Julius-Maximilians-
UNIVERSITÄT
WÜRZBURG

Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Soziales, Familie und Integration

Universitätsklinikum
Würzburg

# REDUKTION VON FREIHEITBESCHRÄNKENDEN MAßNAHMEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG: GRUNDLAGEN EINER INTERDISZIPLINÄREN ALLIANZ

# REDUGIA

## ERGEBNISBERICHT

# Inhalt

1 Zusammenfassung ..... 3
2 Arbeitsgruppe ..... 5
3 Zielsetzung ..... 5
4 Versorgungssituation vor Novellierung des §1631b BGB ..... 7
Struktur der Heimeinrichtungen ..... 7
Häufigkeit von herausforderndem Verhalten ..... 8
Häufigkeit Freiheitsentziehender Maßnahmen ..... 9
Ausmaß der Mitarbeiterbelastung ..... 11
5 Versorgungssituation nach Novellierung des § 1631b BGB ..... 12
Versorgungssituation ..... 12
Mitarbeiterbelastung ..... 13
Herausforderndes Verhalten ..... 13
Freiheitsentziehende Maßnahmen ..... 15
6 Freiheitsentziehende Maßnahmen in der interdisziplinären Betrachtung ..... 17
7 Definition von freiheitsentziehenden Maßnahmen ..... 19
8 Analyse von Interventionskonzepten ..... 20
9 Handlungsempfehlungen zur Reduktion von FeM aus der Sicht der Mitarbeitenden ..... 22
10 Diskussion ..... 26
Literaturverzeichnis ..... 30

# 1 Zusammenfassung

In Bayern leben gemäß bisherigen Schätzungen etwa 1200 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung in Heimeinrichtungen [1]. In medialen Berichterstattungen im Jahr 2015 wurde Kritik laut, dass diese Kinder und Jugendlichen unzulässigen freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) ausgesetzt sein könnten. Bislang existieren keine systematischen Daten über Anzahl der jungen Menschen mit geistiger Behinderung in bayerischen Heimeinrichtungen sowie über die Häufigkeit von FeM in dieser Gruppe. Im Rahmen des Projekts REDUGIA, finanziert durch das bayerische Sozialministerium, wurde eine repräsentative Erhebung in bayerischen Heimeinrichtungen durchgeführt zur Häufigkeit von FeM, zu sogenanntem „herausforderndem Verhalten“ der Kinder und Jugendlichen sowie der Mitarbeiterbelastung. Es wurde untersucht, welcher Zusammenhang zwischen dem Auftreten von herausforderndem Verhalten (hfV) und der Anwendung von FeM besteht. Diese Untersuchung wurde zweizeitig (vor und 2 Jahre nach Novellierung des §1631b BGB) durchgeführt. Zudem wurden mittels qualitativer Interviews und Surveys Informationen über die Haltung zu FeM und Unterschiede in der Einschätzung der Angemessenheit von FeM zwischen Eltern, Pädagogen, Pflegekräften, Ärzten, Richtern und Verfahrensbeiständen erhoben. Schließlich wurden aus den Daten eine interdisziplinär valide Definition von FeM sowie Empfehlungen für Maßnahmen zur Reduktion von FeM abgeleitet.

Im Ergebnis konnten erstmalig repräsentative Daten über die Situation von Kindern und Jugendlichen in bayerischen Heimeinrichtungen erhoben werden. Gegenüber früheren Schätzungen konnte gezeigt werden, dass von knapp 2000 Kindern und Jugendlichen in etwa drei Viertel der 61 teilnehmenden Einrichtungen weder hfV in relevantem Ausmaß auftritt noch FeM angewandt werden. In etwa einem Viertel der Einrichtungen leben junge Menschen mit auto- und fremdaggressivem Verhaltensweisen, die auch vermehrt FeM erleben. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen hfV und der Anwendung von FeM. Im Rahmen der Erhebung der Mitarbeiterbelastung konnte gezeigt werden, dass es bei n=1809 Vollzeitstellenäquivalenten innerhalb von 14 Tagen zu n=639 körperlichen Angriffen durch die BewohnerInnen kam. Innerhalb von 12 Monaten wurden n=85 Krankmeldungen sowie n=33 Versetzungsanträge bzw. Kündigungen aufgrund von herausforderndem Verhalten berichtet. Auch diese Belastungen fokussieren sich auf Einrichtungen, in denen junge Menschen mit hohem Ausmaß an hfV leben. In der zweiten Erhebung nach der Novellierung des §1631b BGB, welche eine richterliche Genehmigungspflicht für FeM einführte, konnte belegt werden, dass die Rate an FeM nominell reduziert war. Diese Veränderung kann wahrscheinlich nicht allein auf die Gesetzesnovellierung zurückgeführt werden.

Aus den qualitativen Interviews konnten prototypische Konstellationen der Anwendung von FeM identifiziert werden, deren Beurteilung durch die verschiedenen Disziplinen bzw. Gruppen uneinheitlich war. Insofern bestehen unterschiedliche Haltungen gegenüber FeM, die einheitliche Konzepte zur Reduktion erschweren. Dennoch konnte eine Vielzahl von Empfehlungen abgeleitet werden, die in dem Abschlussbericht zusammengefasst sind.

Die Ergebnisse von REDUGIA belegen, dass FeM kein flächendeckendes Phänomen darstellen, sondern sich auf einige spezialisierte Einrichtungen fokussieren. FeM ist korreliert mit selbst- und fremdaggressivem Verhaltensweisen der betroffenen Kinder und Jugendlichen bei Kin-

dern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung, welche wiederum mit dem Ausmaß der Mitarbeiterbelastung in Zusammenhang stehen. Unsere Daten legen nahe, dass gesetzliche Regelungen eine wichtige Basis darstellen, um fachliche Änderungen zu befördern. Zudem unterstützen sie die Wahrnehmung, dass intensivierte Maßnahmen zur Prävention von Aggression und Freiheitsentzug erforderlich sind.

## 2 Arbeitsgruppe

Der Begriff „Interdisziplinäre Allianz“ im Titel des Projektes weist auf das Erfordernis zur interdisziplinären Zusammenarbeit hin, um komplexe Forschungsfragen in Bezug auf junge Menschen mit geistiger Behinderung zu adressieren. Der Name spiegelt zudem die Notwendigkeit einer disziplinübergreifenden Zusammenarbeit wider, um eine angemessene und von einer ethischen Grundhaltung getragene Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung1 sicherzustellen.

Neben den Antragstellern Prof. Ratz (Lehrstuhl für Sonderpädagogik IV, Pädagogik bei geistiger Behinderung, Universität Würzburg) und Prof. Romanos (Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Würzburg, und Institutsvorstand Deutsches Zentrum für Präventionsforschung Psychische Gesundheit, Universität Würzburg) waren hauptamtliche Mitarbeiterinnen Frau Elisabeth Werner (M.A. Pädagogik) und Simone Volmer-Brinkmann (Dipl. Reha-Pädagogik). Frau Volmer-Brinkmann ist aus persönlichen Gründen vor Laufzeitende aus dem Projekt ausgeschieden. Frau Dipl.-Psych. Dr. Julia Geißler konnte im Weiteren für das Projekt gewonnen werden.

## 3 Zielsetzung

Innerhalb des Projektverbunds SEKIB befasst sich REDUGIA mit den grundlegenden Fakten und Entwicklungen im Zusammenhang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung in Bayern [2]. Der Zeitpunkt des Projektbeginns fiel mit dem Einsetzen des 10-Punkte Programms des StMAS [3], und damit auch der Novellierung des §1631 BGB zusammen. Die Struktur der staatlichen Zuständigkeiten der stationären Einrichtungen zwischen Ministerium, Regierungen und Bezirken macht es ausgesprochen schwer, aus administrativer Perspektive die Gesamtentwicklung in den Einrichtungen zu verfolgen.

### *Ziel 1: Darstellung des Status Quo*

Zum Zeitpunkt der ersten Befragung wurde der Status Quo der Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung in stationären Wohneinrichtungen in Bayern erhoben. Diese Erhebung bezog sich auf die Zeit vor der Novellierung des §1631 b BGB. (s. Kapitel 4)

### *Ziel 2: Darstellung der Veränderung*

Nach zwei Jahren wurde die Basiserhebung mit der gleichen Methodik wiederholt. Auf dieser Grundlage wird die Veränderung im Rahmen der rechtlichen und administrativen Verände-

---

[1] In der Medizin wird gemäß ICD-10 von Intelligenzminderung (IM) gesprochen, in der (Sonder-) Pädagogik von Menschen mit geistiger Behinderung und im Kultusbereich vom Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. In diesem Bericht wird einheitlich die pädagogische Begrifflichkeit gewählt.

rungen in Bezug auf die Anwendung von Freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung in stationären Wohneinrichtungen in Bayern nach der Novellierung des §1631 b BGB untersucht (s. Kapitel 5).

*Ziel 3: Erfassung der diskrepanten Wahrnehmung von FeM*

Basierend auf der Hypothese, dass sich die Einschätzungen unterschiedlicher Berufs- und Personengruppen bezüglich der Definition und der Angemessenheit von FeM unterscheiden, verfolgten wir das Ziel, diese diskrepanten Einschätzungen zu erfassen und aus diesen Erkenntnissen eine interdisziplinär valide Definition von FeM zu erstellen (s. Kapitel 6 und 7).

*Ziel 4: Analyse von Interventionskonzepten*

Unterschiedliche Konzepte zum Umgang mit HfV können die Häufigkeit in der Anwendung von FeM bedingen. Zu diesem Zweck wurde die existierende Literatur hinsichtlich etablierter Konzepte ausgewertet. Weiterhin wurden qualitative Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Einrichtungen durchgeführt und die existierenden Vorgehensweisen analysiert (s. Kapitel 8).

*Ziel 5: Handlungsempfehlungen zur Reduktion von FeM*

Aus den erhobenen multimodalen Daten wurde durch die Arbeitsgruppe eine Reihe von Empfehlungen auf unterschiedlichen Handlungsebenen erstellt. (s. Kapitel 9)

Abbildung 1 veranschaulicht das methodische Vorgehen von REDUGIA in der Projektlaufzeit von 2017 bis 2020.

