



Legitimation der Zwangsbehandlung aus professionsethischer Sicht der Klinischen Sozialen Arbeit

Melanie Bucher und Anja Eichenberger

Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Bachelor-Arbeit

Sozialarbeit

VZ 2016-2019

Melanie Bucher und Anja Eichenberger

**Legitimation der Zwangsbehandlung aus professionsethischer Sicht der
Klinischen Sozialen Arbeit**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2019 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Sozialarbeit.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2019

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

Abstract

Die vorliegende Bachelor-Arbeit befasst sich mit der Klinischen Sozialen Arbeit und der Zwangsbehandlung in der Psychiatrie. Unter Zwangsbehandlung werden alle medizinischen Massnahmen verstanden, die zur Erhaltung oder zur Wiederherstellung der Gesundheit unter Zwang durchgeführt werden. Bei der Behandlung von psychischen Störungen im Rahmen einer fürsorglichen Unterbringung ist eine Zwangsbehandlung, gestützt auf Art. 434 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, möglich. Mit der Zwangsbehandlung konfrontiert ist unter anderem die Profession der Klinischen Sozialen Arbeit, welche zum interprofessionell zusammengesetzten Behandlungsteam in der Psychiatrie gehört. Die Zwangsbehandlung steht in einem Spannungsfeld von gesetzlichen Bestimmungen und beruflichen Richtlinien, die ihrerseits durch ethische Betrachtungen geprägt sind. Die Zwangsbehandlung kann ein Behandlungsteam vor eine ethische Herausforderung stellen, denn sie kann neben positiven Auswirkungen auch negative Folgen für die Betroffenen haben. Es stellt sich für die Klinische Soziale Arbeit als Profession der Sozialen Arbeit die Frage, ob die Zwangsbehandlung aus Sicht ihrer Professionsethik legitimiert werden kann. Aufgrund der erarbeiteten Ergebnisse zeigt sich, dass eine pauschale Bewertung der Zwangsbehandlung aus professionsethischer Sicht der Klinischen Sozialen Arbeit nicht möglich ist. Die Klinische Soziale Arbeit kann mit ihrer Professionsethik einen Mehrwert in Bezug auf die Behandlung ohne Zustimmung darstellen, da sie im Vergleich zur Medizinethik andere zentrale Werte verfolgt.

Dank

An dieser Stelle möchten sich die Autorinnen bei allen Personen bedanken, die ihnen in irgendeiner Form an der Erarbeitung der vorliegenden Bachelor-Arbeit geholfen haben. Ein besonderer Dank wird an Beat Schmocker, Anita Nelson und Peter Sommerfeld gerichtet. Sie haben die Autorinnen durch Fachgespräche mit wertvollen Anregungen und wichtigen Inputs unterstützt. Ein weiterer Dank geht an die Fachpersonen aus der Luzerner Psychiatrie, die den Autorinnen bei spannenden und informativen Praxisgesprächen ihre Erfahrungen bezüglich der Zwangsbehandlung in der Psychiatrie nähergebracht haben und ihnen einen Einblick in die Praxis ermöglicht haben. Bei Géraldine Völlmin und Rahel Ziswiler möchten sich die Autorinnen herzlich für das Korrekturlesen bedanken. Zum Schluss möchten die Autorinnen besonders ihrem privaten Umfeld für die Unterstützung in dieser intensiven Zeit der Auseinandersetzung mit der vorliegenden Bachelor-Arbeit danken.

Inhaltsverzeichnis

Abstract

Dank

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Einleitung..... | 1 |
| 1.1 | Ausgangslage und Motivation | 1 |
| 1.2 | Fragestellungen | 3 |
| 1.3 | Ziel | 3 |
| 1.4 | Berufsrelevanz..... | 4 |
| 1.5 | Adressatenschaft..... | 4 |
| 1.6 | Aufbau der Arbeit..... | 4 |
| 2 | Zwangsbehandlung in der Psychiatrie..... | 6 |
| 2.1 | Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB | 7 |
| 2.2 | Zweck einer Behandlung ohne Zustimmung | 9 |
| 2.3 | Psychische Störung nach Definition von Medizin, Recht und Sozialer Arbeit..... | 11 |
| 2.3.1 | Psychische Störung – Medizinischer Blickwinkel..... | 12 |
| 2.3.2 | Psychische Störung – Rechtlicher Blickwinkel..... | 12 |
| 2.3.3 | Psychische Störung – Sozialarbeiterischer Blickwinkel | 13 |
| 2.4 | Behandlung ohne Zustimmung als Zwangsmassnahme..... | 14 |
| 2.4.1 | Der Zwangsbegriff | 15 |
| 2.4.2 | Auswirkungen von Zwangsbehandlungen..... | 15 |
| 2.4.3 | Bedeutung von Zwang für die Klinische Soziale Arbeit | 17 |
| 3 | Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie | 18 |
| 3.1 | Soziale Arbeit in der Psychiatrie – Klinische Soziale Arbeit..... | 18 |
| 3.1.1 | Relevanz der Sozialen Arbeit für die Psychiatrie | 18 |
| 3.1.2 | Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie | 20 |
| 3.2 | Gegenstandstheoretischer Kernbereich Klinischer Sozialer Arbeit..... | 21 |
| 3.2.1 | Gegenstand der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie | 21 |
| 3.2.2 | Ein bio-psycho-soziales Menschenbild | 24 |
| 3.2.3 | Ein bio-psycho-soziales Gesellschaftsbild..... | 25 |
| 3.2.4 | Zum Begriff des sozialen Problems | 25 |
| 3.2.5 | Mandate der Sozialen Arbeit..... | 26 |
| 3.3 | Zuständigkeit und Funktion Klinischer Sozialer Arbeit in der Psychiatrie | 28 |
| 3.4 | Zielsetzungen Klinischer Sozialer Arbeit in der Psychiatrie | 30 |
| 4 | Ethik in der Klinischen Sozialen Arbeit | 31 |
| 4.1 | Eine Professionsethik der Sozialen Arbeit..... | 31 |

| | | |
|---------|--|----|
| 4.1.1 | Definition von Ethik, Moral, Moralität und Ethos | 31 |
| 4.1.2 | Notwendigkeit einer Professionsethik für die Soziale Arbeit..... | 34 |
| 4.1.3 | Die Professionsethik der Sozialen Arbeit..... | 35 |
| 4.2 | Wertewissen der Sozialen Arbeit | 36 |
| 4.2.1 | Definition von Werten und Normen | 37 |
| 4.2.2 | Das Werte-Gebäude der Sozialen Arbeit und die Zwangsbehandlung | 37 |
| 4.2.2.1 | Menschenwürde..... | 39 |
| 4.2.2.2 | Menschenrechte..... | 40 |
| 4.2.2.3 | Soziale Gerechtigkeit | 41 |
| 4.2.2.4 | Anerkennung der Verschiedenheit..... | 43 |
| 4.2.2.5 | Gemeinschaftliche Verantwortung | 44 |
| 4.3 | Zusammenfassung des Kapitels..... | 45 |
| 5 | Exkurs: Ethik in der Medizin | 47 |
| 5.1 | Prinzip der Fürsorge | 48 |
| 5.2 | Prinzip der Schadensvermeidung | 48 |
| 5.3 | Prinzip der Gerechtigkeit..... | 49 |
| 5.4 | Prinzip der Autonomie resp. Selbstbestimmung..... | 50 |
| 5.5 | Menschenwürde..... | 51 |
| 5.6 | Haupterkenntnisse und Schlussfolgerungen der Medizinethik | 52 |
| 6 | Vergleich der Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit mit der Medizinethik | 54 |
| 6.1 | Prinzip der Fürsorge – Menschenwürde | 54 |
| 6.2 | Prinzip der Gerechtigkeit – Anerkennung der Verschiedenheit und soziale Gerechtigkeit.. | 54 |
| 6.3 | Unterstützender Teilauftrag der Klinischen Sozialen Arbeit | 55 |
| 6.4 | Schlussbemerkungen zum Kapitel..... | 56 |
| 7 | Schlussfolgerungen..... | 57 |
| 7.1 | Beantwortung der Fragestellungen..... | 57 |
| 7.2 | Relevanz und Ausblick für die Praxis | 59 |
| 7.3 | Persönliches Fazit | 61 |
| 8 | Literaturverzeichnis..... | 62 |

Hinweis: Die gesamte Bachelor-Arbeit wurde von Melanie Bucher und Anja Eichenberger gemeinsam verfasst.

Abbildungsverzeichnis

Titelbild: Sanatorium Kilchberg, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: ICD-10 (eigene Darstellung auf der Basis von Maranta und Terzer, 2016, S. 489)..... | 12 |
| Abbildung 2: Definition Soziale Arbeit (eigene Darstellung) | 22 |
| Abbildung 3: Drei Mandate der Sozialen Arbeit (eigene Darstellung) | 28 |
| Abbildung 4: Übersicht über die Ethik (eigene Darstellung auf der Basis von Schmid, 2015, S. 3) | 33 |
| Abbildung 5: Das Werte-Gebäude (eigene Darstellung) | 38 |
| Abbildung 6: Prinzipien der Medizinethik (eigene Darstellung) | 47 |

1 Einleitung

Das Bundesgericht hält in BGer 5A_666/2013 fest, dass mittels einer Zwangsbehandlung einer psychisch erkrankten Person gegen ihren Willen und unter Anwendung von physischer Gewalt Medikamente verabreicht werden können. Solche Massnahmen können nach Art. 434 Abs. 1 Ziff. 1 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) erfolgen, wenn der betroffenen Person ohne Behandlung ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden droht oder das Leben bzw. die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet ist. Das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) spricht im Gegensatz zur Medizin nicht von Zwangsbehandlung, sondern von der Behandlung ohne Zustimmung, die im Art. 434 ZGB geregelt ist. In dieser Bachelor-Arbeit werden die beiden Begriffe *Zwangsbehandlung* und *Behandlung ohne Zustimmung* synonym verwendet. Neben gesetzlichen Bestimmungen müssen bei Zwangsbehandlungen auch ethische Aspekte beachtet werden, da die Zwangsbehandlung Grundwerte von Menschen einschneidet und negative Auswirkungen auf Betroffene haben kann. Wie die Zwangsbehandlung aus professionsethischer Sicht der Klinischen Sozialen Arbeit betrachtet werden kann, ist Gegenstand dieser Bachelor-Arbeit.

Im folgenden Unterkapitel wird auf die Ausgangslage eingegangen und beschrieben, in welchem Zusammenhang die Klinische Soziale Arbeit und die Zwangsbehandlung stehen. Im selben Unterkapitel wird die Motivation thematisiert, dort werden die Beweggründe für die Arbeit erfasst. Anschliessend werden die Fragestellungen vorgestellt. Im Weiteren wird das Ziel der Bachelor-Arbeit erläutert, die Berufsrelevanz ausgeführt, die Adressatenschaft genannt und abschliessend der Aufbau der Arbeit beschrieben.

1.1 Ausgangslage und Motivation

Gemäss Frank Schneider und Wolfgang Maier (2010) betreffen psychische Störungen den ganzen Menschen. Das bedeutet die Psyche, den Körper, die Seele, das Gehirn, die individuelle genetische Anlage sowie die Lebensgeschichte und die Zukunftspotenziale. Somit kann das Menschenbild in der Psychiatrie im umfassenden Sinn als ganzheitlich betrachtet werden. Das bedeutet für die Psychiatrie, dass sich die wissenschaftliche Orientierung des Fachs nicht nur auf den engeren diagnostisch-therapeutischen Kernbereich, wie beispielsweise die Medizin, fokussieren darf (S. 1279). Das Behandlungsteam in der Psychiatrie ist daher interprofessionell zusammengesetzt und es findet eine enge Kooperation verschiedener Professionen statt (Brigitte Geissler-Piltz, Albert Mühlum & Helmut Pauls, 2005, S. 85). Klinische Soziale Arbeit bildet neben der Medizin, Psychologie und Pflege einen Teil des interprofessionell zusammengesetzten Behandlungsteams in der Psychiatrie (Cornelia Rüegger, 2012, S. 103). Daraus kann abgeleitet werden, dass in der beruflichen Praxis unterschiedliche Fachsprachen sowie Richtlinien und damit verbunden verschiedene Werteskalen für das interprofessionell

zusammengesetzte Team eine Herausforderung in der Zusammenarbeit darstellen können. Folglich bedeutet das für die Klinische Soziale Arbeit, dass ihr Handeln in Kooperation mit den beteiligten Professionen geplant und begründet werden muss. Dabei ist die Klinische Soziale Arbeit im interprofessionellen Diskurs auch gefordert, ihre Argumente einzubringen, will sie sich nicht in einer untergeordneten Position gegenüber anderen Professionen zufriedengeben (Andrew Abbott, 1988, S. 2).

Die Prinzipien der Menschenrechte, die Anerkennung der Verschiedenheiten, die soziale Gerechtigkeit, die gemeinschaftliche Verantwortung sowie die Menschenwürde sind wichtige Grundwerte der Sozialen Arbeit (AvenirSocial, 2014, S. 1). Zwangsbehandlungen müssen in der Psychiatrie zwingend und ausschliesslich von Chefärztinnen und Chefärzten angeordnet werden (vgl. Art. 434 Abs. 1 ZGB). Daraus kann abgeleitet werden, dass die Klinische Soziale Arbeit für die Anordnung einer Zwangsbehandlung nicht berechtigt und primär bei der Anordnung nicht beteiligt ist. Eine Zwangsbehandlung bringt eine Berührung der oben genannten Grundwerte der Sozialen Arbeit mit sich. Die Klinische Soziale Arbeit trägt als Profession, welche in der Psychiatrie tätig ist, eine Mitverantwortung für Handlungen seitens der Psychiatrie (vgl. Beat Schmocker, 2016, S. 161). Die Klinische Soziale Arbeit muss sich also fragen, ob dieses Handeln mit ihrer professionsethischen Grundlage und den damit verbundenen Werten und Normen vereinbar und begründbar ist. Die Professionsethik und der dafür geschaffene Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz geben ethische Richtlinien für das moralische und berufliche Handeln in der Sozialen Arbeit vor (AvenirSocial, 2010, S. 4). Der Berufskodex orientiert sich unter anderem an den Menschenrechten (AvenirSocial, 2010, S. 5). Es stellt sich folglich die Frage, ob eine Zwangsbehandlung, die einen Eingriff in die Grundrechte des Menschen darstellt, aus Sicht der Klinischen Sozialen Arbeit legitimiert werden kann.

Von einer Zwangsbehandlung betroffen sind Menschen, die unter einer psychischen Störung leiden (Pro Mente Sana, 2015, S. 19). Im Krankheitsverlauf kann ein stationärer Aufenthalt in der Psychiatrie notwendig werden. Bei fehlender Einsicht in eine Behandlung und mangelnder Mitwirkung der betroffenen Person ist ein Behandlungsteam in der Psychiatrie gefordert, zwischen den Eigeninteressen der Person und jenen ihrer Profession und der Öffentlichkeit abzuwägen. Einer ernsthaften Gefährdungssituation der betroffenen Person oder Dritter stehen Menschenrechte, die Menschenwürde sowie die Selbstbestimmung der betroffenen Person gegenüber. Mit dem KESR kann eine Unterbringung auch gegen den Willen der betroffenen Person (vgl. Art. 426 ZGB) und eine anschliessende Zwangsbehandlung (vgl. Art. 434 ZGB) erfolgen. Die Klinische Soziale Arbeit hat geltendes Recht zu respektieren, muss aber gleichzeitig dem Auftrag gerecht werden, den sie sich mit ihrem Berufskodex selbst erteilt, nämlich die Einhaltung der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 8). Wie die Zwangsbehandlung aus Sicht der Professionsethik

der Klinischen Sozialen Arbeit bewertet werden darf, stellt die von der vorliegenden Bachelor-Arbeit auszufüllende Wissenslücke dar.

In der Auseinandersetzung mit der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie zeichnen sich nach Peter Sommerfeld, Regula Dällenbach, Cornelia Rügger und Lea Hollenstein (2016) zwei Haupterkenntnisse ab: Einerseits, die hohe (potenzielle) Wichtigkeit und andererseits der (aktuell) wenig ausgebaute Status einer professionellen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie (S. 5). Die Motivation der vorliegenden Bachelor-Arbeit basiert darauf, auf die (potenzielle) Wichtigkeit der Klinischen Sozialen Arbeit einzugehen und dem wenig ausgebauten Status der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie mit einer konkreten Fragestellung in Anfängen entgegenzuwirken. Mit dieser Bachelor-Arbeit soll Sozialarbeitenden im Kontext Psychiatrie Mut gemacht werden, sich Überlegungen und Gedanken zu ethischen Dilemmata zu machen, welche in erster Linie ein anderes Fachgebiet, wie beispielsweise in dieser Arbeit die Medizin, zu betreffen scheinen. Denn die Soziale Arbeit ist, wie bereits im Abschnitt oben erläutert, gefordert, sich im interprofessionellen Kontext einzubringen und dem Auftrag, welcher ihr der Berufskodex erteilt, gerecht zu werden.

1.2 Fragestellungen

Anhand der drei unten genannten Fragestellungen soll die Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB beschrieben werden. Weiter soll das Berufsfeld der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie erläutert und auf ihre Professionsethik eingegangen werden. Anschliessend soll dann eine Bewertung der Behandlung ohne Zustimmung mit Hilfe der Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit vorgenommen werden.

1. Was sind die Voraussetzungen für eine Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB, welcher Zweck wird damit verfolgt und wie kann sie sich auf Betroffene auswirken?
2. Was ist der Gegenstand, die Zuständigkeit, die Funktion und das Ziel der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie und von welcher professionsethischen Grundlage kann sie sich leiten lassen?
3. Wie ist die Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB vor dem Hintergrund der Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit zu bewerten und welche Schlüsse lassen sich im Vergleich mit der Medizinethik daraus ableiten?

1.3 Ziel

Das Ziel dieser Bachelor-Arbeit besteht darin, herauszufinden, ob die Zwangsbehandlung aus professionsethischer Sicht der Klinischen Sozialen Arbeit im Hinblick auf ihren Gegenstand, ihre Zuständigkeit, ihre Funktion und ihr Ziel für legitim erklärt werden kann oder nicht. Um die Zwangsbehandlung bewerten zu können, muss vorerst geklärt werden, was der Gegenstand, die

Zuständigkeit, die Funktion und das Ziel der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie ist und von welcher professionsethischen Sicht sie sich leiten lassen kann. Denn eine Zwangsbehandlung ist aus Sicht der Klinischen Sozialen Arbeit nur dann legitim, wenn sich die Massnahme mit der Professionsethik vereinbaren lässt. Die vorliegende Arbeit reflektiert die Zwangsbehandlung entlang von relevanten Werten aus der Professionsethik der Sozialen Arbeit. Dabei soll auch die Rolle der Medizinethik in Form eines Exkurses berücksichtigt werden, denn der Kontext der Behandlung ohne Zustimmung kann aus rechtlichen und strukturellen Gründen nicht nur der Klinischen Sozialen Arbeit überlassen werden.

1.4 Berufsrelevanz

In der Ausbildung zur Sozialarbeiterin resp. zum Sozialarbeiter an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit wird kontinuierlich darauf aufmerksam gemacht, dass sich die Soziale Arbeit als Profession in der Gesellschaft zunehmend etablieren soll und die eigene Relevanz gegenüber anderen Professionen sichtbar werden lassen sollte. Wie bereits eingangs erwähnt, findet die Zwangsbehandlung im Kontext der Psychiatrie statt, was darauf schliessen lässt, dass in erster Linie die Ethik der Medizin bei Entscheidungen und Haltungen massgebend ist. Mittels des Ergebnisses dieser Bachelor-Arbeit können der Klinischen Sozialen Arbeit fundierte Sichtweisen aufgezeigt werden, welche sich in der Praxis im besten Fall umsetzen lassen.

1.5 Adressatenschaft

Diese Bachelor-Arbeit richtet sich an Fachpersonen der Klinischen Sozialen Arbeit in der Schweiz, die in der beruflichen Praxis mit der Behandlung ohne Zustimmung konfrontiert werden. Auch für medizinisches Fachpersonal, insbesondere im Kontext der Psychiatrie, kann die Arbeit fortbildend sein, da somit neue Blickwinkel eröffnet werden können. Weiter ist diese Arbeit an jede andere, aus beruflichen oder privaten Gründen interessierte Leserschaft adressiert.

1.6 Aufbau der Arbeit

Der Aufbau der Arbeit sieht wie folgt aus: Im zweiten Kapitel dieser Bachelor-Arbeit werden zu Beginn die rechtlichen Voraussetzungen für eine Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB dargelegt sowie deren Zweck erläutert. Dabei wird der Begriff der psychischen Störung aus den Blickwinkeln der Medizin, Recht und Sozialer Arbeit beleuchtet. Zudem werden in diesem Kapitel auch mögliche Auswirkungen der Behandlung ohne Zustimmung auf Betroffene thematisiert und die Bedeutung von Zwang für die Klinische Soziale Arbeit beschrieben. Das dritte Kapitel ist der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie gewidmet. Die Autorinnen gehen in diesem Kapitel auf das Grundverständnis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie ein. Dabei wird der gegenstandstheoretische Kernbereich Klinischer Sozialer Arbeit beleuchtet und daraus abgeleitet die Zuständigkeit, Funktion und die Zielsetzung Klinischer Sozialer Arbeit in der Psychiatrie umrissen. Im vierten Kapitel werden die

Professionsethik sowie die zentralen Werte der Klinischen Sozialen Arbeit aufgezeigt und mit der Behandlung ohne Zustimmung in Verbindung gebracht. Im fünften Kapitel wird in Form eines Exkurses ausserdem die Medizinethik aufgegriffen und es wird auf die wichtigsten Prinzipien eingegangen. Im Kapitel sechs findet sich der Vergleich der Behandlung ohne Zustimmung mittels einer Gegenüberstellung der Professionsethiken der Klinischen Sozialen Arbeit und der Medizin. Im siebten Kapitel ziehen die Autorinnen ein fachliches sowie ein persönliches Fazit ihrer Auseinandersetzung mit der Behandlung ohne Zustimmung.

2 Zwangsbehandlung in der Psychiatrie

Die Unterbringung und die medizinische Behandlung gegen den Willen von Menschen in der Psychiatrie werden in verschiedenen literarischen Dokumenten diskutiert, hinterfragt und verteidigt (Andrea Büchler & Margot Michel, 2014, S. 130-131). Die Schweiz verfügt betreffend solche Unterbringungen und Behandlungen gegen den Willen von Menschen über eine schwierige Vergangenheit. Im Rahmen der sogenannten administrativen Versorgung wurden im Laufe von rund 100 Jahren tausende von Menschen aufgrund von Geistesschwäche, Alkoholsucht oder Arbeitsscheue administrativ versorgt. In diesem Kontext kam es immer wieder zu Behandlungen, zu welchen die betroffene Person nicht einwilligte. Zum heutigen Zeitpunkt wird seitens Bund die administrative Versorgung sowie deren Geschehnisse und Folgen wissenschaftlich aufgearbeitet. Am 21. März 2014 trat das Bundesgesetz über die Rehabilitierung administrativ versorgter Menschen in Kraft, welches unter anderem das erfolgte Unrecht und die wissenschaftliche Aufarbeitung festhält. Seit 1981 bestehen die gesetzlichen Bestimmungen zum fürsorgerischen Freiheitsentzug (FFE), welche im Rahmen der Revision des Erwachsenenschutzrechtes grösstenteils beibehalten und in fürsorgerische Unterbringung (FU) umbenannt wurden. Im Rahmen dieser Revision wurden die Bestimmungen über die Behandlung ohne Zustimmung hinzugefügt (ebd.). Die FU ist im Art. 426 Abs. 1 ZGB geregelt, gemäss welchem eine Person, die an einer psychischen Störung, an einer geistigen Behinderung oder unter schwerer Verwahrlosung leidet, gegen ihren Willen in eine geeignete Einrichtung untergebracht werden darf, sofern die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann.

In der Biomedizin-Konvention werden psychisch erkrankte Menschen speziellem Schutz unterstellt, da sie als besonders verletzlich gelten (Büchler & Michel, 2014, S. 140). Art. 7 des Übereinkommens zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin besagt, dass Personen, welche an einer schweren psychischen Störung leiden und bei welchen eine Intervention ohne Zustimmung erfolgen soll, nur dann stattfinden darf, wenn «ohne die Behandlung ein gesundheitlicher Schaden droht und die Rechtsordnung Schutz gewährleistet, der auch Aufsichts-, Kontroll- und Rechtsmittelverfahren umfasst».

Auf die genannten Verfahren und Voraussetzungen einer Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB wird im folgenden Kapitel eingegangen. Weiter wird der Zweck der Behandlung ohne Zustimmung erläutert. Danach wird der Begriff *psychische Störung* beschrieben und aus Sicht von Medizin, Recht und Sozialer Arbeit konkretisiert. Abschliessend wird in diesem Kapitel der Begriff Zwang beleuchtet, auf mögliche Auswirkungen von Zwangsbehandlungen bei Betroffenen eingegangen und die Bedeutung von Zwang für die Klinische Soziale Arbeit ausgeführt.

2.1 Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB

Pro Mente Sana (2015) hält fest, dass die Behandlung ohne Zustimmung nur die Behandlung einer psychischen Erkrankung betrifft. Bei einer somatischen Erkrankung darf keine Behandlung ohne Zustimmung durchgeführt werden (S. 19). Eine Behandlung ohne Zustimmung kann notwendig werden, wenn die betroffene, psychisch erkrankte Person dem Behandlungsplan, welcher von Ärztinnen und Ärzten in Zusammenarbeit mit der betroffenen Person und ihrer allfälligen Vertrauensperson ausgearbeitet wird, nicht zustimmt oder wenn sie medizinische Massnahmen betreffend urteilsunfähig ist (Pro Mente Sana, 2015, S. 19). Die Erarbeitung eines Behandlungsplans ist gesetzlich vorgegeben (vgl. Art. 433 Abs. 1 ZGB). Nach Art. 433 Abs. 2 ZGB hat die Ärztin oder der Arzt die betroffene Person und deren Vertrauensperson über alle Umstände, die im Hinblick auf die in Aussicht genommenen medizinischen Massnahmen wesentlich sind, insbesondere über deren Gründe, Zweck, Art, Modalitäten, Risiken und Nebenwirkungen, über Folgen eines Unterlassens der Behandlung sowie über allfällige alternative Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Bei urteilsfähigen Personen wird der Wille berücksichtigt, wenn der Zweck der FU damit nicht vereitelt wird (Pro Mente Sana, 2015, S. 18). Pro Mente Sana (2015) weist darauf hin, dass die Aufklärung der betroffenen Person und deren Vertrauensperson durch die Ärztin oder den Arzt klar, verständlich und vollständig sein muss. Dabei muss alles versucht werden, um die Zustimmung der betroffenen Person zum Behandlungsplan zu erhalten. Die psychisch erkrankte Person kann jedoch nur zustimmen, wenn sie bezüglich der medizinischen Massnahmen urteilsfähig ist (S. 19).

