

5 Methoden und Techniken zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen

In den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken des LWL-PsychiatrieVerbunds werden bereits verschiedene evidenzbasierte Deeskalationsstrategien und Methoden zur Reduzierung von freiheitsentziehenden Maßnahmen eingesetzt. Strukturelle, bauliche, personelle, krankheits- und altersbedingte Konzepte werden ständig weiterentwickelt, auch unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse aus den benachbarten Fachgebieten.

5.1 Deeskalationsstrategien und Alternativen zu feM

Definition: Es lassen sich folgende Arten von Deeskalationsstrategien unterscheiden:

- Verbale Deeskalation: Zuhören, Interesse und Verständnis für die Situation der betroffenen Person signalisieren
- Anbieten von Entspannungs- Genuss- oder Aktivierungsmöglichkeiten, sowie Angebote zur Emotionsregulation
- Anbieten eines Rückzugs in eine reizärmere Umgebung
- Verbale Grenzsetzung: eindeutige Benennung von Verhalten, welches unerwünscht und nicht tolerabel ist
- Herstellen von Transparenz durch die Benennung einer möglichen bevorstehenden feM

Rechtliche Vorgaben:

Gemäß dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit sind im Zuge von Deeskalationsbemühungen stets Alternativen zu feM zu prüfen und anzubieten.

LWL-Standard:

- Bevor es zu einer feM kommt, werden deeskalierende Maßnahmen auf der Basis eines einrichtungsspezifischen Konzeptes durchgeführt.
- In Situationen (drohender) Eigen- und/oder Fremdgefährdung sollte der Erstkontakt mit einem Patienten idealerweise von einem Mitarbeiter ausgeführt werden, der den Patienten kennt und bereits eine als positiv erlebte therapeutische

Beziehung zu ihm aufgebaut hat. Die Gesprächsführung sollte über die gesamte Situation hinweg in der Hand dieses Mitarbeiters liegen, damit der Patient einen klar definierten Ansprechpartner hat. Andere Teammitglieder sollten sich parallel um die Sicherung der Umgebung (inkl. der Versorgung von Mitpatienten) bzw. um Vorbereitung weiterer Maßnahmen (Medikamentengabe etc.) kümmern (DGPPN 2018). Grundsätzlich sollte vonseiten der Mitarbeiter ein respektvoller Umgang gepflegt und eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten angestrebt werden.

- Deeskalationstechniken können dazu beitragen, der Anwendung von feM vorzubeugen und die Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern zu erhöhen, und müssen von jedem kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsteam sicher beherrscht werden. Dazu werden in allen LWL-Kliniken Schulungen nach einem einrichtungsspezifischen Konzept durchgeführt. Inhaltlich sollen dabei sowohl theoretische Grundlagen zur Aggressionsentstehung als auch praktische Inhalte vermittelt werden. Dazu gehören sowohl das Erlernen professioneller Deeskalationsmaßnahmen als auch das Einüben von körperlichen Interventionstechniken (z.B. Schutz- und Abwehrtechniken, Durchführung von feM).
- Für alle Beschäftigten des ärztlichen und therapeutischen Personals sowie des Pflege- und Erziehungsdienstes, die an der direkten Patientenbehandlung beteiligt sind, sind Schulungen verbindlich. Sie werden in der regulären Arbeitszeit angeboten. Neue Beschäftigte der genannten Berufsgruppen müssen innerhalb des ersten halben Jahres nach Arbeitsbeginn eine ausführliche Basisschulung erhalten und danach – wie alle bereits Beschäftigten – in regelmäßigen Abständen Auffrischungs-Trainings absolvieren. Es wird empfohlen, dass jeder Mitarbeiter der genannten Berufsgruppen mind. einmal pro Jahr ein Trainingsprogramm durchläuft.
- Für Mitarbeiter aus anderen Berufsgruppen sollte ein optionales Angebot bestehen, an den Deeskalations-Schulungen teilzunehmen.

Zusätzliche Informationen und Erläuterungen

Um Deeskalationstechniken effektiv einsetzen zu können, ist es wichtig, frühzeitig Risiken der Eigen- oder Fremdgefährdung zu erkennen.

Die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Maßnahme wird sich am konkreten Einzelfall orientieren, ggf. unter Rückgriff auf eine Behandlungsvereinbarung.

