



# Hilfe durch Zwang?

Bericht über die öffentliche Befragung des Deutschen Ethikrates

## **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](mailto:kontakt@ethikrat.org)  
[www.ethikrat.org](http://www.ethikrat.org)

© 2019 Deutscher Ethikrat, Berlin  
Alle Rechte vorbehalten.  
Eine Abdruckgenehmigung wird auf Anfrage gern erteilt.  
Layout: Torsten Kulick

# Inhalt

Hintergrund .....	5
Probleme und Herausforderungen im Zusammenhang mit „wohltätigem Zwang“ .....	6
Gewünschter Umgang mit „wohltätigem Zwang“ .....	11
Kurz-, mittel- oder langfristige Verbesserungsmöglichkeiten .....	13
Anhang 1: Fragebogen .....	15
Anhang 2: Befragungsteilnehmer .....	19
Anhang 3: Antworten im Wortlaut .....	22



## Hintergrund

In vielen Kontexten professioneller Sorge werden Zwangsmaßnahmen mit Wohltätigkeit und Fürsorge begründet. Dies betrifft etwa freiheitsentziehende Maßnahmen wie die Unterbringung in Kliniken und anderen stationären Einrichtungen gegen den Willen der betroffenen Person, das Anbringen von Bettgittern oder Fixierungsgurten, die Gabe von Medikamenten zum Zwecke der Ruhigstellung oder die medizinische Behandlung gegen den Willen des Patienten. Mit dem Wohl der betroffenen Person werden solche Zwangsmaßnahmen insbesondere dann begründet, wenn mit ihnen die Gefahr einer Selbstschädigung abgewendet werden soll. Jede Anwendung solchen „wohltätigen Zwangs“ stellt jedoch einen schwerwiegenden Eingriff in das Grundrecht des Betroffenen auf ein selbstbestimmtes Leben dar und ist folglich in besonderem Maße ethisch und rechtlich rechtfertigungspflichtig. Bei der Bewertung solcher Maßnahmen muss also zwischen der Beförderung oder der Erhaltung des Wohls einer Person einerseits und der Achtung vor der individuellen Person und ihrer Selbstbestimmung andererseits abgewogen werden.

Vor diesem Hintergrund hat sich der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme „Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung“ vom 1. November 2018 damit auseinandergesetzt, welche Formen wohltätigen Zwangs sich in den

Praxisfeldern der Psychiatrie, der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Pflege und Behindertenhilfe identifizieren und welche dieser Zwangsmaßnahmen sich unter welchen Umständen und mit welcher Begründung rechtfertigen lassen. Im Zuge der Erarbeitung dieser Stellungnahme führte der Deutsche Ethikrat, vertreten durch dessen Arbeitsgruppe „Wohltätiger Zwang“, vom 11. April bis zum 31. Mai 2017 eine öffentliche Befragung zu diesem Thema durch, bei der die Teilnehmer ihre Erfahrungen und Ansichten mitteilen konnten. Der Fragenkatalog wurde sowohl über den Adressverteiler und die Website des Deutschen Ethikrates sowie per Twitter und Facebook verbreitet, als auch gezielt an Personen und Organisationen mit besonderem Bezug zum Thema versandt. Insgesamt nahmen an der Befragung 152 Personen teil, von denen 136 als Privatpersonen antworteten und 16 als Vertreter von Organisationen. Die Teilnehmer konnten die Hintergründe für ihr Interesse an der Befragung nennen. Ein großer Teil der Befragungsteilnehmer antwortete aus persönlichem Interesse als direkt Betroffene oder als Angehörige von Betroffenen. Professionelles Interesse äußerten vor allem Befragungsteilnehmer aus den Bereichen Klinik und Pflege. Auch ein allgemeines Interesse wurde häufig angegeben.

Die Antworten sind hier zusammengefasst und – sofern die Teilnehmer der Veröffentlichung zustimmten – im Anhang in Gänze veröffentlicht.

# Probleme und Herausforderungen im Zusammenhang mit „wohltätigem Zwang“

Im Hinblick auf die Problemlage verweist die Mehrzahl der Befragungsteilnehmer auf ungünstige Rahmenbedingungen (insbesondere auf mangelnde personelle Ressourcen), welche die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen erschweren. Außerdem werden vor allem grund- und menschenrechtliche Aspekte sowie die negativen Folgen von Zwang für Körper und Psyche der Betroffenen, für Angehörige sowie auch für die Beziehung zwischen professionell Sorgenden und Sorgeempfängern genannt.

In vielen Antworten wird wohltätiger Zwang nur unter der Bedingung für zulässig erachtet, dass kein anderes Mittel zur Lösung eines Problems zur Verfügung steht – er komme also nur als Ultima Ratio in Betracht (29). Einige Teilnehmer benennen darüber hinaus explizit positive Aspekte wohltätigen Zwangs (16). Es ist jedoch zu beachten, dass die Anerkennung legitimer Anwendungsfälle wohltätigen Zwangs nicht auf eine positive Haltung gegenüber solchen Zwangsmaßnahmen schließen lässt. Die meisten Teilnehmer, die wohltätigen Zwang in bestimmten Situationen für zulässig halten, fordern gleichwohl, dass solche Situationen durch die Verbesserung der Rahmenbedingungen vermieden werden sollten.<sup>1</sup>

## Formen „wohltätigen Zwangs“

Die meisten Befragungsteilnehmer berichten von Zwang in Form von Zwangseinweisung, Fixierung, Isolierung und Zwangsmedikation (52). Fixierung und Medikation wird vor allem im Bereich der Psychiatrie und der Pflege sowie in der Begleitung von älteren Menschen (vor allem Demenzerkrankten) und Menschen mit (schweren) Behinderungen beschrieben. Darüber hinaus wird auf informelle Formen von Zwang hingewiesen (wie etwa das Überreden von Patienten, damit diese bestimmten Maßnahmen zustimmen), die nicht als Zwangsmaßnahmen dokumentiert würden (22).

## Betroffene Personengruppen und Bereiche

Die Mehrheit der Teilnehmer ist der Überzeugung, dass in der Psychiatrie Maßnahmen wohltätigen Zwangs besonders verbreitet seien (98). Insbesondere bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen, denen oft die Einsichtsfähigkeit abgesprochen werde, würde häufig zu Zwangsmedikationen gegriffen.<sup>2</sup> Fixierungen könnten in medizinischen Notfallsituationen – etwa dann, wenn ein operativer Eingriff erforderlich ist – notwendig sein, um die Betroffenen von akutem Leid zu befreien.<sup>3</sup> Auch zur Abwendung von Suiziden könne Zwang ein legitimes Mittel sein.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Vgl. Harms, Anonym 68, Kropp, Anonym 29.

<sup>2</sup> Vgl. Anonym 80, Anonym 25.

<sup>3</sup> Vgl. Bernett.

<sup>4</sup> Vgl. Anonym 3.

In den Bereichen Pflege und Behindertenhilfe seien in erster Linie Menschen mit fortgeschrittener Demenz besonders von Zwangsmaßnahmen betroffen.<sup>5</sup> Auch Schlaganfallpatienten, deren Fähigkeiten zur Verbalisierung ihrer Anliegen stark eingeschränkt ist, sowie Menschen mit erhöhtem Sturzrisiko seien zu ihrem eigenen Schutz häufig Zwangsmaßnahmen ausgesetzt.<sup>6</sup> In spezifischen Ausnahmesituationen wird die Anwendung von Zwang besonders bei älteren Patienten für notwendig erachtet,<sup>7</sup> dann aber auch als besonders problematisch beschrieben.<sup>8</sup> Schwer kranke Menschen könnten etwa durch Maßnahmen wie Bettgitter vor Stürzen bewahrt werden.<sup>9</sup> Allerdings könnten diese in Altenpflegeeinrichtungen auch durch dicke Matratzen auf dem Boden ersetzt werden.<sup>10</sup> Auch in der Behindertenhilfe könne Zwang angezeigt sein. Etwa bei Menschen mit schweren geistigen Behinderungen, die sich gegen notwendige ärztliche Behandlungen körperlich zur Wehr setzen.<sup>11</sup> Zudem könne wohltätiger Zwang bei stark herausforderndem Verhalten von Sorgeempfängern erforderlich sein, um überhaupt eine angemessene Betreuung zu ermöglichen.<sup>12</sup> Für besonders kritisch wird in diesem Praxisfeld die Spannung zwischen Helfen und Entlasten sowie Bevormundung und Entmündigung gehalten.<sup>13</sup> Bei Unklarheit über die Einsichtsfähigkeit einer Person, zum Beispiel bei leichter Demenz, sei die Frage nach der Autonomie einer Entscheidung oft schwer zu beantworten.<sup>14</sup>

In der Kinder- und Jugendhilfe wird von einer Überforderung des Systems durch sogenannte

„Systemsprenger“ berichtet und als Hauptgrund für die hohe Zahl der Zwangsmaßnahmen verantwortlich gemacht.<sup>15</sup> So käme es etwa regelmäßig zu Situationen, in denen schnell gehandelt werden müsse, um eine Selbstschädigung zu verhindern, wobei die Mitarbeiter aufgrund des Fachkräftemangels oft mit dieser Situation allein blieben.<sup>16</sup> Auch freiwillige Hilfemöglichkeiten würden nicht im vollen Umfang ausgeschöpft.<sup>17</sup> Eine Besonderheit dieses Bereiches sei zudem, dass die Kinder und Jugendlichen grundsätzlich in einem Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Betreuern stünden, woraus sich ein besonders hohes Risiko des Machtmissbrauchs ergebe.<sup>18</sup> Es gebe jedoch auch sinnvolle Zwangsmaßnahmen. Etwa solche, die Kinder und Jugendliche vor selbstschädigendem Verhalten schützen.<sup>19</sup> Deren Akzeptanz litte jedoch durch die von negativen Beispielen gespeiste grundlegende Ablehnung von Zwangsmaßnahmen.<sup>20</sup> Ein Teilnehmer nennt als ein solches negatives Beispiel die Knabenbeschneidung.<sup>21</sup>

### Art der Herausforderung

Ein Teil der Befragungsteilnehmer beschreibt „wohltätigen Zwang“ in bestimmten Situationen als unausweichlich (31). Allerdings wird es häufig als besondere Herausforderung empfunden, zu erkennen, wann eine Situation gegeben ist, in der die Anwendung von Zwang hilfreich sein kann.<sup>22</sup> Auch wird auf Abgrenzungsschwierigkeiten bezüglich der Fragen „Was ist wohltätig?“ , „Was ist Zwang?“ und „Wer bestimmt Wohltätigkeit?“ verwiesen.<sup>23</sup>

<sup>5</sup> Vgl. Bremer Heimstiftung.

<sup>6</sup> Vgl. Bremer Heimstiftung.

<sup>7</sup> Vgl. Lang, Anonym 36, Maubach.

<sup>8</sup> Vgl. Willenborg, Anonym 29.

<sup>9</sup> Vgl. Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker.

<sup>10</sup> Vgl. Anonym 22.

<sup>11</sup> Vgl. Maubach.

<sup>12</sup> Vgl. Wohnheim Tilia.

<sup>13</sup> Vgl. Anonym 5.

<sup>14</sup> Vgl. Enk.

<sup>15</sup> Vgl. Berliner Notdienst Kinderschutz.

<sup>16</sup> Vgl. Anonym 51.

<sup>17</sup> Vgl. KuB.

<sup>18</sup> Vgl. Anonym 4.

<sup>19</sup> Vgl. Vetter.

<sup>20</sup> Vgl. Vetter.

<sup>21</sup> Vgl. Götz.

<sup>22</sup> Vgl. Anonym 80.

<sup>23</sup> Vgl. Anonym 77, Anonym 18.

### Negative körperliche und psychische Folgen

Viele Befragungsteilnehmer verweisen auf negative körperliche (11), psychische (47), vertrauensmindernde (21) und behandlungerschwerende (22) Folgen für die Betroffenen sowie auch auf negative (psychische) Folgen für Angehörige (10).

Unter dem Aspekt negativer körperlicher Folgen werden vor allem die Nebenwirkungen zwangsweise verabreichter Medikamente genannt. Vor allem Psychopharmaka werden von den Befragten wegen ihrer körperlichen und psychischen Nebenwirkungen kritisch gesehen.<sup>24</sup> Außerdem wird beschrieben, dass Zwangsmaßnahmen wie etwa Fixierungen in einigen Fällen Krankheitssymptome verstärkten und somit zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Betroffenen führen können.<sup>25</sup>

Neben den körperlichen Konsequenzen sieht ein Großteil der Befragungsteilnehmer vor allem die psychischen Konsequenzen wohlthätiger Zwangsmaßnahmen als Problem (47). Die meisten beziehen sich dabei auf die Möglichkeit der (Re-)Traumatisierung infolge der Anwendung von Zwang. Diese äußere sich dann durch verstärkte Depressionen, Angstzustände sowie Schädigungen des Selbstbildes und der Wahrnehmung.<sup>26</sup> Entgegen der Intention, durch Zwang Menschen zum eigenständigen Leben zu befähigen, äußert ein Befragter, dass die Erfahrung, externer Kontrolle unterworfen zu sein, unselbstständig und hilflos mache.<sup>27</sup> Auch deshalb hätten Zwangsmaßnahmen oft problematische Folgen für den weiteren Heilungs-, Therapie-, Behandlungs- und Betreuungsverlauf (22). Konkret wird darauf verwiesen, Zwang verlängere die Therapie um Jahre,<sup>28</sup> mindere die intrinsische

Motivation zur Behandlung<sup>29</sup> und die Bereitschaft zur Übernahme von Selbstverantwortung.<sup>30</sup> Einige betrachten die Aussicht auf Zwang gar als Hindernis, Hilfsangebote wahrzunehmen, was wiederum die Behandlungsbedingungen erschwere.<sup>31</sup>

### Infrastrukturelle Problemlage

Ein großer Teil der Befragungsteilnehmer sieht die schlechte Personalsituation in allen drei Praxisfeldern als zentrale Ursache für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen (47). Dabei wird sowohl auf den grundsätzlichen Personalmangel als auch auf den Fachkräftemangel und die unzureichende Aus-, Weiter- bzw. Fortbildungssituation verwiesen. Viele Befragungsteilnehmer sind überzeugt, dass durch Personal- und Zeitverknappung ungerechtfertigte Zwangsmaßnahmen zunehmen würden.<sup>32</sup> Neben der schwierigen personellen Situation stellten bauliche bzw. räumliche Mängel einen weiteren kausalen Faktor für die verstärkte Anwendung von Zwangsmaßnahmen dar. Die Teilnehmer sprechen in diesem Zusammenhang nicht nur die allgemein sehr unangenehme Atmosphäre in klinischen Einrichtungen, sondern auch den Mangel an Räumlichkeiten an, die in schwierigen Situationen Ausweich- und Rückzugsmöglichkeiten bieten könnten.<sup>33</sup> Außerdem wird unter diesem Punkt auch die Ausstattung von Einrichtungen thematisiert (wie etwa Bettgitter im Altenheim<sup>34</sup>) sowie das Fehlen unterstützender Maßnahmen.<sup>35</sup>

### Prozedurale Problemlage

Unter dem Gesichtspunkt der prozeduralen Problemlage (die etwa Prozesse der Entscheidungsfindung, Kommunikation und Partizipation sowie

<sup>24</sup> Vgl. Anonym 77, Casu, Jacobs, Müller.

<sup>25</sup> Vgl. Anonym 70.

<sup>26</sup> Vgl. Anonym 35, Anonym 83, Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker, Anonym 77, Anonym 72, Müller, Anonym 43, Anonym 28.

<sup>27</sup> Vgl. Anonym 44.

<sup>28</sup> Vgl. Casu.

<sup>29</sup> Vgl. Kropp.

<sup>30</sup> Vgl. Anonym 23.

<sup>31</sup> Vgl. Anonym 77, Anonym 86, Anonym 83.

<sup>32</sup> Vgl. Rademacher, Anonym 22, Berliner Notdienst Kinderschutz, Stemmer-vom Steeg, Schneider.

<sup>33</sup> Vgl. Anonym 15, Anonym 80, Anonym 77, Schneider, Rosenblatt.

<sup>34</sup> Vgl. Anonym 31.

<sup>35</sup> Vgl. Anonym 43.

die Form und Dauer von Zwangsmaßnahmen betrifft) wird der Faktor Zeit von vielen Teilnehmern hervorgehoben. Die Kritik richtet sich hierbei einerseits auf zu spätes Reagieren bei Hilfebedarf<sup>36</sup> sowie auf vorschnelles Drängen zu Pflegemaßnahmen.<sup>37</sup> Außerdem wird darauf hingewiesen, dass in manchen Situationen in kürzester Zeit über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen entschieden werden müsse.<sup>38</sup> Es bestehe jedoch auch das Risiko, dass komplizierte Regelungen ein erforderliches schnelles Eingreifen verhindern können.<sup>39</sup> Ein weiterer zeitlicher Aspekt ist die Dauer der Zwangsmaßnahmen, die oft als zu lang bewertet wird.<sup>40</sup>

### **Auswirkungen auf das Vertrauensverhältnis von Akteuren und Betroffenen**

Neben den unmittelbaren negativen Konsequenzen von Zwangsmaßnahmen für die betroffene Person gäbe es auch indirekte Folgen, etwa für den weiteren Therapieverlauf (21). So stellten Zwangsmaßnahmen einen klaren Vertrauensbruch dar und störten vor allem die Beziehung zum Therapeuten, aber auch zu anderen wichtigen Bezugspersonen.<sup>41</sup> Negative Konsequenzen könnten sich auch dann ergeben, wenn der gesetzliche Betreuer die Zustimmung zu einer medizinischen Maßnahme geben soll, aber mit der Entscheidung überfordert ist.<sup>42</sup>

### **Auswirkungen auf das Leben der Angehörigen**

Neben den von Zwangsmaßnahmen direkt Betroffenen seien auch bei Angehörigen (psychische) Konsequenzen zu berücksichtigen (10). Gerade wenn sie die Zwangsmaßnahme veranlasst haben, könne dies zur Störung der Beziehung zu den

Betroffenen führen,<sup>43</sup> besonders wenn diese ihnen Vorwürfe dafür machen.<sup>44</sup>

### **Grund- und menschenrechtliche Aspekte**

Viele der befragten Personen halten Zwang, auch wenn er seiner Intention nach „wohltätig“ gemeint ist, für eine Verletzung der Grund- bzw. Menschenrechte und stellen infrage, unter welchen Voraussetzungen Selbstbestimmung eingeschränkt und die Menschenrechte verletzt werden dürfen (44).

Zwang stellt für einige Befragungsteilnehmer eine Verletzung des Persönlichkeitsrechts und anderer Grundrechte dar.<sup>45</sup> Es gebe sogar ein Recht auf den sogenannten Bilanzsuizid.<sup>46</sup> Denn diese Art des Suizids sei keine Folge psychiatrischer Erkrankung, sondern Resultat einer freien und bewussten Entscheidung des Individuums.<sup>47</sup>

Zudem wird Kritik an der Umsetzung geltender Gesetze und Regulierungen geübt. Diesbezüglich werden fehlende unangekündigte Kontrollen vor Ort und eine mangelnde bzw. unkorrekte Veröffentlichung der Kontrollergebnisse angemahnt.<sup>48</sup> Ein Teilnehmer beklagt gar, dass Zwangsmaßnahmen, trotz bestehender Vorschriften, häufig ohne richterliche Anordnung durchgeführt würden.<sup>49</sup> Beispielhaft wird auf Bettgitter in Altenheimen und das „Platzieren“ von dementen Patienten verwiesen, mit dem diese am Herumlaufen gehindert werden sollen. Ein anderer Teilnehmer hält zu starke Regulierungen wiederum für hinderlich. Es müsse möglich sein, schnell zu handeln und für eine Person mit schwerer psychischer Erkrankung phasenweise zu entscheiden, was für sie das Beste ist.<sup>50</sup>

---

<sup>36</sup> Vgl. Berliner Notdienst Kinderschutz.

<sup>37</sup> Vgl. Harms.

<sup>38</sup> Vgl. Anonym 51.

<sup>39</sup> Vgl. Kirsch.

<sup>40</sup> Vgl. Martin.

<sup>41</sup> Vgl. Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker, Anonym 61, Kropp.

<sup>42</sup> Vgl. Anonym 22.

<sup>43</sup> Vgl. Nolte-Reimers.

<sup>44</sup> Vgl. Anonym 80.

<sup>45</sup> Vgl. Anonym 77, Anonym 60, Anonym 72, Schneider.

<sup>46</sup> Vgl. Trachsel, Martin, Anonym 83.

<sup>47</sup> Vgl. Anonym 83, Martin.

<sup>48</sup> Vgl. Rydzy.

<sup>49</sup> Vgl. Anonym 31.

<sup>50</sup> Vgl. Anonym 3.

### **Sorgebeziehungen und Macht**

Ein weiteres von vielen Befragungsteilnehmern angesprochenes Problem ist, dass wohlthätiger Zwang zum Machtmissbrauch genutzt werde (29). Professionelle Helfer nutzten ihre Überlegenheit aus, um eigene Gesundheits- und Lebensvorstellungen durchzusetzen, sich finanziell zu bereichern, Arbeit zu erleichtern, Zeit zu sparen, Schwierigkeiten zu umgehen oder auch, um Hilfesuchende durch Zwangsmaßnahmen abhängig zu machen.<sup>51</sup>

### **Gesellschaftliche Problemlage**

Gesellschaftliche Probleme sowie infrastrukturelle Rahmenbedingungen und fragwürdige Entscheidungsprozesse führten darüber hinaus zu verstärkter Anwendung von Zwangsmaßnahmen (19). Viele Befragungsteilnehmer nennen gesellschaftliche Probleme als Ursache und Folge von Zwangsmaßnahmen. Auch wird die öffentliche

Wahrnehmung von Zwang problematisiert. Einige sprechen in diesem Zusammenhang von Stigmatisierung, Diskriminierung und Mangel an Toleranz.<sup>52</sup> Kritisch wird zudem der Fokus auf die Kosten im Gesundheitssystem gesehen. Es drehe sich alles um Wirtschaftlichkeit.<sup>53</sup>

---

<sup>51</sup> Vgl. Anonym 68, Anonym 5, Stemmer vom Steeg, Kellmann, Anonym 4, Anonym 28, Anonym 57.

<sup>52</sup> Vgl. Rosenblatt, Bremer Heimstiftung.

<sup>53</sup> Vgl. Anonym 39.

## Gewünschter Umgang mit „wohltätigem Zwang“

Bezüglich der Zielvorstellungen äußern die Befragungsteilnehmer vor allem Forderungen nach Minimierung und Reduktion von Zwangsmaßnahmen jeder Form (73) oder nach vollständigem Verzicht (34). Dennoch weisen einige Teilnehmer darauf hin, dass auf Zwang als letztes Mittel nicht gänzlich verzichtet werden könne.<sup>54</sup> Eine Befragungsteilnehmerin ergänzt, dass ein Wandel der kompletten psychiatrischen Praxis notwendig wäre, damit Menschenrechte und individuelle Bedürfnisse von Patienten respektiert werden können.<sup>55</sup> Von einigen Befragten wird Zwang explizit befürwortet, wenn er dem Selbstschutz dient.<sup>56</sup>

### Selbstbestimmung im Zentrum

Um Selbstbestimmung für Patienten zu ermöglichen, werden folgende Maßnahmen und Lösungsvorschläge genannt:

- Es sollten Beratungsstellen eingerichtet werden, die rechtsverbindliche Auskünfte zu Patientenverfügungen geben.<sup>57</sup>

- In Behandlungsvereinbarungen bzw. Patientenverfügungen könnte der Umgang mit Zwang von einer Person freiverantwortlich festgelegt werden.<sup>58</sup>
- Der Wille einer Person sollte so gut wie möglich festgestellt werden.<sup>59</sup>
- Falls Zwang angewendet werden muss, sollte der Patient aktiv in die Behandlung einbezogen werden, damit er die Behandlung mitgestalten kann und kein Gefühl der Ohnmacht entwickelt.<sup>60</sup> Außerdem sollten dem Patienten Alternativen aufgezeigt werden.<sup>61</sup>
- In Fällen von indirektem Zwang sollten Angehörige miteinbezogen und so gut wie möglich eine freiwillige Kooperation mit dem Patienten angestrebt werden.<sup>62</sup> Dies könne durch Fallbesprechungen mit allen Beteiligten geschehen. Generell sollte mit Patienten in wertschätzender Weise kommuniziert werden.<sup>63</sup>
- Empfohlen wird die externe Evaluation von Zwangsmaßnahmen.<sup>64</sup> Dazu sollte die

---

<sup>54</sup> Vgl. Kellmann, Anonym 68, AWO Bezirksverband Oberbayern.

<sup>55</sup> Vgl. Müller.

<sup>56</sup> Vgl. Anonym 36, Anonym 35, Anonym 25, Prenzlów, Rydzy.

<sup>57</sup> Vgl. Anonym 77.

<sup>58</sup> Vgl. Anonym 10.

<sup>59</sup> Vgl. Anonym 10.

<sup>60</sup> Vgl. Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege.

<sup>61</sup> Vgl. Anonym 85.

<sup>62</sup> Vgl. Nolte-Reimers, Anonym 22, Stemmer-vom Steeg.

<sup>63</sup> Vgl. Bremer Heimstiftung, Anonym 66.

<sup>64</sup> Vgl. Noll-Hussong, Cassys Homezone.

Dokumentation eingesehen werden können. Außerdem sollten auch Patienten Zugang zu den vollständigen Akten erhalten.<sup>65</sup>

### **Prävention von Zwang – alternative Handlungskonzepte**

Um Situationen, die zu Zwangsmaßnahmen führen könnten, gar nicht erst aufkommen zu lassen, werden folgende Vorschläge gemacht:

- Mitarbeiter sollten Rechtssicherheit haben, damit eine angstfreie Kommunikation mit Patienten möglich ist.<sup>66</sup>
- Ambulante Einrichtungen sollten einfacher aufgesucht werden können, um Klinikaufenthalte zu vermeiden, bei denen Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden könnten.<sup>67</sup> Die Einrichtungen sollten bedarfsorientiert und multidisziplinär ausgestattet sein und über niedrigschwellige Hilfsangebote verfügen, wie etwa an „Recovery“ orientierte Angebote.<sup>68</sup>
- Um physische Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, könnten alternativ medikamentöse Zwangsbehandlungen durchgeführt werden.<sup>69</sup>
- Unabhängige Beschwerdestellen sollten ausgebaut werden.<sup>70</sup>

---

<sup>65</sup> Vgl. Schneider.

<sup>66</sup> Vgl. Diakonissen Bethesda Landau.

<sup>67</sup> Vgl. Jacobs, Anonym 65, Anonym 30, Nolte-Reimers.

<sup>68</sup> Vgl. Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege.

<sup>69</sup> Vgl. Trachsel.

<sup>70</sup> Vgl. Müller.

# Kurz-, mittel- oder langfristige Verbesserungsmöglichkeiten

## Alternativen zur freiheitsentziehenden Unterbringung

Auf folgende Möglichkeiten zur Vermeidung der freiheitsentziehenden Unterbringung wird hingewiesen:

- Die Peer-to-Peer-Beratung sollte ausgebaut werden.<sup>71</sup> Dies könnte zum Beispiel in Form von selbstverwalteten Cafés geschehen, in denen sich Patienten frei austauschen können.<sup>72</sup>
- Die sozialpsychiatrischen Dienste sollten besser unterstützt und eine flächendeckende, effektive Psychiatriekoordination in den Kommunen gewährleistet werden.<sup>73</sup>
- Psychiatrische Heime sollten generell geöffnet werden.<sup>74</sup> Dabei sollten flexiblere Betreuungsstrukturen anstelle der klassischen Betreuungsangebote entstehen.<sup>75</sup>
- Es sollten insgesamt deutlich mehr alternative Behandlungskonzepte wie „Open Dialogue“ und „Soteria“ angeboten werden, der Fokus auf der Arbeit mit dem Patienten sollte primär an „Recovery“ orientiert sein.<sup>76</sup>

## Personelle Veränderungen

Um Zwang in der pflegerischen Praxis zu vermeiden, werden von vielen Teilnehmern personelle Veränderungen gefordert. Dabei fordern 60 Befragungsteilnehmer eine bessere Personalausstattung und weitere 72 bessere Aus-, Fort- und Weiterbildungen. Konkret wird vorgeschlagen:

- Es sollte „Springer“ geben, die bei Bedarf in unruhigen Situationen die Pflege unterstützen können.<sup>77</sup>
- Größere Wertschätzung und eine dem Aufwand entsprechende Vergütung des Personals sollte gewährleistet werden.<sup>78</sup>
- Es sollte generell eine ausreichende Personalausstattung geben, um auf individuelle Wünsche von Patienten eingehen zu können.<sup>79</sup>
- Spezifische Schulungen der Mitarbeiter mit alters- und geschlechtergemischten Ärzte- und Pflegeteams,<sup>80</sup> insbesondere zum Zweck der Gewaltprävention, seien einzurichten.<sup>81</sup>
- In Schule und Ausbildung sollten Kenntnisse über psychische Krankheiten und Ethik

---

<sup>71</sup> Vgl. Anonym 87.

<sup>72</sup> Vgl. Müller.

<sup>73</sup> Vgl. Anonym 65.

<sup>74</sup> Vgl. Anonym 57.

<sup>75</sup> Vgl. KuB.

<sup>76</sup> Vgl. Müller.

<sup>77</sup> Vgl. Anonym 31.

<sup>78</sup> Vgl. Stemmer-vom Steeg.

<sup>79</sup> Vgl. Anonym 83.

<sup>80</sup> Vgl. Trachsel, Anonym 36.

<sup>81</sup> Vgl. Kellmann.

vermittelt werden, um eine Entstigmatisierung zu erreichen. Auch sollte ein Umgang mit Patienten erlernt werden, der ohne Zwang auskommt.<sup>82</sup>

- Ein kontinuierliches Qualitätsmanagement an Kliniken sei unerlässlich,<sup>83</sup> bei dem zum Beispiel auf speziell ausgebildete Verfahrensprüfer zurückgegriffen werden könnte.<sup>84</sup>
- Die Bildung von Ethikkommissionen in Kliniken müsse vorangetrieben werden.<sup>85</sup>
- Medizinethik sollte schon im Studium verpflichtend gelehrt werden.<sup>86</sup>

### Diskurse und gesellschaftliche Veränderung

Zusammengefasst geht aus den Antworten der Befragungsteilnehmer unter diesem Aspekt hervor, dass sowohl öffentliche als auch institutionsinterne ethische Diskurse wünschenswert seien, um gemeinsam ein besseres Verständnis für die Problematik des wohltätigen Zwangs zu bekommen und einen besseren Umgang damit zu entwickeln. Im Einzelnen fordern die Teilnehmer:

- einen offenen Dialog, um das Verständnis in der Bevölkerung für psychische Krankheiten zu verbessern;<sup>87</sup>
- das Schaffen von öffentlicher Aufmerksamkeit für die Problematik von Zwangsmaßnahmen.<sup>88</sup>

### Regulierungsmaßnahmen

Folgende regulatorische Forderungen wurden von den Befragten formuliert:

- Die Pflegepersonalstellen der Kategorien A2 und G2 nach der Psychiatrie-Personalverordnung sollten erhöht und refinanziert werden.<sup>89</sup>

- Der Einsatz von Genesungsbegleitern sollte gesetzlich und politisch verpflichtend sein.<sup>90</sup>
- Kliniken, die überdurchschnittlich hohe Zahlen von Zwangsmaßnahmen aufweisen, sollten staatlich überwacht werden.<sup>91</sup>
- Alle geschlossenen und halbgeschlossenen Einrichtungen ab einer gewissen Größe sollten regelmäßig von Mitarbeitern der sozialpsychiatrischen Dienste der Gesundheitsämter kontrolliert werden.<sup>92</sup>
- Es sollte die gesetzliche Möglichkeit geben, per Vorausverfügung Zwangsbehandlungen und zwangsweise Einweisungen untersagen zu können. Außerdem sollte im Arbeitsrecht die Möglichkeit geschaffen werden, sich um volljährige Angehörige, die physisch oder psychisch erkrankt sind, kümmern zu können.<sup>93</sup>

### Hilfsmittel und bauliche Veränderungen

Schließlich weisen einzelne Befragungsteilnehmer darauf hin, dass die Anwendung von Zwang bereits durch bauliche Veränderungen in Kliniken reduziert werden könnte:

- Zimmer sollten in Kliniken ansprechender gestaltet werden.<sup>94</sup> Außerdem sollten mehr Rückzugsmöglichkeiten in stationären Einrichtungen vorhanden sein.<sup>95</sup>
- Begrüßenswert wären Gärten für jede Station oder begrünte Innenhöfe sowie ausreichende Möglichkeiten zur sportlichen Betätigung.<sup>96</sup>
- Insgesamt sollten Klinikgebäude keinen Gefängnischarakter aufweisen.<sup>97</sup>

---

<sup>82</sup> Vgl. Kopetzky, Samstag, Diakonissen Bethesda Landau.

<sup>83</sup> Vgl. Noll-Hussong.

<sup>84</sup> Vgl. Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker.

<sup>85</sup> Vgl. Diakonissen Bethesda Landau.

<sup>86</sup> Vgl. Stemmer-vom Steeg.

<sup>87</sup> Vgl. Kopetzky, Landesverband psychiatrie-Erfahrene Hessen, Müller.

<sup>88</sup> Vgl. Stemmer-vom Steeg, Anonym 65, Rosenblatt.

<sup>89</sup> Vgl. Anonym 84.

<sup>90</sup> Vgl. Anonym 82.

<sup>91</sup> Vgl. Anonym 83.

<sup>92</sup> Vgl. Rydzy.

<sup>93</sup> Vgl. Anonym 77.

<sup>94</sup> Vgl. Anonym 15.

<sup>95</sup> Vgl. Anonym 80, Anonym 77.

<sup>96</sup> Vgl. Schneider, Anonym 77.

<sup>97</sup> Vgl. Rosenblatt.

# Anhang 1: Fragebogen

Der Fragenkatalog ist als Angebot zu verstehen, die Unterpunkte lediglich als Anregungen. Bitte entscheiden Sie, welche Fragen Sie beantworten und welche konkreten Aspekte Sie in Ihren Antworten thematisieren wollen. Sie haben die Möglichkeit, anonym an der Befragung teilzunehmen.

Bitte füllen Sie dieses Formular spätestens bis zum 31. Mai 2017 aus.

## Allgemeines

Warum haben Sie Interesse an dieser Befragung? (Mehrfachnennung möglich)

- Persönliches Interesse – Betroffene/r
- Persönliches Interesse – Angehörige/r
- Persönliches Interesse – Verein
- Professionelles Interesse – Klinik
- Professionelles Interesse – Behindertenhilfe
- Professionelles Interesse – Kinder- und Jugendhilfe
- Professionelles Interesse – Begleitung
- Professionelles Interesse – Pflege
- Professionelles Interesse – Verband
- Professionelles Interesse – Verwaltungspraxis
- Professionelles Interesse – Wissenschaft
- Professionelles Interesse – Recht
- Nichtregierungsorganisation
- Regierung
- Parlament
- Allgemeines Interesse
- Sonstiges: .....

Auf welche/n Praxisbereich/e beziehen Sie sich in der Beantwortung der Fragen? (Mehrfachnennung möglich)

„Wohltätiger Zwang“ in der Psychiatrie

„Wohltätiger Zwang“ in der Kinder- und Jugendhilfe

„Wohltätiger Zwang“ der Pflege und Behindertenhilfe mit Blick auf Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf

## Fragen

Die Fragen beziehen sich auf Zwangsmaßnahmen, die auf das Wohlergehen der betroffenen Person abzielen. Das heißt, es geht hier um Zwangsmaßnahmen, die zur Vermeidung oder Abwehr einer Selbstschädigung durchgeführt werden. Es geht nicht um Zwangsmaßnahmen zum Schutz anderer Personen, auch wenn beides manchmal schwer voneinander zu trennen ist.

**Frage 1: Welche Probleme und Herausforderungen sehen Sie im Zusammenhang mit „wohltätigem Zwang“?**

Zum Beispiel:

- Formen von Zwang bzw. Erlebnisse, Beispiele oder Vorgänge, auf die Sie sich beziehen
- Gebiete, in denen sich besondere Herausforderungen im Umgang mit „wohltätigem Zwang“ stellen
- Art der Herausforderungen
- Einfluss von kultur-, alters- und geschlechtsspezifischen Differenzen bei Helfern und Betroffenen auf Art und Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen
- Mittelbare und unmittelbare Folgen „wohltätigen Zwangs“
- Kurz-, mittel- oder langfristige Auswirkungen „wohltätigen Zwangs“ auf die Beziehung zwischen den Akteuren (z. B. auf das Vertrauensverhältnis)
- Auswirkung von Zwang auf die künftige Versorgung der Betroffenen
- Faktoren, die besonders zu einem unangemessenen oder übermäßigen Einsatz von „wohltätigem Zwang“ oder zu einem negativen Erlebnis für die Betroffenen beitragen
- Konstellationen (z. B. medizinische Diagnosen), bei denen die Schwelle für die Anwendung von „wohltätigem Zwang“ besonders niedrig ist
- Faktoren, an denen vorhandene Lösungsansätze zur Minimierung von „wohltätigem Zwang“ scheitern

**Frage 2: Welche Situation im Umgang mit „wohltätigem Zwang“ sollte angestrebt werden?**

Zum Beispiel:

- Verzicht auf oder Minimierung von Zwangsmaßnahmen
- Kriterien, bei deren Vorliegen „wohltätiger Zwang“ gerechtfertigt sein kann
- Begleitende Maßnahmen (z. B. Aufklärung, Nachbesprechung, Begleitung)
- Einbeziehung aktueller und vorausgegangener Willensäußerungen des Betroffenen (z. B. Patientenverfügung, Behandlungsvereinbarung)

**Frage 3: Wer kann oder sollte was wann tun, um die Situation kurz-, mittel- oder langfristig zu verbessern?**

Zum Beispiel:

- Möglichkeiten der Vermeidung von „wohltätigem Zwang“

- Personell: Kompetenz und Zusammensetzung des Personals (Alter, Geschlecht, Kultur); Veränderungen in der Ausbildung des Personals; Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Personal
- Baulich: z. B. Architektur von stationären Einrichtungen
- Strukturell: Hilfeplanung; Änderungen in der institutionellen oder familiären Versorgungsstruktur
- Informationstechnisch: vermehrte Durchführung von Studien; bessere Dokumentation von Zwangsmaßnahmen; stärkere Transparenz; bestehende Modelle oder Projekte zur Vermeidung von „wohl-tätigem Zwang“
- Gesellschaftlich: Veränderung der Wahrnehmung und Bewertung von Zwangsmaßnahmen; Veränderung im sozialen Zusammenleben
- Normativ: Maßstäbe, institutionelle Leitbilder, berufsethische Standards, Vorgaben und Regeln
- Prozedural: alternative Methoden; klare Verfahren zur Entscheidung über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen

### Ihre Antwort

Antworten Sie persönlich oder für Ihre Organisation?