Wenn die betroffene Person dem Behandlungsplan nicht zustimmt, fehlt die notwendige Einwilligung für die Behandlung (Pro Mente Sana, 2015, S. 18). Die Behandlung ist in diesem Fall nur unter den Voraussetzungen von Art. 434 ZGB durchführbar und muss zwingend schriftlich angeordnet werden. Der Behandlungsplan ist für die Anordnung einer Behandlung ohne Zustimmung die Grundlage (ebd.).

Eine Behandlung ohne Zustimmung der betroffenen Person kann nur angewendet werden, wenn folgende Voraussetzungen nach Art. 434 ZGB kumulativ erfüllt sind:

1. **Ernsthafte Gefährdungssituation**

Der betroffenen Person muss ohne Behandlung ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden drohen oder das Leben bzw. die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet sein (Art. 434 Abs. 1 Ziff. 1 ZGB). Die Gefährdung der psychischen Integrität Dritter reicht dafür nicht aus (Pro Mente Sana, 2015, S. 19).

2. **Urteilsunfähigkeit in Bezug auf die Behandlungsbedürftigkeit**

Gemäss Art. 434 Abs. 1 Ziff. 2 ZGB setzt die Behandlung ohne Zustimmung die Urteilsunfähigkeit der betroffenen Person bezüglich ihrer Behandlungsbedürftigkeit voraus. Nach Pro Mente Sana (2015) ist Behandlungsbedürftigkeit ein trügerischer Begriff, weil er die medizinische

Notwendigkeit der Behandlung zum Kriterium der Urteilsfähigkeit macht und nicht das Vorhandensein der erforderlichen Verstandes- und Willensfähigkeiten. Das ist mit dem Sinn der Gesetzgebung und der bundesgerichtlichen Rechtsprechung unstimmtig. Der Ausdruck *Behandlungsbedürftigkeit* sollte deshalb durch *Behandlung* ersetzt werden (S. 19).

Nach Pro Mente Sana (2015) ist Urteilsfähigkeit in Bezug auf die Behandlung die Fähigkeit eines Menschen, die ärztlichen Anweisungen zu verstehen und die möglichen (nicht) Behandlungen und ihre Konsequenzen beurteilen zu können. Dazu gehört auch, eine Wahl zu treffen und diese mitteilen zu können. Besitzt eine betroffene Person diese Fähigkeiten, darf sie nur mit ihrer Zustimmung behandelt werden. Eine Behandlung ohne Zustimmung bei urteilsfähigen Personen gibt es nicht. Wenn eine Person die aus Sicht der Ärztin oder des Arztes wichtige und vernünftige Behandlung betreffend uneinsichtig ist, lässt dies nicht automatisch auf Urteilsunfähigkeit schliessen (S. 19).

In Bezug auf die Behandlung liegt eine Urteilsunfähigkeit vor, wenn die betroffene Person aufgrund einer Demenz, Bewusstseinsstörungen oder Wahnvorstellungen den Zusammenhang zwischen ihrer Erkrankung und der Behandlung nicht begreifen kann (Pro Mente Sana, 2015, S. 20). Oder eine betroffene Person aufgrund ihrer Erkrankung den Willen nicht aufbringen kann, sich für eine bestimmte Behandlung zu entscheiden und ihre Zustimmung zu geben (ebd.).

3. Verhältnismässigkeit

Art. 434 Abs. 1 Ziff. 3 ZGB besagt, dass keine andere, weniger einschneidende Massnahme, als die Behandlung ohne Zustimmung zur Verfügung stehen darf. Die Behandlung muss nach Pro Mente Sana (2015) verhältnismässig, das heisst geeignet, erforderlich und zumutbar sein. Wenn die betroffene Person in einer Patientenverfügung die Zustimmung zu einer Behandlungsmassnahme gegeben hat, die weniger einschneidend ist als die im Behandlungsplan vorgesehene Massnahme, aber die ernsthafte Gefährdungssituation auch ausschliessen kann, hat die gewünschte Massnahme Vorrang. Dabei kommen umstrittene oder zweifelhafte sowie chirurgische Eingriffe nicht zur Anwendung (S. 20).

4. Die vorgesehene Behandlung muss...

... gemäss Art. 434 Abs. 1 ZGB im Behandlungsplan vorgesehen sein und durch die Chefärztin oder den Chefarzt schriftlich angeordnet werden. Dafür müssen nach Pro Mente Sana (2015, S. 20) die ersten drei Voraussetzungen (Gefahrensituation, Urteilsunfähigkeit in Bezug auf die Behandlungsbedürftigkeit, Verhältnismässigkeit) vorhanden sein. Dabei muss die vorgesehene Behandlung nach Art. 434 Abs. 2 ZGB der betroffenen Person und ihrer Vertrauensperson verbunden mit einer Rechtsmittelbelehrung schriftlich mitgeteilt werden.

Der betroffenen Person steht bei der Behandlung ohne Zustimmung als Rechtsmittel die Beschwerde zu (Pro Mente Sana, 2015, S. 22). Die betroffene Person oder eine ihr nahestehende Person kann das Gericht anrufen (Art. 439 Abs. 1 ZGB). Die Beschwerde muss schriftlich eingereicht werden (ebd.). Es reicht, dass die Beschwerde führende Person mit einer Unterschrift mitteilt, dass sie mit der Anordnung nicht einverstanden sei (Art. 450e Abs. 1 ZGB). Eine Begründung ist nicht erforderlich (ebd.). Jedes Begehren muss unmittelbar beim zuständigen Gericht eingereicht werden (Pro Mente Sana, 2015, S. 22). Um die Beschwerde beurteilen zu können, lässt das Gericht ein Gutachten erstellen und entscheidet innerhalb von fünf Arbeitstagen über die Situation (Büchler & Michel, 2014, S. 147).

Es scheint hier wichtig hervorzuheben, dass bei der Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB die Klinische Soziale Arbeit oder direkte Funktions- oder Handlungsbereiche der Sozialen Arbeit keinerlei Erwähnung finden. Die rechtlichen Vorgaben schliessen die betroffene Person und eine allfällige Vertrauensperson, das ärztliche Fachpersonal und die gerichtlichen Instanzen ein.

2.2 Zweck einer Behandlung ohne Zustimmung

Gemäss Giovanni Maio (2015) wird an die Psychiatrie eine doppelte Aufgabe gestellt. Einerseits die psychisch erkrankte Person zu schützen und andererseits die Öffentlichkeit vor der psychisch erkrankten Person zu schützen. Zwangsbehandlungen bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung stellen manchmal die einzige zur Verfügung stehende Möglichkeit dar, um grösseren Schaden abzuwenden. Das Vorhandensein einer psychischen Störung reicht als Rechtfertigung einer Zwangsbehandlung als solche nicht aus, denn die Psychiatrie setzt sich nicht zum Ziel, die Andersartigkeit des Denkens, Fühlens und Handelns einer psychisch kranken Person zu normieren (S. 3-4). So reicht auch wie bereits im Kapitel 2.1 erwähnt eine fehlende Einsicht in die Behandlung allein nicht aus, um eine Zwangsbehandlung zu begründen.

Nach Christof Bernhart (2011) erfolgt eine Zwangsbehandlung in erster Linie im Interesse der betroffenen Person und nicht der Öffentlichkeit (S. 261). Im Kapitel 2.1 wurde bereits aufgegriffen, dass mittels der Zwangsbehandlung ein drohender und ernsthafter gesundheitlicher Schaden bei der betroffenen Person abgewendet werden soll. Gemäss Bernhart (2011) ist dieser drohende und ernsthafte Schaden bei psychisch erkrankten Personen schwerer zu gewichten als bei der Behandlung urteilsunfähiger Personen, die nicht psychisch krank sind. Bei der Behandlung urteilsunfähiger Personen ohne psychische Erkrankung kann jede medizinische Massnahme mit Zustimmung des Vertretungsberechtigten ergriffen werden, die dem Wohl der betroffenen Person dient (S. 294). Bei Personen mit einer psychischen Störung beschränkt man sich auf die Wahrung des status quo und schliesst Massnahmen zur direkten Verbesserung des Gesundheitszustandes aus (Bernhart, 2011, S. 295). Der Bundesgerichtsentscheid erwägt in BGE 130 I 16 S. 21 ff., dass es sich bei der medikamentösen Behandlung einer Klientin, die seit Jahren an einer paranoiden Schizophrenie leidet,

nicht mehr um eine dringende und unverzichtbare Behandlung handelt, um die Klientin am Leben zu erhalten oder eine unmittelbare Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden (Bernhart, 2011, S. 295). Es handle sich dabei vielmehr um eine Medikation, die die Bedeutung einer auf Dauer angelegten Therapie hat. Es stellt sich bei diesem Beispiel die Frage, ob und wie lange eine solche Behandlung resp. Therapie noch rechtmässig ist (ebd.) Daraus lässt sich ableiten, dass die Zwangsbehandlung also nur dann bei den betroffenen, psychisch erkrankten Personen angewendet werden soll, wenn diese unerlässlich für die Erhaltung des Lebens ist und die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung abwenden kann.

Eine Zwangsbehandlung ist auch in Fällen von Fremdgefährdung möglich. Nach Bernhart (2011) hätte eine ausschliessliche Beschränkung auf die Selbstgefährdung zur Folge, «dass Personen mit einer psychischen Störung im Fall ernsthafter Gefährdung des Lebens oder der körperlichen Integrität Dritter längere Zeit, unter Umständen dauerhaft, fürsorgerisch untergebracht würden, sofern sie nicht bereit oder in der Lage sind, einer Behandlung zuzustimmen» (S. 295). Psychiatrien würden so zu Verwahrungsanstalten ohne therapeutische Möglichkeit absinken (ebd.). Bernhart (2011) hält fest, dass das öffentliche Interesse an der Bekämpfung von Krankheiten im somatischen Bereich und hauptsächlich bei Epidemien begründet ist (S. 262). Zum öffentlichen Interesse an Zwangsbehandlungen bei psychisch erkrankten Personen bemerkt Bernhart (2011), «dass dem Gemeinwesen das Schicksal von kranken Personen nicht gleichgültig sein kann» (S. 262). Das Recht auf persönliche Freiheit nach Art. 10 Abs. 2 der Schweizerischen Bundesverfassung (BV), welche die Persönlichkeitsentfaltung sichern soll, kann nach Bernhart (2011) für eine minimale Fürsorgepflicht ebenso herangezogen werden wie der Anspruch auf minimale Hilfe und Betreuung nach Art. 12 BV. Diese Ansatzpunkte beruhen schlussendlich auf dem Gebot der Achtung der Menschenwürde nach Art. 7 BV (S. 262). Auf die Menschenwürde aus Sicht der Sozialen Arbeit wird im Kapitel 4.2.2.1 und aus Sicht der Medizin im Kapitel 5.5 konkreter eingegangen. Es kann jedoch zunächst einmal festgehalten werden, dass ein Eingriff in die persönliche Freiheit des Menschen durch ein rechtfertigendes Interesse an einer zwangsweisen Behandlung psychisch erkrankter Menschen folglich nicht grundsätzlich verneint werden kann. Wie weit dieses jedoch gehen darf und wo die Grenzen zwischen Selbstbestimmung und staatlicher Fürsorge liegen, ist anhand der Verhältnismässigkeit zu beurteilen. Dazu braucht es eine Interessensabwägung, welche insbesondere im Hinblick auf die Notwendigkeit der Behandlung zu prüfen ist und sich im Einzelfall aus eben dieser gesamten Werteabwägung ergeben kann (ebd.).

Nach Art. 10 Abs. 2 BV hat jeder Mensch das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit. Zwangsbehandlungen, hauptsächlich die Verabreichung von Psychopharmaka, stellen aufgrund der damit verbundenen starken Veränderung des geistigen und körperlichen Zustands schwere Eingriffe in die persönliche Freiheit eines Menschen dar (Bernhart, 2011, S. 265). Bei der

Zwangsbehandlung muss erwiesen sein, inwieweit tatsächlich Grundrechtspositionen Dritter beeinträchtigt sind (Bernhart, 2011, S. 262). Lediglich Unannehmlichkeiten für Drittpersonen rechtfertigen keine Einschränkungen von Grundrechten der betroffenen Personen und damit verbunden auch keine Zwangsbehandlung. Um aber eine unmittelbare und schwere Gefährdung von Leben oder Gesundheit Dritter abzuwenden, können Zwangsbehandlungen als gerechtfertigt betrachtet werden. So kann auch an einer Zwangsbehandlung ein gesellschaftliches Interesse vorhanden sein (ebd.).

Es kann folglich festgehalten werden, dass eine Zwangsbehandlung die Selbst- und Fremdgefährdung einer psychisch erkrankten Person abwenden soll. Die Selbst- und Fremdgefährdung darf nach Bernhart (2011) aber nicht nur abstrakt möglich sein, sondern muss im Hinblick auf tatsächliche Verhältnisse als wahrscheinlich erscheinen (S. 262). Im nächsten Kapitel soll nun erläutert werden, durch was eine psychische Störung gekennzeichnet ist. Dabei wird versucht, aus unterschiedlichen Perspektiven die psychische Störung zu beleuchten.

2.3 Psychische Störung nach Definition von Medizin, Recht und Sozialer Arbeit

Georg Jungnitsch (1999) hält fest, dass psychische Störungen auf Defekte oder Veränderungen in den Verhaltensgrundlagen zurückgeführt werden können. Personen mit einer psychischen Störung fallen demnach aufgrund ihres Verhaltens auf (S. 56). Bernhart (2011) führt weiter aus, dass eine Person mit einer psychischen Störung im Wohlbefinden und der Leistungsfähigkeit eine Beeinträchtigung erlebt (S. 110). Jungnitsch (1999) beschreibt, dass es viele Definitionsversuche des Begriffs *psychische Störung* gibt, jedoch bislang keine einheitliche Definition vorhanden ist. Als gemeinsame Merkmale können jedoch Abweichung, Leidensdruck, Beeinträchtigung und Gefährdung genannt werden (S. 57).

Es geht also um klinisch erkennbare Auffälligkeiten des Verhaltens, welche aufgrund dessen Belastungen und Beeinträchtigungen der Lebensfunktionen mit sich ziehen (Luca Maranta & Patrik Terzer, 2016, S. 488). Es ist davon auszugehen, dass sich eine psychische Störung auch an der gesellschaftlichen Auffassung bemisst (ebd.). Folgendes Zitat von Allen Frances (2014) zeigt die wechselnde gesellschaftliche Anschauung davon auf, was der Norm entspricht und was aus diesem Rahmen fällt:

1980 hielt man einen Menschen für normal, wenn er ein Jahr lang um einen nahen Angehörigen trauerte. 1994 empfahl man Psychiatern, mindestens zwei Monate Trauerzeit abzuwarten, bevor man Traurigkeit, Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörungen und Apathie als behandlungsbedürftige Depression einstufte. Ab Mai 2013 wird nun empfohlen, schon nach wenigen Wochen mit diesen Symptomen die Alarmglocken läuten zu lassen. (S.2)

Die Definition der psychischen Störung kann nicht nur aus gesellschaftlicher Sicht betrachtet werden. Auch gehen verschiedene Professionen unterschiedlich mit dem Begriff um. Im nächsten Kapitel

werden verschiedene Blickwinkel der Medizin, des Rechts sowie der Sozialen Arbeit auf den Begriff der psychischen Störung vorgestellt.

2.3.1 Psychische Störung – Medizinischer Blickwinkel

Gemäss Maranta und Terzer (2016) wird in der Schweiz mit grosser Mehrheit nach der Klassifikation von ICD-10 diagnostiziert. ICD steht für *International Classification of Diseases and Related Health Problems*, die 10 gibt Aufschluss über die Fassung dieser Klassifikation, welche entsprechend immer wieder Anpassungen durchläuft (S. 488). Bernhart (2011) erklärt, dass die ICD-10 Klassifikation psychische Symptome beschreibt, dabei aber die Ursache nicht miteinbezieht. Die fehlende Zuschreibung von Ursachen zu den Symptomen basiert darauf, dass Gründe für eine psychische Störung oft multikausal sind und biologische sowie psychosoziale Faktoren mitspielen. Diagnosen werden somit aufgrund von Symptomen und nicht Krankheitsursachen begründet (S. 111).

Folgende diagnostische Hauptgruppen sind im ICD-10 zu finden:

| | |
|---|---|
| diagnostische Hauptgruppen nach ICD-10 | F0: Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen |
| | F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| | F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen |
| | F3: Affektive Störungen |
| | F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen oder Faktoren |
| | F5: Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körp. Störungen oder Faktoren |
| | F6: Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen |
| | F7: Intelligenzminderung |
| | F8: Entwicklungsstörungen |
| | F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit/Jugend |
| F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen | |

Abbildung 1: ICD-10 (eigene Darstellung auf der Basis von Maranta und Terzer, 2016, S. 489)

2.3.2 Psychische Störung – Rechtlicher Blickwinkel

Das Gesetz, hier insbesondere das Zivilgesetzbuch, stimmt nach Maranta und Terzer (2016) oft mit den Haltungen und Definitionen wie die oben beschriebenen medizinischen Ansichten, überein. Jedoch werden spezifische Punkte im Gesetz anders beurteilt als in der Medizin. Als Beispiel eignet sich hier

die geistige Behinderung. Wird bei einer Person eine geistige Behinderung nach ICD-10 diagnostiziert, so handelt es sich um eine psychische Störung, welche bei der Intelligenzminderung verortet wird. Das Gesetz unterscheidet somit im Gegensatz zur Medizin zwischen der psychischen Störung und der geistigen Behinderung. Als Rechtsgrundlage für geistige Behinderungen kann die UNO-Behindertenrechtskonvention (SR 1.109) dienlich sein, welche die Rechte von Menschen mit einer geistigen Behinderung definiert (S 489-490).

2.3.3 Psychische Störung – Sozialarbeiterischer Blickwinkel

Im Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz findet sich keine Erwähnung von Menschen mit psychischen Störungen. In verschiedenen Punkten wird jedoch immer wieder auf die Menschenrechte, Menschen mit einer bestimmten, aber nicht näher definierten Einschränkung sowie auf verschiedene Gruppen Bezug genommen. Die Europäische Menschenrechtskonvention erwähnt Personen mit einer psychischen Störung in einer Stelle: Artikel 5 thematisiert den Freiheitsentzug von psychisch Kranken. Ansonsten wird, wie im Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz, Bezug auf spezifische Schwierigkeiten, Lebenslagen oder Gruppen von Menschen genommen.

Margret Dörr (2005) zeigt auf, dass die Begrifflichkeit rund um die psychische Störung schwer fassbar ist. Aus Sicht der Sozialen Arbeit wird die psychische Krankheit als soziale Konstruktion beschrieben (S. 18-22).

Wie bereits Dörr beschreibt auch Erich Wulff (1988) die Schwierigkeit, den Krankheitsbegriff zu definieren oder umschreiben. Seiner Auffassung nach handelt es sich eher um eine Sichtweise oder einen Blickwinkel von psychischem Kranksein (S. 23-24). Ebenfalls kritisiert Wulff (1988), dass eine Diagnose sich auf die Klientin oder den Klienten negativ auswirken kann. Wird die betroffene Person mittels einer Krankheitszuschreibung belegt, kann sich dies negativ auf die professionelle Beziehung zum Hilfesystem auswirken. Weiter führt Wulff aus, dass psychische Erscheinungen mittels kulturellen und biografischen Werten beurteilt werden (S. 28). Bei der psychiatrischen Diagnostik handelt es sich aus Sicht der Sozialen Arbeit somit nur um einen Versuch, eine Erscheinung zu klassifizieren. Diese Klassifizierung passiert mit den bereits bekannten Instrumenten wie beispielsweise dem ICD-10. Dabei für die Entstehung des Begriffs der psychischen Störung massgebend ist die Entstehung dieses Diagnoseinstruments. Mittels Mehrheitsbeschlusses einer Zusammenkunft von ärztlichem Fachpersonal wurde festgelegt, ab wann welche Diagnose zutreffen soll. Somit geht es nicht um Tatsachen, sondern um diagnostische Normen, welche festgelegt wurden (ebd.).

Grundsätzlich kann zusammengefasst werden, dass sich der Begriff der psychischen Störung, resp. der psychiatrische Krankheitsbegriff, wie Wulff ihn nennt, nicht aus Tatsachen, sondern aus Normen ableiten lässt. Da diese Normen individuell, kulturell und sozial geprägt sind, gibt es nicht die eine

korrekte Definition von *psychischer Störung*. Es lässt sich somit auch keine allgemeingültige Definition für die Soziale Arbeit daraus ableiten.

Im Umgang mit psychisch Erkrankten fordern Ralf-Bruno Zimmermann und Andreas Lob-Hüdepohl (2007) von Sozialarbeitenden, einen achtsam-differenzierenden Blick einzunehmen. Diese Sichtweise einer psychischen Störung besagt, dass trotz der verschiedenen Lebensformen und Lebensmöglichkeiten allen Menschen der gleiche Wert zukommen soll. Bei einer Person mit einer psychischen Erkrankung soll das Anderssein geachtet, respektiert und allenfalls gar gefördert werden. Psychische Gesundheit soll als individuelle Kraft zur erfolgreichen Lebensführung verstanden werden und nicht als eine Funktion, welche störungsfrei verläuft (S. 302-303).

Das Anderssein soll also geachtet, respektiert und allenfalls gefördert werden. Doch ist die Zwangsbehandlung dafür geeignet? Um dieser Thematik näher zu kommen, wird im Folgenden der Begriff Zwang sowie dessen Auswirkungen und Bedeutung näher betrachtet.

2.4 Behandlung ohne Zustimmung als Zwangsmassnahme

Unter dem Begriff der Behandlung ohne Zustimmung werden nach der Definition der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) alle medizinischen Massnahmen verstanden, die zur Erhaltung oder zur Wiederherstellung der Gesundheit unter Zwang angewendet werden (2018, S. 9). In einem Interview mit der Sendung Puls hält Jörg Bitter, Psychiater der Psychiatrischen Klinik Wil im Kanton St. Gallen, fest, dass von den fürsorgerischen Unterbringungen in der Schweiz etwa 5% der Betroffenen zwangsbehandelt werden (SRF, 2013). Ralph Fischer, Sozialarbeiter der Luzerner Psychiatrie (LUPS), merkt an, dass Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie nicht statistisch festgehalten werden und somit keine offiziellen Zahlen diesbezüglich vorhanden sind (persönliches Gespräch vom 30.04.2019).

Die Soziale Arbeit versteht sich im Kern als eine moralische Profession, deren Mission es ist, für individuelle Menschenrechte und soziale Gerechtigkeit einzustehen (Carmen Kaminsky, 2015, S. 3). Zwangsbehandlungen als solche stellen in der Psychiatrie die Mission der Sozialen Arbeit infrage, sodass eine normativ-ethische Positionierung notwendig ist (ebd.). Betrachtet man die Grundrechte und die Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit, so ist nach Kaminsky (2015) auf den ersten Blick anzunehmen, dass Zwang als unethisch gilt und deshalb abzulehnen ist (S. 8).

Um diese Aussage beurteilen zu können, wird folgend als erstes der Begriff *Zwang* definiert. Anschliessend werden mögliche Auswirkungen bei den Betroffenen einer Zwangsbehandlung thematisiert. Abschliessend wird auf die Bedeutung von Zwang für die Profession der Klinischen Sozialen Arbeit eingegangen.

2.4.1 Der Zwangsbegriff

Michael Lindenberg und Tilman Lutz (2014) halten fest, dass beim Begriff *Zwang* zwischen Zwang im engeren und weiteren Sinne zu unterscheiden ist. Zwang im engeren Sinne wirkt direkt auf den Handelnden und wird gegen den Willen und mit Widerstand der Betroffenen mit rechtlichen, physischen oder psychischen gewaltförmigen Mitteln durchgesetzt. Zwang im weiteren Sinne entspricht den materiellen, sozialen oder zwischenmenschlichen Einschränkungen der Entscheidungsfreiheit und Handlungsmöglichkeiten (S. 117). Auch Kaminsky (2015) macht die Unterscheidung zwischen engen und weiten Zwangskontexten. Als enger Zwangskontext bezeichnet sie die gesetzlich veranlassten Zwangsmassnahmen wie die Zwangsunterbringung oder die Zwangsbehandlung (S. 7). Zwangskontexte im weiteren Sinne bedeuten nach Kaminsky ein Einlassen auf Hilfe, da die Nichtannahme mit Sanktionen verbunden ist (ebd.).

Nach Daniel Rosch (2011) stellt sich die Frage, bis zu welchem Punkt ein Verhalten als freiwillig zu betrachten ist und wo die Unfreiwilligkeit bzw. ein Zwang beginnt. Im Fokus steht dabei der freie Wille eines Menschen, mit dem unter anderem Selbstbestimmung und Freiheit verbunden wird. Unter dem freien Willen werden Willensbildungsprozesse verstanden, die zwar nicht völlig unabhängig vom Umfeld und der Persönlichkeit bzw. Vorerfahrung ablaufen, aber dennoch als unabhängig zu beurteilen sind. Somit könnte jeder Eingriff in diesen Willensbildungsprozess als *Zwang* betrachtet werden, da dadurch die Entscheidungsfreiheit eingegrenzt wird. Der Zwang entsteht nach Rosch aber nur, wenn die betroffene Person den Eingriff in den Willensbildungsprozess erkennt und ihn als solchen wahrnimmt und dabei oftmals Widerstand leistet (S. 87).

