

DGPPN *Hrsg.*

# S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen

S3-Leitlinie

Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie  
aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen

DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und  
Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.)

# **S3-Leitlinie**

## **Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen**

publiziert bei

 **AWMF online**  
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

 **Springer**

Redaktion:

Prof. Dr. med. Tilman Steinert, ZfP Weissenau, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm, Ravensburg/  
Ulm

Dr. med. Sophie Hirsch, ZfP Weissenau, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm, Ravensburg/Ulm

1. Update 2018 (Langversion)  
Stand: 10.09.2018



AWMF-Registernummer 038-022

ISBN 978-3-662-58683-9                      978-3-662-58684-6 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-58684-6>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie.

Springer

© DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) 2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Germany

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

## Herausgeber

---

Die vorliegende S3-Leitlinie Therapie aggressiven Verhaltens und Verhinderung von Zwang wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) koordiniert und wird gemeinsam mit den beteiligten Organisationen herausgegeben.

Die nachfolgend genannten Verbände und Organisationen waren am Konsensusprozess beteiligt und stimmten der finalen Fassung der Leitlinie zu:

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)
- Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)
- Betreuungsgerichtstag e.V.
- Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e.V. (Netz G)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störung (DGBS)
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK)
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP)
- Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
- Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser e.V. (BDK)
- Arbeitskreis der ChefärzteInnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ACKPA)
- Bundesfachverband Leitender Krankenpflegepersonen in der Psychiatrie e.V. (BFLK)
- Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (BAPP)
- Bundesverband der Berufsbetreuer/innen e.V. (BdB)
- Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)
- Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (BVÖGD)

### ■ Koordination des Leitlinienprozesses

Prof. Dr. Tilman Steinert, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm (Weissenau)

### ■ Redaktion

Dr. Sophie Hirsch, Prof. Dr. Tilman Steinert, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm (Weissenau)

### ■ Durchführung systematischer Reviews

Dr. Sophie Hirsch, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm (Weissenau)

### ■ **Methodische Unterstützung und Moderation**

Dr. Cathleen Muche-Borowski, Dr. Monika Nothacker, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

### ■ **Korrespondenz**

Prof. Dr. Tilman Steinert

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm (Weissenau)

Weingartshofer Str. 2

88214 Ravensburg

E-Mail: [tilman.steinert@zfp-zentrum.de](mailto:tilman.steinert@zfp-zentrum.de)

### ■ **Expertengruppe**

- Prof. Dr. Tilman Steinert
- Dr. Sophie Hirsch
- Dr. Matthias Albers
- Cornelia Brummer
- Ruth Fricke
- Dipl.-Psych. Gabriel Gerlinger, M.A.
- Prof. Dr. jur. Tanja Henking, LL.M.
- Dr. med. Felix Hohl-Radke
- Dr. med. Regina Ketelsen
- Michael Mayer, M.A.
- Prof. Dr. Jürgen L. Müller
- Prof. Dr. Oliver Pogarell
- Prof. Dr. Thomas Pollmächer
- Daniela Schmid
- Prof. Konrad Stolz
- Prof. Dr. rer. medic. habil. Michael Schulz
- André Nienaber
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann
- Gernot Walter
- Christian Zechert

### ■ **Mitglieder der Konsensusgruppe**

- Dr. Matthias Albers
- Cornelia Brummer
- Dr. Stephan Debus
- Helga Füßmann
- Ruth Fricke
- Dr. Felix Hohl-Radke
- Sabine Jansen
- Dr. Christian Kieser
- Dr. Sabine Köhler
- Annette Loer
- Heidrun Lundie
- Inge Neißer
- Iris Peymann
- Prof. Oliver Pogarell

- Prof. Dr. Thomas Pollmächer
- Prof. Ingo Schäfer
- Daniela Schmid
- Dr. Jochen Tenter
- Dr. Roland Urban
- Gernot Walter
- Prof. Markus Witzmann
- Christian Zechert

Der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen (BPE) hat der Endfassung der Leitlinie nicht zugestimmt.

# Vorwort

---

Die vorliegende Leitlinie ist eine Querschnittsleitlinie, die für die Behandlung aller Arten von psychischen Störungen Relevanz haben kann. Sie beinhaltet eine Übersicht über die verfügbare Evidenz zur Behandlung aggressiven Verhaltens bei psychischen Erkrankungen und zur Verhinderung von Zwang in diesem Zusammenhang mit Empfehlungen, die von einem starken Konsens getragen sind. Uns war bei der Erarbeitung bewusst, dass eine große Zahl von Themen angesprochen wird, die häufig Gegenstand von Kontroversen zwischen den unterschiedlichen Akteuren in der psychiatrischen Versorgung sind. Wir haben deshalb großen Wert darauf gelegt, bereits die Expertengruppe interdisziplinär und transdisziplinär zu besetzen – mit Vertretern der Wissenschaft und der Praxis, juristischen Experten, Angehörigen der Pflegeberufe, einem Vertreter der Angehörigen psychisch kranker Menschen und mehreren Experten von Seiten der betroffenen Menschen mit psychischen Erkrankungen aus verschiedenen Verbänden. Es liegt in der Natur des Themas, dass einige Problemstellungen starke ethische Aspekte beinhalten und Empfehlungen sich nur bedingt auf der Basis wissenschaftlicher Evidenz formulieren lassen. Umso bedeutsamer war bei diesen Empfehlungen die Erreichung eines starken Konsenses mittels eines strukturierten und formalisierten Prozesses.

