

Fragen für die Anhörung „Wohltätiger Zwang“ in der Pflege und Betreuung von Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf

Beantwortung der Fragen: Jeannette Pella, Dr. Benjamin Bell

Die Problematisierung von „wohltätigem Zwang“ ging aktuell vom Praxisfeld der Psychiatrie aus, nachdem mehrere höchstrichterliche Urteile Reformbedarf in Praxis und Gesetzgebung aufgezeigt haben. Zwangsmaßnahmen, die in Pflege und in der Behindertenhilfe insbesondere bei Personen mit hohem Unterstützungs- und/oder Pflegebedarf eingesetzt werden, sind aus Sicht des Ethikrats jedoch ebenso relevant. Dabei geht es z.B. um freiheitsentziehende Unterbringung oder andere freiheitsentziehende Maßnahmen, Zwangsmedikation oder andere Zwangsbehandlung, zwangsweise durchgeführte Pflegemaßnahmen, aber auch um verhaltenspsychologische Belohnungs- und Bestrafungssystemen und strukturelle Zwänge.

Arbeitsdefinition für „wohltätigen Zwang“

Der Begriff Zwang bezeichnet eine besondere Beeinträchtigung der Entscheidungs-, Handlungs- oder Verhaltensmöglichkeit einer Person. Das Besondere dieser Beeinträchtigung liegt in der Überwindung des Willens der Person. Dabei kann es sowohl um die Überwindung des Willens einer selbstbestimmungsfähigen wie auch um die Überwindung des Willens einer selbstbestimmungsunfähigen Person gehen.

Der Begriff des wohltätigen Zwangs bezeichnet den mit dem Einsatz von Zwang verfolgten Zweck. Von einem wohltätigen Zwang wird hier gesprochen, wenn das Wohl der Person, auf die Zwang ausgeübt wird, der vorrangige oder übergeordnete Zweck der Ausübung von Zwang ist. Das heißt, es geht dem Ethikrat um Zwangsmaßnahmen zur Abwehr einer Selbstschädigung, nicht um Zwangsmaßnahmen zum Schutz anderer Personen, auch wenn die Grenze oftmals schwer zu ziehen ist.

Wohltätiger Zwang ist nicht bereits deshalb unzulässig, weil Zwang ausgeübt wird. Er ist jedoch umgekehrt auch nicht bereits deswegen zulässig, weil er dem Wohl der Person dient, auf die Zwang ausgeübt wird. Vielmehr unterliegt er als Ausübung von Zwang einem erhöhten Legitimationsbedarf. Dabei ist wohltätiger Zwang stets im Kontext der Maßnahme zu betrachten, zu deren Durchsetzung Zwang eingesetzt wird.

1. Halten Sie den Begriff und die Arbeitsdefinition 'wohltätiger Zwang' für geeignet zur Bezeichnung des Problemfeldes? Wenn nicht, welche Alternative schlagen Sie vor?

Der Begriff „wohltätiger Zwang“ birgt aus unserer Sicht mehrere Schwierigkeiten. Er scheint nicht geeignet zur Beschreibung der grundsätzlichen Problematik, wenn es um Menschen mit (schweren) kognitiven Beeinträchtigungen geht bzw. wenn er im Kontext der Eingliederungshilfe Verwendung findet. Die Gründe dafür sind folgende:

a) Die Beschränkung des Begriffs auf „Zwangsmaßnahmen zur Abwehr einer Selbstschädigung“ ist für den von leben lernen betreuten Personenkreis unzureichend. Vielmehr treffen

Maßnahmen, die unter die Arbeitsdefinition „wohltätiger Zwang“ fallen würden, auch – und im Besonderen – auf fremdverletzendes Verhalten/Fremdschädigung zu.

Die Eingrenzung des Begriffs auf den Kontext Selbstgefährdung macht die Sache noch vertrackter: Was wie Selbstgefährdung aussieht, kann sich bei näherer Betrachtung als ein Mittel des betreffenden Menschen zur Kommunikation bzw. zur Kontaktaufnahme herausstellen. Es kann auch selbststimulierenden Charakter haben (z.B. über selbst zugefügte Reize eigene Körpergrenzen spüren). Diese Art des Verhaltens kann bedeuten: *Mein Gegenüber hat mich nicht verstanden*. Oder: *Das ist mir zu viel*. Selbstschädigendes Verhalten kann eine Bedeutung für den Betreffenden haben, über die wir auch nach Jahren der Beobachtung und fachlichen Auseinandersetzung noch rätseln. Es kann gezielt (negative) Aufmerksamkeit einfordern. Es kann den – vielleicht erlebnisorientierten – Wunsch ausdrücken, wiederholt den Trubel einer Notaufnahme mitzerleben. Kurz gesagt: Es gibt eine Vielzahl möglicher Ursachen für selbstgefährdendes Verhalten. Zielt der Zweck der wohltätigen Zwangsmaßnahme auf die körperliche Unversehrtheit des Menschen, der sich selbst verletzt, heißt das nicht automatisch Wohlergehen für den Betreffenden. Das Gegenteil kann der Fall sein – weil beispielsweise der Kommunikationsweg oder die Möglichkeit der Selbststimulation etc. durch die Zwangsmaßnahme unterbunden wird.

Dies kann zur Konsequenz haben, dass sich die Betreuenden nicht mehr mit möglichen Zwecken und Ursachen bestimmter Verhaltensweisen auseinandersetzen, weil sie schlichtweg unterbunden werden.