- Persönlich  
 Organisation

Dürfen wir Ihren Namen bzw. den Ihrer Organisation in der Liste der Befragungsteilnehmer aufführen, die wir in dem Befragungsbericht veröffentlichen werden?

- Ja\*  
 Nein, ich bzw. wir bleiben lieber anonym.

*\* Sofern Sie mit „ja“ geantwortet haben, tragen Sie bitte Ihren Namen bzw. den Ihrer Organisation in der Form ein, in der er in der Veröffentlichung erscheinen soll.*

Name: .....  
 Organisation (sofern relevant): .....

Dürfen wir Ihre Antwort in unserem Bericht zitieren und nach dessen Veröffentlichung auf der Website des Deutschen Ethikrates zur Verfügung stellen?

- Ja, unter Angabe meines Namens bzw. meiner Organisation  
 Ja, anonym\*  
 Nein

*\* Wenn Sie diese Option wählen, wird Ihre Antwort vollständig anonym veröffentlicht werden (bis auf dieses Formular). Um Ihre Anonymität zu gewährleisten, achten Sie bitte darauf, dass Ihr Name und andere, Sie potenziell identifizierende Informationen nicht im Text vorkommen.*

Ihre Zustimmung zur Veröffentlichung Ihrer Antwort verpflichtet den Deutschen Ethikrat nicht zur Veröffentlichung. Wir behalten uns insbesondere vor, Antworten nicht zu veröffentlichen, wenn wir den Eindruck haben, dass sie den Ruf des Deutschen Ethikrates schädigen oder ihn gerichtlich angreifbar machen könnten.

## Weitere Informationen

Wie haben Sie von der Befragung erfahren? (Mehrfachnennung möglich)

- E-Mail vom Deutschen Ethikrat
- Presse, Fernsehen oder Radio
- Website des Deutschen Ethikrates
- Twitter
- Facebook
- Andere Website
- Sonstiges: .....

Bitte teilen Sie uns Ihre E-Mail-Adresse mit, damit wir Sie bei eventuellen Rückfragen kontaktieren können. Ihre E-Mail-Adresse wird nicht weitergegeben und auch nicht im Bericht veröffentlicht werden.

E-Mail-Adresse: .....

## Anhang 2: Befragungsteilnehmer

### Organisationen

- Alzheimer Gesellschaft Aschaffenburg
- AWO Bezirksverband Oberbayern
- Berliner Notdienst Kinderschutz
- Bremer Heimstiftung
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege
- Diakonie Neuendettelsau
- Diakonisches Werk Bayern
- Diakonissen Bethesda Landau
- Hausengel PflegeAllianz
- KuB (Kontakt- und Beratungsstelle)
- Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker
- Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen
- St. Josef Krankenhaus, Xanten
- Wohnheim Tilia, Rheinau (CH)

*Von 16 Organisationen möchten zwei nicht in der Liste der Befragungsteilnehmer aufgeführt werden.*

### Privatpersonen

- Andreßen-Klose, A.
- Baldauf-Himmelmann, Dr. Oda
- Bellinger, Dr. Maria
- Bergstedt, Jörg
- Bernett, Dr. Katrin
- Biester, Barbara
- Boysen, Jacqueline
- Cassys Homezone

- Casu, Lino
- Dudel, Holger
- Eissele, Thomas
- Enk, Karl · Caritas Ethikprojekt in der Altenpflege
- Erfeling, Johanna
- Götz
- Hamm, Thomas · Schmieder Klinik
- Harms, Regine
- Heland-Graef, Martina
- Holstein, Pfr. Jens
- Honneth, Frida
- Hoppe, Ralf
- Jacobs, Robert · EX-IN Genesungsbegleitung
- Karg, Peter
- Kaus
- Kellmann, Markus · LVR-Wohnverbund Viersen
- Kienzle, Dr. Frederike · Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (CH)
- Kirsch, Dr. Sebastian · Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen
- Kliesch · Landes-Caritasverband für Oldenburg
- Koller, Patricia
- Kopetzky, Ulrike
- Kornmann, Sylvia · Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen
- Kropp, Rene
- Lang, Dr. Maria
- Martin, Sabine
- Maubach, Gisela
- Maushammer, Bonnie
- Methling, Gina
- Mosshamer, Stefan
- Müller, Sophie
- Noll-Hussong, Dr. Michael · Universitätsklinikum Ulm
- Nolte-Reimers, Katrin
- Prenzlów, Harald
- Prestin, Dr. Elke
- Prusseit, Tabitha
- Rademacher, Klaus
- Rosenblatt, Hannah C.
- Rydzy, Karsten
- Samstag, Kerstin
- Schneider, Dr. Erik
- Stemmer-vom Steeg, Dr. Susanne
- Stolze, Cornelia
- Trachsel, Dr. Dr. Manuel · Universität Zürich (CH)
- Vetter, Anna · Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Klinikum Elmshorn
- Vilsmeier, Frank

- Weimann, Arved
- Wendt, Christian · Bayerisches Rotes Kreuz
- Wiegand, Georg
- Willenborg, Andreas
- Winkler, Heidemarie · Selbsthilfegruppe „Seelenpower“ Münchberg
- Wjst, Matthias
- Ziegenhagen, J.

*Von 137 Privatpersonen möchten 77 nicht in der Liste der Befragungsteilnehmer aufgeführt werden.*

## Hintergrundinteressen

Hintergrundinteressen der Befragungsteilnehmer (Mehrfachnennung möglich)	
Persönliches Interesse – Betroffene/r	33
Persönliches Interesse – Angehörige/r	40
Persönliches Interesse – Verein	17
Professionelles Interesse – Klinik	32
Professionelles Interesse – Behindertenhilfe	11
Professionelles Interesse – Kinder- und Jugendhilfe	10
Professionelles Interesse – Begleitung	13
Professionelles Interesse – Pflege	24
Professionelles Interesse – Verband	12
Professionelles Interesse – Verwaltungspraxis	3
Professionelles Interesse – Wissenschaft	14
Professionelles Interesse – Recht	13
Nichtregierungsorganisation	8
Regierung	4
Parlament	1
Allgemeines Interesse	35
Sonstiges	10

## Anhang 3: Antworten im Wortlaut

Die Befragungsteilnehmer äußerten sich in den meisten Fällen allgemein und praxisfeldübergreifend zum „wohltätigen Zwang“, weshalb zugunsten der Übersichtlichkeit des vorliegenden Berichts auf eine Differenzierung der Antworten in dieser Hinsicht verzichtet wurde.

*Von 153 Befragungsteilnehmern haben sechs der Veröffentlichung ihrer Antwort nicht zugestimmt. 88 Befragungsteilnehmer haben der anonymen Veröffentlichung ihrer Antwort zugestimmt.*

### Frage 1: Antworten von Organisationen

Darf ich „Zwang“ unterlassen bzw. ständig aufschieben, wenn ich durch „Zwang“ einem Menschen (rasch) helfen kann?

*Alzheimer Gesellschaft Aschaffenburg*

die Einschätzung von „echter“ Selbstgefährdung der Betroffenen durch Profis muss sehr differenziert erfolgen. Auf keinen Fall darf eine paternalistische Grundmotivation zu Grunde liegen. Dies erfordert einen immer wieder erfolgenden Selbstreflektionsprozess in Teams aber auch für die einzelnen Mitarbeiter\*innen

*AWO Bezirksverband Oberbayern*

Es gibt unzählige Beispiele für: Mittelbare und unmittelbare negative Folgen „wohltätigen Zwangs“ / Kurz-, mittel- oder langfristige negative Auswirkungen „wohltätigen Zwangs“ auf die Beziehung zwischen den Akteuren und auf das Vertrauensverhältnis / -negative Auswirkung von Zwang auf die künftige Versorgung und Annahme von Hilfeangeboten der Betroffenen / Fehlende präventive Maßnahmen, die zur Verhinderung der dann scheinbar unumgänglichen Zwangsmaßnahmen überhaupt führen / Fehlen von zeitnahe, nachhaltigen Reagieren auf teilweise offensichtlichen Unterstützungsbedarf von Kindern, Jugendlichen und Eltern; in der Kita, Schule und in der Jugendhilfe... / Fehlen von Beratung und Supervision von involvierten Fachkräften / fehlende personelle Ausstattung in der Jugendhilfe, um Kinder und Jugendliche in schwierigen Situationen und Krisen auffangen und begleiten zu können / deutlich unzureichendes Platzangebot zur Unterbringung von Kindern und Jugendliche - besonders mit

einem intensiven Hilfebedarf (Stattdessen findet eine knallharte Aussortierung und Ausgrenzung statt, da genügend Kinder und Jugendliche auf der „Warteliste“ stehen) / kritische Überprüfung des Systems (hier der Jugendhilfe), anstelle von Individualisierung des Problems auf die Kinder- und Jugendlichen (Stichwort „Systemsprenger“). Bei anschließend erreichter Überforderung des Systems (Jugendhilfe) wird dann zu Zwangsmaßnahmen gegriffen...

*Berliner Notdienst Kinderschutz*

Es besteht eine hohe gesellschaftliche Erwartung, Menschen mit selbstschädigendem Verhalten oder mit Demenz vor sich selbst zu schützen. Dies wird häufig von Seiten der Angehörigen als auch allgemein, z.B. im Stadtteil von der Nachbarschaft, aber auch der Polizei, z.B. wenn sie „Wegläufer“ wiederbringt, erwartet. Die Verunsicherung der professionell Pflegenden ist nach wie vor groß, in wie weit sie für den Schutz der gefährdeten Menschen verantwortlich sind. Auch das Essen und Trinken am Lebensende führt immer wieder zu Konflikten, wenn es von Angehörigen oder Ärzten geforderte Ess- und Trinkmengen gibt. Menschen mit fortgeschrittener Demenz sind meiner Ansicht nach besonders vom fürsorglichen Zwang betroffen. Auch Menschen mit Schlaganfall, die sich verbal nicht eindeutig äußern können und Menschen mit Sturzgefahr sind besonders in Gefahr, zu ihrem Schutz genötigt zu werden. Lösungsansätze zur Minimierung von fürsorglichem Zwang scheitern in der Regel an der mangelnden Bereitschaft der Beteiligten zur Kooperation (berufsgruppenübergreifend, mit Angehörigen, Ärzten, der direkten Nachbarschaft, etc..) zum konstruktiven Dialog und zur individuellen Lösungssuche. Leider sind Angst, fehlende Unterstützung, mangelndes Wissen oder fehlende Fachkompetenz meist die Ursache von unüberlegten Handlungen, die eine vermeintliche Sicherheit, sowohl für die Betroffenen als auch für die Beteiligten aus dem sozialen Umfeld herstellen sollen.

*Bremer Heimstiftung*

Zunächst ist der Begriff „Wohltätiger Zwang“ aus unserer Sicht vollkommen irreführend. Wir erachten „fürsorglichen Zwang“ (siehe Wunder, M. 2012, Schnell, M.2015) als eher angemessen, weshalb wir im Folgenden diesen Begriff verwenden. / Aufgrund der hohen Komplexität des Themas möchten wir auf die Stellungnahme der DFPP zur Anhörung bei der Zentralen Ethikkommission (ZEKO) der Bundesärztekammer (BÄK) verweisen, die wir Ihnen gesondert zukommen lassen. / Im Hinblick auf fürsorglichen Zwang sehen wir unterschiedliche Auslöser für und ein extrem großes Spektrum von Situationen in denen Zwang angewendet wird, die nur sehr unscharf eingegrenzt und voneinander abgegrenzt werden können. Dieses zeigt sich auch daran, dass die Anwendung von Zwang (sowohl die Art der Maßnahmen, deren Dauer und auch deren Begründungen) sehr unterschiedlich sein kann, wie es bereits in der Stellungnahme der ZEKO der BÄK dargestellt worden ist. Institutionelle, kulturelle und vor allem personelle Gegebenheiten bestimmen nicht selten über die Anwendung, Art und Dauer von Zwangsmaßnahmen; häufig sogar mehr als die Erkrankung und der aktuelle Zustand der betreffenden Patienten. Daher kann nicht von einer „Wohltat“ gesprochen werden, wenn ein Patient beispielsweise fixiert werden muss, weil nicht ausreichend Personal vorhanden ist, um eine intensive Betreuung durchzuführen. / Die Anwendung von fürsorglichem Zwang ist nur dann gerechtfertigt und zulässig, wenn selbstschädigendes Verhalten bei bestehendem unfreiem Willen vorliegt und seine Anwendung verhältnismäßig und zwingend notwendig ist (siehe hierzu auch die Ausführungen von Prof. Stolz beim Landespsychiatrietag Baden-Württemberg zum Thema „Fürsorglicher Zwang in der Psychiatrie?“ unter: [http://www.landespsychiatrietag.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Praesentation\\_\\_Prof.\\_Stolz\\_Fuersorglicher\\_Zwang.pdf](http://www.landespsychiatrietag.de/fileadmin/user_upload/pdf/Praesentation__Prof._Stolz_Fuersorglicher_Zwang.pdf)) sein. Davon ausgehend, dass eine Maßnahme eine nachgewiesene Besserung hervorrufen soll, zeigt die internationale Datenlage keine Wirksamkeit von Zwangsmaßnahmen. Da Zwangskontexte jedoch auch traumatisieren können,

ist jede Zwangsmaßnahme, auch die „fürsorgliche“ in Hinblick auf Wirkungen und Nebenwirkungen genauestens abzuschätzen. Es ist ein bekanntes klinisches Phänomen, dass beispielsweise bei suizidalen Patienten Suizidversuche und Suizide in Lockerungsphasen nach „fürsorglichen Zwangssituationen“ auftreten können. Man vergleiche dazu das Konzept des „Präsuizidalen Syndroms“ und der „Einengungen“ nach Erwin Ringel.

*Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege*

Ausgelöst durch die Berichterstattung des Bayerischen Fernsehens über Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen ist eine breite Debatte in Politik, Fachwelt und bei Eltern entstanden. / Die Ergebnisse zeigen unterschiedlichste Praxis und Haltungen bei Einrichtungen und Mitarbeitenden. Ebenso sind die räumlichen, personellen und strukturellen Bedingungen innerhalb Bayerns sehr unterschiedlich. Es braucht also fachlich fundierte Konzepte zu dieser Problematik, die sich in der quantitativen und qualitativen Personalausstattung niederschlagen müssen. Zudem braucht es regelmäßig verpflichtender kollegialer Beratung von außen, um die Entstehung „totaler Institutionen“ zu verhindern. Als Drittes braucht es eine partizipative Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen bei der Suche nach Alternativen zu Zwangsmaßnahmen. Die Mitarbeitenden und insbesondere die Leitungen müssen fachlich in die Lage versetzt werden, pädagogische Alternativen anbieten zu können.

*Diakonisches Werk Bayern*

Mitarbeitende müssen oft gegen den Willen der Betroffenen (z.B. Medikamentengabe, Essen reichen) handeln, oder diese „überlisten“, damit deren Gesundheit nicht geschädigt wird. Das Vertrauensverhältnis wird dadurch auf beiden Seiten belastet.

*Diakonissen Bethesda Landau*

Herausforderung als Angehöriger sowie als Professionell Pflegender mit Zwangsmaßnahmen umzugehen / Vertrauensverlust / Personalmangel der zu immer mehr Zwangsmassnahmen führt

*Hausengel PflegeAllianz*

Besonders negative Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen bei anschließender Weiterbetreuung, Stichwort „Vertrauensbruch“. / Gefährdung und Missbrauch von Grundrechten. / Weiterführende freiwillige Hilfemöglichkeiten werden nicht im vollem Umfang ausgeschöpft. So ist ggf. eine geschlossene Unterbringung leichter zu organisieren, als einen individuellen Hilfeplan bei Ausschöpfung aller vorhandenen Ressourcen, zu entwickeln.

*KuB (Kontakt- und Beratungsstelle)*

Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Arzt oder Pflegern und dem Patienten kann nur auf Freiwilligkeit beruhen und diese soll mit Geduld und Argumenten zu erzielen versucht werden. - Die langfristigen Folgeschäden am Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl bis hin zur beschädigten Selbstachtung des Patienten nach erlebten Zwangsmaßnahmen sind zu groß, als dass Zwangsmaßnahmen als Routine ausgeführt werden dürften. - In akuter Lebensgefahr sollte allerdings die Lebenssicherung Vorrang genießen. / Einen Sonderfall haben wir kürzlich erlebt: Unsere hochbetagte Verwandte wurde im Sterbe-Prozess einer hochwirksamen Schmerztherapie unterzogen. Deshalb war sie nicht bei vollem Bewusstsein und konnte sich nicht steuern. Die Klinik vermied es, das Schutzgitter am Bett hochzuklappen, was zur Folge hatte, dass die Patienten in dem schon schwierigen Zustand aus dem Bett fiel. - Hier würde ich eine Verantwortungs-Wahrnehmung seitens der Klinik begrüßen. Ein schwer kranker Mensch mit

reduziertem Bewusstsein sollte vor Stürzen aus dem Bett bewahrt werden. - Mir ist klar, dass diese rote Linie von jeden Beteiligten verschieden ausgelegt wird und ein Standard nicht leicht zu finden sein wird. / Bei Menschen, die zu keinem einigermaßen erträglichen Zusammenleben in einer Klinik oder anderen Einrichtung fähig sind und für die Mitmenschen krankmachend oder gar lebensbedrohend einwirken, kann ich mir eine Akzeptanz von begrenzten Zwangsmaßnahmen vorstellen.

*Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker*

Ich kenne kein Lebewesen, das ohne Grund auffällig wird. Man sollte daher genau hinschauen, warum ein Mensch um sich schlägt oder „Hilfe“ ablehnt. / Die Wärter im Zoomchen uns das doch recht gut vor. Sie gehen mit den ihnen anvertrauten Tieren artgerecht um und achten sehr darauf, dass die Tiere möglichst nicht traumatisiert werden, denn dann wären die Tiere ja nicht mehr vorzeigbar in einem netten Zoo. / Diese Gesellschaft wird immer wohlhabender - auf Kosten der Armen. Es gibt zu wenig bezahlbaren Wohnraum. Daher boomt das nette „Betreute Wohnen“, wo dann keiner mehr rauskommt - es sei denn, er oder sie lehnt die Medikamente ab. Nimmt man erst mal brav diese Nervenlähmungsmittel, von denen ja immer wieder gesagt wird, dass man sie nehmen muss, hat man auch bald keine Wünsche mehr und ist nur froh, seinen Alltag bewältigen zu können. Hat man das Wörtchen „Schizophrenie“ in seiner Akte, ist man ein besonders beliebter Fall für die Abrechnung bei den Kostenträgern. Das Weltbild der Sozialpädagogen ist nicht so ohne Weiteres auf sozial schwachen und teilweise ungebildeten Menschen zu übertragen. Dennoch scheint penible Ordnung das erklärte Ziel der Fachwelt zu sein. Da gibt es dann auf der ganzen Linie wohlthätigen Zwang, denn selbst ein längeres Schlafbedürfnis ist schon eine Ordnungswidrigkeit. Man muss ja pünktlich bei der Arbeit in der Werkstatt sein, denn man wird ja auf den ersten Arbeitsmarkt vorbereitet. Das schaffen dann etwa 1 % der derart unter Druck gesetzten Menschen. / Ziel der Fachwelt zu sein, penible Ordnung als oberstes Wer jemals böartigen Zwang erlebt hat, ist für den Rest seines Lebens traumatisiert und

*Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen*

Fehleinschätzung der vorliegenden Persönlichkeitsstruktur, / Überschätzung des Gefährdungsgrad / Impulsivität der „herausfordernden Person“ / Zeit und Ressourcen limitierende Faktoren / Sprachbarrieren

*St. Josef Krankenhaus, Xanten*

Wohlthätiger Zwang- in der Schweiz spricht man von bewegungs- oder freiheitseinschränkenden Massnahmen - muss in der Betreuung von einer sehr herausfordernden Klientel eingesetzt werden, damit die Betreuung erst möglich wird. dies zum Schutz der Personen selbst, aber auch der Betreuungspersonen und Mitbewohner. Das ganze Vorgehen muss vorher (möglichst) besprochen sein, kaskadenartig aufgebaut sein und es muss in einen komplexen Rahmen von Grundhaltung/Menschenbild etc. eingebettet sein. Dies alles muss schriftlich festgehalten und vereinbart sein, auch mit Unterschriften des/r Betroffenen. Ausführende müssen klare Vorgaben haben, wann genau solche Massnahmen eingesetzt werden- und es müssen vorab etliche andere (päd-)agogische Massnahmen eingesetzt worden sein, die nicht gegriffen haben. Einstufungsraster zur Einstufung von Grenzerletzungen müssen vorhanden sein. In der Schweiz bietet der Bündner Standard (Leeners) eine gute Grundlage. / Wichtig sind vorab gründliche Vorgespräche, aber auch Nachbesprechungen, um danach auch das Beziehungsgefüge zum Umfeld wiederum einen möglichst guten Rahmen zu betten. / Mitarbeitende sollte sehr gut im Bereich „Aggressionsmanagement“ ausgebildet sein, Sicherheitssysteme sollten vorhanden sein. Die Dokumentation dieser Massnahmen muss korrekt und umfassend sein und regelmässig ausgewertet werden.

*Wohnheim Tilia, Rheinau (CH)*

Medikamentengabe in Speisen eingerührt: Person verweigert die Einnahme von neuroleptischen Medikamenten, die Tochter verlangt ein Einmischen in die Speisen, da sie keine Einweisung ins KH möchte. Folge für die Einrichtung: Punktverlust bei Qualitätsbegutachtung durch den MDK. FQA vermerkt auch, dass ein solches Vorgehen nicht rechtskonform ist. Die Konsequenz: Person kommt ins BZK ggf. mit Unterbringungsbeschluss zurück. Essens-, Trinken-, Medikamentenverweigerung und Verweigerung von pflegerischen Maßnahmen (Waschen, Kleiden Toilettengang) einer hochaltrigen Person. Die Person ist mittelgradig dement. Der Wille ist deutlich wahrzunehmen, eine Schmerzsituation kann auf Grund des Einsatzes eines Schmerzpflasters ausgeschlossen werden - Folge: Die Ärztin will in die Psychiatrie einweisen. Heimaufnahme erfolgt mit der Ausrede „Kur“ für 2 Monate. Einem Wunsch nach Hause zurückzukehren kann nicht mehr entsprochen werden, da auf Grund der Finanzierung über Grundsicherung die Wohnung vom Betreuer aufgelöst wurde. Auf Grund der Möglichkeit den Katheterwechsel über Privatversicherung gut abrechnen zu können, übernimmt der Urologe den Katheterwechsel selbst und führt den ohne Rücksprache mit der Einrichtung morgens um 5:30 aus. Die schlaftrunkene Bewohnerin, der er einfach die Decke wegzieht ist anschließend für Stunden traumatisiert. Die massive Kontrolle durch MDK und FQA führen in der Praxis immer öfter zu wohlütigem Zwang. In letzter Zeit wurde auch die Möglichkeit Maßnahmen, wie z.B. die Begleitung ohne Zwang bei Essens- oder Flüssigkeitsverweigerung, gegenüber den Prüforganen zu begründen wieder deutlich schwieriger. Möglichkeit für KHs und Fachärzte durch ggf. sinnlosen KH-Aufenthalte mit unnötigen Eingriffen oder ärztlichen Behandlungen zusätzliche Einnahmen zu generieren.

*Anonym 10*

Probleme: leichtfertiger Umgang mit wohlütigem Zwang (zu häufig und zu schnell angesetzt) / „wohlütig“ rückt zu häufig in den Hintergrund / oftmals nicht rechtskonform / aufgrund der Behinderung ist oft eine Selbsteinschätzung des Betroffenen nicht realistisch / Herausforderungen: Personalmangel/ Kompetenz / Umsetzung von regelmäßigen Kontrollzeiten aufgrund von Personalmangel oft nicht möglich / Beantragungszeit sehr aufwendig und langwierig

*Anonym 41*

Zwang muss grundsätzlich verboten sein, denn lässt man da nur eine kleine Tür offen, wird Zwang sehr schnell zur Gewohnheit. Es ist ja so einfach, ruckzuck - und dann ist Ruhe auf der Station. / Man bedenke, die Welle der Vernichtung unwerten Lebens wurde im Dritten Reich ausgelöst durch den Gnadentod für ein schwer krankes Kind.

*Anonym 87*

### **Frage 1: Antworten von Privatpersonen**

Konsens der Betreuerinnen und Betreuer mit Zwang in Situationen, wo dieser mit gutem Willen sehr gut vermieden werden könnte

*A. Andreßen-Klose*

Aus rein fachlicher Perspektive führt jede Art von Zwang zu keiner authentischen Einkehr oder gar Einsicht in irgendeine Notwendigkeit (die meistens ja von außen vorgegeben wird), sondern das Gegenteil ist der Fall: Menschen verschließen sich, ziehen sich zurück oder brechen in Wut aus etc. Wenn die hinter den „Selbstschädigungen“ liegenden Bedürfnisse, Intentionen,... nicht angesprochen werden, was im übrigen

statt Zwang die bessere Alternative wäre, dann passiert nichts, nicht mal eine Anpassung im Sinne eines vielleicht gewünschten (?) Funktionierens.

*Dr. Oda Baldauf-Himmelmann*

Die Machtfülle, die bei den Inhaber\*innen des Rechts, Zwang auszuüben, entsteht, hat immer zur Folge, dass diese Macht zumindest dann, wenn Kraft und Zeit für andere Lösungen fehlt, auch angewendet wird. Es ist die gleiche Wirkung, die durch Besitz von Waffen, durch körperliche Überlegenheit und andere Privilegien entsteht. Der Wegfall von Zwang würde umgekehrt zur Folge haben, dass neue und bessere Strategien und Angebote der Freiwilligkeit entstehen.

*Jörg Bergstedt*

Patienten, die aufgrund oder während einer psychiatrischen Erkrankung operationsbedürftig sind (Verletzung, akute Bauchbeschwerden...). Die Patienten sind wegen der Erkrankung und oft zusätzlicher Medikation (z.B. Manie) nicht einwilligungsfähig. Eine Vorsorgevollmacht liegt oft nicht vor. Am Wochenende ist das Betreuungsgericht nicht zu erreichen. Abgesehen von der besser zeitnah durchgeführten OP (Fraktur), sind die Patienten nur unter Fixierung und weiter massiver Psychopharmakagabe zu operieren. Eine belassen der Fraktur ist mindestens so problematisch, weil ohne Operation eine zeitnahe psychiatrische Behandlung nicht möglich ist.

*Dr. Katrin Bernett*

80%-90% Missbrauch unter/mit staatlichem Schutz, in allen staatlichen Einrichtungen, in denen sich die Schwächsten der Schwachen befinden/ aufhalten muessen....oft mit freiwilligen Zwang (emotionale und finanzielle/materielle Erpressung)

*Cassys Homezone*

Aus Platzgründen nur ein Link zu meiner Antwort: <http://linocasu.org/cms/2017/04/oeffentliche-umfrage-zu-zwang-hier-meine-antwort/>

*Lino Casu*

Ich habe eine Spastische Lähmung und kann mich nur schwer ausdrücken. Aus diesem Grund wurde ich schon oft mit Psychofarmaka vollgepumpt. Weil man mein Geistigen Fähigkeiten unterschätzte. / Die Gefahr sehe ich auch bei vielen Leidengenossen. Das Stigma ist sehr gross und wird von den Sozialarbeiter und Ärzten noch verstärkt.

*Thomas Eissele*

Bei Unklarheit über die Einsichtsfähigkeit einer Person (z.B. leichte Demenz) oder Verdacht einer Äußerung als eines rein reflexhaften Handelns ohne ausreichende Information oder Erkenntnis ist die Frage nach der Autonomie einer Entscheidung oft schwer zu beantworten. / Auch nonverbale Meinungsäußerungen sind zu werten.

*Karl Enk*

Als Beispiel des „wohltätigen Zwanges“ sehe ich die Knabenbeschneidung. Hierfür werden von deren Befürwortern Gründe der Hygiene, der Krankheitsprophylaxe, des Ausschlusses aus Gemeinschaften oder nur die Religion der Eltern angeführt.

*Götz*

Auswirkung von Zwang auf die künftige Versorgung der Betroffenen (besonders bei neu aufgetretener oder verstärkter Pflegebedürftigkeit). In Krankenhäusern wird schnell zu Kurzzeitpflege „gedrängt“, weil die Einschätzung besteht, dass eine häusliche Versorgung nicht möglich sei. Sind die Menschen erstmal in Kurzzeitpflege, wird schnell Langzeitpflege daraus. Manchmal geht es tatsächlich nicht anders, aber das sollte genau überlegt und besprochen werden

*Regine Harms*

Trauma, Angst, kein Vertrauen, usw. es gibt keinen wohltätigen Zwang alles Augenwischerei egal was vor das Wort Zwang gestellt wird es ändert nichts und bleibt immer widerwärtig und dieses Wörtchen wohltuend ist allein schon eine Beleidigung. / Zwang kann mit keinem Wort verschönt werden. Es ist schlimm wenn Psychiatrie Profis immer meinen sie wüßten was für uns gut ist. Ich dachte wir sind auf einem weg ohne Zwang in der Psychiatrie aber scheinbar ist das nicht so. / Wenn sie vom Ethikrat nicht so angestrengt darüber nachdächten wie zwang legalisiert werden kann sondern die Energie dazu verwenden würden zu überlegen wie es anders ohne Zwang gehen könnte würden sie Ihre Energie richtiger einsetzen und nicht danach suchen was es für Entschuldigungen es für die „Gesellschaft“ geben könnte Zwang auszuüben. / Sie machen riesen Veranstaltungen das kostet unendlich viel Geld nehmen sie das und seinen sie wie es ohne Zwang geht. Dr. Zinkler und andere zeigen es Euch. Laßt ich darauf ein, erfindet nicht eine Sicherheit die die Gesellschaft nicht braucht wenn sie die Gesellschaft lehren das wir Menschen und keine Monster sind Gott will das es uns gibt, der Ethikrat hat auch mit Gott zu tun wo ist Euer Gewissen uns weg zu sperren. Wie könnt ihr euch über Gott stellen?

*Martina Heland-Graef*

Abwägung zwischen schützenden Maßnahmen und dem natürlichen Willen von Patienten

*Pfr. Jens Holstein*

Was ist wohltätig? Was ist Zwang? Wer bestimmt die Wohltätigkeit und wird die Entscheidung kontrolliert von einer Außenstelle? Wie lange hält der Zwang an? Gibt es nicht auch andere Möglichkeiten die Selbstschädigung zu vermeiden ohne die Selbstbestimmung/Autonomie durch Zwang einzuschränken? / Bestimmte Gruppierungen werden in Gesellschaften schlechter behandelt (s. Matthäus Prinzip) und andere Besser. Da Zwangsausübende teil der Gesellschaft sind, könnten sie die gesellschaftliche Perspektive bei der Zwangsausübung bzw. der Entscheidung darüber, von ihren Stereotypen beeinflusst werden und ungerechte/ungerechtfertigte Zwänge ausführen, die die Unprivilegiertheiten verschlimmern (Gewaltspirale)

*Frida Honneth*

Es gibt keinen „Wohltätigen Zwang“. Er steht immer dem Willen des Betroffenen entgegen. Damit wird sein Selbstbestimmungsrecht beeinträchtigt/negiert. Die Ziele mögen „Wohltätig“ sein, Zwang darf aber nicht das Mittel zur Durchsetzung sein.

*Ralf Hoppe*

Keine Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen mehr verletzen. Ihnen somit das Recht und die Möglichkeiten verschaffen, dass sie sich das Leben, wie sie es für sich wünschen zu leben und ihren eigenen Behandlungsweg in der psychischen Erschütterung zu finden und gehen zu können und zu dürfen. / Die kommende Herausforderung besteht aus meiner Sicht darin, denen die den Zwang aus den unterschiedlichsten Beweggründen heraus glauben ausüben zu müssen, davon zu überzeugen, dass es ihre selbst erzeugten, eigentlichen Ängste und Befürchtungen sind, die dem Betroffenen diese Möglichkeit

häufig verwehren! (Suizidgedanken, Aggressivität, Verletzungsgefahr, Fürsorgeverpflichtung, Gesetzeslage, usw.) / Diese Befürchtungen durch zunehmende Aufklärungsarbeit und praktischen Einsatz von selbst Betroffenen (z. B. EX-IN, Peers) zu nehmen und durch neue Projekte in denen die Faktoren Zeit, Begleitung, Menschliche Zuwendung eine größere Rolle spielen, als die derzeit vorherrschenden Faktoren von effizienterem Denken, Kosten/Nutzen Berechnungen und verwaltenden Aufgaben (z.B. Dokumentationen) zu ersetzen. / Denn die langfristigen Folgen für die Gesellschaft, den Betroffenen und deren Angehörige sind weitaus kostenintensiver, als das derzeit von vielen Entscheidern erkannt werden kann. Behandlungszeiträume werden möglicherweise zwar immer wieder kurzfristig durchbrochen, aber eben auch länger am Laufen gehalten. Gesellschaftliche, soziale und körperliche Nebenwirkungen bisheriger Behandlungsoptionen bedeuten höheren finanziellen Aufwand, in der sich ständig wiederholenden Nachbehandlung (Drehtürpsychiatrie) und der damit letztendlich verbundenen und eben genau dadurch nur unzureichend erkennbaren Folgen für die Gesellschaft.

*Robert Jacobs*

Was tun wenn Eltern sich nicht entscheiden können? / Wenn die Entscheidung von Dritten gefordert wird? / Wenn Professionelle Entscheidungen treffen die dann aber nicht gehört werden.

*Peter Karg*

Besonders gefährdete Wohnformen: Geschlossene und/oder hoch belastete Wohnbereiche und/oder solche mit geringer Transparenz (z.B. in denen Bewohner\*innen und Mitarbeiter\*innen keine engagierten Ansprechpartner außerhalb der Einrichtungshierarchie haben oder wahrnehmen können) / Besonders gefährdete Mitarbeiter\*innen: überforderte, hoch belastete, frustrierte, allein gelassene und/oder hoch engagierte, aber nicht selbstkritische und elitäre MA; „therapeutischer Nihilismus“ ist genauso schlimm wie „therapeutische Allmachtsfantasie“. / reale Fremdgefährdung/schädigung wird als angebliche Selbstgefährdung/schädigung umdefiniert, betreuungsrechtliche Unterbringung und Zwangsmaßnahmen werden so legitimiert, Wohneinrichtungen als „Forensik light“ missbraucht und das staatliche Gewaltmonopol aufgehoben / Paradoxe Effekt: In psychischen Krisen, in denen die Betroffenen dringend einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung bedürfen, die sie aber ablehnen, wird zunächst auf „wohltätigen Zwang“ verzichtet, so dass die Situation im Wohnbereich immer weiter eskaliert, es dort zu Gewalt und Zwang kommt und schließlich doch noch in eine Zwangseinweisung (also „wohltätigen Zwang“) mündet. / Angebot bestimmt die Nachfrage: Wo man isolieren, fixieren, zwangsmedizinieren kann, wird auch darauf zurückgegriffen. / Kultur der Respekt- und Rechtlosigkeit (oder auch nur -relativierung) von Bewohner\*innen fördert strukturelle und personale Gewalt.

*Markus Kellmann*

Dass bei der Beurteilung weiterhin zu häufig ein subjektives vorstellungsbild des Anwenders darüber, was gewünscht und richtig sein soll, anstatt der Abwehr von Gefahren dominiert. andererseits, dass Fragestellungen so durch komplizierte Abläufe abgesichert werden, dass schnelle notwendige Eingriffe zum Schutz enorm verkompliziert werden.

*Dr. Sebastian Kirsch*

Paternalismusprobleme / Spannungsfeld zwischen Selbstverfügung und Selbstbestimmung: Selbstbestimmung ist durch Kriterien der Selbstverfügung und ihrer Grenzen charakterisiert! Was tun, wenn sich jemand in der Selbstbestimmung irrt, ist etwas anderes als unvernünftig? Welche Kriteriologie des wohltätigen Zwangs kann man hier formulieren? Vor allem dann, wenn es sich um einen ethischen

Konflikte zwischen Gewissen des Behandlers und der irrigen Selbstbestimmung des Betroffenen handelt z.B. bei vermietbarer religiösen Einstellung zum Lebensschutz.

