

Prävention, Durchführung und Nachsorge von freiheitsentziehenden Unterbringungen und Maßnahmen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

S2K-Leitlinie
AWMF-Registernummer 028-048

Version 1.0 (Stand 6.12.2025)

Gültigkeit vom 6.12.2025 bis zum 5.12.2030.



1.	Einleitung.....	6
1.1.	Präambel	6
1.2.	Offener Brief an die Fachkräfte aus Psychiatrie und Jugendhilfe	8
1.3.	Gemeinsame Leitlinienarbeit von Expert:innen aus Erfahrung und Expert:innen mit professionellem KJPP-Hintergrund	9
1.4.	Ziele	10
1.5.	Leitlinien-Fragen und Orientierung an bestehenden Leitlinien und Standards	11
1.6.	Herausforderungen und Grundhaltungen	12
1.7.	Häufigkeit von feM.....	13
2.	Definitionen.....	15
3.	Prävention von Gewalt und Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen	17
3.1.	Organisatorische und institutionelle Interventionen	17
3.2.	Weiterbildung des Personals	21
3.3.	Komplexe Interventionsprogramme	31
4.	Rechtliche Aspekte von feU und feM.....	38
4.1.	Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu Schutzkonzepten und Beschwerdemanagement	38
4.2.	Grundlagen von feU und feM	39
4.3.	Familiengerichtliche Unterbringung nach §1631b Abs. 1 BGB.....	39
4.4.	Öffentlich-rechtliche Unterbringung nach PsychKG/PsychKHG	41
4.5.	Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631b Abs. 2 BGB	41
4.6.	Notwehr und rechtfertigender Notstand.....	43
5.	Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen (Auswahl, Durchführung)	44
6.	Nachbesprechung und Nachsorge	52
7.	Dokumentation und Qualitätsmanagement.....	59
8.	Beschwerdemanagement	62
9.	Beteiligung von KJPP-Erfahrenen.....	65
10.	Ausblick	65
11.	Übersicht über alle Empfehlungen	67
11.1.	<i>Prävention von Gewalt und Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen</i>	<i>67</i>
11.2.	<i>Rechtliche Aspekte von feU und feM</i>	<i>69</i>
11.3.	<i>Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen (Auswahl, Durchführung).....</i>	<i>69</i>
11.4.	<i>Nachbesprechung und Nachsorge</i>	<i>73</i>
11.5.	<i>Dokumentation und Qualitätsmanagement</i>	<i>74</i>
11.6.	<i>Beschwerdemanagement.....</i>	<i>75</i>

11.7. Beteiligung von KJPP-Erfahrenen	75
12. Literatur.....	76

Herausgeber

Die vorliegende S2k-Leitlinie wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG-KJPP), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) und dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP) koordiniert und gemeinsam herausgegeben.

Koordination des Leitlinienprozesses

Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann

Durchführung systematischer Reviews

Regina Herdering; Janine Kickbusch

Methodische Unterstützung und Moderation

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Korrespondenz

Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann

LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr- Universität Bochum

Heithofer Allee 64

59071 Hamm

E-Mail: martin.holtmann@lwl.org

Steuerungsgruppe

Nadia Basarir

Annegret Brauer

Michael Brünger

Undine Dohndorf

Regina Herdering

Martin Holtmann

Michael Kölch

Thomas Lorenz

Alexander Merkel

Renate Schepker

Björn Redmann

Lea Westphal

Anna Elisabeth Widder

Viktoria Ullmer

Mitglieder der Konsensusgruppe

Die nachfolgend genannten Verbände und Organisationen waren am Konsensusprozess beteiligt und stimmten der finalen Fassung der Leitlinie zu:

- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG-KJPP)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie (BAG-PED)
- Bundespsychotherapeuten-Kammer (BPtK)
- Bundesforum Vormundschaft und Pflegschaft e.V.
- Stark durch die Kinder- und Jugendhilfe e.V.
- Kinder- und Jugendhilferechtsverein Dresden e.V.
- ADHS Deutschland e.V.

Der Berufsverband der Verfahrensbeistände konnte an der Konsensuskonferenz nicht teilnehmen, stimmte aber der finalen Fassung der Leitlinie zu.

Bei der Anmeldung der Leitlinie (28.06.2021) war zunächst erwogen worden, den Bundesverband der Angehörigen psychische Kranker (BApK) am Konsensusprozess zu beteiligen. In der Leitliniengruppe wurde entschieden, anstelle dessen Eltern, Sorgeberechtigte und Angehörige durch zwei andere Organisationen mit einzubeziehen, nämlich durch das Bundesforum Vormundschaft und Pflegschaft e.V. und durch ADHS Deutschland e.V..

Für seine juristische Expertise bei der Durchsicht der Leitlinie dankt die Steuerungsgruppe Herrn Dr. Harald Vogel, M.A., weiterer aufsichtsführender Richter am Amtsgericht a.D..

1. Einleitung

Für die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) in Deutschland gab es bisher keine AWMF-Leitlinie zur Prävention, Durchführung und Nachsorge von freiheitsentziehenden Unterbringungen (feU) und Maßnahmen (feM). Orientierung fanden die klinisch Tätigen bislang in Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für KJPP aus den Jahren 2000 und 2010 (Jungmann et al. 2000; Brünger et al. 2010).

Die vorliegende Leitlinie wurde ausschließlich entwickelt für den Geltungsbereich in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, d.h. eine Übertragung auf Einrichtungen der Jugendhilfe oder Einrichtungen der Behindertenhilfe ist nicht per se gegeben. Auch sind Anwendungen von Freiheitsentziehung durch Sorgeberechtigte im häuslichen Umfeld nicht betroffen. Pädagogische Maßnahmen, die Eingriffe in bestimmte Kinderrechte darstellen (z.B. Kontaktbeschränkungen, Beschränkungen der Mediennutzung, Zimmerarrest, Ausgangsregelungen) nicht von dieser Leitlinie umfasst.

Daten zur Anzahl, Dauer, Art und Indikation von feM bei Kindern und Jugendlichen in Kliniken für KJPP in Deutschland fehlen immer noch weitgehend, und internationale Daten sind aufgrund der sehr unterschiedlichen Versorgungs- und Rechtssysteme schwierig zu vergleichen und im Hinblick auf die deutsche Situation wenig aussagekräftig. Ebenso gibt es wenig tragfähige Evidenz als Basis für Empfehlungen zur Prävention oder Reduktion von feM bei Kindern und Jugendlichen. Die Empfehlungen dieser Leitlinie beruhen daher ganz überwiegend auf Expertenkonsens.

1.1. Präambel

Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen haben grundsätzlich das Recht, selbst zu entscheiden, ob sie sich medizinisch behandeln lassen möchten. Dies gilt auch in Situationen, in denen kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Fachkräfte die Indikation für eine Behandlung stellen.

Das deutsche Recht sieht sowohl auf der Ebene des Familienrechts gemäß § 1631b Abs. 1 und 2 BGB (Bundesgesetz) als auch der Ländergesetze zu Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (meist abgekürzt als PsychKG bzw. PsychKHG) unter ganz bestimmten und engen rechtlichen Voraussetzungen eine feU in einem Krankenhaus und ggf. auch eine feM vor; eine medizinische Zwangsbehandlung gegen den Willen eines Minderjährigen sehen das BGB und das FamFG dagegen nicht vor. Die Genehmigung derartiger Maßnahmen obliegt den sorgeberechtigten Eltern, den Vormündern oder Ergänzungspflegern (BT-Drucks. 20/8000 S. 14); Hoffmann, NZFam 2015, 985, 987).

Für die Mitarbeiter eines kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhauses bedeutet dies, dass sie regelmäßig mit Situationen konfrontiert sind, in denen die Durchführung einer feU, feM oder Zwangsbehandlung zur Diskussion steht oder gar vollzogen werden muss. Dabei geraten

sie in schwierige Abwägungsprozesse zwischen Sicherheits- und Freiheitsinteressen und werden mit unterschiedlichen Erwartungen verschiedener Akteure (Minderjährige Sorgeberechtigte, Polizei, Gerichte, Jugendämter, Jugendhilfeeinrichtungen, Verfahrensbeistände u.v.m.) konfrontiert.

Vor dem Hintergrund der Schutzbedürftigkeit des Kindes und der früheren Gewaltanwendung in Institutionen ist die heutige Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in besonderem Maße verpflichtet, die Grundrechte aller Kinder zu wahren. Ziel ist es, feU, feM und Zwang weitestgehend zu vermeiden und zu versuchen mit den Kindern und Jugendlichen einen Kontrakt herzustellen, der offen gestaltet ist und auf Freiwilligkeit beruht, was sich in der überwiegenden Zahl der freiwilligen Behandlungsinanspruchnahme widerspiegelt. Jedoch kann es in krankheitsbedingten Krisen zu Behandlungssituationen kommen, in denen stark agitierte, wenig einsichtsfähige Kinder und Jugendliche, die sich selbst oder andere durch ihr aktuelles Verhalten gefährden, zur Krisenintervention aufgenommen werden müssen. Hieraus ergibt sich unter Umständen der Konflikt, ein Setting zwischen Selbstbestimmung und Autonomie einerseits und einer überwiegend fremdmotivierten Behandlung andererseits zu gestalten. Dies ist eine besondere Herausforderung kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungspraxis. In dieser Situation benötigen Kinder und Jugendliche einen besonderen Schutz.

Ein hohes Maß an Fremdbestimmung, z.B. im Rahmen einer freiheitsentziehenden Behandlung nach dem BGB oder dem PsychKG/PsychKHG, kann einerseits Klarheit bringen, andererseits jedoch die Kooperation mit den Kindern und Jugendlichen belasten und so der Akzeptanz und dem Erfolg einer Behandlung im Weg stehen. Daher wird sehr sorgfältig nach individuellen Voraussetzungen abgewogen, welche Form der Behandlung dem Krankheitsbild und der Kooperationsfähigkeit des Kindes oder Jugendlichen angemessen ist.

Eine Studie im Auftrag der APK zeigte für die deutschen Kinderpsychiatrien, dass sich einzelne Kliniken in der Art und Häufigkeit von angewendeten Zwangsmaßnahmen und -behandlungen erheblich unterschieden (Brünger et al., unveröffentlicht; zitiert in Aktion Psychisch Kranke, 2019). Aus ethischer Perspektive ist dieser Befund problematisch, da die Wahrscheinlichkeit für einen Patienten, einer feM oder Zwangsbehandlung unterworfen zu werden, nicht davon abhängen darf, wo er sich gerade aufhält bzw. in welcher Klinik er untergebracht ist.

Seit dem 1.10.2017 gilt die Reform des §1631 b BGB. Damit gilt für Kinder und Jugendliche nicht nur bei feU, sondern auch feM ohne Unterschied der Richtervorbehalt. Angesichts der Tatsache, dass es sich bei feM um schwere Grundrechtseingriffe handelt, herrscht über Disziplinargrenzen hinweg Einigkeit darüber, dass ein zentrales Ziel darin bestehen muss, Maßnahmen gegen den Patientenwillen weitmöglich zu vermeiden und mildere Alternativen zu entwickeln und einzusetzen (Schepker et al., 2018; ZEKO, 2013). Alle Kliniken und Krankenhausträger sind daher aufgerufen, entsprechende Strukturen zu schaffen, die eine ethisch, rechtlich und medizinisch legitimierte Entscheidung für oder gegen Maßnahmen gegen den Patientenwillen ermöglichen und zu einer weitmöglichen Reduktion von Zwang in der

Kinder- und Jugendpsychiatrie beitragen. Hierfür soll die vorliegende Leitlinie Orientierung bieten.

1.2. Offener Brief an die Fachkräfte aus Psychiatrie und Jugendhilfe

im Jahr 2019 führte der Kinder- und Jugendhilferechtsverein Dresden, seit 2012 eine unabhängige Ombuds- und Beschwerdestelle, ein Projekt mit 15 Jugendlichen aus ganz Deutschland zu feM und feU durch. Das Projekt wurde von der Aktion Mensch gefördert. Die Ergebnisse des Projektes wurden zusammengefasst in einer Broschüre, in der in verständlicher Sprache die Rechte von jungen Menschen im Kontext von feU dargestellt werden (<https://freiheitsentzug.info/geschlossene-unterbringung>). Zudem verfassten die Jugendlichen einen offenen Brief an Fachkräfte aus Psychiatrie und Jugendhilfe, der mit einem Gesprächsangebot endet. Da dieses Angebot einen wichtigen Impuls für die Erstellung der nun vorliegenden Leitlinie gab, sollen die wichtigsten Aussagen des offenen Briefes hier wörtlich zitiert werden:

Offener Brief (2019) von Psychiatrie-Erfahrenen: „Wir sind bereit mit Euch über unsere Erfahrungen zu sprechen“

„Hallo Fachkräfte...wir müssen reden!

- Uns wurde in der Jugendhilfe und der Psychiatrie die Freiheit genommen.
- Manches hat manchen von uns geholfen, aber vieles sehen wir sehr kritisch.
- Wir haben erlebt, ...
 - dass wir fixiert wurden über Stunden & Tage,
 - dass wir in den „Time-Out Raum“ gesperrt wurden,
 - dass uns zwangsweise Medikamente verabreicht wurden
 - dass wir in unsere Zimmer eingeschlossen wurden,
 - dass Gewalt gegen uns ausgeübt wurde,
 - dass wir durch Entkleidung öffentlich beschämt wurden,
 - dass wir allein von eurer Wahrnehmung und Einschätzung abhängig waren, wann wir uns wieder beruhigt haben & die Maßnahme enden kann.
- Wir haben das oft nicht als Hilfe erlebt, es war mehr eine Strafe. Wir glauben, das geht auch anders!

Wir erwarten von euch, ...

- Dass ihr eure Praxis überdenkt.
- Keine Machtdemonstrationen gegenüber uns!
- Dass ihr euch dafür einsetzt, dass wir mehr Privatsphäre haben!
- Wir wollen auch, dass ihr unsere Selbsteinschätzung ernst nehmt!
- Wir möchten, dass ihr uns gut erklärt was ihr mit uns macht & warum!
- Wenn ihr uns Medikamente gebt, möchten wir wissen, welche Wirkungen das haben soll!

- Wenn ihr Zwang anwendet, dann müsst ihr euch an das Recht und die Fachempfehlungen halten, sonst macht ihr euch strafbar!
- Wir möchten, dass wir uns aussuchen dürfen, mit wem wir intime Gespräche führen!
- Wir erwarten, dass auch ihr Kritik aushaltet & Fehler einseht!
- Wir erwarten, dass wir Zugang zu externen Personen bekommen, um uns beschweren zu können.
- Wir sind bereit, mit euch über unsere Erfahrungen zu sprechen.“

1.3. Gemeinsame Leitlinienarbeit von Expert:innen aus Erfahrung und Expert:innen mit professionellem KJPP-Hintergrund

Die Bereitschaft der jungen Menschen, die selbst feM erfahren hatten, über diese Erfahrungen zu sprechen, wurde von Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgegriffen. 2021 wurde die Leitlinie bei der AWMF angemeldet, damals noch unter dem Titel „Autonieförderung und Prävention von Zwangsmaßnahmen, Unterbringungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung“. Von Beginn an war geplant, die Leitlinie gemeinsam mit „Expert:innen aus Erfahrung“ zu erarbeiten. Dafür konnten Mitautor:innen des „Offenen Briefes“ gewonnen werden, ebenso ein Sozialarbeiter des Kinder- und Jugendhilfevereins Dresden, einer unabhängigen Ombuds- und Beschwerdestelle.

Beim Kongress der DGKJP 2022 in Magdeburg wurde das Gesprächsangebot der psychiatriee erfahrenen jungen Menschen aus dem offenen Brief ganz konkret und öffentlich in einem Symposium unter ihrer Mitwirkung aufgegriffen.

Seit 2022 tagte dann die bundesweite Steuerungsgruppe und begann die konkrete Arbeit an der S2k-Leitlinie. Von Anfang an waren die „KJP-Erfahrenen“ bzw. Patientenvertreter:innen Mitglieder der Steuerungsgruppe, sodass die Patientenperspektive in die Texterstellung einfließen konnte.

Zur Orientierung bei der Leitlinienerstellung diente die entsprechende Leitlinie des englischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2015). Diese wurde 2019 überprüft, wegen fehlender neuer Evidenz aber nicht aktualisiert. Wegweisend war zudem der „Standard zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe LWL“ in der Fassung von 2023 (Holtmann & Noeker 2025). Beide Dokumente, die NICE-Leitlinie und der LWL-Standard, lagen der Steuerungsgruppe vor und wurden Kapitel für Kapitel daraufhin überprüft, welche Empfehlungen übernommen oder angepasst werden könnten. Auch die S3-Leitlinie der DGPPN zur „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ gab wertvolle Anregungen, wenngleich die Rechtslage und Evidenz für das Erwachsenenalter sich sehr von denen bei Kindern und Jugendlichen unterscheiden.

Ziel der Steuerungsgruppe war es, ebenso wie in der S3-Leitlinie für Erwachsene, sowohl in der Steuerungsgruppe als auch in der Konsensusgruppe einen gewichtigen Anteil von „Expert:innen

aus Erfahrung“ einzubeziehen (Leitlinienreport, DGPPN 2018). Dies ist glücklicherweise gelungen: Von den neun an der Konsensuskonferenz beteiligten Verbänden und Vereinen vertraten vier als Expert:innen aus Erfahrung die Perspektive von betroffenen Kindern und Jugendlichen und deren Eltern oder Sorgeberechtigten (Bundesforum Vormundschaft und Pflegschaft, Stark durch die Kinder- und Jugendhilfe e.V., Kinder- und Jugendhilferechtsverein, ADHS Deutschland).

1.4. Ziele

Die Orientierung an Leitlinien bei der Durchführung und Dokumentation von feU und feM wird als wichtiges Qualitätsmerkmal in diesem rechtlich komplexen und ethisch sensiblen Bereich angesehen. Vor diesem Hintergrund verfolgt diese Leitlinie mehrere Ziele.

- Verbesserung des Mitarbeiterwissens und -handelns unter rechtlichen, ethischen und klinischen Gesichtspunkten

Damit Mitarbeiter eines kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhauses eine rechtlich und ethisch legitimierte Entscheidung für oder gegen die Durchführung einer feU und feM treffen können, benötigen sie fundierte Kenntnisse über rechtliche Vorgaben einerseits und ethisch relevante Aspekte im Kontext von Zwang in der Kinder- und Jugendpsychiatrie andererseits. Daneben müssen sie über entsprechende medizinische bzw. praktische Kenntnisse verfügen, um stets mildere Alternativen prüfen zu können bzw. die Durchführung einer feM so sicher und schonend wie möglich vollziehen zu können (Verhältnismäßigkeitsgrundsatz). Auch Berufsanfängern soll so eine strukturierte Einarbeitung in die komplexen Sachverhalte auf diesem Themengebiet ermöglicht und Unterstützung bei der klinischen Entscheidungsfindung und beim klinischen Handeln geboten werden. Mitarbeitenden, die schon länger tätig sind, soll diese Leitlinie helfen, ihr bereits vorhandenes Wissen um neuere rechtliche Vorgaben und wissenschaftliche Erkenntnisse zu ergänzen sowie ihr bisheriges klinisches Handeln kritisch zu reflektieren und ggf. an bestimmten Stellen zu verbessern.

- Einheitliche und lückenlose Dokumentation von feM und Zwangsbehandlungen

Die einheitliche und lückenlose Dokumentation von feM soll dazu beitragen, Transparenz nach außen (d.h. gegenüber Betroffenen und der Öffentlichkeit) herzustellen, Problembereiche zu identifizieren und mit Blick auf die Reduktion von Zwang in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegenseitig voneinander zu lernen. Die Identifizierung von Problembereichen stellt dabei eine Voraussetzung für die Entwicklung gezielter Verbesserungsansätze und Präventionsmaßnahmen dar.

- Qualitätssicherung und -verbesserung

Die Leitlinie dient der Qualitätssicherung und -verbesserung in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bezug auf feM mit dem Ziel, diese in Häufigkeit, Dauer und Intensität möglichst gering zu halten. Der Qualitätsverbesserung dienen ebenso die Erhebung, Auswertung und Analyse von Daten.

1.5. Leitlinien-Fragen und Orientierung an bestehenden Leitlinien und Standards

In einer ersten Phase der gemeinsamen Arbeit wurden sieben Leitfragen formuliert, zu deren Beantwortung dann die verfügbare Literatur durchsucht wurde. Bei der Formulierung der Fragen erwies sich eine strikte Orientierung am sog. PICO-Format nicht durchgängig als hilfreich, so dass hiervon teilweise abgewichen wurde.

Frage 1:

Welche Maßnahmen in Kliniken oder Abteilungen für KJPP dienen der Prävention von Gewalt durch Patienten und durch Mitarbeitende und der Vermeidung oder Reduktion der Häufigkeit des Einsatzes von feM?

Frage 2:

Welche rechtlichen Aspekte sind im Zusammenhang mit feM zu berücksichtigen?

FRAGE 3:

Welche fachlichen Aspekte sind bei der Auswahl und Durchführung von feM zu beachten?

FRAGE 4:

Welche Maßnahmen sollten nach der Durchführung von feM zum Einsatz kommen?

FRAGE 5:

Welche Standards der Dokumentation von FeM dienen nachweislich der Nachvollziehbarkeit, Wahrnehmbarkeit, Transparenz, Rekonstruierbarkeit, Revisionsicherheit, Rechtssicherheit im Vergleich zu einer unstandardisierten Dokumentation?

FRAGE 6:

Welche Standards des Qualitätsmanagements von Kliniken dienen nachweislich der Prävention und Reduktion von feM im Vergleich zu Kliniken ohne diese Standards?

FRAGE 7:

Welche klar beschriebenen Beschwerdewege (Patientenfürsprecher, Familiengericht, schriftliche Eingabe an Beschwerdestelle des Trägers) führen verglichen mit Kliniken ohne

Beschwerdemöglichkeit zu Autonomieförderung, Selbstermächtigung, Wiederherstellung von Selbstwirksamkeit und zur Verhinderung von Folgeschäden der durchgeführten Maßnahmen?

1.6. Herausforderungen und Grundhaltungen

Auch in Phasen von Krankheit ist ein entwicklungsförderndes, entlastendes und wachstumsunterstützendes Milieu zu gestalten. Dazu sind eine wohlwollende, haltgebende, empathische und gewaltfreie Grundhaltung und ein altersgerechter und lebensweltorientierter Umgang eine wichtige Voraussetzung. Die Patienten kommen zumeist aus Familien oder aus Einrichtungen der Jugendhilfe und leben vorübergehend in der Klinik. Aufgabe ist es, ihnen im Rahmen der Sozio- und Milieuthherapie eine Umgebung mit förderlichen Beziehungsangeboten zu bieten und die Herkunftsfamilien und weitere Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess aktiv mit einzubeziehen. Dazu ist eine Grundhaltung erforderlich, die den Patienten nicht nur als Einzelperson sieht, sondern sein Bezugssystem mitberücksichtigt und ein entwicklungsorientiertes Verständnis für die Krankheit und das daraus resultierende Verhalten entwickelt.

Neben der Anwendung fachlicher Standards der Kinder- und Jugendpsychiatrie bietet die UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) wichtige Orientierungen für einen gesundheitsförderlichen Umgang in den Kinder- und Jugendpsychiatrien. Diese sind vor allem das Recht

- gesund zu leben, Geborgenheit zu finden und keine Not zu leiden.
- zu lernen, zu spielen, sich zu erholen und künstlerisch tätig zu sein.
- bei allen Fragen, die sie betreffen, mitzubestimmen und zu sagen, was sie denken.
- auf Schutz vor Gewalt, Missbrauch und Ausbeutung.
- sich alle Informationen zu beschaffen, die sie brauchen, und ihre eigene Meinung zu verbreiten.
- der Achtung ihres Privatlebens und ihrer Würde.
- behinderter Kinder auf besondere Fürsorge und Förderung, damit sie aktiv am Leben teilnehmen können.

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken streben demgemäß ein möglichst hohes Maß an Kooperation, Freiwilligkeit und Selbstbestärkung und Selbstbefähigung (Empowerment) in der Behandlung ihrer Patienten an und setzen feM nur nach sorgfältiger Abwägung als letztes Mittel (ultima ratio) ein. Angesichts der Tatsache, dass es sich bei feM um schwere Grundrechtseingriffe handelt, herrscht über Disziplinargrenzen hinweg Einigkeit darüber, dass ein zentrales Ziel darin bestehen muss, Maßnahmen gegen den Patientenwillen weitmöglich zu vermeiden und mildere Alternativen zu entwickeln und einzusetzen (Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes, Vogel, 2022b).

1.7. Häufigkeit von feM

In seiner Statistik über Familiensachen berichtet das Statistische Bundesamt für 2023 von 18.558 Verfahren zu Freiheitsentziehenden Unterbringung nach § 1631b Absatz 1 BGB und 6.618 Verfahren zu Freiheitsentziehenden Maßnahme nach § 1631b Absatz 2 BGB (Destatis 2024). Diese Zahlen geben die Realität in den Kliniken für KJPP zu feM nur orientierend wieder. Wie in einer Stellungnahme der Bundesregierung zu älteren Daten des Destatis festgestellt wird, gilt einschränkend: „Nicht erfasst ist der Ausgang der Verfahren, d. h. ob in dem Verfahren eine Genehmigung der freiheitsentziehenden Unterbringung erfolgt ist, die Genehmigung abgelehnt wurde oder sich das Verfahren in sonstiger Weise erledigt hat (z. B. weil der Minderjährige entlassen wurde oder von einer Unterbringung zwischenzeitlich wieder abgesehen wurde), d. h. die mitgeteilten Zahlen lassen keinen Rückschluss auf die tatsächlich erteilten Genehmigungen zu. Ferner kann auf der Basis dieser Daten nicht beantwortet werden, inwiefern von einer gerichtlich erteilten Genehmigung tatsächlich Gebrauch gemacht wurde. Zu beachten ist ferner, dass parallel zu einem Hauptsacheverfahren häufig bereits ein Verfahren zum Erlass einer einstweiligen Anordnung eingeleitet wird, so dass es sich statistisch um zwei Verfahren, aber tatsächlich nur um einen Unterbringungsfall handelt. Zu berücksichtigen ist zudem, dass auch Verfahren zur Verlängerung oder Aufhebung einer Genehmigung als gesonderte Verfahren erfasst werden. Eine Aufschlüsselung nach Art der Verfahren, der Einrichtung sowie nach Alter und Geschlecht der untergebrachten Kinder und Jugendliche ist aus diesen Statistiken nicht möglich, da diese Merkmale dort nicht erfasst werden.“ (Deutscher Bundestag 2017).