Die LWL-Klinik Dortmund, Elisabeth-Klinik, hat ein ausführliches Ampelsystem für Fremd- und Eigengefährdung inkl. Suizidalität entwickelt, das bestimmte Verhaltensweisen verschiedenen Risikostufen zuordnet und angemessene Deeskalationstechniken für die entsprechenden Situationen empfiehlt (siehe Anlage 1).

5.2 Safewards

Definition: Das Safewards-Konzept wurde von Len Bowers und seinem Team in Großbritannien zur Konfliktvermeidung in der Akutpsychiatrie 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). Eine detaillierte Übersicht über Einflussnahmemöglichkeiten für jeden einzelnen Faktor findet sich in Anlage 2.

Zusätzliche Informationen und Erläuterungen:

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)

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 beschrei-

ben, 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 Danksrundung, Nachrichtensrunde, 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, Coping-Strategien
- 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 (Zwangsmaßnahmen, 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 Internetseite¹ das Modell sowie alle Interventionen strukturiert und mithilfe von Videomaterial und anschaulichen Beispielen. Elemente des Modells werden in einer Vielzahl an Kliniken in Deutschland, auch innerhalb des LWL, bereits umgesetzt.

5.3 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. Behandlungsvereinbarungen unterstützen die Vertrauensbildung zum Behandlungsteam und die aktive Mitgestaltung der Behandlung (Rixe et al. 2023).

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis finden Behandlungsvereinbarungen im oben genannten Sinn nur in Einzelfällen Anwendung. Die 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. Abgeschlossene Behandlungsvereinbarungen sollten deswegen regelmäßig bei Patientenkontakten auf ihre Aktualität und Passung überprüft werden.

Altersgemäß und individuell adaptiert sind Behandlungsvereinbarungen sinnvoll für Patienten, bei denen häufigere stationäre Behandlungen zu erwarten sind. Dies gilt zum Beispiel für Erkrankungen mit bekannt rezidivierendem Verlauf (z.B. Psychosen, Depressionen) sowie Störungsbilder, die wiederholt zu Krisenaufnahmen führen (emotionale Instabilität, Impulsivität, etc.). Ein konsentierter Entwurf für eine Vereinbarung findet sich im Anhang.

Ein weiteres hilfreiches Instrument ist der Krisenplan, der mit Patienten und Sorgeberechtigten, aber auch gemeinsam mit Jugendhilfeeinrichtungen erarbeitet wird (beispielhaft in Anlage Hamm). Dieser beinhaltet auch Maßnahmen, die zur Entaktualisierung einer Krise im häuslichen Setting führen sollen, und Vereinbarungen für den Fall einer Akutvorstellung.

Auch der Krisenpass hat sich zur Krisenvorsorge etabliert und enthält wichtige Informationen für Krisensituationen im Taschenformat, z. B. Kontaktdaten von Vertrauenspersonen, Behandler, Medikation (Rixe et al. 2023).

1 Deutsche „Safewards“-Internetseite: <http://www.safewards.net/de/> (Zugriff: 29.12.2023).

LWL-Standard

Behandlungsvereinbarungen sollen abgeschlossen werden mit Patienten, bei denen häufigere stationäre Behandlungen zu erwarten sind wegen Erkrankungen mit bekannt rezidivierendem Verlauf (Psychosen, Depressionen, etc.) sowie Störungsbildern, die wiederholt zu Krisenaufnahmen führen (emotionale Instabilität, Impulsivität, etc.).

Abgeschlossene Behandlungsvereinbarungen müssen jederzeit in der elektronischen Patientenakte verfügbar sein. Eine entsprechende Verfahrensweisung ist klinikindividuell zu erstellen.

5.4 Genesungsbegleiter

Definition: Genesungsbegleiter sind Menschen, die selbst von einer psychischen Erkrankung betroffen waren oder sind und nach entsprechender einjähriger Ausbildung an der psychiatrischen Behandlung von Patienten durch Einbringung ihres eigenen Erfahrungswissens mitwirken (Mahlke et al. 2015).

LWL-Standard

In vielen LWL-Kliniken sind Genesungsbegleiter bereits Teil des psychiatrischen Behandlungsteams. Ihr Einsatz soll innerhalb des LWL weiter ausgebaut und verstetigt werden. In den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken muss das Konzept noch adaptiert werden, erste Umsetzungen im Sinne eines Peer to Peer-Einsatzes finden in Suchtstationen statt.

