

Kriseninterventionen

Von der Prävention bis zur Freiheitsentziehung

Fortbildung Führungskräfte BAG-KJPP Berlin 2025

Handreichung Time-out

Rückblick

- Diskussionen seit Jahren über den Begriff
- Auftrag an die Psychotherapiekommission
- Entscheidung aus dem Ergebnis der Kommission eine Handreichung zu erstellen
- Abfragen bei einigen Kliniken nach deren Umgang mit Time-out
- Konsensbildung im Vorstand
- Abgleich im 3-Verbände-Workshop 2024
- Abgleich mit BAG PED 2024

Ziel

- Einheitlicher Umgang mit dem Begriff und dem therapeutischen Instrument
- Wann wird es wie eingesetzt?
- Verstehen alle Berufsgruppen das Gleiche darunter?
- Welche Haltung haben wir auf den Stationen und in den Tageskliniken?
- Wann wird es zur Bestrafung?
- Wie erleben die Patient:innen die Maßnahmen?
- Wie grenzt man es zu den feM ab?

Ausgangssituation

- Ist eine Reaktion auf ein unerwünschtes Verhalten
- Verhalten soll sistieren
- Ziel das Verhalten zu löschen
- Bezieht sich auf ein Symptom
- Behaviouraler Ansatz
- Stiller Stuhl/Treppe
- Wissenschaftlich vielfach untersucht und als effektiv anerkannt
- Bei ansonsten gesunden Kindern/Jugendlichen

Problemlage

- Die Patient:innen in der KJP sind psychisch krank
- Es geht nicht um die Behandlung einer Monosymptomatik
- Bei vielen Kindern und Jugendlichen liegen Beziehungsstörungen vor
- Störung der Emotionsregulation ist sehr häufig
- Die Verhaltensauffälligkeiten sind Folgen dieser Problematiken

Intervention

- Gemeinsam ist allen Interventionen, dass es zu einer Distanzierung der Patient:innen von der aktuellen Situation kommt
- Patient:innen können
 - alleine sein
 - intermittierend begleitet werden
 - ganz begleitet werden
- Es kann
 - im eigenen Zimmer erfolgen
 - an jedem beliebigen anderen Ort

Therapiedefinitionen

Behaviouraler Ansatz

Als Time-out-Maßnahme ist in der Literatur eine verhaltens-therapeutische Interventionstechnik definiert, die ausgeht von den Konzepten der Konditionierung und des Entzugs eines verhaltens-verstärkenden sozialen Stimulus. Somit sind sie den behaviouralen Techniken zuzuordnen.

Ansatz der Emotionsregulation

Die Patient:innen werden befähigt, selbständig innere Spannungszustände zu regulieren über Distanzierung durch Time-out. Sie werden dabei positiv unterstützt und es wird kein Stimulus entzogen.

Bindungs- und beziehungsbasierter Ansatz

Auf der Basis von primär bindungstheoretischen Therapieansätzen bedeutet das Time-out die aktive Begleitung der Patient:innen in hoch belasteten Situationen mit inneren Spannungszuständen. Es wird Sicherheit vermittelt sowie Zuverlässigkeit in der Beziehung hergestellt.

Haltung 1 allgemein

- Die Haltung entscheidet über die Qualität aller Maßnahmen im Alltag
- Haltung betrifft das gesamte Team
- Haltung ist auch abhängig von der persönlichen Einstellung, aber auch ein fachlicher Lernprozess
- Haltung basiert auf Wissen um Störungsbilder
- Haltung beinhaltet die Neugier auf die Lebensgeschichte der Patient:innen
- Haltung ist ein kontinuierlicher Prozess
- Neue Teammitglieder müssen mitgenommen werden
- Safewards, Marte Meo, etc. können die Haltung nachhaltig beeinflussen
- Haltung kann schnell eine Worthölse sein
- Verantwortlich für die Haltung ist die Leitung

Haltung 2 - Milieu

Es handelt sich beim Time-out um eine **definierte therapeutische Maßnahme** mit einem überprüfbareren Ziel. Sie ist Bestandteil des Therapieplans, der **mit den Patient:innen und den Bezugspersonen abgesprochen ist, einvernehmlich erfolgt** und Teil eines gesamten und oft gestuften **Behandlungskonzeptes** ist.

