



[www.kinderpsychiater.org](http://www.kinderpsychiater.org)

[www.dgkjp.de](http://www.dgkjp.de)

**Gemeinsame Stellungnahme  
der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der  
Fachverbände**

DGKJP, BAG KJPP, BKJPP

**erarbeitet durch die Gemeinsame Kommission Jugendhilfe, Arbeit,  
Soziales und Inklusion**

**Freiheitsentziehende Maßnahmen in Jugendhilfeeinrichtungen –  
Empfehlungen aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie für das  
Verfahren nach § 1631b BGB und die Gestaltung der Maßnahmen**

Autoren: Michael Kölch, Veit Roessner, Hubertus Adam

**Ausgangslage**

Die Begrenzung der Freiheit einer Person, unabhängig vom Alter, stellt einen erheblichen Eingriff in die Rechte eines Menschen dar. In der jüngsten Vergangenheit sind freiheitsentziehende Maßnahmen in Krankenhäusern und in Einrichtungen der Jugendhilfe öffentlich diskutiert worden. In psychiatrischen Kliniken ging es dabei um die Behandlung psychisch Kranker gegen ihren Willen im Rahmen der Unterbringungsgesetze der Länder, in Einrichtungen der Jugendhilfe um geschlossene Unterbringung.

Die Kommission für Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (DGKJP, BAG KJPP, BKJPP) nimmt mit dem vorliegenden Papier zu der Problematik freiheitentziehender Maßnahmen in der Jugendhilfe Stellung. Die Notwendigkeit hierzu ergibt sich aus den unmittelbaren Schnittstellen der Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und der Kinder- und Jugendhilfe: Kinder- und Jugendliche in Einrichtungen der Jugendhilfe weisen zu einem hohen Grad behandlungsbedürftige psychische Störungen auf (Schmid,



**Bundesarbeitsgemeinschaft  
der Leitenden  
Kliniker für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und  
Psychotherapie e. V. (BAG)**

Dr. med. Ingo Spitzcok von  
Brisinski  
Vorsitzender  
LVR-Kliniken Viersen  
Psychiatrie, Psychosomatik  
und Psychotherapie des  
Kindes- und Jugendalters  
Horionstr. 14  
41749 Viersen  
Tel.: 0 21 62 – 96-5000 oder -31  
Fax: 0 21 62 – 96-5647  
E-Mail: ingo.spitzcokvon  
brisinski@lvr.de



**Berufsverband für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie, Psycho-  
somatik und Psychotherapie  
in Deutschland e. V. (BKJPP)**

Dr. med. Maik Herberhold,  
Vorsitzender  
Hauptstr. 207  
44892 Bochum  
Tel.: 02 34 – 2 98 96 20  
Fax: 02 34 – 2 98 96 21  
E-Mail: herberhold@bkjpp.de



Deutsche Gesellschaft für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und  
Psychotherapie e.V.

**Deutsche Gesellschaft für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und  
Psychotherapie (DGKJP)**

Prof. Dr. med. Jörg Fegert  
Präsident  
Direktor der Klinik für  
Kinder- und  
Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie,  
Universitätsklinikum Ulm  
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm  
☎ 0731 / 5006-1600; 📠 0731 /  
5006-1602  
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-  
ulm.de

2007), andererseits werden Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie häufig von der Jugendhilfe weiterversorgt.

Hinsichtlich der freiheitsentziehenden Maßnahmen in Kliniken wird an dieser Stelle ausdrücklich auf die entsprechenden Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG KJPP) verwiesen.<sup>1</sup> Diese Stellungnahme bezieht sich ebenfalls nicht auf Unterbringungen und freiheitsentziehende Maßnahmen im Bereich der Eingliederungshilfe nach SGB XII bei schweren Intelligenzminderungen.