Genesungsbegleiter können auf mehrere Weisen dazu beitragen, den Einsatz von feM zu reduzieren (Ashcraft et al. 2012):

- Sie können beim Personal mehr Verständnis für die Patientenperspektive erzeugen.
- Sie können einen besseren Zugang zu Patienten finden und so im Vorfeld deeskalieren.
- Sie können in einer Nachbesprechung nach der Anwendung von Zwang wieder Vertrauen schaffen.

5.5 Klinische Ethikberatung

Definition: Strukturen und Angebote der klinischen Ethikberatung versuchen auf vielfältige Weise, Mitarbeiter eines Krankenhauses dabei zu unterstützen, in ethisch schwierigen Situationen eine ethisch gut begründete Entscheidung zu treffen (ZEKO 2006; Reiter-Theil et al. 2014). Es sprechen einige Gründe dafür, dass Ethik-

beratung auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein hilfreiches Angebot darstellen kann. Situationen, in denen über die Anwendung von Zwang nachgedacht wird, sind zumeist als ethisch schwierig anzusehen, da verschiedene ethische Prinzipien miteinander in Konflikt geraten. Ein strukturiertes und methodisch reflektiertes Beratungsangebot kann dabei helfen, eine für alle Beteiligten möglichst wenig belastende, gut begründete Entscheidung zu treffen.

LWL-Standard

In vielen LWL Kliniken gibt es bereits Ethikberatungsstrukturen, insbesondere Ethikkomitees. Sie sollen ausgebaut und auch in Situationen erprobt werden, in denen feM zur Diskussion stehen.

5.6 Offene Psychiatrie

Definition: Bislang gibt es keine einheitliche Definition der „offenen Psychiatrie“. Im Kern ist damit gemeint, dass nicht freiwillig untergebrachte Patienten auf einer offenen und nicht auf einer 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). Die Öffnung von Stationstüren hat zum Zweck, 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 die Aufsichtspflicht, die von den Eltern für den Zeitraum der Behandlung an die Klinik delegiert wird, darüber hinaus besonders zu berücksichtigen.

Rechtliche Vorgaben

Rechtlich gesehen sind gesetzliche Unterbringungen auf einer offenen Station grundsätzlich zulässig. Weder das BGB² noch das PsychKG³ fordern eine „geschlossene“ Unterbringung. Vielmehr fordert das PsychKG NRW: „Die Unterbringung soll so weitgehend wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden“ (§ 10 PsychKG).⁴

2 § 1906 BGB: „Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, [...]“. Eine Freiheitsentziehung kann auch ohne geschlossene Türen stattfinden.

3 § 10 Abs. 2 PsychKG: „Die Krankenhäuser haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass sich die Betroffenen der Unterbringung nicht entziehen“.

4 Eine Einordnung offener Unterbringungsformen aus rechtswissenschaftlicher Perspektive findet sich in Henking 2017.

LWL-Standard

Einige LWL-Kliniken haben bereits Erfahrungen mit offenen Unterbringungsformen gesammelt. Es wird angestrebt, derartige Unterbringungsformen innerhalb des LWL weiter zu erproben und wissenschaftlich zu evaluieren. Dabei ist das Ziel, dass immer mehr vormalig geschlossene Stationen als grundsätzlich offene Stationen geführt werden und im Fall eines erforderlichen Türschlusses konkret begründet wird, warum diese Maßnahme notwendig war.

5.7 Umgang mit herausfordernden Patienten

Ein kleiner Teil kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten ist der Gruppe der „Systemsprenger“ zuzuordnen, die Baumann (2014) als Hochrisiko-Klientel definiert, „welches sich in einer durch Brüche geprägten negativen Interaktionsspirale mit dem Hilfesystem, den Bildungsinstitutionen und der Gesellschaft befindet und diese durch als schwierig wahrgenommene Verhaltensweisen aktiv mitgestaltet.“

Oft bewegen sich diese Jugendlichen zwischen Jugendhilfe, Justiz und kinder- und jugendpsychiatrischen Aufenthalten. Sie stellen in jedem dieser Systeme aufgrund der Komplexität der Entwicklungsbesonderheiten und Störungsbilder eine besondere Herausforderung dar und werfen Fragen der Zuständigkeit auf.

