

Leitlinien für den professionellen Umgang mit HEVE im institutionellen Setting des Behindertenbereichs

Überarbeitete Version 2026

Eva Büschi, Stefania Calabrese, Natalie Zambrino

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
1.1	Ziel der Leitlinien und Zielgruppe	3
1.2	Beteiligte und methodisches Vorgehen zur Erarbeitung der Leitlinien	3
1.3	Theoretischer Hintergrund und zentrale Begriffe	5
2	Organisationale und strukturelle Rahmenbedingungen	6
2.1	Institutionskultur	6
2.2	Institutionsstruktur	7
2.3	Infrastruktur	7
2.4	Angebote für Klientel	8
2.5	Angebote für Fachpersonen	8
3	Professionelle Haltung, Wissen und Können	8
3.1	Professionelle Haltung	8
3.2	Wissen	9
3.3	Können	10
4	Fallverstehen, Zielsetzung und Handlungsplanung	10
4.1	Voraussetzungen Fachwissen und agogische Kompetenzen	11
4.2	Fallbeschreibung	12
4.3	Fallanalyse	13
4.4	Soziale Diagnose	13

5	Prävention	14
5.1	Anpassungen der Bedingungen aufgrund der eruierten Hypothesen	15
5.2	Entwicklungs-, Stärken- und Bedürfnisorientierung	15
5.3	Beziehungsfördernder und -stärkender Zugang	16
5.4	Orientierungs- und sicherheitsgebende Strukturierung sowie Infrastruktur	16
5.5	Zusätzliche Massnahmen	17
6	Deeskalation	17
6.1	Grundhaltung der Deeskalation	18
6.2	Agogische Deeskalationsmassnahmen	18
6.3	Verbale Deeskalation	20
7	Notfallhandeln	20
7.1	Organisation des Notfallhandelns	21
7.2	Schutzhierarchie	21
7.3	Restriktive Massnahmen	22
7.4	Weitere Massnahmen des Notfallhandelns	22
8	Nachsorge	23
8.1	Emotionale Entlastung	23
8.2	Reflexion	24
8.3	Institutionelles Lernen	25

1 Einleitung

Zunächst wird das Ziel der vorliegenden Leitlinien erörtert und die Zielgruppe präzisiert, bevor dargelegt wird, wie methodisch vorgegangen wurde, um sie zu erstellen. Schliesslich folgen eine kurze theoretische Verortung und die Definition der zentralen Begriffe.

1.1 Ziel der Leitlinien und Zielgruppe

Das Ziel der Leitlinien besteht darin, praktische Handlungsorientierungen für den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen (HEVE) im institutionellen Setting des Behindertenbereichs in der Deutschschweiz zu bieten. Praxisorientiert werden für Fachpersonen u.a. konkrete präventive Massnahmen und deeskalierende Techniken betont, um Eskalationen und Gewaltvorfälle in herausfordernden Situationen zu vermeiden bzw. einen professionellen Umgang damit zu finden. Sie liefern jedoch keine "rezeptartigen Lösungen", sondern erfordern eine spezifische handlungspraktische Konkretisierung, die in den Institutionen jeweils zu leisten ist.

Der Fokus wird auf erwachsene Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen gerichtet, die in der Schweiz in Institutionen im Behindertenbereich leben und HEVE zeigen.

Die Zielgruppe der Leitlinien umfasst in erster Linie Teamleitende und Bereichsleitende sowie Mitarbeitende von Fachstellen Agogik und Institutionsleitende, aber auch Begleit- und Betreuungspersonen – fortan allesamt als Fachpersonen bezeichnet –, die in Institutionen arbeiten und erwachsene Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen in ihrem Alltag begleiten und agogisch unterstützen. Es handelt sich in erster Linie um agogisch orientierte Leitlinien für den Umgang mit HEVE in regulären Angeboten des stationären Behindertenbereichs.

HEVE stellen hohe Anforderungen an Begleit- und Leitungspersonen, da ihre Auslöser, Ursachen und Funktionen komplex sind und der Umgang mit ihnen anspruchsvoll ist. Die Leitlinien geben Hinweise und bieten einen Orientierungsrahmen für einzelne Fachpersonen, Teams und die gesamte Organisation.

1.2 Beteiligte und methodisches Vorgehen zur Erarbeitung der Leitlinien

Im Anschluss an ein SNF-Forschungsprojekt zum Thema HEVE (vgl. www.heve.ch) initiierte ein Projektteam bestehend aus Prof. Dr. Stefania Calabrese und Dr. Natalie Zambrino von der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit und aus Prof. Dr. Eva Büschi und Nadja Moramana, MA, von der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz im Jahr 2021 den Prozess zur Erarbeitung von Leitlinien für den Umgang mit HEVE.

Um die Leitlinien zu erstellen, erfolgte zunächst eine systematische Recherche nach Leitlinien auf Deutsch, Französisch und Englisch in wissenschaftlichen Datenbanken. Dabei wurden *Leitlinie* (und Alternativbegriffe) UND *herausfordernde Verhaltensweisen* (und Alternativbegriffe) UND *kognitive Beeinträchtigung* (und Alternativbegriffe) als Suchbegriffe verwendet. Insgesamt wurden so 68 Leitlinien und dazu verfasste Artikel gefunden. Daraus wählte das Projektteam 18 für die Zielgruppe relevante und aktuelle Leitlinien aus. Von diesen 18 Leitlinien wurden die Inhalte extrahiert und anschliessend thematisch gebündelt.

Im Rahmen eines kooperativen Prozesses wurden die Rechercheergebnisse einer Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretenden unterschiedlicher Verbände präsentiert und diskutiert. Folgende Beteiligte wirkten in der Arbeitsgruppe mit:

Samuel Häberli, MA	Ehem. ARTISET INSOS, Leiter Lebensgestaltung
Lic. phil. Olivia Lutz	Ehem. Anthrosocial - Verband für anthroposophische Heilpädagogik
Dr. Birgit Mayer	Leiterin Agogik/Fachdienst Wohnheim Tilia
Dr. Olga Meier-Popa	Ehem. Schweizerisches Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik SZH
Lic. phil. Simone Rychard	Ehem. Fachstelle Lebensräume, insieme Schweiz
Lukas Wunderlich	Anthrosocial - Verband für anthroposophische Heilpädagogik

Um Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung in den Entwicklungsprozess einzubeziehen, wurden im Zeitraum zwischen November 2021 und Januar 2022 vom Projektteam zwei Leitfaden-Interviews mit Menschen, die selbst HEVE zeig(t)en oder HEVE als Mitbewohnende erlebt haben, geführt. Die Auswertungen der Interviewdaten flossen in die Erarbeitung der Leitlinien ein.

In der Folge wurde im Rahmen eines weiteren Workshops mit dem Projektteam und der Arbeitsgruppe eine erste Version der Leitlinien diskutiert. Daraus wurde ein Prototyp erarbeitet, der im Sommer 2022 in sämtliche Schweizer Institutionen, die Plätze für die

beschriebene Klientel anbieten, in Vernehmlassung gegeben wurde. Nach der Einarbeitung der Stellungnahmen aus der Vernehmlassung wurde eine erste Version der Leitlinien erarbeitet. Die vorliegende Version wurde von den Autorinnen im Sommer 2026 unter Berücksichtigung aktueller Fachliteratur überarbeitet.

