

Professionalität im Spannungsverhältnis von Schutz- und Freiheitsrechten

Michael Wunder

Die Unvollkommenen

von Erich Fried

Ich glaube nicht
an die Unvollkommenen
die glauben
dass sie das Unvollkommene
vollkommen machen können
für sich
und für die
deren Lehrer sie werden wollen.

Aber wenn ich dann andere
Unvollkommene sehe
die nicht glauben
dass man das Unvollkommene
vollkommen machen kann
und die dabei glauben
dass sie sich die Mühe
sparen können
es zu versuchen
dann beginne ich wieder zu glauben
an die Unvollkommenen
die glauben
dass sich die Mühe
immer noch
lohlen kann.

¹ Erich FRIED, Die Unvollkommenen aus: Erich FRIED, Am Rand unserer Lebenszeit © 1987, 1996, 2000 Verlag Klaus Wagenbach, Berlin

Erich Fried warnt vor dem Glauben, dass wir vollkommen werden können, alles im Griff haben, alles richtig machen. Er lehnt aber auch diejenigen ab, die sich deshalb schon gar nicht mehr der Mühe unterziehen und entscheidet sich dann schließlich doch für diejenigen, die sich die Mühe machen, auch – so wäre meine Ergänzung – auf die Gefahr hin, unvollkommen zu sein und Fehler zu machen. Bei der Frage der Gewährleistung von Freiheitsrechten und Schutzrechten bei Menschen, die eine gesetzliche Betreuung haben, verhält es sich meiner Meinung nach auch so. Alles, was wir tun, kann nur ein Versuch sein, das jeweils Bestmögliche zu tun, was aber immer auch mit dem Risiko von Irrtum und Fehlerhaftigkeit verbunden ist.

Professionalität, also nicht nur berufsmäßig, sondern fachmännisch ausgeführte Tätigkeit in der gesetzlichen Betreuung, hat im Spannungsverhältnis von Schutz- und Freiheitsrechten mit folgenden Fragen zu tun: Wie stehe ich zu dem anderen Menschen, bei dem es um Schutz und Freiheit geht? Wie gehe ich mit diesem anderen um? Wie weit erkenne ich ihn prinzipiell als selbstbestimmungsfähiges Subjekt an, auch wenn seine Entscheidungen und Handlungen nicht immer sinnvoll oder wünschenswert erscheinen?

Erst wenn die Beziehungsfragen von Respekt, Anerkennung und Ermutigung geklärt sind, wird die jeweils notwendige Abwägung von Freiheits- und Schutzrechten, von Selbstbestimmung und Fürsorge in ihrer Ernsthaftigkeit möglich. Was heißt Selbstbestimmung, was heißt Fürsorge, die nicht paternalistisch übergriffig wird? Wann beginnt Zwang? Und unter welchen Bedingungen ist Zwang, wenn überhaupt, legitimierbar? Diese Abwägungen sind ebenso wie die Beziehungsgestaltung auf eine fachlich informierte und reflektierte Ausführung angewiesen, auf Methodenkompetenz, auf professionelles Können, das Kenntnisse, Empathie, Klarheit, Souveränität und letztlich auch Liebe zum Beruf umfasst.

Beziehungsgestaltung und Betreuung

Was geschieht, besser, was sollte geschehen in der Betreuung? Welche Beziehung sollte zwischen Betreuer/in und Klient/in bestehen? Was heißt Betreuung? Die Worterklärung und ebenso die gesetzliche Fassung des

Begriffs decken sich nicht mit dem heutigen Verständnis von Betreuung. Betreuen kommt aus dem Mittelhochdeutschen »betriowen« und heißt »schützen«. Im § 1901 BGB wird Betreuung als die »Besorgung der Angelegenheiten zum Wohle des Betreuten« gefasst. Aber weder Schützen noch ein Besorgen der Angelegenheiten entsprechen den heutigen Anforderungen an die Beziehungsgestaltung in einem gesetzlichen Betreuungsverhältnis.