Meist liegt dem Problemverhalten eine Beziehungsstörung zugrunde, mit einem dahinterliegenden Wunsch nach Kontakt und Bindung. Das „herausfordernde Verhalten“ ist häufig als ein missglückter Versuch zu verstehen Beziehung aufzunehmen. Dieses stellt in vielen Fällen eine Reinszenierung früherer gescheiterter Beziehungserfahrungen dar. Die Aufgabe hierbei ist es, neue funktionale positive Erfahrungen zu vermitteln.

Voraussetzung hierfür ist ein immer wieder offener unvoreingenommener Zugang, der oft erst durch intensive Fallberatung und Supervision möglich wird. Dies soll einerseits dazu führen, die hinter dem Störverhalten liegenden Bedürfnisse zu erkennen. Andererseits soll auch dem Behandlungsteam die Möglichkeit gegeben werden, eigene persönliche Verletzlichkeiten wahrzunehmen, um hilfreich auf den Patienten reagieren zu können.

Nach Ausschöpfung aller kinder- und jugendpsychiatrischen Interventionsmöglichkeiten ist es in vielen dieser Fälle äußerst schwierig ein geeignetes poststationäres Setting zu installieren. Eine vertrauensvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit der Systeme ist hierbei eine zwingende Voraussetzung. Ein Settingwechsel innerhalb der klinischen Behandlung oder auch innerhalb der Jugendhilfe kann manchmal hilfreich sein, um neue Zugangsmöglichkeiten zu finden.

5.8 Schnittstellen und Kooperationen

Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben häufig auch einen Bedarf an Maßnahmen der Jugendhilfe. Dadurch besteht eine wichtige Schnittstelle mit Trägern der Jugendhilfe und den Jugendämtern. Aufgrund des häufigen Zugangsweges aus Jugendhilfeeinrichtungen gibt es gerade bei „Kriseninterventionsfällen“, die in

der Regel nur kurzzeitig behandelt werden, Herausforderungen, die sich durch Kooperationsverträge einerseits und eine umfassende Vernetzung andererseits auflösen lassen. Dabei spielt die Kommunikation „auf Augenhöhe“, sowie die kurzfristige Erreichbarkeit eine herausragende Rolle. Vielversprechende Kooperationsmodelle werden in den Kliniken vorangetrieben.

6 Rechtliche Aspekte freiheitsentziehender Maßnahmen

6.1 Grundlagen von Unterbringungen

Sowohl die freiheitsentziehende Unterbringung als auch weitergehende freiheitsentziehende Maßnahmen (feM) bzw. Zwangsmaßnahmen stellen für die betroffene Person einen schwerwiegenden Eingriff in seine Freiheitsgrundrechte 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.

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).

Eine Unterbringung von Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus sind im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowohl nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB, Bundesrecht) als auch nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG, Landesrecht NRW) möglich. Bei der zivilrechtlichen Unterbringung ist dabei zwischen der familienrechtlichen Unterbringung nach dem Vormundschaftsrecht für unter 18-jährige Patienten und der betreuungsrechtlichen Unterbringung für über 18-jährige Patienten zu unterscheiden. Eine öffentlich-rechtliche Unterbringung nach PsychKG ist sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche möglich.

Im Folgenden werden die drei Unterbringungsarten genauer dargestellt:

6.2 Familienrechtliche Unterbringung nach § 1631b BGB

Rechtliche Vorgaben

§ 1631b BGB

1. Eine 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 Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

Voraussetzung einer familienrechtlichen Unterbringung ist die Kindeswohlgefährdung, wobei als besondere Formen 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 der selbständigen und eigenverantwortlichen, zu sozialem Zusammenleben fähigen Persönlichkeit (Coester 2015). Die Unterbringung von Minderjährigen kann aus medizinischen, medizinisch-pflegerischen oder auch pädagogischen und jugendhilferechtlichen Gründen erfolgen (Engelfried 2017, 159). Ausnahmsweise ist also auch eine Unterbringung aus erzieherischen Gründen zulässig (Beispiel: S-Bahn-Surfen, Bewahrung vor Prostitution, sonstige Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit). Die familienrechtliche Unterbringung ist weitergehend möglich als die betreuungsrechtliche, da letztere bei reiner Fremdgefährdung nicht zulässig ist.

Eine Unterbringung ist aber immer nur dann zulässig, wenn sie erforderlich ist, also kein milderes Mittel zur Verfügung steht. Im Rahmen einer Güterabwägung muss der mit der Unterbringung 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).

