Autonomie muss also jedem Menschen zugestanden werden. Menschenwürde ist nach der Ethik Sozialer Arbeit aber nicht daran gekoppelt, wie ein Mensch aktuell seine Autonomie ausüben kann (vgl. Lob-Hüdepohl 2007: 128).

Menschen erhalten soziale Anerkennung in der Form von Achtung. Aus dieser Achtung entwickelt der Mensch ein Selbstverständnis, welches in Selbstachtung mündet. Wenn sich Selbstachtung auch in ihrer individuellen Ausprägung unterscheidet, so macht doch die Selbstachtung den Anspruch aller Menschen auf Würde aus. Diese Selbstachtung ist es, die ihn angreifbar macht. Demütigung, Missachtung und Diskriminierung können den Menschen in seiner Selbstachtung und damit in seiner Würde verletzen (vgl. Menke/Pollmann 2007: 141f.). Alle Menschen haben das Recht auf Schutz ihrer Würde. Das schliesst jedes Wesen ein, das der Gattung Mensch zugeordnet werden kann. In den Fällen, wo Selbstachtung nur geringfügig oder gar nicht vorhanden – oder zumindest nicht erkennbar – ist, muss anwaltlich davon ausgegangen werden, dass auch diese Menschen an einem menschenwürdigen Leben interessiert sind. Das betrifft beispielsweise Menschen im Stadium eines Embryos, der Demenz oder im Koma (vgl. ebd.: 145).

Die Soziale Arbeit setzt sich für Schwache und Benachteiligte ein. In der Definition der Sozialen Arbeit von 2014 des IFSW werden soziale Gerechtigkeit, Menschenrechte, gemeinschaftliche Verantwortung und Anerkennung der Verschiedenheit als richtungsweisende Prinzipien genannt (vgl. IFSW/IASSW 2014: 2). Es ist klar, dass eine Auffassung von Menschenwürde, die an Leistung, Fähigkeiten oder ein Potenzial geknüpft ist und damit gerade die benachteiligten Menschen ausschliesst, nicht der Haltung der Sozialen Arbeit entsprechen kann.

5.2.1 Mensch und Person

Wichtig für die Beantwortung der Frage, wem Menschenwürde zukommt, ist die Definition von *Mensch* und *Person*. Es besteht Einigkeit darüber, dass als *Mensch* jedes Wesen gilt, das biologisch vom Menschen abstammt (vgl. Fischer et al. 2008: 401). Zum Begriff der *Person* gibt es dagegen verschiedene Definitionen. Als Zuschreibung kann er sich auf den funktionalen Zustand eines Menschen beziehen. Es werden damit Attribute wie verantwortliches Handeln, Selbstbewusstsein und die Anerkennung der eigenen Einzigartigkeit verbunden (Brumlik 2004: 96f.). Nach diesem Verständnis gibt es Menschen, die nicht als Personen bezeichnet werden können. Eine Person kann aber auch ein Mitglied einer sozialen Gruppe sein. Dabei sind es die gegenseitige Anerkennung und Achtung, die sie ausmachen (vgl. Fischer et al. 2008: 423). Diese

Position wird aus dem lebensweltlichen Verständnis unserer Gesellschaft abgeleitet, welches wesentlich durch das Christentum geprägt wurde. In diesem lebensweltlichen Verständnis werden auch Kranke, Komatöse und Behinderte mit einem Namen bezeichnet und als Individuen betrachtet (vgl. ebd.: 425f.).

Der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz enthält keine klare Begriffsdefinition. Er verwendet vorwiegend den Begriff Mensch und besagt, dass Würde jedem Menschen inne wohnt (vgl. AvenirSocial 2010: 8.1). Hier ist also das Zugestehen von Würde nicht von einer bestimmten Qualität des Menschseins abhängig.

Zum Grundsatz der Gleichbehandlung sagt der Berufskodex, dass Menschenrechte jeder Person zu gewähren sind, unabhängig von ihrer Leistung (vgl. AvenirSocial 2010: 8.4). Der Berufskodex basiert unter anderem auf der AEMR. Es ist also davon auszugehen, dass beide die gleiche Haltung vertreten. Die Präambel der AEMR besagt klar, dass alle Mitglieder der Gemeinschaft der Menschen über eine angeborene Würde verfügen. Interessanterweise verwendet die AEMR in der Präambel auch den Begriff der menschlichen Person. In Artikel 2 AEMR heisst es weiter, dass jeder Anspruch hat auf Menschenrechte, wobei jeder sich grammatikalisch wohl auf *Mensch* bezieht. Es macht den Anschein, als seien *Mensch* und *Person* nicht immer trennscharf oder sogar austauschbar.

Laut Art. 1 EMRK haben die Vertragsparteien die Menschenrechte aller ihrer Hoheitsgewalt unterstehenden Personen zu sichern. Hier bezeichnet der Begriff der *Person* einen Menschen als Staatsbürger.

Kley verweist auf die Bundesverfassung, welche im Grundrechtskatalog wiederholt den Begriff *Person* verwendet. Er bezeichnet dies als groben Fehler. Nach seiner Definition verfügt eine Person über bestimmte Fähigkeiten. Menschenwürde und Grundrechte müssen aber auch für jene Menschen garantiert werden, welche diese Fähigkeiten nicht haben (vgl. Kley 2012: 174).

Genau wie beim Begriff der Menschenwürde besteht auch bei der Benennung eines Menschen als *Person* das Problem, dass einzelne Definitionen bestimmte Menschengruppen ausklammern. Wenn *Mensch* einzig eine Bezeichnung für eine bestimmte Gattung ist, und erst die Zuschreibung *Person* aus einem unbestimmten Wesen ein einzigartiges, sozial anerkanntes und Würde inne habendes Mitglied der Gesellschaft macht, so würde dies alle Menschen, welche den Anforderungen des Status *Person* nicht entsprechen, von der Menschenwürde ausschliessen. Dies widerspräche einerseits den internationalen und schweizerischen Ethikprinzipien der Sozialen Arbeit und wäre andererseits mit der Tätigkeit der Sozialen Arbeit nicht vereinbar.

Im Weiteren wird davon ausgegangen, dass jedem Menschen, unabhängig von seinem Entwicklungsstadium, seinen Fähigkeiten oder anderen individuellen Merkmalen und

Besonderheiten, Würde zukommt. Jeder Mensch ist ein Individuum mit unantastbarem Recht auf Gerechtigkeit, Freiheit und Gleichheit (vgl. AvenirSocial 2010: 8.2). Der Begriff der *Person* wird verwendet, wenn stilistisch besonders auf die Situation oder die Belange eines einzelnen Menschen hingewiesen werden soll, oder wenn im juristischen Sinne der Mensch als Mitglied einer politischen Gemeinschaft und als Inhaber von Grundrechten gemeint ist.

5.3 Autonomie

Was macht den autonomen Menschen aus? Es kann zwischen innerer und äusserer Autonomie unterschieden werden. Erstere steht dafür, dass ein Mensch ein Selbstbild hat und daraus einen Willen und Ziele bildet. Äussere Autonomie besteht darin, Rechte aktiv wahrzunehmen und den eigenen Willen in die Tat umzusetzen (vgl. Giesinger 2006, zit. nach Dederich 2011: 171). Dederich weist darauf hin, dass aus dem Fehlen der äusseren Autonomie nicht auf ein Fehlen der inneren Autonomie geschlossen werden darf und führt das Beispiel einer Person mit Locked-In-Syndrom an (vgl. Dederich 2011: 171). Aus der Perspektive Sozialer Arbeit darf Autonomie nicht an ein momentanes Vermögen zu vernünftigem Denken gebunden werden. Auch Menschen, die infolge einer Demenz oder psychischer oder kognitiver Beeinträchtigung nicht in der Lage sind, ihre Autonomie wahrzunehmen, können gleichwohl eine Vorstellung davon haben, wer sie sind, was sie sein oder tun wollen. Hier muss hinter Handlungsunfähigkeit oder irrational scheinendem Handeln nach dem autonomen Willen der betroffenen Person geforscht werden.

Die Selbstbestimmung des Menschen besteht in „seiner aktuellen freien Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit“ (Lob-Hüdepohl 2007: 127). Zusammen mit der Selbstzwecklichkeit begründet sie die menschliche Autonomie. Selbstbestimmung ist die aktive Form von Autonomie. Sie entspricht der äusseren Autonomie, wie sie oben beschrieben wurde. Die Selbstzwecklichkeit ist die passive Form der Autonomie. Sie steht für das Recht des Menschen, über sich selbst bestimmen zu dürfen. Jeder Mensch gehört nur sich selbst und niemand sonst darf ihm einen Zweck zuordnen. Die Selbstzwecklichkeit macht den Kern der Autonomie aus. Während Selbstbestimmung in bestimmten Phasen und Entwicklungsstadien des menschlichen Lebens eingeschränkt sein kann, ist die Selbstzwecklichkeit unantastbar und muss immer und jedem menschlichen Wesen zugestanden werden. Eine Verletzung der Selbstzwecklichkeit ist eine Verletzung der Autonomie und damit der Würde eines Menschen (vgl. ebd.: 127). Die Selbstzwecklichkeit muss in der Sozialen Arbeit beachtet und respektiert werden. Sie ist jedoch nie das Ziel einer Intervention. Das Handeln der Sozialen Arbeit und Massnahmen im Erwachsenenschutz betreffen immer Aspekte, in denen die Selbstbestimmungsfähigkeit der betroffenen Person eingeschränkt ist.

Auch Menschen, die aktuell über keine freie Handlungsfähigkeit und damit über keine oder nur eine eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit verfügen, haben Würde. Hier ist es die Aufgabe der Sozialen Arbeit, diese Würde zu wahren, indem sie Menschen begleitet, betreut oder schützt und sich sozialpolitisch für Zugang zu und Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen für Benachteiligte engagiert (vgl. AvenirSocial 2010: 5.3 und 5.6). Aus Unfähigkeit und Unvernunft darf nicht auf fehlende Würde geschlossen werden. Wenn Menschen darum kämpfen, die Kontrolle über ihr Leben zu behalten, so kämpfen sie um nichts Geringeres als um ihre Würde (vgl. Schumacher 2013: 239). Dies geschieht mitunter auch mit Mitteln und Verhaltensweisen, die weder vernünftig noch gesellschaftlich anerkannt sind. Menschliche Autonomie steht aber auch für ein Leben nach eigenen Vorstellungen. Sie schliesst das Aufzwingen von Konformität aus. Die Pluralität der Lebensweisen muss ein legitimer Bestandteil moderner Gesellschaften sein. Dies kollidiert mit der Tatsache, dass eine Gesellschaft gemeinsame, verbindliche Normen braucht, bzw. sich aus solchen formiert. Diese dürfen jedoch nur eine ethische Handlungsgrundlage, nicht aber ein Raster für die einzelnen Mitglieder darstellen (vgl. Lob-Hüdepohl 2007: 125f.).

