

# S3

## LEITLINIE

**Verhinderung von Zwang – Prävention und  
Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen**

# **S3-Leitlinie**

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

Kurzfassung Version 3.0

---

### **Federführende Fachgesellschaft:**

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Gültig bis 01.03.2031

---

AWMF-Registernummer: [038-022](#)

publiziert bei:



## Herausgeber

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

## Federführende Fachgesellschaft

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)  
Reinhardtstraße 29  
10117 Berlin  
Tel. 030-240 477 20  
[www.dgppn.de](http://www.dgppn.de)

## Leitlinienkoordination

PD Dr. Sophie Hirsch  
Prof. Dr. Tilman Steinert

## Zitierweise

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (Hrsg): S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen, Version 3.0, 02.03.2026 (Datum der letzten inhaltlichen Änderung), verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-022>, Zugriff am [tt.mm.jjjj]

## Inhalt

<b>Zusammensetzung der Leitliniengruppe</b> .....	<b>7</b>
Leitlinienkoordination .....	7
Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen .....	7
Steuergruppe.....	9
Patientenbeteiligung .....	10
Methodische Begleitung .....	10
<b>Abkürzungen</b> .....	<b>11</b>
<b>1 Informationen zu dieser Leitlinie</b> .....	<b>13</b>
1.1 Hintergrund der Leitlinie und Problemstellung .....	13
1.2 Ziele der Leitlinie .....	13
1.3 Zielgruppen, Geltungsbereich und Dokumente zur Anwendung der Leitlinie .....	13
<b>2 Methodik der Leitlinie</b> .....	<b>13</b>
<b>3 Aggression und Gewalt – Begriffsbestimmung, Grundlagen, Epidemiologie</b> .....	<b>14</b>
3.1 Definitionen und Erläuterung wichtiger Fachbegriffe .....	14
3.2 Epidemiologie aggressiven Verhaltens in der Gesellschaft und in psychiatrischen Einrichtungen .....	14
3.2.1 Gewalt durch Menschen mit psychischer Erkrankung in psychiatrischen Institutionen, Prädiktoren.....	14
3.2.2 Gewalt gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen.....	14
3.3 Ethnische Vielfalt und Migration .....	14
3.4 Geschlechtsspezifische Aspekte .....	15
<b>4 Aggression und Gewalt im Kontext psychischer Erkrankungen</b> .....	<b>16</b>
4.1 Abgrenzung von nicht krankheitsbedingt aggressivem Verhalten .....	16
4.2 Diagnostik.....	16
4.3 Individuelle und institutionelle Bedingungen der Entstehung aggressiven Verhaltens 17	
4.4 Amok, Terrorismus und psychische Erkrankung.....	18
<b>5 Ethische und rechtliche Grundlagen</b> .....	<b>21</b>
5.1 Ethische Grundlagen .....	21
5.2 Rechtliche Grundlagen.....	22
5.2.1 Deutschland .....	22
5.2.2 Österreich .....	22
5.2.3 Schweiz .....	22
<b>6 Grundlagen der Prävention von Zwang bei Einweisungen</b> .....	<b>22</b>
6.1 Zwangseinweisung .....	22
6.2 Personen- bzw. funktionsunabhängige Aufgaben .....	22
6.3 Personen- bzw. funktionsabhängige Aufgaben .....	22

6.3.1	Aufgaben der vor der Krankenhausaufnahme hinzugezogenen Ärztinnen/Ärzte.....	22
6.3.2	Aufgaben von und Erwartungen an Polizei/Ordnungsamt/Vollzugsbehörde.....	22
6.3.3	Aufgaben von und Erwartungen an den Krisendienst .....	22
6.3.4	Aufgaben von und Erwartungen an Betreuende und Bevollmächtigte im betreuungsrechtlichen Verfahren.....	22
6.3.5	Aufgaben von und Erwartungen an das Klinikpersonal in der Aufnahmesituation.....	22
6.3.6	Anforderungen an die richterliche Verfahrensgestaltung .....	22
6.3.7	Anforderungen an Vertrauensperson und Unterstützendenkreis.....	22
6.3.8	Anforderungen an Patientenanwälte.....	22
<b>7</b>	<b>Grundlagen der Prävention von Aggression und Gewalt für die psychiatrische Klinik</b> .....	<b>23</b>
7.1	Allgemeine, strukturelle, institutionelle und sozialpolitische Aspekte .....	23
7.2	Offene Türen und architektonische Maßnahmen .....	24
7.3	Beziehung.....	25
7.4	Ethikberatung.....	26
7.5	Dialog, Selbsthilfe und Empowerment .....	26
7.6	Instrumente der Vorausplanung.....	27
7.7	Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen .....	28
7.8	„Community Treatment Orders“ (Ambulante Behandlungsanordnungen/ -anweisungen).....	29
<b>8</b>	<b>Handlungsempfehlungen für die psychiatrische Klinik.....</b>	<b>29</b>
8.1	Kommunikations- und Sicherheitstrainings.....	29
8.1.1	Inhalte von Trainingsmaßnahmen.....	29
8.1.2	Wissenschaftliche Evidenz der Effektivität von Trainingsmaßnahmen für Mitarbeitende .....	30
8.1.3	Nachbetreuung für von Patientenübergriffen betroffene Personen.....	31
8.1.4	Angebot von Trainings- und Schulungsmaßnahmen .....	32
8.2	Allgemeines zu freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen .....	32
8.2.1	Arten freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen .....	32
8.2.2	Häufigkeit und Verhältnismäßigkeit.....	32
8.2.3	„Wirksamkeit“ von Zwangsmaßnahmen.....	33
8.2.4	Freiheitsbeschränkende und -entziehende Maßnahmen im Vergleich.....	33
8.3	Interventionen zur Prävention von freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen .....	33
8.4	Durchführung von Zwangsmaßnahmen .....	35
8.4.1	Durchführung und menschenwürdige Gestaltung.....	35
8.4.2	Nachbesprechung von aggressivem Verhalten und freiheitsentziehenden Maßnahmen .....	37
8.5	Komplikationen von Zwangsmaßnahmen .....	37
<b>9</b>	<b>Handlungsempfehlungen zu Medikation.....</b>	<b>39</b>
9.1	Behandlung des aggressiven Erregungszustandes: Substanzwahl .....	39
9.2	Handlungsempfehlung bei rezidivierender Aggression.....	45
9.2.1	Rezidivierendes aggressives Verhalten bei psychotischen Störungen.....	45
9.2.2	Rezidivierendes aggressives Verhalten bei Persönlichkeitsstörungen .....	49

9.2.3	Rezidivierendes aggressives Verhalten bei demenziellen Erkrankungen .....	49
9.2.4	Rezidivierendes aggressives Verhalten bei Intelligenzminderung und autistischen Störungen .....	54
9.2.5	Rezidivierendes aggressives Verhalten bei Delir .....	55
<b>10</b>	<b>Monitoring, Transparenz, (externe) Kontrolle .....</b>	<b>57</b>
10.1	Dokumentation: Patientenakte .....	57
10.2	Monitoring: Erfassung und Auswertung freiheitsentziehender Maßnahmen .....	57
10.3	Externe und unabhängige Beratung und Kontrolle .....	57
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>58</b>

## Zusammensetzung der Leitliniengruppe

### Leitlinienkoordination

PD Dr. Sophie Hirsch  
Prof. Dr. Tilman Steinert

Leitliniensekretariat  
[leitlinien@dgppn.de](mailto:leitlinien@dgppn.de)

### Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Beteiligte Fachgesellschaft und Organisation (alphabetisch)	Personen
Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM)	Dr. Matthé Scholten
Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege des Schweizerischen Vereins für Pflegewis- senschaft (VfP)	Prof. Dr. Dirk Richter
Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)	Matthias Rosemann Prof. Dr. Peter Brieger Prof. Dr. Katarina Stengler
Arbeitskreis der ChefärztInnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemein- krankenhäusern (ACKPA)	Dr. Lieselotte Mahler Dr. Richard Serfling
Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)	Dr. Roland Urban
Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)	Dr. Roland Urban
Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP)	Paola Delgado-Klamroth Ralph Schliewenz
Betreuungsgerichtstag e. V. (BGT)	Prof. Dr. Dagmar Brosey Annette Loer
Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatri- scher Verbände e. V. (BAG-GPV)	Dr. Klaus Obert
Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Thera- pien e.V. (BAG KT)	Mona Dittrich Tina Mallon
Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Kran- kenhäuser e. V. (BDK)	Prof. Dr. Birgit Janssen Prof. Dr. Florian Metzger Dr. Sylvia Claus
Bundesfachverband Leitender Krankenpflegeper- sonen in der Psychiatrie e. V. (BFLK)	Heidrun Lundie
Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V. (BAPP)	Peter Roddau

Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e. V. (Netz G)	Rudolf Starzengruber
Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (BApK)	Siegfried Haller
Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD)	Dr. Matthias Albers Monica Schol-Tadic
Bundesverband der Berufsbetreuer/innen e. V. (BdB)	Dr. Anja Pfeifer Dominic Bauer
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (DVGP)	Nils Greve Tina Lindemann
Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (DAIzG)	Prof. Dr. René Thyrian Saskia Weiß
Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege e. V. (DFPP)	Gernot Walter Prof. Dr. André Nienaber Dorothea Sauter
Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V. (DGBP)	Prof. Dr. Oliver Pogarell Prof. Dr. Alkomiet Hasan
Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störung (DGBS)	Dorothea Schweigard Horst Harich
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)	Dr. Jochen Tenter
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	Prof. Dr. Thomas Pollmächer
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)	Dr. Wassili Hinüber Dr. Stephan Debus
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht)	Prof. Dr. Oliver Pogarell
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)	Dr. Beate Eisenführ
Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP)	Prof. Markus Witzmann Dr. Michael Mayer
Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter (HPE Österreich)	Edwin Ladinser
Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP)	Prim. Priv.-Doz. DDr. Gernot Fugger, MBA Dr. Matthäus Fellingner
Pandora Selbsthilfe e.V.	Brigitte Richter
Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (SGPP)	Anastasia Theodoridou
Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SOPSY)	Matthias Jäger Ralf-Peter Gebhardt

## Steuergruppe

Name, Rolle	Klinik, Fachgesellschaft oder Organisation
PD Dr. med. Sophie Hirsch Ärztin	ZfP Südwürttemberg, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm Ravensburg/Ulm
Thomas Klein, M. Sc. Psychologe	ZfP Südwürttemberg, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm Ravensburg/Ulm
Prof. Dr. med. Tilman Steinert Arzt	ZfP Südwürttemberg, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm Ravensburg/Ulm
Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer Arzt	Kbo-Donau-Altmühl-Klinikum, Zentrum für psy- chische Gesundheit Ingolstadt
PD Dr. med. Anastasia Theodoridou Ärztin, Vertreterin für die Schweiz	Psychiatrie Baselland Liestal
Prim. Clin. Assoc. Prof. PD DDR. Gernot Fugger, MBA Arzt, Vertreter für Österreich	Universitätsklinikum St. Pölten - Lilienfeld St. Pölten
Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller Arzt, Vertreter für die forensische Psychiatrie	Asklepios Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Asklepios Fachklinikum Göttingen
PD Dr. med. Jakov Gather Arzt, Vertreter für die Ethik in der Psychiatrie	LWL-Universitätsklinikum Bochum Bochum
Brigitte Richter Betroffenenvertreterin	Pandora Selbsthilfe Nürnberg
Prof. Dr. jur. Tanja Henking, LL.M. Juristin	Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften Würzburg
Karl-Heinz Möhrmann Angehörigenvertreter	Landesverband Bayern der Angehörigen psy- chisch Kranker e. V. München
Dorothea Sauter Vertreterin für die Pflege	LWL-Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatische Medizin Münster

Arbeitsgruppen wurden zu den neuen Reviews Offene Türen (Dr. Jakov Gather, Dr. Simone Efkemann) und Ethikberatung (Dr. Anastasia Theodoridou, Dr. Jakov Gather, Anelis Kaiser Trujillo) sowie zur Leitlinienadaptation Delir (Dr. Katharina Geschke, Dr. Thomas Klein, Dr. Jochen Tenter) durchgeführt.

### Patientenbeteiligung

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von Vertretenden der Patient\*innen/Bürger\*innen/Angehörigen/Personen mit gelebter Erfahrung erstellt. Rudolf Starzengruber, Siegfried Haller, Edwin Ladinser, Brigitte Richter waren stimmberechtigt. Brigitte Richter und Karl Möhrmann waren als Mitglieder der Steuerungsgruppe von 01.04.2024 bis zum 31.03.2026 an der Erstellung der Leitlinie beteiligt.

### Methodische Begleitung

Bei der Aktualisierung wurde die Leitlinie durch Dr. Monika Nothacker, AWMF Leitlinienberaterin, methodisch beraten und neutral moderiert.

Die Evidenzaufbereitung erfolgte durch Dr. Sophie Hirsch, Thomas Klein, Dr. Erich Flammer, Natalia Wojtkowski, Meike Strohm, Fabienne Dippmar, Dr. Jakov Gather, Dr. Simone Efkemann, Dr. Anastasia Theodoridou, Anelis Kaiser Trujillo.

## Abkürzungen

Abkürzung	Erläuterung
ABS	Agitated Behavior Scale
ACES	Agitation Calmness Evaluation Scale
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ASD	Autismus-Spektrum-Störung
A	Österreich
AUC	Area under the Curve
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch (D)
B-Statistik	betreuungsrechtliche Statistik
BVC	Brøset Violence Checklist
CEBP	Europarat für Bioethik
CH	Schweiz
CPT	European Committee for the Prevention of Torture and Inhumane or Degrading Treatment or Punishment (Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe)
D	Deutschland
D-A-CH	Deutschland-Österreich-Schweiz
DASA-IV	Dynamic Appraisal of Situational Aggression – Inpatient Version
DSM 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
EPMS	Extrapyramidale Symptomatik
EVA	Erfassung von Aggressionsereignissen
FamFG	Gesetz über Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FU	Fürsorgerische Unterbringung (CH)
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz (Österreich)
ICD-10	International Classification of Diseases (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten u. verwandter Gesundheitsprobleme), Version 10
ILC	Impulsive Lifestyle Counselling
i. m.	intramuskulär
i. v.	intravenös
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (CH)
KOKES	Konferenz für Kindes- und Erwachsenenschutz (CH)

MOAS	Modified Overt Aggression Scale
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NNH	Number Needed to Harm
NPM	Nationaler Präventionsmechanismus
NPV	Negativer prädiktiver Wert
OAS	Overt Aggression Scale
OASS	Overt Aggression Severity Scale
PeRisikoP NRW	Konzept zur Früherkennung von Personen mit Risikopotenzial in NRW
PICASSO	Psychological Intervention for Complex PTSD and Schizophrenia-Spectrum Disorder
PICO	Person, Intervention, Comparison, Outcome
PPV	Positiver prädikativer Wert
PreVCo	Prevention of Violence and Coercion
PsychKG/ PsychKHG/ PsychK(H)G	Psychisch-Kranken-Gesetz/ Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz/ Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetz (alle Bundesländer übergreifend)
QOVS	Quantification of Violence Scale
RCT	Randomised Controlled Trial
Re-ART	Responsive Aggression Regulation Therapy
RR	Risk Ratio (Relatives Risiko)
SAMW	Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SHT	Schädelhirntrauma
SOAS-R	Staff Observation Aggression Scale
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SPP	Supported Prone Position
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
START	Short-Term Assessment of Risk and Treatability
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung
UbG	Unterbringung in Österreich
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention
USPP	Unsupported Prone Position
V-Risk	Violence Risk Screening
VR	Virtual Reality Technologie
VRAPP	Violence Risk Assessment für psychiatrische Patienten
ZGB	Zivilgesetzbuch (CH)

# 1 Informationen zu dieser Leitlinie

## 1.1 Hintergrund der Leitlinie und Problemstellung

## 1.2 Ziele der Leitlinie

1	Ziel der Leitlinie
	Ziel dieser Leitlinie ist es, Empfehlungen zum Umgang mit aggressivem Verhalten, zu dessen Diagnostik, Prävention und Therapie auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und guter Versorgungspraxis zur Verfügung zu stellen. Es soll damit die Grundlage geschaffen werden, Zwangsunterbringungen, Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen zu reduzieren oder zu vermeiden. Falls deren Anwendung nach Ausschöpfen aller Alternativen im Sinne einer Ultima Ratio unumgänglich ist, ist insbesondere darauf zu achten, 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.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

## 1.3 Zielgruppen, Geltungsbereich und Dokumente zur Anwendung der Leitlinie

# 2 Methodik der Leitlinie

Entsprechend der Empfehlungsgrade wurden die Empfehlungen leitliniengerecht formuliert:

Empfehlungsgrad	Formulierung	Bedeutung	Symbol
A (starke Empfehlung)	soll / soll nicht...	Intervention soll / soll nicht angewendet werden.	↑↑ / ↓↓
B (schwache Empfehlung)	sollte / sollte nicht...	Intervention sollte / sollte nicht angewendet werden.	↑ / ↓
0 (offene Empfehlung)	kann ...	Intervention kann erwogen werden. / Auf die Intervention kann verzichtet werden.	↔

Die Stärke des Konsenses ist bei den jeweiligen Empfehlungen direkt in der Leitlinie vermerkt. Im Folgenden wird der Umgang mit verschiedenen Abstimmungsergebnissen dargestellt:

Konsensstärke	Abstimmungsergebnis	Umgang
Starker Konsens	> 95 % der Teilnehmenden	Annahme der Empfehlung
Konsens	> 75–95 % der Teilnehmenden	
Mehrheitliche Zustimmung	> 50–75 % der Teilnehmenden	Ablehnung der Empfehlung
Kein Konsens	≤ 50 % der Teilnehmenden	

### 3 Aggression und Gewalt – Begriffsbestimmung, Grundlagen, Epidemiologie

#### 3.1 Definitionen und Erläuterung wichtiger Fachbegriffe

#### 3.2 Epidemiologie aggressiven Verhaltens in der Gesellschaft und in psychiatrischen Einrichtungen

2	Expertenkonsens
EK	Bei der Kommunikation über das Risiko für Gewalt und Straftaten sollen Fachpersonen die Risikofaktoren differenziert bewerten und eine Stigmatisierung durch vereinfachte Darstellung als Kausalzusammenhänge vermeiden.
Konsensstärke:	96 % Zustimmung in der Onlineumfrage

##### 3.2.1 Gewalt durch Menschen mit psychischer Erkrankung in psychiatrischen Institutionen, Prädiktoren

##### 3.2.2 Gewalt gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen

3	Expertenkonsens
EK	Das gezielte Erfragen von persönlichen Gewalterfahrungen und deren Kontextbedingungen (Viktimisierung) kann zum Verständnis von Entstehung und Verlauf psychischer Erkrankungen beitragen und die therapeutische Beziehung verbessern.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

#### 3.3 Ethnische Vielfalt und Migration

4	Statement
	Menschen mit Migrationshintergrund weisen nicht häufiger aggressives Verhalten auf als die Gesamtbevölkerung in Deutschland, Österreich oder der Schweiz. Diese Bevölkerungsgruppen haben ein höheres Risiko für eine Zwangsunterbringung in der Psychiatrie und von Zwangsmaßnahmen betroffen zu sein, was am ehesten auf Sprach- und Kulturbarrieren zurückgeführt werden kann.
	Für aggressives Verhalten: Ketelsen et al. 2007, Grube 2004, 2009. Für unfreiwillige Aufnahmen und Zwangsmaßnahmen: Cole et al. 2022, Flammer et al. 2013, Schmitz-Buhl 2019, Della Rocca 2024
Konsensstärke:	92 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

5	Expertenkonsens
EK	Interkulturelle und sprachliche Kompetenzen von Mitarbeitenden sollen genutzt werden. Menschen mit Migrationserfahrungen sollte bei Bedarf Zugang zu Sprach- und Kulturmittlern gewährt werden. In Regionen mit hohem Anteil von Migrantinnen und Migranten sollten Mitarbeitende mit entsprechenden Sprachkenntnissen und ggf. Migrationshintergrund beschäftigt werden.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

### 3.4 Geschlechtsspezifische Aspekte

6	Empfehlung
Empfehlungsgrad:  ↑↑ stark dafür (A)	Bei allen Geschlechtern soll dem Aspekt der Traumatisierung bei Maßnahmen gegen den Willen der Betroffenen, insbesondere Zwangsmaßnahmen, in besonderem Maße Rechnung getragen werden. Besonders sorgfältige Überlegungen mit einer entsprechenden Abwägung von Sicherheitserfordernissen und möglichen Traumatisierungen sind bei Maßnahmen des Entkleidens vor Interventionen wie z. B. Isolierung und bei intramuskulären Injektionen erforderlich.  Auch die Einstellung von Mitarbeitenden zu Zwangsmaßnahmen kann geschlechtsspezifische Besonderheiten aufweisen, die wahrgenommen und kritisch reflektiert werden sollen. Dabei ist die geschlechtliche Vielfalt zu berücksichtigen.
Endpunkt:	Häufigkeit Zwangsmaßnahmen, Häufigkeit aggressiver Übergriffe
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Für gewalttätige Übergriffe: Ketelsen 2022; Krakowsky und Czobor 2004; Nawka et al. 2013 Für Viktimisierung: Khalifeh et al. 2016; Sturup et al. 2011; Rossa-Rocor et al. 2020; Frueh et al. 2005 Für Zwang: Tuohimäki et al. 2003; Kirschenbauer et al. 2008; Feeney 2019; Flammer et al. 2013; Ketelsen 2022; Aguglia et al. 2023; Turner & Mooney 2016; Ketelsen et al. 2011
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

## 4 Aggression und Gewalt im Kontext psychischer Erkrankungen

### 4.1 Abgrenzung von nicht krankheitsbedingt aggressivem Verhalten

7	Expertenkonsens
EK	Bei aggressivem Verhalten soll eine Aufnahme in eine psychiatrische Akutklinik nur erfolgen, wenn das Verhalten in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung steht, grundsätzlich eine Behandlungsoption besteht und entweder ein Behandlungswunsch der betreffenden Person vorliegt oder die Einwilligungsfähigkeit der Person aufgehoben ist. Ausnahmen können für kurze Zeiträume einer erforderlichen Diagnostik und Evaluation gelten.
Konsensstärke:	96 % Zustimmung in der Onlineumfrage

### 4.2 Diagnostik

8	Expertenkonsens
EK	Bei der Diagnostik von aggressivem Verhalten im Rahmen von Erregungszuständen sollen insbesondere bei bisher unbekanntem Patientinnen und Patienten vital bedrohliche bzw. überwachungspflichtige medizinische Erkrankungen und Zustände identifiziert und behandelt werden. Es sollen sowohl Querschnitts- als auch Längsschnittinformationen herangezogen werden, um eine diagnostische Einordnung und dementsprechende Therapie einleiten zu können.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

9	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑↑ stark dafür (A)	Vorhersageinstrumente (insbesondere die Brøset Violence Checklist) für aggressives Verhalten sollen in der klinischen Routinediagnostik bei Risikopopulationen (Akutpsychiatrie, Notaufnahme) eingesetzt werden, um Risikosituationen zu identifizieren, frühzeitig deeskalierend intervenieren zu können und aggressive Übergriffe zu vermeiden (Reviews Anderson & Jenson 2019, Välimäki et al. 2024, Mesbah et al. 2024). Instrumente zur Vorhersage aggressiven Verhaltens sollen <b>nicht</b> als alleiniger Grund für den Einsatz restriktiver Maßnahmen dienen.
↓↓ stark dagegen (A)	
Endpunkt:	Häufigkeit aggressiver Übergriffe
Evidenzgrad: ⊕⊕⊕⊖	Reviews Anderson & Jenson 2019, Välimäki et al. 2024, Mesbah et al. 2024
Konsensstärke:	88 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

### 4.3 Individuelle und institutionelle Bedingungen der Entstehung aggressiven Verhaltens

10	Statement
Zusammengefasst ist aggressives Verhalten in psychiatrischen Einrichtungen das Ergebnis eines Zusammenspiels von individuellem Erleben und Verhalten auf Mitarbeiter- und Patientenseite, situativer Merkmale und einer Eskalationskomponente.	
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

## 4.4 Amok, Terrorismus und psychische Erkrankung

### Expertenkonsens – Möglichkeiten und Grenzen der Psychiatrie in der Prävention von Gewalt in der Gesellschaft

11	Expertenkonsens
EK	Bei allen Zuweisungen wegen Fremdgefährdung und psychischer Erkrankung besteht eine zentrale psychiatrische Aufgabenstellung darin, die Einsichtsfähigkeit und Steuerungsfähigkeit (in Österreich und der Schweiz: inhaltsähnliche Begrifflichkeiten wie Einwilligungs- und Urteilsfähigkeit) zu prüfen. Sind diese gegeben, können Behandlungen nur auf freiwilliger Basis stattfinden. Für psychiatrische Maßnahmen gegen den Willen bleibt in diesem Fall kein Raum. Fachliche Entscheidungen bezüglich der Aufnahmeindikation und etwaiger Eingriffe in die Freiheitsrechte sollen sich an diesem Grundsatz orientieren.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz
12	Expertenkonsens
EK	Der entscheidende Beitrag des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems zur Prävention von, im Rahmen einer exazerbierten psychiatrischen Erkrankung, auftretenden Aggression und/oder Gewalt besteht in der fachgerechten Diagnostik und Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen und in der Bereitstellung von Hilfen besonders für die schwer psychisch Erkrankten. Dabei kann die niederschwellige, wohnortnahe und diskriminierungsfreie Bereitstellung solcher Angebote die frühzeitige und freiwillige Inanspruchnahme durch Menschen mit psychischen Erkrankungen fördern. Professionelle in der psychiatrischen Versorgung sollen sich für die Entstigmatisierung und für die ausreichende Bereitstellung aller niedrighschwelligen, wohnortnahen und diskriminierungsfreien Angebote einsetzen.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

