



Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung

STELLUNGNAHME · **KURZFASSUNG**

Der vollständige Text der Stellungnahme sowie alle öffentlich verfügbaren begleitenden Informationen und Dokumentationen des Deutschen Ethikrates zum Thema „wohltätiger Zwang“ sind unter <https://www.ethikrat.org/themen/gesellschaft-und-recht/wohlaetiger-zwang> abrufbar.

Herausgegeben vom Deutschen Ethikrat

Jägerstraße 22/23 · D-10117 Berlin
Telefon: +49/30/20370-242 · Telefax: +49/30/20370-252
E-Mail: kontakt@ethikrat.org
www.ethikrat.org

© 2018 Deutscher Ethikrat, Berlin
Alle Rechte vorbehalten.
Eine Abdruckgenehmigung wird auf Anfrage gern erteilt.
Layout: Torsten Kulick

>> INHALT

Zusammenfassung	5
Grundsätze und Empfehlungen	39
Sondervotum	53

>> ZUSAMMENFASSUNG

Gegenstand und Ziele

1. Unter *Zwang* wird in dieser Stellungnahme die Überwindung des Willens einer adressierten Person verstanden. „Wohltätig“ wird Zwang hier dann genannt, wenn er mit der Abwehr einer Selbstschädigung des Adressaten begründet wird und somit als Hilfsleistung gemeint ist. Eine Selbstschädigung liegt nicht nur dann vor, wenn eine Person infolge einer Handlung, Unterlassung oder auch der Weigerung gegen eine Maßnahme körperlichen oder seelischen Schaden erleidet, sondern auch, wenn ihre sozialen Beziehungen Schaden nehmen. Nicht Gegenstand dieser Stellungnahme ist hingegen Zwang zur Abwehr fremdschädigenden Verhaltens, auch wenn die Grenzziehung zwischen Selbst- und Fremdschädigung in der Praxis zuweilen schwierig ist.

2. Unter dem *Willen* wird hier generell die Fähigkeit einer Person verstanden, als Urheber ihre Handlungen selbstständig hervorzubringen und sie sich als eigene Handlungen zuzuschreiben. Der Grad der einem Willen zugrunde liegenden *Selbstbestimmung* kann je nach äußerer Situation, nach

aktueller innerer Verfassung oder generell nach dem lebensgeschichtlichen Entwicklungsstand variieren: Selbst kleinere Kinder haben ihren Willen, den sie gegenüber anderen zur Geltung bringen können. Freilich erreicht er erst im Verlauf ihrer Lebensentwicklung jenen Grad an Reflexivität, der für freiverantwortliches und damit im vollen Sinne selbstbestimmtes Handeln einer Person erforderlich ist. *Freiverantwortlich* ist das Handeln einer Person dann, wenn sie selbst einer Handlungsoption zustimmen, sie ablehnen oder zwischen zur Verfügung stehenden unterschiedlichen Handlungsoptionen wählen kann, wenn sie versteht, was sie auszuführen bzw. zu unterlassen beabsichtigt (einschließlich der für sie absehbaren Folgen und Nebenfolgen), und sie ihre Entscheidung in den Kontext ihres Lebensentwurfes einordnen kann.

3. Eine Person ist nicht zu freiverantwortlichem Handeln in der Lage, wenn sie beispielsweise aufgrund ihres Alters, einer Krankheit oder einer körperlichen bzw. psychischen Beeinträchtigung generell nicht oder nicht mehr oder auch nur vorübergehend nicht in der Lage ist, ihre Lebenssituation angemessen zu verstehen, die Folgen ihrer Entscheidung bzw. ihres Handelns abzuschätzen oder danach zu entscheiden und zu handeln. Personen, die nicht freiverantwortlich handeln können, sind nicht schon deshalb willenlos. Auch sie bringen ihre Wünsche und ihr Streben zum Ausdruck: Sie wollen sich fortbewegen, akzeptieren eine medizinische Maßnahme oder lehnen diese ab usw. Um deutlich zu machen, dass es hierbei nicht um ein im emphatischen Sinne freiverantwortliches Handeln geht, sprechen Juristen vom „*natürlichen Willen*“. Für die Frage, ob mit der Überwindung des Willens einer Person Zwang ausgeübt wird, ist nicht maßgeblich, ob dieser Wille freiverantwortlich ist. Zwang liegt auch dann vor, wenn der natürliche Wille einer Person überwunden wird.

4. Die vorliegende Stellungnahme beschäftigt sich mit Zwangsmaßnahmen in der Praxis der Sozial- und Gesundheitsberufe. Im Folgenden geht es also ausschließlich um *professionelle Sorgebeziehungen*. Zwang tritt dort zum einen in der Form auf, dass eine Person durch Gewalt direkt und unmittelbar auf den Körper einer anderen Person einwirkt, um deren Entscheidungs- oder Verhaltensmöglichkeiten aufzuheben bzw. zu beschränken. In Sorgekontexten wird Zwang in diesem eng gefassten

ursprünglichen Verständnis etwa dann ausgeübt, wenn eine Pflegekraft einen sich selbst gefährdenden, um sich schlagenden Menschen mit Demenz in einen Klammergriff nimmt oder mit einem Gurt im Bett fixiert. Zwang kann zum anderen mittelbar ausgeübt werden, wenn etwa Stationstüren abgeschlossen werden oder jemandem eine für ihn unentbehrliche Gehhilfe vorenthalten wird, um seine Bewegungsmöglichkeiten einzuschränken. Außer auf den Körper kann auch auf die psychische Verfassung einer Person in der Form von Zwang eingewirkt werden. Dies kann zum einen direkt durch das Androhen negativer Konsequenzen geschehen, wenn damit der entgegenstehende Wille der Person überwunden oder ausgeschaltet werden soll. Zum anderen kann der Wille auch indirekt überwunden werden, indem der betroffenen Person relevante Informationen vorenthalten oder falsche Tatsachen vorgespiegelt werden und sie so zu einer bestimmten Entscheidung bzw. zu einem bestimmten Verhalten bewegt wird. Zu dieser Fallkonstellation zählt auch die Verabreichung von Medikamenten, die in Speisen und Getränken versteckt werden, weil ihre Einnahme andernfalls von der betroffenen Person verweigert würde. Trotz ihrer unbestrittenen Bedeutung für professionelle Sorgebeziehungen fallen *strukturelle Zwänge*, die beispielsweise dann wirksam sind, wenn bestimmte Abläufe in einer Institution Personen in feste Tagesrhythmen einbinden und damit deren selbstbestimmte Alltagsgestaltung erschweren oder sogar unmöglich machen, aus dieser Betrachtung heraus. Solche Zwänge sind nicht wohlwärtig im Sinne dieser Stellungnahme; sie gründen vielmehr in institutionellen und organisatorischen Notwendigkeiten.

5. Mit dieser Stellungnahme verfolgt der Deutsche Ethikrat drei *Ziele*. Erstens will er die Öffentlichkeit für das schwierige Problemfeld der professionellen Hilfe durch Zwang im Spannungsfeld zwischen Wohl und Selbstbestimmung sensibilisieren, zweitens Politik, Gesetzgeber und Praxis auf Regelungs- und Umsetzungsdefizite hinweisen und mit Empfehlungen zu ihrer Behebung beitragen sowie drittens die Gesundheits- und Sozialberufe bei der Neuorientierung ihres Selbstverständnisses und ihrer Praxis als professionell Sorgende unterstützen. Leitend ist dabei die Vorstellung, dass Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse so gestaltet werden sollten, dass Zwang möglichst vermieden wird. Es ist jedoch anzuerkennen, dass es

dennoch zu Notsituationen für Sorgeempfänger kommen kann, in denen die Anwendung von Zwang als letztes Mittel zu prüfen ist. Auch für diese Situationen soll diese Stellungnahme Orientierung bieten.

Ethische Grundlagen und Kernthesen

6. Professionelle *Sorge* soll einerseits selbstverständlich stets das Wohl der Sorgeempfänger befördern oder wenigstens erhalten und andererseits ihre Selbstbestimmung gerade auch dann achten, wenn ihre selbstbezogenen Entscheidungen für andere schwer oder gar nicht nachvollziehbar sind. In Spannung geraten diese gleichermaßen grundlegenden Ziele immer dann, wenn der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Sorgeadressaten verlangt, eine schwere Selbstgefährdung dieser Person in Kauf zu nehmen. Dies sind die Situationen, in denen infrage steht, ob die Verletzung der Selbstbestimmung in der Form von Zwang wohltätig ist.

7. Die Frage, wann eine Zwangsmaßnahme zum *Wohl* des Betroffenen legitim ist, lässt sich nicht anhand eines abstrakt und generell bestimmten Wohl-Begriffs beantworten. Es geht vielmehr darum zu bestimmen, wo die Grenze zwischen einer anzuerkennenden Entscheidung des Betroffenen und einem zulässigen Eingriff zu seinem Wohl zu ziehen ist. Dabei sind die folgenden Gesichtspunkte zu berücksichtigen: Erstens vermag keine Bestimmung des Wohl-Begriffs zu überzeugen, in der nicht auch das subjektive Selbsterleben des Betroffenen maßgeblich berücksichtigt wird. Daher sollte das Wohl des Betroffenen nicht abstrakt oder gar von den Interessen Dritter aus, sondern immer vom Betroffenen selbst her bestimmt werden. Zweitens ist davon auszugehen, dass es sich beim Begriff des Wohles um eine vielschichtige und komplexe Kategorie handelt, in die neben den aktuellen subjektiven Wünschen und Präferenzen des betroffenen Individuums auch dessen persönliche Biografie (einschließlich früherer Vorlieben, Werte und Zielvorstellungen) sowie gesellschaftlich und kulturell verankerte Leitbilder des guten Lebens und basale Normen (etwa der Menschenwürde) eingehen. Drittens gibt es eine hinreichende empirische Evidenz dafür, dass auch die aktuelle subjektive Bewertung des Betroffenen

hinsichtlich seines Wohls nicht statisch ist, sondern – je nach Umständen – einem Wandel bzw. Entwicklungsprozess unterliegt.

8. Der Begriff der *Selbstbestimmung* wird in der vorliegenden Stellungnahme genutzt, um die ganze Bandbreite möglicher Graduierungen zwischen elementarer Willensbekundung etwa eines kleinen Kindes und der freiverantwortlichen Selbstbestimmung eines Erwachsenen mit einem Oberbegriff kenntlich zu machen. Selbstbestimmung setzt grundlegende Bedingungen und Kompetenzen voraus, die sie überhaupt erst ermöglichen. Genau diese physischen oder psychischen Bedingungen einer selbstgestalteten Lebensführung können durch situative Entscheidungen, Handlungsoptionen oder Willensäußerungen von Personen in ihrem Kerngehalt gefährdet sein. In dieser paradoxen Situation soll die Anwendung wohlütigen Zwangs das entstehende Dilemma dadurch entschärfen, dass sie als letztes Mittel zum Schutz und zur (Wieder-)Herstellung der physischen und psychischen Basisbedingungen einer selbstgestalteten Lebensführung dient.

9. Für die Frage, unter welchen Umständen die Selbstbestimmung erhaltende oder wiederherstellende Zwangsmaßnahmen legitimiert werden können, ist die Grenzziehung zwischen freiverantwortlichen Entscheidungen einerseits und solchen willentlichen Entscheidungen andererseits, die das Anforderungsprofil freiverantwortlicher Entscheidungen nicht erreichen, von entscheidender ethischer wie rechtlicher Relevanz. Sie markiert die Trennlinie zwischen weichtpaternalistischen und hartpaternalistischen Eingriffen in die Entscheidungsfreiheit des Adressaten. *Paternalismus* umfasst Handlungen, die sich erstens bewusst über die Willensbekundungen des Adressaten hinwegsetzen und zweitens ausschließlich oder zumindest vorrangig das Ziel verfolgen, den Adressaten vor gravierender Selbstgefährdung oder Gefährdung fundamentaler eigener Interessen zu schützen. Als *weichtpaternalistisch* wird ein Handeln bezeichnet, für das der Akteur mit der Zustimmung des Adressaten rechnen könnte, wäre er aktuell zu einer freiverantwortlichen Entscheidung bzw. Willensbildung fähig. Der Adressat einer weichtpaternalistischen Maßnahme ist nicht dazu in der Lage, sich im vollen Sinne freiverantwortlich gegen diese Maßnahme zu entscheiden. Sein entgegenstehender natürlicher Wille verdient zwar sehr wohl als Erscheinungsform von Selbstbestimmung und Ausdruck der

Würde Beachtung, hat jedoch nicht dieselbe Dignität wie eine freiverantwortliche Entscheidung. Als *hartpaternalistisch* bezeichnet man demgegenüber ein Handeln, das sich über eine freiverantwortliche und in diesem Sinn gänzlich selbstbestimmte Entscheidung des Adressaten hinwegsetzt. Legt man diese Unterscheidung zugrunde, ergeben sich unterschiedliche Ansprüche an die mögliche Rechtfertigung paternalistischer Zwangsmaßnahmen. Je näher selbstbestimmte Entscheidungen an das Anforderungsprofil freiverantwortlicher Entscheidungen heranreichen, desto höher sind die argumentativen Hürden, die eine Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen überwinden muss.

10. Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass unter bestimmten Voraussetzungen ein weichpaternalistisches Handeln moralisch legitim sein kann, wenn ein Sorgeadressat in der konkreten Entscheidungssituation *unzweifelhaft noch nicht, vorübergehend oder dauerhaft nicht oder nicht mehr* dazu in der Lage ist, eine freiverantwortliche Entscheidung zu treffen. Um tatsächlich als legitim gelten zu können, müssen weichpaternalistische Maßnahmen in solchen Situationen die folgenden Kriterien erfüllen:

- » Die jeweilige Zwangsmaßnahme muss auf die Entwicklung, Förderung oder Wiederherstellung der selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Person im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten und der hierfür elementaren leiblichen und psychischen Voraussetzungen abzielen. Dies gilt auch, wenn die Fähigkeit zum freiverantwortlichen Handeln nicht mehr erreichbar ist.
- » Die Zwangsmittel müssen zu diesen Zielen geeignet, erforderlich und angemessen (d. h. im Blick auf Eingriffstiefe und Eingriffsdauer verhältnismäßig) sein.
- » Die Abwehr eines primären Schadens darf nicht unangemessene andere womöglich irreversible Schäden erzeugen („sekundäre Vulnerabilität“).
- » Der Schaden darf sich nicht anders abwenden bzw. das Ziel nicht anders erreichen lassen.
- » Die jeweilige Maßnahme sollte auf die Zustimmung der adressierten Person stoßen, wäre diese aktuell zu einer freiverantwortlichen Entscheidung fähig.