Die **therapeutische Beziehung** ist ein wichtiges Instrument für Verhaltensänderung und Behandlungserfolg. ... Das Stationsmilieu und das therapeutische Konzept sind hierbei entscheidend. **Konsequenzen werden von den Patient:innen häufig bestrafend erlebt.** Es ist die therapeutische Kunst, das Milieu so zu gestalten, dass die **Patient:innen es als respektvoll und unterstützend erleben.**

Krisenräume

Time-out kann grundsätzlich **überall** erfolgen. Wichtig ist, dass die Patient:innen aus dem Kontakt und aus der Situation herausgehen. Dazu empfiehlt sich eine **äußere Abschirmung**. Time-out kann also im eigenen unabgeschlossenen Zimmer erfolgen, in Toberäumen, Entspannungszimmern oder in besonderen multifunktionellen Räumen, die viele Kliniken vorhalten.

Spezielle multifunktionelle Räume, die für Time-out genutzt werden, sollten **nicht aversiv** besetzt, sondern zumindest neutral ausgestattet sein. Sie können auch der Möglichkeit der **Selbstregulation dienen und dürfen keine Angst auslösen**.

Kriseninterventionsräume (**KIR**), in denen Isolierungen durchgeführt werden, sollten **nicht als Time-out-Räume (TOR) bezeichnet werden**.

Umgang mit Krisen

Krisen sind im (teil-) stationären Alltag gerade im Kinderbereich oder bei einem hohen Patient:innenanteil mit externalisierenden Störungen **häufig**.

Besteht eine therapeutische Beziehung und sind Absprachen und therapeutische Interventionen im Sinne eines abgeprochenen **Therapieplanes** möglich, so befinden wir uns im Bereich des wie oben definierten **Time-out**.

Wenn es in der Folge aber fortwährend und ausschließlich um **Trennung der Patient:innen von der Gruppe** der Mitpatient:innen im Rahmen von Krisenbewältigung geht, **ohne Mitwirkung der Patient:innen** und ohne Integration in einen gemeinsamen Therapieplan, handelt es sich **nicht um eine Time-out-Maßnahme**.

Umgang mit Krisen-kein Time-out

Kommt es zu Krisensituationen, die nicht vorhersehbar oder planbar waren, muss man auf der Station unmittelbar reagieren.

Das kann zur Notwendigkeit führen, Patient:innen von der Gruppe zu trennen. Das ist nicht mit den Patient:innen abgesprochen, sondern passiert direktiv.

Solche Maßnahmen kann man als Zimmerzeiten beschreiben.

Umgang mit Krisen-Zimmerzeiten

- **Zimmerzeiten** sind Reaktionen auf das Verhalten der Patient:innen in Krisensituationen. Sie wurden nicht wie beim Time-out vorher mit den Patient:innen abgesprochen, sondern werden **direktiv** angeordnet. Sie dienen dem **Schutz** und der **Verhinderung weiterer Eskalationen**. Von den Patient:innen werden sie leicht als Bestrafung erlebt und nicht als notwendige Folge und Konsequenz bezüglich ihres Verhaltens.
- Die Zimmerzeiten können **an verschiedenen Orten** stattfinden. Sie richten sich an dem emotionalen Zustand der Patient:innen aus, sollten so kurz wie nötig sein. Während der Zimmerzeiten findet eine **regelmäßige Kontaktaufnahme** durch die Mitarbeitenden statt.
- Es kann zu einem **Übergang in eine Isolierung als feM** kommen. Es ist wichtig zu überprüfen, ob der Patient/die Patientin freiwillig die Zimmerzeit als Hilfe annimmt. Werden die Patient:innen daran gehindert, das Zimmer zu verlassen, liegt eine Isolierung vor.