*Kliesch*

Wer bestimmt, was „wohltätig“ ist? Die Behinderten sind ja jetzt schon einer Horde von Behördioten und vorgeblichen „Fachkräften“ ausgeliefert und werden so auch stets wehrlos gehalten. / Mir verursacht die Wortschöpfung schon Unbehagen. Mit welchem Recht erheben Sie sich über andere Lebewesen? Wenn Sie diesem Irrsinn die Tore öffnen, wird bald jeder Patient zwangsfixiert, weil er Arbeit macht und unbequem ist. / Nazideutschland läßt grüßen. Damals haben die Ärzte fleißig gemordet und die Kirchen und „Pflegeheime“ haben die Todgeweihten zu Tausenden ausgeliefert. / Im Fall Mollath hat man das vermutlich auch als wohltätigen Zwang betrachtet. Man hat den Steuerhinterziehern, die er verpfeifen wollte, eine Wohltat beschert, indem man ihn wegen seines Wissens, zwangspsychiatrisiert hat. Er wurde sieben Jahre seines Lebens weggesperrt, weil er etwas wußte und wurde auch noch als angeblicher Verbrecher in die forensische, d.h. geschlossene, Psychiatrie gesperrt, weil er seiner Frau und einigen Leuten, die Steuern in Millionenhöhe hinterzogen haben, lästig war. / Dafür hat ihn dann auch ein willfähiger Psychiater, der ihn nie im Leben getroffen hat, verleumdet und ein falsches Gutachten ausgestellt. / Das sollte jedem zu denken geben, wenn wir über „wohltätigen Zwang“ diskutieren...

*Patricia Koller*

Rückfall in eine Zwangspsychiatrie mit Zwangseinweisung, Zwangsmedikation, Zwangsfixierung vor der Humanisierungsbewegung der Psychiatrie, Abrücken von kosten- und personalintensiven Therapie mit Ziel von Sparmaßnahmen und „pflegeleichten, ruhiggestellten“ Patient(inn)en / Definition des „Wohlergehens“, durch wen, evt. Aushebelung der Selbstdefinition/ Selbstbestimmung des/der Betroffenen / Zwang ist das Gegenteil von Einwilligung und Aufklärung, informed consent / Missbrauchsrisiko von „wohltätigem Zwang“ / Medizinischer und gesellschaftspolitischer Rückschritt mit Wiederaufleben eines Menschenbildes (BehandelerIn ist normal/gesund, handlungs- und ressourcenmächtig, Patient/-in wird in eine schwache/ohnmächtige Position gezwungen, er/sie weiß nicht, was ihm/ihr guttut, was das eigene Bedürfnis ist / Freiheit des selbstbestimmten Todes? Nur bei körperlichen Krankheiten im Terminalstadium? Blick auf Nachbarländer Schweiz, Niederlande / Rechtsmittel gegen Zwang: Diagnose, Zwangsstationierung berauben bürgerliche - und Freiheitsrechte, da die Rationalität aberkannt wird, damit Geschäftsfähigkeit / Rückkehr oder Verstärkung der „schwarzen Pädagogik“ und Verstärkung der Asymetrie im Behandlungsverhältnis, Ausdehnung des „Ermessensspielraum“ bei den BehandlerInnen / Medikamentenschäden und Persönlichkeitsveränderungen

*Ulrike Kopetzky*

Es gibt keinen wohltätigen Zwang. Zwang ist immer ein Verstoß gegen das Grundgesetz. Menschen müssen überzeugt werden sich behandeln zu lassen. / Jemanden kurze Zeit festzuhalten und damit ihn runterzubringen ist eine Möglichkeit Zwang nicht anzuwenden.

*Sylvia Kornmann*

Medikamente: Androhung, dass die Nichteinnahme Konsequenzen nach sich ziehen würde (kein Ausgang, kein Einkauf o.Ä.) oder Medikamente werden ins Essen gemischt (Das habe ich persönlich noch nicht erlebt, habe aber gehört, dass so etwas andernorts gemacht wird.). Gerade in letzterem Fall dürfte die therapeutische Beziehung zum Klienten wohl irreparabel geschädigt werden, wenn der Klient davon erfahren würde. Dies dürfte auch die Beziehung zukünftigen Pflegern oder Therapeuten erschweren. /

Zimmerreinigung: ebenfalls Androhung von Konsequenzen, wenn das Zimmer nicht saubergemacht wird. kann dazu führen, dass sich der Klient nicht ernst genommen fühlt, was ebenfalls die therapeutische Beziehung beeinträchtigen würden. / Zwangsbehandlungen: Zwangseinweisungen in eine Klinik: Hierbei könnte sich der Klient ausgeliefert fühlen. Zudem dürfte eine fehlende intrinsische Motivation die Behandlung erschweren. Allerdings lassen sich Zwangsmaßnahmen nicht immer vermeiden, etwa bei Suizidalität oder fremd-aggressivem Verhalten. / Zwangsunterbringung in ein (Wohn-)Heim, eventuell beschützt: Hier kommt es zu einem längerfristigen Ausgeliefertsein / Zwangsfixierung: ist in einigen Fällen nicht zu umgehen. Ich habe aber auch erlebt, dass jemand fixiert wurde, weil er andere Klienten betatscht hat. Hier war es allerdings so, dass die Bewohner beschützt untergebracht waren und es keine Möglichkeit gegeben hätte, sich in Sicherheit zu bringen, außer sich in ihren Zimmern einzuschließen, was dann aber dazu geführt hätte, dass die anderen Bewohner in ihrer Freiheit eingeschränkt gewesen wären.

*Rene Kropp*

Intensivmedizinischer Bereich: Physische oder medikamentöse Fixierung von durchgängigen, deliranten Patienten, die anders kaum zu behandeln wären, weil sie sich lebensnotwenige Katheter u.ä. entfernen würden.

*Dr. Maria Lang*

Dass für mich nicht immer klar ist, ob wir wirklich das Recht darauf haben zu fixieren ,wenn z.B. Ein Patient unbedingt sterben möchte. Und das zum Teil über viele Monate. / Die Person möchte sterben weil es für sie keinen Ausweg aus der Krankheit gibt und dies verbunden mit dem Aufenthalt in der Forensik. Wir fixieren einen Mann seit Monaten, nur damit er am Leben bleibt, seine Prognose auf Heilung ist sehr schlecht und wird dadurch sicher nicht besser.

*Sabine Martin*

Die Ausübung von Zwang ist z.B. bei Menschen mit schwersten geistigen Behinderungen absolut notwendig, wenn sie sich grundsätzlich gegen jede Form der ärztlichen Behandlung körperlich zur Wehr setzen, weil man ihnen nicht erklären kann, dass sich ihre Schmerzen nur mit dieser Behandlung beseitigen lassen. Ist z.B. eine Zahnbehandlung notwendig, muss selbstverständlich bei denjenigen Menschen Zwang ausgeübt werden, wenn der behinderte Mensch sich sowohl gegen die Behandlung selbst als auch gegen eine Vollnarkose zur Wehr setzt. Ohne Zwang wären z.B. Zahnschmerzen bei diesen Menschen nicht behandelbar. Weitere Beispiele ließen sich aufführen.

*Gisela Maubach*

Hierbei können retraumatisierungen entstehen, insbesondere bei komplextraumatisierten Menschen. / Vertrauensverhältnis zum pflegenden Personen sind dadurch ggf. zerstört. / Bei überfordertem Personal besteht leider die Versuchung „wohltätigen Zwang“ anzuwenden um die PatirntIn ruhig zu stellen.

*Gina Methling*

Ich arbeite als Heilerziehungspfleger in der Psychiatrie auf einer geschlossenen Station, die überwiegend erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung betreut. Zu viele hoch aggressive, massiv verhaltensgestörte Personen auf einer Station (Stand: 18 Patienten, oft überbelegt), teils längerfristig fixiert, teils Einzelschluss, bei viel zu wenig Personal und übermäßigem Dokumentationszwang.

*Stefan Mosshamer*

Ich habe selbst während zwei psychotischer Episoden 2012 und 2013 in drei kurzen unfreiwilligen Auf-enthalten auf geschlossenen Akutstationen den sogenannten „wohltätigen Zwang“ erlebt. Ich wurde dort u.a. zwei mal jeweils länger als 12 Stunden fixiert und zwangsmedizinisiert. / Ich bin damals, nachdem ich in kürzester Zeit mit einer Vielzahl schwieriger Situation konfrontiert wurde (unverschuldeter Jobverlust, sehr schmerzhaftes Trennung von meinem langjährigen Partner, sehr schlechtes Verhältnis zu meiner Mutter, persönliche Probleme mit einem Dozenten, so dass ich meine Studienabschlussarbeit aus Selbstschutzgründen abbrechen musste) und mit dem Verarbeiten nicht mehr hinterher gekommen, in meine erste Psychose geschlittert. Ich habe mich dann zum Schutz in meine (nur von mir bewohnte) Wohnung zurückgezogen. Meine Mutter und mein Vermieter (damals noch ein Freund von mir) sind in meine Wohnung eingedrungen weil sie sich Sorgen gemacht haben, und haben mich dort in einer sehr unaufgeräumten/chaotischen Wohnung vorgefunden. Ich war in dieser Situation weder willens noch fähig mit ihnen zu sprechen. Ich wollte einfach nur in Ruhe gelassen werden. Daraufhin wurde der Sozialpsychiatrische Dienst gerufen der mich aus dem eigenen Bett in der nur von mir bewohnten Wohnung in einem Gummitragetuch zur Akutstation nach Hamburg Ochsenzoll verfrachtet hat. Dort wollte man mir sofort Blutabnehmen, was ich nicht wollte da ich es als Körperverletzung angesehen habe. Als das Personal auf mich zu kam in der Absicht die Blutabnahme gegen meinen Willen durchzuführen, habe ich mich als Akt des passiven Widerstandes auf den Boden gelegt, und dies auch so kommuniziert. Daraufhin wurde ich am Hosenbund hochgehievt und auf eine Trage verfrachtet, im Fixierraum fixiert und mit 10mg Haldol gespritzt. Wohlgemerkt alles ohne Anamnese, ein freundliches Wort, irgendeine Erklärung und wenige Minuten nach meiner Ankunft auf der Station. / Ich habe diese Station nach 6 Tagen deutlich kaputter als bei meiner Einlieferung und mit einem großen Haufen weiterer Probleme verlassen. / Ich selbst habe bei meinen Psychiatrieaufenthalten alle Formen des Zwangs als negativ, demütigend und schädlich erlebt, insbesondere die Fixierungen nicht nur als schwer traumatisierend, sondern als (ja, ein sehr großes Wort) Folter. Obwohl ich ein lebensbehaltender Mensch bin, wurde mein Lebenswille in den Zeiten die ich fixiert war gebrochen, d.h. ich habe diesen Zustand der absoluten Ohnmacht und des absoluten Ausgeliefertseins als so grausam erlebt, dass ich in diesen Stunden der Fixierung (und nur in diesen!) die mir überdies wie eine Ewigkeit vorkamen, den Tod einem weiteren Ertragen dieses von außen herbeigeführten Zustandes vorgezogen hätte. U.a. deshalb meine Einstufung dieser beiden Situationen als Folter. Mir ist auch bewusst, dass es sehr viele Betroffene gibt, die eine Zwangsbehandlung im Nachhinein als gerechtfertigt oder sogar hilfreich beurteilen. Es gibt aber auch sehr viele bei denen dies nicht der Fall ist, wie bei mir. Diese Erfahrungen werden mich mein (hoffentlich noch langes) Leben lang begleiten, und haben und werden auch in Zukunft diesem eine andere Richtung geben. Viele Menschen zerbrechen an solchen Erfahrungen, wie z.B. eine sehr enge Freundin von mir mit sehr ähnlichen Erfahrungen, die letztes Jahr, nur wenige Stunden nachdem ihr erneut mit einer Zwangseinweisung gedroht wurde, in den Tod gestürzt ist. Übrigens auch ein lebensbehaltender Mensch. / „i am angry. We should all be angry – Anger has a long history of bringing positive change.“ (Chimamanda Ngozi Adichie) / Zur medikamentösen Zwangsbehandlung: ich lehne eine Behandlung mit Psychopharmaka für mich persönlich ab. Mir sind die Risiken zu groß (Nebenwirkungen, Abhängigkeit, deutlich verringerte durchschnittliche Lebenserwartung (siehe hierzu u.a. Volkmar Aderhold: Neuroleptika minimal – warum und wie)) und der zu erwartende Nutzen zu klein. / Meiner Erfahrung nach ist in weiten Teilen des psychiatrischen Systems eine Psychosenbehandlung /-therapie ohne Psychopharmaka schlicht nicht vorgesehen, was im übrigen auch großen Einfluss auf die Forschung haben dürfte, da medikamentenfreie Kontrollgruppen fehlen. Bis auf die 5 oder 6 Tagesdosen unterschiedlicher Neuroleptika und Benzodiazepine während meiner drei Zwangsbehandlungen habe ich keine Neuroleptika genommen, und bin trotzdem, vielleicht sogar ein Stück weit deshalb seit Ende 2013 symptomfrei und stabil wieder im Leben angekommen. /

Medikamentencompliance und informeller Zwang: Sowohl meiner eigenen Erfahrung nach als auch nach vielen Gesprächen mit anderen Betroffenen scheint in sehr großen Ausmaß informeller Zwang angewendet zu werden um eine Medikamentencompliance herbeizuführen, was in sehr vielen Fällen auch erreicht wird. Somit dürfte die medikamentöse Zwangsbehandlung deutlich höher sein als die offiziellen Zahlen sagen. (Leider gibt es bisher so gut wie keine Forschung zum Thema des „informellen Zwangs“). / Für die Menschen, die sich gegen eine medikamentöse Behandlung entschieden haben gibt es in der Mainstreampsychiatrie offenbar keinen Platz, so dass ihnen entweder jede Hilfe versagt wird (so habe ich z.B. ohne Medikamentencompliance keinen Psychotherapieplatz gefunden; von anderen Betroffenen habe ich z.B. gehört, dass ihnen trotz des Wunsches in einer akuten Krise stationär aufgenommen zu werden, dies nur bei Medikamentencompliance gewährt wurde. / Hier wird also offenbar sehr wörtlich nach dem Motto gehandelt: Friss (Pillen) oder stirb. / Oder es wird halt formeller Zwang angewendet (mehrfach selbst erlebt). Dazwischen scheint es sehr wenig zu geben, obwohl es ja sehr erfolgversprechende menschenwürdige alternative Konzepte wie z.B. Soteria oder Open Dialogue gibt die mit erheblich weniger Neuroleptika auskommen. / Problem Zwang und Menschenbild: Ich habe mir nach meinen Zwangsbehandlungen sehr oft ernsthaft die Frage gestellt, ob ich von den Zwang anwendenden Personen überhaupt noch als Mensch wahrgenommen wurde, da mir so leichtfertig, ohne dass ich irgendjemandem etwas getan habe, einige der ganz grundlegenden Menschenrechte entzogen wurden. Wenn ich versuche mich in denjenigen hineinzusetzen der diesen Zwang ausübt, ist es für mich unvorstellbar, zumindest für den Moment der Zwangsausübung, das Gegenüber als (Mit-) Menschen zu betrachten. / Solange die Gefahr besteht Zwangsbehandelt zu werden, werde ich, selbst wenn ich wieder Hilfe benötigen sollte, nicht (freiwillig) in die Psychiatrie gehen, und kann dies auch keinem anderen guten Gewissens empfehlen.

*Sophie Müller*

Da schon beinahe jedes Pro- und Kontra zur Thematik erörtert wurde, liegt eines der bisher nicht genug erörterten Probleme in der mit dem „wohltätigen Zwang“ sich verstetigenden Angst vor bzw. Stigmatisierung der Psychiatrie wie psychiatrischer Patienten, die ggf. „gezwungen“ werden (müssen) und damit ein anderer Mensch oder Institution „Zwang ausüben“ darf einzig vor dem Hintergrund einer (zumeist) unverschuldeten Krankheit. Jede Zwangsmaßnahme muss, soll sie nicht den Patienten erneut kränken und damit krank machen (z.B. in Form einer Traumafolgestörung) mit einem höchstmöglichen Maß an Respekt und Rest-Kontrolle beim Individuum einhergehen!

*Dr. Michael Noll-Hussong*

ich beziehe mich auf eine Zwangseinweisung in die Klinik / traumatische Erfahrung für den Patienten / weitere Störung der Beziehung zu Angehörigen, die die Maßnahme auslösen / nicht ausreichend fachlich kompetente Einschätzung der entscheidenden Ärzte

*Katrin Nolte-Reimers*

Selbstbestimmung u selbstfindungsprozess nur ohne Zwang möglich. / Erziehung u gesellschaft welche aktives Interesse aufweisen muss. / Toleranzbereitschaft

*Tabitha Prusseit*

Beurteilung dessen, was wirklich dem Interesse des Betroffenen dient / Natürliche Willensäußerungen werden wenig beachtet / Gefahr des ungerechtfertigten Einsatzes von „wohltätigem Zwang“ durch Personal- und Zeitverknappung

*Klaus Rademacher*

Konsens / unterschiedliche Wertesysteme der beteiligten Personen (und Institutionen) / unreflektierte gesellschaftliche Diskriminierungen / Folgen der Erfahrung dem Zwang ausgesetzt worden zu sein / fehlende Rechtsmittel für Patient\_innen auf Schadenersatz zu klagen bzw. realistische Chancen zu haben in so einem Fall

*Hannah C. Rosenblatt*

Definition und korrekte Umsetzung gesetzlicher Betreuungsregeln / Fehlende oder mangelnde unangekündigte Kontrollen vor Ort / Mangelnde bzw. unkorrekte Veröffentlichung der (unzulänglichen) Kontrollergebnisse / Mangelnde Einbindung der Betroffenen, starre anstelle flexibler Regelungen / Zu viel Kontrolle - zu wenig echte und wirksame Schutzmaßnahmen für „Schutzbefohlene“

*Karsten Rydzy*

Es wird zu schnell fixiert. Mein Sohn, 26 J. alt, war angeblich gefährdend, aber man dreht das so hin, dass „wenn er jemandem was zufügen würde, käme er in die Forensik“ und deshalb überredete man mich, die Maßnahme als Betreuerin zu unterschreiben, weil das somit eine Selbstgefährdung sei. Ja, drei Fachleute, zwei Psychiater und der Anwalt (angeblich der für meinen Sohn, vom Amt geschickt), meinten, eine evtl. Fremdgefährdung sei auch eine Selbstgefährdung. Zehn Tage Fixierung folgten, unaushaltbar wegen Haldol, das Unruhe auslöst bei ihm.

*Kerstin Samstag*

Eigendefinition: Wohltätiger Zwang = Zwangsmassnahmen ohne Vorliegen von Fremd- oder Eigengefährdung. / Zwang und wohltätig zusammenzustellen, erscheint widersprüchlich und birgt die Gefahr, Hilflosigkeit Professioneller zu verdecken, die keine andere Argumentationsweise für freiheitsentziehende Massnahmen haben, wenn Fremd- oder Selbstgefährdung nicht zutrifft. / Freiheitsentziehende Massnahmen stellen Verletzungen der Kinder- und Menschenrechtskonvention dar. Daher muss deren Anwendung extrem strengen Regeln unterliegen und detailliert, begründet, nachvollziehbar für Laien dokumentiert werden. / Folgen freiheitsentziehender Massnahmen für Geschwister werden zumeist nicht mitgedacht. Auch diese können dadurch traumatisiert werden

*Dr. Erik Schneider*

Durch Personalmangel auf der Intensivstation werden Patienten nahezu regelhaft an den Händen fixiert damit sie sich keine Infusionsleitungen, Atemhilfen oder Monitorkabel entfernen. Dies betrifft in besonderem Maße ältere Patienten, da diese häufiger zum Delir neigen. Das moderne Sedierungskonzept sieht idealerweise den wachen Patienten, auch am Beatmungsgerät, vor, dessen Toleranz der Maßnahmen häufig durch Fixierung erzwungen wird. Auch wird bei älteren und besonders auch beatmeten Patienten nicht konsequent versucht, den mutmaßlichen Willen zu ermitteln und so häufig Behandlungen durchgeführt, die lediglich von der Entscheidung des (Chef-)Arztes abhängig sind und ggf. ökonomisch motiviert sind. Selbstverständlich wird dies alles „zum Wohle des Patienten“ durchgeführt. Patienten, besonders wiederum geriatrische, leiden unter zunehmender Angst, nicht angemessen in die Entscheidungsprozesse eingebunden zu werden. Der Zeitaufwand, der für eine altersgerechte Gesprächsführung betrieben werden muss oder der für eine (Intensiv-)Pflege, die ohne freiheitsentziehende Maßnahmen auskommt, vonnöten ist, ist uns offenbar zu hoch und zu kostspielig.

*Dr. Susanne Stemmer-vom Steeg*

Eines der Hauptprobleme ist die Frage, wie zuverlässig bzw. zutreffend psychiatrische Diagnosen sind. Gerade ältere Menschen werden häufig nicht gründlich genug untersucht. Körperliche Ursachen für psychische oder kognitive Störungen werden übersehen und nicht richtig therapiert. Stattdessen erhalten die Betroffenen oftmals Medikamente, die ihnen zusätzlich schaden. Und nicht nur das. Mehrere Tausend Senioren in Deutschland wird fälschlicherweise eine Demenz attestiert und geraten so in einen Teufelskreis: Auf Fehldiagnosen folgen falsche Therapien mit Nebenwirkungen, die ihrerseits eine Kaskade von falschen Diagnosen und weiteren Medikamenten nach sich ziehen. Die Folge: Ihr geistiger Zustand wird immer schlechter, sie sind nicht mehr in der Lage, für sich selbst zu sorgen und zu entscheiden - und landen gegen ihren Willen im Heim, obwohl all das vermeidbar wäre.

*Carnolia Stolze*

Oft wird angewandter Zwang den Betroffenen nicht offen kommuniziert und deklariert. / Oft kommt informeller Zwang zum Einsatz („Sie erhalten die Zigarette erst, wenn Sie ihre Medikamente genommen haben), da formeller Zwang in der Krankenakte begründet werden muss und dies ein Aufwand darstellt. / Zwangsmassnahmen dauern oft länger als nötig. Sind sie einmal verordnet, belässt man sie häufig aus Bequemlichkeit oder Angst vor einer erneuten Selbstgefährdung. / Isolierung und Fixierung wäre seltener nötig, wenn konsequent medikamentös zwangsbehandelt würde, was längerfristig weniger belastend ist. / Systematische Nachbesprechungen mit Betroffenen und Angehörigen sind wichtig, damit diese die Zwangsmassnahme einordnen und akzeptieren können. Dies wird jedoch noch nicht stadarmässig gemacht. / Zwangsmassnahmen bei unklarer Einwilligungsfähigkeit: Einwilligungsfähigkeit sollte evaluiert werden und Zwang nur bei fehlender Einwilligungsfähigkeit zum Zug kommen (z.B. kann jemand einwilligungsfähig sein für einen Bilanzsuizid, jedoch nicht einwilligungsfähig bei Suizidalität im Rahmen einer Psychose oder Depression)

*Dr. Dr. Manuel Trachsel*

In Schleswig Holstein zeichnet sich ein Trend ab, der aufgrund von negativen Beispielen in der Jugendhilfe jegliche Form von Zwangsangwendung zumindest in der Jugendhilfe ablehnt. Die Diskussion wird nicht mehr fachlich geführt sondern polemisch, weshalb es z.B. nicht möglich ist Kindern, die sich aufgrund von langjährig erfahrener Traumatisierung dann selber z.B. durch Prostitution und dissoziales Verhalten schaden, entsprechend zu schützen. / Es gibt nur eine sehr kleine Zielgruppe, die von wohlütigem Zwang profitiert, weshalb eine Debatte für oder gegen Zwang nicht hilfreich ist, sondern man immer mit einem möglichst vielfältigem Angebot die individuellen Bedarfe beantworten kann. / Wichtig ist, dass nicht Zwang mit Strafe gleichgesetzt wird, sondern mit Schutz. Entscheidend ist daher nicht die Zwangsmaßnahme als solche, sondern die Haltung, die dahinter steht und die gelebt wird. Hierauf wird und wurde bei vielen Einrichtungen, die geschlossen sind nicht ausreichend geachtet. In unserer Klinik arbeiten wir traumasensibel und beziehungsorientiert und können dies gut mit Zwangsmaßnahmen und wesentlichen Einschränkungen der privaten Rechte verbinden, ohne Widersprüche zu erzeugen. Natürlich erreicht dies die Kinder nicht unmittelbar, diese fühlen sich dennoch oftmals bestraft und erst über eine längere Beziehungsarbeit kann Vertrauen gewonnen werden. / Es bedarf allerdings einer intensiven Aufsicht und einer engen Begleitung der Mitarbeiter, damit Schutzinstrumente nicht zu einem Machtmissbrauch hin entarten. Diese Gefahr ist unbestritten groß, aber dennoch bin ich der Meinung, dass Angst kein guter Ratgeber ist und es nicht aus der Angst heraus, dass etwas schief gehen könnte, gar keine Zwangsmaßnahmen mehr geben sollte. Dies ist aber der Trend, der sich in der Jugendhilfe

abzeichnet und der eine kleine aber ebenfalls versorgungspflichtige Zielgruppe mit seiner Not alleine läßt und der Verwahrlosung preisgibt.

*Anna Vetter*

Begrenzte pflegerische Ressourcen - „Pflegerotstand“ / Im eigenen Tätigkeitsfeld stellt das „postoperative Delir“ eine erhebliche Selbstgefährdung des Patienten dar.

*Arved Weimann*

Wird zu oft aus Zeitdruck gründen von den Pflegenden eingesetzt und aus Angst vor Strafe von vorge-setzten erhofft und aus Unwissenheit von Ersatzmaßnahmen durchgeführt

*Christian Wendt*

Das Empfinden und Erleben des eigenen Wohlergehens der betroffenen Person weicht manchmal von dem der Außenbeurteiler ab. Die Aversion der betroffenen Personen gegenüber den zum Helfen motivierten Außenbeurteilern betrifft vor allem die von Ihnen überlicherweise angewendeten Maßnahmen und Methoden des Helfens und die unangenehmen Gefühlslagen in den Übergangsphasen nach Einsetzen der Hilfsmaßnahmen.

*Georg Wiegand*

Eigener Arbeitsbereich ist die Intensivstation. Hier sind häufiger Fixierungsmaßnahmen zum Selbstschutz erforderlich, wie z.B. die Fixierung der Arme, damit Pat. sich nicht aus Versehen den Beatmungsschlauch selbst ziehen. Problematisch sehe ich Fixierungsmaßnahmen insbesondere bei kognitiv eingeschränkten Menschen (Demenz, Verwirrtheit, geistige Behinderung). Besonders dementiell erkrankte ältere Menschen, die eine invasive (geplante) Maßnahmen erhalten haben, müssen dann für einige Tage bei Vermeidung von sedierenden Medikamente (wegen der Nebenwirkungen) teilweise sogar an allen vier Extremitäten fixiert werden. Dies ist für den Pat. eine enorm belastende Situation und auch vom Behandlungsteam nur schwer zu ertragen.

*Andreas Willenborg*

Medikation und Sedierung von Menschen, ohne dass dafür eine Indikation im Sinne des Schutzes des Lebens oder der Gesundheit besteht. / Übernahme von Kompetenzen anstelle von aktivierender Pflege und Unterstützung, vermeintlich oder tatsächlich aus Mangel an personellen Ressourcen, zumindest in Teilen auch aufgrund mangelnder fachlicher Expertise in Kombination mit altruistischen Tendenzen, aber auch aus wirtschaftlichen Gründen, da höhere Abhängigkeit höher vergütet wird: Menschen werden in Abhängigkeit von Pflege gezwungen.

*Anonym 1*

Den Zeitpunkt zu erkennen, wann der Betroffene wieder selbst entscheiden kann.

*Anonym 2*

habe vorher in Bayern gearbeitet, jetzt in Berlin. länderunterschiede in der Auslegung des PsychKG sind gravierend, fürsorgliche Maßnahmen, die mit Zwang einhergehen in Berlin praktisch unmöglich. habe infolge dessen zwei Patienten durch Suizid „verloren“, die in Bayern sicher untergebracht worden wären. / Grundsatzproblem, dass Menschen mit einer schweren psychischen erkrankung phasenweise nicht in der Lage sind, zu entscheiden, was für sie jetzt das beste ist - hier muss es möglich sein, zu handeln und

nicht unter Berufung auf eine (pseudo!) persönliche Freiheit zuzusehen, wie sich ihr Zustand immer weiter verschlechtert.

*Anonym 3*

Der Schutz der zu schützenden Person kann auch Zwang werden der „schützenden“ Person, Schutz kann vorgetäuscht werden, um Handhabe oder Macht ausüben zu können. Siehe Altenpflege, siehe Kinderbetreuung, siehe „abhängige Patienten“.

*Anonym 4*

das Ungleichgewicht zwischen Hilfsbedürftigen und Helfenden - die Schwierigkeit, die Balance zwischen Helfen/Entlasten und Bevormunden/Entmündigen zu halten

*Anonym 5*

Ich arbeite in der anästhesie und Neuroreha. In beiden Fällen sind manche Maßnahmen nur unter Zwang durchführbar. Ein spielerisches Vorgehen oder Ablenkung oder ausreichende Sedierung per Nasenspray gelingen nicht immer ohne weiteres. auch in der intensivmedizin haben wir eine Patientin mit Blinddarm OP und schwierigen Venen für die Dauer des aufenthaltes fixieren müssen, damit sie Drainagen und ZVK in situ belassen hat. / In der Neuroreha werden Patienten mit einer Sitzhose an den Rollstuhl fixiert, damit sie nicht stürzen.

*Anonym 6*

Seelische und straf- politische Zersetzung zur Erhaltung einer verbrecherischen Ideologie finde ich wieder gutmachungswürdig!!!

*Anonym 7*

Abschätzung der Konsequenzen für das Individuum / kulturell-familiäre Aspekte (Scham, Ausschluss Familie) / Dilemma Selbstschutz unter Zwang vs. traumatisierende Erlebnisse unter Zwang/Klinik (Bsp. suizidale Kinder und Jugendliche)

*Anonym 9*

Auswirkung von Zwang auf die künftige Versorgung der Betroffenen / Faktoren, die besonders zu einem unangemessenen oder übermäßigen Einsatz von „wohltätigem Zwang“ oder zu einem negativen Erlebnis für die Betroffenen beitragen

*Anonym 12*

Der Personalmangel in Kliniken und Pflegeeinrichtungen führt zu Zwangs/Schutzmaßnahmen, weil nicht genügend personelle Präsenz möglich ist (Fixierung statt Sitzwache, Therapietisch am Rollstuhl statt Zuwendung und Gespräch, warum das Aufstehen nicht möglich ist ohne Sturz), Investitionen für Zwang vermeidende Einrichtung fehlen (Bettgitter, weil ebenerdig verstellbare Betten nicht vorhanden sind) Anwendung von wohltätigem Zwang aus Nichtverständnis gering qualifizierten Personals für die krankhafte Vorstellungswelt der Betroffenen (Alte Frau sucht nachts, weil örtlich nicht orientiert, in Klinik ihren Ehemann, der 60 Jahre neben ihr geschlafen hat) Vorurteile des nicht ausreichend geschulten Personals bei bestimmten Diagnosen (C2 oder Drogenabusus)

*Anonym 13*

Mittelbare und unmittelbare Folgen „wohltätigen Zwangs“ / Auswirkung von Zwang auf die künftige Versorgung der Betroffenen / Konstellationen (z.B. medizinische Diagnosen), bei denen die Schwelle für die Anwendung von „wohltätigem Zwang“ besonders niedrig ist

*Anonym 14*

Es ist unzulässig, von „wohltätigem Zwang“ zu sprechen - Zwang ist nicht wohltuend, auch wenn das Bestreben sein mag, Schlimmeres zu verhindern! Mit diesem Begriff wird die Problematik verwässert! Bitte formulieren Sie anders!! Sonst müsste man von Sodomasochismus ausgehen! / Auf den größten Teil der Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie könnte mit einem besseren Personalschlüssel verzichtet werden! Es ist ein weites Feld, das gebe ich zu - häufig benehmen sich aber auch die Professionellen so, das Zwangsmassnahmen erforderlich werden, weil sie der Betroffene angegriffen fühlt, die Profis ihm zu nahe kommen und sich der andere, der sich in einem Ausnahmezustand befindet, sich währt, weil er sich bedroht fühlt. Das kann zu einer Eskalation führen, wo der Patient am Ende mißhandelt wird. Duch eine gute Ausbildung ist so etwas anteilig vermeidbar.

*Anonym 15*

Mit der Formulierung wohltätigen Zwang ist ein widerspruch ich finde fürsorglicher Zwang besser da der betroffene aus Fürsorge Zwang erfahren muss und keine Wohltat dabei empfindet

*Anonym 16*

Aufgrund nicht ausreichend vorhandenen Finanzen wie auch Personal kann in Behinderteneinrichtungen meinen Erfahrungen nach oft nicht ausreichend auf sozialem Wege auf Bedürfnisse einzelner Bewohner / Mitarbeiter eingegangen werden. Daher wird meines Erachtens nach zu häufig auf medikamentöse Therapien („Ruhigstellung“) zurückgegriffen, wo durch menschliche Hinwendung, Unterstützung und Therapie dies eigentlich verhindert werden könnte. Die Intention ist dabei oft gut... allerdings werden auch Angehörige unter Druck gesetzt, dass die Einrichtung „an ihre Grenzen“ kommen würde, wenn nicht eingewilligt wird, und man sich ansonsten nach Alternativen umsehen müsste. „So geht es nicht weiter...“

*Anonym 17*

negative Auswirkungen auf das Verhältnis im er Behandlung / Was wird toleriert und ab wann wird zum Zwang gegriffen / Seelische Belastung der Durchführenden. Niemand vollzieht gern Zwangsmaßnahmen. / (Re-)Traumatisierungen der Betroffenen möglich / Oft keine multiprofessionelle Entscheidung. Einbeziehung aller Berufsgruppen (auch der Pflege) elementar

*Anonym 18*

Die Rechtfertigung des „Wohltätigen Zwangs“, die Umsetzung dieser im Psychiatrie Alltag und die daraus entstehenden Folgen für die Patienten und Mitbetroffenen

*Anonym 19*

Einschließen von Personen, die am Weglaufen gehindert werden sollen, aber durch fehlendes Personal nicht betreut, überwacht werden können und so auf die Straße laufen oder sich verirren

*Anonym 20*

Definition, was „wohltätig“ im jeweiligen Zusammenhang ist: manchmal ist schwer zu entscheiden, ob eine Maßnahmen tatsächlich dem Wohle des Betroffenen dient. / Notwendigkeit der Entscheidung

durch nicht fachkompetentes Personal z. B. wenn der gesetzliche Betreuer seine Zustimmung zu einer medizinischen Maßnahme geben soll, er aber eigentlich mit der Entscheidung überfordert ist, weil er die Tragweite nicht völlig überschauen kann) / fehlende Übereinstimmung mit dem Willen des Betroffenen (z. B. Nichteinhaltung der Vorgaben aus einer Patientenverfügung) / Störung des Vertrauensverhältnisses zu den Beteiligten / nur vorgeschobener Schutz des Betroffenen selbst: Erheblicher Mangel an Fachpersonal z. B. in Altenheimen senkt die Schwelle für - an sich überflüssigen - Medikamenteneinsatz / wenig Berücksichtigung des Willens des Betroffenen in der jeweiligen Situation, bedingt durch Druck z. B. von Angehörigen (Beispiel Rettungsdienst: Der Patient verweigert bestimmte Maßnahmen, aber die Angehörigen üben auf das RD-Personal erheblichen Druck aus mit der Begründung, der Patient sei dement - was man vor Ort nicht unbedingt feststellen kann) / Handeln, obwohl man auch mal abwarten könnte - nicht jede Situation erfordert sofortiges Einschreiten / fehlende Ideen zur Problemlösung: Es gibt Altenpflegeeinrichtungen, die unruhigen Patienten z. B. dicke Matratzen auf dem Boden zum Schlafen anbieten, so dass die Menschen nicht aus dem Bett fallen können, während andere Heime einfach Bettgitter einsetzen (manchmal auch ohne die vorgeschriebene Entscheidung durch Betreuer und Gericht)

*Anonym 22*

Auch „wohltätiger Zwang“ wird von den Patientinnen und Patienten als Übergriff und Gewalt erlebt und zum Teil als traumatisierend. Dies hilft nicht in der Übernahme von Selbstverantwortung und in der Stärkung der Hoffnung auf Genesung.

*Anonym 23*

Alle ‚Maßnahmen‘ dienen bei Kindern- und Jugendlichen zur Befähigung. Wie organisiert man unter Zwang die Stärkung von Befähigungen. (Bearbeitung eines Paradoxons)

*Anonym 24*

Manisch Depressive, deren Handlungen sie selbst und ihre Umgebung in Schwierigkeiten bringen. / Sie setzen Tabletten ab, weil sie sich selbst überschätzen, geraten in eine tiefe Depression, denken ständig über Selbsttötung nach. / Da ist Kontrolle über die Medikamenteneinnahme dringend geboten, aber auch Kontrolle, um sie vor unüberlegten Handlungen zu bewahren (indem man sie z.B. daran hindert, ihre Gedanken öffentlich darzustellen).

*Anonym 25*

Traumatisierung von Patienten durch unfreiwillige Behandlung / Hinwegsetzen über den Willen einer Person, Paternalismus

*Anonym 26*

ab wann wir medikamentiert oder fixiert aufgrund herausfordernden und unverständigen Verhaltens, Probleme mit anderen Patienten auf dem Zimmer bei Anwendung von wohltätigem Zwang, Probleme einer zu geringen Personalbesetzung, um ausreichende Betreuung zu gewährleisten,

*Anonym 27*

Ich halte es für ethisch fragwürdig, Menschen mit psychischen Erkrankungen zu ihrem eigenen Schutz gegen ihren Willen z.B. in eine geschlossene Psychiatrie einzuweisen oder medikamentös zu behandeln. Vor allem, da der Begriff der „eigenen Sicherheit“ ja schwer zu rechtfertigen ist. / Bei einem suizidalen Patienten hält man diesen vielleicht vom Selbstmord ab, aber geschieht das tatsächlich in seinem Interesse

oder vielleicht im Interesse der Familienmitglieder, die ihn nicht verlieren wollen? In diesem Fall könnte der Patient natürlich geheilt werden und vielleicht sogar ein glückliches Leben führen, dem „wohltätigen Zwang“ also dankbar seien. Womöglich ist aber der Tod für ihn eine Erlösung, die einzige Erlösung und ihn zu zwingen, weiter zu leben, käme Grausamkeit gleich. / Als ebenso problematisch kann man die medikamentöse Behandlung eines Schizophrenen gegen seinen Willen auffassen. Der Einsatz von Psychopharmaka ist nicht unbedenklich, tatsächlich bedeutet er einen großen Eingriff in die gesamte Erlebenswelt, ins Denken und Fühlen einer Person. / Folgen des „wohltätigen Zwangs“ sind immer Entmündigung gerade derjenigen Person, die am stärksten von seinen Methoden und Auswirkungen betroffen sind, er bringt den Betroffenen in eine Position der Unterlegenheit und kann daher auch missbraucht werden.