Bei der Unterbringung sind die Sorgerechtsverhältnisse sorgfältig zu prüfen. Nur die Sorgeberechtigten (Eltern oder Vormund) können die Unterbringung beantragen, nicht die Einrichtung oder das Jugendamt, sofern dieses nicht selbst sorgeberechtigt ist. Sind beide Eltern sorgeberechtigt, müssen beide die Unterbringung beantragen oder ein Elternteil für den anderen kraft Vollmacht handeln. Im Rahmen einer Ergänzungspflegschaft nach § 1909 BGB ist es notwendig, dass der Pfleger bzw. die Pflegerin das Aufenthaltsbestimmungsrecht innehaben.

Im Unterbringungsverfahren sind Jugendliche abweichend von den sonst geltenden Verfahrensregeln in anderen Gerichtsverfahren bereits ab Vollendung des 14. Lebensjahres verfahrensfähig und müssen entsprechend selbst angehört werden.

Das Jugendamt hat die Eltern, den Vormund oder den Pfleger bei der Zuführung zur Unterbringung in die Klinik zu unterstützen (§ 167 Abs. 5 FamFG; s. Link in Anhang11).

6.3 Betreuungsrechtliche Unterbringung nach § 1831 BGB

Unterbringungen nach dem Vormundschafts- und Betreuungsrecht (§ 1831 BGB) sind in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie selten und werden daher in dieser Leitlinie nur kurz 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).

Rechtliche Vorgaben

§ 1831 BGB

1. Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie erforderlich ist, weil
 1. aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
 2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die Maßnahme ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
2. Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.
3. Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen weggefallen sind. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Betreuungsgericht unverzüglich anzuzeigen.
4. Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der 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 die Freiheit entzogen werden soll.

Eine betreuungsrechtliche Unterbringung setzt grundsätzlich das Vorhandensein eines rechtlichen Betreuers/Bevollmächtigten⁵ voraus, der die Genehmigung der Unterbringung formal beantragt. Ein Betreuer hat die Befugnis zur Unterbringung nur dann, wenn er die Aufgabenkreise „Gesundheitssorge“ und „Aufenthaltsbestimmung“ innehat. Die Unterbringung durch den Betreuer wird durch das

5 Betreuer und Bevollmächtigte sind im Unterbringungsrecht grundsätzlich gleichgestellt (§ 1831 Abs. 5 BGB). Es bedarf einer schriftlichen Vollmacht, die auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation anwendbar ist.

Betreuungsgericht genehmigt. Zuvor muss der Betroffene persönlich durch einen Richter angehört und durch einen Facharzt für Psychiatrie oder einen Arzt mit Erfahrungen auf diesem Gebiet nach persönlicher Untersuchung begutachtet worden sein (sog. Sachverständigengutachten). Der die Unterbringung anregende Arzt darf nicht zum Gutachter bestellt werden (Scherr 2015, 64).

Beachte: Eine akute Fremdgefährdung kann keine Voraussetzung für eine zivilrechtliche Unterbringung sein.

Im psychiatrischen Akutkrankenhaus kann es vorkommen, dass eine Unterbringung eilig erfolgen muss, um einen drohenden erheblichen Gesundheitszustand für den Betroffenen abzuwenden. Für solche Situationen ist eine einstweilige Unterbringung möglich. Die unterschiedlichen Konstellationen werden im Folgenden modifiziert nach Henking und Mittag 2015, 39-47, dargestellt:

Konstellation 1: Betreuer bereits bestellt

- Voraussetzungen nach § 331 FamFG: dringende Gründe sprechen für die Annahme, dass die Unterbringungsvoraussetzungen vorliegen; dringendes Bedürfnis für sofortiges Tätigwerden
- ärztliches Attest (kein Gutachten)
- ggf. Bestellen eines Verfahrenspflegers
- richterliche Anhörung

Konstellation 2: Betreuer bereits bestellt, aber nicht erreichbar

- einstweilige Unterbringung kann wegen fehlender Erklärung des Betreuers zunächst nicht genehmigt werden
- das Gericht kann „die im Interesse des Betroffenen erforderlichen Maßregeln“ treffen
- notwendige Erklärung des Betreuers kann durch das Gericht „ersetzt“ werden, somit auch einstweilige Unterbringung nach § 331 FamFG
- ansonsten analog zu Konstellation 1

