

Netzwerke, Partizipation und Zwangsvermeidung

Renate Schepker
APK-Tagung Berlin, 25.9.2023

Mögliche Interessenkonflikte

In den letzten 5 Jahren

- Keine Beziehungen zur pharmaz. Industrie
- Aufsätze und Buchbeiträge mit geringer Vergütung
- Gutachten für Gerichte und Institutionen, u.a. zu Freiheitsentziehung und Pflichtverletzungen

- Chefärztin von KJPP-Abteilungen seit 1999
- Aktuell fachpolitische Geschäftsführung und Vorstandsmitglied der DGKJP

In der Mottenkiste der Geschichte sind Zwangsmaßnahmen (FEM) in Form von

- **Käfigbetten** (aber neue Version „Kayser-Bett“ für
intelligenzgeminderte Kinder)
- **Faradisierung** (Afschar-Hamdi 2018: 5 x in 2051 in Weissenau)
- **Verlegung in die Erwachsenenpsychiatrie** (Afschar-
Hamdi: zwischen 1951 und 1966, 4 Jahrgänge, 4,5 % d. KJPP-Patienten)
- **Festbinden am Stuhl mit Windeln oder
Mullbinden** (Zeitzeugeninterview über 60er Jahre, Diss Dierig)
- ...alle Maßnahmen wurden „verfügt“ und nicht
partizipativ ausgehandelt (für den Fall, dass...)

Heute

- **Alle** FEM bei KJ **müssen** wenn „regelmäßig“ (nicht nur 1 x notfallmäßig) vom Familiengericht genehmigt werden („geschlossene Führung“, Fixierung, Isolierung, Lochgittertür, Festhalten, Wickeltechnik...)
- Recht auch von Kindern auf rechtliches Gehör und einen Verfahrensbeistand sowie nachträgliche gerichtliche Überprüfung einer Maßnahme
- Wenig Wissen darüber was Kinder u. Jugendliche als am wenigsten schlimm für sich empfinden
- Unerheblich ist, ob abgeschlossen – freie Bewegung ist das Kriterium

Merke:

Auch kreative Alternativen der Zwangsanwendung gelten **nicht** als Zwangsvermeidung

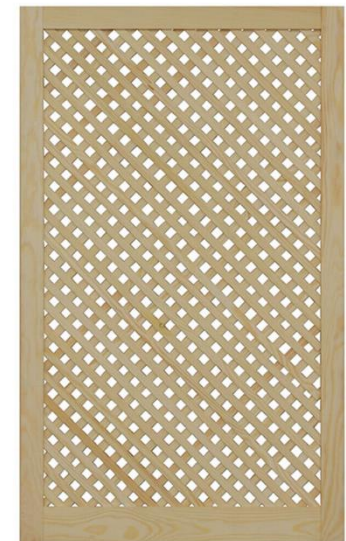
(§ 1631b BGB: „...oder auf andere Weise die Freiheit entzogen werden soll“)



Wickeltechnik:
Selbstbefreiung sofort
möglich



Lochgittertür:
Teilnahme am
Stationsleben
weiter
möglich; meist
mit
Durchgriffen



Neu und besser

- **GANZ anders:**
StäB (**stationsäquivalente
Behandlung**)
z.B. bei Schulvermeidung
(führt bei Weigerung das Haus
zu verlassen und Verweigerung
der Schulpflicht nach Ausreizen
von ambulanter Behandlung
überwiegend zu einem
Unterbringungsbeschluss)



Funktioniert nur mit vollem Einverständnis der Betroffenen UND der erw. Familienmitglieder

Ebenfalls besser

- HALB anders:
Therapieauflagen
(z.B. nach BtMG) zur
Haftvermeidung
im offenen Setting

Bedarf hoher Vernetzung!
(direkt in Reha: nur 20 %)



Beruhet aber auf Zwangsandrohung –
umstritten ähnlich wie
„Auslandspädagogische Maßnahmen“
aus denen man nicht weglaufen kann

Ebenfalls besser

- Einviertel anders

- Aushandeln freiwilligen Rückzugs unter sanftem Druck
(Deeskalationsgeschulte Mitarbeiter in Überzahl nach Alarm – PPP-RL!)

- „Auszeiten“ im Zimmer oder auf „Stillem Stuhl“
(ABER von Erwachsenen verordnet z.B. für 10 Minuten, ohne Kontakt)

- Dreiviertel anders

- Begleitetes Ausagieren an Boxsack oder im
„Deeskalationsraum“

Wichtig: MIT anschließendem klärendem Gespräch!

- sonstige 1:1-Betreuung (rennen, spielen...)
(Debatte ob 1:1 auch FEM?)

.. und sonst alles was die Selbstregulationsfähigkeit von Jugendlichen fördert

1. Individuelle Krisenvereinbarungen im Rahmen der Vernetzung

mit nachvollziehbarem Ablauf (siehe APK-Tagung 2010)

– Unsere Hoffnung auch für den KiJu § 96 (2) b SGB V – aber wo bleiben die Krankenhäuser?

2. Skills (individuelle Möglichkeiten zur Stressregulation durch z.B. starke äußere Reize) dazu gehört auch: Bedarfsmedikation in Selbstverwaltung

Und nie mehr....

- Notfallmäßige **Zwangsmedikation i.m.** (gilt als FEM)
- Groteske Gewichtszunahme unter sedierender Dauermedikation (Partizipation!) oder regelmäßiger „Notfallmedikation“
- Medikation je als pädagogische Maßnahme in Heimen oder Familien



Quelle: www.impulse-studio-asia