13	Expertenkonsens
EK	Die stationäre Akutpsychiatrie hat gesetzlich definierte Aufgaben in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bei Fremdgefährdung. Die forensische Psychiatrie hat definierte Aufgaben bei der gerichtlich angeordneten Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Straftaten begangen haben, im Maßregelvollzug. Dabei werden in der forensischen Psychiatrie auch die gesetzlich geforderten Prognosegutachten erstellt. Psychiaterinnen und Psychiater sollen für die Risikobeurteilung in der Allgemeinpsychiatrie und ggf. die spezifischen Aufgaben in der forensischen Psychiatrie qualifiziert werden.
Konsensstärke:	96 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

14	Expertenkonsens
EK	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die im Rahmen ihrer Erkrankung ein strafrechtlich relevantes Delikt begangen haben, aber nicht (mehr) der Sicherung durch eine Einrichtung des Maßregelvollzugs bedürfen, sollen die ihrer Situation angemessenen Leistungen ambulant erhalten. Bei Menschen mit einem erhöhten Gewaltisiko aufgrund typischer Risikofaktoren oder einer entsprechenden Vorgeschichte ist eine besonders intensive, ggf. auch aufsuchende multiprofessionelle Nachsorge erforderlich, soweit die betreffende Person und die gesetzlichen Bestimmungen dies zulassen. Psychiatrisch Tätige sollen auch im tagesklinischen, ambulanten und aufsuchenden Bereich für die Wahrnehmung von Gefährdungen und einen angemessenen Umgang damit qualifiziert werden.
Konsensstärke:	96 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

15	Expertenkonsens
EK	<p>Die bei einer stationären Aufnahme wegen Fremdgefährdung im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung gewonnenen Erkenntnisse können auch zu einer orientierenden Risikoeinschätzung für einen kurzfristigen Zeitraum benutzt werden. Eine konkrete Prognose geht bei seltenen Ereignissen wie Gewalttaten mit einer großen Zahl falsch positiver Einschätzungen einher. Hilfreicher ist die Bestimmung von Interventionen oder Umständen, die geeignet sind, das Risiko von Gewalttaten zu reduzieren (z. B. medikamentöse Rückfallprophylaxe, Optimierung der Stress-Copingstrategien, Hilfen zur Reduzierung von Substanzkonsum, Etablierung einer Tagesstruktur, betreute Wohnangebote). Ob eine solche Einschätzung mit anderen Stellen (z. B. Polizei, Ordnungsbehörden, örtliche Verwaltung) geteilt werden kann und wie dabei die Frage der Schweigepflicht zu behandeln ist, unterliegt unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen.</p> <p>Forensisch ausgebildete Psychiaterinnen und Psychiater können in interdisziplinären Arbeitsgruppen zur Früherkennung gewaltbereiter Personen mitwirken, soweit sichergestellt ist, dass hierbei keine personenbezogenen Daten an die Sicherheitsbehörden übermittelt werden und auch in der Außendarstellung nicht der Anschein erweckt wird, dass dies geschehe. Die möglichen Vorteile für die Gesellschaft sind dabei abzuwägen gegenüber einem möglichen Vertrauensverlust bezüglich der Datensicherheit in der Behandlung psychischer Erkrankungen und der Akzeptanz psychiatrischer Behandlung generell. Dabei sollen sie darauf hinwirken, pauschalierende Fehlannahmen zur Gefährlichkeit psychisch kranker Menschen, die bei Polizeieinsätzen zu eskalierendem Verhalten und vermeidbarem Waffeneinsatz führen können, zu reduzieren.</p>
Konsensstärke:	96 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

## 5 Ethische und rechtliche Grundlagen

### 5.1 Ethische Grundlagen

16	Expertenkonsens
EK	Vor Entscheidungen über eine Unterbringung gegen den Willen von Patientinnen und Patienten soll immer geprüft werden: Ist im Rahmen einer psychischen Erkrankung die Einwilligungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten aktuell aufgehoben? Besteht eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung? Kann die Abwendung der Gefährdung nicht durch mildere Mittel oder ohne Zwang erreicht werden? Ist die beabsichtigte Unterbringung verhältnismäßig im Hinblick auf das angestrebte Ziel?
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

17	Expertenkonsens
EK	Bei erheblichen aggressiven Übergriffen gegen Professionelle, Mitpatientinnen, Mitpatienten oder Angehörige, soll die Anwendung rechtlicher Mittel (z. B. eines Strafantrages) gegenüber Patientinnen und Patienten im Einzelfall geprüft werden.
Konsensstärke:	95,4 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

## 5.2 Rechtliche Grundlagen

### 5.2.1 Deutschland

### 5.2.2 Österreich

### 5.2.3 Schweiz

## 6 Grundlagen der Prävention von Zwang bei Einweisungen

### 6.1 Zwangseinweisung

### 6.2 Personen- bzw. funktionsunabhängige Aufgaben

### 6.3 Personen- bzw. funktionsabhängige Aufgaben

#### 6.3.1 Aufgaben der vor der Krankenhausaufnahme hinzugezogenen Ärztinnen/Ärzte

#### 6.3.2 Aufgaben von und Erwartungen an Polizei/Ordnungsamt/Vollzugsbehörde

#### 6.3.3 Aufgaben von und Erwartungen an den Krisendienst

#### 6.3.4 Aufgaben von und Erwartungen an Betreuende und Bevollmächtigte im betreuungsrechtlichen Verfahren

#### 6.3.5 Aufgaben von und Erwartungen an das Klinikpersonal in der Aufnahmesituation

#### 6.3.6 Anforderungen an die richterliche Verfahrensgestaltung

#### 6.3.7 Anforderungen an Vertrauensperson und Unterstützendenkreis

#### 6.3.8 Anforderungen an Patientenanwälte

## 7 Grundlagen der Prävention von Aggression und Gewalt für die psychiatrische Klinik

### 7.1 Allgemeine, strukturelle, institutionelle und sozialpolitische Aspekte

18	Expertenkonsens
EK	Eine quantitativ und qualitativ ausreichende Personalausstattung soll zur Prävention von Zwang und Gewalt sichergestellt werden. Studienlage widersprüchlich, Grund für die Hochstufung der Empfehlung (soll): starker Expertenkonsens
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

19	Expertenkonsens
EK	Alle Maßnahmen, die geeignet sind, Vertrauen und Zusammenarbeit zwischen Menschen mit psychischer Erkrankung, Angehörigen und Professionellen zu verbessern, entfalten eine generalpräventive Wirkung bezüglich aggressiven und gewalttätigen Verhaltens. Dazu gehören z. B. teambezogene Schulungsmaßnahmen aller beteiligter Berufsgruppen, Behandlungsvereinbarungen, Patientenverfügungen, die regelhafte Einbeziehung von Angehörigen bei Einverständnis der Menschen mit psychischen Erkrankungen, kooperative Entscheidungsfindungen mit Menschen mit psychischen Erkrankungen, Nachbesprechungen, Angebote unabhängiger Beschwerdeinstanzen, eine besondere Berücksichtigung geschlechts- und kulturspezifischer Bedürfnisse, Öffentlichkeitsarbeit, Entstigmatisierung, Krisendienste, Dialog und eine enge und vertrauensvolle Kooperation im Hilfesystem. Indirekt gewaltpräventiv wirkt auch ein dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechendes therapeutisches Angebot. Träger psychiatrischer Einrichtungen sollen deshalb dafür Sorge tragen, solche Maßnahmen bzw. Verfahren zu realisieren. Dies betrifft sowohl Kliniken als auch gemeindepsychiatrische Einrichtungen.
Konsensstärke:	95 % Zustimmung in der Onlineumfrage

## 7.2 Offene Türen und architektonische Maßnahmen

20	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)	Psychiatrische Stationen sollten – eingebettet in ein geeignetes organisatorisches und therapeutisches Gesamtkonzept – in der Regel mit offenen Stationstüren geführt werden.
Endpunkte:	Häufigkeit Zwangsmaßnahmen, Häufigkeit aggressiver Übergriffe auf Mitarbeitende (Nicht-Unterlegenheit)
Evidenzgrad: ⊕⊕⊖⊖	Indregard et al. 2024, Schreiber et al. 2022
Konsensstärke:	96 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

21	Expertenkonsens
EK	Individuelle Zwangsmaßnahmen wie Fixierungen oder Isolierungen sollen nicht angewendet werden, um ein Entweichen von offenen Stationen zu verhindern. Ist eine Entweichung einer untergebrachten Person von einer offenen Station nicht mit einer intensivierten Betreuung oder anderen geeigneten therapeutischen Maßnahmen zu verhindern und ist von einer erheblichen Gefährdung im Fall einer Entweichung auszugehen, sollte ein Türschluss erfolgen. Offene Stationstüren sollten nicht zu Lasten anderer wichtiger Aspekte von Autonomie und Sicherheit realisiert werden.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