Die Kritik am Wort »Betreuung« ist so alt wie das Gesetz. Bleiben wir aber bei diesem Wort, auch wenn dieses nicht abbildet, was heute unter gesetzlicher Betreuung verstanden und längst auch praktiziert wird. Schauen wir auf andere Quellen als die Wortherkunft. In der UN-Konvention zu den Rechten der Menschen mit Behinderung (UN-BRK)² findet sich dazu Wesentliches, insbesondere in Artikel 3. Dort wird der Mensch mit Behinderung als Träger von Rechten aufgefasst: das Recht auf Respekt vor seiner Würde und auf individuelle Autonomie, einschließlich der Freiheit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, das Recht auf Schutz vor Diskriminierung, auf volle und effektive Teilhabe und Inklusion in die Gesellschaft und auf Achtung vor der Differenz, also der Unterschiedlichkeit aller Menschen und Akzeptanz von Menschen mit Behinderung als ein Teil dieser Menschen.

Der Mensch mit Behinderung wird als Träger von Freiheitsrechten (*autonomy rights*) und als Träger von Schutzrechten (*care rights*) verstanden. Für die Beziehungsgestaltung heißt dies die Achtung des anderen, die Achtung seiner Freiheitsrechte, aber im Respekt vor seiner Person, auch die Anerkennung seiner Besonderheit, seiner Differenz zu anderen und seiner Schutzwürdigkeit. Freiheitsrechte, so die Botschaft, können für bestimmte Menschen, die schwach sind, krank sind, behindert sind oder sonst in irgendeiner Form eingeschränkt sind oder werden, erst dann wirksam werden, wenn ihnen zuvor die Hilfen und Unterstützungen im Rahmen der Schutzrechte zukommen, die sie brauchen. Volker Lipp, Joachim Steinbrück und Thorsten Becker haben dies im letzten »Kompass« (Fachzeitschrift des BdB, d. Red.) mit dem einfachen Satz zusammengefasst »Betreuung muss Freiheit und Schutz gewährleisten« und betont, dass es auf das UND ankommt.³ Dem ist nichts hinzuzufügen.

² UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, http://www.behindertenrechtskonvention.info/uebereinkommen_ueber_die_Rechte_von_Menschen_mit_Behinderungen (14.4.2017).

³ »Betreuung muss Schutz und Freiheit gewährleisten«, Round Table Gespräch mit Volker Lipp, Joachim Steinbrück und Thorsten Becker, in: Kompass – Fachzeitschrift für Betreuungsmanagement, 1-2017, 20–23.

Die erforderliche Grundhaltung in einer professionellen Beziehung in der gesetzlichen Betreuung ist so gesehen die Sorge um den jeweils anderen, die zur Selbstbestimmung ermutigt und diese ermöglicht, kurz: die »selbstbestimmungsermöglichende Sorge«. Auf dieser Basis kann die jeweils individuelle Abwägung von Schutz und Freiheit und von Sorge und Selbstbestimmung realisiert werden. Die Voraussetzung für diese Abwägung ist die Kenntnis der jeweiligen Person, ihrer Wünsche, ihres Lebensentwurfes, ihrer Ansichten und Werte. Das Ziel ist, ihre Teilhabe und Inklusion in der Gesellschaft zu sichern. Hierzu sind einige Begriffsklärungen notwendig.

Der Begriff Sorge löst den älteren Begriff der Fürsorge ab, der historisch bedingt überwiegend paternalistisch besetzt ist (»Ich weiß, was für dich gut ist«). Bei aller Kritik an Anglizismen ist zur Ablösung des Wortes »Fürsorge« das Wort »Sorge« aber weniger gut geeignet als das Wort »Care«, da bei der »Sorge« konnotativ auch immer die sorgenvollen Stirnfalten und ein darin leicht einwebbarer Vorwurf gegenüber dem Objekt der Sorge mitschwingen. Das englische Wort Care ist dagegen dem deutschen Wort Sorge um ein Vielfaches überlegen, weil es die verschiedenen Aspekte umfasst, um die es hier geht: die mitmenschliche Zuwendung und Anteilnahme, die Ermutigung zur jeweils noch möglichen Selbstbestimmung, womit den Klienten und Klientinnen Sicherheit und Vertrauen zu sich selbst gegeben werden kann, die Anleitung zu jeweils noch möglichen Aktivitäten des täglichen Lebens und die Unterstützung und Versorgung bis hin zur Verantwortungsübernahme für den anderen, soweit dies jeweils erforderlich ist. Dieses Konzept von Care ist in der Care Ethik im englischen Sprachraum eingeführt, wenn auch durchaus kontrovers diskutiert.⁴ Erst langsam wird es in die Pflegewissenschaften in Deutschland übernommen.