1.3 Theoretischer Hintergrund und zentrale Begriffe

Das Projektteam hat folgende theoriegeleitete Definition von herausfordernden Verhaltensweisen erarbeitet:

HEVE

- umfassen externalisierende (z.B. fremdverletzende, gemeinschaftsstörende oder sachbeschädigende) Verhaltensweisen und/oder internalisierende Verhaltensweisen (z.B. Antriebslosigkeit oder Rückzugstendenzen) und/oder selbstverletzende Verhaltensweisen (inkl. Stereotypen),
- können sich mittels spezifischer Anzeichen ankündigen oder (scheinbar) abrupt und plötzlich auftreten,
- können gezielt ausgeübt und gerichtet oder aber eher impulsiv, unkontrolliert und unberechenbar wirken und sich als Kontrollverlust zeigen,
- zeigen sich über einen längeren Zeitraum, sind wiederholt beobachtbar und treten in einer bestimmten Häufigkeit und Intensität zutage,¹
- sind kritisch für die Person selbst und für die soziale Umwelt,²
- sind doppelt herausfordernd: Einerseits sind sie Ausdruck von erlebten Herausforderungen (und innere Notlagen) der Person selbst und andererseits fordern sie Begleitpersonen, Mitbewohnende, Angehörige und Institutionsleitende heraus,³
- werden in einem spezifischen Kontext als durch das Individuum oder die Umwelt als sozial oder kulturell unerwünscht wahrgenommen.⁴

Die Definition verweist auf ein systemökologisches Verständnis, wonach HEVE als Wechselwirkung zwischen einem Individuum und seiner Umwelt zu sehen und daher nie rein personenbezogen sind.⁵ Vielmehr sind sie multifaktoriell bedingt und systemisch angelegt. Deshalb richtet sich der Blick bei ihrer Analyse nicht nur auf die fokussierte Person, die HEVE zeigt, sondern immer auch auf die weiteren Beteiligten in der Situation sowie auf die Situation an sich, die es zu verstehen gilt. Unter der systemökologischen Perspektive werden HEVE somit als Ausdruck einer Individuum-Umwelt-Relation verstanden. Diese Sichtweise erweist sich als optimistischer bezogen auf Veränderungspotenziale⁶ und fokussiert

entsprechend Möglichkeiten der Entwicklung und der Teilhabe. Zudem bietet sie mehr professionelle Handlungsmöglichkeiten an.⁷ Sie ist dadurch charakterisiert, dass

- a. Beobachtungen und Bewertungen nicht nur auf die fokussierten Personen bezogen, sondern im dynamischen Beziehungs- und Situationskontext gesehen werden
- b. die Funktionalität der HEVE ergründet wird und
- c. nicht allein die Ursachen, sondern auch die aufrechterhaltenden Bedingungen und Zusammenhänge beleuchtet werden.⁸

Systemökologisch werden HEVE als multifaktoriell, kontextabhängig und relational verstanden.

Mit der «fokussierten Person» ist eine erwachsene Person gemeint, die eine intellektuelle Beeinträchtigung aufweist und HEVE zeigt. Sind mehrere fokussierte Personen gemeint, wird nachfolgend der Begriff «Klientel» verwendet.

2 Organisationale und strukturelle Rahmenbedingungen

Organisationale und strukturelle Aspekte sind dem Umgang mit HEVE vorgelagert, da sie die Grundlage für die eingesetzten Massnahmen bilden. Die Klärung der Aspekte dieses Kapitels ist somit in einem ersten Schritt anzugehen, wobei die Verantwortung dafür auf der Leitungsebene zu verorten ist.

2.1 Institutionskultur

Ein klar definiertes, transparentes Leistungsangebot ist wichtig. Zudem wird ein Leitbild als grundlegend erachtet, das zentrale Werte, Haltungen und das agogische Konzept definiert, übermittelt und dadurch ein gemeinsames Verständnis für die Arbeit schafft. Ein Führungsverständnis, das auf Offenheit und Ehrlichkeit basiert, Beteiligungsmöglichkeiten für Fachpersonen sämtlicher Hierarchiestufen und Klient:innen und Austausch ermöglicht und die Gesunderhaltung und Entwicklung sämtlicher Personen zum Ziel hat, ist eine weitere Grundlage für den Umgang mit HEVE.

Allgemein sind der Umgang mit dem Thema Sicherheit und Schutz – bei Klientel und Fachpersonen - und ein adäquates Risikomanagement als zentrale Führungsaufgaben zu verstehen.

Aufgrund der hohen Prävalenz von Gewalterfahrungen in den Lebensverläufen vieler Klient:innen sowie der Betroffenheit sowohl der Klientel als auch der Fachpersonen von Grenzverletzungen im institutionellen Alltag ist ein traumasensibler und traumainformierter

Umgang von zentraler Bedeutung. Dies betrifft nicht nur die direkte Arbeit mit den Klient:innen, sondern die gesamte Organisationskultur.

2.2 Institutionsstruktur

Ein weiteres Augenmerk gilt der an den Bedürfnissen der Klientel orientierten Gestaltung, Grösse und Zusammensetzung der Gruppen und dem Aufbau und Erhalt einer stabilen Finanzierung, die die nötigen Ressourcen zur Verfügung stellt.

Auch in der Personalstruktur ist auf eine angemessene Durchmischung im Hinblick auf Qualifikation, Geschlecht, Alter, und Passung zur Klientel zu achten. Die Fachpersonen sind dementsprechend zu rekrutieren, aus- und weiterzubilden.

Es existiert gemäss der Charta Prävention⁹ eine zentrale Meldestelle für Gewaltvorfälle, zu der Klientel, Fachpersonen und Angehörige Zugang haben. Um den Prozess der Meldung von grenzverletzendem Verhalten zu optimieren, bietet sich eine Orientierung am Bündner-Standard¹⁰ an.

Zudem gilt es die einzelnen Bereiche der Institution (Wohnen, Arbeiten, Therapien usw.) untereinander zu vernetzen und gemäss dem Bedarf und den Bedürfnissen der Klientel auszugestalten. Als weitere wichtige Grundpfeiler sind die Förderung interdisziplinärer Zusammenarbeit von Fachpersonen verschiedener Bereiche sowohl innerhalb der Institution als auch mit externen Organisationen, Institutionen, Fachpersonen und Verbundsystemen zu nennen.

Weiter ist der Aufbau, der Erhalt und die Pflege einer tragfähigen Zusammenarbeit mit Angehörigen zu beachten.

2.3 Infrastruktur

Die Infrastruktur ist bedarfs- und bedürfnisorientiert ausgestaltet und sollte regelmässig dahingehend analysiert und, wo möglich, angepasst werden. Eine geeignete Aufteilung der Infrastruktur in öffentliche, halböffentliche und private Räume lassen – je nach Bedarf der Klientel – sowohl Interaktion als auch Rückzug zu. Arbeit und Wohnen sind als zwei räumlich gesonderte Bereiche zu gestalten, sofern dies für die fokussierte Person sinnvoll ist.

2.4 Angebote für Klientel

Ein Angebot, das sich an den Bedürfnissen der Klientel orientiert und vielfältig gestaltet ist, schafft einen anregenden Alltag. Dabei sind grundsätzlich flexibel gestaltbare Strukturen hilfreich. Der Zugang zu Arbeit und Bildung, zu Freizeitangeboten sowie zu Therapien wie Psychotherapie, Musik- oder Kunsttherapie usw. ist der Klientel genauso zu gewährleisten wie jener zu temporären Veränderungen des Settings im Krisenfall («Time-Out») und zur Gesundheitsversorgung. Weiter sind der fokussierten Person entsprechende Rahmenbedingungen zum selbstbestimmten Ausleben ihrer Sexualität zu gewährleisten. Die Erweiterung des Sozialraums über die Grenzen der Institution hinaus (persönliche Kontakte, Nachbarschaft) schafft wichtige soziale Kontakte und ist mit gezielten Massnahmen zu initiieren und zu fördern.

2.5 Angebote für Fachpersonen

Spezifische Angebote für Fachpersonen fördern sowohl die Professionalität als auch die Gesundheit der einzelnen und wirken sich positiv auf die Zusammenarbeit im Team aus. Regelmässige Möglichkeiten zu Weiterbildung (intern und extern), Supervision, Intervention, Fachberatung und ausreichend Reflexionsgefässe im Begleitaltag (z.B. Reflexion von Begleitsituationen im Team mittels Videoaufnahmen) erhöhen die Handlungssicherheit im Umgang mit HEVE genauso wie die Zusammenarbeit im Team. Ein zusätzliches Augenmerk ist auf Angebote zu legen, die auf den Erhalt und die Pflege der psychischen Gesundheit der Fachpersonen zielen.

3 Professionelle Haltung, Wissen und Können

Haltung, Wissen und Können werden als Voraussetzungen des methodischen Handelns gesehen.¹¹

3.1 Professionelle Haltung

Basierend auf dem Leitbild der Institution entwickeln Fachpersonen eine gemeinsame, professionelle Haltung im Team.

Folgende Haltungen werden von den Fachpersonen vertreten:

- Sie begegnen der Klientel wertschätzend, respektvoll, geduldig, mit Verständnis und Empathie.
- Sie anerkennen die Entwicklungs- und Lernfähigkeit von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen.
- Sie erkennen Bedürfnisse und Veränderungen durch Präsenz und Aufmerksamkeit.

