

Schepker, Renate / Steinert, Tilman / Jungmann, Joachim / Bergmann, Frank und Fegert, Jörg M.

Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 10, S. 802-813

urn:nbn:de:bsz-psydok-47043

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.; Meng, H.: Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen (The function of team-meetings for treatment teams on child and adolescent psychiatric wards)	198
Henke, C.: Peer-Mediation an Schulen: Erfahrungen bei der Implementierung und der Ausbildung von Streitschlichtern (Peer-mediation in schools: Experiences in implementation and training of mediators)	644
Krabbe, H.: Eltern-Jugendlichen-Mediation (Mediation between parents and youth) . . .	615
Mayer, S.; Normann, K.: Das Praxismodell des Familien-Notruf München zum Einbezug der Kinder in die Mediation (Children in family mediation: A practice model)	600
Mickley, A.: Mediation an Schulen (Mediation in schools)	625
Sampson, M.: Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schulängsten (A psychotherapeutic guide for dealing with school phobia)	214

Originalarbeiten / Original Articles

Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M.: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland (Life situation and health status of children and adolescents)	444
Boeger, A.; Dörfler, T.; Schut-Ansteeg, T.: Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert (Project adventure with adolescents: Influence on psychopathology and self-esteem)	181
Bullinger, M.; Ravens-Sieberer, U.: Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation (Quality of life and chronic conditions: The perspective of children and adolescents in rehabilitation)	23
Desman, C.; Schneider, A.; Ziegler-Kirbach, E.; Petermann, F.; Mohr, B.; Hampel, P.: Verhaltenshemmung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS (Behavioural inhibition and emotion regulation among boys with ADHD during a go-/nogo-task)	328
Fetzer, A.E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J.M.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (A prospective analysis of coercive measures in an inpatient department of child and adolescent psychiatry)	754
Fricke, L.; Mitschke, A.; Wiater, A.; Lehmkuhl, G.: Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse (A new treatment program for children with sleep disorders – Concept, practicability, and first empirical results)	141
Grimm, K.; Mackowiak, K.: Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES) (KES – Training for parents of children with conduct behaviour problems)	363
Hampel, P.; Desman, C.: Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)	425
Kühnapfel, B.; Schepker, R.: Katamnestische Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen (Post hoc interviews with adolescents after voluntary and involuntary psychiatric admission)	767

1	Leins, U.; Hinterberger, T.; Kaller, S.; Schober, F.; Weber, C.; Strehl, U.: Neurofeedback der langsamen kortikalen Potenziale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich (Neurofeedback for children with ADHD: A comparison of SCP- and Theta/Beta-Protocols)	384
2		
3		
5	Preusche, I.; Koller, M.; Kubinger, K.D.: Sprachfreie Administration von Intelligenztests nicht ohne Äquivalenzprüfung – am Beispiel des AID 2 (An experiment for testing the psychometric equivalence of the non verbal instruction of the Adaptive Intelligence Diagnosticum) . .	559
	Retzlaff, R.; Hornig, S.; Müller, B.; Reuner, G.; Pietz, J.: Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern (Family sense of coherence and resilience. A study on families with children with mental and physical disabilities)	36
10		
	Richardt, M.; Remschmidt, H.; Schulte-Körne, G.: Einflussfaktoren auf den Verlauf Begleiteter Umgänge in einer Erziehungsberatungsstelle (Influencing factors on the course of supervised visitations in a parental counselling office)	724
	Roessner, V.; Banaschewski, T.; Rothenberger, A.: Neuropsychologie bei ADHS und Tic-Störungen – eine Follow-up-Untersuchung (Neuropsychological performance in ADHD and tic-disorders: A prospective 1-year follow-up)	314
15		
	Romer, G.; Stavenow, K.; Baldus, C.; Brüggemann, A.; Barkmann, C.; Riedesser, P.: Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern (How children experience a parent being chronically ill: A qualitative analysis of interviews with children of hemodialysis patients)	53
20		
	Sarimski, K.: Spektrum autistischer Störungen im frühen Kindesalter: Probleme der Beurteilung (Autistic spectrum disorders in very young children: Issues in the diagnostic process) .	475
	Schick, A.; Cierpka, M.: Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten (Evaluation of the Faustlos-Curriculum for Kindergartens)	459
	Schmid, M.; Nützel, J.; Fegert, J.M.; Goldbeck, L.: Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? (A comparison of behavioral and emotional symptoms in German residential care and day-care child welfare institutions)	544
25		
	Stadler, C.; Holtmann, M.; Claus, D.; Büttner, G.; Berger, N.; Maier, J.; Poustka, F.; Schmeck, K.: Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (Familial patterns in disorders of attention and impulse control)	350
30		
	Suchodoletz, W. v.; Macharey, G.: Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern (Stigmatization of language impaired children from the parents' perspective) . .	711
	Trautmann-Villalba, P.; Laucht, M.; Schmidt, M.H.: Väterliche Negativität in der Interaktion mit Zweijährigen als Prädiktor internalisierender Verhaltensprobleme von Mädchen und Jungen im Grundschulalter (Father negativity in the interaction with toddlers as predictor of internalizing problems in girls and boys at school age)	169
35		
	Wiehe, K.: Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter (Stroke of fate or personal challenge – Subjective theories of illness as risk or protective factors in coping with chronic pediatric illness)	3
40		
	Übersichtsarbeiten / Review Articles	
42		
43	Bastine, R.; Römer-Wolf, B.; Decker, F.; Haid-Loh, A.; Mayer, S.; Normann, K.: Praxis der Familienmediation in der Beratung (Family mediation within the counselling system) .	584
44	Frölich, J.; Lehmkuhl, G.; Fricke, L.: Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter (Pharmacotherapy of sleep disorders in children and adolescents) . .	118
45		