b) Der Begriff des Wohls suggeriert, dass mit dem Zwang unmittelbar etwas Gutes für die betreffende Person erreicht werden soll. Dieses Wohl des Betreffenden ist jedoch ein schwammiger Begriff, der von subjektiven Vorstellungen geprägt ist. Zugleich ist es ein unbestimmter Rechtsbegriff. Viele Menschen mit geistiger Beeinträchtigung können sich nicht verbal äußern. Auch die nonverbale Kommunikation stößt auf Grenzen. Das heißt, wir wissen von ihnen nicht immer und nicht konkret, was sie für ihr Wohl halten würden. Das Wohl ist dann ein intersubjektives Konstrukt der am Betreuungsprozess beteiligten Personen. Wer definiert, was zum Wohl des Menschen beiträgt, hat die Möglichkeit, wohltätigen Zwang leichter zu rechtfertigen. Kritik am Charakter der Zwangsmaßnahme lässt sich dann mit Verweis auf den scheinbar unhinterfragbaren höheren Zweck weniger deutlich artikulieren. Die Gefahr des Begriffes liegt gerade darin, dass der Zwang als solcher von den Ausübenden weniger hinterfragt und reflektiert wird, weil der Zweck ihn zu rechtfertigen scheint. Solange aber der vorgesetzte Begriff des Wohls unklar bleibt, und in ihm gleichzeitig etwas Gutes, Höheres, Menschliches, Fürsorgliches mitschwingt, ist die innere Hürde zur Ausübung von Zwang herabgesetzt.

c) Neben der unsicheren bzw. unmöglichen Bestimmung eines (objektiven) Wohls, ist es der Begriff des Willens, der die Sache schwierig macht. Den Willen einer Person durch Zwang überwinden zu wollen, setzt voraus, diesen Willen zu kennen. Das ist aber bei Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen ein zentrales Problem. In vielen Fällen sind Betreuende darauf angewiesen, einen Willen aus einem beobachteten Verhalten abzuleiten, diesen intersubjektiv zu konstruieren. Der Personenkreis von Menschen mit Behinderung, der von Leben lernen betreut wird, kann sich in der Regel nicht verbal äußern, auch der Einsatz von Formen der Unterstützten Kommunikation stößt auf Grenzen. Teilweise ist ein langer

Beziehungsaufbau notwendig, um selbst in konkreten Alltagssituationen Ansatzpunkte zur Ermittlung eines Willens hinsichtlich einer konkreten Frage zu erlangen. Kurz gesagt: In vielen Fällen wissen wir schlichtweg nicht, was die Bewohnerin/der Bewohner denkt oder möchte – wir mutmaßen.

Einen konkreten Alternativvorschlag zur Begriffsdefinition haben wir nicht. Jedoch wäre bei einer solchen zu bedenken, dass für eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Thema kein Begriff gewählt werden sollte, der beim Durchsickern aus dem wissenschaftlichen Diskurs in die Praxis legitimierende Konnotationen für eine Reihe ganz unterschiedlicher Zwangsmaßnahmen, die sich auch von ihrem grundsätzlichen Charakter her unterscheiden, einbringt. Mit „wohltätig“ verbindet sich Wohl und Wohltat. Dass der Zwang wohltut oder Teil einer Wohltat ist, ist nicht zuträglich für die kritische und notwendige Frage, ob dies im konkreten Fall tatsächlich auch zutrifft. Insbesondere weil das Wohl für bestimmte Personenkreise einer kritischen Betrachtung nicht standhält, kann es nicht Teil eines Begriffs sein, der dazu dienen soll, ein kritisches Bewusstsein in Bezug auf Zwangsmaßnahmen anzuregen.

Zwang und Alternativen in der Praxis

2. Welche statistischen Zahlen gibt es zum Vorkommen von Maßnahmen wohltätigen Zwangs in Pflegeheimen, Heimen der Behindertenhilfe, anderen stationären Einrichtungen und in der häuslichen Pflege in Deutschland? Wie stellt sich das im internationalen Vergleich dar? Welche Formen von Zwang werden dabei erhoben?

Diese Frage können wir nicht beantworten.

3. Sind die vorliegenden Daten aus Ihrer Sicht belastbar? Gibt es ein Dunkelfeld, das nicht erfasst wird? Und wie würden Sie das aus Ihrer Erfahrung beschreiben?

Zu möglichen Datenerhebungen im Kontext wohltätiger Zwang können wir keine Aussage treffen. Unseres Erachtens gibt es ein großes Dunkelfeld in der Behindertenhilfe, in dem Zwangsmaßnahmen im Sinne der oben genannten Arbeitsdefinition stattfinden können und stattfinden. Dies schon deshalb, weil die Grenzen zu (heil-)pädagogisch begründbaren Maßnahmen fließend sind. Wo fängt Zwang an, wo handelt es sich um ein (An-) Leiten und Fördern, wo um ein Einfordern? Hinzu kommen tatsächliche Unsicherheiten im Kontext der Deutung sowohl des Willens als auch des Wohlergehens, die unter 1.) schon genauer ausgeführt wurden. Dazu einige stichwortartig ausgeführte Beispiele: Was bedeutet es, wenn ein Mensch, der eine Cerebralparese hat, nicht trinkt, wenn der Betreuende den Becher ansetzt? „Ich möchte jetzt nicht.“ (Willen), oder: „Ich kann heute nicht und brauche etwas mehr Unterstützung als sonst.“

Ein Bewohner macht sich auf, die Wohneinrichtung zu verlassen. Es ist nachts, er trägt einen Schlafanzug. Er ist nicht verkehrssicher und verfügt nicht über eine ausgeprägte räumliche und zeitliche Orientierung. Eine Nachtwache ist für die gesamte Einrichtung zuständig. Sie hindert den Bewohner am Verlassen der Einrichtung. Selbst, wenn sie ihn in der Ausübung seines mutmaßlichen Willens unterstützen würde – sie kann die Einrichtung faktisch nicht verlassen, um ihn zu begleiten, weil sie für weitere 20 Bewohnerinnen und Bewohner da sein muss.

4. Welche Erscheinungsformen wohlwärtigen Zwangs sind in Ihrem Umfeld am häufigsten zu beobachten? Welche konkreten Probleme ergeben sich daraus?

Leben lernen ist aus einem Enthospitalisierungsprojekt hervorgegangen. Eindeutige Zwangsmaßnahmen, die im Krankenhaus zum Alltag gehörten – das Fixieren mit Gurten und Zwangsjacken, das Einschließen, das medikamentöse Ruhigstellen, das Zuteilen von Nahrung etc. – wurden mit dem Projekt leben lernen beendet, um die betreffenden Menschen an ein weitgehend normales Leben außerhalb des vom Krankenhaus geprägten Kontextes zu gewöhnen, das de facto mit weniger Zwangsmaßnahmen verbunden war.