- Sie betrachten HEVE aus einer systemökologischen Perspektive und damit als Resultat einer ungünstigen Wechselwirkung zwischen der Person und ihrer Umwelt (siehe Kap. 1).
- Sie reflektieren ihre Handlungen stetig.

Fachpersonen beziehen in ihr Handeln und in den Umgang mit HEVE unter anderem folgende agogische Leitprinzipien¹² und die geltende Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)¹³ mit ein:

- Teilhabe: Teilhabe wird ermöglicht (z.B. Zugang zu medizinischer Versorgung, gesellschaftlichen Aktivitäten, Bildung, Sexualität, sozialen Kontakten und Beziehungen). Fachpersonen beziehen die Klientel, ihre Angehörigen und ihr Umfeld mit ein und begegnen der Klientel transparent und in geeigneter Weise (bei Bedarf unter Rückgriff auf Unterstützte Kommunikation (UK) und Einfache oder Leichte Sprache (LS)).
- Mit- und Selbstbestimmung: Die Klientel trifft eigene, den entwicklungsspezifischen Möglichkeiten entsprechende Entscheidungen und/oder wird darin unterstützt. Fachpersonen unterstützen die Klientel beim Ausleben der persönlichen Rechte und Pflichten.
- Personenzentrierung: Die Unterstützung wird am individuellen Bedarf und den entwicklungsspezifischen Bedürfnissen ausgerichtet.
- Ressourcenorientierung: Fachpersonen nehmen die Ressourcen der Klientel wahr und unterstützen sie in der Erweiterung und im Erhalt von Stärken, Ressourcen und Fähigkeiten indem sie Angebote entsprechend gestalten.

3.2 Wissen

Wissen bietet unterschiedliche Möglichkeiten, HEVE genauer zu verstehen, mögliche Hypothesen zu bilden und darauf basierend Massnahmen abzuleiten bzw. zu entwickeln. Entsprechend verfügen Fachpersonen über oder eignen sich Fachwissen an zu:

- intellektuellen Beeinträchtigungen und HEVE;
- spezifischen Theorieansätzen, die mögliches Erklärungswissen enthalten (wie Systemtheorie, Systemökologie, Bindungstheorie, Entwicklungstheorie, Konflikttheorie, Traumatheorie, Lerntheorie usw.);
- rechtlichen Grundlagen (z.B. Freiheitsbeschränkende und bewegungseinschränkende Massnahmen, fürsorgerische Unterbringung);
- methodischen Fachkonzepten (z.B. Leichte Sprache, Unterstützte Kommunikation, TEACCH, Positive Verhaltensunterstützung, Low Arousal, SEO/SEED usw.)

- Spezialgebieten (z.B. Autismus Spektrum, psychische Erkrankungen, Trauma, spezifische Syndrome usw.);
- Fallbearbeitung (siehe Kap. 4).

3.3 Können

Das Können umfasst die Selbst-, Sozial- und Fachkompetenzen sowie Fertigkeiten der Fachpersonen:

- Insbesondere im Kontext von HEVE ist die emotionale Stabilität der Fachperson zentral. Fachpersonen sind in der Lage, durch innere Ruhe, Klarheit und Gelassenheit der Klientel die nötige Sicherheit zu vermitteln.
- Fachpersonen verfügen über Fallbearbeitungskompetenzen (siehe Kap. 4).
- Spezifisch auf HEVE bezogen, verfügen Fachpersonen über Kompetenzen zur Prävention, Deeskalation und Nachsorge.
- Fachpersonen nehmen bei ihrer Arbeit ein ganzheitliches Bild der fokussierten Person in ihrem Umfeld wahr. Dies bedeutet, dass für Hypothesen zu HEVE verschiedene Faktoren einbezogen werden (Gesundheitsaspekte, Umwelt mit Personen und Strukturen, fokussierte Person mit ihrer Perspektive und ihren Anliegen).
- Fachpersonen arbeiten systematisch interdisziplinär mit Fachpersonen anderer Bereiche und Angehörigen zusammen.
- Fachpersonen verfügen über Reflexionskompetenzen.
- Fachpersonen verfügen über Strategien zum Ausgleich und zur Erhaltung ihrer Resilienz (Selbstsorge).

Ein Augenmerk ist dabei auf die adäquate Gestaltung von Essenssituationen und generell von Übergängen (Rückkehr in Institution nach Wochenenden, Transporte, Wege innerhalb der Institution) zu richten.

4 Fallverstehen, Zielsetzung und Handlungsplanung

Nachfolgend werden zuerst die zentralen Voraussetzungen erläutert, die gegeben sein müssen, um professionelles Fallverstehen zu leisten. Zum Begriff «Fallverstehen»: Ein fundiertes Fallverstehen umfasst zunächst eine detaillierte, systematische Fallbeschreibung (Kap. 4.2), dann eine Fallanalyse (Kap. 4.3) und schliesslich das Erstellen einer sozialen Diagnose (Kap. 4.4).

4.1 Voraussetzungen Fachwissen und agogische Kompetenzen

Das Fallverstehen verlangt eine individuelle, systemökologische Herangehensweise.

Allgemeines Ziel ist es, eine gute Kenntnis der fokussierten Person und ihrer Umwelt zu erhalten, sie umfassend zu verstehen.

In Bezug auf HEVE besteht das Ziel darin, sich darauf vorzubereiten und damit präventiv zu handeln (proaktiv) statt erst in allfälligen Eskalationssituationen zu reagieren (reaktiv). Damit wird die fokussierte Person ernst genommen bei Herausforderungen und die Fachperson ebenso, denn sie erhält durch den Fokus auf Prävention einen erweiterten Handlungsspielraum.

Zentrale Voraussetzung für ein gelungenes Fallverstehen ist, dass Fachpersonen über Fachwissen und agogische Kompetenzen verfügen. Dies beinhaltet eine fundierte fachspezifische Ausbildung und kommunikative Kompetenzen ebenso wie Beziehungskompetenz, Analyse- und Fallbearbeitungskompetenz, Reflexionskompetenz und psychische Belastbarkeit. Zudem bilden sich Fachpersonen regelmässig weiter, um sich spezifische Theorien anzueignen und Methoden adäquat anzuwenden. Dazu gehören auch regelmässige Fallbesprechungen und Reflexionen im Zusammenhang mit Fach- und Fallberatungen sowie die Unterstützung durch externe Fachpersonen.

Eine weitere zentrale Voraussetzung des Fallverstehens ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Diese besteht zum einen bei Weiterbildungen und Intervisionen, also durch gegenseitige Unterstützung innerhalb einer Institution und eine enge, systematische Zusammenarbeit von Fachpersonen aus unterschiedlichen Lebensbereichen. Zum andern gehört aber auch die Zusammenarbeit mit Fachpersonen von ausserhalb der Institution dazu. So zum Beispiel bei Supervisionen, Coachings und Konsilien. Idealerweise erfolgt eine koordinierte, interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Beteiligten (als Team) und damit eine gegenseitige Unterstützung (beispielsweise durch eine gemeinsame Haltung, Austausch, Koordination und gemeinsam vereinbarte Vorgehensweisen usw.). Auch die Kooperation mit Angehörigen der fokussierten Person und externen Mandatstragenden (wie Beistand:innen) ist integraler Bestandteil der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Eine zentrale Rahmenbedingung für dieses professionelle¹⁴ Handeln ist es, über ausreichend Ressourcen in der Begleitung zu verfügen, um einen Fall zu beschreiben, zu analysieren, zu erklären und damit zu verstehen. Eine Orientierung an einem klar definierten und individuellen Prozessmodell ist dabei sinnvoll (z.B. PVU¹⁵, individueller Hilfeplan¹⁶, Interventionsplan¹⁷, Kooperative Prozessgestaltung¹⁸).

4.2 Fallbeschreibung

Für eine detaillierte Fallbeschreibung (auch Situationserfassung oder Assessment genannt) werden Methoden wie Erkundungsgespräche, Beobachtungen und Aktenstudium genutzt.¹⁹ Das Ziel besteht darin, den Fall in seiner Gesamtheit neutral zu erfassen. Damit gilt es die wesentlichen Aspekte aus der Lebensgeschichte der fokussierten Person, zur aktuellen Situation (inklusive Stärken, Vorlieben, Ressourcen und Probleme, Schwierigkeiten, Anliegen) sowie zur Umwelt, in der sie lebt, unvoreingenommen und genau zu beschreiben und schriftlich wertfrei festzuhalten.