Diese Leitlinie ist in ihrer Reichweite begrenzt. Sie gilt in erster Linie für die Bedingungen des psychiatrischen Versorgungssystems in Deutschland. Sie bezieht sich auch nicht auf forensisch-psychiatrische Fragestellungen und Populationen, nicht auf Kinder und Jugendliche und nicht auf autoaggressives Verhalten, Suizidalität und Selbstgefährdung im weiteren Sinne sowie in solchen Zusammenhängen angewendete Formen von Zwang.

Allen Beteiligten sei für die kontinuierliche und sehr engagierte Mitarbeit gedankt.

**Tilman Steinert**

Ravensburg, Deutschland

Mai 2018

# Inhaltsverzeichnis

---

1	<b>Präambel</b> .....	1
2	<b>Definitionen und Erläuterung wichtiger Fachbegriffe</b> .....	3
3	<b>Abkürzungen</b> .....	9
4	<b>Einführung</b> .....	13
4.1	Hintergrund der Leitlinie und Problemstellung .....	14
4.2	Ziele der Leitlinie .....	14
4.3	Zielgruppe und Geltungsbereich .....	15
5	<b>Methoden der Leitlinie</b> .....	17
5.1	Definition und Aufgaben von Leitlinien .....	18
5.2	Methodik der Leitlinienerstellung .....	19
5.3	Evidenzgrade .....	19
5.4	Empfehlungsgrade .....	20
5.5	Andere berücksichtigte Leitlinien .....	20
5.6	Anwendbarkeit von Leitlinien .....	21
5.7	Finanzierung der vorliegenden Leitlinie .....	21
5.8	Interessenskonflikte .....	21
5.9	Beteiligte .....	25
5.9.1	Leitliniensteuerungsgruppe .....	25
5.9.2	Im Konsensusprozess einbezogene Verbände und Gruppen .....	27
5.10	Gültigkeitsdauer der Leitlinie .....	29
6	<b>Diagnostik</b> .....	31
7	<b>Epidemiologie aggressiven Verhaltens in der Gesellschaft und in psychiatrischen Einrichtungen</b> .....	37
7.1	Gewalt durch psychisch erkrankte Menschen in der Gesellschaft, Prädiktoren .....	38
7.2	Gewalt durch psychisch erkrankte Menschen gegen Angehörige und Betreuungspersonen, Prädiktoren .....	40
7.3	Gewalt durch psychisch erkrankte Menschen in psychiatrischen Institutionen, Prädiktoren .....	43
7.4	Gewalt gegen psychisch erkrankte Menschen .....	45
8	<b>Abgrenzung von nicht krankhaftem aggressivem Verhalten</b> .....	47
8.1	Psychopathologische Aspekte .....	48
8.2	Behandlungsaspekte .....	48
8.3	Juristische Aspekte .....	48

9	<b>Individuelle und institutionelle Bedingungen der Entstehung aggressiven Verhaltens</b> .....	51
9.1	Allgemeines .....	52
9.2	Amok, Terrorismus und psychische Erkrankung .....	55
10	<b>Prävention und allgemeine Rahmenbedingungen</b> .....	59
10.1	Sozialpolitische und ökonomische Voraussetzungen von Gewaltprävention .....	60
10.2	Institutionelle Voraussetzungen von Gewaltprävention .....	61
10.3	Beziehung .....	68
10.4	Dialog, Selbsthilfe und Empowerment .....	74
10.5	Behandlungsvereinbarungen .....	77
10.6	Ethnische Minoritäten .....	79
10.7	Geschlechtsspezifische Aspekte .....	82
11	<b>Mitarbeiterschulungen und Deeskalation</b> .....	85
11.1	Allgemeine Aspekte .....	86
11.2	Inhalte von Trainingsmaßnahmen .....	86
11.2.1	Körperliche Abwehrtechniken .....	86
11.2.2	Deeskalationstechniken .....	87
11.3	<b>Wissenschaftliche Evidenz der Effektivität von Trainingsmaßnahmen für Mitarbeitende</b> .....	89
11.3.1	Effekte von Trainingsprogrammen zur Deeskalation .....	90
11.3.2	Effekte von Trainingsprogrammen zu Abwehrtechniken .....	90
11.3.3	Effekte von Kombinationsprogrammen (Deeskalation und Abwehrtechniken) .....	91
11.4	<b>Nachbetreuung für von Patientenübergriffen betroffene Personen</b> .....	92
12	<b>Intervention</b> .....	95
12.1	<b>Allgemeine Aspekte</b> .....	96
12.1.1	Ethische Grundlagen .....	96
12.1.2	Rechtliche Grundlagen .....	99
12.2	<b>Zwangseinweisung</b> .....	108
12.2.1	Vorbemerkungen .....	108
12.2.2	Personen- bzw. funktionsunabhängige Aufgaben .....	109
12.2.3	Aufgaben der vor der Krankenhausaufnahme hinzugezogenen Ärztin bzw. des Arztes .....	110
12.2.4	Aufgaben von und Erwartungen an Polizei/Ordnungsamt/Vollzugsbehörde .....	112
12.2.5	Aufgaben von und Erwartungen an Betreuer und Bevollmächtigte im betreuungsrechtlichen Verfahren .....	113
12.2.6	Aufgaben von und Erwartungen an das Klinikpersonal in der Aufnahmesituation .....	113
12.2.7	Anforderungen an die richterliche Verfahrensgestaltung .....	114
12.3	<b>Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen</b> .....	115
12.4	<b>Pharmakologische Interventionen</b> .....	117
12.4.1	Indikation .....	117
12.4.2	Behandlung des aggressiven Erregungszustandes: Substanzwahl .....	120
12.4.3	Rezidivierendes aggressives Verhalten bei unterschiedlichen Störungsbildern .....	132