22	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑↑ stark dafür (A)	Eine geeignete und qualitativ hochwertige Architektur und Raumgestaltung kann die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen und vermutlich auch aggressiven Vorfällen reduzieren. Eine Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte bei der Planung und beim Betrieb psychiatrischer Einrichtungen soll erfolgen.
Endpunkt:	Häufigkeit Zwangsmaßnahmen
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Rohe et al. 2017 Begründung für Heraufstufung des Empfehlungsgrades: hoher Expertenkonsens
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

### 7.3 Beziehung

23	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑↑ stark dafür (A)	Die Interaktion mit Menschen mit psychischen Erkrankungen soll empathisch sein, mit dem Ziel, eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen und die individuelle Sichtweise des Menschen mit psychischer Erkrankung wertfrei zu verstehen. Hierdurch können aggressive Vorfälle und die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen reduziert werden.
Endpunkt:	Häufigkeit Zwangsmaßnahmen
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Yang et al. 2014, Gudde et al. 2015 Begründung für die Heraufstufung des Empfehlungsgrades: hoher Expertenkonsens
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage
24	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)	Die Beziehung zu Patientinnen und Patienten soll möglichst partizipativ gestaltet werden und auf Vertrauen beruhen. Das der therapeutischen Beziehung inhärente Machtgefälle zwischen Fachperson und Patientinnen und Patienten sollte durch die Fachperson bewusst reflektiert werden, um einen (unbeabsichtigten) darauf beruhenden Einsatz von psychologischem Druck oder informellem Zwang zu vermeiden.
Endpunkt:	Informeller Zwang, Qualität therapeutische Beziehung
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Valenti et al. 2014
Konsensstärke:	85 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz
25	Expertenkonsens
EK	Intensive Betreuungsmaßnahmen sollten so gestaltet werden, dass sie einen Beziehungsaufbau ermöglichen, um Sicherheit für Menschen mit psychischer Erkrankung zu gewährleisten und sie bei der Bewältigung ihrer Krisen zu unterstützen. Intensive Betreuungsmaßnahmen sollten von qualifizierten Mitarbeitenden durchgeführt werden.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

## 7.4 Ethikberatung

26	Statement
	Angebote der Ethikberatung können Professionelle in der Psychiatrie dabei unterstützen, eine ethisch gut begründete Entscheidung für oder gegen die Anwendung von Zwang zu treffen. Aus einzelnen wissenschaftlichen Studien ergeben sich Hinweise darauf, dass Ethikberatung dazu beitragen kann, Zwang in der Psychiatrie zu reduzieren. Es bedarf weiterer, qualitativ hochwertiger Studien, um die Effekte von Ethikberatung auf die Anwendung von Zwang in psychiatrischen Settings zu untersuchen.
	Sarropoulos et al. 2024, Stoll et al. 2022, Bell et al. 2022
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

27	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)	In psychiatrischen Kliniken sollten im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen Angebote der Ethikberatung etabliert und genutzt werden.
Endpunkt:	Häufigkeit Zwangsmaßnahmen, Häufigkeit medikamentöse Zwangsbehandlung
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Sarropoulos et al. 2024, Stoll et al. 2022
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

## 7.5 Dialog, Selbsthilfe und Empowerment

28	Expertenkonsens
EK	Der Einbezug von Menschen mit eigener Erfahrung mit psychischer Erkrankung und deren Behandlung sollte von Institutionen im Hinblick auf Prävention von Zwang und Gewalt auf verschiedenen Stufen gefördert werden. Beispielsweise bei der Entwicklung und Evaluation von Standards zu Zwangsmaßnahmen, bei der Planung von Baumaßnahmen, Behandlungskonzepten, bei der Durchführung von Antistigmakampagnen, der Ausbildung von Professionellen, der Mitbehandlung anderer Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie im Rahmen von Dialog-Foren. Auch in der Forschung wird der Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen in der Wahl der Forschungsgegenstände und der Studiendesigns zunehmend größere Bedeutung beigemessen.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

## 7.6 Instrumente der Vorausplanung

29	Empfehlung
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p>↑↑ stark dafür (A)</p>	<p>Instrumente zur Vorausplanung (Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen, Krisenpässe u. ä.) können dazu beitragen, die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Behandelnden und Menschen mit psychischen Erkrankungen zu stärken. Zwangsmaßnahmen im Kontext von Wiederaufnahmen können dadurch möglicherweise verhindert, verkürzt oder erträglicher gestaltet werden. Menschen mit psychischen Erkrankungen und Zwangsmaßnahmen in der Vorgeschichte soll aktiv die Vorausplanung empfohlen bzw. angeboten werden.</p>
<p>Endpunkte:</p>	<p>Wiederaufnahmen, Dauer Krankenhausaufenthalte, Zwangseinweisungen, Anzahl und Dauer Zwangsmaßnahmen bei Aufnahme, therapeutische Beziehung, Violence Prevention Climate (VPC)</p>
<p>Evidenzgrad:</p> <p>⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Henderson et al. 2004, Swanson et al. 2008, Papageorgiou et al. 2002, Khazaal et al. 2009, Thornicroft et al. 2013, Ruchlewska et al. 2014, Rixe et al. 2023</p> <p>Begründung für Empfehlungsstärke trotz inkonsistenter Evidenz und fehlender Wirksamkeitsnachweise in Deutschland: hoher Expertenkonsens, starke Präferenz der Patientinnen und Patienten.</p>
<p>Konsensstärke:</p>	<p>100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz</p>
30	Empfehlung
<p>Empfehlungsgrad:</p> <p>↑↑ stark dafür (A)</p>	<p>Zur Reduktion von Zwangseinweisungen sollen Instrumente der Vorausplanung zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behandelnden ausgehandelt und schriftlich festgehalten werden.</p>
<p>Endpunkt:</p>	<p>Häufigkeit Zwangseinweisungen, Unterbringungen</p>
<p>Evidenzgrad:</p> <p>⊕⊖⊖⊖</p>	<p>de Jong et al. 2016</p>
<p>Konsensstärke:</p>	<p>100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz</p>

## 7.7 Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen

31	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)	Strukturierte Trainingsprogramme in Einzel- oder Gruppen-Settings können zur Behandlung wiederkehrenden aggressiven Verhaltens bei unterschiedlichen psychischen Störungen eingesetzt werden.
Endpunkt:	Häufigkeit aggressiven Verhaltens (auch verbales aggressives Verhalten), Einstellung zu aggressivem Verhalten
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Rampling et al. 2016, Slamanig et al. 2021
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

## 7.8 „Community Treatment Orders“ (Ambulante Behandlungsanordnungen/-anweisungen)

# 8 Handlungsempfehlungen für die psychiatrische Klinik

## 8.1 Kommunikations- und Sicherheitstrainings

### 8.1.1 Inhalte von Trainingsmaßnahmen

32	Expertenkonsens
EK	<p>Folgende Regeln haben sich als sinnvoll herausgestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deeskalation soll durch eine Haltung vermittelt werden, die Empathie, Sorge, Respekt, Ernsthaftigkeit und Fairness signalisiert.</li> <li>▪ Deeskalation soll durch eine strukturierte Risikoabschätzung begleitet werden (unter Berücksichtigung von Symptomatik, Vorgeschichte, Substanzkonsum und situativen Faktoren).</li> <li>▪ Risikoeinschätzungen und Interventionen sollen möglichst im Team abgesprochen werden.</li> <li>▪ Deeskalation hat das Ziel, die Situation zu kontrollieren, aber nicht die Patientin oder den Patienten zu kontrollieren.</li> <li>▪ Deeskalation ist am erfolgversprechendsten, wenn sie als frühe Intervention erfolgt.</li> <li>▪ Ein zentrales Mittel der Deeskalation ist der bewusste Zeitgewinn durch verlangsamte Kommunikation, bedachte Entscheidungsfindung und Einbeziehung des Teams.</li> <li>▪ Deeskalierende Maßnahmen sollen mit dem notwendigen Selbstvertrauen und der entsprechenden Sicherheit vorgenommen werden, ohne jedoch provozierend zu wirken.</li> </ul>
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

33	Expertenkonsens
EK	<p>Die Selbstregulation von Mitarbeitenden soll geschult werden, indem ihre Kompetenz zum Stressmanagement und der Emotionsregulation gestärkt wird. Dabei sollen die Mitarbeitenden reflektieren, wie sich ihre Haltungen, Wahrnehmungen, Reaktionen auf und die emotionale Bewertung von Stress, Wut und Aggressionen auf Menschen in ihrer Arbeitsumgebung auswirken.</p>
Leitlinienadaptation	NAGS-Leitlinie (NAGS 2024)
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