Die Grundhaltung des »Care-Giver« gegenüber dem »Care-Receiver« zeichnet sich durch die Erkenntnis aus, dass der oder die Gebende immer von dem oder der Nehmenden abhängig ist, also beide sich auf gleicher Augenhöhe begegnen und wechselseitig voneinander lernen. Die innere Haltung oder besser die Tugenden des Care-Givers sind:

⁴ Der Ausgangspunkt der Debatten um den Begriff der Care Ethik sind die moralpsychologischen Arbeiten Carol Gilligans. Die Reflexion der Bedingungen, die eine gerechte Gesellschaft braucht, um Sorge oder Fürsorge im Sinne von Care zu leisten und deren Verwirklichung im Beziehungsraum zu ermöglichen, steht dabei im Mittelpunkt. Kritische Einwände beziehen sich auf die Gegenüberstellung von Gerechtigkeit und Care, die Reproduktion klassischer Geschlechterstereotypen und die enge Verbindung von Gefühl und moralischem Handeln. Eine Zusammenfassung der kritischen Debatte findet sich bei JAGGER, Alison: Caring as a feminist practice of moral reason, in: HELD, Virginia (Hg.): Justice and Care: essential readings in feminist ethics, Boulder, CO 1995, S. 179–202.

- *attentiveness* – Aufmerksamkeit,
- *responsibility* – Verantwortlichkeit
- *competence* – Kompetenz und
- *responsiveness* – Empfänglichkeit (für die Signale des Gegenübers).⁵

Auch der andere Pol des Begriffspaars »Sorge und Selbstbestimmung«, die Selbstbestimmung, ist genauer zu hinterfragen, insbesondere weil sich heute fast jedes Konzept im Bereich der sozialen Arbeit darauf bezieht und sich leider immer wieder das Missverständnis einstellt, dass eine Handlung oder eine Entscheidung allein, weil sie selbstbestimmt ist, schon dadurch richtig oder angemessen ist.

Zu dem in der Philosophie und in der Ethik hoch besetzten und voraussetzungsvollen Begriff der Selbstbestimmung ist unendlich viel gesagt und publiziert worden. Für die Praxis der Betreuungsarbeit, ebenso wie in der Medizin und der Therapie, geht es deshalb auch um Einfachheit und Klarheit in dieser Debatte und letztlich um eine überprüfbare Kriteologie. Um diesem Erfordernis nachzukommen, kann man vereinfacht sagen, dass man dann von einer selbstbestimmten Äußerung, Entscheidung oder Handlung sprechen kann, wenn die Kriterien der folgenden »philosophischen Trias« erfüllt sind:

- »anders können«, d. h. der Klient/die Klientin hat die Auswahl oder die Möglichkeit zwischen verschiedenen Alternativen;
- »Gründe haben«, d. h. der Klient/die Klientin hat einen Grund, sich für die eine oder andere Alternative zu entscheiden und
- der Klient/die Klientin muss das Bewusstsein der eigenen Urheberschaft haben, »Ich bin es, der entscheidet, nicht du, nicht meine Eltern oder meine Kinder oder irgendeine gesellschaftliche Kraft«.

Eine selbstbestimmte Äußerung, Entscheidung oder Handlung ist umso verantwortlicher, je umfassender die Folgenabschätzung einbezogen ist. Diese kann nicht nur im Nahbereich, der mich selbst betrifft, erfolgen (»Weil es mir dann besser geht«), sondern auch im mittleren Bereich (»Was bedeutet das für mein Umfeld, für die Angehörigen, Zugehörigen?«) und im Fernbereich der Gesellschaft, was die Anerkennung von Prinzipien, von Regeln, von Gesetzen umfasst. Das Einbeziehen der Folgen heißt hier nicht unbedingte Berücksichtigung, sondern Reflexion, also auch bewusste, begründete Nichtbeachtung.