1	Gantner, A.: Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie (Multidimensional Family Therapy for adolescent clients with cannabis use disorders – Results and experience from the INCANT pilot study)	520
2		
3		
5	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil I: Antike bis zur Neuzeit (Childhood in flux – Part I: Ancient world until modern times)	271
	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil II: Moderne bis heute (Childhood in flux – Part II: Modern times until today)	280
	Jockers-Scherübl, M. C.: Schizophrenie und Cannabiskonsum: Epidemiologie und Klinik (Schizophrenia and cannabis consumption: Epidemiology and clinical symptoms) . . .	533
10	Libal, G.; Plener, P. L.; Fegert, J. M.; Kölch, M.: Chemical restraint: „Pharmakologische Ruhigstellung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis (Chemical restraint: Management of aggressive behaviours in inpatient treatment – Theory and clinical practice)	783
15	Nitschke-Janssen, M.; Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik (Factors contributing to the use of seclusion and restraint – a retrospective analysis in a Swiss clinic for child and adolescent psychiatry)	255
	Ollefs, B.; Schlippe, A. v.: Elterliche Präsenz und das Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand (Parental presence and parental coaching in non-violent resistance)	693
20	Paditz, E.: Schlafstörungen im Kleinkindesalter – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und somatische Hintergründe (Sleep disorders in infancy – Aspects of diagnosis and somatic background)	103
	Papoušek, M.; Wollwerth de Chuquisengo, R.: Integrative kommunikationszentrierte Eltern- Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen (Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders)	235
25	Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J. M.: Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Quality characteristics of freedom-restricting coercive measures in child and adolescent psychiatry)	802
	Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J. M.: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Legal and practical issues on coercive measures in child and adolescent psychiatry)	814
30	Schredl, M.: Behandlung von Alpträumen (Treatment of nightmares)	132
	Seiffge-Krenke, I.; Skaletz, C.: Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche (Chronically ill and psychologically impaired? Results of a new literature analysis)	73
35	Tossmann, P.: Der Konsum von Cannabis in der Bundesrepublik Deutschland (The use of cannabis in the Federal Republic of Germany)	509
	Zehnder, D.; Hornung, R.; Landolt, M. A.: Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter (Early psychological interventions in children after trauma)	675

Buchbesprechungen / Book Reviews

40		
42	Asendorpf, J. B. (Hg.) (2005): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie. Bd. 3. (L. Unzner)	740
43		
44	Aster, M. v.; Lorenz, J. H. (Hg.) (2005): Rechenstörungen bei Kindern. Neurowissenschaft, Psychologie, Pädagogik. (A. Seitz)	410
45		

1	Becker, K.; Wehmeier, P.M.; Schmidt, M.H. (2005): Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Grundlagen und Bedeutung für die Therapie. (<i>M. Mickley</i>)	575
2	Behringer, L.; Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. (<i>D. Irblich</i>)	574
3	Bernard-Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxis- handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. (<i>K. Sarimski</i>)	411
5	Bieg, S.; Behr, M. (2005): Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotio- nalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientie- rungsstufenalter. (<i>F. Caby</i>)	299
	Bois, R. d.; Resch, F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives Praxisbuch. (<i>R. Mayr</i>)	664
10	Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. (<i>J. Fliegner</i>)	744
	Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2006): Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption und Psychotherapie. (<i>L. Unzner</i>)	842
	Christ-Steckhan, C. (2005): Elternberatung in der Neonatologie. (<i>K. Sarimski</i>)	157
	Cierpka, M. (2005): FAUSTLOS – wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen. (<i>W. Nobach</i>)	95
15	Claus, H.; Peter, J. (2005): Finger, Bilder, Rechnen. Förderung des Zahlverständnisses im Zahlraum bis 10. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Damasch, E.; Metzger, H.-G. (Hg.) (2005): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Frankfurt a. (<i>A. Eickhorst</i>)	494
	Diepold, B. (2005): Spiel-Räume. Erinnern und entwerfen. Aufsätze zur analytischen Kin- der- und Jugendlichenpsychotherapie (herausgegeben von P. Diepold). (<i>M. Schulte- Markwort</i>)	419
20	Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.-C. (2006): KIDS-1 Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). (<i>D. Irblich</i>)	841
	Doherty-Sneddon, G. (2005): Was will das Kind mir sagen? Die Körpersprache des Kindes verstehen lernen. (<i>L. Unzner</i>)	294
25	Eiholzer, U. (2005): Das Prader-Willi-Syndrom. Über den Umgang mit Betroffenen. (<i>K. Sarimski</i>)	158
	Feibel, T. (2004): Killerspiele im Kinderzimmer. Was wir über Computer und Gewalt wis- sen müssen. (<i>G. Latzko</i>)	158
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 50. (<i>M. Hirsch</i>)	304
30	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 51. (<i>M. Hirsch</i>)	745
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 52. (<i>M. Hirsch</i>)	843
	Häußler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	411
	Hopf, C. (2005): Frühe Bindungen und Sozialisation. (<i>L. Unzner</i>)	294
	Jacobs, C.; Petermann, F. (2005): Diagnostik von Rechenstörungen. (<i>D. Irblich</i>)	495
35	Katz-Bernstein, N. (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diag- nostik, Therapie. (<i>D. Irblich</i>)	496
	Lackner, R. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Therapeutische Unterstützung für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
	Langer, I.; Langer, S. (2005): Jugendliche begleiten und beraten. (<i>M. Mickley</i>)	96
40	Leyendecker, C. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten. (<i>L. Unzner</i>)	160
	Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>L. Unzner</i>)	571
43	Oelsner, W.; Lehmkuhl, G. (2005): Adoption. Sehnsüchte – Konflikte – Lösungen. (<i>H. Hopf</i>)	302
44	Pal-Handl, K. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
45		

1	Pal-Handl, K.; Lackner, R.; Lueger-Schuster, B. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Ein Bilderbuch für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
2	Petermann, F.; Macha, T. (2005): Psychologische Tests für Kinderärzte. (<i>D. Irblich</i>)	156
3	Plahl, C.; Koch-Temming, H. (Hg.) (2005): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. (<i>K. Sarimski</i>)	412
5	Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hg.) (2005): Jahrbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma. (<i>K. Fröhlich-Gildhoff</i>)	416
	Ritscher, W. (Hg.) (2005): Systemische Kinder und Jugendhilfe. Anregungen für die Praxis. (<i>G. Singe</i>)	847
10	Rittelmeyer, C. (2005): Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung – Ein Überblick. (<i>L. Unzner</i>)	742
	Rohrmann, S.; Rohrmann, T. (2005): Hochbegabte Kinder und Jugendliche. Diagnostik – Förderung – Beratung. (<i>D. Irblich</i>)	665
	Ruf, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. (<i>R. Mayr</i>)	741
15	Ruppert, F. (2005): Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	300
	Sarimski, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	94
	Schäfer, U.; Rütter, E. (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. (<i>E. Rhode</i>)	413
20	Schindler, H.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Anwendungsfelder systemischer Praxis. Ein Handbuch. (<i>I. Bohmann</i>)	573
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. (<i>K. Sarimski</i>)	661
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Verhaltensauffälligkeiten. (<i>K. Sarimski</i>)	661
25	Schott, H.; Tölle, R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. (<i>S. Auschra</i>)	840
	Schütz, A.; Selg, H.; Lautenbacher, S. (Hg.) (2005): Psychologie: Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. (<i>L. Unzner</i>)	666
30	Seiffge-Krenke, I. (Hg.) (2005): Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie. (<i>U. Kiefling</i>)	297
	Siegler, R.; DeLoache, J.; Eisenberg, N. (2005): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. (<i>L. Unzner</i>)	492
	Simon, H. (2005): Dyskalkulie – Kindern mit Rechenschwäche wirksam helfen. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Speck, V. (2004): Progressive Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
35	Speck, V. (2005): Training progressiver Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
	Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2005): Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten. (<i>D. Irblich</i>)	572
40	Suhr-Dachs, L.; Döpfner, M. (2005): Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd. 1. (<i>H. Mackenberg</i>)	414
	Thun-Hohenstein, L. (Hg.) (2005): Übergänge. Wendepunkte und Zäsuren in der kindlichen Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	295
42	Unterberg, D.J. (2005): Die Entwicklung von Kindern mit LRS nach Therapie durch ein sprachsystematisches Förderkonzept. (<i>M. Mickley</i>)	743
43	Venzlaff, U.; Foerster, K. (Hg.) (2004): Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. (<i>B. Reiners</i>)	230
44		
45		