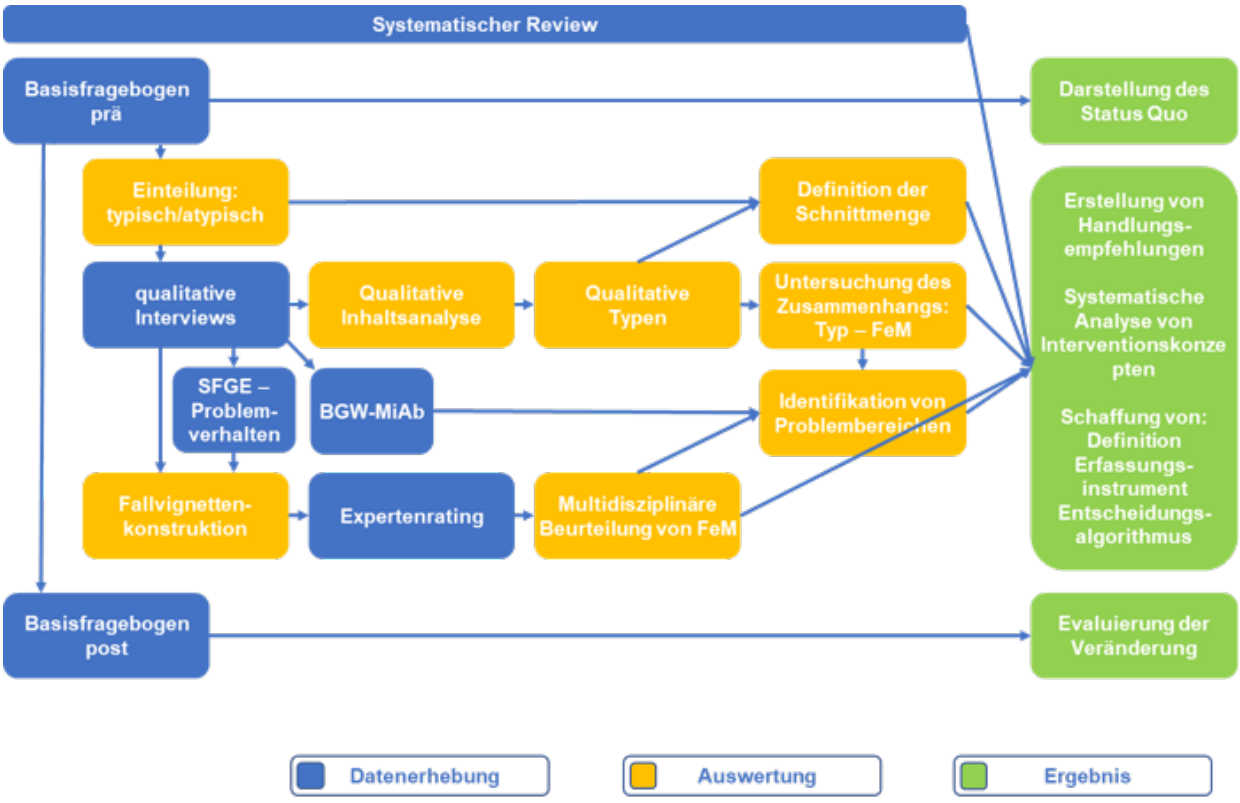


*Abbildung 1: Datenerhebung, Auswertung und Ergebnisse in REDUGIA.*

Die folgenden Daten sind eine Auswahl der erhobenen Befunde. Weitere Details sind der Dissertationsschrift von Elisabeth Werner (avisierte Veröffentlichung Frühjahr 2021) sowie unseren wissenschaftlichen Publikationen (in Vorbereitung) zu entnehmen.

# 4 Versorgungssituation vor Novellierung des §1631b BGB

Im Folgenden werden die Ergebnisse zur Erhebung der Versorgungssituation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung in stationären Einrichtungen in Bayern beschrieben.

## Struktur der Heimeinrichtungen

Das Ziel der ersten Erhebung zu Beginn der Projektlaufzeit war die Erfassung des Status quo vor Inkrafttreten der Novellierung des § 1631b BGB zum 01.10.2017. Der Abgleich der Daten des StMAS mit den Heimaufsichten an den Regierungen bezüglich der Gesamtheit der bestehenden Einrichtungen sowie eigene Recherchen ergaben eine Grundgesamtheit von 65 stationären Einrichtungen in Bayern, die potentiell Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung aufnehmen. An diese Einrichtungen wurde ein Fragebogen versandt, aus dem die hier vorgestellten Ergebnisse resultieren.

Die 61 teilnehmenden vollstationären Einrichtungen wurden in insgesamt 51 vollständigen Fragebögen charakterisiert, da für mehrere Einrichtungen in gleicher Trägerschaft die Fragen summarisch beantwortet wurden. Insgesamt lebten in Bayern zum Erhebungszeitpunkt Oktober 2017 in den 61 Einrichtungen 1839 Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung (Tab. 1). Diese Zahl übersteigt bisherige Schätzungen [1] deutlich, möglicherweise, weil in den bisherigen Erhebungen nicht scharf zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen abgegrenzt wurde. In den Einrichtungen sind insgesamt 282 Gruppen organisiert, davon 34 Intensivgruppen mit insgesamt 173 Kindern verteilt auf 16 Einrichtungen. Die mittlere Gruppengröße betrug 6,5 Kinder. In den Intensivgruppen leben im Durchschnitt 5,1 Kinder. Entsprechend den gültigen Heimrichtlinien bieten Intensivgruppen „intensiv-pädagogische Betreuung und Förderung für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige mit Behinderung und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, psychiatrischen Störungsbildern sowie massiven anhaltenden Verhaltensauffälligkeiten an, die ein besonders hohes Schutzbedürfnis vor Selbst- bzw. Fremdgefährdung haben“ [4]. Als Ziel dieser gesonderten Wohnform wird die Verringerung der freiheitsentziehenden Maßnahmen genannt [4].

Zum Basiserhebungszeitpunkt gab es insgesamt 102 geschlossene Plätze nach §1631b BGB. Für 380 Kinder und Jugendliche bestanden schriftliche Absprachen mit den Eltern hinsichtlich der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen. 19 Gruppen gaben an, grundsätzlich verschlossene Gruppentüren zu haben. Sechs weitere verschlossen die Gruppentüren intermittierend. Insgesamt gibt es in den teilnehmenden Heimeinrichtungen 19 Time-Out-Räume. Dabei zeigt sich folgende Verteilung: Sieben Einrichtungen verfügen über einen Time-Out-Raum, drei Einrichtungen über zwei, und zwei Einrichtungen über drei Time-Out-Räume.

*Tabelle 1: Charakteristika der Einrichtungen*

| Stichprobe | n |
|---|---|
| Anzahl angeschriebener Einrichtungen | 65 |
| Anzahl teilnehmender Einrichtungen | 61 (94%) |
| Anzahl Gruppen | 282 |
| davon Intensivgruppen | 34 (12%) |
| Anzahl Kinder gesamt | 1839 |
| davon Kinder in Intensivgruppen | 173 (9%) |
| davon Kinder geschlossene Heimplätze | 102 (6%) |

## Häufigkeit von herausforderndem Verhalten[2]

Da die Einrichtungen sehr unterschiedliche fachliche Profile und Konzeptionen auf weisen, war zu erwarten, dass herausforderndes Verhaltensweisen nicht gleichmäßig verteilt auftreten. Hinsichtlich der verschiedenen Dimensionen des hfV kommt es beispielsweise bei 19% der Kinder innerhalb von 14 Tagen zu stereotypen Verhaltensweisen und bei 16% der Kinder zu Sachaggressivität (Mehrfachnennung möglich; siehe Tab. 2). Besonderes Augenmerk wird auf sog. kritischen Ereignisse gelegt. Als kritische Ereignisse werden schwere selbst- und fremdaggressive Verhaltensweisen (Selbstverletzung, Verletzung von anderen Bewohnern, Verletzung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Zerstören von Gegenständen) gewertet. Insofern stellen diese kritischen Ereignisse besonders schwere Formen herausfordernden Verhaltens dar.

*Tabelle 2: Prozentualer Anteil der Kinder und Jugendlichen mit herausforderndem Verhalten innerhalb von 14 Tagen über alle Einrichtungen*

| Herausforderndes Verhalten | Anteil der Kinder in % |
|---|---|
| Stereotypien | 19,2 |
| Sachaggressivität | 15,9 |
| Fremdaggressivität | 13,9 |
| Selbstverletzung | 13,6 |
| Weglaufgefährdung | 11,9 |

[2] Sowohl im deutschsprachigen als auch im englischsprachigen Raum sind zwei verschiedene Begriffe geläufig, „Problemverhalten“ (problem behavior) und „herausforderndes Verhalten“ (challenging behavior). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ersterer üblich, im pädagogischen Zusammenhang letzterer.

| | |
|---|---|
| Bewegungsunruhe | 11,6 |
| Exzessives Schreien | 8,3 |
| Veränderter Schlafrhythmus | 3,3 |
| Sonstiges | 2,3 |

Abbildung 2 zeigt die Häufigkeit kritischer Ereignisse pro Einrichtung. Anhand der Grafik lässt sich deutlich erkennen, dass sich schwere Formen von hfV auf wenige Einrichtungen fokussieren, wohingegen in den meisten Einrichtungen Kinder und Jugendliche leben, die kaum oder gar kein schwerwiegendes hfV zeigen. In 14 Einrichtungen ist dieses laut Selbstauskunft nie zu beobachten. Betrachtet man die Einrichtungen mit der höchsten Rate an kritischen Ereignissen, so wurde dort am häufigsten von selbstverletzendem Verhalten berichtet. In einzelnen Einrichtungen stellt die Verletzung von Mitarbeitern das häufigste kritische Ereignis dar.

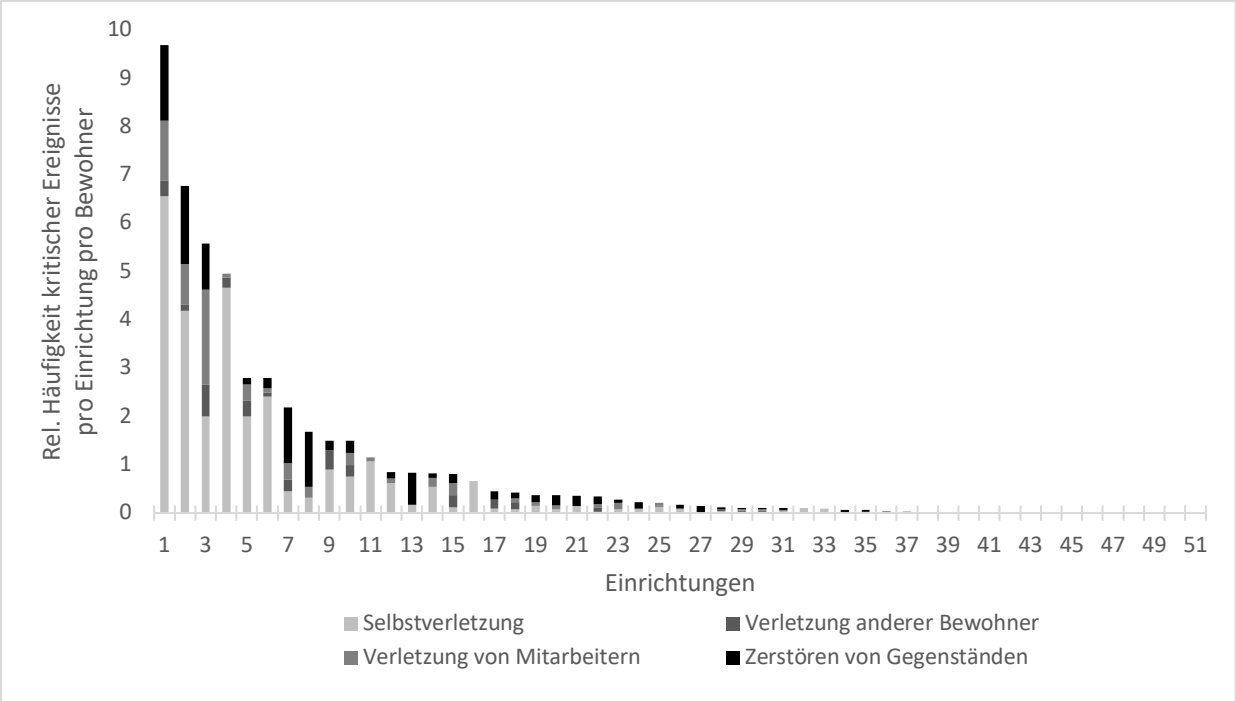


*Abbildung 2: Relative Häufigkeit kritischer Ereignisse pro Einrichtung pro Bewohner innerhalb von 14 Tagen. Die Einrichtungen (x-Achse) sind in abnehmender Häufigkeit der kritischen Ereignisse sortiert. Die Daten der 61 Einrichtungen wurden aufgrund zum Teil gemeinsamer Organisationsstrukturen und Trägerschaften in insgesamt 51 Fragebögen erhoben.*

## Häufigkeit Freiheitsentziehender Maßnahmen

In Tabelle 3 wird der prozentuale Anteil der von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffenen Kindern und Jugendlichen in einer Einrichtung innerhalb von 14 Tagen aufgeführt. Über alle Einrichtungen hinweg kommt es im Durchschnitt jeden Tag einmal zu der Anwendung einer freiheitsentziehenden Maßnahme. Zwar erscheint diese Zahl niedrig angesichts einer

durchschnittlichen Einrichtungsgröße von 30 Kindern und Jugendlichen und der breiten Definition von Freiheitsentzug, allerdings kommt es auch hier zu einer deutlichen Konzentration auf wenige Einrichtungen analog zu dem gehäuften Auftreten kritischer Ereignisse in einzelnen Einrichtungen.