13	<b>Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen</b> .....	153
13.1	Arten freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen.....	154
13.2	Häufigkeit und Verhältnismäßigkeit.....	155
13.3	Wirkung und Komplikationen.....	157
13.4	Freiheitsbeschränkende und -entziehende Maßnahmen im Vergleich.....	159
13.5	Durchführung und menschenwürdige Gestaltung.....	166
13.6	Nachbesprechung von aggressivem Verhalten und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.....	168
13.7	Traumatisierung.....	170
14	<b>Evidenz zu Interventionen zur Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen</b> .....	173
15	<b>Dokumentation und Evaluation</b> .....	183
16	<b>Externe/unabhängige Beratung und Kontrolle</b> .....	187
16.1	Wahrung von Patientenrechten.....	188
16.2	Menschenrechtsorganisationen.....	190
16.2.1	Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT).....	190
16.2.2	Deutsches Institut für Menschenrechte und Berichterstatter der Vereinten Nationen für Folter und andere grausame, unmenschliche oder demütigende Behandlung oder Bestrafung.....	192
16.3	<b>Einrichtungen und Ausschüsse in Deutschland</b> .....	194
16.3.1	Enquête-Kommissionen.....	194
16.3.2	Petitionsausschüsse der Parlamente.....	194
16.4	<b>Unabhängige Kontrolle psychiatrischer Institutionen</b> .....	195
16.4.1	Besuchskommissionen.....	195
16.4.2	Patientenfürsprecher.....	195
16.4.3	Unabhängige Beschwerdestelle.....	196
	<b>Serviceteil</b>	
	Literatur.....	198



# Präambel

Eingedenk der Gewalt und des Unrechts, die psychisch erkrankten Menschen im Namen der Psychiatrie und durch in der Psychiatrie Tätige in der Vergangenheit angetan worden sind, muss dem professionellen Umgang mit aggressivem Verhalten heute unsere besondere Aufmerksamkeit und Sorgfalt gelten, um Zwangsmaßnahmen entbehrlich zu machen. Diesem Ziel dient die vorliegende Leitlinie.

Unabhängig von diesem historischen Hintergrund stellen Zwangsmaßnahmen und der zeitweilige Verlust von Autonomie für die Betroffenen fast immer eine große emotionale und körperliche Belastung dar. Ziel jeder Intervention muss die Deeskalation und Vermeidung von Maßnahmen gegen den Willen psychisch erkrankter Menschen sein. Es gilt, deren Rechte und Interessen zu sichern, gleichzeitig aber auch berechtigten Schutzinteressen anderer Menschen Rechnung zu tragen.

Konsens 81 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

Zwangsmaßnahmen stellen aus Sicht aller Beteiligten ein Problem in der psychiatrischen Versorgung dar und können die weitere Behandlung beeinträchtigen. Häufig sind sie auch im Nachhinein eine große Belastung für die betroffenen Menschen. Zwangsmaßnahmen werden von den betroffenen Menschen auch im Nachhinein oft abgelehnt. Die vorliegenden Leitlinien sollen dazu beitragen, dass solche Maßnahmen möglichst vermieden werden und – falls ausnahmsweise erforderlich – so wirksam, angemessen und schonend wie möglich durchgeführt werden. Zwangsmaßnahmen sind nachvollziehbar zu dokumentieren.

Starker Konsens 100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz



# Definitionen und Erläuterung wichtiger Fachbegriffe

### ■ Aggression und Gewalt

Die Begriffe „Aggression“ und „Gewalt“ bzw. „aggressives und gewalttätiges Verhalten“ werden in der psychiatrischen Fachliteratur teilweise synonym benutzt; eindeutige und allgemein akzeptierte Definitionen und Operationalisierungen existieren für beide Begriffe bisher nicht. Das Wort Aggression/Aggressivität leitet sich von dem lateinischen „aggredi“ ab und bedeutet herangehen, auf jemanden oder etwas zugehen, sich nähern. Später wurde dieser Begriff auch mit feindseliger Bedeutung im Sinne eines offenen Angriffs verwendet. Gewalt stammt aus dem Althochdeutschen, wobei „waltan“ stark sein, aber auch beherrschen bedeutet.

Aggression bezeichnet ein meist affektgeladenes Angriffsverhalten, das nach außen gegen andere Menschen, Gegenstände oder Institutionen, aber auch gegen die eigene Person (Autoaggression) gerichtet sein kann. Verschiedene, auch biologisch unterscheidbare, Formen werden differenziert. Neben anderen, im psychiatrischen Kontext weniger relevanten Formen (Beuteverhalten, Revierverteidigung etc.) wird der Begriff der instrumentellen, zielgerichtet eingesetzten Aggression (z. B. bei kriminellen Handlungen) einer spontanen, impulsiven bzw. emotional induzierten Aggression gegenüber gestellt. Aggression und aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten sind nur mit Einschränkungen objektiv erfassbar und quantifizierbar. Differenzen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung sind häufig und nicht selten schwer überbrückbar.