Die Achtung vor der Autonomie jedes Menschen verlangt, dass Eingriffe in die Lebensführung gegen den Willen der betroffenen Person nur dann vorgenommen werden, wenn keine andere Handlungsoption besteht. Nur schwerwiegende Gründe können einen Eingriff rechtfertigen. Die Absicht eines Eingriffes in die Lebensführung einer Person darf einzig darin bestehen, Schaden abzuwenden. Diese Haltung entspricht auch dem Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Die Achtung der Autonomie hat höchste Priorität. Einzig der Schutzbedarf einer Person und die Rechte Dritter legitimieren ein Eingreifen in die selbstbestimmte Lebensführung (vgl. AvenirSocial 2010: 8.5). Die Verantwortlichen müssen sich im Klaren sein, was sie mit dem Eingriff erreichen wollen. Eine Massnahme muss für die Erreichung des beabsichtigten Zieles förderlich sein. Im Sinne der Verhältnismässigkeit muss immer die schonendste Massnahme ergriffen werden. Wirkungslose Massnahmen oder solche, die übers Ziel hinaus schiessen, sind zu unterlassen (vgl. Dallmann/Volz 2013: 74).

Selbstbestimmung ist nicht nur ein Recht, sie ist auch eine hohe Anforderung. Damit sie nicht zu einer Überforderung wird, braucht es unterstützende Strukturen, durch welche Menschen in ihrer Unsicherheit oder Unfähigkeit aufgefangen werden können (Conradi 2012: 171). Die Soziale Arbeit ist gefordert, Menschen in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit zu unterstützen und zu fördern. Im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe muss das Ziel jeder Handlung sein, dass sie die betroffene Person in ihrer Fähigkeit, die eigenen Rechte zu wahren und ihr Leben unabhängig zu gestalten bestärkt und fördert. Entscheidend ist, mit welcher Haltung die Professionellen die Begleitung von Klientinnen

und Klienten wahrnehmen. Im Folgenden werden mit Fürsorge, anwaltlichem Handeln und Paternalismus verschiedene Auffassungen sozialarbeiterischen Handelns betrachtet.

5.4 Fürsorge

Gemäss Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz steht die Fürsorge der Selbstbestimmung in einem Spannungsverhältnis gegenüber (vgl. AvenirSocial 2010: 6.3). Es stellt sich die Frage, ob die beiden Prinzipien grundsätzlich unvereinbar sind, oder ob Fürsorge auch in Ergänzung zu Selbstbestimmung wirksam werden kann, ohne diese einzuschränken und die Machtposition der Sozialen Arbeit zu verstärken. Brüll und Schmid sehen Fürsorge und Selbstbestimmung als Gegensätze, betonen aber die Notwendigkeit von Schutz und Fürsorge (vgl. Brüll/Schmid 2008: 96f.). Sie sehen in der Fürsorge eine sittliche Pflicht der Menschen, gegenseitig an ihrem Schicksal Anteil zu nehmen (vgl. ebd.: 108).

Nach dem Philosophen Martin Heidegger kann unterschieden werden zwischen einspringender und vorausspringender Fürsorge (vgl. Dallmann/Volz 2013: 32). Die einspringende Fürsorge steht für die Übernahme von Aufgaben und Verantwortung für eine Person, welche dies zum gegebenen Zeitpunkt nicht selbst tun kann. Damit wird die Selbstbestimmung der betroffenen Person eingeschränkt. Dies kann im Einzelfall nötig und legitim sein. Eine demente Person, ein Säugling oder eine Person in einer akuten Krise ist möglicherweise zu gewissen Handlungen und Entscheidungen nicht fähig (vgl. ebd.: 32). Eine Stellvertretung wird dadurch zwingend erforderlich. Die vorausspringende Fürsorge ist darauf ausgerichtet, Menschen in ihrer selbstbestimmten Lebensführung zu fördern und zu bestärken (vgl. ebd.: 32). Wo Fürsorge stellvertretend entscheidet, weil die betroffene Person vorübergehend oder dauerhaft dazu nicht in der Lage ist, ist sie anwaltlich tätig (vgl. Lob-Hüdepohl 2007: 143).

Fürsorge ist also in bestimmten Situationen legitim. Das Unterlassen von fürsorgerischen Leistungen kann gar eine Menschenrechtsverletzung darstellen, wenn Menschen lebenswichtige Hilfe verweigert wird. So umfasst das Recht auf Leben (Art. 2 EMRK sowie Art. 3 AEMR) den Anspruch eines jeden Menschen auf Schutz vor physischem und psychischem Schaden. Zudem muss nach Artikel 25 der AEMR die Gesundheit und das Wohl aller, sowie soziale und materielle Sicherheit gewährleistet werden. Daraus ergibt sich die Pflicht zum Eingreifen in Situationen, wo Menschen in ihrer Existenz gefährdet sind.

Der Begriff der Fürsorge gilt als überholt und hat zudem einen negativen Beiklang. Er steht für institutionelle Hilfe und für oftmals bevormundende Interventionen. Grossmass und Perko ziehen es deshalb vor, von einer „Ethik des Sorgens“ (Grossmass//Perko 2011: 135) zu sprechen und bezeichnen die gegenseitige Sorge der Menschen in Situationen der Hilfsbedürftigkeit als besondere Verpflichtung des Zusammenlebens (vgl. ebd.: 135).

So verstandene Fürsorge entspricht folglich einer Haltung, die den aufmerksamen, sorgenden, solidarischen Umgang nicht nur der Sozialarbeitenden, sondern aller Menschen miteinander beinhaltet und die Selbstbestimmung des Individuums respektiert. Als Fachbegriff hat sich in der Literatur *Care* durchgesetzt. Care steht für die ganze Bandbreite gegenseitiger, solidarischer Sorge (vgl. ebd.: 135). Diese Hilfe und Aufmerksamkeit für Andere beschreibt Conradi als „Ethik der Achtsamkeit“ (Conradi 2012: 173). Sie sieht Selbstbestimmung als ein Ziel der Ethik. In der Praxis der Sozialen Arbeit sind viele Menschen vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage, selbstbestimmt zu leben. Achtsamkeit beinhaltet die Ermöglichung von Eigenständigkeit und die Förderung der Entscheidungsfähigkeit. Wo nötig können mit achtsamer Zuwendung aus früheren Entscheidungen und Handlungen der betroffenen Person Schlüsse zu ihren Präferenzen gezogen werden (vgl. ebd.: 174). Damit ist Achtsamkeit eine wichtige Voraussetzung für anwaltliches Handeln.

5.5 Anwaltliches Handeln

Eine anwaltschaftliche Ethik thematisiert die Solidarisierung in der Gesellschaft und damit die Übernahme sozialer Verantwortung von Menschen für Menschen (vgl. Brüll/Schmid 2008: 91). Im Grundsatz geht es um die Frage, ob eingreifendes Handeln zugunsten schwacher und benachteiligter Menschen erlaubt oder gar geboten ist (vgl. ebd.: 95). Solche Interventionen richten sich an Werten wie Gerechtigkeit, Solidarität und Fürsorge aus. Im Erwachsenenschutz hat es die Soziale Arbeit mit verschiedenen Formen von Benachteiligung zu tun und ist gefordert, sich mit den Betroffenen solidarisch zu zeigen und ihnen beizustehen. Dabei hat die Achtung des selbstbestimmten Willens der betroffenen Person oberste Priorität. Lob-Hüdepohl nennt den Schutz der Selbstzwecklichkeit, der es erforderlich macht, dass beispielsweise für Menschen mit einer psychischen Störung vorübergehend stellvertretend gehandelt und entschieden wird (vgl. Lob-Hüdepohl 2007: 144). Wenn Menschen also nicht mehr sein können, was sie eigentlich von ihrem autonomen Willen her sein möchten, so können oder müssen sie durch Übernahme der Handlungsverantwortung geschützt werden. Die Schwierigkeit liegt darin, dass die Person, welche diese Stellvertretung übernimmt, den selbstbestimmten Willen der betroffenen Person kennen oder eruieren muss, damit wirklich von anwaltlichem Handeln gesprochen werden kann.

Kardorff schreibt dem Begriff der Stellvertretung drei Bedeutungen zu:

1. Der betroffenen Person wird ein Unvermögen unterstellt. Dieses muss in jeder Situation neu überprüft werden.

2. Stellvertretung bedeutet, dass die vertretende Person die Interessen der vertretenen Person kennt.
3. Eine Stellvertretung ist eine Dienstleistung, mit der die Interessen einer Person, welche vor Selbst- und Fremdgefährdung geschützt werden muss, geltend gemacht werden.

(vgl. Kardorff 2011: 81)

Mieth vertritt, dass fremdbestimmte Stellvertretung nur dann ethisch legitim ist, wenn sie unmittelbare Lebensgefahr von einer Person abwendet. Ansonsten darf Stellvertretung ausschliesslich dort zum Einsatz kommen, wo sie subsidiär handelt. Das selbstbestimmte Handeln der betroffenen Person hat immer Vorrang (vgl. Mieth 2011: 32). Dies entspricht in der Sozialen Arbeit im Bereich des Erwachsenenschutzes auch der gesetzlichen Grundlage. Eine Massnahme, welche ein Eingreifen oder stellvertretendes Handeln beinhaltet, darf erst angewendet werden, wenn weder die Person selbst, noch ihre Familie, andere nahestehende Personen und private oder öffentliche Dienste die entsprechenden Aufgaben übernehmen können (vgl. ZGB 389 I).

