

# **Ethische Reflexion**

## **Schwangerschaft in Kontakt- und Anlaufstellen Zwischen persönlicher Freiheit und Gefährdung des Kindeswohls?**

**Versuch einer Erörterung**

**Bachelor Thesis**

Verfasserin: Johanna Forth

Eingereicht bei: Prof. Dr. Jörg Dittmann

Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit, Basel

Basel, 01.07.2016

## **ABSTRACT**

Ethische Reflexion ist untrennbar mit der Profession der Sozialen Arbeit verbunden. Die Fähigkeit, auf der Basis berufsethischer Prinzipien Handlungen moralisch zu beurteilen, ist unabdingbar, um Lösungen für soziale Probleme zu generieren.

Durch die Ausdifferenzierung der Aufgabenbereiche Sozialer Arbeit eröffnen sich auch in ethischer Hinsicht immer neue Perspektiven. Kontakt- und Anlaufstellen decken einen Bereich der Drogenhilfe ab, der spezialisiert ist für Menschen mit einer Substanzabhängigkeit. Es werden Räumlichkeiten geboten, in denen unter anderem hygienischer Konsum möglich ist. Auch schwangeren Frauen steht dieses Angebot zur Verfügung.

Unter dem Gesichtspunkt der Untrennbarkeit von Ethik und Sozialer Arbeit versucht die vorliegende Arbeit, sich den moralischen Konfliktfeldern anzunähern, die sich mit schwangeren Frauen in den Kontakt- und Anlaufstellen zeigen. Konsequenzen für die Soziale Arbeit werden daraus abgeleitet.

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>3</b>
1.1	ZUR ENTSTEHUNG DER ARBEIT .....	3
1.2	INTERESSE UND RELEVANZ FÜR DIE SOZIALE ARBEIT .....	4
1.3	FRAGESTELLUNG UND HERANGEHENSWEISE .....	5
<b>2</b>	<b>ETHIK SOZIALER ARBEIT.....</b>	<b>6</b>
2.1	WAS IST ETHIK?.....	6
2.2	ZIELE EINER ETHIK SOZIALER ARBEIT .....	7
2.3	ETHISCHE PRINZIPIEN SOZIALER ARBEIT .....	9
2.3.1	Menschenwürde .....	9
2.3.2	Autonomie.....	10
2.3.3	Soziale Gerechtigkeit .....	11
2.4	BERUFSSKODEX - NORMATIVE GRUNDLAGE ETHISCHEN HANDELNS .....	12
2.5	MODELL ETHISCHER ENTSCHEIDUNGSFINDUNG.....	13
2.5.1	Schritt 1 - Analyse des Ist-Zustandes.....	13
2.5.1.1	Harte Fakten und geltendes Recht .....	15
2.5.1.2	Stakeholder identifizieren.....	15
2.5.1.3	Kontextsensibilität entwickeln .....	16
2.5.2	Schritt 2 - Die moralische Frage.....	16
2.5.2.1	Kriterien einer moralischen Frage.....	16
2.5.2.2	Moralisch relevante Fragen und Konflikte.....	17
2.5.2.3	Nichtmoralische Aspekte.....	17
<b>3</b>	<b>KONTAKT- UND ANLAUFSTELLEN: AKZEPTIERENDE DROGENARBEIT IM KONTEXT NIEDERSCHWELLIGER EINRICHTUNGEN MIT KONSUMRÄUMEN .....</b>	<b>19</b>
3.1	ENTWICKLUNGSPROZESS AKZEPTIERENDER DROGENARBEIT .....	19
3.2	ABSTINENZPARADIGMA UND AKZEPTANZORIENTIERUNG: ZENTRALE UNTERSCHIEDE ..	21
3.3	PRINZIPIEN UND ZIELE AKZEPTIERENDER DROGENARBEIT.....	22
3.3.1	Prinzipien akzeptierender Drogenhilfe.....	23
3.3.2	Allgemeine Ziele der akzeptierenden Drogenhilfe .....	26
3.4	KONTAKT- UND ANLAUFSTELLEN - NIEDERSCHWELLIGE EINRICHTUNGEN MIT KONSUMRÄUMEN .....	26
3.4.1	Auftrag der Kontakt- und Anlaufstellen mit Konsumräumen .....	27
3.4.2	Begriffsdefinition niederschwellig .....	27
3.4.3	Drogenkonsum im Angesicht der Zeit – als Ergänzung.....	28
<b>4</b>	<b>SCHWANGERSCHAFT UND ILLEGALE DROGEN .....</b>	<b>29</b>
4.1	SCHWANGERSCHAFT.....	29

4.1.1	Allgemeine Veränderungen während einer Schwangerschaft .....	29
4.1.2	Gesetzeslage bezüglich Schwangerschaft.....	30
4.1.3	Der Stand medizinischer Forschung – als Ergänzung.....	31
4.1.4	Eugenik, Zwangssterilisation und Zwangsverhütung – als Ergänzung .....	31
4.2	ILLEGALE DROGEN .....	31
4.2.1	Konsummuster illegaler Drogen.....	32
4.2.2	Wirkung und Risiken relevanter illegaler Drogen.....	33
4.2.3	Gesetzeslage bezüglich illegaler Drogen .....	36
4.3	ILLEGALE DROGEN IN DER SCHWANGERSCHAFT.....	36
4.3.1	Direkte Auswirkungen des Drogenkonsums auf das ungeborene Kind .....	36
4.3.2	Indirekte psychische und soziale Folgen des Drogenkonsums für das Kind.....	37
4.3.3	Substitution und Entzug während der Schwangerschaft .....	38
4.3.4	Gesetzeslage bezüglich Drogenkonsum in der Schwangerschaft .....	38
4.3.5	Schwangerschaft und legaler Konsum – als Ergänzung.....	38
5	ETHISCHE REFLEXION ZUR OFFENLEGUNG MORALISCHER DILEMMATA.....	39
5.1	STAKEHOLDER IDENTIFIZIEREN.....	39
5.1.1	Das ungeborene Kind .....	39
5.1.2	Die schwangere Frau.....	40
5.1.3	Mitarbeiter/innen der Kontakt- und Anlaufstellen.....	40
5.1.4	Akzeptierende Drogenarbeit .....	40
5.1.5	Die Profession der Sozialen Arbeit.....	40
5.2	DIE MORALISCHEN FRAGEN UND KONFLIKTFELDER.....	41
5.2.1	Moralischer Status des ungeborenen Kindes.....	42
5.2.2	Die Autonomie der schwangeren Frau .....	44
5.2.3	Schutz des Kindes vor der Geburt vs. Schutz des Kindes nach der Geburt ....	46
5.2.4	Autonomie der Frau vs. Schutz des ungeborenen Kindes.....	46
5.2.5	Moralische Normen und Werte der Mitarbeiter/innen .....	49
6	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND OFFENE FRAGEN.....	51
7	LITERATURVERZEICHNIS .....	55
7.1	BÜCHER UND ZEITSCHRIFTEN .....	55
7.2	ELEKTRONISCHE MEDIEN.....	57

## 1 EINLEITUNG

### 1.1 Zur Entstehung der Arbeit

Innerhalb der Drogenhilfe haben sich in der Schweiz seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts viele neue Aufgabenbereiche für die Soziale Arbeit aufgetan. Die Entstehung des gesamten Arbeitsfeldes ist geprägt von massiven gesellschaftspolitischen Veränderungen. Zum einen sind diese durch moralische Umwälzungen entstanden, zum anderen ziehen sie die Forderung zur Auseinandersetzung mit daraus erwachsenen moralischen Konfliktfeldern erst nach sich.

Einen Teilbereich, der sich erst durch eine Veränderung innerhalb der Wertehaltung herausbilden konnte, bilden dabei Kontakt- und Anlaufstellen. Dieser Zweig des Suchthilfesystems widmet sich Menschen mit einer Abhängigkeit von unter anderem illegalen Substanzen. Der Arbeitsansatz der Akzeptanzorientierung hat dabei massgeblichen Einfluss. Abhängigkeit oder Sucht<sup>1</sup> von illegalen Drogen machen weder Halt vor bestimmten gesellschaftlichen Schichten, noch vor einem jungen oder hohen Alter, auch die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Geschlecht schützt nicht davor. So ist naheliegend, dass Kontakt- und Anlaufstellen auch von Frauen aufgesucht werden, die einen Kinderwunsch haben oder schwanger sind: Frauen mit ganz normalen weiblichen Bedürfnissen. Und trotzdem ist die Situation, dass eine schwangere Frau das Angebot der Kontakt- und Anlaufstellen nutzt, für alle Beteiligten auf unterschiedliche Weise herausfordernd. Es sind Emotionen, wie Scham und Schuld, Wut und Enttäuschung, Traurigkeit, Angst vor Versagen, Ohnmachtsgefühle oder Hilflosigkeit daran geknüpft. Viele Fragen tauchen auf: Ist es ethisch vertretbar, schwangeren Frauen den Eintritt in die Kontakt- und Anlaufstellen zu gewähren? Wie wird es dem Kind ergehen, wenn es geboren ist? Sind die Strukturen des Hilfesystems ausgerichtet für schwangere Frauen, die abhängig sind von illegalen Drogen? Wie können auftretende Belastungen abgefangen werden?

Die Vielzahl an moralischen und anderen Fragen sowie die damit einhergehenden starken Gefühle machen deutlich, dass die Bearbeitung des Gegenstandsbereichs „illegale Drogen und Schwangerschaft“ unter den Gesichtspunkten der Ethik möglich, wenn nicht sogar nötig ist. Des Weiteren besteht aufgrund mehrjähriger Tätigkeit in einer Kontakt- und Anlaufstelle ein grosses eigenes Interesse daran, die moralisch hochbrisante Situation nicht nur auszuhalten, sondern sie zu verstehen. Erst auf der Basis des Begreifens können in der Folge mögliche Lösungen gefunden werden (vgl. Bleisch/Huppenbauer 2014: 34).

---

<sup>1</sup> Der Begriff der Abhängigkeit und derjenige der Sucht werden im weiteren Verlauf synonym zueinander genutzt.

## 1.2 Interesse und Relevanz für die Soziale Arbeit

Ethische Urteilskraft gehört heutzutage zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit. Innerhalb dieser Profession sind die Auswirkungen von Individualisierungsprozessen, der Ausdifferenzierung moralischer Werte sowie Normen und von gesellschaftlich-politischen Veränderungen direkt in der Praxis spürbar (vgl. Bohmeyer/Kurzke-Maasmaier 2007: 162).

Es ist Aufgabe der Sozialen Arbeit Missstände aufzudecken, Lösungen für soziale Probleme zu finden und Veränderungen zu fördern, die notwendig sind, um den Prinzipien der Autonomie und Menschenwürde gerecht zu werden (vgl. AvenirSocial 2010: 6). Dies gilt sowohl für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit moralischen Aspekten als auch für die damit in Zusammenhang stehenden handlungsleitenden Grundlagen Sozialer Arbeit (vgl. Lob-Hüdepohl 2007: 117). Dadurch kommt der Auseinandersetzung mit Ethik als Wissenschaft eine gesteigerte Bedeutung zu. Die Fähigkeit moralisch vertretbare Positionen zu konzipieren und diese in der Folge zu befürworten gewinnt an Tragweite.

Es ist bekannt, dass die Auswirkungen von Sucht so vielfältig sind, wie die Gründe für deren Entwicklung. Aufgrund vieler Forschungen ist das Wissen um das Phänomen Sucht in den letzten Jahren extrem angestiegen. Zu nennen ist beispielsweise eine Forschung von Klein (2003) mit dem Thema „Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern“ oder „Kokainmissbrauch in Europa: Bedürfnisse von Kokain- und Crack-Nutzern in der Suchtbehandlung in 10 europäischen Städten“ (Verthein/Haasen/Prinzleve/Degkwitz/Krausz 2001). Die Komplexität der Zusammenhänge von Entstehung und Aufrechterhaltung, aber auch die Ansprüche, die dadurch z.B. an Beratungen gestellt sind, werden immer deutlicher. Einfache Erklärungsmodelle und daran angepasste standardisierte Unterstützungsleistungen lassen sich kaum anwenden (vgl. akzept 1999: 12).

Als eine Gemeinsamkeit der Abhängigkeit von illegalen Drogen lässt sich allerdings feststellen, dass ihr Konsum meist mit dem Vorhandensein multikomplexer Problemlagen einhergeht, die sich gegenseitig bedingen. Darunter fallen z.B. Armut, psychische Probleme, Arbeitslosigkeit, Prostitution, Problemen in der Partnerschaft, fremdplatzierten Kindern und Obdachlosigkeit. Die gesellschaftlich negativ konnotierte Bedeutung von Sucht, deren Folgen unter anderem Stigmatisierung und Diskriminierung sind, wirkt sich zusätzlich erschwerend auf die Situation der Betroffenen aus (vgl. Schneider 2005: 275). Es ist Aufgabe der Sozialarbeitenden, die in diesem Bereich tätig sind, sich der Konfrontation damit auf professionelle Weise zuzuwenden. Das Auftreten einer Schwangerschaft im Rahmen von Kontakt- und Anlaufstellen fällt somit einerseits unter die Aspekte multikomplexer Sinnzusammenhänge und Problemlagen, die für die individuelle Hilfestellung von Bedeutung sind. Andererseits wird die Zusammenarbeit durch das Hinzukommen der moralischen Perspektive erweitert, die sowohl hinsichtlich der Situation

der Frau berücksichtigt werden muss, als auch in Bezug auf das ungeborene Kind nicht unbeachtet bleibt.

Die Vielschichtigkeit der aufgezeigten Situation spiegelt das Spannungsfeld Sozialer Arbeit zwischen Hilfe und Kontrolle. Hilfe wird den Adressat/innen Sozialer Arbeit entgegengebracht, Kontrolle findet von Seiten des Trägers als Repräsentant der Gesellschaft statt (vgl. Staub-Bernasconi 2007: 36). Das doppelte Mandat der Sozialen Arbeit, laut Staub-Bernasconi sogar Tripelmandat durch die Verpflichtung der eigenen Profession gegenüber, wird deutlich (vgl. ebd.). Dieses dritte Mandat, dass durch den Bezug auf den Berufskodex einen Schwerpunkt auf die Einhaltung der Menschenrechte legt, spielt im Zusammenhang mit dem ungeborenen Kind, das in gewisser Hinsicht ein Mensch ohne Menschenrechte ist, eine nicht unbedeutende Rolle. Schwangerschaft im Kontext von Kontakt- und Anlaufstellen erscheint unter diesen Gesichtspunkten als ein moralisches Minenfeld.

Eine kritisch-konstruktive Reflexion des Fallmaterials soll helfen, ein Verständnis für die daran gekoppelten moralischen Konfliktfelder zu erlangen. Reziprok zur ethischen Reflexion könnten handlungsleitende Methoden entwickelt werden (Lob-Hüdepohl 2007: 117f.).

Aufgrund der Komplexität scheint es jedoch sinnvoll mit dieser Arbeit vorerst Grundlagen zu schaffen, die den Blick für daraus abzuleitende Konsequenzen öffnet, die im Sinne der Professionsethik richtungsweisend für den Umgang mit schwangeren Frauen in Kontakt- und Anlaufstellen sind.

### **1.3 Fragestellung und Herangehensweise**

Die Fragestellung, die sich aus dem kurz angerissenen Stand der Dinge für die folgende Arbeit ergibt, lautet folgendermassen:

**Welche moralischen Dilemmata zeigen sich im Kontext akzeptierender Drogenarbeit in Kontakt- und Anlaufstellen mit schwangeren Frauen und welche Konsequenzen lassen sich daraus für die Soziale Arbeit ableiten?**

Die Arbeit ist in fünf Kapitel aufgebaut. Der folgende Abschnitt widmet sich dem Thema Ethik in der Sozialen Arbeit. Es wird versucht die Frage zu beantworten, welchen Stellenwert Ethik innerhalb der Profession im Allgemeinen einnimmt. Eingegangen wird darauf, welche Ziele mit ethischer Reflexion verbunden sind und warum die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Moral im Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit einen solch grossen Stellenwert einnimmt. Berufsethische Prinzipien werden erläutert und der Berufskodex als Leitplanke für das Handeln in der Sozialen Arbeit wird vorgestellt. Zum Abschluss wird das Kapitel gebracht mit der Darlegung eines Modells zur ethischen Entscheidungsfindung. Da die Komplexität des vorliegenden Fallmaterials unter Einbezug der ethischen Grundlagen bereits umfänglich ist und weil die Fragestellung lediglich auf das Offenlegen der moralischen Konfliktfelder abzielt,

werden im Rahmen dieser Arbeit allerdings nur die ersten beiden Schritte des Modells durchgeführt.

In den Kapiteln 3 und 4 wird dementsprechend eine Analyse des Ist-Zustandes vorgenommen. Als Vorarbeit ist sie entscheidend für ethische Reflexion. Kontakt- und Anlaufstellen, als niederschwellige Einrichtungen akzeptierender Drogenhilfe, werden im historischen Kontext eingebettet. Die Grundhaltung ausgerichtet an den Leitlinien akzeptierender Drogenhilfe wird dargelegt. Den daran anschliessenden Themenkomplex bilden Schwangerschaft und illegale Drogen. Allgemeine Veränderungen zu Schwangerschaft und allgemeine Informationen zu illegalen Drogen, die im Kontext von Kontakt- und Anlaufstellen vorzufinden sind, werden einleitend unter Einbezug gesetzlicher Vorlagen vermittelt. Anschliessend werden diese miteinander verflochten, so dass Risiken für das ungeborene Kind und mögliche Auswirkungen hinsichtlich sozialer Aspekte den letzten Teil der Informationssammlung bilden.

Bevor in der Schlussfolgerung die eigentliche Fragestellung beantwortet werden kann, verschränkt Kapitel 5 die theoretischen Grundlagen einer Ethik sozialer Arbeit mit den vorhandenen Fakten aus Kapitel 3 und 4. Zur Strukturierung des Materials und um systematisch die Problemlage zu entwirren, wird dabei zurückgegriffen auf das Modell zur ethischen Entscheidungsfindung, das in seinen Grundzügen im Kapitel 2 vorgestellt wird.

In der Schlussfolgerung werden die Erkenntnisse aus allen vorherigen Kapiteln so miteinander verwoben, dass auf dieser Basis die eingängliche Fragestellung eine Antwort findet.

Es wird mit dieser Arbeit nicht der Anspruch erhoben, Lösungen zu generieren, die für den Umgang mit schwangeren Frauen in den Kontakt- und Anlaufstellen und auf allen anderen daran beteiligten Ebenen greifen.

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich darauf ein Bild zu zeichnen, das das moralische Dilemma darzustellen vermag, das sich um den Themenkomplex Schwangerschaft in Kontakt- und Anlaufstellen rankt. Alle daran anschliessenden Fragestellungen moralischer und nichtmoralischer Art müssen in anderen, möglicherweise darauf aufbauenden Arbeiten analysiert werden.

## **2 ETHIK SOZIALER ARBEIT**

### **2.1 Was ist Ethik?**

Ethik fragt immer danach, wie richtiges Handeln in einer bestimmten Situation aussehen könnte (vgl. Fenner 2008: 3). Orientierung bilden normative Vorstellungen, Werte und Tugenden (vgl. ebd.:5). Diese können unter dem Schlüsselbegriff der Moral zusammengefasst werden. Diese umfasst ausserdem Zielvorstellungen und Haltungen, die sich aus der Deutung bestehender Gewissheiten ergeben (vgl. Lob-Hüdepohl 2007: 117). Moral ist zur Orientierung

gedacht, beeinflusst innerhalb einer Gemeinschaft sowohl das Zusammenleben als auch das Verhalten untereinander (vgl. Fenner 2008: 6).

Ethik als Wissenschaft dient dazu, Moral auf der Basis von Prinzipien und hinsichtlich verschiedener Kategorien zu bewerten, um Aussagen darüber machen zu können, wie richtiges Handeln grundsätzlich aussehen sollte (vgl. Fenner 2008: 5).

Laut Bleisch und Huppenbauer ist der Gegenstandsbereich der Ethik „kritisch-philosophische Reflexion auf die faktisch vorliegende Moral“ (vgl. Bleisch/Huppenbauer 2014: 17). Lob-Hüdepohl setzt den Schwerpunkt des Gegenstandsbereich an anderer Stelle und bezeichnet die Reflexion als „kritisch-konstruktiv“ (vgl. Lob-Hüdepohl 2007: 117). Auf die einzelnen Elemente der Definition wird weiter unten eingegangen.

## **2.2 Ziele einer Ethik Sozialer Arbeit**

Die Profession der Sozialen Arbeit, nach der Definition von AvenirSocial (2010: 8), „fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, ihr Wohlbefinden anzuheben“.

Von den Professionellen der Sozialen Arbeit sollen dafür Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme hinzugezogen werden und jedes Handeln muss sich auf den Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit gründen (vgl. ebd.).

Mit diesem selbsternannten sehr allgemein gefassten Auftrag sind einige Herausforderungen verbunden, zu denen unter anderem auch moralische Aspekte zu zählen sind. Aufgaben der Sozialen Arbeit bewegen sich sowohl hinsichtlich der Analyse als auch des Handelns selbst zwischen drei verschiedenen Ebenen (vgl. Schmock 2011: 11). Auf der Makroebene, der gesellschaftlichen Ebene, soll der soziale Wandel gefördert werden. Beziehungsgestaltung soll auf der Mesoebene, der Ebene der sozialen Strukturen, unterstützt werden. Die Mikroebene, Ebene des Individuums, die das Ziel der Ermächtigung, Befähigung und Empowerment anvisiert, bildet das letzte Aufgabenfeld (vgl. ebd.).

Normative Ansprüche, die daran gekoppelt sind, ergeben sich aus der Orientierung an den Menschenrechten und dem Streben nach sozialer Gerechtigkeit (vgl. ebd.). Laut Staub-Bernasconi (vgl. 2007: 36) ergibt sich durch die zusätzliche Orientierung am Berufskodex das Tripelmandat der Sozialen Arbeit, die Verpflichtung der eigenen Profession gegenüber.

In die Überlegungen zu den moralischen Anforderungen, die an eine Ethik Sozialer Arbeit gestellt werden, muss der nächste Punkt mit einbezogen werden. Einerseits hat der Prozess der Individualisierung die Nachfrage nach Sozialer Arbeit insgesamt erhöht (vgl. Bohmeyer/Kurzke-Maasmeier 2007: 162). Andererseits sind die Individuen dadurch „aus ihrer unhinterfragten Einbettung in soziale Milieus und moralische Konventionen herausgelöst“ (vgl. Kruijff 2007: 69). Es eröffnet sich also auf Seite der Einzelnen eine Fülle an Möglichkeiten moralischer (Neu-)Orientierung (vgl. ebd.).

Daraus folgt, dass die in der Sozialen Arbeit Tätigen parallel zu der ohnehin hohen moralischen Anforderung zusätzlich durch die Ausdifferenzierung des Zuständigkeitsbereichs mit immer wieder neuen moralischen Anforderungen konfrontiert sind.

Mitunter stehen moralische Werte, gekoppelt an das Gesellschaftsmandat, diametral den Ansprüchen und Zielvorstellungen derjenigen gegenüber, deren Wohlbefinden die Soziale Arbeit stets im Blick haben soll (vgl. Bohmeyer/Kurzke-Maasmeier 2007: 166). Ausserdem können moralische Diskrepanzen aus der unterschiedlichen Akzentuierung und Priorisierung von Werten entstehen, denen die Professionellen selbst auf der Basis ihres Habitus im jeweiligen Berufsalltag folgen.

Ziel einer Ethik Sozialer Arbeit ist es, dass sich damit in Verbindung stehende methodische Verfahren reziprok dazu entwickeln, Beurteilungskriterien mit allgemeiner Gültigkeit daraus abgeleitet und Prinzipien höchster Ordnung aufgedeckt werden können (vgl. Fenner 2008: 5). Diese wiederum der Begründung und Kritik von Handlungsregeln dienen (vgl. ebd.). Als Grundlage wird für das Vorgehen eine aktuell vorhandene, zu reflektierende Situation genutzt. Ethische Reflexion geht also unter Einbezug normativen Wissens und moralischer Werte vom Besonderen zum Allgemeinen und kann somit als induktiv bezeichnet werden (vgl. Lob-Hüdepohl 2007: 117).

Ethische Reflexion Sozialer Arbeit bedeutet, dass moralisch vertretbares Handeln in einer speziellen Situation reflektiert, analysiert und möglicherweise für neue ähnlich geartete generiert werden muss (vgl. Lob-Hüdepohl 2007: 118). Die Reflexion soll dazu beitragen, dass die Ethik selbst sich an das jeweilige Berufsfeld angepasst, auf der Basis der dort Tätigen und deren habituellen Werten, von innen heraus im Diskurs entwickeln kann. Einbezogen werden soll dafür theoretisches Wissen (vgl. ebd.).