11. Wenn in einer Situation *begründete Zweifel an der Freiverantwortlichkeit* der Entscheidung eines Sorgeadressaten bestehen, ist ergänzend zu den bereits genannten Kriterien darauf zu achten, dass die grundsätzlich vorhandenen Ressourcen für die selbstbestimmte Lebensführung durch entsprechende Assistenz wenn möglich auch für diese Entscheidungssituation aktiviert werden und jedenfalls nicht durch die Zwangsmaßnahme substanziellen Schaden nehmen. Lässt sich die Unsicherheit über das Vorliegen der Freiverantwortlichkeit nicht auflösen, muss die erforderliche Abwägung der Indizien Pro und Contra ein klares Übergewicht für die Wahrscheinlichkeit ihres Fehlens ergeben. Es sind in solchen Zweifelsfällen nur solche weichpaternalistischen Zwangsmaßnahmen legitim, die sich auf Maßnahmen zur (weiteren) Schadensvermeidung beschränken. Der abzuwendende Schaden muss zudem ein erhebliches Ausmaß besitzen und dazu geeignet sein, die betreffende Person schwer zu gefährden. Dazu gehören zweifellos Notfallsituationen, in denen Handlungen mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Verlust des Lebens der sich selbst schädigenden Person führen und nicht ausreichend Zeit ist, die Freiverantwortlichkeit zu prüfen. Ebenso zu beurteilen sind jene Fallkonstellationen, in denen zwar nicht die physische Existenz, wohl aber diejenigen kognitiven, sozialen und affektiven Kompetenzen substanziell gefährdet sind, von denen die zukünftige Fähigkeit des Betroffenen zu selbstbestimmtem Entscheiden und Handeln abhängt. Gerade in solchen Fällen kann sich die Abwendung von Selbstschädigung im Nachhinein auch für die gezwungene Person als Wohltat erweisen. Bei Selbstschädigungen, die keine existenzielle Gefahr für den Betroffenen und seine zukünftige Selbstbestimmungsfähigkeit mit sich bringen, stellt sich dies anders dar. Ihn von solchen Schädigungen mit den Mitteln des Zwangs abzubringen, könnte selbst andere erhebliche Schäden, zum Beispiel der Selbstachtung, verursachen.

12. Hartpaternalistische Zwangsmaßnahmen, die eine *unbezweifelbar freiverantwortliche* Entscheidung zum Wohl der betroffenen Person zu überwinden trachten, sind im Rahmen professioneller Sorgebeziehungen nicht legitimierbar. Kern der Würde des Menschen ist seine Selbstzwecklichkeit und damit der Anspruch, weder von Dritten zum bloßen Instrument fremder Zwecksetzung missbraucht, noch in seinem Handeln und

in seiner Lebensführung fremdbestimmt zu werden. Das Recht auf Selbstbestimmung umfasst auch das Recht, selbst solche Unterstützung Dritter zurückzuweisen, die sich zur Sicherung und Förderung des eigenen Wohls als unverzichtbar erweist. Deshalb ist es moralisch legitim, wenn ein Patient freiverantwortlich medizinische Eingriffe verweigert, selbst wenn diese medizinisch indiziert sind und ihre Unterlassung für ihn mit dem Risiko eines gravierenden Schadens oder sogar mit einer Lebensgefahr verbunden ist. Folglich ist es auch für Dritte moralisch geboten, diesen Akt der Selbstbestimmung zu respektieren.

13. Die Personen bzw. Personengruppen, die im Rahmen professioneller Sorgebeziehungen im Gesundheits- und Sozialwesen zu Adressaten wohlthätigen Zwangs werden, zeichnen sich in der Regel durch außergewöhnlich hohe *Vulnerabilität* (Verletzlichkeit) aus; viele dieser Sorgeempfänger (psychisch erkrankte Menschen, Menschen mit Beeinträchtigungen oder Demenz usw.) sind bereits in ihrer gewöhnlichen Lebensführung erheblich eingeschränkt und in dieser Weise weniger als andere in der Lage, für ihre Interessen zu sorgen. Die Einschränkungen, die sich aus der primären Vulnerabilität (Erkrankungen usw.) ergeben, ziehen oftmals weitere Einschränkungen der persönlichen Lebenslage hinsichtlich subjektiver Faktoren nach sich. Erkennbar wird eine Form *sekundärer Vulnerabilität*, die neben dem kognitiven und motivationalen besonders auch den volitiven Faktor betrifft. Die wiederholte Erfahrung von Zwang kann sich, so „wohlthätig“ sie konzipiert sein mag, aufseiten des Adressaten zu Missachtungserfahrungen verdichten, die entweder in offene Rebellion oder in soziale Scham sowie in den Verlust von Selbstvertrauen und Selbstachtung umschlagen. Mit Selbstvertrauen und Selbstachtung steht aber die Erfahrung der eigenen Würde als Mensch auf dem Spiel. Sie ist verknüpft mit der Erfahrung eines starken Gefühls von Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft und Gesellschaft, die jede Person als an Rechten, Pflichten und Lebenschancen gleichberechtigt einbezieht. Jede Erfahrung von Zwang kann als Erfahrung von Ohnmacht und Wehrlosigkeit dieses Gefühl von Zugehörigkeit in Verbindung mit den Momenten der Selbstachtung und des Selbstvertrauens schwer beeinträchtigen und faktisch zur sozialen Ausgrenzung führen.

14. Zu den sekundären Folgen der Anwendung von Zwang in professionellen Sorgebeziehungen zählen auch *Beschädigungen des Vertrauensverhältnisses* zwischen Sorgeempfängern und den zuständigen Institutionen bzw. Sorgenden. Unabhängig davon, ob in Einrichtungen für Kinder, Jugendliche, psychisch Kranke, Alte oder Menschen mit Behinderungen wohltätige Zwangsmaßnahmen überhaupt erwogen und gegebenenfalls ergriffen werden, fühlen die Betroffenen sich nicht selten „zwangsläufig“ bzw. „gezwungenermaßen“ in eine Abhängigkeit von den professionell Sorgenden gebracht. Das Gefühl der Ohnmacht und der Wehrlosigkeit wird verstärkt, wenn in einem solchen Kontext Sorgehandlungen mit wohltätigem Zwang durchgeführt werden.

15. Entscheidungen über die Anwendung von Zwang fallen aus der alltäglichen Routine in professionellen Sorgebeziehungen heraus und stellen besondere Anforderungen an das *Urteilsvermögen* der Sorgenden. Insbesondere wenn ein Handeln unter Zeitdruck oder mit nur begrenztem Wissen um die betroffene Person erforderlich ist, wird die Befähigung professionell Sorgender zu einer situationsadäquaten Urteilsbildung auf die Probe gestellt. Doch auch bei sorgfältigster Bewertung einer Situation kann sich im Umgang mit Maßnahmen wohltätigen Zwangs beim Akteur insofern das Gefühl eines *perplexen Gewissens* einstellen, als alle zur Verfügung stehenden Handlungsalternativen etwas moralisch Problematisches an sich haben: Während die Ausübung von Zwang als Verstoß gegen das hohe Gut der Selbstbestimmung des Hilfeempfängers erlebt wird, kann gleichzeitig der Verzicht auf entsprechende Zwangsmaßnahmen als mangelnde Fürsorge angesichts der drohenden Selbstschädigung erscheinen, die ebenfalls mit Schuldgefühlen verbunden ist. Wenn sich Sorgetragende daher in extremen Situationen zu der tragischen Entscheidung gedrängt sehen, ihre fundamentale Verpflichtung zum Respekt vor freiverantwortlichen Entscheidungen zu missachten und solche Selbstbestimmung mit Zwangsmaßnahmen zu überwinden, darf die darin zum Ausdruck kommende Gewissensnot zwar nicht übergangen werden. Gleichwohl lassen sich derartige Zwangsmaßnahmen ethisch nicht rechtfertigen. Zudem müssen die Handelnden mit rechtlichen Sanktionen rechnen.

16. Weil die in dieser Stellungnahme bewerteten Sorgehandlungen wohltätigen Zwangs in professionelle Settings eingebettet sind, in denen diese von Personen mit spezifischen beruflichen Rollen und Verpflichtungen durchgeführt werden, müssen die grundsätzlichen Überlegungen zur Legitimität von Sorgehandlungen wohltätigen Zwangs in einer Ethik professioneller Sorgehandlungen konkretisiert werden.

17. Generell muss bei der Beantwortung professionsethischer Fragen das Wechselverhältnis dreier Verantwortungsebenen im Blick behalten werden, in die alle professionellen Sorgehandlungen (einschließlich solcher des wohltätigen Zwangs) allein durch ihre institutionellen Bindungen (an eine Klinik, eine stationäre Einrichtung der Alten- und Behindertenhilfe, ein Jugendamt o. Ä.) immer eingebettet sind: Auf der Mikroebene ist es die persönliche Verantwortung des professionellen Akteurs in unmittelbarer Sorgebeziehung zu einem Adressaten. Auf der Mesoebene ist es seine persönliche Verantwortung als Mitakteur in einem Team, das als *systemischer Akteur* gemeinsam die Sorge gestaltet und verantwortet. Auf der Makroebene ist es die korporativ wahrgenommene Verantwortung der Leitungsebene, die neben der Implementierung entsprechender Handlungsleitlinien vor allem auch die institutionellen Rahmenbedingungen verantwortet, innerhalb deren die Organisationsmitglieder ihrer spezifischen Verantwortung auf der Mikro- und Mesoebene nachkommen können. Darüber hinaus sind systembezogen auch die politisch verantwortlichen Akteure, wie etwa der Gesetzgeber, einzubeziehen, die für den ordnungspolitischen Rahmen des Gesundheitssystems und seine spezifischen Allokationsentscheidungen maßgeblich sind. Bleiben diese Wechselbezüge außer Acht, so verstärkt sich das immer wieder beklagte Gefühl der einzelnen Akteure, dass es an realistischen Umsetzungsmöglichkeiten mangle und man ohnmächtig vor den abstrakten Forderungen des puren Sollens stehe.

18. Eine sowohl in der Pflege als auch in der Kinder- und Jugendhilfe und der Medizin anerkannte professionsethische Forderung ist die, Prozesse so zu gestalten, dass die Beteiligung des Sorgeadressaten sowie derjenigen gewährleistet wird, die für ihn sorgerechtlich verantwortlich sind (z. B. der Eltern oder des Vorsorgebevollmächtigten bzw. rechtlichen Betreuers). Dieser Anspruch auf Partizipation umfasst prinzipiell alle Phasen

der professionellen Intervention, von der Bewertung der konkreten Lebenslage des Sorgeadressaten über die Klärung möglicher Handlungsoptionen und die Entscheidung für eine bestimmte Intervention bis zu deren Durchführung, Nachbesprechung und Auswertung. Diese möglichst umfassende Beteiligung der Sorgeadressaten ist ein elementarer Baustein für ein Vertrauensverhältnis zwischen Sorgenden und Sorgeadressaten, der die Eintrittswahrscheinlichkeit von Zwangsmaßnahmen, gleich welcher Art, erheblich mindern kann.

19. Weil Zwangsmaßnahmen immer nur letztes Mittel sein dürfen, muss ihnen immer der Versuch vorausgehen, den Sorgeadressaten durch Transparenz und Begründungsarbeit von der Notwendigkeit der jeweiligen Intervention zu überzeugen und so eine informierte Einwilligung zu erhalten. Hierbei dürfen Praktikabilitätserwägungen (wie hoher Aufwand, Zeitknappheit usw.) jedoch keine Rolle spielen. Es ist sorgfältig darauf zu achten, dass der Überzeugungsversuch nicht in den Modus des Überredens wechselt oder der reale Entscheidungsspielraum etwa durch Dramatisierung, Vorenthaltung von Informationen über Alternativen oder Ähnliches bewusst eingeschränkt wird. Die letztgenannten Modi bewegen sich selbst schon innerhalb einer Fallkonstellation des wohlütigen Zwangs. Hier ist eine hohe Sensibilität der professionell Sorgenden erforderlich – insbesondere in jenen Situationen, in denen die Einwilligung nicht aus voller Überzeugung, sondern erst nach langem Abwägen, zurückhaltend oder sogar nur widerstrebend erfolgt.

20. Aus den professionsethischen Überlegungen ergeben sich weitere, eher verfahrensbezogene Kriterien für die Legitimation wohlütigen Zwangs:

- » Professionelles Sorgehandeln muss fachlichen Qualitätsstandards genügen, das heißt, die jeweilige Handlung muss fachlich angemessen sein. Im Falle von Zwangsmaßnahmen muss auch die zwangsweise Durchführung fachlich angemessen sein. Die Maßnahme und ihre zwangsweise Durchführung müssen also fachlich „doppelt“ gerechtfertigt sein.
- » Es muss ausreichend präzise ermittelt werden, ob die adressierte Person in Bezug auf die betreffende Maßnahme nicht in der Lage ist, eine freiverantwortliche Entscheidung zu treffen.

- » Die zuvor bereits genannten Kriterien (Wohl der betroffenen Person einschließlich deren subjektiver Bewertung, Erforderlichkeit für Wiederherstellung selbstbestimmter Lebensführung, Ultima Ratio, sekundäre Vulnerabilität, prinzipielle nachträgliche Zustimmungsfähigkeit usw.) müssen ausreichend präzise ermittelt und ihre Ermessensspielräume ausgelotet werden.
- » Der Betroffene muss als Person ernst genommen und an der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der jeweiligen Maßnahme beteiligt werden.
- » Bei einem Kind oder Jugendlichen müssen die Eltern oder andere Sorgeberechtigte, bei einem Erwachsenen der Bevollmächtigte oder rechtliche Betreuer an der Entscheidung über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen beteiligt werden.
- » Die Kriterien müssen verfahrensmäßig umgesetzt und abgesichert werden. Dazu gehören etwa die Anordnung und Überwachung der Zwangsmaßnahme durch eine fachlich qualifizierte und verantwortliche Person und die Dokumentation über die maßgeblichen Gründe für die Zwangsmaßnahme, ihre Durchführung sowie Dauer und Art der Überwachung.