Insofern erschienen andere strukturelle Zwänge notwendig. Dazu zählt sicherlich die Vorgabe und das Erlernen eines geregelten (normalen) Tagesablaufs, die Beteiligung der Bewohner an lebenspraktischen Aufgaben im Zusammenhang mit der neuen Wohnform (Wäschepflege, Aufräumen, Zubereiten von Mahlzeiten, um nur einige zu nennen). Auch das Anziehen normaler Kleidung, das Zulassen einer Blume auf dem Tisch sind neue Gegebenheiten, die für den Bewohner neu, ungewohnt und irritierend waren. Allein die Umsetzung eines nach allgemeinen Maßstäben „würdigen Lebens“ entsprach nicht immer und unmittelbar dem mutmaßlichen Willen des Bewohners. Die Kleidung wurde zerrissen, die Vase wurde vom Tisch geworfen – wieder und wieder.

Die sukzessive Reduktion von Medikamenten, insbesondere (ruhigstellenden) Psychopharmaka, führte zu einem veränderten Verhalten einiger Bewohnerinnen und Bewohner – mit dem auch erhebliche Selbst- und Fremdgefährdung einherging. Ein Mensch, der durch Psychopharmaka nahezu sediert ist, verhält sich anders als bei einer Reduktion oder dem Absetzen dieser Medikamente.

Im Rahmen der Arbeitsdefinition von wohlwärtigem Zwang muss sich mit der Frage auseinandergesetzt werden, inwiefern sich die konkrete Zwangsmaßnahme zur Menschenwürde verhält. Eine nahezu-Sedierung bzw. der dauerhafte Freiheitsentzug durch Einschluss sind Zwangsmaßnahmen, die sicherlich weniger mit der Menschenwürde zu vereinbaren sind als die Strukturierung eines Tagesablaufs und verhaltenspsychologisch orientierte Interventionen, die darauf abzielen, dem betreffenden Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben zu ermöglichen. Damit ist keinerlei Urteil über die Notwendigkeit solcher Maßnahmen in anderen Kontexten im Einzelfall verbunden. Eine Differenzierung ist jedoch notwendig.

Die Haltung von Leben lernen zeigt sich in dem Ansatz, dem Personenkreis von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die einen hohen Unterstützungsbedarf haben und herausforderndes Verhalten zeigen, Teilhabe zu ermöglichen. Damit dies gelingt, sind vielfältige Maßnahmen wie Lenkung, Führung, Grenzsetzung und Intervention erforderlich. Dazu gehören auch Maßnahmen, die man im Sinne der Arbeitsdefinition als strukturelle Zwänge und als verhaltenspsychologisch orientierte Maßnahmen bezeichnen würde.

Formen solcher Zwänge sind beispielsweise die Vorgabe des Tagesablaufs, das Gebot, eine Arbeit im Tagesförderbereich/ABFBT zu haben, sich an den Handlungen zu beteiligen, die die eigene Lebensführung betreffen. Diese Maßnahmen zielen darauf, den Menschen annähernd ähnliche Lebenschancen zu ermöglichen, wie sie Menschen ohne Beeinträchtigung haben.

Einige Bewohnerinnen und Bewohner werden über Tokensysteme gefördert. Das bedeutet, dass bestimmtes, zu erlernendes Verhalten belohnt wird. Die Sanktionierung erfolgt dann im Sinne einer Verweigerung der geforderten Belohnung.

Die Regulierung, die im Zuge der Assistenz und Förderung viele Lebensbereiche der betreuten Menschen betrifft, soll letztlich Zwang, der andernfalls stattfinden würde, verhindern und ein selbstständigeres und freieres Leben ermöglichen.

5. Welche Rolle spielen strukturelle Zwänge nach Ihrer Einschätzung?

Strukturelle Zwänge spielen eine wesentliche Rolle in diesem Kontext. Insbesondere geht es um Orte, Flächen, Räume und um Personalschlüssel.

Die Wohnsituation im stationären Setting einer Wohngruppe für acht Menschen mit Behinderung ist nicht immer die sinnvollste Variante. Sie birgt die Gefahr zusätzlicher Zwangsmaßnahmen, die aus dem Gruppenleben resultieren. Ein Beispiel: Haben Mitbewohner Angst vor dem Verhalten eines Bewohners und meiden die Begegnung, indem sie kaum noch das Zimmer verlassen, wird dies dazu führen, dass der Betreffende mehr geleitet wird, mehr Zeit im Zimmer verbringt oder öfter die WG für einen Spaziergang verlassen muss, als er vielleicht möchte. Denn die Interessen aller Bewohnerinnen und Bewohner müssen Berücksichtigung finden – und dies gelingt gewissermaßen im (Minimal-)Konsens. Wäre es möglich, eine andere Wohnform als die stationäre WG zu realisieren, würden sich bestimmte Maßnahmen wohlthätigen Zwangs erübrigen.

Die Vorgaben für Flächen und Räume spielen eine Rolle: Je mehr Platz innerhalb des strukturellen Zwangs einer Wohngruppe/Wohnstätte zur Verfügung steht, je mehr Räume sich für die unterschiedlichen Bedürfnisse und Interessen der Menschen gestalten lassen, desto weniger Regulierungen des Zusammenlebens der Bewohnerinnen und Bewohner werden notwendig.

Inklusion ist das Schlagwort, wenn es um Menschen mit Behinderung geht. Damit werden Vorstellungen eines möglichst innerstädtischen Orts mit viel Infrastruktur und vielfältigen Teilhabemöglichkeiten in Form von kulturellen Angeboten verbunden. Ein Ort mittendrin. Dies

spiegelt sich in den Anforderungen wider, die an Einrichtungen gestellt werden. Manchmal kommt jedoch die exklusive Variante eines Hauses mit großem Garten in der Natur dem Bedürfnis nach Freiraum und Ausleben der eigenen Persönlichkeit dem Betroffenen viel näher. Das Gelände muss nicht umzäunt werden, weil die Selbstgefährdung durch nicht überschaubaren Stadtverkehr verringert ist. Die Regulierung des Verhaltens durch Interventionen kann zurückgenommen werden, das Maß an Freiheit, eigenen Impulsen zu folgen, kann erhöht werden. Gerade für Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen, die z.B. fremdverletzendes Verhalten auch in Folge von Reizüberflutung und/oder bedingt durch das Niveau ihrer emotionalen Entwicklung und/oder im Zusammenhang mit einer Impulskontrollstörung zeigen, ist manchmal der außerstädtische Rahmen besser geeignet als der vermeintlich inklusive Ort einer Innenstadt, wo sie sich aufgrund ihres Verhaltens eben nicht frei bewegen können ohne sich und andere zu schädigen.