Dabei muss sie sowohl kritisch als auch konstruktiv sein (vgl. ebd.: 117). Kritisch bezieht sich auf die Tatsache, dass jene ethische Auseinandersetzung im professionellen Kontext anzusiedeln ist (vgl. ebd.). Sie orientiert sich an den dort geltenden berufsethischen Prinzipien (vgl. ebd.). Demnach müssen beeinflussende alltagsmoralische Vorstellungen, die im Habitus der Professionellen der Sozialen Arbeit verankert sind, kritisch hinterfragt werden und dann weichen, wenn sie sich nicht mit den grundlegenden Prinzipien vereinen lassen, die konstituierendes Element der Berufsethik sind (vgl. ebd.: 118). Auf jene Prinzipien soll an späterer Stelle genauer eingegangen werden. Konstruktiv wird die ethische Reflexion deshalb benannt, weil sie zur Entwicklung einer professionellen Haltung beiträgt und dadurch die Möglichkeit eröffnet wird, in Diskursen zu moralischen Fragen Stellung zu beziehen (vgl. ebd.). Die Grundwerte, auf die sich Soziale Arbeit innerhalb jener Differenzen stützen muss, die Teil der ethischen Reflexion sind, als fundamentale Prinzipien gelten und in all ihr Handeln einfließen müssen, sollen zur näheren Erläuterung im nun folgenden Kapitel dargelegt werden.

## 2.3 Ethische Prinzipien Sozialer Arbeit

### 2.3.1 Menschenwürde

Die Menschenwürde als die Fundamentalnorm Sozialer Arbeit lässt sich zurückführen auf unterschiedliche Begründungsansätze, deren Gemeinsamkeit in deren Universalität und Unhinterfragbarkeit besteht. Das theologische Verständnis der Menschenwürde beruft sich auf die Gottebenbildlichkeit des Menschen und dessen gottgegebenes Mandat. Bei Cicero wird die Menschenwürde dadurch erklärt, dass der Mensch über die Fähigkeit der Vernunft verfügt und die Einsicht in richtig oder falsch in sich trägt (vgl. Stoecker 2009: o.S.). Der für heutige Überlegungen zum Begriff der Menschenwürde wohl bedeutungsvollste Ansatz zur Erklärung, geht auf Immanuel Kants Schrift von 1785 „Grundlegung der Metaphysik der Sitten“ zurück.

Die Würde des Menschen ist demzufolge nicht relativ zu anderem zu setzen, sie hat einen absoluten nicht relativierbaren Wert (vgl. Fischer et al. 2007: 349). Laut Kant ist der Mensch aufgrund seiner Vernunft zur Autonomie, der „Selbstgesetzgebung“ befähigt (vgl. ebd.). Er kann ausschliesslich sich selbst Gesetze geben, da allen anderen Menschen das gleiche Recht bzw. die gleiche Fähigkeit zusteht (vgl. ebd.). Die menschliche Würde erklärt er dadurch, dass der Mensch ob seiner Vernunft in der Lage ist, sich selbst einem Gesetz zu unterwerfen, das sittliches Handeln betrifft und dieses in der Folge erst ermöglicht.

Fischer et al. (vgl. ebd.: 351) stellen einen weiteren Ansatz vor, der als Ausgangspunkt der Suche nach der Deutung des Begriffs deren Gegenteil nutzt und dabei auf die Erniedrigung stösst. Die Spezifität des Menschen liegt in der Fähigkeit zur Selbstachtung. Die menschliche Würde wäre dann infrage gestellt, wenn der Mensch keine Selbstachtung mehr empfinden könnte, weil er erniedrigt oder gedemütigt würde.

Allen Ansätzen ist gemein, dass sie der philosophisch-kritischen Betrachtung unter Einbezug aller Eventualitäten nur bis zu einem gewissen Grad standhalten können. Lob-Hüdepohl (2007:122) bemerkt dazu, die Menschenwürde sei „ein Begriff, der unter systemisch ethischer Rücksicht allerdings unscharf ist und für Interpretationen erhebliche Spielräume öffnet“.

Mit der Unschärfe des Begriffs wird zugleich die Möglichkeit eröffnet, die Ausformulierung dessen, was jedem Einzelnen als würdig erscheint, selbst zu bestimmen, solange auf gesellschaftlicher Ebene die materiellen und immateriellen Bedingungen dazu bestehen (vgl. ebd.).

Den Begriff der Würde inhaltlich zu füllen ist ausserordentlich schwierig. Es besteht die Möglichkeit einer Herleitung, was auf der Basis von vorhandenem Wissen versucht wurde. Stoecker fasst folgendes zusammen:

Das Gebot, die Würde des Menschen zu achten, ist das Gebot, seine prinzipielle Würdigkeit, also das Haben von Würde zu achten. Menschenwürdeverletzungen sind

Handlungen, die es einem Menschen sehr schwer oder sogar unmöglich machen, an einer für ihn akzeptablen Identität festzuhalten, weil sie jede Darstellung dieser Identität konterkarieren (Stoecker 2009: o.S.).

Zum Schutz der Menschenwürde wurden die Menschenrechte verfasst, die im Zusammenhang mit den Zielen einer Ethik Sozialer Arbeit kurz Beachtung fanden.

Der Begriff der Menschenwürde, so verschwommen er auch ist, ist Ausgangs- und Angelpunkt Sozialer Arbeit. Autonomie, daran gekoppelt, schützt sie, erklärt sie und ist oberste Priorität allen sozialarbeiterischen Handelns. Ihr widmet sich das nächste Kapitel.

### **2.3.2 Autonomie**

Sie ist die Fundamentalnorm Sozialer Arbeit und spielt im Zusammenhang mit der zu erörternden Fragestellung eine übergeordnete Rolle. In mehreren Argumenten (siehe Kap. 5.2) wird auf die Autonomie verwiesen, was nahe legt, hier eine kurze Ausführung dessen zu machen, was darunter genau zu verstehen ist. Im alltäglichen Sprachgebrauch wird Autonomie oftmals gleichgesetzt mit der Fähigkeit eines jeden Menschen, selbständig Entscheidungen treffen zu können. Der freie Wille, unabhängig eine Handlungsoption zu wählen, sich selbst damit treu zu sein, sich damit hinsichtlich seiner selbst zu bewähren und für sich selbst einzustehen sind weitere Bedeutungen, die damit verbunden werden. Laut Lob-Hüdepohl (vgl. 2007: 126) hat sich der Sinngehalt des Begriffs der Autonomie seit Immanuel Kants Schrift von 1785 „Grundlegung der Metaphysik der Sitten“, von der Selbstgesetzgebung hin zur Selbstbestimmung und damit zum Urbild der menschlichen Freiheit entwickelt. Gebunden ist sie an die Moral, der qua intuitivem Verständnis für die von ihr als gut und richtig festgelegten Normen und Werte gefolgt wird (vgl. ebd.: 127). Sie gründet auf dem kategorischen Imperativ, „Handle nur nach der Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde“, der ebenfalls von Kant in besagter Schrift formuliert wurde (vgl. ebd.). Es scheint elementar an dieser Stelle anzumerken, dass die Umsetzung dieser Maxime bedeutet, dass durch die autonome Gestaltung des eigenen Lebens die Autonomie anderer nicht beschränkt bzw. die Idee ebendieser nicht behindert werden sollte (vgl. ebd.). Autonomie, als Ausdruck und Grundlage gelingender Lebensgestaltung steht im Zusammenhang mit der Befriedigung fundamentaler Bedürfnisse (vgl. Bleisch/Huppenbauer 2014: 42). Dazu zählen physiologische Bedürfnisse, Sicherheitsbedürfnisse, Soziale Bedürfnisse, Individualbedürfnisse und das Bedürfnis der Selbstverwirklichung (vgl. ebd.).

Im Berufskodex findet sich in der Formulierung der Ziele und Verpflichtungen sozialer Arbeit folgendes, das in Bezug zur Autonomie gesetzt werden kann:

Soziale Arbeit ist ein gesellschaftlicher Beitrag, insbesondere an diejenigen Menschen oder Gruppen, die vorübergehend oder dauernd in der Verpflichtung ihres Lebens illegitim eingeschränkt oder deren Zugang zur Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen ungenügend sind (AvenirSocial 2010: 6).

Dem Grundprinzip der Autonomie Folge zu leisten bedeutet also im Zusammenhang mit Sozialer Arbeit einerseits, dass ihr in der direkten und indirekten Zusammenarbeit mit Menschen Respekt gezollt werden muss. Zum anderen wird es als Teil des Ethos der Professionellen Sozialer Arbeit angesehen, sie zu schützen. Im Fall, dass Menschen aus welchen Gründen auch immer zum momentanen Zeitpunkt nicht in der Lage sind, ihre volle Autonomiefähigkeit auszuschöpfen, obliegt es den Sozialarbeitenden, Möglichkeiten zu schaffen, die den Weg zur Wiedererlangung eröffnen.

### **2.3.3 Soziale Gerechtigkeit**

Soziale Gerechtigkeit als Grundprinzip Sozialer Arbeit leitet sich aus den bereits genannten Prinzipien ab. Wenn die Möglichkeit der autonomen Lebensführung jedes Menschen respektiert, geschützt und wiederhergestellt werden soll, müssen in gleichem Masse verschiedene Systeme und Strukturen bereitstehen, die die jeweiligen Bedürfnisse abzudecken im Stande sind (vgl. Lob-Hüdepohl 2007: 130). Nur dadurch kann dem würdevollen Umgang mit Menschen entgegen gekommen werden. Dazu zählt auch die Gewährleistung gleicher Rechte und daran gebundene gleiche Pflichten des Einzelnen. Ist dies nicht gegeben entspricht es nicht den moralischen Vorstellungen von Gerechtigkeit (vgl. ebd.). Es existieren unterschiedliche Dimensionen des Gerechtigkeitsbegriffs. An dieser Stelle besonders hervorgehoben werden soll die Verteilungsgerechtigkeit, weil sie im Rahmen Sozialer Arbeit einen übergeordneten Stellenwert einnimmt. Sie sucht die Spannungsfelder auszugleichen, die sich im Rahmen der anderen Dimensionen unweigerlich ergeben können (vgl. ebd.: 131). Sie beinhaltet Bedürfnis- und Chancengerechtigkeit und orientiert sich damit massgeblich an der Definition Sozialer Arbeit, wie sie bereits an früherer Stelle aufgeführt wurde. Schlüsselbegriffe sozialer Gerechtigkeit sind des Weiteren: Gleichbehandlung, Befriedigung elementarer Grundbedürfnisse aller, zur Verfügung stellen materieller und immaterieller Güter, die der autonomen Lebensführung dienlich sind und jedem die Möglichkeit der Teilhabe bieten. Daran gekoppelt ist das solidarische Miteinander ohne das Soziale Gerechtigkeit nicht möglich ist (vgl. ebd.)).

Die Tiefgründigkeit der Erläuterungen zu den einzelnen Prinzipien macht deutlich, dass die Orientierung daran mit einem hohen Anspruch an die Soziale Arbeit verbunden ist. Besonders in moralisch brisanten Situationen, wie der vorliegenden, scheint es elementar, auf ein

Instrumentarium zurückgreifen zu können, das die Forderungen, die durch jedes Prinzip gestellt sind, handhabbar macht.

Vom Berufsverband AvenirSocial wurde ein Berufskodex entwickelt, der diese Möglichkeit bieten soll. Im folgenden Kapitel wird näher darauf eingegangen.

## **2.4 Berufskodex - normative Grundlage ethischen Handelns**

Der Berufskodex des Berufsverbandes AvenirSocial (2010) enthält berufsethische Standards und Richtlinien sowie Handlungsmaximen der Sozialen Arbeit. Er wurde konzipiert, um Professionellen der Sozialen Arbeit einen Rahmen zu gewähren, der Orientierung in normativen Fragen bietet und dabei hilft, moralische Urteile auf der Basis ethischen Bewusstseins zu fällen (vgl. ebd.: 4). Des Weiteren soll er dazu dienen, eine professionelle Haltung zu entwickeln, die zum einen ethisch zu begründen ist und die zum anderen die Möglichkeit eröffnet in ethischen Diskursen Stellung zu beziehen (vgl. ebd.).

Für das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit, das sich über eine Vielzahl unterschiedlicher Settings mit unterschiedlichen Zielgruppen ausbreitet, scheint es naheliegend, dass ein Berufskodex nicht alle ethischen Probleme und Konflikte zu lösen vermag und Anleitungen geben kann, wie in einer bestimmten Situation interveniert werden muss. Der Inhalt ist aufgrund der Kürze einerseits angewiesen auf eine hohe Prägnanz innerhalb der Formulierungen. Andererseits resultiert aus der Kürze der Umstand, dass die Formulierungen auf eine grosse Bandbreite von Situationen, Personen und Umständen zutreffen müssen (vgl. Bohmeyer/Kurzke-Maasmeier 2007: 166). Dies bietet in der Folge einen hohen Interpretationsspielraum für die Anwendung in der Praxis und lässt sich demzufolge nicht leicht als Wegweiser in moralisch schwierigen Situationen einsetzen (vgl. ebd.: 172).

Dennoch trägt er dazu bei, dem professionellen Handeln eine Rahmung zu geben, die die Zielsetzungen, die Prinzipien, die grundlegenden Werte und die Handlungsmaximen in Bezug setzt zur jeweiligen Situation und den daran Beteiligten. Ein Bewusstsein für das Wahrnehmen von Konflikten, die (professions-) moralische Werte betreffen wird damit gefördert (vgl. ebd.: 166). Im Falle eines moralischen Konfliktes allerdings kann der Berufskodex, wie sich aus dem zuvor dargestellten ergibt, nur als ein Teil innerhalb der ethischen Reflexion Einsatz finden. Diese bezieht neben berufsethischen Kriterien, denen die Professionellen folgen, die Bedürfnissen des Gegenübers und die daran gekoppelten Normen und Werten mit ein.

Für die ethische Reflexion von Schwangerschaften in den Kontakt- und Anlaufstellen ist naheliegend, dass daran die Frage anschliesst: Wie kann die ethische Reflexion dann genau aussehen? Wie kann Struktur in die Fülle von Faktoren gebracht werden? Auf der Basis des Berufskodex, den Bedürfnisse der Schwangeren, den moralischen Bedenken der Professionellen, im Rahmen der Kontakt- und Anlaufstellen, im Zusammenhang mit illegalen Drogen und einem ungeborenen Kind?

## 2.5 Modell ethischer Entscheidungsfindung

Das folgende Modell bietet dazu Anleitung und vereint die hohen Ansprüche ethischer Reflexion. Bleisch und Huppenbauer (vgl. 2014: 5) betonen, dass das Schema zwar kaum als Formel zur schnellen Lösung ethischer Fragestellungen angesehen werden kann, dennoch lassen sich moralische Konflikte mit seiner Hilfe gekonnt erörtern. Es hat ein fünfschrittiges Vorgehen (vgl. ebd. 14f.). Für die Bearbeitung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit sind nur die Schritte 1 und 2 relevant. Daher werden diese vertieft behandelt. Der Vollständigkeit halber folgt im Anschluss daran eine kurze Darlegung der Bearbeitung, wie sie in den Schritten 3-5 vorgenommen werden würde.

### 2.5.1 Schritt 1 - Analyse des Ist-Zustandes

Im ersten Schritt des ethischen Entscheidungsfindungsmodells weisen Bleisch und Huppenbauer (vgl. 2014: 16) darauf hin, dass es im Zusammenhang mit einer moralischen Fragestellung zu Anfang elementar ist, eine Analyse des aktuellen Sachverhalts zu machen. Die akribische Recherche all dieser Fakten, durch die ein Blick auf die Zusammenhänge der Situation eröffnet wird, kann als Grundlage angesehen werden, um die Vielschichtigkeit der Problematik zu begreifen. Erst durch das Begreifen kann der kritischen Reflexion im Prozess der ethischen Entscheidungsfindung der Weg geebnet werden (vgl. ebd.:17). „Es ist für Fachleute ärgerlich und der Sache der Ethik wenig dienlich, wenn ein ethisches Problem ohne Kenntnis der relevanten Fakten oder ohne Rücksichtnahme auf diese diskutiert wird.“ (ebd.: 18)

Bevor näher darauf eingegangen wird, auf welche Bereiche sich das Zusammentragen der Informationen bezieht, müssen in zweierlei Hinsicht noch Anmerkungen gemacht werden. Als erstes erfolgt eine kurze Zusammenfassung dessen, was innerhalb des ersten Teils des Prozesses zwar nicht zu vermeiden ist, aber dringend im Bewusstsein zu haben gilt. Der zweite Schritt soll den Unterschied zwischen Recht und Moral aufzeigen. Besonders im vorliegenden Fall spielt diese Unterscheidung eine herausragende Rolle.

#### Unabänderliche und beachtenswerte Tatsachen

Die *Unvermeidbarkeit selektiver Beschreibungen* resultiert aus bestimmten Gewichtungen eigener Interessen und Ansichten, die sich auf die sprachliche Beschreibung faktischen Wissens auswirkt (vgl. ebd.). Die Auslassung relevanter Informationen aufgrund bestimmter Prämissen und Prioritäten ist fast unumgänglich. Daher sollte die Informationssammlung zu den harten Fakten möglichst ausführlich unter Einbezug aller Perspektiven gestaltet werden (vgl. ebd.).

Die *Unsicherheit des Wissens* ist gegeben durch die vorhandene Unwissenheit über den Ausgang bestimmter Situationen. Zu gewissen Themen liegen nicht ausreichend

Forschungsergebnisse vor, die Sicherheit über den Ausgang von Handlungen geben könnten (vgl. ebd.19). Besonders im Bereich sozialer Arbeit und den komplexen Zusammenhängen menschlichen Handelns, gewinnt dieser Aspekt an Bedeutung. Daher wird an einigen Stellen auf die Möglichkeit zurückgegriffen, auf naheliegendes oder als plausibel Anzunehmendes zu verweisen (vgl. ebd. 175).

Erwähnenswert ist auch die *Verlässlichkeit der Quellen*. Das Hinzuziehen verschiedener seriöser Quellen mit wenn möglich wissenschaftlicher Fundierung ist Voraussetzung für eine solide ethische Entscheidungsfindung (vgl. ebd.: 19).

*Unvermeidbarkeit von Werturteilen* bezieht sich nochmals auf die sprachliche Ausführung der Sammlung von Informationen. Eigene Urteile und Wertvorstellungen spiegeln sich in Sprache wider (vgl. ebd.). Bedingung einer guten und auf Tatsachen abgestützten ethischen Entscheidungsfindung ist allerdings das neutrale Beschreiben von Fakten (vgl. ebd.). Dass dies schlussendlich gelungen ist, bleibt zu erhoffen.

#### Unterschiede und Übereinstimmungen von Moral und Recht

Moralische Werte und geltendes Recht überschneiden sich in vielen Punkten oder besser noch, die Moral liegt dem Recht in vielen Fällen zugrunde (vgl. ebd.: 24). Allerdings ist nicht von der Hand zu weisen, dass gesetzeskonformes Handeln nicht unbedingt mit moralisch richtigem gleichzusetzen ist (vgl. ebd.: 21). Bestimmte moralische Vorstellungen sind nicht gesetzlich geregelt, allerdings gilt dadurch nicht automatisch als moralisch vertretbar, sich nicht an sie zu halten (vgl. ebd.). In manchen Fällen ist es dementsprechend sinnvoll, dass die Ethik Gesetze kritisch beleuchtet und dadurch gegebenenfalls dazu beiträgt moralische Werte zu verrechtlichen (vgl. ebd.).

Rechtliche Normen, die in Verfassungen, Gesetzen und Verordnungen verankert sind, bilden die Grundlage für ein gutes Miteinander in modernen Gesellschaften. Sie lassen einen gewissen Handlungsspielraum, bringen aber auch mit sich, dass Nichteinhalten sanktioniert wird. Allerdings ist es notwendig, von Gesetzesseite her offen für ethische Kritik zu sein (vgl. ebd.).

Moralische Werte hingegen und das Einhalten ebendieser gründen auf Selbstverpflichtung (vgl. ebd.: 23). Ist jemand überzeugt von einer Haltung, die intuitiv ethisch vertretbar erscheint, wird dementsprechend gehandelt. Nichteinhalten bringt keine Sanktionen, sondern im besten Fall ein schlechtes Gewissen, Verachtung von aussen oder Kritik. Inwiefern die Unterscheidung von Moral und Recht im vorliegenden Fall eine herausragende Rolle spielt, wird im Kapitel der relevanten moralischen Konflikte erläutert. Vorerst gilt die Aufmerksamkeit der Erläuterung dazu, was auf der Basis des Schemas unter harten Fakten verstanden wird.

### 2.5.1.1 *Harte Fakten und geltendes Recht*

Harte Fakten bilden den Komplex aus Informationen, die wissenschaftlich fundiert, auf der Vernunft begründbar und relevant für das Aufkommen der moralischen Ungereimtheiten sind (vgl. ebd.). Eine Identifikation der Einflüsse, denen die Beteiligten unterliegen, Ihre Zugehörigkeit zu Organisationen oder Institutionen, die deren Handeln mitbestimmen und Rechte und Gesetze, die darauf einwirken, müssen ermittelt werden (vgl. ebd.).

Die Einführung in die akzeptierende Drogenhilfe und die Erläuterungen zu Kontakt- und Anlaufstellen mit dem Schwerpunkt der Niederschwelligkeit werden dazu einen Beitrag leisten (Kap. 3). Harte Fakten zu illegalen Drogen, Schwangerschaft, deren gleichzeitigem Vorhandensein und Gesetzen, die damit in Verbindung stehen, werden zusammengetragen (Kap. 4).

### 2.5.1.2 *Stakeholder identifizieren*

Im nächsten Teil müssen diejenigen ermittelt werden, die ein berechtigtes Interesse an der Bearbeitung der ethischen Fragestellung, die bisher noch nicht konkret ist, aufweisen (vgl. ebd. 25). Ein moralischer Konflikt zeichnet sich dadurch aus, dass den Beteiligten unterschiedliche moralische Werte, Normen und Zielvorstellungen zugrunde liegen. Das Durchsetzen einer Lösung soll aber nicht abhängig von Macht oder Einfluss sein, sondern muss alle Interessen gleichermaßen berücksichtigen (vgl. ebd.). Das Festhalten aller Interessenten, im Folgenden Stakeholder genannt, mit ihren dazugehörigen Interessen, unabhängig davon wie sinnvoll, realistisch, gut oder verstehbar sie sind, ist in dieser Phase der ethischen Entscheidungsfindung Voraussetzung für den weiteren Verlauf (vgl. ebd.: 26).

Eine Schwierigkeit, die im Zusammenhang mit Stakeholdern auftritt, ist die Frage danach, ob demjenigen, dem Interessen zugesprochen werden sollen, auch tatsächlich welche zustehen. Bleisch und Huppenbauer (vgl. ebd.: 37) berufen sich in diesem Zusammenhang auf den Ausdruck des „moralischen Status von Entitäten“. Einen moralischen Status zu besitzen, bedeutet ganz allgemein gesprochen, unter die Ansprüche der Moral zu fallen (vgl. ebd.). An diese sind Schlüsselbegriffe wie die menschliche Würde, Autonomie und andere zentrale Werte und Güter gebunden, die bereits im Zusammenhang mit Ethik einer Sozialen Arbeit erläutert wurden. Wird einer Entität ein moralischer Status zugesprochen, impliziert dies, dass für sie gilt, sowohl deren Würde als auch all den daran geknüpften Werten und Gütern Achtung entgegen zu bringen (vgl. ebd.: 38).

Auch wenn im vorliegenden Fall keine Entscheidungsfindung angestrebt wird, weil vorher noch die zugrunde liegenden sehr komplexen Konflikte eruiert werden, muss klar sein, wer auch davon betroffen ist (siehe Kap. 5.1).