5.5.1 Advokatorische Ethik

Für Soziale Arbeit im Zwangskontext ist es charakteristisch, dass Hilfe von den Betroffenen oftmals nicht gewünscht oder gar vehement abgelehnt wird. Die advokatorischen Ethik befasst sich mit der Frage, ob und unter welchen Umständen Personen das Recht haben, gegen den erklärten Willen anderer Menschen in deren Namen zu handeln (vgl. Brumlik 2004: 82). Durch bevormundende Eingriffe wird die Selbstbestimmung sowie die körperliche und geistige Integrität eines Menschen beeinträchtigt (vgl. ebd.: 163). Brumlik vertritt, dass Hilfsbedürftigkeit wirklich authentisch nur durch den Hilfsbedürftigen selbst bestätigt werden kann. Die betroffene Person muss deshalb immer gleichberechtigt angehört werden (vgl. ebd.: 211).

5.6 Paternalismus

Als paternalistisch kann man eine Handlung bezeichnen, die sich am Wohle eines Menschen orientiert und sich mit mehr oder weniger Zwang über dessen Autonomie hinwegsetzt (vgl. Dederich 2011: 169). Elger bezeichnet „Paternalismus als Gegenposition zum Respekt vor der Patientenautonomie“ (Elger 2014: 24). Eine paternalistische Handlung wird aus einer Haltung des *Besserwissens* heraus vorgenommen (vgl. Dederich 2011: 170). Eine scheinbare oder vermutete Einschränkung der Entscheidungs- und Handlungskompetenz kann Anlass zu einer Handlung sein, die einen Eingriff in die Integrität der betroffenen Person bedeutet (vgl. ebd.: 170). Dederich

warnen, dass auch bei augenscheinlich stark eingeschränkten Kompetenzen einer Person die Fähigkeit zur Autonomie nicht gänzlich abgesprochen werden darf. Auch bei schwerer kognitiver oder psychischer Beeinträchtigung zeigen Menschen in Gestik und Lauten Freude, Zustimmung oder Unmut. Diese müssen als Bestrebungen zur Autonomie anerkannt und respektiert werden, auch wenn sie vielleicht nicht vernunftgesteuert sind (vgl. ebd.: 171f.). Was für die juristische Urteilsfähigkeit und in der Medizin für die Einwilligungsfähigkeit gilt, trifft auch auf die Selbstbestimmungsfähigkeit zu: Selbstbestimmtes Handeln bedeutet nicht, dass eine Person vernünftig handeln muss.

Als paternalistisch bezeichnet man eine Handlung, die eine Person für eine andere Person vornimmt. Es gibt zwei Gegenüber, die in Beziehung zueinander stehen. Diese Beziehung beeinflusst die Handlung. Ebenfalls spielt der gesellschaftliche und situative Rahmen eine Rolle (vgl. Dederich 2011: 174f.). Von einer Handlung alleine kann folglich noch nicht auf das Ausmass des Paternalismus und die Einschränkung der Autonomie geschlossen werden. Grundsätzlich steht Paternalismus für ein Übermass an Autorität und eine nicht zu rechtfertigende Anwendung von Zwang (vgl. Elger 2014: 24). Nach dem Ausmass des angewandten Zwanges lassen sich verschiedene Abstufungen von Paternalismus ableiten.

Weicher und harter Paternalismus

Eine Massnahme, die dem weichen Paternalismus zugeordnet werden kann, wirkt sich nur indirekt auf die betroffene Person aus. In diese Kategorie gehören zum Beispiel Ratschläge. Beim harten Paternalismus hingegen erfolgt eine direkte Einwirkung auf eine Person. Sie wird daran gehindert, ihren eigenen Willen umzusetzen (vgl. Maio 2005: 148).

Schwacher und starker Paternalismus

Hier wird unterschieden, ob Urteilsfähigkeit gegeben ist oder nicht. Vom Standpunkt des schwachen Paternalismus ist ein Eingriffshandeln dann zulässig, wenn die betroffene Person in der aktuellen Situation und bezüglich des Sachverhaltes urteilsunfähig ist. Dagegen hält der starke Paternalismus eine Intervention auch gegen den Willen einer urteilsfähigen Person für legitim (vgl. Fenner 2006: 232f.).

Symmetrischer und asymmetrischer Paternalismus

Von symmetrischem Paternalismus wird gesprochen, wenn ein Gesetz alle Bürger, unabhängig von ihren jeweiligen Lebenslagen, betrifft. Beim asymmetrischen Paternalismus werden durch ein Gesetz nicht alle über den gleichen Kamm geschoren, sondern es wird der individuellen Belastung Rechnung getragen, indem Defizite in

bestimmten Lebensbereichen durch zusätzliche Regelungen ausgeglichen werden (vgl. Drerup 2013: 167f.).

Direkter und indirekter Paternalismus

Beim direkten und indirekten Paternalismus wird unterschieden, ob durch eine Massnahme eine bestimmte Personengruppe direkt beeinflusst wird, oder ob das Einwirken auf eine Gruppe über die Bestimmungen an eine übergeordnete Gruppe geschieht (vgl. Feinberg 1986, zit. nach Drerup 2013: 170). Als Beispiel kann das Verbot gelten, Alkohol an Jugendliche zu verkaufen. Dadurch werden Jugendliche daran gehindert, Alkohol zu konsumieren. Paternalistisch wird hier vorausgesetzt, dass Jugendliche generell nicht beurteilen können, ob und wie viel Alkohol sie vertragen. Das Verbot richtet sich jedoch an Gewerbetreibende, also an eine übergeordnete Gruppe.

Aktiver und passiver Paternalismus

Hier wird unterschieden, ob eine Person selbst etwas tun muss oder an etwas gehindert werden soll. Beim aktiven Paternalismus wird von einer Person verlangt, etwas zu ihrem Wohle zu tun, während sie beim Passiven aufgefordert wird, etwas zu unterlassen was ihr schaden könnte (vgl. Drerup 2013: 172).

Positiver und negativer Paternalismus

In diesem Zusammenhang sind positiv und negativ nicht als Wertungen, sondern als Aktionsrichtungen zu verstehen. Positiver Paternalismus will die Verbesserung des Wohls einer Person erreichen, während negativer Paternalismus einen Schaden abzuwenden versucht (vgl. Kleinig 1984, zit. nach Drerup 2013: 175).

Diese Definitionen sind insofern interessant, als sie aufzeigen, hinter welchen Handlungen sich eine paternalistische Handlung verbergen kann. Der weiche und der schwache Paternalismus werden als moralisch vertretbar betrachtet, sofern andere Handlungsoptionen sorgfältig geprüft wurden. Dagegen ist der starke Paternalismus nur schwer zu rechtfertigen. Dabei wird das Gegenüber nicht als gleichwertig betrachtet und dessen autonomer Wille wird für ungültig erklärt (vgl. Maio 2005: 151). Paternalistisches Handeln muss sich an der Frage orientieren, ob die betroffene Person zu einem späteren Zeitpunkt das Eingriffshandeln gutheissen würde. Wenn dies bejaht werden kann, so ist eine paternalistische Handlung gerechtfertigt (vgl. ebd.: 150).

Die Soziale Arbeit ist laut Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz einem dreifachen Mandat verpflichtet (vgl. AvenirSocial 2010: 5.10). Neben der Mandatierung durch die Gesellschaft und die eigene Profession wird sie in den individuelle Fällen auch durch die

Menschen selbst beauftragt. Dies geschieht durch implizite oder offen ausgesprochene Begehren (vgl. ebd.: 5.10). Beim impliziten Begehren muss der Auftrag interpretiert werden. Hier entsteht das Problem, dass für das Eingreifen durch die Soziale Arbeit immer ein Ermessensspielraum besteht. Es kann kein standardisiertes Handeln geben und was angemessen und verhältnismässig ist, bleibt im Einzelfall der Einschätzung der Professionellen überlassen. Dass hier ein steter Balanceakt zwischen zu viel und zu wenig Eingreifen stattfindet, liegt auf der Hand. Der Berufskodex bezeichnet es als Verpflichtung der Sozialen Arbeit, Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen (vgl. ebd.: 5.6). Kritisch betrachtet beinhaltet dies eine Aufforderung zu paternalistischem Handeln. Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass manche Menschen nicht für sich selbst sorgen oder entscheiden können. Der Auftrag zum eingreifenden Handeln an die Soziale Arbeit geht von der paternalistischen Haltung aus, dass Professionelle das Wissen und die Kompetenz haben, diesen Menschen zu ihrem Wohle zu verhelfen. Paternalismus ist demnach ein Aspekt, der zum Sozialarbeiterischen Handeln dazugehört. Die Professionellen müssen entsprechend ihr Handeln ständig darauf hin reflektieren, ob sich ihr paternalistisches Verhalten noch im ethisch legitimen Rahmen bewegt oder nicht. Wo genau die Grenzen sind, gibt der Berufskodex nicht vor. Er bezeichnet aber die Spannung zwischen

- „dem Selbstbestimmungsrecht und momentaner oder dauernder Unfähigkeit der Klientinnen und Klienten zur Selbstbestimmung“ (AvenirSocial 2010: 6.3)
- dem „Beharren auf Selbstbestimmung durch die Adressatinnen und Adressaten und der Notwendigkeit der Übernahme von Schutz und Fürsorge für die Klientinnen und Klienten durch die Soziale Arbeit“ (AvenirSocial 2010: 6.3)

als unvermeidliche Dilemmata. Selbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit sind wichtige Werte, die sich hier gegenüber stehen. Als legitime, weil „notwendige“ Aspekte für das Eingreifen werden Schutz und Fürsorge genannt. Aus der Fürsorge entspringt eine Verantwortung. Wer abhängigen Menschen als Experte gegenübersteht, muss seine Macht zum Wohle der Abhängigen einsetzen (Schlittmaier 2004: 20). Was diese Verantwortung genau bedeutet, wird im nächsten Kapitel behandelt.