Der zur Verfügung stehende Personalschlüssel ist ebenfalls mitentscheidend. Menschen, die einen hohen Unterstützungsbedarf haben, sind in bestimmten Situationen auf eine 1:1-Betreuung angewiesen. Kann diese nicht realisiert werden, steigt die Wahrscheinlichkeit für Maßnahmen, die in den Bereich des wohlthätigen Zwangs fallen. Die sogenannte Bedarfsmedikation als Maßnahme ist dafür sicherlich ein Beispiel. Das unerwünschte Verhalten ggf. auch selbstverletzende Verhalten wird unterbunden, weil eine personelle Assistenz, die sich dem Bewohner direkt zuwendet, nicht zur Verfügung steht.

6. Für welche Maßnahmen werden richterliche Genehmigungen eingeholt und für welche nicht?

Richterliche Genehmigungen werden für die Maßnahmen eingeholt, von denen bekannt ist, dass sie einer solchen bedürfen. Bei leben lernen gilt dies insbesondere für Bettgitter und Bauchgurte für Rollstuhlfahrer. Die betrifft zum Beispiel Menschen mit schweren und mehrfachen Beeinträchtigungen, die mitunter nicht in der Lage sind, ihren Körper zielgerichtet zu bewegen und eine gewisse Körperspannung zu halten – beispielsweise Menschen mit cerebraler Tetraparese, die ohne Bauchgurt aus dem Rollstuhl rutschen und stürzen würden.

Nicht immer besteht Eindeutigkeit dahingehend, was einer richterlichen Genehmigung bedarf. Beispielsweise halten wir es für richtig und rechtens auch eine Genehmigung für eine Glocke an einer Tür einzuholen, die in einem Einzelfall angebracht wurde und die den betreuenden Kollegen signalisiert, dass ein Bewohner (mit einer erheblichen Weglauftendenz, der nicht verkehrssicher und in fremder Umgebung desorientiert ist) die Wohngruppe verlässt und eine Begleitung erforderlich wird.

In den 20 Jahren seit der Gründung von leben lernen wurde ein einziges Mal eine Ausnahme von der Regel gemacht, dass Türen unter keinen Umständen zeitweise verschlossen werden – auch nicht in Akut- bzw. Krisensituationen, die mit erheblichen fremdverletzenden Verhalten von Bewohnern einhergehen. Ein intensiver und kritischer Prozess der Beschäftigung mit diesem Einzelfall, bei dem jegliche andere Maßnahmen ausgeschöpft waren, fand dazu im Vorfeld der Beantragung der richterlichen Genehmigung statt.

Für den Bereich der Maßnahmen, die in der Definition angesprochen werden, die aber unseres Erachtens mehr dem förderpädagogischen Bereich zuzurechnen sind (Tokensysteme, pädagogische Interventionen, verhaltenstherapeutische/ -psychologische Maßnahmen etc.) werden keine Genehmigungen eingeholt. Diese werden jedoch in einem individuellen Konzept verschriftlicht, im Team der Betreuenden besprochen und mit der gesetzlichen Betreuung und ggf. den Angehörigen abgestimmt.

7. Welche Personengruppe sind besonders betroffen (z.B. Personen mit hohem körperlichen Pflegebedarf, Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen und/oder herausforderndem Verhalten, ...)

Aus unserer Sicht betrifft dies unter den Menschen mit sogenannter geistiger Beeinträchtigung insbesondere Personen, die herausforderndes Verhalten zeigen, insbesondere fremdverletzendes Verhalten.

Von wohlütigem Zwang sind aber insgesamt gesehen alle Menschen betroffen, die ihren Willen nicht eindeutig zum Ausdruck bringen können.

8. Welche Alternativen gibt es in Ihrem Arbeitsfeld zu Formen des 'wohlütigen Zwangs'? Gibt es gute Modelle/evaluierte Projekte zur Vermeidung von „wohlütigem Zwang“ in der Langzeitpflege und Behindertenhilfe? Können Sie aktuelle (möglicherweise noch unveröffentlichte) Erkenntnisse nennen?

Es gibt Alternativen zu Formen des wohlütigen Zwangs. Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, den Bewohnern eine halt gebende Struktur vorzugeben, einen geregelten, verlässlichen und vorhersehbaren Tagesablauf. Dieser sollte aber individuell auf den Bewohner (und nicht auf die Gruppe) zugeschnitten sein.

Aber auch pädagogische Methoden wie die paradoxe Intervention – insbesondere bei selbstverletzenden Verhaltensweisen – können geeignet sein, um Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Konkret kann das bedeuten: Den betreffenden Bewohner eben nicht – wie von ihm ggf. erwartet – daran zu hindern, dass er sich seinen Kopf an einer Wand blutig schlägt, sondern die Selbstverletzung in einem festgelegten Rahmen auszuhalten, deren Ursachen und Zweck zu analysieren und dem Betreffenden andere Wege aufzuzeigen.

Das erfordert von den Beteiligten verbindliche Absprachen, Einigkeit dahingehend, dass das individuelle Konzept von allen getragen wird – betreuende Kolleginnen und Kollegen, Angehörige, gesetzliche Betreuer, behandelnder Arzt. Ein Beispiel: Über die Beobachtung des selbstverletzenden Verhaltens lassen sich Unterschiede in der Intensität erkennen. Bei einem Bewohner clusterten wir diese über einen langen Zeitraum auf der Grundlage von strukturierten Beobachtungen mit Hilfe der behandelnden Ärztin in leicht, mittel und schwer.

Daraus leiteten wir Handlungsschritte ab: Ignorieren des selbstverletzenden Verhaltens, wenn dies in der Kategorie leicht einzuordnen ist. Diese Kategorisierung lässt sich jedoch immer nur individuell festlegen. Sie nicht generalisierbar.