### 2.5.1.3 *Kontextsensibilität entwickeln*

Als letzter Punkt zur Analyse des Ist-Zustandes gehört es, eine Sensibilität dem Kontext gegenüber zu entwickeln (vgl. ebd.: 29). Erst dann ist es möglich, die Interessen der Stakeholder nicht nur zu hören, sondern sie auch zu verstehen. Bedürfnisse, die daraus resultieren, müssen wahrgenommen werden können. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um später in der Lage zu sein, klare, präzise Argumente vorbringen zu können (vgl. ebd.: 29). Kontextsensibilität bezieht sich entweder auf geschichtliche Zusammenhänge, kann sich durch aktuelle Spannungen zu bestimmten Themen auf gesellschaftlicher Ebene auszeichnen, grundsätzliche weltanschauliche Fragen betreffen oder den Einfluss kultureller Prägungen meinen (vgl. ebd.: 30). Die Aufzählung ist nicht vollständig und lässt sich vielfältig gestalten. Im konkreten Fall ist es wichtig, für die Frage offen zu sein, aus welchem Kontext heraus eine Gesinnung entstanden ist. Manche Themenbereiche werfen einen anderen Blick auf Schwangerschaft, Drogen oder Drogenhilfe. Andere erweitern die Sicht auf den Kontext. An einigen Stellen wurden in die Arbeit kleinere Kapitel eingeschoben, die diese Funktion haben, als Ergänzung.

### 2.5.2 *Schritt 2 - Die moralische Frage*

Moralische Konflikte kommen meist in Form von Verzweiflung, Ohnmacht, Hilflosigkeit, Empörung, Verachtung, Mitleid oder Kritik zum Vorschein (vgl. ebd.: 25). Je grösser der moralische Konflikt, desto heftiger die Gefühle. Meist steckt hinter der Empörung mit der auf ein Handeln, eine Situation, eine vorliegende Sache reagiert wird, eine moralische Vorstellung oder ein Werturteil, manchmal auch mehrere, die sich unterschiedlich bedingen. Um die moralische Konfliktsituation bearbeiten zu können, ist es an dieser Stelle elementar, „das Problem überhaupt erst in den Blick zu bekommen“ (ebd.: 34). Erst dann besteht die Möglichkeit, eine Frage so zu formulieren, dass sie ethisch reflektiert werden kann (vgl. ebd.).

#### 2.5.2.1 *Kriterien einer moralischen Frage*

Welchen Kriterien die Formulierung einer ethischen Frage entsprechen muss, wird im Folgenden dargelegt. Dies ist wichtig, weil sie nur dann auf der Basis des normativen Instrumentariums bearbeitet werden kann. Somit wird im Folgenden eine Grundvoraussetzung für ethisches Denken geschaffen (vgl. ebd.).

Es muss eine *normative Frage mit Handlungsbezug* sein (vgl. ebd. 37). D.h. dass es entscheidend ist, welches Handeln für die entsprechende Situation im Sinne der Moral erlaubt, geboten oder verboten ist. Unter Hinzunahme von Normen, die eine allgemeingültige Verbindlichkeit haben, lässt sich dies eruieren.

Damit kommt auch das zweite Kriterium ins Spiel. Normen, deren Verletzung die Grundlage für den im jeweiligen Fall ethisch analysierten Konflikt sind, haben *allgemeine Verbindlichkeit*

(vgl. ebd.: 39). Haben sie dies nicht, sind es keine Normen. Dementsprechend läge aber in solch einem Fall auch kein moralischer Konflikt vor, den es zu bearbeiten gelte. Handlungsnormen sind Regeln, auf die sich in jedem Fall verlassen werden kann (vgl. ebd.). D.h. alle Menschen in der gleichen Situation haben sich an den gleichen Normen zu orientieren oder etwas konkreter, jeder andere müsste unter ähnlichen Bedingungen gleich handeln (vgl. Fenner 2008: 10). Es besteht nicht die Option, sich von Fall zu Fall neu zu entscheiden, denn die an Normen geknüpften Urteile sind unabhängig von persönlicher Einstellung und haben universale Gültigkeit (vgl. Bleisch/Huppenbauer 2014: 39). Dies führt zu einer gegenseitigen Erwartung, sich an diese zu halten und zwar unabhängig von Sympathien. Bleisch und Huppenbauer (vgl. ebd.: 40) sprechen in diesem Zusammenhang von der Unparteilichkeit moralischer Normen. Zum anderen geht daraus hervor, dass es triftige Gründe geben muss, moralische Normen nicht zu befolgen. In solch einem Fall sind wir ob unseres Gewissens, der Kritik anderer oder deren Verachtung dazu gezwungen, Rechenschaft über den Bruch der Norm abzulegen (vgl. ebd.: 40).

Nun bleibt noch die Frage offen, was genau diese Normen und Werte und somit die moralische Frage ausmacht. Die Antwort ist, sie *beziehen sich auf zentrale Werte und Güter*, das letzte Kriterium, das eine Frage zu einer moralischen Frage werden lässt (vgl. ebd. 40). Zentrale Werte und Güter, wie die Menschenwürde, Autonomie und Soziale Gerechtigkeit, betreffen fundamentale Bedürfnisse, die für jeden Menschen in Bezug auf ein gutes und gelingendes Leben erhebliche Gewichtung haben (siehe auch Kap. 2.3.2). Wie die Ausgestaltung ebendieser im Einzelfall aussieht, ist eine Entscheidung, die jeder Mensch für sich selbst treffen kann und darf (vgl. ebd.: 42).

#### **2.5.2.2 *Moralisch relevante Fragen und Konflikte***

Bleisch und Huppenbauer (vgl. ebd.: 46) raten dazu, sich vorzustellen, die Stakeholder säßen um einen Tisch und würden zu dem strittigen Thema eine Diskussion führen. Dadurch können alle bei den Interessenten auch im Hintergrund schwelenden Konflikte offen gelegt werden (siehe Kap. 5.2). Es kann sich unter Einbezug all dieser Konflikte der Frage zugewandt werden, welche Entscheidungs- und Handlungsoptionen insgesamt existieren. Daran anschliessend kann eine präzise Formulierung der strittigen Frage erzielt werden.

#### **2.5.2.3 *Nichtmoralische Aspekte***

Unter Umständen kann die Herausarbeitung der strittigen Frage auch mit nichtmoralischen Problemen verbunden sein (vgl. ebd.: 46). Dazu zählen z.B. Gesichtspunkte politischen, ökonomischen oder juristischen Ursprungs. Diese werden kurz erläutert, vorerst aber ausgeklammert. Einerseits wird dadurch die Komplexität reduziert und andererseits vermieden, in Sachzwängen zu denken, die das Zustandekommen bestimmter kreativer

Lösungen im Vorhinein verunmöglichen würden (vgl. ebd.: 47). Im Schritt 5 des Schemas werden diese Aspekte wieder hinzugezogen, sofern sie für die Umsetzung der ethischen Entscheidung wichtig sind (vgl. ebd.). Für die vorliegende Arbeit zeigen sie – herausgearbeitet – lediglich die Dimensionen auf, die abseits der Moral Einfluss nehmen.

Im Schritt 3 - Analyse der Argumente - liegt der Schwerpunkt in der Auflistung und Analyse der Argumente zur strittigen Frage, die von den Interessenten in die Diskussion eingebracht werden (vgl. ebd.: 50f.). Dazu werden verschiedene Moraltheorien hinzugezogen.

Schritt 4 – Evaluation und Entscheidung - evaluiert die Argumente aus dem vorherigen Schritt und entscheidet auf der Basis der vorherigen Analyse vom Standpunkt der Moral aus, welche Entscheidung für die Beantwortung der strittigen Frage gewählt wird (vgl. ebd.76f.).

Schritt 5 - Implementierungsfragen gibt Antworten darauf, wie die Entscheidung in der Praxis umgesetzt werden kann (vgl. 92f.).

Das Modell hat eine klar vorgegebene Systematik. Diese trägt dazu bei, die vielschichtigen moralischen Sinnzusammenhänge, die sich um den Themenkomplex „Illegale Drogen und Schwangerschaft“ ranken, auf systematische Art und Weise herauszuarbeiten. In einem iterativen Prozess können dadurch nach und nach die moralischen Schwierigkeiten offen gelegt werden (vgl. ebd.: 6). Bleisch und Huppenbauer (ebd.) sprechen in diesem Zusammenhang von „Denkschlaufen“. Gewonnene Erkenntnisse aus einem Schritt des Modells tragen oftmals dazu bei, das bereits Erarbeitete unter Hinzunahme des Neuen nochmals zu überdenken. Dadurch kann tiefer in die Zusammenhänge eingetaucht werden. So auch in der vorliegenden Arbeit.

Das nächste grosse Kapitel wird den Grundstein für die Sammlung der harten Fakten legen. Die Hintergründe der Entstehung akzeptierende Drogenhilfe zeigen auf, mit welchen Schwierigkeiten auf gesellschaftlicher, politischer und nicht zuletzt Ebene der Betroffenen dies verbunden war. Ethische Kriterien, daran gekoppelt, werden aufgezeigt. Kontakt- und Anlaufstellen

Um den Grundstein für die ethische Entscheidungsfindung zu legen, werden in den nächsten Abschnitten vorerst die Prozesse dargelegt, die die Entwicklung akzeptierender Drogenhilfe betreffen. Ethische Prinzipien und Werthaltungen, die zu deren Grundverständnis gehören und Kontakt- und Anlaufstellen, als die Institutionen der Drogenhilfe, die auf der Basis dieser Prinzipien arbeiten, werden behandelt.

### **3 KONTAKT- UND ANLAUFSTELLEN: AKZEPTIERENDE<sup>2</sup> DROGENARBEIT IM KONTEXT NIEDERSCHWELLIGER EINRICHTUNGEN MIT KONSUMRÄUMEN**

#### **3.1 Entwicklungsprozess akzeptierender Drogenarbeit**

Die heutige Suchtpolitik der Schweiz ist das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels unterschiedlicher Einflüsse. Es zählen dazu unter anderem gesellschaftliche Veränderungen, Verschiebungen moralischer Konventionen, internationale Regelungen bezüglich Drogen und deren Konsum und wirtschaftliche Verbindungen. Um ein Verständnis für die daraus entspringende Entwicklung akzeptanzorientierter Drogenhilfe zu erlangen werden massgebliche Faktoren, die auf gesellschaftlicher Ebene zu verorten sind, skizzenhaft dargelegt. Aufgezeigt wird ausserdem der daran gekoppelte Prozess der Ausrichtung moralischer Werte hinsichtlich des Umgangs mit dem Konsum illegaler Drogen.

Im Rahmen der 68er- Bewegung diente der Drogenkonsum und seine Verherrlichung innerhalb bestimmter Subgruppen unter anderem der Auflehnung und Rebellion gegen den Kapitalismus und gesellschaftliche Verhältnisse, gegen die Autorität des Staates und unrechtmässig geführte Kriege (vgl. Abteilung Sucht 2014: 20). Ab diesem Zeitpunkt musste sich auch die Schweiz, die bis anhin vom Drogenkonsum als gesellschaftlichem Problem verschont geblieben war, mit den Folgen desselben auseinandersetzen (vgl. ebd.).

In den anschliessenden Jahren stieg die Anzahl der Konsumenten illegaler Drogen und dementsprechend diejenige der davon Abhängigen. Ihre sichtbare Verwahrlosung und Verelendung und viele Drogentote führten zu öffentlichen und politischen Debatten, in deren Folge die Revision des Betäubungsmittelgesetzes von 1975 angenommen und gesetzlich verankert wurde (vgl. Bundesamt für Gesundheit (BAG) 2006: 12). Dem Bund oblag die Aufgabe drogenpolitische Massnahmen zu fördern und die Kantone darin zu unterstützen, sowohl auf präventiver als auch therapeutischer Ebene aktiv zu werden. Zum einen zählten darunter Aufklärung und Beratung, die den Einstieg in den Konsum unterbinden sollten, zum anderen betraf die Revision Handlungen, die den Ausstieg ermöglichen sollten. Zusätzlich wurden gesetzliche Regelungen verankert, durch die nebst dem Besitz und Handel der Konsum strafrechtlich sanktioniert werden sollte (vgl. Hug-Beeli 1995: 171). Das Drei-Säulen-Modell der Schweizer Suchtpolitik mit den Kategorien Prävention, Therapie und Repression war in seinen Grundlagen geschaffen. Oberstes Ziel aller drei Säulen war die Abstinenz: abstinent bleiben, abstinent werden und Erschaffung eines abstinenten Umfeldes.

---

<sup>2</sup> In der Literatur werden die Begriffe akzeptierende Drogenarbeit und akzeptanzorientierte Drogenarbeit äquivalent zueinander genutzt. In der vorliegenden Arbeit wird hauptsächlich der Begriff akzeptierende Drogenarbeit vorzufinden sein, dies aber synonym zum Ausdruck der akzeptanzorientierten Drogenarbeit.

An die neuen gesetzlichen Regelungen und die wachsende Rigidität der Strafen war die Hoffnung geknüpft, eine sich auf allen Ebenen ausbreitende präventive Wirkung zu erzielen und die Drogenproblematik damit regulieren zu können (vgl. Abteilung Sucht 2014: 21).

Allerdings zeigte sich in der Realität, dass eine gewissen Gruppe an Menschen mit all den anberaumten Massnahmen nicht erreicht werden konnte, sondern im Gegenteil noch weiter an den Rand der Gesellschaft gedrängt wurde (vgl. Menzi 2012: 27).

Als erste Antwort darauf entstanden bereits in den 70er Jahren Angebote, deren Ziel es war, sich explizit dieser Gruppe von Menschen zuzuwenden: Drogenberatungsstellen, Arbeits- und Tagesstrukturangebote, Methadonabgabeprogramme (vgl. Contact Netz 2013: 7).

Ab Mitte der 80er Jahre verlangte das Aufkommen und die rasante Verbreitung von HIV und Aids und anderen Infektionskrankheiten, wie Hepatitis C, weitere Schritte aus drogenpolitischer Sicht (vgl. BAG 2006: 13). Das Entstehen von offenen Drogenszenen in einigen Städten der Schweiz, allen voran Platzspitz<sup>3</sup>, verdeutlichte ausserdem, dass mit den bis anhin getroffenen politischen Vorkehrungen weder Verbesserungen erreicht worden waren, noch das Problem überhaupt eingedämmt zu sein schien (vgl. Menzi 2012: 27).

Besonders diejenigen der Konsumierenden, die einem Leben in Abstinenz nicht zugewandt waren, konnten weder mit den präventiven, therapeutischen oder repressiven Massnahmen erreicht werden. Sowohl ihre körperliche Verelendung als auch soziale Ausgrenzung zeigte einen Bedarf an Hilfestellungen und Unterstützungsleistungen auf, der eine andere Werthaltung zugrunde liegen musste. Der Abstinenz als Norm konnte in diesem Zusammenhang nicht mehr als Ziel aller Massnahmen entgegengestrebt werden, sondern sie musste zugunsten anderer Werte weichen.

Die Reaktion der betroffenen Städte, die von einigen wenigen ausging, war die Lancierung und Umsetzung von Projekten, die akzeptanzorientiert arbeiteten, wie Spritzentauschprogrammen, aufsuchende Sozialarbeit, Kontakt- und Anlaufstellen, Gassenküchen und Notunterkünften für Obdachlose (vgl. ebd.: 28). In Bern wurde zu diesem Zeitpunkt das weltweit erste „Fixerstübli“ eröffnet. Jakob Huber erklärt dazu:

Die Anlaufstelle ist Teil der Lebens- und Überlebenshilfe-Ausrichtung. Diese geht davon aus, dass Drogenarbeit nicht erst dann beginnen kann, wenn Abhängige aus der Drogenszene aussteigen wollen. Drogenarbeit bedeutet auch, die Betroffenen durch die Phasen der Abhängigkeit zu begleiten und ihr Überleben zu sichern und mit konkreten Angeboten im Bereich von Arbeit und Wohnen, Gesundheit und Freizeit einer sozialen und gesundheitlichen Verelendung entgegenzuwirken (Huber 1988, zit. nach Schultz 1989: 4).

---

<sup>3</sup> Platzspitz, dazumal auch Needlepark genannt, war eine der grössten offenen Drogenszenen weltweit, wo am Tag bis zu 3000 Konsument/innen ihrer Sucht nachgingen (vgl. <http://www.srf.ch/sendungen/dok/zuerich-junkietown>).

Die Initiative derlei Hilfe zu institutionalisieren ging massgeblich von den ohnehin bereits engagierten Städten aus (vgl. BAG 2006: 61). Die Richtungsänderung wurde auch auf kantonaler Ebene gefördert und trug dazu bei, dass der Bund den drei bestehenden Säulen im ersten Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro I 1990-1996) eine vierte Säule hinzufügte: die Schadensminderung (vgl. ebd.: 14 u. 62). Als Ziel der Schadensminderung wurde dazumal genannt: „die Lebensbedingungen und den Gesundheitszustand von Drogenabhängigen sowie ihre Integration zu verbessern“ (BAG 2006: 14).

Während nach diesem Grundsatz bereits vielerorts tatsächlich gearbeitet wurde, war damit auch auf politischer Ebene der Grundstein für eine Drogenhilfe gelegt, die den Fokus auf Akzeptanz und Autonomie legte und sich damit an den Grundsätzen menschlicher Würde orientierte.

Die gesetzliche Verankerung der Schadensminderung als vierte Säule der Drogenpolitik kam allerdings erst 2008 mit dem revidierten Betäubungsmittelgesetz zustande (vgl. BAG o.J.).

In den von Infodrog und dem Fachverband Sucht herausgegebenen Standards der Kontakt- und Anlaufstellen (2011: 4) wird Schadensminderung folgendermassen definiert: „Die Schadensminderung hat zum Ziel, Massnahmen zur Verringerung von Risiken zu ergreifen für Menschen, die (vorerst) nicht auf ihren Drogenkonsum verzichten können oder wollen. Dabei vertritt sie gegenüber den KlientInnen eine ressourcen- und akzeptanzorientierte Haltung.“

### **3.2 Abstinenzparadigma und Akzeptanzorientierung: Zentrale Unterschiede**

Schneider und Weber (vgl. 1992, zit. in Jungblut 2004: 278) zeigen die Hauptunterschiede innerhalb der Haltung, die mit der jeweiligen Orientierung verbunden ist, anhand einiger zentraler Kategorien auf.

Als normative Grundlage innerhalb des Abstinenzparadigmas galt, dass „Drogengebrauch als soziales und individuell schädliches Verhalten (...) beendet werden“ muss (ebd.). Das dabei zentral wahrgenommene Problem ist „der Drogengebrauch per se“, der die Person beherrscht, sie als solche definiert (ebd.). Der daraus ableitbare Schluss ist, dass Konsumenten illegaler Drogen ausnahmslos defizitäre Persönlichkeiten sind, deren einziger Weg aus diesem Umstand heraus über die grundsätzliche Verhaltensänderung führen kann (vgl. ebd.). Als einzig mögliche Intervention zur Erreichung des allem übergeordneten Ziels der Abstinenz wird dafür die Therapie vorgeschlagen. Schneider (vgl. 2005: 269) kritisiert diese Art der Haltung Drogengebrauch gegenüber massiv und beruft sich darauf, dass zahlreiche Forschungen theoretische Grundlagen der Abstinenzorientierung in Frage stellen. Lebensverläufe von Drogengebrauchenden können unmöglich weder auf der Schablone einer vereinfachten Kausalkette: Persönlichkeitsdefizit → Abhängigkeit → Betreuung → Behandlung → Abstinenz dargestellt noch auf diese reduziert werden (vgl. ebd.).

Drogenhilfe kann (...) nichts produzieren (Therapiemotivation, Abstinenz etc.), sondern lediglich Unterstützung zur Selbstproduktion anbieten: Die Nutzer von Drogenhilfe produzieren ihr Leben selbst. (...) Die Vorstellung, man müsste nur das entsprechende pädagogische Werkzeug anwenden, um erwünschtes Verhalten herzustellen, ignoriert eklatant das eigentliche Wesen menschlichen Verhaltens (ebd.: 270).

Der Nachhall des mit Vehemenz vertretenen Abstinenzparadigmas zeigt sich noch heute in vielen Teilen der Gesellschaft. Menschen mit einer Abhängigkeit von im Besonderen illegalen Substanzen werden trotz des vorhandenen Wissens, der politischen Anpassungen und einer breiten Öffentlichkeitsarbeit mit den unterschiedlichsten Stigmata behaftet. Dies führt zu Ausgrenzung und dementsprechend Diskriminierung auf gesellschaftlicher Ebene, zu Leidensdruck, Scham und Schuldgefühlen auf Seite der Betroffenen.

Die dem Vorangegangenen gegenübergestellte akzeptanzorientierte Haltung verweist als normative Grundlage auf die Menschenwürde mit uneingeschränktem Geltungsrecht (vgl. Schneider/Weber 1992, zit. in Jungblut 2004: 278). Dies demzufolge auch für diejenigen Menschen, die Drogen konsumieren. Zentral wahrgenommene Probleme, die einer Bearbeitung bedürfen, sind vorrangig die schädlichen Folgen des Konsums auf gesundheitlicher und sozialer Ebene (ebd.). Der Konsum wird nur als ein Teil des Lebenslaufes der Person angesehen, die selbstverantwortlich und handlungskompetent autonome Entscheidungen treffen kann und darf (ebd.). Vorgeschlagene Interventionen sind unmittelbare Unterstützungsangebote in Bezug auf Gesundheitsprävention und Infektionsprophylaxe, wie Sprizentausch, Vermittlung von Safer-Use-Regeln, Beratung etc. (ebd.). Die Ziele, übereinstimmend mit den Grundsätzen akzeptierender Drogenhilfe, werden am folgenden Kapitel dargelegt.

Der Vollständigkeit halber soll hier noch erwähnt sein, dass das Abstinenzparadigma nicht gleichzusetzen ist mit einer Orientierung hin zur Abstinenz als einem (von mehreren) möglichen Zielen im Zusammenhang mit Drogenkonsum. Insofern die Abstinenz ein erreichbares, realistisches und gewünschtes Ziel ist, kann ihr durchaus entgegengestrebt werden. Jedoch ist davon abzusehen, sie grundsätzlich, unter jeder Bedingung und ausnahmslos als oberstes Ziel anzusehen.

### **3.3 Prinzipien und Ziele akzeptierender Drogenarbeit<sup>4</sup>**

Im Folgenden werden die Prinzipien akzeptierender Drogenarbeit dargelegt, wie sie von akzept, dem Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik, in

---

<sup>4</sup> Die vorliegenden Ausführungen zum Thema akzeptierender Drogenarbeit sind grösstenteils Literatur aus Deutschland entnommen. Verweise darauf in den Standards der Kontakt- und Anlaufstellen (Infodrog/Fachverband

Zusammenarbeit mit der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) entwickelt worden sind. Die Prinzipien beruhen auf dem Grundsatz, dass Konsumenten illegaler Drogen „mündige, zu Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen [sind] und (...) ein Recht auf menschenwürdige Behandlung“ haben (akzept und DAH 1999: 13). In Übereinstimmung dazu lässt sich im Berufskodex der Sozialen Arbeit der Grundsatz der Selbstbestimmung finden: „Das Anrecht der Menschen, im Hinblick auf ihr Wohlbefinden, ihre eigene Wahl und Entscheidung zu treffen, genießt oberste Priorität (...).“ (AvenirSocial 2010: 8). Vervollständigt wird der Satz durch „...vorausgesetzt, dies gefährdet weder sie selbst noch die Rechte und legitimen Interessen Anderer.“ Im weiteren Verlauf der Arbeit scheint dieser zweite Teil des Grundsatzes der Selbstbestimmung eine herausragende Rolle zu spielen, weshalb er an dieser Stelle explizit betont wird.

### **3.3.1 Prinzipien akzeptierender Drogenhilfe**

#### **1) Akzeptanz von Drogengebrauchenden als mündige, zur Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen und Akzeptanz des Rechts auf Autonomie**

Die Grundhaltung, die sich hinter akzeptierender Drogenarbeit verbirgt, anerkennt die Klient/innen so, wie sie sind (vgl. akzept 1999: 14). Es besteht eine Offenheit gegenüber anders gearteter Lebensstile und Lebensanschauungen (vgl. ebd.). Dies trägt dazu bei, den Konsument/innen eine ihren Bedürfnissen angepasste Hilfestellung leisten zu können, und befähigt sie zur selbst inszenierten Gestaltung ihres Lebens. In Kooperation können Möglichkeiten herausgearbeitet werden, die die Autonomie, auch hinsichtlich des Konsums, fördern und dazu beitragen, sich verantwortlich gegenüber sich selbst zu verhalten (vgl. ebd.). Dies ist besonders bezogen auf risikominimierende Strategien. Selbstwirksamkeit wird dadurch gefördert und die Fähigkeit zur Umsetzung eigener Ziele begünstigt (vgl. Schneider 2005: 273).

