

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

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 stellt in meinen Augen einen Euphemismus dar. Zwang, verstanden im Sinne der einleitend Definition als Überwindung des Willens der Betroffenen, tut denjenigen, auf die hin er zur Wirkung kommt, zumindest subjektiv, m. E. auch objektiv nicht wohl. Deswegen sollte meines Erachtens auf das Adjektiv „wohltätig“ verzichtet und Zwang mit Zwang unter Nennung des Einsatzbereiches (z. B. in der stationären bzw. häuslichen Pflege, in der Behinderten-, Altenhilfe etc.) bezeichnet werden. Da gibt es aus meiner Sicht nichts zu beschönigen oder zu verharmlosen.

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?

Formen des Zwangs in der Alten- und Behindertenhilfe sowie in der stationären und häuslichen Pflege, zu denen belastbare Zahlen vorliegen, die allerdings zwischen den verschiedenen Bereichen nicht differenzieren, sind

1. *die stationäre Unterbringung gegen den Willen der Betroffenen nach § 1906, Abs. 1 BGB*
2. *sowie zusätzliche freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen aber auch im häuslichen Bereich nach § 1906, Abs. 4 BGB.*

Sie bedürfen grundsätzlich der Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht. Weitere rechtliche Grundlagen für legale Zwangsmaßnahmen sind die Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) oder vergleichbare Gesetze der Bundesländer.

Maßnahmen des Zwangs gewissermaßen vorgelagert ist die Möglichkeit, auch gegen den Willen der Betroffenen eine gesetzliche Betreuung zu bestellen. Zwar wurde durch das zweite Betreuungsrechtsänderungsgesetz von 2004 auf Initiative des Bundesrates im § 1896 BGB ein Abs. 1a mit folgendem Wortlaut eingefügt: „Gegen den freien Willen des Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden“, doch in der Begründung für den Entwurf dieser Gesetzesänderung wird dem sog. „freien Willen“ ein „natürlicher Willen“ gegenübergestellt und nur, wer über einen freien und nicht nur natürlichen Willen verfügt, kann sich der zwangsweisen Bestellung einer Betreuung erwehren. Die Begründung für das zweite Betreuungsrechtsänderungsgesetz nennt als „die beiden entscheidenden Kriterien“ für das Vorliegen eines freien Willen „die Einsichtsfähigkeit des Betroffenen und dessen Fähigkeit, nach dieser Einsicht zu handeln. Fehlt es an einem dieser beiden Elemente, liegt kein freier, sondern ein natürlicher Wille vor“ (Bundestags-Drucksache 15/2494, S. 28) und gegen diesen nur natürlichen Willen kann auch weiterhin eine Betreuung angeordnet werden. Mit dieser Einschränkung blieb die Gesetzesnovelle halbherzig und letztlich inkonsequent, denn solange Betreuungsverhältnisse gegen einen wie auch immer geäußerten Willen der Betroffenen angeordnet werden können, bleiben sie faktische Entmündigungen.

Wann aber ist ein Wille frei und wann ist er es nicht? Die bloße Dichotomie: freier Wille auf der einen, unfreier, nur natürlicher Wille auf der anderen Seite greift jedenfalls zu kurz. Jeder menschliche Wille äußert sich stets unter bestimmten kulturhistorischen, sozialen, infrastrukturellen, institutionellen, psychischen, biologischen und anderen Bedingungen, welche sich teilweise auch wechselseitig bedingen und auf jede subjektive Willensentscheidung mehr oder weniger Einfluss nehmen. Die Freiheitsgrade jeglicher Willensentscheidungen variieren also innerhalb eines Kontinuums, das sich ausspannt zwischen den Extremen „absolut freier Wille“ und „absolut unfreier Wille“, wobei beide Extreme lediglich theoretische Konstrukte sind, da Menschen als bio-psycho-soziale Wesen tendenziell einerseits immer unter spezifischen Bedingungen handeln, von denen sie bestimmt werden, dabei andererseits immer auch handelnde Subjekte ihres Lebens sind, und zwar solange sie leben. Damit konkretisiert sich die oben aufgeworfene Frage, wann ein Wille frei ist. Eine sinnvolle Antwort auf diese Frage kann letztlich nur darauf hinaus laufen, innerhalb des skizzierten Kontinuums irgend eine Maßeinheit festzulegen, von der an ein geäußertes Wille, wie auch immer er gemessen wird¹, als frei oder als nicht mehr frei, sondern nur noch natürlich angesehen wird und bei der Bestellung einer

¹ Dabei ist grundsätzlich infrage zu stellen, ob und gegebenenfalls wie eine solche Messung mit einem validen Ergebnis überhaupt möglich ist.