*Tabelle 3: Durchschnittliche Anzahl von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffener BewohnerInnen pro Einrichtung innerhalb von 14 Tagen*

| Freiheitsentziehende Maßnahme | Häufigkeit (m ± SD) |
|---|---|
| Kayserbett | 3,42 ± 6,54 |
| Körperliches Festhalten | 1,78 ± 2,74 |
| Zimmerverschluss nachts | 1,18 ± 3,47 |
| Time-Out-Raum | 1,08 ± 3,40 |
| Türverschluss | 1,06 ± 3,20 |
| Routinemäßiger Einschluss | 0,84 ± 2,64 |
| Spezielle FeM-Kleidung | 0,78 ± 1,63 |
| Gitterschutz am Bett | 0,73 ± 3,24 |
| Sprossentüren | 0,41 ± 1,00 |
| Helme | 0,35 ± 0,72 |
| Handschuhe | 0,25 ± 0,52 |
| Fixierstuhl | 0,10 ± 0,36 |
| Fixiermatratze | 0,10 ± 0,41 |
| Protektoren | 0,08 ± 0,44 |
| Zwangsmedikation | 0,04 ± 0,20 |

Anhand der Anzahl der Bewohner mit herausfordernden Verhaltensweisen bzw. der Anzahl der von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffenen BewohnerInnen im Verhältnis zur Gesamtbewohnerzahl kann jede Einrichtung in einer Matrix verortet werden, welche den Zusammenhang zwischen beiden Dimensionen abbildet (Abb. 3). Es zeigt sich über alle Einrichtungen hinweg ein signifikanter prädiktiver Wert des hfV für die Anwendung von FeM ($p < 0{,}001$). Es lässt sich erkennen, dass in den meisten Einrichtungen sowohl wenig hfV als auch wenig Freiheitsentzug stattfindet. Einzelne Einrichtungen weichen zum Teil erheblich von diesem Muster ab.

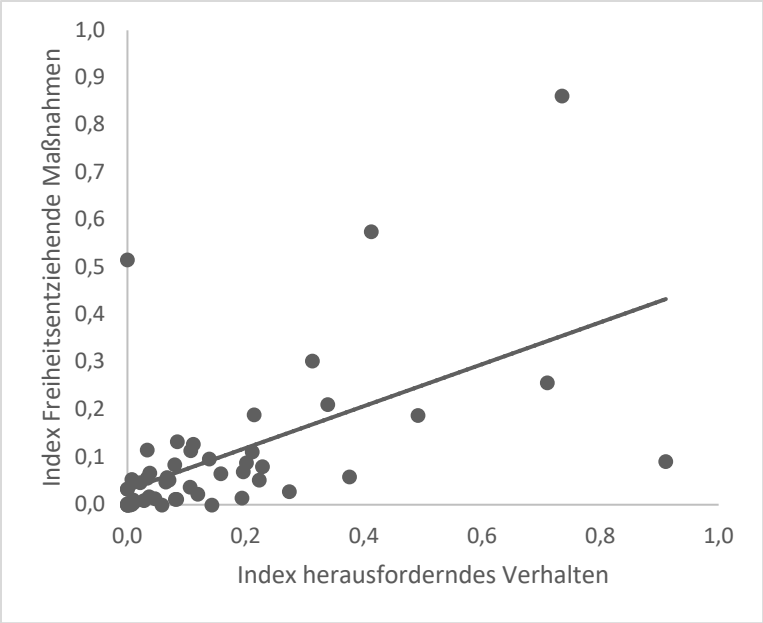


*Abbildung 3: Zusammenhang zwischen dem Index Herausforderndes Verhalten und dem Index Freiheitsentziehende Maßnahmen pro Einrichtung in Relation zur Bewohneranzahl.*

## Ausmaß der Mitarbeiterbelastung

Die befragten 61 Einrichtungen gaben im Oktober 2017 an, insgesamt über 1809 Mitarbeiterstellen (Vollzeitäquivalente) zu verfügen. In Tabelle 4 wird die Mitarbeiterbelastung dargestellt, operationalisiert durch die Häufigkeit körperlicher Angriffe und der Notwendigkeit des Tragens von Schutzkleidung sowie der Anzahl an Krankmeldungen und Versetzungsanträgen bzw. Kündigungen aufgrund von herausforderndem Verhalten der Bewohner. Aus den vorliegenden Daten ergibt sich je Vollzeitstelle eine 35%-ige Wahrscheinlichkeit innerhalb von 14 Tagen körperlich angegriffen zu werden. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass über alle Einrichtungen hinweg jede Vollzeitkraft innerhalb von 6 Wochen einen körperlichen Übergriff erlebt. In den 12 Monaten vor der Novellierung des § 1631b BGB wurden 85 Krankmeldungen und 33 Versetzungsanträgen bzw. Kündigungen aufgrund von herausforderndem Verhalten berichtet. In Anbetracht der zuvor beschriebenen Konzentration herausfordernder Verhaltensweisen auf wenige Einrichtungen hatten wir die Hypothese, dass sich die reale Mitarbeiterbelastung in diesen Einrichtungen mit Bewohnern mit stark ausgeprägtem hfV aufnehmen, deutlich schwerwiegender darstellt. Dies bestätigt sich im statistischen Vergleich (p=0,009).

*Tabelle 4: Ausmaß der Mitarbeiterbelastung pro Vollzeitäquivalent (n=1809)*

| Herausforderndes Verhalten | Absolute Häufigkeit | Relative Häufigkeit pro Vollzeitäquivalent |
|---|---|---|
| Körperlicher Angriff innerhalb von 14 Tagen | 639 | 35% |

| | | |
|---|---|---|
| Notwendigkeit des Tragens von Schutzkleidung innerhalb von 14 Tagen | 107 | 6% |
| Anzahl der Krankmeldungen aufgrund von hfV innerhalb von 12 Monaten | 85 | 5% |
| Anzahl von Versetzungsanträgen/ Kündigungen aufgrund von hfV innerhalb von 12 Monaten | 33 | 2% |

# 5 Versorgungssituation nach Novellierung des § 1631b BGB

Im Oktober 2019 wurde der Basisfragebogen (Kapitel 4) erneut an alle Einrichtungen versandt. Ziel war es, die Auswirkungen der veränderten Rechtslage (§1631b BGB) und der Maßnahmen des 10-Punkte-Plans [3] zu untersuchen. Zum Untersuchungszeitpunkt 2019 liegen Angaben aus insgesamt 43 Einrichtungen vor.

*Im Folgenden wird nur über Daten aus den 43 Einrichtungen berichtet, die zu beiden Erhebungszeitpunkten den Erhebungsbogen ausgefüllt haben. Dadurch kommt es gegenüber den Daten im vorigen Kapitel zu leichten Veränderungen in den Häufigkeitsangaben.*

## Versorgungssituation

In den Einrichtungen, die sich an beiden Erhebungen beteiligten, zeigten sich keine statistisch signifikanten Veränderungen in der Versorgungssituation. Deskriptiv sieht man eine Erhöhung der Anzahl der Gruppen (+13%), der Bewohnerinnen und Bewohner (+1%) und - resultierend aus der gesetzlich neu verankerten Genehmigungspflicht - der Beschlüsse nach § 1631b BGB (+57%). Die Anzahl der Intensivgruppen (-26%), der Bewohnerinnen und Bewohner in Intensivgruppen (-24%) sowie der geschlossenen Heimplätze (-51%) reduzierte sich deskriptiv. Daraus ergibt sich eine deskriptive Reduktion der Gruppengröße (-11%) und eine Zunahme der Intensivgruppengröße (+4%) (Tab. 5).

*Tabelle 5: Darstellung der Belegungssituation zu den Zeitpunkten 2017 und 2019 unter Angabe der prozentuellen Veränderung, n = 43*

| | 2017 | 2019 | Veränderung |
|---|---|---|---|
| Anzahl der Gruppen | 256 | 289 | +13% |
| davon Intensivgruppen | 34 | 25 | -26% |
| Anzahl der BewohnerInnen | 1657 | 1673 | +1% |
| davon in Intensivgruppen | 173 | 131 | -24% |
| Davon geschlossene Heimplätze | 102 | 50 | -51% |
| Beschlüsse nach §1631b BGB | 146 | 229 | +57% |
| Gruppengröße | 6,5 | 5,8 | -11% |
| Intensivgruppengröße | 5,0 | 5,2 | +4% |

Im Jahr 2017 lag der mittlere Betreuungsschlüssel (Mitarbeiterstellen in Vollzeitäquivalenten / Anzahl BewohnerInnen) bei 1,14 ± 0,66 Mitarbeitenden in VZÄ pro Bewohnerin bzw. Bewohner im Vergleich zu 1,33 ± 0,82 im zweiten Erhebungszeitpunkt im Jahr 2019. Dies zeigt deskriptiv eine verbesserte personelle Versorgungssituation.

## Mitarbeiterbelastung

Im Vergleich der Erhebungen 2017 und 2019 zeigten sich keine statistisch signifikanten Veränderungen in den Mitarbeiterstellen oder der Mitarbeiterbelastung. Deskriptiv sieht man eine Reduktion der absoluten Häufigkeiten der Indikatoren der Mitarbeiterbelastung in Form einer Reduktion der körperlichen Angriffe um -38%, der Notwendigkeit des Tragens von Schutzkleidung von -67% und der Anzahl an Versetzungsanträgen bzw. Kündigungen um -50%. Die Anzahl der Krankmeldungen zeigte sich indes unverändert (0%) (Tab. 6). In Relation zu den deskriptiv erhöhten Mitarbeiterstellen in VZÄ (+6%) verstärkt sich der Effekt der reduzierten Mitarbeiterbelastungsindikatoren für jeden einzelnen Mitarbeiter.