### **Pädagogik im historischen Kontext**

Öffentliche Jugendhilfe wurde schon immer mit staatlicher Zwangserziehung auffälliger und störender Kinder und Jugendliche in Verbindung gebracht; schon den frühen gesetzlichen Grundlagen wie der preußischen Fürsorgegesetzgebung waren Elemente der Zwangserziehung immanent. Auch das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz (RJWG) aus den 20iger Jahren des 20. Jhdts. musste lange gegen die in der öffentlichen Wahrnehmung bestimmenden Vorurteile ankämpfen (Kölch 2006). Nicht zuletzt die Ergebnisse der Runden Tische zur Heimerziehung in den 50iger und 60iger Jahren in der Bundesrepublik und folgend auch in der DDR haben aufgezeigt, mit welchen repressiven pädagogischen Mitteln Kinder und Jugendliche in Jugendhilfeeinrichtungen konfrontiert wurden<sup>2</sup>. Im Gegenzug hatte sich über die letzten Jahrzehnte eine pädagogische Haltung durchgesetzt, die Pädagogik mittels freiheitsentziehender Maßnahmen generell ablehnt. Dies hat zur Situation geführt, dass manche Bundesländer keine pädagogischen Einrichtungen, die freiheitsentziehende Maßnahmen durchführen, vorhalten, andererseits aber Einrichtungen in anderen Bundesländern mit eigenen Klienten belegen.

### **Kinder- und jugendpsychiatrische Sicht der Notwendigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen**

Im Rahmen freiheitsentziehender Maßnahmen (FM) (synonym mit geschlossener Unterbringung, GU), bei Minderjährigen in der Regel nach

---

<sup>1</sup> Brünger M., Naumann, A., Schepker, R. (2010) Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Das Jugendamt 83 (9), 345-351

<sup>2</sup> Den Verfassern ist bewusst, dass ähnliche Zustände auch in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie geherrscht haben dürften.

richterlichem Beschluss gemäß § 1631 b BGB, wird der Institution (Klinik oder Einrichtung der Jugendhilfe) gestattet, freiheitsentziehende Maßnahmen durchzuführen. Das bedeutet, dass sich der Minderjährige auf richterlichen Beschluss an einem zugewiesenen Ort aufhalten muss und weite Teile seines Lebens den Vorgaben der Institution unterworfen sind. Eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung liegt vor, wenn „das Kind oder der Jugendliche gegen seinen Willen auf einem bestimmten beschränkten Raum festgehalten, sein Aufenthalt ständig überwacht und die Aufnahme zu Kontakten mit Personen außerhalb des Raumes durch Sicherungsmaßnahmen verhindert wird“ (Wiesner, 2006). Von fakultativer Geschlossenheit (oft synonym verwendet wird teilgeschlossene Unterbringung) spricht man, wenn die Unterbringung mit freiheitsentziehenden Maßnahmen möglich, aber im Einzelfall nicht zwingend ist und aus einem „Stand-by“-Modus Elemente freiheitsentziehender Maßnahmen variabel einsetzbar sind. So gibt es verschiedene Grade von Geschlossenheit im Rahmen von Stufenmodellen und neben Bereichen oder Plätzen mit Freiheitsentziehung in einer Institution existieren ggf. auch offene Bereiche oder Plätze mit freien Bewegungsmöglichkeiten ohne Kontaktverbote.

Eine Unterbringung gegen den Willen und damit mit freiheitsentziehenden Mitteln, sei es in der Klinik oder in einer Einrichtung der Jugendhilfe, ist immer eine ultima ratio, wenn keine andere Möglichkeit besteht, eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung und damit eine Kindeswohlgefährdung abzuwenden. Tatsächlich findet sich aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ein kleiner Anteil von Patienten, die einer längerfristigen Unterbringung im pädagogischen Bereich bedürfen. Dabei handelt es sich größtenteils um Kinder und Jugendliche mit komplexem, fachübergreifendem Hilfebedarf, oft über Jahre chronisch vernachlässigt und multipel traumatisiert. Sie weisen ganz überwiegend mehrere, parallel bestehende Diagnosen auf, wobei es sich meist um ausgeprägte Störungen des Sozialverhaltens, beginnende Persönlichkeitsstörungen und Substanzabhängigkeit sowie posttraumatische Belastungsstörungen handelt. Neben der Diagnose oder der Kombination von Diagnosen spielen dabei als mögliche Ursachen die im multiaxialen Diagnoseschema (MAS) auf der Achse V kodierten psychosozialen Risikofaktoren eine entscheidende Rolle.

Patienten, die über einen Klinikaufenthalt hinaus oder anstelle eines Klinikaufenthaltes eine längere freiheitsentziehende Maßnahme im Bereich der Jugendhilfe benötigen, zeichnen sich oft durch ein sehr destrukturiertes

soziales Umfeld, eine hohe emotionale Labilität, eine Geschichte des Scheiterns in verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen, durch andauernden Substanzkonsum sowie weitere deutlich selbstgefährdende und altersunangemessene Verhaltensweisen, wie z.B. Beschaffungskriminalität oder Prostitution, aus. Diese Kinder und Jugendlichen sind durch offene Angebote der Jugendhilfe oft nicht (mehr) erreichbar und benötigen einen länger andauernden Schutz- und Reflexionsraum, damit sie nicht in das gelernte Verhalten von Dissozialität, Beziehungsabbruch, und/oder Substanzabusus zurückfallen.