### 8.1.2 Wissenschaftliche Evidenz der Effektivität von Trainingsmaßnahmen für Mitarbeitende

34	Empfehlung
<p>Empfehlungsgrad: ↑↑ stark dafür (A)</p>	<p>Im Rahmen von Aggressionsmanagement-Trainings sollen alle Mitarbeitenden in Deeskalationstechniken und Strategien zum Umgang mit aggressivem Verhalten geschult und trainiert werden. In die Planung und Durchführung der Schulungsmaßnahmen sollten auch Peer-Begleitende und ggf. auch Polizei einbezogen werden. Gründe für die Heraufstufung: hoher Expertenkonsens</p>
<p>Endpunkte:</p>	<p>Häufigkeit Zwangsmaßnahmen, Häufigkeit aggressiver Übergriffe, Schwere aggressiver Übergriffe, Verletzungen, Ausfalltage Mitarbeitende, Wissen und Sicherheitsgefühl Mitarbeitende</p>
<p>Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Price et al. 2015, Ye et al. 2018, Barbui et al. 2021, Knigge et al. 2025 Anmerkung: Knigge et al. 2025 wurde außerhalb der systematischen Übersichtsarbeit auf Hinweis der Expertengruppe hinzugefügt.</p>
<p>Konsensstärke:</p>	<p>100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz</p>
35	Expertenkonsens
<p>EK</p>	<p>Es besteht ein Bedarf an präventiv wirksamen Rahmenbedingungen, Angeboten und Interventionen zur Reduktion von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Dabei sind folgende Grundsätze zu beachten: Jede Form der Immobilisierung (einschließlich Festhalten) sollen nur als Ultima Ratio und unter strenger Verhältnismäßigkeitsprüfung durchgeführt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Festhalten durch Personal umfasst eine kurze zeitliche Dauer von wenigen Minuten</li> <li>▪ Schmerz-verursachende Techniken sollen vermieden werden</li> <li>▪ Neue Alternativen sollen vor Einführung unter Berücksichtigung von Patientenperspektive wissenschaftlich untersucht werden</li> <li>▪ Intensivbetreuung (1:1-Begleitung) soll bevorzugt geprüft werden</li> </ul>
<p>Konsensstärke:</p>	<p>92 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz</p>

36	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑↑ stark dafür (A)	Es sollen Techniken vermittelt werden, die den Mitarbeitenden in jeder Phase der Eskalation aggressiven Verhaltens deeskalierende und sicherheitsfördernde Optionen bieten. Es soll eine Kombination von Deeskalationstechniken mit Abwehrtechniken und sicheren Interventionen zur Durchführung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen geschult werden. (Phillips & Rudestan 1995, Needham et al. 2005a, Hirsch & Steinert 2019) Nach Expertenmeinung sollten Deeskalationsmaßnahmen prioritär geschult werden, damit die Abwehrtechniken nicht dominieren. (NAGS-Leitlinien 2024)
Endpunkte:	Häufigkeit Zwangsmaßnahmen, Häufigkeit aggressiver Übergriffe, Schwere aggressiver Übergriffe, Verletzungen, Ausfalltage Mitarbeitende
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Phillips & Rudestan 1995, Needham et al. 2005a, Hirsch & Steinert 2019, McDonnell et al. 2023, NAGS-Leitlinien 2024
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

37	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)	Die wirksame Implementierung von Schulungsmaßnahmen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen erfordert die Weiterentwicklung klinischer Einrichtungen auf personeller wie organisationaler Ebene. Schulungsmaßnahmen und Deeskalationstrainings sollten sich im Rahmen von komplexen Interventionen an Mitarbeitende aller Professionen (nach Expertenmeinung inklusive Genesungsbegleitende) und an Führungspersonal richten.
Endpunkt:	Häufigkeit Zwangsmaßnahmen
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Dike et al. 2021, Hirsch & Steinert 2019, Rentalala et al. 2021, Guzman-Parra et al. 2021
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

### 8.1.3 Nachbetreuung für von Patientenübergriffen betroffene Personen

38	Expertenkonsens
EK	Psychiatrische Einrichtungen sollten eine systematische Nachsorge für von Patientenübergriffen betroffene Mitarbeitende sicherstellen, die auch auf die Prävention von Folgeerkrankungen abzielt.
Konsensstärke:	95 % Zustimmung in der Onlineabstimmung

39	Expertenkonsens
EK	Angehörigen eines Menschen mit psychischer Erkrankung, die durch eine krankheitsbedingte Handlung körperlich oder psychisch geschädigt worden sind oder die Zeuge von fremdaggressivem Verhalten ihres Angehörigen geworden sind, sollten eine Nachbesprechung der Situation, Information und Beratung (im Sinne der sekundären und tertiären Prävention) über die Vermeidung künftiger krankheitsbedingter Risiken aggressiven Verhaltens angeboten werden. Strukturierte Schulungen sollen auch Angehörigen angeboten werden.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

#### 8.1.4 Angebot von Trainings- und Schulungsmaßnahmen

### 8.2 Allgemeines zu freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen

#### 8.2.1 Arten freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen

#### 8.2.2 Häufigkeit und Verhältnismäßigkeit

40	Expertenkonsens
EK	Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende (Zwangs-) Maßnahmen sollen ausschließlich als Intervention der letzten Wahl auf ärztliche Anordnung von geschulten Mitarbeitenden durchgeführt werden, wenn zuvor alle Deeskalationsversuche sowie das Angebot milderer Mittel erfolglos blieben und akute Gefahr zum unmittelbaren Eingreifen nötig ist. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zwischen Zweck und Risiken der freiheitsbeschränkenden bzw. -entziehenden Maßnahmen soll sorgfältig abgewogen werden. Die Dauer soll so kurz wie möglich gehalten, die Möglichkeit einer Beendigung soll regelmäßig geprüft werden. Die Entscheidung über die Beendigung einer Maßnahme sollte interprofessionell getroffen werden und kann auf entsprechend qualifizierte Mitarbeitende aus der Pflege delegiert werden.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

### 8.2.3 „Wirksamkeit“ von Zwangsmaßnahmen

#### 8.2.4 Freiheitsbeschränkende und -entziehende Maßnahmen im Vergleich

41	Empfehlung
<p>Empfehlungsgrad: ↑↑ stark dafür (A)</p>	<p>Wenn freiheitsbeschränkende bzw. entziehende Maßnahmen wegen aggressiven Verhaltens unvermeidlich sind, soll unter Berücksichtigung der Gesamtsituation und individueller Patientenpräferenzen, ggf. auch festgelegt in Vorausverfügungen, entschieden werden, welche Maßnahme am wenigsten einschränkend und am ehesten angemessen ist. Das Spektrum reicht vom Time-out über 1:1-Betreuung, Isolierung, Festhalten bis zur Fixierung. Psychiatrische Einrichtungen sollen die Möglichkeit vorhalten, verschiedene Formen freiheitsbeschränkender Maßnahmen durchzuführen.</p>
<p>Endpunkt:</p>	<p>Wahrgenommener Zwang, Präferenz</p>
<p>Evidenzgrad: ⊕⊕⊖⊖</p>	<p>Vergleich Fixierung/Isolierung in RCTs: Bergk et al. 2011, Huf et al. 2012 Heraufstufung der Empfehlung: Starker Expertenkonsus, ethisch und rechtlich geboten</p>
<p>Konsensstärke:</p>	<p>100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz</p>

### 8.3 Interventionen zur Prävention von freiheitsentziehenden Zwangsmaßnahmen

42	Empfehlung
<p>Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)</p>	<p>Es sollten als Alternativen zur Isolierung entsprechende Rückzugsräume mit der Möglichkeit zur Beruhigung und Beschäftigung angeboten werden.</p>
<p>Endpunkt:</p>	<p>Kumulative Dauer Isolierungen</p>
<p>Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Teitelbaum et al. 2007, Lloyd et al. 2014, Andersen et al. 2017, Harpoth 2022</p>
<p>Konsensstärke:</p>	<p>100 % Zustimmung in der Onlineabstimmung</p>

43	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑↑ stark dafür (A)	Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen sollen angeboten, durchgeführt und dokumentiert werden.
Endpunkte:	Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen, von Isolierung betroffene Fälle
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Lykke et al. 2008, Whitecross et al. 2013, Goulet et al. 2018, Griffin 2022, Brathovde 2021, Florrise 2020, Harrington 2019, Hvidhjelm 2022, Manning 2022, Odgaard et al. 2018  Grund für die Heraufstufung der Empfehlung trotz sehr geringer Aussagesicherheit der Evidenz: starker Expertenkonsens, teils rechtliche Vorgaben.
Konsensstärke:	95,7 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

44	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)	Komplexe, strukturierte Behandlungsprogramme zur Reduktion von Zwang sollten durchgeführt, von der Klinikleitung aktiv unterstützt und gefördert werden.
Endpunkt:	Häufigkeit und Dauer Zwangsmaßnahmen, Anteil von Zwangsmaßnahmen betroffener Fälle, Häufigkeit Zwangsbehandlungen
Evidenzgrad: ⊕⊕⊖⊖	Putkonen et al. 2013, Duxbury et al. 2019, Havilla et al. 2024, Stensgaard et al. 2018, Lickiewicz et al. 2021 bzw. Fletcher et al. 2017, Baungardt 2019, Hernandez 2017, Atdjian 2024, Blair 2017, Haines-Delmont et al. 2022, Hirsch et al. 2025, Lombardo et al. 2018, Rowsell et al. 2024, Steinert et al. 2023, Czernin 2020, Korezelidon 2025
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineabstimmung

## 8.4 Durchführung von Zwangsmaßnahmen

### 8.4.1 Durchführung und menschenwürdige Gestaltung

45	Expertenkonsens
EK	<p><b>Einleitung einer freiheitsbeschränkenden oder freiheitsentziehenden Maßnahme</b></p> <p>Bei vielen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen besteht unmittelbar vor der Durchführung ein gewisser Handlungsspielraum, um über die Art der freiheitsbeschränkenden oder freiheitsentziehenden Maßnahme (Festhalten, Fixierung, Isolierung, Verabreichung von Medikation als Notfallmaßnahme) zu entscheiden. Es sollte nach Möglichkeit diejenige freiheitsbeschränkende Maßnahme durchgeführt werden, die der Mensch mit psychischer Erkrankung als am wenigsten eingreifend erlebt. Diese kann in manchen Fällen auch direkt vor Durchführung noch erfragt werden oder ist möglicherweise im Rahmen einer Vorausplanung oder einer Nachbesprechung bei einer früheren freiheitsbeschränkenden Maßnahme festgelegt worden. Generell sollten das Auftreten der Mitarbeitenden und die Kommunikation mit den Menschen mit psychischer Erkrankung von Respekt vor der Person, Einfühlung in dessen Situation und dem Bemühen um eine faire Behandlung geprägt sein. Eine Aufklärung im Sinne einer verständlichen Ankündigung über beabsichtigte Maßnahmen ist erforderlich und es sollte stets versucht werden, die Kooperationsbereitschaft des Menschen mit psychischer Erkrankung wiederzugewinnen.</p>
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz
46	Expertenkonsens
EK	<p><b>Anordnung</b></p> <p>Die Anordnung darf nur von der Ärztin oder dem Arzt aufgrund einer persönlichen Untersuchung erfolgen und muss schriftlich dokumentiert werden (s. Kapitel 10.1 &amp; 10.2). Erfolgt die freiheitsbeschränkende Maßnahme im Rahmen von Notwehr, eines rechtfertigenden Notstandes oder wegen Gefahr in Verzug ohne vorherige ärztliche Anordnung, ist eine ärztliche Überprüfung der Notwendigkeit der freiheitsbeschränkenden Maßnahme so rasch wie möglich nachzuholen. Die weitere Notwendigkeit der freiheitsbeschränkenden Maßnahme muss möglichst engmaschig überprüft werden. Kürzere Überprüfungsintervalle sind geeignet, die Dauer der Maßnahme zu verkürzen.</p>
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

47	Expertenkonsens
EK	<p><b>Überwältigung</b></p> <p>Hinsichtlich des konkreten Vorgehens bei der Überwältigung von Menschen mit psychischer Erkrankung wird auf die Deeskalationstrainings und Schulungsmaßnahmen verwiesen. Einer menschenwürdigen Gestaltung der Maßnahme ist ein hoher Stellenwert einzuräumen. Das Entfernen persönlicher, auch potentiell gefährlicher Gegenstände (Schmuck etc.) ist nur zu vertreten, wenn medizinische oder Sicherheitsaspekte dies zwingend erforderlich scheinen lassen. Das Entkleiden von Patientinnen und Patienten aus Sicherheitsgründen ist kritisch in Frage zu stellen, weil alle gefährlichen Komplikationen bei ausreichender Betreuung rechtzeitig erkannt werden können. Zusätzlich ist hierbei die Gefahr einer (Re-)Traumatisierung zu berücksichtigen und Alternativen sind anzubieten (z. B. kontinuierliche persönliche Betreuung durch Mitarbeitende).</p>
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage
48	Expertenkonsens
EK	<p>Einzelheiten des Vorgehens bei der <b>Durchführung</b> von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Hinblick auf Sicherheitsaspekte sowie der Betreuung während der Maßnahme sollten in institutionsinternen Richtlinien oder Pflegestandards verbindlich geregelt sein und regelmäßig geschult werden. Bei Fixierung muss und bei Isolierung soll grundsätzlich eine kontinuierliche 1:1-Betreuung durch therapeutisches oder pflegerisches Personal mit der ständigen Möglichkeit des persönlichen Kontakts für die Dauer der Maßnahme erfolgen.</p>
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage
49	Expertenkonsens
EK	<p>Während einer freiheitsbeschränkenden oder -entziehenden Maßnahme (Fixierung oder Isolierung) soll sichergestellt werden, dass basale menschliche Bedürfnisse (Trinken, Essen, Hygiene, Ausscheidungen, zeitliche Orientierung, Kontakt) in würdiger Weise realisiert werden können. Betroffenen Personen sollen die voraussichtliche Dauer der Maßnahme und die Bedingungen, die ihre Aufhebung ermöglichen, mitgeteilt werden. Die Betroffenen sollten dazu stets eine Uhr sehen können.</p>
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

#### 8.4.2 Nachbesprechung von aggressivem Verhalten und freiheitsentziehenden Maßnahmen

#### 8.5 Komplikationen von Zwangsmaßnahmen

50	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)	Festhalten sollte durch mindestens drei Personen im Stehen oder Sitzen erfolgen. Liegend auf dem Boden sollte nur dann festgehalten werden, wenn anderweitig keine ausreichende Sicherheit zu gewährleisten ist. Der Mensch sollte mit dem Gesicht nach oben gehalten werden. Bei Haltetechniken im Liegen soll unbedingt zusätzlicher Druck auf Thorax und Bauch vermieden werden.
Endpunkt:	Angst, Verletzungen, Infektionen, Aspiration, Asphyxie, Thrombembolien/Thrombosen, Tod Surrogatmarker: Herzfunktion, Lungenfunktion (Atemvolumen), Vena-cava-Kompression, Sauerstoffsättigung
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Fallserien: Alshayeb et al. 2010, Hem et al. 2001, Hall et al. 2015, Masters & Wandless 2005, Morrison & Sadler 2001, Mohr et al. 2003, Nissen et al. 2013, Paterson et al. 2003, Zun 2003; RCTs mit Surrogatmarkern als Outcome: Barnett et al. 2019, Sloane et al. 2014, Savaser et al. 2013, Parkes 2008, Michaelwicz et al. 2007, Ho et al. 2011 Begründung für Hochstufung des Empfehlungsgrads trotz sehr niedriger Aussagesicherheit der Evidenz: hoher Expertenkonsens, sicherheitsrelevant
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

51	Expertenkonsens
EK	<p>Eine moderierte und strukturierte Nachbesprechung von aggressiven Vorfällen und Zwangsmaßnahmen soll zeitnah, wiederholt und ggf. auch poststationär angeboten werden. Die Nachbesprechung soll möglichst gemeinsam mit einer an der Zwangsmaßnahme beteiligten Person und dem zuständigen Therapeuten erfolgen. Sie dient auch der Stärkung der Selbstbestimmung, der psychischen Verarbeitung der Maßnahme und der Wiederherstellung von Vertrauen in das Behandlungsteam. Dabei soll psychischen Belastungen und den Symptomen einer PTBS auch im Verlauf besondere Aufmerksamkeit zukommen. Die Gesprächsinhalte und getroffene Absprachen sollen in der Patientenakte dokumentiert und in der Behandlungsplanung, auch bei Wiederaufnahmen, berücksichtigt werden. Mitpatientinnen und -patienten, die durch den Vorfall stark belastet sind, sollen Einzelgespräche angeboten werden.</p>
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

## 9 Handlungsempfehlungen zu Medikation

52	Expertenkonsens
EK	Bei der Indikationsstellung für eine medikamentöse Notfallbehandlung gegen den Willen der Patientin bzw. des Patienten sollen sowohl die Verletzung von Freiheitsrechten und der körperlichen Unversehrtheit als auch die akute Notwendigkeit der Gefahrenabwehr abgewogen werden. Die Aspekte der Abwägung sollen dokumentiert werden. Der vorausverfügte oder mutmaßliche Wille der Patientin bzw. des Patienten soll berücksichtigt und dokumentiert werden.
Konsensstärke:	96 % Zustimmung in der Onlineumfrage
53	Expertenkonsens
EK	Willensäußerungen von Patientinnen und Patienten, die im Zustand der Einwilligungsfähigkeit abgegeben wurden, z. B. in Behandlungsvereinbarungen (Behandlungsgrundsätze, Behandlungspläne), sogenannten Krisenpässen oder Patientenverfügungen (Kapitel 7.6) müssen beachtet werden, soweit sie auf die Situation anwendbar sind. Auch bei einer für erforderlich gehaltenen Behandlung unter Anwendung von Zwang sollen der Patientin bzw. dem Patienten verbleibende Entscheidungsmöglichkeiten mit Alternativen angeboten werden, z. B. hinsichtlich Substanzwahl und Applikationsart.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage
54	Expertenkonsens
EK	Die Wahl der Applikationsart (oral vs. intramuskulär vs. intravenös) soll neben medizinischen auch ethische Aspekte berücksichtigen. Entkleiden unter Zwang sollte dabei vermieden werden. Wenn möglich, soll eine orale Einnahme einer parenteralen Applikation vorgezogen werden. Die Würde der Patientin bzw. des Patienten muss bei jeglicher Interaktion gewahrt werden.
Konsensstärke:	96 % Zustimmung in der Onlineumfrage