Auch eine Differenzierung der feM in Isolierungen, Fixierungen oder andere Maßnahmen ist aufgrund der Daten nicht möglich. Zudem sind auch Unterbringungen im Rahmen der Jugendhilfe miterfasst, auch wenn diese wohl nur einen geringen Teil aller Unterbringungen ausmachen. Differenzierte bundeseinheitliche Statistiken zu Anzahl, Dauer, Art und Indikation von feM bei Kindern und Jugendlichen in Kliniken für KJPP in Deutschland fehlen weitgehend (Vogel und Kölch 2016). Internationale Daten sind aufgrund der sehr unterschiedlichen Versorgungs- und Rechtssysteme schwierig zu vergleichen und im Hinblick auf die deutsche Situation wenig aussagekräftig.

In einer systematischen Analyse internationaler Literatur (2005 bis 2015) zu feM im Bereich psychisch kranker Kinder und Jugendlicher untersuchten Rabe et al. (2017) Art, Häufigkeit, Dauer und Risikofaktoren für Zwangsmaßnahmen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, der im Rahmen des stationären Aufenthaltes Zwangsmaßnahmen erlebte, lag zwischen 8,4 % und 29 %. Es zeigte sich, dass in den europäischen Studien häufig Mädchen im späteren Jugendalter Zwangsmaßnahmen erlebten. Als häufigster Grund wurde eine drohende Selbstbeschädigung angegeben. In den außereuropäischen Studien waren hingegen vermehrt Jungen im jüngeren Kindesalter von Zwangsmaßnahmen betroffen, wobei hier am häufigsten fremdaggressiven Verhalten genannt wurde. Es wurde eine Reihe an weiteren Einflussfaktoren auf die Durchführung von Zwangsmaßnahmen bzw. auf die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen hin untersucht. Als

bedeutsam erwiesen sich u. a. ein unfreiwilliger Aufnahmemodus, die erste Woche des Aufenthalts, ein Migrationshintergrund, Abendstunden, Gewalterfahrungen in der Anamnese, eine stärkere psychopathologische Beeinträchtigung sowie eine längere Behandlungsdauer.

Ähnliche Ergebnisse berichten Perers et al. (2022) in ihrer Übersicht über die Praxis in den USA, Finnland, Australien und Norwegen mit Fixierungs- und Isolierungsraten zwischen 6,5 und 29 % der aufgenommenen Patienten.

De Hert et al. (2011) fanden in ihrer systematischen Übersichtsarbeit zur Prävalenz von Isolierungen und Fixierungen zwischen 2000 und 2010 in kinder- und jugendpsychiatrischen Settings eine Rate an Isolierungen von 26 % der Patienten oder 67 pro 1000 Patiententage, und eine Rate an Fixierungen von 29 % der Patienten oder 42,7 pro 1000 Patiententage.

Daten aus Deutschland waren in den zitierten Studien nicht enthalten.

Im Rahmen einer Umfrage zum Thema Zwangsmaßnahmen und Freiheitsentziehung bei Kindern und Jugendlichen wurden 178 Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (BAG) angeschrieben (Brünger et al., unveröffentlicht; zitiert in Aktion Psychisch Kranke 2019). Die Rücklaufquote lag bei 39 %. Deutlich wurde, dass hinsichtlich der damals noch üblichen Unterscheidung von Unterbringung und unterbringungsähnlichen Maßnahmen eine große Verunsicherung sowie ein heterogenes Vorgehen von Kliniken und Familiengerichten berichtet wurde. Hinsichtlich der Freiheitsbeschränkungen wurde am häufigsten der beschränkte Ausgang, hinsichtlich der feM die Fixierung genannt.

In einer retrospektiven Kohortenstudie zur unfreiwilligen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland anhand von Daten zu Krankenhauseinweisungen von drei großen deutschen KJPP-Kliniken über einen Zeitraum von 6 Jahren (2004-2009; N = 10.547 stationäre Patienten) zeigte sich, dass 70,8 % der Patienten freiwillig und 29,2 % unfreiwillig aufgenommen wurden (Jendreyshak et al. 2013). Die Rate unfreiwilliger Aufnahmen sank im Laufe der Jahre kontinuierlich. Der stärkste Prädiktor für eine unfreiwillige Einweisung war eine Intelligenzminderung (OR = 15,74). Adoleszenz, Drogenmissbrauch, psychotische Störungen und die Einweisung im Nachtdienst waren ebenfalls stark miteinander verbunden (OR > 3).

Vogel und Kölch (2016) untersuchten in einer Studie die gerichtliche Praxis bezüglich Maßnahmen nach § 1631 b BGB vor dessen Reform. Demzufolge wurden feU nach § 1631 b BGB meist in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie umgesetzt, seltener in der Jugendhilfe. Die Maßnahmen dauerten meist nicht länger als sechs Wochen. Im Rahmen der Behandlung stellte sich die Freiwilligkeit oft innerhalb von Tagen her, so dass freiheitsentziehende Maßnahmen nicht mehr notwendig waren.

In einer repräsentativen Umfrage in Deutschland mit 2524 Teilnehmerinnen und Teilnehmern von 14–99 Jahren (mittleres Alter: 48,8 Jahre) gaben 4 % der Befragten an, sich bereits zumindest einmalig unfreiwillig in psychiatrischer Behandlung befunden zu haben, davon 68,8 % in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Es fand sich hierbei kein geschlechtsspezifischer Unterschied, jedoch berichteten Teilnehmende ohne Abitur häufiger davon, gegen ihren Willen psychiatrisch behandelt worden zu sein (Groschwitz et al. 2017).

Zu den Risiken von feM gehören u.a. Verletzungen der Patienten, das Wiedererleben vergangener traumatische Ereignisse und ein hohes Risiko eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu entwickeln, das bei Erwachsenen nach Isolierung bzw. Fixierung zwischen 25 bis 47 % liegt (vgl. Czernin et al. 2024). Aus den USA werden Todesfälle nach Festhalten und Fixierungen berichtet: Nunno et al. (2006) identifizierten 45 Kinder, die zwischen 1993 und 2003 in Situationen des Festhaltens (am häufigsten) oder der Fixierung in „inpatient psychiatric facilities in the United States“ verstarben (zit. bei Baker et al., 2022). Vergleichbare Berichte sind für Deutschland nicht bekannt.

2. Definitionen

"Kind" und "Jugendlicher"

In dieser Leitlinie werden die Begriffe "Kind" und "Jugendlicher" analog zum deutschen Jugendschutzrecht verwandt: Ein Kind ist eine Person, die noch nicht 14 Jahre alt ist; ein Jugendlicher ist eine Person, die 14, aber noch nicht 18 Jahre alt ist.

Freiheitsentziehende Unterbringung (FeU)

Als feU gilt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Behandlung in einer Station, in der durch bauliche Maßnahmen (insb. verschlossene Stationstür) Kinder und Jugendliche daran gehindert werden können, die Einrichtung zu verlassen. Der BGH, NJW 2013, 2969 sieht eine feU dann als gegeben an, „wenn der Betroffene gegen seinen Willen oder im Zustand der Willenslosigkeit in einem räumlich begrenzten Bereich eines geschlossenen Krankenhauses, einer anderen geschlossenen Einrichtung oder dem abgeschlossenen Teil einer solchen Einrichtung festgehalten, sein Aufenthalt ständig überwacht und die Kontaktaufnahme mit Personen außerhalb des Bereichs eingeschränkt wird“.

Freiheitsentziehende Maßnahmen (feM)

Der alte Begriff der „freiheitseinschränkenden Maßnahmen“ wurde mit der Reform des § 1631b BGB zugunsten der Bezeichnung „freiheitsentziehende Maßnahmen“ 2017 seitens des Gesetzgebers für obsolet erklärt.

Nach der Leitlinie der DGPPN (2018) zur Verhinderung von Zwang gelten Maßnahmen als freiheitsentziehend, „die die Bewegungsfreiheit gegen den Willen des Betroffenen einschränken und eine gewisse Intensität aufweisen, also z. B. Isolierung, Fixierung, auch mit Bettgittern, Stuhltischen, Netzbetten.“

Auch medikamentöse Behandlungen mit dem Ziel der Freiheitsentziehung, z.B. in Form einer Sedierung, gelten als feM.

Ob besondere Schließmechanismen, wie z. B. Türen, die mit einem Nummerncode zu öffnen sind, oder technische Maßnahmen (z.B. RFID-Chips), die zum automatischen Verschließen der Stationstür führen, eine freiheitsentziehende Maßnahme darstellen, ist rechtlich umstritten und wurde bisher eher im Rahmen der Rechtsprechung zu Ortungssystemen für Demenzkranke erörtert (vgl. <https://www.biva.de/urteile/rechtsprechung-zu-ortungssystemen-fuer-demenzkranken/>). Gleiches gilt für besonders hoch angebrachte Öffnungsmechanismen, die für jüngere Kinder nicht erreichbar sind.

Isolierung

Bei dieser Maßnahme wird der Patient in einem Raum untergebracht, den er nicht verlassen kann oder soll. Dabei ist es unerheblich, ob dies durch bauliche oder personelle Maßnahmen erreicht wird. Die Isolierung hat die Sicherung bei fremdaggressivem oder selbstgefährdendem Verhalten durch Reizabschirmung zum Ziel.

Im Unterschied dazu sind Time-Out-Maßnahmen immer Teil eines mit den Patient:innen abgestimmten Therapieplanes, die von der Isolierung, die eine feM darstellt und dem Richtervorbehalt unterliegt, eindeutig abgegrenzt werden müssen (Haas, 2024). Time-out ist eine therapeutische Maßnahme, die zum einen dazu dient, unerwünschtes Verhalten zu reduzieren. Zum anderen können die Patient:innen darüber lernen, sich selber besser zu regulieren. Sie sollen Strategien entwickeln, mit inneren Anspannungszuständen besser umzugehen.

Mechanische Fixierung

Bei dieser Maßnahme wird der Patient auf einem Bett mit speziellen Gurten festgebunden, welche die Bewegungsfreiheit stark reduzieren. Weitere Möglichkeiten mechanischer Fixierung betreffen spezielle Betten, Fixierung im (Roll-)Stuhl etc. (siehe unter 5.).

Vorübergehendes Festhalten

Vorübergehendes Festhalten („manual restraint“, „holding“ oder „physical restraint“) ohne Zuhilfenahme technischer Hilfsmittel wird insbesondere in Großbritannien und Norwegen praktiziert und dort als ein Weg gesehen, länger dauernde mechanische Fixierungen zu vermeiden (Steinert, 2011; Furre, 2019).

Zwangsbehandlung

Eine Zwangsbehandlung ist eine medizinische Behandlung gegen den Willen eines Betroffenen, egal ob dieser verbal oder nonverbal geäußert wird. Die Anwendung von körperlicher Gewalt ist keine notwendige Voraussetzung für Zwang. Auch die Androhung von zwangsweiser Verabreichung eines Medikaments im Rahmen eines erhöhten Personalaufgebots stellt Zwang dar. Medikamentöse Behandlungen mit dem Ziel der Freiheitsentziehung, z.B. in Form einer Sedierung, gelten als feM. Behandlungen der Grunderkrankung bei Minderjährigen gelten nach aktueller Gesetzlage nicht als feM. Sie unterliegen bei entsprechender medizinischer Indikation der Entscheidung der Sorgeberechtigten, auch wenn sie gegen den Willen des Kindes stattfinden.

3. Prävention von Gewalt und Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen

Frage 1:

Welche Maßnahmen in Kliniken oder Abteilungen für KJPP dienen der Prävention von Gewalt durch Patienten und durch Mitarbeitende und der Vermeidung oder Reduktion der Häufigkeit des Einsatzes von feM?

Es gibt keine randomisiert-kontrollierten Studien zu Interventionen, die freiheitsentziehende Maßnahmen (feM) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie reduzieren sollen. Es konnten drei nicht-randomisierte, kontrollierte Studien identifiziert werden (Magnowski & Cleveland, 2018), Borckardt et al. 2011, West et al., 2017).

Es liegen mehrere Beobachtungsstudien mit Vorher-Nachher-Vergleichen vor. Viele der Studien evaluieren allerdings mehrere Maßnahmen gleichzeitig, sodass Rückschlüsse auf die Wirksamkeit von Einzelmaßnahmen schwer möglich sind. Zudem sind feM trotz ähnlicher oder gleicher Bezeichnungen nicht eindeutig definiert (Rabe et al., 2017). Oft enthalten die Studien keine genauere Beschreibung oder Definition der feM. So kann es sich z.B. bei als „restraint“ bezeichneten feM sowohl um mechanische Fixierung (z.B. mit Handschellen, Gurten oder anderen Apparaturen) als auch um manuelle Fixierung (Festhalten mit Körperkontakt) handeln. Jüngere Reviews zur Reduktion von feM in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden beschrieben von Perers et al. (2021) und Baker et al. (2022), wobei letzteres sich auch auf Jugendhilfeeinrichtungen und Gefängnisse bezieht und ebenfalls keine RCTs identifizieren konnte.

Die im Folgenden beschriebene Evidenz bezieht sich, wenn nicht explizit anders beschrieben, auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken.

3.1. Organisatorische und institutionelle Interventionen

Zielvorgaben an Klinikleitungen / Haltung der Leitungsebene

Definition: Die Leitung eines Krankenhauses kann das Ziel vorgeben, feU und feM zu reduzieren.

Dies kann mit konkreten Handlungsanweisungen einhergehen, mit technischer und inhaltlicher Unterstützung und einer Kontrolle der Zielerreichung.

Evidenz: Le Bel et al. (2004) berichten von einer staatlichen Initiative des „Massachusetts Department of Mental Health (DMH)“ (USA). Die Initiative beinhaltete die klare Zielsetzung feM in den Kinder- und Jugendpsychiatrien zu reduzieren und letztlich zu verhindern. Die Initiative betraf bis zu 70 Psychiatrien, die dem DMH unterstellt waren. Es wurde den Krankenhausleitungen die Vorgabe gemacht, einen eigenen Plan zur Erreichung des Ziels zu entwickeln. Die Entscheidung, welche konkreten Maßnahmen umgesetzt werden würden, war den Krankenhausleitungen selbst vorbehalten. Technische Unterstützung wurde vom DMH angeboten und mehrere Konferenzen zum Thema fanden statt, in denen Informationen über den Fortschritt geteilt wurden. 82 % der Krankenhäuser erreichten eine bedeutsame Reduktion der Häufigkeit und Dauer der feM. Einrichtungen mit Leitungen, die sich dem Ziel stark verpflichtet fühlten, oder die während der Initiative ihren Dienst begonnen hatten und starke Unterstützung des DMH in Anspruch nahmen, konnten geringe feM-Zahlen in den 3 Monaten nach der Intervention eher beibehalten. Von November 2000 bis Januar 2005 sank die Anzahl von feM pro 1000 Patiententagen auf Kinderstationen, Jugendstationen und gemischten Stationen um jeweils 84,4 %, 80,4 % und 78,7% (<https://www.dmhrsri.com/rsri>, 08.09.2023).

Eine starke Führung hin zur Reduktion von feM ist auch die erste Strategie im Konzept „Six Core Strategies“, zu dem es bereits Evidenz zur Wirksamkeit gibt. Siehe hierzu das entsprechende Kapitel (s.u., Kapitel Six Core Strategies).

Diskussion: Studien, die eine Änderung von Zielsetzung und Haltung zu feM untersuchen, gehen in der Regel auch mit zusätzlichen Maßnahmen einher. Daher lässt sich aus diesen Studien nicht schließen, ob beobachtete Änderungen alleine durch die geänderte Zielsetzung und Haltung erreicht wurden. Denkbar ist auch, dass eher Alternativstrategien in Erwägung gezogen wurden, da feM als unerwünscht / zu vermeiden galten.

Personalschlüssel

Definition: Der Personalschlüssel ist die Anzahl der Mitarbeiter pro Patient. Je höher der Personalschlüssel desto weniger Patienten werden von einem Mitarbeitenden betreut. Ziel ist, durch einen ausreichenden Personalschlüssel eine Überlastung des Personals zu verhindern, eine individuelle Betreuung zu ermöglichen und so Voraussetzungen für eine qualitativ gute Behandlung zu schaffen. Wann ein Personalschlüssel als ausreichend anzusehen ist, lässt sich nicht pauschal sagen. Indikatoren könnten die subjektive Arbeitsbelastung des Personals sein, Ausfallzeiten sowie Indikatoren für die Behandlungsqualität wie z.B. die Zufriedenheit der Patienten.

Evidenz: Zur Beantwortung der Frage, ob durch einen höheren Personalschlüssel feM im Bereich der KJP reduziert werden können, gibt es nach unserem Kenntnisstand noch keine kontrollierten Studien. Für die Behandlung Erwachsener existieren Studien, die einen positiven Zusammenhang zwischen einem höheren Personalschlüssel (weniger Patienten werden von

einem Mitarbeiter betreut) auf einer Station und einem geringeren Auftreten von feM belegen (s. z.B. Bak et al. 2015). Le Bel et al. (2004) berichten ebenfalls von einer Reduktion der Zwangsmaßnahmen infolge einer Erhöhung der Personalstärke.

Darüber hinaus gibt es qualitative Evidenz für die Wichtigkeit von persönlichen Beziehungen zur Bewältigung von Krisen bei Kindern. Montreuil et al. (2018) befragten Kinder unter 12 Jahren zum Umgang des psychiatrischen Personals mit ihren Krisen. Den persönlichen Kontakt mit dem Pflegepersonal empfanden die Kinder als hilfreicher als gleichförmige Deeskalationsstrategien, die in Konfliktsituationen nach einem sich wiederholenden Schema umgesetzt werden). Ein entsprechender Personalschlüssel könnte als Voraussetzung dafür gesehen werden, dass ausreichend Zeit für den persönlichen Kontakt zur Verfügung steht.

Bonnell et al. (2014) berichten von der Aufstockung des Personals in einer KJP als Teil einer größeren Umstrukturierung der Station zusammen mit der Einführung des sog. CPS-Modells (collaborative problem solving; s.u.). Im Vorher-Nachher-Vergleich zeigte sich, dass die Dauer von ständiger Beobachtung („constant observations“) signifikant um 39% reduziert werden konnte. Zudem konnten eine Halbierung von aggressiven Vorfällen auf der Station, eine Reduktion von Isolierungen um ca. 66% (gemessen in durchschnittlicher Dauer von Isolationen pro Monat) und eine Reduktion von Krankheitsausfällen des Personals um ca. 20% beobachtet werden (alle Veränderungen nicht statistisch signifikant).

Aufgabenverteilung des Personals

Definition: Eine effektive Aufgabenverteilung des Personals könnte Ressourcen freisetzen, um auf die Bedürfnisse einzelner Patienten frühzeitig und besser eingehen zu können.

Evidenz: Magnowski & Cleveland (2020) untersuchten in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie den Einfluss einer veränderten Aufgabenverteilung des Pflegepersonals („milieu nurse client shift assignments“) auf die Anzahl von feM bei gleichbleibenden Kosten und Ressourcen. Bei einer Belegungszahl der Station von 17 Patienten (maximal 20) änderte sich die Aufgabenverteilung des Personals. Zwei Pflegekräfte bekamen die Rolle der „milieu nurse“ und waren im Kontakt mit den Patienten verantwortlich für Struktur, Sicherheit, frühe Identifizierung von Krisen, Konsistenz, Empathie, Aktualisieren von Therapieplänen, Fokus auf individuelle Bedürfnisse und die Gabe von Bedarfsmedikation, während eine andere Pflegekraft sich um eher administrative Dinge kümmerte wie z.B. Aufnahmen, Entlassungen und die Ausgabe der regelmäßigen Medikation. In der ursprünglichen Rollenverteilung war jede Pflegekraft gleichermaßen für Pflege und administrative Tätigkeiten zuständig. In der statistischen Auswertung wurden die Phasen mit hoher Belegungszahl und veränderter Rollenverteilung (Interventionsvariable) den Phasen mit ursprünglicher Rollenverteilung (Kontrollvariable) gegenübergestellt und die Auswirkungen auf die Anzahl der feM analysiert. Es zeigte sich ein signifikanter großer Effekt der Intervention auf die Rate der feM. Während bei traditioneller Rollenverteilung die durchschnittliche monatliche feM-Rate bei 72,9 Ereignissen pro 1000 Patienten-Tagen lag, ergab sich für die veränderte Rollenverteilung eine

Rate von 7,5 Ereignissen pro 1000 Patiententagen. Die berichteten feM umfassten manuelle Fixierungen und mechanische Fixierungen.

Offene Psychiatrie / „Offene Tür Politik“

Definition: Bislang gibt es keine einheitliche Definition des Begriffs der „offenen Psychiatrie“. Im Kern ist damit gemeint, dass nicht freiwillig untergebrachte Patienten auf einer offenen und nicht auf einer freiheitsentziehenden („geschlossenen“) Station behandelt werden. Die offene Psychiatrie ist angesichts des Spannungsverhältnisses zwischen Freiheits- und Sicherheitsinteressen oftmals Gegenstand kontroverser Diskussionen, gleichzeitig zeichnen sich in Deutschland deutliche Bemühungen ab, offene Unterbringungsformen zu implementieren (Gather et al. 2017; Zinkler und Nyhuis 2017, Steinert et al 2019). Die Öffnung von Stationstüren hat zum Ziel, Zwang in der Psychiatrie zu reduzieren. Offene Türen können vertrauensbildend wirken und schränken die Freiheitsrechte der Patienten weniger ein (DGPPN 2018). Sie erfordern allerdings eine damit einhergehende Änderung des therapeutischen Milieus auf der Station (Mayr und Waibel 2016). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in diesem Kontext die Aufsichtspflicht, die von den Erziehungsberechtigten (Eltern, Pflegeeltern, Betreuer*innen) für den Zeitraum der Behandlung an die Klinik delegiert wird, besonders zu berücksichtigen. Vielerorts wird in der KJPP bereits mit einer „fakultativen Geschlossenheit“ gearbeitet, d.h. dass die Stationstür auch für Patient:innen mit Unterbringungsbeschluss geöffnet bleiben kann, aber bei Eskalationen verschlossen wird, ohne dass die Patient:innen ohne Unterbringungsbeschluss dadurch in ihrer Bewegungsfreiheit beeinträchtigt werden.

Evidenz: Es gibt keine ausreichende Evidenz im Kinder- und Jugendbereich, um zu beantworten, ob eine „offene Psychiatrie“ mit offenen Unterbringungsformen zu einer Reduktion von feM bei Minderjährigen führen kann. Für ein Review für den Erwachsenenbereich vgl. Steinert et al. 2019.

Gestaltung psychiatrischer Stationen

Definition: Viele Kliniken für KJPP bemühen sich um eine alters- und entwicklungsgerechte Gestaltung der Stationen, weg von einem Krankenhaus-Charakter hin zu einer Wohnatmosphäre bzw. kindgerechtem Erholungsraum. So gibt es Ansätze, Räume mit mehr Privatsphäre zu ermöglichen, Stimulation in Räumen zu reduzieren und gleichzeitig Räume mit gezielten Stimmulationsmöglichkeiten auszustatten („sensory rooms“), das Erscheinungsbild der Stationen durch Dekoration aufzuwerten, auf dem Klinikgelände Spielplätze zu integrieren, sowie Außenbereiche zugänglich zu machen.

Evidenz: Eine Beobachtungsstudie von Wöckel et al. (2018) beschreibt die Veränderungen im Zug der architektonischen Umgestaltung einer Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz hin zu kindgerechteren Räumlichkeiten mit mehr Rückzugsmöglichkeiten und geringerer Patientenanzahl pro Station. Nach der Umgestaltung reduzierte sich die durchschnittliche Verweildauer nach einer unfreiwilligen Aufnahme (statistische Signifikanz nicht berichtet).

Studien im Erwachsenenbereich geben weitere Hinweise auf die Wirksamkeit von baulichen Maßnahmen für die Reduktion von feM (siehe DGPPN-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“, 2018).

Eine Beobachtungsstudie von Czernin et al. (2023) beschreibt die Auswirkungen des Umbaus einer jugendpsychiatrischen stationären Einheit auf den Anteil und die Häufigkeit von Jugendlichen, die feM erleben. In einem naturalistischen Beobachtungsdesign wurden feM vor und nach einem kompletten Klinikumbau bei n = 782 Aufnahmen verglichen, die stationär von April 2019 bis April 2022 behandelt wurden. Nach der strukturellen Modernisierung, die zu größeren Stationen und der Verfügbarkeit von Kriseninterventionsräumen (seclusion rooms) führte, waren deutlich weniger Patienten von mechanischer Fixierung betroffen (8,1 % vs. 13,7 %, p = 0,013). Die Isolierungsrate stieg auf 5,0 % (im Vergleich zu 0 %, p < .001). Die Rate der Isolierungen und/oder Fixierungen insgesamt sank von 13,7 % auf 11,8 % (p = .425). Die mittlere kumulative Dauer aller Zwangsmaßnahmen pro betroffenem Fall nahm signifikant ab (2,8 vs. 5,4 h, p = .005) ebenso der Anteil an der Aufenthaltsdauer (0,8 % vs. 2,8 %, p = .006). Die Autoren schlussfolgern, dass die Modernisierung und Umstrukturierung von Gebäuden, in denen kinder- und jugendpsychiatrische Abteilungen untergebracht sind, zu einer Verringerung der feM beitragen können.

3.2. Weiterbildung des Personals

Sensorische Modulation („sensory modulation“)

Definition / Beschreibung: Das emotionale Erleben des Patienten soll mit Hilfe von sensorischer Modulation in einen für den Patienten angenehmen, entspannten Zustand zurückversetzt werden.

Evidenz: In einigen Studien wurden die Auswirkungen der Implementierung von sog. „sensory rooms“ und entsprechender Weiterbildung des Personals im Vorher-Nachher-Vergleich untersucht. Bei einem „sensory room“ handelt es sich um einen Raum mit Hilfsmitteln, die die Sinne anregen (z.B. Massagestühle, Massagebälle, Gewichtsdecken, Aromen, Musik, Naturgeräusche, spezielle Beleuchtung etc.). Weiterbildungen im Bereich „sensory modulation“ umfassen in den unten beschriebenen Studien zum einen die Theorie zur Wirkweise und Anwendung, die Überführung der gelernten Theorie in die Praxis, Ausprobieren der Techniken in der Selbsterfahrung und mit den Patienten. Zudem werden Strategien gelehrt, Patienten und Situationen in Bezug auf die passende „sensory modulation“-Technik einzuschätzen.