Untersuchungen der letzten Jahre in Jugendhilfeeinrichtungen haben einen hohen Anteil von Kindern und Jugendlichen aufgezeigt, die an psychischen Störungen leiden. Kinder in Jugendhilfeeinrichtungen können als „ultra high risk“ Gruppe gelten (Ford et al. 2007 & 2010): verglichen mit anderen Hochrisikogruppen zeigen sie eine extrem hohe Prävalenz psychiatrischer Diagnosen, bis zu 96 % aller Heimkinder erfüllen Diagnosekriterien für mindestens eine psychische Störung (u.a. Blower et al., 2004; Schmid et al., 2008). In der so genannten Ulmer Heimkinderstudie hatten 48 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen eine Störung des Sozialverhaltens mit oder ohne begleitendes Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) (Schmid et al., 2008). Zudem zeigen Kinder und Jugendliche in institutioneller Erziehung eine erhöhte Rate (60-70 %) an Traumatisierungen durch Vernachlässigung, Misshandlung bzw. Missbrauch (Richardson & Lelliott, 2003, Hukkanen et al. 2003 Burns et al. 2003; Ihle et al., 2002). Es ist davon auszugehen, dass diejenigen Kinder und Jugendlichen, bei denen freiheitsentziehende pädagogische Maßnahmen notwendig sind, insbesondere zu der Gruppe gehören, die sowohl eine (oder mehrere) psychiatrische Diagnose(n) aufweisen und dauerhaft pädagogische Defizite erfahren haben.

### **Freiheitsentziehende Maßnahmen bei Minderjährigen - Die Stellung des Kinder- und Jugendpsychiaters im Verfahren nach § 1631 b BGB und anderen diesbezüglichen Verfahren**

Ein genereller Vorbehalt im § 1631 b BGB definiert, dass eine **Unterbringung nur zulässig** ist, wenn sie **zum Wohl des Kindes**, insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung, erforderlich ist. Dadurch ist in jedem Einzelfall genau zu begründen, weshalb eine freiheitsentziehende Maßnahme dem Kindeswohl dient. Im Rahmen des

Verfahrens nach § 1631 b BGB müssen Unterbringungen eines Minderjährigen, die mit Freiheitsentziehung verbunden sind, vom Familiengericht genehmigt werden. Des Weiteren muss ersichtlich sein, dass der Gefahr bzw. der Gefährdung des Kindeswohls nicht auf andere Weise, z.B. durch andere Jugendhilfemaßnahmen oder weitere öffentliche Hilfen begegnet werden kann. § 151 FamFG definiert Kindschaftssachen im Rahmen familiengerichtlicher Verfahren. Abs. 6 und 7 des § 151 FamFG benennt Verfahren u.a. nach § 1631 b BGB und Verfahren Minderjährige betreffend nach den Unterbringungsgesetzen der Länder für psychisch Kranke als Kindschaftssachen. Die anwendbaren Vorschriften im Verfahren werden im § 167 FamFG definiert. In Kindschaftssachen nach § 151 Abs. 6 und 7<sup>3</sup> soll ein Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Sachverständige sein, während in Verfahren nach § 151 Abs. 6 das Gutachten auch durch einen in der Heimerziehung ausgewiesenen Psychotherapeuten, Psychologen, Pädagogen oder Sozialpädagogen erstattet werden kann. Für die Praxis vereinfacht dargestellt bedeutet dies konkret, dass bei Verfahren, die die Unterbringung in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie betreffen, ausschließlich die medizinische, also die kinder- und jugendpsychiatrische Expertise den nötigen Sachverstand dem Gericht vermitteln, während bei einer Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung mit freiheitsentziehenden Maßnahmen sowohl ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie auch in der Heimerziehung ausgewiesene Angehörige der o.g. Berufsgruppen als Sachverständige tätig werden können. Dem **Facharzt Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** kommt also als **Sachverständigem** in vielen Fällen eine **bedeutende Rolle im Verfahren** zur Entscheidung über eine pädagogische Maßnahme mit freiheitsentziehenden Maßnahmen zu, wenn auch nicht exklusiv. Eine weitere Möglichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen ist im SGB VIII niedergelegt, hier jedoch nur in Ausnahmefällen und zeitlich sehr begrenzt (§ 42 Abs. 5 SGB VIII, Inobhutnahme).