Rechtliche Grundlagen und Bestimmungen

21. Das geltende Recht kennt den legitimen Einsatz wohltätigen Zwangs, fordert ihn sogar in bestimmten Fällen und unter bestimmten Voraussetzungen. So hat das Bundesverfassungsgericht zwar klargestellt, dass eine medizinische Behandlung bzw. eine 5-Punkt- oder 7-Punkt-Fixierung gegen den natürlichen Willen des Betroffenen auf schwerwiegende Weise in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit bzw. in das Grundrecht der Fortbewegungsfreiheit eingreift. Dennoch sei es dem Gesetzgeber nicht prinzipiell verwehrt, derartige Eingriffe unter bestimmten Voraussetzungen zu ermöglichen, um den anderen grundrechtlich geschützten Interessen des Betroffenen Rechnung zu tragen. Zwar umfassen die Freiheitsgrundrechte auch das Recht, von der Freiheit einen Gebrauch

zu machen, der in den Augen Dritter den wohlverstandenen objektiven Interessen des Grundrechtsträgers zuwiderläuft. Die damit gewährleistete „Freiheit zur Krankheit“ schließt es aus, dass eine derartige Zwangsmaßnahme gegen den „freien Willen“ eines Menschen erfolgt. Kann aber ein Betroffener aktuell keinen freiverantwortlichen Willen in Bezug auf den Umgang mit seiner Krankheit bilden, weil er krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, die Notwendigkeit einer Maßnahme zu erkennen oder nach dieser Einsicht zu handeln, und liegen keine tragfähigen Anhaltspunkte dafür vor, dass diese Ablehnung seinem freiverantwortlichen Willen entspricht, tritt die Schutzpflicht des Staates zugunsten des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit in den Vordergrund. Die Schutzpflicht findet in diesem Fall ihren Grund in dem gesteigerten Schutzbedarf der Person, sofern diese nicht zur Einsicht in die konkrete Notwendigkeit einer Maßnahme fähig ist und darum Gefährdungen von Leib und Leben ausgeliefert wäre, ohne in Freiheit selbst für den eigenen Schutz sorgen zu können.

22. Das Bundesverfassungsgericht hat den Gesetzgeber sogar dazu verpflichtet, eine medizinische Zwangsbehandlung zu ermöglichen, falls eine drohende erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung einschließlich einer Lebensgefahr durch eine nicht zu eingriffsintensive Behandlung mit hohen Erfolgsaussichten abgewehrt werden kann und die Betroffenen allein aufgrund ihrer krankheitsbedingt fehlenden Einsichts- oder Urteilsfähigkeit mit ihrem natürlichen Willen eine solche Behandlung ablehnen. Der Gesetzgeber habe dabei jedoch auf die zurücktretenden Freiheitsrechte der Betroffenen möglichst weitgehend Rücksicht zu nehmen. So müsse der freiverantwortliche Wille des Betroffenen auch dann respektiert werden, wenn er lediglich anhand von Indizien – insbesondere unter Rückgriff auf frühere Äußerungen oder etwa aufgrund der Qualität des geäußerten natürlichen Willens – ermittelbar sei. Einzig wo dies nicht möglich sei, wenn also keine tragfähigen Anhaltspunkte vorliegen, dass die Ablehnung der Behandlung dem freiverantwortlichen Willen entspricht, könne als letztes Mittel ein entgegenstehender natürlicher Wille überwunden werden.

23. Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Einzelnen gebietet es nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts sicherzustellen, dass vor

ärztlichen Maßnahmen stets aktuell festgestellt wird, ob der Betroffene im Hinblick auf diese Maßnahmen hinreichend einsichts- und urteilsfähig ist, sodass er hierfür einen freien und damit maßgeblichen Willen bilden kann. Ist dies nicht der Fall, kann sein freier Wille anhand einer Patientenverfügung oder früher geäußerten Behandlungswünschen ermittelt werden. Im Hinblick auf den aktuell einer Maßnahme entgegenstehenden natürlichen Willen des nicht einsichts- oder urteilsfähigen Betroffenen ist außerdem zunächst zu versuchen, ihn von der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der vorgesehenen Behandlung zu überzeugen, bevor als letztes Mittel eine Zwangsbehandlung erfolgen darf.

24. In verfahrensrechtlicher Hinsicht verlangt das Bundesverfassungsgericht des Weiteren die Anordnung der Zwangsmaßnahme durch einen Arzt und einen wirksamen gerichtlichen Rechtsschutz sowie die Dokumentation der gegen den Willen des Betroffenen ergriffenen Maßnahmen, einschließlich ihres Zwangscharakters, der Durchsetzungsweise, der maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung.

25. Die grundrechtlichen Rahmenbestimmungen werden auf völkerrechtlicher Ebene durch die einschlägigen Menschenrechtskonventionen ergänzt. Neben der Europäischen Menschenrechtskonvention sind dies insbesondere die UN-Behindertenrechtskonvention und die UN-Kinderrechtskonvention mit der Schlüsselnorm über die Partizipation des Kindes in Artikel 12. Der subjektorientierte, der menschenrechtlichen Emanzipation verpflichtete Ansatz dieser Konventionen gibt Anlass, sich mit den zentralen Fragen des Konzepts eines freiverantwortlichen Willens und dessen Abgrenzung zum natürlichen Willen eingehend auseinanderzusetzen und dabei auch die Sensibilität für die Gefahren erniedrigender und würdewerletzender Behandlungen zu erhöhen. Mit Bezug auf Berichte des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, in denen Kritik an der Umsetzung der Bestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention im deutschen Recht bzw. der deutschen Rechtspraxis geübt wurde, hat das Bundesverfassungsgericht klargestellt, dass die Äußerungen des Ausschusses zwar zu beachten, aber völkerrechtlich nicht verbindlich sind.

Wohltätiger Zwang in der Psychiatrie

26. Stellvertretend für das gesamte medizinische Praxisfeld befasst diese Stellungnahme sich eingehend mit der Psychiatrie, weil die öffentliche Problematisierung wohltätigen Zwangs vom Praxisfeld der Psychiatrie ausging. Zudem haben höchstrichterliche Urteile hinsichtlich psychiatrischer Zwangsmaßnahmen einen erheblichen Reformbedarf in Praxis und Gesetzgebung aufgezeigt. Dies stellt einerseits die psychiatrische Versorgung vor große Herausforderungen, hat aber andererseits auch eine Dynamik der Entwicklung von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen und einen Reflexionsprozess in der Psychiatrie ausgelöst.

27. Ist ein Patient zu einer freiverantwortlichen Entscheidung nicht in der Lage, kann es nicht nur in der Psychiatrie, sondern in allen Bereichen der Medizin zu Situationen kommen, in denen dieser eine Maßnahme ablehnt, die im Hinblick auf sein gesundheitliches Wohl unerlässlich erscheint. Ob in solchen Situationen die zwangsweise Durchführung der fraglichen Maßnahme legitim sein kann, wird insbesondere in der Psychiatrie seit Langem kontrovers diskutiert. Soll die Zwangsmaßnahme verhindern, dass ein Mensch mit psychischer Krankheit sich entweder selbst Schaden zufügt oder ihm durch die Ablehnung einer medizinischen Behandlung ein Schaden entsteht, handelt es sich um „wohltätigen“ Zwang im Sinne dieser Stellungnahme. Neben dem Ziel, dem einzelnen psychisch kranken Menschen professionelle Hilfe durch die Abwendung von Selbstschädigung zukommen zu lassen, ist mit der Anwendung von Zwang in der Geschichte der Psychiatrie jedoch häufig auch noch ein anderes Ziel verfolgt worden: der Schutz der Allgemeinheit vor sozial herausforderndem oder bedrohlichem Verhalten psychisch Kranker.

28. Psychische Erkrankungen wie Schizophrenie oder schwere Depression schränken nicht selten die Fähigkeit des Patienten ein, freiverantwortlich zu entscheiden. Sie können Wahrnehmung, Denken, Fühlen, Antrieb und Verhalten unter Umständen so sehr beeinträchtigen, dass ein psychisch kranker Mensch nicht in der Lage ist, in einer konkreten Situation deren Tragweite und Bedeutung zu verstehen, sich darüber ein eigenes Urteil zu bilden oder danach zu handeln. Aus Sicht der Psychiatrie erscheinen

Zwangmaßnahmen dann als notwendig, wenn infolge krankheitsbedingter Krisen die Wahrnehmung der Realität verzerrt ist und Handlungsimpulse auftreten, die mit einem hohen Risiko dauerhafter und gravierender Selbstschädigung, bis hin zur Selbsttötung, verbunden sind. Depressionen, Angstzustände und Schizophrenie gehen mit einer deutlich erhöhten Rate von Suizidhandlungen einher. Handlungsimpulse können dabei entweder vom Patienten nicht willentlich kontrolliert werden oder sie sind flüchtige Eingebungen, die den Willensäußerungen des Patienten vor und nach der krankheitsbedingten Krise nicht entsprechen. Aus professioneller Perspektive gilt, dass in diesen Fällen eine Behandlung unter Umständen auch gegen den aktuell geäußerten, natürlichen Willen des Patienten erfolgen sollte, insbesondere dann, wenn dessen Leben in Gefahr ist. Psychiater halten daher wohl eine Minimierung von Zwangsbehandlungen und anderen Zwangsmaßnahmen für möglich, nicht aber einen völligen Verzicht darauf.

29. Wie in den anderen Praxisfeldern auch, kommen in der Psychiatrie zu einem *freiheitsbeschränkende bzw. freiheitsentziehende Zwangsmaßnahmen* zur Anwendung, zu denen etwa Maßnahmen zur Einschränkung bis hin zur völligen Aufhebung der Bewegungsfreiheit zum Beispiel durch Zwangsunterbringung oder Fixierung gehören. Zum anderen werden *Zwangsbehandlungen* durchgeführt, zu denen Maßnahmen zur psychiatrischen Behandlung und Versorgung zählen, wie eine diagnostische Untersuchung, Medikation, Elektrokrampftherapie oder Ernährung, die gegen den Willen des Patienten angewandt werden.

30. Die Rechtsgrundlagen für Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie sind in den letzten Jahren aus grund- und menschenrechtlicher Sicht mehrfach infrage gestellt worden. Psychiatrieerfahrene beziehen sich mit ihrer Forderung nach einem generellen Verbot von Zwangsbehandlungen in erster Linie auf das von verschiedenen Menschenrechtskonventionen geforderte Verbot der Folter und grausamer, inhumaner oder erniedrigender Behandlung oder Strafen. Allerdings kann dieses Verbot nicht kategorisch alle Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung psychisch kranker Menschen untersagen. Wenn eine Person mit einer psychischen Erkrankung eine medikamentöse Behandlung ablehnt, die

nach sorgfältiger Prüfung auch unter der Bedingung ihrer zwangsweisen Durchführung medizinisch eindeutig indiziert ist, sie die Folgen der Behandlungsverweigerung krankheitsbedingt nicht verstehen oder beurteilen kann, zudem erfolglos alles unternommen worden ist, um sie von der Behandlungsnotwendigkeit zu überzeugen, und die Krankheit und die Behandlungsverweigerung ein großes Exklusionsrisiko für sie darstellen und ihr langfristig kein selbstbestimmtes Leben ermöglichen, stellt eine Zwangsbehandlung keine grausame, inhumane oder erniedrigende Behandlung im Sinne des Folterverbots dar und verletzt nicht die Menschenrechte des Betroffenen.

31. Menschen mit psychischer Erkrankung haben wie alle anderen Kranken ein Recht auf angemessene medizinische Versorgung mit dem Ziel, ihr Leid zu mindern und ihre Gesundheit wiederherzustellen. Dabei ist ein diskriminierungsfreier Zugang zu einer dem wissenschaftlichen Sachstand entsprechenden psychiatrischen Versorgung sicherzustellen. Zur Wiederherstellung der Gesundheit oder zur Leidensminderung können unter Umständen auch Zwangsmaßnahmen geboten sein, wenn die betroffene Person selbst nicht mehr in der Lage ist, die Notwendigkeit einer Behandlung zu erkennen oder nach dieser Einsicht zu handeln, und keine anderen Alternativen zur Verfügung stehen. Der Staat ist jedoch aufgefordert, über gesetzliche Schutzmaßnahmen jeden Missbrauch von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen zu verhindern und diese auf das absolut unverzichtbare Maß einzuschränken. Dazu gehören unter anderem die Dokumentation der Zwangsmaßnahmen und ihrer Durchsetzung, der maßgeblichen Gründe und der Wirkungsüberwachung sowie ein wirksamer gerichtlicher Rechtsschutz. Zudem sollen die Möglichkeiten der medizinischen und sozialen Unterstützung und der Selbsthilfe gefördert werden, die geeignet sind, der Notwendigkeit von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen vorzubeugen und Personen mit psychisch-sozialen Beeinträchtigungen ein selbstbestimmtes Leben inmitten der Gesellschaft zu ermöglichen.

32. Auf betreuungsrechtlicher Grundlage ist eine *freiheitsbeschränkende oder freiheitsentziehende Maßnahme* nur mit Einwilligung des Bevollmächtigten oder rechtlichen Betreuers zulässig. Sie setzt voraus, dass der Betroffene einsichts- oder urteilsunfähig ist, er sich selbst erheblich

gefährdet und diese Selbstgefährdung durch kein anderes, milderes Mittel abgewendet werden kann. Soll der Betroffene in einer Einrichtung *freiheitsentziehend untergebracht* oder soll ihm *auf andere Weise* regelmäßig oder über einen längeren Zeitraum *die Freiheit entzogen* werden, ist dafür – außer in Eilfällen – eine gerichtliche Genehmigung nach Einholung eines Sachverständigengutachtens erforderlich.

33. Die landesrechtlichen Unterbringungs- bzw. Psychisch-Kranken-Gesetze ermöglichen die *freiheitsentziehende Unterbringung* zum Schutz Dritter, daneben aber auch zum Schutz des psychisch kranken Menschen selbst, wenn dieser sich unmittelbar selbst erheblich gefährdet und die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann (Krisenintervention). Diese sogenannte öffentlich-rechtliche Unterbringung wird von der zuständigen Verwaltungsbehörde veranlasst und muss vom Betreuungsgericht nach Einholung eines Sachverständigengutachtens genehmigt werden. Die Landesgesetze regeln darüber hinaus die Anwendung *anderer freiheitsentziehender Maßnahmen* im Rahmen dieser Unterbringung. Das Bundesverfassungsgericht hat hier jüngst erheblichen Reformbedarf aufgezeigt.