Rosch (2011) definiert Zwang in der Sozialen Arbeit wie folgt:

Zwang im Kontext Sozialer Arbeit meint folglich durch das Berufsverständnis und die Berufsethik legitimiertes Handeln gegen den Willen der Klientin bzw. des Klienten. Dieses Handeln zielt auf die Verminderung bzw. Behebung der Problemlage der Klientin bzw. des Klienten ab unter Abwägung des Verhältnisses von Selbstbestimmung und Zwang im Einzelfall. (S. 88)

Die Eintrittsschwelle für Zwang im Einzelfall muss gemäss Rosch (2011) definiert werden. Rechtlich werde Zwang dort relevant, wo die Grundrechte, insbesondere das Grundrecht auf persönliche Freiheit, tangiert werden (S. 89).

2.4.2 Auswirkungen von Zwangsbehandlungen

Nach Maio (2015) stellen Zwangsbehandlungen einen schweren Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf persönliche Freiheit eines Menschen dar, was psychische Traumatisierungen bei den Betroffenen zur Folge haben kann (S. 4). Traumatisierungen als einschneidende und schreckliche Ereignisse für einen Menschen übersteigen nach Gaby Gschwend (2006) das Ausmass und

die Intensität normaler Belastungen im Alltag und lösen Entsetzen, Angst und intensive Hilflosigkeit aus (S. 9). Gelingt die Bewältigung und Verarbeitung des traumatischen Ereignisses längerfristig nicht, kann sich daraus bei den betroffenen Menschen eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln, die wiederum das Leben anhaltend und zusätzlich negativ beeinträchtigt (Gschwend, 2006, S. 14). Weiter erklärt Maio (2015), dass Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie zum Erreichen eines gewünschten Ziels in bestimmten Situationen erforderlich seien, die betroffene Person jedoch die Zwangsbehandlung nicht als Fürsorge auffasst, sondern diese als demütigende Handlung empfinden kann (S.4). Gemäss Georges Klein und Daniel König (2016) können Zwangsbehandlungen für Betroffene auch gefährlich sein (bspw. Verletzungen bei Fixierungen vor der Zwangsmedikation) und das für jede Therapie nötige Vertrauen schädigen (S. 140).

Die Behandlung ohne Zustimmung stellt folglich eine anspruchsvolle Massnahme dar, da die Anwendung von Zwang psychische Traumatisierungen bei den betroffenen Menschen zur Folge haben, ein Verletzungsrisiko darstellen sowie das für die Therapie notwendige Vertrauen schädigen kann.

Trotz diesen möglichen negativen Auswirkungen auf Betroffene sollen einige Ergebnisse aus den medizinischen Forschungen zu Zwangsbehandlungen angeführt werden, die positive Auswirkungen bei betroffenen Menschen zeigen. Empirische Studien zur stationären psychiatrischen Behandlung unter Zwang bei psychotischen Klientinnen und Klienten zeigen, dass die Zwangsbehandlung die Aufenthaltsdauer in der Psychiatrie reduziert und die Autonomie der Klientinnen und Klienten langfristig erhöht (Daniel Frank, J. Christopher Perry, Dana Kean, Maxine Sigman & Khalil Geagea, 2005, S. 867-869). Tilman Steinert und Peter Schmid (2004) konnten zwischen Freiwilligkeit und Behandlungserfolg bei Schizophreniekranken keinen signifikanten Zusammenhang erkennen und stellen fest, dass der Behandlungserfolg vor allem kurzfristig wirksam ist. Es kann kein Zusammenhang zwischen dem freiwilligen Aufenthalt in der Psychiatrie und der Bereitschaft einer ambulanten Behandlung nach der Entlassung festgestellt werden (S. 786-791). Zwangsmedikationen werden gemäss Tilman Steinert (2013) von den Betroffenen unterschiedlich beurteilt. Ein Teil der Betroffenen sieht sie als hilfreich an, ein Teil akzeptiert sie rückblickend, ein Teil lehnt sie auch langfristig entschieden ab und beurteilt sie teilweise sogar negativer als eine Isolierung (S. 435). Klein und König (2016) verweisen in diesem Zusammenhang auf Studien, in denen die Wahrnehmung und die Präferenzen der Betroffenen im Hinblick auf die verschiedenen Zwangsbehandlungen untersucht wurden, die zeigen, dass ihre Wahrnehmung subjektiv und widersprüchlich ist. Beispielsweise können Betroffene eine Handlung als Zwang empfinden, obwohl objektiv kein Zwang besteht oder umgekehrt (S. 139).

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass durch Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie negative und positive Auswirkungen bei den Betroffenen erzielt werden können.

2.4.3 Bedeutung von Zwang für die Klinische Soziale Arbeit

Ist es folglich möglich, Zwang aus Sicht der Sozialen Arbeit zu legitimieren? Zwang kann nach Kaminsky (2015) nur legitimiert werden, wenn er legal ist, d.h. gesetzlich geregelt ist und den übergeordneten Normen entspricht, weil sich die Professionsethik der Sozialen Arbeit nicht über geltendes Recht und Gesetz stellen dürfe. Diese wiederum sind den universell anzuerkennenden Menschenrechten nicht überlegen (S. 8).

In Zwangskontexten macht Ronald H. Rooney auf die Wichtigkeit der ethischen und rechtlichen Reflexion aufmerksam (2009; zit. in Patrick Zobrist & Harro Dietrich Kähler, 2017, S. 44). Er plädiert dafür, dass nicht nur die Legalität im Fokus stehen darf, sondern die professionsethische Legitimität auch eine wichtige Rolle spielen soll. Seiner Aussage nach können sich rechtliche und ethische Ansprüche widersprechen (ebd.) Wenn weder rechtliche Grundlagen noch ethische Leitlinien die Intervention rechtfertigen können, soll nicht versucht werden, die Selbstbestimmung der Betroffenen einzuschränken (Zobrist & Kähler, 2017, S. 46).

Mittels dem Kapitel 2 wurde die erste Fragestellung beantwortet. Dabei wurde beschrieben, dass die Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB gesetzlich geregelt und daher legal ist. Ob eine Zwangsbehandlung aus professionsethischer Perspektive der Klinischen Sozialen Arbeit als legitim betrachtet werden kann, wird im Kapitel 4 beschrieben. Bevor die Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit beschrieben wird, wird vorerst in den nächsten Kapiteln auf die Profession der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie eingegangen.

3 Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie

In diesem Kapitel wird das Grundverständnis der Profession der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie beschrieben. Im ersten Unterkapitel wird darauf eingegangen, weshalb es einer Sozialen Arbeit in der Psychiatrie bedarf und es wird der Stand der Professionalisierung der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie beschrieben. Das zweite Unterkapitel behandelt den gegenstandstheoretischen Kernbereich Klinischer Sozialer Arbeit. In diesem Unterkapitel wird der Gegenstand Klinischer Sozialer Arbeit definiert, deren bio-psycho-soziales Menschen- und Gesellschaftsbild vorgestellt sowie der Begriff des sozialen Problems als Gegenstand der Profession der Klinischen Sozialen Arbeit umrissen. Um aufzuzeigen, welchen Aufträgen sich die Profession verpflichtet sieht, werden weiter die drei Mandate der Klinischen Sozialen Arbeit ausgeführt. Im dritten Unterkapitel wird die Funktion und Zuständigkeit Klinischer Sozialer Arbeit innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit erläutert. Im vierten und letzten Unterkapitel wird die Zielsetzung Klinischer Sozialer Arbeit in der Psychiatrie beschrieben.

3.1 Soziale Arbeit in der Psychiatrie – Klinische Soziale Arbeit

3.1.1 Relevanz der Sozialen Arbeit für die Psychiatrie

Diese Bachelor-Arbeit nimmt Bezug auf das Berufsfeld der Sozialen Arbeit im Fachgebiet der Psychiatrie. Die Psychiatrie ist aus Sicht der soziologischen Systemtheorie ein Ort der Medizin und somit Teil des gesellschaftlichen Funktionssystems Gesundheit (Rüegger, 2012, S. 15). Die Medizin befasst sich als wissenschaftliche Disziplin und als ärztliche Profession mit der Erforschung, Prävention, Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankung. Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie ist demzufolge an das Funktionssystem Gesundheit gekoppelt (ebd.). Der Unterschied zwischen den beiden Funktionssystemen Sozialer Arbeit und der Gesundheit liegt nach Peter Sommerfeld und Franz Hierlemann (2004) in erster Linie darin, dass es sich bei der Sozialen Arbeit um die Wiederherstellung von Teilhabe und Teilnahme handelt währenddem das medizinisch geprägte Gesundheitssystem den Fokus auf die Wiedererlangung der Gesundheit setzt. Die Wiedererlangung von Gesundheit durch die Psychiatrie einerseits und die Steigerung von Teilhabe und Teilnahme durch die Soziale Arbeit andererseits erzwingt eine interprofessionelle Zusammenarbeit, denn gerade im Hinblick auf die Rehabilitation von psychisch kranken Menschen ergänzen sich die beiden in ihren Zielsetzungen (S. 328). Die Soziale Arbeit gehört auf der Basis internationaler sozialpsychiatrischer Konzepte und als Folge der Psychiatriereform zum interprofessionellen Behandlungsteam in einer Psychiatrie (Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005, S. 85).

Der internationale Hauptstrang sozialpsychiatrischer Konzeptbildung basiert auf einem integrativen, das heisst einem bio-psycho-sozialen Modell des Menschen und seiner Erkrankung (Sommerfeld &

Hierlemann, 2004, S. 326). Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie begründet und versteht demnach Gesundheits- und Krankheitsfragen anhand des bio-psycho-sozialen Modells (Karlheinz Ortmann & Heinz-Alex Schaub, 2002, S. 70). Der Grundgedanke des bio-psycho-sozialen Modells besteht vereinfacht darin, dass alle drei Dimensionen, also die biologische, die psychische und die soziale Dimension, in Wechselbeziehung stehen und sich aus diesen Faktoren und deren Veränderungen Entwicklung und Verlauf von Störungen erklären lassen (Jungnitsch, 1999, S. 31). Der biologischen Dimension werden nach Astrid Mattig (2016) beispielsweise die genetische Veranlagung oder die Wirkung von Neurotransmittern zugeordnet. Der psychischen Dimension werden die Kognitionen, die Emotionen, die Informationsverarbeitung und der Bewältigungsstil einer Person zugeordnet. Zur sozialen Dimension zählt beispielsweise der sozioökonomische Status, die sozialen Beziehungen, die ethnische Zugehörigkeit und die Wohn-, Arbeits- und Lebensverhältnisse eines Menschen (S. 11).

Nach Martin Hafen (2013) gibt es zahlreiche wissenschaftliche Belege dafür, dass die Bezugsprobleme der Sozialen Arbeit (bspw. Armut, Arbeitslosigkeit & soziale Isolation) auf eine Häufung von Risikofaktoren für Krankheiten unterschiedlicher Art hinweisen (S. 45). Der nationale Gesundheitsbericht vom Jahr 2008 zeigt, wie erheblich der Einfluss von sozialen und kulturellen Faktoren (sozioökonomischer Status, Bildung, soziale Ressourcen, familiäres und soziales Umfeld) auf die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung ist (Katharina Meyer, 2009, S. 341). Es ist bekannt, dass bei Menschen, die einen tiefen sozioökonomischen Status haben, arbeitslos sind oder sozial isoliert leben, die Lebenserwartung sinkt und sie vermehrt mit chronischen Krankheiten leben (Hafen, 2013, S. 45-46). Die Chronifizierung einer Krankheit führt oft zu sozialem Abstieg bis hin zur Exklusion in mehreren Funktionssystemen (Rüegger, 2012, S. 7). Auch beeinträchtigen psychische Erkrankungen nicht nur die direkt Betroffenen (Sommerfeld et al., 2016, S.8). Es zeigen sich auch soziale Auswirkungen im Umfeld der Erkrankten in Form von familiären Belastungen, Erwerbsausfall, Gewalthandlungen und Wohnungslosigkeit (ebd.). Nach Sommerfeld und Hierlemann (2004) sind «psychische Beeinträchtigungen massgebliche Ursachen für gesellschaftliche Exklusion und mangelnde soziale Integration ist eine massgebliche Ursache für psychische Störungen» (S. 327). Es liegt somit eine zirkuläre Bedingungskonstellation vor. Die soziale Dimension ist im Hinblick auf psychische Erkrankungen folglich nicht nur als ein Ursachenbündel zu verstehen, sondern eine psychische Erkrankung wirkt sich fast immer auch auf alle Bereiche der Lebensführung eines Menschen aus und führt daher nicht selten in die Armut und in die Randbereiche der Gesellschaft (Sommerfeld et al., 2016, S. 8).

Als Merkmale der sozialen Dimension können die Integrationsbedingungen, also die Art und Weise wie ein Mensch über Position und Interaktion in seine sozialen Systeme eingegliedert ist, verstanden werden (Rüegger, 2012, S. 91). Die sozialen Folgen gesellschaftlicher Exklusion zeigen sich in einem sozioökonomischen Ressourcenverlust wie bspw. Geld, Beziehungen, Einfluss, Sinn und Arbeit (Sommerfeld & Hierlemann, 2004, S. 327). Diese Ressourcenverluste werden als soziale Probleme

bezeichnet (ebd.). Die sozialen Faktoren zur Entstehung psychischer Krankheit sowie die Folgen psychischer Krankheit können also die Soziale Arbeit aufgrund ihres dreifachen Mandates nicht kalt lassen (Rüegger, 2012, S. 7-8). Auf eine konkretere Bestimmung des Begriffes *soziales Problem* wird im Kapitel 3.2.4 und auf die Mandate in der Sozialen Arbeit wird im Kapitel 3.2.5 eingegangen.

3.1.2 Professionalisierung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Soziale Arbeit kann auf eine lange Tradition im Gesundheitswesen zurückblicken. Seit den frühen Phasen ihrer Entstehung beschäftigt sie sich mit Gesundheits- und Krankheitsprozessen und deren sozialen Auswirkungen (Brigitte Geissler-Piltz, 2009, S. 13). Auch in der Psychiatrie lässt sich eine lange sozialarbeiterische Entwicklungslinie feststellen (Sommerfeld et al., 2016, S. 9). *Clinical Social Work*, wie die Klinische Soziale Arbeit in den USA genannt wird, hat den methodischen Ursprung im Ansatz des Case Work, das ab 1920 insbesondere durch Mary Richmond entwickelt wurde (Gernot Hahn & Helmut Pauls, 2008, S. 23). Richmond fasste nicht nur individuelle Defizite und Bedingungen als Grundlagen für Problemlagen auf, sondern erkannte auch soziale Faktoren als problemgenerierend und sich dabei wechselseitig beeinflussend. Nach diesem Konzept wurde die erkrankte Person nicht mehr isoliert, sondern in ihrer Umgebung wahrgenommen (ebd.).

Clinical Social Work hat sich in den USA seit zirka 1960 als abgrenzbarer Spezialbereich der Sozialen Arbeit durchgesetzt (Hans Günther Homfeldt & Stephan Sting, 2006, S. 198). Spätestens ab den 1970er Jahren, als sich die Anstaltspsychiatrien zunehmend auflösten und die Idee der Sozialpsychiatrie durchbrach, eröffnete sich für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie eine neue konzeptionelle Basis für eine interprofessionelle Zusammenarbeit (Sommerfeld et al., 2016, S. 9). Einige wichtige Elemente für das Verständnis von Sozialpsychiatrie zeigt folgendes Zitat: «Sozialpsychiatrie stellt als empirische Wissenschaft, als therapeutische Praxis und als soziale Bewegung den Versuch der Rückbeziehung auf und die Integration von psychisch Leidenden in ihre soziale Realität dar» (Hasselbeck in Strotzka, 1995 zit. in Sommerfeld et al., 2016, S. 88). Es wird davon ausgegangen, dass in diesem Zusammenhang die Soziale Arbeit für die Psychiatrie bedeutender wurde. Dieser Bedeutungszuwachs wurde international jedoch unterschiedlich genutzt (Sommerfeld et al., 2016, S. 9).

In den USA bilden gemäss Sommerfeld et. al. (2016) die Clinical Social Worker heute die grösste Gruppe unter den Sozialarbeitenden. Es kann festgehalten werden, dass die Soziale Arbeit in den USA eine wichtige Profession im Zusammenhang mit psychischer Krankheit geworden ist. Sie gewährleisten einen grossen Teil der Versorgung und Behandlung psychisch kranker Menschen (S. 10).

In der Schweiz, auf die im Weiteren Bezug genommen wird, ist die Situation anders. Die Terminologie *Klinische Soziale Arbeit* bzw. *Klinische Sozialarbeit* ist in der Schweiz im Gegensatz zu den USA und Deutschland noch wenig verbreitet (Rüegger, 2012, S. 16). In dieser Bachelor-Arbeit wird der Begriff

Klinische Soziale Arbeit synonym zu dem in Deutschland üblicheren Begriff der Klinischen Sozialarbeit verwendet.

Nach Sommerfeld et. al. (2016) ist die Präsenz der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen gegenüber den anderen Berufsgruppen zahlenmässig gering (in der Schweiz ca. 6% aller angestellten Personen). In der Schweiz arbeiten ca. 20-25 % der berufstätigen Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen (S. 10). Einen Grund für die tiefe Zahl der berufstätigen Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen könnte der dominante medizinische Diskurs sein (Sommerfeld et al., 2016, S. 10). Nach Erwin Carigiet (2004) wird die Soziale Arbeit von denen im Gesundheitswesen etablierten Disziplinen, der Medizin, der Psychologie und der Psychiatrie nicht als gleichwertig wahrgenommen und ihr wird die Rolle als untergeordnete Dienstleisterin bzw. Hilfsprofession zugeschrieben (S. 5). Diesen etablierten Disziplinen gegenüber kann die Soziale Arbeit ihre eigenen professionellen Bezugspunkte im Rahmen des interprofessionellen Austausches nicht in einer Form zur Geltung bringen, die als gleichwertig anerkannt bezeichnet werden könnte (Sommerfeld et al., 2016, S. 10). In Forschungsarbeiten hat sich herausgestellt, dass die Soziale Arbeit zwar von den in der Gesundheitsversorgung etablierten Disziplinen hochgeschätzt wird, aber genau in dieser Hinsicht, wie es aus deren Sicht nützlich erscheint (Sommerfeld et al., 2016, S. 11). Da Sozialarbeitende im klinischen Bereich gewöhnlich nicht zum behandelnden Kernteam gehören, sondern bei Bedarf von der delegierenden Profession für konkrete Aufgaben (bspw. das Finden einer neuen Wohnung oder das Erschliessen von Sozialversicherungsansprüchen) hinzugezogen werden, bestätigt wiederum, dass die Soziale Arbeit als enggeführte Hilfsprofession betrachtet wird. Da die Soziale Arbeit kein anerkannter Gesundheitsberuf ist, bewegt sie sich oft in einer rechtlichen oder finanziellen Grauzone, was ebenfalls den Status der Hilfsprofession unterstreicht und zu deren Reproduktion beiträgt (ebd.). Nach Sommerfeld und Hierlemann (2004) sind Organisationen des Gesundheitswesens und damit auch die Psychiatrien durch die Leitprofession Medizin nicht nur stark geprägt, sondern in verschiedenen Gesetzen auch klar hierarchisch ausgestaltet (S. 330). Für eine Veränderung von einer gut funktionierenden Hilfsprofession, zu einer anerkannten Partner-Profession in der Psychiatrie, würde es viel brauchen (Sommerfeld et al., 2016, S. 11). Was dies beinhalten und betreffen würde, ist nicht Thema dieser Bachelor-Arbeit und wird deshalb nicht weiter ausgeführt.

3.2 Gegenstandstheoretischer Kernbereich Klinischer Sozialer Arbeit

3.2.1 Gegenstand der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie

Klinische Soziale Arbeit als Teildisziplin der Sozialen Arbeit, wird wie im Kapitel 3.1.1 beschrieben, durch eine doppelte Strukturierung bestimmt. Einerseits durch die Integration in das Funktionssystem Gesundheit andererseits entlang ihrer eigenen Leitlinien. Diese doppelte Strukturierung wird auch durch die Definition von Albert Mühlum gestützt, welcher die Klinische Soziale Arbeit als «Teildisziplin der

Sozialen Arbeit, die sich mit schwerwiegenden, Leid verursachenden psycho-sozialen Störungen sowie den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Abweichungen, Störungen, Krankheiten und Behinderungen unter Berücksichtigung der Lebenslage der Betroffenen befasst», bezeichnet (Albert Mühlum, 2009; zit. in Sommerfeld et al., 2016, S. 171). Die Definition als Teil-Disziplin setzt ihren Bezugspunkt gemäss Sommerfeld et al. (2016) jedoch klar in der Sozialen Arbeit. Klinische Soziale Arbeit ist daher systematisch und zuvorderst immer Soziale Arbeit (S. 171-172).

Die internationale Definition Sozialer Arbeit von der International Federation of Social Workers (IFSW) und der International Association of Schools of Social Work (IASSW) vom Jahr 2014 verweist auf unterschiedliche Wissensquellen, die auch für die Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie als Wissensbasis wichtig sind (Rüegger, 2012, S. 10). Die Definition Sozialer Arbeit lautet in der Übersetzung von AvenirSocial (2014), dem Berufsband der Sozialen Arbeit in der Schweiz und Mitglied des Dachverbandes IFSW, wie folgt (S. 1):

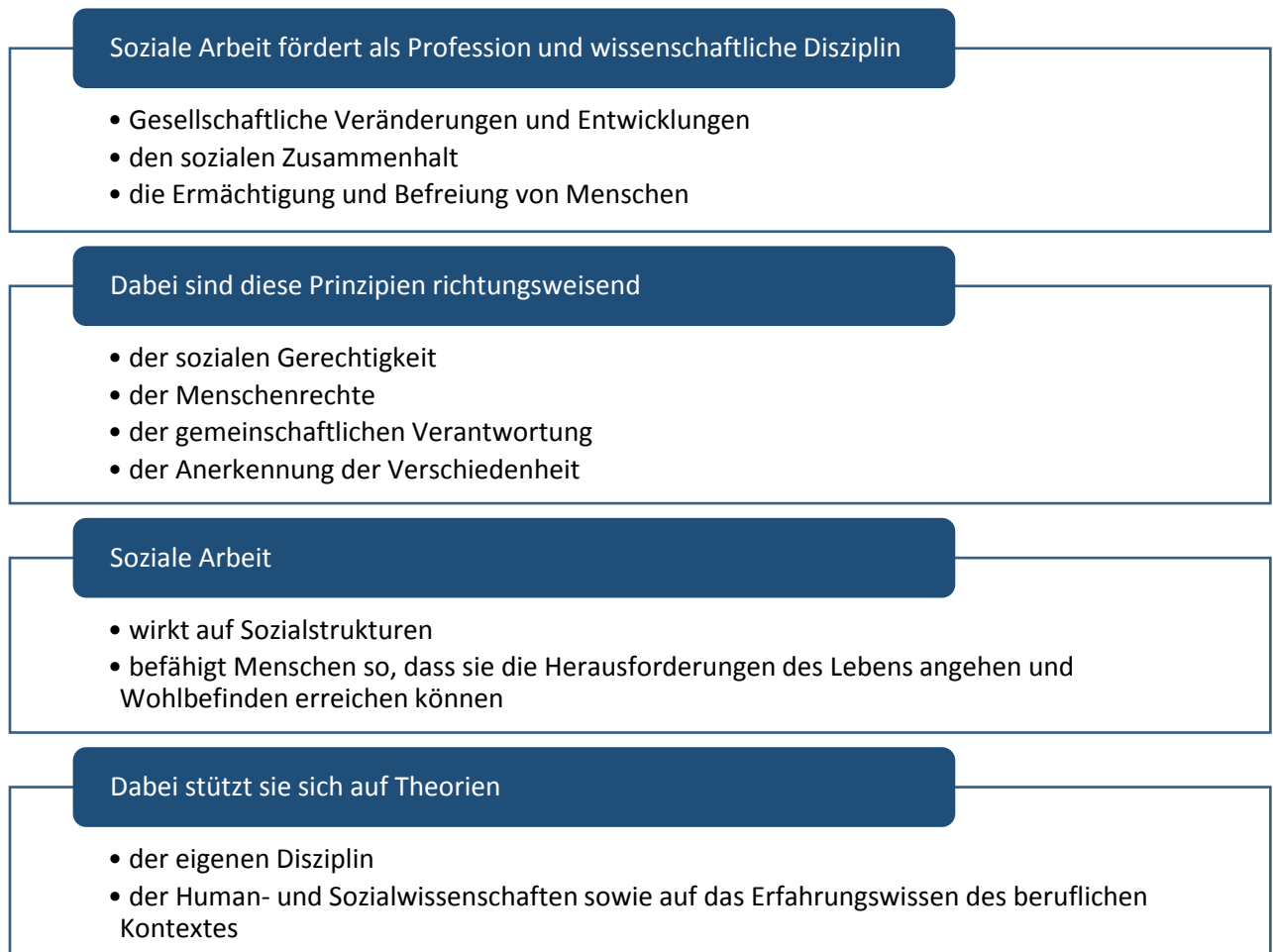


Abbildung 2: Definition Soziale Arbeit (eigene Darstellung)

Auf die allgemeine Definition Sozialer Arbeit aufbauend, wird nun versucht, anhand Aussagen einiger Fachpersonen, den Gegenstand Klinischer Sozialer Arbeit zu konkretisieren:

Nach Homfeldt und Sting (2006) geht die Klinische Soziale Arbeit vom Sozialdienst im Krankenhaus als klassisches Feld aus, beschreibt jedoch weitergehende Aufgaben, Methoden und Arbeitsweisen. Die Klinische Soziale Arbeit ist dabei bemüht, eine über den Sozialdienst hinausweisende Berufsfeldbestimmung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen aufzubauen. Dabei versucht die Klinische Soziale Arbeit gegen eine Verengung des Sozialdienstes auf pragmatische, sozialadministrativ zu lösende Probleme, die von anderen Berufsgruppen vordefiniert werden, entgegenzuwirken und ist gleichzeitig bemüht, dass eigenständig fachliche Profil der Sozialen Arbeit einzubringen (S. 198).