Vorgehen bei der Fallbeschreibung: Bei einer fundierten Fallbeschreibung ist es grundsätzlich wichtig, die fokussierte Person und ihre Angehörigen miteinzubeziehen. So gilt es neben der spezifischen Beeinträchtigung der Person auch ihre Ressourcen und die kognitive und sozio-emotionale Entwicklung zu berücksichtigen, was bedeutet, dass idealerweise auch eine SEED-Einschätzung²⁰ vorliegt. Auch die Kenntnis der Lebensgeschichte der fokussierten Person gehört dazu (Biografie, mögliche traumatisierende Ereignisse wie physische, psychische oder sexuelle Gewalterfahrungen oder Verluste von Vertrauenspersonen, Umzüge, gravierende Veränderungen usw.). Es gilt eine Einschätzung zu (sensorischer) Wahrnehmung, kommunikativen Kompetenzen, zu Selbstwirksamkeitserleben und zur Selbstbestimmung vorzunehmen. Weiter sind die Kompetenzen zur Emotionsregulierung und zum Umgang mit Veränderungen einzuschätzen wie auch das subjektive Wohlbefinden im aktuellen Setting. Dazu gehört auch die Frage, ob die fokussierte Person sozial eingebunden ist (auch ausserhalb der Institution).

Weiter ist es wichtig, als erste Massnahme, den *Gesundheitszustand* der fokussierten Person zu prüfen, um gesundheitliche Beschwerden als Ursache von HEVE miteinzubeziehen oder auszuschliessen.

Dabei ist insbesondere an *Zahnschmerzen, HNO-Probleme, Verdauungsprobleme, Menstruationsbeschwerden und unerkannte Brüche* zu denken²¹, aber auch an Kopfschmerzen und noch nicht erkannte Seh- und Hörbeeinträchtigungen.

Auch die *Berücksichtigung der Medikation* (Grund- und Reservemedikation inkl. Wechselwirkungen) und allfälliger Nebenwirkungen gehört zur Fallbeschreibung, was die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit mit medizinischem und psychiatrischem Fachpersonal unabdingbar macht.

Zudem ist es wichtig, in Bezug auf allfällige psychische Störungen (z.B. Traumafolgestörungen, Depressionen) oder kognitive Erkrankungen (z.B. Demenz) Abklärungen durch entsprechende Fachpersonen zu initiieren.

4.3 Fallanalyse

Während der Fallanalyse, die im Anschluss an die Fallbeschreibung erfolgt, werden verschiedene Methoden beziehungsweise Instrumente eingesetzt. Das Ziel besteht darin, die aktuelle Situation zu reflektieren, verschiedene Perspektiven darauf einzuholen und durch Analyse ein fundierteres Verständnis des Falls zu gewinnen.

Vorgehen bei der Fallanalyse: Für die Fallanalyse werden geeignete Instrumente und Methoden eingesetzt, um HEVE möglichst umfassend und multiperspektivisch zu erfassen und zu analysieren. Dazu zählen strukturierte Verhaltensbeobachtungen (z.B. mittels ABC-Raster), Videoanalysen, biografische Analysen sowie Gespräche mit der fokussierten Person, Angehörigen und Fachpersonen. Je nach Fragestellung können zudem diagnostische Verfahren wie die Skala der emotionalen Entwicklung Diagnostik (SEED²²), das Inventar zur funktionellen Erfassung selbstverletzenden Verhaltens²³, der Bogen zur Evaluation von Schmerzzeichen bei Menschen mit Mehrfachbehinderungen²⁴, das Screening-Instrument zur Erfassung von Demenz bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen (CEDIM²⁵ oder NTG-EDSD²⁶) oder Instrumente zur Einschätzung der kommunikativen Fähigkeiten (UK-Diagnostik) eingesetzt werden. Ergänzend kommen Methoden wie Zeitstrahl, Genogramm, Netzwerkkarte, MAP, Kompetenzanalyse, Problem-Ressourcen-Analyse oder systemische Analysen zum Einsatz. Die Auswahl der Methoden und Instrumente erfolgt stets fall- und kontextbezogen. Die wesentlichen Erkenntnisse werden in einer Fallthematik zusammengefasst²⁷.

Im Rahmen einer Fallanalyse wird der Fall systematisch durchleuchtet und multiperspektivisch erfasst. Die wesentlichen Erkenntnisse werden in einer Fallthematik zusammengefasst.²⁸

4.4 Soziale Diagnose

Nach der Analyse wird auf der Basis der erstellten Fallthematik eine *soziale Diagnose* gestellt. Darin werden die Ressourcen und Probleme in der aktuellen Situation vor dem Hintergrund der Biografie und unter Berücksichtigung des sozialen Umfelds der fokussierten Person festgehalten (sie ist daher nicht zu verwechseln mit medizinischen Diagnosen).²⁹

Sie liefert mögliche wissensbasierte Hypothesen (Erklärungsansätze), mit denen der Fall umfassend verstanden werden kann, wobei immer sowohl personenbezogene als auch umfeldzentrierte Aspekte berücksichtigt werden.

Vorgehen bei der sozialen Diagnose: Auf der Basis der Fallbeschreibung und Fallanalyse erfolgt bei der Erstellung der sozialen Diagnose das Erarbeiten von Hypothesen, die Erklärungen für das Verstehen der fokussierten Person bieten. Dabei werden wissensbasierte Hypothesen zu tieferliegenden Ursachen und zu situativen Auslösern für HEVE sowie zu aufrechterhaltende Bedingungen und Funktionen des HEVE formuliert. Ein solcher Hypothesenkatalog ist leitend für die Entwicklung von passgenauen Interventionen.

Der gesamte Prozess kann mit *Fallverstehen* bezeichnet werden und wird durch die fallführende Fachperson kooperativ gestaltet: So wird die fokussierte Person ebenso miteinbezogen wie alle in ihre Begleitung involvierten Personen (weitere Fachpersonen (intra- und interdisziplinär), Leitungspersonen und nach Möglichkeit auch involvierte Angehörige).

Auf der Basis des Fallverstehens werden schliesslich die *Zielsetzungen* für das agogische Handeln und die zu realisierenden Interventionen abgeleitet. Dabei wird darauf geachtet, dass auch die gesamte *Handlungsplanung systemisch* – also sowohl umweltorientiert wie auch personenzentriert erfolgt. Neben dem Blick auf die fokussierte Person gilt es somit unbedingt auch hypothesengeleitete Interventionen im Sinne von Umfeld- und Strukturanpassungen zu fokussieren. *Intervention* umfasst sowohl die Planung wie auch die Umsetzung von Massnahmen in den Bereichen Prävention, Deeskalation, Notfallhandeln sowie Nachsorge. Schliesslich erfolgen regelmässige *Evaluationen*.

Im ganzen Prozess der sozialen Diagnostik ist die systemökologische Grundhaltung leitend, was sich darin äussert, dass insbesondere die Gestaltung von Situationen und Angeboten in den Blick genommen wird.

5 Prävention

Präventive Massnahmen wirken sich grundsätzlich förderlich auf das emotionale Wohlbefinden aus, beugen der Entstehung von HEVE vor und können massgeblich dazu beitragen, dass ebendiese in reduzierter Häufigkeit und Intensität auftreten. Dies gelingt jedoch nur, wenn die präventiven Massnahmen auf das individuelle Fallverstehen abstützen

(siehe Kap. 4), systematisch implementiert sind und möglichst partizipativ erarbeitet wurden. Eine Balance zwischen präventiven und deeskalierenden Massnahmen ist dabei zielführend.

Zu den relevanten Eckpfeilern der Prävention im Kontext von HEVE zählen folgende Aspekte:³⁰

1. Anpassung der Bedingungen aufgrund der eruierten Hypothesen
2. Entwicklungs-, Stärken- und Bedürfnisorientierung
3. Beziehungsfördernder und -stärkender Zugang
4. Orientierung- und sicherheitsgebende Strukturierung sowie Infrastruktur
5. Zusätzliche Massnahmen

5.1 Anpassungen der Bedingungen aufgrund der eruierten Hypothesen

Die Grundlage präventiver Arbeit ist das Fallverstehen und die daraus entwickelten Hypothesen zum HEVE. Leitend sind die Hypothesen zu tieferliegenden Ursachen und zu situativen Auslösern für HEVE sowie zu aufrechterhaltenden Bedingungen und Funktionen des HEVE. Um daraus hypothesengeleitete Implikationen für die Prävention zu entwickeln, sind folgende Fragestellungen leitend:

- Wie kann der Person vor dem Hintergrund der tieferliegenden Ursachen für das HEVE begegnet werden?
- Wie können situative Auslöser reduziert oder der Mensch mit Beeinträchtigung im Umgang mit wiederkehrenden situativen Auslösern befähigt werden?
- Wie können die aufrechterhaltenden Bedingungen für die HEVE modifiziert werden?
- Wie können Funktionen positiv ermöglicht (z.B. durch das Etablieren von Alternativstrategien, das die gleiche Funktion wie das HEVE erfüllt), relativiert oder vermieden werden (z.B. proaktives Anbieten von gemeinsamer Zeit, so dass kein HEVE gezeigt werden muss, um die Aufmerksamkeit der Begleitperson zu erlangen)?