---

<sup>3</sup> § 151 FamFG: Kindschaftssachen regelt in Abs. 6 die Unterbringung von Minderjährigen nach § 1631b BGB und in Abs.7 die Unterbringung Minderjähriger nach den Landesgesetzen für psychisch Kranke.

## **Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vs. Unterbringung in der Jugendhilfe: strukturelle und inhaltliche Unterschiede in den Gegebenheiten und Voraussetzungen**

Es bestehen de facto zwei Möglichkeiten der Unterbringung Minderjähriger: in einer Klinik oder einer Heimerziehungsmaßnahme. Jedoch ist in der gesetzlichen Grundlage für Heimerziehung, im SGB VIII, außer bei der oben erwähnten Inobhutnahme, keine freiheitsentziehende Maßnahme explizit benannt. Die freiheitsentziehenden Maßnahmen finden jedoch – ohne konkret im Gesetz benannt zu sein - nach § 34 als Hilfe zur Erziehung in einer Einrichtung über Tag und Nacht (Heimerziehung) statt.

Während die meisten der ca. 150 Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Versorgungsverpflichtung für eine festgelegte Region (was die Aufnahme geschlossen zu führender Patienten aus dieser Region einschließt) wahrnehmen und damit zumindest relativ nah zum Umfeld der Patienten sind, stellt sich die Situation bei den Einrichtungen der Jugendhilfe, die freiheitsentziehende Maßnahmen durchführen, anders dar: die aktuell 390 Plätze (107 Plätze für Mädchen, 159 Plätze für Jungen) verteilen sich sehr heterogen in Deutschland: während sich in Bayern und Baden-Württemberg mehrere Einrichtungen finden, haben Länder wie Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, das Saarland, Hamburg oder Schleswig-Holstein überhaupt keine Einrichtung ([www.dji.de/fileadmin/user\\_upload/jugendkriminalitaet/JH\\_Einrichtungen\\_Unterbringung\\_1631b\\_BGB\\_Stand\\_Juni\\_2014.pdf](http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/jugendkriminalitaet/JH_Einrichtungen_Unterbringung_1631b_BGB_Stand_Juni_2014.pdf)).

Zudem muss unterschieden werden zwischen sogenannten „Clearing“-Einrichtungen, die solche Maßnahmen nur kurzfristig anbieten, und Einrichtungen mit längerfristigem pädagogischem Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Hinsichtlich der Indikation ist unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben eindeutig, dass eine Unterbringung in einer Klinik das Vorliegen einer psychischen Störung (bzw. zumindest des Verdachts auf eine solche) zur Voraussetzung hat und die geschlossene Unterbringung das Mittel der Wahl ist, um die gesundheitliche Gefährdung abzuwenden. Dies impliziert auch, dass z.B. bei ausschließlichen Störungen des Sozialverhaltens meist keine längerfristige stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung sinnvoll ist, da nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand eine pädagogische Maßnahme – mit längerer Dauer - indiziert ist.

Für Unterbringungen in der Jugendhilfe ist allgemein Voraussetzung, dass eine pädagogische Beziehung im offenen Rahmen nicht herstellbar ist, z.B.

wenn Jugendliche sich regelmäßig durch Weglaufen der Beziehungskontinuität entziehen.

Generell kann auch – aufgrund der inhaltlichen Unterschiede der Voraussetzungen für eine Unterbringung – davon ausgegangen werden, dass Unterbringungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Regel eher kürzer dauern, da es sich um Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen handelt, aufgrund derer die Patienten untergebracht sind, während es bei den Einrichtungen der Jugendhilfe um eher längerdauernde pädagogische Gründe und Prozesse geht, die zumindest die Möglichkeit freiheitsentziehender Maßnahmen über einen längeren Zeitraum, also z.B. 6 Monate notwendig machen.

### **Notwendigkeiten aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie für Jugendhilfemaßnahmen mit freiheitsentziehenden Maßnahmen**

Aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind einige Kriterien an Einrichtungen mit freiheitsentziehenden Maßnahmen zu stellen, die sowohl die Qualität, die Struktur und das Konzept, aber auch die politischen Rahmenbedingungen betreffen.