*Tabelle 6: Darstellung der Mitarbeitersituation zu den Zeitpunkten 2017 und 2019 unter Angabe der absoluten Häufigkeit, der Häufigkeit in Relation zur Anzahl der MitarbeiterInnen in VZÄ und der prozentuellen Veränderung, n = 43*

| | 2017 absolut | 2017 relativ | 2019 absolut | 2019 relativ | Veränderung |
|---|---|---|---|---|---|
| Mitarbeiterstellen in VZÄ | 1663,2 | | 1756,4 | | +6% |
| Anzahl körperlicher Angriffe innerhalb von 14 Tagen | 617 | 37% | 409 | 23% | -38% |
| Anzahl der Notwendigkeit des Tragens von Schutzkleidung innerhalb von 14 Tagen | 107 | 6% | 39 | 2% | -67% |
| Anzahl der Krankmeldungen aufgrund von hfV innerhalb von 12 Monaten | 78,5 | 5% | 84 | 5% | 0% |
| Anzahl von Versetzungsanträgen/ Kündigungen aufgrund von hfV innerhalb von 12 Monaten | 31 | 2% | 19 | 1% | -50% |

## Herausforderndes Verhalten

Bezüglich des herausfordernden Verhaltens zeigten sich keine statistisch signifikanten Veränderungen von 2017 zu 2019. Deskriptiv ist eine Reduktion sowohl des Anteils der BewohnerInnen mit HfV als auch einzelner Verhaltensweisen wie z.B. Stereotypien, Sachaggressivität, Selbstverletzung, und Weglaufgefährdung zu verzeichnen (Tab. 4). Für Fremdaggressivität, Bewegungsunruhe exzessives Schreien und veränderten Schlaf-Wach-Rhythmus zeigt sich eine deskriptive Zunahme der Auftretenshäufigkeit. 2019 kam es im Gegensatz zu 2017 häufiger zu

Fremdaggression als zu Sachaggression. Während 2017 häufiger Bewegungsunruhe angegeben wurde, kamen 2019 Weglauftendenzen und exzessives Schreien häufiger vor (Tab 7).

*Tabelle 7: Prozentualer Anteil der Kinder und Jugendlichen mit hfV innerhalb von 14 Tagen*

| Herausforderndes Verhalten | Anteil Kinder in % | | |
|---|---|---|---|
| | 2017 | 2019 | *p* |
| Stereotypien | 20,3 | 19,2 | 0,736 |
| Sachaggressivität | 16,9 | 14,1 | 0,214 |
| Selbstverletzung | 15,5 | 12,6 | 0,220 |
| Fremdaggressivität | 13,3 | 15,0 | 0,390 |
| Bewegungsunruhe | 12,7 | 13,3 | 0,805 |
| Weglaufgefährdung | 11,4 | 9,8 | 0,449 |
| Exzessives Schreien | 8,8 | 9,6 | 0,615 |
| Veränderter Schlaf-Wach-Rhythmus | 3,7 | 4,5 | 0,576 |
| Sonstiges | 2,2 | 2,6 | 0,780 |

Die Häufigkeit kritischer Ereignisse (Selbstverletzung, Verletzen von Mitbewohnerinnen oder Mitbewohnern, Verletzen von Mitarbeitenden und Zerstören von Gegenständen) innerhalb von 14 Tagen in Relation zur Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner ist in Abb. 3 für beide Erhebungszeiträume in abnehmender Häufigkeit sortiert. Hierbei fällt eine starke Fokussierung der kritischen Ereignisse auf einige wenige Einrichtungen auf, während etwa ein Drittel aller Einrichtungen sehr selten und ein weiteres Drittel der Einrichtungen nie kritische Ereignisse angaben. Etwa ein Drittel zeigt wenige, ein Drittel zeigt wenige und ein Drittel viele kritische Ereignissen. Jedoch waren nicht alle Einrichtungen zu beiden Zeitpunkten der gleichen Kategorie zuzuordnen. Im Vergleich der beiden Erhebungszeitpunkte ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

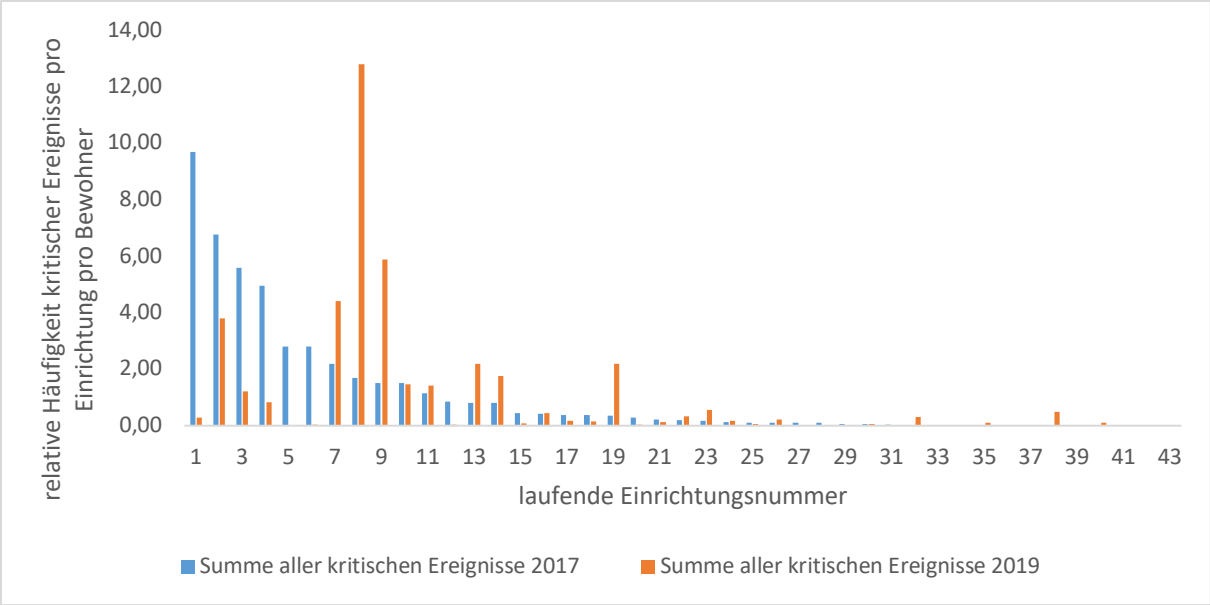


*Abbildung 3: Relative Häufigkeit kritischer Ereignisse pro Einrichtung pro BewohnerIn innerhalb von 14 Tagen während des Erhebungszeitraums in den Jahren 2017 und 2019. Die Einrichtungen (x-Achse) sind in abnehmender Häufigkeit der Summe der kritischen Ereignisse aus dem Jahr 2017 sortiert und fortlaufend nummeriert.*

## Freiheitsentziehende Maßnahmen

Betrachtet man die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen im Verhältnis zur Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner pro Einrichtung, so zeigt sich vor Korrektur für multiples Testen nur in Bezug auf Zwangsmedikation eine signifikante Reduktion aller Maßnahmen (Tab. 8).

Tabelle 8: Anteil der von freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffenen Kinder und Jugendlichen innerhalb von 14 Tagen

| Freiheitsentziehende Maßnahme | Anteil Kinder in % | | |
|---|---|---|---|
| | 2017 | 2019 | *p* |
| Kayserbett | 14,4 | 10,5 | 0,051 |
| Körperliches Festhalten | 7,9 | 5,4 | 0,070 |
| Time-Out-Raum | 3,6 | 2,8 | 0,578 |
| Zimmerverschluss nachts | 3,5 | 3,2 | 0,734 |
| Türverschluss | 3,2 | 3,1 | 0,904 |
| Spezielle FeM-Kleidung | 2,3 | 3,6 | 0,453 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Sprossentüren | 1,4 | 0,8 | 0,282 |
| Gitterschutz am Bett | 1,3 | 0,0 | 0,111 |
| Zwangsmedikation | 3,4 | 1,9 | 0,028 |
| Helme | 1,1 | 1,5 | 0,647 |
| Routinemäßiger Einschluss | 0,8 | 0,5 | 0,169 |
| Handschuhe | 0,8 | 0,6 | 0,369 |
| Fixiermatratze | 0,5 | 0,4 | 0,530 |
| Fixierstuhl | 0,4 | 0,1 | 0,166 |
| Protektoren | 0,2 | 0,3 | 0,991 |

Bezüglich der Häufigkeit der Anwendung von FeM innerhalb von 14 Tagen in Relation zur Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner (Abb. 4) zeigt sich ein ähnliches Bild wie in der Betrachtung der kritischen Ereignisse. Die FeM werden in weniger als einem Drittel der Einrichtungen eher häufig angewandt, in mehr als einem Drittel eher selten und in einem knappen Drittel kommt es zu keiner Anwendung von FeM. Im Vergleich der Werte zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede. Das Verteilungsmuster bleibt im zweiten Erhebungszeitraum grundsätzlich erhalten, wobei sich in einzelnen Einrichtungen größere Verschiebungen zeigen.

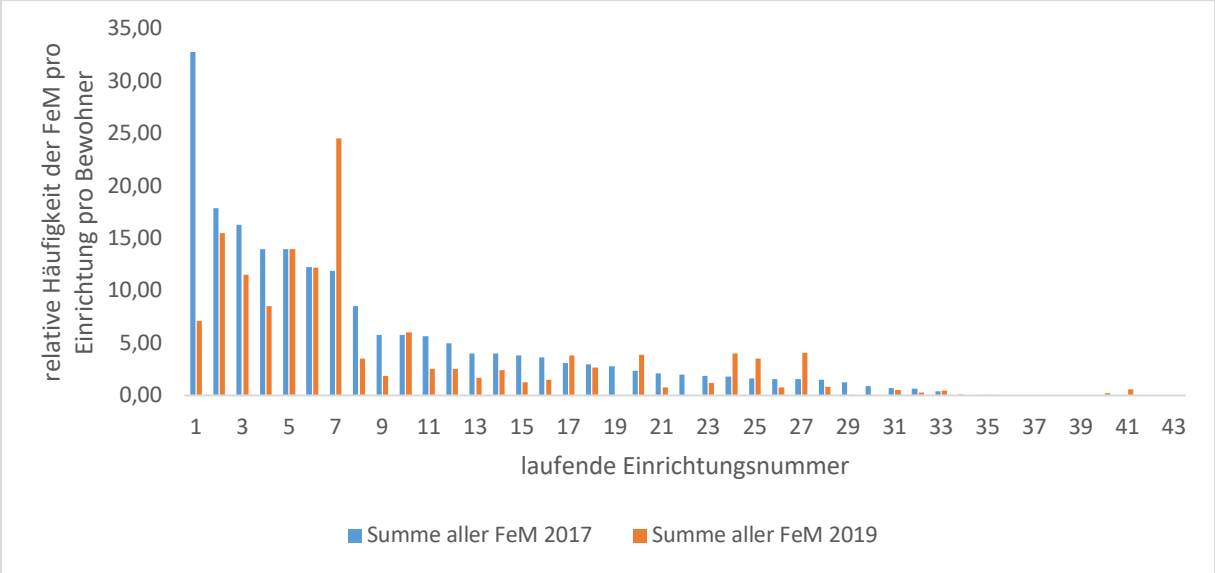


*Abbildung 4: Relative Häufigkeit der Anwendung von FeM pro Einrichtung pro BewohnerIn innerhalb von 14 Tagen während des Erhebungszeitraums in den Jahren 2017 und 2019. Die Einrichtungen (x-Achse) sind in abnehmender Häufigkeit der Summe der FeM aus dem Jahr 2017 sortiert und fortlaufend nummeriert.*

## 6 Freiheitsentziehende Maßnahmen in der interdisziplinären Betrachtung

Während der von März bis Juli 2018 durchgeführten Interviews beschrieben MitarbeiterInnen der Einrichtungen typische kritische Situationen, welche als belastend erlebt wurden und in FeM mündeten. Diese Situationen wurden durch die ProjektmitarbeiterInnen systematisch gemäß des SORCK-Schemas ausgewertet. Das SORCK-Schema [5] ist ein etaliertes und weltweit verbreitetes Prinzip der Verhaltensanalyse und damit Grundlage für die individuelle Entwicklung verhaltenstherapeutischer Interventionen. Aus diesen umfangreichen SORCK-Analysen und weiteren Informationen aus den qualitativen Interviews wurden prototypische Situationen generiert und in 6 Fallvignetten strukturiert, wobei 3 der Fallvignetten aus jeweils 2 miteinander verbundenen Fallvignetten bestand. Insgesamt sollten also 9 FeM durch die Rater beurteilt werden.