Isolierung

Sobald die Patient:innen, körperlich, durch Verschließen einer Tür oder mittels verbale Androhungen daran **gehindert werden, den Raum zu verlassen** oder z. B. vom Stuhl/von der Treppe aufzustehen, wird die persönliche Freiheit des Einzelnen eingeschränkt. Dann spricht man von einer **Isolierung**.

Isolierung dient primär der Gefahrenabwehr (Eigen- und Fremdgefährdung) und gehört zu den letzten Mitteln im Umgang mit den Patient:innen. Sie muss ärztlich angeordnet und sollte zumindest klinikintern statistisch erfasst werden.

Ruhige Phase

Anspannung

Krise

Gefahr

Elektive und individuelle
Reflektionszeiten

AKUTMEDIKATION

1:3/1:1- Betreuung

Time-out

Reaktive Distanz zur Gruppe
Zimmerzeiten

~~Kein allgemeingültiger
Stufenplan~~

feM: Isolierung/Fixierung

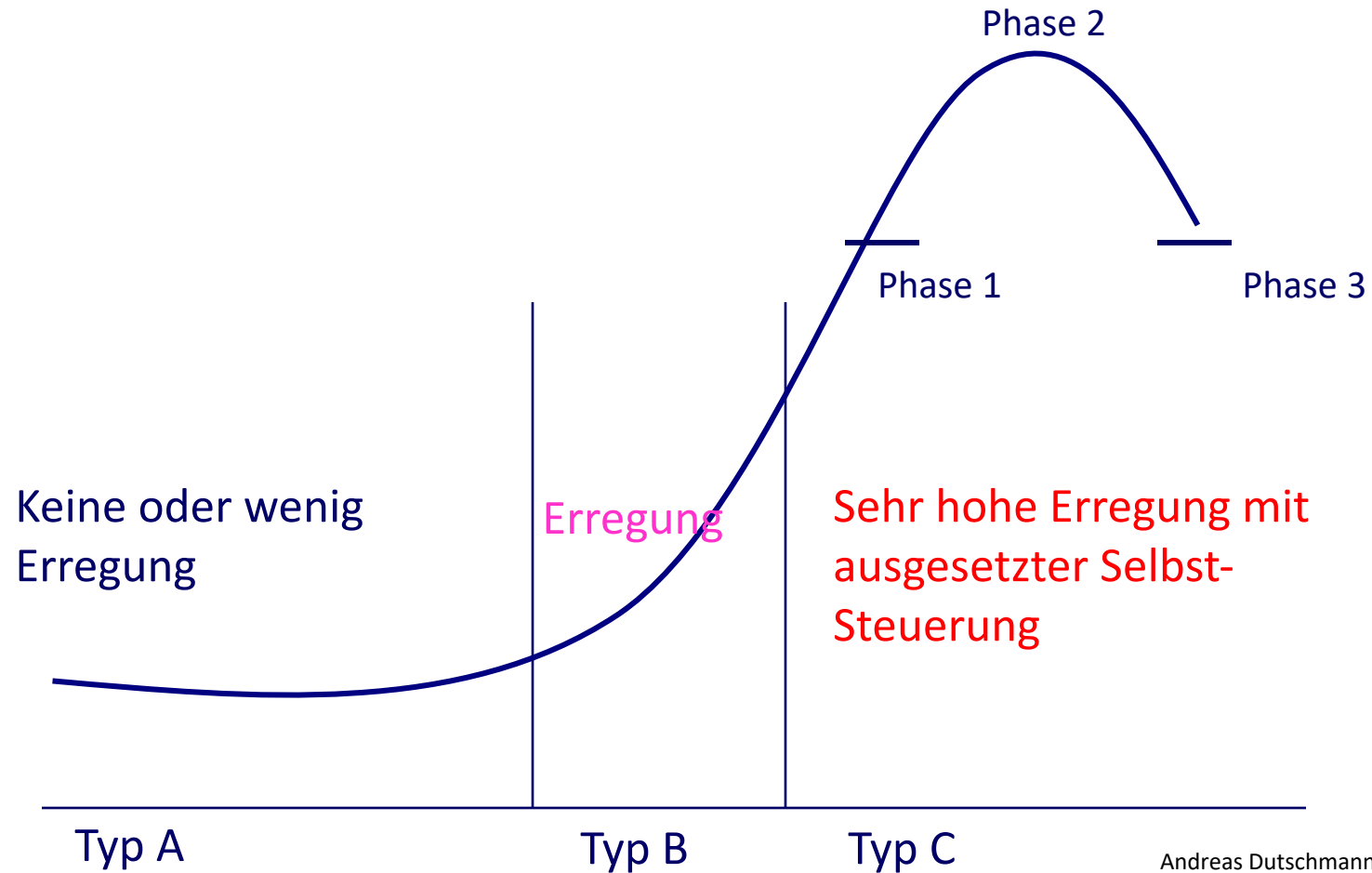
Polizei

Anspannung

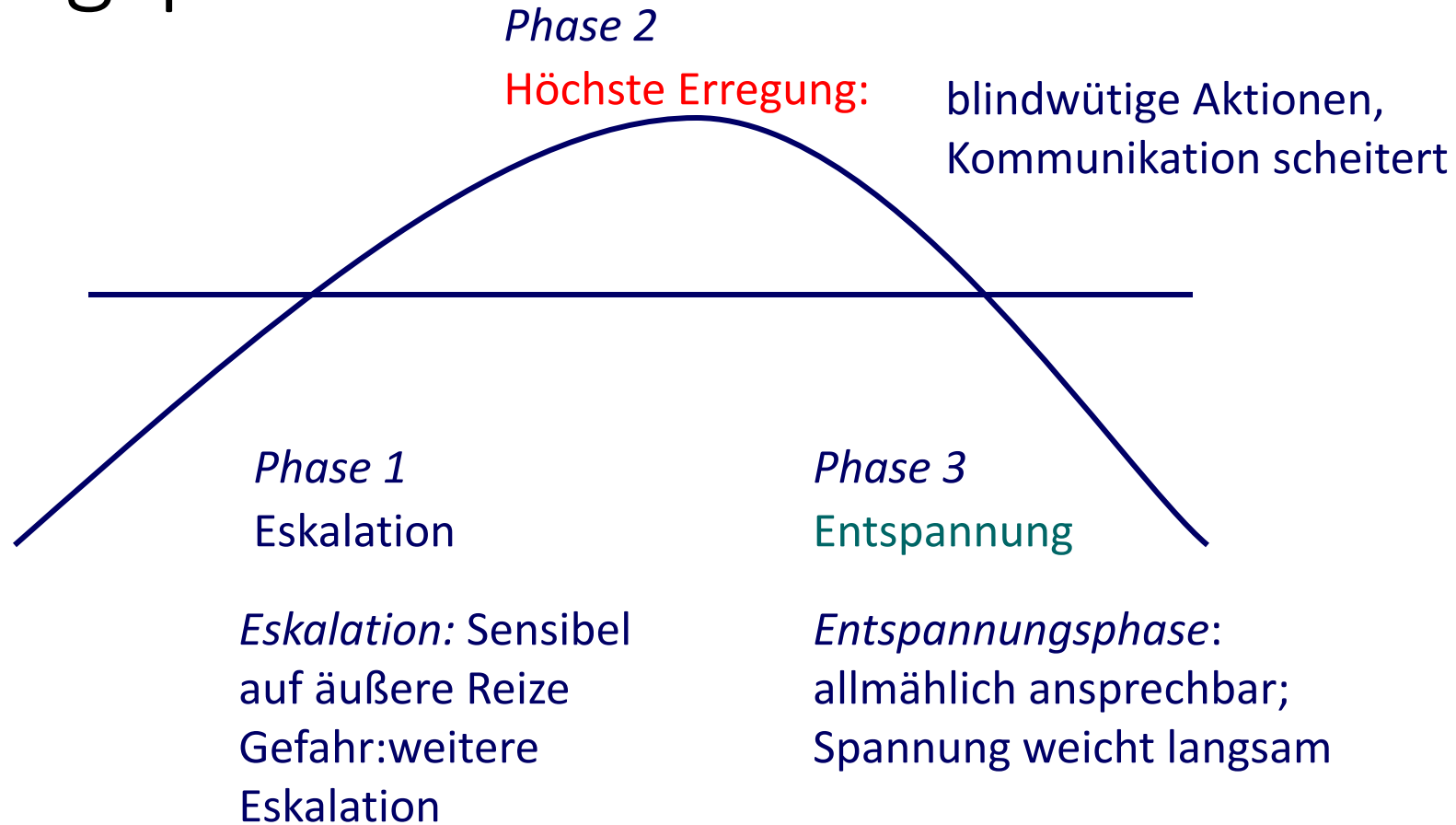
Krise

Gefahr

Erregungsbeteiligung



Erregungsphasen



Erregungsfördernde Bedingungen