Definitionen aus dem englischsprachigen psychiatrischen Kontext beziehen „aggression“ auf die Absicht, jemandem zu schaden oder ihn zu verletzen. So können z. B. Erschrecken oder Drohungen Formen von Aggression sein. Aggression kann verschiedene Formen von Schäden/Verletzungen zur Folge haben, einschließlich psychischer und emotionaler Art. Unter dem Begriff „violence“ werden dagegen ähnlich wie unter dem deutschen Pendant „Gewalt“ Handlungen verstanden, die die direkte Absicht implizieren, jemandem physischen Schaden zuzufügen. „Gewalt“ kann also als Subkategorie von „Aggression“ mit engerem Begriffsfeld verstanden werden. Allerdings variieren Auffassungen und Definitionen auch diesbezüglich. Vielfach werden die Begriffe als quantitative Abstufungen verwendet: „Aggression“ stellt demnach ein böswilliges Verhalten oder Drohen gegen andere dar, das verbaler, physischer oder sexueller Natur sein kann, „Gewalt“ dagegen den Ausbruch von physischer Kraft, durch die eine andere Person oder ein Gegenstand missbraucht, verletzt oder ihr Schaden zugefügt wird. Die geringere Ausprägung ist demgegenüber „Agitiertheit“ (in der deutschen Literatur weniger gebräuchlich, in der englischsprachigen Fachliteratur aber als „agitation“ häufig) als eine offensive verbale, stimmliche oder motorische Aktivität, die situativ inadäquat ist. Als Einteilungsgrade werden vorgeschlagen: Ruhe < Ängstlichkeit < Agitation < Aggression < Gewalt. Nicht ganz identisch mit der englischen, in vielen Publikationen erscheinenden „agitation“ ist der deutsche Begriff des „psychomotorischen Erregungszustands“, der auch manifest gewalttätiges Verhalten umfassen kann. Versuche, entsprechende Begriffe inhaltlich und formal eindeutig voneinander abzugrenzen, gibt es immer wieder (bspw. die qualitative Studie Rubio-Valera et al. 2016). Im Kontext der hier vorgestellten Leitlinie werden die Begriffe ohne strikte Operationalisierung im Sinne der letztgenannten Beschreibungen verwendet.

### ■ Behandlungsvereinbarung

Schriftliche Vereinbarung zwischen einer psychiatrischen Institution (meist Klinik) und Patientinnen und Patienten, die sich auf die Modalitäten eventueller zukünftiger Behandlungen bezieht. Behandlungsvereinbarungen können Überschneidungen mit der **Patientenverfügung** im Sinne des § 1901a BGB aufweisen. Genau wie bei der Patientenverfügung

handelt sich es dann um eine rechtswirksame Willenserklärung, insbesondere auch, wenn bestimmte Behandlungen abgelehnt werden. Ob diese Teile der Behandlungsvereinbarung in ihrer Rechtswirksamkeit der Patientenverfügung gleichzustellen sind, ist allerdings nicht unumstritten. Der Unterschied bei der Behandlungsvereinbarung besteht in der Beteiligung einer zweiten Partei (Behandler, Vertreter einer Institution) und im gemeinsamen Aushandlungsprozess. Dass die Willenserklärung im einwilligungsfähigen Zustand erstellt wurde, wird so durch die gleichzeitige Unterzeichnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychiatrie bestätigt. Eine Patientenverfügung hingegen ist eine schriftliche, einseitige Erklärung der Patientin oder des Patienten, mit der bestimmte Untersuchungen und Behandlungen abgelehnt oder auch ausdrücklich gewünscht werden.

**Besuchskommission** - Multiprofessionell zusammengesetzte und mit Betroffenen und Angehörigen besetzte Kommissionen, die psychiatrische Versorgungseinrichtungen mit der Funktion einer externen Kontrolle visitieren. Aufgaben, Zusammensetzung und Berichtspflichten sind in den PsychKGs bzw. PsychKHGs der einzelnen Bundesländer geregelt.

**CPT (European Committee for the Prevention of inhumane or degrading Treatment)** - Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. Beim Europarat angesiedeltes Komitee, welches Haftanstalten und psychiatrische Kliniken in den Mitgliedsländern visitiert. Das CPT hat unbeschränkten Zugang zu allen Einrichtungen, auch bei unangekündigten Besuchen. Die Berichte werden publiziert.

**Einwilligungsfähigkeit** - ist ein rechtlicher Begriff, der die Fähigkeit einer Person beschreibt, rechtlich wirksam in die Verletzung eines Rechtsguts (z. B. der körperlichen Unversehrtheit bei der Verabreichung einer Spritze) einzuwilligen.

**Evidenz** - Vom englischen „evidence“ entlehnt. In diesem Sinne bedeutet Evidenz „wissenschaftlicher Beweis“, demnach mit deutlich anderem Begriffsinhalt als die umgangssprachliche Verwendung des Begriffs „Evidenz“, wo evident „offensichtlich“ oder „augenscheinlich“ bedeutet. Evidenz bezieht sich also immer auf den aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnis. Diese beruht bezüglich der Aspekte der Behandlung typischerweise auf quantitativen Studien, die unterschiedliche Qualität haben und unterschiedlich eindeutige Ergebnisse erbringen, woraus dann die Evidenzgrade (siehe 3.6) abgeleitet werden.

**Fixierung** - Festbinden eines psychisch erkrankten Menschen mit breiten Leder- oder Stoffgurten. Fixierung erfolgt am häufigsten im Bett liegend (Bettfixierung), ist grundsätzlich jedoch auch sitzend im Stuhl möglich (Maßnahme in der Gerontopsychiatrie bei Sturzgefährdung). Eine Fixierung kann an unterschiedlich vielen Körperteilen erfolgen, von der Ein-Punkt-Fixierung (nur Bauchgurt) bis zur 11-Punkt-Fixierung (teilweise sogar einschließlich Kopf). Auch das Festhalten eines psychisch erkrankten Menschen ist eine Form der Fixierung (im Englischen „physical restraint“ im Gegensatz zum „mechanical restraint“ mit Gurten). Häufig werden in Studien auch nur Maßnahmen, die es dem Menschen nicht erlauben, eine von ihm gewünschte Körperhaltung einzunehmen (insbesondere Gurte, Stuhltische) als Fixierung bezeichnet (Bleijlevens et al. 2016).