⁵ Vgl. u. a. TRONTO, Joan: *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New York – London, Routledge, 1993.

Der hohe Anspruch, der sich hier abbildet und für viele Menschen, die eine gesetzliche Betreuung haben, auf den ersten Blick unerreichbar erscheint, wird relativiert, wenn man die jeweiligen Gegenstandsbereiche in den Blick nimmt, in denen eine Entscheidung zu treffen oder eine Handlung zu vollziehen ist, und wenn man bereit ist, auch von einer jeweils möglichen oder noch möglichen Teil-Selbstbestimmung auszugehen. Es ist ein Unterschied, ob ein Klient sich zwischen zwei Menüs entscheidet, wobei er seine Gründe hat, sich für das eine oder andere zu entscheiden und auch die Folgen, nämlich die des höheren Genusses, dabei abschätzt. Oder ob er sich für die Verausgabung seiner Mittel für bestimmte Zwecke entscheiden will, die aber für die Erfüllung seiner bereits eingegangenen Verpflichtungen nicht ausreichen. Oder für einen bestimmten Ort, an dem er leben will oder nicht leben will. Die Voraussetzungen sind psychologisch in all diesen doch sehr unterschiedlichen Entscheidungsbereichen gleich, der Klient muss wesentliche Aspekte verstehen, eine Bewertung im Lichte seiner eigenen Vorlieben, Gewohnheiten, Werte vornehmen und seine Entscheidung anderen gegenüber kundtun. Durch die Unterschiedlichkeit der Situationen bestehen aber höchst unterschiedliche Schwierigkeitsgrade, wesentliche Aspekte der Situation und der unterschiedlichen Realisierungsmöglichkeiten zu verstehen.

Die Entscheidungsfindung in verschiedenen Situationen, die zentrale Aufgabe der gesetzlichen Betreuung, bewegt sich deshalb beständig zwischen der Assistenz, der unterstützten Entscheidungsfindung (UEF), und der Ersetzung dieser Entscheidung. Die verschiedenen Stufen der Entscheidungsfindung lassen sich folgendermaßen beschreiben:

- An erster Stelle steht die selbstbestimmte Entscheidung (*self determined decision*), die durch den Betreuer oder die Betreuerin abzusichern ist, deren Ausführung aber, wenn andere Gründe (zum Beispiel Selbstschädigung) dagegensprechen, zu verhindern ist.
- Es folgt der Bereich der Unterstützten Entscheidungsfindung (*assisted decision making*), bei der der Betreuer oder die Betreuerin (*facilitator*) auf der Grundlage der persönlichen Kenntnis des Klienten/der Klientin für die Herbeiführung einer Entscheidung sorgt, indem er die richtigen Fragen stellt, dafür eine auf den Klienten/die Klientin abgestimmte verständliche Sprache wählt und sie auch bei anfänglichen Schwierigkeiten oder Abwehren ermutigt, die Entscheidung selbst zu treffen.
- Unterhalb dieser Ebene gibt es die Möglichkeit der gemeinsamen oder geteilten Entscheidungsfindung (*shared decision making*); dabei werden

das in der Situation Angemessene und die individuellen Präferenzen des Klienten in einer »Verhandlung« zusammengeführt und zu einer gemeinsam verantworteten Entscheidung gebracht. Zugegebenermaßen ist dies ein schwieriger Prozess, in dem auch die Ansichten des Betreuers oder der Betreuerin eine große Rolle spielen und dieser immer nah an der Manipulationsmöglichkeit ist. Ein Mittel dagegen ist, dass sich die Betreuerin oder der Betreuer aufgefordert fühlt, stets die verschiedenen Gesichtspunkte und Sichtweisen einzubringen oder in Erinnerung zu bringen. Ein solcher *Shared-decision-making*-Prozess ist besonders geeignet, wenn das Wissensgefälle zwischen Klient/in und Betreuer/in besonders groß ist und die Machtposition der Betreuer/innen nicht hinter einem pseudounterstützten Entscheidungsprozess verschleiert werden soll.