5.7 Verantwortung

Verantwortung beinhaltet, dass eine Person ihre Handlung und die voraussehbaren Folgen jemand anderem gegenüber zu rechtfertigen hat (vgl. Fischer et al. 2008: 427f.). Da wir heute sehr vernetzt und arbeitsteilig organisiert sind, kann Verantwortung oft nur schwer und meist nicht einfach nur einer Person zugewiesen werden (vgl. ebd.: 433). Eine Instanz, welche Rechenschaft zu einem bestimmten Handeln verlangt, gewährleistet in gewisser Weise, dass moralisch gehandelt wird. Sie steuert sozusagen das Handeln in

Richtung des Wünschenswerten. In der Sozialen Arbeit gibt es verschiedene solcher Instanzen. Zum einen ist da die Gesellschaft, welche über ihre moralische Werthaltung und durch demokratische Prozesse die Soziale Arbeit prägt. Institutionen und Organisationen als Arbeitgeber der Professionellen nehmen Mittels Leitbilder, Konzepte und Reglemente die Sozialarbeitenden in die Pflicht. Gegenüber Klientinnen und Klienten haben die Sozialarbeitenden Eingriffe in deren Leben zu rechtfertigen. Dies bedingt, dass sie sich stets der Sensibilität von Systemen und Lebenswelten bewusst sind, Interventionen sorgfältig planen und begründen und für die Folgen ihres Handelns einstehen. Um ihre Verantwortung wahrnehmen zu können, müssen sich Sozialarbeitende regelmässig weiterbilden und ihre Kompetenz erweitern (vgl. Schlittmaier 2004: 19f.). Der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz formuliert dies als Handlungsmaxime und spricht von einer Weiterentwicklung der persönlichen und beruflichen Wissens- und Handlungskompetenz (vgl. AvenirSocial 2010: 11.5). Eine weitere Instanz ist die Profession selbst mit ihren ethischen Richtlinien. Der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz verlangt eine ethisch begründete Praxis nach moralischen Kriterien und professionellen Grundsätzen. Sozialarbeitende müssen über ein ethisches Bewusstsein verfügen und dieses ständig weiterentwickeln (vgl. ebd.: 10.4, 10.5, 11.5). Weiter fordert er, dass die Professionellen ihr Handeln persönlich verantworten und begründen (vgl. ebd.: 6.4).

Entlastend in Anbetracht der hohen Anforderungen wirken die Handlungsmaximen des Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz, welche den Respekt der Professionellen vor der eigenen Würde und die Achtung der eigenen Ressourcen und Grenzen postulieren (vgl. ebd.: 11.2 und 11.3). Sozialarbeitende müssen sich nicht zumuten, was sie aufgrund ihrer Kompetenz und ihrer persönlichen Konstitution nicht verantworten können. Hug stellt unter Bezugnahme auf Nida-Rümelin 2011 fest, dass Sozialarbeitende nur dafür Verantwortung übernehmen sollen, wofür sie auch Verantwortung übernehmen können: für die eigenen Handlungen und Interventionen, nicht aber für das Leben ihres Klientels (vgl. Hug 2015: 17).

Im Zusammenhang mit der Fragestellung dieser Arbeit interessiert besonders die Unterscheidung zwischen der Verantwortung der Professionellen und der Eigenverantwortung der Menschen, welche sie begleitet. Eisenmann spricht von verschiedenen Verantwortungsebenen. Sowohl die Professionellen als auch ihre Klientinnen und Klienten sind Verantwortungsträger. Als solche müssen sie sich gegenüber unterschiedlichen Instanzen verantworten. Klientinnen und Klienten haben vor sich selbst, vor den Sozialarbeitenden, welche sie begleiten, und allenfalls vor Angehörigen ihr Handeln zu rechtfertigen (vgl. Eisenmann 2012: 108). Ausserdem sind

sie im Kontext des Erwachsenenschutzes oftmals verpflichtet, gegenüber einer Behörde Rechenschaft über ihr Tun abzulegen.

Einen Menschen selbstbestimmt gewähren lassen heisst, ihn die Verantwortung für sein Handeln selbst übernehmen lassen (vgl. Gruber 2009: 57f.). Wenn Professionelle der Sozialen Arbeit sich dafür entscheiden, eine Person selbstbestimmt handeln zu lassen, so übergeben sie dieser Person damit auch die Verantwortung für ihr Handeln. Allerdings kann nicht grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass jede Person zu jeder Art von Verantwortungsübernahme fähig ist (vgl. Eisenmann 2012: 108). Neben Fähigkeiten wie fachliche, charakterliche oder sittliche Kompetenzen ist auch eine Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung erforderlich (vgl. ebd.: 108). Es muss also die Verantwortungsfähigkeit festgestellt und eine Verantwortungsbereitschaft bewirkt werden, damit die Übergabe von Verantwortung moralisch gerechtfertigt ist (vgl. ebd.: 108). In der Praxis werden Sozialarbeitende im Rahmen längerer Kooperationsprozesse sicher eine solche Einschätzung vornehmen können. In Gesprächen und durch ganz praktische Erfahrungen in alltäglichen Übungsfeldern können die Fähigkeiten der betroffenen Person eingeschätzt werden. Trotzdem lässt sich nicht mit letzter Sicherheit voraussagen, ob jemand an einer Aufgabe scheitern wird oder nicht.

Im Falle von Klientinnen und Klienten mit einer psychischen Beeinträchtigung müssen die Betroffenen Klarheit haben über die Konsequenzen ihrer Lebensführung, damit von einer autonomen und eigenverantwortlichen Lebensführung die Rede sein kann. Wenn Soziale Arbeit die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung zum Ziel hat, so muss es Teil jeden Unterstützungsprozesses sein, das Wissen der betroffenen Person zu Handlungsoptionen und möglichen Folgen für sich und andere zu erweitern. Lob-Hüdepohl verwendet hier den Begriff der „parteilich-dialogischen Beratung“ (Lob-Hüdepohl 2007: 155), welche Klientinnen und Klienten in der Übernahme von Selbstverantwortung und in ihrem Handlungsspielraum fördern soll. Ähnlich wie beim informierten Einverständnis in der Medizin soll auch hier das Handeln auf der Grundlage einer bewussten, wohlüberlegten Entscheidung ermöglicht werden.

5.8 In dubio pro vita?

Lebensbedrohung ist im Erwachsenenschutz oft nicht unmittelbar, sondern stellt eine latente Gefahr dar, die aus der Lebensstrategie einer Person hervor geht. Ist auch hier mittel- und langfristig die Selbstbestimmung höher zu werten als der Schutz? *In dubio pro vita? – Im Zweifel für das Leben?* fragt nach der Legitimität von Interventionen, welche zwar für das Leben, jedoch gegen den Willen der betroffenen Person durchgeführt werden. Die Frage bezieht sich hier nicht auf die Pflicht zur Suizidprävention im eigentlichen Sinne, sondern auf die Pflicht von Professionellen und Dritten, bei

selbstgefährdenden Lebensstrategien zu intervenieren und auf das Recht von Betroffenen, ihr Leben selbstbestimmt zu leben und aufs Spiel zu setzen.

Durch psychische Störungen können die kognitiven Funktionen beeinträchtigt sein. Das Ausmass der Beeinträchtigung muss aber bei jeder Art von psychischer Störung und bei jeder betroffenen Person individuell abgeklärt werden. Auch Menschen die an einer psychischen Störung leiden, sind zur Reflexion ihrer Lebenssituation und zur Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit fähig. Dieses Vermögen darf niemandem nur auf Grund einer Erkrankung abgesprochen werden (vgl. Fenner 2006: 226). Entsprechend darf bei einem Verhalten, so unvernünftig es auch scheinen mag, nicht einfach ausgeschlossen werden, dass es wohlüberlegt ist. Fenner vertritt, dass selbstschädigendes Verhalten allein ein gewaltsames Eingreifen nicht rechtfertigt, da das Recht auf Selbstbestimmung höher zu werten sei. Sie leitet dies ab aus der Haltung unserer Gesellschaft, welche selbstgefährdendes Verhalten wie Kettenrauchen oder übermässig viel Arbeiten toleriert (vgl. ebd.: 230). Fenner vergleicht hier das Verhalten eines Kettenrauchers mit dem einer Person, welche suizidale Handlungen vornimmt. Das scheint trotz eindeutig vorliegender Gefährdung in beiden Fällen ein etwas heftiger Vergleich, ist doch die zeitliche Dimension und damit die Anforderung an das Vermögen, auch langfristige Konsequenzen einzuschätzen, eine ganz andere. Übertragen auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist jedoch das potenziell selbstschädigende Verhalten eines Kettenrauchers oder beispielsweise auch einer Person, die regelmässig eine Risikosportart ausübt, durchaus mit dem Verhalten eines Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung vergleichbar, der sich selbst durch seine Lebensstrategie gefährdet. Zusätzlich berücksichtigt werden muss, dass eine psychische Störung auch die Urteilsfähigkeit beeinträchtigen kann. Nach Fenner ist ein Eingreifen mit der Ausübung durch Zwang ethisch nur dann legitimiert, wenn das Verhalten auf einer „eingeschränkten oder aufgehobenen freien Willensbestimmung“ (ebd.: 231) beruht.

Das Recht auf Selbstbestimmung steht dem Prinzip der Fürsorge gegenüber. Sozialarbeitende sind ethisch und rechtlich verpflichtet, ihr Klientel vor Schaden zu bewahren. Der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz legitimiert ein Eingriffshandeln gegen den Willen einer Person im Falle von Selbst- und Fremdgefährdung (vgl. AvenirSocial 2010: 8.5). Mit dem Schutz Dritter kommt die Soziale Arbeit ihrer gesellschaftlichen Verantwortung nach. Wenn das Umfeld eines Menschen so leidet, dass es seinerseits in seiner Selbstbestimmung eingeschränkt wird, dann besteht Handlungsbedarf. Hier ist die Soziale Arbeit nicht nur legitimiert, sondern verpflichtet einzugreifen, um eine Schädigung anderer zu verhüten.