Helmut Pauls (2004) definiert Klinische Soziale Arbeit wie folgt:

Klinische Soziale Arbeit als Teildisziplin der Sozialen Arbeit, die sich mit psycho-sozialen Störungen und den sozialen Aspekten psychischer und somatischer Störungen/Krankheiten und Behinderungen unter Berücksichtigung der Lebenslage der Betroffenen befasst. Gegenstand sind u.a. die Themen psycho-soziale Diagnostik/Assessment, psychosoziale Beratung, Sozialtherapie, aufsuchende soziale Intervention, Betreuung, Case-Management, Prävention, Rehabilitation und gemeindenaher Versorgung. (S.22)

Georg Hey (2000) spricht von Klinischer Sozialer Arbeit, wenn sie sich mit Herausforderungen von sozialer Desintegration beschäftigt, welche in Zusammenhang mit Krankheiten auftreten und sich die betroffene Person deshalb in einer klinischen Institution resp. in deren Kontext befindet (S. 166). Damit greift Hey den Begriff der Integration auf, der an verschiedenen Theorietraditionen Sozialer Arbeit anknüpft (Rüegger, 2012, S. 16).

Die Definitionen nach Pauls (2004) und Hey (2000) weisen auf eine eher defizitorientierte als auf eine ressourcenorientierte Sichtweise Klinischer Sozialer Arbeit hin (Rüegger, 2012, S. 17). Hahn und Pauls (2008) ziehen die ressourcenorientierte Sichtweise mit ein. Für die grundsätzliche Ressourcenorientierung braucht es nicht nur die Sicht auf Defizite, Störungen und die damit zusammenhängenden Risikofaktoren, sondern den gleichzeitigen Blick auf Belastungen und Ressourcen (S. 31). Auch Ralf-Bruno Zimmermann (2008) beschreibt die Klinische Soziale Arbeit als eine gesundheitsfördernde Fachsozialarbeit, was einer ressourcenorientierten Sichtweise entspricht. Die Klinische Soziale Arbeit schafft psycho-soziale und lebensweltorientierte Unterstützungsangebote für Personen, welche an einer Suchterkrankung leiden, von einer Beeinträchtigung betroffen sind, an somatischen oder psychischen Belastungen leiden oder sich in Lebenskrisen befinden (S. 215).

Das Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, welches vom Schweizerischen Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (sages) gemeinsam mit dem Berufsverband der Sozialen Arbeit

(AvenirSocial) erarbeitet wurde, beschreibt den Gegenstand der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen wie folgt (2018, S. 2):

- Wenn Menschen von einer möglichen gesundheitlichen Beeinträchtigung direkt oder indirekt betroffen sind, unterstützt die Klinische Soziale Arbeit die soziale Teilhabe und eine gelingende Lebensführung der Betroffenen.
- Die Klinische Soziale Arbeit verhindert resp. bewältigt soziale Probleme, welche auf gesundheitliche Beeinträchtigungen zurückzuführen sind.

Die zentralen Personengruppen für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sind demnach von Erkrankung bedrohte Menschen, Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung und deren Angehörige (ebd.).

Der aus der Definition abgeleitete gegenstandstheoretische Bereich der Sozialen Arbeit lässt sich gemäss Schmocker (2016) zum einen als Menschen- und Gesellschaftsbild sowie als Bild des Verhältnisses zwischen einzelnen Individuen und der Gesellschaft beschreiben. Zum anderen lässt sich der Gegenstandsbereich Sozialer Arbeit als praktische soziale Aufgabe der Gestaltung dieses Verhältnisses (oder soziales Problem) verstehen. Die Bestimmung des sozialen Problems als Gegenstand der Profession Sozialer Arbeit ergibt sich aus ihrem Menschenbild (S. 132). Im nächsten Kapitel wird daher auf das Menschenbild Klinischer Sozialer Arbeit eingegangen.

3.2.2 Ein bio-psycho-soziales Menschenbild

Wie bereits im oberen Kapitel beschrieben, setzt Klinische Soziale Arbeit ihren Bezugspunkt klar in der Sozialen Arbeit. Die Inhalte dieses Kapitels sowie auch die Inhalte von den kommenden Kapiteln 3.2.3, 3.2.4 und 3.2.5 lassen sich deshalb lückenlos auf die Klinische Soziale Arbeit übertragen. Der Einfachheit halber wird in den folgenden Kapiteln oft nur von der Sozialen Arbeit geschrieben, gilt aber genauso für die Klinische Soziale Arbeit.

Schmocker (2016) beschreibt Menschen als gesellige Organismen, welche Bedürfnisse haben und zu deren Ausgleich sie auf andere Menschen und ihre sozialen Strukturen angewiesen sind (S. 132). Werner Obrecht (2005) unterscheidet zwischen den biologischen Bedürfnissen, den psychischen Bedürfnissen sowie den sozialen Bedürfnissen (S. 47). Daraus lässt sich schliessen, dass der Begriff Bedürfnis für das bio-psycho-soziale Menschenbild der Klinischen Sozialen Arbeit zentral ist. Können alle elementaren Bedürfnisse befriedigt werden, sprechen Mario Bunge und Martin Mahner (2004) von Wohlbefinden (S. 178). Können diese Bedürfnisse nicht befriedigt werden, führt dies zu einer Einschränkung des Wohlbefindens und ist von der Klinischen Sozialen Arbeit als Problem zu bearbeiten (Sonja Hug, 2016a S. 315). Schmocker (2016) beschreibt das bio-psycho-soziale Menschenbild danach, dass Menschen verletzliche und sterbliche Organismen sind. Sie haben psychische Kompetenzen,

können Wissen aufbauen, sind lern- und handlungsfähig. Menschen sind soziale Organismen, die auf andere Menschen angewiesen sind, weil sie Sozialstrukturen benötigen, um sich vor Verletzungen zu schützen und um Bedürfnisspannungen abzubauen zu können. Durch die Befriedigung ihrer bio-psycho-sozialen Bedürfnisse wird ihnen das Leben ermöglicht (S. 133).

Dadurch wird ein zentrales Prinzip der Klinischen Sozialen Arbeit deutlich, dasjenige des *gegenseitig-und-wechselseitig-aufeinander-angewiesen-Seins* und damit zusammenhängend das Prinzip des Ausgleichs von Rechten und Pflichten (Schmocker, 2016, S. 134). Danach hat ein Mensch das moralische Recht, bio-psycho-soziale Bedürfnisse zu verwirklichen und gleichzeitig die moralische Pflicht, anderen bei der Verwirklichung dieser Bedürfnisse zu helfen (Bunge & Mahner, 2004, S. 178).

Das *gegenseitig-und-wechselseitig-aufeinander-angewiesen-Sein* bildet die Basis für das Gesellschaftsbild der Sozialen Arbeit (Schmocker, 2016, S. 134). Dieses wird nun im folgenden Kapitel beschrieben.

3.2.3 Ein bio-psycho-soziales Gesellschaftsbild

Menschen gehen nach Schmocker (2016) verschiedene Macht- und Austauschbeziehungen untereinander ein, weil sie nur damit ihre Bedürfnisspannungen aufheben können. Die Merkmale der Macht- und Austauschbeziehungen bilden in der Gesellschaft entweder günstige oder weniger günstige oder ausschliesslich hindernde Lebensbedingungen. Mit Lebensbedingungen sind Bedingungen gemeint, die zum Ausgleich der Bedürfnisspannungen dienen. Zum Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft wird Folgendes festgehalten: Menschen werden in die von Menschen geschaffenen Sozialstrukturen hineingeboren und aufgenommen (S. 135). Diese Sozialstrukturen wirken auf Individuen ein und bieten ihnen Handlungsmöglichkeiten und Chancen an oder eben nicht (Schmocker, 2016, S. 136). Bevor Menschen in der Lage sind, soziale Strukturen zu beeinflussen und zu gestalten, wirken sie sich förderlich oder hinderlich auf ihr Leben aus. Es sind jedoch immer Menschen, die soziale Strukturen bilden und verändern, somit sind es Menschen selbst, die sich gegenseitig fördern oder hindern. Folglich sind Menschen nicht nur auf andere Menschen und ihr Handeln angewiesen, sondern auch darauf, dass die von ihnen gebildeten Positions- und Interaktionsstrukturen bedürfnisgerecht und damit verbunden sozial- und menschengerecht ausgestaltet sind (ebd.).

3.2.4 Zum Begriff des sozialen Problems

Soziale Probleme sind nach Schmocker (2016) praktische Aufgaben und betreffen demnach das *Sich-Einbinden* und *Sich-Einrichten* in soziale Strukturen und das *Entsprechend-sich-Anpassen* und das Gestalten und Verändern der umgebenden Sozialstruktur entsprechend den Bedürfnissen von Menschen. Bedürfnisse lösen die Motivation zur Lösung solcher praktischen Aufgaben aus. Es sind

Bedürfnisse nach bindenden Beziehungen und emotionaler Zuwendung, spontaner Hilfeleistung, sozialer Zugehörigkeit durch Teilnahme und Teilhabe, Autonomie und Unverwechselbarkeit, Anerkennung, sozialer Gerechtigkeit und Fairness. Folglich ist das Lösen sozialer Probleme eine lebens- und überlebensnotwendige Handlungskompetenz für alle Menschen. Häufig werden Menschen, selbst wenn sie individuell über entsprechende Handlungskompetenzen verfügen, strukturell gehindert, diese Kompetenzen zu entfalten und ihre Rechte auszuüben (S. 136-137). Da braucht es nach Schmocker eine fachlich kompetente Soziale Arbeit, um entsprechende Strukturveränderungen in die Wege zu leiten oder zumindest zu verlangen, damit Menschen ihre Rechte ausüben können (ebd.). Diese Aufforderung lehnt sich auch an die Definition von Sozialer Arbeit, welche im Kapitel 3.2.1 umrissen wurde und besagt, dass Soziale Arbeit Individuen ermächtigen und Sozialstrukturen verändern und entwickeln soll.

Auf die Behandlung ohne Zustimmung bezogen kann diesbezüglich abgeleitet werden, dass Betroffene einer Behandlung ohne Zustimmung insofern mit sozialen Problemen konfrontiert sind, indem sie aufgrund ihrer psychischen Erkrankung in der Gesellschaft Schwierigkeiten haben, *sich-einzubinden*, *sich-einzurichten* und *sich-anzupassen*. Die betroffenen Personen sind also in Bezug auf die Lösung dieses Anpassungsproblems nicht handlungsfähig und es bedarf der Intervention durch die Soziale Arbeit.

3.2.5 Mandate der Sozialen Arbeit

Nach Schmocker (2016) kreiste die Debatte zur Mandatsfrage der Sozialen Arbeit lange um die Frage nach ihrer gesellschaftlichen Funktion. Demnach hätte sie sich nur auf das Doppelmandat von *Hilfe und Kontrolle* hin auszurichten. Das würde einerseits heissen, Hilfe für die Menschen zu bieten, die innerhalb der Gesellschaft Unterstützung brauchen und andererseits Kontrolle derselben zu erlangen, damit die Hilfe effizient wirkt und die Gesellschaft ohne Probleme funktionieren kann. Nach dieser Denkweise definiert die Gesellschaft Bedarfe und stellt entsprechende Mittel zur Verfügung. Im Gegenzug darf sie die betroffenen Menschen auf ihre Unterstützungswürdigkeit oder -berechtigung hin kontrollieren. Die Soziale Arbeit hätte demnach die Aufgabe, zugestandene Mittel nach Vorgaben von gesellschafts- und finanzpolitischen Kriterien an die von ihr kontrollierten Menschen zu verteilen. Dieses seitens der Gesellschaft legitimierte Doppelmandat war das erste Mandat in der Sozialen Arbeit (S. 144).

Es vergingen 300 Jahre bis ein zweites Mandat, welches grundlegende und legitime menschliche Ansprüche ins Zentrum setzt, entstanden ist (Schmocker, 2016, S. 144). Diese Jahre wurden geprägt durch die gesellschaftliche Entwicklung in der Armutsbewältigung und die Bürgerrechtsbewegungen im 20. Jahrhundert. Diese Ausrichtung der Sozialen Arbeit basiert auf der Einsicht, dass die von Not, Mangel oder Ungerechtigkeit betroffenen Menschen selbst am besten wissen, was sie brauchen, um

ihre Situation verbessern zu können. Nach dieser Logik würde der notwendige Bedarf nicht von Organisationen des Sozialwesens festgelegt, sondern von den bedürftigen Menschen selbst (ebd.).

Nach Schmocker (2016) ist das erste und das zweite Mandat im Hinblick auf die Frage nach der Funktion der Sozialen Arbeit unbefriedigend (S. 144). Es wurde deshalb ein drittes Mandat für die Soziale Arbeit postuliert. Das dritte Mandat geht von ihrem bio-psycho-sozialen Menschen- und Gesellschaftsbild aus. Demnach stehen nicht Bedarfe und legitime Ansprüche im Vordergrund, sondern, wie im Kapitel 3.2.2 beschrieben, menschliche Bedürfnisse. Folglich zielt die Funktion der Sozialen Arbeit auf den Abbau von Bedürfnisspannungen ab (vgl. Kapitel 3.2.3). Durch eine psychische Störung kann beispielsweise die Handlungskompetenz eines Menschen eingeschränkt sein. Schmocker (2016) begründet dies damit, dass solche Menschen vor strukturell durch Organisationen des Sozialwesens verbauten oder verwehrten Verwirklichungschancen stehen. Die Soziale Arbeit hat sich dann um die (Wieder-) Herstellung der Handlungskompetenz bei den betroffenen Menschen zu kümmern (S. 144-145). Dadurch können sich das zweite und das erste Mandat widersprechen (Schmocker, 2016, S. 148). Die Antwort auf die Widersprüche zwischen berechtigten Ansprüchen und der Bedarfsdefinition der Gesellschaft ist das dritte Mandat der Sozialen Arbeit (Schmocker, 2016, S. 149). Auf diesen drei Elementen gründet gemäss Beat Schmocker (2011) das dritte Mandat der Sozialen Arbeit (S. 21):

- Das erste Element ist das Professionswissen, welches das Beschreibungs- und Erklärungswissen im Hinblick auf den Gegenstand der Sozialen Arbeit darstellt.
- Das zweite Element besteht aus der ethischen Basis und dem Berufskodex, auf welche sich die Fachpersonen der Sozialen Arbeit in ihren Entscheidungen losgelöst vom heutigen Zeitgeist oder vom Druck der Institutionen oder der Klientel berufen können.
- Das dritte Element ist die Berufung auf die Menschenwürde und die in den internationalen berufsethischen Richtlinien klar erwähnten Menschen- und Sozialrechte. Diese dienen als Legitimationsbasis und weisen über Gesetze, bindende Verträge, Aufträge und Arbeitsbündnisse hinaus. Dabei ermöglichen sie, wenn nötig, auch eigenbestimmte Aufträge.

| | Inhalt | Mandatgebende | |
|---------------------------------|---|--|--------------|
| Erstes Mandat (Doppelmandat) | Hilfe und Kontrolle | Gesellschaft | Tripelmandat |
| Zweites Mandat | Grundlegende und legitime menschliche Ansprüche | Klientel | |
| Drittes Mandat | <ul style="list-style-type: none"> • Beschreibungs- und Erklärungswissen • professionsethisches Wissen (Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz) • Menschen- und Sozialrechte | Profession Soziale Arbeit und Sozialarbeitende | |

Abbildung 3: Drei Mandate der Sozialen Arbeit (eigene Darstellung)

Fachpersonen der Sozialen Arbeit schreiben dem dritten Mandat als fachspezifische Orientierungshilfe die erste Priorität zu (Schmocker, 2016, S. 149). Das Tripelmandat gewichtet im Konfliktfall die realen menschlichen Bedürfnisse höher als die Bedarfslogik der Organisationen des Sozialwesens. Dem zweiten Mandat schreiben die Fachpersonen der Sozialen Arbeit deshalb die zweite Priorität zu. Dem ersten Mandat wird folglich die dritte Priorität zugeschrieben. Mit der Abstützung auf das dritte Mandat gewinnen Fachpersonen der Sozialen Arbeit an Expertise und methodischer Sicherheit in der Arbeit mit ihrer Klientel. Beides zusammen wirkt sich förderlich auf die Wissensbasis ihrer Profession aus (ebd.).

3.3 Zuständigkeit und Funktion Klinischer Sozialer Arbeit in der Psychiatrie

Die Ausführungen im Kapitel 3.2.4 machen deutlich, dass die bio-psycho-soziale Bedürfnisbefriedigung und soziale Probleme in einem Abhängigkeitsverhältnis zueinanderstehen. Menschen sind von anderen Menschen abhängig, um ihre bio-psycho-sozialen Bedürfnisse zu befriedigen (vgl. Kapitel 3.2.2). Wie bereits erläutert, werden soziale Probleme als das *Sich-Einbinden* und *Sich-Einrichten* in sozialen Strukturen verstanden. Folgen von psychischen Störungen können bspw. zu Schwierigkeiten des *Sich-Einbindens* und *Sich-Einrichtens* in sozialen Strukturen führen (vgl. Kapitel 3.1.1). Die Profession Klinische Soziale Arbeit ist im Hinblick auf ihre allgemeine Gegenstandsbestimmung zuständig für die Verhinderung, Linderung und Lösung sozialer Probleme (Werner Obrecht, 2001, S. 96). Wie bereits im Kapitel 3.1.1 erläutert, können Integrationsbedingungen, also wie ein Mensch in soziale Systeme eingebunden ist, als soziale Dimension verstanden werden. Daraus entsteht für die Klinische Soziale Arbeit ein Auftrag in der Prävention, Intervention und Behandlung der sozialen Dimension von psychischer Krankheit (Rüegger, 2012, S. 103). Dieser Meinung schliesst sich Carigiet

(2004) an und er hält fest, dass es die Aufgabe der Klinischen Sozialen Arbeit sei, die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit in den Mittelpunkt zu rücken und Menschen mit einer psychischen Erkrankung in Ergänzung zu der Medizin, der Psychologie, und der Pflege zu unterstützen (S. 5). Nach Rüeegger (2012) legitimiert die biologische Problematik einer psychischen Krankheit, welche im Vordergrund steht, die Zuständigkeit der Medizin sowie der Pflege. Die psychischen Probleme legitimieren die Zuständigkeit der Psychologie. Im Unterschied zur Medizin oder Psychologie, die in erster Linie biologische beziehungsweise psychische Probleme bearbeiten, bearbeitet die Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie primär soziale Probleme. Das bedeutet, dass die Klinische Soziale Arbeit relationale Probleme bearbeitet, welche für die psychische Gesundheit bedeutsam sind (S. 103).

Wenn man also die Integration von Menschen mit einer psychischen Störung als allgemeines sozialpsychiatrisches Ziel (vgl. Kapitel 3.1.2) für den Aufgabenbereich der Klinischen Sozialen Arbeit konkretisiert, besteht ihre Funktion darin, Menschen mit einer psychischen Störung in deren Lebenswelt zu unterstützen und zu begleiten (Sommerfeld et al., 2016, S. 174). Nach Sommerfeld et al. (2016) hat die Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie konkret die Funktion, «zu strukturieren, zu unterstützen und über das stationäre oder ambulante Versorgungs- und Behandlungssystem hinaus in der Lebenswelt der psychisch Kranken unterstützend und beratend zu begleiten, sodass eine Form der Lebensführung entsteht, die von der betroffenen Person als *gutes Leben* kodiert wird» (S. 174-175). Auf eine konkretere Definition des Begriffs *gutes Leben* wird im Kapitel 4.2.2.3 eingegangen. Grundsätzlich geht es darum, Integrationsoptionen zu erhalten, also Ausschlüsse zu vermeiden und neue oder alternative Integrationsoptionen zu eröffnen (Sommerfeld et al., 2016, S. 178). Wie im Kapitel 3.1.2 beschrieben, ist die Rolle der Klinischen Sozialen Arbeit gegenwärtig als enggeführte Hilfsprofession in der Psychiatrie im Bereich Versorgung angesiedelt, also im Bereich der Bereitstellung oder Organisation von Infrastruktur oder infrastrukturellen Leistungen. Aus Sicht der Sozialen Arbeit ist das zwar ein funktional stimmiger Teilbereich des Aufgabenbereichs, die Konzeption der Sozialen Arbeit als professionelle Partnerin in der interprofessionellen Zusammenarbeit sollte jedoch im Hinblick auf Menschen mit einer psychischen Störung nach Sommerfeld et al. (2016) nicht die Versorgung, sondern die *gelingendere* Lebensführung und die Form der Integration in die Gesellschaft in den Vordergrund stellen (S. 91).

Bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Psychiatrie kann festgehalten werden, dass alle beteiligten Professionen (Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit) aufgrund der Problemvernetzung resp. der Wechselbeziehung zwischen der biologischen, psychischen und sozialen Dimension zur Entstehung psychischer Krankheit ihren Auftrag nicht alleine, sondern nur in interprofessioneller Kooperation erfüllen können (Rüeegger, 2012, S. 103). Nach Rüeegger (2012) sollen die unterschiedlichen Professionen in der interprofessionellen Zusammenarbeit die Beziehung zwischen der biologischen, psychischen und sozialen Dimension psychischer Krankheit aufdecken und ihre spezialisierte Arbeit

innerhalb eines umfassenden Ganzen verstehen und koordinieren können. Innerhalb dieser interprofessionellen Zusammenarbeit ist die Klinische Soziale Arbeit, wie hier beschrieben, für die Bearbeitung der sozialen Dimension, unter Berücksichtigung ihrer Wechselwirkungen mit der biologischen und psychologischen Dimension, zuständig (S. 103-104).

3.4 Zielsetzungen Klinischer Sozialer Arbeit in der Psychiatrie

Bei der Entwicklung von Zielen ist die Klinische Soziale Arbeit wie im Kapitel 3.2.5 erläutert, einem dreifachen Mandat verpflichtet: Dem Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle seitens der Gesellschaft, dem Mandat gegenüber ihrer Klientel und dem Mandat gegenüber der eigenen Profession. Das Mandat gegenüber der eigenen Profession beinhaltet einen Ethikkodex, nämlich den Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz, dessen zentrale Werte sich unter anderem auf die Menschen- und Sozialrechte beziehen sowie auf das eigene Professionswissen (Rüegger, 2012, S. 104). In Bezug auf das Kapitel 3.3 wird deutlich, dass sich die Zielsetzungen Klinischer Sozialer Arbeit in der Fallarbeit an der sozialen Integration und *gelingenderen* Lebensführung orientieren. Dieses Ziel der sozialen Integration ist nach Rüegger (2012) erreicht, wenn erstens die Integrationsbedingungen die Befriedigung bio-psycho-sozialer Bedürfnisse ermöglichen und zweitens die Klientel über Mittel verfügen, um die Bedürfnisse zu befriedigen sowie die jeweiligen sozialen Systeme dazu beitragen, dass solche Bedürfnisbefriedigungen ermöglicht werden können (S. 104-105). Es geht also um die Schaffung von günstigen Integrationsbedingungen zur Integration und Veränderung der psychosozialen Problemdynamik (ebd.).

In diesem Kapitel wurde der Gegenstand, die Funktion, die Zuständigkeit und das Ziel Klinischer Sozialer Arbeit beschrieben. Dabei wurde die zweite Fragestellung dieser Bachelor-Arbeit beantwortet. Das nächste Kapitel widmet sich der dritten Fragestellung, nämlich der Frage nach der Legitimation der Zwangsbehandlung aus professionsethischer Sicht der Klinischen Sozialen Arbeit.

4 Ethik in der Klinischen Sozialen Arbeit

Die Konzeption der Klinischen Sozialen Arbeit als Teildisziplin der Sozialen Arbeit, die in erster Linie im Gesundheitswesen tätig ist, beeinflusst auch ihre Professionsethik (Hug, 2016a, S. 308). Diese muss sich, wenn die Klinische Soziale Arbeit als Teil der Sozialen Arbeit betrachtet wird, an deren Werten orientieren. In diesem Kapitel wird deshalb von der Profession der Sozialen Arbeit ausgegangen. Die Inhalte können jedoch genau so auf die Klinische Soziale Arbeit abgeleitet werden. Klinische Soziale Arbeit als Profession, welche im Gesundheitswesen tätig ist, kann sich gleichzeitig auch dem Einfluss der Bereichsethik des Gesundheitswesens nicht ganz entziehen, weshalb im fünften Kapitel auch die Werte der Medizin-Ethik näher beleuchtet werden.

In den folgenden Kapiteln wird auf die Professionsethik der Sozialen Arbeit, auf das Wertewissen sowie auf die zentralen Werte aus dem Werte-Gebäude der Sozialen Arbeit eingegangen.

4.1 Eine Professionsethik der Sozialen Arbeit

In diesem Unterkapitel wird auf die Definition von Ethik, Moral, Moralität und Ethos eingegangen. Folgend wird erläutert, wieso es einer Professionsethik der Sozialen Arbeit bedarf und wie diese ausgestaltet ist.

4.1.1 Definition von Ethik, Moral, Moralität und Ethos

Nach Annemarie Pieper (2007) ist die Ethik eine Disziplin der Philosophie und eine Wissenschaft vom moralischen Handeln (S. 17). Mit Schmocker (2011) ausgedrückt, befasst sich Ethik mit menschlichen Handlungen, die Anspruch auf Moralität erheben und sucht für solche Handlungen argumentativ begründete Aussagen, die intersubjektiv als verbindlich ausgewiesen werden können (S. 44). Solche Aussagen sollen den Fachpersonen der Sozialen Arbeit als Argumentationsstrategien dienen, damit sie in der Lage sind, moralische Probleme und Konflikte des (professionellen) Handelns als solche klar zu fassen, mögliche Lösungsvorschläge zu entwickeln und auf ihre moralischen Konsequenzen hin zu durchdenken. Nach reiflicher Überlegung sollen sich dann die Fachpersonen der Sozialen Arbeit selbständig für eine bestimmte Lösung entscheiden können. Kurzgefasst ist Ethik also die Basis für die gut begründete moralische Entscheidung (ebd.). Nach Peter A. Schmid (2015) lassen sich grundsätzlich drei Richtungen innerhalb der Ethik unterscheiden (S. 2):

- Die *normative* oder *präskriptive Ethik* befasst sich mit der Richtigkeit von Aussagen über moralische Werte und Handlungsnormen. Sie kontrolliert damit die Legitimität von Werten und Normen sowie von praktischen Entscheidungen.
- Die *deskriptive Ethik* befasst sich mit den psychologischen, biologischen, sozialen und historischen Grundlagen von ethischen Urteilen. Diese Untersuchung läuft beschreibend ab.