Beispiel einer Fallvignette:

> *Lena ist ein 14-jähriges Mädchen mit einer schweren Intelligenzminderung. Neben einer diagnostizierten Epilepsie ist sie auf den Rollstuhl angewiesen und hat kein Sehvermögen. Sie benötigt daher viel Unterstützung und Pflege. Mit speziellen Hilfesystemen kann sie sich auf einfache Art verständigen.*
>
> *Beim Essen fordert sie einen Nachschlag. Es wird ihr aber seitens des Mitarbeiters angekündigt, kurz warten zu müssen, damit er den Topf holen kann. Daraufhin beginnt Lena mit ihrem Kopf gegen die Tischkante zu schlagen.*
>
> *Der Erzieher eilt zu ihr. Er versucht, sie durch ritualisierte Abläufe zu beruhigen: er legt Lena die Hand auf die Schulter und sagt mehrmals laut „Lena, Aufhören!“. Da Lena sich weiter selbst verletzt und nicht auf die Auslenkversuche reagiert, fixiert der Mitarbeiter Lena durch den Brustgurt am Rollstuhl für die Dauer des Mittagessens.*

Die Fallvignettten waren hierbei immer nach dem gleichen Prinzip strukturiert. Zunächst erfolgt die Beschreibung der Besonderheiten des Kindes (O=Organismus), dann die Situation (S=Stimulus), das (ggf. aggressive) Verhalten des Kindes darauf (R=Reaktion), sowie die Konsequenz (C=Konsequenz) in Form von Intervention und FeM.

Dieses Set an Vignetten wurde Vertretern der maßgeblich um Umgang mit diesen Verhaltensweisen beteiligten Berufs- und Personengruppen vorgelegt, d.h. Eltern (N=6), PsychologInnen (N=6), ÄrztInnen (N=6), VerfahrensbeiständInnen (N=6), Lehrkräfte (N=7) und Mitarbeitende im pflegerisch-erzieherischem Dienst (PED, N=6).

Zu jeder Vignette beantworteten die Teilnehmenden die Frage:

*Halten Sie die durchgeführte freiheitsentziehende Maßnahme (Brustgurt) für angemessen?*

Die Antworten wurden auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht angemessen) bis 5 (völlig angemessen) abgegeben.

Im Vergleich zeigten sich deskriptiv Unterschiede zwischen den Disziplinen (Abb. 5). So neigen z.B. Eltern mehr als die anderen Gruppen dazu, die FeM als gerechtfertigt zu beurteilen.

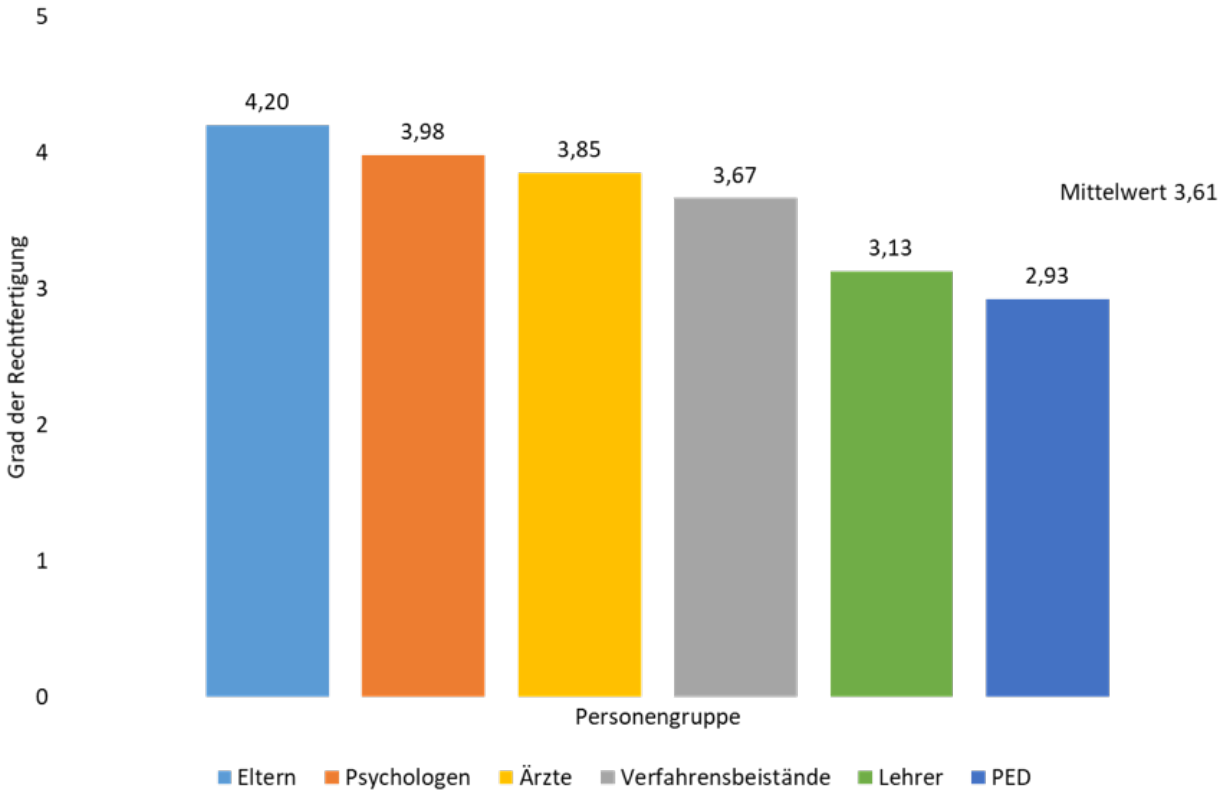


*Abb. 5 Mittelwerte der Ratings hinsichtlich der Angemessenheit von FeM in den Fallvignetten*

In Abb. 6 deuten sich deskriptive Unterschiede in der Homogenität der Beurteilung einer Ratergruppe an: Die Ratings der PsychologInnen weisen zwischen den Fallvignetten eine geringe Streuung auf, während der Pflege- und Erziehungsdienst zwischen der Bewertung der einzelnen Fallvignetten stark differiert. Veranschaulicht wird hier ebenfalls, dass es Unterschiede zwischen der Streuung der Beurteilung der einzelnen Fallvignetten gibt. So wird z.B. Fallvignette 2.1 von allen Personengruppe relativ einheitlich bewertet, während die Bewertungen von Fallvignette 5.2 zwischen den Personengruppen stark unterschiedlich ausfällt. Es zeigt sich eine Tendenz dahingehend, dass FeM in Form einer kurzfristigen körperlichen Fixierung zum Schutz der involvierten MitarbeiterInnen bzw. MitbewohnerInnen eher als gerechtfertigt bewertet werden (Fallvignetten 2.1, 3.1, 5.1).

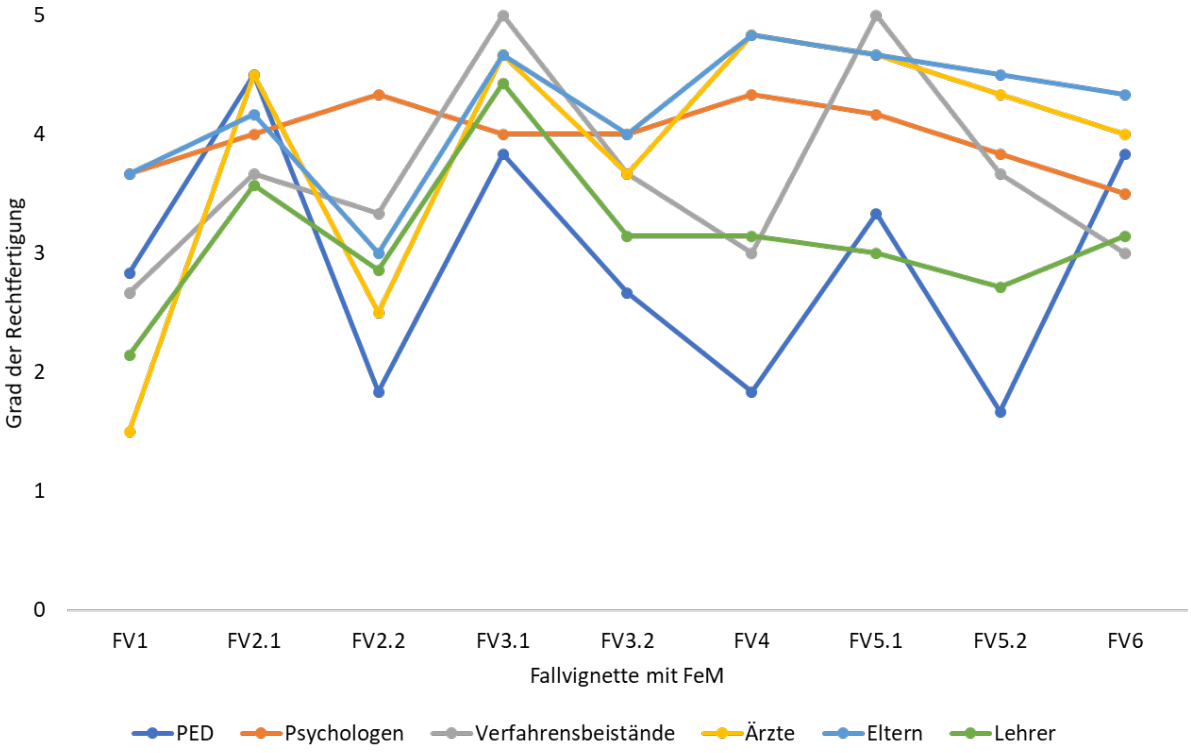


*Abb. 6 Heterogene Beurteilung der Fallvignetten und zwischen den Mittelwerten der Personengruppen.*
*Legende: FeM der Fallvignetten: FV1 körperliche Fixierung; FV2.1 körperliche Fixierung; FV2.2 Time-Out-Raum; FV3.1 körperliche Fixierung; FV3.2 Zimmereinschluss; FV4 Fixierung durch Brustgurt am Rollstuhl; FV5.1 körperliche Fixierung; FV5.2 Time-Out-Raum; FV 6 Kayserbett*

Von den RaterInnen wurde unter der Abfrage von möglichen Alternativen mehrmals angemerkt, dass die Beurteilung durch die fehlende Kenntnis der individuellen Hintergründe des Kindes und der Bedingungen in der Gruppe erschwert wurde. Als Alternativen wurden wiederholt nicht realisierbare Optionen genannt, wie beispielsweise das alleinige Einteilen von männlichen Kollegen bei Bewohner*innen mit herausforderndem Verhalten.