*Anonym 28*

In der Kürze der Zeit, die für einen Patienten bleibt(Personalschlüssel), ist oft kein Raum für ausgiebige Erklärungen für bestimmte Maßnahmen (Bsp.: Nasale Magensonde)um auf eine Compliance zu setzen. Auch ist es kaum möglich die Ablehnung für genannte Maßnahmen zu eruieren. Der Zeitfaktor ist einfach zu übermächtig. Ein anderes Beispiel: intravenöse Antibiotikageben bei Demenz- nestelnde Hände gegen eine sichere Therapie- schon Sind wir wieder bei der Handfixierung

*Anonym 29*

Defintion von Wohltat / Ausmaß der Zwangshandlung / Willkür und Missbrauch der zwangsausübenden Personen

*Anonym 30*

häufige Anwendung ohne richterliche Anordnung, beispielsweise aufgrund fehlenden Personals / Bettgitter im Altenheim / Das „Plazieren“ von demenzkranken Menschen so an Möbeln, dass die älteren Personen sich nicht von selbst weg bewegen können

*Anonym 31*

Intransparenz inwieweit „wohltätiger Zwang“ sehr früh vor Ausschöpfen anderer Maßnahmen zum Einsatz kommt.

*Anonym 32*

Ganz prinzipiell, dass die Grenze dafür, was Zwang ist, von der „gezwängten“ Person bestimmt ist. Es ist der vielschichtige Konflikt zwischen gutem Wollen (auch für einen anderen) und schlechtem Empfinden - Zwang. Sorge als ärztlichem/pflegendem Handeln inwohnendes Prinzip und deren o.g. Grenze. Wie kann diese Grenze (aus Regulierersicht, die veränderlich und individuell zu Person und Zeit ist, bestmöglich sichtbar gemacht und deren Beachtung gesichert werden.

*Anonym 33*

Den zwang des Patienten Körperpflege durchzuführen wenn es in den Zeitablauf passt, egal ob der Patient dies zu diesem Zeitpunkt wünscht, da die personellen Besetzung eine Körperpflege z.b nur am Vormittag ermöglicht

*Anonym 34*

Wohltätiger Zwang muss mit adäquaten Hilfsmaßnahmen (psychologisch, bedarfsorientiert) einhergehen / Gefahr der „Verwahrung“ / Entzug der Selbstbestimmung / Folgen können verstärkte Depression und Selbsthass bis zum Freitod sein / Einbezug der Personen im persönlichen Umfeld

*Anonym 35*

Zwangsmaßnahmen wie Fixierung sind zum Selbstschutz der betroffenen Person u.U. unabdingbar, z.B. im Zustand eines Delirs nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma. Es ist die Frage, inwieweit in der Folge, nach Abklingen des Delirs, aber im Zustand weiterhin nicht voller Zurechnungsfähigkeit weiterhin fixiert werden darf, wenn sich der Patient beispielsweise selbständig Katheder oder Kanülen zieht. Trifft der Patient diese Entscheidung bewußt für sich, obwohl er sie nicht äußern kann, um z.B. seiner Patientenverfügung Nachdruck zu verleihen, oder sind Selbstschädigungen, vor denen man ihn schützen sollte? Inwieweit kann man davon ausgehen, dass ein Mensch, der sich nach einem schweren Trauma nicht mehr oder noch nicht wieder äußern kann, auch nicht mehr entscheiden kann?

*Anonym 36*

vereinbarkeit der maßnahmen mit individuellem interesse, das nicht immer erkennbar ist. / wunsch & realität (ökonomisch, monetär, zeitlich, ...)

*Anonym 37*

Auswirkung von Zwang auf die künftige Versorgung der Betroffenen

*Anonym 38*

Die Legalisierung von „wohltätigen Zwang z.B. durch Empfehlungen der BAG der Landesjugendämter. Seit Jahrzehnten wird fast ein „Glaubenskrieg“ von pro und kontra geführt. Aber was ändert sich. Träger soziale Einrichtungen verdienen damit Millionen. Insbesondere mit der Unfähigkeit einzelner Jugendämter/SozialarbeiterInnen adäquate Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen/ von Freien Trägern zu fordern. Die Herausforderung liegt seit Jahrzehnten darin, durch eine adäquate Ausgestaltung und Ausstattung der Jugendhilfe solche Hilfsangebote zu entwickeln, die Jugendhelfekarrieren erst gar nicht entstehen lassen. In der Sozialhilfe sieht die Situation teilweise ja noch dramatischer aus. Viel zu wenig Fachpersonal, um verhaltensoriginellem Problemlagen begegnen zu können. Es wird gespart wo es nur geht und wenn es dann im Einzelfall nicht mehr geht, spielt Geld plötzlich keine Rolle. Mittlerweile ein absurdes System, das ein Großteil der nicht mehr beherrschbaren Probleme sich selbst organisiert. Gesamtgesellschaftlich und volkswirtschaftlich ein finanzielles Fiasko.

*Anonym 39*

Zwangshandlungen in jeglicher Form sollten grundsätzlich vermieden werden da sie immer auf beide Handelnden negative Einflüsse ausüben im Sinne von Vertrauensverlust, Über- Unterordnungsverhältnis etc.. Zwangsmaßnahmen die vermeindlich nicht vermieden werden können dürften niemals von Einzelpersonen getroffen werden sondern sollten immer in Beratung (notfalls im Anschluss) reflektiert und auf Handlungsalternativen und Notwendigkeit hin überprüft werden.

*Anonym 40*

eventuell zu liberaler Einsatz, der zum Vertrauensverlust der Patienten in die Einrichtungen führt

*Anonym 42*

1. Wenn kein Bevollmächtigter zur Hand ist, wird sofort ein „Zwangs-Betreuer“ eingesetzt. Das betreibt meist schon das Krankenhaus. Den Menschen, die zuvor selbständig gelebt haben, wird die Eigenständigkeit abrupt genommen, sie haben keine Zeit sich z.B. nach einer OP von dieser und der Narkose zu erholen. Ich arbeite in der ambulanten Pflege und habe viele solche Fälle erlebt. Die oft ohne das momentane Wissen der Betroffenen eingesetzten Betreuer treffen Entscheidungen, die der Betroffene so nicht entschieden hätte. Außerdem ist es oft schwierig, so einen Betreuer wieder loszuwerden. Wenn es da ein bißchen unordentlich zuhause ist, heißt es gleich...“ist zur selbständigen Lebensweise und zur Bewältigung des Alltags nicht mehr fähig“. Aber alte Leute brauchen einfach mehr Zeit, um wieder „in die Puschen zu kommen“. Was da passiert, ist nicht richtig !!! / 2. Meine Schwiegermutter lebte schon über 30 Jahr in einer kleinen Wohnung. Sie wollte dort ihr Leben bis zum Ende verbringen. Leider stürzte sie beim Einkaufen über einen lockeren Pflasterstein. Dies zog 2! OP's nach sich, das bei einer 93-jährigen Frau und nur deshalb, weil der behandelnde Arzt meinte, eine leichte Befestigung würde halten, war dann aber nicht so bei diesen brüchigen Knochen. Wir waren dabei, alles zu organisieren, damit meine Schwiegermutter in ihrer Wohnung bleiben konnte und waren vom Pflegedienst, über den Arzt bis zu den Hausbewohnern im Mehrfamilienhaus andauernd Ratschlägen ausgesetzt mit dem Tenor: „Die gehört doch ins Heim.“ DAS genau wollte meine Schwiegermutter aber überhaupt nicht. Auch sie brauchte etwas Zeit, um sich zu erholen und wir haben wir Zeit und Nerven aufgewandt, dies für sie durchzusetzen. Es ist uns gelungen und meine Schwiegermutter durfte eineinhalb Jahre später in ihrem eigenen Bett einschlafen. Sie sagte zu uns: „Wenn ihr mich ins Heim gebracht hättet, hätte ich mich umgebracht.“ / 3. Alle an der Pflege Beteiligten stülpen gerne dem Hilflösen ihre eigenen Ansichten über Sauberkeit, Waschen, Essen, Trinken, sich Bewegen, usw. über. Die individuelle Betreuung und Pflege wird immer mehr kategorisiert und pauschaliert. Pflegekräfte arbeiten meist am Rande der Erschöpfung unter Aufgabe ihres Privatlebens, weil zur Zeit die Vertretung für die Vertretung arbeitet. Man weiß nie, wenn man frei hat, ob nicht der Chef anruft, weil er Leute braucht. / 4. Die Pflegekassen und Krankenkassen schieben sich die Leistungen zu und Hilfsmittel werden erst nach Wochen geliefert - eine Schande ist das schon!!! Da wird das Pflegebett oft nicht mehr bestellt, weil der Tod des Patienten schon vorher erwartet wird. Das geht alles nur, weil die Pflegekräfte schufteten und ihre Gesundheit drangeben. / 5. Unmittelbare und mittelbare Folgen wohlätigen Zwangs sind einfach die Unselbständigkeit der Pflege- und Hilfsbedürftigen, die dadurch noch mehr verstärkt wird. Dadurch vermehrt sich auch der Pflegebedarf - ganz einfach. / 6. Überlastete und unter Zeitdruck stehende Pflegekräfte sind nervlich nicht belastbar. Sie arbeiten nicht mehr unbedingt patientenorientiert, sondern eher feierabendorientiert. Jedes „Extra“ ist unwillkommen, weil ein Mehraufwand. Wenn was nicht klappt, wird auch schon mal geschrien und ruppig behandelt. / 7. Wir sollen aktivieren und auf neuestem Stand unter Berücksichtigung aller Expertenstandards pflegen und das alles auch korrekt dokumentieren. Ein großer schriftlicher Aufwand für den MDK, der jede nicht geführte Beratung gleich mit Punktabzug bestraft. Viele Patienten wollen nicht beraten werden, weil sie das als Einmischung in ihr Leben empfinden. Sie wollen keine Propylaxen betreiben, sie wollen ihre Ruhe, in Ruhe alt werden und Zuwendung. Sie wollen nicht aktiviert werden, die Teppiche sollen dort bleiben, weil sie immer dort waren, obwohl Stolperfallen usw. / 8. Hilfs- und Pflegebedürftige sind gute Geldquellen, aber nicht für die Pflegekräfte, sondern für die, die hier das große Geld verdienen. Schade, dass es soweit gekommen ist!

*Anonym 43*

Die Erfahrung, externer Kontrolle unterworfen zu sein, macht unselbständig und hilflos.

*Anonym 44*

Formen von Zwang bzw. Erlebnisse, Beispiele oder Vorgänge, auf die Sie sich beziehen / Gebiete, in denen sich besondere Herausforderungen im Umgang mit „wohltätigem Zwang“ stellen / Kurz-, mittel- oder langfristige Auswirkungen „wohltätigen Zwangs“ auf die Beziehung zwischen den Akteuren (z.B. auf das Vertrauensverhältnis) / Faktoren, die besonders zu einem unangemessenen oder übermäßigen Einsatz von „wohltätigem Zwang“ oder zu einem negativen Erlebnis für die Betroffenen beitragen

*Anonym 45*

Kontrolle, Schulung und Supervision der Zwangsanwendenden. Abhängigkeitsverhältnis der Anwender und der Zwangerfahrenden. Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen. Ungleiche Verteilung (absolute Zahlen) der Anwendung deutet auf Willkür oder zumindest Anwenderunterschiede.

*Anonym 46*

kurz-, mittel- o. langfr. Auswirkungen „wohltätigen Zwangs“ auf die Beziehung zwischen den Akteuren (z.B. auf das Vertrauensverhältnis/Medizin/Justiz/Rechtsstaat) / Auswirkung von Zwang auf die künftige Versorgung der Betroffenen“ / Konstellationen

*Anonym 47*

Kritisches, menschenrechtliches Bewusstsein für Machtverhältnisse und Gewalt schaffen sowie deren Bedeutung in einer demokratischen Gesellschaft. Ursachen von Gewalt offenlegen, reflektieren und beseitigen (z.B. mangelnde Ressourcen... Überlastung, Stress, Zeitdruck, geringe Qualifikation, mangelndes Fehlermanagement, Anderssein, Komplexität...). Einschränkungen der Opfer. Schädigung der Opfer. „Verfestigen“, weitertragen, „selbstverstärken“ der Täterschaft. Gewalt/Nichtgewalt durch (angepasste) Strukturen.

*Anonym 48*

Ich sehe ein Problem mit dem § 1631d BGB Beschneidung des männlichen Kindes. Dabei wird übersehen, das es Männer gibt, die ihr Leben lang unter ihrer Beschneidung leiden. Es ist von den Eltern oft gut gemeint, doch werden Betroffene Männer einfach ignoriert. Da kann es Bücher geben, es interessiert einfach nicht. Das ist ignorant. Bei Mädchen ging nach dem Buch „Wüstenblume“ ein Aufschrei durch die Medien, das Buch „Ent-hüllt“ wird ignoriert.

*Anonym 49*

Konstellationen (z.B. medizinische Diagnosen), bei denen die Schwelle für die Anwendung von „wohltätigem Zwang“ besonders niedrig ist / Faktoren, an denen vorhandene Lösungsansätze zur Minimierung von „wohltätigem Zwang“ scheitern

*Anonym 50*

In der stationären Jugend- und Behindertenhilfe ergeben sich immer mal wieder in Krisensituationen Entscheidungsbedarfe, die in Bruchteilen von Sekunden erfolgen müssen, um eine Selbstschädigung zu vermeiden - und gerade bei dem Fachkräftemangel sind Mitarbeitende auch oft sehr „einsam“ bei diesen Entscheidungen“, die professioneller weise eine Reflexion und Rücksprache - sogar mit Vorgesetzten erfordern kann; Es geht eben nicht immer nur um die Sicherheit einer gefährdenden Person, sondern in Gruppenzusammenhängen auch immer wieder um die Sicherheit für alle in der Gruppe / Es braucht Abwägungskriterien

*Anonym 51*

Es ist schwierig Grenzen zu ziehen zwischen Berücksichtigung der Wünsche des Patienten und den eigenen Wünschen. Z.B. wenn ein Patient eine wichtige Untersuchung oder Behandlung einer potentiell tödlichen Krankheit ablehnt (aufgrund rechtlicher Grundlagen muss man allerdings meist einfach zuschauen wie es immer schlimmer wird) Oft werden solche Patienten allerdings auf sehr lange beredet bis sie zustimmen weil sie es auch wollen oder um ihre Ruhe zu haben? Grundsätzlich hat jeder im Allgemeinkrankenhaus das recht eine Behandlung zu verweigern bzw dieser nicht zuzustimmen, in der Psychiatrie wird den Menschen meist die Fähigkeit dies zu entscheiden abgesprochen.

*Anonym 52*

Zwang als sehr unfreiwillige Form der Beteiligung / deren Auswirkungen, kurzfristig, mittelfristig und langfristig / im Bewusstsein des Erlebbareren der Betroffenen / Einschränkung des Selbstbestimmungsrechtes

*Anonym 53*

Fördert Schlampigkeit und Pfusch, da der Patient im Zweifelsfall zur Behandlung gezwungen werden kann.

*Anonym 54*

Zwangsmaßnahmen werden häufig willkürlich eingesetzt / Mangelnde Reflektionsarbeit mit den Betroffenen (mangelnde Aufklärung) / Machthierarchie (Medizin + Justiz > Patient\_in) / Spätfolgen für Betroffene / Mangelnde Therapiemöglichkeiten

*Anonym 55*

Grenze zwischen Einschränkungen und Förderung ist schwer zu definieren (z.B. Arm-/Ellenbogenschiene ermöglicht selbständiges Fahren mit dem Rollstuhl, verhindert aber auch freie Entfaltung - und wenn es „nur“ scheinbar stereotypes Schlagen an die eigene Schläfe ist)

*Anonym 56*

„Wohltätiger Zwang“ - eine Chiffre für die neue Art, unbeobachtet Gewalt auszuüben, um einer möglichen Diskussion darüber möglichst aus dem Weg zu gehen. Beispiele: Gitter vor den Fenstern / stundenlange Fixierungen, ohne Grund, Begleitung und Erklärung / 13 Betten Zimmer / Wahllose Medi-Verabreichungen, mit anschließender schriftlicher Evaluation in hochpsychotischem Zustand. / abgeschlossene Türen nach außen und solche ohne Türklinke nach innen. / Medivergabe im Gänsemarsch, / Duschverbote u.v.m.

*Anonym 57*

Stigmatisierung. Entscheidung über den Kopf eines Kranken. Absprechung von Selbstverantwortung. Zwangsmaßnahmen können traumatisch und Freiheitsberaubend sein.

*Anonym 58*

Der Ethikrat hat 2012 eine Stellungnahme zum Thema Beschneidung herausgegeben, die eine Zwangsbeschneidung bei Jungen rechtfertigt, was später in der gesetzlichen Regelung von § 1631d BGB mündet und diese Form der Körperverletzung im Elternrecht verankert. Von diesem massiven und einseitig geschlechtsbezogenen Grundrechtseingriff sind nicht nur Jungen betroffen, die bei ihren leiblichen Eltern leben, sondern auch alle, denen ein Vormund bestellt wurde, denn dieser hat als Sorgeberechtigter mit § 1631d BGB dasselbe Recht, einen Jungen zwangsbeschneiden zu lassen und dies als „wohltätigen Zwang“ zu deklarieren.

*Anonym 59*

Verletzung des Persönlichkeitsrechts und anderer Gesetze und Grundrechte und geltenden Gesetze. / Gesetze werden ignoriert. / Der Mensch ist und fühlt sich rechtlos, seine Würde ist mit Füßen getreten. / Die Bevölkerung erlebt ein Misstrauen, das wegen der Nichteinhaltung der Gesetze berechtigt ist. / Dies beginnt bereits im Kindes, und sogar schon im Säuglingsalter, wenn zum Beispiel Säuglinge von der Mutter getrennt werden. / Traumata entstehen, die Früh- oder Spätfolgen haben können. / Dies wirkt sich nicht nur im Familien- und Bekanntenkreis, sondern sogar in der gesamten Gesellschaft negativ aus. / Der Eindruck eines totalitären Systems entsteht bei den Menschen. / Meldungen über Urteile von Saidisten bis hin zu Mördern im KH-Bereich machen deutlich, dass „wohltätiger Zwang“ Tür und Tor für Kriminelle und Menschen, die sich für ihren Dienst nicht eignen, überfordert sind und überreagieren können, öffnet. / Diese Problematik gilt für alle Bereiche gleichermaßen: Schule und KiTa; Ki.- u. JuHi; Psychiatrie; Gesundheitswesen; Pflege und Betreuung! Es handelt sich bei den menschenrechten um geltende Gesetze, nicht nur um Worte, die auf Papier geschrieben stehen, die dem Willen oder Unwillen von Staaten unterliegen, ob er sie nun anwendet oder nicht. Das sind Gesetze, welche verankert sind, und an die sich gehalten werden muss.

*Anonym 60*

Zerstörtes Vertrauen macht späteres Helfen und Hilfe annehmen unmöglich. Die Folge wäre eine Spirale von Zwang, weitere Krankheiten durch Traumatisierungen. Viel zu oft wird Zwang angewandt um Personal einzusparen.

*Anonym 61*

Eine Strafe ohne Verbrechen, es besteht nur die Vermutung das etwas passieren könnte. Dafür besteht die Gefahr das Die Beziehungsebene und das Vertrauen negativ beeinflusst wird.

*Anonym 62*

„Zwangsanwendung“ an einem Menschen und dabei möglich entstehende Traumata bei beiden Seitenausführende Ebene und Ebene des Erlebten

*Anonym 63*

Wo hört wohltätig auf und wo möchte ich wohltätig mit begleitender Erleichterung der Arbeitssituation vermischen...

*Anonym 64*

Setzen einer Traumatisierung, problematische Abgrenzung von selbstschädigendem Verhalten aufgrund einer Erkrankung gegenüber einer bewußten Entscheidung, Zwangsmaßnahmen aus Bequemlichkeit, wegen finanzieller Anreize, struktureller Gegebenheiten - pseudowohltätiger Zwang, / typische Indikationen: Suizidalität, Fixierungen in Altenheimen

*Anonym 65*

Nach meinen Erfahrungen ist wohltätiger Zwang häufig völlig entgegen den gerade obenaufliegenden Bedürfnissen. Der die Betroffene erlebt sich als Fremdbestimmt und setzt sich nur noch mit der von aussen als Bedrohung empfundenen Handlung auseinander. Dabei geht wertvolle Zeit verloren, die der/ die Betroffene in eine selbstempfindliche Betrachtung der eigenen Situation verwenden könnte.

*Anonym 66*

Frage nach dem richtigen Maß an wohltätigem Zwang. Wann ist er notwendig, wann willkürlich?

*Anonym 67*

Ich finde es ausgesprochen schwierig, „wohltätigen Zang“ von „Machtmissbrauch“ durch das Personal abzugrenzen. Bei manchen Menschen geht es nicht ohne solchen Zwang. Aber sind die Rahmenbedingungen so ausgestaltet, dass die Menschen, die diesen Zwang ausüben, so begleitet werden, dass sie nicht zynisch werden? Patientinnen und Patienten reagieren manchmal zusätzlich aggressiv auf die Zwangsmaßnahmen. Da führt auch beim Personal zu Verletzungen und zu Aggression, die sich immer wieder auch in ungerechtfertigtem Zwang äußert. Werden genügend Ressourcen bereit gestellt, um solche Verletzungen und Aggressionen beim Personal aufzufangen? Gibt es eine Fehlerkultur in der Gestalt, dass Mitarbeitenden über Gewalt, die sie ungerechtfertigt ausgeübt haben, sprechen können, ohne sofort Sanktionen befürchten zu müssen? Wenn sie nicht darüber sprechen können, steigert sich oftmals das schlechte Gewissen, was immer wieder auch zu einer Verschärfung der Zwangsmaßnahmen führen kann. Welche Möglichkeiten gibt es, aus der Mitarbeit einer geschlossenen Station ohne Einkommensverlust auszusteigen? Ich erlebe es so, dass eine ganze Reihe Mitarbeitende durch die Dauer ihrer Mitarbeit seelischen Schaden genommen haben. Da die Mitarbeit durch Zulagen versüßt wird, fällt es aber vielen Mitarbeitenden schwer, auf diese Zulagen zu verzichten und auf eine weniger belastende Station zu wechseln. Wie kann man dieser Zulagenfalle entgegen wirken?

*Anonym 68*

In sensiblen Situationen kann es auch ohne Zwang gehen, wenn auf die Personen deeskalierend eingegangen wird. Hierzu bedarf es jedoch Kenntnisse, insbesondere Zeit und Verständnis für die Betroffenen. Zwangsmaßnahmen resultieren zumeist aus Unkenntnis, Fachkräftemangel, Zeitdruck oder veralteten Menschenbildern.

*Anonym 69*

falsche Sicht der Dinge - falsche Bewertung von Fakten - ungerechte Behandlung anderer Personengruppe - Entmündigung von Betroffenen - Verschlimmerung der Zustände Betroffener - Bevorzugung von Betroffenen - zu milde / harte Beurteilung der Positionen - keine Kontrolle der Behandler - keine Kontrolle der Rechtsanwälte - finanzielle Interessen der Behandler / Betreuer

*Anonym 70*

Der Begriff „Wohltätiger Zwang“ ist problematisch. - Problematisch sind die derzeitigen Rahmenbedingungen in Pflege, Betreuung und Begleitung von Betroffenen, die nicht selten Auslöser für Zwangsmaßnahmen sind.

*Anonym 71*

Es macht es nur aus Sicht des Ausübenden des Zwangs harmloser, dass es doch aus seiner Sicht die Absicht hat, dem Besten des Gezwungenen zu dienen. Für denjenigen, dessen Willen gebrochen wird, lindert das nichts oder bzw. macht den Eingriff meiner Ansicht nach noch grausamer und schwerer zu ertragen, diese Rechtfertigung des Täters. Ich möchte hier drei Zitate wiedergeben, die die Problematik sehr gut treffen. 2 Zitate von dem Schriftsteller Clive Staples Lewis (1898-1963) „Of all tyrannies, a tyranny exercised for the good of its victims may be the most oppressive. It may be better to live under robber barons than under omnipotent moral busybodies. The robber baron's cruelty may sometimes sleep, his cupidity may at some point be satiated; but those who torment us for our own good will torment us without end, for they do so

with the approval of their own conscience.“ „There is no tyranny so great as that which is practiced for the benefit of the victim“ „Wer einem anderen das Beste wünscht, ist ein guter Mensch. Wer das Beste befiehlt, ist ein Tyrann“ Paul Kirchhof, ehemaliger Verfassungsrichter / Anmerkung: dass ich ihn hier zitiere, bitte in keinen Zusammenhang mit seinem befürworteten Steuermodell bringen, das befürworte ich definitiv nicht. Und es gibt noch mehr Probleme. Auch wenn man es als gute Absicht ansieht, z.B. jemand durch Zwangseinweisung in die Psychiatrie oder geschlossene Unterbringung in einem Wohnheim davon abzuhalten, sich zu Tode zu trinken - gute Absichten garantieren kein gutes Ergebnis, sie schützen noch nicht mal vor Schaden. Die Psychiatrisierung kann für denjenigen traumatisch sein mit der Folge dass er erst recht säuft oder dass er zusätzlich depressiv wird oder Angst vor anderen Menschen entwickelt oder sich aus Verzweiflung über das Einsitzen im geschlossenen Wohnheim für psychisch Kranke (hier betrifft das Problem vor allem Betroffene von Schizophrenie-Diagnose) Selbstmord begeht. Psychiatrie kann absolut kontraproduktiv sein und bietet gute Voraussetzungen paranoid oder depressiv zu werden oder zu bleiben. Auch Manien werden durch Psychiatrie-Umgebung oft verschlimmert, weil das ein so kleinkariertes Laden ist wo dem Maniker die harmlosen Möglichkeiten seinen gesteigerten Bewegungsdrang auszuleben verboten und unterbunden werden. Dadurch wird die Manie schlimmer. Weiterhin gefährdet die Zwangspsychiatrie und die entsprechenden Gesetze die Meinungsfreiheit und allgemein die Freiheit des Denkens und andere Grundrechte und Freiheitsrechte. Wenn von der Umgebung nicht geteilte Ansichten als Wahn diagnostiziert werden können, können dann Sondergesetze zur Anwendung kommen, die nur bei psychiatrischer Diagnose greifen. (PsychKG zum Beispiel) Weiterhin ist bei der Psychiatrie und hier vor allem bei der Zwangsmedikation ein großes Problem, dass diese Institution nicht nur zwangsweise ins Handeln eingreifen will, sondern auch oder sogar vorrangig zwangsweise ins Denken. Andere Institutionen greifen zwangsweise ins Handeln ein, zum Beispiel die Steuerbehörde wenn sie zwangsweise Steuern eintreibt, das Bauamt, wenn Schwarzbauten abgerissen werden oder die Polizei wenn sie eingreift. Bei dieser Sorte Eingreifen geht es um das Handeln, aber nicht um das Denken. Die Gedanken sind trotzdem frei und die Verbote und Vorschriften schreiben ausschließlich das Handeln vor, sind aber keine Denkverbote. Die Psychiatrie will zwangsweise ins Denken eingreifen, sie ist eine Institution, die das Denken nicht frei sein lassen will. Es ist zum Beispiel erlaubt, politische Forderungen aufzustellen, das gehört zur Meinungsfreiheit. Diese politischen Forderungen in Eigenregie auszuführen ist nicht gestattet, wenn das gegen Gesetze verstößt. Die Forderung aufstellen ist aber erlaubt und ist sogar demjenigen weiter erlaubt, der eine politisch motivierte Straftat begangen hat. Nur das Handeln ist ihm nicht gestattet. Die Psychiatrie reagiert anders, sie will das Denken zwangsweise ändern und nicht nur das Handeln und das greift eine der Voraussetzungen für eine offene Gesellschaft an. Ich habe mal auf der facebook-Seite von MindFreedom International geschrieben / In the present, psychiatry does the inquisition, incarceration and torture, that the clergy did in the past. It defines people in their whole personality. It defines who has the right faith and thinking and who not (--> „psychosis“, „delusional thinking“, „querulant personality disorder“, „oppositional defiant disorder“ etc.). Psychiatry wants to save the souls of the „Lost“ („disorganized schizophrenia“) and the „Heretic“ („paranoid schizophrenia“) and the „Demonic“ („mania“, „bipolar disorder“, „severe depression“ etc.) against their will, in extreme cases by torture. („This is necessary to get better, when he is healthy again (proselytized), he will appreciate it“)

*Anonym 72*

Der Mensch hat ein Recht auf Selbstbestimmung. Im besonderen hat er ein Recht darauf, darüber zu entscheiden, was mit ihm und/oder seinem Körper geschieht. Ist ein Mensch bspw. derart geschädigt (Gehirn), dass er keinen Willen mehr formen kann, nicht realisiert, was um ihn passiert und was los ist, da ihm die kognitiven Fähigkeiten dazu fehlen, so hat jede „helfende“ Maßnahme zu beachten, dass

der Mensch kein Objekt ist und eine unantastbare Würde hat. Insbesondere hat ein Mensch auch das Recht darauf zu entscheiden, ob er leben oder sterben möchte, und wann er sterben möchte. Ebenso wie es unrecht ist, einem Menschen gegen seinen Willen das Leben zu nehmen, ist es unrecht, seinen Tod zu verhindern, wenn er es will. Viele Menschen ziehen einem Leben mit Verstümmelung, Behinderung und dauerhafter Abhängigkeit den (natürlichen) Tod vor. Die Würde des Menschen ist unantastbar! Zwangsmaßnahmen, auch „wohltätiger Zwang“, ist eine Verletzung der Menschenwürde. Jeder „wohltätig Zwangsbehandelter“ fühlt, dass hier etwas mit ihm gemacht wird, das eine Grenze überschreitet. Gerade die Schwächsten, die sich nicht dagegen wehren können, werden hier geschändet. Wem die finanziellen Mittel für einen Rechtsstreit fehlen, ist der Situation einfach ausgeliefert. Entmündigung („Betreuung“) ist ein unfassbares Unrecht, das die Würde des Menschen mit Füßen tritt. Zwangsbehandlung ist Folter. Zwangsbehandlung darf keine gesetzliche Grundlage bekommen. Damit würden Entwürdigung, Entmündigung, Folter und Körperverletzung „legalisiert“. Ein Betroffener kann sich kaum wehren und muss das Unrecht an ihm geschehen lassen. Eine derartige Situation darf nicht hingenommen, sondern muss bekämpft werden. Die Schulmedizin ist nicht über allem erhaben! Ihre Methoden sind oftmals mangelhaft und erfolglos. Früher wurden Methoden angewandt, die heute einen Schauer über den Rücken laufen lassen. Dagegen sind die Würde und Selbstbestimmung des Menschen zeitliche Konstanten! Ärzte sind auch Menschen. Sie machen Fehler (und das nicht zu wenig!), sie haben Charakterschwächen (Arroganz, Gier, Machthunger usw). Sie sind korrumpierbar. Es darf nicht gestattet werden, dass so jemand über mein Schicksal, Leben und Wohlergehen entscheidet. Richter scheinen sich oftmals fernab des „alltäglichen Lebens“ zu bewegen. Es macht den Anschein, es fehlt an Empathie. Jemand, der derart entfremdet ist, sollte nicht über das Schicksal und Leben eines Menschen entscheiden dürfen. Psychiatrie/Psychologie usw. sind keine Wissenschaften im Sinne einer Naturwissenschaft und keine Medizinwissenschaft. Sie sind normative Wissenschaften. Psychiatrische Begutachtungen, Diagnosen, Sichtweisen, Einschätzungen usw sind willkürlich und hochgradig subjektiv, es mangelt an klaren, eindeutigen Definitionen, sie sind nicht objektivierbar (eine „Diagnose“ bspw. kann weder messbar bestätigt noch widerlegt werden - so wie die Existenz Gottes oder von Einhörnern). Meistens spielen Machtverhältnisse eine maßgebliche Rolle. Besondere Vorsicht muss walten, wenn es um Psychiatrie geht. Da die Psychologie/Psychiatrie normativ ist (gemessen wird ja daran, ob etwas von einer „Norm“ abweicht), werden Andersdenkende, Kritiker, Kreative, Systemgegner usw psychopathologisiert. Ihre Ansichten werden als „Krankheit“ deklariert, die „therapiert“ werden muss, dh die andersdenkenden „Kranken“ werden konformistisch gemacht. Solange sie nicht konform sind, müssen sie weggesperrt sein. Die Mittel sind „Psychotherapie“, Psychiatrische Kliniken usw mit ihren Zwangsmaßnahmen. Dabei werden die Sichtweisen der Ärzte und/oder Therapeuten als „normal“ definiert. Solange davon abgewichen wird, muss „therapiert“ oder „zwangsbehandelt“ werden. Das ist nicht mehr weit weg von gewissen Praktiken aus der Vergangenheit - oder manchenorts auch der Gegenwart. Sollte mir jemals eine Entmündigung oder Zwangsmaßnahme drohen (ich habe eine Patientenverfügung, um dies zu verhindern), so wüsste ich, was zu tun wäre. Spontane Gefühle sind Wut und Rachegefühle. Für mich ein klares Zeichen, dass hier gegen grundlegende Bedürfnisse - Autonomie - gegangen wird. Von Vertrauen wäre hier dann keine Rede mehr. Sollte eine Regierung „wohltätigen Zwang“ legalisieren, hätte das Volk laut Grundgesetz das Recht auf Gegenwehr.

*Anonym 73*

Mit mehr Personal wäre es öfter vermeidbar. Durch mehr Betreuung und Begleitung würde die betroffene Person auch besser gefördert. Therapie mit Infusionen und oder Magensonde aufgrund von massiver

Schluckstörung. Ziehen alles raus und verhindern dadurch die Therapie. Durch Zwangmassnahmen oft noch unruhiger, da das verstehen der Situation oft fehlt.

*Anonym 74*

Es kann kein Weg sein jemanden körperlich zu etwas zu zwingen, für mich kommt das einer Misshandlung gleich und kann schlimme Traumen nach sich ziehen.

*Anonym 75*

steht Abhängig machen oder Gesund machen im Vordergrund ?