- Zustand des Individuums
 - Grundbedürfnisse nicht befriedigt
 - körperliches Problem
 - Kind ist der Situation nicht gewachsen
 - Bewegungsfreiheit eingeengt
 - Streß
- Kontext
 - Instabile Gruppe (Fluktuation Mitarbeiter, Patienten)
 - außer Sichtkontrolle
 - gering strukturierter Rahmen, chaotische Organisation
 - wenig strukturierende Aktivitäten, Langeweile
- Einstellungen und Beziehungsmuster
 - Anwesenheit Dritter
 - Autoritäre Betreuer, „schwache“ Bezugspersonen

Erregungsfördernde Bedingungen

Fortsetzung

- Aktuelle kritische Stimuli
 - Autoritäres Verhalten, Schimpfwörter,
 - Beleidigungen, Bloßstellungen
 - Ermahnungen, Kritik,
 - Aufforderungen, Grenzsetzungen, Sanktionen

Auch

- Berührungen,
- Fragen
- Beschäftigungsangebote
- Vermittlungsversuche
- Nett gemeinte Tips
- freundlich gemeinter Humor
- ...

Auswirkung von Erregung auf Erleben und Verhalten

- **Veränderte Reizverarbeitung**
 - veränderte Intensität, emotionale Lupe, Reizselektion
- **Unverhersehbare emotionale Reaktion**
 - plötzliches Umschlagen der Affekte
- **Abbau von Hemmungen**
 - Gegenwartsbezug!
- **Primitiv-Reaktionen**
 - automatisiert, Denken ist blockiert
- **Ansteckung**
 - Selbstkontrolle des Erwachsenen(!)
- **Verringerte Konfliktbewältigungs-Kompetenz**
 - Entweder - oder; egozentrischer Standpunkt

Umgang mit hocherregten Menschen

- Grundregeln Haltung 3
 - Präzise Beobachten
 - Beruhigende Signale bieten
 - provozierende Signale vermeiden
 - Für Sicherheit sorgen
 - Geplant vorgehen

Haltung 4

Die Patient:innen brauchen eine **Vorhersehbarkeit** der Handelnden. Das Handeln muss zumindest im Nachhinein für sie nachvollziehbar sein. Es soll Sicherheit für alle Beteiligten spürbar sein. Sie müssen sich **würdevoll** behandelt fühlen.

Besonders während des therapeutischen Umgangs mit Krisen ist es wichtig, eine Haltung zu entwickeln, die den Patient:innen das Gefühl gibt, dass die **Maßnahmen zu ihrem Wohle** geschehen.