- Erst als letzte Möglichkeit, als *Ultima Ratio*, gilt die ersetzende Entscheidung (*substituted decision making*), die reine Fremdverantwortung des Betreuers oder der Betreuerin, die aber stets auf der Grundlage der zumindest angenommenen Werte, Vorlieben und Vorstellungen des Klienten oder der Klientin getroffen wird. Es ist also eine fremdverantwortete Entscheidung, aber keine Fremdentscheidung, weil sie immer noch dem vermuteten persönlichen Willen des Klienten, seinem Wohl und seinem Lebensentwurf zu entsprechen hat.

Betreuung ist ein somit hoch anspruchsvolles Unternehmen, das Fachwissen ebenso wie kommunikative Kompetenz und Erfahrung erfordert. Gesetzliche Betreuer/innen müssen nicht nur den jeweiligen Sachverhalt klären, um den es geht, sie müssen auch gelernt haben, die jeweiligen Signale und Ausdrucksweisen der Klienten und Klientinnen genau zu verstehen, zu dechiffrieren. Sie müssen biografische und persönliche Kenntnisse des Klienten oder der Klientin haben, sie müssen die verschiedenen Alternativen, die den Klienten und Klientinnen vielleicht nicht bewusst sind, in die Debatte mit ihnen einführen. Sie sind verantwortlich für den Prozess der Entscheidungsfindung. Sie müssen sich deshalb auch relativ schnell ein Bild machen, ob es sich um eine Entscheidungsassistenz handelt, um eine gemeinsam getragene Entscheidung oder ob sie die Entscheidung ersetzen müssen durch empathische Einfühlung in das, was der Klient oder die Klientin wohl selbst wollte, wenn sie entscheiden könnte. Die ersetzende Fremdentscheidung ist im Alltag und im Allgemeinverständnis für Menschen mit Betreuung die nächstliegende – und auch das, was Angehörige meist erwarten. Aber gleichzeitig ist sie das,

was am allerwenigsten zu wünschen ist und auch am wenigsten mit dem Betreuungsgesetz intendiert ist. Von daher muss der Betreuer oder die Betreuerin nicht nur sensibel und kompetent, sondern auch klar und standfest in seiner oder ihrer Mission sein. Die so naheliegende ersetzende Entscheidung ist immer nur die allerletzte Möglichkeit. Es verwundert deshalb sehr, dass diese hohen beruflichen Anforderungen bisher in keiner Weise standardisiert sind.

Betreuung im Spannungsverhältnis von Freiheit und Zwang

Der Kernpunkt des Konflikts, in dem Betreuung häufig steht, ist die Grenzziehung von Freiheit und Schutz, genauer von Anerkennung der Willensfreiheit und Beschränkung derselben, insbesondere durch Zwang.

Was wird unter Zwang verstanden? Ganz allgemein eine Maßnahme gegen den Willen einer Person, unabhängig davon, ob diese als geschäftsfähig gilt oder nicht. Aber schon an dieser Definition gibt es Zweifel. Was ist mit Maßnahmen ohne den Willen einer Person, also gerade bei Personen mit geistiger Behinderung, die ihren Willen vielleicht erst zu einem späteren Zeitpunkt bilden, etwa angesichts des anschaulichen Erlebens einer Situation oder den Folgen einer vorausgegangenen Fremdenscheidung? Sind auch dies Zwangsmaßnahmen? In der früheren Auseinandersetzung um das Betreuungsgesetz spielte hier vor allen Dingen die herbeigeredete Einwilligung oder die Fremdenscheidung zu einer Sterilisation bei Willenlosigkeit eine große Rolle.⁶

Was sind die häufigsten Formen von Zwang? Zunächst die Unterbringung, die Isolierung, die Fixierung und die Zwangsmedikation. Dann aber auch die vielen unter der Schwelle des Gesetzes liegenden weicheren Formen von Zwang: der indirekte Zwang durch Strukturen (ein Herausgehen an die frische Luft ist wegen der Gebäudeanlage unmöglich), durch fehlende Assistenz und psychosoziale Betreuung (keine Begleiter/innen oder kein Behindertentaxi) oder auch durch herbeigeredete Einwilligungen, durch eine für besonders schwache Patient/innen oder Klient/

⁶ http://www.ak-ns-euthanasie.de/wp-content/uploads/2014/02/Appell_zum_Sterilisationsgesetz.pdf (15.4.2017).

innen nicht durchschaubare Manipulation durch das Personal oder die Betreuer/innen. Wo ist in all diesen Fällen die Grenze zwischen Freiheit und Schutz? Muss der gesetzliche Betreuer oder die gesetzliche Betreuerin den Klienten/die Klientin nicht vor bestimmten Umgebungsbedingungen, vor bestimmten Institutionen schützen? Wie soll dies gehen, wenn es keine Alternativen gibt?