34. Eine ärztliche Maßnahme kann nach allgemeinen Grundsätzen nur mit der Einwilligung des angemessen aufgeklärten Patienten und ohne dessen Einwilligung nur mit Zustimmung des Bevollmächtigten bzw. rechtlichen Betreuers oder in Notfällen auf Grundlage des mutmaßlichen Patientenwillens durchgeführt werden. Ärzte sind dabei zivilrechtlich und berufsrechtlich verpflichtet, alle für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und Ergebnisse zu dokumentieren.

35. Im Hinblick auf die besondere Konstellation der Zwangsbehandlung gegen den natürlichen Willen des Patienten genügte keines der Anfang dieses Jahrzehnts existierenden Gesetze den grund- und menschenrechtlichen Anforderungen, wie das Bundesverfassungsgericht, der Bundesgerichtshof und andere Gerichte festgestellt haben. In manchen Bundesländern enthalten die einschlägigen Landesgesetze bis heute keine Regelung der Zwangsbehandlung. Die meisten Bundesländer haben ihre Landesgesetze allerdings reformiert. Allerdings ist auch dort umstritten, ob diese Neuregelungen den grund- und menschenrechtlichen Anforderungen genügen.

36. In der Praxis kommt den von Fachgesellschaften ausgearbeiteten *Leitlinien* eine besondere Bedeutung zu. Sie werden auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen entwickelt und haben das Ziel, den Behandelnden Sicherheit und Orientierung zu geben. Auch wenn entscheidend bleibt, dass Ärzte für ihren Patienten im Einzelfall die angemessene Behandlung zu finden und zu verantworten haben, werden die Leitlinien in der medizinischen Praxis weithin anerkannt und leisten einen wichtigen Beitrag bei der Realisierung guter medizinischer Versorgung (*good clinical practice*).

37. Bei der ethischen Beurteilung wohltätigen Zwangs in der Psychiatrie reicht es nicht aus, lediglich einzelne Handlungen oder bestimmte Handlungsformen isoliert für sich zu bewerten; vielmehr müssen auch die dahinterliegenden persönlichen Haltungen und Einstellungen sowie die konkreten Entscheidungsprozeduren und kommunikativen Prozesse in die Betrachtung einbezogen werden. Außerdem muss bei der Bewertung bestimmter Maßnahmen die spezifische Situation der betroffenen Person berücksichtigt werden. Schließlich lassen sich die Voraussetzungen, unter denen sich wohltätiger Zwang als ethisch legitim erweist, nicht abstrakt-generell definieren, sondern sind jeweils Ergebnis konkreter Grenzziehungen, die von Dritten vorgenommen werden und ihrerseits gerechtfertigt werden müssen. Der Einsatz wohltätigen Zwangs ist daher an ein *mehrstufiges und multikriterielles Prüfungsverfahren* zu binden.

38. In normativer Hinsicht ist es notwendig, zwischen den Rechten der betroffenen Person auf Wiederherstellung ihrer psychischen Gesundheit und Minderung ihres psychischen Leids, auf Selbstbestimmung, menschenwürdige Behandlung und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu unterscheiden. Eine Zwangsmaßnahme in der psychiatrischen Versorgung kann demnach geboten sein, wenn begründete Aussicht besteht, die Gefahr einer nicht freiverantwortlichen, aber gravierenden Selbstschädigung abzuwenden und die psychische Gesundheit der betreffenden Person wiederherzustellen. Wohltätigkeit bemisst sich dabei sowohl an der Möglichkeit, das aktuelle subjektive und objektive Leid der betroffenen Person zu mindern, als auch daran, ihre Interessen an einem zukünftigen Leben ohne psychische Erkrankung, ihre Möglichkeiten zu

einem selbstbestimmten Leben und zu einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft zu wahren.

39. Die *Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit* und die Feststellung, dass die betroffene Person aufgrund ihrer eingeschränkten Fähigkeit zur Selbstbestimmung in der konkreten Situation nicht freiverantwortlich entscheiden oder handeln kann, bilden eine notwendige Voraussetzung für die Legitimation einer Zwangsmaßnahme. Allerdings stellen weder die Diagnose einer psychischen Erkrankung noch die aus der Sicht der Psychiatrie bestehende Möglichkeit oder Notwendigkeit ihrer Behandlung für sich genommen die Selbstbestimmungsfähigkeit eines Patienten infrage. Auch die Verweigerung einer medizinischen Behandlung darf nicht per se als Zeichen eingeschränkter oder fehlender Selbstbestimmungsfähigkeit interpretiert werden. Vielmehr muss die eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit in jedem Einzelfall problem- und situationsbezogen festgestellt werden, und es bedarf einer spezifischen Begründung, inwiefern die betroffene Person deshalb in der konkreten Situation nicht freiverantwortlich entscheiden oder handeln kann.

40. Gerade in der Psychiatrie kann es vorkommen, dass der gegen einen erkennbaren Willen ausgeübte Zwang, selbst wenn er nach den Maßstäben Außenstehender als wohlütig eingestuft wird, von der betroffenen Person als traumatisierend erlebt wird. Diese individuellen Reaktionen müssen in die Gesamtbewertung der realistisch erreichbaren wohltätigen Ziele einbezogen werden, weil sie in der Lage sind, das ursprünglich avisierte Ziel zu konterkarieren und das Vertrauen des Patienten in die Medizin und/oder sein soziales Umfeld zu untergraben. Dies ist insbesondere bei chronisch psychisch erkrankten Personen der Fall, bei denen das Ziel auf Wiederherstellung der Gesundheit mehr und mehr in den Hintergrund tritt, weil es aller Wahrscheinlichkeit nach nicht mehr erreicht werden kann. Stattdessen muss betroffenen Personen ermöglicht werden, auch mit einer mehr oder minder stark ausgeprägten psychischen Behinderung ein für sie akzeptables Leben einschließlich vollumfänglicher Teilhabe an der Gesellschaft zu führen.

41. Ein wichtiges Mittel, um den Willen des Patienten festzustellen, ist eine *vorsorgliche Willensbekundung* des Patienten (z. B. eine

Patientenverfügung). Vorzugswürdig ist aus medizinischer und ethischer Sicht, dass der Patient nach angemessener Beratung mit dem Arzt gemeinsam entscheidet, wie in einem künftigen Krankheitsfall und bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit vorgegangen werden soll, und dies in einer Behandlungsvereinbarung festgehalten wird. Eine solche Behandlungsvereinbarung ist nicht zuletzt Ausdruck des Kooperationsverhältnisses zwischen Arzt und Patient und des gegenseitigen Respekts. Sie kann eine gute Grundlage für das ärztliche Gespräch mit dem Patienten in einer künftigen Krisensituation bilden und dadurch Zwangsmaßnahmen vermeiden oder reduzieren helfen.

42. Ein wesentliches Ziel der Behandlung psychischer Erkrankungen ist es, die Betroffenen zu befähigen, mit Erkrankungen, auftretenden Konflikten und Krisen so umzugehen, dass sie ihr Leben und ihren Alltag nach eigenen Maßstäben selbst meistern können. Eine *menschenwürdegerechte therapeutische Haltung* richtet sich deshalb auf den Patienten als Person; er muss in den Behandlungsprozess aktiv einbezogen werden. Die Durchführung von Zwangsmaßnahmen bei der Behandlung psychisch kranker Menschen steht in einem prinzipiellen Spannungsverhältnis zu dieser Forderung. Falls die Ausübung von Zwang in einer konkreten Situation ausnahmsweise gerechtfertigt ist, bedeutet dies zudem nicht, dass Zwang in jeder weiteren Krise unbesehen erneut angewendet werden darf. Sein Einsatz setzt vielmehr stets voraus, dass die infrage stehende aktuelle Beschneidung der Freiheit in der realistischen Erwartung erfolgt, Krisen, aus denen die Tendenz zur Selbstschädigung hervorgeht, könnten überwunden, Konflikte aufgelöst, Handlungskontrolle wiederhergestellt und insbesondere Selbstbestimmung und Teilhabe des Patienten gefördert und gegebenenfalls auch langfristig erhalten werden. Bei der Verwirklichung eines solchen personenzentrierten Ansatzes können Zwangsmaßnahmen allenfalls vorübergehend akzeptabel sein. In jedem Fall stellt sich aber die Aufgabe, dem Patienten die langfristige Perspektive von Beginn an zu vermitteln und gemeinsam mit ihm im Nachhinein zu prüfen, ob die Ausübung von Zwang zur Stärkung seiner Selbstbestimmung und Teilhabe beigetragen hat und gerechtfertigt war.

Wohltätiger Zwang in der Kinder- und Jugendhilfe

43. Die Kinder- und Jugendhilfe umfasst ein breites Aufgabenspektrum sozialer Arbeit, das von einer allgemeinen Förderung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien (z. B. durch Kindertagesstätten, offene Jugendarbeit und Familienbildung) über spezifische Hilfen zur Erziehung in besonderen Lebenslagen (z. B. bei eingeschränkter Erziehungskompetenz der Eltern) bis hin zu sogenannten intensiv-pädagogischen Maßnahmen reicht, zu denen in besonders zugespitzten Lebenslagen auch die geschlossene Unterbringung von Jugendlichen mit außergewöhnlich herausforderndem Verhalten in stationären Einrichtungen zählt. Strukturbildende Leitoptionen der Kinder- und Jugendhilfe sind vor allem (a) die *Prävention* von prekären Entwicklungsverläufen bei Kindern und Jugendlichen, (b) die *Integration* der Betroffenen in die Gesellschaft bei Wahrung ihrer Eigenheiten sowie insbesondere (c) die *Partizipation* der adressierten Kinder, Jugendlichen und deren Eltern bzw. Familien bei der Planung und Durchführung professioneller Hilfen. Im Mittelpunkt der Kinder- und Jugendhilfe steht das umfassende Wohl der Kinder und Jugendlichen, das durch gezielte pädagogische Interventionen zu fördern und zu sichern ist, indem etwa die Entwicklungspotenziale der Betroffenen zur Entfaltung gebracht werden. Entscheidungen über medizinische Maßnahmen bei Minderjährigen gehören grundsätzlich zur Verantwortung der Eltern. Alle Kinder haben jedoch das Recht, an Entscheidungen, von denen sie betroffen sind, dergestalt teilzuhaben, dass ihre Meinung gehört und berücksichtigt wird.

44. Die staatlich organisierte Kinder- und Jugendhilfe hat in den letzten Jahrzehnten einen fundamentalen Wandel erfahren. Bis in die 1980er-Jahre herrschte eine Defizitorientierung vor, der zufolge „schwierige“ Kinder und Jugendliche überwiegend als verwahrlost, arbeitsscheu oder delinquent wahrgenommen wurden. Im Zuge der *pädagogischen Wende* wurde der Zwangscharakter der „totalen Institution“ Heim kritisch hinterfragt und es entstanden reformpädagogische Alternativen wie Kinderhäuser, Jugendwohngemeinschaften oder individuelle alltagsweltsituierte Betreuungsformen. In der Kinder- und Jugendhilfe konnten sich zunehmend

Konzepte kindgerechter Erziehungshilfen durchsetzen, die auf die vorfindlichen Kompetenzen und Entwicklungspotenziale aufbauten und vor allem die Selbst- und Mitbestimmungsrechte der Betroffenen altersgerecht einbezogen. Im Mittelpunkt stand die Rückbesinnung auf den Kern aller pädagogischen Interventionen: eine von Achtsamkeit und Zutrauen geprägte und darin tragfähige Beziehung zwischen Pädagogen und zu erziehendem Kind bzw. Jugendlichen. Jede Intervention ist eingebettet in eine interaktive Beziehung zwischen der pädagogischen Fachkraft und ihren Sorgeadressaten.

45. Ebenso wie Strafen markieren Zwangsmomente in einer pädagogischen Intervention oftmals den ernüchternden Endpunkt einer Eskalation – so unvermeidbar sie in einer zugespitzten Situation erscheinen mögen. Neben einer Vorgeschichte haben solche Interventionen eine Nachgeschichte, die ihre intendierte Wirkung zu konterkarieren droht: Zwang kann die auf Achtsamkeit und Zutrauen angewiesene pädagogische Beziehung schädigen oder zerstören. Denn die Kinder und Jugendlichen erfahren sich oftmals als bloße Objekte einer abwertenden und demütigenden Maßnahme. Reagieren sie mit heftiger Gegenwehr, überfordert dies nicht selten die Fachkräfte, insbesondere dann, wenn für einen individuellen Umgang mit den Problemen zu wenig Personal vorhanden ist. Dies begünstigt die Gefahr einer weiteren Eskalation. Zwangsmomente bewirken deshalb oftmals das Gegenteil dessen, was sie bewirken sollen; es gelingt nicht, herausforderndes Verhalten einzuhegen und die Lage zu beruhigen.

46. Auch professionelle pädagogische Beziehungen sind immer wieder mit einem *pädagogischen Paradox* konfrontiert: Die Förderung von Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung macht in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen gelegentlich pädagogische Maßnahmen erforderlich, die sich über das aktuelle Maß an Selbstbestimmung hinwegsetzen und damit dem Erziehungsziel zu widersprechen scheinen. Zu ihnen zählen auch alle Formen von Zwang. Auf sie deshalb grundsätzlich zu verzichten, gefährdet aber ebenfalls das Ziel pädagogischer Interventionen, nämlich die Entwicklung des Kindes bzw. des Jugendlichen zur eigenverantwortlichen Persönlichkeit zu fördern. Dieses Ziel setzt eine Sensibilität für deren spezifische Lebenswelt voraus. Zugleich verlangt es die Veränderung der

Alltagsroutinen. Entwicklungsprozesse müssen von außen – gelegentlich auch gegen Widerstand – angeregt werden.

47. Unter anderem bei der unfreiwilligen Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung kommt es gelegentlich zur *Kollision unterschiedlicher professioneller Perspektiven*, weil hier neben den pädagogischen Fachkräften auch Kinder- und Jugendpsychiatern eine wichtige Rolle zufällt. Sie begutachten die Betroffenen und tragen für eine etwa notwendige begleitende Behandlung Sorge. Allerdings unterscheiden sich die Einschätzungen zur Notwendigkeit einer solchen Unterbringung zwischen den pädagogischen und psychiatrischen Fachgesellschaften. Aus Sicht von Kinder- und Jugendpsychiatern erweisen sich selbst längerfristige freiheitsentziehende Maßnahmen zumindest bei jenen Kindern und Jugendlichen als notwendig und sinnvoll, die bestimmte Risikofaktoren aufweisen wie etwa ein zerrütetes soziales Umfeld, eine Vorgeschichte des Scheiterns in verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen oder des andauernden Substanzkonsums. Pädagogische Fachgesellschaften verweisen stattdessen auf ihrer Auffassung nach erfolgreiche, neue, partnerschaftliche und anerkennende Methoden zum Umgang mit „schwierigen“ Kindern und Jugendlichen.