Der deskriptiven Ethik geht es in erster Linie um die Erklärung, wieso gewisse moralische Vorstellungen in gewissen Kulturen oder historischen Epochen gegolten haben bzw. gelten.

- Die *Metaethik* setzt sich mit der normativen oder deskriptiven Ethik auseinander und fragt nach der Abgrenzung der moralischen von den nicht-moralischen Werten und Handlungsnormen sowie nach den erkenntnistheoretischen, sprachphilosophischen und ontologischen Grundlagen der Aussagen über Werte und Handlungsnormen.

Der normativen Ethik werden die allgemeine Ethik und die angewandte Ethik zugeordnet (Schmid, 2015, S. 2). Bei der allgemeinen Ethik wird zwischen der Folgenethik und der Pflichtenethik unterschieden. Für die Folgenethik sind die Handlungsfolgen zentral. Das heisst, dass sich das moralisch Richtige über die Folgen der zur Frage stehenden Handlung definiert. Bei der Pflichtenethik stehen die Regeln der Handlungen im Zentrum. Das bedeutet, dass nicht die Handlungsfolgen, sondern die Prinzipien der Handlungen über die moralische Richtigkeit einer Handlung entscheiden. Die angewandte Ethik setzt sich mit praktischen Fragen auseinander, mit denen sich einzelne Menschen oder Gruppen (Organisationen oder Teams) in alltäglichen Entscheidungssituationen befassen. Die Fragestellungen der angewandten Ethik betreffen solche Entscheidungen, in denen öffentliche und politische Handlungsoptionen Bedeutung haben. Angewandte Ethiken kommen in verschiedenen Bereichen zum Vorschein und werden dann Bereichsethiken genannt (bspw. Ethik der Sozialen Arbeit). Je nach Bezugspunkt kann zwischen der Individualethik, die sich mit ethischen Ansprüchen an das Individuum richtet und der Sozialethik, die den gesellschaftlichen Bezug von ethischen Ansprüchen thematisiert, unterschieden werden (ebd.).

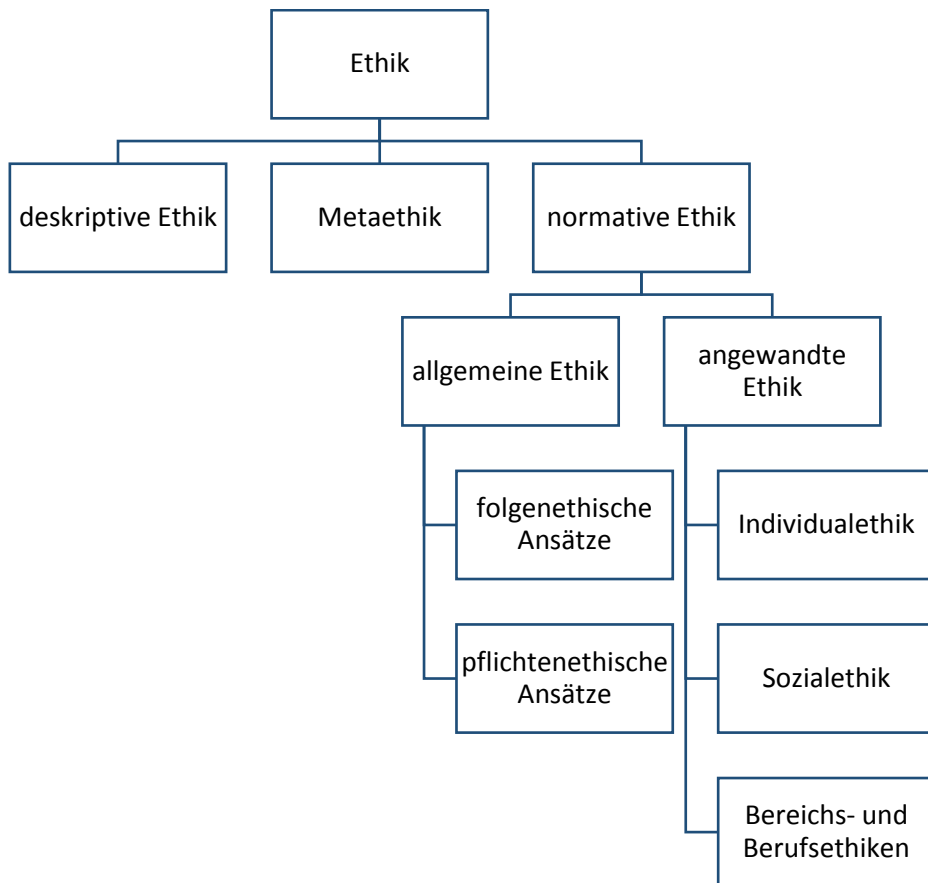


Abbildung 4: Übersicht über die Ethik (eigene Darstellung auf der Basis von Schmid, 2015, S. 3)

Die Moral ist ein Regelsystem in Form eines Katalogs von Normen und Wertvorstellungen (Pieper, 2007, S. 42). Dieses regelt einerseits die Bedürfnisbefriedigung von Menschen und andererseits, was von den Menschen allgemein als verbindlich erachtet wird (ebd.). Im Kapitel 4.2.1 werden die Begriffe Werte und Normen ausgeführt. Nach Schmocker (2011) ist für die Soziale Arbeit im Berufskodex, welcher ein Regelsystem darstellt, das allgemein Verbindliche und Unbedingte festgelegt. Eine moralische Regel ist folglich eine Regel in Form eines Gebots, Verbots, einer Norm oder Vorschrift (S. 51). Durch den Begriff Moral wird also etwas zusammengefasst, das mit einem allgemeinen Geltungsanspruch verbunden ist, sich jedoch im Verlaufe der Zeit verändern kann (Pieper, 2007, S. 43). Er bezieht sich auf etwas, das seinem Inhalt nach veränderlich, seinem Anspruch nach aber unveränderlich ist (ebd.).

Mit Moralität ist nach Pieper (2007) die Gesamtheit von moralischen Handlungen gemeint, welche als sittlich gut bezeichnet werden können (S. 17). Eine Moral benötigt stets die Begründung und Legitimation durch den Begriff der Moralität (Schmocker, 2011, S. 52). Moralität ist das zur festen Grundhaltung gewordene *Gut-sein-Wollen*, welches zum Sinnhorizont einer Praxis wird. Wer aus dieser Grundhaltung heraus agiert, hat moralische Kompetenz (ebd.). Moralische Kompetenz im Sinne der Sozialen Arbeit als Grundhaltung zu besitzen, meint, fortdauernd einen Sinnhorizont zu entwickeln

(Beat Schmocker, 2019, S. 196). Dieser Sinnhorizont muss entlang der Professionsethik und dem Berufskodex immer wieder neu reflektiert und auf die Moralität der Sozialen Arbeit hin ausgerichtet werden, um entsprechend handeln zu können (ebd.).

Das Ethos ist gemäss Schmocker (2011) der Kern der moralischen Einstellungen, der moralischen Grundsätze, der ethisch-moralischen Normen und bildet die Grundlage des Handelns einer Profession. Durch das Ethos wird die Einheit einer Profession konstituiert und integriert (S. 44).

4.1.2 Notwendigkeit einer Professionsethik für die Soziale Arbeit

Nach Andreas Lob-Hüdepol (2007) gehört es zur Professionalität der Sozialen Arbeit, ein eigenes Selbstverständnis und einen eigenen Gegenstandsbezug zu entwickeln und zu begründen. Sie soll sich ihre moralischen und normativen Grundwerte nicht von anderen Professionen vorgeben lassen. Dabei greift die Professionsethik der Sozialen Arbeit zwar auf ethische Referenztheorien zurück, die Gegenstand einer allgemeinen Moraltheorie bzw. Ethik sind. Trotzdem können allgemeine Moraltheorien bzw. Ethiken in der Praxis der Sozialen Arbeit nicht unverändert übernommen werden. Die Entwicklung und Begründung massgebender Grundlagen der Sozialen Arbeit ist ein fordernder Reflexionsprozess, in dem die Erfahrungen und Probleme der beruflichen Praxis immer wieder mit den grundsätzlichen Kriterien einer allgemeinen Moraltheorie und Ethik verknüpft werden müssen (S. 113).

Wie bereits im Kapitel 3.2.1 erläutert, sind für die Soziale Arbeit laut ihrer Selbstdefinition die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der gemeinschaftlichen Verantwortung und der Anerkennung der Verschiedenheit richtungsweisend. Bereits diese allgemeine Definition Sozialer Arbeit beinhaltet moralische Inhalte, die weder selbstverständlich noch unproblematisch sind und deshalb eine ausführliche Reflexion und Begründung nötig haben (Lob-Hüdepol, 2007, S. 115). Die allgemeine Definition Sozialer Arbeit bindet Handlungen der Fachpersonen der Sozialen Arbeit beispielsweise an die Menschenrechte. Menschenrechte sind moralische Ansprüche, die Menschen in einer Gesellschaft gegenüber Dritten (hier gegenüber Fachpersonen der Sozialen Arbeit) geltend machen (ebd.). Trotzdem sind Menschenrechte nach Lob-Hüdepol (2007) nicht automatisch Fundamente sozialarbeiterischen Handelns. Fachpersonen der Sozialen Arbeit müssen Menschenrechte immer wieder neu in den Blick nehmen und ihr Handeln an ihnen messen lassen (S. 114). Im Hinblick auf die Massnahme der Behandlung ohne Zustimmung stellt sich für Fachpersonen der Sozialen Arbeit beispielsweise folgende Frage: Respektiert eine Behandlung ohne Zustimmung die Menschenrechte eines Betroffenen? Auf diese Frage wird im Kapitel 4.2.2.2 eingegangen.

Selbst wenn Fachpersonen der Sozialen Arbeit Wertoptionen wie Menschenrechte, soziale Gerechtigkeit, Anerkennung der Verschiedenheit und gemeinschaftliche Verantwortung als solche klar akzeptieren, löst dies im Berufsalltag der Sozialen Arbeit nicht alle Orientierungsprobleme (Lob-Hüdepol, 2007, S. 115). Oftmals führen solche Wertoptionen sogar erst in verzwickte moralische

Dilemmata (ebd.). Natürlich gelten für die Soziale Arbeit im Berufsalltag der Psychiatrie alle grundlegenden ethischen Herausforderungen Sozialer Arbeit im Allgemeinen. Es kommen nach Zimmermann und Lob-Hüdepol (2007) jedoch spezifische moralische Probleme in der Psychiatrie zum Vorschein (S. 298). Ein moralisches Problem in der Psychiatrie ist beispielsweise das Thema Gewalt, welches bei der Arbeit mit psychisch kranken Menschen besonders bedeutsam ist. Sowohl psychisch kranke Menschen können Aggressivität zeigen (gegen sich selbst, gegen andere Menschen oder Sachen), aber auch das Behandlungsteam übt im Sinne institutioneller Gewalt, gewollt oder ungewollt, gerechtfertigt oder nicht, immer wieder Gewalt aus. Das Thema Gewalt führt auch zu der Grundfrage nach der Angemessenheit von Einschränkungen der Autonomie der Betroffenen. Verschiedene Massstäbe werden in der Psychiatrie verwendet, die die Einschränkungen rechtfertigen sollen oder können. Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind als Teil des interprofessionell zusammengesetzten Behandlungsteams in der Psychiatrie in solche Prozesse eingebunden. Dabei geht es oft um das Dilemma zwischen einer autonomen Lebensweise und einer durch Krankheit bedingten Begrenzung der Selbstverfügungsmöglichkeiten (ebd.).

Die vielfältigen moralischen verzwickten Situationen des Berufsalltags zeigen, dass ethische Fragen der Sozialen Arbeit weit über die allgemeinen und normativen Standards sowie Grundprinzipien hinausgehen (Lob-Hüdepol, 2007, S. 117). Die konkreten Dilemmasituationen fordern Verfahren und Kriterien, wie moralische Prinzipien und massgebende Grundsätze im Konfliktfall gewichtet und miteinander verknüpft werden können (ebd.). Daraus lässt sich schliessen, dass die Notwendigkeit eines Hilfsmittels wie beispielsweise der Berufskodex für die Soziale Arbeit unumgänglich ist.

4.1.3 Die Professionsethik der Sozialen Arbeit

Der Berufsverband AvenirSocial (2010) hat für Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Schweiz einen Berufskodex herausgegeben, welcher als Grundlage und Orientierungshilfe für moralische Dilemmata im Berufsalltag dienen soll. Der Berufskodex gibt Auskunft darüber, welchen ethischen Prinzipien Fachpersonen der Sozialen Arbeit verpflichtet sind (Hug, 2016a, S. 309).

Die Professionsethik der Sozialen Arbeit gründet auf das folgende Ethos: Das Ethos der Sozialen Arbeit stellt den Schutz des durch Verletzlichkeit gefährdeten *Mensch-Seins* durch die Verwirklichung des *Mensch-in-Gesellschaft* dar (Schmocker, 2011, S. 44). Um sich vor dieser Gefährdung zu schützen und um sein *Mensch-Sein* entfalten zu können, sind Menschen auf die Integration in die Gesellschaft angewiesen (ebd.). Im Kapitel 4.2.2.3 wird das Ethos der Sozialen Arbeit mittels eines zentralen Werts noch einmal aufgegriffen.

Nach Lob-Hüdepol (2007) ist die Professionsethik der Sozialen Arbeit eine *kritisch-konstruktive* Reflexion moralischer und normativer Grundlagen beruflicher Sozialer Arbeit. Die Ethik dient dabei als Reflexion der Moral. Die Moral stellt dabei eine Gesamtheit an moralischen Vorstellungen und

Normen, an Zielvorstellungen und Zielorientierungen dar, die für Fachpersonen der Sozialen Arbeit handlungsleitend sind. Die Ethik ist zu der Moral im doppelten Sinne reflexiv. Einerseits steht die Ethik zum Bereich der Moral in einer beobachtenden Distanz und beurteilt sie. Insofern ist die Ethik die Theorie der Moral. Andererseits geht eine reflexive Ethik von den moralischen Überzeugungen und Orientierungen der Fachpersonen der Sozialen Arbeit aus und entwirft ihre Normvorschläge in der Auseinandersetzung mit dessen Dilemmata. Die Professionsethik der Sozialen Arbeit ist also nicht eine Anwendung allgemein ethischer Prinzipien, sondern eine Reflexion in Anwendung. *Kritisch* ist die ethische Reflexion insofern, weil sie moralische Vorstellungen abspricht, die zwar im beruflichen Alltag Gewicht haben, die aber mit Grundprinzipien mitmenschlichen Zusammenlebens nicht übereinstimmen und deshalb kritisiert werden müssen. *Konstruktiv* ist die ethische Reflexion insofern, da sie den Fachpersonen der Sozialen Arbeit die Möglichkeit geben will, selbständig moralisch sinnvolle Orientierungen für ihr (berufliches) Handeln und Verhalten zu finden. Als Professionsethik tritt sie zur Professionsmoral in eine *kritisch-konstruktive* Distanz. Sie filtert jene moralischen Überzeugungen aus, die die berufliche Arbeit ideologisch überhöhen und überlasten. Im Gegenzug macht sie auf moralischen Orientierungen und Verbindlichkeiten aufmerksam, die sich aus guten Gründen als normative Leitidee Sozialer Arbeit zur Verfügung stellen. Als Reflexionsfigur ist die Professionsethik der Sozialen Arbeit keinesfalls nur eine Angelegenheit für Ethikspezialistinnen und Ethikspezialisten, sondern Sache jedes einzelnen professionell Arbeitenden. Deshalb vermittelt sie nicht nur moralisches Orientierungswissen, sondern unterstützt eine ethische Reflexionskompetenz, die für die Professionalität Sozialer Arbeit unverzichtbar ist (S. 117-118).

Die Professionsethik der Sozialen Arbeit hängt mit der Frage nach der Legitimation der Zwangsbehandlung wie folgt zusammen: Bei der Beurteilung, ob eine Zwangsbehandlung aus Sicht der Klinischen Sozialen Arbeit legitim ist oder nicht, wird eine Fragestellung professionsethisch erwogen. Die Anwendung der Professionsethik unterstützt und leitet dann die Fachpersonen der Sozialen Arbeit bei der Beantwortung der Fragestellung. Beat Schmocker (2015) erläutert, dass Menschen ihre Entscheidungen oft gemäss ihren eigenen Haltungen und Einstellungen treffen. Bei der Urteilsfindung im professionellen Kontext sollten diese aber keine entscheidende Rolle spielen dürfen. Die entscheidende Rolle sollte dann ein in der jeweiligen Fachperson verinnerlichtes Werte-Gebäude der Sozialen Arbeit sein (S. 14).

4.2 Wertewissen der Sozialen Arbeit

Nach Schmocker ist die Professionsethik auf dem Werte-Gebäude der Sozialen Arbeit aufgebaut. Dieses Kapitel beinhaltet deshalb das Wertewissen der Sozialen Arbeit. In diesem Kapitel werden zuerst die Begriffe Werte und Normen definiert. Anschliessend werden zentrale Werte der Sozialen

Arbeit aus dem Werte-Gebäude auf die Massnahme der Behandlung ohne Zustimmung kritisch erwogen.

4.2.1 Definition von Werten und Normen

Nach Peter A. Schmid (2011) sind Werte von Menschen vollzogene Bewertungen. Für den Menschen ist etwas wertvoll, weil er als Bedürfniswesen gewisser Güter bedarf, um leben zu können. Dabei sind unter Gütern sowohl innere wie auch äussere Güter zu verstehen resp. materielle sowie immaterielle Güter. Jedes Handeln orientiert sich an Werten. Die Frage ist, an welchen Werten sich Handeln orientieren soll. Neben individuellen Werten gibt es auch gesellschaftliche Werte, die unser Zusammenleben strukturieren. Die Wertvorstellungen der Gesellschaft sind für den einzelnen schon vorbestimmt und treten ihm oder ihr als Gebote oder Verbote entgegen. Sie sind in dem Sinne Orientierungshilfen für die Einzelnen in der Gesellschaft, da sie regeln, was jeder tun und lassen darf. Durch sie lernt der einzelne Mensch zu unterscheiden, was ihm persönlich wertvoll erscheint und was er als wertvoll betrachten soll. Die gesellschaftlichen Werte, die kulturell bestimmt sind, gehen den persönlichen Werten dabei voraus (S. 34-35).

Zu den Instrumenten, welche Menschen sozialisieren, gehören neben den Werten auch die Normen. Trotzdem sind Normen von Werten zu unterscheiden. Schmid (2011) hält fest, dass die Norm in ethischer Hinsicht eine Handlungsanleitung ist, die von verschiedenen Werten gestützt werden kann und die diese Werte in der Handlung konkretisiert. Normen sind in diesem Sinne allgemeingültige Verhaltensregeln, die Werte konkretisieren, diese also verwirklichen. Auf der Ebene der Gesellschaft werden Normen in Gestalt von Gesetzen, Vorschriften und Geboten bzw. Verboten umgesetzt. Sie dienen dabei der Ordnung des Miteinanders der Gesellschaftsmitglieder (S. 35).

Bei der Bewertung, ob eine Behandlung ohne Zustimmung in der Psychiatrie aus Sicht der Sozialen Arbeit als legitim betrachtet werden soll, treffen verschiedene Wertansprüche aufeinander und führen so zu einem Dilemma. Wie bereits im Kapitel 4.1.3 erläutert, ist es bei solchen Bewertungen wichtig, dass sich die Fachpersonen der Sozialen Arbeit von ihren Werten aus dem Werte-Gebäude der Sozialen Arbeit leiten lassen.

4.2.2 Das Werte-Gebäude der Sozialen Arbeit und die Zwangsbehandlung

Beim Wertewissen der Sozialen Arbeit ist vom gegenstandstheoretischen Kernbereich auszugehen (Schmocker, 2016, S. 155). Die IFSW/IASSW-Definition von Sozialer Arbeit beschreibt für die Soziale Arbeit zentrale Eckwerte. Diese Eckwerte sind nach Schmocker (2019) wie folgt definiert und begründet (S. 125-126):

- Die Prinzipien der *Menschenrechte* und die *Anerkennung der Verschiedenheiten* sind bedeutend, wenn gesellschaftliche Veränderung und Entwicklung gefördert werden soll.

- Die Prinzipien der *sozialen Gerechtigkeit* und der *gemeinschaftlichen Verantwortung* sind ausschlaggebend für die Förderung des sozialen Zusammenhaltes.
- Die *Menschenwürde* ist richtungsweisend bei der Förderung der Ermächtigung und Befreiung von Menschen.

Anders gesagt ist das Werte-Gebäude der Sozialen Arbeit nach Schmocker (2019) durch die Menschenwürde fundiert. Dabei wird sie von zwei Säulen, den Prinzipien der Menschenrechte einerseits und der sozialen Gerechtigkeit andererseits, getragen. Diese werden ihrerseits durch das Prinzip der Anerkennung der Verschiedenheit bzw. durch das Prinzip der gemeinschaftlichen Verantwortung verstärkt (S. 126).

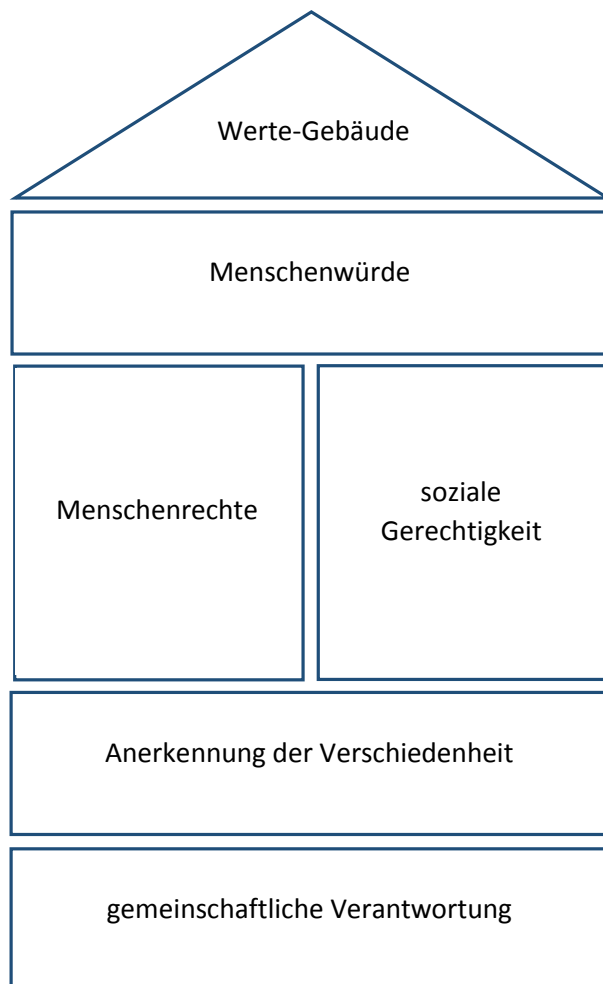


Abbildung 5: Das Werte-Gebäude (eigene Darstellung)

In den folgenden Unterkapiteln werden nun die fünf zentralen Werte aus dem Werte-Gebäude beschrieben, in Bezug auf die Massnahme der Behandlung ohne Zustimmung erwogen und abschliessend zusammengefasst.

4.2.2.1 Menschenwürde

Nach Schmocker (2016) ist die Menschenwürde ein universeller Wert, welcher nicht individuell erworben oder erarbeitet werden muss. Die Menschenwürde bezeichnet einen Grad an Qualität, wie die Menschen sich gegenseitig behandeln und miteinander umgehen. Der Begriff geht auf Immanuel Kant zurück, welcher über die *Menschheitswürde* sprach. Aufgrund der Qualität des Umgangs von Menschen entstehen Normen, was der Mensch darf, was er machen soll, was verboten ist usw. Aus diesen Normen wiederum entstehen Rechte und Pflichten, welche beispielsweise in Form der Menschenrechte konkretisiert wurden. Schmocker fasst zusammen, dass es zudem bei der Menschenwürde immer um die Qualität von menschlichem Handeln in zwischenmenschlichen Beziehungen geht (S. 159).

Sonja Hug (2016b) unterscheidet zwischen der kontingenten Würde und der inhärenten Würde, wobei sich die inhärente Würde jeweils auf einen normativen Anspruch bezieht. Die Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten stellt beispielsweise einen solchen normativen Anspruch dar. Die Auffassung der kontingenten Würde ist es, dass das Verhalten der einzelnen Personen ihnen selbst Würde zuspricht oder abspricht. Die kontingente Würde ist somit eine Leistung, welche von Menschen selbst erbracht werden muss. Hug kritisiert die kontingente Würde aus Sicht der Sozialen Arbeit jedoch in dem Punkt, da es manchen Menschen aus bestimmten Gründen nicht möglich sein kann, diese Verantwortung für die eigene Würde zu tragen (S. 168-170). Nach Hug (2016b) kann Menschenwürde weder aberkannt oder veräussert werden, Menschenwürde kann niemand verlieren. Auch durch ein bestimmtes Verhalten kann Menschenwürde nicht verloren gehen. Der Menschenwürde wird jemand somit nicht beraubt, sondern jemand kann in seiner Menschenwürde verletzt werden (S. 170).

Durch die Verletzung der Menschenwürde wird allen Menschen den ihnen gleichen Anspruch der physischen, psychischen und sozialen Grundlage des Lebens und der grundsätzlichen Verwundbarkeit entzogen (Schmocker, 2016, S. 159). Oder anders formuliert; es werden «die Lebens-, Freiheits- und Gerechtigkeitsbedürfnisse aller Menschen» verletzt, missbraucht oder missachtet (ebd.). Wenn dies der Fall ist, so ist es gemäss Hug (2016b) die Aufgabe der Sozialen Arbeit, die Menschenwürde als wichtigen ethischen Grundsatz hochzuhalten (S. 171).