Wichtig ist uns, sich strukturiert und gezielt auf die Suche nach den unterschiedlichen Motivationen für bestimmte Verhaltensweisen zu machen. Zeigt sich im Verlauf gezielter Beobachtungen einer Bewohnerin, dass sie sich möglicher Weise selbstverletzt, weil sie mit gut gemeinten verbalen Kommunikationsangeboten („auf sie einreden“) überfordert ist, muss die Ansprache darauf abgestimmt werden (z.B. situationsbezogenen Ein- und Zweiwortsätze).

Das positive Verstärken von angemessenem Verhalten führt teilweise dazu, dass andere Kommunikationswege erschlossen werden können und der Bewohner selbstverletzendes Verhalten signifikant weniger oft zeigt.

Zum Beispiel fanden wir heraus, dass ein Bewohner, der massives selbstverletzendes Verhalten zeigte, das Föhnen der Haare sehr mochte und häufig einforderte. Dieses konnte dann als positiver Verstärker, mithin als Belohnung eingesetzt werden.

9. Welche Formen der Fürsorge, die regelmäßig mit Maßnahmen wohltätigen Zwangs verbunden sind, halten Sie für unverzichtbar?

Dies betrifft die Formen, die unmittelbar mit dem Ziel der weitgehend selbständigen und normalen Lebensführung korrespondieren und oben schon angesprochen worden sind: Das Erlernen und das Halten eines geregelten Tagesablaufs, der Ausnahmen zulässt, Wünsche des Betroffenen berücksichtigt, individualisiert ist und nicht das „Gruppenleben“ fokussiert.

Dazu gehören auch Maßnahmen der Körperpflege und der Gesundheitsvorsorge, insoweit die Person nicht auf der Grundlage einer bewussten Abwägung ihre selbstbestimmte Entscheidung getroffen hat.

Hierbei ist an Bereiche zu denken, für die auf der Grundlage einer Ermittlung von Assistenz- bzw. Hilfebedarf (unter Einbeziehung des Betroffenen) Maßnahmen vereinbart wurden.

Insbesondere ist unseres Erachtens für den Personenkreis der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und hohem Unterstützungsbedarf das Argument der Selbstbestimmung keine Rechtfertigung für mögliche Verwahrlosung.

Im Grunde genommen ist diese Frage aus unserer Sicht nicht im Allgemeinen zu beantworten, sondern nur mit Blick auf die Person und die Maßnahmen, um die es geht. Ziel sollte es dabei jedoch immer sein, jede Form des Zwangs dort zu vermeiden, wo er im Sinne des Prinzips *Freiheit in Verantwortung* nicht mehr notwendig ist. Wenn es eine Erfahrung gibt, die leben lernen im Zuge der Enthospitalisierung gemacht hat, ist es die: Es ist möglich, von einem hohen Maß an Zwang und Fremdbestimmung wegzukommen, indem man Räume öffnet, neue Herangehensweisen ausprobiert, sich immer dem Menschen im „Bewohner“ zuwendet – so

irritierend, verstörend, verletzend und unergründlich sein Verhalten zunächst auch aussehen mag.

10. Unter welchen Bedingungen halten Sie einen weitgehenden oder sogar gänzlichen Verzicht auf „wohltätigen Zwang“ in dem Bereich für denkbar, den Sie überblicken?

Eine wesentliche Bedingung ist der Personalschlüssel. Ist eine 1:1-Betreuung möglich, lassen sich Maßnahmen des wohltätigen Zwangs in bestimmten Bereichen erheblich reduzieren. Dies trifft insbesondere auf „harte“ Zwangsmaßnahmen wie Freiheitsentzug oder medikamentöses Ruhigstellen zu, die wie bei leben lernen seit Beginn an ablehnen.

Da der Begriff des wohltätigen Zwangs eine Reihe von Maßnahmen umfasst, die aus unserer Sicht mit Bezug auf den hier diskutierten Personenkreis nicht klar unter dem Begriff Zwang zu fassen sind, ist diese Frage nur schwer zu beantworten.

Auf den Bauchgurt für einen Menschen mit einer Tetraparese kann nicht verzichtet werden, solange er im Rollstuhl sitzt und transportiert wird. Andernfalls können schwere Stürze die Folge sein. Auf verhaltensbedingte Fixierungen (gesteigerter Antrieb, fremd-/selbstverletzendes Verhalten) kann definitiv weitgehend verzichtet werden, wenn Haltung und Rahmenbedingungen stimmen. Auch auf das (regelmäßige und planmäßige) Ruhigstellen mit Medikamenten kann verzichtet werden, wenn eine angemessene Umgebung mit und für den betreffenden Menschen geschaffen wird, in der eine kompetente, einführende AssistentIn agiert.

11. In welchen Fällen wird regelmäßig wohltätiger Zwang angewandt? In welchen Situationen ist Ihrer Erfahrung nach die Schwelle für die Anwendung herabgesetzt?

Wohltätiger Zwang wird da angewandt, wo das Verhalten einer Bewohnerin/eines Bewohners sich derart auswirkt, dass andere geschädigt werden. Es erscheint auch da notwendig, wo eine nachhaltige massive Schädigung der eigenen Gesundheit droht (Lebensgefahr).

Leichte Formen des wohltätigen Zwangs sind dort angebracht, wo der vermeintliche „Wille“ möglicher Weise Teil einer – nicht selbstgewählten – Einschränkung ist, also zum Krankheitsbild gehört – Stichwort: Essverhalten bei Prader-Willy-Syndrom.

Es kann auch dort angemessen sein, wo Interessen einzelner Menschen gegeneinander abgewogen werden müssen – wie im Beispiel oben, wo es darum geht, anderen Bewohnern derselben WG angstfreien Zugang zu ihrem gemeinsamen Wohnzimmer zu ermöglichen.

Faktoren für die Anwendung wohltätigen Zwangs: Alter, Geschlecht, Art der Beeinträchtigung, Kultur, mangelndes Wissen, strukturelle Bedingungen, Belastungen der pflegenden Personen?