Blackburn et al. (2016) berichten in einer Machbarkeitsstudie von der Weiterbildung des Pflegepersonals in „sensory modulation“-Techniken auf einer Station für Jugendliche. Die theoretische Weiterbildung erfolgte online im Selbststudium. Für die Übertragung in die klinische Praxis fanden Gesprächsrunden statt, in denen im Team für Probleme in der Praxis mögliche Ansätze mit „sensory modulation“-Techniken besprochen wurden. Für die Station wurden sensorische Stimulationobjekte angeschafft. Eine ergotherapeutische Kraft bot einen Gruppentermin für die Patienten an, um herauszufinden, welche Stimulationstechniken ihnen

dabei helfen könnten, einen unangenehmen emotionalen Zustand zu überwinden. Die Stimulationen wurden von der Pflege verwahrt und auf Anfrage von Patienten an diese ausgegeben oder von der Pflege aktiv angeboten. Die quantitative Auswertung weist darauf hin, dass das Training dem Personal mehr Wissen zu „sensory modulation“-Techniken verschafft hat. Die qualitativen Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass das Pflegepersonal die Techniken im Alltag anwandte und als nützliche Alternativstrategie zu feM ansah. Gleichzeitig wird anekdotisch berichtet, dass bei weit fortgeschrittener Eskalation die vorhandenen „sensory modulation“-Techniken nicht mehr anwendbar waren.

Seckman et al. (2017) untersuchten die Auswirkungen der Implementierung eines „sensory rooms“ in einer Behandlungsstation für Jugendliche mit 20 Betten. Der Raum wurde im Bedarfsfall in einer 1:1 Betreuung genutzt. Die Weiterbildung des Personals beinhaltete die Prinzipien von „sensory modulation“, die theoretische Durchführung der Techniken, sowie das praktische Sich-Vertrautmachen mit dem Material. Zur Identifikation von bedürftigen Patienten wurde ein formales System benutzt, in dem Symptome bestimmten Eskalationsstufen und „sensory modulation“-Techniken zugeordnet werden. Die abhängigen Variablen waren aggressives Verhalten der Patienten, die Häufigkeit und Dauer von feM sowie die Qualität der Personal-Patient-Beziehungen. Die Variablen wurden 6 Monate vor und 6 Monate nach der Implementierung erhoben. Die Häufigkeit von aggressiven Vorfällen sank nach der Intervention um 16,4%. Die Anwendung von Fixierungen („restraints“) sank um 26,5% und die Anwendung von Isolierungen sank um 32,8%. Jedoch stieg die Dauer der durchgeführten Fixierungen und Isolierungen (gemessen als Gesamtdauer pro 1000 Patiententagen), was die Autoren auf fünf besonders betroffene Patienten zurückführten. Es wurden keine Effektstärken oder statistische Signifikanz der Ergebnisse berichtet. Als eine Limitation der Studie nennen die Autoren den Umstand, dass manchmal mehrere Patienten gleichzeitig den Raum nutzen wollten. Da dies nicht möglich war, wurden einige Gelegenheiten für die Anwendung der Intervention nicht genutzt.

West et al. (2017) fanden nach der Implementierung eines „sensory rooms“ (Nutzung mit 1:1 Betreuung von dafür geschultem Personal) auf einer Station für Jugendliche (12-18 Jahre) eine signifikante Stressreduktion bei den Patienten, die den Raum nutzten. Als Kontrollgruppe diente die Patientengruppe, die den Raum nicht von sich aus nutzte. Die Stressreduktion war besonders stark ausgeprägt bei Patienten mit aggressivem Verhalten. Es gab keine signifikante Reduktion von feM.

Bobier et al. (2015) implementierten einen „sensory room“ in einer Station für Kinder und Jugendliche von 6 bis 20 Jahren. Dem Pflegepersonal wurden ein Manual und Verfahrensanweisungen zum Selbststudium gegeben. Der Raum wurde in 1:1 Betreuung genutzt. Es wurden gemischte Auswirkungen auf die Häufigkeit von unterschiedlichen feM berichtet. Isolierungen nahmen signifikant ab. Bei zwei verschiedenen Fixierungsarten ergaben sich sowohl eine signifikante Häufung als auch eine Senkung, sodass keine klare

Schlussfolgerung möglich ist. Die Autoren berichten, dass der Raum von ca. 25 % der Patienten genutzt wurde. Diese waren 14-18 Jahre alt und häufiger weiblich.

Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (Mindfulness-based stress reduction, MBSR)

Definition: Das Programm zur achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (Mindfulness-based stress reduction, MBSR) hat das Ziel, durch das Praktizieren von Achtsamkeitsübungen und das Erlernen einer achtsamen Haltung Stress und damit einhergehende Erkrankungen zu reduzieren (Kabat-Zinn, 1990). Das Programm ist in der originalen Fassung auf 8-10 Wochen mit wöchentlichen Gruppensitzungen von 2-2,5h und täglichen Übungen von 45 Minuten angelegt. Ursprünglich für Patienten mit chronischen Schmerzen und anderen Erkrankungen im Zusammenhang mit Stress entwickelt, wird das Programm heute international breit und für verschiedene Zielsetzungen angewendet (Bishop, 2002; Shapiro, 2005).

Evidenz: Hallmann et al. (2014) boten dem Personal einer Akutstation für Kinder und Jugendliche die Teilnahme an einer kondensierten Form des MBSR-Programms an. Es wurde untersucht, ob die Durchführung des Programms zu einer Reduktion der feM auf der Station führt. Das MBSR-Programm wurde auf die Dauer von vier 30-minütigen Sitzungen innerhalb von 8 Tagen gekürzt, um die Praktikabilität zu erhöhen. 13 Teilnehmer starteten das Programm mit der ersten Sitzung. 12 Teilnehmer beendeten das Programm. Maße für u.a. Achtsamkeit, wahrgenommenen Stress, Anzahl von feM („seclusion and restraint“) wurden vor der Intervention, direkt nach der Intervention und 2 Monate später erhoben. Es ergab sich eine signifikante Zunahme der Achtsamkeit der Teilnehmer und eine signifikante Stressreduktion. Die Anzahl der feM sank von 30 in den 2 Wochen vor der Intervention auf 10 in den 2 Wochen nach der Intervention (nicht signifikant). Eine qualitative Befragung der Teilnehmer zeigte eine gute Annahme des Programms und eine hohe subjektive Relevanz des Gelernten für die Teilnehmer.

Deeskalationsstrategien

Definition: Es lassen sich verschiedene Formen von Deeskalationsstrategien unterscheiden:

- Verbale Deeskalation: Zuhören, Interesse und Verständnis für die Situation der betroffenen Person signalisieren; neutrale Gestik und Tonfall.
- Verbale Grenzsetzung: eindeutige Benennung von Verhalten, welches unerwünscht und nicht tolerabel ist, Benennung von erwünschtem Verhalten.
- Sensorische Deeskalation („sensory modulation“): Anbieten von Entspannungs- Genuss- oder Aktivierungsmöglichkeiten, sowie Angebote zur Emotionsregulation, Anbieten eines Rückzugs in eine reizärmere Umgebung

In Studien, die sich auch auf Kinder und Jugendliche beziehen, wird betont, wie wichtig es ist, Agitiertheit bei Patienten frühzeitig zu erkennen, um rechtzeitig deeskalierend eingreifen zu können (Salvi et al., 2022; Curry et al., 2023). Deeskalationsstrategien sollten individuell
S2K-Leitlinie, AWMF-Registernummer 028-048, Version 1.0 (Stand 6.12.2025)

angepasst, multidisziplinär entwickelt und in enger Zusammenarbeit mit dem Patienten umgesetzt werden (Salvi et al., 2022). Dabei ist es entscheidend, die spezifischen Bedürfnisse des Patienten zu berücksichtigen (Salvi et al., 2022).

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt eine Studie, dass Kinder unter 12 Jahren (N=7) den direkten Kontakt und die verbale Auseinandersetzung mit Bezugspersonen als effektiver für die Deeskalation empfinden als formale Deeskalationsstrategien. Letztere, die oft eine bestimmte Verhaltensweise vom Kind verlangen, werden häufig als neue Regel wahrgenommen, an die sich das Kind halten muss. Dies kann bei den Kindern zu einer weiteren Eskalation führen und sogar zusätzliche Konflikte hervorrufen (Montreuil et al., 2018).

Zusätzlich weisen Gerson et al. (2019) darauf hin, dass körperliche Schmerzen Aggressionen auslösen können und daher besonders berücksichtigt werden sollten. Insbesondere bei Kindern mit Autismus ist körperliches Unwohlsein ein häufiger Auslöser für aggressive Reaktionen und sollte in der Deeskalationstherapie beachtet werden.

Verbale Deeskalationsstrategien

Definition / Beschreibung: Richmond et al. (2012) beschreiben für den Erwachsenenbereich konkrete verbale Deeskalationsstrategien, die darauf abzielen zunächst Kontakt zum Patienten herzustellen, dann eine Zusammenarbeit aufzubauen und schließlich den Patienten durch Angebote aus dem agitierten Zustand zu begleiten. Die Strategien wurden aufgrund mangelnder wissenschaftlicher Literatur zu dem Thema über Expertenkonsens zusammengestellt.

Verschiedene Unternehmen bieten Deeskalationstrainings auch für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie an, etwa das Crisis Prevention Institute (CPI) aus den USA oder im deutschsprachigen Raum das Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement (<https://prodema-online.de/>).

Das CPI stellt eine kostenlose Broschüre mit verbalen Deeskalationsstrategien auf seiner Website zur Verfügung (<https://www.crisisprevention.com/>). Die Strategien umfassen: 1. Empathisches und nicht-wertendes Zuhören. 2. Abstandhalten und Erklären, falls persönliche Distanz übertreten werden muss. 3. Eine neutrale (nicht bedrohliche) Gestik und Tonlage beibehalten. 4. ruhig bleiben und sich selber regulieren. 5. Gefühle des Patienten benennen, um tiefgreifendes Verständnis zu übermitteln. 6. Verbale Provokationen Ignorieren und die Aufmerksamkeit auf die aktuelle Aufgabe/ Tätigkeit lenken. 7. Benennen von durchsetzbaren Grenzen in einfachen Worten zusammen mit präzisen Handlungsvorschlägen, respektvolles Vortragen von negativen Konsequenzen des Verhaltens. 7. Nur unbedingt notwendige Regeln durchsetzen und Entscheidungsspielraum überlassen, wo es möglich ist. 8. Stille aushalten. 9. Dem Patienten Zeit zum Nachdenken lassen.

Evidenz: Jonikas et al. (2004) ließen die Mitarbeiter von 2 Erwachsenenstationen und einer Station für Jugendliche durch das Crisis Prevention Institute in Deeskalationsstrategien schulen

und verknüpften dies mit einem patienten-zentrierten Ansatz. Bei Aufnahme der Patienten wurden typische Auslöser für Krisen und bewährte persönliche Skills erhoben. Diese Information wurde bei einer aufkommenden Krise mit einbezogen. Die Zahl von feM pro Quartal („number of patient hours in restraints that quarter“) wurde ein Jahr vor der Intervention und ein Jahr nach der Intervention analysiert. Im Pre-Post Vergleich zeigte sich eine signifikante Reduktion der feM nach dem Training. Die Station für Jugendliche erzielte eine Reduktion der feM um 98 % ein halbes Jahr nach dem Training.

Anmerkung: Da die Intervention neben der verbalen Deeskalation mit dem Einbezug der individuellen Trigger auch andere Strategien enthielt, ist eine Aussage über die Effektivität von rein verbaler Deeskalation schwer möglich.

Das Institut ProDeMa führte, unterstützt von der Unfallkasse Baden-Württemberg, 2009 eine Evaluation seines Deeskalationsmanagement-Programms durch und untersuchte neben der Auswertung der Qualität der durchgeführten Ausbildung auch den Grad der Implementierung des Konzepts. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass erlernte und angewandte Inhalte zu einer Änderung der Grundhaltung der Beschäftigten und zur Professionalisierung der Arbeit im Gesundheitswesen führten. Erlernte Maßnahmen, Techniken und Verhaltensweisen wirkten sich deeskalierend im Arbeitsalltag aus und leisteten so einen wertvollen Beitrag zur Prävention (Peller 2010).

Anmerkung: Bei der Evaluation handelt es sich um eine Prä-Post-Befragung von Teilnehmenden. Die Evaluation genügt nicht den Kriterien einer randomisiert-kontrollierten Studie.

Trauma informed care

Definition: Trauma-Informed Care (TIC, traumainformierte Versorgung) bezeichnet einen Interventions- und Organisationsansatz, der sich darauf konzentriert, wie ein mögliches Trauma das Leben von Kindern und Jugendlichen und ihre Reaktion auf Behandlungsangebote beeinflussen kann. Ziel ist eine patientenzentrierte Versorgung anstelle der Anwendung allgemeiner Behandlungsansätze, um den Patienten die Möglichkeit zu geben, ihre Selbstkontrolle und Selbstbestimmung wiederherzustellen und ihre körperliche, psychische und emotionale Sicherheit zu verbessern.

Das Konzept adressiert die Problematik, dass aggressives Verhalten häufig durch erlebte Traumatisierung entsteht. Das aggressive Verhalten wird als adaptive Überlebensstrategie für das Kind/ den Jugendlichen in einer bedrohlichen Umwelt gesehen. Selbst wenn ein Trauma dem Behandler nicht bekannt ist, wird bei der traumainformierten Versorgung davon ausgegangen, dass es hilfreich ist, anzunehmen, dass hinter herausfordernden aggressiven Verhaltensweisen möglicherweise ein Trauma steht und präventiv dementsprechend mit allen betroffenen Menschen so umzugehen, als seien sie traumatisiert.

TIC benennt zwei Hauptaufgaben der Behandler: Zum einen sei es wichtig, die Kinder und Jugendlichen nicht auf Grund ihres Verhaltens zu stigmatisieren und anzunehmen, dass sie sich absichtsvoll und bewusst schlecht verhalten. Zum anderen sei es wichtig, eine körperlich und emotional sichere Behandlungsumgebung zu schaffen, welche die Kinder und Jugendlichen zur Ruhe kommen lässt, die Überlebensstrategie des aggressiven Verhaltens weniger notwendig macht und den Raum für Verarbeitung, Selbstreflexion und Weiterentwicklung bietet. Um diese Ziele zu erreichen, seien Änderungen in mehreren Bereichen des Systems notwendig: Das Wissen um ein mögliches Trauma als Voraussetzung für die Behandlung; das Verstehen der Problematik aus der Kind-/Jugendlichen-Perspektive; ein Verständnis für die Rolle als Behandler auf der Beziehungsebene. All diese würden in der Behandlung entwickelt, im Gegensatz zu einer hierarchischen Autoritätsebene, die als gesetzt angesehen wird. Zusammenfassend handelt es sich um eine Therapie, die auf Verstehen, Skillsaufbau und Selbstkontrolle abzielt (s.u.). (für das ausführliche Konzept von „trauma-informed care“ siehe Hodas (2006); Harris & Fallot (2001)).

Strength-based care

Definition: Strength-based care basiert auf der Annahme, dass das Kind immer sein Bestes gibt. Egal wie herausfordernd das Verhalten eines Kindes/Jugendlichen ist, soll der Behandler versuchen den jungen Menschen zu verstehen und sowohl die Limitationen als auch die Stärken und Fähigkeiten des Kindes/Jugendlichen und seiner Familie zu ergründen. Besonders bei sehr herausfordernden Verhaltensweisen sei es notwendig, die Stärken zu sehen, um auf diesen den positiven Veränderungsprozess aufbauen zu können. Dies impliziert auch die Ressourcen des Umfeldes, da diese wichtige Faktoren für die Resilienz eines Kindes/Jugendlichen bei traumatischen Erfahrungen darstellen (Hodas 2006).

Evidenz: Trauma-informed care und strength based care sind Teil des komplexen Interventionsprogramms „Six Core Strategies“ und wurden in diesem Rahmen evaluiert (Azeem (2011, 2015), Wisdom (2015)). Es zeigten sich eine klinisch-relevante Reduktionen in der Häufigkeit der Anwendung von feM (s.u., Kapitel Six Core Strategies).

Child and family centered care

Laut Regan et al. (2017) geht es bei einer kind- und familienzentrierten Behandlung um die respektvolle Behandlung der Bedürfnisse und Wünsche von Kind und Familie. Es soll beachtet werden, dass eine Hospitalisierung des Kindes für Eltern und Kind ein stressiges Ereignis ist. Es soll vermieden werden, dass sich Kind und Familie machtlos fühlen, stattdessen sollen sie in die Entscheidungen des Behandlungsprozesses eingebunden werden. Sie sollen emotional unterstützt und in ihren Stärken und ihrer Unabhängigkeit gefördert werden. Sie sollen die Möglichkeit haben, an der Entwicklung von Richtlinien und Konzepten mitzuwirken.

Evidenz: Regan et al. (2017): beschreiben ihre vorläufigen Ergebnisse als ermutigend hinsichtlich einer Reduzierung des Einsatzes wie Fixierung, Isolierung, und Festhalten.

Kollaboratives Problemlösen (collaborative problem solving, CPS)

Definition: Im „collaborative problem solving“-Ansatz (CPS) wird davon ausgegangen, dass „Kinder sich gut verhalten, wenn sie können“ („children do well, if they can.“) (Greene & Ablon, 2005). Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen entstehe, wenn bestimmte Fähigkeiten im Bereich von Emotionsregulation, Sprache, sozialer Kompetenz, Frustrationstoleranz, kognitiver Flexibilität und Problemlösung fehlten. Zuerst soll herausgefunden werden, welche Fähigkeiten beim Kind/ Jugendlichen noch zu entwickeln sind, damit mit herausfordernden Situationen adaptiv umgegangen werden kann. Die nötigen Fähigkeiten sollen in der direkten Interaktion mit dem Erwachsenen geübt werden, sobald ein Konflikt auftritt, weniger in formalen Einzel- oder Gruppentherapien. In Konfliktsituationen ist das Ziel, zunächst den Grund zu verstehen, warum das Kind/der Jugendliche den Erwartungen des Erwachsenen nicht nachkommt. Dann soll der Erwachsene klarmachen, warum es ihm wichtig ist, dass das Kind/der Jugendliche der Erwartung nachkommt und logische/natürliche Konsequenzen des Verhaltens erklären. Darauf aufbauend soll nach einer gemeinsamen Lösung für die Situation gesucht werden. Die Lösung soll sicher, realistisch und gegenseitig zufriedenstellend sein.

Evidenz: Unserer Kenntnis nach gibt es bisher eine Studie, die CPS als einzelne Intervention in einer KJP evaluierte. Ercole-Fricke et al. (2016) etablierten CPS auf einer Akutstation für 12-17-Jährige, in der vorher ein Punktesystem basierend auf operanter Konditionierung bestand. Sie verglichen die Gesamtzahlen für Fixierungen und Isolierungen im Jahr der Etablierung von CPS mit der Gesamtanzahl 5 Jahre später. Isolierungen, die vorher als bestrafende Konsequenz eingesetzt wurden, reduzierten sich von 61 Vorfällen auf 0. Die Gesamtanzahl von Fixierungen nahm deskriptiv nicht signifikant ab (25 in 2008, 17 in 2012).

Drei weitere Studien untersuchten CPS gleichzeitig mit anderen Interventionen (Sams et al. (2016), Regan et al. (2017), Bonnell et al. 2014). Alle drei Studien fanden klinisch relevante Reduktionen von feM im Bereich von Fixierung, Isolierung und ständiger Beobachtung nach den Interventionen.

Störungsspezifische Ansätze bei Autismus-Spektrum-Störungen

Bei Patient:innen mit Autismus-Spektrum-Störungen kann es infolge von störungsspezifischen Perzeptions- und Kommunikations-Problemen zu erhöhter Aggressivität und dem folgend einem erhöhten Einsatz von feM kommen.

Kuriakose et al. (2018) implementierten außerhalb von Autismus-Spezifischen Einheiten Weiterbildungsprogramme für Mitarbeitende und ein Bündel Autismus-spezifischer Interventionsstrategien (ASDC-P). Kleine Gruppen von Autismus-Betroffenen zeigten vor und

nach der Intervention eine Reduktion von Festhalte- und Fixierungsanwendungen um 77 %, was aber nicht signifikant war.

Programme basierend auf operanter Konditionierung („Behavioral Management Programs“)

Definition /Beschreibung: Interventionen, die mit Belohnung (Verstärkern) und Bestrafung (Verstärkerverlust) arbeiten, basieren auf dem Lernprinzip der operanten Konditionierung. Häufig werden in Kinder- und Jugendpsychiatrien diese Interventionen im Rahmen von Punktsystemen angewendet oder werden als einzelne Maßnahme z.B. im Rahmen von Time-Outs oder Ausschluss von angenehmen Aktivitäten eingesetzt. Das Ziel ist, das Problemverhalten zu reduzieren, indem der Verstärker für das Verhalten entzogen wird. Gleichzeitig soll prosoziales Verhalten durch die Gabe von Verstärkern in der Folge häufiger auftreten. Dadurch soll die Beziehungsfähigkeit gestärkt werden und das Wohlbefinden des Kindes/ Jugendlichen verbessert werden.

Der Einsatz von operanter Konditionierung wurde in der Vergangenheit vielfach kritisiert (Mohr et al. 2009). Zum einen kann ein Verstärkerentzug als Bestrafung für die eigentlich zu behandelnde Symptomatik erlebt werden. Zum anderen wird möglicherweise durch Belohnungen das Gefühl, eine selbstbestimmte Entscheidung getroffen zu haben genommen und damit das Bedürfnis nach Autonomie bei den Kindern und Jugendlichen frustriert. Auch kann die Durchsetzung von Verstärkerentzügen weitere Konflikte erzeugen.

Evidenz: Reynolds et al. (2016) zielten in ihrer Intervention („Modified Positive Behavioral Interventions and Supports (M-PBIS)“) auf einer Station für Jugendliche in mehreren Schritten darauf ab, erwünschtes Verhalten zu fördern und unerwünschtes Verhalten zu reduzieren. Sie formulierten erwünschtes Verhalten und führten Verstärkerpläne für dieses ein. Positive Interaktionen im Gegensatz zu negativen Interaktionen zwischen Personal und Patienten sollten erhöht werden. Hierzu gab es Feedback an das Personal. Bei Konflikten sollte kooperativ auf eine Problemlösung mit dem Patienten hingewirkt werden. Falls dies nicht zu dem erwünschten positiven Ergebnis führte, sollte mit den Patienten eine Verhaltensanalyse durchgeführt und Verhaltenspläne für die Förderung alternativen Verhaltens entwickelt werden. Reynolds et al. (2016) fanden eine signifikante Reduktion in der Anzahl von Isolierungen, dem prozentualen Anteil von Patienten bei denen Isolierung oder Fixierung angewendet wurde, die durchschnittliche Dauer von Isolierung und Fixierung und dem prozentualen Anteil der Patienten, die eine Bedarfsmedikation benötigten.

Dean et al. (2007) untersuchten die Auswirkungen von individualisierten Verhaltensänderungsplänen („individualised patient management plans“ basierend auf dem „Comprehensive behavioral management model (CBM“) auf u.a. Isolierungen und Festhalten der Patienten („physical restraint“). Dabei wurde im Sinne operanter Konditionierung erwünschtes Verhalten belohnt und unerwünschtes bestraft. Eine Konsequenz wurde nach dem Prinzip der am wenigsten einschränkenden Option gewählt. Als letzte und am meisten einschränkende feM wurde der „geschlossene Time-out“ als neues Konzept eingeführt. Im Vergleich zur „traditionellen Isolation“ war, laut Autoren, hier der Unterschied, dass das

zeitliche Vorgehen und die Kommunikation mit dem Patienten in seinen Details festgelegt wurden. So wurde z.B. in festgelegten Abständen (2-5 Minuten) dem Patienten mitgeteilt, dass der Time-Out-Raum geöffnet würde, sobald sich der Patient beruhigte. Bei offenem Time-Out durfte der Patient den Raum nicht verlassen, ansonsten würde er geschlossen. Time-out Maßnahmen wurden laut Autoren nur bei Kindern unter 13 Jahren angewendet, da bei den älteren Patienten weniger restriktive Methoden wirksam gewesen seien. Bei Aufnahme der Patienten wurden Trigger für aggressives Verhalten erhoben sowie übliche Konsequenzen, die das Kind im häuslichen Umfeld erhalten würde. Das Ziel war dabei logische und vorhersehbare Konsequenzen für aggressives Verhalten im Vorfeld festlegen zu können. Gleichzeitig wurden bei manchen Patienten Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie angewendet, um Patienten das Erkennen von emotionalen Erregungszuständen und Alternativstrategien beizubringen. Es wurden die Daten von 6 Monaten vor der Intervention und 6 Monaten nach der Intervention verglichen. Es zeigte sich, dass die Häufigkeit von Isolation durch die Intervention nicht gesenkt werden konnte. Zwar nahm das Auftreten von „traditioneller Isolation“ ab, dafür nahm der Einsatz des „geschlossenen Time-Outs“ zu. Die durchschnittliche Dauer der Isolation sank dabei aber signifikant von 36,5 auf 16,8 Minuten pro Ereignis. Das Auftreten von Festhalten der Patienten durch das Personal sank signifikant.

Unklar bleibt, ob die Anwendung des „geschlossenen Time-Outs“ auf akute Gefährdungssituationen beschränkt war oder schon bei weniger gefährdendem Verhalten als letztes Mittel eingesetzt wurde, wenn vorher getroffene Konsequenzen das unerwünschte Verhalten nicht abstellen konnten. Zudem wurden Patienten von der Maßnahme des „geschlossenen Time-Outs“ befreit, wenn bekannt war, dass sie negative Erfahrungen damit hatten, eingesperrt zu werden. Sie erhielten stattdessen eher Medikation. Gleichzeitig wurden andere Patienten, bei denen eine Missbrauchs- oder Misshandlungsvergangenheit bekannt war, aber nicht konkret im Zusammenhang mit Einsperren, nicht von diesem Vorgehen ausgenommen.

Eblin (2019) führte auf einer Station mit 14 Betten für Kinder im Alter von 6-17 Jahren eine Intervention zur Reduktion von feM durch. Sie führten für jeden Patienten mit aggressivem Verhalten in der Vergangenheit einen Verhaltensänderungsplan („behavioral modification plan“ / „BMP“) ein. Dieser basierte auf den Prinzipien der operanten Konditionierung und beinhaltete sowohl das Erhalten von Belohnung nach erwünschtem Verhalten als auch Bestrafungen nach unerwünschtem Verhalten wie z.B. das Einsetzen von Time-Outs oder den Entzug von Privilegien. Darüber hinaus wurde ein Entscheidungsalgorithmus genutzt, der angab, wann eine feM eingesetzt werden sollte. Wenn eine feM erfolgt war, wurde eine Nachbesprechung mit dem Patienten geführt. Die Nachbesprechung beinhaltete die Diskussion über Auslöser der Situation und alternatives Verhalten sowohl des Patienten als auch des Personals aus Sicht des Patienten. In der Studie wurde eine Reduktion von Isolation („seclusion“) um 62% erreicht und eine Reduktion von Fixierungen („restraints“) um 18 % im Vergleich zu den Raten vor Beginn der Intervention. Wichtig anzumerken ist bei dieser Studie, dass Time-Outs als Alternativstrategie im Verhaltensänderungsplan eingesetzt wurden und

somit möglicherweise von den Autoren nicht als Isolation („seclusion“) gezählt wurden. Es ist nicht klar, ob eine Senkung der Isolationsrate die Time-Out-Maßnahmen impliziert oder Time-Outs als Alternativstrategie in der Folge eventuell sogar öfter eingesetzt wurden.