Im oberen Abschnitt wurde bereits darauf eingegangen, dass gemäss Hug die Menschenwürde niemandem aberkannt werden kann. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass auch ein bestimmtes Verhalten nicht ausreicht, um die Menschenwürde zu verlieren. In Bezug auf die Behandlung ohne Zustimmung heisst das, dass sich die betroffene Person, unabhängig davon wie sie sich verhält, nicht ihrer Menschenwürde entledigt. Dies wiederum bedeutet, dass selbst dann die Menschenwürde dieser Person respektiert werden muss und auch nicht verletzt werden darf.

Wie bereits erläutert, kann gemäss Hug zwischen der kontingenten und der inhärenten Würde unterschieden werden. Hug geht drauf ein, dass es in individuellen Situationen möglich sein kann, dass die inhärente Würde nicht tangiert wird, die kontingente Würde jedoch verletzt wird. Wie schon beschrieben, ist die medizinische Behandlung gegen den Willen einer Person in der Schweiz legal. Die inhärente Würde der betroffenen Person wird somit grundsätzlich nicht verletzt. Es kann jedoch sein, dass die betroffene Person die Behandlung ohne Zustimmung trotzdem als Verletzung der eigenen Menschenwürde auffasst. Nach Hug (2016b) ergibt sich daraus für die Soziale Arbeit eine weitere Aufgabe. Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind nicht nur verpflichtet, sich für die Einhaltung der inhärenten Würde betroffener Personen einzusetzen, sondern sich auch um die Wiederherstellung der kontingenten Würde zu sorgen (S. 172).

Daraus lässt sich schliessen, dass selbst wenn die Behandlung ohne Zustimmung aus Sicht der inhärenten Würde keine Verletzung darstellt, sie noch immer eine Verletzung der kontingenten Würde darstellen kann. Wird dies von der betroffenen Person so erlebt, muss sich die Soziale Arbeit damit befassen und sich für die Wiederherstellung der Menschenwürde einsetzen. Jedoch kann es auch sein, dass eine Behandlung ohne Zustimmung als Instrument zur Wiederherstellung der Menschenwürde dient. Wenn eine Person aufgrund ihrer psychischen Störung derart in der Interaktion und Kooperation gestört ist, sodass auch die Menschenwürde damit verletzt wird, kann die Behandlung ohne Zustimmung der richtige Weg sein, um die Wiederherstellung der Menschenwürde zu erreichen.

4.2.2.2 Menschenrechte

Nach Schmocker (2016) sind die Menschenrechte ein Regelwerk, welches vor die staatliche Rechtsprechung greift und helfen soll, strukturellen Machtmissbrauch sowie staatliche Willkür einzudämmen (S. 153). Gülcan Akkaya (2015) erklärt, dass es sich bei den Menschenrechten um völkerrechtliche Garantien handelt. Mittels der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte kann jede Bürgerin und jeder Bürger eines Landes, sofern dieses diese gesetzliche Vorgabe garantiert, Rechtsansprüche gegenüber dem Staat geltend machen. Jedem Menschen soll damit die Möglichkeit zur Entfaltung und Partizipation zugesichert werden, um frei, gleich und sicher leben zu können (S. 18). Jedoch gelten die Menschenrechte nicht absolut, Eingriffe sind unter klaren Voraussetzungen möglich (Akkaya, 2015, S. 24-25).

Für die Soziale Arbeit sind die Menschenrechte sehr bedeutsam, vor allem die Prinzipien der Menschenrechte (Schmocker, 2016, S. 153). Durch die Menschenrechte werden besonders verletzbare Gruppen und Individuen geschützt (ebd.). Schmocker (2016) führt weiter aus, dass die Menschenrechte für die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession einerseits eine Legitimierung für die Tätigkeit schaffen, andererseits aber auch Pflichten nach sich ziehen. So ist es die moralische Pflicht der Sozialen Arbeit, beständig und in der Öffentlichkeit die Umsetzung der Menschenrechte

einzufordern (S. 154). Dieselbe Aussage findet sich in Berufskodex, wo festgelegt ist, dass sich die Fachpersonen der Sozialen Arbeit unter anderem für die Wahrung der Menschenrechte einsetzen müssen (AvenirSocial, 2010, S. 13). Die Menschenrechte werden für die Profession der Sozialen Arbeit mit dem dritten Mandat verknüpft. (Schmocker, 2016, S. 149). Auf genauere Ausführungen zum dritten Mandat wird auf das Kapitel 3.2.5 verwiesen.

Die Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten besagt unter Artikel 1, Abs. 1, dass jede Person ein Anrecht auf Freiheit und Sicherheit hat. Diese Freiheit und Sicherheit können jedoch unter genau festgelegten Umständen entzogen werden. Lit. e des ersten Absatzes besagt, dass ein Freiheitsentzug rechtmässig sein kann, wenn es sich dabei unter anderem um psychisch erkrankte Personen handelt. Mit dieser Information kann daraus geschlossen werden, dass bereits in einem fundamentalen Gesetz wie der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten der Freiheitsentzug von psychisch erkrankten Personen legitimiert wird. Im ersten Abschnitt dieses Unterkapitels wird darauf eingegangen, dass ein Ziel der Menschenrechte ist, besonders verletzbare Gruppen und Individuen zu schützen. Es kann sich somit die Frage stellen, ob eine psychisch kranke Person ebenfalls als besonders verletzlich gilt. Somit wäre hier ein Widerspruch von Ziel der Menschenrechte zu den tatsächlich niedergeschriebenen Rechten zu finden.

Die Aussage von Rooney (vgl. Kapitel 2.4.3) wird durch Silvia Staub-Bernasconi (2006) gestützt, indem sie besagt, dass die Soziale Arbeit zwischen den Punkten Legalität, also Gesetzeskonformität und Legitimität zu unterscheiden hat (S. 285). Wie bereits erläutert, ist die Behandlung ohne Zustimmung in Bezug auf die Menschenrechte gesetzeskonform. Die Gesetzeskonformität der Behandlung ohne Zustimmung wird in dieser Bachelor-Arbeit nicht hinterfragt. Es gilt jedoch, die Behandlung ohne Zustimmung aus professionsethischer Sicht zu beleuchten.

4.2.2.3 Soziale Gerechtigkeit

Nach Schmocker (2011) beinhaltet der Begriff soziale Gerechtigkeit eine Handlungsnorm. Diese Handlungsnorm führt zu einer vernünftigen und fairen Gestaltung des sozialen Lebens (S. 45). Konkret bedeutet dies, eine auf die Realität heruntergebrochene Leitvorstellung des *guten Zusammenlebens* in Form von Verfassungen, Gesetzen und Verordnungen. Wichtig ist bei der Gerechtigkeit die Vorstellung von der Gleichheit der Individuen. Diese zeichnet sich durch die gesellschaftliche Zu- oder Aberkennung von Teilhabe und Teilnahme und von Rechten und Pflichten ab. Folglich bedeutet Gerechtigkeit, dass man anderen Menschen dieselben Rechte zuschreibt, welche einem auch selbst zukommen (ebd). Die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit sind für die Soziale Arbeit ein Eckpfeiler ihres Fundaments (vgl. Abbildung 5, das Werte-Gebäude). Dies weil ihr grundlegender Anspruch der eines jeden Menschen auf sein *Mensch-Sein* als *Mensch-in-Gesellschaft* ist (Schmocker, 2011, S. 45). Das bedeutet einerseits, dass jeder Mensch ein moralisches Recht auf soziale Bedingungen hat, die

eine Befriedigung seiner Bedürfnisse ermöglichen, damit dieser Wohlbefinden erreichen kann. Andererseits bedeutet es, dass jeder Mensch eine moralische Pflicht hat, dazu beizutragen, dass jeder andere Mensch in eben genannten sozialen Bedingungen leben kann (ebd.). Damit nimmt dieses Prinzip der sozialen Gerechtigkeit wieder Bezug auf das Ethos der Sozialen Arbeit, welches im Kapitel 4.1.3 erläutert wurde. Die Herstellung von sozialer Gerechtigkeit ist gemäss Schmocker (2011) somit der Kern des Auftrags der Sozialen Arbeit. Wenn jeder Mensch als Gleicher betrachtet wird und jedem Menschen das gegeben wird, was ihm als Gleichen zukommt, gilt ein soziales System als gerecht. Mit anderen Worten gilt ein soziales System dann als sozial gerecht, wenn es sicherstellt, dass jedem Menschen, unabhängig von seiner individuellen Ausstattung oder seinen Leistungen, für die Befriedigung seiner Bedürfnisse die dazu nötigen Mittel zur Verfügung stehen (S. 45). Das *gute Leben* besteht darin, dass alle Menschen ihre menschlichen Fähigkeiten entfalten können (Schmocker, 2016, S. 160). Diese Idee des *guten Lebens* funktioniert allerdings nur unter der Voraussetzung der gegenseitigen Anerkennung und auf der Basis der Achtung und Selbstachtung (Schmocker, 2019, S. 126). Eine gerechte Gesellschaft soll also jedem Menschen zu einem *guten Leben* verhelfen (Schmocker, 2016, S. 160).

Kann nun die Massnahme der Behandlung ohne Zustimmung mit dem für die Soziale Arbeit zentralen Wert der sozialen Gerechtigkeit vereinbart werden?

Wie bereits im Kapitel 3.1.1 erläutert, sind psychische Beeinträchtigungen massgebliche Ursachen für gesellschaftliche Exklusion. Durch gesellschaftliche Exklusion sind betroffene Menschen nicht mehr fähig, ihre bio-psycho-sozialen Bedürfnisse zu befriedigen, denn dafür sind sie von der Gesellschaft abhängig (vgl. Kapitel 3.2.2 und 3.2.3). Gemäss den Erläuterungen von oben hat aber jeder Mensch ein moralisches Recht auf soziale Bedingungen, die eine Befriedigung seiner bio-psycho-sozialen Bedürfnisse ermöglichen. Wenn also den betroffenen Menschen in der Psychiatrie durch Behandlung ohne Zustimmung zu einer verbesserten Teilhabe oder Teilnahme am gesellschaftlichen Leben verholfen werden kann und betroffene Menschen dadurch ihre bio-psycho-sozialen Bedürfnisse (wieder) befriedigen können, kann die Behandlung ohne Zustimmung aus Sicht der Sozialen Arbeit im Hinblick auf die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit legitimiert werden. Die Behandlung ohne Zustimmung kann dieser Ansicht ein nötiges Mittel sein, welches ein soziales System zur Verfügung stellt, damit Menschen ihre bio-psycho-sozialen Bedürfnisse in der Gesellschaft wieder befriedigen können.

Wie im Kapitel 2.4.2 erläutert, kann nach Studien eine Behandlung ohne Zustimmung zu mehr Autonomie der Klientinnen und Klienten führen. Ein Mensch könnte also mittels einer Behandlung ohne Zustimmung anschliessend wieder selbstbestimmter leben.

Gegen eine Behandlung ohne Zustimmung kann sprechen, dass einem Menschen die Selbstbestimmung entzogen wird, da er gegen seinen Willen behandelt wird. Selbstbestimmung bedeutet

gemäss AvenirSocial (2010), im Hinblick auf das Wohlbefinden die eigene Wahl und Entscheidung zu treffen. Sie genießt in der Sozialen Arbeit die höchste Achtung, vorausgesetzt, es gefährdet weder sie noch die Rechte und legitimen Interessen anderer (S. 8). Falls ein Mensch durch sein Verhalten weder seine Rechte noch die Rechte und legitimen Interessen anderer gefährdet und es durch eine Fehleinschätzung aus ärztlicher Sicht trotzdem zu einer Behandlung ohne Zustimmung führt, wird seine Gleichheit in der Gesellschaft nicht mehr gewährleistet, da seine Freiheitsrechte, die er als Gleicher hat, ungerechtfertigterweise eingeschränkt werden. Dies wäre dann sozial nicht gerecht und würde gegen eine Behandlung ohne Zustimmung sprechen.

4.2.2.4 Anerkennung der Verschiedenheit

Ursprünglich basiert die Idee, Verschiedenheiten anzuerkennen auf dem Prinzip des *Mensch-Seins* (Schmocker, 2016, S. 161). Die Bedingungen des *Mensch-Seins* meint, dass alle Menschen dieselben bio-psycho-sozialen Bedürfnisse haben. Dabei sind *alle* Menschen zwingend auf andere Menschen angewiesen (vgl. Kapitel 3.2.3). Die Betonung auf den Wortlaut alle Menschen begründet sich damit, dass in der Befriedigung dieser Bedürfnisse alle Menschen gleich sind und sich so das Prinzip der Gleichheit begründen lässt (Schmocker, 2016, S. 161). Obwohl Schmocker aussagt, dass alle Menschen gleich sind, gibt es auf der Basis dieser Gleichheit Verschiedenheit. Jeder einzelne Mensch, welcher zu allen Menschen gehört, ist einzigartig und grenzt sich damit von allen Menschen ab. Mit dieser Basis kann das Prinzip der Verschiedenheit erklärt werden (ebd.).

Würde keine Gleichheit vorhanden sein, so gäbe es keine Kooperation und keine Verständigung (Schmocker, 2016, S. 162). Fehlte jedoch die Verschiedenheit, so müsste nicht miteinander kooperiert werden und man müsste sich nicht miteinander verständigen. «Für Menschen sei es existenziell, dass sie sowohl Gleiche und gleichzeitig auch Unterschiedene sind», erläutert Schmocker weiter (ebd.).

In dem Prinzip der Anerkennung von Verschiedenheiten findet sich gemäss Schmocker (2016) eine Aufgabe resp. Legitimierung für die Soziale Arbeit. Sind Interaktions- und Kooperationsbeziehungen zwischen Menschen vorhanden, welche Grunddifferenzen zwischen diesen Menschen offenbaren, werden fürsorgliche, vormundschaftliche oder erziehende Beziehungen gefordert (S. 162). Daraus kann abgeleitet werden, dass wenn eine Person an einer psychischen Störung leidet, es möglich ist, dass eine solche Grunddifferenz zwischen Menschen vorliegt. Ist jemand an einer psychischen Störung erkrankt, kann es sein, dass die Interaktion und Kooperation beeinträchtigt ist. In diesem Fall ist es eine Aufgabe der Sozialen Arbeit, diese Interaktions- und Kommunikationsstörungen zu beheben oder die betroffene Person dabei zu unterstützen. Die von Schmocker genannte fürsorgliche Beziehung lässt sich auf die Behandlung ohne Zustimmung überwälzen. Kommt es zu einer Behandlung ohne Zustimmung, so ist die betroffene Person derart in ihrer eigenen Interaktion und Kommunikation beeinträchtigt, dass es einer sogenannten Zwangsbehandlung bedarf. Wie im Kapitel 2.1 bereits

ausführlich erläutert wurde, ist die Behandlung ohne Zustimmung juristisch klar festgelegt und kann nicht leichtfertig vorgenommen werden.

4.2.2.5 Gemeinschaftliche Verantwortung

Gemäss Schmocker (2016) haben Menschen für die Gemeinschaft die Verantwortung zu übernehmen, weil ihre eigene Bedürfnisbefriedigung von einer gerechten Gemeinschaft abhängt. Das bedeutet, dass Menschen sich um die Gemeinschaft zu kümmern und sich um das Wohl anderer Menschen zu sorgen haben (S. 160). Nach Schmocker (2016) verlangen die Prinzipien der gemeinschaftlichen Verantwortung Menschen als Individuen in konkreten sozialen Umfeldern zu verstehen (S. 161). Allein durch die Zugehörigkeit zu einem sozialen Umfeld tragen Menschen eine Mitverantwortlichkeit. Jede menschliche Handlung hat eine Auswirkung auf andere Menschen und auf ihre sozialen Umfelder. Ohne *Schuld* zu handeln geht nicht, denn jede Handlung hat eine Verursacherin oder einen Verursacher und damit eine Wirkung und Folgen. Bei gemeinsamem Handeln wird diese *Schuld* gemeinschaftlich getragen. Folglich gehört zu den herausfordernden Aufgaben von Menschen, dass die blossе Zugehörigkeit zu ihrem sozialen Umfeld sie mitverantwortlich für die *Taten* ihrer sozialen Umfelder macht (ebd.).

Die Klinische Soziale Arbeit gehört wie bereits im Kapitel 3.1.1 beschrieben, zum interprofessionell zusammengesetzten Behandlungsteam in einer Psychiatrie. Betrachtet man die Psychiatrie als soziales Umfeld, so ist die Klinische Soziale Arbeit diesem sozialen Umfeld zugehörig. Die Klinische Soziale Arbeit trägt damit bei Handlungen seitens der Psychiatrie eine Mitverantwortlichkeit. Das heisst, die Klinische Soziale Arbeit muss die Verantwortung für die Handlungsfolgen seitens der Psychiatrie mitübernehmen. Wie bereits im Kapitel 2.1 erläutert, besteht die Möglichkeit, eine Behandlung ohne die Zustimmung durchzuführen, wenn eine psychisch erkrankte Person der Behandlung nicht zustimmt oder sie urteilsunfähig ist. Falls sich die Notwendigkeit einer Behandlung ohne Zustimmung abzeichnet, so muss die Chefärztin oder der Chefarzt eine schriftliche Anordnung verfassen. Daraus ist zu entnehmen, dass ausschliesslich Chefärztinnen oder Chefarzte ermächtigt sind, eine Behandlung ohne Zustimmung zu veranlassen. Nach Giovanni Maio (2005) zeigen psychiatriehistorische Beispiele, dass in der Vergangenheit die Psychiatrie als Disziplinierungsinstanz missbraucht wurde (S. 160). Marietta Meier (2005) zeigt anhand eines Beispiels aus der Vergangenheit das asymmetrische Machtverhältnis zwischen Klientel und Ärzteschaft und das damit zusammenhängende hohe Risiko der Missbrauchsgefahr auf: Ein Patient der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich richtete im Jahr 1949 eine Beschwerde an die kantonale Gesundheitsdirektion. Der Patient kritisierte, dass das Klagen über die Behandlung in der Anstalt bestraft wurde und dass man bei ihm aus diesem Grund gegen seinen Willen Schlafkuren durchgeführt habe. Der zuständige Oberarzt bezeichnete den Patienten in seiner

Stellungnahme als einen bevormundeten haltlosen Psychopathen, der an pathologischen Erregungszuständen leide, weshalb wiederholt Schlafkuren nötig gewesen seien. Der Patient erlebte die Schlafkuren als Strafe, er fand, ihm sei Gewalt und Unrecht angetan worden. Der Arzt hingegen erklärte sowohl die Beschwerde als auch die durchgeführten Massnahmen mit der Krankheit des Patienten und verstand die Schlafkuren als therapeutische Massnahme. Das Beispiel zeigt zwei unterschiedliche Perspektiven auf dieselben Ereignisse und illustriert die Problematik eines asymmetrischen Machtverhältnisses in einer Psychiatrie (S. 69).

Im Hinblick auf die Problematik des Machtmissbrauchs und die prägenden Auswirkungen der Behandlung ohne Zustimmung auf Betroffene (vgl. Kapitel 2.4.2) scheint es legitim, dass der Entscheid, ob eine Behandlung ohne Zustimmung angewendet werden soll oder nicht, zum Wohle der Betroffenen interprofessionell gefällt wird. Da sich die Klinische Soziale Arbeit als Teil des interprofessionell zusammengesetzten Behandlungsteams versteht, findet sich hier erneut die Legitimierung für das Mitwirken bei einer solchen, für den Betroffenen äusserst einschneidenden Entscheidung. Somit würde auch dem für die Soziale Arbeit zentralen Wert der gemeinschaftlichen Verantwortung Rechnung getragen werden, denn wie in diesem Unterkapitel erläutert, macht die blosser Zugehörigkeit zu einem sozialen Umfeld Fachpersonen mitverantwortlich für die *Taten* des sozialen Umfeldes.

4.3 Zusammenfassung des Kapitels

Im Kapitel vier wurde die Behandlung ohne Zustimmung aus professionsethischer Sicht und anhand von zentralen Werten aus dem Werte-Gebäude der Sozialen Arbeit analysiert. Es war das Ziel, die Behandlung ohne Zustimmung anhand von zentralen Werten der Sozialen Arbeit zu bewerten. Damit wurde auch die Fragestellung, wie die Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB aus professionsethischer Sicht bewertet werden kann, beantwortet. Dabei zeichneten sich zusammenfassend folgende Schlüsselerkenntnisse ab:

Die Menschenwürde bezeichnet die Qualität, wie die Menschen miteinander umgehen und sich gegenseitig behandeln, ohne dass sie diesen Anspruch auf Menschenwürde erarbeiten müssen oder verlieren könnten. Die Soziale Arbeit hat die Aufgabe, die Menschenwürde als wichtigen ethischen Grundsatz hochzuhalten und sich für Menschen, welche in ihrer Menschenwürde verletzt wurden, einzusetzen. Weder durch das Verhalten einer psychisch erkrankten Person noch durch die allenfalls anschliessend notwendige Behandlung ohne Zustimmung kann die Menschenwürde entzogen werden. Jedoch besteht die Möglichkeit, dass sich eine psychisch erkrankte Person aufgrund des Verhaltens selbst in der eigenen Menschenwürde verletzt oder die Behandlung ohne Zustimmung als Verletzung der Menschenwürde wahrgenommen werden kann. Ist dies der Fall, ist es die Aufgabe der Sozialen

Arbeit, sich dafür einzusetzen, dass die Menschenwürde der betroffenen Person wiederhergestellt werden kann.

Menschenrechte schützen den einzelnen Menschen, vor allem besonders verletzbare Menschen, vor dem Staat und allfälliger Willkür oder allfälligem Machtmissbrauch. Die Behandlung ohne Zustimmung wird in dieser Bachelor-Arbeit nicht aus gesetzlicher, jedoch aber aus professionsethischer Sicht hinterfragt. Aufgrund des dritten Mandats hat die Klinische Soziale Arbeit die Aufgabe, für die Menschenrechte einer Person, welche von einer Zwangsbehandlung betroffen ist, einzustehen.

Betrachtet man den Wert der sozialen Gerechtigkeit, so kann die Behandlung ohne Zustimmung mit diesem Wert legitimiert werden. Wird ein Mensch durch eine Fehleinschätzung aus ärztlicher Sicht trotzdem zwangsbehandelt, so wird seine Gleichheit in der Gesellschaft nicht mehr gewährleistet, da seine Freiheitsrechte, die er als Gleicher hat, unbegründet eingeschränkt werden. Dies wäre dann sozial nicht gerecht und würde gegen eine Behandlung ohne Zustimmung sprechen.

Alle Menschen sollen gleichbehandelt werden, da alle Menschen die gleichen bio-psycho-sozialen Bedürfnisse aufweisen. Da jedoch jeder Mensch einzigartig ist, grenzt er sich von *allen* Menschen ab. So sind zwar alle Menschen gleich und trotzdem sind sie alle verschieden. Mittels dieser gleichen Aspekte aller Menschen entsteht eine Basis, aufgrund welcher interagiert und kooperiert wird. Sind die Interaktion und Kooperation aufgrund einer psychischen Störung eingeschränkt, hat sich die Soziale Arbeit für die betroffene Person einzusetzen.

Im Hinblick auf das hohe Risiko des Machtmissbrauches zwischen Ärzteschaft und Klientel und den schwerwiegenden Auswirkungen der Behandlung ohne Zustimmung auf die Klientel sollte der Entscheidung, ob eine Zwangsbehandlung angewendet werden soll oder nicht, interprofessionell gefällt werden. Somit würde auch dem für die Soziale Arbeit zentralen Wert der gemeinschaftlichen Verantwortung Rechnung getragen.

5 Exkurs: Ethik in der Medizin

Bei einer Zwangsbehandlung einer psychisch erkrankten Person sind immer verschiedene Professionen beteiligt (Harald Dressing & Hans Joachim Salize, 2005, S. 140). Dabei verfolgen die unterschiedlichen Berufsgruppen teils auch unterschiedliche Ziele (ebd.). Wie auch in der Sozialen Arbeit gibt es im medizinischen Kontext eine eigene Ethik. Nach Hug (2016a) wird dabei von Medizinethik gesprochen (S. 310). Da die Behandlung ohne Zustimmung in erster Linie im medizinischen Kontext stattfindet, erscheint es sinnvoll, im kommenden Abschnitt die Medizinethik zu beleuchten, um im nächsten Kapitel den Vergleich zwischen der Ethik der Klinischen Sozialen Arbeit und der Medizinethik zu machen.

Nach Büchler und Michel (2014) haben Tom Beauchamp und James Childress die heutige Medizinethik massgebend geprägt (S. 215). Von Beauchamp und Childress wurden folgende vier Prinzipien entwickelt, welche in ethischen Dilemmata helfen sollen, eine Entscheidung zu treffen (Büchler & Michel, 2014, S. 216). Die vier Prinzipien stehen nicht hierarchisch zueinander, sondern sie sind gleichberechtigt zu berücksichtigen (ebd.).

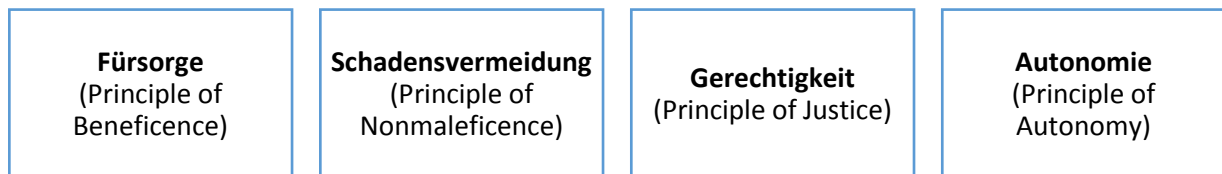


Abbildung 6: Prinzipien der Medizinethik (eigene Darstellung)

Anton Schlittmaier (2014) erläutert, dass es sich bei den vier Prinzipien um moralische Grundprinzipien handelt, welche in unserer Kultur allgemein vertreten werden. Weiter zeigt er auf, dass die vier Prinzipien bei konkreten Fallsituationen angewendet würden. So kann es sein, dass je nach Fallsituation der Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge liegt. Nur der spezifische Einzelfall kann dann eine Hierarchie zwischen den vier Prinzipien festlegen. Eine Hierarchisierung ist, wie oben bereits erwähnt, nicht pauschal möglich (S. 54).