**Freiheitsentziehende und freiheitsbeschränkende Maßnahmen** - Mechanische, räumliche oder chemische Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit gegen den Willen des Betroffenen einschränken und eine gewisse Intensität aufweisen, also z. B. Isolierung, Fixierung, auch mit Bettgittern, Stuhltischen, Netzbetten. Als freiheitsbeschränkende Maßnahmen gelten demgegenüber all diejenigen Eingriffe in die Bewegungsfreiheit von geringerer Intensität und/oder Dauer. Es gibt auch (in der Gerontopsychiatrie und in Heimen) besondere Schließmechanismen, wie z. B. Türen, die mit einem Nummerncode zu öffnen sind (den sich an Demenz erkrankte Menschen nicht merken können) oder am Körper angebrachte Alarmgeber, die bei Überschreiten einer Schranke ein Signal geben. Ob z. B. diese Funkchips eine freiheitsentziehende Maßnahme darstellen, ist rechtlich umstritten. Es gibt weitere verschiedene Grenzbereiche, bei denen umstritten ist, ob es sich um freiheitsentziehende Maßnahmen handelt – z. B. wenn die betreffende Person gar nicht mehr die Fähigkeiten hat, sich aus eigener Kraft fortzubewegen. Damit kann ein Türöffner unerreichbar werden oder ein Stuhlbrett kann der Verhinderung eines Sturzes dienen, die betreffende Person hätte aber nicht die Fähigkeiten, sich ohne diese Vorrichtung aus eigener Kraft von dem Stuhl zu entfernen. Umstritten ist teilweise auch die Bewertung von Medikamenten in diesem Zusammenhang. Solange eine primär therapeutische Indikation gegeben ist, handelt es sich aus

psychiatrischer Sicht eindeutig nicht um freiheitsentziehende Maßnahmen, auch deshalb, weil in therapeutischen Dosen die Bewegungsfreiheit nicht gravierend eingeschränkt wird. In der Gerontopsychiatrie gibt es jedoch Grenzbereiche, in denen ein therapeutischer Nutzen von Medikamenten fraglich ist und dieselben primär zur Beruhigung und Schlafinduktion verordnet werden.

**Gender-Aspekte** - Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Leitlinie wo möglich auf neutrale Formulierungen zurückgegriffen, also Mitarbeitende, Behandelnde usw. Wo dies nicht möglich ist, wird die grammatikalisch korrekte weibliche und männliche Form verwendet, also bspw. „Patientinnen und Patienten“.

**Expertenkonsens** - Standard in der Behandlung, der von den Meinungsführern geteilt wird oder keiner experimentell-wissenschaftlichen Erforschung zugänglich ist.

**Isolierung** - Verbringen eines psychisch erkrankten Menschen in einen abgeschlossenen Raum ohne unmittelbaren Personalkontakt. Üblicherweise verbunden mit weiteren Sicherheitsmaßnahmen (Entfernung gefährlicher Gegenstände) und Betreuung z. B. durch Sichtfenster, direkte Kontaktaufnahme oder Videokamera.

**Metaanalyse** - Verwendung statistischer Techniken im Rahmen eines systematischen Reviews (Übersicht), bei dem die Ergebnisse einzelner Studien durch Zusammenfassung der Ergebnisse von Einzelstudien, die nach bestimmten Einschlusskriterien ausgewählt werden, integriert werden. Dabei spielen insbesondere auch methodische Gütekriterien eine Rolle.

**Psychisch erkrankte Menschen** - Eine besondere Begriffsvielfalt hat sich für die Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Einrichtungen entwickelt. In der Sprachwahl von Ärztinnen und Ärzten und Klinikmitarbeitenden sind sie „Patienten“ oder „Kranke“, bei Mitarbeitenden von Heimen „Bewohner“, bei gemeindepsychiatrischen Diensten zumeist „Klienten“, bemerkenswerterweise bedeutungsgleich mit den von Betriebswirtinnen und Betriebswirten in Krankenhäusern entdeckten „Kunden“. Auch gibt es die Sprachregelung von „Betroffenen“ und „Nutzern“, die sich wiederum, sofern sie in Selbsthilfegruppen organisiert sind, häufig „Psychiatrie-Erfahrene“ nennen. Auch diese Begrifflichkeit wird allerdings keineswegs von allen organisierten Vertretern ehemaliger Patientinnen und Patienten akzeptiert. Die britische NICE-Guideline zum selben Thema verwendet einheitlich den Begriff „service user“, der aber inzwischen ebenfalls sehr kontrovers diskutiert wird. In Deutschland impliziert die Verwendung der genannten Begrifflichkeiten noch mehr eine bestimmte Perspektive und Problemsicht.

In dieser Leitlinie wird in der Regel der Begriff „psychisch erkrankte Menschen“ verwendet. Im rechtlichen Kontext werden auch die Begriffe „Betroffene“ oder „Betreute“ und im pharmakologisch-medizinischen Kontext der Begriff „Patientinnen und Patienten“ benutzt. Die Begriffe „Kunde“ oder „Nutzer“ werden angesichts der hier häufig betrachteten Zwangssituationen bewusst vermieden.

**Patientenfürsprecher** - Vermittlungsperson für Beschwerden und Probleme vielfältigster Art sowohl in psychiatrischen Kliniken als auch in gemeindezentrierten psychiatrischen Einrichtungen. Gesetzlich in einigen Bundesländern vorgesehen.

**Peers** - Menschen mit individueller Erfahrung psychischer Krisen (Psychiatrie-Erfahrung, Betroffene, Angehörige) und deren Bewältigung, die ihre reflektierten, persönlichen Erfahrungen zur Unterstützung von Menschen in ähnlichen Situationen einbringen. Sie können als Rollenmodell Hoffnung vermitteln und andere Betroffene bei ihrer Genesung unterstützen. Mit einer Qualifizierung zum „Genesungsbegleiter“ können sie als „Experten aus Erfahrung“ in der Einzelberatung und bei der personenorientierten Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgungsangebote tätig werden.