48. Die verschiedenen Erkenntnis- und Handlungslogiken von psychiatrischen und pädagogischen Ansätzen in der Kinder- und Jugendhilfe ergeben sich zum Teil aus den unterschiedlichen Situationen, in denen sie zum Einsatz kommen. Kinder- und Jugendpsychiatern werden vorrangig in akuten Krisensituationen aktiv, die schnelle Abhilfe verlangen. Sie konzentrieren sich naheliegenderweise auf psychopathologische Störungen und nutzen dabei überwiegend wissenschaftlich erprobte therapeutische Verfahren. Aufgabe der sozialpädagogischen Kinder- und Jugendhilfe ist die langfristig ausgerichtete Begleitung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen in schwierigen Lebenssituationen sowie die nachhaltige Entwicklung und Förderung deren eigener Ressourcen für eine gelingende Lebensbewältigung und Lebensführung. Beide Perspektiven haben daher ihre fachliche Berechtigung. Die zutage tretende Spannung darf nicht zugunsten eines der beiden Pole aufgelöst werden. Probleme entstehen vornehmlich dann, wenn keine von gegenseitigem Verständnis getragene Zusammenarbeit zustande kommt und das Erreichen der grundsätzlichen Ziele

durch Intervention seitens der jeweils anderen „Fachlichkeit“ erschwert oder sogar verunmöglicht wird.

49. Die Formen von Zwang im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe weisen eine Besonderheit auf, die der *spezifischen Dreiecksbeziehung* zwischen Kind/Jugendlichem, seinen Sorgeberechtigten (in der Regel die Eltern) und dem Staat in Ausübung seiner Pflicht zum Schutze des Kindes geschuldet ist. Aufgrund des Primats elterlicher Sorge bedarf es bei allen Interventionen gegenüber dem Kind bzw. dem Jugendlichen der Einwilligung vonseiten der (elterlichen) Sorgeberechtigten. Dies kann zu schwierigen Konstellationen führen: Um einer wohlthätigen professionellen Intervention ihren Zwangscharakter zu nehmen, ist sowohl die (altersangemessene) Zustimmung des Kindes bzw. des Jugendlichen als auch die Einwilligung der Eltern erforderlich. Fehlen beide, so handelt es sich gewissermaßen um eine Doppelform des wohlthätigen Zwangs: gegenüber dem Kind bzw. dem Jugendlichen, um dessen Wohl es unmittelbar geht, wie gegenüber den Eltern, deren elterliche Sorge ebenfalls dem Kindeswohl verpflichtet ist. Aber selbst wenn die (elterlichen) Sorgeberechtigten in die Intervention aus freier Überzeugung einwilligen, nimmt ihre Einwilligung dieser Intervention nicht ihren Zwangscharakter – weil sie den Willen des Kindes bzw. des Jugendlichen überwinden muss.

50. Eine besondere Form von Zwang innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe repräsentieren *intensiv-pädagogische Erziehungskonzepte mit Zwangselementen*. Sie sind oftmals Bestandteile eines fest etablierten und vor allem einfach zu durchschauenden Privilegiensystems, das in der stationären Jugendhilfe zur Verhaltensveränderung eingesetzt wird. Privilegiensysteme werden in Punkte- und Phasenmodelle unterschieden. Beim Einsatz von Punktmodellen „verdient“ sich das Kind bzw. der Jugendliche für bestimmtes Verhalten Punkte, die gesammelt werden und anschließend für gewünschte Dinge oder Aktivitäten eingetauscht werden können. In Phasenmodellen wird regelkonformes Verhalten durch Aufstieg in eine Phase mit mehr Privilegien belohnt, regelwidriges Verhalten dagegen mit dem Abstieg in eine Phase mit weniger Privilegien bestraft. Zu den intensiv-pädagogischen Zwangselementen zählen außerdem Auszeiträume. Solche „Time-out-Räume“, „Krisenzimmer“,

„Beruhigungsräume“, „Isolierräume“ oder auch „Besinnungsstübchen“ werden eingesetzt, um Kinder und Jugendliche für bestimmte Zeiten zu isolieren, sie durch diese Isolation zu beruhigen und damit ihr herausforderndes Verhalten einzudämmen. Intensiv-pädagogische Konzepte sind nicht zu rechtfertigen, weil sie aufseiten des Kindes bzw. des Jugendlichen zu Ohnmachtserfahrungen und zu äußerer Anpassung aus Resignation führen, sodass die eigentlich verfolgten wohltätigen Absichten konterkariert werden.

51. Zentrales Anliegen der rechtlichen Regelungen von Sorgehandlungen des wohltätigen Zwangs im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe ist das *Kindeswohl*. Dieses konkretisiert sich außer in der Abwehr aller Gefahren für Leib und Leben besonders in der Förderung seiner Entwicklung sowie in der Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Sicherung und Stärkung des Kindeswohles ruhen im Wesentlichen auf diesen Grundvorgaben: den inhaltlichen Vorgaben der Achtung der Subjektivität und Individualität des Kindes und seines Rechts auf gewaltfreie Erziehung sowie den strukturellen Vorgaben durch menschenrechtliche, verfassungsrechtliche und einfachgesetzliche Regelungen, die den Primat der elterlichen Sorge und das staatliche Wächteramt festschreiben.

52. Bei allen Maßnahmen der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe sind Kinder und Jugendliche entsprechend ihrem Entwicklungsstand zu beteiligen. Dabei haben Kinder und Jugendliche ein eigenständiges Recht auf Beratung, auf Inobhutnahme und – soweit sie selbst leistungsberechtigt sind – ein Wunsch- und Wahlrecht. Bei Hilfen zur Erziehung und bei Eingliederungshilfen sind Kinder und Jugendliche zu beraten und in die Entwicklung eines Hilfeplanes einzubeziehen.

53. Eines der wesentlichen Elemente des Kindeswohls ist das gesetzlich verankerte *Recht des Kindes auf gewaltfreie Erziehung*. Erziehung, die zur Achtung anderer anzuhalten hat, darf sich nicht selbst entwürdigender Mittel bedienen. Dies setzt Zwangsmaßnahmen zur Durchsetzung elterlicher Ge- oder Verbote Grenzen, die etwa keine seelischen Verletzungen bewirken oder entwürdigende Maßnahmen beinhalten dürfen. Erst recht gelten das Gebot der gewaltfreien Erziehung und die Grundsätze der Achtung des

Kindes für staatliche Institutionen, insbesondere die (öffentliche oder über den Staat eingeschaltete freie) Jugendhilfe. Staatliche Institutionen können aber ohnehin nur tätig werden, wenn und soweit sie durch das Kind selbst, durch die Sorgeberechtigten oder aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung zum Tätigwerden aufgefordert werden.

54. Gemäß dem Grundgesetz haben die *Eltern das Recht und die Pflicht, für das Kind zu sorgen*. Sie tragen die Verantwortung für das Wohl des Kindes. Sorgehandlungen des wohlthätigen Zwangs im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe können daher grundsätzlich nur auf Wunsch der Eltern und auch nur im Rahmen der elterlichen Befugnisse angewandt werden. Gegen den Wunsch der Eltern sind Sorgehandlungen des wohlthätigen Zwangs nur möglich, wenn und soweit ein Eingriff in den elterlichen Erziehungsprimat durch das *staatliche Wächteramt* legitimiert ist. Insofern ist die elterliche Sorge grundsätzlich ein Schutzschild für das Kind, auch wenn diese Maßnahmen wohlthätig sein oder gemeint sein sollten. Den Staat trifft aufgrund seines Wächteramtes bei einer Gefährdung des Kindeswohls oder auch bei einem entsprechenden Wunsch der Eltern oder des Kindes in erster Linie die Pflicht zur Förderung der (elterlichen) Sorgekompetenz etwa über Hilfen zur Erziehung. Das Recht zum Eingriff in die elterliche Sorge hat er nur, wenn Fördermaßnahmen keinen Erfolg versprechen und andernfalls das Kindeswohl gefährdet wird.

55. Zwangsmaßnahmen werden von den betroffenen Kindern und Jugendlichen oftmals als demütigend erlebt. Gleichzeitig ist über die langfristigen Folgen von Zwang in der Kinder- und Jugendhilfe viel zu wenig bekannt. Die empirische Evidenz wäre jedoch eine notwendige, wenn auch keine hinreichende Voraussetzung für eine ethische Rechtfertigung von Freiheitseinschränkung und -entzug sowie auf Zwang basierenden restriktiven bzw. konfrontativen Erziehungskonzepten in der Kinder- und Jugendhilfe.

56. Die spezifische Problematik der Legitimierung von Zwang in der Kinder- und Jugendhilfe liegt darin, einerseits die Entwicklung des Kindes bzw. des Jugendlichen zu einer freiverantwortlichen Person als legitime bzw. gebotene Zielsetzung anzuerkennen, andererseits aber gleichzeitig das Kind bzw. den Jugendlichen in seiner aktuellen Situation nicht für

dieses Ziel zu instrumentalisieren und damit seine Würde zu missachten. Dies gilt für alle Formen von wohlütigem Zwang in professionellen Erziehungskonstellationen, körperlichen Zwang, Freiheitsbeschränkung oder -entziehung, intensiv-pädagogische Konzepte mit Zwangselementen sowie zwangstherapeutische Maßnahmen.

57. Nur wenn keine oder (noch) keine Freiverantwortlichkeit des Kindes bzw. des Jugendlichen vorliegt, kann wohlütiger Zwang gegebenenfalls gerechtfertigt sein. Die Fähigkeit zur freiverantwortlichen Entscheidung muss dabei jeweils individuell und kontextbezogen geprüft werden und kann auch schon vor Erreichen der Volljährigkeit gegeben sein. Eine generalisierende Orientierung an Altersstufen, wie sie das Recht im Verhältnis zu Dritten aus guten Gründen vorsieht, ist für die ethische Beurteilung nicht angemessen, weil sie der Individualität des Kindes bzw. des Jugendlichen nicht gerecht wird. Die Grenzziehung, ob Freiverantwortlichkeit vorliegt oder nicht, ist gerade bei Jugendlichen mitunter schwierig, muss aber gerade deshalb gewissenhaft vorgenommen, begründet und transparent gemacht werden.

Wohlütiger Zwang in der Pflege und Behindertenhilfe

58. Auch in der professionellen Versorgung von Menschen mit hohem Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegebedarf kommen Zwangsmaßnahmen zur Anwendung. Dabei handelt es sich zum einen um Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen, zum anderen um pflegebedürftige ältere Menschen. In Bezug auf diese Personengruppen geht es nicht nur um freiheitsbeschränkende Maßnahmen, sondern auch um aktivierende pädagogisch-rehabilitative Maßnahmen gegen den Willen des Betroffenen. Gemeinsam ist diesen Gruppen auch, dass sie sich häufig in stationärer Pflege befinden und dort strukturellen Zwängen ausgesetzt sind, die allerdings nicht Gegenstand dieser Stellungnahme sind.

59. Im höheren Lebensalter gewinnt wohlütiger Zwang vor allem im Kontext von Pflegebedürftigkeit an Bedeutung. Zwangsmaßnahmen bei abweichendem oder störendem Verhalten, unter anderem von

pflegebedürftigen Personen mit einer Demenz, werden nicht selten mit der Fürsorge für diese Personen und deren Wohl gerechtfertigt. In Situationen, in denen es um die Entscheidung für oder gegen die Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Menschen geht, spielt häufig die Sorge eine Rolle, sich an dem anvertrauten Menschen wegen mangelnder Fürsorge schuldig zu machen oder dafür verantwortlich gemacht zu werden, wenn ein pflegebedürftiger Mensch zum Beispiel durch einen Sturz Schaden nimmt, der durch ein Bettgitter hätte verhindert werden können. Dadurch kann es zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen oder zwangsweise durchgesetzten Pflegehandlungen kommen.

60. Auch in der Pflege und der Behindertenhilfe hat sich ein Wandel des professionellen Selbstverständnisses *von einer Defizit- zu einer Kompetenzperspektive* vollzogen. Dies kann zu Konflikten führen, wenn Mitarbeiter sowie Angehörige eher eine kompetenz-, die Betroffenen hingegen eher eine defizitorientierte Sicht auf das hohe Alter einnehmen. Mitarbeiter versuchen möglicherweise, gegen den Willen alter Menschen bestimmte Übungen, Trainings und Rehabilitationseinheiten durchzusetzen, die aus fachlicher Perspektive einen Beitrag zur Förderung und Erhaltung von Kompetenz, Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität leisten können. Dagegen lehnen nicht wenige alte Menschen derartige Maßnahmen aus der Überzeugung ab, dass im hohen Alter keine positiven Veränderungen mehr erzielt werden können.

61. Mit Blick auf die Aktivierung von alten Menschen in der Behindertenhilfe ist darauf hinzuweisen, dass diese nicht selten auf eine Biografie zurückblicken, in der sie zwar umfassend betreut, hingegen nicht zu Eigeninitiative und Selbstbestimmung motiviert wurden, wenn nicht gar als „nicht bildbar“ galten. Dies hat damit zu tun, dass es nicht wenige Einrichtungen der Behindertenhilfe gibt, die sich noch bis in die 1990er-Jahre von dem Konzept der „Versorgung und Betreuung“ und weniger von jenem der Ressourcenförderung leiten ließen. Dies heißt aber auch, dass bestimmte Formen von Abhängigkeit institutionellen Praktiken geschuldet waren bzw. sind. Vor allem alte Menschen mit Beeinträchtigung erfahren nicht immer jenes Maß an Aktivierung, das – mit Blick auf potenziell gegebene Plastizität – funktional wäre.