12. Gibt es institutionelle oder private Versorgungssituationen bzw. soziokulturelle Kontexte (z.B. dominante Bilder, Vorstellungen, Wahrnehmungsmuster pflegebedürftiger Menschen oder Menschen mit Behinderung), die das Risiko des Wohltätigen Zwangs erhöhen bzw. vermindern?

Das Risiko für wohltätigen Zwang ist dort erhöht, wo die direkt betreuenden Personen beispielsweise eigenen Zwängen unterliegen. Im privaten Bereich kann das der Fall sein, wenn Angehörige zu Betreuende einschließen, weil sie ihren Lebensunterhalt verdienen, einkaufen gehen müssen – oder schlicht Sorge haben, dass ihr Kind nachts die Wohnung unbemerkt verlässt und sich in Gefahr begibt.

Was die institutionellen Faktoren betrifft, hängt viel von den Rahmenbedingungen ab: Wie viel Betreuende sind für wie viele Menschen mit Unterstützungsbedarf zuständig? Es ist ein Unterschied, ob eine verantwortliche Kraft 12 Menschen im Dienst zu unterstützen hat oder 6. Welche fachliche Qualifikation haben sie und welche Haltung/welches Menschenbild vertreten sie?

Wesentlich ist, ob es eine eingeübte Kultur gibt, die die Betreuenden darin bestärkt, sich selbst ein Bild von dem (neuen) Menschen zu machen, den sie begleiten. Menschen mit Beeinträchtigungen bringen eine Vielzahl von Aussagen und Urteilen mit, wenn sie eine Institution wechseln – in Form von Berichten, Aktennotizen, Übergabeprotokollen etc. Die Erfahrungen und auch die Praktiken im Umgang mit diesen Menschen werden von der einen Institution zur nächsten tradiert: „In dieser Situation muss Bedarf gegeben werden!“, „Wir haben alle Messer in der Küche weggeschlossen – er/sie verletzt sich damit!“, „Unbedingt nachts die Tür abschließen!“

Diese Bilder sind aufzunehmen, aber sie sind auch zu brechen. Andernfalls haben die Menschen, um die es geht, keine Chance auf einen neuen Anfang – und die geübten Betreuungsmuster ziehen sich über die Jahre hinweg, ohne durchbrochen zu werden.

Das führt mitunter zu schwer verständlichen Verhaltensmustern der zu Betreuenden, die diese Zwangsmaßnahmen als gewohnten, verlässlichen Alltag erleben und für sich „annehmen“. Ein Beispiel: Ein Bewohner, der aus der psychiatrischen Abteilung enthospitalisiert wurde und schon seit 20 Jahren keine Zwangsjacke mehr anhatte, verschränkt noch heute in bestimmten Situationen seine Arme in dieser Position und jaktiert auf einer Matte liegend. Niemand fordert ihn dazu auf, es scheint ihn zu beruhigen.

13. Wirken sich kultur-, alters- und geschlechtsspezifische Differenzen auf Seiten der Helfer bzw. der Betroffenen auf Häufigkeit und Art von Zwangsmaßnahmen aus?

Genauere Aussagen können wir dazu nicht treffen. Unsere Erfahrung ist jedoch, dass geschlechterspezifische Differenzen durchaus Einfluss haben. Insbesondere, wenn es um notwendiges Intervenieren bei fremdverletzendem Verhalten geht, ist es für Männer in vielen

Fällen leichter, gegenzuhalten. Dieses Muster kann auch dazu führen, dass wohlthätiger Zwang von Bewohnern „eingefordert“ wird.

14. Erleben Sie unterschiedliche Bewertungen der Zwangsmaßnahmen durch Klienten und deren Angehörigen hinsichtlich ihrer kulturellen Wertvorstellungen (Bsp.: Klienten/Angehörige mit Migrationshintergrund)?

Dies spielt sicherliche eine Rolle, ist aber individuell sehr verschieden. Die Bewertung von Maßnahmen durch Angehörige ist in einigen Fällen auch gefiltert, das heißt konkret, dass Eltern beispielsweise nicht immer sagen, was sie von einer Intervention, einem Konzept halten – aus der Sorge heraus, dass ihr Angehöriger/Kind den Platz in der Einrichtung verliert. Insbesondere, wenn es um Menschen mit Behinderung und herausforderndem Verhalten geht, besteht vielfach eine lange Vorgeschichte in unterschiedlichsten Institutionen, aus denen die Betroffenen immer wieder gehen mussten.

15. Welche spezifischen Kompetenzen, Kenntnisse, Einstellungen und professionellen Selbstverständnisse haben einen protektiven Einfluss auf potenziell vermeidbaren Zwang?

Grundlegend sind die innere Haltung und das damit verbundene Menschenbild. Die Reflexion dieser Haltung gegenüber dem zu betreuenden Menschen ist die wesentlichste Voraussetzung für die praktische Vermeidung „vermeidbarer Zwänge“. Sehr wesentlich ist es, das Verhalten nicht per se aus einer negativen Sichtweise zu betrachten, sondern auch in Betracht zu ziehen, dass es Teil der Persönlichkeit desjenigen Menschen ist, der es zeigt. Oft stellt sich ein Verhalten auch als Ausdrucksmöglichkeit dar, insbesondere dann, wenn der Mensch nicht in der Lage ist, sich verbal zu äußern. Das bedeutet, ein breites Spektrum an Möglichkeiten in Betracht zu ziehen, wenn man als Betreuer darangeht, die Hintergründe / Ursachen zu erkennen.

Hinzu kommt das, was man im weitesten Sinne mit Fachlichkeit bezeichnen würde. Damit ist gemeint, dass man in der Lage ist, eine Verbindung zwischen „besonderen“ Verhaltensweisen und ihren möglichen Ursachen herzustellen. Ist mir bekannt, dass beispielsweise einige Menschen mit autistischer Spektrumsstörung sich selbst Reizen aussetzen, um sich zu spüren, habe ich andere Möglichkeiten das Verhalten einzuordnen oder zu interpretieren. Als Betreuer reguliere ich dann womöglich nur das Maß, wenn der Betreffende eine Flasche mit scharfer Chili-Sauce zum Trinken ansetzt, aber ich muss ihn nicht gänzlich daran hindern. Ein anderes Beispiel ist das Hinzufügen von Verletzungen und Wunden am eigenen Körper. „Wohlthätiger Zwang“ wäre es, die Hände der Bewohnerin zu fixieren oder in dicke Handschuhe zu binden, um das Aufkratzen der Haut mit den eigenen Fingernägeln (teilweise in bedenklicher Nähe zum Knochen) zu verhindern. Eine Alternative ist es, dies bis zu einem gewissen Grad zuzulassen und als ihre Möglichkeit zu betrachten, sich mit den eigenen Körpergrenzen auseinanderzusetzen.