Die gängige ethische Begründung für Zwangsmaßnahmen (insbesondere im Falle der Selbstgefährdung) ist, dass psychische Erkrankungen und Behinderungen zum Verlust der Fähigkeit führen können, freie und verantwortliche Entscheidungen zu treffen. Der Freiheitsverlust der Person steht bei dieser Begründung im Vordergrund. Eine Zwangsmaßnahme in dieser Situation wird als Fürsorge ausgelegt, um diese Person mit dem so verstandenen Freiheitsverlust wieder zur Freiheit zu befähigen. Anders ausgedrückt: Nicht ein Freier wird seiner Freiheit beraubt, sondern ein Unfreier davor bewahrt, anderen oder sich selbst Schaden zuzufügen. Das Ziel der Maßnahme ist in dieser Logik die Wiedergewinnung der abhandengekommenen Freiheit. Diese Art der Argumentation ist trotz ihrer Eingängigkeit hoch umstritten.

Zunächst muss man sich verdeutlichen, was ganz generell gegen Zwangsmaßnahmen spricht. Zwangsmaßnahmen, unabhängig davon, wie sie begründet werden, haben eine geringe therapeutische Wirksamkeit, was auch die häufige Wiederholung bei derselben Person erklärt. Sie haben ein hohes Schädigungs- und Traumatisierungsrisiko. Es gibt kaum Klient/innen, die nicht zumindest belastende Erinnerungen an erlittene Zwangsmaßnahmen haben. Und jede Zwangsmaßnahme ist natürlich ein Eingriff in die Grundrechte des Individuums, der einer besonderen und überprüfbaren Begründung bedarf. Auf der anderen Seite gilt, dass der vollständige Verzicht auf jegliche Zwangsmaßnahme ebenfalls zu einer Grundrechtsverletzung führen kann. Man denke nur an Menschen in der Psychose, die tatsächlich gegen ihren erkennbaren natürlichen Willen vor sich selbst geschützt werden müssen, also zwangsweise von einer Handlung abgehalten werden müssen oder auch behandelt werden müssen.

Gerade auch vor dem Hintergrund der oben ausgeführten gängigen ethischen Legitimation für Zwangsmaßnahmen ist noch einmal ein Blick in die UN-Konvention zu den Rechten der Menschen mit Behinderung sinnvoll. Im Artikel 12 Absatz 2 der UN-BRK wird jedem Menschen, unabhängig ob behindert oder nicht behindert, die *legal capacity* zugesprochen, also

die Rechts- und Handlungsfähigkeit, in der er in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit allen anderen Menschen ist. Er behält diese Rechts- und Handlungsfähigkeit auch in einer psychischen Krise oder unter den Bedingungen einer kognitiven Einschränkung. Im Artikel 14 der UN-BRK heißt es unter der Überschrift *liberty and security of the person*, die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Menschen mit Behinderung gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt. Diese Aussagen bedeuten, dass es zwar unter bestimmten Bedingungen Freiheitsentziehungen und andere Zwangsmaßnahmen geben darf, diese aber auf gesetzlicher Grundlage erfolgen müssen, also rechtskonform sein müssen und nicht willkürlich sein dürfen. Der wichtigste Satz für die Debatte ist aber der, dass das Vorliegen einer Behinderung selbst nicht die Freiheitsentziehung rechtfertigen kann.