62. In Bezug auf das Wohnen im hohen Alter kann das Thema des Umzugs in eine stationäre Einrichtung deutlich an Bedeutung gewinnen. Dies ist vor allem der Fall, wenn Möglichkeiten familiärer Pflege nicht (mehr) in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Dieser Umzug wird von alten Menschen oft als ein erzwungener, gegen ihren Willen erfolgender erlebt. Diese Problemlage lässt sich nicht allein durch eine Erweiterung ambulanter und teilstationärer Versorgungsangebote vermeiden. Es ist auch notwendig, dass sich Familien frühzeitig mit der Frage beschäftigen, wie sie die Pflege eines pflegebedürftigen Familienmitglieds bewältigen wollen und welche pflegerischen Arrangements sie bevorzugen.

63. Professionelle Sorgehandlungen, die zwangsweise zum Wohl des Betroffenen erfolgen, unterliegen im Kontext der Altenpflege und Behindertenhilfe im Prinzip denselben rechtlichen Vorgaben wie bei der Behandlung psychisch kranker Menschen. Die Grund- und Menschenrechte pflegebedürftiger Menschen begründen ihr Recht auf eine angemessene medizinische und pflegerische Versorgung mit dem Ziel, ihr Leid zu mindern und ihre Gesundheit wiederherzustellen. Dazu können auch Zwangsmaßnahmen geboten sein, wenn die betroffene Person selbst nicht mehr in der Lage ist, die Notwendigkeit einer Behandlung zu erkennen oder nach dieser Einsicht zu handeln, und keine anderen Alternativen zur Verfügung stehen. Der Staat ist jedoch aufgefordert, über gesetzliche Schutzmaßnahmen jeden Missbrauch derartiger Zwangsmaßnahmen zu verhindern und diese auf das absolut unvermeidbare Maß einzuschränken.

64. Die pflegerische Arbeit zum Wohle der Betroffenen zu gestalten, findet ihre Limitationen nicht nur im Widerstand pflegebedürftiger Personen gegen bestimmte wohltätige Handlungen, sondern auch bei den professionell Pflegenden selbst. Ihre Arbeitsbedingungen – insbesondere in der Altenpflege – sind gekennzeichnet durch hohe Arbeitsbelastung, Personalmangel und Unzufriedenheit mit der Anerkennung der Leistungen, der Bezahlung und den Karrieremöglichkeiten. Die Beschäftigten bezeichnen sich als überfordert und emotional erschöpft.

65. Professionelle Pflegekräfte sollten in jedem Einzelfall sorgfältig ermitteln, ob die Artikulation von Selbstbestimmung eines Pflegebedürftigen zweifelsfrei unterhalb der Schwelle freiverantwortlicher Willensbildung

situiert ist, ob infolge spezifischer gesundheitlicher oder kognitiver Belastungen begründete Zweifel an ihrer freien Verantwortlichkeit bestehen oder ob das Niveau freiverantwortlicher Willensbildung zumindest im vorliegenden Handlungsfeld unstrittig gegeben ist.

66. Um angesichts der *komplexen Verantwortungsstrukturen* innerhalb von Einrichtungen der Pflege und Behindertenhilfe zu verhindern, dass die Verantwortung für bestehende Mängel entweder vorschnell personalisiert oder aber pauschal dem jeweiligen Träger einer Einrichtung bzw. dem Pflegesystem insgesamt zugeschrieben wird, ist es erforderlich, die jeweiligen Zwangphänomene differenziert auf ihre oftmals vielschichtigen tatsächlichen Ursachen hin zu analysieren.

67. Insbesondere in der professionellen Sorge für pflegebedürftige alte und behinderte Menschen ist die charakteristische *Volatilität* ihrer jeweiligen Willensbildung bzw. -artikulation zu beachten, die zu verschiedenen Zeiten unterschiedliche Grade der Freiheitlichkeit und Bestimmtheit aufweisen kann, sodass gerade in diesem Bereich mit vielfältigen Ambivalenzen, Uneindeutigkeiten und Übergängen zu rechnen ist.

68. Zwang beginnt stets in der Vorstellung derjenigen Person, die sich berechtigt glaubt, bestimmte Zwangsmaßnahmen ergreifen zu dürfen oder sogar zu müssen. Vor allem unter dem Eindruck einer einseitigen, primär defizitorientierten Sichtweise von Alter und Behinderung neigen professionelle Akteure dazu, die vorhandenen Ressourcen zur eigenständigen Willensbildung bzw. -artikulation entweder zu übersehen bzw. zu unterschätzen oder durch ein – nicht selten altruistisch motiviertes – Zuwendungsverhalten bestehende Abhängigkeiten ungewollt zu verstärken. Eng damit verbunden ist oft eine Missachtung der hohen Variabilität von Alters- und Behinderungsphänomenen. Die Achtung vor der einmaligen Lebensgeschichte pflegebedürftiger Personen gebietet es, diese Individualität nicht nur wahrzunehmen, sondern ihr mit Respekt zu begegnen. Dies schließt ein, auch die Willensartikulation des Betroffenen als Bestandteil seines Wohlbefindens selbst dann ernst zu nehmen, wenn die Willensbildung entweder Beeinträchtigungen unterliegt oder in eine Richtung weist, die den Vorstellungen gelingenden Lebens seitens der Pflegekräfte widerstreitet.

69. So wünschenswert es ist, die Handlungs- und Selbstbestimmungspotenziale pflegebedürftiger Menschen zu erhalten und zu fördern, so sehr wird man sich davor hüten müssen, sich wandelnde Bedürfnisse zu übersehen und sich im Falle des Ausbleibens bestimmter von pflegerischer Seite erhoffter Erfolge von der pflegebedürftigen Person zu distanzieren. Der dem alten oder behinderten Menschen gebührende Respekt darf nicht von Leistungserwartungen der Pflege abhängig gemacht werden, sondern ist jedem Menschen verlässlich bis zu seinem Tode zu gewähren. Manche Pflegebedürftige sind infolge von Krankheit, sozialer Vereinsamung oder Vernachlässigung anfänglich nur schwer für die Teilnahme an aktivierenden Pflegemaßnahmen zu motivieren, die aus Sicht der Pflegekräfte für die Wiederherstellung, den Erhalt oder die Entfaltung individueller Ressourcen geboten erscheinen. In solchen Fällen sollten zunächst alle mit positiven Anreizen und Verstärkungen arbeitenden Motivierungstechniken zur Anwendung kommen. Nachhaltigere Versuche, den Pflegebedürftigen trotz wiederholter Weigerung zu aktivieren, können im Sinne dieser Stellungnahme schon als Zwang verstanden werden. Sie sollten nur unter der Bedingung zur Anwendung kommen, dass sie dem Betroffenen zuvor in einer verständlichen Form erklärt und einem kritischen Monitoring unterworfen werden. Wichtig ist, dass die pflegebedürftige Person im Vollzug dieser Maßnahmen selbst erkennbar und zeitnah eine tragfähige eigene Motivation zur Fortsetzung der Aktivitäten entwickelt, weil sie die wohltuende Wirkung der Aktivitäten für ihr subjektives Wohlbefinden spürt. Umgekehrt bedeutet dies, dass erzwungene Aktivitäten, die über einen längeren Zeitraum auf die Ablehnung des Betroffenen stoßen, auch dann nicht gerechtfertigt sind, wenn sie sich aus fachlicher Sicht mit großer Wahrscheinlichkeit vorteilhaft auf den gesundheitlichen Zustand des Betroffenen auswirken würden.

70. Mit Blick auf sogenannte *mechanische freiheitsbeschränkende Maßnahmen* bedarf es einer differenzierten Analyse, die neben der grundsätzlichen Verfügbarkeit alternativer Handlungsformen und der Verhältnismäßigkeit der jeweils eingesetzten Mittel auch die Eingriffstiefe, die Häufigkeit und Dauer der einzelnen Maßnahmen sowie deren konkrete Folgen sowohl für das Selbsterleben der Betroffenen als auch für ihr Vertrauen in das pflegerische Umfeld berücksichtigt. Generell gilt, dass der

Begründungsbedarf mit wachsender Eingriffstiefe, Dauer und Häufigkeit der jeweiligen Zwangsmaßnahmen steigt. Vor allem körpernahe Fixierungen durch Gurte im Bett oder am Stuhl sind wegen der möglichen Verletzungs- und Strangulationsmöglichkeiten nicht nur mit einer erheblichen physischen Gefährdung des Pflegebedürftigen verbunden, sondern können aufgrund ihrer traumatisierenden Wirkung sogar einen Verstoß gegen dessen Würde darstellen, sodass sich deren regelmäßige Anwendung von selbst verbietet. Aber auch niederschwelligere Einschränkungen freier Körperbewegung – etwa durch Bettgitter, Stecktische, das Entfernen von Geh- und Fortbewegungshilfen bis hin zum Einbau von Trickschlössern oder dem Abschließen von Zimmertüren – sind dahingehend zu hinterfragen, ob sie tatsächlich dem Wohl des Betroffenen selbst (und nicht nur der Pflegeererleichterung oder dem Schutz Dritter) dienen und wirklich alternativlos sind. Mit Blick auf das inhärente Sicherheitsrisiko vor allem körpernaher Fixierungen ist davon auszugehen, dass es für einen Großteil der insgesamt zwar rückläufigen, aber immer noch viel zu häufig angewendeten mechanischen Fixierungen keine plausible ethische Begründung gibt.

71. Was den Einsatz von Psychopharmaka zur *medikamentösen bzw. chemischen Fixierung* in der stationären Alten- und Behindertenhilfe betrifft, ist zwar nicht ausgeschlossen, dass es akute Situationen deutlich oder extrem gesteigerter Agitiertheit, Suizidalität oder Depressivität geben kann, in denen der Einsatz entsprechender Medikamente medizinisch eindeutig indiziert ist und auch für den in dieser Situation nicht einwilligungsfähigen Betroffenen eine deutliche Leidensminderung zu bewirken vermag. Wegen der besonderen Eingriffstiefe und der Gefahr persönlichkeitsverändernder Effekte sind dabei jedoch sowohl an die konkrete Diagnose, Indikationsstellung und Dosierung als auch an die regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit einer Fortsetzung der Medikation besonders strenge Sorgfaltskriterien anzulegen. Die in Pflegeeinrichtungen vielfach missbräuchlich, nämlich ohne persönliche Inaugenscheinnahme der Patienten und ohne engmaschige Überprüfung des individuellen Gesundheitszustandes der Betroffenen, verschriebenen Psychopharmaka belasten in Form zahlreicher die Wachheit negativ beeinflussender Nebenwirkungen die Gesundheit der zumeist vielfältig vorgeschädigten pflegebedürftigen Personen.

72. Pflegekräfte erleben im Umgang mit Zwangsmaßnahmen nicht nur gelegentlich große *Handlungsunsicherheit*, sondern geraten auch in *Gewissenskonflikte*, weil sie sich zwar einerseits dem Respekt vor der Willensbekundung und der Sorge um das Wohl der ihnen anvertrauten Menschen verpflichtet fühlen, andererseits dieser Wille des Betroffenen für sie aber entweder gar nicht eindeutig zu ermitteln ist oder – je nach Tagesform – starken Schwankungen unterliegt oder aber in deutlichem Widerspruch zu denjenigen Standards steht, die aus fachlicher Perspektive eine gute Pflege ausmachen. Da Pflegekräfte oftmals unter Zeitdruck und unter Bedingungen vielfachen Nichtwissens (z. B. über den persönlichen Willen, die tatsächlichen Folgen eines Handelns oder die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Schadens) weitreichende Entscheidungen zu treffen haben und auch bewährte Moralprinzipien auf der Grundlage der Urteilskraft des Einzelnen stets aufs Neue mit situativen Handlungsumständen vermittelt werden müssen, kommt der Stärkung ihrer individuellen Urteilskraft (z. B. durch die Implementierung ethischer Unterstützungsangebote) eine besondere Bedeutung zu.

73. Das unstrittige Ziel einer möglichst weitgehenden Reduktion von Zwangsmaßnahmen darf nicht allein als Aufgabe einzelner Pflegekräfte verstanden werden. Eine nachhaltige Verringerung von offenen und verdeckten Zwangsmaßnahmen setzt vielmehr auch *verstärkte Anstrengungen auf professioneller, kultureller und gesetzgeberischer Ebene* voraus. So wichtig es freilich ist, einen geeigneten (sozial-)rechtlichen Rahmen für die Bereitstellung der nötigen personellen und finanziellen Ressourcen für den Pflegebereich zu schaffen, so sehr sollte man sich vor der Annahme hüten, dass sich ungerechtfertigte Zwangsmaßnahmen allein durch finanzielle oder rechtliche Instrumente aus der Welt schaffen ließen. Selbst strafrechtliche Sanktionen stehen zumindest immer dann in der Gefahr, lediglich eine bloße Verschiebung der jeweiligen Zwangstechnik nach sich zu ziehen, ohne den Umfang des Zwangs selbst nachhaltig reduzieren zu können, wenn sie nicht mit einem echten Einstellungswandel bei den professionell Sorgenden und entsprechenden Innovationen in den prozeduralen Abläufen und kommunikativen Prozessen innerhalb der Pflegeeinrichtungen einhergehen.

>> GRUNDSÄTZE UND EMPFEHLUNGEN

A. Bereichsübergreifende Grundsätze und Empfehlungen

A1. In professionellen Sorgebeziehungen sollte Zwang zur Abwehr von Selbstschädigung wo immer möglich vermieden werden. Wenn dennoch eine Zwangsmaßnahme in Betracht gezogen werden muss, sind die jeweiligen Handlungskontexte so zu gestalten, dass Achtung und Respekt vor der individuellen Person und ihrer Selbstbestimmung gewährleistet bleiben. Unmittelbarer Ausdruck dieser Achtung und dieses Respektes ist die Gewährleistung größtmöglicher Partizipation in allen Phasen und Situationen professioneller Sorgehandlungen des wohltätigen Zwangs. Die nachstehenden Grundsätze und Empfehlungen für die Anwendung wohltätigen Zwangs in professionellen Sorgebeziehungen setzen das Prinzip der Ultima Ratio voraus. Das bedeutet zweierlei: Erstens sollen die folgenden Empfehlungen dazu beitragen, Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse so zu gestalten, dass Zwang möglichst vermieden wird. Zweitens sollen sie in Situationen der Not eines Betroffenen, in denen die Anwendung von Zwang als letztes Mittel infrage kommt, begründete Orientierung bieten.