Vorausverfügungen / Behandlungsvereinbarungen

Definition: Behandlungsvereinbarungen stellen eine Form der Vorausverfügung dar, bei der – anders als bei einer „einseitigen“ Patientenverfügung – die gemeinsame Entscheidungsfindung nach einem ausführlichen Beratungs- und Besprechungsprozess zwischen Behandlungsteam und Patienten im Vordergrund steht. In der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis finden Behandlungsvereinbarungen im oben genannten Sinn in Einzelfällen Anwendung. Kinder- und jugendpsychiatrische Patienten befinden sich in der Entwicklung; gleiches gilt für ihre Störungsbilder, die einer Entwicklungsdynamik unterliegen. Deshalb können immer wieder neue Krisensituationen entstehen, auf die jeweils individuell eingegangen werden muss. Altersgemäß und individuell adaptiert gibt es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie für Patienten, bei denen häufigere Behandlungen zu erwarten sind, Krisenpläne, die zum Teil mit Jugendlichen und Sorgeberechtigten, aber auch gemeinsam mit Jugendhilfeeinrichtungen erarbeitet werden.

Evidenz: Es gibt nach unserer Kenntnis keine Studien zur Wirkung von Behandlungsvereinbarungen auf die Anwendung von feM in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bei Erwachsenen konnte in einer einfach verblindeten, zweiarmigen randomisierten Studie keine Überlegenheit von Behandlungsvereinbarungen im Vergleich zu Krisenpässen im Blick auf die Behandlungsdauer und die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen gezeigt werden (Rixe et al. 2023). Positive Effekte fanden sich auf die Vertrauensbildung zum Behandlungsteam und der aktiven Mitgestaltung der Behandlung.

Risikovorhersage und frühe Interventionen

Definition: Durch die Erfassung von traumatisierenden Ereignissen und aggressivem Verhalten in der Vergangenheit kann das Risiko für zukünftiges aggressives Verhalten eingeschätzt werden und können spezifische Behandlungsangebote umgesetzt werden. Die Erfassung von Triggern für aggressives Verhalten kann präventiv eingesetzt werden, in dem diese vermieden werden.

Evidenz: Jonikas et al. (2004) setzten die Erfassung von Triggern für Krisen als Präventionsmaßnahme im Zusammenhang mit einem Training des Personals in Deeskalationsstrategien ein. Sie erreichten eine Reduktion der feM um 98%. (siehe Kapitel verbale Deeskalationsstrategien).

Regularien und Gesetzgebung

Ulla et al. (2011) überprüften anhand des Finnischen Krankenhaus-Entlass-Registers die Entwicklung der Häufigkeit von feM bei 12-18-jährigen psychiatrisch behandelten Patienten über mehrere Jahre. Die beobachtbare Reduktion von feM führten die Autoren auf eine veränderte Gesetzgebung und striktere Kontrollen von feM in Finnland zurück, allerdings bei starken regionalen Unterschieden in der Anwendung.

3.3. Komplexe Interventionsprogramme

Komplexe Interventionsprogramme setzen mehrere Interventionen gleichzeitig ein, um feM zu reduzieren. Hierzu zählen insbesondere die sog. Six Core Strategies und das Safewards-Konzept.

Six Core Strategies

Definition/Beschreibung: Das Konzept der „Six Core Strategies“ wurde in den USA in einer staatlichen Initiative entwickelt und in mehreren Kliniken evaluiert. Das Konzept entstand durch die Recherche von bestehender Literatur, Expertenrunden aus Fachleuten, die bereits erfolgreich feM reduziert hatten und dem Einbezug von Menschen, die feM erfahren hatten. Es beinhaltet die Umsetzung von folgenden 6 Strategien (Übersetzung aus Huckshorn, 2006):

1. Führung: Das Ziel, feM zu reduzieren, soll von der Führung des Krankenhauses gesetzt und verfolgt werden. Dies beinhaltet das Definieren von Ziel, Werten und der Haltung zu feM. Darauf folgt die Entwicklung und Umsetzung eines Handlungsplans zur Zielerreichung. Mitarbeiter sollen in die Verantwortung genommen werden, den Handlungsplan umzusetzen. Die Führungsebene soll fortlaufend über den Einsatz von feM informiert sein, um Gründe für das Auftreten der feM analysieren zu können. Interne Prozesse und Regelungen, die Konflikte provozieren könnten, sollen überdacht werden. Die Personalentwicklung soll gefördert werden. Der Austausch der administrativen Ebene mit dem Personal, das mit den Patienten arbeitet, soll gestärkt werden. Der Handlungsplan zur Zielerreichung soll auf einem bereits bewährten Präventionsansatz basieren und soll in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess umgesetzt werden (kleine Veränderungsschritte, die fortwährend evaluiert und angepasst werden; ein Prinzip des Qualitätsmanagements). Es wird das Einsetzen einer multidisziplinären Arbeitsgruppe für die Umsetzung des Prozesses empfohlen.

2. Datenerhebung: Diese Kernstrategie legt nahe, dass eine erfolgreiche Reduzierung von feM die Erhebung und Nutzung von Daten durch die Einrichtungen für jede einzelne Abteilung beinhaltet. Dies umfasst die Erhebung von Daten zur Ermittlung des Ausgangsniveaus des feM-Einsatzes in den Abteilungen; die kontinuierliche Sammlung von Daten über die Nutzung von feM sortiert nach Abteilung, Schicht und Tag; einzelne Mitarbeiter, die an Ereignissen beteiligt waren, demografische Merkmale der betroffenen Patienten, die Verwendung von Zwangsmedikation; Verletzungen im Zusammenhang mit feM bei Patienten und Personal sowie andere Variablen. Die Einrichtung/Abteilung wird ermutigt, Ziele zu setzen und den Einsatz von feM und die Veränderungen im Laufe der Zeit vergleichend zu überwachen.

3. Personalentwicklung: Diese Strategie empfiehlt die Schaffung eines Behandlungsumfelds, das auf den Prinzipien von „Recovery“ und „trauma-informed care“ beruht. Dies soll Zwang und Konflikten vorbeugen. Die Strategie beinhaltet intensive und kontinuierliche Schulung und Ausbildung des Personals. Es sollen Behandlungsangebote für die Patienten bereitgestellt werden, die Selbstregulation lehren und Kontrollverlust vorbeugen. Die Patienten sollen Wahlmöglichkeiten in ihrer eigenen Behandlung haben. Dies impliziert eine individualisierte Behandlungsplanung, die den Patienten in allen Schritten mit einbezieht. Es impliziert zudem eine durchgängige Kommunikation, Mentoring, Supervision und Wiederholungen, um sicherzustellen, dass das Personal über das nötige Wissen und die nötigen Fähigkeiten verfügt, mit dem Ziel, feM zu reduzieren. Das Personal soll darin geschult sein, wie traumatisierende Lebensereignisse mit der Prävalenz von Gewalt in der Patientenpopulation zusammenhängen und wie traumatisierende Lebensereignisse die Entwicklung Resilienz und Gesundheit im Allgemeinen beeinflussen. Dies kann u.a. durch Personalentwicklung, entsprechende Thematisierung im Bewerbungsgespräch, Jobbeschreibung, Leistungsrückmeldungen und Mitarbeiterorientierung für Neueinsteiger erreicht werden.

4. Präventionsmaßnahmen: Diese Strategie soll feM durch den Einsatz von neuen Anwendungen und diagnostischen Mitteln reduzieren. Es erfolgt eine Erfassung von aggressivem Verhalten und erfahrenen feM in der Vergangenheit und eine Erfassung von traumatisierenden Ereignissen. Ferner erfolgen Identifizierung von Personen mit hohem Selbstverletzungsrisiko, Einsatz von Deeskalationsstrategien und Notfallplänen („safety plans“), nicht-diskriminierende Sprache und Schrift, Verbesserung der Gestaltung der Klinik mit mehr Komfort und „Sensory rooms“, „sensory modulation“ und anderen Angeboten, um bei den Patienten Selbstregulationsstrategien zu fördern.

5. Beteiligung der Patienten und Angehörigen im Prozess: Patienten und Angehörige sollen auf allen Ebenen in den Prozess zur Reduktion von feM involviert werden. Dies bezieht sich auf das Kontrollieren der akuten Durchführung einer feM, Überwachung des Fortschritts der Zielerreichung, Beisein bei Nachbesprechungen von feM, Peer-to-peer-Unterstützung sowie das Besetzen von Posten in Gremien. Die Beachtung von Anti-Diskriminierung in Bezug auf Jobbeschreibungen, Anforderungen und Wochenstunden sowie die Kommunikation von Zweck und Funktion dieser Arbeit ist besonders wichtig.

6. Nachbesprechungen: Durch die gründliche Analyse jeder feM wird relevantes Wissen gesammelt, um Richtlinien, Prozesse und Praktiken anpassen zu können und zukünftige feM verhindern zu können. Zudem ist der Zweck einer Nachbesprechung, die Belastung beim Patienten, die durch die feM entstanden ist, möglichst zu mildern. Es sollen zwei Nachbesprechungen durchgeführt werden: eine direkt nach dem Ereignis und eine weitere ausführlichere und formalerere Problemanalyse mit dem Behandlungsteam. Dazu wird in der Strategie die „steps in root cause analysis (RCA)“ empfohlen. Für Einrichtungen, die mit Kindern arbeiten und diese oft festhalten („holds“ anwenden) wird empfohlen, diese Ereignisse gebündelt nachzubesprechen. Mitarbeiter die an den feM beteiligt sind, sollen identifiziert

werden, um mögliche Weiterbildungsbedarfe zu erkennen.

Evidenz: Azeem et al. (2015) evaluierten das Konzept der Six Core Strategie in einer Studie mit Prä-Post-Vergleich in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 52 Betten. Innerhalb von 10 Jahren wurde eine 100% Reduktion von mechanischer Fixierung („mechanical restraint“) (von 485 auf 0, statistische Signifikanz nicht berichtet) erreicht und eine 88% Reduktion des Festhaltens mit Körperkontakt („physical restraint“) (von 3033 auf 379, statistische Signifikanz nicht berichtet). Die mechanischen Fixierungen konnten in den letzten 3 Jahren der Evaluation konstant bei 0 gehalten werden.

Wisdom et al. (2015) arbeiteten mit dem Konzept der Six Core Strategies in zwei Kinder- und Jugendpsychiatrien. Die Einrichtungen wurden ausgewählt, weil sie besonders häufig feM einsetzten. Die Anzahl von Fixierungen und Isolierungen reduzierten sich in der einen Klinik von 67 auf 25 pro 1.000 Patiententage und von 99 auf 13 pro 1.000 Patiententage in der zweiten Klinik. Beides war signifikant.

Safewards

Definition / Beschreibung:

Das Safewards-Konzept wurde von Len Bowers und seinem Team in Großbritannien zur Konfliktvermeidung in der Akutpsychiatrie (für Erwachsene) und mit dem Ziel der Vermeidung von feM entwickelt (Bowers 2014). Das Modell geht davon aus, dass bestimmte modifizierbare Rahmenbedingungen (z.B. Gruppenkonstellation, räumliche Umgebung, krankenhausexterne Faktoren) das Entstehen und die Beherrschung von gefährlichen Situationen beeinflussen (Husemann et al. 2014). Für jede dieser Rahmenbedingungen können Konstellationen identifiziert werden, die das Risiko für gefährliches Verhalten erhöhen. Außerdem können für jeden Bereich Verhaltensweisen des Personals identifiziert werden, welche das Risiko der Gefahrenentstehung reduzieren (z. B. Einbeziehung der Angehörigen). Anhand einer Vielzahl empirischer Daten wählte die Projektgruppe um Bowers zehn Interventionen aus, die bei Einsatz in psychiatrischen Kliniken Eigen- und Fremdaggressivität um 15 Prozent sowie feM um 24 Prozent reduzieren konnten.

Die zehn Interventionen des Safewards-Modells (nach Bowers 2014; Husemann et al. 2014) umfassen:

Klärung gegenseitiger Erwartungen:

- Gegenseitige Erwartungen (Pflegepersonal, Patienten) erläutern, im Team und in der Patientengruppe erarbeiten, Stationsinformationen und Behandlungsziele gemeinsam besprechen, Transparenz durch visuelle Darstellungen schaffen (z.B. in Kurzform auf den Patientenzimmern aushängen, in vollständiger Form sichtbar z.B. als Poster auf der Station)

Verständnisvolle Kommunikation:

- Stationsinterne Beschränkungen erleichtern (geschlossene Türen, Ausgangsregelungen, etc.) offen und verständnisvoll besprechen, Krankheitseinsicht und Motivation zur Therapie fördern, an regelmäßige Medikamenteneinnahme erinnern, positive Verstärker integrieren (z.B. Botschaft der Woche in der Patientengruppe vereinbaren, visuell darstellen und gemeinsam kommunizieren)
- Kommunikation auf Augenhöhe

Deeskalierende Gesprächsführung:

- Reflektion der eigenen Haltung, deeskalierende Gesprächsführung, deeskalierende Interventionen durchführen, Deeskalationsschulung des Teams

Wertschätzende Kommunikation:

- Bei Schichtübergabe Augenmerk auf positive Eigenschaften und Ressourcen des Patienten legen, negative Verhaltensweisen ggfs. mit Störungsmodellen beschreiben, evtl. ein Symbol in der Schichtübergabe, welches an die positive Kommunikation erinnert oder im Vorfeld Mitarbeiter bestimmen, die sich zuständig fühlen und das Team innerhalb der Schichtübergabe auf die positive Kommunikation aufmerksam machen

Unterstützung bei unerfreulichen Nachrichten:

- enge Begleitung bei negativen Benachrichtigungen für den Patienten, empathische Kommunikation und Haltung durch den Mitarbeiter, Sicherheit vermitteln und deeskalierend intervenieren.
- z. B. kann bereits innerhalb der Schichtübergabe festgelegt werden, welcher Mitarbeiter sich für den Patienten anschließend verantwortlich fühlt und den Patienten unterstützt

Gegenseitiges Kennen und Kennenlernen:

- gegenseitige Transparenz zwischen Pflege- und Erziehungsteam und Patienten schaffen, Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau erleichtern/fördern (z.B. individuell vereinbarte und erstellte Steckbriefsammlung in Form einer Mitarbeitertafel mit Foto und Steckbrief oder Anlegen eines Ordners, der für alle sichtbar ausliegt)

Gegenseitiges Unterstützen fördern:

- Freiwilliges Gruppenangebot zur Förderung der gegenseitigen Kommunikation und Unterstützung, Information über den Tagesablauf, Förderung sozialer Kompetenzen, welche durch festgelegte Themenschwerpunkte, wie Danksagungsrunde, Nachrichtenrunde, Vorschlagsrunde, Wünsche- und Angebotsrunde aufgegriffen werden
- Die gemeinsame Unterstützungskonferenz findet in einem regelmäßigen Rhythmus statt

Beruhigende Intervention:

- von Pflegemethoden aus der „adjuvanten Pflege“, Alternativen zur Akutmedikation anbieten, Emotionsregulation durch Entspannungsverfahren, individuelle Ressourcennutzung, Copingstrategien
- Anlegen einer Box mit verschiedenen Beruhigungsmethoden, wie z.B. MP3-Player mit Entspannungsmusik, Gesichtsmasken, Igelball, Tee, verschiedene Düfte zur Aromapflege

Beruhigen und Sicherheit bieten:

- Nachbesprechung angstausslösender Situationen (Zwangmaßnahmen, Krisen etc.) mit aktiv und passiv beteiligten Patienten, deeskalierend intervenieren und Sicherheit vermitteln

Entlassungsnachricht:

- Visuelle Darstellung in der Station z.B. in Form einer Bildwand, auf der positive Erfahrungen von bereits entlassenen Patienten geschildert werden, die dazu führen, dass neu aufgenommene Patienten Hoffnung auf Genesung bekommen

Damit das Safewards-Konzept effektiv zur Reduzierung von feM eingesetzt werden kann, ist es wichtig, die einzelnen Interventionen zu erlernen. Die Fachhochschule der Diakonie in Bielefeld, die die Übersetzung des Modells für den deutschsprachigen Raum koordiniert, beschreibt auf ihrer ausführlichen Internetseite das Modell sowie alle Interventionen strukturiert und mithilfe von Videomaterial und anschaulichen Beispielen. Elemente des Modells werden in einer Vielzahl an Kliniken in Deutschland bereits umgesetzt

Evidenz: Es gibt zum Safewards-Gesamtkonzept im Kinder- und Jugendbereich unserer Kenntnis nach noch keine veröffentlichten Studien. Zur Evaluation einzelner Strategien (sensory modulation, verbale Deeskalation, Nachbesprechungen) siehe die Darstellungen weiter oben.

Empfehlungen

Es ist notwendig, Kindern und Jugendlichen mit einer Vorgeschichte von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten professionelle Unterstützung anzubieten, um sie in ihrer Fähigkeit zur Selbstregulation zu stärken und damit die Wahrscheinlichkeit oder auch nur das Ausmaß (eigen-)aggressiven Verhaltens mit dem Risiko für feM zu reduzieren. Psychische Erkrankungen, die mit Aggressivität, Reizbarkeit und Impulsivität einhergehen, sollen in Übereinstimmung mit den aktuellen störungsspezifischen Leitlinien diagnostiziert und behandelt werden. Darüber hinaus gelten dann die folgenden störungsübergreifenden Empfehlungen, die auf einem Expert:innenkonsens basieren, da die oben angeführte Literatur keine ausreichende Basis für evidenzbasierte Empfehlungen bietet.

Empfehlung 1

EMPFEHLUNG: Einbezug der Patienten in Behandlung

Das Kind oder der Jugendliche soll in Entscheidungen über seine Behandlung einbezogen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 2

EMPFEHLUNG: Vorrangige Berücksichtigung Selbsteinschätzung des Kindes oder Jugendlichen

Die Selbsteinschätzung des Kindes oder Jugendlichen zur Selbstregulationsfähigkeit, Fremd- und Eigengefährdung soll vorrangig berücksichtigt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 3

EMPFEHLUNG: Zusammenarbeit mit Sorgeberechtigten

Im Umgang mit Selbst- und Fremdgefährdung bei Kindern und Jugendlichen soll mit den Sorgeberechtigten zusammengearbeitet werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 4

EMPFEHLUNG: Risikoeinschätzung

Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten in der Vergangenheit, Auslöser für dieses Verhalten, Gewalterfahrungen und Traumata, sowie die Effekte bisheriger Maßnahmen im Umgang mit selbst- und fremdgefährdendem Verhalten sollen durch das Behandlungsteam erfasst werden. Zu identifizieren sind auch kognitive, sprachliche, kommunikative und kulturelle Faktoren, die das Risiko von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten bei einem Kind oder Jugendlichen erhöhen können.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 5

EMPFEHLUNG: Umgang mit Gewalt und Aggression

Beim Umgang mit Selbst- und Fremdgefährdung bei Kindern und Jugendlichen sollen berücksichtigt werden:

- der körperliche, intellektuelle, emotionale und psychische Reifegrad des Kindes oder des Jugendlichen und sein sprachlicher und kultureller Hintergrund sowie die ganzheitliche Identität (u. a.: Gender- und Migrationsaspekte).
- die Vorgeschichte und eventuelle Traumata und deren Entstehung. Mit allen Kindern und Jugendlichen soll so umgegangen werden, als ob ein Trauma vorliegen könnte.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 6

EMPFEHLUNG: Deeskalation

Es sollen an Kinder und Jugendliche angepasste Deeskalationsstrategien angewendet werden. Dabei soll darauf hingewirkt werden, emotionale Brücken zu bauen und eine therapeutische Beziehung zu bewahren. Außerdem sollen Techniken zur Beruhigung und Ablenkung angewendet werden.

Gereizten und aggressiven Kindern oder Jugendlichen soll die Möglichkeit gegeben werden, sich von der Situation zu entfernen, in der die Aggression ausgelöst wurde.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 7

EMPFEHLUNG: Schulung des Personals

Die Leitungen der Kliniken für KJPP sollen sicherstellen, dass das Personal, das möglicherweise feM durchführen wird, zum nächstmöglichen Termin, aber spätestens 6 Monate nach Einstellung, erstmals und dann regelmäßig gezielt für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen geschult wird

- im Hinblick auf Kinderrechte, Menschenrechte, Grundrechte, in Patientenrechten und der aktuellen Rechtsprechung dazu und den Inhalten dieser Leitlinie
- im Umgang mit für das Personal herausforderndem Verhalten, Gewalt und Aggression
- über die Wichtigkeit von körperlicher Integrität im Zusammenhang mit „trauma-informed care“.
- in der Prävention von feM in Form von Deeskalationstrainings (psychosoziale und verhaltenstherapeutische Interventionen, die der Vermeidung oder Minimierung von feM dienen; Techniken zur Beruhigung und Ablenkung, kommunikative und verbale Interventionen, „talk down“).
- in Fixierungstechniken, die an Größe, Gewicht und Körperkraft des Kindes oder Jugendlichen angepasst sind.

- in der Anwendung von Festhaltetechniken bei Kindern im Sitzen mit der geringstmöglichen Gefahr schmerzhaft zu sein.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 8

EMPFEHLUNG: Richtlinien zum Umgang mit selbst- und fremdgefährdendem Verhalten

Kliniken für KJPP sollen über verbindliche, sowie regelmäßig evaluierte Richtlinien oder Standards in Bezug auf den Umgang mit selbst- und fremdgefährdendem Verhalten verfügen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

4. Rechtliche Aspekte von feU und feM

Frage 2:

Welche rechtlichen Aspekte sind im Zusammenhang mit feM zu berücksichtigen?

Unter feM werden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Maßnahmen mit freiheitsentziehender Wirkung wie etwa Isolierung und Fixierung, Festhalten und die Zwangsmedikation mit dem Ziel der Bewegungseinschränkung verstanden.

4.1. Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu Schutzkonzepten und Beschwerdemanagement

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Zahnärzte, Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er beschließt verbindliche Maßnahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des Gesundheitswesens. In der Qualitätsmanagement-Richtlinie des GBA in der Fassung von 2024 wird vorgegeben, dass in der stationären Versorgung Schutzkonzepte gegen Gewalt bei Kindern und Jugendlichen basierend auf einer Gefährdungsanalyse mindestens folgende Elemente umfassen sollen:

- Prävention (u. a. Information und Fortbildung der Mitarbeiter, Entwicklung wirksamer Präventionsmaßnahmen, Selbstverpflichtung und Verhaltenskodex, altersangemessene Beschwerdemöglichkeit, vertrauensvoller Ansprechpartner sein, spezielle Vorgaben zur Personalauswahl)
- Interventionsplan (z. B. bei Verdachtsfällen, aufgetretenen Fällen, Fehlverhalten von Mitarbeitern) und
- Aufarbeitung (u. a. Entwicklung von Handlungsempfehlungen zum Umgang mit aufgetretenen Fällen) (https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3427/QM-RL_2024-01-18_iK-2024-04-20.pdf).

Im Hinblick auf das Beschwerdemanagement gilt die Vorgabe, dass Einrichtungen ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement mit geregelter Bearbeitung der Beschwerden betreiben. Dazu gehört die Information der Patientinnen und Patienten über die persönlichen oder anonymen Beschwerdemöglichkeiten vor Ort. Die Rückmeldungen sollen analysiert, bewertet und gegebenenfalls Veränderungsmaßnahmen daraus abgeleitet werden. Sofern möglich sollen die Beschwerdeführenden eine Rückmeldung über die gegebenenfalls eingeleiteten Maßnahmen erhalten.

4.2. Grundlagen von feU und feM

Sowohl die freiheitsentziehende Unterbringung als auch freiheitsentziehende Maßnahmen (feM) bzw. Zwangsmaßnahmen stellen für die betroffene Person einen schwerwiegenden Eingriff in ihre Freiheitsgrundrechte dar. Gemäß Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 Grundgesetz ist die Freiheit der Person unverletzlich. Freiheit der Person im Sinne dieser Vorschrift bedeutet körperliche Bewegungsfreiheit. In diese Freiheit darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden. Die Rechtsgrundlagen der feU der betroffenen Person und deren Voraussetzungen sind daher unbedingt zu beachten. Auch die fürsorglichste Anwendung „zum Schutze des Betroffenen“ nimmt den Maßnahmen nicht den einschneidenden Charakter.

Gemäß § 239 Abs. 1 StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer widerrechtlich einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise des Gebrauchs der persönlichen Freiheit beraubt. Die Strafvorschrift schützt die potentielle Fortbewegungsfreiheit (Freiheit zur Ortsveränderung).

Die Einleitung einer feU in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann auf zwei rechtlichen Wegen geschehen: Zivilrechtlich nach § 1631b BGB und öffentlich-rechtlich nach den Gesetzen der Bundesländer über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG / PsychKHG), den sogenannten Unterbringungsgesetzen. Im Folgenden werden diese beiden Unterbringungsarten genauer dargestellt.

4.3. Familiengerichtliche Unterbringung nach §1631b Abs. 1 BGB

Rechtliche Vorgabe:

§ 1631b BGB

(1) ¹Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, bedarf der Genehmigung des Familiengerichts. ²Die Unterbringung ist zulässig, solange sie zum Wohl des Kindes, insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung, erforderlich ist und der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch andere öffentliche Hilfen, begegnet werden kann. ³Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschieben Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

Voraussetzung einer familiengerichtlichen Unterbringung ist die Kindeswohlgefährdung, wobei als besondere Form gesetzlich die Selbst- und Fremdgefährdung genannt wird. Die Selbst- und Fremdgefährdung ist dabei eine beispielhafte („insbesondere“), also nicht abschließende Nennung des Unterbringungsgrundes. Zu den Elementen des Kindeswohls gehören u.a. die körperliche Integrität, das Recht auf gesundheitliche Versorgung, Gewaltfreiheit, die Möglichkeit einer kindgerechten Entwicklung in körperlicher, intellektueller und seelischer Hinsicht aber auch das Erziehungsziel einer selbständigen und eigenverantwortlichen, zu sozialem Zusammenleben fähigen Persönlichkeit.