5.2 Entwicklungs-, Stärken- und Bedürfnisorientierung

Das Einnehmen einer Entwicklungs-, Stärken- und Bedürfnisorientierung ist ein wesentlicher Auftrag im agogischen Handeln. Bezogen auf Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen impliziert die Entwicklungsorientierung, dass in der Begleitung und Betreuung neben dem biologischen Alter und dem kognitiven Entwicklungsalter insbesondere auch das emotionale Entwicklungsalter Berücksichtigung findet. Um das emotionale Entwicklungsalter einzuschätzen, erweisen sich Instrumente wie z.B. SEO-Interview³¹, SEED³² und BEP-KI³³ als zentral.

Im Sinne eines Empowerment-Verständnisses zielt Entwicklungsorientierung darauf ab, Menschen dabei zu unterstützen, ihre vorhandenen Fähigkeiten, Ressourcen und Kompetenzen zu nutzen und weiterzuentwickeln. Dies setzt voraus, dass Unterstützungsangebote, Anforderungen und Umweltbedingungen am individuellen Entwicklungsstand ausgerichtet werden und weder über- noch unterfordern. Dazu gehört auch die Schaffung von Möglichkeiten zur Erweiterung der Kommunikation, beispielsweise auf Grundlage einer UK-Diagnostik sowie die Förderung sozio-emotionaler Kompetenzen wie Emotionsregulation, Perspektivenübernahme, Empathiefähigkeit oder das Verstehen sozialer Situationen. Art und Umfang der Unterstützung orientieren sich dabei am emotionalen Entwicklungsalter. Die Stärkenorientierung beinhaltet die Konzentration auf Ressourcen, Fähigkeiten, Vorlieben und Interessen der fokussierten Person und weist darauf hin, dass eine Weiterentwicklung insbesondere entlang einer Orientierung an vorhandenen Stärken gelingen kann.

Die Bedürfnisorientierung als dritte Maxime fokussiert auf die Befriedigung elementarer Bedürfnisse, insbesondere auch emotionaler Bedürfnisse.

5.3 Beziehungsfördernder und -stärkender Zugang

Eine verlässliche und vertrauensvolle Beziehung wirkt sich vielfach präventiv auf die Entstehung von HEVE aus. Vor diesem Hintergrund sind beziehungsfördernde und -stärkende Angebote im Umgang mit Menschen mit HEVE richtungsweisend. Wichtige handlungspraktische Impulse sind dem Konzept Banking Time³⁴ sowie dem Konzept der entwicklungsfreundlichen Beziehung³⁵ zu entnehmen.

5.4 Orientierungs- und sicherheitsgebende Strukturierung sowie Infrastruktur

Orientierung und Nachvollziehbarkeit³⁶ sind psychologische Grundbedürfnisse, die mitunter über eine adäquate äussere Strukturierung von Raum, Zeit und Handlung befriedigt werden können. Wichtige Impulse für eine derartige Strukturierung liefert das Konzept TEACCH.³⁷ Entscheidend ist dabei nicht ein Übermass an Strukturen, sondern die Etablierung von fallspezifisch haltgebenden Strukturen, die durchaus ein gewisses Mass an Flexibilität aufweisen können (sofern dies im Interesse der fokussierten Person ist), da es nicht per se darum geht, Strukturen starr ein- und auszuhalten.

Bezogen auf eine räumliche Struktur spielt die Infrastruktur im Sinne der architektonischen Ausgestaltung eine wesentliche Rolle.

Die Infrastruktur kann eine präventive Wirkung auf die Entstehung von HEVE erlangen, wenn räumliche Begegnungs- sowie Rückzugsmöglichkeiten vorhanden, anregende sowie beruhigende räumliche Aspekte berücksichtigt, einfach erschliessbare Aussenräume zugänglich sind sowie eine grundsätzliche räumliche Entflechtung von potenziell sozial dichten und unübersichtlichen Situationen möglich ist.

5.5 Zusätzliche Massnahmen

Zusätzliche Massnahmen können fallspezifisch adäquat sein, müssen aber nicht für sämtliche Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, die HEVE zeigen, passend sein. Darunter sind agogische, therapeutische, medizinische und andere Massnahmen subsummiert, die dem emotionalen *Wohlbefinden der Person* dienen oder sich als kompetenzerhaltend und –erweiternd auswirken, z.B. Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Musik- und Kunsttherapie, Hydrotherapie, Massagen, tiergestützte Interventionen, Snoezelen, körperliche Betätigung, Bewegung, (angeleitete) Entspannungssequenzen, Achtsamkeitsübungen, musisch, kreativ und körperbetonte Angebote usw.

Auch eine fallspezifische medikamentöse Behandlung kann der Prävention von HEVE dienen, wobei an dieser Stelle auf den internationalen Leitfaden zum Einsatz von Psychopharmaka bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung³⁸ verwiesen wird. Zudem kann auch ein temporärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung als zusätzliche Massnahme betrachtet werden, die sich nachhaltig präventiv auf die Entstehung von HEVE auswirken kann.

6 Deeskalation

Deeskalation umfasst alle agogischen Massnahmen, die darauf abzielen, Eskalationsprozesse frühzeitig zu verhindern oder abzuschwächen und die fokussierte Person bei der Beruhigung sowie der Wiedererlangung ihrer Selbstregulationsfähigkeit zu unterstützen. Im Mittelpunkt stehen das Verständnis für die Bedürfnisse und die Notlage der Person sowie die Gestaltung eines unterstützenden und sicheren Umfeldes. Deeskalation ist eine gemeinsame Aufgabe aller Fachpersonen und erfordert ein abgestimmtes Vorgehen von den unmittelbar begleitenden Fachpersonen über die Teamleitung bis zur Institutionsleitung.

Deeskalation beginnt nicht erst in akuten Krisensituationen, sondern bereits bei ersten Anzeichen von Überforderung oder zunehmender Anspannung. Je früher Belastungssignale erkannt und beantwortet werden, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass die weitere Eskalation verhindert werden kann.

Das zentrale Leitprinzip lautet daher: So früh wie möglich deeskalieren.

6.1 Grundhaltung der Deeskalation

Deeskalation ist weit mehr als die Anwendung einzelner Techniken oder Strategien. Sie basiert auf einer professionellen Haltung, welche den Menschen mit seinen Bedürfnissen, Ressourcen und Belastungen in den Mittelpunkt stellt. HEVE wird dabei nicht als absichtliche Provokation oder mangelnde Kooperationsbereitschaft verstanden, sondern als Ausdruck einer Überforderung, eines unerfüllten Bedürfnisses oder einer eingeschränkten Fähigkeit zur Selbstregulation.

Ziel der Deeskalation ist deshalb nicht primär, ein Verhalten möglichst rasch zu beenden, sondern die Belastungssituation der Person zu reduzieren. Im Mittelpunkt steht die Frage, welche Unterstützung die Person in diesem Moment benötigt, um wieder Sicherheit, Orientierung und Handlungsfähigkeit zu erlangen.

Eine entscheidende Voraussetzung hierfür ist die Selbstregulation der begleitenden Fachpersonen. Menschen orientieren sich insbesondere in belastenden Situationen an ihrem Gegenüber. Hektik, Unsicherheit oder Ärger können sich auf die Person übertragen und die Eskalation verstärken. Umgekehrt wirken Ruhe, Gelassenheit und ein respektvoller Umgang regulierend. Dieses Verständnis entspricht den Grundannahmen des Low-Arousal-Ansatzes.

Daraus ergibt sich ein zweites zentrales Leitprinzip der Deeskalation: Ruhe steckt an.