Betreuerin oder eines Betreuers missachtet werden darf. Eine solche Differenzierung bleibt letztlich willkürlich. Zu Recht sieht das UN-Committee on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) in seinen Concluding Observation (CO) zum ersten Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in der Bestellung einer Betreuung gegen den Willen der Betroffenen, das Komitee spricht von ersetzender Entscheidungsfindung² einen Verstoß gegen den Art. 12 UN-BRK (Gleiche Anerkennung vor dem Recht). Es empfiehlt der Bundesrepublik „alle Formen der ersetzten Entscheidung abzuschaffen und ein System der unterstützten Entscheidung³ an ihre Stelle treten zu lassen“ (CRPD 2015, Nr. 26).

Die Anzahl der gesetzlichen Betreuungen ist seit Inkrafttreten des neuen Betreuungsrechts 1992 ausweislich der von Horst Deinert aufbereiteten Statistiken des Bundesjustizministeriums sowie des statistischen Bundesamtes⁴ bis 2012 von ca. 436.000 kontinuierlich auf über 1,3 Mio. angestiegen. Seither verharrt sie etwa auf diesem Niveau. Die Statistik weist allerdings nicht aus, wie viele dieser Betreuungen als ersetzende Entscheidungsfindung gegen den erklärten Willen der Betroffenen bestellt wurden.

Die Entwicklung der Anzahl der gerichtlichen Genehmigungen freiheitsentziehender Maßnahmen nach § 1906, Abs. 1 BGB (stationäre Unterbringung gegen den Willen der Betroffenen) sowie nach § 1906, Abs. 4 BGB (zusätzliche freiheitsentziehende Maßnahmen in Einrichtungen aber auch im häuslichen Bereich) weist die ebenfalls von Deiner aufbereitete Betreuungsstatistik aus (Abbildung 1).

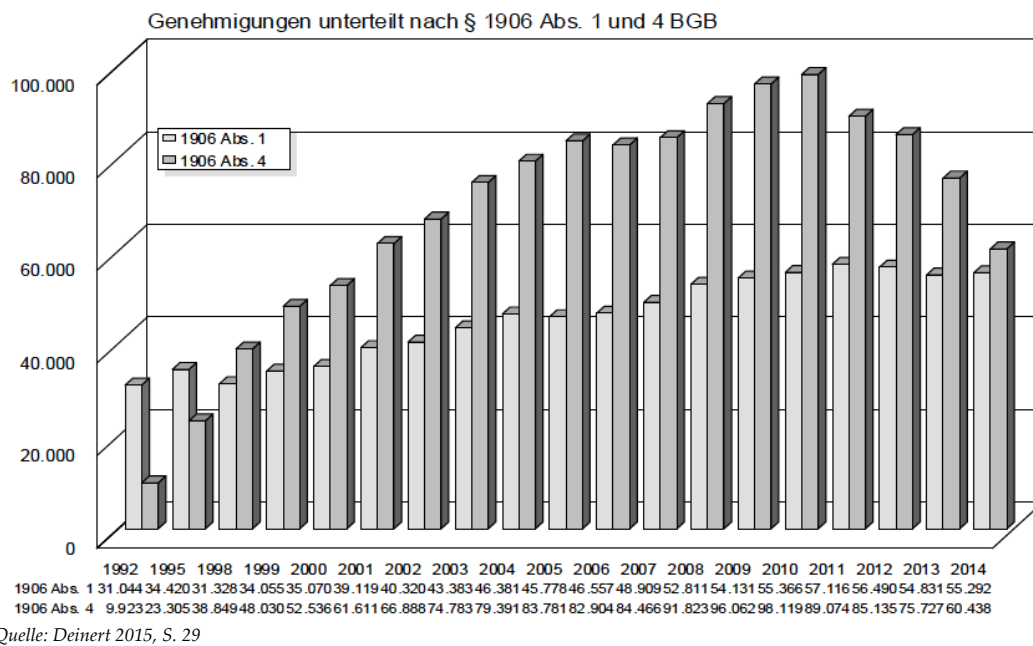
Auch in diesen Maßnahmen und ihren Rechtsgrundlagen sieht das CRDP einen Verstoß gegen die UN-BRK und zwar gegen den Art. 14 (Freiheit und Sicherheit der Person) (CRDP 2015, Nr. 29) sowie Art. 15 (Verbot der Folter). Hier zeigt sich das Komitee „tief besorgt darüber, dass der Vertragsstaat die Verwendung körperlicher und chemischer Freiheitseinschränkungen, die Absonderung und andere schädliche Praktiken nicht als Folterhandlungen anerkennt. Er ist fernerhin besorgt über die Verwendung körperlicher und chemischer Freiheitseinschränkungen, insbesondere bei Personen mit psychosozialen Behinderungen in Einrichtungen und älteren Menschen in Pflegeheimen (CRPD 2015, Nr. 33) und empfiehlt der Bundesrepublik Deutschland „Schadenersatzleistungen für die Opfer dieser Praktiken in Erwägung zu ziehen“ (CRPD 2015, Nr. 34c).