Die feU muss stets dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügen. Das bedeutet, dass im Rahmen einer Güterabwägung der mit der Unterbringung verbundene Eingriff in die persönliche Freiheit mit der von dem Betroffenen ausgehenden Gefahr ins Verhältnis gesetzt werden muss. Eine feU ist also nur dann zulässig, wenn sie geeignet, erforderlich und zumutbar ist, also kein milderes Mittel zur Verfügung steht. Im Rahmen einer Güterabwägung muss der mit der feU verbundene Eingriff in die persönliche Freiheit mit der von dem Minderjährigen ausgehenden Gefahr für sich oder andere ins Verhältnis gesetzt werden. Es darf also keine anderweitige Abwendungsmöglichkeit geben, z.B. durch sonstige öffentliche Hilfen (ambulante, teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten, Hilfen nach dem SGB VIII, wie sozialpädagogische Familienhilfe, Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung). Die familiengerichtliche Entscheidung zur feU stellt keine Anordnung dar, sondern eine Genehmigung. Das bedeutet, dass sie je nach Behandlungsfortschritt vor Ablauf der Genehmigungsfrist beendet werden oder auch durch die Sorgeberechtigten zurückgenommen werden darf.

Bei der feU sind die Sorgerechtsverhältnisse sorgfältig zu prüfen. Nur die Sorgeberechtigten (Eltern oder Vormund) können die Unterbringung anregen, nicht eine Einrichtung oder das Jugendamt, sofern dieses nicht selbst sorgeberechtigt ist. Sind beide Eltern sorgeberechtigt, kann jeder von ihnen die feU anregen. Im Rahmen einer Ergänzungspflegschaft kann auch der Pfleger bzw. die Pflegerin ein Verfahren nach § 1631b BGB anregen.

Im Unterbringungsverfahren sind Jugendliche abweichend von den sonst geltenden Verfahrensregeln in anderen Gerichtsverfahren voll umfänglich verfahrensfähig. Sie müssen selbst angehört werden. Das gilt auch für Kinder.

Das Jugendamt hat die Eltern, den Vormund oder den Pfleger bei der Zuführung zur Unterbringung in die Klinik zu unterstützen (§ 167 Abs. 5 FamFG).

Unterbringungen nach dem Vormundschafts- und Betreuungsrecht (§ 1831 BGB) sind in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie selten und werden daher in dieser Leitlinie nicht behandelt. Sie können bei volljährigen Patienten, die aufgrund ihres Entwicklungsstands noch in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden, zum Einsatz kommen. Orientierung hierzu gibt die Leitlinie zu feM im Erwachsenenalter (DGPPN et al. 2018).

4.4. Öffentlich-rechtliche Unterbringung nach PsychKG/PsychKHG

Die gesetzlichen Grundlagen für die öffentlich-rechtliche Unterbringung sind in jedem Bundesland anders geregelt. Die Kenntnis des jeweiligen Landesgesetzes ist unabdingbar. Voraussetzung für eine feU nach PsychKG/PsychKHG ist in der Regel das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, die mit einer gegenwärtigen erheblichen Eigen- und/oder Fremdgefährdung einhergeht, welche nicht anders (z.B. durch eine ambulante Therapie oder eine freiwillige stationäre Behandlung) abzuwenden ist. In aller Regel bedingen die Landesgesetze eine Aufnahmeverpflichtung durch die zuständige Klinik. Grundsätzlich sind die PsychKGs/PsychKHGs als Landesgesetze dem Bundesrecht nachrangig und die Bestimmungen im BGB zu feU und feM für Kinder und Jugendliche sind spezifischer, sodass eine familienrechtliche Unterbringung nach § 1631b BGB vorrangig anzustreben ist.

4.5. Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631b Abs. 2 BGB

Rechtliche Vorgaben:

§ 1631b BGB

(2) ¹Die Genehmigung des Familiengerichts ist auch erforderlich, wenn dem Kind, das sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig in nicht altersgerechter Weise die Freiheit entzogen werden soll. ²Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

Zu feM mit öffentlich-rechtlicher Rechtsgrundlage ist zu beachten, dass die PsychKG/PsychKHG der einzelnen Bundesländer sich teilweise erheblich voneinander unterscheiden. Ein Informationsangebot auf der Webseite der DGPPN erlaubt einen direkten Vergleich der jeweiligen Landesgesetze und stellt eine Übersicht zur Verfügung, welche alle relevanten länder- und themenspezifischen Informationen auf einen Blick bietet: <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/selbstbestimmung/uebersicht-psychKGs.html>.

Unabhängig von familiengerichtlichen Unterbringungen oder Unterbringungen nach dem PsychKG/PsychKHG können feM notwendig sein. Diese liegen vor, wenn eine Person gegen ihren natürlichen Willen durch mechanische Vorrichtungen oder auf andere Weise in ihrer Fortbewegungsfreiheit beeinträchtigt wird und sie diese Beeinträchtigung nicht ohne fremde Hilfe überwinden kann. FeM in diesem Sinne bedürfen einer gerichtlichen Genehmigung (§ 1631b Abs. 2 BGB) bzw. Anordnung (PsychKG/PsychKHG). Dies gilt daher auch, wenn eine geschlossene Unterbringung bereits genehmigt oder angeordnet ist.

Keine feM liegt vor, wenn der Patient zu einer Fortbewegung (z.B. infolge einer schweren Behinderung) überhaupt nicht in der Lage ist.

Es gibt keine gesetzliche Regelung, die das Merkmal „über einen längeren Zeitraum“ eindeutig festlegt. Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 24.07.2018 zur 5- bzw.

7-Punkt-Fixierung in psychiatrischen Krankenhäusern eine Kurzfristigkeit nur dann angenommen, wenn die Maßnahme absehbar die Dauer von einer halben Stunde unterschreitet. Jede Fixierung, Isolierung oder feM, die voraussichtlich länger als 30 Minuten dauern wird, bedarf daher einer familiengerichtlichen Genehmigung.

FeM nach Absatz 2 § 1631b BGB können sein:

a) Freiheitsentzug durch mechanische Vorrichtungen:

- Anlegen von Fixiergurten und Sicherungshandschuhen
- Festhaltetechniken
- Aufstellen von Bettgittern
- Netzbetten oder psychiatrische Intensivbetten mit einem zeltartigen Gestell, das dazu dient, Menschen am Verlassen des Bettes zu hindern (sog. Posey-Betten)
- Anlegen von Sitzgurten, Leibgurten oder Bauchgurten im Bett oder (Roll-)Stuhl
- Anlegen von Schutzdecken, Betttüchern oder Schlafsäcken
- Befestigen von Therapie-/Stecktischen am (Roll-) Stuhl
- Anlegen von Sicherheitsgurten am (Roll-) Stuhl
- Ganzkörper-Schutzanzug
- Anlegen von Schutzhelmen
- Feststellen des Rollstuhls

b) Isolierungsmaßnahmen:

Bei Isolierungen wird der Patient in einem Raum untergebracht, den er nicht verlassen kann oder soll. Dabei ist es unerheblich, ob dies durch bauliche oder personelle Maßnahmen oder durch verbalen Druck oder Drohungen erreicht wird. Die Ankündigung einer erneuten Isolierung bei Verlassen des Raumes entspricht bereits dem Tatbestand der Isolierung. Diese Maßnahmen sollten nicht als „Time out“ bezeichnet werden. Time-out ist ein therapeutischer Begriff, während es sich bei Isolierungen nicht um therapeutische Maßnahmen handelt. (Haas 2024).

c) Sonstige Vorkehrungen:

- Wegnahme von Bekleidung (wie z.B. Schuhe)
- Wegnahme von Fortbewegungsmitteln, wie z.B. einem Rollstuhl

Diese Aufstellung ist nicht als abschließend zu betrachten. Die Zulässigkeit der jeweiligen feM richtet sich stets nach dem Familienrecht (§ 1631b Abs. 2 BGB) bzw. dem jeweiligen PsychKG/PsychKHG.

Zwangsmedikation

Die Vorschrift des § 1631b Abs. 2 BGB regelt lediglich die notwendige Genehmigung des Familiengerichts für die Gabe einer Medikation, die der Sedierung mit dem Ziel der Freiheitsentziehung dient (früher mit dem mittlerweile überholten Begriff „chemische Zwangsjacke/Fixierung“ bezeichnet). Die Entscheidung für eine Medikation, die der Behandlung der Grunderkrankung dient, liegt nach Aufklärung und Information in der

Entscheidung der Sorgeberechtigten, ggf. auch gegen den Willen ihres Kindes (s. unter „Zwangsbehandlung“).

Freiwillige Einwilligung in eine feM oder Unterbringung

In seltenen Ausnahmefällen wünschen sich Patienten zur Spannungsreduktion eine feM, z.B. in Form einer Fixierung oder Isolierung (vgl. Romer und Schepker 2020). Um in Fällen, bei denen dies nach entsprechender Aufklärung und Information über mögliche Alternativen als medizinisch-therapeutisch sinnvoll erachtet wird, Rechtssicherheit und Transparenz für alle Beteiligten sicher zu stellen und möglichen Machtmissbrauch zu verhindern, sollen die Sorgeberechtigten aufgefordert werden, ein Verfahren nach § 1631b BGB anzuregen. Damit soll auch einer vordergründigen, scheinbaren Freiwilligkeit, die aber auf subtilen Druck zurückgeht, vorgebeugt werden.

In der fachärztlichen Stellungnahme soll auf die vorliegende Freiwilligkeitserklärung und deren Bedeutung bei der eigenverantwortlichen Teilhabeförderung im individuellen Fall hingewiesen und um Überprüfung gebeten werden. Die Prüfung, ob wirklich eine tragfähige Freiwilligkeitserklärung vorliegt, nimmt dann als neutrale Instanz das Familiengericht vor.

Damit die Anrufung des Gerichts vom Jugendlichen nicht als Geste der Entmündigung erlebt wird und um den Vertrauensaufbau in der therapeutischen Beziehung nicht zu untergraben, ist gegenüber dem Patienten dieses Vorgehen im Spannungsfeld von Selbstbestimmungsrecht, Vertrauen in die Selbstfürsorge des Patienten und der Stärkung von Selbstverantwortung und Partizipation einerseits und staatlichen Schutzpflichten zur Prävention von Machtmissbrauch andererseits zu erläutern.

4.6. Notwehr und rechtfertigender Notstand

Sowohl die feU als auch feM können ausnahmsweise bei Gefahr im Verzug für kurze Zeit unter den Voraussetzungen der Notwehr (§ 32 StGB, Abwehr eines Angriffes) oder des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB, Abwendung einer konkreten erheblichen Gefahr für den Patienten selbst oder einen Dritten, wie andere Patienten oder Beschäftigte) zulässig sein. Zweck kann nur sein, die Gefahr von sich oder anderen abzuwenden. Eine Strafbarkeit der handelnden Personen wegen Freiheitsberaubung oder anderer Delikte entfällt dann.

Die Anregung einer richterlichen Genehmigung ist unmittelbar über die Sorgeberechtigten (Eltern, Vormund:in, Ergänzungspfleger:in) nachzuholen, sobald die Situation unter Kontrolle ist und die feM fort dauert bzw. wiederkehrend eintritt.

Statement

Unveräußerliche Grundrechte und UN-Konventionen

Die Hausordnung und die Regeln in einer Klinik für KJPP sind an den Menschen- und Kinderrechten und den Rechten für Menschen mit Behinderung zu orientieren.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Die UN-Kinderrechtskonvention, seit 30 Jahren existent und von Deutschland ratifiziert, ist die umfassendste Darstellung von Rechten der Kinder; sie findet sich jedoch nicht ausführlich in der Gesetzgebung zu Unterbringungen wieder. Beispielsweise ist hier niedergelegt, dass eine Beteiligung des Kindes an allen es betreffenden Entscheidungen zu berücksichtigen ist, oder dass eine feU gemeinsam mit Erwachsenen nur dann stattfinden darf, wenn das Kindeswohl sie erfordert (Übersicht der wichtigsten Rechte siehe unter 1.3.).

5. Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen (Auswahl, Durchführung)

FRAGE 3:

Welche fachlichen Aspekte sind bei der Auswahl und Durchführung von feM zu beachten?

Auswahl und Durchführung von feM

Sowohl die feU als auch feM bzw. Zwangsmaßnahmen stellen für die betroffene Person einen schwerwiegenden Eingriff in ihre Grundrechte dar. Gemäß Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 des Grundgesetzes ist die Freiheit der Person unverletzlich. Freiheit der Person im Sinne dieser Vorschrift bedeutet körperliche Bewegungsfreiheit. In diese Freiheit darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden. Die Rechtsgrundlagen der Unterbringung der betroffenen Person und deren Voraussetzungen sind daher unbedingt zu beachten.

Da verschiedene Maßnahmen von Patienten unterschiedlich erfahren werden, muss in jedem Einzelfall die Wahl der konkreten feM auf das Alter, das subjektive Erleben und die Vorerfahrungen des Patienten abgestimmt werden, damit die psychische Belastung minimiert und potentielle Traumata verhindert werden können. Es ist zu beachten, dass bei der Wahl der konkreten feM die individuelle Patientenpräferenz soweit wie möglich berücksichtigt werden soll. Aus diesem Grund ist es zu empfehlen, in der Klinik verschiedene Formen von feM vorzuhalten, um die Präferenzen der Patienten berücksichtigen zu können. Wenn ein Gespräch mit dem Patienten über seine Präferenzen aktuell nicht möglich ist, kann das Vorhandensein einer Behandlungsvereinbarung in solchen Akutsituationen von großer Hilfe bei der Ermittlung des Patientenwillens sein.

Gender- und Migrationsaspekte: feM bei weiblichen Patientinnen sollten möglichst von Frauen bzw. zumindest unter Anwesenheit von Frauen durchgeführt werden und bei Menschen mit Migrationshintergrund sollte darauf geachtet werden, dass sofern möglich Mitarbeitende aus dem entsprechenden Kulturkreis anwesend sind.

Personalmangel alleine darf niemals ein Grund für feM sein. Jede Klinik sollte auch für Situationen von krankheitsbedingten Personalengpässen eine hausinterne Regelung finden,

um beispielsweise die Möglichkeit zur Durchführung von 1:1-Betreuungen aufrecht zu erhalten.

FeM müssen subsidiär, also wenn andere Mittel nicht ausreichend oder nicht anwendbar sind, und verhältnismäßig zum Einsatz kommen. Bei der Abwehr von Eigen- oder Fremdgefährdung gilt daher der Grundsatz „Einsatz des mildesten Mittels“. Das bedeutet, dass freiwillige Behandlungsangebote und Deeskalationsstrategien, die ohne die Anwendung von Zwang auskommen, immer vorzuziehen sind. Keinesfalls darf es zu einem Automatismus bei der Anwendung von feM kommen (etwa im Sinne von: „Aufnahme von suizidalen Patienten immer auf eine geschlossene Station“ oder „umgehende mechanische Fixierung von Patienten, die von der Polizei in Handschellen gebracht werden“). Ferner dürfen feM niemals zur „Bestrafung“ oder als „therapeutische“ Maßnahme eingesetzt werden. In jedem Einzelfall ist die Notwendigkeit von feM sorgfältig zu prüfen und zu begründen sowie nach weniger eingreifenden Alternativen zu suchen. Eine feM darf immer nur so kurz wie unbedingt nötig durchgeführt werden.

Empfehlung 9

EMPFEHLUNG: Absprachen im multiprofessionellen Team

Ungeachtet der Letztverantwortung der Klinikleitung sollen Entscheidungen für oder gegen feM im Einzelfall im multiprofessionellen Team besprochen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Die Durchführung einer feM unterliegt immer einer schriftlichen ärztlich-therapeutischen Anordnungsnotwendigkeit. Wo keine Notfallsituation vorliegt, die unmittelbares Handeln zur Gefahrenabwehr durch die anwesenden Mitarbeitenden erfordert, ist eine ärztlich-therapeutische Entscheidung – in Absprache mit dem zuständigen Facharzt – unter Einbezug des Teams, mit Abwägung aller Aspekte einschließlich der Ausschöpfung möglicher Deeskalationsmaßnahmen zu treffen. Werden feM in Notfall- bzw. Notstandssituationen von dem Pflege- und Erziehungsdienst alleine entschieden und durchgeführt, ist unmittelbar nach Beherrschung der Situation der zuständige fallführende Therapeut/Arzt zu kontaktieren, damit dieser die durchgeführte Maßnahme in Abstimmung mit dem Facharzt anordnen kann.

In einigen PsychKGs der Länder ist geregelt, dass Anordnung und Überwachung von feM nur durch einen Arzt erfolgen dürfen. Bei Unterbringungen nach BGB ist ein entsprechender Wortlaut nicht vorhanden. Angesichts der Vertrauensstellung sowie tieferen Kenntnis der Anamnese des jeweiligen Patienten erscheint es gerade angesichts des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit bei feM indiziert, dass der für den jeweiligen Patienten zuständige Bezugstherapeut (unabhängig davon ob Arzt oder Psychotherapeut) die erste Entscheidung hierüber trifft. So kann zielgerichtet vor einem eher vorhandenen Erfahrungshorizont ggf. eine mildere Maßnahme ergriffen und der Patient in seinen Rechten geschützt werden.

Gleichzeitig soll sichergestellt sein, dass eine fachärztliche Überprüfung erfolgt (4-Augen-Prinzip) sowie der gesamte Entscheidungs- und Umsetzungsprozess transparent dokumentiert wird. Damit wird dem Willen des Gesetzgebers deutlich mehr Rechnung getragen, als wenn aus rein formellen Gründen ein - ggf. nicht näher über den Patienten informierter - Arzt ad hoc eine dadurch nicht möglichst individuelle Entscheidung treffen müsste.

Empfehlung 10

EMPFEHLUNG: feM als letztes Mittel

feM sollen nur als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn das Kind oder der Jugendliche selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten zeigt und alle Versuche, die Situation zu entschärfen, erfolglos waren. Die Deeskalationsversuche im Vorfeld einer feM sollen dokumentiert werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Die Dokumentation von Deeskalationsmethoden und des Anlasses zur letztlich angemessenen feM sind entscheidend für die Nachvollziehbarkeit der Maßnahme für alle Beteiligten – einschließlich den Betroffenen selbst.

Empfehlung 11

EMPFEHLUNG: feM-Dauer

feM sollen nur so kurz wie unbedingt nötig durchgeführt werden. Dazu soll engmaschig überprüft werden, ob Zustandsveränderungen eine Aufhebung oder Lockerung der feM ermöglichen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Diese Empfehlung setzt eine kontinuierliche Betreuung der Patienten während einer feM voraus (siehe Empfehlung 13) und eine Dokumentation der Befindlichkeit, der Zugänglichkeit und des verbalen Austausches mit der betreuenden Person.

Ergänzende Stellungnahme zu Empfehlung 11 auf Initiative einer KJP-Erfahrenen, die von der ganzen Steuerungsgruppe mitgetragen wird:

„Um die feM wirklich nur so kurz wie möglich zu halten, ist es erforderlich, dass die betreuenden Fachkräfte selbständig oder nach telefonischer Rücksprache mit dem/der diensthabenden Arzt/Ärztin die feM beenden können. Es ist unangemessen, dass der Arzt/ die Ärztin persönlich vorbeikommen muss, wenn das gegebenenfalls die feM um eine erhebliche Dauer verlängert. Gerade in Situationen, in denen man als Patient:in weiß, dass die feM nicht mehr erforderlich ist, sorgt diese Wartezeit auf den Arzt/ die Ärztin für enormen Stress.“

Empfehlung 12

EMPFEHLUNG: Patientensicherheit

Es sollen geeignete Maßnahmen angewandt werden, um die Sicherheit des Kindes oder Jugendlichen während der feM zu gewährleisten (z. B. ausreichend Personal; Kontrolle von Vitalzeichen; vgl. Empfehlung 16: Durchführung einer mechanischen Fixierung).

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Für die Gewährleistung der Sicherheit soll jede Klinik Vorkehrungen im Rahmen der Mitarbeiterschulungen treffen. Aufgetretene Sicherheitsmängel sind obligater Bestandteil der Nachbesprechungen (s. Kapitel 6).

Empfehlung 13

EMPFEHLUNG: Ansprechperson während feM

Als Ansprechperson während einer feM soll aus dem Team eine qualifizierte Fachkraft bestimmt werden, die während der feM regelmäßig Kontakt zum Patienten sucht (z.B. Bezugspflege, Bezugstherapeut:in). Dabei soll die Präferenz des Patienten berücksichtigt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Ergänzende Stellungnahme zu Empfehlung 13 auf Initiative einer KJP-Erfahrenen, die von der ganzen Steuerungsgruppe mitgetragen wird:

„Wichtig ist, dass die in der Empfehlung genannte Ansprechperson nicht die einzige Person ist, die mit dem/der Patient:in kommunizieren darf. Auch die Fachkraft, die die Betreuung (1:1) übernimmt, soll auf Wunsch des/der Patient:in mit ihm/ihr reden, spielen, ...

Die Ansprechperson soll über die gesamte feM nicht wechseln. Es braucht in so einer überfordernden Situation wenigstens eine Konstante. Sollte die feM über das Dienstende der Ansprechperson andauern, sind dem Kind bzw. dem/der Jugendlichen mehrere Möglichkeiten anzubieten, wer als „neue“ Ansprechperson zur Verfügung steht.“

Empfehlung 14

EMPFEHLUNG: Information der Sorgeberechtigten

Eltern/Sorgeberechtigte (und sofern bestimmt Verfahrensbeistand) sollen unverzüglich über Anlass, Art, Ziel, Dauer und Ablauf einer feM informiert werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Drohungen und Bestrafungen

Drohungen und Bestrafungen sind als pädagogische und therapeutische Mittel abzulehnen. Darunter fallen u.a. das Unterbinden von Kontakt zu Bezugspersonen, Betreuern oder generell von sozialer Interaktion, sowie das Vorenthalten von Nahrung oder Flüssigkeit während einer feM. Auch sollte nicht mit weiteren feM gedroht werden.

Fixierung / Festhalten

Empfehlung 15

EMPFEHLUNG: Festhalten

Längerdauerndes Festhalten im Sinne einer feM soll nicht durchgeführt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Zur Durchführung einer mechanischen Fixierung kann ein vorübergehendes Festhalten notwendig sein. Wenn möglich, sind dazu Mitarbeiter desselben Geschlechts wie das Kind oder der Jugendliche einzusetzen.

Empfehlung 16

EMPFEHLUNG: Durchführung von mechanischer Fixierung

Während der gesamten Fixierungsdauer soll eine ständige persönliche Bezugsbegleitung (Einzelbetreuung) durch eine qualifizierte Fachkraft im selben Raum stattfinden.

Eine Fixierung soll in einem Einzelzimmer ohne Mitpatienten durchgeführt werden.

Schlafende Patienten werden in der Regel defixiert, es sei denn, es besteht weiterhin ein erhöhtes Risiko für unmittelbar eigen- oder fremdgefährdendes Verhalten nach Erwachen.

Bei einer Fixierung soll eine lautlose Uhr in den Raum gestellt werden, die für den Patienten sichtbar ist. Es soll ein Beschäftigungsangebot gemacht werden und nach den Bedürfnissen des Patienten gefragt werden (z.B. Musik- oder Radiohören).

Vitalfunktionen (Atmung, Vigilanz etc.) sollen kontinuierlich überprüft werden. Dem Patienten soll bei Ausscheidungen Hilfestellung gegeben werden. Eine selbstständige Körperpflege soll

unterstützt, eine angemessene Bekleidung gewährleistet sowie auf ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr geachtet werden. Dabei sollen die individuellen Ernährungsgewohnheiten berücksichtigt werden.

In der Fixierung soll dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, eine erwachsene Vertrauensperson anzurufen. Bei der stationären Aufnahme soll dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden eine solche erwachsene Vertrauensperson anzugeben.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 17

EMPFEHLUNG: Mechanische Fixierung

Bei Kindern sollte keine mechanische Fixierung angewandt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Festhalten und Isolierungen: Besonderheiten bei Kindern

Nielson et al. (2020) fanden in 10 von 16 qualitätsgeprüften Studien, dass Kinder (unter 14 Jahren) überwiegend Festhaltetechniken, meist infolge von Aggression gegen Personal und Gegenstände unterzogen wurden, nur 4 Studien widersprachen diesem Ergebnis; die Dauer lag bei bis zu 15 Minuten. Betont wird aus mehreren Studien, dass längeres Festhalten zu körperlichen Verletzungen führen kann und dass es keine Studien zu den subjektiven Erfahrungen und möglichen psychischen Reaktionen der betroffenen Kinder gibt.

Furre et al (2016) schildern in ihrer landesweiten Studie einen überwiegenden (79%) Einsatz von Festhalten als feM bei ab 13jährigen Jugendlichen in Norwegen, wobei die Maßnahmen des Festhaltens durchschnittlich nur 10 Minuten dauerten. Nach der Übersicht von Rabe et al (2017) ist diese in Norwegen gefundene Verbreitung des Festhaltens sowohl in Deutschland als auch in Europa untypisch; nach der NICE Empfehlung soll Festhalten bei Kindern als Ersatz für eine mechanische Fixierung eingesetzt werden. Nach Rabe et al. (2019) dauern über verschiedene Studien hinweg Maßnahmen bei Kindern kürzer als bei Jugendlichen, was mit Verweis auf Fetzer et al. (2006) damit erklärt wird, dass extreme affektive Zustände bei Kindern durch die Gegenwart professioneller Erwachsener eher normalisiert werden können als bei Jugendlichen.

Bei Wutausbrüchen von Kindern im Grundschulalter/vor der Pubertät kann es vorkommen, dass diese körperlich aggressiv werden, z.B. hauen, treten und schlagen. Dies kann im Rahmen einer normalen Entwicklung vorkommen. Eine hilfreiche Vorgehensweise in diesen Situationen hängt ab von einem differenzierten Verständnis der Entstehungsbedingungen des Verhaltens beim einzelnen Kind (z.B. erlerntes Verhalten, aus Angst, als Ausdruck autistischer Erlebensweisen, Reaktion auf vermeintliche Bedrohung oder Provokation als Ausdruck einer

sozialen Fehlwahrnehmung). Bei einem erhöhten Risiko für aggressives Verhalten sollen bereits ab der Aufnahme mögliche Auslöser identifiziert und in die Planung des Vorgehens einbezogen werden.

Angemessen ist es zunächst, das Kind auf Distanz zu Umstehenden zu halten, um Verletzungen zu verhindern. Wenn dies nicht ausreichend oder nicht möglich ist, kann ein vorübergehendes Festhalten sinnvoll sein. Dabei soll auf die Reaktion des Kindes geachtet werden. Eine möglichst kurze Dauer des Festhaltens mit Körperkontakt soll angestrebt werden. Eine liegende Position des Kindes beim Festhalten soll vermieden werden, um körperlichen und psychischen Verletzungen vorzubeugen.

Beim Festhalten eines Kindes ist es notwendig, dass die festhaltende Person ihre eigenen Emotionen reguliert und in ruhigem Tonfall, Lautstärke, Sprechgeschwindigkeit spricht, um damit die Emotionsregulation des Kindes von außen zu unterstützen. Unterstützend sein können Sätze an das Kind wie „Du bist wütend, das geht gleich vorbei, wir passen auf dich auf, damit nichts passiert.“ Wenn Wut und Aggression bei der festhaltenden Person bestehen, soll die festhaltende Person durch eine andere Person in reguliertem Zustand abgelöst werden.