Konstellation 3: Betreuer bereits bestellt, Aufgabenkreise nicht ausreichend

- analog zu Konstellation 1 und 2
- Eines ärztlichen Attestes bedarf es nicht, wenn die beabsichtigte Erweiterung des Aufgabenkreises nicht wesentlich ist oder das letzte Attest nicht älter als 6 Monate (§ 293 Abs. 2 FamFG)

Konstellation 4: Betreuer noch nicht bestellt

- durch das Gericht kann per einstweiliger Anordnung ein vorläufiger Betreuer bestellt werden (§ 300 FamFG). Das Gericht muss durch geeignete Maßnahmen sicherstellen, dass dem Betroffenen ein vorläufiger Betreuer zur Seite gestellt wird,

im Zweifel muss die örtliche Betreuungsbehörde selbst die Betreuung als Behördenbetreuer übernehmen.

- ansonsten analog zu Konstellation 1

6.4 Öffentlich-rechtliche Unterbringung nach PsychKG

Rechtliche Vorgaben (vgl. Link in Anhang 12)

§ 11 PsychKG

1. Die Unterbringung Betroffener ist nur zulässig, wenn und solange durch deren krankheitsbedingtes Verhalten gegenwärtig eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer besteht, die nicht anders abgewendet werden kann. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt allein keine Unterbringung.
2. Von einer gegenwärtigen Gefahr im Sinne von Absatz 1 ist dann auszugehen, wenn ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist.
3. Die Anordnung der Unterbringung ist aufzuheben, wenn Maßnahmen nach den in § 1 Abs. 3 genannten Bestimmungen erfolgt sind.

§ 12 PsychKG

Die Unterbringung wird auf Antrag der örtlichen Ordnungsbehörde im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst vom zuständigen Amtsgericht angeordnet.² Dem Antrag ist ein den §§ 321 und 331 FamFG, bei Minderjährigen in Verbindung mit §§ 167 Absatz 1 und 6 sowie 151 Nummer 7 FamFG entsprechendes ärztliches Zeugnis beizufügen.³ Antragstellung und Unterbringung sind von der örtlichen Ordnungsbehörde zu dokumentieren und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der unteren Gesundheitsbehörde unverzüglich mitzuteilen.

Voraussetzung für eine Unterbringung nach PsychKG ist demnach 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. Zu den bedeutenden Rechtsgütern anderer zählt neben dem Rechtsgut Gesundheit auch das Rechtsgut Eigentum. Die fehlende Behandlungsbereitschaft alleine rechtfertigt keine Unterbringung.

Grundsätzlich ist das PsychKG nach § 11 Abs. 3 nachrangig, so dass eine familien- oder betreuungsrechtliche Unterbringung zunächst zu prüfen ist.

Eine Fremdgefährdung (Gefährdung Dritter) ist eine Situation, in der bei ungehindertem Ablauf des objektiv zu erwartenden Geschehens in absehbarer Zeit mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Schaden für die in § 11 PsychKG genannten Rechtsgüter eintreten wird. Bei Gefahrprognose kann berücksichtigt werden: frühere Krankheitsverläufe, Verhaltensmuster oder -abläufe des Betroffenen, aber auch seine bisherige Entwicklung und Krisenanfälligkeit.

Eine Gefahr ist gegenwärtig, wenn ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist. Notwendig ist zudem eine Kausalität zwischen der Erkrankung des Betroffenen und der Gefährdungslage. Die Unterbringung muss zudem 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.

Die Unterbringung nimmt die örtliche Ordnungsbehörde vor (sofortige Unterbringung ohne gerichtliche Entscheidung, Antrag ist unverzüglich nachzuholen) bzw. beantragt die Anordnung der Unterbringung beim Amtsgericht. Auch die Verbringung eines Kindes/Jugendlichen in ein Krankenhaus auf Antrag der Ordnungsbehörde nach § 14 PsychKG ist bis zur Umwandlung der Rechtsgrundlage (§ 1631b BGB) eine Unterbringung nach PsychKG. Bei der sofortigen Unterbringung durch die Ordnungsbehörde ist zu beachten: Ist die Unterbringung nicht bis zum Ablauf des auf den Beginn der sofortigen Unterbringung folgenden Tages durch das Gericht angeordnet, ist der Betroffene zu entlassen.