² Im englischen Original: substitute decision-making.

³ Im englischen Original: supported decision-making.

⁴ Für die Zahlen von 1992 bis 2002 vgl. Rohrmann 2004, S. 84, von 2003 bis 2014 vgl. Deinert 2015, S. 2.

Abbildung 1: Genehmigungen freiheitsentziehender Maßnahmen nach Paragraph 1906, Abs. 1 und 4 BGB



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?

Die Zahlen der Betreuungsstatistik sind nach meinem Kenntnisstand korrekt und belastbar, allerdings ist von einem großen Dunkelfeld nicht genehmigter freiheitsentziehender Maßnahmen auszugehen.

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

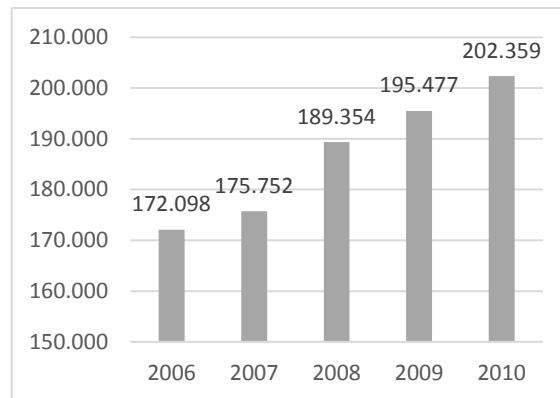
5. Welche Rolle spielen strukturelle Zwänge nach Ihrer Einschätzung?

Ein zentraler struktureller Zwang, insbesondere für Menschen, die bei der Bewältigung ihres Alltages auf Assistenz angewiesen sind, besteht darin, dass es immer noch viel zu wenige gemeindenahere Assistenzdienste gibt. So stehen viele Betroffene bei Vorliegen entsprechender Unterstützungsbedarfe bis heute oft vor der Alternative, sich diese privat erschließen oder in das soziale Feld einer stationären Einrichtung wechseln zu müssen, obwohl der Bundesgesetzgeber den Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen schon 1984 mit der Einfügung des § 3a in das damalige Bundessozialhilfegesetz (BSHG) zur expliziten Rechtsnorm erhoben hat. Die damalige regierungsamtliche Begründung: „Ambulante Hilfen sind oft sachgerechter, menschenwürdiger und zudem kostengünstiger“ (BT-Drucksache 10/335, Anlage 2 zu Nr. 22). 1996 wurde dieser Vorrang allerdings unter Kostenvorbehalt gestellt und so auch 2005 als § 13 ins SGB XII überführt.

Auch schon in früheren Behindertenberichten gelangte die Bundesregierung zu der Einsicht: „Die Zahl der Heimunterbringungen könnte nach verbreiteter Einschätzung zunehmend gesenkt werden. Von vielen Behinderten – auch schwerstbehinderten Menschen – selbst wird der Ausbau individueller Wohnformen gefordert; dieser Prozess setzt den Ausbau ambulanter Dienste voraus, die die Betroffenen weitgehend beteiligen und deren persönliche und soziale Kompetenz stärken.“ (Bundesregierung 1994, S. 68, 1998, S. 85) So steht es wortgleich in ihrem dritten und vierten

Behindertenbericht der Bundesregierung. Trotzdem werden die Voraussetzungen, die dafür erforderlich sind, nicht annähernd in dem erforderlichen Maße geschaffen.