## 7 Definition von freiheitsentziehenden Maßnahmen

Freiheitsentziehende Maßnahmen werden im §1631 BGB definiert. Darüber hinaus finden sich in den neuen Heimrichtlinien bestimmende Ausführungen. Diese werden als bekannt vorausgesetzt.

Demgegenüber interessiert uns, welche impliziten Verständnisse von FeM bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorliegen. Im Rahmen der qualitativen Interviews mit den pädagogischen MitarbeiterInnen der Einrichtungen wurden auch Fragen gestellt, die Rückschlüsse auf ein Verständnis von FeM geben sollten. Diese Antworten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und zu Clustern zusammengefasst. Es lassen sich folgende Typen innerhalb des Spektrums unterscheiden:

- Weitgefasstes, achtsam-reflektiertes Verständnis: „Alles, was einem Menschen die Freiheit nimmt, etwas aus eigenem Antrieb zu tun ist unabhängig von der Ursache oder dem Ziel der Maßnahme eine FeM und muss konstant reflektiert und bewusstgemacht werden."
- Verständnis reflektiert, aber unschlüssig: „Eine FeM nimmt jemanden die Möglichkeit sich zu bewegen oder das zu tun, was er möchte. Eine FeM ist schwer abzugrenzen von Maßnahmen, die auf der Aufsichtspflicht oder dem Erziehungsauftrag beruhen."
- Verständnis reflektiert und zu eigenem Schluss gekommen, Kind zentrierte Sichtweise: „Ob eine Maßnahme eine ‚tatsächliche FeM' ist, liegt darin begründet, ob das Kind die Maßnahme als einschränkend oder unterstützend empfindet."
- Eng-gefasstes Verständnis, Zweckzentrierte Sichtweise: „FeM sind Maßnahmen, die die Fortbewegung behindern. Dienen Maßnahmen dem Schutz der Kinder, sind es keine FeM."

Zusammenfassend können wir auf der Basis der erhobenen Daten und Informationen folgende Definition für FeM vorlegen, welche verschiedene interdisziplinäre Gesichtspunkte berücksichtigt:

*Freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM) sind Handlungen oder mechanische Vorrichtungen, die dazu führen, dass eine Person daran gehindert wird, sich frei zu bewegen und zugleich sich selbst oder anderen Schaden zuzufügen oder Gewalt anzutun. FeM dienen dem Schutz der Person oder anderer Beteiligten. FeM liegen auch dann vor, wenn sie mit Einwilligung der Person erfolgen. FeM im juristischen Sinn sind enger definiert, erfordern die Einwilligung der Sorgeberechtigten und unterliegen einem richterlichen Zustimmungsvorbehalt. Erziehungsphilosophisch gesehen ist Erziehung bei Kindern und Jugendlichen ein dialektisches Phänomen, das stets ein Abwägen des kurz- oder mittelfristigen Gewährens und Einschränkens von Freiheit erfordert, mit dem Ziel ein Maximum an Freiheit und Autonomie langfristig und nachhaltig zu ermöglichen. Ob erzieherische Maßnahmen „richtig" sind, wird aus dieser Sicht immer erst im Nachhinein erkennbar, weshalb eine Grundhaltung der (Selbst-)Reflexion immer Bestandteil eines erzieherischen Handelns ist. Mit Blick auf die Gesellschaft und im Verhältnis zur Freiheit Anderer ergeben sich auch hier Grenzen, deren Aushandlung ein zentrales Ziel einer freien und rechtsstaatlichen Gesellschaft ist. Diese Diskussion darf jedoch nicht mit dem juristischen Verständnis des Entzugs von Freiheit missverstanden werden, wie es im §1631 formuliert wird.*

## 8 Analyse von Interventionskonzepten

In der systematischen Literaturanalyse zu Interventionskonzepten fiel auf, dass es insgesamt nur eine geringe Zahl an Publikationen gibt, die sich thematisch mit der Vermeidung vom FeM und mit der Suche nach Alternativen beschäftigen. Außerdem beinhaltet die wenige vorhandene Literatur keine komplexen Interventionskonzepte, sondern bezieht sich beispielsweise auf die Erprobung einzelner Maßnahmen zur Vermeidung von FeM in individuellen Modellversuchen einzelner Einrichtungen unter verbesserten Bedingungen wie z.B. höherer Personaldichte [6]. Dieser Mangel an Konzepten und das Fehlen von Evaluationsdaten stellt unerwartetes Ergebnis unserer Arbeit dar.

Damit verfügen die stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung über keine gut untersuchten Konzepte, auf die sie zurückgreifen können. Unsere Erhebungen lassen zusammenfassend den Schluss zu, dass viele Einrichtungen bemüht sind, eigene Konzepte zu entwickeln und umzusetzen. Diese sind jedoch nicht evidenzbasiert und werden auch nicht systematisch auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. Einrichtungsspezifische Ansätze sind angesichts der mangelnden Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen an dieser Stelle nur bedingt hilfreich.

Die Initiative „Werdenfelser Weg“ [7] wurde begründet, um Interventionen zur Vermeidung von FeM voranzubringen und breitflächig zugänglich zu machen. Das formulierte Ziel, „dass wir in Deutschland mechanische freiheitsentziehende Maßnahmen dauerhaft zur absoluten Ausnahme machen“ soll erreicht werden durch die gegenseitige fachliche Unterstützung durch viele vernetzte Akteure. Seit 2011 suchen Betreuungsrichter aus allen Bundesländern Kontakt zum Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen, um Einzelfragen zu diskutieren. Im Werdenfelser Weg wird der Ansatz, Personen mit pflegerischer Erfahrung als Verfahrenspfleger einzusetzen, verfolgt – je nach Einrichtung sind das Altenpfleger, Krankenpfleger oder Heilerziehungspfleger. Dies gewährleistet die Kombination von fachlichem sowie juristischem Fachwissen. Viele Pflegende beraten inzwischen Betroffene, Betreuer, Bevollmächtigte und Angehörige von vornherein im Hinblick darauf, Alternativen zu FeM zu finden. Außerdem stellen die Initiatoren eine Informationsplattform für alle beteiligten Professionen zur Verfügung und ermöglichen so eine flächendeckende Dissemination der erarbeiteten Alternativen zu FeM. Bei dieser Plattform handelt es sich um ein digitales Forum zum praktischen Erfahrungsaustausch, aus der auch Themen für Fortbildungen und Fachtagungen entstehen.

Der Werdenfelser Weg will den Richtern im Familienrecht insbesondere seit der Gesetzesänderung des §1631b BGB mit Wirkung zum 01.10.2017 durch sein Netzwerk ein System anbieten, bundesweit Fachleute mit Ideen zur Vermeidung von FeM zu finden und mit Sachinformationen zu unterstützen.

# 9 Handlungsempfehlungen zur Reduktion von FeM aus der Sicht der Mitarbeitenden

In den Interviews im Rahmen von REDUGIA wurden von den MitarbeiterInnen der Einrichtungen anonymisiert eine Vielzahl von Handlungsempfehlungen erhoben, die diese als hilfreich erlebt haben bzw. deren Fehlen im Versorgungsalltag zu Problemen oder Unzufriedenheit geführt haben. Die Empfehlungen lassen sich in folgenden Kategorien einordnen:

A) Fachliche Organisation

B) Haltung gegenüber FeM im Team

C) Interdisziplinäre Kooperation

D) Politisches Handeln

A) Fachliche Organisation

- *Qualifikation und Qualitätssicherung:*
  - Regelmäßige Teamreflexionen, Teambuilding, Supervisionen, Fortbildungen und regelmäßigen Schulungen (FeM, Deeskalation) zeitlich, finanziell und personell ermöglichen
  - Förderung von Weiterbildungen fördern (z.B. zur Fachkraft, zu speziellen Bedürfnissen der einzelnen Bewohner, zu speziellen Diagnosen wie Autismus).
  - Etablierung zielfokussierter Besprechungen für kritische Situationen werden mit klaren Entscheidungsalgorithmen und praktisch-nachvollziehbaren Konsequenzen
  - Nachsorge nach schwierigen Situationen (emotionale Unterstützung, Nachbesprechung).
  - Implementierung eines Konzepts zum Umgang und Vermeidung von FeM in die jeweiligen verpflichtenden Kinderschutzkonzepte

- *Erwartungen an Personen in Leitungsrollen:*
  - Ernstnehmen von angesprochenen Missständen (erläutern, klären, beheben)
  - Formulierung klarer Vorgaben (Handlungsabläufe, Anweisungen, *Standard Operating Procedures* [SOPs], Konzepte, Leitlinien)
  - Klare Verantwortlichkeiten (Beantragung und Umsetzung des §1631b bzw.von Alternativen)
  - Vermittlung von Sicherheit (Absicherung der MA durch richterliche Kontrolle, Verantwortungsübernahme der Vorgesetzten, Transparenz der SOPs)
  - Waage halten zwischen Partizipation/Eigenverantwortlichkeit der MitarbeiterInnen und Rückhalt/Verantwortung durch die Vorgesetzten in schwierigen Situationen
  - Reduktion von Überforderung der MitarbeiterInnen durch Einhalten der Arbeitszeiten und Berücksichtigen der individuellen fachlichen Kompetenz und Belastungsgrenzen
  - Anpassung räumlicher Gegebenheiten an die Bedürfnisse der Bewohner (ggf. Ausweichräume freihalten, Einzelzimmer einrichten)
  - Unterstützung der Mitarbeiter durch die Vorgesetzten bei der Anschaffung von Alternativen zu FeM (Bottom-Up-Prozesse fördern)
  - Personalmangel als Grund für FeM oder fehlende Supervision/Qualifikation vorausschauend verhindern

- Bei Gruppenzusammensetzung Alter und Bedürfnisse der Bewohner beachten
- Auf individuelle Bedarfe der Bewohner zeitnah durch Zusatzstunden/ mehr psychologische Stunden reagieren
- Bei Neubesetzungen auf Fachkraftquote achten