1	Weiß, H.; Neuhäuser, G.; Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. (<i>M. Naggl</i>)	227
2	Westhoff, E. (2005): Geistige Behinderung (er-)leben. Eine Reise in fremde Welten. (<i>D. Irblich</i>)	296
3	Wirsching, M. (2005): Paar- und Familientherapie. Grundlagen, Methoden, Ziele. (<i>A. Zellner</i>)	497

Neuere Testverfahren / Test Reviews

10	Grob, A.; Smolenski, C. (2005): FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. (<i>C. Kirchheim</i>)	499
	Mariacher, H.; Neubauer, A. (2005): PAI 30. Test zur Praktischen Alltagsintelligenz. (<i>C. Kirchheim</i>)	162
	Rossmann, P. (2005): DTK. Depressionstest für Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	669

15	Editorial / Editorial	1, 101, 313, 507, 581, 751
	Autoren und Autorinnen / Authors	91, 155, 225, 293, 408, 491, 570, 660, 739, 838
	Gutachter und Gutachterinnen / Reviewer	93, 839
	Tagungskalender / Congress Dates	98, 165, 233, 309, 421, 502, 577, 672, 748, 849
20	Mitteilungen / Announcements	167, 674

Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugend-psychiatrischen Versorgung

Renate Schepker, Tilman Steinert, Joachim Jungmann, Frank Bergmann und Jörg M. Fegert

Summary

Quality characteristics of freedom-restricting coercive measures in child and adolescent psychiatry

Putting into practice legal prescriptions of both children's rights and the personal freedom guaranteed by the German basic constitutional law requires a reflected and sensitive use of freedom-restricting coercive measures. Such measures imply uncertainties and burdens for staff and patients in child and adolescent psychiatry. Using guidelines of psychiatric associations and instructions from three institutions, basic attitudes and quality characteristics of indication, performance, and participation with regard to freedom-restricting coercive measures are described.

Key words: coercion – seclusion – restraint – indication – participation – quality

Zusammenfassung

Die Umsetzung der juristischen Vorgaben zu den Kinderrechten einerseits und zur grundgesetzlich garantierten Freiheit der Person andererseits erfordert ein reflektiertes, sensibles Vorgehen mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen. Diese sind für Mitarbeiter wie Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Unsicherheiten und Belastungen verbunden. Anhand existierender Leitlinien der Fachgesellschaften und schriftlicher Anweisungen aus drei Institutionen zu freiheitseinschränkenden Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen werden Grundhaltungen sowie Qualitätsmerkmale zur Indikation, Durchführung und Partizipation herausgearbeitet.

Schlagwörter: freiheitseinschränkende Maßnahmen bei Jugendlichen – Indikation – Partizipation – Qualitätsmerkmale

1 Einleitung

Zwangsmaßnahmen beschränken das Recht auf Freiheit der Person und körperliche Unversehrtheit (Grundgesetz Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 und 2 und Art 104), das laut der UNO-Kinderrechtekonvention 1989, die im Jahr 1992 durch die Bundesrepub-

lik Deutschland ratifiziert wurde, auch bei Kindern und Jugendlichen nicht durch Elternrecht übersteuert werden darf. Daher sah sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie spätestens in den neunziger Jahren genötigt, sich damit auseinander zu setzen, „dass freiheitsentziehende Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung eine ultima ratio darstellen, die durch klare am Kindeswohl und an der körperlichen Unversehrtheit orientierte Indikationsbereiche legitimiert sind“ (Fegert 2001). Die Leitlinie des Klinikums am Weissenhof (2003) formuliert die Kindeswohlorientierung dahingehend, dass „freiheitsbeschränkende [...] Interventionen [...] nur gerechtfertigt [seien], wenn sie das Kind oder der Jugendliche vor oder nach Abklingen, eventuell auch während eines Erregungs- bzw. Ausnahmezustandes als Ausdruck einer therapeutisch und pädagogisch verantworteten Absicht erlebt, ihm die psychotherapeutische, heilpädagogisch begleitete Behandlung sicherzustellen, ohne die der Patient keinen Zugang zu seiner gestörten seelischen Entwicklung finden kann.“

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. entwickelte dazu eine erstmals 2000 veröffentlichte Leitlinie (Jungmann 2000) mit wesentlichen Orientierungshilfen, die vorab seit 1999 im Internet (www.kinderpsychiater.org) verfügbar war. Die Amerikanische Fachgesellschaft AACAP veröffentlichte ihre Leitlinie („Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions with special reference to seclusion and restraint“) im Jahr 2001.

Seit diesem Zeitpunkt besteht für alle Klinikleitungen über die rechtlich vorgegebene Notwendigkeit hinaus auch die durch Leitlinien erleichterte Möglichkeit, auf die Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, die Einhaltung der Indikationsgrenzen und die Qualität der Durchführung zu achten und diese organisatorisch abzusichern. Im Folgenden wird auf Entwicklungsprozesse eingegangen, wie sie exemplarisch in drei verschiedenen Institutionen – WI Hamm, Klinikum am Weissenhof und ZfP Weissenau – unter Leitung der Autoren erfolgt sind.