*Anonym 76*

1. Mißachtung des Rechts der Person, sich (in den Augen anderer) selbst zu gefährden. Ein körperlich Kranker darf sich aufgrund seiner Krankheit selbst gefährden (z.B. entscheidet jemand mit Anfallsleiden auch selbst, ob er im Baggersee schwimmen geht oder es vorsichtshalber bleiben lässt, usw.) Wieso sollte sich ein psychisch Kranker nicht ebenso selbst gefährden dürfen aufgrund seiner Krankheit. Einem körperlich Kranken wird selbst überlassen, wie er mit seiner Krankheit umgeht, auch wenn das in Augen anderer Selbstgefährdung ist und er ärztlichen Rat nicht befolgt. (z.B. gegen ärztlichen Rat Krankenhausaufenthalt verweigern) Warum nicht psychisch Kranke genauso? (Fremdgefährdung aufgrund körperlicher Krankheit ist übrigens genausowenig gestattet wie bei psychischer Krankheit. Es ist zwangsweise Quarantäne möglich, zwangsweiser Entzug des Führerscheins wegen Sehbehinderung, usw. Allerdings ist im Gegensatz zu psychiatrischen Diagnosen KEINE Zwangsbehandlung möglich. In § 28 des Infektionsschutzgesetz steht ausdrücklich „Eine Heilbehandlung darf nicht angeordnet werden.“ Es lässt zwangsweise Quarantäne zu, aber KEINE Zwangsbehandlung. Auch bei Fahruntüchtigkeit erfolgt nur Entzug des Führerscheins oder andere Zwangsmaßnahmen wie Beschlagnahme des Autos oder im extremsten Fall sogar Freiheitsentzug wenn es jemand halt partout nicht bleiben lässt mit dem Fahren. Auf Zwangsbehandlung zielt das alles aber nicht ab.) 2. Ein Übel verhindern zu wollen reicht nicht als Begründung für eine Zwangsmaßnahme aus, die Maßnahme muss nicht nur Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit genügen, sondern auch zur Abwendung geeignet sein. Aber ist sie das? Zum Beispiel schwanken innerhalb Deutschland die Zwangseinweisungsraten zwischen verschiedenen Bundesländern und vor allem zwischen verschiedenen Landkreisen erheblich. Wenn der Zwang sein angestrebtes Ziel meistens erreichen würde, dann müssten in Landkreisen oder Bundesländern mit besonders hoher Zwangseinweisungsrate die Suizidrate erheblich unter dem Durchschnitt liegen und umgekehrt in Landkreisen und Bundesländern mit besonders niedriger Zwangseinweisungsrate erheblich über dem Durchschnitt. Das ist aber nicht der Fall, Zwangseinweisungsrate und Suizidrate korrelieren nicht. Zwangseinweisung (evtl. inklusive Zwangsbehandlung oder Erpressung zu Psychopharmaka mit Drohungen wie Sorgerechtsentzug für die Kinder oder verweigerter Ausgang oder Beantragung einer rechtlichen Betreuung etc.) in der heute praktizierten Form und Anlass dazu scheint also kein geeignetes Mittel zu sein Suizide zu vermeiden und ist von daher in Frage zu stellen. 3. von psychiatrischen Zwang (potentiell) Betroffene bekommen ein zusätzliches Problem dadurch in ihrem Leben, den Angstfaktor Psychiatrie oder ein Psychiatrie-Trauma müssen sie auch noch aushalten. 4. das Gefühl (nahezu) völlig ausgeliefert zu sein, ist suizidalitätsfördernd. Und das wird in psychiatrischen Zusammenhängen nicht nur oft subjektiv so empfunden, sondern ist objektiv so, weil die meisten Amtsrichter und ein Großteil der Richter an Landgerichten sowieso in den allermeisten Fällen machen, was die Klinikpsychiater von ihnen wollen. Allgemein sind Übergriffserfahrungen, Machtlosigkeitserfahrungen und entwürdigende Erfahrungen suizidalitätsfördernd und davon hat die Psychiatrie reichlich zu bieten. Wer die Psychiatrie ablehnt, sollte

einen Unterlassungsanspruch haben. 5. Neuere Erkenntnisse über Psychopharmaka, insbesondere über Neuroleptika, geben vielen noncomplianten Patienten mittlerweile recht, dass sie Recht hatten mit ihrer Kritik oder ihrer Ablehnung. Es wurde und wird behauptet, Behandlungsablehnung sei Ausdruck von Psychose, dabei haben viele Leute aus sehr guten Gründen Behandlung abgelehnt bzw. lehnen sie ab. 6. Mögliche Folge psychiatrischer Zwangsmaßnahmen ist Angst vor Ärzten und Ärztervermeidung, Bogen um Beratungsstellen machen und ähnliches. Das kann alles wiederum schädliche Folgen haben. 7. Ein Psychopharmakon was der eine Psychiater für unverzichtbar erklärt, ist nach Meinung eines anderen Psychiaters durchaus sehr gut verzichtbar. Im Fall einer Zwangseinweisung wird man einfach einem Arzt zugewiesen, hat keine freie Arztwahl. Dessen Meinung hat man sich zu beugen. 8. Was ist denn überhaupt Selbstschädigung oder Selbstgefährdung? In den meisten Psychiatrien würde man z.B. gewaltsam davon abgehalten, nackt ins Freie zu laufen. Das dient aber eher Ordnungsvorstellungen ist keine Abwendung einer Gefahr. 9. Es ist eine der großen Errungenschaften der Aufklärung und der Menschenrechte, dass auch Gefangene Recht auf körperliche Unversehrtheit haben. Psychiatrien halten sich nicht daran und betreiben Gefangenmisshandlung. (Leider gibt es auch in Haftanstalten da immer wieder Probleme, dass Häftlingen das Recht auf körperliche Unversehrtheit von den Schließern genommen wird, in Psychiatrien ist das aber sehr häufig und gehört zum normalen Psychatriebetrieb und in der JVA ist es eher die Ausnahme.) Nach Art. 104 des Grundgesetzes dürfen festgehaltene Personen weder seelisch noch körperlich misshandelt werden. Der zwangsweise Konsum von psychotropen Substanzen ist vor allen Dingen das erstere, seelische Misshandlung. 10. Mit den Argumenten mit denen zwangsweiser Konsum von Psychopharmaka gerechtfertigt wird, könnte man auch das zwangsweise Abfüllen mit Alkohol rechtfertigen und das würde ganz eindeutig als Straftat und Gefangenmisshandlung gelten und würde von den meisten Psychiatern abgelehnt. Wieso befürworten dann viele Psychiater das Aufzwingen anderer psychotroper Substanzen? Übrigens bewirken nicht nur Alkohol, sondern auch Neuroleptika Hirnabbau.

*Anonym 77*

Der Schutz und die Einhaltung der menschlichen Würde. Meine Erfahrungen in der Beobachtung bei Besuchen in der Psychiatrie sind, dass die Würde des Menschen bei Zwangsmaßnahmen keine oder sehr häufig eine untergeordnete Rolle spielt.

*Anonym 78*

Dass es bei unzugänglichen Patienten zu wenig Bemühung (auch Druck) im Vorfeld gibt, damit es nicht zu „wohlütigem Zwang“ kommen muss.

*Anonym 79*

Herausforderung, zu erkennen wann eine Zwangsmaßnahme hilfreich ist. Z.B. die Aufenthaltsbestimmung oder therapeutische Maßnahmen bei Jugendlichen (durch Jugendamt), die nicht mehr durchsetzbar sind, wenn die Jugendlichen volljährig sind. / Herausforderung, einen psychisch Kranken in eine Klinik einzuweisen. Im psychotischen Zustand ist keinerlei Einsicht zu erwarten und Möglichkeiten eines ‚sanfteren‘ Übergangs in eine Klinik sind nicht vorhanden. Es steht nur eine geschlossene Psychiatrie bei der Einweisung zur Verfügung, keine offene Station. Auswirkung: ‚Du hast mich in die Klinik gezwungen‘ im Verhältnis Betroffener - Angehöriger.

*Anonym 80*

Retraumatisierung

*Anonym 81*

die freiheitliche Eigenverantwortung und das Recht auf Unversehrtheit, Hilfe zur Selbsthilfe versus der Helfer weiß was der Betroffene will

*Anonym 82*

Zwangsmaßnahmen können traumatisierend sein. Zwangsmaßnahmen verletzen die Würde des Patienten. Zwang schädigt das Selbstbild / die Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit des Patienten. Zwang schädigt das Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und den Professionellen. Wenn Zwang erlaubt ist, wird er leicht zum Mittel der Wahl, weil z.B. eine Fixierung und/oder Sedierung vergleichsweise weniger Aufwand erfordert als eine intensive persönliche Betreuung. Letztere dagegen wäre wesentlich humaner und heilsamer. Die Befürchtung, mit Zwangsmaßnahmen behandelt zu werden, hält Menschen in Krisen davon ab, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zwang zur Vermeidung von Selbstschädigung steht im Widerspruch zum Recht des Patienten auf Autonomie. Hier ist eine sorgfältige Güterabwägung vorzunehmen. „Bilanz-Suizide“ sind nicht notwendig Folge einer psychischen Erkrankung; sie können auch eine freie und bewusste Entscheidung des Individuums sein.

*Anonym 83*

Die Personalstrukturen in der Psychiatrischen Klinik basieren auf normative Vorgaben (Psych-PV), die aus dem Jahr 1989 stammen. Die Grundlagen dieser Regelung und deren Ausgestaltung gehen nicht mehr den heutigen Gegebenheiten konform. Insbesondere aufgrund der seit 1996 institutionell induzierten Zweckentfremdung von Budgets für Personalkosten des Pflegepersonals (Renditeerwartungen, mangelnde Investitionskostenzuschüsse der Länder für die Infrastruktur, Quersubventionierung von der Psychiatrie zur Somatik) und gesetzlich veranlasster Absenkung der Personalkostenfinanzierung aufgrund deren Koppelung an die Veränderungsrate sozialversicherungspflichtiger Beiträge (Grundlohnsummenrate), hat sich eine in hohem Maße unzureichende Besetzung der stationären psychiatrischen Behandlung mit Pflegepersonal ergeben. Ausreichend verfügbare, bezugspflegerischer Betreuungszeit korreliert m.E. mit Behandlungsverstehen und -adhärenz und Erregungsminderung seitens der Patienten sowie einer Reduzierung von Isolierung und Fixierung auf ein unabänderliches Maß. Diese an sich problematische Personalsituation verschärft die Zunahme von Unterbringungsmaßnahmen ohne unmittelbar verfügbare Behandlungsoptionen, aufgrund des Widerspruchs von Patienten gegen eine pharmazeutische Behandlung bei gegebener Fremd- und/oder Eigengefährdung. Diese Konstellation bedingt für Patienten und Pflegepersonal riskante und kaum zu bewältigende bzw. aushaltbare Situationen. Z.B. für aggressiv, paranoid-wahnhaft Menschen, die nur beschützend fixiert werden können, ohne dass wiederum hinreichend Personal zur intensiven Begleitung der Maßnahme zur Verfügung steht. Hierzu bedarf es also einer intensiven Diskussion, welche personellen und personalen Bedingungen erforderlich sind, damit dem akut vulnerablen, psychisch kranken Menschen, aber auch dem dauerhaft anwesenden Pflegepersonal, unzumutbare Verhältnisse in der Behandlung erspart bleiben und eine würdevolle, stets supportive Begleitung des Krankheitsverlaufs der Patienten sichergestellt werden kann. In diesem Zusammenhang stellt sich mir auch die Frage, ob das Primat der Selbstbestimmung nicht auch in den Kontext einer Beurteilung der Selbststeuerungsfähigkeit, der Selbstfürsorgefähigkeit und biografischen Kongruenz der Willensäußerung gestellt werden sollte. Die im PsychVVG avisierte Reform der Personalbemessung ab 2020 kommt eindeutig zu spät. Selbst die Aufstockung der Pflegepersonalstellen auf das Niveau der Psych-PV greift, wie oben beschrieben, zu kurz. Eine umgehende Erhöhung der Pflegestellen in der Eingruppierungskategorie „Intensiv“ der alltagspsychiatrischen und gerontopsychiatrischen Behandlung der Psych-PV um wenigstens 20% ist m.E. notwendig. M. Löhr et.al. haben allein für eine Basisbesetzung in diesen Bereichen einen 25%igen Mehrbedarf identifiziert (Die Pflege-Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik

(PPR-PP) – die pflegerische Basisbesetzung in der Behandlung Erwachsener, Z Psychosom Med Psychother 62, 150-166, ISSN 1438-3608). Ebenso sind die gesondert zu verhandelnden Nachtdienste den derzeitigen Verhältnissen anzupassen. In der psychiatrischen Akutbehandlung muss ferner sichergestellt werden, dass die fachliche Kompetenz des Pflegepersonals für die erwartbaren Behandlungssituationen gegeben ist. Die Anzahl der Mitarbeiter\*innen mit entsprechender Fachqualifikation in der akutpsychiatrischen Behandlung sollte ebenfalls normativ vorgegeben und refinanziert werden. In der gesetzlich wirksamen Phase der Psych-PV bis Ende 1996 wurde die Fachweiterbildung Psychiatrische Pflege etabliert und von allen Kliniken beansprucht. Seit mehr als 10 Jahren ist dieser Qualifizierungsanspruch wieder rückläufig. Aufgrund nicht hinreichender fachlicher Expertise und personaler Kompetenz des Pflegepersonals werden fixierende bzw. isolierende Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie häufiger als nötig ausgeübt. Für die notwendigen Anpassungen in allen genannten Problemlagen sind rechtliche und finanzielle Grundlage zu schaffen, die im Sinne einer die Patienten- und Mitarbeitergefährdung weitestgehend ausschließend gestalteten Akutpsychiatrie ausgerichtet sein müssen. Im Weiteren schließe ich mich der in der Online-Befragung dargelegten Stellungnahme der DFPP (Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege) an.

*Anonym 84*

Das kann man nicht in drei Sätzen sagen. Wohltätiger Zwang ist immer ultima ratio, aber im Gefolge der BGB Änderung und der öffentlichen Wahrnehmung nach dem Fall Mollath immer weniger opportun. Wo sich aber psychisch Kranke selbst zerstören, ihre Familie, ihr Einkommen, ihre Wohnung und ihre Beziehung zu Nachbarn und Freunden und damit letztendlich ihr selbstbestimmtes Leben nach der Psychose, müssen Zwangsmassnahmen auch weiterhin möglich sein.

*Anonym 85*

Traumatisierung von Betroffenen und Be-Handelnden / kein oder verzögertes Annehmen von Hilfsangeboten von Betroffenen als Folge von Zwangsbehandlungen/Gewalt, daraus resultierende Verschlechterung des Gesundheitszustandes, persönliches Leid der Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld, Kostensteigerung

*Anonym 86*

Ist eine Gesellschaft auf Zwang angewiesen, läuft etwas schief in dieser Gesellschaft. Niemand steckt im anderen Menschen drin und darf sich anmaßen über ihn zu entscheiden, ihm Gewalt anzutun. Zwang verletzt die Menschenwürde und das Grundgesetz. Eine weitere repressive Maßnahme gegen unterlegene Menschen. Zwang ist immer Unterdrückung der Schwachen. Zwang kann niemals Hilfe sein. Wer legt fest, was Selbstbeschädigung ist? Rauchen, Kletterpartien im Gebirge, nachts spazieren gehen.... Warum unternimmt man nichts gegen Drogenhandel, gegen Gewalt in Familien, gegen die Ohnmächtigkeit vieler Menschen angesichts Ihrer ausweglosen Lage. Oft ökonomisch, aber es fehlt auch jegliche Solidarität und Verbundenheit in dieser Gesellschaft. In der kämpft jeder für sich gegen den andern. Zuverlässigkeit und Planbarkeit gibt es kaum. Schon die Wortkonstruktionen; „wohltätigen“ Zwang. Seit wann ist Zwang eine Wohltat. Traurig, dass Menschen überhaupt an so etwas denken, wie „wohltätigen“ Zwang. Zunächst dachte ich an einen Aprilscherz, aber dann wurde mir bewusst, was alles möglich ist und was Menschen Menschen antun können. Es gibt jetzt bereit genügend Willkür von Menschen, die glauben wohltätig zu handeln, wenn sie Menschen fixieren, gewaltsam Medikamente zuführen, ja sogar EKT vornehmen zum „Wohle des Patienten“, der sich dagegen wehrt. Der ist übrigens nach 4 Wochen gestorben, als Pflegefall, was natürlich vertuscht wurde. Auch da merkt man, welche Macht jetzt schon das Gesundheitswesen, hier speziell die Psychiatrien haben, in Zusammenarbeit mit Pflegeheimen und

anderen Kliniken. Ein gefährlicher Filz! Vertrauen wird durch Angst ersetzt. Tolle Hilfe, für Menschen, die ihren „Helfern“ vollständig ausgeliefert sind! Das führt in eine Diktatur des Gesundheitswesens. Der Verrohung wird durch „wohltätigen“ Zwang zunehmen. Es wird vergessen, dass in einer Gesellschaft, die ausschließlich auf Konkurrenz und Profitstreben aufbaut mit Leichtigkeit unterlegene Menschen benutzt werden können und sie werden auch benutzt, zuerst werden sie degradiert, dann ist der Weg frei... Weder ist menschliche Kompetenz, noch Zeit vorhanden, um mit schwierigen Menschen auch ohne Zwang umzugehen. Alle Abläufe sind effektiv gestaltet und so ist es auch gewollt. Es gibt nicht mal Räume in denen sich Leidende zurückziehen und zu sich finden können und Hilfe auch ablehnen können. Einfühlung und Mitleid ist unprofessionell und hinderlich für eine Industrie, die vom Leid lebt und nicht nachweislich etwas dagegen tun kann, außer Menschen „still“ zu legen. Es gibt nur eine Ausnahme, wenn der Mensch sich durch Patientenverfügung selbst für Zwang entscheidet. Die Erlaubnis damit gibt, Zwang bei sich anzuwenden. Ansonsten sollte es keinen Zwang im Gesundheitswesen geben, niemals! Das wäre eine Bankrotterklärung der Zivilisation.

*Anonym 88*

## **Frage 2: Antworten von Organisationen**

Soll etwa einem an Diabetes erkrankten Menschen die Insulin-Verabreichung vorenthalten werden, weil er sie (krankheitsbedingt) zurückweist?

*Alzheimer Gesellschaft Aschaffenburg*

Eine Zwangsbehandlung ist immer Ausdruck einer Ohnmachtssituation, dass sollte in jedem Fall bewußt sein. Deshalb muss der „wohltätige“ Zwang an allerletzter Stelle stehen. Kriseninterventionen müssen mit Klienten schon im Vorfeld ausführlich abgesprochen werden. Der Weitere Prozess, auch die Nachsorge müssen intensiv und bedarfsgerecht begleitet werden. Ein Umgang auf Augenhöhe und Respekt muss immer die Grundhaltung sein .

*AWO Bezirksverband Oberbayern*

Präventionskonzepte zur V e r m e i d u n g von Krisen und sog. „wohltätigem Zwang“: frühzeitige angemessen intensive Hilfe für Familien mit Bedarf - insbesondere nach Traumatisierung, Suchtthemen, psychischen Erkrankungen, schweren Krisen. / Geschultes Personal in Kitas, Schulen, Kinder- und Jugendeinrichtungen, Familienzentren etc., die Unterstützung anbieten und ggf. weitere Hilfen organisieren/vermitteln können / Im Krisenfall: Deeskalationsstrategien (Anwendung zuvor entwickelter Einrichtungskonzepte)

*Berliner Notdienst Kinderschutz*

Jeder Situation von Selbstgefährdung sollte mit einer gezielten, individuellen Begleitung / Lösungssuche begegnet werden. Dabei sollten die Betroffenen gehört, ihr Wille ermittelt und ihre Gefährdungen beschrieben werden (Assessment!) Ebenso zu hören sind die Beteiligten aus dem privaten und professionellen Umfeld mit ihren Unsicherheiten und ihrer eigenen Betroffenheit. Sie verfügen außerdem oft über implizites Wissen für geeignete Lösungen. Verständnis, Akzeptanz können so entstehen, geeignete Unterstützungsmöglichkeiten können gemeinsam erarbeitet werden. Angeleitet werden sollte dieser Prozess von

eigens dafür geschulten Moderator/innen. Eine gut erprobte und mittlerweile bewährte Methode ist die Ethische Fallbesprechung, moderiert von neutralen Moderatorinnen, unter Einbeziehung aller Beteiligten.

*Bremer Heimstiftung*

Zunächst muss über Prävention nachgedacht werden. Zwangsmaßnahmen sind immer nur dann erforderlich, wenn mit betroffenen Menschen kein Kontakt (mehr) hergestellt werden kann. Alle Auslöser von Zwangsmaßnahmen haben eine Vorgeschichte und belegen damit, dass nicht rechtzeitig geeignete Interventionen erfolgt sind oder erfolgen konnten. Prävention muss außerhalb der Kliniken beginnen. Es ist belegt, dass geeignete, bedarfsorientierte multidisziplinäre ambulante Hilfen und Krisendienste und Einschluss aufsuchender und niedrigschwelliger Angebote Unterbringungen verhindern. In den Kliniken prägt die Pflege als größte Berufsgruppe und aufgrund ihrer Präsenz (24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche) sehr stark die Kultur in einer Klinik und das therapeutische Milieu der Stationen und hat damit einen maßgeblichen und entscheidenden Einfluss auf die Prävention von und den Umgang mit Zwang während der Behandlung. Zwangsmaßnahmen korrelieren mit der Qualität und Quantität der Pflegenden. (Die DFPP war außerordentlich erstaunt, dass sie in der Anhörung am 23.12.2017 nicht beteiligt war.) / Prävention von Zwang / Sind Zwangsmaßnahmen nicht vermeidbar, muss es an erster Stelle darum gehen, Kontakt mit den Patienten herzustellen, sie soweit möglich aktiv in Ihre Behandlung einzubeziehen, ihnen die Möglichkeit zu geben, die Behandlung mitzugestalten, nicht wehr- und machtlos ausgeliefert zu sein. Erfahrungsgemäß lassen sich auch damit Zwangsmaßnahmen minimieren und eventuell vermeiden. Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen sind ein gutes Mittel, eventuell auftretende Zwangssituationen bereits im Vorfeld zu regeln. Die aktive Einbeziehung der Patienten und deren Angehörigen bzw. Bezugspersonen erhöhen die Selbstbestimmung und das Gefühl, nicht nur vom Schicksal und Gutdünken der Institution abhängig zu sein. Ähnlich positive Effekte können mit an Recovery orientierten Angeboten erzielt werden. Denn wenn Hoffnung und Selbstbestimmung gefördert werden, können sich Alternativen zu so genanntem selbstschädigendem Verhalten ergeben. Je mehr Patienten über ihre Erkrankung, über individuelle Risikofaktoren und Bewältigungsstrategien wissen und aktiv in Entscheidungsprozesse einbezogen sind, desto größer ist die Chance, zukünftig Zwang und Zwangsbehandlungen zu vermeiden. / Vermutlich wird es immer Situationen geben, in denen Zwang zum Schutz des Betroffenen notwendig ist. Gerade aus ethischen Gesichtspunkten halten wir es daher für wichtig, dass derartige Zwangsmaßnahmen im Rahmen der professionellen Kommunikation nicht emotionalisierend (weder positiv noch negativ) beschrieben und benannt werden (um Missverständnissen vorzubeugen: Patientinnen und Patienten (sowie ggf. auch Mitarbeitende), die von Zwangsmaßnahmen betroffen waren, haben u. E. unbedingt das Recht, auch ihr persönliches Erleben und ihre Emotionalität zu beschreiben. Dafür gilt es allerdings geeignete Kontexte zu schaffen.). Darüber hinaus ist es wichtig, dass der Umgang mit Zwang transparent ist. Jede Anwendung von Zwang muss mit den Betroffenen (hiermit sind sowohl Patienten als auch Mitarbeitende gemeint) nachbesprochen werden und es muss gemeinsam daran gearbeitet werden, solche Situationen zukünftig zu vermeiden.

*Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege*

Zunächst wäre ein Höchstmaß an Transparenz über Art und Anzahl solcher Maßnahmen anzustreben. Als zuständiger Referent war ich selbst erschrocken über das Ausmaß der Maßnahmen. Eine Expertenanhörung in Bayern hat gezeigt, dass bewährte Verfahren zur Vermeidung von solchen Maßnahmen aus der Altenhilfe (Werdenfelser Weg) nicht überall bekannt sind. Nicht das Kind sollte zum Problemträger gemacht werden, sondern die Betreuungssituation hinterfragt und verändert werden. Die Erfahrung zeigt, dass in vielen Fällen mit einem ausreichenden Einsatz von qualifiziertem Personal die Zwangsmaßnahmen

reduziert oder ganz abgeschafft werden können. Oft haben auch räumliche Veränderung, wie die Rückzugsmöglichkeit in einem Einzelzimmer erstaunlich positive Wirkungen. / Die Gesetzesinitiative der Bundesregierung, einen Richtervorbehalt einzuführen (wie bei Erwachsenen) ist zu begrüßen. Wunsch und Wille der Kinder und Jugendlichen, auch von nicht Sprechenden, ist zu eruiieren und zu dokumentieren. Lösungen sollen gemeinsam gefunden werden.

*Diakonisches Werk Bayern*

Rechtssicherheit für Mitarbeitende (angstfreie Kommunikation), Transparenz und Aufklärung, über Sinn und Notwendigkeit des „wohltätigen Zwangs“ für Angehörige und ges. Betreuer, damit Maßnahmen einvernehmlich und rechtssicher getragen werden. / Etablierung des Themas Ethik in die Kommunikations- und Organisationsstruktur

*Diakonissen Bethesda Landau*

Mehr Personal, Entlastungen, Freistellung um Zwangsmassnahmen zu vermeiden / Supervisionen! / Frühzeitige Aufnahme in Verfügungen/Vollmachten

*Hausengel PflegeAllianz*

Völliger Verzicht auf Zwangsmaßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe. Stärkung alternativer Betreuungsformen.

*KuB (Kontakt- und Beratungsstelle)*

Maximal eng auslegen - nur zum Lebensschutz und s. o.

*Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker*

Jede Erkrankung hat eine andere Ursache. Ge- und beehandelt wird jedoch noch immer nach den Regeln der Fachwelt, wobei die Fachlichkeit viel zu hoch gehängt wird. Ich finde bei der Normalbevölkerung inzwischen mehr Akzeptanz als in den Reihen der Profis, die offenbar immer in der Angst um ihre Arbeitsplätze sind. Bei der Selbsthilearbeit haben wir gar keine Möglichkeit, Zwang anzuwenden. Wir sidkutieren bis wir irgend einen Weg gefunden haben, weobei Ausschluss in unseren Reihen keine Lösung ist. Wir halten uns gegenseitig aus! PatVerfü und Behandlungsvereinbarung ist der Rat, den wir unseren Mitbetroffenen geben. Was wir außerdem in der Selbsthilfebewegung bieten, ist Begleitung, Aufklärung und Hilfe in Krisen - rund um die Uhr!

*Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen*

Abklärung der Maßnahmen mit Pat. und Angehörigen im Vorfeld der prekären Situation / Qualitätsmanagement zu abgelaufenen Zwangsmassnahmen / CIRS Meldungen bei Zwischenfällen / erlenen von Krisenintervention/Deeskalation / räumliche Verbesserung für Pat und Mitpatienten

*St. Josef Krankenhaus, Xanten*

Gute Vorbereitung/Absprachen. Win-Win-Situation für alle Beteiligten, zumindest im Nachhinein. / Während dieser Massnahmen möglichst kein „Gesichtsverlust“. Klare Kommunikationsstrategie während der Massnahme (1 Person ist für Komm. mit Betroffenen zuständig), davor und danach- mit allen Beteiligten. / Sit. sollte möglichst rasch wieder bereinigt werden, weil sich die Beteiligten in der Regel

auch danach wieder sehen und miteinander arbeiten müssen. Behandlungsvereinbarungen möglichst im Vorfeld schriftlich erarbeiten. / Wichtig ist, dass möglichst niemand verletzt wird.

*Wohnheim Tilia, Rheinau (CH)*

Es muss möglich sein den Willen der Person zu folgen, ohne sich als Einrichtung bei den öffentlichen Prüforganen (MDK und FQA) Nachteile einzuhandeln. Die Dokumentation muss erfolge. Ein Nachfragen und Vertiefen von Seite des MDK, FQA um die Sachlage im Gespräch zu klären muss erfolgen. Es ist unmöglich alle Sachverhalte zweifelsfrei auf Papier zu bringen. Das können unstudierte, gelernte Fachkräfte aus mittlerweile allen Ländern der Welt nicht. Deutsch ist nicht mehr die Muttersprache der Pflege. Wohltätiger Zweck darf nur bei aussichtsreicher Lebensqualitätsverbesserung und existenzieller akuter Bedrohung eingesetzt werden. Er darf keinesfalls den Willen des Betroffenen aushebeln. Der Willen muss erkundet und Patientenverfügungen durchsetzbar sein - z.B. wer setzt eine Patientenverfügung einer mittlerweile dementen Person gegenüber einem Sohn durch, der die Verweigerung von Medikamenten und Krankenhausaufenthalten nicht verkraften kann und daher Zwangsmaßnahmen fordert.

*Anonym 10*

Zwangsmaßnahmen minimieren / Kriterien zur Rechtfertigung / rechtskonformer Umgang mit wohl-tätigem Zwang

*Anonym 41*

Verzicht auf Zwangsmaßnahmen - ganz besonders im Bereich der Psychiatrie. / Patientenverfügung und Behandlungsvereinbarungen sollten die Regel sein.

*Anonym 87*

## **Frage 2: Antworten von Privatpersonen**

Weniger Verwaltung der Not betroffener Menschen, Respekt vor deren Leiden, Empathie; dafür ist ausreichend Personal erforderlich, das geschult und kontrolliert wird, nicht das zweifellos vorhandene Machtgefälle auszukosten. Sanktionen, deren Fehlen dem UN-Fachausschuss bei der Staatenprüfung 2015 aufgefallen ist.

*A. Andrefsen-Klose*

andere, alternative Maßnahmen, die generell den Betroffenen einbeziehen und seine Situation in den Mittelpunkt stellen und nicht die vermeintlichen „Notwendigkeiten“ von Ämtern und Institutionen.

*Dr. Oda Baldauf-Himmelmann*

Der Wegfall von Zwang würde zur Folge haben, dass neue und bessere Strategien und Angebote der Freiwilligkeit entstehen. Daher ist sinnvoll, auf Zwang ganz zu verzichten. Wissenschaft, Ärzt\*innen, Klinikleitungen usw. wären dann gezwungen, Denkkraft und andere Ressourcen für Verbesserung der freiwilligen Angebote zu investieren.

*Jörg Bergstedt*

Juristische Regelung zum Patientenwohl, mehr Patienten sollten eine Vorsorgevollmacht haben.

*Dr. Katrin Bernett*

Vidiodaufzeichnungen von Gesprächen und der „Massnahme des notwendigen Zwang“ an sich. Es sollte spätestens am nächsten Tag eine Kontrolle aus einer anderen Station/Einrichtung statt finden. Ebenfalls mit Videoüberwachung. Dies sollte zum Schutz vor Missbrauch und der folgenden Misshandlungen schützen. Sollte ein Patient, nach der Behandlung, gegen diese Massnahme Anzeige erstatten....ist es für alle Beteiligten, ein Beweismittel das helfen wird.... Es gilt, die Schwächsten der Schwachen zu unterstützen. Dies sieht unser GG vor !!! Wir missachten unser eigenes GG. Wollen aber über andere Länder „richten“!

*Cassys Homezone*

Aus Platzgründen nur ein Link zu meiner Antwort: <http://linocasu.org/cms/2017/04/oeffentliche-umfrage-zu-zwang-hier-meine-antwort/>

*Lino Casu*

Das man erst ausführlich und ohne Vorurteile mit den Leuten redet. Das ist in der Psychiatrie kaum möglich, vor allem wenn man eine Diagnose hat

*Thomas Eissele*

Meinungsaustausch innerhalb eines multiprofessionellen Teams im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung vor einer Entscheidung.

*Karl Enk*

Abgesehen von der unbedingten medizinischen Notwendigkeit, die nur selten gegeben ist, sollte die Beschneidung von Minderjährigen beiderlei Geschlechts verboten werden. Ein so schwerwiegender Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und die sexuelle Selbstbestimmung ist durch keinen der angeführten Gründe gerechtfertigt.

*Götz*

Willensäußerungen der Betroffenen sollten im Mittelpunkt stehen, bei Unsicherheiten ausführliche Betrachtung der Situation und Besprechung von Alternativen.

*Regine Harms*

ein Ziel ist das Wort wohltätigen vor Zwang verschwinden zu lassen oder für was braucht ihr das habt ihr doch ein Gewissen das ihr euch Zwang schön reden müßt / ein weiteres Ziel muss sein nicht wieder Gesetze zu schaffen die Zwang legalisieren. Schafft Gesetze die uns den Zwang ersparen. / Fragt uns was wir wollen fragt jeden einzelnen dem Zwang angetan werden sollen. / Ein Ziel muss es sein zu kontrollieren ob und wie ein Zwang ausgeführt wird. Wurde alles vorher ausgeschöpft. Kehren sie die Beweislast um lassen sie Ärzte und Pfleger beweisen das der Zwang nötig war das wäre ein Gesetz das uns helfen würde. / Ziel muss sein das nicht wir denen man eh nichts glaubt beweisen müssen das die Profis Zwang anwenden mussten. Es muss umgekehrt sein. Die Ausführenden müssen beweisen.

*Martina Heland-Graef*

Maßnahmen sollten vorab geprüft werden, vor allem die Verhältnismäßigkeit

*Pfr. Jens Holstein*

Skalierung von Zwang / Kriterien / Rechtfertigung / Möglichkeit dagegen anzugehen und darüber die Patienten aufzuklären, denn dieses Wissen meistens nur über Pflichten, aber fast NIE über ihre Rechte

informiert und habe evtl. nicht die Informationsbeschaffungskompetenzen um sich selbstständig zu informieren. Zumal es in der Zwangssituation vermutlich unmöglich ist.

*Frida Honneth*

Verzicht auf Zwangsmaßnahme. Einflußnahme durch Beratung, Aufklärung, Hilfsangebote zur Lebensbewältigung. Im absoluten Notfall sollte es die Möglichkeit geben, daß sich ein Betroffener, nach Aufklärung und Beratung durch Gerichte, mit Zustimmung eines Gerichts ZEITLICH BEFRISTET mit Zwangsmaßnahmen einverstanden erklärt. Mit Ablauf der zeitlichen Befristung ist der Status Quo wieder gegeben.

*Ralf Hoppe*

Begleitungsmöglichkeiten von Betroffenen (Peers, EX-IN, usw.) für Betroffene in Kliniken, ambulanten Einrichtungen und für Zuhause schaffen. Den Zugang zu diesen Möglichkeiten für Betroffene erleichtern / fördern. Diesen Zugang bereits sehr früh und zu Beginn einer psychischen (auch sehr schweren) Erschütterung schaffen. Dadurch Klinikaufenthalte mit harten Einschnitten für die Betroffenen vermeiden. Aufsuchende multi-professionelle Krisenteams vor Ort einrichten, die den Betroffenen, solange er/sie das für sich wünscht und für sich in der aktuellen Lage zulassen kann, ohne großen Verwaltungsaufwand aufsuchen und begleiten können.

*Robert Jacobs*

Entscheidungen treffen die im Sinne des Patienten und der Angehörigen sind.

*Peter Karg*

Minimierung von Zwangsmaßnahmen (Verzicht wäre eine Allmachtsfantasie) / Wenn Zwangsmaßnahmen, dann mit maximaler Transparenz und in engem juristischen Rahmen (z.B. wirklich nur bei Selbstgefährdung). / Delegieren von notwendigem Zwang/Gewalt an die staatlich legitimierte Stellen, z.B. keine Zwangseinweisung in die Psychiatrie mit Gewaltanwendung (Festhalten, Eskortieren, Transportieren) der eigenen MA, sondern durch die Polizei / regelmäßige, ernsthafte, externe, unabhängige Überprüfung von Zwang und Gewalt in Wohneinrichtungen

*Markus Kellmann*

Eine Minimierung sollte immer das Ziel sein. / Viel Potential zur Verbesserung sehe ich in nachbesprechungen und behandlungsvereinbarungen bei psychiatrischen Patienten.

*Dr. Sebastian Kirsch*

Rolle von Ethik-Beratung sollte gestärkt werden; natürlich sollte wohltätiger Zwang möglichst vermeiden werden! Wartebigraphie des Betroffenen stärken (Biographie validieren)

*Kliesch*

Daß kein Zwang benötigt wird und daß die Patienten selbstbestimmt leben können. Das scheint aber gerade in Deutschland nie möglich zu werden, da sich die Behördioten als Herrscher aufspielen und alles boykottieren, das die Selbstbestimmung ermöglichen würde.

*Patricia Koller*

Freie Einwilligung, Aufklärung, Abwägung des hohen Rechtsguts der Selbstbestimmung / Eher noch mehr Humanisierung der Psychiatrie und des Menschenbildes/Patient/-in / Mehr Therapie oder anderen

Formen der Heilung, Gesundung / Suche nach medizinischen Alternativen / In-Fragestellung des westlichen, medizinischen Menschenbildes: körperlich Kranke - psychisch Kranke (vgl. Chinesische Medizin mit „Energie-Konzept“) / Wo bleibt die gesellschaftliche, soziologische, wirtschaftliche Reflektion zur Entstehung von Krankheit / Robert Castel: „Psychiatisierung der Gesellschaft“ als Gefahr aufhalten / Definition von wohlütigem Zwang / Reflektion über Sparmaßnahmen, Kostensenkung in der Psychiatrie / Frage: warum soll Zwang wieder eingeführt bzw. verstärkt werden?

*Ulrike Kopetzky*

Wie gesagt Zwang ist nicht in Ordnung. / Die Menschen müssen überzeugt werden sich behandeln zu lassen. Gespräche rund um die Uhr sind auch eine Möglichkeit Leute davon zu überzeugen zur Ruhe zu kommen. / Man muss auch akzeptieren, dass es Menschen gibt, die sich nicht an das System anpassen wollen. Es gibt Menschen, die möchten oder können keinen nine-to-five-job ausüben. Viele PEs in Werkstätten haben das Problem, dass sie nicht die normalen Arbeitszeiten ausüben können, da sie einen anderen Tages-Nacht-Rythmus haben. / Verrücktheit sollte auch in der Öffentlichkeit erlaubt sein. Das Anderssein muss erlaubt werden.

*Sylvia Kornmann*

bei Medikamenten: akzeptieren, wenn der Klient die Medikamente nicht nehmen will, solange dadurch keine schwere Gefahr für seine Gesundheit oder seine Mitmenschen besteht. Hierbei besteht allerdings das Risiko, dass andere ihre Medikamente ebenfalls nicht mehr nehmen wollen, obwohl dies bei ihnen schwerwiegendere Folgen hätte. / bei Unterbringung in Wohnheim: Zwangsunterbringung als letztes Mittel, vorher Versuch ein Leben im Betreuten Wohnen sicherzustellen mit eventuell engmaschiger Betreuung. Bei Zwangsunterbringung versuchen, dem Klienten zu ermöglichen, kleinere Ausgänge alleine wahrzunehmen. / bei Zwangseinweisung in Klinik: Patient ebenfalls kleinere Ausgänge gewähren wenn möglich, Patient eine gewisse Mitsprache in der Behandlung erlauben.

*Rene Kropp*

in den o.g. Fällen ist die rechtliche Regelung praxisfremd. Wenn bestimmte, eng eingegrenzte Kriterien erfüllt sind, sollte „wohlütiger Zwang“ unbürokratisch möglich sein.

*Dr. Maria Lang*

Es müsste mehr Therapie geben anstatt Zwang. Mehr Personal um eine 1zu 1 Betreuung oder sogar 2/1 Betreuung zu gewährleisten. Siehe z.b. Soteria. Und falls es doch dazu kommen muss, fehlt in den Meißner Fällen tatsächlich die Aufarbeitung der Zwangsmaßnahmen. Patienten entwickeln zum Teil sogar ptbs nach solchen Eingriffen. / Wir benötigen unbedingt mehr psychiatrisches Fachpersonal und Empathie Schulungen in Form von szenischem Spiel z.b.

*Sabine Martin*

Zwang sollte dann ausgeübt werden, wenn der Mensch nicht in der Lage ist, die Notwendigkeit einer Behandlung zu erkennen und wenn ohne diese Behandlung seine körperliche Unversehrtheit Schaden nehmen würde. / Ist ein Mensch in der Lage, die Folgen einer fehlenden Behandlung einschätzen zu können, sollte sein Selbstbestimmungsrecht geachtet werden.

*Gisela Maubach*

Unbedingt die Willensäußerung der PatientIn berücksichtigen! Verzicht von Zwangsmaßnahmen. / PatientInnenverfügung/Behandlungsvereinbarung beachten!

*Gina Methling*

Konfliktsituationen vermindern durch kleinere Stationen mit entsprechender Personalstärke, räumlich besser den Bedürfnissen unserer Schützlinge angepasst und weniger Dokumentationswahn! Letztendlich sollte die Behandlung von Menschen nicht der Gewinnmaximierung untergeordnet werden!