#### **1. Möglichst wohnortnahe Angebote**

Im Sinne der Reintegration sollte eine pädagogische Maßnahme in den allermeisten Fällen **wohnortnah** stattfinden. Dadurch ist eine Einbeziehung z.B. der Sorgeberechtigten leichter möglich, die Hilfeplanung ist erleichtert und auch bei evtl. Krisensituationen, die eine kinder- und jugendpsychiatrische Aufnahme nötig machen, die Zuständigkeit einer Klinik im Sinne der Kontinuität leichter zu bewerkstelligen. Zudem ist bisher in den wenigsten Fällen belegt, dass eine Unterbringung weit weg vom ursprünglichen Wohnort einen Mehrnutzen gegenüber den genannten Nachteilen erbringt.

#### **2. Notwendigkeit der Planung von langfristigen Versorgungsketten**

Freiheitsentziehende Maßnahmen sollten **Bestandteil einer realistischen und auf eine längere Perspektive hin geplanten Versorgungskette** sein. Eine geschlossene Unterbringung ist kein „Warnschussarrest“. Kinder und Jugendliche benötigen, wenn sie sich nicht freiwillig auf Jugendhilfemaßnahmen einlassen (können), umso

mehr eine längere und realistische Perspektive, da nur so eine tragfähige Motivation aufzubauen ist. Insbesondere da die betreffenden Kinder und Jugendlichen meist eine Vielzahl an Vorerfahrungen mit anderen Jugendhilfemaßnahmen hatten und belegt ist, dass durch Abbrüche die Wirksamkeit der nächsten Jugendhilfemaßnahme sinkt (EVAS, 2004) und mit einer höheren Anzahl von Beziehungsabbrüchen das Risiko einer Delinquenz auf dem weiteren Lebensweg steigt (Ryan & Testa, 2004). Die Angebote müssen also Beziehungsabbrüche vermeiden, die selbst bei gelingenden Maßnahmen von den Kindern und Jugendlichen oft als belastend erlebt werden und die Gefahr erhöhen, dass Erreichtes wieder verloren geht (Menk et al. 2013).

### **3. Notwendigkeit schulischer bzw. Ausbildungs-Angebote**

Eine freiheitsentziehende Maßnahme muss ein passendes schulisches Angebot (bzw. ein Angebot zur Ausbildung) vorhalten, damit die Teilhabe der Kinder und Jugendlichen in einem extrem wichtigen Teilhabebereich gesichert ist. Eine Unterbringung ohne ein solches Angebot ist aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht obsolet. Angesichts der bestehenden Probleme und „verlorenen Zeit zum Lernen“ sollte eigentlich der Anspruch sein, ein überdurchschnittlich engagiertes und flexibles Angebot vorzuhalten, das Schul- und Lernmotivation wieder herstellt und eine realistische Reintegration in den alterstypischen Schul- und Ausbildungsweg ermöglicht.

### **4. Notwendigkeit höchster pädagogischer Expertise und Maßnahmen zur Veränderungsmessung**

Innerhalb der Einrichtung muss die pädagogische Expertise hoch sein. Pädagogische Maßnahmen müssen zielgenau und reflektiert erfolgen. Vor allem die Motivationsangebote müssen angemessen sein. Spezifische Kenntnisse über die psychischen Störungen und über Besonderheiten von sequentiell traumatisierten und vernachlässigten Kindern und Jugendlichen (Traumapädagogik) müssen vorhanden sein (Schmid et al. 2013). Die Besonderheiten der Beziehungsgestaltung der betroffenen Kinder und Jugendlichen müssen bekannt sein und damit professionell umgegangen werden können. Auch muss die



Grundhaltung der Mitarbeiter garantieren, dass die Kinder und Jugendlichen Beziehung und Verlässlichkeit erfahren. Entwürdigende oder überzogene pädagogische Maßnahmen sind obsolet. Die Einbeziehung von Veränderungsmessung, Diagnostikinstrumenten etc. erscheint gerade für dieses Klientel äußerst notwendig. Um „schleichend gewachsenen“, problematischen Abläufen vorzubeugen, sollten kontinuierliche Supervisionen durch externe, in regelmäßigen Intervallen wechselnde Supervisoren stattfinden.