2 Grundlagen

Während die Leitlinie der Bundesarbeitsgemeinschaft (Jungmann 2000) „Einschluss, Fixierung, Festhalten oder ‚körperliche Führung bei pädagogischer Verweigerung‘“ als freiheitsentziehende Maßnahmen definiert, kam die Führungskonferenz des Westfälischen Instituts Hamm (2004) zu einer Definition, die „Isolierung, Fixierung, Zwangsmedikation und Zwangssondierung“ umfasste. Die Leitlinien des Klinikums am Weissenhof (2003) präzisieren: „Fixierung – in der Regel nur mit gleichzeitiger Medikation“. Diese Definition entspricht der Auffassung der US-Fachgesellschaft, die die „chemical restraints“ mit berücksichtigt wissen will (AACAP 2001). Die ausführlichste Definition traf die Abteilungskonferenz des ZfP Weissenau (2005) mit der Aufzählung: „Isolierung, Fixierung, Zwangsmedikation, Zwangsernährung, Maßnahmen der Körperhygiene unter Zwang sowie freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie z. B. das Festhalten bei Kindern (ggfs. auch zur zwangsweisen Blutentnahme)“.

Diese unterschiedlich breiten Definitionen weisen auf eine unterschiedliche Praxis in einzelnen Kliniken hin, welche freiheitseinschränkenden Maßnahmen zur Anwendung kommen und wie diese durch die Mitarbeiter der unterschiedlichen Berufsgruppen bewertet werden. Bundesweit ist nicht davon auszugehen, dass jede Klinik das gleiche Maßnahmenspektrum vorhält. Während in der Nachbarklinik eine Praxis der Fixierung bestand, jedoch keine räumliche Möglichkeit der Isolierung, war in Hamm bis 2004 ausschließlich die Praxis der Isolierung auch in ihren formalisierten Abläufen etabliert, einschließlich der körperlichen Führung unter Zwang in den dafür vorgesehenen reizarmen Raum. Es wurde der „Kriseninterventionsraum“ routiniert eingesetzt, während eine überwiegend ablehnende Haltung der pädagogisch-pflegerischen Mitarbeiter gegenüber Fixierungsmaßnahmen bestand.

Diese unterschiedlichen Haltungen und die unterschiedliche Praxis spiegeln die sich um dieses Thema rankenden teilweise irrationalen und oft sehr tabuisierten Grundhaltungen gegenüber Zwangsanwendung von in der Psychiatrie Tätigen wieder, die teilweise mit der Provenienz der beruflichen Sozialisation – eher pädagogisch oder eher medizinisch geprägt – erklärbar sind. Zur Unterstützung der Diskussion waren Fortbildungsveranstaltungen zur Ethik von Zwangsmaßnahmen (Günter 2002) und zu juristischen Aspekten hilfreich. Als deren wichtigstes Ergebnis war festzuhalten:

- Die verschiedenen Zwangsmaßnahmen sind in ihrer juristischen und ethischen Dimension gleich zu bewerten. Auch medizinisch gibt es keine Evidenz für den differenziellen Einsatz von Zwangsmaßnahmen (Sailas et al. 2000). Es gibt daher keine Zwangsmaßnahme, die prinzipiell „schlimmer“ oder „eingreifender“ ist als eine andere. Hiervon sind auch „medizinische“ Zwangsmaßnahmen wie Zwangssondierung bei Anorexia nervosa oder eine Zwangsmedikation im Erregungszustand oder bei Psychose betroffen.
- Für unterschiedliche Patienten kann jedoch eine bestimmte Zwangsmaßnahme als schwerwiegender einengend erlebbar werden als eine andere, so dass eine ärztliche Indikation der jeweiligen Maßnahme unter Berücksichtigung der individuellen Psychopathologie unabdingbar ist
- Freiheitseinschränkungen sind eher weit als eng zu definieren, so stellt zum Beispiel auch die Vortäuschung einer Einengung der Freiheit („Du kommst hier nicht raus, die Tür ist zu“ bei dennoch geöffneter Stationstür) eine Einschränkung der grundgesetzlich garantierten Freiheit dar; während eine medizinische Maßnahme wie eine Injektion gegen den erklärten Willen des Patienten den Tatbestand einer Verletzung der körperlichen Unversehrtheit erfüllt.

Eine erste Konsequenz aus dieser Erkenntnis war somit die Erweiterung des Spektrums an freiheitsentziehenden Maßnahmen in den Institutionen und auch das Bewusstmachen, dass bisher als „rein medizinisch“ (Injektion) oder „rein pädagogisch“ (Festhalten) anzusehende Vorgehensweisen darunter zu subsumieren sind. Die zweite Konsequenz war die der Einführung einer zu dokumentierenden (!) ärztlich-therapeutischen Indikationsstellung sowie der Dokumentierung der Durchführung (siehe 3).

Zur Qualitätssicherung von Zwangsmaßnahmen ist des Weiteren Voraussetzung, dass deren Anwendung so selten wie eben möglich erforderlich wird. Daher wurden in allen Institutionen breite Schulungen der Mitarbeiter der pflegerisch-pädagogischen und therapeutischen Berufsgruppen in Deeskalationstrainings durchgeführt. Das WI Hamm konstatiert in der Präambel zur Dienstanweisung: „Auch in Krisensituationen mit Gefahr im Verzug sollten dennoch sämtliche deeskalierenden Maßnahmen ausgeschöpft worden und bedachtes Vorgehen die Regel sein“ (WI Hamm 2004). Im ZfP Weissenau ist die Ausschöpfung deeskalierender Maßnahmen Teil der entsprechenden, schriftlichen Leitungsvorgaben (siehe 4), dies entspricht den US-Vorgaben auf evidenzbasiertem Niveau dass „jede Einheit über ein eigenes Deeskalationsprogramm verfügen“ solle (AACAP 2001).

Wird eine Zwangsmaßnahme erforderlich, ist deren menschenwürdiger Ablauf zu sichern. Dies geschieht am ehesten durch klare, mit der breiten Mitarbeiterschaft und der Leitung konsentierten, nachvollziehbare schriftliche Vorgaben zum Vorgehen und eine größtmögliche Transparenz des Vorgehens (siehe 4) sowie durch eine Nachbetrachtung des Einzelfalles (siehe 5).

3 Dokumentation

Qualitätssicherung im Sinne des PDCA-Zyklus (plan-do-check-act) erfordert eine nachvollziehbare Dokumentation der Praxis, um diese wiederum „checken“, das heißt, auswerten zu können. Die patientenbezogene Dokumentation von freiheitseinschränkenden Maßnahmen richtet sich nach Trägervorgaben und Verfügungen, sofern diese vorhanden sind.