Inwiefern sich dieser Prozess im Einzelfall gestaltet, hängt von den Zielvorstellungen der Konsument/innen ab. Das strenge, auferlegte Streben nach Abstinenz allerdings, der Anspruch, eine sofortige Änderung des Verhaltens zu vollziehen, sowie jegliche Art der Bevormundung stehen diesem Prinzip diametral gegenüber und lassen sich weder damit noch mit den Grundwerten der Profession der Sozialen Arbeit im Allgemeinen vereinen (vgl. ebd.). Dennoch sollen Klient/innen in Krisensituationen und nur in diesen durch Übernahme bestimmter Verantwortungsbereiche von Seiten der Professionellen unterstützt werden. Dies soll sie allerdings nicht in ihrer Autonomie einschränken, sondern im Gegenteil, sie darin unterstützen, diese wieder zu erlangen (vgl. ebd.).

---

Sucht 2011) und die synonyme Verwendung der Begrifflichkeiten lassen jedoch den Schluss zu, dass deren Geltungskraft auf die Schweiz übertragen werden kann.

## 2) Wahrung und Schutz der Würde der Konsumentinnen

Die Menschenwürde als Fundamentalnorm der Sozialen Arbeit, im Berufskodex folgendermassen verankert: „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), bedarf im Umgang mit Konsumentinnen illegaler Drogen besonderer Beachtung. Folgeprobleme durch die Illegalität der Substanzen ziehen das besonders kritische gesellschaftliche Augenmerk auf die Konsument/innen und dementsprechend auch auf die Drogenhilfe (vgl. akzept 1999: 14). Ordnungspolitische Massnahmen, die daraus hervorgehen, verstärken das Spannungsfeld, in dem sich akzeptierende Drogenarbeit bewegt. Die doppelte Zielsetzung in Bezug auf Hilfe resp. Gesundheit und Kontrolle darf nicht zu Lasten des würdevollen Umgangs mit den Konsument/innen gehen (vgl. ebd.). Die Verständigung über den Prozessverlauf des sozialarbeiterischen Handelns soll in Koproduktion mit den Konsument/innen stattfinden. Wichtig zu beachten, zu schützen und zu wahren sind dabei Eigenheiten der Einzelnen, die individuellen, kulturellen oder biographischen Ursprungs sind (vgl. ebd.).

## 3) Normalisierung des Umgangs mit Konsumentinnen und mit dem Drogenproblem

Es ist aus hinreichenden Quellen bekannt, dass es eine Gesellschaft ohne Drogen niemals gegeben hat (vgl. Eidgenössische Kommission für Drogenfragen 2005: 9). Dennoch ist heute und war immer ersichtlich, dass der Konsum, gesamtgesellschaftlich als Abweichung wahrgenommen, einerseits mit Kriminalität und Problemen verbunden wird, andererseits aber erst durch diese Zuschreibungen und die Massnahmen, die sich daraus ergeben, dazu führt. Konsumentinnen werden stigmatisiert, kriminalisiert und ausgegrenzt und leiden in der Folge unter schwerwiegenden gesundheitlichen und sozialen Problemen (vgl. akzept 1999: 15).

Akzeptierende Drogenarbeit verfolgt dementsprechend zwei Ziele: aus gesellschaftlicher Sicht, sich ordnungspolitisch zu engagieren; im Hinblick auf die Konsument/innen, dazu beizutragen, die schädlichen Folgen zu minimieren (vgl. ebd.). Repressive Massnahmen, die gleichzusetzen wären mit einer ordnungspolitischen Kontrollfunktion, tragen aber, wie aus dem Vorgegangenen ersichtlich wird, in keinerlei Hinsicht dazu bei. Das Spannungsfeld in dem sich akzeptierende Drogenarbeit bewegt, klappt durch die zum Teil rivalisierenden Ziele weit auseinander. Daher ist es elementar, sich der verschiedenen Wertekonflikte, die daraus resultieren im Besonderen bewusst zu sein, und einen professionellen Umgang damit zu entwickeln (vgl. ebd.).

Normalisierung des Umgangs mit Drogen auf der Ebene der Gesellschaft, der Konsumentinnen und der Drogenarbeit ist oberste Priorität und Bedingung zugleich (vgl. ebd.). Gesellschaftlich bedeutet dies, der Stigmatisierung und Ausgrenzung entgegenzuwirken, bezogen auf die Konsumenten, sie bei der Verbesserung ihrer gesundheitlichen und sozialen Situation durch Bereitstellung geeigneter Hilfen zu unterstützen. In Bezug auf die Drogenarbeit

sind darunter Massnahmen zu verstehen, die diese beiden Ziele miteinander vereinen (vgl. ebd.). Eine Zusammenführung und Integration der allgemeinen und speziell auf die betroffene Personengruppe ausgerichteten Unterstützungssysteme soll Ziel der akzeptierenden Drogenhilfe sein.

#### 4) Schutz vor gesundheitlichen und sozialen Schäden, vor Stigmatisierung und Kriminalisierung

Dieser Grundsatz ist logische Konsequenz und Konkretisierung des eben genannten. Im Berufskodex (AvenirSocial 2010) finden sich dazu die folgenden Worte des Grundsatzes der Integration: „Die Verwirklichung des Menschseins in demokratisch verfassten Gesellschaften bedarf der integrativen Berücksichtigung und Achtung der physischen, psychischen, spirituellen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Menschen, sowie ihrer natürlichen Umwelt.“ (ebd.: 9). In Bezug auf die akzeptierende Drogenarbeit wird darunter verstanden, einer Ausgrenzung und Stigmatisierung entgegenzuwirken. Folgeschäden des Konsums sollen so weit als möglich, aber unbedingt unter Einhaltung der ethischen Grundsätze im Umgang mit menschlicher Würde und Autonomie, eingedämmt werden (vgl. ebd.: 16).

#### 5) Orientierung an den Bedürfnissen der Konsumentinnen

Besondere Herausforderung in der Einhaltung dieses Prinzips liegt in der Stellung der akzeptierenden Drogenarbeit resp. Sozialen Arbeit, die sich als Mandatsträger an mehreren Aufträgen orientieren muss. Zum einen sind dabei zu nennen die Konsument/innen und deren Interessen, zum anderen Angehörige, Kostenträger, gesundheits- und sozialpolitischen Instanzen und die Gesellschaft (vgl. ebd.).

Es lässt sich erahnen, dass unter diesem Gesichtspunkt Diskrepanzen auftreten und eine klare Positionierung für die Mitarbeitenden der akzeptierenden Drogenhilfe nicht immer einfach ist. Widersprüche, rivalisierende Ziele und Doppelfunktionen tragen dazu bei. Dennoch stehen das Wohl der Konsument/innen und deren Bedürfnisse immer an erster Stelle und dürfen selbst in schwierigsten Situationen nicht hinter die Aufträge anderer Parteien gestellt werden (vgl. ebd.).

Soziale Arbeit ist engagiert in den Problemen, die die Menschen in sich und mit sich haben und erst in zweiter Linie an den Problemen, die die Gesellschaft mit ihnen hat. (Dafür sind im Rahmen unserer Gesellschaft Justiz und Polizei zuständig.) Soziale Arbeit vermittelt also zwischen Subjekt und Gesellschaft in der Perspektive des Subjekts (Thiersch 2002, zit. in Hochueli-Freund/Stotz 2011: 33).

#### 6) Drogenpolitisches Engagement

Akzeptierende Drogenhilfe muss sich nicht nur im Rahmen der Drogenhilfe, sondern auch öffentlich und politisch klar in Bezug auf Normen und Werte positionieren, die im

Umkehrschluss deren Arbeit und den Umgang mit Konsum und Konsument/innen massgeblich beeinflussen (vgl. ebd.). Dies wirkt sich positiv auf die Konsument/innen aus, die aufgrund ihres Stigmas und der damit verbundenen Scham möglicherweise Hilfe nicht in Anspruch nehmen wollen oder können. Des Weiteren sind damit gewinnbringende Konsequenzen für die soziale Integration in soziale Netzwerke, das Berufsleben oder das Gesundheitssystem verbunden. Ausserdem lässt sich festhalten, dass je besser und tiefgründiger das Verständnis der Öffentlichkeit bezüglich Drogen, Drogenkonsum, ethischer Verantwortung und den Zusammenhängen zwischen Stigmatisierung, Ausgrenzung, Illegalisierung und Kriminalität ist, desto liberaler kann den Problemen, die daraus entstehen begegnet werden. Auf die akzeptierende Drogenhilfe selbst kann sich dieses Engagement in verschiedenerlei Hinsicht positiv auswirken (vgl. ebd.).

### **3.3.2 Allgemeine Ziele der akzeptierenden Drogenhilfe**

Durch Interventionen, die sich an den Prinzipien orientieren, soll das Wohl der Konsument/innen entweder hinsichtlich sozialer und gesundheitlicher Kriterien eine Verbesserung oder zumindest eine Linderung erfahren (vgl. ebd.: 17). Überlebenshilfe und die Unterstützung bei der Bearbeitung von Problemen sind angedacht. Unterstützung dabei, die Fähigkeit zur Selbstbestimmung über Selbstwirksamkeit und Empowerment wieder zu erlangen, soll gegeben werden (vgl. ebd.). Integration in das soziale Umfeld, als Antwort auf Stigmatisierung und Ausgrenzung, und das Wiedererlangen von Handlungsfähigkeit kann als letztes Ziel erwähnt werden (vgl. ebd.).

### **3.4 Kontakt- und Anlaufstellen - Niederschwellige Einrichtungen mit Konsumräumen**

Kontakt- und Anlaufstellen mit Konsumräumen, als ein Bereich der niederschweligen Drogenarbeit, sind im Bereich der Schadensminderung einzuordnen (Infodrog/Fachverband Sucht 2011: 2). Die Ausführungen, wie sie in den Standards Kontakt- und Anlaufstellen (vgl. ebd.: 1f.) vorzufinden sind, basieren auf den Leitlinien der akzeptierenden Drogenhilfe und den Prinzipien, die im letzten Kapitel vorgestellt worden sind.

Die Teams in Kontakt- und Anlaufstellen setzen sich meist aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammen. Dazu gehören Professionelle der Sozialen Arbeit sowie medizinisches Fachpersonal (vgl. ebd.: 6). Das Personal wird dazu angehalten, nach den ethischen Richtlinien des jeweiligen Berufsverbandes zu handeln. Im Falle der Sozialen Arbeit kann sich dafür auf den Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz, wie er von AvenirSocial (2010) entwickelt wurde, bezogen werden.

### **3.4.1 Auftrag der Kontakt- und Anlaufstellen mit Konsumräumen**

Konsument/innen illegaler Drogen, die substanzabhängig sind, wird Unterstützung entgegengebracht, um eine Stabilisierung und/oder Verbesserung auf psychischer und physischer Ebene zu erwirken (vgl. Infodrog/Fachverband Sucht 2011: 3). Des Weiteren soll der Weg für eine soziale Integration geebnet werden (vgl. ebd.).

Infektionsprophylaxe, wie die Abgabe von Injektions- und Inhalationsmaterial und Kondomen, psychosoziale Betreuung, medizinische Grundversorgung und Verpflegung gehören in den Leistungskatalog der Einrichtungen (vgl. ebd.). Die Besucher/innen der Kontakt- und Anlaufstellen haben die Möglichkeit in eigens dafür vorgesehenen Räumlichkeiten unter hygienischen Bedingungen ihre selbst mitgebrachten Drogen zu konsumieren (vgl. ebd.: 4). Es bestehen Möglichkeiten zum intravenösen, inhalativen und nasalen Konsum. Trotz des gesetzlich verankerten Konsumverbots von Substanzen, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, ist der Konsum ebendieser in den Kontakt- und Anlaufstellen ohne strafrechtliche Verfolgung möglich (vgl. ebd.: 6). Diese Tatsache baut auf dem „Gutachten zur rechtlichen Situation von „Fixerräumen““ von Schultz (1989) auf.

Eine besondere Erwähnung erfährt die Niederschwelligkeit der Institution, mit der per Definition ein Ambiente verbunden wird, das Vertrauen ausstrahlt und Anerkennung resp. Akzeptanz den Konsument/innen gegenüber bietet (vgl. Infodrog /Fachverband Sucht 2011: 3). Aufbauend auf institutioneller Vernetzung soll die Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Einrichtungen und Organisationen ermöglicht werden (vgl. ebd.).

Grundsätzlich wird von einer Verpflichtung der Konsumentinnen zur Abstinenz abgesehen. Die Anonymität und die unbedingte Einhaltung des Datenschutzes sind Voraussetzungen (vgl. ebd.). Das Angebot wird erweitert durch Erste-Hilfmassnahmen in einem Notfall, Arztprechstunden und die Möglichkeit der Weitervermittlung an Fachstellen und Behörden. Schwangere Frauen finden keine Erwähnung in den Standards.

### **3.4.2 Begriffsdefinition niederschwellig**

Niederschwellige Einrichtungen zeichnen sich dadurch aus, dass „möglichst wenig Hemmschwellen drogenkonsumierende Menschen vom Zugang und von der Nutzung unmittelbarer Hilfsangebote abschrecken bzw. ausschliessen sollen.“ (Schneider 2006: o.S.) Die Einrichtungen sind gut vernetzt mit dem Hilffssystem, sind szenenah und sozialraumbezogen (vgl. ebd.)

Obwohl der Begriff in vielen Bereichen der Sozialen Arbeit vorzufinden ist, liegt keine einheitliche Definition vor. Somit bleibt unklar, wie er konkret zu füllen ist und welche Bedingungen daran geknüpft sind. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle auf die Forschung von Mayrhofer (2012) verwiesen, die sich in einem Teilbereich mit der Frage befasst, was niederschwellige Arbeit ausmacht.

Als zentrale Funktion niederschwelliger Angebote führt Mayrhofer „die Herstellung von Adressierbarkeit potentieller Klienten“ auf (ebd.: 204), bei denen nicht sicher ist, inwiefern sie grundsätzlich zugänglich und bereit zu Kontakt mit dem Hilfesystem sind. Besonders bei Einrichtungen aus dem Drogenbereich ist allerdings die übergeordnete Funktion in einem ersten Schritt die Stabilisierung der physischen und materiellen Situation (vgl. ebd.). Dies ist allerdings nicht gesondert von dem Ziel der Schaffung eines Zugangs zu betrachten. Weitervermittlung und Vernetzung mit dem Gesundheits- und Unterstützungssystem, Wiederherrichten missglückter Beziehungen in Bezug auf das Hilfesystem und der Aufbau grundsätzlichen Vertrauens in dieses sind Zielvorstellungen, die unter Bedingungen mit kaum vorhandenen Voraussetzungen zu erreichen versucht werden. Veränderungsziele sind kaum daran gekoppelt (vgl. ebd.: 152f.), wobei zu erwähnen ist, dass die Bearbeitung spezifischer Problemlagen dennoch als Funktion niederschwelliger Angebote verstanden wird (vgl. ebd.: 205).

Von den Forschungsteilnehmer/innen eher ambivalent wurden die folgenden, eher versteckten Ziele bewertet, die dennoch nicht auszuschliessen sind. Zu nennen ist dabei als erstes die Kontrollfunktion mit dem Hintergrund der Erfassung und Beobachtung bestimmter Szenen. Als zweites wird verwiesen auf die Befriedung in der Exklusion, worunter zu verstehen ist, dass gewisse Randgruppen von der Öffentlichkeit nicht wahrgenommen werden wollen und deshalb alles daran gesetzt wird, diese so zu „verwalten“, dass sie kaum wahrgenommen werden und keine schwerwiegenden Probleme verursachen können. Aus dieser lässt sich die letzte zu erwähnende Funktion, die Sicherung öffentlicher Ordnung, ableiten.

Besonderheiten niederschwelliger Institutionen sind, dass multikomplexe Problemlagen insofern Beachtung finden, dass sich die Menschen damit nicht an unterschiedliche Institutionen wenden müssen. Eine anschließende Triage ist nach guter Beziehungsarbeit und Vertrauensaufbau ein mögliches Ziel (vgl. ebd.: 167). Dem Befinden und der Stimmung der Adressat/innen wird von Seiten der Institution mit Akzeptanz begegnet. Dadurch kann Vertrauen geschaffen und eine gelingende Beziehung aufgebaut werden. Dies sind die Grundpfeiler der Herstellung von Adressierbarkeit und somit auf der inhaltlichen Ebene Grundpfeiler niederschwelliger Einrichtungen überhaupt (vgl. ebd.).

### **3.4.3 Drogenkonsum im Angesicht der Zeit – als Ergänzung**

Auf die geschichtlichen Begleitumstände, die mit dem Konsum illegaler Drogen einhergehen, wurde bereits an früherer Stelle eingegangen. Die Auseinandersetzung mit der Drogenproblematik und dem akzeptierenden Umgang damit ist geprägt von vielen Jahren des Kämpfens um Anerkennung und um Akzeptanz der Menschen, die konsumieren und derjenigen, die professionell oder privat der Stigmatisierung, Ächtung und Diskriminierung entgegengetreten sind. Die Schadensminderung mit den Ansätzen akzeptierender Drogenhilfe

auf politischer Ebene gesetzlich zu verankern war ein grosser Gewinn und Fortschritt hinsichtlich eines würdigen Umgangs mit Menschen mit einer Abhängigkeit. Rückschritte, wie eine Verpflichtung zur Therapie, Zwangsmassnahmen oder die Aberkennung eines Selbstbestimmungsrechts, sind aus heutiger Sicht nicht tragbar.

An die Möglichkeiten einer Einbindung in ein weit gefächertes Hilfsnetzwerk, an die Existenz von Substitutionstherapien, sind Folgen geknüpft, die unausweichlich auf allen Ebenen bearbeitet werden müssen. Beispiel aus dem Bereich illegaler Drogen ist das bewusstere Wahrnehmen von im professionellen Bereich auftretenden Schwangerschaften. Auch das besser gesicherte Überleben derjenigen Kinder, die intrauterin unter Drogen standen, zählt dazu. Die Herausforderungen, die sich dadurch auf gesellschaftlicher Ebene, auf Ebene des Hilfesystems und demzufolge auch auf politischer Ebene ergeben, sind wegen der Berufung auf das Tripelmandat Herausforderungen der Sozialen Arbeit.

Im Drogenhilfesystem zählt dazu beispielsweise auch das Vorhandensein älterer Menschen, die abhängig sind, die substituiert werden, die aufgrund ihrer fortschreitenden Gebrechlichkeit in ein Pflegeheim eintreten müssen und damit verbunden die Herausforderungen, die sich in diesem Zusammenhang stellen (vgl. Abteilung Sucht Gesundheitsdienste Basel-Stadt 2014: 64). Der aktuelle Klärungsbedarf unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht massiv von den Anforderungen, die im Zuge des Auftretens der Drogenproblematik in den 60er Jahren bestand. Die Auseinandersetzung mit dieser Thematik findet im Rahmen der vorliegenden Arbeit leider keinen Platz, ist jedoch im Kontext der drogenpolitischen Entwicklung nicht ausser Acht zu lassen.

In dem hiermit abgeschlossenen Kapitel wurde als erster Teil der Analyse des Ist-Zustandes ein Bild der Organisationen gezeichnet, in denen die im späteren Verlauf eruierte moralische Konfliktsituation auftritt.

Faktisches Wissen über Schwangerschaft und illegale Drogen, über direkte und indirekte Folgen für das Kind und gesetzliche Grundlagen, die mit all dem in Zusammenhang stehen, werden im folgenden Kapitel zusammengetragen. Damit kann der erste grosse Teil von Schritt 1 des ethischen Entscheidungsfindungsmodells abgeschlossen werden.

## **4 SCHWANGERSCHAFT UND ILLEGALE DROGEN**

### **4.1 Schwangerschaft**

#### **4.1.1 *Allgemeine Veränderungen während einer Schwangerschaft***

Bei einer Schwangerschaft vollziehen sich sowohl auf physischer als auch psychischer Ebene beträchtliche Veränderungen. Normale körperliche Anpassungsvorgänge können sich zwar auf das Wohlbefinden der Frau auswirken, spielen aber im Zusammenhang mit der ethischen

Entscheidungsfindung eine eher untergeordnete Rolle. Auf eine ausführliche Bearbeitung wird daher verzichtet.

Anders verhält es sich mit den psychischen Veränderungen. Es finden Adaptionen statt, die die Schwangerschaft als solche betreffen, auf das Erlebnis der Geburt und die Bildung einer gelungenen Mutter-Kind-Beziehung vorbereiten und zentral für die Persönlichkeitsentwicklung der schwangeren Frau sind (vgl. Pfeleiderer/Breckwoldt/Martius 2000: 283). Das Wesen der Frau, ihre Lebensumstände und das Umfeld, in dem sie sich aufhält, haben massgeblichen Einfluss auf ihre psychische Situation (vgl. ebd.). Hinsichtlich der emotionalen Verfassung lässt sich sagen, dass sie geprägt ist von Ambivalenz (vgl. ebd.). Sowohl die positiven Aspekte, wie Freude, Dankbarkeit und Zuversicht, als auch die negative Seite, die sich durch Angst, Zweifel und Unsicherheit zeigt, sind mehr oder weniger stark vorhanden (vgl. ebd.). Ambivalenz ist ein Zustand, der sowohl ausgelöst durch einen Wunsch nach Veränderung auftritt, als auch beim Bevorstehen einer Veränderung, wie im Falle einer Schwangerschaft. Er zeichnet sich dadurch aus, dass die positiven Gefühle zur Veränderung einhergehen mit dem gleichzeitigen Ablehnen ebendieser. Ambivalenz als das Aufeinanderprallen von Für und Wider ist der typische Konflikt eines Wandlungsprozesses (vgl. Miller/Rollnick 2015: 20).

In den ersten drei Monaten entwickelt sich eine Bewusstheit hinsichtlich der Schwangerschaft. Diese weitet sich durch das Wahrnehmen der ersten Kindsbewegung ab ca. 20. Schwangerschaftswoche zum tiefgehenden Annehmen der Schwangerschaft als solcher aus (vgl. Pfeleiderer/Breckwoldt/Martius 2000: 283 u. 309). Die Akzeptanz als Leitgefühl des zweiten Schwangerschaftsdrittels führt oft zu grosser Zufriedenheit und Ausgeglichenheit (vgl. ebd.: 283). Insgesamt ist dieser Abschnitt geprägt von starken Empfindungen auf allen Ebenen, besonders auch durch die Erkenntnis des neuen Lebens (vgl. ebd.). Im letzten Drittel wird die emotionale Verfassung eher davon bestimmt, dass eine Auseinandersetzung mit den neuen Aufgaben und mit der Verantwortung, die mit der Mutterschaft einhergeht, stattfindet (vgl. ebd.: 284). Ängste und Unsicherheiten in Bezug auf die Geburt, die Bewältigung der anstehenden Aufgaben und mögliche Gefühle von Insuffizienz spielen eine nicht zu unterschätzende Rolle (vgl. ebd.). Es ist von grosser Wichtigkeit, dass sowohl das private als auch das professionelle Umfeld der Frau in dieser Zeit in besonderem Masse zur Seite stehen (vgl. ebd.).

#### **4.1.2 Gesetzeslage bezüglich Schwangerschaft**

Es existieren in der Schweiz mehrere Gesetzestexte (Art. 118 Abs. 3 StGB, Art. 119 StGB, siehe Anhang II), die das Austragen einer Schwangerschaft regeln. Sie betreffen die Fristenregelung. Darunter ist der Zeitraum zu verstehen, in dem eine schwangere Frau sich für oder gegen eine Mutterschaft entscheiden kann. Grundsätzlich kann hier festgehalten werden, dass Frauen eine Schwangerschaft bis zum Ende der 12. Schwangerschaftswoche

straffrei abbrechen dürfen. Bedingung ist die Beratung durch eine/n Ärztin/Arzt. Das ungeborene Kind ist gesetzlich nicht geschützt (siehe auch Kap. 4.3.4)

#### **4.1.3 *Der Stand medizinischer Forschung – als Ergänzung***

Der Stand medizinischer Forschung hat in vielerlei Hinsicht Einfluss auf den vorliegenden Themenkomplex. Heutzutage können Frauen, die nicht schwanger werden möchten, aus einem vielfältigen Angebot zur Verhütung auswählen. Dies trägt zwar nicht dazu bei, dass alle ungewollten Schwangerschaften verhindert werden können, dennoch wirkt sich diese Tatsache positiv auf den prozentualen Anteil ebendieser aus (vgl. Schweizerische Vereinigung für Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs (SVSS) o.J.)

Erwähnt werden sollen noch die medizinisch technischen Verfahren, die in manchen Fällen das Überleben eines Kindes bereits ab der 23. Schwangerschaftswoche ermöglichen (vgl. Frauenärzte im Netz o. J.). Dies hat insofern Wichtigkeit innerhalb der Diskussion, als dass diesen Kindern bereits in der 23. Schwangerschaftswoche der Status eines Rechtsobjekts zugesprochen wird und sie unter den Persönlichkeitsschutz fallen (siehe Anhang II).