## **5. Notwendigkeit der Einbindung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Diagnostik und Therapie**

Kooperationen mit Kliniken und niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind notwendig. Die hohe Belastung mit psychiatrischen Diagnosen macht dies augenfällig. Kooperationen müssen realistisch geplant und in der Praxis ausreichend gelebt und dokumentiert werden. Schriftliche Kooperationsvereinbarungen an sich sind keine Hilfen, sondern es bedarf in der praktischen Ausgestaltung tatsächlicher Ressourcen für Diagnostik und Therapie sowie Supervision. Wichtig ist, dass bei einem Teil der Kinder und Jugendlichen, z.B. im Rahmen von Impulskontrollstörungen oder bei ADHS, eine Pädagogik ohne begleitende pharmakologische Behandlung äußerst schwierig ist und eine suffiziente kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung Voraussetzung für das Gelingen der pädagogischen Maßnahme sein kann. Auch hier ist nochmals zu betonen, dass, analog zu den pädagogischen Maßnahmen, Kontinuität des Wissens über den Patienten (z.B. bisherige und aktuelle Medikation) und Kontinuität in der psychotherapeutischen Beziehung ein elementares Ziel bei den Planungen sein muss.

## **6. Partizipationsmöglichkeiten und Beschwerdesysteme**

Gerade die Kinder und Jugendlichen in freiheitsentziehenden Maßnahmen haben wenige familiäre Ressourcen, die sich für ihre Rechte einsetzen. Gleichzeitig besteht bei geschlossenen Systemen immer die Gefahr, dass Persönlichkeitsrechte verletzt werden können. Insofern hat sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie seit längerer Zeit

mit dieser Thematik auseinandergesetzt und diesbezüglich Untersuchungen durchgeführt. Insbesondere bei Maßnahmen gegen den Willen eines Betroffenen hat sich gezeigt, dass Partizipation an der Entscheidung und Beschwerdemöglichkeiten den Betroffenen sehr wichtig sind (Rothärmel et al. 2006). Insofern müssen alle Einrichtungen, die freiheitsentziehende Maßnahmen durchführen, Konzepte zu Beschwerdemöglichkeiten entwickeln und vorhalten. Je höher die Transparenz, desto weniger Missbrauch von Macht kann stattfinden. Deeskalationsmaßnahmen müssen standardisiert sein, über sie müssen auch Berichte geführt werden, welche z.B. von den Aufsichtsbehörden auch kontrolliert werden müssen. Kinder und insbesondere Jugendliche sollen entsprechend des Grundgedanken des SGB VIII zur Selbständigkeit erzogen werden, insofern sind Partizipationsmöglichkeiten bei der Alltagsgestaltung und anderen sie betreffenden Fragen auch in Maßnahmen mit Freiheitsentziehung zu schaffen. Ebenso sind Selbstkontrollmechanismen zur Deeskalation vor Zwangsmaßnahmen gezielt zu fördern.

## **7. Beachtung von Kontraindikationen**

Die amerikanische Fachgesellschaft hat nach entsprechender Literatursichtung folgende Kontraindikationen bzw. Ausschlüsse für freiheitsentziehende Maßnahmen benannt (AACAP, 2002):

- Der Gebrauch von freiheitsentziehenden Maßnahmen bzw. die Anwendung von Zwang oder Zwangsmedikation als Bestrafung
- Um die Durchführung eines Behandlungsprogramms zu erleichtern
- Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen durch unausgebildetes/untrainiertes Personal
- Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen, wenn eine freiwillige Medikamenteneinnahme bzw. eine freiwillige Mitarbeit des Patienten möglich ist
- Wenn freiheitsentziehende Maßnahmen nicht konform mit dem staatlichen Recht sind

## **8. Anforderungen an Gutachten durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

Dem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie kommt im Verfahren eine besondere Bedeutung zu. Insofern sollte er sich seiner Rolle und der Auswirkungen besonders bewusst sein. Die Begutachtung sollte den diagnostischen und klassifikatorischen Standards des Faches entsprechen. Es sollten dieselben (hohen) Standards bei der Begutachtung und Abfassung gelten, gleich um welche Institution es bei der Unterbringung geht.

Immer hat eine aktuelle persönliche Untersuchung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen stattzufinden, und die Einlassungen des Betroffenen sind zu dokumentieren.