Abbildung 2: Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfe für Behinderte in stationären Einrichtungen

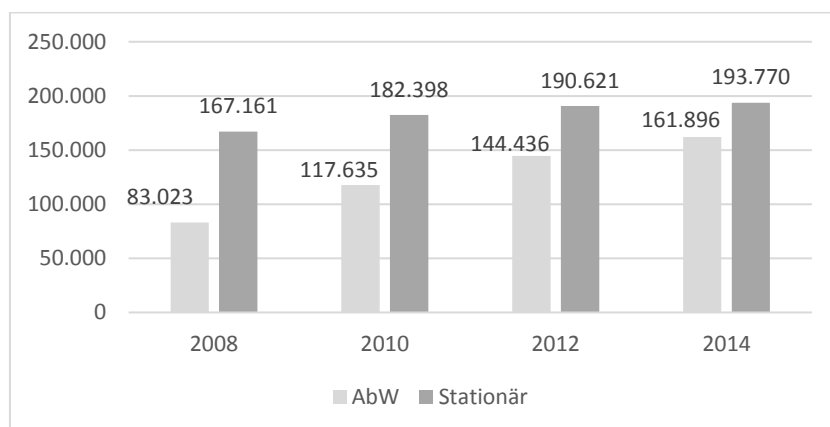


Quelle: Bundesregierung 2013, S. 174

Im Gegenteil: Statt neue ambulante Dienste und behindertengerechte Wohnungen zu schaffen, werden immer mehr Heime gebaut mit der Konsequenz, dass, wie die Abbildungen 2 und 3 zeigen, die Anzahl der Heimunterbringungen nicht nur nicht sinkt, sondern kontinuierlich steigt. Jedes Jahr erreicht die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfe für Behinderte, die in Heimen leben, neue Rekordhöchststände. Sie stieg ausweislich des ersten Teilhabeberichtes⁵ der Bundesregierung von 2013 zwischen 2006 und 2010 kontinuierlich um 16 Prozent von 172.098 auf 202.359.

Im zweiten Teilhabebericht wurde in der Statistik des institutionalisierten Wohnens unterschieden zwischen einerseits stationären Einrichtungen und andererseits dem ambulant betreuten Wohnen (abW).

Abbildung 3: Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfe für Behinderte im ambulant betreuten Wohnen und in stationären Einrichtungen



Quelle: Bundesregierung 2016, S. 255

⁵ Seit 2013 erscheinen die Berichte, die früher als Behindertenberichte bezeichnet wurden, als Teilhabeberichte.

Auch hier zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg des stationären Bereichs, aber ebenso auch des ambulant betreuten Wohnens (abW). Dabei muss allerdings differenziert werden, denn unter der Bezeichnung abW firmieren sowohl Angebote, bei denen Behinderte in ihrer eigenen Wohnung, die sie selbst angemietet haben, Unterstützung erhalten, als auch Wohneinheiten, die institutionell zu einer stationären Einrichtung gehören, quasi dezentrale Heimplätze sind. Im ersten Fall sind die Betroffenen Mieter ihrer Wohnung, für sie gilt das Mietrecht und z. B. auch das Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 GG, im zweiten Fall bleiben die Betroffenen Heimbewohner und fallen unter das Heimgesetz. Die Zahlen für das Jahr 2010 sind in beiden Statistiken erfasst, allerdings wird für Anzahl der 2010 stationär untergebrachten Behinderten 2016 eine niedrigere Zahl angegeben als 2013. Das lässt vermuten, dass die Differenz zwischen den beiden Angaben von 19.961 Betroffenen der Anzahl solcher dezentralen Heimplätze entspricht, die 2013 noch dem stationären Bereich zugerechnet wurden, was eigentlich auch 2016 hätte erfolgen müssen.

Strukturelle Zwänge betreffen allerdings auch den häuslichen Bereich. Insbesondere aufgrund der monetären Obergrenzen der sozialen Pflegeversicherung, die deutlich unterhalb der Kosten für die Deckung derjenigen Bedarfe liegen, die nachgewiesen werden müssen, um jeweils in einen der fünf definierten Pflegegrade eingestuft zu werden, sind entlastende professionelle Dienstleistungen oftmals nicht im erforderlichen Umfang erschließbar, was zu Überlastungen der privaten Pflegepersonen und infolge dessen zu Vernachlässigungen, Gewalt und auch zur Ausübung von Zwang, z. B. Fixierungen, Einsperren etc. führen kann. Auch hier zeigt sich das CRPD zu Recht „besorgt über den hohen Grad der Institutionalisierung und den Mangel an alternativen Wohnformen beziehungsweise einer geeigneten Infrastruktur, durch den für Menschen mit Behinderungen zusätzliche finanzielle Barrieren entstehen“ (CRPD 2015, Nr. 41) und empfiehlt der Bundesrepublik „durch erhöhte soziale Assistenzleistungen, Inklusion, Selbstbestimmung und die Entscheidung, in der Gemeinschaft zu leben, zu ermöglichen“ sowie „ausreichende Finanzmittel verfügbar zu machen, um die Deinstitutionalisierung zu erleichtern und die unabhängige Lebensführung zu fördern, einschließlich höherer Finanzmittel für die Bereitstellung gemeindenaher ambulanter Dienste, die Menschen mit geistigen oder psychosozialen Behinderungen auf der Grundlage der freien und informierten Einwilligung der/des Betroffenen im gesamten Land die erforderliche Unterstützung gewähren“ (CRPD 2015, Nr. 42).