Interessanterweise bestand eine trägerabhängige Dokumentationsvorgabe – aus einer psychiatrisch-medizinischen Tradition heraus – beim Träger des Westfälischen Instituts Hamm, dem LWL, nur für Fixierungen. Beim Träger des ZfP Weissenau war eine standardisierte, per Dienstanweisung verpflichtende Dokumentation bereits für ein deutlich breiteres Spektrum von Zwangsmaßnahmen und gleichermaßen für alle Fachabteilungen entwickelt (Martin et al. 2006) und ließ Raum für abweichende Zusätze, das heißt, auch weitere Maßnahmen konnten erfasst werden. In Hamm wurde traditionell für Isolierungen ein hauseigenes Kriseninterventionsprotokoll gefertigt, für Fixierungen das Trägerprotokoll ausgefüllt, und weitere Zwangsmaßnahmen wurden formlos in der Patientenakte dokumentiert. Unter Qualitätssicherungsaspekten musste ein neuer, für alle definierten Maßnahmen gültiger Kinder- und Jugendpsychiatrie-spezifischer Dokumentationsbogen entwickelt werden.

Die unterschiedlichen Standards in den beiden Bundesländern sind nicht mit dem jeweils gültigen Landesrecht erklärbar. Während in Nordrhein-Westfalen die Staatlichen Besuchskommissionen nach § 27 PsychKG NRW¹ seit 1999 statistische

¹ Von den Bezirksregierungen durchgeführte jährliche unangekündigte Besuche in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen unter Beteiligung juristischer und medizinischer Sachverständiger sowie Vertretern der Patienten- und Angehörigenorganisationen.

Dokumentationen aller erfolgten freiheitseinschränkenden Maßnahmen verlangten, ist eine solche externe Kontrollinstanz in Baden-Württemberg nicht etabliert.

Die statistische Erfassung der erfolgten freiheitseinschränkenden Maßnahmen erfolgte am Ende des Entwicklungsprozesses in Hamm über die Bereichsärzte mittels eines zusätzlich entwickelten Formblattes und konnte wie vereinbart auf Wunsch der Staatlichen Besuchskommission vorgelegt werden. Im ZiP Weissenau wurde im Rahmen eines Qualitätssicherungsprojektes (Steinert u. Baur 2004) jede in der elektronischen Patientenakte der Patienten dokumentierte Zwangsmaßnahme zentral anonymisiert ausgewertet und darüber jeder Abteilung eine stationsbezogene Statistik zur Verfügung gestellt (siehe dazu Fetzer et al. 2006). Hier beinhaltet die Dokumentation eine Liste möglicher Indikationen, die Hauptdiagnose, das Geburtsdatum und Geschlecht der Patienten, die Art und Dauer der Maßnahme sowie die durchführende Station. Der Durchführungsnachweis der Maßnahme wird unabhängig davon in beiden Institutionen jeweils dem zuständigen fachärztlichen Leiter zur Kenntnisnahme und Unterschrift vorgelegt.

4 Transparenz und Vorgaben zum konkreten Vorgehen im Rahmen einer Zwangsmaßnahme

Bei PsychKG-Patienten sind in Nordrhein-Westfalen individuell durchgeführte Zwangsmaßnahmen qua Gesetz dem Verfahrenspfleger und der Vertrauensperson zu melden. Die erfolgte Mitteilung ist in der Patientenakte zu dokumentieren. Es gibt keinen juristischen Anlass, dieses Vorgehen bei Kindern anders zu handhaben. Daher sollte es Usus sein, von jeder erfolgten freiheitseinschränkenden Maßnahme die Sorgeberechtigten bzw. Bezugspersonen eines Patienten zu informieren. Die Dienstanweisung in Hamm formuliert dazu (WI Hamm 2004):

1. Bei freiwillig untergebrachten Patienten, die z. B. im Rahmen eines akuten Erregungszustandes kurzfristig isoliert oder fixiert werden müssen, sind die Sorgeberechtigten im Nachhinein über die Behandlungsmaßnahme in Kenntnis zu setzen.
2. Bei gerichtlich untergebrachten Patienten sind Maßnahmen im Nachhinein dem gesetzlichen Vertreter (Eltern) und dem Verfahrenspfleger mitzuteilen.
3. Bei absehbar sich wiederholenden freiheitsentziehenden Maßnahmen gilt:
 - 3.1. für freiwillig untergebrachte Patienten mit chronifizierter Störung und rezidivierenden Ausbrüchen sollte das Einverständnis beider Eltern und/oder des Jugendlichen (je nach sozialer Reife) mit der konkreten Maßnahme im Rahmen eines Behandlungsvertrages vorher festgelegt werden; sofern eine Besserung nicht absehbar wird und Isolierungen/Fixierungen häufig vorkommen, ist richterliche Genehmigung bzw. zusätzlich geschlossene Unterbringung erforderlich.
 - 3.2. bei familiengerichtlich untergebrachten Patienten i. R. § 1631b BGB erfordert eine Isolierung oder Fixierung Absprache mit beiden Eltern (im Idealfall vorher); eine Genehmigung über das Familiengericht ist bei regelmäßiger bzw. länger andauernder Isolation (über 24 h) zu beantragen (Telefonate mit dem Richter sind zu dokumentieren!).

- 3.3. bei PsychKG-Patienten ist das Gericht und der Verfahrenspfleger bzw. die Vertrauensperson (meist die Eltern) in Kenntnis zu setzen.
- 3.4. Unabhängig vom Grad der Kooperation der Sorgeberechtigten sollen wenn möglich diese regelhaft bei Isolierung, Fixierung oder anderen Zwangsmaßnahmen (Medikation, Sondenernährung) in Kenntnis gesetzt werden“ (WI Hamm 2004).

Nicht jedes Familiengericht teilt die Rechtsauffassung, dass freiheitseinschränkende, insbesondere medizinische Maßnahmen im Rahmen eines Unterbringungsbeschlusses nach § 1631b BGB gesondert zu genehmigen seien. Auf die Diskrepanz dieser Rechtsauffassung zu einigen Unterbringungsgesetzen der Länder, hier zum PsychKG NRW (analog: Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen), das eine Zwangsbehandlung explizit ausschließt, sei hingewiesen (vgl. Martin u. Steinert 2005). Das Baden-Württembergische Unterbringungsgesetz schließt Behandlungsmaßnahmen ausdrücklich ein. Zumindest für die Bundesländer, die bei einer Unterbringung gegen den Willen des Patienten Behandlungsmaßnahmen nicht inkludiert sehen (Übersicht bei Martin u. Steinert 2005), sei jeweils eine Antragstellung empfohlen. Explizit sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass eine Zwangsmedikation nicht mit Off-label-Präparaten erfolgen soll, da eine haftungsrechtliche Absicherung nicht gewährleistet ist (vgl. Fegert et al. 1999; Rothärmel et al. 2006).