#### **4.1.4 *Eugenik, Zwangssterilisation und Zwangsverhütung – als Ergänzung***

Zwangssterilisation und Zwangsverhütung als Teil der Eugenik gehörten bis weit ins 20. Jahrhundert als ein besonders dramatisches Kapitel auch in die Geschichte der Schweiz. Als Massnahmen der Fürsorgebehörden in bestimmten Zusammenhängen zeigen sie auf, wie stark institutionelle Macht sein konnte und welche Gefahr für die Autonomie von Frauen und auch Männern davon ausging. Erst zu Beginn des 21. Jahrhunderts wurde ein Gesetz erlassen, das die Rechtswidrigkeit der genannten Massnahmen belegte und zur Wiedergutmachung der Betroffenen beitragen sollte. Unter diesen Gesichtspunkten ist die - wenn auch nur im Stillen - in die Diskussion hineinschleichende Frage, ob Frauen, die illegale Drogen konsumieren, schwanger werden dürfen, zu Recht besonders vorbelastet.

## **4.2 *Illegale Drogen***

Als illegale Drogen werden all jene Stoffe bezeichnet, die unter das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) fallen und deren Herstellung, Handel und Konsum strafrechtlich verfolgt bzw. mit Busse versehen wird (siehe Kap. 4.2.3.). Drogen sind nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation all jene Substanzen, die in einem lebenden Körper Funktionen zu verändern vermögen (vgl. WHO o.J., zit. in Friedrichs 2002: 22). An dieser Stelle scheint die Anmerkung bedeutsam, dass die Substanzen erst durch gesetzliche Bestimmungen als illegal deklariert werden. Schneider (vgl. 2005: 269f.) weist explizit darauf hin, dass viele sichtbare Auswirkungen des Drogenkonsums allerdings nur durch die Illegalisierung der Substanzen zustande kommen, der Konsumentenschutz dadurch überdies paradoxerweise

verhindert und die Stigmatisierung und Ausgrenzung der Betroffenen gefördert werde. Für die vorliegende Arbeit ist diese Information insofern interessant, als dass für schwangere Frauen in den Kontakt- und Anlaufstellen die Konsequenzen der Illegalisierung der Substanzen auch spürbar sind. Zusätzlich bereits betroffen von Abhängigkeit, beschrieben im nächsten Kapitel, werden sie dadurch in der Gestaltung ihres Lebens massiv einschränkt.

#### **4.2.1 Konsummuster illegaler Drogen**

Unter Konsummustern werden die verschiedenen Möglichkeiten des Konsumierens zusammengefasst, unabhängig davon ob der Konsum bezogen ist auf einen bestimmten Stoff oder nicht stoffgebunden ist. Es wird unterschieden zwischen risikoarmem Konsum, problematischem Konsum und Abhängigkeit (vgl. Eidgenössische Kommission für Drogenfragen 2005: 29). Da die Kontakt- und Anlaufstellen im Auftrag der Schadensminderung handeln und hinsichtlich der Unterstützungsleistung nur für Menschen mit einer Substanzabhängigkeit aktiv werden, wird ausschliesslich auf dieses Konsummuster eingegangen.

*Abhängigkeit* ist das Ergebnis eines sehr komplexen Entstehungsprozesses. Sowohl physiologische Aspekte der jeweiligen Droge, kognitiv-emotionale Aspekte der betroffenen Person als auch soziale Aspekte des je besonderen Umfeldes müssen dazugezählt werden (vgl. Egger 2007: 25). Ursachen, Auslöser, Kriterien, die sie begünstigen, und solche, die sie aufrechterhalten, finden sich in all diesen Dimensionen wieder (vgl. ebd.). Der Wirkmechanismus und das Zusammenspiel sind demzufolge bedingt vom vernetzten Miteinander vieler verschiedener Ebenen (vgl. ebd.).

Der Zustand der Abhängigkeit von einer bestimmten Substanz wird vom Diagnoseklassifikationssystem ICD-10 (Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information 2006) folgendermassen definiert:

Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2016: o.S.).

Der Weg aus der Abhängigkeit heraus bzw. zu anderer Form des Konsums, führt über die Diskrepanz zwischen momentanem Zustand und einem begehrenswerten Ziel (vgl.

Miller/Rollnick 2015: 285). Allein dadurch kann sich der Wunsch entwickeln, eine Veränderung anzustreben (vgl. ebd.: 20). Allerdings stehen demnach der Wunsch, die Substanz zu konsumieren, und die Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, dem Ziel der Unabhängigkeit von der Substanz gegenüber. Jene ambivalente Haltung, die mit Veränderung verbunden ist, wurde bereits in Bezug auf Schwangerschaft kurz angerissen. Es ist elementar für den Veränderungsprozess, dass die beschriebene Diskrepanz der/m Betroffenen lohnenswert zu überwinden und gleichzeitig überwindbar erscheint (vgl. ebd.: 286). Im Falle einer Abhängigkeit von illegalen Drogen ist naheliegend, dass daran grösste Herausforderungen für die Betroffenen gebunden sind, die gegebenenfalls vom Hilfesystem auf die eine oder andere Weise unterstützt werden müssen.

Die Kennzeichen von Abhängigkeit und das Wesen der Veränderung in Bezug darauf wurden kurz vorgestellt. Nun werden diejenigen illegalen Substanzen in aller Kürze beleuchtet, die besonders häufig in den Kontakt- und Anlaufstellen konsumiert werden und deren Abhängigkeitspotential massive Entzugserscheinungen körperlicher und/ oder psychischer Art hervorrufen.

#### **4.2.2 Wirkung und Risiken relevanter illegaler Drogen**

Locicero, Arnaud, Fueglistaler, Dubois-Arber und Gervasoni (2012) führten in niederschweligen Einrichtungen, die Injektionsmaterial zur Verfügung stellen und evtl. über Injektionsräume verfügen, eine Befragung durch. Dabei gaben 50.1% der Befragten an, im letzten Monat Heroin und Kokain konsumiert zu haben (vgl. ebd.: 14). 29% der Befragten bestätigten den Konsum von ein oder mehreren Cocktails (Gemisch von Heroin und Kokain) im letzten Monat (vgl. ebd.). Mehr als 50% der Klient/innen von Kontakt- und Anlaufstellen konsumieren Benzodiazepine (Storni/Schmidt 2008: 11). Daher fällt die folgende Auswahl auf die genannten Substanzen.

##### Heroin

Heroin ist das am weitesten verbreitete und stärkste Opiat mit dem grössten Abhängigkeitspotential (vgl. SuchtSchweiz o.J.). Es trägt zur Schmerzreduktion bei, ist als Anxiolytikum einsetzbar, mindert Depressionen und steigert insgesamt während des Flashs das Wohlbefinden (vgl. ebd.). Akute Gefahr beim Konsum von Heroin ist eine Überdosierung mit Lähmung des Atemzentrums (vgl. ebd.). Gefahren und Schädigungen an Organen durch langfristigen Gebrauch von reinem Heroin in verträglicher, also nicht lebensbedrohender, Dosis sind kaum feststellbar (vgl. ebd.). Durch Umstellung verschiedener Stoffwechselfvorgänge im Körper findet allerdings eine Gewöhnung an die Substanz statt (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2015: 22). In der Folge treten bei Absetzen Entzugserscheinungen auf, die von starken Temperaturschwankungen über allgemeines

Unwohlsein bis hin zu Schmerzen, Krämpfen, schweren Kreislaufzusammenbrüchen, Übelkeit und Erbrechen führen können (vgl. ebd.).

*Gesundheitliche Risiken:* Folgen, die mit dem Konsum von Heroin verbunden werden, und gesundheitliche Risiken lassen sich eher zusammenbringen mit der psychischen Allgemeinsituation und den Lebensumständen, die aus der Illegalität resultieren, als mit der Substanz direkt. Heroin, wie es auf dem Schwarzmarkt gehandelt wird, hat laut Deutscher Hauptstelle für Suchtfragen (vgl. o.J.) einen Reinheitsgrad mit einer Spanne, die von 5-30% reicht. Einerseits ergibt sich daraus ein erhöhtes Risiko einer versehentlichen Überdosierung, andererseits werden verschiedene Stoffe beigemischt, wie z. B. Ascorbinsäure, Traubenzucker, Milchzucker, aber auch Strychnin, das starke Vergiftungen hervorrufen kann (vgl. ebd.). Einfluss auf die Gesundheit kann auch die Konsumform haben. Intravenöser Konsum schliesst bei Kontakt mit infiziertem Blut die Gefahr der Ansteckung mit HIV oder Hepatitis C ein (vgl. SuchtSchweiz o.J.). Durch unhygienisches Injizieren kann es zu Abszessen und Sepsen kommen. Die Risiken des nasalen und inhalativen Konsums liegen eher in der Aggressivität und Toxizität der Streckmittel und deren direkten Auswirkungen auf Nasenschleimhäute und Atemwege (vgl. ebd.).

*Soziale Risiken:* Soziale Risiken, die sich aus einer Opiatabhängigkeit ergeben, sind vielschichtig und resultieren hauptsächlich aus der Illegalität der Droge. Es zählen dazu Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit und das Fehlen eines sozialen Netzwerkes (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2015: 63.). Die Folgen dieser Problemlagen können Beschaffungskriminalität, Prostitution und soziale Verwahrlosung sein (vgl. SuchtSchweiz o.J.).

### Substitute

Substitutionstherapien gehören heutzutage zu den Standardtherapien in der Behandlung von Opiatabhängigkeit. Storni und Schmidt halten fest, dass mehr als 70% der Klientel in einer niederschweligen Einrichtung der Drogenhilfe an einer Substitutionsbehandlung teilnehmen (vgl. Storni/Schmidt 2008: 14).

Zu den vollsynthetischen Substanzen, die wie Opiate wirken, und daher in der Substitutionsbehandlung eine wichtige Rolle spielen, zählen Methadon und Buprenorphin. Diacetylmorphin, als erstes halbsynthetisches Opiat, bekannt unter dem Namen Heroin, wird in der heroingestützten Behandlung eingesetzt. Allen diesen Substanzen ist gleich, dass sie den Konsum vermindern (vgl. Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin 2012: 48). Damit ist nicht nur Heroin als solches gemeint, sondern auch der Konsum von Kokain und Benzodiazepinen. Im Handbuch zur heroingestützten Behandlung ist dazu vermerkt, dass sich „alleine durch die Einbindung in die heroingestützte Behandlung (...) in den ersten 18 Monaten bei vielen Patienten/-innen eine Sistierung oder deutliche Reduktion des Kokainkonsums erreichen“ lässt (BAG 2000: 65c).

Höchstes Ziel jeder Art der Substitutionsbehandlung ist nicht unbedingt die Abstinenz, sondern vielmehr eine Verbesserung der allgemeinen Lebenssituation durch Vorbeugung gesundheitlicher Risiken, Steigerung der sozialen Kompetenzen und soziale Integration (vgl. Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin 2012: 10). Des Weiteren sollen damit Bedingungen geschaffen werden, in denen Abstinenz möglich sein kann. Insgesamt soll damit eine Entfernung im psychischen und physischen Sinne von der Drogenszene erwirkt werden (vgl. BAG o.J.). Eine Reduktion der Beschaffungskriminalität wird erhofft.

### Kokain

Von den Menschen, die an einer Opiatabhängigkeit leiden und nicht in Behandlung sind, konsumieren ca. 80% auch Kokain (vgl. Magura/Kang/Nwakeze/Demsky 1998, zit. in BAG 2005: 115). Von denjenigen mit Behandlung wird ein Wert von ca. 35% geschätzt (vgl. ebd.). Der Kokainkonsum hat zahlreiche schädliche Wirkungen auf den Körper und seine Organsysteme, wozu sowohl akute als auch chronische Effekte zu zählen sind (vgl. DeMaria/Weinkauf 2011, zit. in Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2015: 31). Betroffen sein können das Nervensystem, das blutbildende System, die Lunge und/oder das Herz-Kreislaufsystem (vgl. ebd.). Es verengt die Blutgefäße (vgl. Jungblut 2004: 105) Auch psychische Folgen des Konsums können zum Problem werden. Darunter fallen z.B. Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Aggressivität und Gewaltbereitschaft (vgl. SuchtSchweiz o.J.). Hoher Konsum über einen langen Zeitraum kann Kokainpsychosen auslösen (vgl. ebd.).

### Benzodiazepine

Laut Bayerischer Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (o.J.: 1) wird „Benzodiazepin-Beikonsum bei Opiatabhängigen (...) prinzipiell weltweit beobachtet, sowohl im Stadium des Heroinkonsums als auch unter langjähriger Behandlung mit Methadon.“ Storni und Schmidt (2008) können diese Aussage mit der Befragung, die sie in niederschweligen Einrichtungen der Drogenhilfe durchführten, bestätigen. Demzufolge nehmen ca. 45% der Befragten, die in eine Substitutionsbehandlung eingebunden sind, Benzodiazepine (vgl. ebd.: 14).

Gründe für den Konsum von Benzodiazepin sind sehr unterschiedlich. Teilweise soll damit eine möglicherweise aufkommende Entzugssymptomatik gelindert oder nicht ausreichende Opiatmengen ausgeglichen werden (vgl. Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen 2015: 2). Gemeinsamer Konsum mit Heroin wird praktiziert, um eine Potenzierung des Rausches zu erreichen (vgl. ebd.). Bei psychischen Belastungen wird es zur Selbstmedikation, bei Schlafproblemen als Schlafmedikation eingesetzt (vgl. ebd.).

Bei regelmässigem Konsum über einen längeren Zeitraum kann sich eine Abhängigkeit entwickeln, die beim Absetzen über einen längeren Zeitraum starke Entzugserscheinungen sowohl auf physischer als auch psychischer Ebene hervorrufen kann (vgl. ebd.: 7f.).

### **4.2.3 Gesetzeslage bezüglich illegaler Drogen**

In aller Kürze lässt sich sagen, dass der Konsum von Substanzen, die wie die oben genannten unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, in der Schweiz nicht gestattet und grundsätzlich bestraft werden kann (Gesetzesbestimmungen siehe Anhang III). Zugleich wird jedoch im Bereich der Schadensminderung, der vierten Säule der Schweizer Drogenpolitik, explizit darauf hingewiesen, dass Massnahmen ergriffen werden sollen, die der Reduktion von Risiken des Drogenkonsums dienen (vgl. BAG o.J.). Erst seit 2011 sind unter anderem diese Massnahmen in der Betäubungsmittelsuchtverordnung (BetmSV) geregelt (siehe Anhang III). Des Weiteren liefert das „Gutachten zur rechtlichen Situation von „Fixerräumen““ von Schultz (1989) eine detaillierte Erklärung für die Existenz von Kontakt- und Anlaufstellen. Konsument/innen illegaler Drogen bewegen sich dementsprechend in einer Art Grauzone. Einerseits verfolgt vom Gesetz, andererseits unterstützt durch politische Bestimmungen. Weitere Vertiefungen dazu können im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet, sondern müssen an anderer Stelle vorgenommen werden.

### **4.3 Illegale Drogen in der Schwangerschaft**

Generell lässt sich sagen, dass Amenorrhoe resp. Unregelmässigkeiten im Zyklus von Frauen mit illegalem Opiatkonsum häufig vorkommen (vgl. Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin 2012: 67). Einerseits ist dies eine direkte Wirkung der Substanzen, andererseits Folge der sozialen Umstände, Mangelernährung, Stress. Es kann zu monatelangem Ausbleiben der Menstruation kommen. Auch wenn dadurch für die Frau keine Anzeichen für ihre Fruchtbarkeit zu bemerken sind, ist davon auszugehen, dass eine Schwangerschaft trotzdem möglich ist (vgl. ebd.). Die Folge kann sein, dass nicht geplante oder unerwünschte Schwangerschaften zustande kommen (vgl. Bayerische Akademie für Suchtfragen 2014: 1). Das späte Erkennen kann mangelnde medizinische und psychosoziale Betreuung der Schwangerschaft und mangelnde Vorbereitung auf die Geburt nach sich ziehen.

#### **4.3.1 Direkte Auswirkungen des Drogenkonsums auf das ungeborene Kind**

##### Opiate

Bei Opiatkonsum gelangt die Substanz über die Plazenta in den kindlichen Kreislauf und entfaltet auch dort seine Wirkung (vgl. Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin 2012: 68). Dennoch hat dies keine fruchtschädigende Wirkung und verursacht dementsprechend weder toxische Fehlbildungen noch Schädigungen des Kindes. Dies gilt sowohl für reines Heroin, aber auch Methadon und andere Substitute (vgl. Lauper 2000: 469).

Problematische Folgen gehen hauptsächlich auf den illegalen Opiatkonsum, die unbekanntes beigemischten Substanzen und die damit verbundenen sozialen Umstände zurück (vgl. Frech 2007: 157). Substanzschwankungen bei illegalem Konsum, die einerseits durch den

Reinheitsgrad des Heroins und andererseits durch die nicht regelmässige Verfügbarkeit zustande kommen, können beim Kind erhebliche intrauterine Entzugserscheinungen auslösen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2005: 39). Ein plötzlicher Entzug kann für das Kind lebensbedrohliche Folgen haben (vgl. ebd.).

#### Kokain

Kokainkonsum kann zu Fehl- und Frühgeburten führen, weil die Gefäss verengende Wirkung Durchblutungsstörungen von Gebärmutter und Plazenta mit sich bringen kann. Eine daraus resultierende Unterversorgung mit Nährstoffen und Sauerstoff führt möglicherweise zur vorzeitigen Ablösung der Plazenta und/ oder vorzeitigen Wehen mit den oben beschriebenen Folgen (vgl. Frech 2007: 157). Missbildungen und Entwicklungsschädigungen des Gehirns sind als weitere Risikofaktoren zu nennen. Die Kokainkonzentration im Feten ist viermal höher als die bei der Schwangeren zu verzeichnende (vgl. ebd.). Postpartal sind beim Kind Zitterigkeit, Überempfindlichkeit und erhöhtes Bedürfnis nach Schlaf zu verzeichnen (vgl. ebd.).

#### Benzodiazepine

Vielfältige Missbildungen können mit dem Konsum von Benzodiazepinen während der Schwangerschaft einhergehen. Dazu zählen Fehlbildungen im Gesichtsbereich, am Herz und den Gefässen. Ausserdem kann es zu Entwicklungsverzögerungen kommen (vgl. ebd.: 158).

#### Neonatales Entzugssyndrom

Bei 60-80% der Neugeborenen, die während der Schwangerschaft Heroin oder Methadon ausgesetzt sind, tritt das neonatale Entzugssyndrom auf (vgl. ebd.). Neueste Erkenntnisse haben ergeben, dass die Ausprägung mit Buprenorphin weniger stark und kürzer ist als mit Methadon (vgl. ebd.). Auch Neugeborene, die unter dem Einfluss von Benzodiazepinen waren, leiden unter dem NAS. Allerdings ist die Dauer im Vergleich zu Heroin deutlich länger und die Intensität sehr viel stärker ausgeprägt (vgl. ebd.).

### **4.3.2 Indirekte psychische und soziale Folgen des Drogenkonsums für das Kind**

Frühgeburten, die in relativ hoher Anzahl vorkommen, führen zu erheblichen Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind (vgl. ebd.: 158). Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter tragen dazu bei, dass der Bindungsaufbau gehindert wird, zu Überforderungen auf Seiten der Mutter und Infragestellen ihrer Erziehungskompetenzen führt. Oft sind die Kinder in erhöhtem Masse von Trennungen beeinflusst und/oder wachsen nur bei der Mutter auf (vgl. Klein 2003: 366). Traumatische Erlebnisse, die mit den sozialen Umständen im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen einhergehen, wie Beschaffungskriminalität und Prostitution, haben schwerwiegende Konsequenzen für die Entwicklung der Kinder (vgl. ebd.). Soziale Isolation und Stigmatisierung, sowie schwierige familiäre Umstände, Armutsbetroffenheit, verminderte Bildungschancen und andersartige Wertehaltungen bringen negative Folgen hinsichtlich des Erlernens sozial förderlicher Verhaltensweisen (vgl. ebd.).

Psychische Auffälligkeiten, eine frühe Suchtentwicklung und Persönlichkeitsstörungen können die Folgen davon sein (vgl. ebd.).

#### **4.3.3 Substitution und Entzug während der Schwangerschaft**

Es liegen ausschliesslich Informationen zur Substitution mit Methadon oder Buprenorphin in der Schwangerschaft vor. Studien zur Substitution mit Diacetylmorphin in der Schwangerschaft konnten keine ermittelt werden.

Frauen, die sich in Substitutionsbehandlungen befinden, können gleichermassen gesunde Kinder auf die Welt bringen, wie Frauen, die weder abhängig sind, noch substituiert werden (vgl. Frech 2007: 161). Positive soziale Aspekte der Substituierung resultieren daraus, dass die Frauen in ein Programm mit regelmässigem Kontakt eingebunden sind. Der physische Zustand der Frau kann sich dadurch verbessern (vgl. Ziegler/Poustka/Von Loewenich 2000: 735). Für das Kind liegt der direkte grosse Vorteil darin, dass durch die regelmässige Zufuhr der Substanz während der Schwangerschaft keine Entzugssymptome auftreten (vgl. ebd.). Allerdings kann Beikonsum, der zusätzlichen Konsum von Kokain, Benzodiazepinen oder anderen Substanzen, nicht vollends ausgeschlossen werden (vgl. Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen 2014: 2).

Eigenständige Reduktion des Konsums bzw. des Substituts ist nicht zu empfehlen (vgl. Frech 2007: 158). Der Entzug des Kindes, den es in jedem Falle entweder vor oder nach der Geburt durchleben muss, sollte dringend überwacht werden (vgl. Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen 2014: 5). Die Rückfallgefahr durch Suchtdruck ist gross, die Gefahr einer Überdosierung damit gegeben. Durch den Stress, den das Kind bei Entzugssymptomen im Mutterleib erfährt, kann es zu Frühgeburt oder Fehlgeburt kommen (vgl. ebd.).

#### **4.3.4 Gesetzeslage bezüglich Drogenkonsum in der Schwangerschaft**

Es liegen keine gesetzlichen Bestimmungen zum Konsum während der Schwangerschaft vor. Es bestehen nur die gesetzlichen Grundlagen des Betäubungsmittelgesetzes (siehe Anhang III). Auch Rechte zum Schutz des ungeborenen Kindes im Falle einer Substanzabhängigkeit der schwangeren Frau konnten keine ermittelt werden. Das Kind gilt erst ab der Geburt als Rechtsobjekt und fällt auch dann erst unter den Persönlichkeitsschutz (siehe Art. 31 Abs. 1 ZGB Anhang II).

#### **4.3.5 Schwangerschaft und legaler Konsum – als Ergänzung**

Sucht hat viele Gesichter und kann sich auf den Konsum unterschiedlicher Substanzen beziehen. Der Einfluss von Alkohol, als Beispiel aus dem Bereich der legalen Drogen, ist nicht minder dramatisch hinsichtlich der fruchtschädigenden Wirkung, sondern zählt sogar zu den gefährlichsten Substanzen für das ungeborene Kind (vgl. Siedentopf 2010: 47). Massive

gesundheitliche Probleme sind das Resultat, mit denen Kinder zu kämpfen haben, die während der Schwangerschaft Alkohol ausgesetzt waren (vgl. ebd.). Die gesellschaftliche Missbilligung dieses Verhaltens fällt allerdings deutlich weniger stark aus, als dies im Bereich illegaler Drogen zu verzeichnen ist. Als weiteres Beispiel ist das Rauchen während der Schwangerschaft zu nennen, dessen Konsum auf das ungeborene Kind nachweisliche Auswirkungen hat (vgl. ebd.). Es ist zwar verpönt, dennoch steht die damit verbundene Empörung in keinem Verhältnis zum illegalem Drogenkonsum während der Schwangerschaft (vgl. akzept 1999: 16).

Das Zusammentragen der harten Fakten und der Gesetzeslage kann mit diesem Kapitel abgeschlossen werden. Unter dem Kriterium, dass das Kind rechtlich erst ab der Geburt geschützt ist, bleibt die Frage offen, ob ein Ausweg aus dieser schwierigen Situation überhaupt möglich ist. Im nächsten Kapitel werden die Menschen oder Gruppen vorgestellt, die an der Bearbeitung der Fragestellung ein Interesse haben könnten.

## **5 ETHISCHE REFLEXION ZUR OFFENLEGUNG MORALISCHER DILEMMATA**

Ziel des folgenden Kapitels ist das Herausarbeiten der moralischen Dilemmata, die sich im Zusammenhang mit schwangeren Frauen in Kontakt- und Anlaufstellen zeigen und die Zusammenarbeit beeinflussen. Die Basis dafür bildet einerseits der Berufskodex von AvenirSocial, andererseits werden die Leitlinien akzeptierender Drogenhilfe hinzugezogen.