B) Haltung gegenüber FeM im Team

Das Ziel der folgenden Maßnahmen besteht in dem Erarbeiten eines einheitlichen Verständnisses von FeM und einer einheitlichen Haltung gegenüber FeM als *ultima ratio*. Manche dieser Punkte überlappen mit der Notwendigkeit eines Qualitätsmanagements. Allerdings beschreiben diese Punkte hier den gemeinsamen Prozess der Erarbeitung von Standards im Team, welcher nachhaltig die Haltung im Team bestimmt. Leitlinien und SOPs, welche einem Team ohne Beteiligung übergestülpt werden, können zwar in bestimmten Situationen erforderlich sein, werden allerdings deutlich weniger von den Teams mitgetragen. Moderierte Bottom-Up-Prozesse mit breiter Beteiligung von Teammitgliedern zeigen hingegen laut unserer Interviews deutlich bessere Akzeptanz und Durchdringung. In diesem Sinn können folgende Punkte hilfreich sein:

- Regelmäßige Teamreflexionen zur Vermeidung von FeM
- Vermeidbarkeit jeder einzelnen FeM in Fallkonferenzen prüfen
- Individuelle und allgemeine Strategien zur Vermeidung von und zum Umgang mit FeM erarbeiten in Kooperation mit Eltern, Verfahrenspflegern etc.
- Gemeinsame Erarbeitung von einheitlichen Handlungsleitlinien zum Antrag der Genehmigung und zum Umgang mit FeM
- Gelungene Situationen und bereits erreichte Verbesserungen nachbesprechen und publik machen, um positive Vorbilder zu schaffen und Frustration im Team abzubauen
- Teamzusammenhalt stärken durch allgemeine Teambuilding-Maßnahmen
- Fehlerkultur erarbeiten durch definierte Konferenz z.B. analog zu Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen in der Medizin. Hierbei wesentlich: nicht rechtfertigen müssen, Meinungen ausdiskutieren dürfen, neue Kollegen in ihrer Kompetenz anerkennen, Fehler offen ansprechen lernen, Leitung muss vorbildhaft vorangehen
- Selbstfürsorge im Team fördern
- Strategien zur Durchdringung der Haltung, der Konzepte, Strategien und Leitlinien im Team entwickeln und kontinuierlich umsetzen

C) Interdisziplinäre Kooperation

Die Vermeidung von FeM erfordert eine Integration verschiedener Perspektiven und Kompetenzen. So spielt z. B. das Sicherheitsbedürfnis in den Teams ebenso eine Rolle wie die Sorge der Eltern um ihr Kind. Insofern sind interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation zentrale Voraussetzungen für eine effiziente Reduktion von FeM und das Team in den Einrichtungen muss stabile Kooperationen mit Eltern, Jugend- und Sozialämtern, Fachdiensten, schulischen Strukturen, Richtern und Verfahrensbeiständen sowie mit somatischen und psychotherapeutischen Behandlern anstreben.

- Definierte Kommunikationswege (mit Richtern, Eltern etc.), um FeM transparent zu machen Kommunikation und Diskussion des Verständnisses von FeM, den Indikationen für FeM und die Strategien des Teams im Umgang mit FeM mit allen Beteiligten
- Erarbeitung allgemeiner Konzepte und individueller Strategien zum Umgang mit / zur Vermeidung von FeM Bottom-Up mit möglichst vielen Beteiligten (Team, Betroffener, Fachdienste, Eltern, etc.)
- Kooperation mit Familienrichtern und Verfahrensbeiständen für Übergangsregelungen, Pflege von Handlungssicherheit und Routinen, insbesondere auch Abstimmung von Regelungen für die Zeit zwischen Beantragung und Genehmigung der FeM
- Kooperation mit Eltern, z.B. im Rahmen eines Elternbeirates, um Transparenz herzustellen und Verunsicherungen abzubauen

D) Politisches Handeln

Über die oben genannten Strategien hinaus wurde in REDUGIA an mehreren Stellen Forderungen formuliert, welche weder im Kompetenzbereich der Teams noch der Träger liegt. Bei diesen Punkten ist ein abgestimmtes Vorgehen der Politik entscheidend, um Rahmenbedingungen zu ermöglichen, die der Reduktion von FeM zuträglich sind. Dazu gehören:

- *Primärprävention und Früherkennung im schulischen Setting:*
  - Dissemination von Kompetenz zur Früherkennung und Prävention bei Lehrkräften in der Fläche
  - Definition von Strategien zur Implementierung evidenz-basierter Programme zur Prävention von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen
  - Fachliche Begleitung und fallbezogene Supervision von pädagogischen Teams durch externe spezialisierte Fachkräfte für Transfer therapeutischer Kompetenzen in das schulische Setting
  - Schaffung von Netzwerkstrukturen mit dem ambulanten System

- *Aufbau von spezialisierten Konsildiensten und Supervision in Heimeinrichtungen:*
  - Flächendeckender Ausbau von spezialisierten kinder- und jugendpsychiatrischen Konsildiensten in Heimeinrichtungen der Behindertenhilfe
  - Definition von Standards in der konsiliarischen Versorgung: Etablierung regionaler interdisziplinärer Kooperationsstrukturen, Verfügbarmachung entsprechender personellen Ressourcen

- *Kompetenztransfer in medizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung:*
  - Aufnahmen von Kenntnisse und Kompetenzen zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter im Allgemeinen sowie im Besonderen bei Intelligenzminderung in den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM)
  - Ggf. Definition das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie als curriculäres Pflichtfach

- Etablierung von Zentren der tertiären Versorgung (analog zu Würzburg, Heckscher-Klinik in Haar) zur Dissemination spezifischer Kompetenzen im Bereich der Pharmakotherapie und Pharmakovigilanz, Verhaltenstherapie, Traumatherapie, dialektisch-behaviorale Therapie sowie spezifisches Wissen im Bereich der sozialrechtlichen Beratung

- *Rahmenbedingungen (teil-)stationärer Einrichtungen:*
  - Überprüfung existierender Strukturen
  - Anpassung der Heimrichtlinien
  - Überprüfung der Implementierung und Durchdringung sowie verbindliche Gestaltung der Einhaltung
  - Definition von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung in zu schaffenden „hochintensiven“ Einrichtungen und Gruppen (z.B. individualisierte Konzepte mit abweichenden
  - Gruppengrößen und Personalschlüsseln, Konzepte zur kontinuierlichen Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die verpflichtende flächendeckende Einführung evidenzbasierter Deeskalationsschulung sowie weiterer Fortbildungen, Vorgaben zur konsiliarischen fachärztlichen Betreuung)
  - Schaffung von Vergütungsstrukturen für diese Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- *Evidenzbasierung von Prävention, Diagnostik und Therapie:*
  - Schaffung von Förderprogramme für die Durchführung qualitativ hochwertiger wissenschaftlicher Untersuchungen

- *Öffentlichkeitsarbeit und Situation in den Einrichtungen*

- Schaffung von Anreizen für Arbeit im stationären Heimrichtungen (z.B. durch Verbesserung der Vergütung, Verbesserung der personellen Situation durch Erhöhung des Personalschlüssels bzw. Schaffung eines individuellen Personalschlüssels für spezialisierte Einrichtungen, Förderung gesellschaftlicher Anerkennung der Arbeit in einer stationären Einrichtung)
- Beschaffung von Alternativmöglichkeiten zu FeM finanziell ermöglichen
- Bürokratische Hürden reduzieren, bspw. aufgrund zu langer Wartezeiten bis zur Genehmigung von bestimmten Materialien oder einer Zusatzkraft gesteigertem Bedarf der Bewohner

# 10 Diskussion

Die vorliegenden Daten aus den Jahren 2017 und 2019 stellen nach unserem Kenntnisstand die erste systematische Erhebung von herausforderndem Verhalten sowie Freiheitsentziehenden Maßnahmen in Heimeinrichtungen für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung in einem deutschen Bundesland dar.

*Befunde aus der Baseline-Erhebung*

Die erste Erhebung erfolgte vor der Novellierung des §1631b BGB . Dennoch lagen zu diesem Zeitpunkt bereits für 151 der 173 Kinder in Intensivgruppen bewilligte freiheitsentziehende Unterbringungen nach der damals gültigen Fassung des §1631b BGB vor. Da in der Befragung insgesamt nur 102 geschlossene Plätze in Bayern angegeben wurden, scheinen einige Unterbringungsbeschlüsse auch für Heimplätze ausgesprochen worden sein, die nicht dezidiert als geschlossene Plätze ausgewiesen waren. Die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen außerhalb einer Unterbringung war zum Zeitpunkt vor der Gesetzesnovellierung allein dem Elternrecht zugeordnet und nur limitiert durch eine Gefährdung des Kindeswohls. Damit waren Fixierungen, sedierende Medikationen, Gurte und Kayser-Betten sowie andere freiheitsentziehende Maßnahmen mit Einwilligung der Eltern zulässig. Für etwa 20% der Kinder lagen nach Angabe der Einrichtungen diesbezüglich schriftliche Vereinbarungen mit den Eltern vor. Seit der Novellierung ist dies für die Anwendung von FeM im Sinne des Gesetzes nicht mehr ausreichend, sondern es ist auch hierfür eine richterliche Genehmigung einzuholen.

Zunächst ist festzustellen, dass mit einem Rücklauf von 94% von repräsentativen Daten für Bayern ausgegangen werden kann. Zudem ist die Zahl mit fast 1900 Klienten in diesen 61 Einrichtungen deutlich höher als frühere Erhebungen nahelegten. Wir gehen davon aus, dass mehr als 2000 Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung in Bayern in Einrichtungen leben.

Hinsichtlich des Auftretens von herausforderndem Verhalten muss auf Basis der Daten ein differenziertes Bild gezeichnet werden, da die meisten der Einrichtungen kein oder kaum hfV oder feM bei Ihren jungen Heimbewohnern berichten. Vielmehr scheinen kritische Verhaltensweisen sowie die darauffolgenden restriktiven Reaktionen sich auf wenige, spezialisierte Einrichtungen zu konzentrieren. Die naheliegende Erklärung für diese ausgeprägten Diskrepanzen liegt in den unterschiedlichen Ausrichtungen und Zielgruppen der Einrichtungen. Tatsächlich nehmen nur wenige Einrichtungen Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung auf, welche aggressive Verhaltensweisen zeigen. Vielmehr ist es für die Kinder und Jugendlichen mit schwersten Verhaltensstörungen und ausgeprägtem auto- und fremdaggressivem Verhalten nur sehr schwer möglich einen adäquaten Heimplatz zu erhalten. Im Rahmen des Betriebs der Klink am Greinberg als kinder- und jugendpsychiatrische Spezialklinik für Kinder und Jugendliche mit Mehrfachbehinderung sind uns mehrere Fälle aus unterschiedlichen Bundesländern bekannt, die seit Jahren auf einen Heimplatz warten, im medizinischen Krankhaussystem belassen werden und im Erwachsenenalter schließlich in psychiatrischen Versorgungshäusern dauerhaft weiterbetreut werden.

Für diese Interpretation spricht auch, dass wir festgestellten konnten, dass das Auftreten von herausforderndem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen signifikant mit einer höheren Rate

an freiheitsentziehenden Maßnahmen assoziiert ist. Jedoch finden sich in den Daten Hinweise, dass einzelne Einrichtungen trotz einer hohen Rate an herausforderndem Verhalten geringe Raten an FeM aufweisen. Die spezifischen Konzepte und Strategien der jeweiligen Einrichtungen könnten daher vorbildhafte Strategien zur Reduktion von FeM darstellen (vgl. Ergebnisse von WiBIg).