Viele Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit sind zu Zeiten nicht in der Lage, ihre Selbstbestimmung auszuüben. Es kann also mithin ganz berechtigt die Frage gestellt

werden, ob eine konkrete Lebenssituation in der freien Willensbildung oder im Unvermögen zu alternativen Handlungsstrategien der betroffenen Person gründet. Hier muss zwingend die Biographie dieser Person in den Blick genommen werden. Einerseits verfügt der Mensch über eine Fähigkeit zur Selbstbestimmung, welche sich in einem Grundmuster seiner Lebensführung manifestiert. Dafür wird der Begriff „habituelle Selbstbestimmung“ (Lob-Hüdepohl 2007: 128) verwendet. Weiter gibt die „biographische Selbstbestimmung“ (ebd.: 128) Hinweise, wie die Person an wichtigen Stellen in ihrer Biographie entschieden hat und damit darauf, welche grundsätzliche Vorstellung sie von einer selbstbestimmten Lebensführung hat (vgl. ebd.: 128). So muss immer wieder unterschieden werden zwischen dem selbstschädigenden Verhalten eines selbstbestimmungsfähigen Menschen und selbstschädigendem Verhalten eines Menschen mit eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit. Dies ist gekoppelt an die Frage nach der Urteilsfähigkeit. Ist jemand bezüglich der konkreten Umstände urteilsfähig, so muss sein Verhalten als selbstbestimmt angenommen und respektiert werden. Ist er jedoch urteilsunfähig, so kann von selbstschädigendem Verhalten gesprochen werden. Die Frage, ob ein eingreifendes Handeln zum Schutz einer Person legitim ist, kann nicht abschliessend beantwortet werden. Viel mehr muss im Einzelfall immer Für und Wider abgewogen werden. Es gilt, die konkreten Falldaten, die Gefährdung, Urteilsfähigkeit und Ressourcen sowie die Selbstbestimmung gegeneinander abzuwägen (vgl. Hug 2015: 15f.).

5.9 Ethische Kompetenz in der Sozialen Arbeit

Praxissituationen in der Sozialen Arbeit sind oftmals vieldeutig. Es treffen unterschiedliche Wertvorstellungen und Positionen aufeinander. Diese Spannung muss ausgehalten werden, ohne dass vorschnell eine Wertung vorgenommen wird. Dabei müssen Sozialarbeitende ihre eigenen Prägungen und ethischen Vorstellungen kennen und reflektieren können (vgl. Hug 2014: 220f.). Oft gibt es auch Spannungen zwischen professionstheoretischen Vorgaben und praktischen Unwägbarkeiten (vgl. ebd.: 223). Im Kontext des Erwachsenenschutzes muss sich die Soziale Arbeit nicht nur an Vorgaben ihrer Profession, sondern auch an jene von Recht, Psychiatrie und anderer involvierter Disziplinen halten. In diesem engen Rahmen den Besonderheiten der verschiedenen Lebenssituationen der Klientinnen und Klienten gerecht zu werden, ist eine grosse Herausforderung.

Der Berufskodex ist eine wichtige Grundlage und Orientierungshilfe für das professionelle Handeln. Er ersetzt aber nicht die eigenständige und theoriegeleitete Reflexion im praktischen Alltag (vgl. Hug 2014: 219). Die ethische Legitimität einer Handlung kann im Gegensatz zur Legalität nicht aus Vorschriften abgeleitet werden (vgl. Gruber 2009: 189).

Normen und Regeln müssen angemessen und sinnvoll auf Praxissituationen übertragen werden. Dabei ist nicht ein stures Ausrichten an kodifizierten Richtlinien gefragt, sondern ein Entscheiden nach Augenmass durch „eine Verbindung von Verstand und Gefühl“ (Hug 2014: 219). Dazu müssen Professionelle über ethische Kompetenz verfügen. Ethische Kompetenz ist ein wichtiger Teil des beruflichen Habitus. Er beinhaltet ethisches Fachwissen sowie Sozial- und Selbstkompetenzen wie Reflexionsfähigkeit oder Konfliktfähigkeit (vgl. ebd.: 220). Dabei bauen Kompetenzen, die durch Studium und praktische Erfahrung erworben werden, auf Fähigkeiten auf, die im persönlichen Sozialisationsprozess entwickelt wurden (vgl. Grossmass/Perko 2011: 34f.).

Für eine logische Argumentation und fachlich begründete Entscheidungen ist Wissen darüber erforderlich, wie ethische Entscheidungen erfolgen können. Die Literatur bietet verschiedene Modelle zur ethischen Entscheidungsfindung an, wovon zwei nachfolgend kurz skizziert werden. Beide Autoren bieten in einer Abfolge aus mehreren Schritten eine Anleitung an, welche den professionellen Denk- und Entscheidungsprozess hilfreich strukturieren kann. Die Auswahl für diese zwei Modelle ist darin begründet, dass beide auf einen jeweils zentralen Aspekt sozialarbeiterischer Kompetenz fokussieren. Bei Gruber steht die Selbstreflexion der Professionellen im Zentrum. Dabei stellen sich für die Sozialarbeitenden Fragen zu ihren Zielen, ihrer Gesinnung und zu möglichen Folgen ihres Handelns. Nach Tödt erfolgt eine ethische Entscheidungsfindung, wann immer die Umstände dies zulassen, gemeinsam mit der betroffenen Person. Beides, sowohl das Bewusstwerden der eigenen Werte und Haltungen sowie die Kooperation mit den Klientinnen und Klienten sind wichtige Voraussetzungen für ethisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Idealerweise kommen in jedem Fall beide Aspekte zum Zug. Wo der Einbezug der betroffenen Person nicht möglich ist, muss der sorgfältigen Überprüfung der eigenen Beweggründe umso mehr Gewicht gegeben werden um zu vermeiden, dass trotz allem die Interessen der Klientin oder des Klienten und nicht jene der Sozialarbeitenden verfolgt werden.

5.9.1 Fragen und Kriterien des ethischen Handlungsentscheids nach Gruber

Gruber formuliert Fragen und Kriterien des ethischen Handlungsentscheids in vier Schritten: Im ersten Schritt geht es darum, den ethischen Konflikt genau zu bestimmen und die eigene Gesinnung und Zielsetzung zu definieren (vgl. Gruber 2009: 208). Im zweiten Schritt werden Vor- und Nachteile von verschiedenen Methoden und Interventionen diskutiert. Dabei wird nach der Verhältnismässigkeit, der Zweckmässigkeit und vorhersehbaren Folgen möglicher Vorgehensweisen gefragt (vgl. ebd.: 209). Im dritten Schritt werden Kriterien und Regeln benannt, anhand derer die Ziele, Handlungsoptionen und Folgen abgewogen werden (vgl. ebd.: 209). So können Werte

nach ihrer *Dringlichkeit* und ihrer *Ranghöhe* unterschieden werden. Werte wie Gerechtigkeit, Freundschaft und Liebe sowie geistige Werte sind höher einzustufen als materielle Werte. Andererseits kann die Erfüllung von Grundbedürfnissen, die Gewährleistung von medizinischer Versorgung oder Abwendung von lebensbedrohlichen Zuständen von höherer Dringlichkeit sein als ein ranghöherer Wert und daher Vorrang haben (vgl. ebd.: 192f.). Als weitere Kriterien können sich auch *Gemeinwohl* und *Eigenwohl* gegenüberstehen. Grundsätzlich verbietet die Würde einer Person die Unterordnung der individuellen Interessen unter jene der Gesellschaft. Auf keinen Fall darf der Anspruch der Gesellschaft den Willen oder die Würde einer Person einschränken. Andererseits ist der Mensch auf soziale Netze und Gemeinschaft angewiesen. Eine Bevorzugung des Gemeinwohls ist somit ethisch gerechtfertigt, wenn gleichzeitig die Würde des Einzelnen gewahrt bleibt (vgl. ebd.: 193f.). In einem vierten Schritt schliesslich erfolgt nochmals die Rückvergewisserung, dass die Gesinnung und Zielausrichtung legitim sind. Dazu gehört die Frage, wie mögliche negative Folgen auf ein Mindestmass reduziert werden können (vgl. ebd.: 209). Es ist charakteristisch für die Soziale Arbeit, dass sie häufig nicht einfach eine problematische Situation zum Guten wenden kann, sondern zwischen verschiedenen Übeln abwägen muss. Bei der Wahl zwischen zwei Übeln wird natürlich das kleinere gewählt, also jenes, das mehr positive oder weniger negative Auswirkungen auf die betroffene Person und ihr Umfeld hat. Bei Handlungen, bei denen die Gefahr von negativen, wenn auch nicht beabsichtigten Nebenfolgen besteht, muss die Entscheidung davon abhängig gemacht werden, ob diese Nebenfolgen oder das Unterlassen der Handlung das grössere Übel darstellen (vgl. ebd.: 198f.).

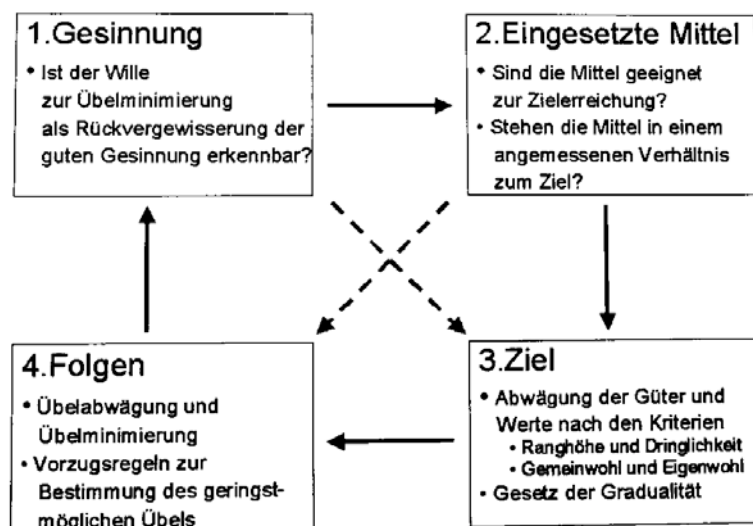


Abb. 1: Fragen und Kriterien des ethischen Handlungsentscheids (Gruber 2009: 209)

5.9.2 6-Schritte-Modell nach H.-E. Tödt

Eisenmann beschreibt das 6-Schritte-Modell nach H.-E. Tödt (vgl. Eisenmann 2012: 138 – 140). Die Abfolge der Schritte beinhaltet eine genau Analyse von Normen.

1. Schritt: Das Problem und seine ethische Relevanz werden wahrgenommen und bestimmt. Hier soll die Komplexität einer Situation im Gesamtzusammenhang des Lebens erfasst werden.
2. Schritt: Gemeinsam mit der betroffenen Person werden die Situation, mögliche Verhaltensweisen und deren Folgen analysiert.
3. Schritt: Vor dem Hintergrund geltender Normen werden neue Verhaltensweisen entwickelt. Es werden Handlungs- bzw. Verhaltensoptionen, die als sittlich geboten erscheinen, erwogen.
4. Schritt: Hier erfolgt die Auswahl und Prüfung von Normen, Gütern und Perspektiven, die im Zusammenhang mit dem Problem relevant sind. Diese Normen stellen einerseits verbindliche Regeln dar, andererseits sind sie ein Hilfsmittel zur Abwägung von Bedürfnissen beteiligter Personen und Handlungsoptionen.
5. Schritt: Handlungs- und Verhaltensoptionen werden auf ihre sittliche Verbindlichkeit hin überprüft. Die Frage ist, ob eine gewählte Strategie von einer Mehrzahl anderer Personen anerkannt wird. Ein wertbares ethisches Urteil kann erst auf der Basis übereinstimmender Anerkennung einer Verhaltensweise gefällt werden.
6. Schritt: Auf der Basis des abgeschlossenen Denkprozesses wird eine Entscheidung getroffen.