Zu beachten ist ferner:

Die Unterbringung soll so weitgehend wie möglich in offenen Formen durchgeführt werden (§ 10 Abs. 2 PsychKG). Die Erforderlichkeit der Unterbringung ist täglich ärztlich zu überprüfen (§ 17 Abs. 3 PsychKG). Ein täglicher Aufenthalt im Freien, in der Regel für mindestens eine Stunde, ist zu ermöglichen (§ 16 Abs. 1 PsychKG).

IWL-Standard

- In jeder Klinik regelt eine interne Verfahrensanweisung den genauen Ablauf der Kontaktaufnahme zu den zuständigen Behörden (insbesondere auch in der Nacht und am Wochenende).
- Vor der Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses, in dem die Notwendigkeit einer Unterbringung konkret zu begründen ist, muss der betroffene Patient durch den ausstellenden Arzt persönlich untersucht worden sein. Der zuständige (diensthabende) Arzt muss – sofern er noch kein Facharzt ist – vor der Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses mit dem zuständigen (Hintergrund-)Oberarzt Rücksprache halten.

6.5 Weitergehende freiheitsentziehende Maßnahmen

Im Rahmen der freiheitsentziehenden Unterbringung sind teilweise weitergehende freiheitsentziehenden Maßnahmen (feM) notwendig. 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 nach allen Rechtsgrundlagen einer gerichtlichen Genehmigung (§ 1631b BGB) bzw. Anordnung (PsychKG) (zur Notwehr/rechtfertigender Notstand siehe Kap. 5.6).

Rechtliche Vorgaben

§ 1631b BGB

1. Die 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.

§ 1906 BGB

4. Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der 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 die Freiheit entzogen werden soll.

§ 20 PsychKG

1. Besondere Sicherungsmaßnahmen zur Abwendung einer gegenwärtigen erheblichen Selbstgefährdung oder einer gegenwärtigen erheblichen Gefährdung besonderer Rechtsgüter Dritter sind ausschließlich
 1. Beschränkung des Aufenthalts im Freien,
 2. Unterbringung in einem besonderen Raum,
 3. Festhalten statt Fixierung oder
 4. Fixierung in der Form der Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Hilfsmittel

Sie dürfen nur dann angeordnet werden, soweit und solange die Gefahr nicht durch mildere Maßnahmen abgewendet werden kann. Soweit es sich um die Anwendung unmittelbaren Zwangs nach den Nummern 2, 3 und 4 handelt, ist jeweils die Maßnahme anzuwenden, die am wenigsten in die Rechte der Betroffenen eingreift.

FeM können sein:

a. Fixieren des Patienten durch mechanische Vorrichtungen:

- Aufstellen von Bettgittern
- Anlegen von Sitzgurten, Leibgurten oder Bauchgurten im Bett oder (Roll-)Stuhl
- Anlegen von Schutzdecken, Betttüchern oder Schlafsäcken
- Gezielter Einsatz von Niederflurbetten
- Befestigen von Therapie-/Stecktischen am (Roll-) Stuhl
- Anlegen von Sicherheitsgurten am (Roll-) Stuhl
- Anlegen von Fixiergurten
- Anlegen von Schutzhelmen
- Feststellen des Rollstuhls

b. Sicherungsmaßnahmen:

- Abschließen der Zimmertüren
- Abschließen der Station
- Verriegelung von bekannten und benutzbaren Ausgänge
- komplizierte Schließmechanismen an Türen und Fenstern (Trickschlösser)
- hoch angebrachte Türgriffe/Drehknaufe
- gesicherte Aufzüge

Entscheidend ist immer die Möglichkeit eines Patienten, selbständig eine Tür/ ein Fenster zu öffnen.

c. Festhaltetechniken:

Vorübergehendes Festhalten („manual restraint“) ohne Zuhilfenahme technischer Hilfsmittel wird als ein Weg angesehen, um länger andauernde mechanische Fixierungen („mechanical restraint“) zu vermeiden.

d. Sonstige Vorkehrungen:

- Zurückhalten am Hauseingang durch Personal
- Wegnahme von Bekleidung (wie z.B. Schuhe)
- Wegnahme von Fortbewegungsmitteln, wie z.B. einem Rollstuhl

Diese Aufstellung ist nicht als abschließend zu betrachten. Allein bei nach PsychKG untergebrachten Patienten ist die Aufzählung der in § 20 Abs. 1 PsychKG aufgeführten Maßnahmen abschließend. In diesen Fällen sind andere Maßnahmen

unzulässig. Die Zulässigkeit der jeweiligen feM richtet sich stets nach der entsprechenden Rechtsgrundlage der Unterbringung also nach dem Vormundschaftsrecht, dem Betreuungsrecht bzw. dem PsychKG.