In der Schweiz haben sich verschiedene Publikationen zu diversen Themen der SAMW durchgesetzt und sie geniessen grosse Akzeptanz und Anerkennung (Büchler & Michel, 2014, S. 218). Die SAMW (2018) hat unter anderem medizinethische Richtlinien definiert, welche den Fokus auf Zwangsmassnahmen legen. Ein Ziel dieser SAMW-Richtlinien ist es, aufzuzeigen, dass trotz genauer Vorgaben und rechtlichen Verankerungen die Zwangsmassnahme einen grossen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der betroffenen Person darstellt (S. 5).

In den kommenden Unterkapiteln werden die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress erläutert, mit der Zwangsbehandlung in Verbindung gebracht und abschliessend zusammengefasst. Das gesamte Kapitel dient dem Kapitel 6, wo der Vergleich zwischen der Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit und der Medizin gezogen wird. Dabei werden nicht die Begriffe Klientin oder Klient genutzt, sondern wie in der Medizin oft anzutreffen, die Begriffe Patientin resp. Patient.

5.1 Prinzip der Fürsorge

Gemäss Tom Beauchamp und James Childress (2013) gilt es als moralisch wichtiges Merkmal, das Wohlergehen einer Person zu fördern. Für das Wohlergehen einer Person zu sorgen, versteht sich dabei als Prinzip der Fürsorge. Welfare, wie es von Beauchamp und Childress genannt wird, meint dabei nicht nur eine aktive Handlung von medizinischem Fachpersonal. Das Erreichen von Wohlergehen einer Patientin resp. eines Patienten gilt als Ziel der Medizin, als Grundprinzip sowie auch als Begründung für die Arbeit der medizinischen Profession. Beauchamp und Childress bezeichnen das Prinzip der Fürsorge gar als Pflicht für medizinisches Fachpersonal (S. 202-203).

Das Prinzip der Fürsorge löst sich nach Beauchamp und Childress (2013) dabei von Erwartungen an das Gegenüber ab. Es geht somit nicht darum, dass das medizinische Fachpersonal das Prinzip der Fürsorge nur zu wahren hat, wenn sich die Patientin resp. der Patient auf eine bestimmte Art und Weise verhält oder Anforderungen entsprechen kann. Vielmehr geht es darum, in jeder Situation und auch mit schwierigen Patientinnen und Patienten das Prinzip der Fürsorge als eines der wichtigsten Prinzipien hochzuhalten und zu versuchen, dieses umzusetzen (S. 205).

Wird das Prinzip der Fürsorge nun auf die Behandlung ohne Zustimmung bezogen, spricht der Gedanke des Wohlergehens einer Patientin resp. eines Patienten für eine Zwangsbehandlung. Insbesondere wenn berücksichtigt wird, dass die betroffene Person zum Zeitpunkt der Behandlung ohne Zustimmung in Bezug auf eben diese nicht mehr urteilsfähig ist, kann es die Pflicht von medizinischem Fachpersonal sein, das Wohlergehen der betroffenen Person sicherzustellen. Das Mittel dazu kann die Behandlung ohne Zustimmung sein, wenn keine mildere Massnahme durchsetzbar ist.

5.2 Prinzip der Schadensvermeidung

Das Prinzip der Schadensvermeidung hat nach Beauchamp und Childress (2013) in erster Linie das Ziel, medizinisches Fachpersonal davon abzuhalten, einer Patientin resp. einem Patienten Schaden zuzufügen. In der Medizinethik wird dieses Prinzip gleichgestellt mit der Maxime *Primum non nocere*, welches besagt, dass die Verhinderung von Schadenszufügung an oberster Stelle steht (S. 150).

Je nach Situation kann es für medizinisches Fachpersonal in Bezug auf das Prinzip der Schadensvermeidung einfacher sein, einer Person nicht zu schaden, als ihr schadensfrei zu helfen (Beauchamp & Childress, 2013, S. 151). Wenn einer Patientin oder einem Patienten ein kleiner Schaden zugeführt

wird, damit jedoch ein grosser Vorteil in Bezug auf die Gesundheit der betroffenen Person hervorgeht, ist das Prinzip der Schadensvermeidung zwar nicht mehr erfüllt, jedoch geht das Prinzip Fürsorge vor. Beauchamp und Childress nehmen als Beispiel dafür die Behandlung mittels einer Spritze. Erleidet die Patientin resp. der Patient aufgrund der Spritze eine Schwellung an der Einstichstelle, so ist der Person Schaden zugefügt worden. Hat die Behandlung mittels dieser Spritze der Person jedoch das Leben gerettet oder stark positiv beeinflusst, so ist dieser verhältnismässig kleine Schaden in Kauf zu nehmen für das prioritäre Wohlergehen der Patientin resp. des Patienten (ebd.).

Wenn eine Person einer Behandlung ohne Zustimmung unterzogen wird, kann davon ausgegangen werden, dass dieser Person ein Schaden zugefügt wird. Dabei ist es unwichtig, ob dieser Schaden die betroffene Person psychisch oder physisch betrifft und ob der Schaden längerfristige Auswirkungen hat oder nur als schädigend im Moment der Durchführung der Zwangsbehandlung wirkt. Zentral ist, dass die Person gegen ihren Willen behandelt wird. Wird, ohne auf die anderen drei Prinzipien nach Beauchamp und Childress Rücksicht zu nehmen, auf das Prinzip der Schadensvermeidung Bezug genommen, kann eine Behandlung ohne Zustimmung aus medizinethischer Sicht moralisch kaum jemals vertretbar sein.

Beauchamp und Childress (2013) gehen spezifisch auf die Situation von Patientinnen und Patienten ein, welche nicht mehr in der Lage sind, selbst Entscheidungen zu treffen (S. 188). Aus rechtlicher Perspektive der Schweizer Gesetzgebung kann hier von Urteilsunfähigkeit gesprochen werden. Aus medizinethischer Sicht hat medizinisches Fachpersonal in einer solchen Situation eine Haltung einzunehmen, welche für die betroffene Person und deren Angehörigen am adäquatesten erscheint. Die beste Haltung dabei ist demnach, die involvierten Personen in ihrer Entscheidung mit dem Professionswissen zu unterstützen. Solche Situationen können sich für medizinisches Fachpersonal (emotional) herausfordernd darstellen, wobei eine Ethikkommission Unterstützung bieten kann (Beauchamp & Childress, 2013, S. 191-192). Tilman Steinert und Jochen Vollmann (2017) weisen auf die Gefahr hin, dass ein Schaden der Patientin resp. des Patienten nicht nur mit der Behandlung ohne Zustimmung möglich sein kann, sondern auch in Bezug auf die Dauer dieser Behandlung. Eine Behandlung mittels Psychopharmaka, welches oftmals bei einer Behandlung ohne Zustimmung verwendet wird, kann längerfristig starke Nebenwirkungen mit sich bringen. Nebst den physischen Nebenwirkungen können auch psychische Nebenwirkungen durch mögliche Traumatisierungen auftreten (S. 66-67).

5.3 Prinzip der Gerechtigkeit

Beauchamp und Childress (2013) beschreiben in ihren Ausführungen zum Prinzip der Gerechtigkeit sechs verschiedene Theorien und beziehen sich dabei häufig auf gesetzliche Vorgaben, welche sich auf das Thema Gerechtigkeit beziehen (S. 249-262). Weiter wird ausgeführt, dass es kein moralisches

Prinzip gibt, welchem es gelingt, alle Herausforderungen der Gerechtigkeit zusammenzufassen (Beauchamp & Childress, 2013, S. 250).

Das Prinzip der Gerechtigkeit wird von Beauchamp und Childress (2013) unterteilt in die formale Gerechtigkeit (Gleiche sollen gleich behandelt werden, Ungleiche sollen ungleich behandelt werden) und materielle Gerechtigkeit (gerechte und je nach Bedarf verteilte Güter). Hat eine Person ein medizinisches Bedürfnis, welches bei fehlender Befriedigung einen Schaden bei dieser Person anrichtet, kann davon ausgegangen werden, dass bei genannter fehlender Bedürfnisbefriedigung das Prinzip der Gerechtigkeit nicht eingehalten wird. Weiter wird ausgeführt, dass ein Zusammenhang hergestellt werden kann zwischen (fehlender) Bedürfnisbefriedigung und staatlicher Infrastruktur. Demnach trägt der Staat eine Verantwortung, dass die Befriedigung von Bedürfnissen erlangt werden kann, da ansonsten keine Gerechtigkeit herrscht (S. 251). Als Beispiel in Bezug auf die Behandlung ohne Zustimmung kann folgendes Szenario beschrieben werden: Eine psychisch erkrankte Person erleidet einen psychischen Zusammenbruch und benötigt medizinische Hilfe. Lebt die Person an einem Ort, welcher über die nötige Infrastruktur (ausgebildetes Fachpersonal, geeignete Einrichtung etc.) verfügt, kann die Person medizinisch versorgt werden. Fehlt es jedoch an genannter Infrastruktur und kann eine nötige Behandlung ohne Zustimmung nicht durchgeführt werden, ist das Prinzip der Gerechtigkeit nicht eingehalten.

Beauchamp und Childress (2013) berücksichtigen in ihren Erläuterungen, dass das Gesundheitswesen global betrachtet grosse Differenzen aufweist (S. 270). In Bezug auf die Behandlung ohne Zustimmung, welche wie bereits ausführlich in anderen Kapiteln erläutert unter starkem Einfluss von Recht und Gesetzen steht, erscheint es sinnvoll, das Prinzip der Gerechtigkeit aus Sicht des schweizerischen Gesundheitssystems zu betrachten. Die Schweiz verfügt über ein qualitativ gutes Gesundheitssystem, welches über ein dichtes Netz von Ärztinnen und Ärzten und Spitälern verfügt (Sibilla Bondolfi, 2018). Die Kosten hat die Patientin resp. der Patient je nach individueller Krankenversicherung zu einem bestimmten Teil selbst zu bezahlen. Spitäler haben von den Kantonen den Auftrag, die Gesundheitsversorgung sicherzustellen (ebd.). Es darf also davon ausgegangen werden, dass wenn eine Person aufgrund einer psychischen Störung einer Behandlung ohne Zustimmung bedarf, diese auch unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften umgesetzt werden kann und nicht daran scheitern sollte, dass entsprechend qualifiziertes Personal oder die nötige Infrastruktur fehlt.

5.4 Prinzip der Autonomie resp. Selbstbestimmung

Nach Beauchamp und Childress handelt es sich beim vierten Prinzip um das Prinzip der Autonomie, im Englischen *Autonomy*. Hug (2016a, S. 310) sowie Schlittmaier (2014, S. 54) übersetzen den Begriff in ihren deutschsprachigen Werken in *Selbstbestimmung*, weshalb diese beiden Begriffe in dieser Arbeit als Synonyme verwendet werden.

Das Prinzip der Autonomie bezieht sich in erster Linie auf die Freiheit ohne Kontrolle durch Dritte sowie ohne die Einschränkung durch Dritte bei Entscheidungsfindungen (Beauchamp & Childress, 2013, S. 101). Ein autonomes Individuum kann mittels eigenständiger Handlungen ein selbstgewähltes Ziel verfolgen (ebd.). Die medizinethischen Richtlinien der SAMW definieren den Grundsatz der Selbstbestimmung als Leitprinzip für die Arbeit mit Patientinnen und Patienten (SAMW, 2018, S. 13).

Ist eine Person nicht autonom, ist dies dadurch zu erkennen, dass diese Person durch Dritte kontrolliert oder in der freien Entscheidungsfindung in Bezug auf Ziele oder Wünsche beschnitten wird (Beauchamp & Childress, 2013, S. 101-102). Beauchamp und Childress (2013) erläutern, dass eine Person mit einer schweren psychischen Störung aufgrund ebendieser Störung in ihrer Autonomie eingeschränkt ist (S. 102). Wie in oberen Kapiteln erläutert, wird eine Behandlung ohne Zustimmung bei einer Person durchgeführt, welche aufgrund der Schwere ihrer psychischen Erkrankung nicht mehr urteilsfähig ist. Wird nun auf die Definition von Beauchamp und Childress Bezug genommen, kann davon ausgegangen werden, dass die Autonomie einer Person, welche an einer schweren psychischen Störung leidet, immer eingeschränkt ist, unabhängig von einer möglichen Behandlung ohne Zustimmung. Sollte sich abzeichnen, dass eine Zwangsbehandlung notwendig wird, kann aus dieser Definition der Schluss gezogen werden, dass das Prinzip der Autonomie nicht ganz so stark berücksichtigt werden muss, da die Person bereits nicht mehr in Besitz der vollständigen Autonomie ist. Beauchamp und Childress (2013) besagen, dass Autonomie nicht die oberste Priorität hat (S. 101), was diese Überlegung wiederum stützt. Steinert und Vollmann (2017) unterstützen diese Überlegung mittels der Aussage, dass jede Behandlung ohne Zustimmung einen grossen Einschnitt in die Selbstbestimmung der Patientin resp. des Patienten darstellt. Ist jemand jedoch in seiner Urteilsfähigkeit aufgrund der psychischen Störung eingeschränkt, so ist aus medizinethischer Sicht die Behandlung gegen den Willen der betroffenen Person legitimierbar (S. 65). Gemäss der SAMW (2018) hat das medizinische Personal aber selbst dann, wenn die Selbstbestimmung der Patientin oder des Patienten nicht gewährleistet werden kann, auf deren oder dessen Wünsche und Präferenzen Rücksicht zu nehmen (S. 13-14).

5.5 Menschenwürde

Die Menschenwürde ist in der Medizinethik eines der wichtigsten Prinzipien (Büchler & Michel, 2014, S. 222-223). Der Begriffsinhalt der Menschenwürde wird jedoch nicht genauer definiert und es finden sich in der Literatur unterschiedliche Auslegungen des Begriffs. Im europäischen Raum wird wie auch in der Sozialen Arbeit oft auf die Ursprungsdefinition von Kant (vgl. Kapitel 4.2.2.1) Bezug genommen (ebd.).

Begründungen für oder gegen ethische Probleme werden oft mit der Menschenwürde begründet (Jean-Pierre Wils & Ruth Baumann-Hölzle, 2013, S. 76-77). Wils und Baumann-Hölzle (2014) legen sich

jedoch nicht auf eine genaue Definition des Begriffs der Menschenwürde fest. Sigrid Graumann (2014) beschreibt die Menschenwürde mittels des Versuches einer Ärztin oder eines Arztes, der Patientin resp. dem Patienten durch eine Zwangsbehandlung ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen (S. 130). Von Seite der Patientin resp. des Patienten wird genau diese Zwangsbehandlung jedoch oftmals als Einschnitt in die eigene Würde empfunden. Wird der Blickwinkel von den behandelnden Personen beachtet, kann sich die Menschenwürde auf das Wiederreichen von Autonomie oder Unabhängigkeit verstehen. Es zielt also darauf, der Patientin resp. dem Patienten ein Stück Lebensqualität zurückzugeben. In diesem Zusammenhang kann Lebensqualität gemäss Graumann jedoch nur subjektiv beurteilt werden (ebd.).

Graumann (2014) führt weiter aus, dass Menschenwürde dann als missachtet betitelt werden kann, wenn die Patientin resp. der Patient instrumentalisiert wird und seine grundlegenden Rechte für die Interessen Dritter geopfert werden (S. 131). In Bezug auf die Zwangsbehandlung kann somit rückgeschlossen werden, dass es sich dann um eine Missachtung der Menschenwürde handeln würde, wenn die Verhältnismässigkeit nicht mehr übereinstimmt (ebd.).

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass die Achtung der Menschenwürde einerseits dazu verpflichtet, bestimmte Dinge zu unterlassen, falls diese das Wohlergehen der betroffenen Person gefährden und andererseits bestimmte Dinge zu unternehmen, ohne welche das Wohlergehen der betroffenen Person gefährdet wäre (Graumann, 2014, S. 131-132).

5.6 Hauptideen und Schlussfolgerungen der Medizinethik

Im Rahmen der Medizinethik wurde auf die vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress eingegangen sowie auf die Menschenwürde. Diese fünf Begrifflichkeiten wurden dann jeweils in den Kontext der Behandlung ohne Zustimmung gebracht.

In den Ausführungen zur Medizinethik wurden konkrete Prinzipien aufgezeigt, welche eine Behandlung ohne Zustimmung legitimieren oder ablehnen. Es wurde erläutert, dass aufgrund fehlender Urteilsfähigkeit einer Patientin resp. eines Patienten das medizinische Fachpersonal eine Entscheidung (mit-)treffen muss, um die Beschneidung der Selbstbestimmung legitimieren zu können. Jedoch wurde auch aufgezeigt, dass das Grundverständnis der Selbstbestimmung durch eine Behandlung ohne Zustimmung immer eingeschränkt wird und dies grundsätzlich diesem Prinzip widerspricht.

Es ist zu erkennen, dass die Medizinethik zum Thema Behandlung ohne Zustimmung keine klare, einheitliche Haltung einnehmen kann. Dazu bedarf es einerseits einer spezifischen Situation, welche dann bewertet werden könnte. Andererseits befindet sich die Medizin in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Gesundheitssystem, welches wiederum durch die Politik und den Staat geprägt wird.

An dieser Stelle kann keine grundsätzliche, allgemeingültige Legitimierung oder Ablehnung der Behandlung ohne Zustimmung festgehalten werden. Die erläuterten Prinzipien schaffen jedoch die Grundbasis, um im kommenden Kapitel die Medizinethik mit der Ethik der Klinischen Sozialen Arbeit zu vergleichen und somit eine Bewertung für die Klinische Soziale Arbeit in Bezug auf die Behandlung ohne Zustimmung herzuleiten.

6 Vergleich der Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit mit der Medizinethik

Im Kapitel 4 wurde die Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit erläutert. Das Kapitel 5 widmete sich mittels eines Exkurses der Medizinethik. Die Zwangsbehandlung ist stark von Kontext der Medizin und entsprechend durch die Medizinethik geprägt. Mittels dieses Kapitels soll nun versucht werden, die Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit mit der Medizinethik zu vergleichen, um mögliche notwendige Interventionen der Klinischen Sozialen Arbeit in Bezug auf die Behandlung ohne Zustimmung abzuleiten.

6.1 Prinzip der Fürsorge – Menschenwürde

Das Prinzip der Fürsorge zielt drauf ab, dass medizinisches Fachpersonal das Wohlergehen einer Patientin resp. eines Patienten sicherstellen muss, unabhängig davon, wie sich diese Person verhält. Die Menschenwürde schliesst sich aus professionsethischer Sicht der Klinischen Sozialen Arbeit diesem Grundsatz an. Im Kapitel 4.2.2.1 wurde erläutert, dass Menschenwürde nicht vollständig verloren gehen kann. Niemand kann der Menschenwürde beraubt werden, jedoch kann man in der Menschenwürde verletzt werden. Ist die Menschenwürde verletzt, kann davon ausgegangen werden, dass das Wohlergehen der betroffenen Person nicht mehr vollständig vorhanden ist.

Die Behandlung ohne Zustimmung kann helfen, die Verletzung der Menschenwürde aufgrund der psychischen Erkrankung einer Person zu verbessern und damit auch das Wohlergehen wiederherzustellen. Die Medizinethik und die Ethik der Klinischen Sozialen Arbeit gehen in Bezug auf diesen Aspekt Hand in Hand. Es kann daraus geschlossen werden, dass für die beiden Professionen ein interprofessioneller Auftrag entsteht.

6.2 Prinzip der Gerechtigkeit – Anerkennung der Verschiedenheit und soziale Gerechtigkeit

Die im Titel genannten drei Werte resp. Prinzipien behandeln alle denselben Kernpunkt, und zwar die Idee, dass Gleiches gleich behandelt und Ungleiches ungleich behandelt werden sollte. Hier findet sich somit die erste Übereinstimmung zwischen den beiden Professionsethiken.

Wie bereits in den Kapiteln 3.2.2 und 3.2.3 beschrieben, haben alle Menschen dieselben Bedürfnisse, wobei eine Abhängigkeit von anderen Menschen besteht, wenn es darum geht, diese Bedürfnisse zu befriedigen. Das Prinzip, dass alle Menschen die gleichen Bedürfnisse haben, macht sie zur Gleichheit. Die Verschiedenheit basiert darauf, dass jedes einzelne Individuum aus dieser Gleichheit einzigartig ist und sich somit davon abgrenzt. Um die obengenannten Bedürfnisse befriedigen zu können, wird soziale Gerechtigkeit vorausgesetzt. Aus Sicht der Sozialen Arbeit muss jedes Individuum etwas dazu

beitragen, dass Gerechtigkeit existent ist und so das Individuum selbst (von anderen) gerecht behandelt wird. Diese Aussage stimmt mit der Medizinethik überein, welche zwischen der formalen und der materiellen Gerechtigkeit unterscheidet.

Es erscheint an dieser Stelle sinnvoll, von der Zwangsbehandlung in der theoretischen Diskussion wegzukommen und die Praxis genauer zu betrachten. Damit die Behandlung ohne Zustimmung dem Wert resp. Prinzip der Gerechtigkeit entsprechen kann, braucht es entsprechende infrastrukturelle Bedingungen wie beispielsweise genügend und entsprechend ausgebildetes Personal. Auch den rechtlichen Vorschriften über die Behandlung ohne Zustimmung muss Rechnung getragen werden, damit Gerechtigkeit erlangt werden kann. Die Gesetzgebung ist einerseits Aufgabe des Staats, wird jedoch durch das Volk bis zu einem bestimmten Grad mitentschieden. Dies greift wieder die Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit auf, dass sich Jede und Jeder dafür einsetzen muss, dass Gerechtigkeit vorhanden ist, damit auch sie resp. er selbst gerecht behandelt werden kann (vgl. Kapitel 4.2.2.3).

6.3 Unterstützender Teilauftrag der Klinischen Sozialen Arbeit

Von der SAMW (2017) wurde ein Dokument, die medizinethischen Richtlinien zum Thema *ethische Unterstützung in der Medizin* betreffend, publiziert. Dabei handelt es sich jedoch nicht um den Ersatz der ethischen Diskussionen im Alltag, sondern es stellt lediglich eine Unterstützung für herausfordernde Situationen dar (S. 6).

Das Dokument hält als Ziel fest, das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Person zu berücksichtigen, Hilfe betreffend Entscheidungs- und Handlungsqualität sowie nötige Reflexion zu leisten, Verantwortungsübernahme und interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und Entscheidungen transparent und nachvollziehbar zu machen (SAMW, 2017, S. 7).

Hervorzuheben scheint hier sinnvoll, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit spezifisch genannt wird. Orientiert sich ein Behandlungsteam somit an den Richtlinien des SAMW, scheint es legitim, dass sich die Klinische Soziale Arbeit in Diskussionen und Entscheidungsprozesse einbringen darf, wenn nicht sogar soll. Die Richtlinien der SAMW (2017) beschreiben für die ethische Unterstützung bei Einzelfallentscheidungen die Wichtigkeit, dass soweit möglich alle Personen des Behandlungs- und Betreuungsteams miteinbezogen werden sollen (S. 10). Da sich die Klinische Soziale Arbeit als Teil des Behandlungsteams versteht, findet sich hier erneut die Legitimierung für das Mitwirken bei ethischen Diskussionen und Entscheidungen. Um ethische Unterstützung gewährleisten zu können, wird eine Betriebskultur vorausgesetzt, welche interprofessionelle Auseinandersetzungen ermöglicht und genügend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung stellt, welche sich mit ethischen Fragen auseinandersetzen können und möchten (SAMW, 2017, S. 12). Weiter wird bei der Festlegung der

Ethikrichtlinien innerhalb eines Betriebs empfohlen, dass eine Sozialarbeiterin resp. ein Sozialarbeiter dem Gremium beiwohnt (SAMW, 2017, S. 13).

In den Richtlinien werden die Grenzen, Risiken und Missverständnisse behandelt (SAMW, 2017, S. 7). Dabei wird festgehalten, dass Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachpersonen durch die Ethikstrukturen nicht eingeschränkt, sondern unterstützt werden sollen (ebd.). Mittels dieser Definition spricht die SAMW die Entscheidungskompetenz nur dem medizinischen Fachpersonal zu, nicht aber der Klinischen Sozialen Arbeit. Dies ist damit erklärbar, dass das Gesetz die Entscheidungsmacht in Form der Erarbeitung eines Behandlungsplans betreffend einer Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 433 ZGB bei der behandelnden Ärztin resp. dem behandelnden Arzt festlegt.

6.4 Schlussbemerkungen zum Kapitel

Das Vergleichen der Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit und der Medizinethik ist herausfordernd. Die Schwerpunkte und Gewichtungen der beiden Professionsethiken sind unterschiedlich und können nicht eins-zu-eins einander gegenübergestellt werden. Trotzdem konnten einige Schlussfolgerungen gezogen werden.

Es ist im Gesetz vorgesehen, dass nur eine Chefarztin oder ein Chefarzt bemächtigt ist, eine Behandlung ohne Zustimmung anzuordnen. Dies widerspricht dem Wert der gemeinschaftlichen Verantwortung aus dem Werte-Gebäude der Sozialen Arbeit. Möchte man diesem Wert gerecht werden, sollte diese Entscheidung interprofessionell gefällt werden. Dass der Entscheid über eine Zwangsbehandlung interprofessionell gefällt werden soll, sehen auch die Richtlinien der SAMW vor. Die Klinische Soziale Arbeit soll sich folglich dafür einsetzen, dass sie bei solchen Entscheidungen mitwirken kann.

Die Medizinethik sieht die soziale Gerechtigkeit sowie auch die Menschenwürde als wichtige Prinzipien. Die Interprofessionalität würde diese beiden Punkte somit stark vertreten und es darf davon ausgegangen werden, dass sie hoch gewichtet würden. Doch auch wenn die Klinische Soziale Arbeit sich nicht stark einbringen könnte, wäre die grundsätzliche Haltung durch das medizinische Fachpersonal vertreten.

Die Aufgabe der Klinischen Sozialen Arbeit, dass sie für die Einhaltung der Menschenrechte zu sorgen hat, wird in der Medizinethik nicht berücksichtigt. Es schliesst nicht aus, dass sich auch die Medizinethik an Werten aus den Menschenrechten orientiert, nur zählen diese nicht zu den zentralen Prinzipien. Daraus lässt sich schliessen, dass die Klinische Soziale Arbeit diese Aufgabe zu übernehmen und die entsprechende Haltung aktiv zu vertreten hat.