(vgl. Eisenmann 2012: 138 – 140)

Eine Evaluation der Entscheidung nach der erfolgten Intervention wird bei beiden Modellen nicht erwähnt. Diese kann aber vor dem Hintergrund der Selbstreflexion, welche immer zu sozialarbeiterischem Handeln dazugehört, als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Beide Modelle geben konkrete Hinweise und erscheinen als Anleitung für ethische Entscheidungen praktikabel. Während Gruber vor allem auf die Reflexion der Haltung der Sozialarbeitenden fokussiert, bezieht Tödt die zwischenmenschliche Dimension mit ein und geht davon aus, dass sich Betroffene am Entscheidungsprozess beteiligen. Wenn immer möglich soll dies auch so sein. Für Menschen mit einer psychischen Störung kann es jedoch im Falle einer akuten Krise eine Überforderung oder schlicht unmöglich sein, ein differenziertes, längeres Gespräch zu führen. Sowohl die professionelle Reflexion als auch die Kooperation mit Betroffenen sind aber konstitutive Elemente Sozialer Arbeit. In der Praxis ist eine Kombination der beiden Entscheidungsmodelle, bzw. eine Parallelschaltung zur gegenseitigen Überprüfung denkbar.

6 Fazit

6.1 Zusammenfassung

Die Menschenwürde ist unantastbar. Wenn der eigene Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben und die Gewährung der Menschenrechte geltend gemacht werden, so muss dies auch jedem gegenüber, jedem einzelnen Menschen zugestanden werden. Der Anspruch auf Selbstbestimmung und Rechte ist gleichzeitig eine Verpflichtung zur Solidarität. Auf diesem Gedanken gründet unser Sozialstaat und er stellt die Grundidee der Sozialen Arbeit dar (vgl. Lob-Hüdepohl 2007: 124).

Laut KESR darf die Selbstbestimmung eines Menschen nur in zwingenden Fällen eingeschränkt werden. Das zentrale Anliegen ist die Wahrung der Menschenwürde einer schutzbedürftigen Person. Es sollen Betreuung und Behandlung gewährleistet werden. Grundsätzlich muss im Zustand der Urteilsfähigkeit jedem Menschen die Bestimmung über seine eigene Integrität zugestanden werden. So darf laut Bundesgericht jede urteilsfähige Person selbst über die Beendigung ihres Lebens bestimmen. Das Recht ist in diesem Punkt widersprüchlich. Für die Verfügung einer FU ist die Urteilsfähigkeit eines Menschen nicht entscheidend.

In der Psychiatrie gilt die Selbstbestimmung eines Menschen als Leitprinzip der medizinischen Ethik. Der autonome Wille muss immer respektiert werden. Voraussetzung ist aber, dass Entscheidungen und Handlungen auf dem autonomen Willen gründen und nicht im Zustand der Entscheidungsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Störung gefällt wurden. Vernunftgemässes Handeln ist dabei keine Voraussetzung. Gesellschaftliche Normen und Wertvorstellungen dürfen grundsätzlich keinen Einfluss darauf haben, ob gegen eine Person freiheitseinschränkende Massnahmen ergriffen werden. Gleichwohl fliessen sie mit ein, wenn die Belastung Dritter bei der Entscheidung mitberücksichtigt werden soll.

Die Soziale Arbeit stellt nicht wie das Recht oder die Psychiatrie die Frage nach der Urteilsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit, sondern sie fragt nach der Selbstbestimmungsfähigkeit, genauer nach der Selbstzwecklichkeit. Ist eine Person noch in der Lage, ihre Selbstzwecklichkeit zu leben? Lautet die Antwort nein, so ist die Würde dieses Menschen in Gefahr und die Soziale Arbeit damit in der Pflicht, einzugreifen. Stellvertretend übernimmt sie die Verwirklichung des mutmasslichen Willens einer Person und damit ihrer Selbstzwecklichkeit. Das hat fürsorglichen, gar paternalistischen Charakter. Nimmt doch die Soziale Arbeit damit in Anspruch, den Zweck, den dieser Mensch für sich bestimmt hat, zu kennen und in Bezug auf verschiedene Lebenssituationen umsetzen zu können. In einer akuten Krise kann die Selbstbestimmungsfähigkeit einer Person eingeschränkt sein. Sie ist dann nicht mehr in

der Lage, ihre Selbstzwecklichkeit wahrzunehmen. Sie tut Dinge und fällt Entscheidungen, welche weitreichende Auswirkungen auf ihre Existenz haben und mit denen sie später, wenn die Krise überwunden ist, vielleicht nicht mehr einverstanden ist. Die Person kann in dieser Phase ihres Lebens nicht sein und leben, was sie eigentlich möchte. Sie lebt nicht zu dem Zweck, den sie für sich selbst bestimmt hat, sondern zum Zwecke ihrer Erkrankung. An dieser Stelle muss die Soziale Arbeit intervenieren.

6.2 Antwort auf die Fragestellung

Die Antwort auf die Fragestellung, die dieser Arbeit zugrunde liegt, wird durch die Autorin wie folgt formuliert:

Die Soziale Arbeit muss Menschen davor schützen, sich selbst, ihr Leben und ihre Existenz zu gefährden, wenn dies nicht ihrem autonomen Willen entspricht. Entspringt die Selbstgefährdung aber einer autonomen Entscheidung, so darf die Person nicht daran gehindert werden, selbst wenn es sie ihr Leben kosten könnte. Die Schwierigkeit besteht für Professionelle darin, zu erkennen, wann eine Person in ihrer Selbstzwecklichkeit eingeschränkt ist und was hinter den Symptomen ihrer aktuellen Erkrankung ihr autonomer Wille ist. Eine Person schützen kann unter Umständen tatsächlich heissen, vorübergehend und bezogen auf bestimmte Aspekte ihre Autonomie einzuschränken. Dies darf jedoch nie im Bezug auf die Selbstzwecklichkeit, sondern nur im Bereich der Selbstbestimmung geschehen. Da die Menschenrechte für alle Menschen gelten und Menschenwürde immer ein gegenseitiges Zugeständnis sein muss, kann auch der Schutz Dritter ein legitimes Argument für die Einschränkung der Selbstbestimmung einer Person sein. Wenn sie durch ihr Handeln andere Menschen in Gefahr bringt, so schränkt sie damit deren Autonomie ein. Hier ist die Soziale Arbeit verpflichtet, einzugreifen.

Der wichtigste Aspekt ist die Menschenwürde, somit die Rechte des Menschen und in erster Linie seine Autonomie. Auch wenn seine Handlungsfähigkeit eingeschränkt sein mag, so muss doch in jedem Fall berücksichtigt werden, wie die betroffene Person ihren Selbstzweck definiert. Wer oder was will die Person sein? Welche Ziele verfolgt sie? Welche Werte sind für sie zentral? Die Beantwortung dieser Fragen ist höchst anspruchsvoll und kann wohl nie mit letzter Sicherheit erfolgen. Aber die Bestimmung des mutmasslichen Willens ist unerlässlich für die Beantwortung der Frage, ob die Selbstbestimmung eines Menschen beschnitten werden darf. Wenn das Handeln der Person ihrem mutmasslichen Willen entspricht, so ist ein Eingreifen in ihre Lebensführung nicht legitim. Unvernunft und ein eigenwilliger Lebensstil sind dann nicht als krankhaft zu betrachten, sondern als Ergebnis einer individuellen Sichtweise auf die Welt und das Leben. Auch eine Selbstgefährdung ist in dem Fall aus sozialarbeiterischer Sicht kein Argument für freiheitseinschränkende Massnahmen. Positiv formuliert heisst dies, dass

eine FU im Kontext von Erwachsenenschutz und psychischer Beeinträchtigung damit begründet werden kann, dass eine Person aufgrund pathologischer Verhaltensweisen nicht entsprechend ihrem Selbstzweck zu leben vermag. Sei es, dass sie sich an Leib und Leben gefährdet oder dass sie ihre Existenz durch Entscheidungen zerstört, welche nicht ihrem autonomen Willen entsprechen. Dann ist die Würde dieser Person in Gefahr und die Soziale Arbeit nicht nur legitimiert, sondern verpflichtet, einzugreifen.

6.3 Praxisbezug

Am Beispiel eines jungen Mannes, der seit Jahren an einer schweren psychischen Störung leidet, können diese Überlegungen veranschaulicht werden. Der Klient legte stets Wert auf eine gepflegte Erscheinung. Aus seiner Biographie und aus Äusserungen war ersichtlich, dass er danach strebte, ein Leben nach der Norm seiner Kultur zu führen. Unabhängigkeit, selbständiges Wohnen, ein Beruf und eine Partnerin gehörten zu seinen Vorstellungen von einem erfüllten Leben, obschon ihm dies trotz zahlreicher Bemühungen nicht oder nur unvollständig gelang. Als er plötzlich verwahrlost und obdachlos aufgefunden wird, steht die zuständige Beistandsperson vor der Entscheidung, ob bei der Behörde eine FU beantragt werden soll. Der aktuelle Zustand des Klienten stand so sehr in Widerspruch zu seinem mutmasslichen Willen, dass schliesslich eine FU beantragt und auch verfügt wurde. Eine Analyse der Situation und möglicher Handlungsoptionen in Kooperation mit dem Klienten war aufgrund seines gesundheitlichen Zustandes nicht möglich. Die Entscheidung zum gewählten Vorgehen fiel in einem anspruchsvollen Entscheidungsprozess, in dessen Verlauf verschiedene Werte und Normen reflektiert, unterschiedliche Handlungsoptionen und mögliche Folgen gegeneinander abgewogen und in der Diskussion mit anderen Sozialarbeitenden sowie weiteren Fachpersonen nach mehrheits- und konsensfähigen Lösungen gesucht wurde.