Kriseninterventionen-Konzept

- Duale Leitungen aller Stationen in einem Konzepttag
- Zusammenführung der einzelnen Konzepte
- Handlungsfähigkeit auf den Stationen
- Gemeinsames Handeln
- Prävention
- Weniger feM

Ruhige Phase

Anspannung

Krise

Gefahr

Elektive und individuelle
Fokuszeiten

Kooperativ, ÄTD Anordnung, zeitlich
befristet (Visite)

Haltung

Aufgaben,
Arbeitsblätter,
Therapeutische Ziele,
Chillen,
Me-Time,
Freiwillig,
Intermittierende (15
Min.) Begleitung
durch PED,
Interesse am Pat.,
Bindung-Trauma
beachten,
Stationsmilieu, -
zusammensetzung,

AKUTMEDIKATION

1:3/1:1- Betreuung (feM)

Time-out

kooperativ, flexibler Ort, Emotionsregulation, Bindung beachten
(alleine versus Zuwendung), Teil eines Behandlungsplanes, Timer

Kein
strafender
Übergang

(+) bei
Suchtdruck

Haltung

Kontakte zu Bezugspersonen

Reaktive Maßnahmen/Distanz zur Gruppe
direktiv

Haltung

Settingwechsel,
Verlegung,
Zimmerzeiten,
Intermittierende (15 Min.)
Begleitung durch PED,
Motivationsüberprüfung