Die Aufnahmemodalitäten des ZfP Weissenau sehen weitergehend eine vorherige schriftliche Einwilligung der Eltern in möglich werdende freiheitseinschränkende Maßnahmen vor. Teil dieser schriftlichen Vereinbarung ist die Verpflichtung der Klinik, die Eltern unmittelbar über etwaige Maßnahmen bezüglich ihres Kindes zu informieren. Ebenso gehört es zur Stationsbesichtigung vor einer geplanten stationären Aufnahme, Patienten und Eltern über mögliche freiheitseinschränkende Maßnahmen zu informieren und die entsprechenden Räumlichkeiten für Isolierungen besichtigen zu lassen.

Zur Transparenz dient eine genaue Dokumentation über Anlass, Durchführung und Verlauf der Maßnahme. Nach den Vorgaben der Staatlichen Besuchskommissionen in NRW wird dazu eine schriftliche Vorgabe etwa in Form einer Dienstanweisung erwartet. Hierbei sind institutionsinterne Vorgaben zum Vorgehen von großer Bedeutung. Die Dienstanweisung in Hamm beinhaltet Vorgaben zu einem hierarchisierten Indizieren von Freiheitsentziehung: „In aller Regel wird Fixierung daher nur bei schwer selbstgefährdenden Patienten angewandt, bei denen

- eine Isolierung nicht angezeigt ist (z. B. aufgrund von früherer Traumatisierung mit Weiterbestehen von Verletzungsgefahr im Kriseninterventionsraum oder mit Agieren um die Re-Traumatisierung durch Verbringen in den Kriseninterventionsraum) oder bei denen
- ein kontinuierlicher persönlicher pädagogisch-pflegerischer Kontakt erforderlich ist (z. B. aufgrund von schweren dissoziativen Zuständen oder aufgrund der Erfordernisse einer kontinuierlichen Vitalzeichenkontrolle)“ (WI Hamm 2004).

Demgegenüber konstatiert die Leitlinie des ZfP Weissenau, dass es eine solche Hierarchie explizit nicht geben könne: „In jedem Fall ist zu prüfen, ob durch Verabreichung einer geeigneten Medikation eine Zwangsmaßnahme vermieden oder abge-

kürzt werden kann. Grundsätzlich sollte mit Zwangsmaßnahmen im Sinne eines abgestuften Repertoires umgegangen werden, d. h. es ist jeweils sorgfältig zu prüfen, welche Maßnahme am wenigsten eingreifend ist. Dafür gibt es keine generellen Regeln“ (ZfP Weissenau 2005).

Expliziter wird die Leitlinie des ZfP hinsichtlich deeskalierender Maßnahmen. Hier wird beschrieben, dass sofern nicht unmittelbare Gefahr sofortige Sicherungsmaßnahmen verlange, zunächst in einem *Stufenplan* andere Deeskalationsmöglichkeiten erprobt werden müssen: „Derartige vorher zu erprobende Möglichkeiten sind z. B.: Verbale Deeskalation, Gespräch mit Sorgeberechtigten oder Vertrauensperson, verbale Grenzsetzungen, Anbieten von evtl. notwendiger Medikation, Verweis von der Station (z. B. Garten), warmes Bad, kurzes ‚Time-out‘ im eigenen Zimmer, Anbieten von Bewegung (z. B. Tischtennis, Spaziergehen, Laufen), Essen anbieten (z. B. Süßigkeiten), Beruhigungstee kochen, Ernstnehmen der Wünsche des Kindes oder Jugendlichen (prüfen, ob Forderungen nachgegeben werden kann), Aufzeigen von anderen Lösungsmöglichkeiten (z. B. Gespräch mit Bezugsperson oder Therapeut). Ergänzend kommt eine Einzelbetreuung über längere Zeit mit ständiger Begleitung in Frage“ (ZfP Weissenau 2005).

Auch hinsichtlich der Durchführung ist die ZfP-Leitlinie sehr konkret und beschreibt – entsprechend der Rahmenvorgabe für das gesamte Haus – unter dem Stichwort „menschenwürdige Gestaltung“ das Recht der Patienten, zum Beispiel auch während einer Fixierung Besuch zu erhalten, den Umgang mit Nahrungsaufnahme und Ausscheidungen oder das Mitnehmen von Getränk, Kuscheltier und Lesestoff in den Isolierraum. Der Qualitätssicherung und Transparenz dient wiederum, dass diese Leitlinie auf dem Intranet verfügbar und damit zumindest institutionsöffentlich ist. Für die Mitarbeiter sind Ablaufschemata wie das in Abbildung 1 am Beispiel der Isolierung dargestellte hilfreich.