Durch anwaltliches Handeln vertritt die Soziale Arbeit die Interessen einer Person, wenn diese dazu nicht in der Lage ist. Mit ihrem gesellschaftlichen Mandat übernimmt die Soziale Arbeit die Verpflichtung der Gesellschaft zur Solidarität und zur Fürsorge, also zur solidarischen Sorge. Mit dem Mandat, das sie sich selbst als Profession gibt, verpflichtet sie sich zur Achtung der Menschenwürde und damit zur Achtung der Autonomie eines jeden Menschen. Sie bezeichnet die Menschenrechte als grundlegendes Prinzip ihrer Arbeit. Das Dilemma zwischen Fürsorge und Achtung der Autonomie zwingt die Sozialarbeitenden, ihre Entscheidung zum Eingriffshandeln sorgfältig abzuwägen und zu begründen. Das Modell eines ethischen Handlungsentscheidens kann dabei eine Hilfe sein. Eine klare Strukturierung des Denkprozesses kann Sozialarbeitende davor bewahren, vorschnell eigene Werteskalen und Muster anzuwenden. Letztlich verlangt es aber sehr viel Erfahrung, Reflexion und Übung, unter dem Druck der grossen Verantwortung,

welche aus den verschiedenen Mandaten entsteht, gute Entscheidungen zu treffen. Hier wird bewusst von *gut* gesprochen. Ob eine Entscheidung *richtig* war, kann letztlich nur die betroffene Person im Rückblick sagen. Die Soziale Arbeit selbst kann ihre Entscheidung danach bewerten, ob sie ihre konstituierenden Kriterien berücksichtigt und Ethikrichtlinien eingehalten hat. Den Anspruch, immer die richtige Entscheidung zu fällen, darf sie realistischweise nicht haben. Ihre Handlungsentscheidungen beinhalten immer das Risiko des Scheiterns. Da sie oft in Ungewissheit, zwischen gegensätzlichen Ansprüchen und in Dilemmasituationen stellvertretend entscheiden muss, lässt sich dies kaum ändern. Sie kann jedoch ihrer Verantwortung durch sorgfältige Aus- und Weiterbildung und durchdachte Entscheidungen begegnen.

Im Bereich des Erwachsenenschutzes fällen Sozialarbeitende ihre Entscheidungen zumeist im interdisziplinären Diskurs. Dies ist entlastend aufgrund der geteilten Verantwortung sowie des kumulierten zur Verfügung stehenden Fach- und Erfahrungswissens. Die Soziale Arbeit ist gefordert, in diesem Diskurs ihre eigenen Argumente einzubringen. Von Seiten der Psychiatrie wird die Soziale Arbeit in ihrer Haltung gestützt. Aus rechtlicher Sicht jedoch wird sie da Widerstand erfahren, wo sie sich auf den Standpunkt stellt, dass eine urteilsfähige Person nicht gegen ihren Willen eingewiesen werden darf. Es verlangt Mut und ein fundiertes Fachwissen, aus der Position einer wenig anerkannten Profession trotzdem diese Werte zu vertreten.

6.4 Offene Fragen

Auch nach diesem Schluss bleiben in der sozialarbeiterischen Praxis bezüglich freiheitseinschränkender Massnahmen für Menschen mit einer psychischen Störung im Erwachsenenschutz Fragen offen. Zu vielfältig sind die Problemlagen, mit denen sie konfrontiert ist. Es muss zum Beispiel darüber nachgedacht werden, wie mit Müttern, welche unter einer psychischen Störung leiden, umgegangen wird. Sie gefährden bisweilen nicht nur sich selbst, sondern auch ihre Kinder. Hier muss die Soziale Arbeit den Fokus stärker auf den Schutz der Schwächsten legen und kann unter Umständen nicht angemessen Rücksicht nehmen auf die Autonomie der Mutter.

Im Erwachsenenschutz arbeiten Recht und Soziale Arbeit stets zusammen. Diese Kooperation beinhaltet Ergänzungen, aber auch Gegensätze. Wie die Soziale Arbeit ihre professionelle Rolle in dieser Kooperation wahrnimmt, wie sie sich vertreten kann und welche Möglichkeiten sie hat, ihren Argumenten Gewicht zu verleihen, das könnte Gegenstand weiterer Überlegungen sein.

Es ist in diesem Zusammenhang wichtig, dass die Soziale Arbeit ihren sozialpolitischen Auftrag wahrnimmt und für Menschen mit einer psychischen Störung lobbyiert. Solch grundsätzliche Fragen, wie diese Arbeit sie aufnimmt, dürfen nicht nur im Einzelfall durch

die Soziale Arbeit diskutiert werden. Menschenwürde, Menschenrecht und Autonomie sind grundlegende Werte unserer Gesellschaft. Das Abwägen zwischen individuellen und gesellschaftlichen Interessen darf nicht einfach der Sozialen Arbeit überlassen werden, sondern muss von der ganzen Gesellschaft diskutiert werden. Wenn es der Sozialen Arbeit gelingt, diesen Diskurs auszulösen und zu gestalten, dann setzt sie sich für eine positive Wahrnehmung ihrer Profession und ihrer Arbeit ein und kann damit ihre Position in wichtigen gesellschaftlichen und politischen Prozessen stärken.

7 Literaturverzeichnis

Achatz, Johannes/Knoepffler, Nikolaus (2014). Menschenwürde als Grundlage einer Ethik in der Psychiatrie. In: Psychiatrische Praxis. 41. Jg. S. S81-S85.

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR) der Vereinten Nationen vom 10. Dezember 1948.

URL: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=ger>
[Zugriffsdatum: 05.02.2016]

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

Baumann-Hölzle, Ruth (2009). Wertorientierung – Integrative Verantwortungsethik in Medizin und Pflege. In: Arn, Christof/Weidmann-Hügler, Tatjana (Hg.) (2009). Ethikwissen für Fachpersonen. Handbuch Ethik im Gesundheitswesen; Band 2. Basel: Schwabe AG.

Breitschmid, Peter (2012). Über die Urteilsunfähigkeit des Urteilsfähigen und die Urteilsfähigkeit des Urteilsunfähigen. Thesen zur Urteilsfähigkeit aus rechtlicher Sicht. In: Petermann, Frank Thomas (Hg.) (2012). Urteilsfähigkeit. Referate der Tagung vom 31. Oktober 2012 in Zürich. St. Gallen: Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis.

Brüll, Hans-Martin/Schmid, Bruno (2008). Anwaltschaftliche Ethik. Theoretischer Ansatz und schulpädagogische Perspektiven. In: Brüll, Hans-Martin/Schmid, Bruno (Hg.) (2008). Leben zwischen Autonomie und Fürsorge. Beiträge zu einer anwaltschaftlichen Ethik. Freiburg im Breisgau, Lambertus.

Brumlik, Micha (2004). Advokatorische Ethik. 2. Aufl. Berlin: Philo.

Bundesgerichtsentscheid 127 I 6 (2001)

URL: <http://www.bger.ch/index/jurisdiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht/jurisdiction-recht-leitentscheide1954.htm> [Zugriffsdatum 13.02.2016].

Bundesgerichtsentscheid 128 III 12 (2001)

URL: <http://www.bger.ch/index/jurisdiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht/jurisdiction-recht-leitentscheide1954.htm> [Zugriffsdatum 13.02.2016]

Bundesgerichtsentscheid 133 I 58 (2006)

URL: <http://www.bger.ch/index/jurisdiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht-leitentscheide1954-direct.htm> [Zugriffsdatum 16.04.2016]

Bundesgerichtsentscheid 5A_607 (2012)

URL: <http://www.bger.ch/index/jurisdiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht/jurisdiction-recht-urteile2000.htm> [Zugriffsdatum 13.02.2016].

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 (SR 101). URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html> [Zugriffsdatum: 25.10.2015]

Conradi, Elisabeth (2012). Selbstbestimmung durch Achtsamkeit. In: Moser, Vera/Horster Detlef (Hg.) (2012). Ethik in der Behindertenpädagogik. Menschenrechte, Menschenwürde, Behinderung. Eine Grundlegung. Stuttgart: Kohlhammer.

Dallmann, Hans-Ulrich/Volz Fritz Rüdiger (2013). Ethik in der Sozialen Arbeit. Schwalbach: Wochenschau.

Dederich, Markus (2011). Paternalismus als ethische Figur. Ein Problemaufriss. In: Ackermann, Karl Ernst/Dederich, Markus (Hg.) (2011). An Stelle des Anderen. Ein interdisziplinärer Diskurs über Stellvertretung und Behinderung. Oberhausen: Athena.

Dittmann, Volker (2014). Einschätzung der Urteilsfähigkeit – psychologische und psychopathologische Grundlagen. In: Hafner, Felix/Seelmann, Kurt/Widmer Lüchinger, Corinne (Hg.) (2014). Selbstbestimmung an der Schwelle zwischen Leben und Tod. Zürich, Basel, Genf: Schulthess.

Dubno, Benjamin/Rosch, Daniel (2016). Die Fürsorgerische Unterbringung. In: Rosch, Daniel/Fountoulakis, Christiana/Heck, Christoph (Hg.) (2016). Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute. Bern: Haupt.

Drerup, Johannes (2013). Paternalismus, Perfektionismus und die Grenzen der Freiheit. Paderborn: Schöningh.