Unter dem Gesichtspunkt des strukturellen bzw. institutionellen Zwangs ist außerdem von Bedeutung, wer den professionellen Kräften, die in den entsprechenden Institutionen zu Einsatz kommen, die Macht, zu helfen, verliehen, sie dazu ermächtigt hat. Die sei am Beispiel von zwei autobiografischen Texten verdeutlicht: Jürgen Knop (1937-2008) ist zwei Jahre vor Beginn des zweiten Weltkrieges geboren, Hendrik Allenstein im Jahr 1960. Beide sind aufgrund einer spastischen Lähmung in ihrer Sprach- und Bewegungsfähigkeit beeinträchtigt und zur Fortbewegung auf einen Rollstuhl angewiesen. Sie benötigen zur Bewältigung des Alltags in vergleichbarem Umfang Unterstützung. Knop lebte nahezu 60 Jahren in stationären Behindertenanstalten. Bei Umquartierungen in andere Zimmer, sogar Gebäude, wurde er nie gefragt. Auch auf die Auswahl seiner Mitbewohner, geschweige denn des Personals hatte er keinen Einfluss. Täglich erlebte er, wie er der Herrschaft der Institution und deren Akteure ausgeliefert war. Ein alltägliches Beispiel: Knop brauchte Hilfe beim Toilettengang. Er klingelte. „Monoton schnarrte die Klingel auf dem Flur, dann wieder Stille. Nur das Kauen meines Zimmerkameraden Dieter war zu hören. Er fluchte los, etwas Marmelade war ihm von seinem Brot gerutscht und setzte sich am Kragen fest. Niemand war da, der ihm das klebrige Zeug vom Hals schaffen konnte (...). Schritte kamen näher, blieben stehen. Nein, es war kein Pfleger, nur die Putzfrau (...). Die Tür schlug plötzlich doch auf. „Mensch ist heute wieder was los! Zwei Mann

haben sich krank gemeldet. Ich hab' mal wieder vier Zimmer zu versorgen, weiß garnicht, wie ich das schaffen soll bis zu unserem Frühstück.' Und zu Dieter gewandt fuhr der hereingestürmte Pfleger fort: ,Ohhhh, du hast dich ja beschmiert. Mußt du doch nicht machen!' Mit diesen Worten, die eher für ein Kleinkind geeignet schienen als für einen 38-jährigen Mann, wischte er ihm das Zeug ab und kitzelte ihn am Bauch. Dieter zuckte zusammen, bekam einen heftigen Spasmus und sein rechter Arm schlug gegen die Wand. Er sagte nichts, auch ich vermied es peinlichst, irgendeinen Protest anzumelden, obwohl mich das Gehabe anwiderte. Mir war es erstmal wichtig, auf's Klo zu kommen, und dazu musste der Pfleger bei guter Laune gehalten werden. (...) Schon die Ankündigung des Pflegers, er hätte heute besonders viel zu tun, mussten wir als Drohung verstehen; es gäbe ihm jederzeit einen guten Grund, wichtigere Arbeiten zu erledigen. Endlich saß ich auf der Toilette“ (Knop 1981, S. 66 f.).

Anders als Knop lebt Allenstein bis heute als Mieter seiner Wohnung. Die zur Bewältigung des Alltags notwendige Assistenz erhält er durch einen örtlichen Assistenzdienst. Er beschreibt seine Erfahrungen mit den Assistentinnen und Assistenten so: „Der Helfer ist im Grunde genommen nur dazu da, mir ein bißchen unter die Arme zu greifen, um das möglich zu machen, was ich machen will. Es kann auch mal passieren, daß ich mitten in der Nacht nach Hause komme. Das ist für den Helfer ziemlich anstrengend. Aber der hat mir nicht zu sagen, wann ich nach Hause gehe, das bestimme ich. Wenn ich halt Bock habe, dann bleibe ich auch mal bis morgens um vier Uhr“ (Allenstein 1995, S.35 f.).