Dieser Zusammenhang legt die Grundlage für weitere Untersuchungen, um zu überprüfen, inwieweit das im pädagogischen Kontext als herausfordernd definierte Verhalten Ausdruck von psychischen Erkrankungen sein kann. Eine frühzeitige Diagnostik und indizierte Therapie könnte den Kindern und Jugendlichen nicht nur ein höheres Maß an Partizipation und Teilhabe ermöglichen, sondern auch als präventive Strategie zur Vermeidung von Freiheitsentzug angesehen werden.

Die Dichotomisierung in „reguläre“ Einrichtungen und „intensive“ Einrichtungen stellt eine grundsätzliche Problematik dar, zumal der Bedarf an Heimplätzen das Angebot deutlich übersteigt, und diejenigen Personen mit dem höchsten Bedarf und den ausgeprägtesten Verhaltensproblemen am schwierigsten an die Träger zu vermitteln sind. Zum anderen fokussieren sich aufgrund der Selektion der Kinder und Jugendlichen in spezialisierte Heime auch das hfV sowie die FeM, so dass diese Einrichtungen rasch in den Verdacht geraten können, sich fehlerhaft zu verhalten.

*Veränderungen nach Novellierung des 1631b BGB*

In Bezug auf die Versorgungssituation der 43 Einrichtungen, von denen für beide Erhebungszeitpunkte Daten vorlagen, lässt sich eine deskriptive Verbesserung der personellen Ausstattung über die Projektlaufzeit feststellen (2017: 1,14 ± 0,66 VZÄ pro BewohnerIn, 2019: 1,33 ± 0,82 VZÄ pro BewohnerIn). Die Anzahl der Gruppen hat sich bei gleichbleibender Gesamtanzahl der BewohnerInnen erhöht, was sich in einer kleineren durchschnittlichen Gruppengröße niederschlägt. Nach der Novellierung hat die Gruppengröße der normalen Gruppen der von Intensivgruppen angenähert. Die deskriptiven Zahlen sprechen insgesamt für eine Verbesserung der Versorgungssituation in Heimeinrichtungen.

In Bezug auf körperliche Angriffe, Notwendigkeit des Tragens von Schutzkleidung und Versetzungsanträge/ Kündigungen aufgrund von hfV als Indikatoren der Mitarbeiterbelastung zeigen sich deskriptiv deutliche Reduktionen von bis zu 65%. Dies spricht für eine Reduktion der Mitarbeiterbelastung.

Bezüglich des herausfordernden Verhaltens zeigten sich keine statistisch signifikanten Veränderungen von 2017 zu 2019. Einzelne Einrichtungen berichteten jedoch eine deutliche Zunahme kritischer Ereignisse (s. Abb. 3).

Die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen im Verhältnis zur Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner pro Einrichtung blieb abgesehen von Reduktionen auf Trendniveau (Kayserbett, Festhalten, Zwangsmedikation) ebenfalls unverändert.

Auf Grund der verbesserten Rahmenbedingungen kann insgesamt von einer leichten Verbesserung der Gesamtsituation innerhlab des Erhebungszeitraums ausgegangen werden. Aller-

dings muss die Einschränkung vorgenommen werden, dass die Situationen in den Einrichtungen höchst unterschiedlich sind und weiterhin wenige spezialisierte Einrichtungen die höchste Last an hfV tragen und dort auch nach wie vor die höchsten Raten an FeM zu finden sind. Vertiefte Auswertungen zu den einzelnen Einrichtungen sind aufgrund der Zusicherung der Anonymität aller Veröffentlichungen nicht möglich und bei Einzelauswertungen die Gefahr einer Identifikation bestehen könnte. Diese Erkenntnisse stützen die These der Fokussierung problematischer Situationen (viel herausforderndes Verhalten und/ oder viele Freiheitsentziehende Maßnahmen und/ oder eine hohe Mitarbeiterbelastung) auf wenige Einrichtungen. Die Mehrzahl der Einrichtungen gibt eine niedrige Selbstauskunft sowohl für hfV als auch für FeM an. Es zeigt sich ebenfalls, dass die Einrichtungen im Verlauf der zwei Jahre Schwankungen im Bereich des herausfordernden Verhaltens, der Freiheitsentziehenden Maßnahmen und der Mitarbeiterbelastung zeigten. Diese beiden Aspekte lassen sich als Erklärung für die deskriptive Veränderung auf nicht statistisch signifikantem Niveau heranziehen. Es zeigt sich außerdem, dass die FeM nach der Einführung der richterlichen Genehmigungspflicht zwar nominell, aber nicht statistisch signifikant reduziert werden. Diese Erkenntnis spricht dafür, dass FeM in der Phase vor der Gesetzesnovellierung, in der die elterliche Einwilligung die Anwendung erlaubte, nicht missbräuchlich angewandt wurden und konsistent sind mit den richterlichen Entscheidungen. Trotz der angestrebten Vollerhebung ist die Datenmenge klein und weist eine hohe Varianz auf.

*Erfassung der diskrepanten Wahrnehmung von FeM*

Um zu erfassen, ob eine FeM hinsichtlich ihrer Angemessenheit in einer spezifischen Situation von allen an der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung beteiligter Personenkreise gleich bewertet wird, wurde im Rahmen von REDUGIA auf Basis spezifischer Fallvignetten in systematischer Vergleich vorgenommen. Es wurden Urteile von Eltern, PsychologInnen, ÄrztInnen, VerfahrensbeiständInnen, Lehrkräften und Mitarbeitenden im pflegerisch-erzieherischem Dienst eingeholt. Über alle Berufsgruppen hinweg zeigte sich eine Tendenz dahingehend, dass FeM in Form einer kurzfristigen körperlichen Fixierung zum Schutz der involvierten MitarbeiterInnen bzw. MitbewohnerInnen von allen als gerechtfertigt bewertet werden. Bei anderen Arten von FeM gab es zum Teil hingegen deutliche Diskrepanzen. Insgesamt schätzte die Gruppe der PsychologInnen über alle Vignetten hinweg den Einsatz von FeM als gerechtfertigt ein, während andere Berufsgruppen die einzelnen Fälle sehr unterschiedliche bewerteten (Abb. 6). Dies weist auf die Notwendigkeit eines einheitlichen Bewertungsmaßstabes für FeM hin, da nur Maßnahmen reduziert werden können, die auch als unangemessen erkannt werden. Gleichzeitig ist eine differenzierte Beurteilung notwendig, da nicht pauschal alle FeM unangemessen sind. Nichtsdestotrotz ist immer eine Ursachenforschung für das vorausgehende hfV sowie die Suche nach Alternativen angebracht. Unsere Erarbeitung einer allgemeingültigen Definition von FeM stellt hier einen ersten Schritt dar und kann als Arbeitsgrundlage für Schulungen z.B. von Eltern, Behandlern und anderen Betreuungspersonen dienen.

Angesichts der limitierten Zahl an Probanden plannen wir in einer weiteren Erhebung die ersten Befunde zu den Fallvignetten in einem grösseren Kollektiv zu überprüfen.

*Analyse von Interventionskonzepten*

Die zentrale Erkenntnis unserer Analyse von Interventionskonzepten besteht in der Realisation, dass es kaum umfassende Konzepte zum Umgang mit herausforderndem Verhalten gibt und die wenigen existierenden Ansätze nicht systematisch evaluiert sind. Daher erlaubt die aktuelle Datenlage keine Aussage zu wirksamen Interventionen zur Vermeidung von FeM. Den stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung stehen somit keine evidenzbasierten Konzepte zur Verfügung, auf die sie zurückgreifen können. Hier besteht dringender Forschungsbedarf für qualitativ hochwertige Studien, die innovative Konzepte entwickeln und im Hinblick auf ihre Eignung für verschiedene Patientengruppen evaluieren und in der Fläche verfügbar machen.

*Handlungsempfehlungen zur Reduktion von FeM*

Nach Auswertung der qualitativen und quantitativen Daten konnte REDUGIA zu verschiedenen Bereichen Empfehlungen abgeben, die zur Reduktion von FeM als Reaktion auf herausforderndes Verhalten dienen und sich beziehen auf die fachliche Organisation, die Haltung gegenüber FeM im Team, interdisziplinäre Kooperationen sowie politische Handlungsempfehlungen.

Diese Empfehlungen können nicht im Einzelnen, aber gemeinsam eine Verbesserung bewirken können. Die im Bericht angemahnten Defizite beziehen sich hauptsächlich auf Probleme innerhalb der Einrichtungen, aber auch auf übergeordnete Probleme wie die Vergütung und die Qualifikation des Personals, sowie notwendige politische Weichenstellungen.

Als Limitation ist anzumerken, dass REDUGIA zwar im Rahmen der SEKIB-Initiative wichtige Erkenntnisse geliefert hat, wie FeM zu bewerten sind, wie diese verteilt sind und welche Strategien zur Reduktion beitragen können. Allerdings konnte REDUGIA keinen zusätzlichen Einblick verschaffen in die Möglichkeiten, die verstärkte und verbesserte medizin-psychotherapeut Diagnostik und Intervention in Bezug auf Problemverhalten und die reaktiven freiheitsentziehenden Maßnahmen hat. Im Sinne einer präventiven Reduktion von hfV und sekundären FeM ist eine fundierte Diagnostik ist essentiell, weil junge Menschen mit geistiger Behinderung oftmals auf Basis psychischer Erkrankungen Problemverhalten zeigen. Hierfür sind evidenz-basierte medizinische und psychotherapeutische Interventionen in der Kooperation mit der Pädagogik und weiteren Disziplinen von Nöten, um der interdisziplinären Genese der Problematik gerecht werden zu können. [8]

## Literaturverzeichnis


1. Dworschak, W. and T. Reiter, *Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung im Heim. Prävalenz und individuelle Merkmale.* Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 2017. **86**(4): p. 325-339.
2. Bretschneider, R. and e. al., *Projektverbund SEKiB – Stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung.* Teilhabe 2018. **57**(4): p. 187-188.
3. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, F.u.I.S. *Bericht „Stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung“*. 2016 [cited 2020 11.12.2020].
4. *Richtlinien für Heilpädagogische Tagesstätten, Heime und sonstige Einrichtungen für Kinder und Jugendliche und junge Volljährige mit Behinderung. Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration. Vom 1. Juli 2017 (Az. IV4/6417.01-1/26)*. https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayVV_2162_A_546.
5. Kanfer, F.H. and G. Saslow, *Verhaltenstheoretische Diagnostik*, in *Diagnostik in der Verhaltenstherapie* D.S. (Hrsg.), Editor. 1976, Urban & Schwarzenberg: München. p. 24– 59.
6. Dieckmann, F. and C. Giovis, *Therapeutische Wohngruppen für geistig behinderte Erwachsene mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten in Baden-Württemberg. Evaluationsstudie im Auftrag des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg*. 2006, Hochschulschrift der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen: Münster.
7. Kirsch, S., *Werdenfelser Weg – Holzweg oder Königsweg. Initiative gegen Fixierungen.* Heilberufe/Das Pflegemagazin 2018. **70**(1): p. 10-12.
8. Hennicke, K., *Seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Beeinträchtigung. Eine Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung.* Teilhabe, 2017. **56**(2): p. 50-55.