A2. Zwangsmaßnahmen kommen nur in Betracht, wenn die betroffene Person in ihrer Fähigkeit zur Selbstbestimmung so stark eingeschränkt ist, dass sie keine freiverantwortliche Entscheidung zu treffen vermag. Weder die Diagnose einer psychischen Störung oder kognitiven Beeinträchtigung noch die fehlende Volljährigkeit oder die Ablehnung einer aus fachlicher Sicht gebotenen Maßnahme schließen für sich genommen die Freiverantwortlichkeit aus. Vielmehr bedarf es im konkreten Einzelfall der Feststellung, dass die Einsichts-, Urteils- oder Handlungsfähigkeit für die jeweilige Maßnahme nicht gegeben ist. In Fällen einer nicht auflösbaren Unsicherheit dieser Feststellung muss die erforderliche Abwägung der Indizien Pro und Contra ein klares Übergewicht für die Wahrscheinlichkeit des Fehlens der Freiverantwortlichkeit ergeben. Die Kriterien für die zur Feststellung von Freiverantwortlichkeit erforderliche Einsichts-, Urteils- und Handlungsfähigkeit müssen transdisziplinär entwickelt und konkretisiert werden.

A3. Eine Zwangsmaßnahme ist nur zulässig, wenn sie auf die Entwicklung, Förderung oder Wiederherstellung der selbstbestimmten Lebensführung der betroffenen Person im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten und der hierfür elementaren leiblichen und psychischen Voraussetzungen abzielt. Dies gilt auch, wenn die Fähigkeit zu freiverantwortlichem Handeln nicht mehr erreichbar ist.

A4. Wird eine Maßnahme zwangsweise durchgeführt, muss nicht nur diese selbst, sondern auch ihre zwangsweise Durchführung fachlich (medizinisch, pädagogisch, pflegerisch usw.) indiziert sein. Eine Zwangsmaßnahme ist nur indiziert bei ernsthafter Gefahr einer schwerwiegenden Selbstschädigung.

A5. Eine Zwangsmaßnahme darf nur durchgeführt werden, wenn sie geeignet, erforderlich und angemessen ist. Dabei sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- » Bevor eine Maßnahme zwangsweise durchgeführt wird, muss versucht worden sein, die freiwillige Zustimmung oder Mitwirkung des Betroffenen zu erreichen. Das schließt die ausreichende Information und eine geeignete und rücksichtsvolle Form der Motivierung des Betroffenen

ein, bei der Durchführung der Maßnahme freiwillig mitzuwirken oder sie immerhin zu akzeptieren. Ihm ist anzubieten, die Umstände und die Durchführung der Maßnahme so zu gestalten, dass sie in seinen Augen akzeptabel erscheint.

- » Wenn eine Zwangsmaßnahme erwogen wird, sind zuvor alle zur Verfügung stehenden weniger eingreifenden Möglichkeiten auszuschöpfen, mit denen das gleiche Ziel erreicht werden kann. Es muss die Form des Eingriffs gewählt werden, von der die geringste Belastung und die geringste Gefahr einer sekundären Schädigung (z. B. Demütigung, Traumatisierung oder Vertrauensverlust) ausgeht. Dabei sind alle negativen direkten oder indirekten Folgen zu berücksichtigen. Sicherzustellen ist darüber hinaus, dass die Dauer der Zwangsmaßnahme so kurz wie möglich ist und das Risiko einer Schädigung einschließlich einer möglichen (Re-)Traumatisierung minimiert wird.
- » Der für den Betroffenen zu erwartende Nutzen der Zwangsmaßnahme muss die für ihn damit verbundenen Nachteile deutlich überwiegen. Dabei soll sowohl auf das zukünftige als auch auf das aktuelle Wohlergehen des Betroffenen abgestellt werden. Das erfordert nicht selten schwierige Beurteilungen und Abwägungen, in die maßgeblich die Perspektive der betroffenen Person einschließlich ihrer Ängste, Bedürfnisse und Wünsche im persönlichen Lebenszusammenhang einbezogen werden muss.

A6. Es ist auf eine möglichst umfassende Teilhabe der Betroffenen hinzuwirken. Den Betroffenen sind Vorgehen und Zielsetzung der Maßnahme in einer ihrer Person und Situation angemessenen Weise zu erläutern, ihre Meinung ist angemessen zu berücksichtigen und es ist eine möglichst weitgehende Mitentscheidung bezüglich der konkreten Durchführung zu ermöglichen.

A7. Jede Zwangsmaßnahme muss im Nachhinein mit der betroffenen Person besprochen werden. Dabei sind die Gründe für die Durchführung darzulegen und mit der Person zu besprechen. Ihr ist Gehör zu gewähren, nicht zuletzt auch, damit sie das Erlebte verarbeiten kann. Wenn es sich um Kinder oder Jugendliche handelt, muss die notwendige altersgerechte

Hilfe und Unterstützung gegeben werden, die eine optimale Mitwirkung an der Entscheidung bzw. Durchführung der Maßnahme ermöglicht. Bei Personen mit psychischen Störungen oder kognitiven Beeinträchtigungen ist eine beeinträchtigungsspezifische Mitwirkungsassistenz anzubieten.

A8. Eine Maßnahme darf nur dann zwangsweise durchgeführt werden, wenn die betroffene Person, könnte sie aktuell freiverantwortlich entscheiden, das mit der Maßnahme verfolgte Ziel teilte oder sie im Nachhinein die Maßnahme als notwendig und richtig beurteilte. Zur Ermittlung ihres mutmaßlichen Willens sind ihre früheren Willensbekundungen und alle weiteren verfügbaren Informationen heranzuziehen, aus denen sich ihr Wille und ihre Präferenzen ergeben können.

A9. Grundsätzlich ist es Aufgabe eines rechtlichen Vertreters des Betroffenen (insbesondere der Eltern oder anderer Sorgeberechtigter, Vorsorgebevollmächtigter oder rechtlicher Betreuer), den Willen bzw. den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person festzustellen und geltend zu machen. Nur in Notfällen darf dies durch eine professionell sorgende Person erfolgen, die die Zwangsmaßnahme anordnet oder durchführt. Der rechtliche Vertreter muss daher rechtzeitig in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Wo dies nicht möglich ist, muss er nachträglich informiert werden.

A10. Soweit fachlich möglich, ist ein konkreter Katalog von Kriterien zu entwickeln, die in bestimmten Situationen den Einsatz spezifischer Zwangsmaßnahmen rechtfertigen können. Es sind fachliche Standards für die Durchführung der Maßnahmen zu etablieren, um Entscheidungsprozesse zu objektivieren und den Einsatz von Zwangsmaßnahmen zu minimieren. Zuständige Fachgesellschaften sollten angemessene professionelle Anleitungen für die Entscheidung über und die Legitimierung von spezifischen Zwangsmaßnahmen entwickeln und ihre Mitglieder für deren Problematik sensibilisieren.

A11. Besonders intensive oder längerfristige Zwangsmaßnahmen wie zum Beispiel die freiheitsentziehende Unterbringung oder die Zwangsbehandlung (von Notfällen abgesehen, die keinen Zeitaufschub dulden, dann jedoch nachträglich kontrolliert werden müssen) dürfen nur durchgeführt werden, wenn die oben genannten Voraussetzungen zuvor von einer

externen und neutralen Instanz überprüft worden sind, zum Beispiel in einem gerichtlichen Verfahren möglicherweise unter Einbeziehung eines Sachverständigenutachtens. Außerdem sind verfahrensmäßige Sicherungen vorzusehen (z. B. Verfahrensbegleiter, Verfahrensbeistand, Verfahrenspfleger oder Patientenanwalt).

A12. Es muss sichergestellt werden, dass die Dauer der Zwangsmaßnahme so kurz wie möglich ist. Ob die Voraussetzungen für den Einsatz von Zwangsmaßnahmen weiterhin vorliegen, muss regelmäßig in angemessenen zeitlichen Abständen überprüft werden.

A13. In die Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Prävention von Zwang müssen die Betroffenen einbezogen werden. Alle übrigen Beteiligten im Verfahren (professionell Sorgende, Eltern oder andere Sorgeberechtigte, Vorsorgebevollmächtigte oder rechtliche Betreuer, Gerichte, Angehörige, Betreuungsvereine, Ombudspersonen etc.) müssen daran mitwirken. Gefördert werden sollte eine bessere Kommunikation unter den Beteiligten mit dem Ziel, das Vorgehen bei Zwangsmaßnahmen sowie Wege zu ihrer Vermeidung untereinander abzustimmen.

A14. Maßnahmen der Qualitätssicherung inklusive Fehlermeldesysteme und Beschwerdemanagement sollten auch Zwangsmaßnahmen erfassen.

A15. Wegen ihres exzeptionellen Charakters müssen Zwangsmaßnahmen sorgfältig dokumentiert und in regelmäßigen Abständen ausgewertet werden. Die Dokumentation muss nicht nur Informationen über Ziel, Begründung, Umfang und Verlauf der durchgeführten Zwangsmaßnahme, sondern möglichst auch eine nachträgliche Stellungnahme des Betroffenen enthalten. Dies ist notwendig, um Wirkung und Angemessenheit überprüfen und Graufelder aufklären zu können.

A16. Beteiligte Einrichtungen sowie Gerichte und Behörden sollten verpflichtet werden, Informationen über tatsächlich durchgeführte Zwangsmaßnahmen in anonymisierter Weise zu sammeln. Diese Informationen sollten im Rahmen des Qualitätsmanagements für wissenschaftliche und statistische Zwecke sowie für die Information der Öffentlichkeit verfügbar gemacht werden.

A17. An Zwangsmaßnahmen beteiligtes Personal sollte – wie in der Praxis schon teilweise vorgesehen – professionell geschult sein. Besonders

bedeutsam sind hierbei Schulungen über die Prävention von Zwang und Gewalt (z. B. Deeskalationstraining) und Informationen über die Rechte der Betroffenen.

A18. Eine respektvolle Haltung gegenüber psychisch kranken Menschen, Kindern und Jugendlichen sowie pflegebedürftigen Personen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Diese Haltung umfasst neben dem Mitgefühl für die prekäre Lage des Sorgeadressaten auch die Offenheit gegenüber dessen körperlichen, psychischen, kulturellen und religiösen Bedürfnissen sowie gegenüber seinem Bedürfnis nach Mitbestimmung und Mitwirkung. Professionell Sorgenden muss sowohl in ihrer Ausbildung als auch in ihrer Berufspraxis die Gelegenheiten eröffnet werden, diese respektvolle Haltung zu entwickeln und zu praktizieren. Die Gewährleistung eines angemessenen Personal- bzw. Betreuungsschlüssels ist hierfür eine zwingende Voraussetzung.

A19. Kulturelle und sprachliche Barrieren zwischen Betroffenen und professionell Sorgenden können die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden. Zur Vermeidung solcher Effekte sollte die interkulturelle Kompetenz der professionell Sorgenden gefördert werden. Auch sollten Strukturen geschaffen werden, die kulturelle und sprachliche Barrieren minimieren (z. B. Einstellung von bilingualem bzw. bikulturellem Personal, niedrigschwelliger Zugang zu Dolmetscherdiensten, Kommunikationsförderung durch Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für das Personal).

A20. Professionell Sorgende, die an Zwangsmaßnahmen beteiligt sind, sollten Unterstützung und Begleitung erhalten, um die im Umgang mit Zwang gemachten eigenen Erfahrungen kognitiv und emotional zu verarbeiten. Dazu sollten Angebote institutionell bereitgestellt werden. Diese Maßnahmen kommen nicht nur dem sorgenden Personal selbst zugute, sondern helfen auch, die Anwendung von Zwang zu minimieren.

A21. In Krankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen, in Jugendämtern sowie in Pflegeheimen sollen institutionalisierte kollegiale Beratungsgremien geschaffen werden, die sich mit dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen prospektiv und retrospektiv befassen. Diese kollegiale Beratung soll genutzt werden, um einerseits reflektierte und verantwortungsvolle

Entscheidungen über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen zur Abwehr einer Selbstschädigung zu treffen (z. B. Ethikkommission im Krankenhaus) und um andererseits retrospektiv den Einsatz von Zwangsmaßnahmen zu reflektieren und auszuwerten (z. B. Fallkonferenzen in Behörden).

A22. Die Heimaufsicht sollte prüfen, ob im konkreten Fall ein Einsatz von Zwangsmaßnahmen gerechtfertigt war, und ungerechtfertigten Zwang sanktionieren können. Vergütungssysteme, die durch Fehlanreize die Anwendung von Zwang begünstigen, sollten korrigiert werden.

A23. Die Forschung zu Ausmaß und Auswirkung sowie Entstehung, Vorbeugung und Verhinderung von Zwangsmaßnahmen sollte gefördert werden. Dabei sollten insbesondere auch informeller und struktureller Zwang berücksichtigt und Dunkelfelder aufgedeckt werden.

A24. Die Öffentlichkeit sollte für die ethisch und rechtlich problematischen Aspekte von Zwangsmaßnahmen im Umgang mit psychisch Kranken in Krisensituationen, Kindern und Jugendlichen in schwierigen familiären und sozialen Verhältnissen sowie pflegebedürftigen alten und behinderten Menschen sensibilisiert werden. Dabei fällt den Medien die wichtige Aufgabe einer differenzierten und sachgemessenen Berichterstattung zu.

B. Grundsätze und Empfehlungen – Psychiatrie

Bei der Versorgung psychisch kranker Menschen ist über die oben genannten bereichsübergreifenden Grundsätze hinaus Folgendes zu beachten:

B1. Entscheidungen über eine Zwangsmaßnahme im Kontext der Behandlung eines Patienten sollten unbeschadet der Letztverantwortung des behandelnden Arztes und der Notwendigkeit, im Regelfall eine Einwilligung des Vertreters (Eltern oder andere Sorgeberechtigte, Bevollmächtigte oder rechtliche Betreuer) einzuholen, durch ein multiprofessionelles Team unter Einschluss des Pflegepersonals beraten und nach Möglichkeit gemeinsam getroffen werden. Ist im Team keine Einigkeit über das Wohl des Patienten, seine Fähigkeit zu freiverantwortlicher Entscheidung oder die Wahl des schonendsten Mittels herstellbar, sollte eine Besprechung im

Rahmen einer klinischen Ethikberatung erfolgen. In Kliniken mit psychiatrischen Abteilungen sollten die Mitglieder des Ethikkomitees dafür geschult sein.