Auch Allenstein ist abhängig von seinen Helfern. Während jedoch die Pfleger von Knop durch die Institution, welcher er selbst unterworfen war, ermächtigt wurden, hat Allenstein den Helfern ihre Macht zu Helfen selbst verliehen. Formal sind sie zwar auch bei einer Institution angestellt, doch er hat die Auswahl getroffen und ist der Institution insofern nicht unterworfen. Er kann am sozialen Leben teilhaben, übt die Kontrolle über seinen Alltag aus, entscheidet, wie er ihn gestaltet und in welcher Weise seine Assistenz zum Einsatz kommt. Bei Konflikten zwischen den Interessen der Assistenten auf der einen und seinen auf der anderen Seite stehen sich diese, anders als bei Knop, gleichberechtigt gegenüber: auf der einen Seite die Hilfeabhängigkeit des Assistenznehmers, auf der anderen Seite die existenzielle Abhängigkeit der Assistenten. Es liegt auf der Hand, dass institutionelle Bedingungen wie diejenige, unter denen Knop gelebt hat, ungleich anfälliger sind für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zum vermeintlichen Wohl der Betroffenen, als solche, unter denen Hendrik Allenstein lebt.

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

Für die genannten Maßnahmen nach § 1906, Abs. 1 und 4 müssen richterliche Genehmigungen eingeholt werden, sonst sind solche Maßnahmen auch nach deutschem Recht illegal. Zwang kann aber auch dadurch erfolgen, dass Menschen gezwungen sind, Assistenzleistungen durch Personen in Anspruch zu nehmen, von denen sie das nicht möchten. Das ist im stationären Bereich weitgehend die Regel, ist aber auch zumindest in den Anfängen der ambulanten Dienste vorgekommen. So gab es Betroffene, die z. B. den Wunsch hatten, dass insbesondere bei Assistenzdiensten im intimen Bereich gleichgeschlechtliche Personen zum Einsatz kommen. Insbesondere betroffene Frauen wünschten den Einsatz von Assistentinnen. Da in den Anfängen der ambulanten Dienste aber fast ausschließlich Zivildienstleistende, durchweg männliche Kräfte, zum Einsatz kamen, waren zumindest damals Betroffene gezwungen, auch mit dem Einsatz von Personen vorlieb zu nehmen, die sie nicht wollten. Dazu bedurfte es damals und bedarf es auch heute keiner richterliche Genehmigung.

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

Diese Frage wird in der Regel mit Merkmalen beantwortet, die den Betroffenen womöglich wesenshaft innewohnen oder anhaften. Die möchte ich hier nicht wiederholen. Es gibt aber noch eine andere, m. E. noch bedeutendere Perspektive. Betroffen sind vor allem auch solche Menschen, die unter besonders restriktiven Bedingungen leben und mittels ihrer – meist eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten – dagegen Widerstand leisten, manchmal durchaus durch Handlungsweisen, die zumindest aus der Sicht von Außenstehenden zu ihrem Nachteil gereichen, was dann zum Anlass genommen werden kann, solche Handlungsweisen durch Zwang zum vermeintlichen Wohl der Betroffenen zu unterbinden. Ich verweise in diesem Zusammenhang auch auf meine Antwort zu Frage 5.

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

Wie in der Antwort zu Frage 5 aufgeführt, würden durch die konsequente Umsetzung des Vorranges ambulanter vor stationären Angebote Konstellationen, in denen Zwangsmaßnahmen für scheinbar unvermeidlich gehalten werden, wesentlich seltener entstehen.

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

Gäbe es keinen Zwang mehr, bedürfte es auch keiner flankierenden Maßnahmen.

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

Zwang wäre in meinen Augen verzichtbar, wenn ein flächendeckendes und gemeindenahes Angebot ambulanter Dienste geschaffen bzw. ausgebaut würde, welches die unterschiedlichen Bedarfe an Assistenz, Unterstützung, Begleitung und Betreuung so umfassend abdeckt, dass alle Menschen ihren Bedürfnissen entsprechend in einer selbstgewählten Wohnform leben können.

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

Je restriktiver die Lebensbedingungen, unter denen Menschen leben bzw. unter die sie gestellt werden, umso größer schätze ich das Risiko ein, dass sie auch Zwang unterworfen werden.

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?