### **5.1 Stakeholder identifizieren**

Basierend auf den Ausführungen von Bleisch und Huppenbauer (2014: 25f.) werden im Folgenden, als weiterer Teil der Analyse des Ist-Zustandes, diejenigen erfasst, die ein Interesse an einer ethischen Reflexion der moralischen Konfliktsituation haben könnten. Vorerst werden zur Vereinfachung alle in Frage kommenden Stakeholder aufgelistet ohne zu hinterfragen, ob ihnen ein moralischer Status zusteht oder nicht (siehe auch Kap. 2.5.1.2). Unklarheiten dazu sind in der vorliegenden Bearbeitung erst bei der Suche nach der moralisch strittigen Frage zu Tage getreten. Einer vertieften Auseinandersetzung wird auch dort erst ein eigener Platz eingeräumt.

#### **5.1.1 *Das ungeborene Kind***

Der Konsum der werdenden Mutter wirkt sich direkt und indirekt auf das Wohlbefinden des Kindes aus. Obwohl das ungeborene Kind noch keine eigene Stimme hat, scheint es bei erster Betrachtung mit in die Kategorie der Stakeholder gezählt werden zu müssen. Inwiefern diesbezüglich Konflikte auftreten, wird zu einem späteren Zeitpunkt erläutert.

### **5.1.2 Die schwangere Frau**

Die vorliegende Arbeit möchte nicht einen moralischen Einzelfall bearbeiten, sondern versucht für ähnlich gelagerte Fälle unter Einbezug der ausschlaggebenden Interessen und Meinungen Grundlagen zu schaffen, auf denen ethisch vertretbares Handeln möglich ist. Die schwangere Frau spielt in diesem Zusammenhang eine herausragende Rolle.

Der werdende Vater

Der Vater als Stakeholder wird nicht mit einbezogen. Dies hat mehrere Gründe. Zum einen kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Vater ebenfalls als Konsument in den Kontakt- und Anlaufstellen verkehrt. Zum anderen würde der ohnehin schon umfängliche Konflikt um eine weitere Variable erhöht, was im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden kann.

### **5.1.3 Mitarbeiter/innen der Kontakt- und Anlaufstellen**

Sie stehen in direktem Kontakt mit der Frau während ihres Aufenthalts in der Einrichtung. Bezugnehmend auf die Niederschwelligkeit ist es ihre Aufgabe eine Beziehung zur Frau zu gestalten, die sie entweder zugänglich für das Hilfesystem im Allgemeinen macht oder ihr den Weg dahingehend öffnet (siehe Kap. 3.4.1). Akzeptanz und Vertrauen sind dabei die massgeblichen Kriterien. Hinsichtlich der verschiedenen Konsummöglichkeiten, die sich in der Einrichtung bieten, obliegt es dem Team, den hygienischen Konsum zu kontrollieren und im Falle eines Notfalls mittels Erste-Hilfe-Massnahmen einzugreifen (siehe ebd.).

Es liesse sich überlegen, die Leitung der Kontakt- und Anlaufstellen als eigenen Stakeholder aufzuführen. Da allerdings die Ansicht vertreten wird, dass sich in der Leitung Argumente der Mitarbeiter und des Drogenhilfesystems vereinen, wird von einer separaten Auflistung abgesehen.

### **5.1.4 Akzeptierende Drogenarbeit**

Die Kontakt- und Anlaufstellen arbeiten akzeptanzorientiert (vgl. Infodrog/Fachverband Sucht 2011: 4). Die Leitlinien akzeptierender Drogenarbeit (siehe Kap. 3.3.1) dienen ihnen als berufsethische Kriterien. Obwohl es sich in diesem Zusammenhang nicht um Personen handelt, sondern um die Haltung, die sich hinter der Arbeit verbirgt, wird die akzeptierende Drogenarbeit als Stakeholder aufgeführt. Argumente auf der Basis der Prinzipien akzeptierender Drogenarbeit sind elementar für die Auseinandersetzung.

### **5.1.5 Die Profession der Sozialen Arbeit**

In einer Zeit, in der aufgrund des breit gefächerten Unterstützungsangebots des Drogenhilfesystems die Versorgung von Menschen mit einer Abhängigkeit von illegalen

Drogen deutlich verbessert werden konnte, steigt auch die Anzahl der Frauen, die schwanger werden und ein Kind austragen. Die Profession der Sozialen Arbeit hat sich zum Ziel gesetzt, „Lösungen für soziale Probleme zu erfinden, zu entwickeln und zu vermitteln.“ (AvenirSocial 2010: 6) Sie will präventiv arbeiten, um soziale Notlagen abzuwenden oder sie zumindest verbessern (vgl. ebd.). Abhängig von illegalen Drogen zu sein und als Frau im gebärfähigen Alter schwanger zu werden, kann aus den bereits genannten Gründen als soziales Problem definiert werden, sowohl auf Seiten der werdenden Mutter als auch des (ungeborenen) Kindes. Dementsprechend ist es Aufgabe der Profession der Sozialen Arbeit sich in die Entscheidungsfindung als Stakeholder einzubringen.

### Gesellschaft

In dem Moment, in dem die Situation, wie im letzten Kapitel kurz angeschnitten, in den Aufgabenbereich der Profession der Sozialen Arbeit fällt, muss sich auch die Gesellschaft einbringen dürfen. Einerseits deshalb, weil sie die Soziale Arbeit als Mandatsträger auserkoren hat, andererseits, weil damit zu rechnen ist, dass Massnahmen, die vorgeschlagen, eruiert oder erarbeitet werden, finanziell unterstützt und damit gesellschaftlich getragen werden müssen. Dennoch wurde im Rahmen dieser Arbeit entschieden, die Stimme der Gesellschaft zwar wahrzunehmen, sie aber nicht direkt aufzuführen, da das Material dadurch übersichtlicher bleibt. Dies ist insofern möglich, dass die Auseinandersetzung auf einer Ebene bleibt, auf der gesellschaftliche Argumente noch nicht greifen.

## 5.2 Die moralischen Fragen und Konfliktfelder

Nun werden auf der Basis des bis hierhin zusammengetragenen Materials aus den Bereichen akzeptierende Drogenhilfe, Kontakt- und Anlaufstellen, Niederschwelligkeit, Schwangerschaft, illegale Drogen, gesetzliche Bestimmungen, die moralischen Konfliktfelder eruiert und analytisch in den Blick genommen.

Auf der Suche nach der strittigen Frage wird deutlich, dass Teile des Problemfeldes „illegale Drogen und Schwangerschaft“, das in den Kontakt- und Anlaufstellen auftritt, auf der institutionellen Ebene allein nicht gelöst, mitunter nicht einmal behandelt werden kann. Dazu gehört beispielsweise die Uneinigkeit über den moralischen Status des ungeborenen Kindes, wie sie im folgenden Kapitel erläutert wird. Dennoch erschweren jene moralischen Anteile die Diskussionen zum Umgang mit schwangeren Frauen in den Kontakt- und Anlaufstellen und machen sie in gewisser Hinsicht undurchsichtiger.

Die Komplexität des Diskussionsfeldes erhöht sich in ethischer Hinsicht mit dem Hinzukommen jedes weiteren moralischen Dilemmas unter anderem deshalb, weil diese in Wechselwirkung zueinander stehen. Die folgenden Ausführungen liefern dazu eine Erklärung. Es wird nicht der Anspruch erhoben, alle zugrunde liegenden Konflikte aufzuführen, sondern

nur jene, bei denen sich elementare Werte und zentrale Bedürfnisse einzelner Stakeholder gegenüber stehen. Die Themenkomplexe werden jeweils als Fragen formuliert, die das Feld abstecken, in dem Handlungsbedarf besteht. Nichtmoralische Aspekte, die mit dem jeweiligen Konfliktfeld in enger Verbindung stehen, werden am Ende jedes Kapitels aufgeführt (vgl. Bleisch/Huppenbauer 2014: 47)

#### **5.2.1 4.1.1 Moralischer Status des ungeborenen Kindes**

Ein erster moralischer Konflikt dessen Ungeklärtheit das Zustandekommen der ethischen Schwierigkeiten massgeblich erwirkt, ist die nicht einstimmige Bewertung des moralischen Status des ungeborenen Kindes (vgl. Lumer 2004: 212f.). Unter anderem erwächst daraus die Frage, ob es als Stakeholder überhaupt antreten kann.

Es wurden Abhandlungen und philosophische Diskussionen über die Bestimmung des moralischen Status von Embryonen in verschiedenen Wachstumsstadien geführt, die auf unterschiedlichen Argumenten aufbauend zu unterschiedlichen Schlüssen kamen (vgl. ebd.). Beispiele der angewandten Ethik zu dieser Thematik finden sich z.B. in der Abtreibungsdebatte oder der Debatte um die Präimplantationsdiagnostik (vgl. Schweizerischen Vereinigung für Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs o.J.; vgl. Bleisch/Huppenbauer 2014: 181f.). Es ist davon auszugehen, dass viele Menschen dem ungeborenen Kind einen moralischen Status beimessen, der proportional zum Wachstum des Kindes bedeutungsvoller wird (vgl. Schaber 2002., zit. in <http://www.svss-uspda.ch/de/ethik/ethik.htm>). Des Weiteren ist anzunehmen, dass die meisten Frauen, die sich ihrer Schwangerschaft bewusst werden, aufgrund psychischer Veränderungen und der Erkenntnis des neuen Lebens (siehe Kap. 4.1.1), das Kind bereits vorgeburtlich als Person anerkennen, wodurch für diese Fälle der moralische Status bestätigt wäre.

Dennoch soll darauf aufmerksam gemacht werden, welches moralische Konfliktfeld sich allein dadurch im Rahmen der Kontakt- und Anlaufstellen auftut, dass die folgende Frage im Raum steht:

#### ***Hat das ungeborene Kind einen moralischen Status und wenn ja, ab welchem Zeitpunkt?***

Es wird an dieser Stelle keine ethische Diskussion darüber geführt, ob dem ungeborenen Kind grundsätzlich ein moralischer Status zusteht oder nicht, weil die Erörterung dieses Themas weitaus komplexer ist, als hier dargestellt werden kann.

Den moralischen Status des ungeborenen Kindes als gegeben anzusehen und das Kind als gleichberechtigten Stakeholder in die Diskussion miteinzubeziehen, würde gegebenenfalls bedeuten, am Schluss vor der Frage zu stehen, was ist mehr wert: die Autonomie der Mutter hinsichtlich dem Wunsch, illegale Drogen zu konsumieren, oder die Autonomie des Kindes

hinsichtlich dem Schutz seines Lebens inklusive aller zentralen Werte und Güter, so auch Gesundheit? Argumente zur Analyse dieser Frage fließen mit in den gesamten moralischen Konflikt ein.

Die zweite Möglichkeit wäre, den moralischen Status des Kindes nicht anzuerkennen. Damit müssten seine Interessen gar nicht berücksichtigt werden, es bräuchte ihm keine Stimme verliehen und somit der Achtung seiner Würde keine Bedeutung beigemessen werden. Läge dies auch im Interesse der schwangeren Frau und werdenden Mutter, könnte die ethische Diskussion an dieser Stelle abgebrochen werden. Allerdings befände sich dies vermutlich, wie in den Kontakt- und Anlaufstellen deutlich wird, ausserhalb der moralischen Vorstellung der meisten Menschen unserer Gesellschaft.

Einige Aspekte, die als Begründung für diese moralische Vorstellung dienen, sind die folgenden:

- Aufgrund der medizinischen Technologie ist das Überleben eines zu früh geborenen Kindes rein theoretisch ab der 23. Schwangerschaftswoche möglich (vgl. Frauenärzte im Netz o.J.), d.h. dass es Fälle gibt, in denen Kinder bereits ab der 23. Woche unter den Persönlichkeitsschutz fallen. In diesen Fällen ist es dem Kind zwar noch nicht möglich ohne Hilfsmittel zu überleben, dennoch kommt diese Angewiesenheit auf Andere im weitesten Sinne dem Zustand der intrauterinen Situation gleich.
- Schwangere Frauen verleihen dem ungeborenen Kind mit der Entscheidung für die Mutterschaft den Status einer tatsächlichen Person bzw. das Recht so behandelt zu werden als ob.

Abgesehen von den gesellschaftlich moralischen Vorstellungen würde sich die Frage stellen, ob die Aberkennung des moralischen Status des Kindes im Sinne der Frau wäre, die es als Teil ihrer autonomen Lebensgestaltung ansehen könnte, Verantwortung für ein Kind zu übernehmen, sich um sein Wohlergehen zu sorgen und demgemäss dessen fundamentale Bedürfnisse anzuerkennen.

Daher wird für die vorliegende ethische Entscheidungsfindung vorerst folgende Lösung gewählt: Das Wohl des ungeborenen Kindes wird als Teil der Autonomie der schwangeren Frau betrachtet. Die Frage nach dem moralischen Status ist in diesem Falle hinfällig und die Möglichkeit, zentrale Werte und Güter des ungeborenen Kindes in die Diskussion miteinzubringen, ist trotzdem gegeben. Ausführungen zur Thematik Autonomie der schwangeren Frau finden sich im nächsten Kapitel. Aspekte, die den Schutz des ungeborenen Kindes betreffen, aber nicht moralischer Art sind, werden im nächsten Abschnitt erläutert.

#### *Nichtmoralischer Aspekt: Rechtlicher Schutz des ungeborenen Lebens*

Rechtlicher Schutz des ungeborenen Kindes existiert in der Schweiz nicht. Die Rechtsperson „entsteht“ erst mit der Geburt (siehe dazu Kap. 4.1.1.2). Das einzige Gesetz, das den Schutz

des Lebens als solchen, miteinschliesst ist das Verbot des Schwangerschaftsabbruchs nach der 12. Woche. Es berücksichtigt jedoch nicht die Rechte des Kindes, festgehalten in dem „Übereinkommen über die Rechte des Kindes“, wo in der Präambel explizit auf einen „angemessenen rechtlichen Schutzes vor und nach der Geburt“ hingewiesen wird (Vereinte Nationen 1989).

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die aktuellen und zukünftigen zentralen Werte und Güter des ungeborenen Kindes, wie z.B. Gesundheit, Sicherheit und gleiche Chancen innerhalb der Gesellschaft, zu keinem Zeitpunkt der Schwangerschaft rechtlich geschützt sind.

### **5.2.2 Die Autonomie der schwangeren Frau**

Abgesehen vom Kind zeigen sich moralische Unklarheiten auch bei der schwangeren Frau. Es könnte eigentlich - in der Hoffnung, damit das moralische Konfliktpotential ein wenig einzugrenzen und zu entwirren - eine Differenzierung in „die schwangere Frau“ und „die Konsumentin illegaler Drogen“ vorgenommen werden, weil davon auszugehen ist, dass diese beiden Entitäten unterschiedlich argumentieren würden. Die Problematik liegt allerdings darin begründet, dass die beiden Themenkomplexe „Illegale Drogen“ und „Schwangerschaft“ nicht gesondert voneinander betrachtet werden können, weil sie in der Frau vereint liegen. Damit einher geht die gleichzeitige Existenz zweier Wertesysteme, die mit unterschiedlichen Anforderungen an das Hilfesystem, im vorliegenden Fall den Kontakt- und Anlaufstellen, herantreten.

Das erste Wertesystem liegt begründet in der Autonomie der Konsumentin illegaler Drogen, zu deren Gestaltung des momentanen Lebensentwurfes es gehört, illegale Drogen zu konsumieren.

Die Basis des zweiten Wertesystems leitet sich ab aus der Autonomie einer werdenden Mutter, deren Lebensentwurf mit der Vorstellung einhergeht, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen, eine gute Beziehung zu ihm aufbauen zu können, das Gelingen der mütterlichen Rolle insgesamt zu erfüllen. Beide Systeme sind in die ethische Entscheidungsfindung miteinzubeziehen.

Folgende Fragestellung steckt das dargelegte moralische Konfliktfeld ab:

***In welchem Verhältnis stehen die Autonomie der werdenden Mutter und die Autonomie der Konsumentin illegaler Drogen zueinander?***

Die Frage spiegelt einen wichtigen Teil des eigentlichen Problems wider. Ausserdem entspringen aus diesem Teil des genannten Konfliktmaterials einige nichtmoralische Aspekte, die bereits am Rande aufgeführt wurden. Der Beleuchtung ebendieser widmet sich der nächste Abschnitt.

*Nichtmoralischer Aspekt - Ambivalenz:* Sowohl in Bezug auf Schwangerschaft als auch hinsichtlich des Weges aus einer Abhängigkeit heraus wurde auf die Haltung der Ambivalenz verwiesen, die daran gekoppelt ist. Müller und Rollnick (vgl. 2015: 286) führen aus, dass Ambivalenz elementar für einen Veränderungsprozess ist, und es dafür hilfreich ist, die Diskrepanz zwischen momentanem Zustand und erwünschtem Ziel herauszuarbeiten, wenn sie nicht bereits vorhanden ist. Die Schwierigkeit, die damit verbunden sein kann, liegt in der Diskrepanz, die sich zu gross anfühlt, als dass sie von selbst überwunden werden könnte (vgl. ebd.). Inwiefern dieser Zusatz in dem Zusammenhang eine Rolle spielt, ist möglicherweise unter Bezugnahme auf die Ausführungen zur Fristenregelung und denjenigen, die im Kapitel Autonomie der Frau vs. Schutz des ungeborenen Kindes (Kap. 5.2.4) aufgeführt sind, besser zu verstehen.

#### *Nichtmoralischer Aspekt – Die Fristenregelung*

Die Fristenregelung, die aus der Abtreibungsdebatte hervorgegangen ist, erlaubt einer jeden Frau die Entscheidung für oder gegen die Mutterschaft innerhalb der ersten 12 Wochen nach Einnistung des Embryos in die Gebärmutter. Zu einem späteren Zeitpunkt ist eine Abtreibung strafbar (siehe Kap. 4.1.2). Daraus lassen sich zwei Kategorien von Frauen ableiten:

***Kategorie A:*** *Das Bekanntwerden der Schwangerschaft liegt innerhalb der Frist, in der die Frau nach dem Gesetz entscheiden kann, ob sie die Schwangerschaft austragen möchte oder nicht.*

Diese Kategorie spielt für die ethische Entscheidungsfindung eine eher untergeordnete Rolle. Zum einen besteht für Frauen, die die Mutterschaft nicht austragen wollen, die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs. Wie das Vorgehen in solch einem Fall aussehen könnte, welche Aufgaben den Kontakt- und Anlaufstellen in solch einem Fall zukommen würden, wird im Kapitel Implementierungsfragen kurz angeschnitten. Zum anderen ist davon auszugehen, dass sich die betroffene Frau aufgrund der Tatsache, dass bisher keine sichtbaren Anzeichen für eine Schwangerschaft bestehen, moralisch (noch) nicht in die Verantwortung gezogen wird. Es ist für diesen Fall nicht relevant, ob die Schwangerschaft geplant, ungeplant, gewollt, ungewollt oder noch nicht wahrgenommen wurde. Dieser Frage käme erst dann Bedeutung zu, wenn sie innerhalb der Frist in den Kontakt- und Anlaufstellen über das Bestehen der Schwangerschaft sprechen würde. Um die Komplexität des Fallmaterials einzuschränken, sollen jedoch die Frauen, die sich innerhalb der Frist befinden, bis auf weiteres ausgeklammert werden.

***Kategorie B:*** *Das Bekanntwerden der Schwangerschaft liegt ausserhalb der Frist (siehe Kap.4.3), in der die Frau nach dem Gesetz entscheiden kann, ob sie die Schwangerschaft austragen möchte oder nicht.*

Durch den Ablauf der Frist wird der Handlungsspielraum für die Frau massiv eingeschränkt. Unabhängig davon, ob sie die Mutterschaft austragen möchte oder nicht, wird sie vom Gesetz zu diesem Zeitpunkt dazu verpflichtet bzw. würde sich für den Fall strafbar machen, wenn sie eine Abtreibung in welcher Weise auch immer initiieren würde.

Sowohl der gesetzliche als auch der moralische Zugzwang tragen auf allen Ebenen zur Entstehung der hier erläuterten ethischen Herausforderungen elementar bei.

### **5.2.3 Schutz des Kindes vor der Geburt vs. Schutz des Kindes nach der Geburt**

Obwohl in der Präambel der UN-Kinderrechtskonvention (Anhang II) erwähnt ist, dass es „eines angemessenen rechtlichen Schutzes vor und nach der Geburt bedarf“, gibt es keinerlei rechtliche Bestimmungen hinsichtlich des Schutzes der fundamentalen Bedürfnisse des Kindes vor der Geburt. Dies ist bereits bekannt. Trotz ausführlicher Beratungen zur UN-Kinderrechtskonvention konnte hinsichtlich der Massnahmen, die das angeborene Recht auf Leben betreffen, keine Einigkeit darüber erzielt werden, ob sie auch für das ungeborene Leben gelten sollten (vgl. Praetor Intermedia o.J.). Die Begründung der Vertragsstaaten liegt hauptsächlich in dem nicht vorhandenen Konsens bezüglich der Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs oder den Grenzen der Strafbarkeit (vgl. ebd.). Würde das Leben des ungeborenen Kindes geschützt, wäre ein Schwangerschaftsabbruch zu jeder Zeit strafbar. Eine Fristenregelung könnte demnach nicht aufgestellt werden.

Dem steht die Tatsache gegenüber, dass das Kind, sobald es nicht mehr über die Nabelschnur mit der Mutter verbunden ist, unter den Persönlichkeitsschutz fällt (vgl. Art. 31 Abs. 1 ZGB). Hinzu kommen seine Rechte, die festgelegt sind in der UN-Kinderrechtskonvention (Anhang II) und ab der Geburt greifen. Unter anderem besagt Artikel 33 der UN-Kinderrechtskonvention, dass „Kinder vor dem unerlaubten Gebrauch von Suchtstoffen und psychotropen Stoffen im Sinne der diesbezüglichen internationalen Übereinkünfte zu schützen“ sind. Wie genau die Interventionen zum Schutz der geborenen Kinder aussehen, kann hier nicht näher beleuchtet werden. Es soll lediglich aufgezeigt werden, dass für geborene Kinder ein umfassender Schutz vorhanden ist, der den ungeborenen Kindern verwehrt bleibt. Folgende Frage lässt sich daraus schliessen:

***Ist es ethisch vertretbar, ungeborene Kinder auch im Falle eines klar gegebenen Risikos hinsichtlich seiner Autonomie und damit gelingender Lebensführung rechtlich nicht zu schützen, weil keine Einigkeit über den rechtlichen Schutz seines Lebens erzielt werden kann?***

### **5.2.4 Autonomie der Frau vs. Schutz des ungeborenen Kindes**

Eingeleitet werden kann das Konfliktfeld mit der Frage danach, ob schwangere Frauen die gleiche Rechte haben, das niederschwellige Angebot der Kontakt- und Anlaufstelle zu nutzen,

wie Frauen, die nicht schwanger sind. Es wird dafür teilweise auf die Möglichkeit zurückgegriffen, bestimmte plausible Annahmen vorauszusetzen (vgl. Bleisch/Huppenbauer 2014: 175).

Dargelegt werden soll als erstes, welcher Argumentationsfolge die Tatsache entspringt, dass auch schwangeren Frauen dieses Recht zugestanden wird, inklusive der Möglichkeit eines risikoärmeren und hygienischen Konsums.

Das erste Argument bezieht sich darauf, dass die Kontakt- und Anlaufstellen einerseits die Institutionen des Suchthilfesystems sind, in denen der Konsum illegaler Drogen möglich ist und zwar auf der Grundlage der Schadensminderung. Andererseits gelten sie aufgrund ihrer Niederschwelligkeit und demzufolge minimalen Zutrittsbedingungen als Eintrittspforte in das Suchthilfesystem hin zu adäquater Unterstützung und Hilfeleistung (siehe Kap. 3.4.1 und 3.4.2). Unabhängig davon, ob die Frau dort konsumiert oder Material bezieht, sollten sie demzufolge als Türöffner mit der Möglichkeit der Beratung und Triage fungieren dürfen.