Diese Formulierung fordert, das kausale Denken im Behindertenrecht zu überwinden und alle Maßnahmen nur noch final zu begründen. Jemand erhält eine Assistenz oder auch eine Einschränkung seiner Freiheit nicht mehr, weil er behindert ist, sondern weil er es braucht oder sein Verhalten schädigend ist. Zwangs- oder zwangsnahe Maßnahmen müssen der UN-Konvention zufolge final mit dem tatsächlichen oder real absehbaren Verhalten und seinen anders nicht zu verhindernden, schädigenden Konsequenzen begründet werden, statt kausal mit der Erkrankung oder Behinderung selbst.⁷

Für die Felder der Zwangsunterbringung und der Zwangsbehandlung lassen sich die Konsequenzen aus der UN-BRK klar umreißen. Eine Zwangsunterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB ist dann im Einklang mit der UN-Konvention, sofern sie nach Prüfung aller möglichen, weicheren Alternativen ausschließlich final mit der tatsächlichen oder real zu erwartenden Selbstgefährdung begründet ist, also nicht mit der Behinderung oder Erkrankung. Praktisch heißt das, Begründungen wie

⁷ Zum Grundsatz »Finalprinzip statt Kausalprinzip« sei aber angemerkt, dass sich dieser zumindest im deutschen Recht nicht durchhalten lässt. Ein Beispiel hierfür ist die Debatte um Suizid und freien Willen. Suizidhandlungen, die frei verantwortlich sind, d. h. ohne fremde Beeinflussung, ohne psychische Beeinträchtigung und für Dritte nachvollziehbar, schränken in der Rechtsprechung und auch im Common Sense die nachträgliche Rettungspflicht der Personen in Garantenstellung und die Hilfeverpflichtung anderer Personen ein. Bei Personen aber, die unter dem krankhaften Einfluss einer Depression eine Suizidhandlung begangen haben, sind Garanten und andere Personen in jedem Fall zur Lebensrettung und zur Hilfe verpflichtet. Im Falle der Suizidprophylaxe bzw. Lebensrettungsverpflichtung kommt es also nicht auf die finalen Folgen der Handlung an, sondern auf die jeweiligen kausalen Motive und Hintergründe des Willens der Person.

die Selbstgefährdung oder auch der Verlust der Eigensorge, die anders nicht abgewendet werden können, sind mit der UN-Konvention vereinbar, sie dürfen allerdings nicht infolge mangelnder Aufsicht oder Zuwendung eintreten oder eintreten können und dann mit Zwangsunterbringungen verhindert werden, da hier der zwangsvermeidende Weg der besseren Assistenzgestaltung und Zuwendung auf jeden Fall Vorrang hat. Gründe wie ausgeprägter Rückzug, Verfolgungszustände oder die Gefahr der Chronifizierung, also eher medizinische Gründe im engeren Sinne, sind dagegen mit der Konvention nicht vereinbar. Hier würde der Kernpunkt der Begründung in der Behinderung oder Erkrankung selbst liegen. Missachtet würde hier auch, dass in diesem Zusammenhang mildere Maßnahmen als die der Zwangsunterbringung wirksam werden können.

Die Konsequenzen für die Zwangsbehandlung nach § 1906 Abs. 3 BGB sind im Wesentlichen in der Neufassung vom 26.02.2013 berücksichtigt. Hiernach kann der Betreuer oder die Betreuerin in eine Zwangsbehandlung nur einwilligen, wenn

- der Klient oder die Klientin keinen rechtsgeschäftlichen Willen hat, also nur den natürlichen Willen hat, krankheitsbedingt die Notwendigkeit der Behandlung nicht erfasst und sich nicht entsprechend verhalten kann;
- ein ernst gemeinter Versuch unternommen wurde, den Patienten/die Patientin zu überzeugen, die Medikamente freiwillig zu nehmen;
- die Zwangsbehandlung notwendig ist, um drohende erhebliche Gesundheitsgefahren abzuwenden und keine anderen dem Klienten/der Klientin zumutbare Maßnahmen möglich sind und
- der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.

Die Hürden sind erkennbar hoch, insbesondere auch in Bezug auf den ernst gemeinten Versuch der Überzeugung des Klienten/der Klientin, Freiwilligkeit zu erreichen, und die Abwägung des zu erwartenden Nutzen gegen die zu erwartende Beeinträchtigung.

Es gibt aber auch zu dieser mittlerweile überwiegend konsentierten Position zur Zwangsbehandlung eine deutliche Gegenposition in der Diskussion. Diese lautet, dass Menschen nur freiwillig behandelt werden dürfen, weil nur dann eine Behandlung tatsächlich wirksam ist und Menschen, die eine Behandlung verweigern, auch wenn der Grund dafür

in einer Beeinflussung durch die psychische Beeinträchtigung liegt, nicht zwangsweise behandelt werden dürfen.