Hier verweise ich auf meine Antwort zu Frage 5.

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

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

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

Selbstverständlich ist nicht zu bestreiten, dass wir in der Praxis immer wieder auch mit Verhaltensweisen konfrontiert sind, die uns sinnlos, ja gegen die Interessen derer, die sie zeigen, gerichtet erscheinen. Dazu zählen z. B. stereotype oder selbstverletzende Verhaltensweisen Behinderter, die in der Praxis oft ratlos machen und auf den ersten Blick als einzigen Ausweg die Unterbindung durch physische oder chemische Gewalt gegen den Willen der Betroffenen eben durch Zwang nahe legen. Betrachten wir diese Erscheinungsformen menschlichen Handelns als bloßen Ausdruck eines biologischen Defektes, mögen solche Interventionen adäquat erscheinen. Aneignungstheoretisch lassen sich solche Verhaltensweisen demgegenüber als höchst „sinnvolle Tätigkeit“ (Jantzen & v. Salzen 1990) verstehen, deren Sinn sich allerdings nicht aus unserem Sinnkontext erschließt, den wir häufig, aber fälschlicherweise, zu einem allgemeingültigen „Sinn an sich“ zu verallgemeinern geneigt sind, sondern aus dem von den Betroffenen im Rahmen der individuellen Aneignung ihrer Welt unter gegebenen oder auch nicht gegebenen Bedingungen geschaffenen „Sinn für sich“, welcher entschlüsselt werden kann durch die möglichst gemeinsame Rekonstruktion der Lebensgeschichte der Betroffenen, wie dies etwa Wolfgang Jantzen (2003) mit seinem Konzept der „rehistorisierenden Diagnostik“ (Jantzen & Lanwer-Koppelin 1996) eindrucksvoll in der Praxis gezeigt hat. Dieses Konzept versucht Verhaltensweisen, die uns im Lichte unseres eigenen Sinns unsinnig erscheinen, nicht nur bloß, womöglich mittels ontologisierender Diagnostik, zu erklären, sondern auch und vor allem subjektlogisch aus der Lebensgeschichte der Betroffenen heraus zu verstehen. Die Vermittlung solcher Konzepte und der ihnen zugrunde liegenden Theorien, die ich hier leider nicht ausführlich ausbreiten kann, würde m. E. die Kompetenzen einschlägiger Fachkräfte grundsätzlich bereichern. Vgl. auch meine Antwort auf Frage 21.

Auswirkungen von Zwanganwendung

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?

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?

Ich teile die Auffassung, dass Zwang von den Betroffenen stets negativ erfahren wird und daher darauf verzichtet werden sollte.

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

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

Die Anwendung von Zwang führt stets die Machtasymmetrie zwischen den Betroffenen und den professionellen Akteuren vor Augen und kann dadurch zu einer Eskalation der Situation führen mit der Konsequenz, dass die vermeintliche Indikation von Zwangsmaßnahmen in der Zukunft immer mehr zunimmt.

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

Zwang führt bei denjenigen, auf die hin er zur Wirkung kommt, in aller Regel zur Wahrnehmung der eigenen Ohnmacht gegenüber den professionellen Akteuren, die ihn anwenden. Das kann zu depressiven Verstimmungen führen, aber auch zu Aggressionen, die sich u. U. auch auf die eigene Person richten und als Indiz für die Notwendigkeit des Fortbestandes von Zwangsmaßnahmen interpretiert werden können.

Bewegungsbehindernde Maßnahmen führen, je länger sie eingesetzt werden desto mehr dazu, dass zusätzlich zu den ohnehin schon einschränkenden Rahmenbedingungen und körperlichen Beeinträchtigungen, die für alle Menschen zur Erhaltung ihrer Gesundheit lebensnotwendigen körperlichen Aktivitäten noch mehr eingeschränkt oder verunmöglicht werden, was zu einer Beschleunigung des körperlichen Verfalls beitragen kann. Extreme Fixierungen können darüber hinaus zu Kontrakturen führen, die auf Dauer zusätzlich behindern.

Medikamentöse Ruhigstellungen bergen bekanntlich ebenfalls erhebliche Gesundheitsrisiken.

Normative Probleme von Zwang

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

Die Orientierung an menschenrechtsbasierten Prinzipien der Selbstbestimmung geraten in Einzelfällen in Konflikte mit der Verantwortung, die Angehörige und Professionelle im psychosozialen Bereich selbstverständlich auch tragen. Es ist ja nicht zu bestreiten, dass Menschen manchmal Entscheidungen treffen, die Außenstehenden sinnlos, „verrückt“ und in ihren Konsequenzen als nicht verantwortbar erscheinen. Solche Situationen müssen verantwortlich bewältigt werden.