Das zweite Argument knüpft an die Bedingungen für den Eintritt in die Kontakt- und Anlaufstellen an. Diese beziehen sich lediglich auf die Volljährigkeit und den Umstand, abhängig von illegalen Substanzen zu sein. Abgesehen davon werden als Ausschlusskriterien lediglich Gewalt, Belästigung, Hehlerei, Handel mit Drogen oder Waffenbesitz angesehen (vgl. Infodrog/Fachverband Sucht 2011: 9). Weder das Geschlecht noch bestimmte körperliche oder psychische Zustände können zum Ausschluss führen. Das wiederum bedeutet, dass es ethisch nicht vertretbar wäre, eine Frau, die alle Kriterien der Zielgruppe erfüllt, vom niederschweligen Angebot der Kontakt- und Anlaufstellen auszuschliessen, weil bei ihr eine Schwangerschaft vorliegt. Damit lässt sich auf der Basis moralischer Kriterien schlussfolgern, dass schwangere Frauen, wie alle anderen Frauen auch, grundsätzlich die Möglichkeit haben, die Angebote der Kontakt- und Anlaufstellen zu nutzen.

Dennoch rücken damit zwei Fragen in den Vordergrund, die das ethische Dilemma, das sich mit dem Eintritt in die Institutionen auftut, umreißen:

***Ist es ethisch vertretbar, dass schwangere Frauen illegale Drogen konsumieren und das ungeborene Kind dadurch massiven gesundheitlichen und sozialen Risiken ausgesetzt wird?***

Unter den Gesichtspunkten der Abhängigkeitsproblematik ist und bleibt dies ein unlösbares ethisches Dilemma: Die moralische Erlaubnis kann aufgrund der bisherigen Ausführungen zur Autonomie der Frau als Konsumentin illegaler Drogen und dem Recht die Angebote der Kontakt- und Anlaufstellen zu nutzen, nicht verwehrt, gleichzeitig kann sie aber aufgrund der Autonomie der Frau als werdende Mutter und den daran gekoppelten Schutz des ungeborenen Kindes nicht gegeben werden. Damit stehen sich die Autonomie der schwangeren Frau und der Schutz des ungeborenen Kindes diametral als weiterer moralischer Konflikt gegenüber.

Das Recht der Frau die Entscheidung für oder gegen den Eintritt selbst zu fällen könnte aber unter den gegebenen Umständen durchaus auch als indirekt positiv in Bezug auf den Schutz des ungeborenen Kindes verstanden werden. Denn würden Konsum bzw. Eintritt verwehrt, wäre das Vertrauen der Frau in die niederschwellige Einrichtung damit vermutlich erschüttert und eine Hinführung zum Hilfesystem verunmöglicht. Ausserdem liesse sich der Konsum als solcher nicht unbedingt unterbinden, sondern aller Voraussicht nach lediglich in seiner Lokalität verlagern. Damit wäre das Risiko für eine Gefährdung des Kindeswohls durch unhygienischen Konsum oder eine Überdosierung eher erhöht, als dass es eingeschränkt werden könnte. Als letztes bliebe die Frage offen, welchen langfristigen Einfluss ein Verbot, das sich an den Rechten des Kindes orientiert, auf die Mutter-Kind-Beziehung hätte.

Zwei abschliessende Aspekte sollen noch genannt werden. Für die Situation, dass die Schwangerschaft gewollt, unabhängig davon, ob geplant oder in der Frist, ist davon auszugehen, dass das Wohl des Kindes, wie bereits ausgeführt, im Interesse der Frau liegt. Inwiefern die Frau in der Lage ist, diesem in gewisser Hinsicht konträr zu ihrer Sucht stehenden Interesse nachzugehen, bleibt allerdings offen.

Ist die Schwangerschaft allerdings nicht geplant, wird erst zu einem Zeitpunkt wahrgenommen, wo eine Entscheidung für oder gegen eine Mutterschaft nicht mehr in den Händen der Frau liegt und kommt die Tatsache hinzu, dass die Frau keinerlei Wunsch, hegt ein Kind auszutragen, verschieben sich die Schwerpunkte des moralischen Konflikts dahingehend, dass hinsichtlich des moralischen Status des ungeborenen Kindes nicht mehr mit der Autonomie der werdenden Mutter argumentiert werden kann. Weder auf Ambivalenz, als Zeichen eines Veränderungsprozesses, noch auf das mögliche Vorhandensein zweier Wertesysteme kann Bezug genommen werden. Der moralische Konflikt wird dadurch bedeutend drastischer und gipfelt entweder in der Frage: Ist es ethisch vertretbar, die betroffene Frau in die Pflicht bezüglich dem Austragen der Schwangerschaft zu nehmen, wenn der Konsum von der Frau selbst aus keinerlei Gründen in Frage gestellt wird und dadurch völlig unklar bleibt, wie der Schutz des ungeborenen Kindes gewährt werden soll? Oder: Welche Massnahmen müssen trotz einer Ablehnung der Verantwortung und damit Einschränkung der Autonomie der Frau ergriffen werden, um den Schutz des ungeborenen Kindes gewährleisten zu können?

Allerdings ist noch nicht hinlänglich geklärt, welche Rolle in dieser Situation die Diskrepanz spielt zwischen momentanen Stadium, in dem der Konsum eine hohe Relevanz hat, und dem zukünftigen Stadium, in dem die Verantwortung für das (ungeborene) Kind stetig wächst. Miller und Rollnick (vgl. 2015: 286) zeigen eine weitere Form auf, in der die Diskrepanz solche Ängste und grösste Sorgen auslöst, dass das Vorhandensein der Diskrepanz zum eigenen Schutz verleugnet wird. Wie kann diese Frau unterstützt werden, wenn die Angst, sich der

möglicherweise vorhandenen Freude über die Schwangerschaft zu stellen, mit derartigen Ängsten verbunden ist, dass sie sie besser vollständig leugnet?

#### *Nichtmoralischer Aspekt – Schwangerschaftsabbruch ausserhalb der Frist*

An dieser Stelle soll nochmals die Fristenregelung aufgegriffen werden, die nicht gilt, wenn Art. 119 Abs. 1 StGB greift. Ein Arzt könnte beispielsweise den Abbruch der Schwangerschaft als wichtig zum Wohl der Frau einstufen, wegen der hohen psychischen Belastung der Schwangerschaft, wegen der hohen psychischen Belastungen durch die Gefährdung des Kindeswohls oder aus anderen Gründen.

Fragen das Kindeswohl betreffend, sind sehr elementar in diesem Konflikt. Allgemein formuliert, handelt es sich dabei um folgende: Können Massnahmen zum Kinderschutz ergriffen werden, wenn schwangere Frauen illegale Drogen konsumieren? Liegt die Verantwortung hinsichtlich dieser Frage bei den Kontakt- und Anlaufstellen? Sollte die Autonomie der Frau hinsichtlich der Nutzung der Angebote der Kontakt- und Anlaufstellen über den dadurch in erster Instanz eingeschränkten Schutz des ungeborenen Kindes gestellt werden?

Der hier genannte Fragenkomplex ist ein wichtiger Richtungsweiser für die Konsequenzen, die im letzten Kapitel abgeleitet werden sollen.

#### **5.2.5 Moralische Normen und Werte der Mitarbeiter/innen**

Das hier den Abschluss bildende moralische Konfliktfeld ergibt sich aus dem Aufeinanderprallen professionsethischer Ansätze, bereichsethischer Prinzipien akzeptierender Drogenhilfe und eigener moralischer Wertvorstellungen der Mitarbeiter/innen der Kontakt- und Anlaufstellen.

Obwohl dort sowohl Professionelle der Sozialen Arbeit sowie Mitarbeiter/innen mit anderen beruflichen Qualifikationen arbeiten, fokussiert dieser Abschnitt die Situation der Professionellen der Sozialen Arbeit. Die ethischen Prinzipien anderer Berufe oder Professionen können aufgrund der möglichen Diskrepanzen innerhalb der Schwerpunkte und dem dadurch zustande kommenden Umfang nicht berücksichtigt werden.

Im Sinne der Professionsethik Sozialer Arbeit hat Autonomie eine dominante Position. Sowohl die Autonomie der Frau als auch die Autonomie des ungeborenen Kindes respektiv der Schutz seines Lebens als zentrales Gut, sind in alle herausgearbeiteten moralischen Konflikten involviert.

Die Unklarheiten in Bezug auf den Schutz des ungeborenen Lebens sind das Resultat hochkomplexer Diskussionen um den Schwangerschaftsabbruch und seine Strafbarkeit, die daran geknüpft sind. Ohne Konsens wurde in Folge dessen eine gesetzliche Regelung diesbezüglich offen gelassen und das Kind ist erst ab der Geburt geschützt (siehe Kap.

4.2.2.3). Daran anknüpfend gilt allerdings zu bedenken, dass sich weder Moral noch Ethik durch gesetzlich Unstimmigkeiten aufhalten lassen (vgl. Bleisch/Huppenbauer 2014: 25).

Die unweigerlich auftauchenden moralischen Diskrepanzen zwischen der Autonomie der Frau und der Autonomie des Kindes münden in der Frage:

Was kann/muss getan werden? Diese Frage kann nicht isoliert vom Berufsalltag betrachtet werden, wenn sie in den Kontakt- und Anlaufstellen auftaucht, sondern muss im beschriebenen Rahmen heissen; Was kann/muss im Rahmen der Kontakt und Anlaufstellen getan werden?

Damit werden die Mitarbeiter/innen direkt in die professionelle Verantwortung gezogen, die im Berufskodex folgendermassen beschrieben wird: „Soziale Arbeit ist ein gesellschaftlicher Beitrag insbesondere an diejenigen Menschen oder Gruppen, die vorübergehend oder dauernd in der Verwirklichung ihres Lebens illegitim eingeschränkt sind (...).“ (AvenirSocial 2010: 6).

Im vorliegenden Fall sind dies in moralischer Sicht sowohl die Mutter als auch das ungeborene Kind. Das Kind aufgrund der Uneinigkeit über seinen moralischen Status möglicherweise erst auf der Basis der Autonomie der Mutter, wie vorher herausgearbeitet. Dennoch bleibt die Frage offen:

***An welchen Werten sollen sich die Mitarbeiter/innen der Kontakt- und Anlaufstellen orientieren?***

Abschliessend finden innerhalb der moralischen Herausforderung der Mitarbeiter/innen noch die eigenen, alltagsmoralischen Werte Erwähnung. Diese sollten zwar im beruflichen Kontext nur eine untergeordnete Rolle einnehmen und der Professionsmoral weichen, wenn sie sich nicht mit den grundlegenden Prinzipien vereinen lassen, die konstituierendes Element der Berufsethik sind (vgl. Lob-Hüdepohl 2007: 118). Dennoch ist nicht von der Hand zu weisen, dass die eigenen moralischen Vorstellungen, die sich aus dem jeweiligen biographischen Kontext ergeben haben, nicht gesondert betrachtet werden können. Durch die „Involviertheit der Professionellen als ganze Person“ (Hochueli-Freund/Stotz 2011: 57), deren Persönlichkeit also, beeinflussen sie zusammen mit deren fachlichen Wissen den Berufsalltag und die Beziehungsgestaltung zu den Benutzer/innen (vgl. ebd.: 58). Selbst wenn sie auf theoretischer Ebene den professionsethischen Ansprüchen den Vortritt lassen sollen, lässt sich dies auf praktischer Ebene nicht leicht umsetzen. Berufsethsiche Kriterien zum eigenen Schutz sind im Berufskodex (AvenirSocial 2010: 11) folgendermassen zusammengefasst: „Die Professionelle respektieren stets den Wert und die Würde ihrer eigenen Person, um so auch anderen gegenüber mit demselben Respekt begegnen zu können.“ Welche Konsequenzen daraus abzuleiten sind, kann im Rahmen der Schlussfolgerung eine letzte Beachtung finden.

## 6 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND OFFENE FRAGEN

Die vorliegende Arbeit vermag es nicht, fertige Lösungen, im Sinne einer Handlungsanleitung oder eines simplifizierten Standards für den Umgang mit schwangeren Frauen in den Kontakt- und Anlaufstellen, vorzuweisen. Auch bietet sie kein Rezept, mit dem den emotionalen Belastungen entgegengetreten werden kann, die sich auf unterschiedlichen Ebenen zeigen.

Sie hat das Ziel, aufzuzeigen, wie verzwickelt und verwirrt das moralische Konfliktfeld ist, das Schwangerschaften umgibt, die im Zusammenhang mit illegalen Drogen auftreten. Die Entstehung der moralischen Dilemmata ist nicht in erster Linie bedingt durch die Existenz von Kontakt- und Anlaufstellen. Vielmehr zeigen sie sich in diesem Rahmen dadurch, dass die Schwangerschaft aufgrund körperlicher Veränderungen für andere sichtbar ist und sich daraus ein Bewusstsein für das ungeborene Leben – mit oder ohne moralischem Status – entwickeln kann. Dieses Bewusstsein prallt durch Rahmen und Angebot der Kontakt- und Anlaufstellen direkt auf den dort zu beobachtenden und zu kontrollierenden Konsum. Schwangerschaft, illegale Drogen und das ungeborene Leben stehen damit in einem Spannungsverhältnis.

Der Grund für die Entstehung der Arbeit kann damit nochmals deutlich gemacht, der Wunsch nach Auseinandersetzung hervorgehoben werden.

Die einzelnen moralischen Dilemmata, übergeordnet allen daran anknüpfenden Fragen, sollen nun zusammengefasst dargestellt werden, um auf deren Basis Überlegungen anstellen zu können, welche Konsequenzen daraus für den Umgang mit schwangeren Frauen folgen müssen.

### MORALISCHER STATUS DES UNGEBORENEN KINDES

*Hat das ungeborene Kind einen moralischen Status und wenn ja, ab welchem Zeitpunkt?*

Es kann daraus für den weiteren Verlauf und das Aufzeigen der Konsequenzen für die Soziale Arbeit die Frage abgeleitet werden: Fällt das ungeborene Kind trotz der Uneinigkeit über die Existenz eines moralischen Status dennoch unter den Anspruch der Moral?

### DIE AUTONOMIE DER SCHWANGEREN FRAU

*In welchem Verhältnis stehen die Autonomie der werdenden Mutter und die Autonomie der Konsumentin illegaler Drogen zueinander?*

Sie kann ergänzt werden, durch einige daran anknüpfende Fragen: Möchte die Frau Konsequenzen daraus ableiten, wenn ja, welche? Ist es ethisch vertretbar, der werdenden Mutter die Entscheidung über die Gewichtung der verschiedenen Wertesysteme zu überlassen, wenn die Abhängigkeit ob ihrer Definition einen solch grossen Einfluss auf die Frau und dementsprechend auf die Autonomie als werdende Mutter hat? Kann im Falle einer Abhängigkeit von illegalen Drogen von Autonomiefähigkeit in Bezug auf Interessen gesprochen werden, die sich mit dem Konsum nur schwer vereinen lassen?

Und: Autonomie ist die Art der Selbstbestimmung, die sich an den von ihr selbst als gut und richtig festgelegten Werten orientiert (siehe Kap. 2.3.2). Mit fortschreitender Schwangerschaft wächst das Bewusstsein für das neue Leben und somit auch das Bewusstsein für die Verantwortung als werdende Mutter. → Kann unter Einbezug dieser Tatsachen hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen von Autonomiefähigkeit gesprochen werden? Dürfen schwangere Frauen in der Entscheidung für oder gegen den Konsum illegaler Drogen sich selbst überlassen werden?

Der moralische Konflikt, der sich aus den Ausführungen ergibt, findet sich in der ethischen Fragestellung: Welche Verantwortung tragen die Kontakt- und Anlaufstellen hinsichtlich der Autonomie der Frau? Welche Verantwortung kommt der Sozialen Arbeit als Profession und dem Hilfesystem im Gesamten zu?

#### **SCHUTZ DES KINDES VOR VS. SCHUTZ DES KINDES NACH DER GEBURT**

*Ist es ethisch vertretbar, ungeborene Kinder auch im Falle eines klar gegebenen Risikos hinsichtlich seiner Autonomie und damit gelingender Lebensführung, rechtlich nicht zu schützen, weil keine Einigkeit über den rechtlichen Schutz seines Lebens erzielt werden kann?* Das für den vorliegenden Fall abzusteckende Konfliktfeld lässt sich folgendermassen eingrenzen: Wie kann unter dem Aspekt des nicht eindeutig bestimmbar rechtlichen und moralischen Status dennoch für den Schutz der fundamentalen Bedürfnisse des Kindes gesorgt werden?

#### **AUTONOMIE DER SCHWANGEREN FRAU VS. SCHUTZ DES UNGEBORENEN KINDES**

*Ist es ethisch vertretbar, dass schwangere Frauen illegale Drogen konsumieren und das ungeborene Kind dadurch massiven gesundheitlichen und sozialen Risiken ausgesetzt wird?* Und führt zu: Wie kann das Wohl des ungeborenen Kindes unter Wahrung und Achtung der Autonomie der Frau geschützt werden? Wem kommt dabei welche Verantwortung zu?

#### **MORALISCHE NORMEN UND WERTE DER MITARBEITER/INNEN**

*An welchen Werten sollen sich die Mitarbeiter/innen der Kontakt- und Anlaufstellen orientieren?* Um diese Frage in Bezug auf das Hilfesystem beantwortbar zu machen, lässt sie sich folgendermassen weiterführen:

Welche Massnahmen können dazu beitragen, der gelingenden autonomen Lebensführung von Mutter und Kind entgegenzustreben ohne dabei den jeweils anderen zu vernachlässigen?

Die im Vorherigen aus den Konfliktfeldern abgeleiteten ethischen Fragestellungen beziehen sich alle auf die Autonomie als Fundamentalnorm sozialarbeiterischen Handelns. Sie haben damit untrennbar mit Fragen nach einem menschenwürdigen Umgang mit schwangeren Frauen, die abhängig sind von illegalen Drogen, und deren ungeborenen Kindern zu tun.

Die folgenden Ausführungen zu den Konsequenzen orientieren sich am Tripelmandat der Sozialen Arbeit, das die Verantwortung gegenüber der schwangeren Frau mit dem ungeborenen Kind, der Gesellschaft gegenüber und der Profession selbst, beinhaltet.

Wenn es Aufgabe der Sozialen Arbeit ist, das Wohlbefinden von Menschen im Angesicht ethischer Überlegungen zu heben, und Aufgabe ethischer Reflexion Verfahren zu entwickeln, die dem jeweiligen Berufsfeld angepasst sind, führt das an dieser Stelle zu den im folgenden ausformulierten Schlüssen.

#### Überlegungen zur Verantwortung gegenüber der Frau und dem ungeborenen Kind

Es müssen innerhalb des Suchthilfesystems unter Einbezug aller an der vorbefindlichen Situation Beteiligten innerhalb ethischer Reflexionen Methoden entwickelt und Massnahmen erarbeitet werden, die dazu beitragen, sowohl der schwangeren Frau als auch dem ungeborenen Kind, Möglichkeiten zur Gestaltung einer gelingenden Lebensführung zu eröffnen. Im Einzelnen kann dies bedeuten, Konzepte zu entwickeln, die die Grundpfeiler der Niederschwelligkeit und damit die Beziehung zur Klientel, gegründet auf Vertrauen und Akzeptanz, mit einbeziehen und den Weg ins Hilfesystem bereits von den Kontakt- und Anlaufstellen aus eröffnen. Des Weiteren könnten damit Konzepte gemeint sein, die die Vorstellungen der Frau in Bezug auf den Antritt der Mutterschaft miteinbeziehen und unter den schwierigen Umständen von spät erkannten Schwangerschaft dazu beitragen, die Situation im Sinne der Frau zu klären. Auch liesse sich darüber nachdenken, wie bestimmte Kommunikationskonzepte für den Umgang mit Menschen mit einer Substanzabhängigkeit, im Besonderen sei hier verwiesen auf das Konzept des Motivational Interviewing (vgl. Miller/Rollnick 2015), in diese Verfahren eingebaut werden können. Die Strukturen, die benötigt werden, um eine enge Begleitung der Frau zu gewährleisten, die unter dem Aspekt der Abhängigkeit vonnöten ist, müssen hinterfragt werden. Bezug genommen muss dabei darauf, ob sie den Bedürfnissen der Klientel entsprechen. Eine nicht direkt mit der Sozialen Arbeit in Kontakt stehende offene Frage wäre, wie die Lücke empirischer Daten zur Auswirkungen einer Substitution mit Diacetylmorphin gefüllt werden könnte. Vermutlich sind Forschungen zur Medikation mit Diacetylmorphin während der Schwangerschaft deshalb nicht vorhanden, weil diese einen ethisch sehr heiklen Bereich berühren und nicht leicht den Kriterien standhalten könnten, die dafür eingehalten werden müssten. Im Anschluss an eine dementsprechende Forschung mit positiven Ergebnissen liesse sich allerdings überlegen, ob der Eintritt in eine solche Substitutionstherapie mit kurzen Entscheidungs- und Kommunikationswegen für diesen hochkomplexen Fall möglich wäre. Damit kann die Verantwortung, die die Soziale Arbeit gegenüber der Klientel hat, für diese Arbeit abgeschlossen werden.

### Überlegungen zur Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

In Bezug auf die Gesellschaft muss eruiert werden, ob die Strukturen der Unterstützungsangebote den Vorgaben im Sinne sozialer Gerechtigkeit entsprechen. Bezug genommen werden kann auf die Soziale Gerechtigkeit in zweierlei Hinsicht.

Strukturen in Bezug auf die Unterstützungsleistung für schwangere substanzabhängige Frauen müssen den Strukturen gegenüber gestellt werden, die für andere Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit vorhanden sind. Anschliessen muss die Frage danach, ob diese relativ gesehen zueinander gleichermassen entwickelt sind.

Des Weiteren kann hinsichtlich Sozialer Gerechtigkeit auf einen anderen Vergleich verwiesen werden. Ist es sozial gesehen gerechter, Leistungen zu erbringen, die hinsichtlich der Situation der Kinder im Nachhinein vonnöten sind, wenn Frauen nicht adäquat unterstützt werden? Oder entspricht es eher den Kriterien von sozialer Gerechtigkeit, diese Situation wenn möglich im Vorhin abzuwenden, und daraus folgernd finanzieller Mehrbelastung der Gesellschaft entgegen zu wirken? Konkret werden damit Kosten gemeint, die zustande kommen, wenn schwangere Frauen sich aufgrund ihrer Abhängigkeit nicht entsprechend um ihre Kinder kümmern können. Damit wäre auch klar, wieso es wichtig ist, alle daran Beteiligten Institutionen in die ethische Reflexion mit einzubeziehen. Denn zum einen betrifft es gesellschaftliche Kosten, zum anderen fallen eine Fremdunterbringung, eine Adoption oder Massnahmen im Rahmen von Kindeswohlgefährdungen in den Aufgabenbereich des Kindes- und Erwachsenenschutzes. Des Weiteren muss erwähnt werden, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit im vorliegenden Fall, beginnend in den Kontakt- und Anlaufstellen eventuell auch auf den Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie ausgeweitet werden könnte oder gar müsste (vgl. Referat für Gesundheit und Umwelt). Die Auswirkungen der Schwangerschaft und das möglicherweise auftretende neonatale Entzugssyndrom scheinen als Begründung dafür auszureichen. Insgesamt ist eine sehr enge interdisziplinäre Zusammenarbeit aufbauend auf der in der Arbeit vorzufindenden Argumentation massgeblich für den Umgang mit schwangeren Frauen, die abhängig sind von illegalen Drogen.

### Überlegungen zur Verantwortung gegenüber der Profession selbst

Ausgehend von den Diskrepanzen, die sich aus den moralischer Normen und Konflikte der Mitarbeiter/innen ergeben, scheint es elementar, die ethische Reflexion hinsichtlich des Themenkomplexes illegale Drogen und Schwangerschaft weiter fortzuführen. Zum einen können sich daraus neue methodische Vorgaben entwickeln, die die Arbeit in diesem Feld auf mehreren Ebenen erleichtern: hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Frauen selbst und hinsichtlich der gesellschaftlichen Anerkennung der Arbeit in diesem Bereich. Zum anderen hat ethische Reflexion das Ziel, dass sich die Ethik selbst, unter den Kriterien der kritischen und konstruktiven Auseinandersetzung, weiterentwickeln kann. Besonders für kleine eher

randständige Bereiche der Sozialen Arbeit, in denen sich neue moralische Konfliktfelder auf tun, ist dies von Bedeutung.

Abschliessend noch einige Anmerkungen, die diese herausfordernden Aufgaben unterstützen und motivieren sollen.