**Prädiktion** - Vorhersage von Ereignissen auf Grund bestimmter Merkmale.

**Psychisch Kranken-Gesetze (PsychKG, PsychKHG, UBG)** - Gesetze der Bundesländer, die unter anderem die Modalitäten von Zwangseinweisung und öffentlich-rechtlicher Unterbringung regeln.

**Randomisierte kontrollierte Studie/Randomised Controlled Trial (RCT)** - Experimentelle klinische Studie, bei der die Untersucher die Teilnehmer per Zufallsauswahl (Randomisierung) in Behandlungs- und Kontrollgruppen zuweisen. Die Behandlungsergebnisse (Outcomes) in den beiden Gruppen werden verglichen. Die Randomisierung dient der Schaffung von Strukturgleichheit (gleiche Verteilung typischer Merkmale) zwischen den Gruppen. Häufig wissen die Probandinnen und Probanden und Untersuchenden auch nicht, wer der Behandlungs- und wer der Kontrollgruppe zugewiesen wurde, um Erwartungseffekte zu minimieren (Verblindung).

**Systematischer Review** - Zusammenfassungen von wissenschaftlichen Primärstudien, bei denen spezifische methodische Strategien verwendet werden, um Verzerrungen (Bias) zu vermindern. Die

systematische Identifikation, Zusammenstellung, kritische Bewertung und Synthese aller relevanten Studien für eine spezifische klinische Fragestellung muss dabei klar und eindeutig beschrieben sein.

**Unterbringung** - Freiheitsentziehende Maßnahme, bei der eine Person gegen ihren Willen auf einem beschränkten Raum festgehalten, ihr Aufenthalt bewacht und die Kontaktaufnahme mit Personen außerhalb der Einrichtung beschränkt werden kann. Die Unterbringung erfolgt für einen definierten Zeitraum in einer geschlossenen Einrichtung, also einem Krankenhaus oder einer Wohneinrichtung. In vielen modernen psychiatrischen Kliniken und Wohneinrichtungen sind die Türen trotzdem zeitweise geöffnet und untergebrachte psychisch erkrankte Menschen haben entsprechende Ausgangsmöglichkeiten. Auch einige Landesgesetze ermöglichen inzwischen explizit eine Unterbringung auf offen geführten Stationen. Zu unterscheiden sind die öffentlich-rechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, die Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß §§ 63, 64 StGB und die Unterbringung nach Betreuungsrecht (§ 1906 BGB), die sowohl in einem Krankenhaus als auch in einer Wohneinrichtung erfolgen kann. Die öffentlich-rechtliche Unterbringung dient der Abwendung einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung bei psychischer Erkrankung und ist mit einer Behandlungsoption verbunden. Die betreuungsrechtliche Unterbringung dient der Abwendung einer Selbstgefährdung oder eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens. Sie ist damit niederschwelliger als die öffentlich-rechtliche Unterbringung, aber an das Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung oder einer Bevollmächtigung geknüpft. Bei der öffentlich-rechtlichen Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus und bei der betreuungsrechtlichen Unterbringung in einem Krankenhaus (nicht in der Wohneinrichtung) besteht auch die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung, jedoch nur auf gesonderten Antrag nach einer erneuten richterlichen Entscheidung. Der Begriff „Unterbringung“ beinhaltet bis vor einiger Zeit die zwingende Annahme einer „geschlossenen“ Einrichtung. Diese Vorstellung wurde zunächst in der Praxis und inzwischen auch in diversen Ländergesetzen dahingehend relativiert, dass eine Unterbringung auch auf offen geführten Stationen möglich ist. Unterbringung ist nicht identisch mit Zwangseinweisung. Einer Zwangseinweisung kann ein Unterbringungsbeschluss zugrundeliegen, muss es aber nicht, und eine Unterbringung kann auch ohne vorherige Zwangseinweisung bei zunächst freiwilligem Aufenthalt erfolgen. Die Rechtsvorschriften unterscheiden sich auch zwischen den Bundesländern, was die Bewertung aller Daten zu Zwangseinweisungen mit erheblichen Unsicherheiten behaftet, während Unterbringungen immer mit einem Gerichtsbeschluss verbunden sind.

**Unterbringungsgesetz (UBG)** - siehe PsychKG.

**Zwangseinweisung** - Verbringung in eine (psychiatrische) Klinik unter Anwendung einer Rechtsvorschrift (PsychKG, § 1906 BGB, Polizeigesetze) oder durch Gerichtsbeschluss, notfalls auch unter Einsatz unmittelbaren Zwangs.