Wenn das Verhalten des Kindes selbstgefährdend ist (z.B. Kind schlägt Kopf gegen eine Wand) soll das Kind davon durch möglichst wenig invasive Maßnahmen abgehalten werden.

Falls das Festhalten innerhalb von wenigen Minuten (maximal 10 Minuten) nicht zu einer Beruhigung der Situation führt und beim Loslassen des Kindes weiterhin Fremdaggression auftritt, können andere Handlungsoptionen wie Isolierung oder Bedarfsmedikation in Erwägung gezogen werden. Es sollen keine Drohungen ausgesprochen werden wie z.B. „Wenn du dich nicht beruhigst, müssen wir dich isolieren.“ Es ist stattdessen davon auszugehen, dass das Kind den Wutausbruch selbst als unangenehm empfindet und sein Bestmöglichstes tut, um diese Situation zu beenden.

Wenn eine Isolierung unvermeidlich wird, soll dies dem Kind in der Form kommuniziert werden, dass dies unter der Annahme gemacht wird, dass es sich auf diese Weise gut beruhigen kann. Z.B. „Wir bringen dich jetzt in einen Raum, wo du deine Ruhe hast.“ Gleichzeitig soll kommuniziert werden, dass man das Kind nicht alleine lässt. (z.B. „Wir bleiben bei dir. Wir lassen dich nicht alleine. Wir warten gemeinsam bis die Wut weg ist.“). Eine Isolierung soll bei Kindern, wenn irgend möglich, nicht in einem abgeschlossenen Raum ohne Begleitung stattfinden. Wenn das Kind sich ausreichend beruhigt hat, sollen Handlungsangebote zur weiteren Regulation gemacht werden (z.B. zusammen den Raum verlassen, etwas anderes tun, Grundbedürfnissen folgen, z.B. etwas zu trinken anbieten, etc.).

Vor allem bei Kindern besteht eine erhöhte Verletzungsgefahr durch nicht an die Körpergröße angepasste Gurtsysteme. Ein kurzzeitiges Festhalten, nicht in Liegeposition (s.o.), ist in aller Regel hinreichend zur Bewältigung von aggressiven Ausnahmesituationen.

Empfehlung 18

EMPFEHLUNG: Isolierung in speziellen Räumen

Die Isolierung sollte in einem speziell dafür vorgesehenen Kriseninterventionsraum durchgeführt werden.

Konsensstärke: Konsens (> 75-95 % der Stimmberechtigten)

Empfehlung 19

EMPFEHLUNG: Betreuung während Isolierung

Kinder und Jugendliche sollen während einer Isolierung nicht allein sein. Die Anwesenheit einer qualifizierten Fachkraft im Raum soll Standard sein, insbesondere bei Kindern. Dabei soll der aktuelle Zustand der Patient:innen berücksichtigt und die Sicherheit der Mitarbeiter:innen gewährleistet werden.

Konsensstärke: Konsens (>75-95% der Stimmberechtigten)

Wenn der Zustand der Patient:innen es erlaubt, sollen sie während der Isolierung im Kriseninterventionsraum begleitet werden. Ziel ist es, emotionale Brücken zu bauen und eine therapeutische Beziehung zu bewahren. Außerdem sollen Techniken zur Beruhigung und Ablenkung angewendet werden. Sind die Patient:innen sehr angespannt, agitiert und gereizt, ist eine persönliche Begleitung nicht immer möglich.

Zwangsbehandlung

Medikamentöse Zwangsbehandlungen bedürfen der Anordnung durch die ärztliche Leitung bzw. im Notfall durch den zuständigen (Hintergrund-)Oberarzt als deren Vertretung. Stationsärzte bzw. diensthabende Ärzte sollen die Anordnung persönlich abzeichnen. Die Auswahl geeigneter Medikamente und empfohlene Applikationsformen sind nicht Gegenstand dieser Leitlinie. Eine Übersicht über die sehr umschriebene verfügbare Evidenz findet sich bei Vloet und Romanos (2023).

Empfehlung 20

EMPFEHLUNG: Aufklärung über Medikation bei Zwangsbehandlungen

Der Patient soll bei einer Zwangsbehandlung entsprechend dem Patientenrechtegesetz verständlich und nachvollziehbar über die Notwendigkeit, die Wirkung und mögliche unerwünschte Wirkungen der Medikation aufgeklärt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Ergänzende Stellungnahme zu Empfehlung 20 auf Initiative einer KJP-Erfahrenen, die von der ganzen Steuerungsgruppe mitgetragen wird:

„Im Nachgang einer medikamentösen feM ist es unglaublich wichtig, dass Patient:innen die Möglichkeit bekommen, sich zusätzlich zur ärztlichen Aufklärung den „Beipackzettel“ des verabreichten Medikaments aushändigen zu lassen. Gegebenenfalls benötigt es beim Verständnis und der Einordnung der Informationen Hilfestellung durch eine erwachsene Person.“

Die Vorschrift des § 1631b Abs. 2 BGB regelt lediglich die notwendige Genehmigung des Familiengerichts für die Gabe einer Medikation, die der Sedierung mit dem Ziel der Freiheitsentziehung dient (früher mit dem mittlerweile überholten Begriff „chemische Zwangsjacke/Fixierung“ bezeichnet). Die Entscheidung für eine Medikation, die der Behandlung der Grunderkrankung dient, liegt nach Aufklärung und Information in der Entscheidung der Sorgeberechtigten, ggf. auch gegen den Willen ihres Kindes.

Ist die Gabe allerdings nicht ohne eine weitere feM, wie Festhalten oder Fixierung verbunden, bedarf diese feM einer gerichtlichen Genehmigung, sobald sie regelmäßig und nicht nur notfallmäßig erfolgt.

Empfehlung 21

EMPFEHLUNG: Überwachung der Auswirkungen einer medikamentösen Zwangsbehandlung zur Freiheitsentziehung

Die körperlichen und emotionalen Auswirkungen der medikamentösen Zwangsbehandlung zur Freiheitsentziehung sollen engmaschig überwacht werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

6. Nachbesprechung und Nachsorge

FRAGE 4:

Welche Maßnahmen sollten nach der Durchführung von feM zum Einsatz kommen?

Definition: Verschiedene Aspekte einer feM können innerhalb einer Nachbesprechung („Debriefing“) adressiert werden, um die potenziell traumatisierenden Auswirkungen des Ereignisses abzumildern und feM in der Zukunft vorzubeugen. Zum einen kann mit der betroffenen Person nachbesprochen werden, was ihr widerfahren ist. Auch weitere Patienten,

die passiv die feM mitbekommen haben, können u.U. als Betroffene gesehen werden. Zum anderen können supervidierte Nachbesprechungen im Team dazu genutzt werden, das Ereignis zu analysieren und Handlungsalternativen für das Personal zu erörtern, sodass in Zukunft eine feM in ähnlichen Umständen umgangen werden kann. Mögliche Weiterbildungsbedarfe können in den Nachbesprechungen erkannt werden.

Die Nachbesprechung von feM mit Patienten, Sorgeberechtigten, dem Personal sowie weiteren Beobachtenden gehört zum Gesamt-Behandlungskonzept kinder- und jugendpsychiatrischer und –psychotherapeutischer Arbeit. Sie dient dazu, belastende Situationen zu reflektieren, in einen Austausch zu kommen, positives Feedback und Kritik zu ermöglichen, das Bemühen um Deeskalation anzuerkennen und im Sinne von Prävention das eigene Verhaltensrepertoire von allen Beteiligten zu erweitern. Sowohl Patienten als auch therapeutische und pflegerische Mitarbeiter sowie weitere Beobachtende erleben feM aus ihrer jeweiligen Perspektive belastend (Tingleff et al. 2017). Es ist wichtig, Konzepte und Haltungen zu reflektieren und hierfür einen Rahmen z.B. in Nachbesprechungen, Bezugsgesprächen, Einzeltherapien und in Supervisionen und Fallbesprechungen zur Verfügung zu stellen.

Evidenz: „Debriefings“ stellen die sechste Kernstrategie im Konzept „Six Core Strategies“ dar, das insbesondere in den USA erfolgreich angewendet wird, um gewaltsame Ereignisse wie „feM“ (physische Eskalationen) zu reduzieren (Azeem et al., 2015; Wisdom et al., 2015). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es jedoch bislang keine Studien, die die Wirksamkeit von Nachbesprechungen als einzelne Maßnahme untersucht haben. Daher lässt sich die Effektivität von „Debriefings“ in diesem speziellen Kontext noch nicht abschließend bewerten.

Allein Shepherd et al (2024) untersuchten die Wirksamkeit eines „debriefing-tools“, in Form strukturierter Nachbesprechungen ausschließlich auf der Team-Ebene, nach eskalativem Patientenverhalten ohne Berücksichtigung von feM, auf die Zufriedenheit und psychische Befindlichkeit des Personals. Während dieser Effekt positiv ausfiel, reduzierten sich kritische Ereignisse auf den kinder- und jugendpsychiatrischen psychiatrischen Stationen weder in ihrer Häufigkeit noch der Schwere. Das Instrument mit klaren Diskussionsfragen ist in der Veröffentlichung dargestellt.

Es wird empfohlen, bei Nachbesprechungen mit Patient:innen besonderes Augenmerk auf eine angemessene Sprache und einen respektvollen Ton zu legen. Dies ist nicht nur zum Wohle der betroffenen Patienten wichtig, sondern auch für das beteiligte Personal, da dieses die Nachbesprechung möglicherweise als kritische Prüfung empfinden könnte (Azeem et al., 2015). Azeem führte in seiner Forschung innerhalb der „Six Core Strategies“ strukturierte Nachbesprechungen in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie ein. Dabei wurde eine direkte Nachbesprechung unmittelbar nach der Eskalation sowie eine zweite formale Nachbesprechung nach 48 bis 72 Stunden durchgeführt. Wichtig war hierbei eine unterstützende, nicht-strafende Haltung. In der ersten Nachbesprechung lag der Fokus auf der emotionalen Unterstützung des Patienten und möglichen Anpassungen im Behandlungsplan,

während die spätere Besprechung eine detaillierte Analyse der Situation, ihrer Auslöser sowie der angewendeten Deeskalationsstrategien beinhaltet. Zudem wurde besprochen, wie eine ähnliche Situation in Zukunft anders gehandhabt werden könnte (Azeem 2011, 2015).

Nachbesprechungen von feM-Ereignissen können auch als ein Instrument zur Veränderung der Kultur einer Station dienen, um so einen sogenannten „culture change“ zu fördern (Petti et al., 2001). Studien speziell aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie die von Azeem (2011, 2015, 2017), Eblin et al. (2019), Riahi et al. (2016), Petti et al. (2001), Yurtbasi et al. (2023) und Gabriel (2021), sowie ein Review von Hammervold et al. (2019), belegen die Relevanz solcher Nachbesprechungen für Grundhaltungen des Personals.

Im Allgemeinen, insbesondere in der Erwachsenenpsychiatrie, zielen Nachbesprechungen darauf ab, zukünftige Eskalationen zu verhindern, emotionale Entlastung für alle Beteiligten zu bieten und Traumafolgestörungen zu vermeiden. Zudem dienen sie der Identifikation von Patienten, die aufgrund der feM-Ereignisse weitergehende therapeutische Hilfe benötigen, und fördern die therapeutische Beziehung. Die gewonnenen Erkenntnisse können zudem in Behandlungsvereinbarungen festgehalten werden. Wichtig ist auch, dass die Gründe für eine Eskalation und die angewandten Maßnahmen klar kommuniziert werden, da Patienten solche Situationen oft als Bestrafung erleben. Die Vorgabe durchzuführender Nachbesprechungen nach feM-Ereignissen ist in den Psychatriegesetzen der Bundesländer unterschiedlich geregelt.

Der Zustand des Patienten nach einer Eskalation erfordert besondere Aufmerksamkeit. Nachbesprechungen können unterstützend wirken, jedoch auch als Fortsetzung des Zwangs empfunden werden, wenn die Bedingungen schlecht sind (Hammervold et al., 2022). Es wird empfohlen, dass eine Vertrauensperson anwesend ist, um das Machtgefälle zwischen Patient und Personal auszugleichen (Hammervold, 2022). Der Patient sollte zudem Einfluss auf den Zeitpunkt, die Teilnehmer und die Themen der Nachbesprechung haben (Hammervold, 2022).

Für eine zielführende Nachbesprechung sollten die Auslöser der Eskalation, versuchte Deeskalationsstrategien, sowie zwischenmenschliche und umgebungsbedingte Faktoren erfasst werden, die möglicherweise eine Eskalation verhindert hätten. Nachbesprechungen sollten stets sowohl aus der Perspektive des Patienten als auch des Personals geführt werden. Dabei ist es wichtig, die Auswirkungen der Nachbesprechung selbst zu evaluieren, um deren Effektivität kontinuierlich zu prüfen, etwa einen geänderten Umgang mit feM im Wiederholungsfall (Goulet et al. 2018).

Empfehlung 22

EMPFEHLUNG: Unmittelbare Nachbesprechung von feM mit Patient:Innen

Eine erste Nachbesprechung der feM soll unmittelbar nach dem Ereignis angeboten werden. Das Befinden und aktuelle Bedürfnisse des Patienten sollen regelhaft erfragt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 23

EMPFEHLUNG: Reintegration

Die Reintegration in den Stationsalltag soll aktiv, orientiert an den Bedürfnissen des Patienten, unterstützt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 24

EMPFEHLUNG: Einbezug von Leitungspersonen

Nach einer feM soll eine Leitungsperson aus dem interdisziplinären Team hinzukommen. Diese soll mit allen Beteiligten, dem Patienten, der von feM betroffen ist, den beteiligten Mitarbeitern sowie den weiteren Beobachtenden das Gespräch suchen und überprüfen, ob alle ausreichend versorgt sind. Die Leitungsperson soll dafür Sorge tragen, eine entspannte, sichere Atmosphäre auf der Station wiederherzustellen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Strukturierte Nachbesprechung von feM mit Patient:Innen

Ziele von strukturierten Nachbesprechungen sind die Prävention von zukünftigen feM, die emotionale Entlastung aller Beteiligten, die Prävention von Traumafolgestörungen, die Identifikation von Patienten, die aufgrund der feM weitere therapeutische Hilfe benötigen, sowie die Stärkung einer therapeutischen Beziehung. Die Begründung für eine feM soll kommuniziert werden, da Patienten, insbesondere Kinder und Jugendliche, feM verstärkt als Willkür oder Bestrafung wahrnehmen, wenn sie den Grund für die feM nicht kennen (vgl. Montreuil et al., 2019).

Gewonnene Erkenntnisse können in Behandlungsvereinbarungen festgehalten werden (Krieger et al. 2021).

Die strukturierte Nachbesprechung wird zudem in nationalen wie internationalen Behandlungsleitlinien empfohlen. In der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens“ bei Erwachsenen wird mit hohem Empfehlungsgrad gefordert: *„Zur Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sollen Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen angeboten, durchgeführt und dokumentiert werden. Den Patienten sollen als Alternativen zur Isolierung entsprechende Rückzugsräume mit der Möglichkeit zur Beruhigung und Beschäftigung angeboten werden.“*

In Behandlungskonzepten wie dem *Weddinger Modell* (Mahler et al., 2019), *Safewards* und den *Six Core Strategies* sind Nachbesprechungen fester Bestandteil. Auch wenn die wissenschaftliche Evidenz zurzeit noch relativ niedrig ist, erscheint aus klinischen Gesichtspunkten eine derartige Intervention dringend geboten.

Empfehlung 25

EMPFEHLUNG: Strukturierte Nachbesprechung von feM mit Betroffenen

Nach feM soll mit den Betroffenen eine strukturierte Nachbesprechung stattfinden. Die Nachbesprechung soll mit den Bezugspersonen aus dem Pflege- und Erziehungsdienst und dem therapeutischen Dienst durchgeführt werden. Auf Wunsch der Patient:Innen sollten sorgeberechtigte Personen und/oder erwachsene Bezugspersonen miteinbezogen werden. Gerade bei jüngeren Patienten sollte die Nachbesprechung mit Bezugspersonen erfolgen.

Den Patient:innen soll Gelegenheit gegeben werden der Dokumentation eine eigene Stellungnahme hinzuzufügen, die dann Bestandteil der Patientenakte ist.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Bei den Nachbesprechungen soll auf eine angemessene Sprache, angemessenen Tonfall und eine nicht anklagende, offene Haltung geachtet werden. Auch die Eltern sollten dazu ermutigt werden.

Das Kind / der Jugendliche soll die Möglichkeit haben, das Gespräch abzulehnen. Das Kind / der Jugendliche soll ermutigt, aber nicht gedrängt werden zu sprechen.

Wenn der Patient an einem Termin zur Nachbesprechung nicht teilnehmen möchte, soll ein separates individuelles Gesprächsangebot gemacht werden.

Das Kind / der Jugendliche soll Einfluss auf Terminfindung, Themen und Anwesende nehmen können.

Der Patient soll sich gesehen und verstanden fühlen können, dazu soll er den Raum bekommen seine Perspektive in einer offenen nicht-straftenden Umgebung zu äußern.

Die Situation, der Anlass und das Vorgehen für die feM aus Perspektive des Personals sollen kommuniziert und transparent gemacht werden, um zu verhindern, dass die feM als Bestrafung verstanden wird.

Die Situation, der Anlass und das Vorgehen des Personals sollen aus Sicht des Patienten erfasst werden.

Weitere Themen der Nachbesprechung sollten sein: Wie hat sich das Kind /der Jugendliche während der feM gefühlt? War die Anzahl des beteiligten Personals angemessen? Wie hätte das Personal während der feM helfen können? Hat dem Kind/dem Jugendlichen etwas gefehlt? Welche Nachwirkungen hat die feM? Wie fühlt sich das Kind / der Jugendliche jetzt? Will sie/er die Möglichkeit einer Beschwerde nutzen? Was kann das Personal tun, um mit den Nachwirkungen umzugehen? Gibt es Umgebungsfaktoren, die geändert werden sollten, um weiteren feM vorzubeugen?

Die Inhalte und Ergebnisse aus der Nachbesprechung sollen dokumentiert werden. Sie können nach Absprache mit den Patient:Innen in einen schriftlichen Therapieplan für den

verbleibenden Aufenthalt aufgenommen und bei möglichen Behandlungsvereinbarungen berücksichtigt werden.

Zur praktischen Umsetzung siehe den Vorschlag aus dem Weddinger Modell für Erwachsene mit deutschem Gesprächsleitfaden von Mahler, Wullschleger & Oster (2022).

Empfehlung 26

EMPFEHLUNG: Strukturierte Nachbesprechung von feM mit den Mitarbeitenden

Nach feM soll mit den Mitarbeitenden eine strukturierte Nachbesprechung stattfinden. Die feM soll in der nächsten multiprofessionellen, patientenbezogenen Besprechung (z. B. Visite, Fallkonferenz) thematisiert werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Direkt nach Durchführung der feM wird diese auf korrekte Durchführung hin reflektiert im Rahmen einer kurzen Situations-/Kettenanalyse (Leitfrage: Was war der Anlass? Was wurde wann wie und aus welchem Grund umgesetzt? Hätte es Alternativen gegeben? Welche?). Ein weiterer Aspekt der Nachbesprechung sind die erlebten Belastungen und Emotionen der beteiligten Mitarbeiter. Zudem sollen Verbesserungsbedarfe angesprochen werden: Gibt es Umgebungsfaktoren, die geändert werden sollten, um weiteren feM vorzubeugen (Zimmerwechsel, Rückzugsangebote)?

Im weiteren Verlauf sollte eine patientenbezogene Evaluation der Auslöser, Bedingungen und Durchführung der feM mit Schwerpunkt auf die individuellen Faktoren in der nächsten multiprofessionellen Fallbesprechung unter Leitungseinbezug erfolgen. Je nach Bedarf und je nach Situation kann – insbesondere bei wiederholten feM - eine externe Supervision erwogen werden.

Empfehlung 27

EMPFEHLUNG: Nachbesprechung von feM mit beobachtenden Mitpatient:Innen

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind für die gesamte Patient:innengruppe belastend. Daher sollten die belastenden Erlebnisse in der Patient:innengruppe durch das multiprofessionelle Behandlungsteam und ggf. in Einzelkontakten besprochen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Mitpatient:innen sollen in dafür vorgesehenen Gremien (Stationsversammlung, Tagesrückblick, Gruppentherapie) oder in Bezugsgesprächen oder Einzeltherapie auf eine offene Haltung treffen, Eindrücke und Befindlichkeiten verbunden mit feM auf der Station anzusprechen. Beobachtungen sind ernst zu nehmen ohne unbedingte Rechtfertigung des Team-Handelns. Mit Rücksicht auf die Beachtung der Schweigepflicht können Verständnishilfen gegeben werden, jedoch sollte der Fokus beim jeweiligen Mitpatienten liegen.

Systematisch durchgeführte Fallbesprechungen und Klinische Ethikberatung

Neben den externen Supervisionen und den kollegialen Beratungen sind systematisch durchgeführte Fallbesprechungen, z.B. bei Patienten, die wiederholt oder sehr lange feM erfahren, ein Instrument der Reflektion ethischer Aspekte, der Klärung und Definition von Schritten des gemeinsamen weiteren Vorgehens im konkreten Fall. In Fallbesprechungen kann auch reflektiert werden, ob die konkrete Gestaltung des Behandlungssettings sich selbst begünstigend auf das aggressive oder selbstgefährdende Verhalten auswirkt und darüber reaktiv feM begünstigt.

Strukturierte und methodisch reflektierte Angebote der klinischen Ethikberatung versuchen Mitarbeiter eines Krankenhauses dabei zu unterstützen, in ethisch schwierigen Situationen eine ethisch gut begründete Entscheidung zu treffen, etwa in Situationen, in denen über die Anwendung von Zwang nachgedacht wird und in denen verschiedene ethische Prinzipien miteinander in Konflikt geraten können.

Evidenz: Es gibt unserer Kenntnis nach keine Evidenz dazu, ob eine Ethikberatung das Auftreten von feM in der Kinder- und Jugendpsychiatrie senken kann.

Empfehlung 28

EMPFEHLUNG: Patientenbezogene Fallbesprechung bei häufig vorkommenden oder lang andauernden feM

Bei Patienten mit häufig und/oder lang andauernden feM soll eine Fallbesprechung gemeinsam mit Fach- oder Führungskräften durchgeführt werden. Schritte von der Notwendigkeit bis zur Durchführung einer Fallbesprechung sollen i.S. eines Leitfadens in den Konzepten der Kliniken beschrieben sein. Inhalte und Ergebnisse sollen dokumentiert werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Nachsorge und kollegiale Unterstützung

Jede Klinik soll bezogen auf die Beschäftigten ein Nachsorgekonzept nach besonderen Ereignissen vorhalten. Ein klinikübergreifendes Nachsorgekonzept zur psychosozialen Unterstützung der Beschäftigten ist für verschiedene Grenzsituationen im beruflichen Kontext

relevant und verfolgt das Ziel, Beschäftigte, die außergewöhnliche berufliche Geschehnisse erlebt haben, durch geschulte Kolleginnen und Kollegen oder externe Dritte aufzufangen und zu unterstützen, ihnen unmittelbar und kompetent Betreuung und Beratung anzubieten. Dafür steht eine Reihe von Möglichkeiten nach belastenden Erlebnissen zur Verfügung: von einem Team aus Klinikmitarbeitern zum entlastenden Gespräch bis zur Begleitung durch Experten und psychotherapeutische Angebote. Die entsprechenden Interventionen werden aus Gründen des Personenschutzes nicht kliniköffentlich gemacht und finden auch keinen Eingang in die Patientenakte.

Empfehlung 29

EMPFEHLUNG: Nachsorge und kollegiale Unterstützung

Ein klinikübergreifendes Nachsorgekonzept zur psychosozialen kollegialen Unterstützung der Beschäftigten sollte vorhanden sein.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

7. Dokumentation und Qualitätsmanagement

FRAGE 5:

Welche *Standards der Dokumentation* von feM dienen nachweislich der Nachvollziehbarkeit, Wahrnehmbarkeit, Transparenz, Rekonstruierbarkeit, Revisionsicherheit, Rechtssicherheit im Vergleich zu einer unstandardisierten Dokumentation?

FRAGE 6:

Welche *Standards des Qualitätsmanagements* von Kliniken dienen nachweislich der Prävention und Reduktion von feM im Vergleich zu Kliniken ohne diese Standards?

Dokumentation und Qualitätsmanagement

Die einheitliche und lückenlose Dokumentation von feM soll dazu beitragen, Transparenz nach innen und außen (d.h. gegenüber Mitarbeitenden, Klinikträgern und Aufsichtsgremien, Betroffenen, deren Sorgeberechtigten, Verfahrensbeiständen, Gerichten, Besuchskommissionen und der Öffentlichkeit) herzustellen, Problembereiche zu identifizieren und mit Blick auf die Reduktion von feM in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegenseitig voneinander zu lernen. Die Identifizierung von Problembereichen stellt dabei eine

Voraussetzung für die Entwicklung gezielter Verbesserungsansätze und Präventionsmaßnahmen dar.

Es soll sichergestellt werden, dass der gesamte Entscheidungs- und Umsetzungsprozess transparent dokumentiert wird. In den PsychKGs/PsychKHGs der Länder gibt es dafür z.T. verbindliche Vorgaben, die auf feM nach § 1631b II übertragbar sind.

Die DGPPN fordert ein bundesweites Register von feM (Steinert et al 2022). Die Autoren weisen darauf hin, dass dafür die komplizierte rechtliche Situation in Deutschland (PsychKG/PsychKHG neben BGB, Bundes- versus Länderzuständigkeiten, Datenschutz) dafür das größte Hindernis sei.

Es ist davon auszugehen, dass die Dokumentation von feM Qualitätsverbesserungen in der Klinik im Gesamten untermauern kann. So beendete die Diskussion der innerklinischen Daten - hier zur Dauer von feM - im Vergleich mit international bekannten bei Fetzer et al. (2006) die Praxis, in jedem Fall Isolierungen über Nacht fortzuführen. Nitschke-Janssen und Branik (2006) erkannten an zwei gleich strukturierten geschlossen geführten Stationen mit vergleichbarer Patientenklientel, aber unterschiedlicher Häufigkeit von feM Unterschiede in der therapeutischen Herangehensweise und den pädagogischen Grundhaltungen. Azeem et al. 2015 beschreiben eine Reduktion von feM über 10 Jahre in einer größeren kinderpsychiatrischen Einheit und betonen neben vielen anderen Maßnahmen die systematische Auswertung der dazu erhobenen Dokumentation durch Team und Leitung.