6.2 Agogische Deeskalationsmassnahmen

Agogische Massnahmen bilden die Grundlage der Deeskalation und sind bei (drohenden) Eskalationen grundsätzlich die Massnahmen der ersten Wahl. Sie orientieren sich an den individuellen Bedürfnissen der Person, ihrem emotionalen Entwicklungsstand, den situativen Belastungsfaktoren sowie der Ursache und der Funktion des herausfordernden Verhaltens. Ziel ist es, Belastung zu reduzieren, Sicherheit zu vermitteln und die Person bei der Wiedererlangung ihrer Selbstregulationsfähigkeit zu unterstützen.

Ein wesentlicher Bestandteil der Deeskalation besteht darin, situative Anforderungen kritisch zu hinterfragen und – soweit möglich – vorübergehend zu reduzieren oder auszusetzen. In Phasen hoher emotionaler Anspannung sind Menschen häufig nur eingeschränkt in der

Lage, Anforderungen zu bewältigen oder Erwartungen zu erfüllen. Das Festhalten an Forderungen kann zusätzlichen Stress erzeugen und zu einer weiteren Eskalation beitragen. Erst nach erfolgter Beruhigung sollten Anforderungen schrittweise und angepasst an die aktuelle Belastbarkeit wieder aufgenommen werden.

Deeskalationsstrategien sind stets individuell und sollten möglichst präventiv gemeinsam mit der betroffenen Person und den beteiligten Fachpersonen erarbeitet sowie in einem individuellen Deeskalationsplan festgehalten werden.

Eine zentrale Bedeutung kommt dabei einer adressatengerechten, wertschätzenden und der Situation angepassten Kommunikation sowie dem bewussten Aufrechterhalten einer tragfähigen Beziehung zu. Ebenso kann es hilfreich sein, Anforderungen vorübergehend zu reduzieren oder auf sie zu verzichten, um zusätzlichen Stress zu vermeiden und der Person Zeit zur Beruhigung zu geben.

Agogische Deeskalationsmassnahmen sind vielfältig und umfassen unter anderem:

- Beziehungs- und Kontaktangebote, die Sicherheit, Präsenz und emotionale Unterstützung vermitteln;
- orientierungsgebende Massnahmen, beispielsweise durch klare Informationen, Visualisierungen oder strukturierende Hilfen;
- Reizreduktion sowie Anpassungen der Umgebung;
- Rückzugsmöglichkeiten oder die Begleitung an einen reizärmeren Ort;
- Entspannungsangebote sowie körper- und bewegungsorientierte Interventionen;
- Angebote zur Förderung der Selbstregulation und Selbststabilisierung;
- Möglichkeiten zum Spannungsabbau, beispielsweise durch individuell geeignete Skills³⁹ oder sensorische Hilfsmittel;
- Ablenkungs- und Umleitungsstrategien, sofern diese von der Person angenommen werden;
- einen Mitarbeitendenwechsel, sofern dadurch belastende Interaktionsdynamiken unterbrochen und neue Beziehungsangebote ermöglicht werden können.

In einzelnen Situationen kann es – sofern dadurch keine Gefährdung entsteht – zudem sinnvoll sein, bewusst auf eine unmittelbare Reaktion zu verzichten oder sich kurzzeitig zurückzunehmen.

Agogische Deeskalationsstrategien sind bei (drohenden) Eskalationen die Massnahmen erster Wahl.

6.3 Verbale Deeskalation

Eine bewährte Strategie innerhalb der agogischen Deeskalation stellt die verbale Deeskalation dar, wie sie beispielsweise im Rahmen von ProDeMa⁴⁰ (Professionelles Deeskalationsmanagement) oder des NAGS⁴¹ (Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen) vermittelt wird. Im Zentrum steht dabei das Deeskalieren über die emotionale Ebene und nicht über die kognitive Ebene. In Situationen hoher Anspannung ist die Fähigkeit einer Person, Informationen sachlich zu verarbeiten, abzuwägen oder Problemlösungsstrategien zu entwickeln, häufig eingeschränkt. Erklärungen, Diskussionen oder Kritik sind in dieser Phase deshalb meist wenig hilfreich und können die Eskalation unter Umständen sogar verstärken. Im Vordergrund steht vielmehr das Ziel, der Person das Gefühl zu geben, mit ihrer Not wahrgenommen, verstanden und ernst genommen zu werden. Erst wenn sich das Erregungsniveau reduziert hat, wird – je nach Grad der kognitiven Beeinträchtigung – eine kognitive Auseinandersetzung mit der Situation wieder möglich.

Verbale Deeskalation zeichnet sich durch eine ruhige, wertschätzende und respektvolle Kommunikation aus. Sie orientiert sich an den Bedürfnissen der Person und verzichtet auf Konfrontation, Schuldzuweisungen oder Machtkämpfe. Eine validierende Gesprächsführung, ein situationsangepasster Sprachstil, eine entsprechende Körpersprache, eine klare und einfache Sprache sowie eine angemessene körperliche Distanz tragen dazu bei, Anspannung zu reduzieren und die fokussierte Person wieder für unterstützende Angebote erreichbar zu machen. Ebenso wichtig ist es, der Person ausreichend Zeit für Reaktionen zu geben und sie nicht mit einer Vielzahl von Informationen oder Fragen zu überfordern.

7 Notfallhandeln

Trotz frühzeitiger Deeskalationsbemühungen können Situationen entstehen, in denen das Verhalten einer Person eine erhebliche Gefahr für sie selbst oder andere darstellt. In solchen Situationen steht nicht mehr die Beruhigung der Person im Vordergrund, sondern der Schutz und die Sicherheit aller Beteiligten.

Notfallhandeln umfasst daher alle Massnahmen, die erforderlich sind, um akute Gefährdungen abzuwenden und weitere Schäden zu verhindern. Voraussetzung für angemessenes Notfallhandeln ist die fachliche Einschätzung der Situation. Es ist zu beurteilen, ob es sich um schwieriges Verhalten handelt, das weiterhin mit agogischen

Deeskalationsmassnahmen begleitet werden kann, oder ob gefährliches Verhalten vorliegt, das ein unmittelbares Eingreifen zum Schutz von Personen erforderlich macht.

7.1 Organisation des Notfallhandelns

Ein wirksames Notfallhandeln setzt klare organisatorische Strukturen und vorbereitete Abläufe voraus. Dazu gehören insbesondere ein institutionsinternes Alarmierungssystem, klar definierte Verantwortlichkeiten sowie regelmässig geschulte und geübte Notfallabläufe. Alarmierungssysteme ermöglichen es, in akuten Gefährdungssituationen rasch personelle Unterstützung anzufordern und dadurch die Sicherheit aller Beteiligten zu gewährleisten.

Fachpersonen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit gefährlichem Verhalten konfrontiert sein können, sollten regelmässig in Sicherheits-, Befreiungs- und Festhaltetechniken geschult werden, wie sie beispielsweise im Rahmen von ProDeMa⁴² (Professionelles Deeskalationsmanagement) oder des NAGS⁴³ (Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen) vermittelt werden. Ziel dieser Schulungen ist es, in akuten Gefährdungssituationen die Sicherheit aller Beteiligten unter Anwendung verhältnismässiger und fachlich fundierter Techniken zu gewährleisten.

Notfallmassnahmen sollten möglichst präventiv und individuell geplant werden.

Hierzu wird gemeinsam mit der fokussierten Person sowie den beteiligten Fachpersonen ein individueller Notfallplan erarbeitet, der unter anderem die Einschätzung von Risikosituationen, geeignete Schutzmassnahmen sowie das Vorgehen im Notfall beschreibt.

Der Notfallplan ist regelmässig zu überprüfen und bei Bedarf anzupassen.

Ebenso sollte im Vorfeld festgelegt sein, wann externe Stellen wie der Rettungsdienst, psychiatrische Fachdienste, die Polizei oder die Feuerwehr beizuziehen sind. Eine frühzeitig etablierte Zusammenarbeit mit diesen Partnerorganisationen erleichtert ein koordiniertes und sicheres Vorgehen in Notfallsituationen.

7.2 Schutzhierarchie

Massnahmen des Notfallhandelns orientieren sich an einer Schutzhierarchie. Diese dient als Entscheidungshilfe für die Priorisierung von Schutzmassnahmen und unterstützt ein verhältnismässiges Vorgehen auch in hochdynamischen Situationen.

Die Prioritäten lauten:

1. Schutz der Mitarbeitenden.
2. Schutz anderer Klient:innen.
3. Schutz der Person, die HEVE zeigt.
4. Schutz von Sachwerten.