**Zwangsmedikation** - Verabreichung von Medikamenten gegen den geäußerten oder auch nur ohne Äußerung gezeigten (natürlichen) Willen des psychisch erkrankten Menschen. Das Spektrum reicht dabei von entschiedener und klar artikulierter Ablehnung bis zu nur passiven Unmutsbekundungen, das Ausmaß angewendeten Zwangs von eindeutiger Gewaltanwendung bis zum Ausüben nur verbalen, direkten oder indirekten Drucks. Gemäß der Rechtslage sind zwei Typen zu unterscheiden: die gerichtlich genehmigte Zwangsmedikation gemäß Betreuungsrecht oder öffentlich-rechtlicher Gesetzgebung (PsychKG u. a.) und die Notfallmedikation. Eine Notfallmedikation ist in einigen öffentlich-rechtlichen Gesetzen explizit geregelt (z. B. PsychKHG Baden-Württemberg), ansonsten verbleibt nur § 34 StGB (rechtfertigender Notstand), der allerdings keine Gesetzesgrundlage für das Handeln bildet, sondern die eigentlich strafbare Handlung unter besonderen Umständen rechtfertigt. Eine gerichtlich genehmigte Zwangsmedikation hat immer als Zwangsbehandlung zu gelten, auch wenn der psychisch erkrankte Mensch in Kenntnis des Gerichtsbeschlusses Medikamente selbständig einnimmt. Bei der Notfallmedikation gibt es einen Übergangsbereich zwischen Freiwilligkeit, psychologischem Druck, ultimativer Aufforderung mit Androhung von Zwang und tatsächlicher Anwendung körperlichen Zwangs. Diese Unschärfe veranlasste die beiden in Deutschland existierenden Arbeitskreise zur Prävention von Gewalt und Zwang 2013 einen Konsens für eine Definition zu suchen. Diese lautet: „Als Zwangsmedikation wird eine gegen den erklärten oder gezeigten Willen eines psychisch erkrankten Menschen durchgesetzte Medikamentenverabreichung bezeichnet, bei der einem Menschen trotz Ablehnung keine Alternative außer ggf. einer sonst erfolgenden anderen Zwangsmaßnahme verbleibt“ (Steinert 2013). Diese Definition wurde z. B. auch im Zwangsregister des Landes Baden-Württemberg übernommen.

**Zwangsregister** - Zentrale Erfassung von Zwangsmaßnahmen (nach einigen Psych-KGs) bzw. von Zwangsbehandlungen nach § 1906 Abs. 3 BGB.



# Abkürzungen

6CS	Six Core Strategies
APA	American Psychiatric Association
APK	Aktion Psychisch Kranke
ASD	Autismus-Spektrum-Störung
Attacks	Attempted and Actual Assault Scale
AWMF	Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften
BADO	(Psychiatrische) Basis-Dokumentation
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BPS	Borderlinepersönlichkeitsstörung
BVC	Brøset Violence Checklist
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	Bundesverfassungsgerichtsentscheidung
CATIE	The Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness Study
CEBP	Arbeitsgruppe des Europarats für Bioethik
CISD	Critical Incident Stress Debriefing
COPD	Chronisch obstructive Lungenerkrankung
CPT	European Committee for the Prevention of inhumane or degrading Treatment
CRPD	The Committee on the Rights of Persons with Disabilities
CT	Computer-Tomographie
DASA-IV	Dynamic Appraisal of Situational Aggression IV
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EEG	Elektroencephalogramm
EKG	Elektrokardiogramm
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EX-IN	Experienced Involvement
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
GABA	Gamma-Amino-Buttersäure
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

HTA	Health Technology Assessment
ICD	International Classification of Diseases
IES-R	Revidierte Impact of Event-Skala
ILO	International Labour Organization
i. m.	intramuskulär
i. v.	intravenös
LL	Leitlinien
MOAS	Modified Overt Aggression Scale
MRT	Magnetresonanztomographie
NICE	National Institute of Clinical Excellence
NNH	Number needed to harm
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
PsychKG	Psychisch Kranken Gesetz
PsychKHG	Psychisch Kranken Hilfe Gesetz
Psych-PV	Personalverordnung Psychiatrie
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RCT	Randomised controlled trial, randomisiert-kontrollierte Studie
QVOS	Quantification of Violence Scale
SDAS	Social Dysfunction and Aggression Scale
SGB	Sozialgesetzbuch
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SOAS-R	Staff Observation Aggression Scale (revised)
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer
StGB	Strafgesetzbuch
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
UBG	Unterbringungsgesetz (Bayern, Saarland)
UbG	Österreichisches Unterbringungsgesetz
UN	Vereinte Nationen
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
WHO	World Health Organization
ZEKO	Zentrale Ethikkommission



# Einführung

- 4.1 Hintergrund der Leitlinie und Problemstellung – 14
- 4.2 Ziele der Leitlinie – 14
- 4.3 Zielgruppe und Geltungsbereich – 15

## 4.1 Hintergrund der Leitlinie und Problemstellung

---

Aggressives Verhalten ist ein im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung gehäuft auftretendes Phänomen (Fazel et al. 2009; Witt et al. 2013). Angesichts der Tatsache, dass der Beginn der Psychiatrie in den Geschichtsbüchern auf die Befreiung der Geisteskranken in der Pariser Salpêtrière aus ihren Ketten datiert wird, ist der Umgang mit Gewalt und Zwang wohl das älteste Problem psychiatrischer Institutionen. Während dies über lange Zeit weitgehend tabuisiert wurde, stehen heute der Anspruch der psychisch erkrankten Menschen auf eine bestmögliche Versorgung unter den Aspekten sowohl der Sicherheit als auch der Menschenwürde und Überlegungen der Sicherheit für die Beschäftigten im Gesundheitswesen im Vordergrund. Damit wird der Umgang mit Aggressivität und Zwang heutzutage zu einem wichtigen Aspekt der Behandlungsqualität. Diese Herausforderung wird zeitgemäß mit der Erstellung von Leitlinien und deren Implementierung in die klinische Praxis angenommen. 2005 publizierte das britische National Institute of Clinical Excellence (NICE) nach umfangreichen Vorarbeiten die „Clinical Practice Guidelines for Violence: The short term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient settings and emergency departments“ unter Beteiligung von psychisch erkrankten Menschen, deren Angehörigen und zahlreichen professionellen Gruppen. Im Jahre 2015 erschien eine Aktualisierung dieser Leitlinie (NICE 2015). Andere Behandlungsleitlinien vergleichbaren Umfangs liegen bisher nicht vor. Die hier vorliegende S3-Leitlinie wurde im Auftrag der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde erstellt und stellt eine Aktualisierung und Erweiterung der im Jahre 2010 erschienen S2-Leitlinie „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten“ dar.