Isolierung Ablaufschema

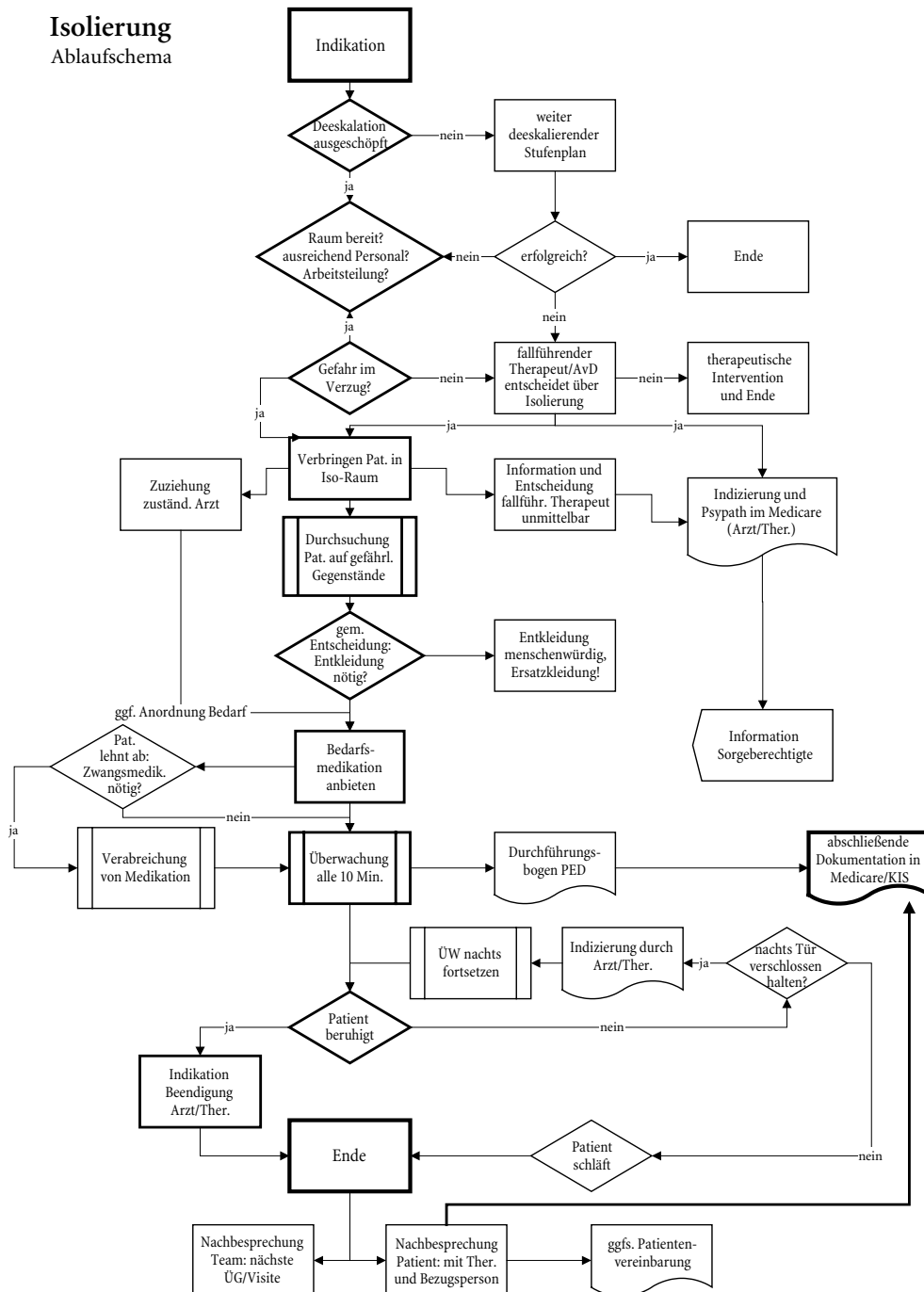


Abb. 1: Beispiel eines Ablaufschemas bezüglich freiheitseinschränkender Maßnahmen, Abteilung KJPP des ZfP Weissenau, Stand Januar 2006

5 Nachbearbeitung

Eine Nachbesprechung des Anlasses, der Indikation und des Vorgehens im Behandlungsteam bezogen auf einen bestimmten Patienten kann essentielle Hinweise für die weitere Behandlungsstrategie liefern und sollte unabdingbarer Besprechungspunkt spätestens in der nächsten Visite oder Fallkonferenz sein. Hierbei ist von großer Bedeutung, freiheitseinschränkende Maßnahmen im Team nicht als „Super-GAU“ in einer Behandlung zu brandmarken, sondern als hinweisende Ereignisse für weitere Behandlungsschritte auszuwerten.

Die angstvolle Erwähnung des „flatternden schwarzen Käfers“ und des „Tisches, der mich auffressen will und mit offenem Mund auf mich zufliegt“ von einer nach einem Erregungsturm isolierten Jugendlichen gegenüber der betreuenden Mitarbeiterin wurde zum wichtigen Baustein in der Diagnose einer psychotischen Störung.

Einer deutlichen Entspannung einer psychosenahen Borderline-Patientin nach der letztlich erfolgten Fixierung waren stundenlange Verhandlungen, sadomasochistisch gefärbte Drohungen, Isolierungsmaßnahmen mit notwendigem körperlichen Zupacken und heftiger Erregung vorausgegangen. Dies führte in Würdigung der Missbrauchsvorgeschichte zum Ausschluss von Isolierungsmaßnahmen aus dem Handlungsrepertoire und zu einem individuellen „Deeskalationsplan“, der bei unerträglicher Spannung eine ruhig durchgeführte kurzfristige Fixierung beinhaltete. Diese Festlegung trug dazu bei, dass die Patientin mit eigener Erregung wesentlich gelassener umgehen konnte, da sie sich der wenig traumatischen Beendigung sicher sein konnte, und führte zu einer deutlichen Reduktion der Häufigkeit notwendiger Zwangsmaßnahmen bis zu deren völligem Sistieren.

Dazu gehören durchaus auch Elemente des Gegenübertragungserlebens der beteiligten Mitarbeiter.

So war es für die Behandlung bei einem 17-jährigen schizoiden und sehr bedrohlich wirkenden Patienten essentiell, dass er nach Vorbesprechung im Team von einer an seiner Isolierung mitbeteiligten Bezugsperson und dem Therapeuten die existenzielle Angst gespiegelt bekam, die er auszulösen in der Lage war und bei sich selbst bis dato nicht wahrgenommen hatte. Es konnten mit ihm Lösungsstrategien erarbeitet werden, zukünftige Eskalationen zu vermeiden.

Im Rahmen einer allgemeinen Nachbesprechung unabhängig vom individuellen Patienten sollte die regelmäßige Besprechung der geführten „Zwangmaßnahmenstatistik“ in einem dafür geeigneten Gremium stattfinden, das alle beteiligten Berufsgruppen umfassen muss, und entsprechende Überarbeitungen der internen Leitlinien oder Dienstanweisungen. Zur Sinnhaftigkeit und dem großen Reflektionspotenzial einer solchen Betrachtung im Sinne qualitätssichernder Rückkopplungsschleifen sei auf Fetzer et al. (2006) verwiesen.

Die Überarbeitung der Leitlinie im Dezember 2005 hat eine Nachbesprechung mit dem jeweiligen Patienten aufgenommen: „Mit dem betroffenen Patienten ist die Maßnahme therapeutisch zu bearbeiten (der Rahmen wird je nach Patient und Situation variieren). Verantwortlich dafür sind der fallführende Therapeut sowie die pflegerische Stationsleitung. Bei Verbesserungsbedarf sind ggfs. unter Einbeziehung der Leitung entsprechende Schritte einzuleiten.“

6 Diskussion

Schon Pinel hat freiheitseinschränkende Maßnahmen als solche definiert, die Patienten davon abhalten, sich selbst oder andere zu gefährden unter Bedingungen, die Respekt und möglichst viel persönliche Freiheit fördern (Pinel 1794; in Weiner 1992). Dem Aspekt der Wahrung der persönlichen Würde des Patienten kommt in der Durchführung der Maßnahmen besondere Bedeutung zu, die sich vor allem dann erschließt, wenn in der Nachbesprechung wichtige Hinweise für das weitere therapeutische Vorgehen erarbeitet werden können. Dann erst wird der Bedeutung freiheitseinschränkender Maßnahmen „zur Sicherung des Behandlungszieles“ (Jungmann 2000) Rechnung getragen.