*Stefan Mosshamer*

Sowohl Fixierung und Isolierung als auch medikamentöse Zwangsbehandlung, aber auch die Zwangsunterbringung sind nicht nur menschenrechtswidrig, sondern können massive langfristige Folgeschäden wie Traumatisierung, Stigmatisierung, Vertrauensverlust (in Ärzte und Pflegepersonal, das Rechtssystem, Sicherheitskräfte, in sich selbst, in die Mitmenschen, in die Realität und in das Leben), Symptomverschlimmerung, körperliche Schäden, heftige medikamentöse Nebenwirkungen bis zur starken Verkürzung der durchschnittlichen Lebenserwartung, Medikamentenabhängigkeit, Verlust des Arbeitsplatzes, der Wohnung, des sozialen Umfeldes usw. nach sich ziehen. Es kann also nicht darum gehen zu schauen ob es „guten“ oder „bösen“ Zwang gibt oder ob eine Fixierung oder eine Zwangsmedikation weniger belastend ist, sondern das gesamte psychiatrische System muss sich radikal wandeln (oder gewandelt werden) um zu einem die Menschenrechte und -würde und die individuellen Bedürfnisse der Menschen/Patienten achtenden Hilfsystem zu werden, das Vertrauen, Sicherheit und eben Hilfe anbietet. Dann werden viele der jetzigen „Problempatienten“ diese Hilfsangebote hoffentlich endlich freiwillig aufsuchen können. / Bis es soweit ist sollte der psychiatrischer Zwang auf das absolute Minimum reduziert werden

*Sophie Müller*

Verzicht auf oder Minimierung von Zwangsmaßnahmen, insofern diesen zugrundeliegende psych. Störungen nicht anderweitig behandelbar sind. Jede Form von Prävention, die Zwangsmaßnahmen vermeiden hilft, ist im Sinne der Menschenwürde zu ergreifen. Strenge Kriterien, die Zwangsmaßnahmen ggf. rechtfertigen, sind zu fordern und in jedem Einzelfalle von unabhängiger Seite (extern) zeitnah und sanktionsbewehrt zu reevaluieren.

*Dr. Michael Noll-Hussong*

Aufklärung und Überzeugungsarbeit mit den Patienten von Fachkräften vor einer Zwangsmaßnahme / Einbeziehung der Angehörigen soweit möglich / versuchen, Mithilfe der Patienten zu erreichen, bevor der Zwang deutlich wird / ein Kriterium sollte auch ein zu erwartender sehr weitgehender sozialer Schaden, den der Patient durch seine Erkrankung auslöst(Beispiel Wohnungsverlust), sein. Das Ziel dabei sollte es sein, den weiteren sozialen Abstieg zu vermeiden.

*Katrin Nolte-Reimers*

Punkt :Abwehr einer selbst Schädigung / Mein inzwischen verstorbener Bruder war Drogenabhängig und hatte eine Schizophrenie er war oftmals in einer psychiatrischen Klinik in Berlin-Spandau wo ihn gut geholfen werden konnte so dass man mit ihm einigermaßen gut und normal umgehen bzw sprechen konnte aber er wurde immer nach kurzer Zeit wieder in die sogenannte Freiheit entlassen eine Freiheit mit der er nicht umgehen konnte infolge seiner Krankheit er fühlte sich von Passanten auf der Straße bedroht und Flug denn oftmals zu so dass ihm die Polizei wieder ein sammelte in größeren Zeitabständen die britischen Bedrohungen welche er ständig war warm weil er ja außerhalb der Klinik seine Schizophrenie

Medikamente gar nicht nahm und stattdessen sehr viel Alkohol konsumierte führten zu einem immer größer werdenden bitte Ohren Szenario diese Kombination von sich bedroht fühlen und infolgedessen der Versuch nicht das weg zu trinken und das nicht bewusst seien die richtigen Medikamente zu nehmen diese Tatsache raubten ihm eines Tages das Leben ich hätte es gut gefunden wenn er irgendwo morgen betreutes Leben hätte führen können dann würde er heute noch leben

*Harald Prenzlow*

Schulen und Ortschaften in denen die Personen Leben. mehr Aufklärung durchführen befor Zwangsmaßnahmen getroffen werden. Personen sollten zu eigenständigen denken angeregt werden.

*Tabitha Prusseit*

Einbeziehung von Willensäußerungen im Vorfeld, aber auch natürlicher Wille / Begleitende Maßnahmen wie Nachbesprechung / Ethikberatung

*Klaus Rademacher*

Verzicht / Verzicht auf die Betonung der Wohltätigkeit (denn es erscheint nur einer Partei als wohltätig - und eigentlich tut es niemandem in dem Moment wohl, dass da etwas mit Zwang durchgesetzt wird) / Nachbesprechung

*Hannah C. Rosenblatt*

Frühzeitige Klinikeinweisung und notfalls „Zwangsmedikation“ bei jeder Erstdiagnose von schweren, akuten Psychoseerkrankungen; analoges Vorgehen bei Erstdiagnose Alkoholintoxikation oder Entzugskrämpfen (notfalls 2-3-wöchige Zwangsbehandlung, hiernach verpflichtende Organisation adäquater stationärer oder ambulanter Weiterbehandlung; frühzeitige fachärztlich-psychotherapeutische Intervention zwecks raschem Übergang zu einvernehmlicher, freiwilliger Weiterbehandlung zur Vermeidung von „Drehtüreffekten“; sofortige Veranlassung einer gesetzlichen Betreuung für alle o.g. Fälle mit einem Betreuerschlüssel von 1:20, höchstens 1:40 während der Akutbehandlungsphase (mind. für 6 Monate)

*Karsten Rydzy*

Man sollte mit dem Patienten reden, ihn beruhigen, ihn vorübergehend kurz fixieren. Aber wenn man mit ihm duschen gehen kann, was der Fall war, wenn man mit ihm reden kann, sollte man entfixieren. Ich habe als Betreuerin bewirken können, dass er in eine andere Klinik kam, man hat es dort so gemacht, nach drei kurzen Fixierungen war es in Ordnung. Um die Zwangsmedikation kam er nicht herum, das ging nicht anders, um ihn aus dem Zustand der panischen Abwehr rauszuholen. Das hat auch gut funktioniert, er nimmt seine Medikation wieder ein (halbes Jahr vergangen).

*Kerstin Samstag*

Keine, den derartige Situationen sollten vermieden werden. Falls dies von Professionellen als einzige Option erachtet wird, ist sie präzise und für die Person selbst wie auch für Dritte (Angehörige, Betreuer\_in, andere Vertrauenspersonen etc.) nachvollziehbar zu dokumentieren, wie auch die Nachbesprechung. Dabei muss zweifelsfrei belegt werden, dass alle Alternativen zuvor ausgeschöpft wurden. Ferner müssen die betroffene Person wie auch deren Vertrauensperson Zugang zu den vollständigen Akten erhalten. / Aufgrund der erhöhten Vulnerabilität müssen extrem strikte Kriterien bei unter 18-Jährigen angelegt werden. Die Einwilligung von Eltern ist nicht als ausreichend zu erachten.

*Dr. Erik Schneider*

Erst wenn „wohltätiger Zwang“ keine Folge von Personalmangel oder ökonomischen Überlegungen mehr ist und eine alters- und zustandsgerechte Aufklärung über die notwendigen Maßnahmen glaubhaft und in einem angemessenen Umfang durchgeführt wurde, kann dieser rechtfertigbar sein. Das heißt aber lange noch nicht, dass er es in diesem Falle auch ist. Patienten (soweit es eben möglich ist) und Angehörige müssen in so einem Fall über Zweck und Ziel informiert sein und einen Ansprechpartner außerhalb des Behandlungsteams haben, der sie begleitet und ggf. die Zwangsmaßnahmen immer wieder kritisch überprüfen lässt. Über die Besonderheiten der Psychiatrie kann ich mir, mangels Erfahrung auf diesem Gebiet, kein Urteil erlauben. Wenn jedoch schon der nicht-psychiatrische Patient täglich mit freiheitsentziehenden Maßnahmen konfrontiert wird, mag ich mir die Schwierigkeiten, die sich in der Psychiatrie ergeben, gar nicht vorstellen.

*Dr. Susanne Stemmer-vom Steeg*

Wohltätiger Zwang KANN sinnvoll sein. Zum Beispiel in akuten Fällen von Delir. Aber: Jede Art von „wohltätigem Zwang“ in der Medizin setzt im Vorfeld eine gründliche Diagnostik voraus. Um diese zu gewährleisten bräuchte es: mehr pharma-unabhängige Aus- und Fortbildung für Ärzte und Pflegepersonal in Sachen Altersmedizin, grundsätzlich eine bessere Vergütung für die sprechende Medizin und für gründliche Anamnesen, mehr und besser qualifiziertes Personal für die Betreuung von älteren Patienten

*Cornelia Stolze*

Vor Zwangsmassnahmen sollten präventive Strategien ausgeschöpft und dokumentiert werden müssen. / Zwangsmassnahmen den Betroffenen immer offen kommunizieren und deklarieren. / Auch informeller Zwang ist zu rechtfertigen und zu dokumentieren / Zwangsmassnahmen nicht länger als nötig. / Regelmässige ethische Fallbesprechungen im Behandlungsteam / Seltener Isolierung und Fixierung, jedoch öfter und konsequenter medikamentöse Zwangsbehandlung, was längerfristig weniger belastend ist. / Systematische Nachbesprechungen mit Betroffenen und Angehörigen sind wichtig, damit diese die Zwangsmassnahme einordnen und akzeptieren können. / Klar unterscheiden zwischen akuter Selbstgefährdung und latenter Selbstgefährdung (z.B. Verwahrlosung) / Zwangsmassnahmen bei unklarer Einwilligungsfähigkeit: Einwilligungsfähigkeit sollte evaluiert werden und Zwang nur bei fehlender Einwilligungsfähigkeit zum Zug kommen (z.B. kann jemand einwilligungsfähig sein für einen Bilanzsuizid, jedoch nicht einwilligungsfähig bei Suizidalität im Rahmen einer Psychose oder Depression)

*Dr. Dr. Manuel Trachsel*

Eine fachliche und individualisierte. Es gibt eine Bedarfgruppe für wohltätigen Zwang. Die ausübende Institution muss hinsichtlich der gelebten Haltung streng kontrolliert und fachlich sehr gut ausgebildet sein. Das heißt nicht nur eine Fachliche Leitung, sondern Schulungsmaßnahmen für jeden Mitarbeiter z.B. in traumasensiblen Handeln; Deeskalation und mit Selbsterfahrungsverpflichtung, der mit der Ausübung von Zwangsmassnahmen direkt zu tun hat. / Meine Erfahrung ist, dass wohltätiger Zwang schnell in Machtmißbrauch kippt, wenn Mitarbeiter überfordert sind, selber Ohnmachtserfahrungen kennen, die sich dann in der Arbeit reaktualisieren, oder Ihnen das Wissen fehlt. / Ganz klar ist, dass Zwangsmassnahmen verhältnismässig sein müssen und ein Behandlungs- und Entwicklungsziel realistisch sein muss. Als letztes Mittel sehe ich sie aber nicht, weil es grade bei Kindern und Jugendlichen Studien gibt, die belegen, dass es im Alter von 12- max. 15 erfolgversprechend ist Zwang einzusetzen, danach aber nicht mehr. Das heißt in einigen Fällen wäre es sinnvoll rechtzeitig zu agieren und nicht nach dem Prinzip der letzten Wiese zu agieren.

*Anna Vetter*

Minimierung - gute Kommunikation - antezipierende Aufklärung von Risikopatienten

*Arved Weimann*

kritischer hinterfragt / Und besser durch Behörden überprüft

*Christian Wendt*

Es sollte nach Möglichkeit Übereinstimmung und Zustimmung für die Hilfsmaßnahmen erreicht werden. dabei ist nicht die Sprache der Helfer anzuwenden sondern eine Sprache gesucht werden, die eine Verständigung ermöglicht, die den Zugang zu einem individuellen Wahnsystem ermöglicht.

*Georg Wieland*

Ihre Beispiele machen die Ziele deutlich. Ergänzend würde ich noch die fragwürdige Indikationsstellung für bestimmte invasive Maßnahmen (wie z.B. große Operationen, Einlage Herzschrittmacher/ Defibrillator, Ersatz Herzklappe) nennen. Gerade im Zusammenhang mit einem (nicht?) bekannten Patientenwillen und der Indikation für bestimmte medizinische Maßnahmen. Hier nehme ich als erfahrene Intensivpflegekraft eine zunehmende Überversorgung von Patienten wahr.

*Andreas Willenborg*

Zwang ist im Zusammenhang mit Gesundheit, Pflege, Behindertenhilfe, Betreuung im Grundsatz abzulehnen.

*Anonym 1*

Krisenpass respektieren, Massnahmen ergreifen, die beim letzten Mal als hilfreich empfunden würden.

*Anonym 2*

angemessener Umgang mit wohlütigem Zwang, nicht seine Abschaffung um einer Pseudofreiheit willen. / natürlich Schulung von Pflegepersonal, Angehörigen, Betreuern..in gewaltfreier Kommunikation und Deeskalationstechniken, Einbeziehung von Patientenverfügung v.a. im Hinblick auf definierte Maßnahmen, die in Krisen helfen

*Anonym 3*

Der Schutz sollte immer von mehreren Fachkräften beurteilt und ausgeführt werden und auch überprüft werden.

*Anonym 4*

Unbedingt sollte der Wunsch des Betroffenen alles Tun leiten

*Anonym 5*

In der Akutmedizin möchte ich möglichst ohne Zwang, ohne Traumatisierung auskommen. Muss aber auch an die Sicherheit denken. Bsp werden bei kleinen Kindern die Ellbogengelenke in der Kieferklinik gerade gehalten, damit Magensonde und ggf Zugang etc. in ruhe gelassen werden.

*Anonym 6*

Zuerst muss der gebrochene Mensch ein Minimum an Vertrauen wieder aufgebaut haben.

*Anonym 7*

Einbeziehung aktueller und vorausgegangener Willensäußerungen des Betroffenen / Kriterien, bei deren Vorliegen „fürsorglicher Zwang“ angebracht ist

*Anonym 8*

supportive Massnahmen parallel zu Zwangsmassnahmen aufgleisen / Minimierung von Zwangsmassnahmen

*Anonym 9*

Zwangsmaßnahmen dürfen nur eine absolute Ausnahme sein, wenn weder Willensäußerungen des Betroffenen oder sei er Angehörigen bzw Vormunds vorliegen und Alternativlösungen gerichtlich geprüft wurde. Bzw nicht möglich sind.

*Anonym 11*

Verzicht auf oder Minimierung von Zwangsmaßnahmen / Begleitende Maßnahmen (z.B. Aufklärung, Nachbesprechung, Begleitung) / Einbeziehung aktueller und vorausgegangener Willensäußerungen des Betroffenen (z.B. Patientenverfügung, Behandlungsvereinbarung)

*Anonym 12*

Reflexion der Ursache und des Nutzens der Zwangsmaßnahme mindestens 1x pro Schicht / Minimierung der Zeit und Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen / wenn kognitiv möglich Nachbesprechung der Zwangsmaßnahme mit dem Betroffenen / Regelmäßiges Deeskalationstraining für pflegerisches und ärztliches Personal / Möglichkeit, Entlastungspersonal in schwierigen Situationen zeitnah zur Hilfe holen zu können

*Anonym 13*

Verzicht auf oder Minimierung von Zwangsmaßnahmen

*Anonym 14*

Er sollte generell ABGESCHAFTT werden!! / Wenn es sich nicht vermeiden läßt, jemanden vor sich selber zu schützen, so sollte auf Fixierungen verzichtet werden und derjenige durch Festhalten davon abgehalten werden, sich zu verletzen!

*Anonym 15*

So der Zwang erfahren muss immer noch das Gefühl von Autonomi

*Anonym 16*

Verzicht auf oder Minimierung von Zwangsmaßnahmen / Begleitende Maßnahmen (z.B. Aufklärung, Nachbesprechung, Begleitung) / Einbeziehung aktueller und vorausgegangener Willensäußerungen des Betroffenen (z.B. Patientenverfügung, Behandlungsvereinbarung)

*Anonym 17*

letztes Mittel / so kurz/so selten wie möglich / jede Zwangsmaßnahme nachbesprechen / Behandlungsvereinbarungen obsolet / organisationale Auseinandersetzung mit Zwang forcieren / verpflichtende Ethikkonsile vorab

*Anonym 18*

Einbeziehung aktueller und vorausgegangener Willensäußerungen der Patienten, die davon betroffen sind  
*Anonym 19*

Verzicht auf oder Minimierung von Zwangsmaßnahmen  
*Anonym 20*

Diskussionen, Gruppendiskussionen, lange Gespräche, immer wieder folgende Gespräche, Verhandlungsvereinbarung  
*Anonym 21*

möglichst gar kein „wohltätiger Zwang“ / die Berücksichtigung von vorherigen Äußerungen (Patientenverfügung etc.) sollte ja wohl selbstverständlich sein - ein Verstoß dagegen müsste eigentlich Sanktionen nach sich ziehen / nach Möglichkeit freiwillige Kooperation des Betroffenen erreichen / Kriterienkatalog mit den Voraussetzungen für wohltätigen Zwang, aber mit restriktiven Vorgaben! / „Vier-Augen-Prinzip“ - keine Entscheidungen durch einen Verantwortlichen allein  
*Anonym 22*

Minimierung. / Und wenn notwendig, dann nur mit intensiven begleitenden Maßnahmen, niemand darf allein gelassen werden. / also: Präsenz des Personals, auch nachsorgende Gespräche  
*Anonym 23*

s. o.  
*Anonym 24*

Man muss Patienten, die desorientiert sind, zuweilen mit verschlossenen Türen daran hindern, das Haus verlassen zu können, denn sie achten weder auf entsprechende Kleidung oder die Tageszeit noch finden sie allein zurück. Ein Bekannter wurde eine ganze Nacht von der Polizei per Hubschrauber gesucht und man fand ihn schließlich morgens um 7 Uhr per Rundfunkaufruf, völlig unterkühlt und zerschunden und wurde sofort in ein Krankenhaus eingeliefert.  
*Anonym 25*

Minimierung von Zwangsmaßnahmen / Sorgfältige Abwägung von Interessen / Sorgfältige Nachbesprechung der Situation / „Würdevolle“ Durchführung einer Zwangsmaßnahme / Einbeziehung von Voraussetzungen  
*Anonym 26*

Minimierung soweit wie möglich / Beachtung von Patientenverfügung und anderer Willensäußerung, wenn einschlägig / Nachbesprechung im Team, ggf Mitteilung an Ethikkomitee / innerbetriebliche Fortbildungen anbieten  
*Anonym 27*

Wohltätiger Zwang sollte nur minimal angewandt werden. In Situationen, in denen ein Patient aufgrund seiner psychischen Erkrankungen mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit anderen Menschen ernsthaft physisch oder psychisch schaden könnte, ist er gerechtfertigt. Geht es nur ums Wohl des Patienten selbst, sollten strenge Kriterien angelegt werden, anhand derer entschieden wird, ob welche Maßnahmen

wie eingesetzt werden können. Patientenverfügungen sind in jedem Fall zu beachten. Alle Menschen, auch psychisch kranke, sollten die Autonomie besitzen dürfen, ihr Leben auf die Weise zu leben und zu beenden, wie sie es gerne möchten. Sie gehören niemand anderem als sich selbst, deshalb ist es nicht Recht des Gesundheits- (oder irgendeines anderen) Systems, über sie zu entscheiden, als seien sie Besitz eines Großen Ganzen.

*Anonym 28*

Kriterien, bei deren Vorliegen „wohltätiger Zwang“ gerechtfertigt sein kann sind sehr erstrebenswert. Die Bedeutung „gefährlicher Pflege“ muss klar werden- das heißt zu wenig Zeit und Personal fordert auch bei den reflektierenden Pflegekräften Tribut und auch sie / ich greife dann zu freiheitsentziehenden Maßnahmen. (gesicherte Therapie/ Ernährung)

*Anonym 29*

Leitlinien, z.B. engmaschige Evaluation, ob wohltätig (noch) gegeben ist; Zwang als ultima ratio;

*Anonym 30*

Minimierung/Ausschluss von Zwangsmaßnahmen / Einbezug aktuelle oder vorausgegangene Willensäußerung des Bewohners

*Anonym 31*

die 4 u.g. sind wichtig, es sollte aber vor allem Punkt 2) „Kriterien“ deutlicher herausgearbeitet werden, auch unter dem Aspekt der Vernachlässigung von Gesundheitsinteressen Betroffener.

*Anonym 32*

Beschränkung von Zwangsmaßnahmen auf das in der Situation notwendige. Daher sind alle u. g. Beispiele hilfreich, jeweils allein aber nicht hinreichend.

*Anonym 33*

Dem Patienten die selbstständigkeit zurück zugeben und diese Entscheidung auch anzunehmen

*Anonym 34*

Schutzmaßnahmen bei Gefahr von Verletzung und Freitod vorrangig, Schranken durch Persönlichkeitsrechte der Betroffenen / Erfahrungsaustausch mit Betroffenen / Aufzeigen best case, worst case Szenarien / Willensäußerungen ernst nehmen

*Anonym 35*

Wohltätiger Zwang sollte immer dann durchgeführt werden, wenn es dem Selbstschutz eines Patienten dient. Besteht jedoch für den Patienten keine Hoffnung mehr, sollten, unter Beachtung einer eventuell vorhandenen Patientenverfügung, solche Maßnahmen auf ein Minimum beschränkt werden, die notwendig sind, um sein Leiden in einem Sterbeprozess nicht noch zu verschlimmern.

*Anonym 36*

eine für alle zufriedenstellende (ärzte, pfleger, angehörige, zu behandelnde person) lösung

*Anonym 37*

Kriterien, bei deren Vorliegen „wohltätiger Zwang“ gerechtfertigt sein kann

*Anonym 38*

s.o. Der Wille der Person gegenüber der „wohltätiger Zwang“ angewandt werden soll (z. B. Patientenverfügung) ist in jedem Fall zu berücksichtigen.

*Anonym 40*

bessere Schulung des Personals bezüglich alternativer Deeskalationsmaßnahmen und angemessene Nachbesprechung der Zwangsmaßnahmen mit dem Patienten

*Anonym 42*

Das sollte klar durchgesetzt werden: „Die Würde des Menschen ist unantastbar“.

*Anonym 43*

Nummer 4

*Anonym 44*

Verzicht auf oder Minimierung von Zwangsmaßnahmen / Begleitende Maßnahmen (z.B. Aufklärung, Nachbesprechung, Begleitung) / Einbeziehung aktueller und vorausgegangener Willensäußerungen des Betroffenen (z.B. Patientenverfügung, Behandlungsvereinbarung)

*Anonym 45*

Entspannung. Distanz von der gefährdenden Situation. Minimaler Eingriff. Alternative Konzepte zum Zwang. Individuelles Vorgehen (jeder Erfahrende hat ein eigenes Krisenmanagement (Abläufe, Begleitung, Unterbringung) auch in einer Zwangslage).

*Anonym 46*

Verzicht von Zwangsmassnahmen bei angemessener räumlicher und personeller Ausstattung

*Anonym 47*

Es soll gar keine physische und psychische Gewalt, insbesondere aus Mangel an Ressourcen, stattfinden. Gegenüber jeglichen älteren Kindern, Jugendlichen/Erwachsenen, auch betreuten oder unterstützungsbedürftigen, soll kein „wohltätiger Zwang“ stattfinden. Gegenüber Babys und Kindern ca. unter 3 Jahren kann ich mir vorstellen, dass in akut lebensbedrohlichen Situation Gewalt angewendet werden müsste gegen deren Willen (z.B. Zugang legen für lebenserhaltende Medikamente). Dabei ist ein möglichst gewaltarmes Vorgehen zu wählen, ggf. Maßnahmen zur Schmerzfremdung - reduktion zu ergreifen. S.o.: Auch in dieser Altersgruppe ist Gewalt aus Ressourcenmangel (Zeit, mangelnde Erfahrung/Übung...) inakzeptabel.

*Anonym 48*

Beschneidung des männlichen Kindes muss verschoben werden bis der Mann selber entscheiden kann. Einen sehr sensiblen Teil seines Körpers zu verlieren und damit eventuell auch einen Teil seiner sexuellen Erfüllung, darf nicht das Recht von Eltern sein, auch nicht bei Jungen. Dazu sollten Eltern aufgeklärt werden das die Vorhaut eine sehr wichtige Funktionen hat und keineswegs überflüssig ist, das es für Kinder eine traumatische, einschneidende Erfahrung ist und selbst in den USA ca 100 mal zum Tod eines

männlichen Babys führt. Auch in Afrika sterben jedes Jahr Jungen an dieser OP oder erleiden Teilamputationen vom Penis selber. Es ist kein harmloser Eingriff.

*Anonym 49*

Verzicht auf oder Minimierung von Zwangsmaßnahmen

*Anonym 50*

Erstellung von Kriterien für Krisensituationen, in denen „wohltätiger Zwang“ angewendet werden kann - zur Handlungssicherheit aller Beteiligten - die Einschätzungslage kann bei unterschiedlichen Fachkräften auch immer unterschiedlich sein; immer wieder Bereitstellung von Mitteln für begleitende Maßnahmen wie Fortbildung und auch Supervision oder Praxisberatung

*Anonym 51*

Im besten Fall so wenige Zwangsmaßnahmen wie möglich. In irgendeiner Form regelmäßige Reflektion im Team ob tatsächlich das Beste für den Patienten unter Berücksichtigung seines Wunsches oder das einfachste bzw. gewünschte Ergebnis durch das Team angestrebt wird.

*Anonym 52*

Zielsetzung wird von Betroffenen definiert / persönliche und individuelle Zielsetzung / sachliche Informationsweitergabe

*Anonym 53*

Verbot von Zwang

*Anonym 54*

Transparenz zeigen / mehr Kontakt zu Angehörigen / Zwangsmaßnahmen auf lebensbedrohliche Maßnahmen minimieren / Ausführliche Vor- und Nachbereitung muss zur Pflicht und zum Selbstverständnis werden / Gabe von Medikamenten darf nicht das einzige Therapieangebot sein

*Anonym 55*

Dringend notwendig ist der standardisierte Austausch im professionellen Team, den Personensorgeberechtigten und den Betroffenen. Dazu sollten Vorgaben entwickelt werden.

*Anonym 56*

Erhöhter Personalschlüssel, damit nach der Zwangsmaßnahme, jemand mit dem betroffenen Menschen sprechen kann. / Positive, offene und zugewandte Authentizität im Umgang gegenüber einem Menschen in einer psychischen Ausnahmesituation. / Atmosphäre von wertschätzendem Mitgefühl, für das, was evtl. durch die Anwendung der Zwangsmaßnahme an Leid angetan werden muss.

*Anonym 57*

Mitspracherecht betroffener, Kompromisse finden. Gespräch auf Augenhöhe, Empathie.

*Anonym 58*

Mit einer Beschneidung ohne zwingende medizinische Indikation sollte abgewartet werden, bis der Junge aufgeklärt selbst einwilligen kann. Zwangsbeschneidungen, sollten illegal sein, insbesondere dann, wenn

sie von nicht elterlichen Sorgeberechtigten veranlasst werden. Zwangsbeschneidungen sollten zwingend dokumentiert werden. Verjährungsfristen sollten erst mit der Volljährigkeit beginnen, so dass Zwangsbeschneidene gegen die Täter Klage erheben können.

*Anonym 59*

Wenn die Menschen das Wetter beeinflussen könnten, dann würde es Kriege darum geben. / Es ist in einer Weise hilfreich sich vorzustellen, dass es sich um Scharlatanerie handelt, sollte jemand ein Leben ohne Probleme propagieren. Wie Verantwortliche mit Problemen umgehen, zeigt alleine, ob sie die Ausbildung, das Studium verstanden haben. Leider üben sehr, leider sehr, sehr viele ihren „sozialen“ Beruf, der der Hilfe dienen soll, die das Ziel hat, möglichst entbehrlich zu werden genau anders herum aus, und arbeiten so, dass sie letztlich unentbehrlich werden. Leider wird, wer unentbehrlich erscheint, auch befördert. So kommt es, dass es allg. üblich ist, genau entgegengesetzt seiner Aufgaben im Beruf zu handeln. Im Kinder- und Jugendhilfesystem geht dies so weit, dass Mitarbeiter sich zwischen zwei Stühlen befinden, sie sollen einerseits gegen die Hilfebedürftigen ermitteln, andererseits steht dem der gesetzlich verankerte Hilfe- und Beratungsanspruch entgegen. So kommt es, dass in beiden Fällen, die Arbeit entgegengesetzt zu ihrer eigentlichen gesetzlichen Aufgabe ausgeführt wird. Und zwar überall und immer, fachübergreifend. Falsche Gutachten, die angeblich zu mind. 50% (auf jeden Fall) und bis 85 % falsch sein sollen, tun das Übrige. Das Bundesverfassungsgericht hat in Familiensachen i. d. letzten Jahren außergewöhnlich oft intervenieren müssen. Es dürfte jedem klar sein, dass es sich um ein völlig gesetzwidriges System der „wohltätigen Zwänge“ handelt, die in keiner Relation stehen und auch mit einem Schutzauftrag nicht mehr zu vereinbaren sein können. Diese Problematik gilt jedoch bei genauer Prüfung für alle Bereiche gleichermaßen: Schule und KiTa; Ki.- u. JuHi; Psychiatrie; Gesundheitswesen; Pflege und Betreuung!

*Anonym 60*

Zwangsmaßnahmen sollten nie von einer Person/ Institution allein entschieden werden, Genehmigungen immer wieder überprüft werden.

*Anonym 61*

Weitmöglichste Reduzierung. Situationen die absehbar oder wiederholt vorkommen vorbesprechen und Massnahmen gemeinsam festlegen. Mehr Vertrauen in die Betroffenen und Rückgabe von Verantwortung.

*Anonym 62*

Transparenz, so wenig auslösende Traumen wie möglich

*Anonym 63*

Patientensicherheit in Begleitung von Autonomie

*Anonym 64*

Minimierung bis Verzicht - ultima ratio, in Akutsituation Hilfe holen, mindestens Vier-Augen-Prinzip, / in Institutionen eine entsprechende Kultur pflegen - Zwangsmaßnahmen nicht einfach abnicken, sondern kritisch thematisieren und evtl. Verbesserungsvorschläge generieren / Bei Suizidalität unter Drogeneinfluss, Psychose, Anorexie? / Beachtung der Patientenverfügung, gesetzl. Regelungen (PsychKG, BetreuungsG) / Zwangsmaßnahmen traumatisieren auch das Personal-ausreichende Supervision...

*Anonym 65*

Nach meinen Erfahrungen, lassen sich solche Situationen über die transparente wertschätzende Kommunikation, welche sich ausschliesslich auf die Beobachtung und wertschätzende Nachfrage gründet, vermeiden. Leider habe ich MA erlebt, welche aus Zeit- und oder persönlichen Gründen in halben Sätzen ihre Interpretation meiner Gedanken kommuniziert haben um dann sofort ohne Absprache eine Zwangsmaßnahme ( Medikation / Fixierung /Ausgangsverbot zu entscheiden.

*Anonym 66*

Kriterien für Einsatz von wohltätigem Zwang

*Anonym 67*

„So viel wie nötig, so wenig wie möglich.“ Bei gleichzeitig optimaler Betreuung derjenigen, die diesen Zwang anwenden müssen und der Möglichkeit, ohne zu großen Einkommensverlust besonders belastende Gruppen zu verlassen. Für Menschen, die dauerhaft geschlossen untergebracht werden müssen, braucht es dringend geeignete Unterbringungsmöglichkeiten. Vor allem für solche PatientInnen, die nicht durch ein Strafverfahren in eine forensische Psychiatrie eingewiesen werden, sondern über ein Verfahren eines Amtsgerichts.

*Anonym 68*

Es ist erforderlich Gewalt unverzüglich zu sanktionieren. Ausreden , die aus einem veralteten Menschenbild , aus ethisch nicht vertretbaren Therapieansätzen , aus Zeitmangel ,aus Geldmangel, wegen Personalmangel oder anderen strukturellen Gegebenheiten resultieren, dürfen nicht länger hingenommen werden. Deeskalationstechniken dürfen nicht länger ausschließlich freiwillig und kostenpflichtig zu erlernen sein, sondern müssen ein Schwerpunkt in der Ausbildung sein.

*Anonym 69*

keine Beurteilung durch die Behandler selber - Personen des Vertrauens der Betreuten - kein finanzieller Vorteil bei schlechter Diagnose - kein Qualitätsmanagement bei Menschen - Kontrolle der Behandler durch Stellen, die keine finanziellen Interessen haben und keine Vorteil bei verschiedenen Diagnosen haben - Unabhängige Kontrolleure - Kontrolle der Kontrolleure durch unabhängige Kontrolleure

*Anonym 70*

Situationsadäquates individuelles Handeln müsste möglich sein - Weder ökonomische noch zeitlimitierende Faktoren dürften eine maßgebliche Rolle spielen

*Anonym 71*

Keine Zwangsmaßnahmen! Gar keine! Wer sich kriminell verhält, sollte entsprechend bestraft werden. Eine andere Meinung zu haben, war bisher nicht kriminell. Kriminell ist es, Menschen in Einrichtungen (Psychiatrien etc) unter Foltermaßnahmen („wohltätiger Zwang“) konformistisch zu machen oder ruhig zu stellen. Nachdem ein Mensch über Vor- und Nachteile einer Behandlung aufgeklärt wurde, bleibt die Entscheidung allein bei ihm. Auch ohne Aufklärung sollte sich ein Mensch frei entscheiden können. Warum meint der Staat, sich hier im Sinne eines „therapeutischen Staates“ einmischen zu müssen? Selbstverständlich sind Willensäußerungen - ob in der Vergangenheit oder Gegenwart - des Menschen unter allen Umständen zu berücksichtigen und zu ermitteln. Es ist meiner Meinung nach kriminell, Willensäußerungen (jedweder Art) auszuhebeln, um zu tun, was man will. Entmündigung darf nur - wenn überhaupt - in absoluten Ausnahme- und Schwerefällen stattfinden. Entmündigung (euphemistisch

heute „Betreuung“ genannt) ist heute viel zu weitreichend. Für eine echte Betreuung braucht es keine Entmündigung.

*Anonym 73*

Mehr Personal könnte die Zwangmassnahmen reduzieren. Problem ist oft, dass die Situation nicht erkannt wird. Besonders schwierig wenn aggressive Neigungen dazu kommen. Öffentliche Aufklärung über delir und keine Standardversorgung, sondern angepasste Versorgung. Ist der betroffene ruhiger, wenn er läuft? Dann in Begleitung laufen oder mit dem Rollstuhl bewegen.

*Anonym 74*

vollkommener Verzicht auf Zwang, denn er verschlimmert die ganze Situation.

*Anonym 75*

empathischer Genesungsweg

*Anonym 76*

(Potentiell) Betroffene sollten rechtsgültige und rechtssichere Vorausverfügungen haben. Es sollte in Sachen Psychiatrie nicht nur Beschwerdestellen geben, sondern auch Beratungsstellen, die die Betroffenen beraten und ihnen helfen, sich eine rechtssichere Patientenverfügung zu schreiben. Mit einer Patientenverfügung kann man Zwangsmedikation oder sonstige Zwangsbehandlung untersagen, aber nicht Zwangseinweisung. Meiner Meinung nach sollte es zusätzlich ein Gesetz geben, das es ermöglicht, eine mit Eigengefährdung begründete Zwangseinweisung/Freiheitsentzug ganz oder teilweise zu untersagen. (Mit Fremdgefährdung begründeten Freiheitsentzug kann man natürlich nicht untersagen, das ist aber auch gar kein psychiatrisches Thema. Wenn sich Leute ohne psychiatrische Diagnose fremdgefährdend verhalten oder ihnen eine solche Absicht unterstellt wird greifen da die Polizeigesetze, z.B. Ingewahrsamnahme, Platzverweis, Beschlagnahme von Gegenständen, usw.) Derzeit ist es so, dass sich viele Leute eine Patientenverfügung zulegen, die sich auf Psychiatrisches bezieht, die im Nachhinein mit ihrer Zwangsmedikation nicht einverstanden sind und der Meinung sind, ihre Ablehnung hätte akzeptiert werden sollen. Vor so etwas denkt man meistens nicht daran, sich eine Patientenverfügung zuzulegen und das wird sich auch nicht wirklich ändern lassen. Meiner Meinung nach sollte das umgedreht werden. Zwangsweise psychopharmakologische Behandlung sollte verboten sein außer wenn eine befürwortende Patientenverfügung vorliegt. Wenn jemand nach einer Krise der Meinung ist, seine Psychopharmaka-Ablehnung hätte besser mit Gewalt oder Gewaltandrohung überwunden werden sollen und sein aktueller Wille hätte gebrochen werden sollen, der kann sich eine positive Patientenverfügung zulegen, in der er die Zwangsbehandlung seiner Person zulässt. Psychopharmaka sind keine lebensnotwendigen Medikamente, der Körper braucht sie nicht. Zwangsweise psychopharmakologische Behandlung sollte daher nur bei Vorliegen einer befürwortenden Patientenverfügung erlaubt werden. (Den manchmal gebrachte Einwand, Psychopharmaka seien aufgrund von Suizidalitätsvermeidung oder Vermeidung von gefährlichem Verhalten lebensnotwendig, halte ich nicht für berechtigt. Denn sowohl Antidepressiva als auch Neuroleptika als auch Benzodiazepine sind da zweischneidig, sie können aufgrund ihrer Eigenwirkungen Suizidgefahr sowohl lindern als auch erhöhen. Die Erfahrung des zwangsweisen Psychopharmaka-Konsums halte ich für suizidalitätsfördernd. Übrigens könnte man mit dem Argument der Verminderung von Suizidgefahr durch Medikamente, mit diesem Argument könnten auch Schmerzmittel aufgezwungen werden. Zum

Glück geschieht das nicht. Leute mit Schmerzen dürfen sich gegen Schmerzmittel entscheiden oder nur die Hälfte der empfohlenen Dosis nehmen u.ä.)