Geissler et al (2021) fanden in ihrer Untersuchung in Bayerischen Behinderteneinrichtungen für Kinder und Jugendliche Hinweise auf Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit von feM und Stresserleben der Mitarbeitenden. Qualitative Interviews ergaben einen Zusammenhang zwischen feM und dem herausfordernden Verhalten der Bewohner, Personalmangel und Fehltagen sowie fehlenden Alternativen zu feM.

Ebenso war die Dokumentation von Art und Häufigkeit von feM eine wesentliche Grundlage für die Objektivierung der positiven Effekte eines erfolgten Klinikumbaus (Czernin et al., 2023; siehe oben unter 3.1).

Empfehlung 30

EMPFEHLUNG: Dokumentation

Alle feM sollen dokumentiert werden hinsichtlich Anlass, Deeskalationsversuchen im Vorfeld, beteiligten Personen, Beachtung der rechtlichen Vorgaben und Informationspflichten, Dauer, Art, Verlauf (z.B. Verhalten und Interaktion, Betreuungsform, Hygiene, Ernährung, Überprüfung der weiteren Notwendigkeit), besondere Vorkommnisse, Nachbesprechung und ggf. Beschwerden. Gleichfalls zu dokumentieren ist auch die Informationsweitergabe an die Sorgeberechtigten (vgl. Empfehlung 14).

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Qualitätssicherung und -verbesserung

Die Dokumentation gilt zunächst der Nachvollziehbarkeit für die betroffenen Patient:innen selbst und ist Bestandteil der Patientenakte, laut Patientenrechtegesetz ist sie den Betroffenen offen zu legen. Sie ist wesentliche Grundlage für eine gegebenenfalls erfolgende Beschwerde beim Gericht und rechtliche Überprüfung der Rechtmäßigkeit der Maßnahme (Vogel 2022). Innerhalb der Institutionen dient die Dokumentation der internen Qualitätssicherung. Ferner ist sie ggf. für zentrale Erfassungen auf Landes- und Bundesebene zu erstellen und den Besuchskommissionen vorzulegen. Durchgeführte feM werden jeweils gemäß den gesetzlichen Vorgaben gemeldet.

Datenerhebung / „Benchmarking“

Definition: Die Datenerhebung von Anzahl und Dauer von feM in unterschiedlichen Kliniken ist eine Voraussetzung, um Erfolge von Interventionen beurteilen zu können. „Benchmarking“ beinhaltet zusätzlich den Vergleich von Daten verschiedener Akteure, um erfolgreiches Handeln sichtbar machen zu können. Wenn Daten zu feM standardisiert über viele Kliniken hinweg erhoben werden, bietet dies die Möglichkeit, erfolgreiche Konzepte zur Reduktion von feM zu erkennen und andernorts zu übernehmen. „Outlier“ (Kliniken die extrem wenige oder extrem viele feM aufweisen) können in einer internen Evaluation möglichen Mängeln nachgehen. Auch könnten durch eine systematische Datenerhebung mögliche Missstände früher erkannt werden. Beides gilt auch für eine vergleichende Datenerhebung innerhalb einer Institution, d.h. zwischen einzelnen Abteilungen oder Stationen.

Evidenz: In größeren Initiativen zur Reduktion von feM in der Kinder- und Jugendpsychiatrie war Benchmarking Teil eines erfolgreichen Gesamtkonzepts zur Reduktion von feM (siehe z.B. LeBel et al. 2004, Azeem et al. 2015, Fetzer et al 2006).

Bundeseinheitliche Statistiken zu Anzahl, Dauer, Art und Indikation von feM bei Kindern und Jugendlichen in Kliniken für KJPP in Deutschland fehlen weitgehend. Der „Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ (<https://arbeitskreis-gewaltpraevention.de/Arbeitskreis/arbeitskreis.html>; ganz überwiegend Erwachsenenpsychiatrien) etablierte ein Benchmarking von Qualitätsindikatoren. Die Daten wurden von den Kliniken freiwillig eingebracht. Um Rückschlüsse auf spezifische Interventionsmöglichkeiten je nach Symptomatik zu ermöglichen, wurden die Daten nach Diagnosen getrennt erhoben. In einer Evaluation der Ergebnisse von 5 beteiligten Kliniken, sank der Anteil der von feM betroffenen Patienten zwischen 2004 und 2012 von 8,2 % auf 6,2 %. Die Standardabweichung der Ergebnismaße der einzelnen Kliniken nahm um 20 % ab (Steinert et al., 2015).

Empfehlung 31

EMPFEHLUNG: Erfassung und Auswertung von feM

feM sollen unabhängig von der Rechtsgrundlage auf Klinik- und Stationsebene (bzw. auf Ebene der operativen Einheiten) erfasst und statistisch ausgewertet werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

In Anlehnung an die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“ genannten Kennzahlen (DGPPN 2018) und die existierenden länderspezifischen Vorgaben sollten u.a. folgende Daten abgeleitet werden (vgl. auch Steinert und Flammer 2018):

- Anteil der von Unterbringungsbeschlüssen (1631b BGB, PsychKG/PsychKHG, andere gesetzliche Grundlagen) betroffenen Fälle differenziert nach gesetzlicher Grundlage an allen behandelten Fällen in % (= betroffene Fälle : alle Behandlungsfälle)

Für Fälle nach 1631b Abs. 2 BGB und PsychKG/PsychKHG (insb. Isolierungen und Fixierungen):

- Anteil der von feM betroffenen Fälle an allen behandelten Fällen in % (= von feM betroffene Fälle : alle Behandlungsfälle)
- Durchschnittliche Dauer einer feM in Minuten bzw. Stunden (= Gesamtdauer aller feM : Anzahl aller feM)
- Durchschnittliche kumulative Dauer der feM (= Gesamtdauer aller feM : Anzahl aller betroffenen Fälle)
- Anteil der Zeit in feM an der gesamten Behandlungszeit in % (= Zeit in feM : gesamte Behandlungszeit des einzelnen Patienten)
- Identifikation von Patienten mit langer Dauer oder häufigen Anordnungen von feM zur Einzelfallanalyse

Die Daten zu feM sollen regelmäßig aufbereitet werden, damit z.B. jährlich auf verschiedenen Ebenen innerhalb einer Klinik eine Auseinandersetzung damit stattfinden kann mit dem Ziel die feM in Dauer und Intensität möglichst gering zu halten.

Zur Qualitätssicherung und -verbesserung bedarf es einer regelmäßigen Prüfung der Klinikstandards und -prozesse im Zusammenhang mit feM unter Beiziehung der erhobenen Daten und im Abgleich mit den Empfehlungen dieser Leitlinie im Sinne eines üblichen PDCA-Zyklus des Qualitätsmanagements.

8. Beschwerdemanagement

FRAGE 7:

Welche klar beschriebenen Beschwerdewege (Patientenfürsprecher, Familiengericht, schriftliche Eingabe an Beschwerdestelle des Trägers) führen verglichen mit Kliniken ohne Beschwerdemöglichkeit zu Autonomieförderung, Selbstermächtigung, Wiederherstellung von Selbstwirksamkeit und zur Verhinderung von Folgeschäden der durchgeführten Maßnahmen?

Kinder und Jugendliche müssen über ihre Rechte im Zusammenhang mit feM aufgeklärt werden (vgl. Kapitel Rechl. Grundlagen). Diese Pflicht obliegt nicht nur dem Gericht, sondern allen Beteiligten.

In einer Expertise des Instituts für Soziale Arbeit Münster wurde die Umsetzung von Beteiligungs- und Beschwerdemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche auch im Gesundheitswesen untersucht (Schimke 2016). Demnach haben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Kinder und Jugendlichen grundsätzlich Zugang zu gut ausgebauten formellen Beschwerdemöglichkeiten. Dennoch werden externe Beschwerdemöglichkeiten bei den Aufsichtsbehörden kaum genutzt. Ein möglicher Grund für diese Zurückhaltung könnte Schimke zufolge darin liegen, dass Kinder und Jugendliche in der speziellen Situation der Kinder- und Jugendpsychiatrie ihre eigenen Rechte nur eingeschränkt wahrnehmen können. Oft seien sie in medizinischen Entscheidungen von Ärzten und Eltern abhängig, die möglicherweise Entscheidungen treffen, die sie selbst nicht möchten, und über die sie daher auch keine Beschwerden äußern. Wiethoff und Dippold berichten, dass etwa 19% der befragten Kinder und Jugendlichen die Nichtbeteiligung als positiv empfinden. Sie vertrauten auf die Kompetenz der Ärzte, sähen die Verantwortung bei den Eltern, empfänden sich selbst als nicht kompetent oder hätten einfach kein Interesse daran (Wiethoff & Dippold, 2005: 310).

Ziel eines guten Beschwerdemanagements ist es einen erfolgreichen Verlauf des Beschwerdeprozesses zu gewährleisten. Damit ist nicht gemeint, dass die Beschwerde im Ergebnis erfolgreich ist oder dass ihr stattgegeben wird, sondern dass Patienten und Sorgeberechtigte verständlich, nachvollziehbar und wahrnehmbar aufgeklärt werden über Beschwerderechte und Beschwerdewege. Nach Schimke (2016) beruhen formelle Beschwerdeverfahren auf schriftlich niedergelegten und insofern gesicherten Verfahrensabläufen mit geklärten Abläufen, Ansprechpartnern, Befugnissen etc.. Sie sollen gewährleisten, dass sowohl die Reaktion auf Beschwerden als auch die Bearbeitung von Beschwerden nicht in Abhängigkeit von einzelnen Personen und deren Haltung erfolgen.

Empfehlung 32

EMPFEHLUNG: Gewährleistung eines Beschwerdemanagements für Patient:innen während feM / feU

Die Klinikleitung soll ein Beschwerdemanagement mit niedrigschwelligen, bekannten und zeitnahen Beschwerdewegen vorhalten, das auch für Patient:innen während feM/feU geeignet ist, und einen erfolgreichen Verlauf des Beschwerdeprozesses gewährleistet.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Fehler gehören zum Arbeitsalltag dazu. Ziel soll es sein, aus Fehlern zu lernen und wertvolle Informationen für zukünftige Situationen zu gewinnen. Patienten werden auf die Möglichkeit

S2K-Leitlinie, AWMF-Registernummer 028-048, Version 1.0 (Stand 6.12.2025)

der Beschwerde hingewiesen (u.a. durch Aushänge) und erhalten, falls erforderlich, dabei Unterstützung. Das Beschwerdegespräch findet mit dem Patienten auf Augenhöhe statt, das heißt Probleme werden im direkten Dialog und in der therapeutischen Beziehung mit dem Ziel einer gemeinsamen Lösung besprochen.

Darüber hinaus gibt es u.a. folgende Beschwerdemöglichkeiten, auf die Patienten zurückgreifen können:

- Mündliche Beschwerde
- Meinungskarten
- Beschwerdebriefkasten
- Emails
- Benannte Ansprechpartner in der jeweiligen Klinik
 - Stationsleitung
 - Bezugstherapeuten
 - Leitung des Pflege- und Erziehungsdienstes
 - Leitung des ärztlich-therapeutischen Dienstes
 - Betriebsleitung
- Verfahrensbeistände
- Ombudsstellen / Informations- und Beratungsstellen
- Patientenfürsprecher
- Beschwerdestelle des Trägers

Die Beschwerden werden über die jeweiligen Empfänger dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess über die Betriebsleitung, bzw. den Qualitätsmanagementbeauftragten zur Verfügung gestellt.

Eine Beschwerde kann auch seitens der Leitung einer Einrichtung oder seitens eines Verfahrensbeistands im Interesse des Betroffenen erfolgen.

Rechtsmittel:

Über die genannten Beschwerdemöglichkeiten hinaus haben Betroffene unabhängig von ihrem Alter die Möglichkeit, beim zuständigen Gericht Rechtsmittel einzulegen. Betroffene dürfen dazu – unabhängig von den Sorgeberechtigten – nach § 167 III FamFG einen Rechtsbeistand beauftragen und Verfahrenskostenhilfe beanspruchen (Vogel 2022a). Bei Bedarf müssen Betroffene dabei auch seitens der Behandelnden unterstützt werden. Das Recht dazu, die Berechtigung der feM überprüfen zu lassen, dauert über die Zeit der stationären Behandlung fort, kann sich dann aber laut BGH-Rechtsprechung nur noch auf die Feststellung der Rechtmäßigkeit der Maßnahme beziehen.

Empfehlung 33

EMPFEHLUNG: Aufklärung über Beschwerderechte und Beschwerdewege

Kinder und Jugendliche sollen im Zusammenhang mit feM/feU verständlich, nachvollziehbar und wahrnehmbar aufgeklärt werden über Beschwerderechte und Beschwerdewege.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

9. Beteiligung von KJPP-Erfahrenen

Die aktive Beteiligung von Expert:innen aus Erfahrung, wie sie in der Steuerungsgruppe exemplarisch eingeübt wurde, soll ihre Fortsetzung finden z.B. in Gremien, die über das Inkrafttreten von Hausordnungen und Regeln mitentscheiden dürfen.

Empfehlung 34

EMPFEHLUNG: Beteiligung von KJPP-Erfahrenen

KJPP-Erfahrene sollen Mitglieder der vom Land bestimmten Besuchskommissionen sein.

KJPP-Erfahrene sollen Einsicht in die Prozesse der Klinik zur Vermeidung und Durchführung von feM bekommen.

KJPP-Erfahrene sollen in Gremien vertreten sein, die über das Inkrafttreten von Hausordnungen und Regeln mitentscheiden dürfen.

Bei Personalschulungen zur Vermeidung und Durchführung von feM sollen KJPP-Erfahrene anwesend sein dürfen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

10. Ausblick

Mit dem vorliegenden Text liegt erstmals eine AWMF-Leitlinie vor, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Leitungsgremien von Kliniken aber auch Kindern und Jugendlichen und ihren Sorgeberechtigten und Verfahrensbeiständen Orientierung geben kann in einem rechtlich komplexen und ethisch sensiblen Bereich.

Die gemeinsame Arbeit von Expert:innen aus Erfahrung und Expert:innen mit professionellem Hintergrund war von dem Ziel getragen, freiheitsentziehende Unterbringungen und Maßnahmen (feM) weitestgehend zu vermeiden, stets mildere Alternativen zu prüfen und gleichzeitig feM als letztes Mittel so sicher und schonend wie möglich umsetzen zu können.

Die vorliegende Leitlinie soll nun in den Alltag der Kliniken für KJPP überführt und dort gelebt und erprobt werden. Die Verantwortung hierfür liegt zunächst bei den Trägern und Leitungen der Kliniken, die u.a für entsprechende Schulungen des Personals und für die Erstellung von

Richtlinien oder Standards in Bezug auf den Umgang mit selbst- und fremdgefährdendem Verhalten sorgen sollen. Dabei kommt den Qualitätssicherungsmaßnahmen innerhalb der einzelnen Einrichtungen eine hohe Relevanz zu.

Die aktive Beteiligung von Expert:innen aus Erfahrung, wie sie in der Steuerungsgruppe exemplarisch eingeübt wurde, soll ihre Fortsetzung finden z.B. in Gremien, die über das Inkrafttreten von Hausordnungen und Regeln mitentscheiden dürfen.

Die Empfehlungen dieser Leitlinie beruhen auf einem breiten Expert:innenkonsens. Das konsensbasierte Vorgehen war notwendig, da es zu wenig tragfähige Studien als Basis für evidenzbasierte Empfehlungen zur Prävention oder Reduktion von feM bei Kindern und Jugendlichen gibt. Deutlich wurde der Bedarf an besseren Daten zur Anzahl, Dauer, Art und Indikation von feM bei Kindern und Jugendlichen ebenso wie die Notwendigkeit Präventions- und Interventionsprogramme im Blick auf ihre Effekte zu untersuchen. Hier bedarf es zum Wohl der Kinder und Jugendlichen dringend verstärkter Forschungsbemühungen, aber auch entsprechender Forschungsförderung.

Zur Förderung von Selbstbestärkung und Selbstbefähigung der Kinder und Jugendlichen, die in Kliniken für KJPP behandelt werden, sollen die Inhalte dieser Leitlinie im nächsten Schritt in eine verständlich geschriebene Patientenleitlinie übertragen werden.

11. Übersicht über alle Empfehlungen

11.1. *Prävention von Gewalt und Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen*

Empfehlung 1: **Einbezug der Patienten in Behandlung**

Das Kind oder der Jugendliche soll in Entscheidungen über seine Behandlung einbezogen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 2: **Vorrangige Berücksichtigung Selbsteinschätzung des Kindes oder Jugendlichen**

Die Selbsteinschätzung des Kindes oder Jugendlichen zur Selbstregulationsfähigkeit, Fremd- und Eigengefährdung soll vorrangig berücksichtigt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 3: **Zusammenarbeit mit Sorgeberechtigten**

Im Umgang mit Selbst- und Fremdgefährdung bei Kindern und Jugendlichen soll mit den Sorgeberechtigten zusammengearbeitet werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 4: **Risikoeinschätzung**

Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten in der Vergangenheit, Auslöser für dieses Verhalten, Gewalterfahrungen und Traumata, sowie die Effekte bisheriger Maßnahmen im Umgang mit selbst- und fremdgefährdendem Verhalten sollen durch das Behandlungsteam erfasst werden. Zu identifizieren sind auch kognitive, sprachliche, kommunikative und kulturelle Faktoren, die das Risiko von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten bei einem Kind oder Jugendlichen erhöhen können.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 5: **Umgang mit Gewalt und Aggression**

Beim Umgang mit Selbst- und Fremdgefährdung bei Kindern und Jugendlichen sollen berücksichtigt werden:

- der körperliche, intellektuelle, emotionale und psychische Reifegrad des Kindes oder des Jugendlichen und sein sprachlicher und kultureller Hintergrund sowie die ganzheitliche Identität (u. a.: Gender- und Migrationsaspekte).
- die Vorgeschichte und eventuelle Traumata und deren Entstehung. Mit allen Kindern und Jugendlichen soll so umgegangen werden, als ob ein Trauma vorliegen könnte.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 6: **Deeskalation**

Es sollen an Kinder und Jugendliche angepasste Deeskalationsstrategien angewendet werden. Dabei soll darauf hingewirkt werden, emotionale Brücken zu bauen und eine therapeutische Beziehung zu bewahren. Außerdem sollen Techniken zur Beruhigung und Ablenkung angewendet werden. Gereizten und aggressiven Kindern oder Jugendlichen soll die Möglichkeit gegeben werden, sich von der Situation zu entfernen, in der die Aggression ausgelöst wurde.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 7: **Schulung des Personals**

Die Leitungen der Kliniken für KJPP sollen sicherstellen, dass das Personal, das möglicherweise feM durchführen wird, zum nächstmöglichen Termin, aber spätestens 6 Monate nach Einstellung, erstmals und dann regelmäßig gezielt für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen geschult wird

- im Hinblick auf Kinderrechte, Menschenrechte, Grundrechte, in Patientenrechten und der aktuellen Rechtsprechung dazu und den Inhalten dieser Leitlinie
- im Umgang mit für das Personal herausforderndem Verhalten, Gewalt und Aggression
- über die Wichtigkeit von körperlicher Integrität im Zusammenhang mit „trauma-informed care“.
- in der Prävention von feM in Form von Deeskalationstrainings (psychosoziale und verhaltenstherapeutische Interventionen, die der Vermeidung oder Minimierung von feM dienen; Techniken zur Beruhigung und Ablenkung, kommunikative und verbale Interventionen, „talk down“).
- in Fixierungstechniken, die an Größe, Gewicht und Körperkraft des Kindes oder Jugendlichen angepasst sind.
- in der Anwendung von Festhaltetechniken bei Kindern im Sitzen mit der geringstmöglichen Gefahr schmerzhaft zu sein.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 8: Richtlinien zum Umgang mit selbst- und fremdgefährdendem Verhalten

Kliniken für KJPP sollen über verbindliche, sowie regelmäßig evaluierte Richtlinien oder Standards in Bezug auf den Umgang mit selbst- und fremdgefährdendem Verhalten verfügen.
--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

11.2. *Rechtliche Aspekte von feU und feM*

Statement: Unveräußerliche Grundrechte und UN-Konventionen

Die Hausordnung und die Regeln in einer Klinik für KJPP sind an den Menschen- und Kinderrechten und den Rechten für Menschen mit Behinderung zu orientieren.
--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

11.3. *Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen (Auswahl, Durchführung)*

Empfehlung 9: Absprachen im multiprofessionellen Team
--

Ungeachtet der Letztverantwortung der Klinikleitung sollen Entscheidungen für oder gegen feM im Einzelfall im multiprofessionellen Team besprochen werden.
--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 10: feM als letztes Mittel
--

feM sollen nur als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn das Kind oder der Jugendliche selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten zeigt und alle Versuche, die Situation zu entschärfen, erfolglos waren. Die Deeskalationsversuche im Vorfeld einer feM sollen dokumentiert werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 11: feM-Dauer

feM sollen nur so kurz wie unbedingt nötig durchgeführt werden. Dazu soll engmaschig überprüft werden, ob Zustandsveränderungen eine Aufhebung oder Lockerung der feM ermöglichen.
--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Ergänzende Stellungnahme zu Empfehlung 11 auf Initiative einer KJP-Erfahrenen, die von der ganzen Steuerungsgruppe mitgetragen wird:

„Um die feM wirklich nur so kurz wie möglich zu halten, ist es erforderlich, dass die betreuenden Fachkräfte selbständig oder nach telefonischer Rücksprache mit dem/der diensthabenden Arzt/Ärztin die feM beenden können. Es ist unangemessen, dass der Arzt/ die Ärztin persönlich vorbeikommen muss, wenn das gegebenenfalls die feM um eine erhebliche Dauer verlängert. Gerade in Situationen, in denen man als Patient:in weiß, dass die feM nicht mehr erforderlich ist, sorgt diese Wartezeit auf den Arzt/ die Ärztin für enormen Stress.“

Empfehlung 12: Patientensicherheit

Es sollen geeignete Maßnahmen angewandt werden, um die Sicherheit des Kindes oder Jugendlichen während der feM zu gewährleisten (z. B. ausreichend Personal; Kontrolle von Vitalzeichen; vgl. Empfehlung 16: Durchführung einer mechanischen Fixierung).

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 13: Ansprechperson während feM

Als Ansprechperson während einer feM soll aus dem Team eine qualifizierte Fachkraft bestimmt werden, die während der feM regelmäßig Kontakt zum Patienten sucht (z.B. Bezugspflege, Bezugstherapeut:in). Dabei soll die Präferenz des Patienten berücksichtigt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Ergänzende Stellungnahme zu Empfehlung 13 auf Initiative einer KJP-Erfahrenen, die von der ganzen Steuerungsgruppe mitgetragen wird:

„Wichtig ist, dass die in der Empfehlung genannte Ansprechperson nicht die einzige Person ist, die mit dem/der Patient:in kommunizieren darf. Auch die Fachkraft, die die Betreuung (1:1) übernimmt, soll auf Wunsch des/der Patient:in mit ihm/ihr reden, spielen, ...

Die Ansprechperson soll über die gesamte feM nicht wechseln. Es braucht in so einer überfordernden Situation wenigstens eine Konstante. Sollte die feM über das Dienstende der Ansprechperson andauern, sind dem Kind bzw. dem/der Jugendlichen mehrere Möglichkeiten anzubieten, wer als „neue“ Ansprechperson zur Verfügung steht.“

Empfehlung 14: Information der Sorgeberechtigten

Eltern/Sorgeberechtigte (und sofern bestimmt Verfahrensbeistand) sollen unverzüglich über Anlass, Art, Ziel, Dauer und Ablauf einer feM informiert werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 15: **Festhalten**

Längerdauerndes Festhalten im Sinne einer feM soll nicht durchgeführt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 16: **Durchführung von mechanischer Fixierung**

Während der gesamten Fixierungsdauer soll eine ständige persönliche Bezugsbegleitung (Einzelbetreuung) durch eine qualifizierte Fachkraft im selben Raum stattfinden.

Eine Fixierung soll in einem Einzelzimmer ohne Mitpatienten durchgeführt werden.

Schlafende Patienten werden in der Regel defixiert, es sei denn, es besteht weiterhin ein erhöhtes Risiko für unmittelbar eigen- oder fremdgefährdendes Verhalten nach Erwachen.

Bei einer Fixierung soll eine lautlose Uhr in den Raum gestellt werden, die für den Patienten sichtbar ist. Es soll ein Beschäftigungsangebot gemacht werden und nach den Bedürfnissen des Patienten gefragt werden (z.B. Musik- oder Radiohören).

Vitalfunktionen (Atmung, Vigilanz etc.) sollen kontinuierlich überprüft werden. Dem Patienten soll bei Ausscheidungen Hilfestellung gegeben werden. Eine selbstständige Körperpflege soll unterstützt, eine angemessene Bekleidung gewährleistet sowie auf ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr geachtet werden. Dabei sollen die individuellen Ernährungsgewohnheiten berücksichtigt werden.

In der Fixierung soll dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, eine erwachsene Vertrauensperson anzurufen. Bei der stationären Aufnahme soll dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden eine solche erwachsene Vertrauensperson anzugeben.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 17: **Mechanische Fixierung**

Bei Kindern sollte keine mechanische Fixierung angewandt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 18: **Isolierung in speziellen Räumen**

Die Isolierung sollte in einem speziell dafür vorgesehenen Kriseninterventionsraum durchgeführt werden.

Konsensstärke: Konsens (> 75-95 % der Stimmberechtigten)

Empfehlung 19: **Betreuung während Isolierung**

Kinder und Jugendliche sollen während einer Isolierung nicht allein sein. Die Anwesenheit einer qualifizierten Fachkraft im Raum soll Standard sein, insbesondere bei Kindern. Dabei soll der aktuelle Zustand der Patient:innen berücksichtigt und die Sicherheit der Mitarbeiter:innen gewährleistet werden.