Für Unterbringungen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie müssen die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die im Setting der Klinik bestehen, benannt werden, damit ersichtlich wird, weshalb ein Klinikaufenthalt individuell dem betreffenden Kind oder Jugendlichen zum Wohle gereicht, und es sind die erwünschten Behandlungsziele bis zur Beendigung der Geschlossenheit zu benennen. Analog kann eine detaillierte Störungsbeschreibung über die Klassifikationsschemata hinaus, die auch Therapievorschläge beinhaltet, ebenso den Partnern in der Jugendhilfe helfen. Dazu gehört auch eine klare Darstellung, welches Verhalten oder welche Probleme störungsbedingt sind, welche psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch zu behandeln sind und welche pädagogisch zu beeinflussen sind (z.B. Craving im Suchtbereich nicht als Phänomen einer Störung des Sozialverhaltens zu sehen, sondern als suchtspezifisches Verhalten).

Die genaue Beschreibung der Verhaltensweisen hinsichtlich Eigen- und/oder Fremdgefährdungsaspekten und die Einordnung derselben hinsichtlich des Schweregrads und des Vorliegens einer Kindeswohlgefährdung ist notwendig, damit eine richterliche Entscheidung fundiert getroffen werden kann. Es muss auch dargelegt werden, weshalb andere Maßnahmen („mildere Mittel“) bei dem Betroffenen nicht aussichtsreich erscheinen und welche anderen Maßnahmen bereits in der Vorgeschichte angewendet worden sind. Kommt das Gutachten zum Schluss, dass eine Unterbringung nicht oder noch nicht erforderlich bzw. begründet ist, sind alternative

Maßnahmen im medizinischen und pädagogischen Bereich zu empfehlen, ohne damit einer Jugendhilfeplanung vorzugreifen.

Das Gutachten sollte aus Entwicklungsaspekten heraus immer eine zeitliche Begrenzung der Empfehlung enthalten, sowie den Hinweis, dass eine Überprüfung der Notwendigkeit in einem bestimmten Zeitabstand (i.d.R. sollte dieser nicht länger als ein Jahr sein), erforderlich ist.

Berlin, 23.10.2014

Für die DGKJP:



Prof. Dr. med. Jörg Fegert, Präsident DGKJP

Für den BKJPP:



Dr. med. Maik Herberhold, Vorsitzender des BKJPP

Für die BAG KJPP:



Dr. med. Ingo Spitzok von Brisinski, Vorsitzender BAG KJPP

Für die Gemeinsame Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion:



Prof. Dr. med. Michael Kölch, Kommissionsvorsitzender

## Literatur:

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Practice Parameter for the Prevention and Management of Aggressive Behavior in Child and Adolescent Psychiatric Institutions, With Special Reference to Seclusion and Restraint. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002, 41:2: 15
2. Blower A, Addo A, Hodgson J, Lamington L, Towlson K: Mental health of 'looked after' children: A needs assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2004, 9:117-129.
3. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y, Landsverk J. Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved With Child Welfare: A National Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004;43:960–970. doi: 10.1097/01.chi.0000127590.95585.65
4. Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R: Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: Comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry* 2007, 190:319-325.
5. Ford JD, Fraleigh LA, Connor DF: Child abuse and aggression among seriously emotionally disturbed children. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2010, 39(1):25–34.
6. Hukkanen R, Sourander A, Bergroth L, Piha J. Psychosocial factors and adequacy of services for children in children's homes. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 1999;8:268–275. doi: 10.1007/s007870050101.
7. Kleinrahm R, Keller F, Lutz K, Kölch M, Fegert JM. Assessing change in the behavior of children and adolescents in youth welfare institutions using goal attainment scaling. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013 Sep 13;7(1):33. doi: 10.1186/1753-2000-7-33.
8. Kölch M, Keller F, Kleinrahm R, Fegert JM. (2007) Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung und Zielplanung bei Kindern mit komorbiden Störungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. *Prävention und Rehabilitation Zeitschrift für umfassende Vorbeugung und Behandlung chronischer Krankheiten* 19(1), 8-18.
9. Kölch, Michael Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920-1935 Med Diss. 2006 Medizinische Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin
10. Lutz K, Kleinrahm R, Kölch M, Fegert JM, Keller F. (2008) Entwicklung und psychometrische Eigenschaften von Zielerreichungsskalen zur Qualitäts- und Veränderungsmessung im pädagogischen Setting, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 57, 282-300.
11. Macsenaere Michael, Knab Eckhart: Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS). Eine Einführung. [Lambertus Verlag GmbH](#) (Freiburg) 2004. 80 Seiten. ISBN 978-3-7841-1530-6.
12. Menk Sandra, Schnoor, Vanessa, Schraper, Christian: „Woher bei all dem Zwange?“ Langzeitstudie zu (Aus)Wirkungen geschlossener Unterbringung in der Jugendhilfe, *BeltzJuventa, Weinheim* 2013
13. 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.
14. Ryan Joseph P & Testa Mark F. Child Maltreatment and Juvenile Delinquency: Investigating the Role of Placement and Placement Instability, *Children and Youth Services Review*, 27(3), 2005
15. Schmid M, Petermann F, Fegert JM. Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry*. 2013 Jan 3;13:3. doi: 10.1186/1471-244X-13-3.
16. Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:2, doi:10.1186/1753-2000-2