Grundsätzlich können feM in jeder Notfallsituation erforderlich werden. Dies gilt prinzipiell unabhängig von der zugrundeliegenden psychischen Erkrankung. Auch die fürsorglichste Anwendung „zum Schutze des Betroffenen“ nimmt der Maßnahme nicht den einschneidenden Charakter.

Keine feM liegt vor,

- wenn der Patient zu einer Fortbewegung überhaupt nicht in der Lage ist und nicht zu erkennen gibt, dass er mit der Maßnahme nicht einverstanden ist.
- wenn der Patient nicht den Willen hat, seinen Aufenthaltsort zu verlassen oder hierzu körperlich nicht in der Lage ist.
- wenn der Patient wirksam in die Maßnahme eingewilligt hat. Voraussetzung dafür ist die Einwilligungsfähigkeit. Ein Patient kann nur wirksam einwilligen, wenn er über den maßgeblichen natürlichen Willen verfügt und einsichtsfähig ist. Dabei kommt es nicht auf die Geschäftsfähigkeit, sondern auf die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Nutzers an.

IWL-Standard

Freiwilligkeitserklärung

Minderjährige können, „wenn ihre Einwilligungsfähigkeit als Ausdruck selbstverantwortlicher Einsicht in ihre Behandlungsbedürftigkeit ärztlich festgestellt werden kann, (...) rechtswirksam in ihre kurzfristige partielle Freiheitsentziehung einwilligen, was ggf. zur Unterstützung eigenverantwortlicher Partizipation therapeutisch sinnvoll sein und rechtskonform genutzt werden kann“ (Romer & Schepker 2020). Im Einzelfall ist diese Urteils-, Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit durch einen individualisierten ärztlich-therapeutischen Befund zu dokumentieren. Die Einwilligung muss sich jeweils auf die konkrete Situation beziehen und kann jederzeit widerrufen werden. Verliert der Patient z.B. infolge einer Erkrankung die Einsichtsfähigkeit, ist auch seine vorher gegebene Einwilligung nicht mehr wirksam.

Um Rechtssicherheit und Transparenz für alle Beteiligten sicher zu stellen und möglichen Machtmissbrauch zu verhindern, sollte dennoch parallel um eine gerichtliche Entscheidung nachgesucht werden. Ergänzend zum Antrag der Eltern auf geschlossene Unterbringung kann dann in der fachärztlichen Stellungnahme 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.

Auch bei gerichtlich bestätigter Tragfähigkeit der Freiwilligkeitserklärung bedarf im weiteren Behandlungsverlauf der stetigen faktischen Überprüfung der selbstverantwortlichen Kooperation des Patienten mit dem Behandlungsrahmen, um weiterhin die Feststellung von Freiwilligkeit konkret zu belegen. Dazu gehört, dass zeitnah ein offener Behandlungsrahmen mit regelmäßigen Ausgängen verantwortbar umgesetzt werden kann. Entsprechend der Empfehlung von Romer und Schepker (2020) gilt: „Sollte am dritten Tag nach ärztlicher Einschätzung kein regelmäßiger Ausgang (zumindest in Begleitung) gewährt werden können, sollte dies als nicht (mehr) für eine Freiwilligkeit hinreichend selbstverantwortliche Kooperation von Seiten des Patienten gewertet werden. In diesem Fall ist im Sinne einer veränderten Einschätzung unverzüglich eine gerichtliche Unterbringung zu veranlassen.“

Zur Anwendung der feM siehe Kapitel 7.

6.6 Notwehr und rechtfertigender Notstand

Rechtliche Vorgaben

§ 32 StGB Notwehr

1. Wer eine Tat begeht, die durch Notwehr geboten ist, handelt nicht rechtswidrig.
2. Notwehr ist die Verteidigung, die erforderlich ist, um einen gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff von sich oder einem anderen abzuwenden.

§ 34 StGB Rechtfertigender Notstand

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.