Je nach Gefährdungslage sind die erforderlichen Schutzmassnahmen unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit umzusetzen.

7.3 Restriktive Massnahmen

Reichen agogische Deeskalationsmassnahmen nicht aus und besteht eine unmittelbare Gefährdung für Personen, können restriktive Massnahmen als letztes Mittel (ultima ratio) erforderlich werden. Dazu gehören insbesondere bewegungseinschränkende Massnahmen. Ihr Einsatz dient ausschliesslich der Gewährleistung von Sicherheit und Schutz und niemals der Bestrafung oder Verhaltenskorrektur.

Restriktive Massnahmen dürfen ausschliesslich unter Einhaltung der geltenden rechtlichen Grundlagen sowie fachlicher und ethischer Standards angewendet werden. Sie müssen verhältnismässig, zeitlich auf das notwendige Minimum beschränkt und kontinuierlich überprüft werden. Jede Anwendung ist nachvollziehbar zu dokumentieren und im Anschluss fachlich zu reflektieren und zu besprechen.

Soweit möglich werden restriktive Massnahmen bereits im Vorfeld gemeinsam mit der fokussierten Person, den beteiligten Fachpersonen sowie gegebenenfalls den Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung im Rahmen eines individuellen Notfallplans festgelegt. Dieser beschreibt die Indikation, das konkrete Vorgehen, die Verantwortlichkeiten sowie die Kriterien für die Beendigung der Massnahme und wird regelmässig überprüft und aktualisiert.

7.4 Weitere Massnahmen des Notfallhandelns

Auch der Einsatz von Reservemedikamenten kann Bestandteil eines individuellen Notfallplans sein. Voraussetzung ist eine vorgängig mit der zuständigen ärztlichen bzw. psychiatrischen Fachperson vereinbarte Indikation sowie ein klar definiertes Vorgehen. Je nach Wirkprofil des Medikaments kann eine Verabreichung bereits bei ersten Anzeichen einer sich anbahnenden Eskalation angezeigt sein, da die Wirkung häufig erst verzögert eintritt. Die Anwendung erfolgt nach den festgelegten Vorgaben und wird regelmässig hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Angemessenheit überprüft. Für den Einsatz von Psychopharmaka wird auf

den entsprechenden Leitfaden zum Einsatz von Psychopharmaka bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen⁴⁴ verwiesen.

In einzelnen Situationen können weitere Massnahmen erforderlich werden, beispielsweise eine vorübergehende Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik oder einer anderen geeigneten Einrichtung, wenn die Sicherheit oder die notwendige Versorgung vorübergehend nicht gewährleistet werden kann.

Eine Alternative dazu kann der Einsatz von aufsuchenden und auf diese Zielgruppe spezialisierten mobilen Krisenteams sein. Die externen temporären Fachpersonen arbeiten gemeinsam mit dem gewohnten Lebensumfeld zusammen, schaffen Entlastung und können damit dazu beitragen, Krisen direkt vor Ort zu deeskalieren und den bestehenden Fachpersonen Impulse für die langfristige Begleitung zu geben.

8 Nachsorge

Eine optimale Nachsorge ist in der Organisation breit verankert. Mögliche Kooperationen innerhalb der Institution und mit externen Fachpersonen sind klar geregelt. Nachsorge geschieht auch auf der persönlichen Ebene bei Fachpersonen, Klientel und weiteren Beteiligten. Auf dieser Ebene können zwei Phasen unterschieden werden, die emotionale Entlastung und die Reflexion.⁴⁵ Die Zeit, welche diese beiden Phasen benötigen, ist für alle Beteiligten individuell.

8.1 Emotionale Entlastung

Nach einer Eskalation dient die Nachsorge primär dem Ziel der emotionalen Entlastung aller Beteiligten, so z. B. von Fachpersonen, der Klientel, die HEVE zeigte, von Mitbeteiligten wie Mitbewohnenden, von anderen Zuschauenden sowie von unbeteiligten Mitführenden (z.B. Angehörigen, anderen Mitarbeitenden in der Institution).

- Das Herstellen von Sicherheit ist zentral und kann beispielsweise durch Hilfe holen, Ortswechsel, Wechsel in der Begleitung usw. gelingen.
- Alle Beteiligten können sich beruhigen und erholen. Stress wird abgebaut durch Pausen usw.
- Alle Beteiligten erhalten ein Gesprächsangebot, dies dient ebenfalls der Entlastung, jedoch wird auch eine Ablehnung des Angebots akzeptiert. Im Notfall- bzw. Interventionsplan sind die Verantwortlichkeiten und Vorgehensweisen innerhalb der Institution geregelt.

- Für die Klientel, die HEVE zeigte, ist wichtig, dass jemand in Kontakt bleibt und bei Bedarf da ist.
- Für Fachpersonen ist die soziale Unterstützung durch das Team und die Leitung unmittelbar nach dem Vorfall wichtig, um sich zu stabilisieren.

8.2 Reflexion

In diesem Schritt der Nachsorge sind Leitungspersonen, Personen der internen Meldestelle und das ganze Team beteiligt.

- Eskalationsvorfälle werden dokumentiert und eine Meldung an die Meldestelle erfolgt. Die Meldestelle dient zur Klärung von Vorfällen, sie ist niederschwellig zugänglich und allen Beteiligten bekannt. Die verantwortliche Person der Meldestelle nimmt Meldungen entgegen, berät und reagiert gemäss dem Handlungskonzept der Meldestelle (gemäss Charta Prävention).⁴⁶ Die Fachpersonen reflektieren die Situation (je nach Bedarf zu zweit, im Team, mit der Leitung, mit der Klientel, in Fachberatungen oder Supervision). Dabei geht es nicht um eine Schuldzuweisung, sondern um die sorgfältige Analyse der Situation.

Aus der Reflexion werden Folgerungen präventiver Art abgeleitet (alternative Vorgehensweisen für die Zukunft entwickelt und Anpassungen vorgenommen).

- Fachpersonen nutzen Massnahmen der Selbstsorge. Zudem wird bei allen Beteiligten ein Augenmerk auf Symptome wie eingeschränkte Aufmerksamkeit, Rückzug, Unruhe, Herzklopfen, Schwitzen und Angst gelegt. Denn halten diese Symptome mindestens mehrere Wochen lang an und verursachen sie erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen, könnte dies auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)⁴⁷ hinweisen und weitere Hilfen sind erforderlich. Die Verantwortlichkeiten sind in der Institution geregelt.
- Bei Bedarf werden externe Fachpersonen vermittelt und einbezogen (z.B. Opferhilfe, Psychologie, Psychiatrie, Supervision).
- Wenn konkrete Hinweise bestehen, dass ein Verhalten einen Tatbestand gemäss Schweizerischem Strafrecht⁴⁸ erfüllt, ist die Möglichkeit einer Anzeige oder eines Strafantrags gegeben. Strafen, im Sinne von erzieherischen Massnahmen sind jedoch nicht angezeigt.

8.3 Institutionelles Lernen

Auf Ebene der Organisation ist Nachsorge fest etabliert und verankert und liegt in der Verantwortung der Leitung. Dies bedeutet, dass Grenzverletzungen und/oder Gewaltvorfälle an die interne Meldestelle gemeldet werden, Ereignisse dokumentiert und reflektiert werden, Prozesse geklärt und festgelegt sind und Notfall- bzw. Interventionspläne aktuell gehalten und bei allen Beteiligten bekannt sind.

Ausgehend von einer systematischen Auswertung von Grenzverletzungen und Gewaltvorkommnissen, deren Analyse und dem darauffolgenden Ableiten von Massnahmen kann institutionelles Lernen entstehen.

Folgende Punkte sind Beispiele für institutionelles Lernen:

- Die Anpassung von Infrastruktur (wie z.B. das Einrichten von Rückzugsräumen, Einzelarbeits- oder Essplätzen).
- Die Flexibilisierung von Abläufen (z.B. Zeitfenster statt fixe Zeitvorgaben).
- Die interdisziplinäre Erarbeitung von individuellen Notfall- bzw. Interventionsplänen und des Sicherheits- und Schutzmanagements.
- Die Erarbeitung guter Netzwerke (Kooperation intern und mit externen Stellen).
- Die Einrichtung regelmässiger Weiterbildungsangebote oder Inhouse-Schulungen.