17. Singer H, Prestel A, Schmid M, Keller F, Gutscher D, Schmeck K, Fegert JM & Kölch M. (2009) Wirkungsmessung pädagogischer Interventionen: Anpassung eines Zielerreichungsinstruments an jugendforensische Anforderungen, *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2009 58(6), 450-464.
18. Richardson J, Lelliott P. Mental Health Needs of Looked after Children. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2003;9:249–256. doi: 10.1192/apt.9.4.249.
19. Ihle W, Esser G, Schmidt MH, Blanz B. Die Bedeutung von Risikofaktoren des Kindes- und Jugendalters für psychische Störungen von der Kindheit bis ins frühe Erwachsenenalter. *Kindheit und Entwicklung*. 2002;11:201–211. doi: 10.1026//0942-5403.11.4.201.
20. Wiesner, Reinhard, SGB VIII, 2006 (3. Auflage) § 45 RZ 4

**Kommission Jugendhilfe**  
der Fachgesellschaften und Verbände für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

<b>DGKJP</b>	<b>Prof. Dr. med. Michael Kölch</b> <b>Chefarzt der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie,</b> <b>Psychotherapie und Psychosomatik</b> <b>Vivantes Klinikum im Friedrichshain</b> <b>Vivantes Klinikum Neukölln</b> <b>Landsberger Allee 49; 10249 Berlin</b> <b>Tel.: 030/ 130 23 8001, Fax: 030/ 130 23 8043</b> <b>E-Mail: <a href="mailto:Michael.koelch@vivantes.de">Michael.koelch@vivantes.de</a></b>
	Prof. Dr. med. Veit Roessner Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie Universitätsklinikum Dresden Schubertstraße 42, 01307 Dresden Tel.: 0351/ 458-22 44, Fax: 0351/ 458-57 54 E-Mail: <a href="mailto:Veit.roessner@uniklinikum-dresden.de">Veit.roessner@uniklinikum-dresden.de</a>
<b>BAG</b>	Dr. Edelhard Thoms Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie Morawitzstraße 2/4, 04289 Leipzig Tel.: 0341/ 864-1251, Fax: 0341/ 864-2108 E-Mail: <a href="mailto:edelhard.thoms@parkkrankenhaus-leipzig.de">edelhard.thoms@parkkrankenhaus-leipzig.de</a>
	Prof. Dr. Hubertus Adam Leitender Chefarzt im Martin Gropius Krankenhaus Oderberger Straße 8, 16225 Eberswalde Tel.: 03334/ 53-237, Fax: 03334/53-261 E-Mail: <a href="mailto:adam.kiju@mgkh.de">adam.kiju@mgkh.de</a>
<b>BKJPP</b>	Dr. med. Susanne Jödicke-Fritz Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie Petersdorfer Str. 51, 15517 Fürstenwalde Tel.: 03361/ 5305, Fax: 03361/ 5305 E-Mail: <a href="mailto:Dr.susanne.joedicke@kjp-fuerstenwalde.de">Dr.susanne.joedicke@kjp-fuerstenwalde.de</a>
	Dr. Gundolf Berg Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Bonifaziusturm A, 8. OG, Rhabanusstraße 3, 55118 Mainz Tel.: 06131/ 214143-0, Fax: 06131/ 214143-21 E-Mail: <a href="mailto:berg@zap-mainz.de">berg@zap-mainz.de</a>
<b>Experte</b>	Dr. Thomas Meysen Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) Poststr. 17, 69115 Heidelberg Tel.: 06221 – 98 18 0, Fax: 06221 – 98 18 28 E-Mail: <a href="mailto:thomas.meysen@dijuf.de">thomas.meysen@dijuf.de</a>

(Stand: Oktober 2014)