Diese Haltung bedeutet nicht, jedes Verhalten zu tolerieren.

Positiv wirkt sich auch die Entwicklung bestimmter Begriffe in der Debatte um Professionalität und Selbstverständnis aus. Assistenz statt Betreuung, Dienstleistung und Unterstützung statt Versorgung – denn darüber wird die Rollenzuschreibung geprägt und verändert. *Welche Funktion habe ich in der Beziehung zu dem Menschen, der auf Unterstützung durch meine Arbeit angewiesen ist?*

Die Reflexion und Aufklärung der in der Behindertenhilfe tätigen Menschen ist wichtig – darüber, wo Zwang anfängt, wo er notwendig ist, wo er zu hinterfragen und abzustellen ist. Dies ist im Besonderen in der Beziehung zu der Aufgabe zu klären, die der Eingliederungshilfe zugeschrieben wird und die in den spezifischen Berufsbildern mitschwingt – kurz gefasst: den Menschen zu fördern, zu (ver-)bessern, selbstständiger zu machen, zu erziehen, zu lindern, zu heilen ...

Förderung kann schnell in die Überregulierung des Lebens umschlagen. Das (sozialrechtliche) Erfordernis, Ziele in fast allen Bereichen des Lebens ständig erreichen zu müssen, verstärkt die Gefahr, jeden Bereich des Lebens eines Menschen mit Behinderung regulieren zu wollen. Die Folge ist kein selbstständigeres, sondern ein gezwungenes Leben. Diese Gefahr anhand von konkreten Beispielen aus dem Betreuungsalltag vor Augen zu führen und miteinander offen zu diskutieren, kann helfen, zu viel Zwang zu vermeiden.

Auswirkungen von Zwangsanwendung

16. Welche Auswirkungen haben Formen des wohltätigen Zwangs kurz- mittel- und langfristig auf die Beziehung zwischen den Akteuren (z.B. auf das Vertrauensverhältnis)? Gibt es hierzu empirische Untersuchungen?

Konkrete Aussagen hierzu sind aus unserer Perspektive schwer zu treffen. Da die Auswirkungen wohltätigen Zwangs individuell verschieden sind. Aus unserer Erfahrung heraus gibt es Formen des sogenannten wohltätigen Zwangs, die andere Formen des Zwangs vermeidbar machen (s. o.).

Auf der anderen Seite prägen erfahrene Zwangsmaßnahmen ein Leben mitunter soweit und drastisch, dass sie, wenn sie abgestellt werden, durch den Betroffenen eingefordert werden. In Hinblick auf die oben angesprochene Problematik des Willens wird es dann noch komplizierter.

17. Teilen Sie die Annahme, dass das Erleben von Zwang für die Betroffenen und die Beteiligten immer negativ erfahren wird und daher zu minimieren ist?

Zwang sollte immer kritisch hinterfragt werden, mit dem Ziel, dererlei Maßnahmen zu minimieren – jedoch nicht um jeden Preis. Bestimmte Formen, die unter die genannte Arbeitsdefinition von wohlütigem Zwang fallen, werden positiv von Bewohnerinnen und Bewohnern aufgenommen. Ein strukturierter, überschaubarer Tagesablauf mit wiederkehrenden Elementen wirkt Halt gebend. Das Setzen von klaren Grenzen vermittelt Sicherheit und wird von vielen Menschen durchaus eingefordert.

18. Gibt es Untersuchungen zu den psychischen Auswirkungen des Erlebens von Zwang auf Seiten der Betroffenen, der Angehörigen und der Professionellen?

Ist uns nicht bekannt.

19. Welche Auswirkung hat die Anwendung von Zwang auf die Beziehung zwischen Betroffenen und professionellen Akteuren?

Diese Frage lässt sich nicht im Allgemeinen beantworten. Es ist zwischen verschiedenen Formen von Zwang zu differenzieren. Die individuellen Gegebenheiten sind zu analysieren.

20. Welche anderen mittelbaren und unmittelbaren Folgen Wohltätigen Zwangs lassen sich feststellen (in verschiedenen Lebensaltern bzw. bei Gruppen mit unterschiedlicher Pflegebedürftigkeit)?

Einige Folgen wurden oben in Form von Beispielen schon angesprochen, Stichwort: (willentliche) Einforderung von Zwangsmaßnahmen durch den zu Betreuenden, weil diese Teil seiner Biografie sind.

Drastische körperliche Folgen sind bei Menschen zu beobachten, die über sehr lange Zeit hinweg hohe Dosen an Psychopharmaka verabreicht bekommen haben (medikamentöses Ruhigstellen). Die Alterungsprozesse scheinen sehr frühzeitig einzusetzen, teilweise sind innere Organe geschädigt, sie sind wenig belastbar.

Normative Probleme von Zwang

21. In welchen Situationen treten für individuelle Akteure und Institutionen normative Konflikte in Bezug auf wohlütigen Zwang auf?

Dies kann für Institutionen in Situationen der Fall sein, wo die Zwangsmaßnahme einer richterlichen Genehmigung bedarf, diese aber noch nicht erteilt wurde bzw. nicht erteilt wird. Werden solcherlei

Maßnahmen (Beispiel: zeitweiser Freiheitsentzug in Anspannungssituationen des Bewohners, die mit fremdgefährdendem Verhalten einhergehen) aus Sicht der Einrichtung notwendig, so sind häufig alle anderen Maßnahmen dieser Einrichtung ausgeschöpft. Das heißt: personelle, konzeptionelle und auch kooperative Kapazitäten sind ausgeschöpft – eine kurzfristige Entscheidung ist gefordert. Dann besteht die Gefahr, dass sich eine Praxis im Umgang mit dem zu Betreuenden etabliert, die sich in einer Grauzone bewegt oder gar gegen geltendes Recht verstößt.