Die „Minimalstandards“ der US-Leitlinien fordern „regelmäßige, mindestens jährliche Fortbildungen von Einrichtungen, Mitarbeitern und Ärzten“ hinsichtlich neuer Entwicklungen im „akademischen, rechtlichen, Patientenrechts- und berufsverbandlichen“ Bereich (AACAP 2001). Die psychischen Belastungen des Personals und die Rollenkonflikte, die mit freiheitseinschränkendem Handeln verbunden sind, finden sich dort nur indirekt in der Forderung eines „debriefings“ für das Personal und des Hinweises, dass Zwangsmaßnahmen nicht zur Kompensation von unzureichender Personalausstattung und nicht durch angelerntes Personal durchgeführt werden dürfen (AACAP 2001). Deutlicher ist hier die Leitlinie der Bundesarbeitsgemeinschaft (Jungmann 2000), die „entsprechend qualifiziertes Personal und ausreichend gestaltete materielle Ressourcen“ sowie „intensive Supervision des Personals“ als „Pflichtteil einer solchen Arbeit“ fordert. Dieses kann in Zeiten der Deckelung von Krankenhausbudgets und einer sinkenden Erfüllung der Psychiatrie-Personalverordnung in jugendpsychiatrischen Einrichtungen nicht genug betont werden. Supervision dient hier nicht nur der Psychohygiene der beteiligten Mitarbeiter, sondern ist als fester Bestandteil der Strukturqualität anzusehen.

Hinsichtlich der Patientenpartizipation gehen die US-Leitlinien weiter als die meisten bundesdeutschen. Sie erfordern eine regelmäßige „debriefing session“ mit dem Patienten, erwähnen die Möglichkeit einer schriftlichen Stellungnahme des Patienten zu Anwendung und Verlauf einer Maßnahme und verlangen die Verfügbarkeit von unabhängigen Ombudsmännern für Patienten und Familien für Eingaben hinsichtlich des Gebrauchs restriktiver Maßnahmen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie bisher wenig verbreitet ist die Erstellung von „Patientenverfügungen“ in denen Patienten für Situationen zukünftiger Krankheitsexazerbationen festlegen können, welches Vorgehen ihnen am angenehmsten sein wird (z. B. Brill u. Marschner 2005). Zwar sind diese bei Minderjährigen nicht juristisch bindend, jedoch sind sie im therapeutischen Prozess für Jugendliche, die absehbar weiterhin Freiheitseinschränkungen erfahren könnten, ein sinnvolles Vorgehen zur Sicherung ihrer Teilhabe einerseits und der Qualitätssicherung andererseits.

Die hier getroffenen Empfehlungen sind letztlich nicht auf kinder- und jugendpsychiatrische Institutionen beschränkt, worauf auch die US-Empfehlungen hinweisen, sondern sie können analog auch auf andere Einrichtungen übertragen werden, wie Jugendhilfeeinrichtungen mit psychisch kranken Bewohnern, Jugendstrafvollzug oder Arrestanstalten (AACAP 2001). Die deutschlandweite Diskussion im Bereich der

Jugendhilfe steht dazu erst am Anfang, überwiegend werden freiheitsentziehende Maßnahmen rundheraus als unpädagogisch abgelehnt, werden definitorische Mängel und der Mangel an empirischer Erkenntnis beklagt (AFET 2002).

Ohne jede Frage erfordert der Gebrauch von freiheitseinschränkenden Maßnahmen „starke klinische Leitungskompetenz“ (AACAP 2001). Während die AACAP fordert, dass als Minimalstandard jede Einrichtung eine Kommission haben sollte, die den Überblick über die Praxis freiheitseinschränkender Maßnahmen zu behalten hat, ist dies hierzulande wenig etabliert. Der Vorschlag eines „peer reviews“, des Gebrauchs solcher Maßnahmen ist dahingehend angezeigt, wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bis auf die landesspezifischen Besuche von „Staatlichen Besuchskommissionen“ jedoch kaum praktiziert. Hierin besteht eine qualitätssichernde, zukünftige Aufgabe der Landesarbeitsgemeinschaften Leitender Klinikärzte und Leitender Mitarbeiter der Pflege- und Erziehungsdienste.

Literatur

- AACAP – American Academy for Child and Adolescent Psychiatry (2001): Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions with special reference to seclusion and restraint.
- AFET – Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe e. V. (2002): Mehr Transparenz und Rechtskonformität bei der gerichtlichen Genehmigung und der Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen in der Jugendhilfe. Mitteilungen LJA LWL 150/2002: 39–41.
- Brill, K. E.; Marschner, R. (2005): Psychisch Kranke im Recht. 4. überarb. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Fegert, J. M. (2001): Freiheitsentziehende Maßnahmen und die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie In: Fegert, J. M.; Späth, K.; Salgo, L. (Hg.): Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Münster: Votum, S. 173–183.
- Fegert, J. M.; Häbeler, F.; Rothärmel, S. (Hg.) (1999): Atypische Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Schattauer.
- 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: 754–766.
- Günter, M. (2002): Ethik von Zwangsmaßnahmen. Vortrag. Westfälisches Institut Hamm. Unveröffentlichte Powerpoint-Version.
- Jungmann, J.; Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. (2000): Leitlinie: Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Krankenhauspsychiatrie 11: 70–73.
- Klinikum am Weissenhof (2003): Leitlinien für die pädagogische Struktursetzung und Anwendung von freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Klinikum am Weissenhof. Weinsberg, 7.7.2003.
- Martin, V.; Steinert, T.; Martin, V.; Kuster, W.; Baur, M. (2006): Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsmerkmal in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. Psychiat. Prax. (im Druck).
- Martin, V.; Steinert, T. (2005): Ein Vergleich der Unterbringungsgesetze in den 16 deutschen Bundesländern. Krankenhauspsychiatrie 16: 2–12.
- Rothärmel, S.; Dippold, I.; Wiethoff, K.; Wolfslast, G.; Fegert, J. M. (2006): Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Sailas, E.; Fenton, M. (2000): Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. The Cochrane database of systematic reviews. CD 001163.
- Steinert, T.; Baur, M. (2004): Erfassung und Reduktion von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Krankenhaus. *Psychiat. Prax.* 31, Suppl. 1: 18–20.
- Weiner, D. (1992): Pinel's „Memoir on Madness“ of December 11, 1794: A Fundamental Text of Modern Psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 149: 725–732.
- Westfälisches Institut Hamm (2004): Dienstanweisung zu Maßnahmen, die die Persönlichkeitsrechte einschränken, im Westfälischen Institut Hamm. Beschluss der Führungskonferenz, 13.9.2004.
- ZfP Weissenau, Abteilung Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2005): Leitlinien für den Umgang mit Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 6. Fassung, Stand Dezember 2005.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Renate Schepker, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, ZfP Weissenau, Weingartshofer Straße 2, 88214 Ravensburg;
E-Mail: renate.schepker@zfp-weissenau.de