7 Schlussfolgerungen

In diesem letzten Teil der Bachelor-Arbeit werden die Fragestellungen, welche durch die Arbeit geführt haben, zusammenfassend beantwortet. Anschliessend wird die Relevanz und einen Ausblick für die Praxis der Klinischen Sozialen Arbeit skizziert. Abschliessend wird ein persönliches Fazit gezogen.

7.1 Beantwortung der Fragestellungen

Zu Beginn dieser Arbeit wurden drei Fragestellungen formuliert, die im Folgenden zusammenfassend beantwortet werden. Ziel war es, die Zwangsbehandlung aus Sicht der Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit zu bewerten und mit der Medizinethik zu vergleichen.

1. Was sind die Voraussetzungen für eine Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB, welcher Zweck wird damit verfolgt und wie kann sie sich auf Betroffene auswirken?

Die Behandlung ohne Zustimmung muss im Behandlungsplan vorgesehen sein und durch die Cheförztn oder den Chefarzt angeordnet werden. Um eine Behandlung ohne Zustimmung anordnen zu können, müssen drei Voraussetzungen (Gefahrensituation, Urteilsunfähigkeit in Bezug auf die Behandlungsbedürftigkeit, Verhältnismässigkeit) erfüllt sein. Dabei muss die Anordnung der Behandlung ohne Zustimmung der betroffenen Person und ihrer Vertrauensperson verbunden mit einer Rechtsmittelbelehrung schriftlich mitgeteilt werden.

Eine Zwangsbehandlung soll eine Selbst- und Fremdgefährdung abwenden können. Eine Zwangsbehandlung erfolgt primär im Interesse der betroffenen Person. Sie soll nur dann angewendet werden, wenn diese unerlässlich für die Erhaltung des Lebens ist und die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung abgewendet werden kann. Um eine unmittelbare und schwere Gefährdung von Leben oder Gesundheit Dritter abzuwenden, können Zwangsbehandlungen im Hinblick auf das öffentliche Interesse als rechtmässig betrachtet werden, dabei rechtfertigen Unannehmlichkeiten für Drittpersonen keine Zwangsbehandlung.

Zwangsbehandlungen können bei Betroffenen psychische Traumatisierungen zur Folge haben, ein Verletzungsrisiko darstellen sowie das für die Therapie notwendige Vertrauen schädigen. Eine Zwangsbehandlung kann jedoch auch die Aufenthaltsdauer von Betroffenen in der Psychiatrie reduzieren und die Autonomie der Klientinnen und Klienten langfristig erhöhen.

2. Was ist der Gegenstand, die Zuständigkeit, die Funktion und das Ziel der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie und von welcher professionsethischen Grundlage kann sie sich leiten lassen?

Die Klinische Soziale Arbeit, welche primär im Gesundheitswesen tätig ist, setzt als Teil-Disziplin der Sozialen Arbeit ihren Bezugspunkt in der Sozialen Arbeit. Gegenstand der Klinischen Sozialen Arbeit ist die Förderung sozialer Teilhabe und gelingender Lebensführung von Menschen, die direkt oder indirekt von gesundheitlicher Beeinträchtigung betroffen oder bedroht sind. Dazu gehören auch die Verhinderung und die Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen.

Abgeleitet vom Gegenstand der Klinischen Sozialen Arbeit legitimieren soziale Probleme folglich die Zuständigkeit der Klinischen Sozialen Arbeit. Das heisst, dass die Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie primär soziale Probleme bearbeitet, welche für die psychische Gesundheit bedeutsam sind. Innerhalb der interprofessionellen Zusammenarbeit in der Psychiatrie ist die Klinische Soziale Arbeit daher für die Bearbeitung der sozialen Dimension, unter Berücksichtigung ihrer Wechselwirkungen mit der biologischen und psychologischen Dimension, zuständig.

Die Funktion der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie besteht darin, Menschen mit einer psychischen Störung in deren Lebenswelt zu unterstützen und zu begleiten. Die Klinische Soziale Arbeit sollte als professionelle Partnerin in der interprofessionellen Zusammenarbeit im Hinblick auf Menschen mit einer psychischen Störung nicht die Versorgung, sondern die gelingendere Lebensführung und die Form der Integration in die Gesellschaft in den Vordergrund stellen.

Bei der Entwicklung von Zielen ist die Klinische Soziale Arbeit einem dreifachen Mandat verpflichtet: Dem Mandat gegenüber ihrer Klientel, dem Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle seitens der Gesellschaft und dem Mandat gegenüber der eigenen Profession. Unter Bezug der Zuständigkeit der Klinischen Sozialen Arbeit wird deutlich, dass sich die Zielsetzungen an der sozialen Integration und gelingenderen Lebensführung orientieren. Die Klinische Soziale Arbeit hat zum Ziel, die Qualität der Integration und der Lebensführung im Hinblick auf ein *gutes Leben* unter den Bedingungen einer psychischen Störung positiv zu beeinflussen.

Fachpersonen der Sozialen Arbeit fällen ständig moralische Urteile und rechtfertigen ihr Handeln professionsethisch. Im Prozess des Erwägens und des moralischen Urteilens im professionellen Kontext sollte ein in der jeweiligen Fachperson verinnerlichtes Werte-Gebäude der Sozialen Arbeit entscheidend sein. Das Werte-Gebäude der Sozialen Arbeit ist durch die Menschenwürde fundiert. Dabei wird sie von zwei Säulen, den Prinzipien der Menschenrechte einerseits und der sozialen Gerechtigkeit andererseits, getragen. Diese werden ihrerseits durch das Prinzip der Anerkennung von

Verschiedenheit um der Gleichheit Willen bzw. durch das Prinzip der gemeinschaftlichen Verantwortung verstärkt.

3. Wie ist die Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB vor dem Hintergrund der Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit zu bewerten und welche Schlüsse lassen sich im Vergleich mit der Medizinethik daraus ableiten?

Eine allgemeine Bewertung der Behandlung ohne Zustimmung ist aus professionsethischer Sicht der Klinischen Sozialen Arbeit nicht möglich, sondern erfordert die Beurteilung des konkreten Einzelfalls. Die Behandlung ohne Zustimmung kann anhand von folgenden Werten aus dem Werte-Gebäude der Sozialen Arbeit beurteilt werden: Menschenrechte, Anerkennung der Verschiedenheit, soziale Gerechtigkeit, gemeinschaftliche Verantwortung und Menschenwürde.

Die Ethik der Sozialen Arbeit und die Medizinethik legen ihren Fokus auf unterschiedliche Punkte. Dies ist weiter auch nicht erstaunlich, da es doch zwei durchaus unterschiedliche Professionen sind. Jedoch wurde in dieser Bachelor-Arbeit kein grundlegender Wert gefunden, wo sich die beiden Ethiken stark widersprechen würden. Nach dem Wert der gemeinschaftlichen Verantwortung, den Richtlinien der SAMW betreffend ethische Unterstützung in der Medizin sowie der Beachtung der Menschenrechte soll die Klinische Soziale Arbeit bei der Entscheidungsfindung über eine Zwangsbehandlung ihren professionsethischen Standpunkt verteidigen. Die Klinische Soziale Arbeit kann damit einen Mehrwert zur interprofessionellen Zusammenarbeit beitragen.

7.2 Relevanz und Ausblick für die Praxis

Im Rahmen der Behandlung ohne Zustimmung, welche aus rechtlicher Sicht durch medizinisches Fachpersonal durchgeführt wird, kann es für die Klinische Soziale Arbeit eine Herausforderung darstellen, die eigenen Werte beizutragen. An verschiedenen Punkten wurde in dieser Bachelor-Arbeit immer wieder die Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit erörtert und hervorgehoben. Es könnte eine Chance für die Klinische Soziale Arbeit darstellen, die Interprofessionalität in Bezug auf die Entscheidungsfindung einer Zwangsbehandlung gesetzlich festzuhalten. Es würde zu einer grösseren Berücksichtigung der Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit führen. Weiter könnten durch die Interprofessionalität die Rechte der Klientinnen und Klienten bestmöglich gewahrt und ein möglicher Machtmissbrauch eher verhindert werden. Ein Risiko kann dabei sein, dass das Konfliktpotential aufgrund der Interprofessionalität zunimmt, weil unterschiedliche Sichtweisen eingebracht würden. Die Chance, dass durch die interprofessionelle Zusammenarbeit ein breiterer Blickwinkel mehr Wissen führen kann, sollte im Hinblick auf das Wohl der betroffenen, psychisch erkrankten Person jedoch höher gewichtet werden.

Die Professionsethik, insbesondere das Werte-Gebäude, sollte im Berufsalltag von Sozialarbeitenden internalisiert werden, um herausfordernde Entscheidungen treffen zu können. Damit würde sich die

Professionalität von Sozialarbeitenden zeigen, da sie auf ihre eigenen professionsethischen Grundlagen zurückgreifen und auf ihnen aufbauen könnten. Dies könnte sich positiv auf den interprofessionellen Diskurs auswirken und der Klinischen Sozialen Arbeit helfen, sich zu etablieren.

Die vorliegende Bachelor-Arbeit bezieht sich zum grössten Teil auf theoretisch erarbeitetes Wissen. Zu prüfen, ob dieses mit der Praxis übereinstimmt, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Vorstellbar wäre jedoch, mittels einer Forschungsarbeit herauszufinden, ob die theoretische Umsetzung in der Praxis möglich ist. In Zusammenarbeit mit einer spezifischen psychiatrischen Einrichtung könnten so auch Handlungsmöglichkeiten für die Klinische Soziale Arbeit abgeleitet werden. Dies könnte einerseits zur Legitimierung und Professionalisierung der Klinischen Sozialen Arbeit im Kontext der Behandlung ohne Zustimmung beitragen sowie auch die interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb einer Institution konkret stärken. Als mögliche Fragestellungen würden sich untenstehende Formulierungen eignen, wobei diese keineswegs abschliessend sind:

- Wie könnte die interprofessionelle Zusammenarbeit in Bezug auf die Behandlung ohne Zustimmung verbessert werden?
- Wie kann die Einhaltung der zentralen Werte der Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit bei der Umsetzung einer Zwangsbehandlung sichergestellt werden?
- Welche Handlungsmöglichkeiten bietet die Institution, um die aus Sicht der Klinischen Sozialen Arbeit wichtigen Rechte von Klientinnen und Klienten zu wahren?

7.3 Persönliches Fazit

Das Schreiben dieser Bachelor-Arbeit hat die zwei Autorinnen gefordert und in ihrer Entwicklung als Fachpersonen der Sozialen Arbeit weitergebracht. Am Anfang dieser Bachelor-Arbeit waren die Autorinnen unsicher, ob es möglich ist, eine pauschale Bewertung der Behandlung ohne Zustimmung anhand von zentralen Werten aus der Sozialen Arbeit zu machen. Während der Erarbeitung der Bachelor-Arbeit merkten die Autorinnen, dass keine allgemeine Bewertung möglich ist, sondern eine Werteabwägung im konkreten Einzelfall notwendig ist.

Weiter kann festgehalten werden, dass die Auseinandersetzung mit dem Begriff der psychischen Störung die Autorinnen sensibilisiert hat. Eine psychische Störung wird von den Professionen Medizin, Recht und Sozialer Arbeit unterschiedlich definiert. Dabei sind die Autorinnen auf Aussagen gestossen, welche der Ansicht der Autorinnen nach Konstruktionen der jeweiligen Profession sind und nicht als gegeben und allgemein gültig betrachtet werden dürfen.

Auch wurde für die Autorinnen erkennbar, dass im praktischen Kontext unterschiedliche Bereichsethiken eine Rolle spielen. Folglich ziehen die Autorinnen daraus, dass Werte unterschiedlich gewichtet werden. Es wurde ersichtlich, dass die Medizinethik im Kontext der Psychiatrie stärker gewichtet wird, als die Professionsethik der Klinischen Sozialen Arbeit.

Eine weitere wichtige Erkenntnis der Autorinnen ist, dass sich die Ziele der Sozialen Arbeit (Förderung der Teilnahme und Teilhabe) und die Ziele der Medizin (Wiederherstellung der Gesundheit) im Hinblick auf die Rehabilitation von psychisch erkrankten Menschen ergänzen. Für die interprofessionelle Zusammenarbeit nehmen die Autorinnen demnach mit, dass sich die Klinische Soziale Arbeit einbringen und für ihre Werte starkmachen soll.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass die Autorinnen erfreut sind, dass sich die Themenwahl als sehr interessant gezeigt hat und die Bachelor-Arbeit ihnen neues Wissen vermitteln konnte.

8 Literaturverzeichnis

- Abbott, Andrew (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Akkaya, Gülcan (2015). *Grund- und Menschenrechte in der Sozialhilfe. Ein Leitfaden für die Praxis*. Luzern: interact.
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial.
- AvenirSocial (2014). *IFSW-Definition der Sozialen Arbeit von 2014 mit Kommentar*. Gefunden unter http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw_100253-6.pdf
- Beauchamp, Tom L. & Childress, James F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7. Aufl.). New York: Oxford University Press.
- Bernhart, Christof (2011). *Handbuch der fürsorgerischen Unterbringung. Die fürsorgerische Unterbringung und medizinische Behandlung nach dem neuen Erwachsenenschutzrecht sowie dessen Grundsätze*. Basel: Helbing Lichtenhahn.
- Bondolfi, Sibilla (2018, 20. August). «Das Schweizer Gesundheitswesen kurz erklärt». *SWI Swissinfo.ch*. Gefunden unter https://www.swissinfo.ch/ger/gesellschaft/gesundheitspolitik_das-schweizer-gesundheitswesen-kurz-erklaert/44136626
- Bundesgesetz über die Rehabilitierung administrativ versorgter Menschen vom 21. März 2014 (AS 2014 2293).
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101).
- Bunge, Mario & Mahner, Martin (2004). *Über die Natur der Dinge. Materialismus und Wissenschaft*. Stuttgart: Hirzel.
- Büchler, Andrea & Michel, Margot (2014). *Medizin - Mensch - Recht. Eine Einführung in das Medizinrecht der Schweiz*. Zürich: Schulthess.
- Carigiet, Erwin (2004). *Klinische Sozialarbeit aus gesundheitspolitischer Sicht*. Gefunden unter <https://www.yumpu.com/de/document/read/33853941/klinische-sozialarbeit-aus-gesundheitspolitischer-erwin-carigiet>
- Dörr, Margret (2005). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. München: E. Reinhardt.

- Dressing, Harald & Salize, Hans Joachim (2005). Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie - Ein innereuropäischer Vergleich. In Wulf Rössler & Paul Hoff (Hrsg.), *Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang* (S. 121-144). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Europäische Menschenrechtskonvention vom 4. November 1950.
- Frances, Allen (2014). *Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: DuMont.
- Frank, Daniel, Perry, J. Christopher, Kean, Dana, Sigman, Maxine & Geagea, Khalil (2005). Effects of Compulsory Treatment Orders on Time to Hospital Readmission. *Psychiatric Services*, 56 (7), 867-869.
- Geissler-Piltz, Brigitte, Mühlum, Albert & Pauls, Helmut (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Ernst Reinhardt.
- Geissler-Piltz, Brigitte (2009). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. In Brigitte Geissler-Piltz & Susanne Gerull (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertisen und Identität in multiprofessionellen Settings* (S. 13-18). Opladen: Budrich Unipress.
- Graumann, Sigrid (2014). Kann Zwang gerechtfertigt sein? Ethische Überlegungen zu unfreiwilligen psychiatrischen Behandlungen. In Tanja Henking & Jochen Vollmann (Hrsg.), *Gewalt und Psyche. Die Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand* (S. 123-151). Baden-Baden: Nomos.
- Gschwend, Gaby (2006). *Nach dem Trauma - ein Handbuch für Betroffene und ihre Angehörigen*. (1. Aufl.) Bern: Verlag Hans Huber.
- Hafen, Martin (2013). Soziale Arbeit und Gesundheit - Chancen und Herausforderungen an der Schnittstelle zweier Funktionssysteme. In Armin Schneider, Anna Lena Rademaker, Albert Lenz & Ingo Müller-Baron (Hrsg.), *Soziale Arbeit - Forschung - Gesundheit. Forschung: bio-psycho-sozial* (S. 35-48). Opladen: Barbara Budrich.
- Hahn, Gernot & Pauls, Helmut (2008). Bezugspunkte Klinischer Sozialarbeit. In Silke Birgitta Gahleitner & Gernot Hahn (Hrsg.), *Klinische Soziale Arbeit: Zielgruppen und Arbeitsfelder. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 1* (S. 22-43). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hey, Georg (2000). Klinische Sozialarbeit. Zu den Aufgaben Sozialer Arbeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In Stephan Sting & Günter Zuhorst (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit* (S. 163-175). Weinheim & München: Juventa.
- Homfeldt, Hans Günther & Sting, Stephan (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Hug, Sonja (2016a). Ethische Fragen in der klinischen Sozialarbeit. In Ueli Merten & Peter Zängl (Hrsg.), *Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Wirkungsorientiert - kontextbezogen - habitusbildend* (S. 307-324). Opladen: Barbara Budrich.
- Hug, Sonja (2016b). Menschenwürde - ein wichtiger ethischer Bezugspunkt der Sozialen Arbeit. In Ueli Merten & Peter Zängl (Hrsg.), *Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Wirkungsorientiert - kontextbezogen - habitusbildend* (S. 167-183). Opladen: Barbara Budrich.
- Jungnitsch, Georg (1999). *Klinische Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kaminsky, Carmen (2015). *Soziale Arbeit zwischen Mission und Nötigung: ethische Probleme sozialberuflichen Handelns in Zwangskontexten*. Gefunden unter https://www.ethikjournal.de/fileadmin/user_upload/ethikjournal/Texte_Ausgabe_6_12_2015/Kaminsky_Soziale_Arbeit_zwischen_Mission_und_Noetigung-ethische_Probleme_sozialberuflichen_Handelns_in_Zwangskontexten_EthikJournal_3_2015_2.pdf
- Klein, Georges & König, Daniel (2016). Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie: klinische Perspektive. *Swiss Medical Forum - Schweizerisches Medizin-Forum*, 16 (6), 137-141.
- Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950 (SR 0.101).
- Lindenberg, Michael & Lutz, Tilman (2014). Soziale Arbeit in Zwangskontexten. In AK HochschullehrerInnen Kriminologie / Straffälligenhilfe in der Sozialen Arbeit (Hrsg.), *Kriminologie und Soziale Arbeit. Ein Lehrbuch* (S. 114-126). Weinheim: Juventa.
- Lob-Hüdepol, Andreas (2007). 1. Berufliche Soziale Arbeit und die ethische Reflexion ihrer Beziehungs- und Organisationsformen. In Andreas Lob-Hüdepol & Walter Lesch (Hrsg.), *Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch* (S. 113-161). Paderborn: Schöningh UTB.
- Maio, Giovanni (2005). Ethische Reflexionen zum Zwang in der Psychiatrie. In Wulf Rössler & Paul Hoff (Hrsg.), *Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang* (S. 145-164). Heidelberg: Springer Medizin.
- Maio, Giovanni (2015). Gewalt als Fürsorge? Ethische Grundreflexionen zum Zwang in der Psychiatrie. In Gabriella Hänggi (2015, 18. Juni). *Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie - Verwerflich oder unvermeidbar?* Sanatorium Kirchberg gefunden unter https://www.sanatorium-kilchberg.ch/site/assets/files/1604/zusammenfassung_zwangsmassnahmen_in_der_psychiatrie_1.pdf

- Maranta, Luca & Terzer, Patrik (2016). Die Beistandschaft. In Daniel Rosch, Christiana Fountoulakis & Christoph Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute* (S. 485-504). Bern: Haupt.
- Mattig, Astrid (2016). Eine psychologische Sicht. *SozialAktuell*, 48 (12), 10-11.
- Meier, Marietta (2005). Zwang und Autonomie in der psychiatrischen Anstalt. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde aus historischer Sicht. In Wulf Rössler & Paul Hoff (Hrsg.), *Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang* (S. 67-88). Heidelberg: Springer Medizin.
- Meyer, Katharina (2009). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Obrecht, Werner (2001). *Das Systemtheoretische Paradigma der Disziplin und der Profession der Sozialen Arbeit. Eine transdisziplinäre Antwort auf das Problem der Fragmentierung des professionellen Wissens und die unvollständige Professionalisierung der Sozialen Arbeit*. Zürich: Fachhochschule für Soziale Arbeit.
- Obrecht, Werner (2005). *Umriss einer biopsychosozioökulturellen Theorie menschlicher Bedürfnisse. Geschichte, Probleme, Struktur, Funktion*. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit.
- Ortmann, Karlheinz & Schaub, Heinz-Alex (2002). Klinische Sozialarbeit - eine kritische Einschätzung. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 53 (1), 66-72.
- Pauls, Helmut (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim & München: Juventa Verlag.
- Pieper, Annemarie (2007). *Einführung in die Ethik* (6.Aufl.). Tübingen und Basel: A. Francke Verlag.
- Pro Mente Sana (2015). *Das Erwachsenenschutzrecht. Informationen für Fachpersonen*. Zürich: Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana.
- Rosch, Daniel (2011). Zwangskontext und „Zwangsbeglückung“ in der gesetzlichen Sozialen Arbeit - Phänomen und rechtliche Aspekte. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, 10 (11), 84-107.
- Rüegger, Cornelia (2012). *Die soziale Dimension psychischer Krankheit und Gesundheit. Eine handlungstheoretische Wissensbasis der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie*. Coburg: ZKS-Verlag.
- Schlittmaier, Anton (2014). *Ethische Grundlagen Klinischer Sozialarbeit* (2. ergänzte Auflage). Coburg: ZKS-Verlag.

- Schmid, Peter A. (2011). *EPOS— Ethische Prozesse in Organisationen im Sozialbereich. Ein Leitfaden für die Praxis*. Bern: Curaviva.
- Schmid, Peter A. (2015). *BA-Modul 07: Ethische Urteilsfindung in der Sozialen Arbeit*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.
- Schmocker, Beat (2011). *Soziale Arbeit und ihre Ethik in der Praxis. Eine Einführung mit Glossar zum Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz*. Bern: AvenirSocial.
- Schmocker, Beat (2015). *Berufsethik und Praxis Sozialer Arbeit. Auf der Basis professionsethischer Grundlagen und mit handlungswissenschaftlicher Methode der Sozialen Arbeit berufsmoralische Praxisprobleme bewältigen*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.
- Schmocker, Beat (2016). Versuch über die Prinzipien der Sozialen Arbeit. In Ueli Merten & Peter Zängl (Hrsg.), *Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Wirkungsorientiert - kontextbezogen - habitusbildend* (S. 129-165). Opladen: Barbara Budrich.
- Schmocker, Beat (2019). Zu den berufsmoralischen Dimensionen Sozialer Arbeit nach der IFSW / IASSW-Definitionen. In Rahel Portmann & Regula Wyrsh (Hrsg.), *Plädoyers zur Sozialen Arbeit von Beat Schmocker. Eine menschengerechte Gesellschaft bedarf der Sichtweise der Sozialen Arbeit* (S. 124-130). Luzern: interact.
- Schneider, Frank & Maier, Wolfgang (2010). Interdisziplinäre Psychiatrie. *Der Nervenarzt*, 81 (11), 1279-1280.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW]. (2017). *Ethische Unterstützung in der Medizin* (3. Aufl.). Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW]. (2018). *Zwangsmassnahmen in der Medizin* (5. Aufl.). Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen [sages] & AvenirSocial (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. Bern: AvenirSocial.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210).
- Sommerfeld, Peter & Hierlemann, Franz (2004). Soziale Arbeit in der Psychiatrie und im Rehabilitationsprozess. In Wulf Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 326-332). Berlin: Springer.

- Sommerfeld, Peter, Dällenbach, Regula, Rügger, Cornelia & Hollenstein, Lea (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer VS.
- SRF (2013, 15. April). *Puls vor Ort. zum Thema Zwangseinweisung*. Gefunden unter <http://www.srf.ch/sendungen/puls/puls-vor-ort-zum-thema-zwangseinweisung>
- Staub-Bernasconi, Silvia (2006). Der Beitrag einer systemischen Ethik zur Bestimmung von Menschenwürde und Menschenrechten in der Sozialen Arbeit. In Susanne Derungs, Uwe Gerber, Heinz Schmidt & Renate Zitt (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Ethik im 21. Jahrhundert. Ein Handbuch* (S. 267-289). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Steinert, Tilman & Schmid, Peter (2004). Effect of Voluntariness of Participation in Treatment on Short-Term Outcome of Inpatients with Schizophrenia. *Psychiatric services*, 55 (7), 786-791.
- Steinert, Tilman (2013). Autonomie und Zwang. In Wulf Rössler & Wolfram Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis* (Band 1, S. 428-438). Stuttgart: Kohlhammer.
- Steinert, Tilman & Vollmann, Jochen (2017). Zwangsbehandlung und Zwangsmassnahmen. In Jochen Vollmann (Hrsg.), *Ethik in der Psychiatrie. Ein Praxisbuch* (S. 62-72). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin vom 4. April 2008 (SR 0.810.2).
- Wils, Jean-Pierre & Baumann-Hölzle, Ruth (2013). *Mantelbüchlein Medizinethik II*. Zürich: Schulthess.
- Wulff, Erich (1988). Sozialpsychiatrischer Krankheitsbegriff? In Friedemann Pfäfflin, Hertha Appelt, Michael Krausz & Michael Mohr (Hrsg.), *der Mensch in der Psychiatrie* (S. 23-33). Berlin: Springer.
- Zimmermann, Ralf-Bruno & Lob-Hüdepol, Andreas (2007). 5. Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie. In Andreas Lob-Hüdepol & Walter Lesch (Hrsg.), *Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch* (S. 286-310). Paderborn: Schöningh UTB.
- Zimmermann, Ralf-Bruno (2008). Klinische Soziale Arbeit und Sozialpsychiatrie. In Karlheinz Ortman & Dieter Röh (Hrsg.), *Klinische Soziale Arbeit. Konzepte Praxis Perspektiven* (S. 207-221). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Zobrist, Patrick & Kähler, Harro Dietrich (2017). *Soziale Arbeit in Zwangskontexten. Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann* (3., überarb. Aufl.). München / Basel: Ernst Reinhardt Verlag.