- Eisenmann, Peter (2012). Werte und Normen in der Sozialen Arbeit. Philosophisch-ethische Grundlagen einer Werte- und Normenorientierung Sozialen Handelns. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Elger, Bernice Simone (2014). Paternalismus in der Medizin: Der Respekt vor der Patientenautonomie als ethische und rechtliche Herausforderung. In: Hafner, Felix/Seelmann, Kurt/Widmer Lüchinger, Corinne (Hg.) (2014). Selbstbestimmung an der Schwelle zwischen Leben und Tod. Zürich, Basel, Genf: Schulthess.
- Estermann, Astrid/Hauri, Andrea/Vogel, Urs (2016). Mandatsführung. Rolle und Auftrag. In: Rosch, Daniel/Fountoulakis, Christiana/Heck, Christoph (Hg.) (2016). Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute. Bern: Haupt.
- Fasel, Raffael Nicolas (2014). Des freien Bildhauers Würde? Plädoyer für eine Abkehr von Autonomie-basierten Menschenwürdeansätzen. In: Adorno, Roberto/Thier, Markus (Hg.) (2014). Menschenwürde und Selbstbestimmung. Analysen und Perspektiven von Assistierenden des Rechtswissenschaftlichen Instituts der Universität Zürich. Zürich/St. Gallen: Dike.
- Fenner, Dagmar (2006). Ist die Suizidverhütung ethisch legitim? In: Honnefelder, Ludger/Sturma, Dieter (Hg.) (2006). Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik. Band II. Berlin: Walter de Gruyter.
- Fischer, Johannes/Gruden, Stefan/Imhof, Esther/Strub Jean-Daniel (2008). Grundkurs Ethik. Grundbegriffe philosophischer und theologischer Ethik. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fountoulakis, Christiana/Rosch Daniel (2016). Elemente des Erwachsenenschutzes. In: Rosch, Daniel/Fountoulakis, Christiana/Heck, Christoph (Hg.) (2016). Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute. Bern: Haupt.
- Fritzsche, Karl-Peter (2004). Menschenrechte. Eine Einführung mit Dokumenten. Paderborn: Schöningh.
- Grossmass, Ruth/Perko, Gudrun (2011). Ethik für Soziale Berufe. Paderborn: Ferdinand Schöningh.

- Gruber, Hans-Günter (2009). Ethisch denken und handeln. Grundzüge einer Ethik der Sozialen Arbeit. 2. Auflage. Stuttgart: Lucius.
- Häfeli, Christoph (2013). Grundriss zum Erwachsenenschutzrecht mit einem Exkurs zum Kinderschutz. Bern: Stämpfli.
- Heck, Christoph (2016). Einführung in den Kindes- und Erwachsenenschutz. Überblick über die Akteure und deren Aufgaben. In: Rosch, Daniel/Fountoulakis, Christiana/Heck, Christoph (Hg.) (2016). Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute. Bern: Haupt.
- Hell, Daniel (2005). Inwieweit sind Richtlinien zur Begrenzung von Zwangsmassnahmen hilfreich? In: Rössler, Wulf/Hoff, Paul (Hg.)(2005). Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Heidelberg: Springer.
- Hoff, Paul (2005). Autonomie und psychiatrische Krankheitsmodelle. Die historische und aktuelle Perspektive. In: Rössler, Wulf/Hoff, Paul (Hg.) (2005). Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Heidelberg: Springer.
- Hoff, Paul (2013). Ethik in der Sozialpsychiatrie. In: Rössler, Wulf/Kahwohl, Wolfram (Hg.) (2013). Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die soziale Praxis. Band 1: Grundlagen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hug, Sonja (2014). Vermittlung ethischer Kompetenz als Bestandteil der Praxisausbildung in der Sozialen Arbeit. In: Roth, Claudia/Merten, Ueli (Hg.) (2014). Praxisausbildung konkret. Am Beispiel des Bachelor in Sozialer Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW. Berlin & Toronto: Barbara Budrich, Opladen.
- Hug, Sonja (2015). Suizid als Akt der Freiheit oder Ausdruck einer Notlage? Berufsethische Überlegungen zu Suizid und Umgang mit suizidalen KlientInnen. In: Zeitschrift Sozial Aktuell. 47. Jg. (5). S. 15-17.
- Hrubesch-Millauer Stephanie/Bosshardt Martina (2013). Personenrecht in a nutshell. St. Gallen: Dike.

International Federation of Social Workers/International Association of Schools of Social Work (2004). Ethik in der Sozialen Arbeit. Darstellung der Prinzipien.

URL: http://www.avenirsocial.ch/cm_data/EthikprinzSozArbeitIFSW.pdf [Zugriffsdatum 10. November 2015]

International Federation of Social Workers/International Association of Schools of Social Work (2014). Global Definition of Social Work. Deutsche Übersetzung von 2015, übersetzt durch AvenirSocial.

URL: http://www.avenirsocial.ch/de/cm_data/Erlaeuterungen_zur_Uebersetzung.pdf [Zugriffsdatum 18. März 2016]

Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (UNO-Pakt II) vom 16.

Dezember 1966 (SR 1.103.2) URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19660259/index.html> [Zugriffsdatum 17. Oktober 2015].

von Kardorff, Ernst (2011). Paradoxien der Stellvertretung. In: Ackermann, Karl-Ernst/Dederich, Markus (Hg.) (2011). An Stelle des Anderen. Ein interdisziplinärer Diskurs über Stellvertretung und Behinderung. Oberhausen: Athena.

Kiener, Regina/Kälin, Walter (2013). Grundrechte. 2. Auflage. Bern: Stämpfli.

Kähler, Harro Dietrich/Zobrist, Patrick (2013). Soziale Arbeit in Zwangskontexten. Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt.

Kley, Andreas (2012). Das Grundrecht auf Selbstbestimmung bei Personen mit eingeschränkten geistigen Fähigkeiten. In: Petermann, Frank Thomas (Hg.) (2012). Urteilsfähigkeit. Referate der Tagung vom 31. Oktober 2012 in Zürich. St. Gallen: Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis.

Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) des Europarates vom 4. November 1950 (SR 0.101)

URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19500267/index.html> [Zugriffsdatum: 30.10.2015].

Lauber, Christoph (2005). Zwang und Autonomie bei psychischer Krankheit. Ein Dilemma für die Betroffenen und die Gesellschaft. In: Rössler, Wulf/Hoff, Paul (Hg.) (2005).

Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Heidelberg: Springer.

- Lob-Hüdepohl, Andreas (2007). Berufliche Soziale Arbeit und die ethische Reflexion ihrer Beziehungs- und Organisationsformen. In: Lob-Hüdepohl, Andreas/Lesch, Walter (Hg.) (2007). Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch. Paderborn: Schöningh.
- Maio, Giovanni (2005). Ethische Reflexionen zum Zwang in der Psychiatrie. In: Rössler, Wulf/Hoff, Paul (Hg.) (2005). Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Heidelberg: Springer.
- Maranta, Luca/Terzer, Patrik (2016). Die Beistandschaft. In: Rosch, Daniel/Fountoulakis, Christiana/Heck, Christoph (Hg.) (2016). Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute. Bern: Haupt.
- Meier, Marietta (2005). Zwang und Autonomie in der psychiatrischen Anstalt. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde aus historischer Sicht. In: Rössler, Wulf/Hoff, Paul (Hg.) (2005). Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang. Heidelberg: Springer.
- Meier-Allmendinger, Diana (2009). Psychiatrie – Dilemmas im Umgang mit einer fragilen Psyche. In: Arn, Christof/Weidmann-Hügler, Tatjana (Hg.) (2009). Ethikwissen für Fachpersonen. Handbuch Ethik im Gesundheitswesen; Band 2. Basel: Schwabe AG.
- Menke, Christoph/Pollmann, Arnd (2007). Philosophie der Menschenrechte. Zur Einführung. Hamburg: Junius.
- Michel, Margot (2015). Von der administrativen Versorgung zur fürsorgerischen Unterbringung. Alles in Ordnung im neuen Recht? In: FamPra – Die Praxis des Familienrechts. 16. Jg. (4) S. 797-831.
- Mieth, Dietmar (2011). Stellvertretung als theologische Figur und ihre sozialanthropologischen Prämissen. In: Ackermann, Karl-Ernst/Dederich, Markus (Hg.) (2011). An Stelle des Anderen. Ein interdisziplinärer Diskurs über Stellvertretung und Behinderung. Oberhausen: Athena.

- Muders, Sebastian (2014). Autonomie als Würde? Zur Bedeutung personaler Autonomie im Begriff der Menschenwürde. In: Adorno, Roberto/Thier, Markus (Hg.) (2014). Menschenwürde und Selbstbestimmung. Analysen und Perspektiven von Assistierenden des Rechtswissenschaftlichen Instituts der Universität Zürich. Zürich/St. Gallen: Dike.
- Rosch, Daniel (2015). Selbstbestimmung im revidierten Erwachsenenschutzrecht. In: Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz. 70. Jg. S. 215-225.
- Rosch, Daniel (2016). Kindes- und Erwachsenenschutz als Berufsfeld der Sozialen Arbeit. In: Rosch, Daniel/Fountoulakis, Christiana/Heck, Christoph (Hg.) (2016). Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute. Bern: Haupt.
- Schlittmaier, Anton (2004). Ethische Grundlagen Klinischer Sozialarbeit. Coburg: ZKS-Verlag.
- Schumacher, Thomas (2013). Lehrbuch der Ethik in der Sozialen Arbeit. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (2015). Zwangsmassnahmen in der Medizin. Medizin-ethische Richtlinien. URL: <http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html> [Zugriffsdatum 18. Januar 2016].
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch (1907; Stand 1. Januar 2016) URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/201601010000/210.pdf> [Zugriffsdatum 23. Januar 2016].
- Stieglitz, Rolf-Dieter/Freyberger, Harald J. (2015). Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. In: Berger Mathias (Hg.) (2015). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. 5. Auflage. München: Urban & Fischer.
- Stocker, Damian P. (2014). Menschenwürde – ein ökonomischer Begründungsversuch. In: Adorno, Roberto/Thier, Markus (Hg.) (2014). Menschenwürde und Selbstbestimmung. Analysen und Perspektiven von Assistierenden des Rechtswissenschaftlichen Instituts der Universität Zürich. Zürich/St. Gallen: Dike.

Stoecker, Ralf (2014). Philosophie der Menschenwürde und die Ethik der Psychiatrie. In: Psychiatrische Praxis. 41. Jg. S. S19-S25.

Tur, Witold (2012). Notwendigkeit vormundschaftlicher Massnahmen für eine Person mit psychischer Störung? Erfahrungen eines Gerichtsgutachters. In: Petermann, Frank Thomas (Hg.) (2012). Urteilsfähigkeit. Referate der Tagung vom 31. Oktober 2012 in Zürich. St. Gallen: Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis.

Widulle, Wolfgang (2012). Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Gestaltungshilfen. 2., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften.

Zimmermann, Ralf-Bruno/ Lob-Hüdepohl, Andreas (2007). Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie. In: Lob-Hüdepohl, Andreas/Lesch, Walter (Hg.) (2007). Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch. Paderborn: Schöningh.