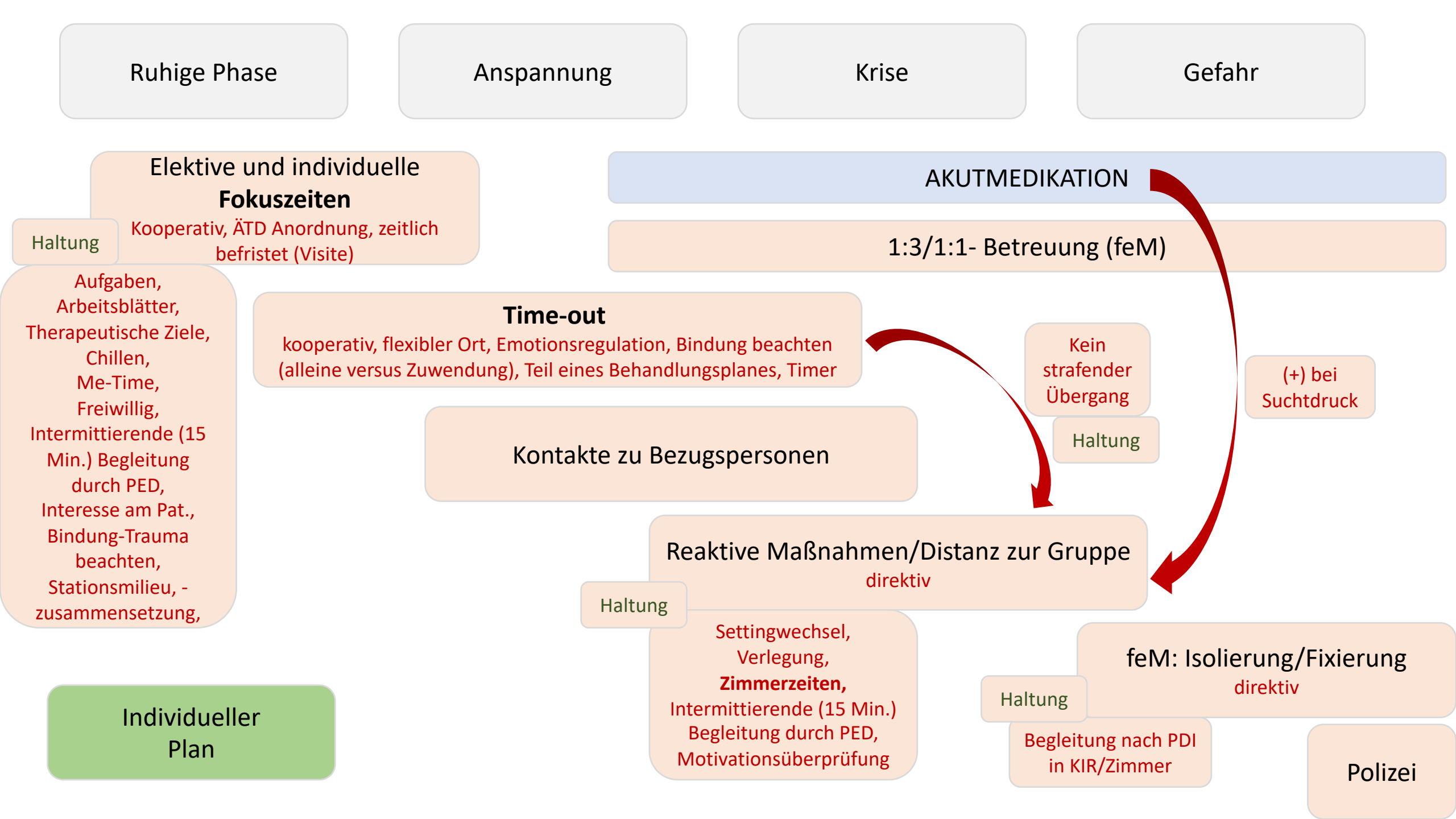
feM: Isolierung/Fixierung
direktiv

Haltung

Begleitung nach PDI
in KIR/Zimmer

Polizei

Individueller
Plan



Fokuszeiten

- Die Fokuszeit ist eine ausschließlich **präventive Maßnahme**.
- Für manche Patient:innen kann es hilfreich sein, sich stundenweise ganz aus dem Gruppengeschehen **zurück zu ziehen**.
- In der Zeit im eigenen Zimmer werden die Patient:innen eng von der zuvor bestimmten **Bezugsperson** begleitet. Je nach Störungsbild bedarf es einer 15-minütigen Kontaktaufnahme oder sogar einer kontinuierlichen 1:1 Begleitung im Zimmer.
- Zeitlich sollen die Fokuszeiten auf den **Entwicklungsstand** des Kindes/Jugendlichen angepasst sein, aber nicht über jeweils **eine Stunde** zu zwei Zeitpunkten pro Tag hinausgehen. Die Fokusszeiten sollen mindestens einmal wöchentlich z.B. bei der Visite auf Notwendigkeit überprüft werden.
- Den Patient:innen stehen im Zimmer vielfältige Möglichkeiten der **Beschäftigung** zur Verfügung. Es darf bei den Patient:innen nicht der Eindruck einer Bestrafung entstehen. Es sollte sich um eine positive Maßnahme handeln, die die Patient:innen auch als "**chillen**" oder zur Ruhe kommen erleben können.

Wann ist der „Stille Stuhl“ ein Time-out?

- Auf ein bestimmtes Verhalten/Symptom bezogen
- Löschen/Extinktion des Symptoms
- Keine Beachtung/Zuwendung in der Maßnahme
- Keine zusätzliche Konsequenz/Bestrafung
- eine reaktive und direktive Maßnahme, die als unmittelbare Reaktion auf Fehlverhalten zu sehen ist
- „Zimmerzeiten“, aber ohne Begleitung durch Mitarbeitende

Beziehung/Therapeutisch:

- Mit den Patient:innen als Maßnahme einvernehmlich vorher als Intervention abgesprochen

Ausblick

- Veröffentlichung im politischen Teil in der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist erfolgt
- Multiprofessioneller LWL-Standard feM 2024 verabschiedet, 2025 veröffentlicht
- S 2k-Leitlinie feM (Holtmann) zusammen mit Psychiatrieerfahrenen 2025
- Handreichung Milieuthherapie zusammen mit der BAG PED 2026
- Version Handreichung Time-out 2.0 (202X)