B2. Patientenverfügungen oder andere vorsorgliche Willensbekundungen des Patienten geben Auskunft über den Willen des Patienten und seine Vorstellungen hinsichtlich seiner künftigen Behandlung und Versorgung. Einrichtungen sollten den Patienten über Möglichkeiten aufklären, seinen eigenen Willen vorsorglich zu bekunden, und ihm bei der Abfassung einer solcher Erklärung beraten, damit Wille und Wünsche des Patienten in Krisensituationen besser berücksichtigt und die individuelle Bewertung möglicher (Zwangs-)Maßnahmen besser ins Krisenmanagement implementiert werden können. Bei wiederholten Krankheitsepisoden müssen Erfahrungen mit früheren Behandlungen und deren retrospektive Beurteilung durch die betroffene Person herangezogen werden. Wenn möglich sollte eine Behandlungsvereinbarung abgeschlossen werden, um eine bessere Entscheidungsgrundlage für zukünftige Situationen zu erlangen.

B3. Im stationären Bereich sollten bauliche Voraussetzungen, wie Rückzugsmöglichkeiten, Freiräume, Gartenzugang oder kleine Stationen, geschaffen werden, die zur Deeskalation von Konflikten beitragen können. Bei der Planung von Gebäuden der psychiatrischen Versorgung sollten solche baulichen Gegebenheiten vorgesehen werden.

B4. Patienten sollten die Möglichkeit haben, sich an eine unabhängige Beschwerdestelle zu wenden, die sie berät und bei der Wahrnehmung ihrer Rechte unterstützt. Über dieses Angebot sollten sie zu Beginn einer Behandlung informiert werden. Einrichtungen und ihre Mitarbeiter sollten verpflichtet sein, mit den Beschwerdestellen zusammenzuarbeiten und die Patienten über das Ergebnis zu informieren.

B5. Die Besuchskommissionen nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen sollten bundesweit und flächendeckend zu einem effektiven Instrument der Kontrolle von Zwangsmaßnahmen in allen Einrichtungen für psychisch kranke Menschen ausgebaut werden. Ihre Zuständigkeit sollte sich nicht auf jene Zwangsmaßnahmen beschränken, die nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen durchgeführt werden, sondern alle Zwangsmaßnahmen unabhängig von der jeweiligen Rechtsgrundlage umfassen.

B6. Krisensituationen und die damit oft verbundenen Zwangsmaßnahmen können reduziert werden, wenn psychische Erkrankungen frühzeitig erkannt und behandelt werden. Deshalb sollte ein niedrigschwelliger Zugang zu psychiatrischer Versorgung flächendeckend angeboten werden, etwa in Form gemeindenaher ambulanter Versorgung mit mobilen Teams oder durch eine bessere hausärztliche Versorgung psychisch kranker Menschen. Aufsuchende Hilfen für psychisch kranke Menschen, etwa seitens des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder anderer Formen der gemeindenahen Versorgung, sollten ausgebaut und verlässlich finanziert werden. Gefördert werden sollten überdies die Psychoedukation des Betroffenen und andere Möglichkeiten der Eigenvorsorge für künftige Krisen und die Unterstützung durch ehemalige Patienten als Genesungsbegleiter in Krisensituationen.

C. Grundsätze und Empfehlungen – Kinder- und Jugendhilfe

Beim Einsatz von Maßnahmen gegen den Willen von Kindern und Jugendlichen ist über die oben genannten bereichsübergreifenden Grundsätze hinaus Folgendes zu beachten:

C1. Zur Legitimation einer Zwangsmaßnahme in der Kinder- und Jugendhilfe ist in der Regel die Einwilligung der Eltern bzw. der Sorgeberechtigten einzuholen. Ohne Einwilligung der diesbezüglich sorgeberechtigten Eltern darf eine Zwangsmaßnahme nur durchgeführt werden, wenn die Eltern nicht rechtzeitig erreichbar sind oder sie das Kindeswohl erheblich gefährden.

C2. Die Anwendung von Zwang bei Kindern und Jugendlichen darf in keinem Fall körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen oder andere entwürdigende Maßnahmen einschließen – auch nicht mit Zustimmung der Eltern. Sie darf sich nicht allein an der Person, die das Kind einmal sein wird, orientieren, sondern muss stets auch dessen aktuelle Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigen.

C3. Pädagogische Zwangsmaßnahmen in intensiv-pädagogischen Kontexten müssen sorgfältig dokumentiert und hinsichtlich ihrer

Wirksamkeit und Folgen ausgewertet werden. Die Dokumentation muss den Aufsichtsbehörden zugänglich sein.

C4. Für eine verlässliche Betreuung sowohl in Pflegefamilien als auch in Einrichtungen sollte gesorgt werden. Jugendämter und Träger der Kinder- und Jugendhilfe sollten zusammenarbeiten, um Einrichtungs- und Betreuungswechseln entgegenzuwirken und Unterstützung auch über das 18. Lebensjahr hinaus zu ermöglichen. Steht eine Entscheidung über die Verbringung eines Kindes in ein Heim bzw. eine Pflegefamilie oder die Rückführung in die Herkunftsfamilie an, muss der Wille des Kindes als Ausdruck und Bestandteil seines Wohles maßgeblich berücksichtigt werden.

C5. Die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendpsychiatrie, die in der Krisenintervention eine große Rolle spielt, und Kinder- und Jugendhilfe, deren Aufgabe die längerfristige Betreuung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen ist, sollte mit dem Ziel der Minimierung des Einsatzes von Zwang verbessert werden. Dies gilt auch für die zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka, deren Einsatz regelmäßig fachärztlich zu überprüfen ist.

C6. Jugendämter bzw. Kommunen müssen wirksam verpflichtet werden, ihren Mitarbeitern eine individuelle, intensive und partizipative Betreuung von Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen und die Fallzahlen auf das fachlich gebotene Maß zu begrenzen. Dabei darf der Aufwand für Dokumentation und Überprüfung nicht zulasten der persönlichen Betreuung gehen. Stellenpläne sind entsprechend anzupassen. Jugendämter und Träger der Kinder- und Jugendhilfe sollten Fallkonferenzen etablieren, um in Form kollegialer Beratung einerseits für schwierige Fälle prospektiv Entscheidungshilfen anzubieten und andererseits retrospektiv die Anwendung von Zwangsmaßnahmen kritisch zu reflektieren.

C7. Die Heimrichtlinien der Länder im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe sollten alle beteiligten Einrichtungen und Personen auf das Ziel der Minimierung freiheitsentziehender Unterbringung (geschlossene Heime) und intensiv-pädagogischer Zwangsmaßnahmen verpflichten. Die Heimaufsicht sollte prüfen, ob im konkreten Fall ein Einsatz von Zwangsmaßnahmen gerechtfertigt war, und bei ungerechtfertigtem Zwang eingreifen können.

C8. Verpflichtende Bedingung für die Erteilung einer Betriebserlaubnis sollten valide pädagogische Konzepte sein, die ein Heim vorzulegen hat. Darin muss erläutert werden, wie der Anspruch von Kindern und Jugendlichen auf eine gewaltfreie Erziehung realisiert werden soll. Die Umsetzung der pädagogischen Konzepte sollte dokumentiert und von den Jugendämtern regelmäßig überprüft werden.

C9. Die Finanzierung von Einrichtungen sollte so beschaffen sein, dass eine an Kinderrechten orientierte Pädagogik ermöglicht wird.

C10. In den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sollte ein Beschwerdemanagement etabliert werden, das Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit gibt, sich innerhalb der Institution mit Beschwerden an Vertrauenspersonen zu wenden, ohne Nachteile befürchten zu müssen. Das Beschwerdemanagement ist zu dokumentieren, daraus resultierende Entscheidungen sind mit den Kindern und Jugendlichen zu besprechen. Zusätzlich sollten flächendeckend leicht zugängliche, unabhängige Beschwerdestellen (Ombudsstellen) eingerichtet werden. In den Hilfeplangesprächen sollten die Kinder und Jugendlichen über die Möglichkeit, sich an eine solche Ombudsstelle zu wenden, aufgeklärt werden. In stationären Einrichtungen sollten die Mitarbeiter der Ombudsstellen auch aktiv den Kontakt zu Kindern und Jugendlichen suchen, die von Zwangsmaßnahmen betroffen oder bedroht sind.

C11. Jede künftige Reform des Kinder- und Jugendhilfegesetzes sollte die effektiven Mitwirkungsrechte von Kindern und Eltern insbesondere in den Hilfeplanverfahren sichern und stärken.

C12. Die Studienlage sowohl zu den verschiedenen Formen der Unterbringung als auch zu Wirksamkeit und Folgen von Erziehungskonzepten und pädagogischen Interventionen sollte verbessert werden. Dabei sollten Daten über die Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen, die Gründe für ihre Anwendung, ihre Wirksamkeit und ihre negativen Konsequenzen erhoben werden. Insbesondere sollte auch das subjektive Erleben der Kinder und Jugendlichen qualitativ erfasst werden. Hierfür sollten geeignete Forschungsförderlinien zum Beispiel durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aufgesetzt werden.

D. Grundsätze und Empfehlungen – Altenpflege und Behindertenhilfe

Beim Einsatz von Maßnahmen gegen den Willen pflegebedürftiger oder behinderter Menschen ist über die oben genannten bereichsübergreifenden Grundsätze hinaus Folgendes zu beachten:

D1. In der Altenpflege und Behindertenhilfe geht es meist um sehr langfristige und im Zeitverlauf zunehmende Unterstützungsbedarfe. Deshalb müssen Pflegende und Therapeuten die Würde des Betroffenen achten, auch wenn seine individuellen Präferenzen mit dem professionellen Selbstverständnis in Konflikt geraten.

D2. Es ist aufseiten des pflegebedürftigen oder behinderten Menschen wie auch aufseiten des professionellen und familiären Versorgungssystems alles dafür zu tun, dass der Umzug in eine Einrichtung selbstbestimmt und frei von Zwang erfolgt. Die für ein vorausschauendes Handeln erforderliche Planungskompetenz sollte durch eine präventive Beratung unterstützt werden.

D3. Um den Einsatz von Zwang in der Altenpflege zu minimieren, sollten Mitarbeiter die Symptome und den Verlauf von gerontopsychiatrischen Erkrankungen, insbesondere Demenz, kennen. Sie sollten die spezifischen Symptome verstehen und einordnen können und Betroffenen professionell und wertschätzend begegnen. Fort- und Weiterbildungen sollten verbindlich sein.

D4. Da niederschwellige Formen von Zwang oft die direkte Folge von einseitig defizitorientierten Vorstellungen von Alter und Behinderung und unreflektierten persönlichen Wertpräferenzen seitens der Pflegekräfte sind, kommt der durch Fort- und Weiterbildung geförderten kritischen Selbstreflexion professioneller Akteure große Bedeutung für die nachhaltige Vermeidung und Verringerung von Zwangsmaßnahmen zu.

D5. Wegen der Gefahr persönlichkeitsverändernder Effekte von Psychopharmaka sind an die Diagnose, Indikationsstellung und Dosierung besonders strenge Sorgfaltskriterien anzulegen. Auch die Notwendigkeit der Fortsetzung der Medikation ist regelmäßig fachärztlich zu überprüfen. Pflegeanbieter sollten alle Formen von Zwang einschließlich der Gabe

ruhigstellender Medikamente dokumentieren und Maßnahmen zu ihrer Verringerung implementieren.

D6. Die baulichen und personalen Rahmenbedingungen von Einrichtungen der Altenpflege und Behindertenhilfe sollten so beschaffen sein, dass eine individuelle Förderung und Betreuung von pflegebedürftigen und behinderten Menschen ermöglicht wird. Zur Vermeidung von strukturellem Zwang sollten sich insbesondere die Personalausstattung und die Arbeitszeiten des Personals an den Pflege- und Unterstützungsbedürftigen orientieren. Zur Deeskalation von Konflikten sollten Rückzugsmöglichkeiten und Freiräume für Bewohner sowie überschaubare Pflegeeinheiten geschaffen werden.

D7. Nicht allein die Zahl, sondern auch die Haltung der professionellen Akteure bestimmt den Umgang mit pflegebedürftigen und behinderten Menschen und damit auch Entscheidungen über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Die Einstellungen und moralischen Vorstellungen der Pflegenden wirken sich maßgeblich auf ihre Fähigkeiten aus, die Bedürfnisse der Bewohner in der Altenpflege und Behindertenhilfe wahrzunehmen. Deshalb sollte auf die Ausbildung einer respektvollen Haltung von professionell Sorgenden, insbesondere auf Achtsamkeit, Feingefühligkeit und Empathie sowie Kompetenz zur Reflexion eigener Werthaltungen, hingewirkt werden.

>> SONDERVOTUM

In einem Sondervotum äußert Franz-Josef Bormann Bedenken bezüglich des zentralen Begriffs der Freiverantwortlichkeit. Der Begriff werde in der Stellungnahme nicht klar genug bestimmt, um die ihm aufgebürdete normative Last zu tragen.

Mitglieder des Deutschen Ethikrates

Prof. Dr. theol. Peter Dabrock (Vorsitzender)
Prof. Dr. med. Katrin Amunts (Stv. Vorsitzende)
Prof. Dr. iur. Dr. h. c. Volker Lipp (Stv. Vorsitzender)
Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann (Stv. Vorsitzende)

Constanze Angerer
Prof. Dr. iur. Steffen Augsberg
Prof. Dr. theol. Franz-Josef Bormann
Prof. Dr. med. Alena M. Buyx
Prof. em. Dr. iur. Dr. h. c. Dagmar Coester-Waltjen
Dr. med. Christiane Fischer
Prof. em. Dr. phil. habil. Dr. phil. h. c. lic. phil. Carl Friedrich Gethmann
Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. Sigrid Graumann
Bischof Prof. Dr. theol. Martin Hein
Prof. Dr. med. Wolfram Henn
Prof. Dr. iur. Wolfram Höfling
Prof. Dr. (TR) Dr. phil. et med. habil. Ilhan Ilkilic
Prof. Dr. rer. nat. Ursula Klingmüller
Stephan Kruij
Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Dipl.-Psych. Andreas Kruse
Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmeier
Prof. Dr. med. Leo Latasch
Prof. Dr. theol. Andreas Lob-Hüdepohl
Prof. em. Dr. iur. Reinhard Merkel
Prof. Dr. phil. Judith Simon
Prof. Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen
Dr. phil. Petra Thorn

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle

Dr. rer. nat. Joachim Vetter (Leiter)
Dr. theol. Katrin Bentele
Carola Böhm
Ulrike Florian
Dr. phil. Thorsten Galert
Steffen Hering
Christian Hinke
Petra Hohmann
Torsten Kulick
Dr. Nora Schultz