Entsprechende Bewältigungsstrategien müssen, aber sie können auch nur, im jeweiligen Einzelfall gefunden werden. Die Möglichkeit zur Entrechtung der Betroffenen z. B. durch die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers auch gegen den erklärten Willen derer, die unter Betreuung gestellt werden, die zwangsweise Unterbringung und andere bzw. weitere Zwangsmaßnahmen erscheinen jedenfalls nicht als adäquate Lösungen. Solche Möglichkeiten bergen im Gegenteil das Risiko, dass adäquate Lösungen gerade nicht gesucht und folglich auch nicht gefunden, sondern die Probleme lediglich geregelt und dadurch sozial unsichtbar gemacht werden. Ansonsten verweise ich auf meine Antwort zu Frage 15.

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

Zwang lässt sich nach meinem Dafürhalten grundsätzlich nicht legitimieren.

23. Welche ethischen Maßstäbe sind hierfür heranzuziehen?

Die Unantastbarkeit der Menschenwürde nach Art. 1, Abs. 1 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland, die UN-Charta der Menschenrechte sowie die diese jeweils konkretisierenden Menschenrechtsinstrumente, wie z. B. die UN-BRK, sollten die verbindlichen Maßstäbe sein.

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

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

Solche Konstellationen kann ich mir nicht vorstellen. Im Gegenteil: die Rechtsnormen für richterliche Genehmigungen von Zwangsmaßnahmen sind in meinen Augen, wie vorstehend dargelegt, schon derzeit viel zu weitreichend.

Literatur:

- Allenstein, Hendrik. 1995. Leben auf eigene Gefahr. In: fib e. V. (Hg.): Leben auf eigene Gefahr. München: AH SPAK, S. 30-37
- Bundesregierung. 1994, 1998. Behinderung und Rehabilitation. Berichte der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation Bonn.
- Bundesregierung. 2004. Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. Bonn.
- Bundesregierung. 2006. Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Bonn, nur im Internet verfügbar unter: <http://www.wernerschell.de/Medizin-Infos/Pflege/Heimbericht15082006.pdf>, Zugriffen: 08. April 2017
- Bundesregierung. 2009. Behindertenbericht 2009. Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen für die 16. Legislaturperiode, Bonn. Nur im Internet verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-behindertenbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2, Zugriffen: 08. April 2017
- Bundesregierung (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Nur im Internet verfügbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile Zugriffen: 08. April 2017
- Bundesregierung. 2016. Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen 2016. Nur im Internet verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2017/zweiter-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=4, Zugriffen: 08. April 2017
- Deinert, Horst. 2015. Betreuungszahlen 2013 – 2014. Amtliche Erhebungen des Bundesamtes für Justiz, der Sozialministerien der Bundesländer, der überörtlichen Betreuungsbehörden, der Bundesnotarkammer sowie des Statistischen Bundesamtes. Ausgewertet und grafisch aufbereitet von Horst Deinert (Stand 1.12.2015). URL: http://www.bundesanzeiger-verlag.de/fileadmin/BT-Prax/downloads/Statistik_Betreuungszahlen/Grafische_Darstellungen_der_Betreuungszahlen_2014.pdf, Zugriffen: 08. April 2017
- Knop, Jürgen. 1981. Sie werden uns doch bemerken müssen. Geschichten aus einem behinderten Leben. Hannover: soak
- Jantzen, Wolfgang & von Salzen, Wolfgang. 1990. Autoaggressivität und selbstverletzendes Verhalten. Pa-thogenese, Neuropsychologie und Psychotherapie. Berlin: Marhold
- Jantzen, Wolfgang & Lanwer-Koppelin, Willehad. 1996. Diagnostik als Rehistorisierung. Berlin: Marhold
- Jantzen, Wolfgang. 2003. „...die da dürstet nach Gerechtigkeit“. De-Institutionalisierung in einer Großeinrichtung der Behindertenhilfe. Berlin: Spiess
- Rohrmann 2004; Rohrmann, Eckhard: Wie frei muss ein freier Wille sein? Anmerkungen zur geplanten Einführung des § 1896 Abs. 1a BGB im Rahmen der Änderung des Betreuungsrechtes. In: Widersprüche, 24. Jg., Heft 92, Juni 2004, S. 83-95