*Anonym 77*

Die Berücksichtigung von Kriterien bei der Anwendung von „wohltätigem Zwang“ sowie begleitende Maßnahmen und die Einbeziehung vorausgegangener Willenserklärungen der betroffenen Personen.

*Anonym 78*

Ausreichende Anstrengung, um Zwang zu minimieren: Personal, Zeit, Zuwendung, Beziehungskonstanz. Koordiniertes Vorgehen aller Beteiligten, um im Vorfeld Behandlungsbereitschaft herzustellen und Eskalation, sozialen Absturz usw. zu vermeiden

*Anonym 79*

Vermeiden von Traumata. / Aufklären vorher, mehrfaches Aufarbeiten hinterher, auch für Angehörige. Sitzwache bei Fixierungen.

*Anonym 80*

Auf Augenhöhe mit Geduld und unter strenger Einbeziehung (selbst geäußerten) der Bedürfnislage des Hilfsbedürftigen, mit Wertschätzung für das Lebensmodell des einzelnen.

*Anonym 82*

„Wohltätiger Zwang“ sollte nur die ultima ratio sein. Ihr Einsatz ist in der Dokumentation ausführlich zu begründen und mit dem Patienten nachzubesprechen (was wiederum zu dokumentieren ist.) Mit wiederholt stationär behandelten Patienten sollten Behandlungsvereinbarungen getroffen werden, die den Umgang mit Zwang und insbesondere die individuell geeigneten Wege zur Deeskalation/Vermeidung von Zwang genau festlegen. „Wohltätiger Zwang“ kann ausnahmsweise bei akuter Selbstgefährdung von eindeutig nicht reflexionsfähigen (v.a. akut psychotischen) Patienten erforderlich sein. Bei Fixierungen ist besonders auf die Würde des Betroffenen zu achten: Er darf sich nicht im Blickfeld oder in Hörweite anderer Patienten, Besucher etc. befinden. Eine persönliche Betreuung durch einen im Raum anwesenden qualifizierten Mitarbeiter (Fachkrankenpfleger) ist durchgehend zu gewährleisten (sofern nicht in der Behandlungsvereinbarung ausdrücklich anderes festgelegt wurde). Zwangsmaßnahmen sind in kurzen Abständen zu überprüfen und so schnell wie möglich zu beenden.

*Anonym 83*

Hohe personelle und fachliche Flexibilität und Verfügbarkeit zur individuellen Begleitung psychisch kranker Menschen in akuten Krisensituationen, mit dem Ziel, Zwangsfixierung und/oder -medizierung zu vermeiden.

*Anonym 84*

... die bestmögliche medizinisch indizierte Behandlung zu ermöglichen. Dabei aber immer vorher über die Massnahme aufklären, Alternativen aufzeigen, während der Massnahme nie allein lassen, täglich zu reflektieren ob es auch ohne Zwang geht.

*Anonym 85*

### Frage 3: Antworten von Organisationen

Der Gesetzgeber sollte sich zur Problemlage noch einmal Gedanken machen. Es geht nicht nur um unmittelbare Unversehrtheit („keine Spritze“ verabreichen) des Erkrankten, sondern auch darum, für diesen Verantwortung übernehmen zu dürfen, damit er gesund (bzw. gesünder) werden kann. / Zu denken ist auch an die ‚Zumutung an den Arzt und die Pflegenden‘, denen nicht erlaubt wird zu helfen.

*Alzheimer Gesellschaft Aschaffenburg*

eine engmaschige Begleitung und intensive Beziehungsarbeit unter der Berücksichtigung der Historie, des kulturellen Hintergrundes und der momentanen psychosozialen Situation können stabilisierend wirken und Krisen verhindern, bzw das Ausmaß verringern.

*AWO Bezirksverband Oberbayern*

In erster Linie bedarf es der Aufklärung und einer gesellschaftlichen Diskussion zum fürsorglichen Zwang. Viele Menschen kennen die Grundrechte (Grundgesetz, Menschenrechte, Betreuungsgesetz, Patientenrechte, Rechte Sterbender, etc.) nicht. Das Zusammenleben in der Kommune, im Stadtteil, in den sozialen Nachbarschaften sollte auf Grundlage der bestehen Gesetze Ausgangspunkt für zivilgesellschaftliche, informelle und strukturelle Unterstützung und Hilfeplanung sein. Einer allein kann hier nicht erfolgreich sein. Unabdingbar ist die Veränderung der Ausbildung in der Pflege und im sozialen Bereich und die fortgesetzte Unterstützung der Familien und der professionellen Helfer. Sie brauchen nicht noch mehr Vorgaben sondern mehr Solidarität durch die soziale Gemeinschaft, klare Strukturen und Verfahren zur Vermeidung und Unterlassung von „wohltätigem Zwang“, Entscheidungswege zum Umgang mit selbstgefährdendem Verhalten.

*Bremer Heimstiftung*

Es darf keinesfalls ein Gefühl von Willkür bei der Anordnung und Durchführung von Zwang entstehen. Die insgesamt unzureichende Datenlage zur Anwendung von Zwang und Zwangsmaßnahmen zeigt bisher jedoch auf allen Ebenen so große Unterschiede, dass Willkür nahe liegt. Egal ob im Vergleich zu Zwangseinweisungsraten in verschiedenen Bundesländern, in verschiedenen Gemeinden oder im Vergleich von Zwangsmaßnahmen auf verschiedenen Stationen einer Klinik. Hierzu benötigt es transparente, vergleichbare und aussagekräftige Zahlen. Für andere Bereiche liegen fast überhaupt keine aussagefähigen Daten vor. / Als Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege fordern wir, dass Pflegenden in entsprechende Entscheidungen einbezogen werden (siehe auch ZEKO BÄK). Ergebnisse internationaler Forschung zeigen, dass multiprofessionelle Entscheidungsprozesse vor allem im Hinblick auf das Thema „Risiko“ zu besseren Ergebnissen führen können und sich Zwangsmaßnahmen dadurch vermeiden lassen. Explizit muss denjenigen Pflegefachpersonen, welche die intensive Betreuung während der Zwangsmaßnahme leisten, zugesprochen werden, über eine Lockerung und Beendigung der Maßnahme zu entscheiden, insbesondere dann wenn ein Arzt nicht unmittelbar erreichbar ist. / (Wenn Zwangsmaßnahmen angeordnet werden, hat die Pflege nicht nur die Durchführungsverantwortung, sie leistet auch die Begleitung. Pflegefachpersonen müssen dann den Spagat zwischen Aufbau einer therapeutischen Beziehung und Umsetzung von Zwangsmaßnahmen gestalten. In der Praxis kommt es nicht selten vor, dass anordnende

Instanzen bei der Ausübung von Zwang überhaupt nicht beteiligt sind und umgekehrt die Pflegefachpersonen nicht in Entscheidungen über Art und Ende der Zwangsmaßnahme eingebunden werden.) / Zur Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen hat die DFPP eine Stellungnahme verabschiedet, die wir ebenfalls an Anlage beifügen. / Aus unserer Sicht ist es ein großer Erfolg, dass Pflegende im neuen PsychKHG Baden-Württemberg als beständige Mitglieder der staatlichen Besuchskommission berufen sind. / Hilfreich sind zudem aus unserer Sicht entsprechende ethische Beratungen durch so genannte Ethikkomitees, in denen unter Berücksichtigung der ethischen Grundlagen gemeinsame und interprofessionelle Entscheidungen getroffen werden können. / Auch der Einsatz von Genesungsbegleitern, d. h. Personen mit eigener Erfahrung einer psychischen Erkrankung bzw. Krise, kann aus Sicht der DFPP dazu führen, dass Anwendung von Zwang und Zwangsmaßnahmen reduziert wird.

*Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege*

Langfristig: Forschung verstärken. Diakonie Bayern setzt sich für ein Forschungsvorhaben zur Befragung der betroffenen Kinder und Jugendlichen ein. / Mittelfristig bzw. kurzfristig: Keine Zwangsmaßnahmen, wenn durch besseren Personalschlüssel vermeidbar (z.B. Einschließen in Zimmer und Spezialbetten in der Nacht mangels Nachtwachen). / Verbesserung der Ausbildung der Heilerziehungspflegerinnen; mehr Einsatz qualifizierter Psychologen und Sonderpädagogen; spezifische Fortbildung von Psychiatern, insbesondere hinsichtlich der Kenntnisse über den Personenkreis und die Wirkungen der Psychopharmaka. Kollegiale Beratung durch Außenstehende; Schaffung von Ombudsstellen für Eltern und Betroffene (analog der Jugendhilfe)

*Diakonisches Werk Bayern*

Das Thema Ethik stärker in der Ausbildung verankern. / Bildung von Ethikkommissionen in den Arbeitsfeldern Alten- und Behindertenhilfe

*Diakonissen Bethesda Landau*

Personalmindestbesetzung als Minimallösung sehen / Gesellschaftliche Aufklärung / Werfenfelser Weg als Lehre für alle in der Pflege tätigen verpflichtend

*Hausengel PflegeAllianz*

Ausdifferenzierte Hilfeplanung unter Einbeziehung alternativer neuer und flexibler Betreuungsformen. / Bessere und geschultere Personalausstattung von Beratungs- und Betreuungseinrichtungen. / Flexiblere Betreuungsstrukturen, losgelöst von traditionellen gesellschaftlichen Erwartungen. / Loslösung von eindimensionalen klassischen Betreuungsangeboten - Mut zum Experiment.

*KuB (Kontakt- und Beratungsstelle)*

In Kliniken oder anderen Einrichtungen sollte nach dem Modell des Werdenfelser Weges der Einsatz eines speziell ausgebildeten Verfahrenspflegers geprüft werden. Vom Modell und Kliniken, die dem Modell folgen wird berichtet, dass dieses Verfahren zu einer erheblichen Senkung der Zahl der Zwangsmaßnahmen führt. Betroffene und Profis profitieren davon.

*Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker*

Wir sind mit der Förderung durch die Krankenkassen in einigen hessischen Projekten sehr weit gekommen. Wir können inzwischen z.B. Miete. Büro-Einrichtung und Steuerberater bezahlen. / Wir arbeiten in vielen Gremien mit und das alles ohne jede Möglichkeit, unsere Aktiven und geeignete Fachleute zu

honorieren. Wir brauchen Systemberater und Juristen, sonst kommen wir nicht weiter. Es wird seit Jahren davon gesprochen, dass die Selbsthilfearbeit gefördert werden soll. Bis dahin geht viel Kraft verloren und die Menschen verlieren den Mut ! / Wir brauchen flächendeckend niedrigschwellige Anlaufstellen, die von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und geeigneten Bürgern betrieben werden. Dort wollen wir mit dem Persönlichen Budget für Arbeit sinnvolle Arbeitsplätze schaffen. Dann würde sich sehr schnell etwas ändern. / Ursprünglich waren ja die PSKBs in dieser Richtung angedacht - das war aber wohl ein Flop, der in die Unbezahlbarkeit führte. / Zwangsbehandlung in der Klinik sollte per Video dokumentiert werden. Mit den fixierten Patienten macht man das ja bei der Überwachung offenbar auch bedenkenlos. / Es gibt Situationen, in denen Zwang sogar eine Lösung zu sein scheint. Ich weiß, dass Patienten Fixierung verlangen, um nicht ununterbrochen mit dem Kopf gegen die Wand schlagen zu müssen. Aber dann geschieht das auf eigenen Wunsch und beinhaltet noch lange nicht den Wunsch nach Zwangsbehandlung mit Langzeitneuroleptika. Im Gegenteil. Genau das soll mit der Fixierung vermieden werden. / In Wiesbaden liebäugeln wir mit der Umsetzung des Offenen Dialogs und führen bereits in kleinem Ausmaß Netzwerkgespräche ... das ist aus meiner Sicht die Zukunft ! Ansonsten habe ich noch nie etwas Gutes über eine Zwangsbehandlung gehört.

*Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen*

langfristig Schulungen zur Krisenintervention, psychotropen Substanzen, gefährdenden Medikation / Angehörigenschulung / geschützter Raum zur Deeskalation auch im Aussenbereich der Klinik.

*St. Josef Krankenhaus, Xanten*

Alle Verantwortungsträger sind gefragt, diesem Thema sehr viel Gewicht zu verleihen, regelmässige Schulungen zu organisieren, Berater und Supervisoren beizuziehen. Vor allem sollten auch begleitende Nachbesprechungen mit den Betroffenen erfolgen. Dies bedeutet, dass auch Psychologen und Psychiater in diversen Kommunikationsmethoden (UK, Leichte Sprache, FC, Lösungsorientierte Komm. etc.) geschult sein müssen- und diese Themen natürlich in allen betreuenden Stellen vermittelt/geschult werden.

*Wohnheim Tilia, Rheinau (CH)*

Mediatoren schulen, die z.B. zu Visiten, Gesprächen, Notfallplanungen dazu geholt werden können. Diese sollten für die Einrichtungen kostenfrei von Beratungsstellen angefordert werden können.

*Anonym 10*

Möglichkeiten der Vermeidung von „wohlütigem Zwang“ / Personell: Kompetenz und Zusammensetzung des Personals (Alter, Geschlecht, Kultur); Veränderungen in der Ausbildung des Personals; Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Personal / Baulich: z.B. Architektur von stationären Einrichtungen / Strukturell: Hilfeplanung; Änderungen in der institutionellen oder familiären Versorgungsstruktur / Informationstechnisch: vermehrte Durchführung von Studien; bessere Dokumentation von Zwangsmaßnahmen; stärkere Transparenz; bestehende Modelle oder Projekte zur Vermeidung von „wohlütigem Zwang“ / Gesellschaftlich: Veränderung der Wahrnehmung und Bewertung von Zwangsmaßnahmen; Veränderung im sozialen Zusammenleben / Normativ: Maßstäbe, institutionelle Leitbilder, berufsethische Standards, Vorgaben und Regeln / Prozedural: alternative Methoden; klare Verfahren zur Entscheidung über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen

*Anonym 41*

Wir müssen die betroffenen Menschen flächendeckend über ihre Rechte aufklären. Diese Zwangspsychiatrie mit der unbedenklichen Vergabe von Nervenlähmungsmitteln, die das ganze Leben lang eingenommen werden sollen, ist ein Irrweg! Man findet in unserer Spaßgesellschaft keine bezahlbare Wohnungen mehr. So landen derart „behandelte“ Menschen im Betreuten Wohnen und in Werkstätten für behinderte Menschen. In unabhängigen Anlaufstellen können Arbeitsplätze geschaffen werden. Kontakt und Beratung von Peet to Peer ist die Zukunft!

*Anonym 87*

### **Frage 3: Antworten von Privatpersonen**

BMJV / BMG / BMAS / BMF durch leitende gesetzliche Regelungen

*A. Andreßen-Klose*

egal wer hilft, grundlegend sollte eine partizipative Aushandlung sein und nicht eine einseitige (Deutungs-) Macht; gleichzeitig ist eine humanistische Grundhaltung eine Bedingung!

*Dr. Oda Baldauf-Himmelmann*

Zwang abschaffen. Das ist einfach und schnell möglich. Es würde die benannten Effekte hervorrufen.

*Jörg Bergstedt*

Psychiater sollen zur Vorsorgevollmacht beraten. Juristen klarere Regelungen treffen.

*Dr. Katrin Bernett*

Die Regierung/Politik. Das GG muss endlich in solchen Einrichtungen an oberste Stelle stehen. / Kontrolle von MDK ec. ist dringlich erforderlich/notwendig. / Kontrolle, wer sich als Mitarbeiter in den Psychiatrien oder ähnlichen staatlichen Einrichtungen bewirbt. / Wir sollten die Schwächsten der Schwachen schützen und nicht als Freiwild, Menschen überlassen, deren PSOe deutlich zeigt; sie dürfen solch einen Beruf überhaupt nicht ausüben. / Der Wolf der Kreide frisst und reingelassen wird. / Amnesty dürfte keine Aussage treffen dürfen, wie „kein Geld, kein Personal, keine Zeit“ um in Psychiatrien und ähnliche Einrichtungen ec. kontrollieren durchführen zu können. / Gerichte sollten sich auf psychiatrischen Missbrauch, Misshandlung, gar Folter, einstellen und endlich diese Anzeigen aufnehmen und diese Menschen anhören !!!

*Cassys Homezone*

Aus Platzgründen nur ein Link zu meiner Antwort: <http://linocasu.org/cms/2017/04/oeffentliche-umfrage-zu-zwang-hier-meine-antwort/>

*Lino Casu*

Eine gute Gesprächstherapie ohne Vorurteile wäre am besten.

*Thomas Eissele*

Beobachtung der Person, ob / wann Patient Phasen einer Einsichtsfähigkeit hat. Anschließende Bewertung durch mehrere involvierte Personen.

*Karl Enk*

Einflussnahme auf den Gesetzgeber, auf die Ärzteschaft und zwar sowohl auf einzelne Ärzte als auch auf die jeweiligen Verbände z.B. den Verband der Urologen; Mobilisierung von Krankenkassen, damit keinesfalls medizinisch nicht indizierte Beschneidungen von den Kassen bezahlt werden. Aufklärung der Eltern über die Schädlichkeit des Eingriffs.

*Götz*

Krankenhaus: frühzeitige Einbeziehung des Sozialen Dienstes, interdisziplinäre Besprechungen, aktive Einbeziehung von PatientInnen und Zugehörigen (wenn vorhanden). Ggf. auch Einbeziehung eines bereits vorher versorgenden Dienstes (z.B. Pflegedienstes)

*Regine Harms*

Wie gesagt der Gesetzgeber und das sind Profis müssen beweisen das Zwang das *ulti ma Ratio* ist. / Ein Richter muss unbedingt bevor Medikamente ins Spiel kommen sich einen Überblick verschaffen. / Nach Ruhigstellung durch Medikamente ist es dem besten nicht mehr möglich sich ordentlich zu äußern. / Es muss strafen für Ärzte geben wenn sie sich nicht an die Patientenverfügungen halten oder zuwider handeln. / Machen sie keine Wissenschaft daraus das was Du nicht willst das man Dir antut das tu auch keinem anderen an. / Handelt nach dem Wort Gottes und nicht nach gut dünken der Ärzte das tun sie schon seit ich weiß nicht wieviel jähren und es hat nicht zu Änderungen geführt.

*Martina Heland-Graef*

Strukturen schaffen, die die Entscheidung zu Zwangsmaßnahmen nicht leichtfertig niedrigschwellig machen. Das betrifft vor allem eine angemessene Personalausstattung in den besagten Arbeitsfeldern Psychiatrie, Behinderten- und Jugendhilfe tetc.

*Pfr. Jens Holstein*

Gesetze / Pflicht zur Aufklärung gegenüber Patienten, Nachweis über die Aufklärung

*Frida Honneth*

Die psychologische Betreuung muß wieder Vorrang gegenüber dem Medikamenteneinsatz bekommen. Mehrkosten sind hinnehmbar.

*Ralf Hoppe*

Krankenkassen, Kliniken, niedergelassene Ärzte, ambulante Unterstützungsmöglichkeiten (Wohnheime, Tagesstätten, Werkstätten, usw.) zum Umdenken bewegen. Insgesamt große Teile des kompletten psychiatrischen Systems, sollten sich auf die Priorität einer menschlicheren Psychiatrie zu bewegen können. Hier vor allem primär auch durch finanziell und personell leistbare Möglichkeiten der durchaus in diesem System vorhandenen Ressourcen menschlicher Fürsorgehaltungen. Diese muss der Gesetzgeber auch als Wunsch der Gesellschaft verstehen können und dann auch schaffen wollen. / Die derzeit häufig zitierten Recovery-Wege umfassen zwar die Bereitschaft bei allen Beteiligten sich von bisherigen Dogmen zu befreien und sich auf neue Wege in der Behandlung psychischer Erschütterungen (die jeden treffen können) mit einer neuen Offenheit einzulassen. Sie werden aber noch zu wenig gegangen. Da wo sie gegangen werden können und werden sie ihre Wirkung für die Betroffenen und deren Krisen auch entfalten können. / Fazit: Weg von Prioritätendenken pharmakologischer Behandlungsoptionen, die Linderung oder Behebung von Symptomen versprechen (und keineswegs von mir als unwichtig gesehen werden, können und sollten durchaus erhalten bleiben). / Aber: Weg von Verwahrung. Weg von Zwangsbehandlung incl.

Zwangsfixierung. Weg aus der fürsorglichen, von Befürchtungen geprägten Haltung. / Also Weg von ausschließlicher Symptombehandlung hin zur bedürfnisangepassten (personenzentrierter) Behandlung mit unterstützenden, begleitenden Maßnahmen und einem offenen Dialog mit Betroffenen, Ärzten und Angehörigen und somit auch in der Gesellschaft.

*Robert Jacobs*

Professionelle sollten ihren Standpunkt äußern und dieser sollte gehört werden. Stärkung der Angehörigen über ihre Rechte aber auch Pflichten. Gemeinsame Gespräche im Sinne des Patienten und deren Angehörigen.

*Peter Karg*

Herstellung maximaler Transparenz auf allen Ebenen, Zwang zur Thematisierung, Erfassung und Prävention von Gewalt in Wohneinrichtungen / keine Bagatellisierung von Gewalt, auch nicht, wenn sie von Bewohner\*innen ausgeht / verpflichtende Fortbildungen zur Gewaltprävention und zum Umgang mit herausforderndem, insbesondere fremd- und selbstschädigendem Verhalten / verpflichtende Einführung unabhängiger Supervision und ethischer Fallberatung in allen Einrichtungen

*Markus Kellmann*

Leider werden auch zukünftig Regelwerke mit externen Entscheidern (Richter, Betreuer) weiterhin oder zunehmend von Bedeutung sein. Ein Anwender wird bei Maßnahmen gegen den natürlichen Willen zukünftig noch häufiger die Bestätigung durch externe Prüfung benötigen, weil ein System interner Beschlussfassung des Helferumfelds in sozialen Berufen stark anfällig ist für paternalistische Einflüsse.

*Dr. Sebastian Kirsch*

Prozedural und organisatorisch, aber nicht normativ, sondern als sich selbst entwickelnde Organisation: strukturierte Ethik-Beratung im Einzelfall als institutionell ausweisbares Qualitätsmerkmal

*Kliesch*

die UN Behindertenrechtskonvention endlich umsetzen und Schluß machen mit der ewigen Demütigung und Diskriminierung Schwerbehinderter

*Patricia Koller*

Schulbildung: ins Curriculum: Kenntnisvermittlung von psychischen Krankheiten und Aufzeigen der Wege des Umgangs - Entstigmatisierung / Öffentliche Debatten: Es besteht weiterhin die Stigmatisierung von psychisch Kranken als Ausgrenzungs-, Vorurteils- und „Hassfeld“ (vgl. hasskriminelle Angriffe auf Randgruppen, z.B. Obdachlose, Schwache) / Ist das westeuropäische Medizinbild/Psychiatrie noch zeitgemäß bei der Multikulturalisierung? / Debatte über das Konstrukt der psychischen Krankheit

*Ulrike Kopetzky*

Wie gesagt, man muss es akzeptieren, dass es Menschen gibt, die sich nicht an das System anpassen können. Da helfen auch keine Tabletten. Menschen zu Monstern umzuwandeln, damit sie in das Hartz IV-System passen und in Behindertenwerkstätten arbeiten, um im Wohnheim bis zum 65. Lebensjahr auszuharren, ist nicht nur teuer, sondern auch krank. Dies spricht sich unter Betroffenen rum. Es kann doch nicht in einer Demokratie Ziel sein, nicht angepasste Menschen zu Sklaven umzuformen.

*Sylvia Kornmann*

Schulungen des Personals in deeskalierender Gesprächsführung / Medikamentengabe an jeden Klienten einzeln und nicht zusammen mit anderen Klienten / Alternativen zur Fixierung: Time-out Räume, in denen sich der Klient nicht verletzen kann und die ihm mehr Freiheit erlauben.

*Rene Kropp*

Prozedural: Klare Verfahren zur Entscheidung über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen

*Dr. Maria Lang*

Psychiatrisches Fachpersonal und Empathieschulungen z.B. Durch szenisches Spiel. Wir benötigen dringend kleinere Stationen und diese sollten nicht aussehen wie Stationen. (Siehe soteraieinrichtungen)

*Sabine Martin*

Gesellschaftlich: Die vehemente und grundsätzliche Ablehnung von Zwangsmaßnahmen durch selbsternannte Behindertenvertreter, die Ihrerseits jede Notwendigkeit ihrer eigenen Behandlungen erkennen und einsehen können, kann nicht als Meinung derjenigen gewertet werden, die mit den Problemen schwerster geistiger Behinderung konfrontiert sind. / Eine Veränderung der Wahrnehmung und Bewertung ist hier zwingend notwendig, damit Eltern/gesetzliche Betreuer nicht auf der moralischen Anklagebank sitzen, wenn sie im Fall von Krankheit/Schmerzen ihres Angehörigen gar keine andere Chance als eine Zwangsbehandlung haben. / Diese Familien grenzen ohnehin ständig an ihre Belastungsgrenzen, so dass ihnen zumindest notwendige Behandlungen ermöglicht werden müssen.

*Gisela Maubach*

Genügend qualifiziertes Personal bereit stellen. Absolute Transparenz in Klinik und Pflegeeinrichtungen. Mehr vertrauensvolle Kommunikation zwischen PatientInnen und Personal. Alternative Möglichkeiten zu Zwangsmaßnahmen erarbeiten und mit PatientInnen kommunizieren.

*Gina Methling*

Politik und Gesellschaft sind gefragt. Nur wer auch die Nöte des Personals ernst nimmt und die Gesamtsituation verbessert, wird etwas für die Schwächsten der Schwachen erreichen! Kurzfristig sehe ich wenig Möglichkeiten, da ich nicht nur in meinem speziellen Fall ein ernsthaftes Interesse an unserer Situation von übergeordneten Stellen vermissem!

*Stefan Mosshamer*

Dokumentations- und Rechtfertigungspflicht bei Zwangsmaßnahmen / Konsequenzen bei Mißbrauch! / Ausbau von Kontrollmechanismen / Ausbau unabhängiger Beschwerdestellen / Die Presse in die Pflicht nehmen für eine differenzierte und ausgeglichene Berichterstattung zu sorgen / aufgrund der massiven Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker durch weite Teile der Gesellschaft nehmen viele Menschen auch in großer Not keine Hilfe in Anspruch und zeigen keine Krankheitseinsicht, da das Eingeständnis einen großen Rattenschwanz an Entrechtlichung und Diskriminierung nach sich zieht. Für diese Menschen steigt das Risiko zwangsbehandelt zu werden. Hier muss gegengesteuert werden. / statt Krankheitseinsicht zu fordern, was zu großen Identitätskrisen führen kann, sollte ein Problem- oder Krisenbewußtsein gefördert werden. / Vorsichtiger Umgang mit Diagnosen / Patienten als Mitmenschen ernst nehmen / Nicht gegen die Patienten arbeiten (Willen brechen um Compliance zu erzielen) sondern mit ihnen, ihre Bedürfnisse und Rechte achten, fragen ob sie selbst Vorschläge haben was ihnen helfen oder zur Deeskalation beitragen könnte / Nicht über die Patienten sprechen und entscheiden, sondern

mit ihnen! / Patienten über ihre Rechte aufklären / Die Kliniken verpflichten auch medikationsfreie Therapien anzubieten / Alternative Behandlungskonzepte wie Open Dialogue und Soteria anbieten (aber bitte nicht als Zwang) / Empowerment- und Recovery-orientiert arbeiten/behandeln / Selbsthilfe stärken / Möglichkeiten schaffen, dass sich Betroffene auch abseits der Psychiatrie z.B. in selbstverwalteten Cafés austauschen und gegenseitig unterstützen können / Ursachen der Probleme (Krankheit oder coping-Strategie?) nicht im Kopf des Patienten suchen, sondern in realen Erfahrungen (vorangegangene Traumata) und sozialen Problemen und versuchen diese zu lösen/zu helfen. / Akutstationen / Genesungsbegleiter auf Akutstationen (zur Deeskalation, als Dolmetscher und als vertrauenswürdiger Gesprächspartner auf Augenhöhe) / jederzeit zugängliche Gärten und andere Rückzugsmöglichkeiten auf Akutstationen / Sicherstellen, dass die Patienten wenigstens das Nötigste haben wie Hygieneartikel, saubere und passende Kleidung (Waschmaschinen/Kleiderkammern) / Darauf achten, dass auch mögliche somatische Erkrankungen und Verletzungen behandelt werden (leider nicht selbstverständlich auf Akutstationen) / offene Türen / Beschäftigungsmöglichkeiten auch außerhalb der Therapiezeiten (abends und am Wochenende) / Forschung / Forschung sehr viel stärker an den Bedürfnissen der Betroffenen und Angehörigen ausrichten. Dafür muss mit ihnen gesprochen werden! Hierzu läuft im UKE Hamburg seit Anfang 2016 im Rahmen des Partizipativen Forschungsprojektes EmPeeRie (Empower Peers to Research) das Unterprojekt EmPeeRie Now Nutzerorientierte Wissenschaftsberatung. Wir sind ein dialogisches Gremium, mit Experten aus eigener Krisen-, Genesungs- oder Angehörigen-Erfahrung, dass auf Wunsch zu wissenschaftlichen Anträgen und Forschungsprojekten berät. Unsere Arbeitsweise ähnelt einer Ethik-Kommission. Bisher sind wir meines Wissens nach bundesweit leider das einzige Gremium dieser Art. Weitere Informationen hierzu gibt Ihnen bei Interesse sicherlich gerne [...] / Mehr Forschung (und vorallem auch Forschungsförderungen) zur Thematik Ursachen, Vermeidung und Alternativen von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen / Forschung zum informellen Zwang (beim formellen Zwang könnte es sich nur um die Spitze des Eisberges handeln)

*Sophie Müller*

Mindestzahlen für Personal an entsprechenden Kliniken / Pflicht zur regelmäßigen Aus- und Fortbildung / Externe Supervision / gelebter und nachweisbarer kontinuierlicher Verbesserungsprozess im Rahmen eines gehaltvollen Qualitätsmanagements / Erfordernis von Zwangsmaßnahmen sind als Gegenstand des jährlichen Qualitätsberichts auf jeder Versorgungsebene zu veröffentlichen

*Dr. Michael Noll-Hussong*

aufsuchende psychiatrische Hilfe sollte regelhaft und überall möglich sein, sowie von Angehörigen ausgelöst werden können.

*Katrin Nolte-Reimers*

Für schwerkranke Menschen welche nicht in der Lage sind für sich selbst zu sorgen sollte es humanitäre therapeutische Zwangsmaßnahmen geben natürlich bei jeglicher Zwangsvermeidung welche diesen Menschen nicht gefährdet

*Harald Prenzlau*

Schulen sollten mehr mit Verantwortung und Eigenständigkeit der Schüler in Vordergrund stellen. Z.b könnte je eine Klasse für eine Führung eines Ladens in dem jeweiligen Dorf zuständig sein. Wenn Eltern

nicht angemessen Erziehung leisten können, sollte die Gesellschaft u somit auch die Schulen u Gemeinden offener u toleranter sein.

*Tabitha Prusseit*

zur Entscheidung könnte eine Ethikberatung hilfreich sein

*Klaus Rademacher*

die Patient\_innen selbst: sie sollten ermächtigt/befähigt werden selbst zu definieren, welchen „Schaden“ sie an sich für vertretbar halten (Patientenverfügung) und nicht in Einrichtungen aufgenommen werden, wenn sie keine solche Erklärung haben / sie sollten so viel Zeit für Aufklärung zu Medikamentengaben und evtl. Zwangsmaßnahmen erhalten, wie nötig / die Behandler\_innen: sie sollten sich davon lösen, dass ihre Vorstellung von einem Schaden die richtige/wahre ist und ihre Patient\_innen in der Selbstvertretung stärken / sollten offen mit ihrer Position als Zwang ausübende Partei sein (dürfen) / die Gesellschaft: sie sollte die Gewalt hinter dem Konzept von Wohltätigkeit reflektieren und verändern (was eventuell bereits die Einweisungen in Einrichtungen verringern helfen könnte) / die Einrichtungsbetreiber: guter Personalschlüssel / regelmäßige Fortbildungen in Deeskalationstechniken und gewaltfreier Kommunikation / gute Bezahlung, ausreichend Urlaub / diverses Personal (Alter, Herkunft, Geschlecht, Religion etc.) / Klinikgebäude die keinen Gefängnischarakter haben (Gitter vor den Fenstern, Metalltüren etc.)

*Hannah C. Rosenblatt*

Vorgaben und Kontrollen durch Mitarbeiter des sozialpsychiatrischen Dienstes der Gesundheitsämter für alle geschlossenen und halbgeschlossenen Einrichtungen ihres Einzugsbereichs mit mehr als 15 Bewohnern; Verbindliche Vorgaben/Bestimmungen der Gesundheitsministerien zur Erstellung standardisierter und je nach Art der Einrichtung differenzierter Kontrollbögen / Verpflichtung zu unangemeldeten Besuchen und Dokumentation, für alle geschlossenen / Einrichtungen mind. 2x jährlich, bei allen übrigen 1x jährlich / Verpflichtung zur Transparenz und Veröffentlichung einzelner Auswertungsbögen und einer jährlichen Gesamtstatistik / Einbindung unabhängiger Fachleute und Gremien in den Prozess von Kontrolle, Auswertung und Veröffentlichung / Zusammenfassung und vergleichende Dokumentation der verschiedenen Bundesländer, hieraus folgend kurzfristige Veranlassung von Nachbesserungen aus dem laufenden Etat

*Karsten Ryzdy*

Personal ist notwendig dazu, dass man mit dem Patienten und den Angehörigen reden kann. Ich wurde als Mutter ständig genervt weggeschickt. Kein einziges Gespräch fand statt. Feindliche Atmosphäre, weil ich meinem Sohn beistehen wollte. Jeder war unter Druck. / Angehörige einbeziehen, nicht nur unter Druck setzen zur Durchsetzung ärztlicher Maßnahmen. Wenn ich als Mutter und Betreuerin zusammen mit einem Arzt/Ärztin am Bett vom Sohn gestanden hätte, wäre es sicher möglich gewesen, ihn zur Einnahme der Medikamente zu bewegen. Ich allein schaffte das nicht länger als zwei Tage hintereinander. Da die Fixierung trotzdem nicht gelockert wurde (7-Pkt), weigerte er sich erneut (innerhalb von 10 Tagen). / Die Ärzte sollten in der Ausbildung lernen, mit dem Patienten eine Beziehung aufzubauen, die nicht auf Macht und Einfluss beruht, sondern ihn als Menschen ernstnimmt, ihm Wohlwollen vermittelt. Dazu wären Rollenspiele hilfreich.

*Kerstin Samstag*

Schulung des Teams, angemessene Personalausstattung, angemessene räumliche Umgebung, geschlossener, begrünter Innenhof, ausreichende Möglichkeiten sportlicher Betätigung wie auch Abschottung, engmaschige Begleitung bei Spannungszunahme (oftmals nimmt das innerpsychische Spannungsniveau bereits vor einer Eskalation für Aussenstehende wahrnehmbar zu, sodass mittels Gesprächen und/oder körperlicher Betätigung oder Entspannung die Situation deeskaliert werden könnte).

*Dr. Erik Schneider*

Zum Ersten sind in Deutschland Zwangsmaßnahmen noch weitläufig akzeptiert, dies muss ins Bewusstsein gerückt werden. In Neuseeland z.B. darf kein Patient, bevor er nicht eingeschlafen ist, auf dem OP Tisch fixiert werden. Je häufiger wir einen (z.B. dementen) Patienten in einem Stuhl fixiert vorfinden, desto „normaler“ wird uns dieser Anblick mit der Konsequenz, dass wir das Problem gar nicht mehr erkennen. Der Paternalismus, der in Deutschland immer noch in hohem Maße herrscht, muss bereits im Studium kritisch beleuchtet werden. Viele, auch junge Ärzte, fühlen sich dem Patienten immer noch weisungsbefugt. Medizinethik mit Lehre der wertschätzenden Gesprächsführung, des Respektes der Entscheidung anderer Menschen, auch wenn es in meinem Dafürhalten unvernünftig ist, Reflektion über die Relativität meiner eigenen Werte, Humanität im Krankenhaus, Behandlung von Menschen (nicht von Krankheiten), muss auch im Studium schon tägliches Thema sein (Pflichtvorlesung!). / Zum Zweiten lässt die Geringschätzung und mangelnde Vergütung der sprechenden Medizin (Arzt und Pflege!) Zwangsmaßnahmen immer häufiger werden. Menschliche Begleitung, auch wenn sie kostspielig und zeitaufwendig ist, muss wieder an erster Stelle der Behandlung stehen. Erst danach folgt der medizinisch-technische Teil der Behandlung. Derjenige, der sich schwierigen Patienten geduldig widmet und damit Fixierungen oder Übermedikalisierungen vermeidet, verdient eine entsprechende Entlohnung bzw. es muss ihm ein angemessenes Zeitfenster für diese Art der Begleitung zur Verfügung gestellt werden..

*Dr. Susanne Stemmer-vom Steeg*

Politiker wie zum Beispiel Bundesgesundheitsminister Gröhe. Wichtig wäre auch den Einfluss von Lobbyisten von Pharmafirmen, Medizingeräteherstellern, Ärztevertretern usw. offenzulegen und einzudämmen. Bessere, ganzheitliche Ausbildung von Medizinern insbesondere in Bezug auf die massiv unterschätzten Nebenwirkungen von Medikamenten etc.