Bei der Nachsorge schliesst sich der Kreis zur Prävention (siehe Kap. 5), denn durch Reflexion und Analyse der Situation werden Folgerungen zur Prävention abgeleitet und in Alltag umgesetzt (Evaluation von Eskalationssituationen und Interventionen siehe Kap. 4).

¹ Wüllenweber, Ernst (2009). Krisen und Behinderung. Entwicklung einer praxisbezogenen Theorie und eines Handlungskonzeptes für Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung. Bonn: Elbewerkstätten.

² Ebd.

³ Ebd.; Palmowski, Winfried (2015). Nichts ist ohne Kontext. Systemische Pädagogik bei „Verhaltensauffälligkeiten“. 3. Aufl. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

⁴ Wolkorte, Ria/van Houwelingen, Ingrid/Kroezen, Marieke (2019): Challenging behaviours: Views and preferences of people with intellectual disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 32(6), 1421-1427.

⁵ Theunissen, Georg (2021). Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Basiswissen für Erziehung, Unterricht, Förderung und Therapie. 7., aktualisierte und erweiterte Auflage. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn.

⁶ Palmowski, Winfried (2015). Nichts ist ohne Kontext. Systemische Pädagogik bei „Verhaltensauffälligkeiten“. 3. Aufl. Dortmund: Verlag modernes Lernen.

⁷ Theunissen, Georg (2021). Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Basiswissen für Erziehung, Unterricht, Förderung und Therapie. 7., aktualisierte und erweiterte Auflage. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn.

- ⁸ Elbing, Ulrich (2014). Nichts passiert aus heiterem Himmel – es sei denn man kennt das Wetter nicht: Transaktionsanalyse, geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen. 4., überarbeitete Auflage. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- ⁹ Verbandsübergreifende Arbeitsgruppe Prävention (2016). Charta zur Prävention von sexueller Ausbeutung, Missbrauch und anderen Grenzverletzungen. <https://www.charta-praevention.ch/index.php/de/> [30.07.2026].
- ¹⁰ <https://www.buendner-standard.ch/index.php?id=2> [30.07.2026].
- ¹¹ In Anlehnung an: Von Spiegel, Hiltrud (2018). Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis. 6. Aufl. München: Ernst Reinhardt.
- ¹² In Anlehnung an: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) (2021). Standards zur Teilhabe von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und komplexem Unterstützungsbedarf. Stuttgart: Kohlhammer.
- ¹³ UN-BRK (2014). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2014/245/de> [30.07.2026].
- ¹⁴ Ba, Marieme/Daniluk, Anna/Salamun, Julien/Haller, Dagmar M./Héritier Barras, Anne-Chantal (2020). Top 5 des problèmes somatiques chez les personnes en situation de handicap mental avec troubles du comportement [Top 5 somatic problems of people suffering from mental disabilities with behavioral disorders]. Revue Médicale Suisse.16(708): 1796-1800. French. PMID: 32997449. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32997449/#linkout> [30.07.2026]
- ¹⁵ Theunissen, Georg (2014). Positive Verhaltensunterstützung: eine Arbeitshilfe für den pädagogischen Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Lernschwierigkeiten, geistiger Behinderung und Autismus. 4. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- ¹⁶ Schreiber, Thomas/Giere, Christiane (2014). Individuelle Hilfeplanung in der Praxis. Köln: Balance Buch + Medien Verlag.
- ¹⁷ Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2021). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit: ein methodenintegratives Lehrbuch. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- ¹⁸ Ebd.
- ¹⁹ Ebd.
- ²⁰ Sappok, Tanja et al. (2018). Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.
- ²¹ Ba, Marieme/Daniluk, Anna/Salamun, Julien/Haller, Dagmar M./Héritier Barras, Anne-Chantal (2020). Top 5 des problèmes somatiques chez les personnes en situation de handicap mental avec troubles du comportement [Top 5 somatic problems of people suffering from mental disabilities with behavioral disorders]. Revue Médicale Suisse.16(708): 1796-1800. French. PMID: 32997449. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32997449/#linkout> [30.07.2026]
- ²² Sappok, Tanja et al. (2023). Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik 2. Göttingen: Hogrefe.
- ²³ Bienstein, Pia/Nussbeck, Susanne (2010). Inventar zur funktionellen Erfassung selbstverletzenden Verhaltens bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Göttingen: Hogrefe.
- ²⁴ Belot, Michale (2010). Bogen zur Evaluation von Schmerzzeichen bei Jugendlichen und Erwachsenen mit Mehrfachbehinderungen – die EDAAP-Skala. https://www.stiftung-leben-pur.de/fileadmin/Webdata/Uploads/PDFs_DOCs/edaap-skala-2010.pdf [30.07.2026]
- ²⁵ Schanze, Christian (o.A.). Checkliste zur Erfassung von demenziellen Entwicklungen bei Menschen mit Intelligenzminderung. https://fobiport.de/wp-content/uploads/2021/02/fobiport_CEDIM.pdf [30.07.2026]
- ²⁶ National Task Group on Intellectual Disabilities and Dementia Practices (2013). NTG-Early Detection Screen for Dementia. Available at: https://www.demenz-support.de/media/05_fragebogen_anzeichen_einer_demenz_bei_menschen_mit_lernschwierigkeiten_deutsch.pdf [30.07.2026]
- ²⁷ Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2021). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit: ein methodenintegratives Lehrbuch. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- ²⁸ Ebd.
- ²⁹ Ebd.
- ³⁰ In Anlehnung an Wüllenweber, Ernst (2009). Krisen und Behinderung. Entwicklung einer praxisbezogenen Theorie und eines Handlungskonzeptes für Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung. Bonn: Elbewerkstätten.
- ³¹ Došen, Anton (2018). Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Göttingen: Hogrefe.
- ³² Sappok, Tanja et al. (2023). Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik 2. Göttingen: Hogrefe.

-
- ³³ Senckel, Barbara/Luxen, Ulrike (2017). Der entwicklungsfreundliche Blick. Entwicklungsdiagnostik bei normal begabten Kindern und Menschen mit Intelligenzminderung. Weinheim: Beltz.
- ³⁴ Vogel, Detlev (2019). Banking Time – ein beziehungsorientierter Umgang mit auffälligem Verhalten. SZH, 25 (3), S. 33 – 40.
- ³⁵ Senckel, Barbara/Luxen, Ulrike (2017). Der entwicklungsfreundliche Blick. Entwicklungsdiagnostik bei normal begabten Kindern und Menschen mit Intelligenzminderung. Weinheim: Beltz.
- ³⁶ Grawe, Klaus (2000). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- ³⁷ Häussler, Anne (2016). Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus: Einführung in Theorie und Praxis. 5. Aufl. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- ³⁸ Seidel, Michael (2012). Problemverhalten bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Eine internationale Leitlinie zum Einsatz von Psychopharmaka. Eigenverlag DGSG Berlin.
<https://repository.publisso.de/resource/fri:4404271-1/data> [30.07.2026]
- ³⁹ Mehr Informationen unter: <https://skills-box.ch/> [30.07.2026]
- ⁴⁰ Mehr Informationen unter: <https://prodema-online.de/> [30.07.2026]
- ⁴¹ Mehr Informationen unter: <https://nags.ch/> [30.07.2026]
- ⁴² Mehr Informationen unter: <https://prodema-online.de/> [30.07.2026]
- ⁴³ Mehr Informationen unter: <https://nags.ch/> [30.07.2026]
- ⁴⁴ Seidel, Michael (2012). Problemverhalten bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Eine internationale Leitlinie zum Einsatz von Psychopharmaka. Eigenverlag DGSG Berlin.
- ⁴⁵ In Anlehnung an Fischer, Daniel/Wunderlich, Lukas (2011). Physische Interventionen bei aggressivem Verhalten: Möglichkeiten und Grenzen, SZH Kongress, 01.09.2011.
<https://www.szh.ch/kongress/archiv/schweizer-heilpaedagogik-kongress-2011/presentationen-a-l> [30.07.2026]
- ⁴⁶Verbandsübergreifende Arbeitsgruppe Prävention (2016). Charta zur Prävention von sexueller Ausbeutung, Missbrauch und anderen Grenzverletzungen. <https://www.charta-praevention.ch/index.php/de/> [30.07.2026]
- ⁴⁷6B40 Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11:
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html;jsessionid=2645CA64CCEC1FA4BF15F80EEA1F0CF0.intranet231 [30.07.2026]
- ⁴⁸ https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/de [30.07.2026]