Konsensstärke: Konsens (>75-95% der Stimmberechtigten)

Empfehlung 20: **Aufklärung über Medikation bei Zwangsbehandlungen**

Der Patient soll bei einer Zwangsbehandlung entsprechend dem Patientenrechtegesetz verständlich und nachvollziehbar über die Notwendigkeit, die Wirkung und mögliche unerwünschte Wirkungen der Medikation aufgeklärt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Ergänzende Stellungnahme zu Empfehlung 20 auf Initiative einer KJP-Erfahrenen, die von der ganzen Steuerungsgruppe mitgetragen wird:

„Im Nachgang einer medikamentösen feM ist es unglaublich wichtig, dass Patient:innen die Möglichkeit bekommen, sich zusätzlich zur ärztlichen Aufklärung den „Beipackzettel“ des verabreichten Medikaments aushändigen zu lassen. Gegebenenfalls benötigt es beim Verständnis und der Einordnung der Informationen Hilfestellung durch eine erwachsene Person.“

Empfehlung 21: **Überwachung der Auswirkungen einer medikamentösen Zwangsbehandlung zur Freiheitsentziehung**

Die körperlichen und emotionalen Auswirkungen der medikamentösen Zwangsbehandlung zur Freiheitsentziehung sollen engmaschig überwacht werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

11.4. Nachbesprechung und Nachsorge

Empfehlung 22: **Unmittelbare Nachbesprechung von feM mit Patient:Innen**

Eine erste Nachbesprechung der feM soll unmittelbar nach dem Ereignis angeboten werden. Das Befinden und aktuelle Bedürfnisse des Patienten sollen regelhaft erfragt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 23: **Reintegration**

Die Reintegration in den Stationsalltag soll aktiv, orientiert an den Bedürfnissen des Patienten, unterstützt werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 24: **Einbezug von Leitungspersonen**

Nach einer feM soll eine Leitungsperson aus dem interdisziplinären Team hinzukommen. Diese soll mit allen Beteiligten, dem Patienten, der von feM betroffen ist, den beteiligten Mitarbeitern sowie den weiteren Beobachtenden das Gespräch suchen und überprüfen, ob alle ausreichend versorgt sind. Die Leitungsperson soll dafür Sorge tragen, eine entspannte, sichere Atmosphäre auf der Station wiederherzustellen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 25: **Strukturierte Nachbesprechung von feM mit Betroffenen**

Nach feM soll mit den Betroffenen eine strukturierte Nachbesprechung stattfinden. Die Nachbesprechung soll mit den Bezugspersonen aus dem Pflege- und Erziehungsdienst und dem therapeutischen Dienst durchgeführt werden. Auf Wunsch der Patient:Innen sollten sorgeberechtigte Personen und/oder erwachsene Bezugspersonen miteinbezogen werden. Gerade bei jüngeren Patienten sollte die Nachbesprechung mit Bezugspersonen erfolgen. Den Patient:innen soll Gelegenheit gegeben werden der Dokumentation eine eigene Stellungnahme hinzuzufügen, die dann Bestandteil der Patientenakte ist.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 26: **Strukturierte Nachbesprechung von feM mit den Mitarbeitenden**

Nach feM soll mit den Mitarbeitenden eine strukturierte Nachbesprechung stattfinden. Die feM soll in der nächsten multiprofessionellen, patientenbezogenen Besprechung (z. B. Visite, Fallkonferenz) thematisiert werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 27: Nachbesprechung von feM mit beobachtenden Mitpatient:Innen
--

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind für die gesamte Patient:innengruppe belastend. Daher sollten die belastenden Erlebnisse in der Patient:innengruppe durch das multiprofessionelle Behandlungsteam und ggf. in Einzelkontakten besprochen werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 28: Patientenbezogene Fallbesprechung bei häufig vorkommenden oder lang andauernden feM

Bei Patienten mit häufig und/oder lang andauernden feM soll eine Fallbesprechung gemeinsam mit Fach- oder Führungskräften durchgeführt werden. Schritte von der Notwendigkeit bis zur Durchführung einer Fallbesprechung sollen i.S. eines Leitfadens in den Konzepten der Kliniken beschrieben sein. Inhalte und Ergebnisse sollen dokumentiert werden.
--

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 29: Nachsorge und kollegiale Unterstützung
--

Ein klinikübergreifendes Nachsorgekonzept zur psychosozialen kollegialen Unterstützung der Beschäftigten sollte vorhanden sein.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

11.5. Dokumentation und Qualitätsmanagement

Empfehlung 30: Dokumentation

Alle feM sollen dokumentiert werden hinsichtlich Anlass, Deeskalationsversuchen im Vorfeld, beteiligten Personen, Beachtung der rechtlichen Vorgaben und Informationspflichten, Dauer, Art, Verlauf (z.B. Verhalten und Interaktion, Betreuungsform, Hygiene, Ernährung, Überprüfung der weiteren Notwendigkeit), besondere Vorkommnisse, Nachbesprechung und ggf. Beschwerden. Gleichfalls zu dokumentieren ist auch die Informationsweitergabe an die Sorgeberechtigten (vgl. Empfehlung 14).

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 31: Erfassung und Auswertung von feM
--

feM sollen unabhängig von der Rechtsgrundlage auf Klinik- und Stationsebene (bzw. auf Ebene der operativen Einheiten) erfasst und statistisch ausgewertet werden.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

11.6. *Beschwerdemanagement*

Empfehlung 32: Gewährleistung eines Beschwerdemanagements für Patient:innen während feM / feU

Die Klinikleitung soll ein Beschwerdemanagement mit niedrigschwelligen, bekannten und zeitnahen Beschwerdewegen vorhalten, das auch für Patient:innen während feM/feU geeignet ist, und einen erfolgreichen Verlauf des Beschwerdeprozesses gewährleistet.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

Empfehlung 33: Aufklärung über Beschwerderechte und Beschwerdewege

Kinder und Jugendliche sollen im Zusammenhang mit feM/feU verständlich, nachvollziehbar und wahrnehmbar aufgeklärt werden über Beschwerderechte und Beschwerdewege.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

11.7. *Beteiligung von KJPP-Erfahrenen*

Empfehlung 34: Beteiligung von KJPP-Erfahrenen

KJPP-Erfahrene sollen Mitglieder der vom Land bestimmten Besuchskommissionen sein.
 KJPP-Erfahrene sollen Einsicht in die Prozesse der Klinik zur Vermeidung und Durchführung von feM bekommen.
 KJPP-Erfahrene sollen in Gremien vertreten sein, die über das Inkrafttreten von Hausordnungen und Regeln mitentscheiden dürfen.
 Bei Personalschulungen zur Vermeidung und Durchführung von feM sollen KJPP-Erfahrene anwesend sein dürfen.

Konsensstärke: starker Konsens (> 95%)

12. Literatur

- Aktion Psychisch Kranke. (2019). *Sachbericht zum Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse*. https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/KiJu_BB-Projektbericht-Final-25.05.19.pdf
- Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie. (o. D.). *Selbstverständnis und Ziele*. <https://arbeitskreis-gewaltpraevention.de/Arbeitskreis/arbeitskreis.html>
- Azeem, M. W., Aujla, A., Rammerth, M., Binsfeld, G., & Jones, R. B. (2011). Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 11-15.
- Azeem, M. W., Reddy, B., Wudarsky, M., Carabetta, L., Gregory, F., & Sarofin, M. (2015). Restraint Reduction at a Pediatric Psychiatric Hospital: A Ten-year journey. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 28(4), 180-184.
- Azeem, M., Aujla, A., Rammerth, M., Binsfeld, G., & Jones, R. B. (2017). Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 30(4), 170-174.
- Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D. M., Almvik, R., Siersma, V. D., & Brandt-Christensen, M. (2015). Comparing the effect of non-medical mechanical restraint preventive factors between psychiatric units in Denmark and Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(6), 432-442.
- Baker, J., Berzins, K., Canvin, K., Kendal, S., Branthonne-Foster, S., Wright, J., McDougall, T., Goldson, B., Kellar, I., & Duxbury, J. (2022). Components of interventions to reduce restrictive practices with children and young people in institutional settings: the Contrast systematic mapping review. *Health and Social Care Delivery Research*, 10(8), v-179. <https://doi.org/10.3310/YVK>
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 671–683.
- Blackburn, J., McKenna, B., Jackson, B., Hitch, D., Benitez, J., McLennan, C., & Furness, T. (2016). *Educating mental health clinicians about sensory modulation to enhance clinical practice in a youth acute inpatient mental health unit: a feasibility study*. *Issues in mental health nursing*, 37(7), 517-525.
- Bobier, C., Boon, T., Downward, M., Loomes, B., Mountford, H., & Swadi, H. (2015). *Pilot investigation of the use and usefulness of a sensory modulation room in a child and adolescent psychiatric inpatient unit*. *Occupational Therapy in Mental Health*, 31(4), 385-401.

- Bonnell, W., Alatishe, Y. A., & Hofner, A. (2014). The effects of a changing culture on a child and adolescent psychiatric inpatient unit. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(1), 65-69.
- Borckardt, J. J., Madan, A., Grubaugh, A. L., Danielson, C. K., Pelic, C. G., Hardesty, S. J., Hanson, R., Herbert, J., Cooney, H., Benson, A., & Frueh, B. C. (2011). *Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital*. *Psychiatric Services*, 62(5), 477-483.
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499-508.
- Brünger, M., Naumann, A., Schepker, R., für die BAG-KJPP (2010). Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen". Verfügbar unter https://www.paedagogikundrecht.de/wp-content/uploads/2013/04/fachbeitrag_freiheitsentziehende-massnahmen_bag-aed.pdf (Zugriff am 6.12.2025).
- Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. (BIVA). (o. J.). *Rechtsprechung zu Ortungssystemen für Demenzkranke*. <https://www.biva.de/urteile/rechtsprechung-zu-ortungssystemen-fuer-demenzkranke/>
- Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 491. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00491>
- Crisis Prevention Institute. (o. D.). *Homepage*. <https://www.crisisprevention.com/>
- Crisis Prevention Institute. (2023). *CPI's top 10 de-escalation tips revisited*. <https://www.crisisprevention.com/Blog/CPI-s-Top-10-De-Escalation-Tips-Revisited>
- Curry, A., Malas, N., Mroczkowski, M., Hong, V., Nordstrom, K., & Terrell, C. (2023). Updates in the Assessment and Management of Agitation. *Focus*, 21(1), 35-45.
- Czernin, K., Bründlmayer, A., Baumgartner, J. S., & Plener, P. L. (2024). Space for youth mental health—coercive measure use before and after architectural innovation at a department of child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Mental Health*, 29(4), 333-339.
- Dean, A. J., Duke, S. G., George, M., & Scott, J. (2007). Behavioral management leads to reduction in aggression in a child and adolescent psychiatric inpatient unit. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(6), 711-720.
- De Hert, M., Dirix, N., Demunter, H., & Correll, C. U. (2011). Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(5), 221-230.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). (2018). *S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen* (Langversion – Fassung vom 10.09.2018). <https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (o. D.). *Die Regelungen der Bundesländer im Vergleich*. <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/selbstbestimmung/uebersicht-psychKGs.html>
- Eblin, A. (2019). Reducing seclusion and restraints on the inpatient child and adolescent behavioral health unit: A quality improvement study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 32(3), 122-128.
- Ercole-Fricke, E., Fritz, P., Hill, L. E., & Snelders, J. (2016). Effects of a collaborative problem-solving approach on an inpatient adolescent psychiatric unit. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 29(3), 127-134. <https://doi.org/10.1111/jcap.12149>
- Fetzer, A. E., Steinert, T., Metzger, W., & Fegert, J. M. (2006). Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55(10), 754-766.
- Furre, A., Sandvik, L., Friis, S., Knutzen, M., & Hanssen-Bauer, K. (2016). A nationwide study of why and how acute adolescent psychiatric units use restraint. *Psychiatry Research*, 237, 60-66. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.067>
- Gabriel, B. (2021). *Impact of Post Seclusion and Restraint Debriefing on an Inpatient Child and Adolescent Psychiatric Unit: A Quality Improvement Project* (DNP project). Florida International University, FIU Digital Commons. <https://digitalcommons.fiu.edu/cnhs-studentprojects/42>
- Gather, J., Nyhuis, P. W., & Juckel, G. (2017). Wie kann eine »offene Psychiatrie« gelingen? Konzeptionelle Überlegungen zur Türöffnung in der Akutpsychiatrie. *Recht & Psychiatrie*, 35, 80-85.
- Geissler, J. M., Werner, E., Dworschak, W., Romanos, M., & Ratz, C. (2021). German Law Reform Does Not Reduce the Prevalence of Coercive Measures in Residential Institutions for Children, Adolescents, and Young Adults With Intellectual and Developmental Disabilities. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 765830. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.765830>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2024). *Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL*. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3427/QM-RL_2024-01-18_iK-2024-04-20.pdf
- Gerson, R., Malas, N., Feuer, V., Silver, G. H., Prasad, R., & Mroczkowski, M. M. (2019). Best practices for evaluation and treatment of agitated children and adolescents (BETA) in the emergency department: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(2), 409.
- Goulet, M. H., Larue, C., & Lemieux, A. J. (2018). A pilot study of "post-seclusion and/or restraint review" intervention with patients and staff in a mental health setting. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 212-220. <https://doi.org/10.1111/ppc.12225>
- Greene, R. W., & Ablon, J. S. (2005). *Treating explosive kids: The collaborative problem-solving approach*. Guilford Press.

- Groschwitz, R. C., Fegert, J. M., & Plener, P. L. (2017). Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage. *Psychotherapeut*, 62(1), 12-17.
- Haas, C. R. (2024). Handreichung Time-out. Psychotherapeutische Maßnahme in der (teil-)stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 73(2), 135-145. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000986>
- Hallmann, I. S., O'Connor, N., Hasenau, S., & Brady, S. (2014). Improving the culture of safety on a high-acuity inpatient child/adolescent psychiatric unit by mindfulness-based stress reduction training of staff. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(4), 183-189. <https://doi.org/10.1111/jcap.12091>
- Hammervold, U. E., Norvoll, R., Aas, R. W., & Sagvaag, H. (2019). Post-incident review after restraint in mental health care—a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1), Article 4060. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4060-y>
- Hammervold, U. E., Norvoll, R., & Sagvaag, H. (2022). Post-incident reviews after restraints—Potential and pitfalls. Patients' experiences and considerations. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(3), 472-483.
- Harris, M., & Fallot, R. D. (Eds.). (2001). *Using trauma theory to design service systems*. Jossey-Bass.
- Hodas, G. R. (2006). *Responding to childhood trauma: The promise and practice of trauma-informed care*. Pennsylvania Office of Mental Health and Substance Abuse Services.
- Holtmann, M.; Noeker M. (Hrsg.) (2025). *Standard zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlungen für die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe LWL*. Pabst Science Publishers; Lengerich.
- Huckshorn, K. A. (2006). *A snapshot of six core strategies for the reduction of S/R*. National Association of State Mental Health Program Directors.
- Husemann, M., Schulz, M., Bowers, L., & Löhr, M. (2014). Konflikte lindern—Partizipation ermöglichen. *Psychiatrische Praxis*, 20(4), 212–220. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1384781>
- Jendreyschak, J., Thiels, C., Freise, M., Lehmkuhl, U., & Holtmann, M. (2013). Involuntary admissions in child and adolescent psychiatry: a 6-year cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(11), 711-719. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0406-7>
- Jonikas, J. A., Cook, J. A., Rosen, C., Laris, A., & Kim, J. B. (2004). A program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatric Services*, 55(7), 818-820.
- Jugendhilferechtsverein. (2020). *Erfahrungen mit Geschlossener Unterbringung und freiheitsentziehenden Maßnahmen in Jugendhilfe und Psychiatrie: Von Betroffenen für Betroffene* [Broschüre].

https://freiheitsentzug.info/fileadmin/user_upload/Erfahrungen_mit_Geschlossener_Unterbringung_und_freiheitsentziehenden_Massnahmen_in_Jugendhilfe_und_Psychiatrie.pdf

- Jungmann J (2000). Leitlinie – freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e.V. In: J. M. Fegert, K. Späth und L. Salgo (Hrsg.). Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Münster: Votum, 281-287
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delacorte Press.
- Kölch, M., & Vogel, H. (2016). Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44(6), 443-454. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000462>
- Krieger, E., Fischer, R., Moritz, S., & Nagel, M. (2021). Strukturierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit Patienten—Überblick und aktueller Stand. *Der Nervenarzt*, 92(1), 36-43. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00981-2>
- Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R., & Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 28(2), 149-162. <https://doi.org/10.1111/jpm.12664>
- Kuriakose, S., Filton, B., Marr, M., Okparaekwe, E., Cervantes, P., Siegel, M., Horwitz, S., & Havens, J. (2018). Does an Autism Spectrum Disorder Care Pathway Improve Care for Children and Adolescents with ASD in Inpatient Psychiatric Units? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(12), 4082-4089. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3666-y>
- LeBel, J., Stromberg, N., Duckworth, K., Kerzner, J., Goldstein, R., Weeks, M., Harper, G., LaFlair, L., & Sudders, M. (2004). Child and adolescent inpatient restraint reduction: a state initiative to promote strength-based care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 37-45.
- Magnowski, S. R., & Cleveland, S. (2020). The impact of milieu nurse–client shift assignments on monthly restraint rates on an inpatient child/adolescent psychiatric unit. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(1), 86-91. <https://doi.org/10.1177/1078390319834358>
- Mahler, L., Heinz, A., Jarchov-Jàdi, I., Bermpohl, F., Montag, C., & Wullschleger, A. (2019). Therapeutic attitudes and structures in (open) acute psychiatry: the Wedding model. *Der Nervenarzt*, 90(7), 700-704. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0733-4>
- Mahler, L., Wullschleger, A., & Oster, A. (2022). Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen: Ein Praxisleitfaden. Psychiatrie Verlag.
- Massachusetts Department of Mental Health. (n.d.). Restraint and Seclusion Reduction Initiative. <https://www.dmhrsri.com/rsri>

- Mayr, W., & Waibel, M. (2016). Offene Türen verhindern Gewalt. In M. Zinkler, K. Laupichler, & M. Osterfeld (Hrsg.), *Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie* (S. 159-172). Psychiatrie Verlag.
- Mohr, W. K., Martin, A., Olson, J. N., Pumariega, A. J., & Branca, N. (2009). Beyond point and level systems: Moving toward child-centered programming. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 8-18.
- Montreuil, M., Thibeault, C., McHarg, L., & Carnevale, F. A. (2018). Children's moral experiences of crisis management in a child mental health setting. *International journal of mental health nursing*, 27(5), 1440-1448. <https://doi.org/10.1111/inm.12444>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings* (NICE Guideline NG10). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>
- Nielson, S., Bray, L., Carter, B., & Kiernan, J. (2021). Physical restraint of children and adolescents in mental health inpatient services: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Child Health Care*, 25(3), 342-367. <https://doi.org/10.1177/1367493520937152>
- Nitschke-Janssen, M., & Branik, E. (2006). Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmassnahmen-- Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55(4), 255-270.
- Nunno, M. A., Holden, M. J., & Tollar, A. (2006). Learning from tragedy: A survey of child and adolescent restraint fatalities. *Child Abuse & Neglect*, 30(12), 1333-1342. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.009>
- Offener Brief an die Fachkräfte aus Psychiatrie und Jugendhilfe. (2019). In Jugendhilferechtsverein (Hrsg.), *Erfahrungen mit Geschlossener Unterbringung und freiheitsentziehenden Maßnahmen in Jugendhilfe und Psychiatrie: Von Betroffenen für Betroffene*. https://freiheitsentzug.info/fileadmin/user_upload/Erfahrungen_mit_Geschlossener_Unterbringung_und_freiheitsentziehenden_Massnahmen_in_Jugendhilfe_und_Psychiatrie.pdf
- Peller, A. (2010). ProDeMa® Evaluation 2009/2010: Studie zur Wirksamkeit des Professionellen Deeskalationsmanagements im Gesundheitswesen. Martin Meidenbauer Verlag.
- Perers, C., Bäckström, B., Johansson, B. A., & Rask, O. (2022). Methods and strategies for reducing seclusion and restraint in child and adolescent psychiatric inpatient care. *Psychiatric quarterly*, 93(1), 107-136.
- Petti, T. A., Mohr, W. K., Somers, J. W., & Sims, L. (2001). Perceptions of seclusion and restraint by patients and staff in an intermediate-term care facility. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(3), 115-127. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2001.tb00303.x>
- ProDeMa. (n.d.). Homepage. <https://prodema-online.de/>

- Rabe, S. C., Fegert, J. M., Krüger, U., & Kölch, M. (2017). Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(1), 26-46. <https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.1.26>
- Regan, K. M., Curtin, C., & Vorderer, L. (2017). Paradigm shifts in inpatient psychiatric care of children: approaching child- and family-centered care. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 30(4), 186-194. <https://doi.org/10.1111/jcap.12193>
- Reynolds, E. K., Grados, M. A., Praglowski, N., Hankinson, J. C., Deboard-Lucas, R., Goldstein, L., Perry-Parrish, C., Specht, M. W., & Ostrander, R. (2016). Use of modified positive behavioral interventions and supports in a psychiatric inpatient unit for high-risk youths. *Psychiatric Services*, 67(5), 570-573. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500039>
- Riahi, S., Dawe, I. C., Stuckey, M. I., & Klassen, P. E. (2016). Implementation of the six core strategies for restraint minimization in a specialized mental health organization. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 54(10), 32-39.
- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Jr., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A., & Ng, A. T. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17-25.
- Rixe, J., Neumann, E., Möller, J., Macdonald, L., Wrona, E., Bender, S., Schormann, M., Juckel, G., & Driessen, M. (2023). Behandlungsvereinbarungen und Krisenpässe in der stationären psychiatrischen Behandlung: Eine randomisiert-kontrollierte Multicenterstudie. *Deutsches Ärzteblatt International*, 120(8), 125-132. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0384>
- Romer, G., & Schepker, R. (2020). Können psychisch kranke Minderjährige freiwillig in ihre Freiheitsentziehung einwilligen? Eine juristische Kontroverse und ihre Implikationen für den Klinikalltag. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48(6), 494-501. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000765>
- Salvi, V., Orsolini, L., Martino, L. M., Pompili, S., & Volpe, U. (2022). Recognizing, managing and treating acute agitation in youths. *Current Pharmaceutical Design*, 28(31), 2554-2568. <https://doi.org/10.2174/1381612828666220708091750>
- Sams, D. P., Garrison, D., & Bartlett, J. (2016). Innovative strength-based care in child and adolescent inpatient psychiatry. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 29(3), 110-117. <https://doi.org/10.1111/jcap.12141>
- Schepker, R., Freitag, C., Kölch, M., & Romanos, M. (2018). Zum Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichts zu freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Untergebrachten—erste Eindrücke hinsichtlich der Bedeutung für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 46(5), 393-398. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000616>
- Schimke, H.-J. (2016). Umsetzung von Beteiligungs- und Beschwerdeverfahren für Kinder und Jugendliche in der Kinder- und Jugendhilfe, der Schule und im Gesundheitswesen: Eine S2K-Leitlinie, AWMF-Registernummer 028-048, Version 1.0 (Stand 6.12.2025)

Expertise. Institut für soziale Arbeit e.V. https://isa-muenster.de/fileadmin/images/ISA_Muenster/Dokumente/ISA-Expertise_Umsetzung-Beteiligungs-Beschwerdeverfahren_final.pdf

- Seckman, A., Paun, O., Heipp, B., van Stee, M., Keels-Lowe, V., Beel, F., Costello, A., Caruso, E., Corcoran, M., Schoenbaum, M., & Chiu, A. (2017). Evaluation of the use of a sensory room on an adolescent inpatient unit and its impact on restraint and seclusion prevention. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 30(2), 90-97. <https://doi.org/10.1111/jcap.12174>
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Shepherd, W. B., Patterson, K., Blake, J., Ward, D., Clarke, A., Diaz-Navarro, C., & Abdulsatar, F. (2024). Impact of a debrief tool in acute child and adolescent mental health inpatient units: a centre's experience. *BMJ Open Quality*, 13(2), Article e002704. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-002704>
- Steinert, T. (2011). Nach 200 Jahren Psychiatrie: Sind Fixierungen in Deutschland unvermeidlich? [After 200 years of psychiatry: Are mechanical restraints in Germany unavoidable?]. *Psychiatrische Praxis*, 38(7), 348-351. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1276871>
- Steinert, T., & Flammer, E. (2019). Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken? *Der Nervenarzt*, 90(1), 35-39. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0611-4>
- Steinert, T., Hirsch, S., & Flammer, E. (2022). Monitoring von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 93(11), 1105-1111. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01349-4>
- Steinert, T., Schreiber, L., Metzger, F. G., & Hirsch, S. (2019). Open doors in psychiatric hospitals: an overview of empirical findings. *Der Nervenarzt*, 90(7), 680-689. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0670-2>
- Steinert, T., Zinkler, M., Elsässer-Gaißmaier, H. P., Starrach, A., Hoppstock, S., & Flammer, E. (2015). Langzeittendenzen in der Anwendung von Fixierungen und Isolierungen in fünf psychiatrischen Kliniken. *Psychiatrische Praxis*, 42(7), 377-383. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387549>
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect": A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9-10), 681-698. <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>
- Ulla, S., Maritta, V., & Kaltiala-Heino, R. (2012). The use of coercive measures in adolescent psychiatric inpatient treatment: A nation-wide register study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(9), 1401-1408. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0456-7>
- Vloet, T. D., & Romanos, M. (2023). Notfalltherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In M. Gerlach, C. Mehler-Wex, S. Walitza, A. Warnke, & M. Romanos (Hrsg.), *Neuro-/Psychopharmaka im*

- Kindes- und Jugendalter (S. 629-639). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61967-5_41
- Vogel, H. (2022). Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631b I und II BGB aus der Sicht der Jugendlichen [Manuskript eines Vortrags]. XXXVII DGKJP-Kongress, Magdeburg, Deutschland.
- Vogel, H., & Kölch, M. (2016). Maßnahmen nach § 1631b BGB in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis: Eine Analyse der gerichtlichen Praxis vor der Reform. Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, 11(7-8), 254-259.
- West, M., Melvin, G., McNamara, F., & Gordon, M. (2017). An evaluation of the use and efficacy of a sensory room within an adolescent psychiatric inpatient unit. Australian Occupational Therapy Journal, 64(3), 253-263. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12358>
- Wiethoff, K., & Dippold, I. (2005). Die stationäre Behandlung im Urteil minderjähriger Patienten.
- Wisdom, J. P., Wenger, D., Robertson, D., Van Bramer, J., & Sederer, L. I. (2015). The New York state office of mental health positive alternatives to restraint and seclusion (PARS) project. Psychiatric Services, 66(8), 851-856. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400279>
- Wöckel, L., Rung, D., Bachmann, S., Dietschi, H., & Wild, D. (2018). Burg Lino—Ein innenarchitektonisches Konzept zur Verbesserung der stationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 46(5), 419-427. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000614>
- Yurtbasi, M. K., Melvin, G., Pavlou, C., & Gordon, M. (2023). Staff perspectives on the effects of seclusion in adolescent psychiatric inpatient care. International Journal of Mental Health Nursing, 32(2), 567-578. <https://doi.org/10.1111/inm.13102>
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. (2013). Selbstbestimmung und Fürsorge: Ethische Aspekte freiheitsentziehender Maßnahmen in der Medizin. Bundesärztekammer.
- Zinkler, M., & Nyhuis, P. W. (2017). Offene Türen in der Allgemeinpsychiatrie: Modelle und Standards. Recht & Psychiatrie, 35(2), 63-67.

Versionsnummer: 1.0

Erstveröffentlichung: 06/12/2025

Nächste Überprüfung geplant: 05/12/2030

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen.
Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online