„Bei Frauen ist zu keinem Zeitpunkt die Motivation zum Ausstieg so groß, wie in dem Moment, in dem sie von einer bestehenden Schwangerschaft erfahren. Familien- oder Kinderwunsch oder auch die Aussicht auf eine konstruktive Partnerschaft stellen für Frauen ausgeprägte Ausstiegsmotivationen dar und werden bei der Formulierung von Perspektiven für das eigene Leben in der Regel an erster Stelle genannt.“ (Heinzen-Voss/Ludwig/Klemm-Vetterlein 2010: 12)

„Schliesslich kann die Schwangerschaft und Elternschaft selbst zu einer Lebensveränderung führen und zur Überwindung der Sucht motivieren. Dies gilt es mit den nötigen Massnahmen zu flankieren, zu stärken und längerfristig aufrecht zu erhalten.“ (Referat für Gesundheit und Umwelt 2007: 20)

## 7 LITERATURVERZEICHNIS

### Bücher und Zeitschriften

- Abteilung Sucht Gesundheitsdienste Basel-Stadt (Hg.) (2014). Rausch Ekstase Sucht - Geschichte der Suchtpolitik des Kantons Basel-Stadt. Basel: Werner Druck und Medien
- AvenirSocial (Hg.) (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (Hg.) (2005). Suchtforschung des BAG. Grundlagenforschung. Bern: Bundesamt für Gesundheit
- Bleisch, Barbara/Huppenbauer, Markus (2014). Ethische Entscheidungsfindung. Ein Handbuch für die Praxis. 2. Aufl. Zürich: Versus Verlag
- Bohmeyer, Axel/Maasmeier, Stefan (2007). Ethikkodices und ethische Deliberationsprozesse in der Sozialen Arbeit. In: Lob-Hüdepohl, Andreas/Lesch, Walter (Hg.). Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch. Paderborn/München/Wien/Zürich: Ferdinand Schöningh. S. 163-179
- Egger, Josef W. (2007). Abhängigkeit aus psychologischer Sicht. In: Beubler, Eckhard/ Haltmayer, Hans/Springer, Alfred (Hg.) (2007). Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. 2. Auflage. Wien/New York: Springer. S. 23-31
- Frech, Inge (2007). Geburtshilfliche Komplikationen: In: Beubler, Eckhard/ Haltmayer, Hans/Springer, Alfred (Hg.) (2007). Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. 2. Auflage. Wien/New York: Springer. S. 155-162

- Fenner, Dagmar (2008). Ethik. Tübingen: A. Francke
- Fischer, Johannes/Gruden, Stefan/Imhof, Esther/Strub, Jean-Daniel (2007). Grundkurs Ethik. Grundbegriffe philosophischer und theologischer Ethik. Stuttgart: Kohlhammer
- Friedrichs, Jürgen (2002). Drogen und Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer
- Hochuli-Freund, Ursula/Stotz, Walter (2011). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. Stuttgart.: W. Kohlhammer
- Jungblut, Hans-Joachim (2004). Drogenhilfe. Eine Einführung. Weinheim/München: Juventa
- Hug-Beeli, Gustav (1995). Handbuch der Drogenpolitik. Tatsachen, Meinungen, Analysen, Lösungsvorschläge. Bern/Stuttgart/Wien: Paul Haupt
- Lauper, Urs (2000). Schwangerschaft bei drogenabhängigen Müttern. In: Uchtenhagen, Ambros/Zieglgänsberger, Walter (Hg.). Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. München/Jena: Urban & Fischer. S. 469-473.
- Lob-Hüdepohl, Andreas (2007). Berufliche Soziale Arbeit und die ethische Reflexion ihrer Beziehungs- und Organisationsformen. In: Lob-Hüdepohl, Andreas/Lesch, Walter (Hg.). Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch. Paderborn/München/Wien/Zürich: Ferdinand Schöningh. S. 113-161
- Lumer, Christoph (2004). Der moralische Status von Embryonen - internalistisch begründet. In: Wolfgang Lenzen (Hg.): Wie bestimmt man den "moralischen Status" von Embryonen? Paderborn: Mentis 2004. S. 212-249.
- Mayrhofer, H. (2012). Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit. Funktionen und Formen aus soziologischer Perspektive. Wiesbaden: Springer
- Menzi, P. (2012). Schadensminderung – unverzichtbarer Teil einer kohärenten Suchtpolitik. In: SuchtMagazin 38. Jg. (6). S. 27-33
- Miller, William R./Rollnick, Stephen (2015). Motivational Interviewing. 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Pfeleiderer, Albrecht/Breckwoldt, Meinert/Martius, Gerhard (Hg.) (2000). Gynäkologie und Geburtshilfe. Sicher durch Studium und Praxis. Stuttgart/New York: Thieme
- Radler, Dunja/ Unger, Annemarie/Aschauer, Constantin/ Hecht, Alexander/Fischer, Gabriele (2010). Opioiderhaltungstherapie in der Schwangerschaft. URL: [http://www.ahnrw.de/newsletter/upload/04\\_NL\\_xxelle/2010/2010\\_08\\_06/Opioid\\_Erhaltungstherapie\\_Schwangerschaft\\_2010.pdf](http://www.ahnrw.de/newsletter/upload/04_NL_xxelle/2010/2010_08_06/Opioid_Erhaltungstherapie_Schwangerschaft_2010.pdf)
- Schneider, Wolfgang (2005). Akzeptanzorientierte Drogenarbeit. In: Dollinger, Bernd/Schneider, Wolfgang (Hg.) (2005). Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Studien zur qualitativen Drogenforschung und

akzeptierenden Drogenarbeit. Band 41. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung S. 267-281

- Siedentopf, Jan-Peter (2010). Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und mögliche Folgen für das Kind. In: SuchtMagazin 4/2010 36. Jg. (4). S. 47-49.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2006). Der Beitrag einer systemischen Ethik zur Bestimmung von Menschenwürde und Menschenrechten in der Sozialen Arbeit. In: Dungs, Susanne/Gerber, Uwe/Schmidt, Heiz/Zitt, Renate (Hg.) (2006). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt. S. 267-289
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). Soziale Arbeit: Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? Zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in Deutschland mit einem Seitenblick auf die internationale Diskussionslandschaft. In: Lob-Hüdepohl, Andreas/Lesch, Walter (Hg.). Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch. Paderborn/München/Wien/Zürich: Ferdinand Schöningh. S. 20-53
- Vertheim, Uwe/Haasen, Christian/Prinzleve, Michael/Degkwitz, Peter/Krausz, Michael (2001): Cocaine use and the utilisation of drug help services by consumers of the open drug scene in Hamburg. In: European Addiction Research, Vol.7, S. 176-183.

### **Elektronische Medien**

- Akzept – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V. (Hg.) (1999). Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit. URL: [http://www.akzept.org/pdf/aktuel\\_pdf/akzept\\_LeitlinienNr.3.pdf](http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/akzept_LeitlinienNr.3.pdf) [Zugriffsdatum: 18.04.2016]
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (Hg.) (2000). Handbuch Heroingestützte. Behandlung Richtlinien, Empfehlungen, Information. URL: <http://www.infoset.ch/de/beratung-therapie/substitution/substanzen.cfm> [Zugriffsdatum: 28.11.2015]
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (2006). Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDroll) 2006-2011. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/03048/> [Zugriffsdatum: 16.12.2015]
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (Hg.) (o.J.). Das revidierte Betäubungsmittelgesetz. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/02942/02949/index.html?lang=de> [Zugriffsdatum 13.01.2016]
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (Hg.) (o.J.). Schadensminderung. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00630/index.html?lang=de>
- Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (Hg.) (o.J.). Methadonsubstitution: Zur Problematik der zusätzlichen Verordnung von

- Benzodiazepinen. Diskussionspapier der BAS e.V. URL: <http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Benzodiazepinverordnung.pdf> [Zugriffsdatum: 25.11.2015].
- Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (Hg.) (2014). Behandlung substituierter Frauen während Schwangerschaft und Geburt. Ein Informationspapier für Gynäkologen, Pädiater und Hebammen URL: [http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Papiere/BAS\\_UG\\_Informationspapier\\_Behandlung\\_Substituierter\\_Schwangerschaft\\_Geburt\\_Sept\\_2014.pdf](http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Papiere/BAS_UG_Informationspapier_Behandlung_Substituierter_Schwangerschaft_Geburt_Sept_2014.pdf) [Zugriffsdatum: 17.11.2015]
  - Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (Hg.) (2015). Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger: Zur Problematik der zusätzlichen Einnahme von Benzodiazepinen. Diskussionspapier. URL: [http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Papiere/BAS\\_UG\\_Diskussionspapier\\_Benzodiazepine\\_Substitutionsbehandlung\\_EV.pdf](http://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Papiere/BAS_UG_Diskussionspapier_Benzodiazepine_Substitutionsbehandlung_EV.pdf) [Zugriffsdatum: 25.11.2015]
  - Contact Netz (Hg.) (2013). 40 Jahre Suchtarbeit im Kanton Bern. URL: [http://www.contactnetz.ch/upload/cms/user/Contact\\_Netz\\_40\\_DE\\_online\\_def.pdf](http://www.contactnetz.ch/upload/cms/user/Contact_Netz_40_DE_online_def.pdf) [Zugriffsdatum 13.01.2016]
  - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.) (2005). Du bist schwanger... und nimmst Drogen?. Informationen und Hilfen für Drogen, Alkohol und Nikotin konsumierende Schwangere. URL: [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Broschueren/Du\\_bist\\_schwanger.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Du_bist_schwanger.pdf) [Zugriffsdatum 26.10.2015]
  - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.) (2015). Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe. Band 4. 3. Auflage. URL: <http://www.dhs.de/informationmaterial/broschueren-und-faltblaetter.html> [Zugriffsdatum: 26.10.2015].
  - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.) (o.J.) URL: <http://www.dhs.de/suchtstoffeverhalten/illegal-drogen/heroin.html> [Zugriffsdatum: 26.10.2015].
  - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg.) (2016). ICD-10-GM Version 2016. Kapitel V F10-F19.0. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/block-f10-f19.htm> [Zugriffsdatum: 09.11.2015]
  - Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (Hg.) (2005). „psychoaktiv.ch“. Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen. Fachbericht. Arbeitsversion URL: <http://www.chanvre-info.ch/info/de/Von-der-Politik-der-illegalen.html> [Zugriffsdatum: 09.12.2015]

- Frauenärzte im Netz (Hg.) (o.J.). Früh- und Fehlgeburt URL: [http://www.frauenaerzte-im-netz.de/de\\_frueh-und-fehlgeburt-fruehgeburt\\_203.html](http://www.frauenaerzte-im-netz.de/de_frueh-und-fehlgeburt-fruehgeburt_203.html) [Zugriffsdatum: 30.05.2016]
- Generalversammlung der Vereinten Nationen (Hg.) (1948). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.) <http://www.bpb.de/internationales/weltweit/menschenrechte/38624/erklaerung-der-menschenrechte?p=all> [Zugriffsdatum: 20.12.2015]
- Heinzen-Voß, Doris/Ludwig, Karola/Klemm-Vetterlein, Sabine (2010). Gender und Sucht. URL: <http://www.impulswechsel.de/media2-Dateien/Gender%20und%20Sucht.pdf> [Zugriffsdatum: 14.12.2015]
- Infodrog und Fachverband Sucht (Hg.) (2011). Standards Kontakt- und Anlaufstellen. 2. Überarbeitete Version URL: [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_231425\\_EN\\_CH01\\_Standards%20Kontakt-%20und%20Anlaufstellen%202nd%20edition%202011.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231425_EN_CH01_Standards%20Kontakt-%20und%20Anlaufstellen%202nd%20edition%202011.pdf) [Zugriffsdatum: 23.04.2016]
- Klein, Michael (2003). Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern. Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen. URL: [http://www.encare.de/content/documents/Abschlussbericht\\_KinderUnbehandelterSuchtkranker\\_KLEIN.pdf](http://www.encare.de/content/documents/Abschlussbericht_KinderUnbehandelterSuchtkranker_KLEIN.pdf) [Zugriffsdatum: 04.01.2016]
- Locicero Stéphanie/Arnaud, Sophie/Fueglistaler, Gabriel/Dubois-Arber, Françoise/Gervasoni, Jean-Pierre (2012). Ergebnisse der Befragung 2011 unter den KlientInnen der niederschweligen Einrichtungen in der Schweiz. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive IUMSP. URL: <http://www.infodrog.ch/index.php/hr-publikationen.html> [Zugriffsdatum: 23.11.2015]
- Praetor Intermedia UG (Hg.) (o.J.). URL: [http://www.kinderrechtskonvention.info/schutz-des-ungeborenen-lebens-3450/#identifizier\\_0\\_450](http://www.kinderrechtskonvention.info/schutz-des-ungeborenen-lebens-3450/#identifizier_0_450) [Zugriffsdatum: 20.06.2016]
- Referat für Gesundheit und Umwelt (Hg.) (2007). Münchner Hilfswerk für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern. URL: [https://www.muenchen.de/rathaus/dms/Home/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Gesundheit-und-Umwelt/Dokumente/Sucht\\_und\\_seelische\\_Gesundheit/Hilfenetzwerke/hilfenetzwerk\\_drogen.pdf](https://www.muenchen.de/rathaus/dms/Home/Stadtverwaltung/Referat-fuer-Gesundheit-und-Umwelt/Dokumente/Sucht_und_seelische_Gesundheit/Hilfenetzwerke/hilfenetzwerk_drogen.pdf) [Zugriffsdatum: 27.10.2015]
- Schmock, Beat (2011). Kriterien für berufsethische Urteilkraft und moralische Kompetenz. Der neue Berufskodex für die Soziale Arbeit Schweiz. URL: [http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/110124\\_sa\\_03\\_010\\_015.pdf](http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/110124_sa_03_010_015.pdf) [Zugriffsdatum 27.10.2015]

- Schneider, Wolfgang (2006). Was ist niederschwellige Drogenarbeit?. URL: <http://www.indro-online.de/startindexdeutsch.htm> [Zugriffsdatum: 30.10.2015]
- Schultz, Hans (1989). Gutachten zur rechtlichen Zulässigkeit von Fixerräumen. URL: [http://www.infodrog.ch/tl\\_files/templates/InfoDrog/user\\_upload/schadensminderung\\_de/Schultz\\_Rechtsgutachten\\_Fixerraeume\\_BAG\\_1989-06.pdf](http://www.infodrog.ch/tl_files/templates/InfoDrog/user_upload/schadensminderung_de/Schultz_Rechtsgutachten_Fixerraeume_BAG_1989-06.pdf) [Zugriffsdatum: 17.12.2015]
- Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (Hg.) (2012). Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit 2012. URL: [http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Empfehlungen%20SGB\\_2012\\_FINAL\\_05%2003%202013.pdf](http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Empfehlungen%20SGB_2012_FINAL_05%2003%202013.pdf) [Zugriffsdatum: 26.10.2015]
- Schweizerischen Vereinigung für Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs (Hg.) (o.J.) URL: <http://www.svss-uspda.ch/de/abtreibung.htm> [Zugriffsdatum 29.06.2016]
- Stoecker, Ralf (2009). Die philosophischen Schwierigkeiten mit der Menschenwürde – und wie sie sich vielleicht lösen lassen. URL: <http://www.information-philosophie.de/?a=1&t=4948&n=2&y=1&c=1> [Zugriffsdatum: 30.12.2015]
- Storni, Marco/Schmid, Martin (2008). KlientInnenstruktur der Kontakt- und Anlaufstellen Basel, Schaffhausen und Solothurn. Basel: ecce. URL: <http://www.infodrog.ch/index.php/hr-publikationen.html> [Zugriffsdatum: 23.11.2015]
- SuchtSchweiz (Hg.) (o.J.). Infos und Fakten. Heroin. Konsum. URL: <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/heroin/konsum/> [Zugriffsdatum: 26.10.2015].
- SuchtSchweiz (Hg.) (o.J.). Infos und Fakten. Kokain. Konsum. URL: <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/kokain/konsum/> [Zugriffsdatum: 26.10.2015].
- Suchtmonitoring (Hg.) (o.J.). URL: <http://www.suchtmonitoring.ch> [Zugriffdatum 17.11.2015]
- Ziegler, M./Poustka, F./Von Loewenich, V. (2000). Postpartale Risikofaktoren in der Entwicklung von Kindern opiatabhängiger Mütter URL: [https://www.researchgate.net/publication/225156534\\_Postpartale\\_Risikofaktoren\\_in\\_den\\_Entwicklung\\_von\\_Kindern\\_opiatabhangiger\\_MutterEin\\_Vergleich\\_zwischen\\_Muttern\\_mit\\_und\\_ohne\\_Methadon-Substitution](https://www.researchgate.net/publication/225156534_Postpartale_Risikofaktoren_in_den_Entwicklung_von_Kindern_opiatabhangiger_MutterEin_Vergleich_zwischen_Muttern_mit_und_ohne_Methadon-Substitution) [Zugriffsdatum 23.11.2015]

## **ANHANG**

### **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>I</b>	<b>GESETZESTEXTE ZUM THEMA SCHWANGERSCHAFT.....</b>	<b>1</b>
<b>II</b>	<b>GESETZESTEXTE ZUM THEMA KINDESSCHUTZ.....</b>	<b>2</b>
<b>III</b>	<b>GESETZESTEXTE ZUM THEMA ILLEGALE DROGEN.....</b>	<b>4</b>

### **I GESETZESTEXTE ZUM THEMA SCHWANGERSCHAFT**

#### **Art. 118 Abs. 3 StGB**

Die Frau, die ihre Schwangerschaft nach Ablauf der zwölften Woche seit Beginn der letzten Periode abbricht, abbrechen lässt oder sich in anderer Weise am Abbruch beteiligt, ohne dass die Voraussetzungen nach Artikel 119 Absatz 1 erfüllt sind, wird mit Freiheitsstrafe<sup>1</sup> bis zu drei Jahren oder Geldstrafe<sup>1</sup> bestraft.

#### **Art. 119 Abs. 1 StGB**

Der Abbruch einer Schwangerschaft ist straflos, wenn er nach ärztlichem Urteil notwendig ist, damit von der schwangeren Frau die Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage abgewendet werden kann. Die Gefahr muss umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist.

#### **Art. 119 Abs. 2 StGB**

Der Abbruch einer Schwangerschaft ist ebenfalls straflos, wenn er innerhalb von zwölf Wochen seit Beginn der letzten Periode auf schriftliches Verlangen der schwangeren Frau, die geltend macht, sie befinde sich in einer Notlage, durch eine zur Berufsausübung zugelassene Ärztin oder einen zur Berufsausübung zugelassenen Arzt vorgenommen wird. Die Ärztin oder der Arzt hat persönlich mit der Frau vorher ein eingehendes Gespräch zu führen und sie zu beraten.

#### **Art. 119 Abs. 3 StGB**

Ist die Frau nicht urteilsfähig, so ist die Zustimmung ihrer gesetzlichen Vertreterin oder ihres gesetzlichen Vertreters erforderlich.

### **Art. 16 ZGB**

Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist ein jeder, dem nicht wegen seines Kindesalters oder in Folge von Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunkenheit oder ähnlichen Zuständen die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäß zu handeln.

### **Art. 30 StGB**

Bei straflosem Abbruch einer Schwangerschaft nach Artikel 119 des Strafgesetzbuches übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

## **II GESETZESTEXTE ZUM THEMA KINDESSCHUTZ**

### **Art. 125 Abs. 1 StGB**

Wer fahrlässig einen Menschen am Körper oder an der Gesundheit schädigt, wird, auf Antrag, mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.

### **Art. 28 Abs. 1 ZGB**

Wer in seiner Persönlichkeit widerrechtlich verletzt wird, kann zu seinem Schutz gegen jeden, der an der Verletzung mitwirkt, das Gericht anrufen.

### **Art. 28 Abs. 2 ZGB**

Eine Verletzung ist widerrechtlich, wenn sie nicht durch Einwilligung des Verletzten, durch ein überwiegend privates oder öffentliches Interesse oder durch Gesetz gerechtfertigt ist.

### **Art. 31 Abs. 1 ZGB**

Die Persönlichkeit beginnt mit dem Leben nach der vollendeten Geburt.

### **Art. 302 Abs. 1**

Die Eltern haben das Kind ihren Verhältnissen entsprechend zu erziehen und seine körperliche, geistige und sittliche Entfaltung zu fördern und zu schützen.

### **Art. 302 Abs. 2**

Sie haben dem Kind, insbesondere auch dem körperlich oder geistig gebrechlichen, eine angemessene, seinen Fähigkeiten und Neigungen soweit möglich entsprechende allgemeine und berufliche Ausbildung zu verschaffen.

### **Art. 307 Abs. 1**

Ist das Wohl des Kindes gefährdet und sorgen die Eltern nicht von sich aus für Abhilfe oder sind dazu ausserstande, so trifft die Vormundschaftsbehörde die geeigneten Massnahmen zum Schutz des Kindes.

Die Gesetzestexte zum Thema Kinderschutz könnten hier noch mit weiteren Artikeln ergänzt werden.

### **Präambel UN-Kinderrechtskonvention**

(...) das Kind wegen seiner mangelnden körperlichen und geistigen Reife besonderen Schutzes und besonderer Fürsorge, insbesondere eines angemessenen rechtlichen Schutzes vor und nach der Geburt, bedarf.

### **Art. 1 UN-Kinderrechtskonvention**

Im Sinne dieses Übereinkommens ist ein Kind jeder Mensch, der das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

### **Art. 3 Abs. 1 UN-Kinderrechtskonvention**

Bei allen Massnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.

### **Art. 6 Abs. 1 UN-Kinderrechtskonvention**

Die Vertragsstaaten erkennen an, dass jedes Kind ein angeborenes Recht auf Leben hat.

### **Art. 6 Abs. 2 UN-Kinderrechtskonvention**

Die Vertragsstaaten gewährleisten in grösstmöglichem Umfang das Überleben und die Entwicklung des Kindes.

### **Art. 33 UN-Kinderrechtskonvention**

Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Massnahmen einschliesslich Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmassnahmen, um Kinder vor dem unerlaubten Gebrauch von Suchtstoffen und psychotropen Stoffen im Sinne der diesbezüglichen internationalen Übereinkünfte zu schützen und den Einsatz von Kindern bei der unerlaubten Herstellung dieser Stoffe und beim unerlaubten Verkehr mit diesen Stoffen zu verhindern.

## **Art. 42 UN-Kinderrechtskonvention**

Die Vertragsstaaten verpflichten sich, die Grundsätze und Bestimmungen dieses Übereinkommens durch geeignete und wirksame Massnahmen bei Erwachsenen und auch bei Kindern allgemein bekannt zu machen.

### **Literatur:**

Vereinte Nationen (1989). Übereinkommen über die Rechte des Kindes URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19983207/201603300000/0.107.pdf>  
[Zugriffsdatum 31.10.2015]

## **III GESETZTESTEXTE ZUM THEMA ILLEGALE DROGEN**

### **Art. 19a Abs.1 BetmG**

„Wer unbefugt Betäubungsmittel vorsätzlich konsumiert oder wer zum eigenen Konsum eine Widerhandlung im Sinne von Artikel 19 begeht, wird mit Busse bestraft.“

### **Art. 19b Abs.1 BetmG**

„Wer nur eine geringfügige Menge eines Betäubungsmittels für den eigenen Konsum vorbereitet oder zur Ermöglichung des gleichzeitigen und gemeinsamen Konsums einer Person von mehr als 18 Jahren unentgeltlich abgibt, ist nicht strafbar.“

### **Art. 19c BetmG**

„Wer jemanden zum unbefugten Betäubungsmittelkonsum vorsätzlich anstiftet oder anzustiften versucht, wird mit Busse bestraft.“

### **Art. 26 BetmSV**

Ziele der Schadenminderung sind:

- a. die Gesundheit von Personen mit problematischem Konsum oder Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen zu erhalten oder zu verbessern;
- b. Personen mit problematischem Konsum oder Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen den Zugang zum Gesundheitssystem und zu den Sozialhilfestellen zu sichern;
- c. Personen mit problematischem Konsum oder Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen über risikoärmere Konsumformen zu informieren;
- d. den Eintritt in eine substituitions- oder abstinenzorientierte Therapie bei Personen mit suchtbedingten Störungen zu fördern;

- e. bei Personen mit problematischem Konsum oder Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen die Motivation zur dauerhaften Abstinenz von nicht verschriebenen kontrollierten Substanzen zu fördern;
- f. Dritte und den öffentlichen Raum vor negativen Auswirkungen im Zusammenhang mit Sucht zu schützen;
- g. die soziale Integration von Personen mit problematischem Konsum oder Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen bestmöglich zu gewährleisten.

## **EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG**

**Name, Vorname:** Forth, Johanna

**Titel/ Untertitel:**

**Ethische Reflexion - Schwangerschaft in Kontakt- und Anlaufstellen  
Zwischen persönlicher Freiheit und Gefährdung des Kindeswohls?  
Versuch einer Erörterung**

**Begleitung Bachelor Thesis:** Prof. Dr. Jörg Dittmann

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

Datum:..... Unterschrift:.....