Die beste Empfehlung in dieser Situation ist, jenseits der Möglichkeiten des neu gefassten § 1906 Abs. 3 BGB auf der Basis eines verlässlichen Kommunikationsverhältnisses zwischen Klient/in und Betreuer/in Vorabverfügungen, Krisenpässe oder psychiatrische Testamente zu verfassen. In diesen werden die jeweiligen Behandlungsformen formuliert, die für den Klienten oder die Klientin zulässig oder nicht zulässig sind, wenn es zu Krisen kommt. Eine Konsequenz solcher Vereinbarungen ist, dass Behandlungsformen, die in einem solchen Verfügungsdokument ausgeschlossen werden, tatsächlich auch später nicht angewendet werden dürfen. Für psychoseerfahrene Menschen, die sich heute in der Öffentlichkeit äußern und mittlerweile als Gesprächspartner/innen für die Psychiatrie voll anerkannt sind, ist diese Position sehr wichtig. Sie ist ein großer Fortschritt in Hinsicht auf den Abbau von Zwangsmaßnahmen.

Professionelle Wege aus dem Dilemma

Zwangsmaßnahmen müssen verhindert oder zumindest reduziert werden. Wir brauchen Programme zur Gewaltprophylaxe, Dokumentationssysteme wie beispielsweise Redufix, Fortbildungen zu Deeskalierungsstrategien für alle Beschäftigten in der Altenhilfe, in psychiatrischen Diensten und in der Behindertenhilfe. Meine Empfehlungen sind:

1. Seien Sie ehrlich und argumentieren Sie einfühlsam, aber klar. Jede Zwangsmaßnahme, auch jede verdeckte Zwangsmaßnahme, ist Repression im Erleben des Klienten oder der Klientin, auch wenn die Absicht des Betreuers oder der Betreuerin der Schutz ist. Sätze wie »Es ist das Beste für Sie« oder »Es gehört in unser Heilungskonzept« mindern das Schädigungsrisiko nicht. Begründen Sie Zwangsmaßnahmen, wenn sie unumgänglich sind, sachlich, wenn auch bedauernd, mit dem Schutz vor Schädigung, der Ihrer Meinung anders nicht zu gewährleisten ist.
2. Prävention und Commitment: Zwangsmaßnahmen können durch rechtzeitige Kommunikation über mögliche Krisen und deren Bewältigung reduziert werden. Insbesondere können in Vorabverfügungen, psychiatrischen Testamenten oder Krisenpässen mögliche Szenarien

und dann gewünschte Behandlungen oder Nichtbehandlungen, auch natürlich solche gegen den dann geäußerten natürlichen Willen, festgelegt werden.

3. Menschenwürde und Selbstbestimmungsanspruch können auch innerhalb von Zwangsmaßnahmen, wie z. B. Unterbringungsmaßnahmen, praktiziert werden. Betreuer/innen sind dazu aufgefordert, gerade auch für diese Humanisierung der Zwangsmaßnahmen selbst einzustehen, wie beispielsweise strenge zeitliche Limitierungen, freiheitsübende Maßnahmen innerhalb der Zwangsunterbringung so früh wie möglich, Handlungsfreiheit für die Entscheider/innen vor Ort bei regelmäßiger gerichtlicher Kontrolle.

Schlussbemerkung

Wir können das Spannungsverhältnis von Schutz- und Freiheitsrechten nicht vollkommen auflösen. Alle, auch bestgemeinte und bestorganisierte Abwägungen können zu falschen Ergebnissen führen und bleiben unvollkommen. Aber – mit Erich Fried formuliert – stets lohnt die Mühe, das Unvollkommene zu verbessern.

Hinweis: Dieser Artikel basiert auf einem Vortrag im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung der BdB-Jahrestagung »Ohne Wenn und Aber: professionelle Betreuung anerkennen« am 27.04.2017 in Radebeul.

Dr. phil. Michael Wunder

Korrespondenzadresse: m.wunder@alsterdorf.de