## 4.2 Ziele der Leitlinie

---

Diese Leitlinie soll den Professionellen in Kliniken und gemeindepsychiatrischen Institutionen, den psychisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen gleichermaßen einen Überblick über den gegenwärtigen Stand des Wissens und eine gute klinische Praxis vermitteln. Letztere leitet sich einerseits aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen, andererseits aus ethischen Überlegungen und den gesetzlichen Bestimmungen ab. Im Hinblick auf die unterschiedlichen Zielgruppen wurde versucht, eine möglichst allgemeinverständliche Sprache zu benutzen und unnötigen Einsatz von Fachterminologie zu vermeiden. Ein Ziel aller Leitlinien ist die Implementierung in die klinische Praxis und damit auch die Verbesserung dieser Praxis.

### Ziele der Leitlinie

Ziel dieser Behandlungsleitlinie ist es, Empfehlungen zu Diagnose und Therapie von aggressivem Verhalten auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und guter Versorgungspraxis zur Verfügung zu stellen. Es soll damit die Grundlage geschaffen werden, Zwangsmaßnahmen und Zwangsunterbringungen zu reduzieren oder zu vermeiden. Falls deren Anwendung unumgänglich ist, ist die Menschenwürde zu wahren und Rechtssicherheit zu gewährleisten. Interventionen sind so kurz und so wenig eingreifend wie möglich zu halten und psychische oder physische Traumata zu vermeiden.

### 4.3 · Zielgruppe und Geltungsbereich

Den Mitarbeitenden der Leitliniengruppe war bei der Erarbeitung der Leitlinie bewusst, dass dieses Thema in der Öffentlichkeit, aber auch innerhalb der Psychiatrie außerordentlich kontrovers diskutiert wird. Sowohl die Psychiatrie-Erfahrenen selbst als auch deren Angehörige, politisch Verantwortliche auf verschiedenen Ebenen (CPT, Antwort der Bundesregierung 2007; Gesundheitsministerkonferenz 2007) sowie die Vertreter verschiedener Medien kritisieren z. T. konstruktiv und fundiert, z. T. polemisch und wenig faktenorientiert, die in der psychiatrischen Versorgung tätigen Professionellen und die von ihnen praktizierten (Zwangs-)Behandlungen. Die vorliegende Leitlinie fasst das aktuell verfügbare, wissenschaftlich gesicherte Wissen zum Thema „Umgang mit aggressivem Verhalten in der Psychiatrie“ in verschiedene Evidenzgrade eingeteilt zusammen. Es sollte berücksichtigt werden, dass aus dieser Leitlinie abgeleitete Empfehlungen stets im Einzelfall zu überprüfen sind. Eine individuelle Behandlung, möglichst im Konsens mit dem Betroffenen, ist erstrebenswert. Beim Thema „Aggressives Verhalten“ sind Auslöser, Ursachen und Interaktionen komplex ineinander verwoben. Nicht nur psychisch erkrankte Menschen können sich aggressiv verhalten, auch psychiatrische Einrichtungen können im Sinne sog. „institutionelle Gewalt“ Zwang ausüben und Aggressionen hervorrufen. Auch kann es vorkommen, dass sich Mitarbeitende sowie Angehörige z. B. verbal aggressiv verhalten.

### 4.3 Zielgruppe und Geltungsbereich

Die Problematik aggressiven Verhaltens ebenso wie die der Zwangsmaßnahmen betrifft in erster Linie psychiatrische Krankenhäuser. Mit zunehmender Deinstitutionalisierung ist aber immer deutlicher geworden, dass Krankenhausbehandlung nur einen vergleichsweise kleinen Ausschnitt der psychiatrischen Versorgung darstellt, die heute überwiegend als Gemeindepsychiatrie stattfindet. Demzufolge ist die Problematik des Umgangs mit Aggression und Gewalt genauso wie die sog. „institutionelle Gewalt“ immer weniger auf Krankenhäuser beschränkt, sondern auch in sonstigen gemeindepsychiatrischen Institutionen, in der ambulanten Versorgung und im häuslichen Bereich bzw. Wohnumfeld von Bedeutung. Die auch heute noch vielfach zu beobachtende Gewohnheit, dass aggressives Verhalten von psychisch erkrankten Menschen in betreuten Wohneinrichtungen als zwingender Grund für eine Krankenhauseinweisung angesehen wird und folglich auch allein das Krankenhaus der Ort ist, an dem institutionelle Gewalt stattfindet, erscheint fragwürdig und wird vermutlich angesichts künftiger unter Kostendruck stattfindender Veränderungen des Versorgungssystems so nicht mehr zu halten sein. Allerdings bezieht sich die gegenwärtig vorliegende wissenschaftliche Literatur entsprechend dem Schwerpunkt der Forschungskapazitäten noch unverhältnismäßig stark auf den stationären Bereich, weshalb auch diese Leitlinie unvermeidlich bzgl. der vorliegenden Evidenz dort ihren Schwerpunkt hat. Dennoch können unter Berücksichtigung der anderen rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen eine Reihe von Ergebnissen und Empfehlungen auf den außerklinischen bis hin zum häuslichen Bereich übertragen werden.

#### Zielgruppen der vorliegenden Leitlinie sind:

- die in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen Tätigen (Psychiaterinnen und Psychiater, Nervenärztinnen und Nervenärzte, Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, klinische Psychologinnen und Psychologen, ärztliche und