*Cornelia Stolze*

Vor Zwangsmassnahmen sollten präventive Strategien ausgeschöpft und dokumentiert werden müssen. / Zwangsmassnahmen den Betroffenen immer offen kommunizieren und deklarieren. / Auch informeller Zwang ist zu rechtfertigen und zu dokumentieren / Zwangsmassnahmen nicht länger als nötig. / Regelmässige ethische Fallbesprechungen im Behandlungsteam / - Seltener Isolierung und Fixierung, jedoch öfter und konsequenter medikamentöse Zwangsbehandlung, was längerfristig weniger belastend ist. / Systematische Nachbesprechungen mit Betroffenen und Angehörigen sind wichtig, damit diese die Zwangsmassnahme einordnen und akzeptieren können. / Spezifische Schulung der Mitarbeitenden / Möglichst alters- und geschlechtergemischte Teams / Begleitforschung zu tatsächlichem und wahrgenommenem Zwang sowie zum Zusammenhang mit der Behandlungsqualität und dem Behandlungsergebnis / Zwangsmassnahmen bei unklarer Einwilligungsfähigkeit: Einwilligungsfähigkeit sollte evaluiert werden und Zwang nur bei fehlender Einwilligungsfähigkeit zum Zug kommen (z.B. kann jemand einwilligungsfähig sein für einen Bilanzsuizid, jedoch nicht einwilligungsfähig bei Suizidalität im Rahmen einer Psychose oder Depression)

*Dr. Dr. Manuel Trachsel*

??? / Jeder sollte etwas dazu beitragen, dass Zwangsmaßnahmen entsprechend kritisch angeschaut, aber nicht pauschal verteufelt werden. / Mein Eindruck ist, dass viele Bedarfe der Zwangsgegnern komplett unbekannt sind und die schwarzen Schafe, das Meinungsbild prägen, weshalb aber dann Chancen für Kinder ungenutzt bleiben. In der Politik wird das Thema unfachlich ausgeschlachtet und unsinnig im Sinne eines entweder oder thematisiert. Es ist mir unerklärlich, wie man als intelligenter Mensch Pauschalurteile befürworten und einen Dogmatismus gut heißen kann.

*Anna Vetter*

Vor allem prozedural - konsensbasierter Leitlinienalgorithmus

*Arved Weimann*

Mehr Personal. / Mehr Schulungen des Personals. / Rechtlicher Eindeutiger Standard / Also etwas tun müssen alle. Regierung, Schulen, Einrichtungen

*Christian Wendt*

Qualitative Praxisforschung unter striktem Einbezug der betroffenen Personen

*Georg Wiegand*

Personell: hier ist eine ausreichende und qualitativ gute Personalausstattung notwendig. Allgemein erfolgen Fixierungsmaßnahmen häufig aufgrund ungenügender quantitativer Besetzung im Krankenhaus bei gleichzeitig sehr hoher Arbeitsdichte. Aus diesem Grunde wird alternativ die medikamentöse Fixierung durch Sedativa genutzt, diese mit Risiken von Nebenwirkungen wie verstärkte Verwirrheitszustände, Kreislaufversagen, Atemprobleme, Infektionen, Erhöhung der Sturzgefahr. / Gute Beispiele werden auch hier benannt.

*Andreas Willenborg*

Grundsätzlich scheitern Bemühungen an den für zwang-lose Betreuung erforderlichen Kompetenzen. Verstärkt werden Probleme durch Mangel an Ressourcen, wirtschaftlichen Druck, mangelnder Konfliktfähigkeit und Ignoranz. / Daraus folgt, dass Handelnde im Gesundheitswesen zu den Möglichkeiten zwangloser Betreuung in geeigneter Weise geschult werden sollten, dass die personellen Ressourcen auch quantitativ verstärkt werden müssen und schließlich medizinische Interventionen nur in Kooperation mit den betreuenden geschulten Kräften erfolgen dürfen: die einzig auf der Expertise von Medizinerinnen durchgeführten Interventionen haben in vielen Bereichen der Pflege zu keinem positiven Ergebnis geführt, sondern offene und versteckte Zwänge verstärkt.

*Anonym 1*

Schlussbesprechung nach Krise, um für künftige Zusammenarbeit hilfreiche Tipps zu haben.

*Anonym 2*

z.B: bei Krankenhausbehandlungen von psychisch Kranken: Entlassbesprechung zum Thema Zwang mit verpflichtendem Protokoll aller während des Aufenthalts durchgeführten Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Ausgangssperre, Medikation, Telefonverbot...) und Alternativüberlegungen dazu: Was hätte in dieser konkreten Situation geholfen, den Zwang zu vermeinden? was wäre besser gewesen? / Hinzuziehung dieses Protokolls in der nächsten Krisensituation. / Einsatz von Psychiatrieerfahrenen auf Station

*Anonym 3*

Wichtig, dass KOMPETENZ die Massnahme anordnet und beurteilt, Erfahrungen z.B. mit Jugendamt sind oftmals nicht wirklich zufriedenstellend, mangelnde Kompetenz? Mangelnde Zeit?

*Anonym 4*

Das Wesentliche ist nicht nur die Zeit, die in der Pflege knapp bemessen ist und die der Bedürftige im Überfluss hat, auch hier gilt es, ein Gleichgewicht anzustreben. Wichtig ist die persönliche Passung, die in jeder menschlichen Beziehung stimmen muss. Wer pflegt, muss akzeptiert sein und seinerseits sein Gegenüber respektieren. Ob das immer gewährleistet ist?

*Anonym 5*

Genügend Zeit, Personal zur Begleitung, für die Akutsituation sehe ich manchmal keine andere Möglichkeit als Zwang s.o. / Deeskalationstraining, Umgang mit Behinderten erlernen, langsam vorgehen, mit Begleitperson behandeln (gibt es nicht immer) Freundliche Umgebung ..... / Ich fürchte, ich berichte aus einem anderen Bereich, nämlich Anästhesie und Intensivmedizin.

*Anonym 6*

Am kompetentesten ist immer der Selbsterfahrene = Psychiatrie- Erfahrener - nicht irgend ein Arzt! Und schon gar nicht der großartige (arrogante) [...].

*Anonym 7*

Gesellschaftlich: Veränderung der Wahrnehmung und Bewertung von Zwangsmaßnahmen; Veränderung im sozialen Zusammenleben

*Anonym 8*

alters-, geschlechts- und kultursensibles Personal in Kliniken / alternative Verfahren (Bsp.: Anti-suicidal watch, engmaschige ambulante Einschätzungen) / Verlaufsbeobachtungen mit Patientenbefragungen nach Zwangsmassnahmen erstellen

*Anonym 9*

Frühzeitig voraus planen, Notfallpläne erstellen dazu die Pflegenden aufklären und anleiten

*Anonym 11*

Personell s. u. / Normativ s.u. / Prozedural s.u.

*Anonym 12*

Geschäftsführung: mehr Personal, bessere Schulung des Personals, Anreize zur Würdigung zwangsvermeidender Pflege / Geschäftsführung: Deeskalationstraining anbieten / Pflegedienstleitung: Schulungen anbieten, aufzeigen was alles unter Zwang fällt und häufig noch als „normal bzw. üblich“ toleriert wird „Notpersonalrufdienst“ einrichten / Alle: Reflexion-> warum, wie lange, gibt es Vermeidungsoptionen? / Erarbeitung von einrichtungsinternen Entscheidungspfaden für die Anwendung von Zwang / Umbenennung von „wohlütigem Zwang“ in „Zwang zum Eigenschutz“

*Anonym 13*

Möglichkeiten der Vermeidung von „wohlütigem Zwang“ / Kompetenz und Zusammensetzung des Personals (Alter, Geschlecht, Kultur); Veränderungen in der Ausbildung des Personals; Stärkung des

Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Personal / Projekte zur Vermeidung von „wohltätigem Zwang“ / Veränderung der Wahrnehmung und Bewertung von Zwangsmaßnahmen; Veränderung im sozialen Zusammenleben

*Anonym 14*

ein weiches Zimmer, in dem sich jemand nicht verletzen kann - präventive Arbeit - freundlicher Umgang miteinander. / Ein bedarfsgerechter Personalschlüssel in der Psychiatrie, Abschaffung des PsychKG, gewalttätige Patienten in polizeiliche Obhut.

*Anonym 15*

State of the Art zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen gut ausgebildete Fachkräfte die über Zwangsmaßnahmen entscheiden

*Anonym 16*

Personeller Ausbau, Schulung von Mitarbeitern, Suche nach Alternativlösungen zusammen mit Angehörigen, „unabhängige“ Schlichtungsstellen, die unabhängig von der jeweiligen Einrichtung vermitteln und Lösungen erarbeiten

*Anonym 17*

Einbezug Pflegenden in die Überprüfung der Notwendigkeit ist elementar / Verpflichtung zu mindestens vierstündiger Überprüfung der weiteren Notwendigkeit von Fixierungen.

*Anonym 18*

Personelle Verstärkung des Personals, Bessere Beschäftigung der betreuten Personen

*Anonym 20*

Sozialarbeiter, Diplompädagogen, Pfarrer, Pflegekräfte, Angehörige, Ärzte

*Anonym 21*

wichtigste Maßnahme: ausreichend (und ausreichend fachlich qualifiziertes) Personal in allen Einrichtungen, die mit potenziell Betroffenen umgehen / Evaluierung aller Zwangsmaßnahmen im Hinblick auf ihre Sinnhaftigkeit im Einzelfall / spezielle Schulung von Personal im Umgang mit Betroffenen / gesetzliche Regelungen im Umgang mit „wohltätigem Zwang“ / Ermutigung von Menschen, ihre Wünsche schriftlich festzulegen, solange sie noch dazu in der Lage sind, und Verpflichtung von Ärzten, Pflegenden etc., diese Wünsche auch zu berücksichtigen / Qualifizierung von Betreuern, um deren Kompetenz bei der Bewilligung von Zwangsmaßnahmen zu verbessern (z. B. eine Verpflichtung von Ärzten, Betreuer, die ihre Zustimmung zu einer Maßnahmen geben müssen, umfassend zu beraten und aufzuklären)

*Anonym 22*

Supervision, Erarbeitung von (berufs)ethischen Standards

*Anonym 23*

Bei häuslicher Pflege sind die Angehörigen für alles verantwortlich, man kann nicht darauf warten, ob und wann irgendein Experte Zeit hat, sie eines Problems anzunehmen. Sie müssen handeln denn sie müssen die Folgen ihrer Handlungen verantworten.

*Anonym 25*

Sorgfältige Nachbesprechung der Situation / „Würdevolle“ Durchführung einer Zwangsmaßnahme / Vorausverfügungen erstellen / Sorgfältige und regelmäßige Schulung des Personals / Vertrauensbildende Maßnahmen/Aufbau einer Beziehung zum Behandlungsteam außerhalb von Akutsituation

*Anonym 26*

innerbetriebliche Fortbildungen durch Ärzte oder Pflegende, Ethikkomitee mit Fallbeispielen / Transparenz der Maßnahmen, d. h. Dokumentierung und Nachbereitung / ein gewisses Zeitkontingent müsste z. B in der Pflege für diesen Personenkreis zur Verfügung gestellt werden,

*Anonym 27*

Die begleitenden Maßnahmen sind vielleicht ein guter Weg. Doch wer soll das im Alltag gewährleisten. Niemand ist mehr bereit über seine eigentliche Arbeit hinaus ehrenamtlich Zeit zu investieren. Im Alltag werden Gespräche darüber kaum Möglich sein, weil zu viel Arbeit eh schon liegen bleibt. Die Stigmatisierung der Maßnahmen muss aufhören. Denn auch Pflegekräfte gehen damit nicht leichtfertig um. Die Gesamtsituation in der Pflege und im Gesundheitswesen gibt keine guten Rahmbedingungen vor. Solange Gesundheit als Profitbringer gesehen wird, wird es keinen so schnellen Wandel geben.

*Anonym 29*

langfristig: mehr Plätze und Personal in der Kinder- und Jugendhilfe/psychiatrie; ambulante Anlaufstellen bzw. Beratungsstellen;

*Anonym 30*

Kurzfristig: Springer, die bei Bedarf bei unruhigen Situationen in der Pflege rufen kann / Qualifikation des Personals / Sitzwachen, etwa durch Freiwillige / Andere Architektur in stationären Alteneinrichtungen

*Anonym 31*

architektonische Maßnahmen, z.B. im Rahmen der Initiativen „demenzsensibles Krankenhaus“ / Diskussion über die Möglichkeit sog. „ambulanter Zwangsbehandlung“

*Anonym 32*

Hier bedarf es einer entsprechenden Regelungslandschaft, organisatorischer und personeller Voraussetzungen, und alles in allem einer Kultur, in der sich die entsprechenden Prinzipien auch umsetzen lassen.

*Anonym 33*

Kompetenz Schulung der Mitarbeiter D.h die Situation auch aus dem erleben des Patienten zusehen

*Anonym 34*

alle unten genannten situativ auswählen

*Anonym 35*

Vermeidung von wohlütigem Zwang durch bessere, intensivere Betreuung durch speziell geschultes Personal

*Anonym 36*

s.o., sowie insbesondere die angehörigen

*Anonym 37*

Normativ: Maßstäbe, institutionelle Leitbilder, berufsethische Standards, Vorgaben und Regeln

*Anonym 38*

Sehr genaue Dokumentation von Zwangsmaßnahmen. Dringend erforderliche fachliche Reflektion darüber in jedem Einzelfall. Gute räumliche und personelle Ausstattung um „Stresssituationen ohne Handlungsalternativen“ zu vermeiden.

*Anonym 40*

intensivere Auseinandersetzung mit Krisensituationen in der Ausbildung von psychiatrischem Personal

*Anonym 42*

Hilfs- und Pflegebedürftige und die Arbeit mit ihnen soll in die Mitte der Gesellschaft gerückt werden, nicht ein tristes Dasein am Rande der Gesellschaft führen. Die Wertigkeit muss sich ändern. Es darf nicht immer nur um's Geld gehen!!!

*Anonym 43*

Der „Empfänger“ sollte sich vor wohlütigem Zwang schützen können.

*Anonym 44*

Möglichkeiten der Vermeidung von „wohlütigem Zwang“ / Strukturell: Hilfeplanung; Änderungen in der institutionellen oder familiären Versorgungsstruktur / Prozedural: alternative Methoden; klare Verfahren zur Entscheidung über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen

*Anonym 45*

Je nach Krisenplan sollte die Begleitung in den Zwang von externen Dritten zumindest reflektiert, am Besten gesteuert werden, um Willkür zu eliminieren. / Je nach individuellen Voraussetzungen muss Personal aufstockbar oder abziehbar sein. Alternativen zu den bestehenden Konzepten. Qualitätsentwicklung und Bezahlung mit Leistungsträger, Leistungserbringer und vor allem den Erfahrenen und Mitarbeitern gemeinsam! Finanzielle Hinterlegung zur Durchsetzung eines Grundrechts!

*Anonym 46*

Strukturell / Informationstechnisch / Personell / Baulich

*Anonym 47*

Wer: \* Die Machthabenden und Gewaltausübenden: Z.B. Ärzte, medizinisches, (sozial-)pädagogisches, psychologisches und pflegerisches Fachpersonal, Eltern/Angehörige, Polizei, die Stärkeren... / \* der Staat: Politik, Verwaltung, Justiz / \* Dienstleister / Was: S.o.: Bewusstsein etc., Ressourcenmangel beseitigen, zersetzende Bedeutung von Gewalt gegen Schwächere auf Demokratie und menschliches Zusammenleben

erkennen, Verquickung von Macht und Gewalt beseitigen/Gewaltentrennung, z.B. Jugendamt, Schule, Jobcenter... u.ä. als „Richter“ und „Henker“ gleichzeitig / \* „Fehlerkultur“, Supervision etc. in allen Bereichen schaffen / \* (betroffener) Mensch vor Wirtschaftsinteresse >> Dynamiken/Teufelskreise/ Abhängigkeiten die zu Gewalt führen können bekämpfen / Wann: Sofort

*Anonym 48*

Der Ethikrat muss negativ Betroffene Männer zur Kenntnis nehmen. Hierzu sollte mit dem BVKJ Kontakt aufgenommen werden und die Ergebnisse und Empfehlungen der Fachtagung Jungenbeschneidung in Deutschland, eine Bestandsaufnahme am 08.05.2017 im Hörsaal der MNR Klinik eingesehen werden. Dazu gibt es Videos <http://mediathek.hhu.de/watch/46d37d2d-9604-4835-9abf-cc077e7e54ca>

*Anonym 49*

Möglichkeiten der Vermeidung von „wohltätigem Zwang“ / Baulich: z.B. Architektur von stationären Einrichtungen

*Anonym 50*

Verbesserung der Ausbildung, geplante Einarbeitung, Verbesserung der strukturellen Hilfeplanung und vor allem auch Klärung der Verantwortlichkeit von Leitungen der Einrichtungen/Organisationen, die durch tw. Nicht-Ernstnehmen der Schilderungen durch ihr Personal nicht nur die Selbstgefährdung der betroffenen Personen, sondern - und hier muss ich es erwähnen, auch die Eigengefährdung der Fachkräfte in Kauf nehmen - gerade begleite ich einen aktuellen Fall, in dem die Fachkraft geschädigt ins Krankenhaus musste - die gefährdete Person auch!

*Anonym 51*

Kompetentes Personal auf den Stationen (keine Hilfskräfte mit geringer Ausbildung o.ä.) / Klare Standards zB auf ethischen Grundlagen wie in Bestimmten Situationen verfahren werden soll

*Anonym 52*

ethische Auswirkungen auf Personal bzw. Personalverantwortung / lückenlose Dokumentation / ggf. Alternativverfahren / Leitsätze und -regeln -> Theorie vs Praxis?

*Anonym 53*

Allgemeine Aufklärung sowohl über die Vorteile, als auch über die Nachteile. (Nachteile - z. B.: Einstellen der Kooperation der Patienten wegen Zwang.)

*Anonym 54*

Klinikcharakter sollte aufgelöst werden / Geschlossene Einrichtungen sollten minimiert werden / Der Kontakt nach Außen muss gegeben sein / geschultes Personal einstellen, das den/die Patient\_in als ganzheitlichen Menschen betrachtet / engen Kontakt zu Angehörigen und Freunden / Zwangsmaßnahmen müssen strenger kontrolliert werden

*Anonym 55*

Klare Verfahren zur Entscheidung über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen. Notwendig ist sicher auch das Thema in die Ausbildung des Personals mit aufzunehmen. Damit ist nicht nur das Pflegepersonal

gemeint sondern auch Ärzte, Orthopädiehäuser,...die vielfach über die Hilfsmittelversorgung wesentlich bei Zwangsmaßnahmen mitwirken.

*Anonym 56*

kurzfristig: erhöhter Personalschlüssel; verbesserte Qualifizierung des Personals in systemischem Denken und Handeln; geschlechtsspezifische Zuweisung von Personal verstärken; mehr Sprache, als Zwang; verstärkter Einsatz von Peers / mittelfristig: mehr unabhängige Finanzierung der Forschung; mehr Mitsprache der Betroffenen in der Forschung; mehr Teilhabe und Mitsprache von Betroffenen an ihrer eigenen Behandlung und möglicher Therapien; mehr Einsatz von Methoden wie der des „Open Dialogue“; mehr Hometreatment, um so überflüssige Hospitalisierungen zu vermeiden. / langfristig: Verstärkte Entwicklung von Alternativen zur stationären Psychiatrie; Öffnung psychiatrischer Heime; bedingungsloses Grundeinkommen für Alle; Inklusion statt Integration von Psychiatrie-Erfahrenen Menschen

*Anonym 57*

tägliche kurzgespräche mit Bezugspflägern zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und somit auch Prävention von Zwangsmaßnahmen, empathische s gemeinsame lösungsfindung in Krisen. Wenn wangsmaßnahmen unabwendbar sind, unter Ausschluss Dritter.

*Anonym 58*

Ersatzlose Streichung von § 1631d BGB und geschlechtsneutrale Formulierung von § 226a StGB.

*Anonym 59*

Die Gesetze müssen beachtet und eingehalten werden. Gerichtliche Entscheidungen sind zu beachten. Vergehen müssen empfindlich bestraft werden. Die Strafbarkeit muss gewährleistet werden. Institutionen und auch Behörden die die Gesetze missachten müssen geschlossen werden.

*Anonym 60*

Betroffenes Personal (Pflege, Ärzte, Richter, Betreuer etc) sollte sich organisieren, besser ausgebildet werden. Mehr EX-IN-Personal muss beschäftigt werden. Bevölkerung muss besser informiert werden und Ehrenämter mehr anerkannt und gefördert werden. Mehr Gelder durch die Politik zur Verfügung gestellt werden,

*Anonym 61*

Politik: Reduzierung der Patient/Pflege Verhältnisses um eine angemessene Versorgung zu ermöglichen (nicht 1 Pflegekraft für 10 Patienten) / Klinik: Schulung der Mitarbeiter, Supervision, Evaluation ob das erlernte auch bei den Patienten ankommt

*Anonym 62*

Ausreichend geschultes Personal in allen Bereichen, beginnend beim Raumpflegedienst. Angemessene Räumlichkeiten.

*Anonym 63*

Multiprofessionelles Team mit Patient

*Anonym 64*

Tendenz zu gemeindenaher, ambulanter Psychiatrie, Behindertenunterbringung, ambulanter Pflege zu Hause, Kinder in Pflegefamilien / niedrigschwellige Hilfsangebote vor Eskalation, Stärkung der sozial-psychiatrischen Dienste und flächendeckende, effektive Psychiatriekoordination in den Kommunen / Zugang für Psychotherapie und ambulante, wohnortnahe ärztliche Behandlung gewährleisten / Mindestpersonalschlüssel in Einrichtungen, Patienten/Klientenwohl wieder in den Fokus der Medizin und Pflege rücken, Kommerz zurückdrängen / allgemein gesellschaftliches Umdenken hin zu mehr Gemeinschaft und weniger Individualismus lenken / laufende Aufklärung von Angehörigen und der Öffentlichkeit darüber, welche Maßnahmen aus rechtlicher Sicht als Zwangsmaßnahmen gesehen werden und welche Genehmigungen erfordern / grundsätzlich stellt sich auch die Frage, ob nicht „wohlätiger Zwang“ als eine etablierte Erziehungsmethode und Mittel zur Sozialisierung (Anpassung sonst Sanktionen) seit Jahrtausenden ein erfolgreiches Rezept im Zusammenleben von uns Menschen darstellt

*Anonym 65*

Gesprächsangebote und ausreichend Zeit dafür sind hilfreich. Präsenz ausserhalb des Stationszimmers auf der Station, im Speise- und Aufenthaltsraum wären hilfreich. Die Räume der Akutstationen sollten im Sinne der MA und Klienten ansprechend gestaltet sein (Wandfarben/Vorhänge/Mobiliar) die Umgebung ist für den Heilungsprozeß sehr wichtig und kann zu einer Willkommenskultur den äußeren Rahmen setzen. Die Einbindung der Stationsabläufe in den Lebensalltag der Klienten mit evtl. wiederkehrenden Terminen, Möglichkeiten zur sinnvollen Arbeit etc. wären ebenso hilfreich, wie partizipative Teilhabe an den Therapiekonzepten der versch. Häuser. Peers können hier eine wichtige Funktion einnehmen

*Anonym 66*

Veränderung der Gehaltsstruktur (Bestandschutz für Zulagen in besonders belastenden Arbeitsbereichen beim Ausscheiden dort, um einem Verbleib dort trotz innerem Ausgebranntsein vorzubeugen). flächendeckende Einrichtung von geeigneten Wohnmöglichkeiten für Bewohnerinnen und Bewohnern, die dauerhaft geschlossen untergebracht werden müssen.

*Anonym 68*

Gerichte sollen Zwangsmaßnahmen angemessen sanktionieren. Kostenträger sollen Persönlichkeitsrechte achten. UN BRK soll endlich umgesetzt werden.

*Anonym 69*

finanzielle Unabhängigkeit der Maßnahmen von Krankenkassen oder anderen Finanzträgern - kein Qualitätsmanagement

*Anonym 70*

Der Gesetzgeber müsste sowohl am Wohlergehen der erkrankten Person wie auch der sie betreuenden Menschen orientierte Rahmenbedingungen schaffen - Erfahrungsbasiertes Wissen müsste in alle Überlegungen und Planungen mit einbezogen werden

*Anonym 71*

Direkte Angehörige, sehr gute Freunde, Lebenspartner/Ehepartner - allgemein: Menschen, die den Betroffenen gut kennen, wissen am ehesten, was der Betroffene denkt und wünscht. Sie sollten Gehör finden. Natürlich auch der Betroffene selbst! „Geisteskrankheit“ darf hier kein Hindernis sein. Kann ein Mensch seine eigene Versorgung nicht gewährleisten, so haben helfende Maßnahmen zu berücksichtigen, dass es

sich um einen Menschen, jein Ding, handelt. Fesseln, „zwangsstopfen“, Zwangsmedikation, Entmündigung usw ignorieren die Würde des Menschen und haben zu unterbleiben. Ärzte sollten endlich begreifen, dass sie Menschen und keine Götter sind. Dadurch würde man viel bessere Lösungen finden. Alternativen gibt es immer - nach diesen muss gesucht werden. Wann immer behauptet wird, es gäbe „nur diese eine Möglichkeit“, so muss dem misstraut werden. Es gibt immer mehrere Möglichkeiten - ein Gott mag nur keinen Widerspruch. Psychiater dürfen nicht die Macht haben, die sie haben. Wenn sie etwas behaupten, ist dies mit naturwissenschaftlichen Mitteln zu beweisen, nicht mit normativen Meinungen. Heut genügt quasi ein Blick auf den „Patienten“, und sofort weiß der Psychiater, was Sache ist. Er dreht und wendet es, wie er will. Sagt ein Patient „rot“, dann weiß der Psychiater, wie er „blsu“ draus macht. Dem muss Einhalt geboten werden, indem der Psychiater nicht als „Experte“, Sachkundiger oder Gutachter zugelassen wird, denn dies verleiht ihm Macht. Er entscheidet quasi darüber, wann ein Mensch „geisteskrank“ ist, entmündigt oder eingewiesen wird. Er entscheidet sozusagen über die Geschicke des Menschen. Dies darf nicht sein. Die Menschen müssen verstehen, dass Zwangsmaßnahmen in die Würde des Menschen eingreifen, sein Selbstbestimmungsrecht verletzen, demütigend sind und Folter darstellen. Mit Zwangsmaßnahmen werden Menschen gequält. Die Gesellschaft sollte wissen, was der Papst Franziskus und die UN zu Zwangsmaßnahmen sagen. Der Gesellschaft muss auch die Angst vor „Geisteskranken“ genommen werden - wer kriminell handelt, muss entsprechend behandelt werden. Wer gefährlich ist, muss nicht zwangsbehandelt werden, um Schutz vor ihm zu gewährleisten. Menschen hilft man nicht mit Zwang - man kommt nur mit Liebe, Akzeptanz und Toleranz weiter. Die Menschen müssen verstehen, dass jeder von Zwangsmaßnahmen und Entmündigung betroffen sein kann. Ein Psychiater entscheidet - und fertig (der Richter folgt ja der „Experteneinschätzung“). Die Menschen müssen auch verstehen, dass Krankheit sich nicht um Alter, Geschlecht, Gesinnung und Reichtum schert. Jeder kann betroffen sein. Aus eigener Erfahrung weiß ich, wie wichtig es ist, den Krankheitsprozess selber in Händen zu halten, eigene Entscheidungen zu treffen, einer Behandlung zuzustimmen oder nicht. Alles andere ist wie Täter und Opfer. Ein Mensch, der Opfer ist (und das ist man, wenn man zu einer Behandlung gezwungen wird, nachdem man entmündigt wurde), kann nur schwer gesund werden, wenn überhaupt. In diesem Zusammenhang könnte man sogar von „Beihilfe zum Mord“ sprechen. Menschen sind Menschen! Man muss sich immer überlegen, was eine Maßnahme mit einem Menschen und seinem Gefühlsleben macht. Alles andere ist klassisch „psychopathisch“. Man muss sich respektvoll auf Augenhöhe begegnen. Zwischen Patient und Arzt darf es keine Hierarchie, kein Machtgefüge geben.

*Anonym 73*

Mit mehr Personal sind mehr Möglichkeiten vorhanden. Es ist eine Personalbemessung notwendig. Eine die nicht nach Bettenanzahl geht oder Verdienst. Es ist doch ein Unterschied ob 30 Mobile, orientierte Patienten zu versorgen sind oder 30 demente... Standards können sicher helfen, nur diese machen blind. Scalen und eingruppierungen auszufüllen lassen die Leute vergessen direkt am Patienten das Wesentliche zu sehen und zu probieren.

*Anonym 74*

Hilfeplanung, Kliniken mit Soteria Aspekt, vertrauensverhältnisse zum Patienten stärken, Einbeziehung von Psychiatererfahrenen.Hometreatment

*Anonym 75*

Berücksichtigung der Biographie und Nächstenliebe dürfen nie verloren gehen

*Anonym 76*

es sollte so schnell gehandelt werden wie es irgendwie geht. 1. bessere Bezahlung der Rechtspfleger, die Zwangseingewiesenen zur Seite gestellt werden. Sie sollten mehr Stunden abrechnen und damit auch aufbringen können. 2. höherer Personalschlüssel pro Psychiatriepatient und Finanzierung dessen. 3. Mehr Quadratmeter in der Klinik pro Psychiatriepatient und jede Station sollte einen Garten haben. Ausnahme: Bei Stationen, deren Tür IMMER offen ist und wo JEDER Patient IMMER rausgelassen wird wenn er raus will, da ist ein Stationsgarten verzichtbar. Psychiatrische Stationen die dieses Kriterium nicht erfüllen sollen einen ausreichend großen und gut eingerichteten Garten erhalten. Während der hellen Tageszeit sollte auch keinem Patienten der Aufenthalt dort untersagt werden. Natürlich muss auch das finanziert werden. 4. Finanzierungsvorschlag für 2. und 3: Bettenabbau in der Psychiatrie. Es sollten meiner Meinung nach 2/3 der Psychiatriebetten gestrichen werden und dafür der Personalschlüssel pro Patient und die Quadratmeter pro Patient um Faktor 2 erhöht werden. Qualität ist wichtiger als Quantität, die meisten Psychiatrieaufenthalte sind nicht wirklich sinnvoll und nötig. 5. mehr ambulante Psychiater und Schaffen von besseren Bedingungen für deren Arbeit, dass sie sich den Patienten intensiver widmen können. 6. Gesetzesänderungen : 6a. Einrichtung von Beratungsstellen um sich eine rechtssichere Patientenverfügung zuzulegen und kompetente Beratung bezüglich des Inhalts und der Formulierung; 6b. Schaffung von gesetzlichen Möglichkeiten per Vorausverfügung nicht nur Zwangsbehandlung, sondern auch zwangsweisen Psychiatrieaufenthalt untersagen zu können. 6c. viele Veränderungen im Betreuungsrecht. Das derzeitige Betreuungsrecht basiert auf der ersetzenden und nicht auf der assistierten Entscheidungsfindung und das sollte dringend geändert werden. Die Macht der Betreuer sollte auch besser kontrollierbar sein. Eine Betreuung sollte mehr in Richtung Ombudsmann gehen, z.B. hier beschrieben [http://www.weglaufhaus.de/wp-content/uploads/2013/08/Dokumentation\\_Rosengarten\\_v2013.pdf](http://www.weglaufhaus.de/wp-content/uploads/2013/08/Dokumentation_Rosengarten_v2013.pdf) Seite 50-54 / 7. Arbeitsrechtliches / Meiner Information nach hat man Anspruch darauf von der Arbeit freigestellt zu werden, wenn die eigenen minderjährigen Kinder krank sind, aber nicht wenn ein volljähriger Angehöriger eine psychische Krise (oder auch körperliche Krankheit und hier eine Krise) hat. Hier sollten Möglichkeiten her, sich um Angehörige kümmern zu können. Ihn in eine psychiatrische Klinik zu fahren halte ich aus zwei Gründen nicht für sinnvoll. Erstens liegen in Psychiatrien ziemlich oft Leute wegen Suizid tot im Bett oder hängen aufgehängt in der Dusche usw. Psychiatrie kriegt es eben NICHT hin, eine gute Betreuung zu gewährleisten. Außerdem ist mein Bruder während seines letzten Psychiatrieaufenthalts dort übel misshandelt worden und erst ein engagierter Anwalt konnte es beenden. Seitdem lehnt er die stationäre Psychiatrie ab und hat meiner Meinung nach Recht damit. Wie könnte ich ihm diese Institution ausgerechnet dann antun - evtl. auch noch zwangsweise - wenn er suizidal und seelisch verletztlich ist? Meine Anwesenheit hat er aber in Krisen gerne, also ist das die Möglichkeit.

*Anonym 77*

Nutzung aller Möglichkeiten zur Vermeidung von „wohltätigem Zwang“, sowie die Anwendung prozedural alternativer Methoden und als letztes normative Vorgaben und Maßstäbe.

*Anonym 78*

Siehe oben

*Anonym 79*

Mehr gut ausgebildetes Personal. Mehr Einzelzimmer auf stationären Stationen, so das nach medizinischer Notwendigkeit die Betroffenen Ruhe bekommen.

*Anonym 80*

Krisenintervention auf Augenhöhe und mit dem Fokus auf Vermeidung zu Zwang. Genesungsbegleiter EX-IN sollten flächendeckend in der Sozialpsychiatrie und Klinik Landschaft eingesetzt werden Politisch gezwungener Massen.

*Anonym 82*

Psychiatrische Kliniken brauchen eine Kultur des Umgangs, die den Patienten selbstverständlich in die Planung, Durchführung und Bewertung der Behandlung einbezieht. So entsteht Vertrauen und das Gefühl von Selbstwirksamkeit. In der Aus- und Fortbildung von Mitarbeitenden ist das Thema Zwang ausführlich und kritisch zu behandeln. Dabei sollte verpflichtend auch der Austausch mit Psychiatrie-Erfahrenen erfolgen. Zwangsmaßnahmen sollten durch eine umfassende Begründungs- und Dokumentationspflicht so „unattraktiv“ werden, dass sie in der Praxis tatsächlich nur als ultima ratio angewandt werden (und nicht als ressourcenschonende Methode zur Ruhigstellung von Krisen-Patienten). Die Personalausstattung muss ausreichend sein, um in Krisensituationen individuelle Vorgehensweisen zu ermöglichen (z.B. gemeinsamer Spaziergang des Patienten mit einem Mitarbeiter; gemeinsamer Rückzug in einen ruhigen Raum; gemeinsamer Sport etc.). Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen ist staatlich eng zu überwachen. Kliniken mit überdurchschnittlich hohen Zahlen von Zwangsmaßnahmen müssen einen Maßnahmenplan vorlegen, der staatlich geprüft und dessen Umsetzung kontrolliert wird. Wenn langfristig keine Verbesserung eintritt, sind spürbare ökonomische Sanktionen vorzunehmen. Es sind anwendungsbezogene Forschungsprojekte zu konzipieren, die erheben, unter welchen Umständen „wohl-tätiger Zwang“ angewandt wird und welche Alternativen sich als wirksam erweisen.

*Anonym 83*

Kurzfristig durch den Gesetzgeber: Refinanzierte und von den Einrichtungen zertifizierte nachzuweisende Erhöhung der Pflegepersonalstellen in den Kategorien A2 und G2 der Psych-PV. Mittelfristig durch den Gesetzgeber: Anpassung der Personalbedarfe und deren fachspezifischen Qualifikation unter Berücksichtigung des besonderen Settings akutenpsychiatrischer Behandlung im Rahmen der bereits begonnenen Weiterentwicklung der Personalbemessung in der Psychiatrie bis 2019. Langfristig: Entwicklung einheitlicher Statistiken und Benchmarks von Zwangsbehandlungen unter Einbeziehung der personellen und fachlichen Strukturen in den jeweiligen Behandlungseinheiten. Begleitforschung von personellen und qualifizierenden Maßnahmen und deren Auswirkungen auf das Ausmaß an Zwangsmaßnahmen in den verschiedenen Settings der (geschlossenen) Akutenpsychiatrie (Allgemein-, Geronto- und Suchtpsychiatrie) unter der Berücksichtigung von räumlichen Faktoren und Platzzahlen der Behandlungseinheit.

*Anonym 84*

Wir brauchen regelmäßige Fallkonferenzen, bestehend aus den Kranken selbst, ihren gewünschten Vertrauenspersonen, erfahrenen Psychiatern, Polizei, Nachbarn und Angehörigen. Was wir nicht brauchen sind abstrakte juristische Regelungen oder einsame Entscheidungen von vorgesetzten Behörden wie Gesundheitsamt und Gerichte, die aufgrund von Akten entscheiden. Die Studienlage zu Zwangsmassnahmen ist in Deutschland katastrophal schlecht. Durch geeignete Träger wie BMBF, DFG sollten Studien und Register gefördert werden.

*Anonym 85*

Begleitung und Behandlung: mehr psychotherapeutische Angebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen - intensive Kooperation von ambulanten, stationären Einrichtungen - kontinuierliche langfristige Begleitung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen - Erstellen von

Krisen- und Behandlungsplänen, Patientenverfügungen - Einbeziehung des persönlichen Netzwerkes der Betroffenen in Behandlung und Krisenbegleitung - maßvoller Umgang mit Psychopharmaka - Aufklärung über Wirkung und Nebenwirkung von Psychopharmaka / Ressourcen: mehr psychiatrische Stationen mit offenen Türen, Krisenwohnungen, Soteria-Einrichtungen, mehr Personal in diesen Einrichtungen - Beschäftigung von Expert\*innen aus Erfahrung in psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Einrichtungen - Einbeziehung von Expert\*innen aus Erfahrung in Bildungs- und Weiterbildungseinrichtungen für Beschäftigte, die aus beruflichen Gründen mit Menschen in psychischen Krisensituationen in Kontakt kommen / Prävention: - Aufklärung zum Thema psychische Erkrankungen (Kinder, Jugendliche, Erwachsene) unter Einbeziehung von Erfahrungsexpert\*innen - der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aktiv entgegenwirken (Erfahrungsexpert\*innen: Menschen, welche über eigene Krisen-, Krankheits- oder Psychiatrieerfahrung verfügen)

*Anonym 86*