Schwierig sind auch Situationen, in denen Betreuende beispielsweise intervenierend Zwangsmaßnahmen anwenden, deren Notwendigkeit von der beobachtenden Öffentlichkeit, von Angehörigen nicht gesehen bzw. verstanden wird.

Im öffentlichen Raum sind herausfordernde Verhaltensweisen, wie sie der von uns betreute Personenkreis zeigen kann, seltsam – sie können Passanten verstören, irritieren. Eine Bewohnerin, die schreiend die Kleidung zerreißt, die sie gerade trägt, sich schreiend und schlagend auf den Boden wirft – betreuende Kollegen, die beherzt anpacken, um sie in das vertraute Umfeld ihrer WG zu geleiten.

Ein Bewohner mit autistischer Spektrumstörung, der sich beim Spaziergang wiederholt Autotüren zuwendet, gegen die Scheiben schlägt. Ein Betreuer, der zunächst verbal eingreift, weil er weiß, dass in Phase zwei des sich andeutenden bekannten und dokumentierten Verhaltens Autospiegel abgebrochen werden. Der Bewohner schlägt seinen Kopf gegen eine Mauer, während der betreuende Kollege ihn mittels körperlicher Intervention daran zu hindern versucht. Er begleitet und führt ihn schließlich in die Wohnstätte zurück, macht ihm dort Entspannungsangebote in einer reizarmen Umgebung. Es kann passieren, dass der Kollege bei der Polizei angezeigt wird.

Normative Konflikte treten in Bezug auf unterschiedliche Ansichten auf, wie mit dem Verhalten eines Menschen und letztlich mit diesem Menschen umzugehen ist. Die Vorstellung, dass der Grund dafür, warum Menschen herausforderndes Verhalten zeigen, vor allem in der (falschen) Art und Weise der Betreuung zu suchen sei, ist weit verbreitet.

22. In welchen Situationen lässt sich der Einsatz von wohltätigem Zwang nach Ihrem Urteil legitimieren bzw. nicht legitimieren?

Wohltätiger Zwang ist dort legitim, wo Leib und Leben anderer durch ein bestimmtes Verhalten in Gefahr sind. Und auch dort, wo der Bewohner die Folgen seiner Selbstgefährdung faktisch nicht überblicken kann.

Bei einem Bewohner, der sich durch Beißen oder Schlagen in bestimmten Situationen selbst leicht verletzt, bei dem es über den Grad leichter und mittlerer Verletzungen aber nicht hinausgeht, müssen weder Handschuhe noch Fixierungen eingesetzt werden.

23. Welche ethischen Maßstäbe sind hierfür heranzuziehen?

Die ethischen Maßstäbe, die hierbei eine Rolle spielen, dürfen im Grunde genommen keine anderen Maßstäbe sein als diejenigen, die auch für Menschen ohne Behinderung in der Gesellschaft gelten. Das Prinzip Freiheit in Verantwortung scheint uns geeignet: Zwang kann und darf nur dort Anwendung finden, wo er sich auch nach intensiver Abwägung aller alternativer Maßnahmen nicht vermeiden lässt. Dabei ist das Spektrum aller alternativer Maßnahmen vorher auszuschöpfen, deren Wirkung ist zu beobachten und zu bewerten unter Einbeziehung aller Beteiligten auf der Grundlage von Verhaltensbeobachtungen und anderer geeigneter analytischer Methoden.

Die Zwangsmaßnahme muss im Rahmen des geltenden Rechts erfolgen und entsprechend richterlich genehmigt sein. Sie muss zeitlich begrenzt sein und nur in konkreten, exakt beschriebenen Situationen (mit erheblichen selbst- bzw. fremdgefährdendem Charakter) zur Anwendung kommen. Parallel dazu ist weiter nach alternativen Maßnahmen zu suchen – mit aller Kraft.

Sie muss kurzfristig revidierbar sein, das bedeutet: Wenn sich Anzeichen dafür ergeben, dass andere, förderpädagogische Maßnahmen den gleichen Effekt erzielen, so sind diese Zwangsmaßnahmen abzustellen.

24. Welche Relevanz kommt dabei bestimmten Entscheidungsverfahren bzw. institutionellen Leitbildvorgaben bzw. Leitlinien und berufsethischen Standards zu?

vanz

25. Gibt es Konstellationen, in denen Sie eine richterlichen Genehmigung über das geltende Recht hinaus für sinnvoll halten?

Das geltende Recht sollte die Vielzahl möglicher Situationen und Konstellationen berücksichtigen und entsprechend differenziert sein, damit kein Raum für Zwangsmaßnahmen „außerhalb des Rechts“ bleibt. Grauzonen für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen müssen unbedingt vermieden werden. Hiermit meinen wir nicht die heil- und förderpädagogisch orientierten Maßnahmen, von denen oben die Rede ist, sondern Zwangsmaßnahmen wie Fixierung, Einschließen, medikamentöses Ruhigstellen etc.

Je tiefer die Hürde für Genehmigungen in Fällen ist, die das geltende Recht nicht erfasst, desto höher scheint uns die Gefahr des Missbrauchs bzw. der gut gemeinten „schnellen Lösung“. Ist die Zwangsmaßnahme dann erst einmal genehmigt, besteht das Risiko, dass sie zum Selbstläufer und Automatismus wird: Der Bewohner „gewöhnt“ sich an den Zwang und reagiert entsprechend, wenn dieser „fehlt“. Die Kollegen verinnerlichen die einstige Ausnahme als „pädagogisch notwendig“. Angehörige und gesetzlich Betreuende speichern das Bild (unbewusst) ab, als gehöre die Maßnahme zu einer sonst „guten“ Betreuung. In der Folge besteht die Gefahr der Verselbständigung der Zwangsmaßnahme – und genau das, diese Routine, muss vermieden und institutionell unterbunden werden.

Berlin, 28.04.2017 J. Pella, Dr. B. Bell