## 9.1 Behandlung des aggressiven Erregungszustandes: Substanzwahl

Präparat	Dosierungsempfehlung bei Psychosen	Dosierungsempfehlung bei Demenz	Wiederholung	Dauer	Maximaldosierung
Aripiprazol 7,5 mg/ml Injektionslösung	initial 9,75 mg i. m.	keine Angaben/nicht empfohlen	1–2-mal innerhalb 24 h nach jeweils mind. 2 h	keine Angaben	29,25 mg
Haloperidol Injektionslösung	initial 5–10 mg i. m.	initial 0,5–1,5 mg, max. 5 mg/d	keine Angaben	keine Angaben	20 mg/d
Lorazepam Injektionslösung	initial 0,05 mg pro kg langsam i. v. (oder i. m.) <sup>1</sup>	keine Angaben	falls notwendig, Wiederholung nach 2 h	nur kurzfristige Behandlung	keine Angaben
Loxapin Pulver zur Inhalation <sup>2</sup>	initial 9,1 mg inhalativ	keine Angaben/nicht empfohlen	einmal innerhalb von 24 h mit einem Abstand von mind. 2 h	höchstens 2-mal, reguläre Therapie	18,2 mg
Olanzapin Pulver zur Herstellung v. Injektionslösung	initial 10 mg oder niedriger i. m.	initial 2,5–5 mg, 2,5–5 mg nach 2 h. Max. 3 Inj./d, max. 20 mg/d <sup>3</sup>	5–10 mg nach 2 h, max. 3 Inj./d	bis zu 3 Tage	20 mg/d
Promethazin Injektionslösung	initial 25 mg (langsam, max. 25 mg/min) i. m. oder i. v.	keine Angaben	Wiederholung nach 2 h, wenn weiterhin keine Wirkung: 50–100 mg/d	wenige Tage	200 mg/d
Ziprasidon Pulver zur Herstellung v. Injektionslösung	initial 10(–20) mg i. m.	i.-m.-Anwendung nicht empfohlen	10 mg alle 2 h <sup>4</sup>	bis zu 3 Tage	40 mg/d
Zuclopenthixolacetat Injektionslösung	50–150 mg i. m.	keine Angaben	1–2-mal nach 2–3 Tagen	s. Wiederholung	s. Wiederholung

Tabelle 1: Dosierungsempfehlungen von parenteral applizierbaren Medikamenten zur Behandlung von Erregungszuständen

<sup>1</sup> Cave: i. v. nur verdünnt!

<sup>2</sup> Darf nur in Krankenhäusern unter Aufsicht von medizinischem Fachpersonal durchgeführt werden, die Möglichkeit zur bronchodilatatorischen Therapie ( $\beta_2$ -Mimetikum) muss gegeben sein.

<sup>3</sup> einschließlich aller Olanzapin Darreichungsformen

<sup>4</sup> Wenn initial 20 mg gegeben wurden, soll die nächste Dosis mit 10 mg erst nach 4 Stunden erfolgen, danach weiter mit 10 mg nach 2 Stunden.

Präparat	Zulassung	Applikation	Rote-Hand-Brief
Aripiprazol 7,5 mg/ml Injektionslösung	Nur zugelassen zur Kontrolle von Agitiertheit und Verhaltensstörung im Rahmen von Schizophrenie, Manie bei Bipolar-I-Störung. Nicht zugelassen bei Psychosen oder Agitiertheit/Verhaltensstörungen bei Demenz oder anderen Erkrankungen.	i. m.	Dosisabhängig vermehrte zerebrovaskuläre Ereignisse bei Patientinnen und Patienten mit Alzheimerdemenz.
Haloperidol Injektionslösung	Zugelassen für psychomotorische Erregungszustände psychotischer Genese.	i. m.	
Lorazepam Injektionslösung	Basissedierung vor und während operativer/diagnostischer Eingriffe. Schwere neurotische Angstsymptomatik und Phobien. Schwere Angst- und Erregungszustände im Rahmen von Psychosen und Depressionen, wenn alleinige Behandlung mit Antipsychotika/Antidepressiva nicht ausreicht. Status epilepticus.	i. v. oder i. m.	
Loxapin Pulver zur Inhalation 3	Leichte bis mittelschwere Agitiertheit bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie oder Bipolar-I-Störung.	inhalativ	
Olanzapin Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung	Zur schnellen Behandlung von Agitiertheit und gestörtem Verhalten bei Schizophrenie oder manischen Episoden. Nicht zugelassen bei Psychosen oder Agitiertheit/Verhaltensstörungen bei Demenz oder anderen Erkrankungen.	i. m.	Doppelt erhöhte Mortalität und dreifach erhöhte Inzidenz zerebrovaskulärer Ereignisse bei Behandlungen demenz-assoziiertes Psychosen und Agitiertheit/Verhaltensstörung bei Älteren
Promethazin Injektionslösung	Akute allergische Reaktionen vom Soforttyp, wenn gleichzeitig eine Sedierung erforderlich ist. Akute Unruhe- und Erregungszustände im Rahmen psychiatrischer Grunderkrankungen. Nicht zur Behandlung von Verhaltensstörungen, die mit Demenz zusammenhängen, zugelassen.	i. v. oder i. m.	
Ziprasidon Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung	Zur schnellen Behandlung von Erregungszuständen bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie für die Dauer von 3 Tagen. Nicht zur Behandlung von Verhaltensstörungen, die mit Demenz zusammenhängen, zugelassen.	i. m.	
Zuclopenthixolacetat Injektionslösung	Initialbehandlung akuter Psychosen, einschließlich Manien und Exazerbationen chronischer Psychosen.	i. m.	

Tabelle 2: Zulassungsumfang und relevante Rote-Hand-Briefe parenteral applizierbarer Medikamente zur Behandlung des Erregungszustandes

55	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑↑ stark dafür (A)	Aripiprazol, Haloperidol + Lorazepam, Lorazepam, Olanzapin oder Ziprasidon sind bei parenteraler Applikation wirksam und sollen zur Behandlung von Agitation und Aggression im Rahmen akuter Erregungszustände eingesetzt werden. Haloperidol ist nur bei Psychosen allgemein, Aripiprazol und Olanzapin bei Schizophrenie und Manie und Ziprasidon nur bei Schizophrenie parenteral zugelassen. Eine Behandlung anderer Erregungszustände erfolgt off-label.
Endpunkt:	Ansprechen nach 2 und 24 Stunden (Agitated Behavior Scale (ABS), Agitation Calmness Evaluation Scale (ACES), Overt Aggression Scale (OAS), Overt Aggression Severity Scale (OASS), Schlaf), Notwendigkeit von Nachinjektionen, Nebenwirkungen in den ersten 72 Stunden
Evidenzgrad: Bzgl. des Ansprechens nach 2h – 24 h ⊕⊕⊕⊖	Ostinelli et al. 2017 und 2018, Zaman et al. 2017, Bak et al. 2019, Paris et a. 2021, Kishi et al. 2015
Konsensstärke:	95 % Zustimmung in der Onlineumfrage

56	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↓↓ stark dagegen (A)	Haloperidol soll bei nicht intoxikierten Patientinnen und Patienten <b>nicht</b> als Monotherapie eingesetzt werden, weil es von mehr UAW begleitet ist als andere Medikamente.
Endpunkt:	Ansprechen nach 2 und 24 Stunden (Agitated Behavior Scale (ABS), Agitation Calmness Evaluation Scale (ACES), Overt Aggression Scale (OAS), Overt Aggression Severity Scale (OASS), Schlaf), Notwendigkeit von Nachinjektionen, Nebenwirkungen in den ersten 72 Stunden
Evidenzgrad: ⊕⊕⊖⊖	Ostinelli et al. 2017
Konsensstärke:	96 % Zustimmung in der Onlineumfrage

57	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ⇓⇓ stark dagegen (A)	Wegen der erhöhten Gefahr der Atemdepression soll Midazolam bei psychiatrischen Indikationen <b>nicht</b> verwendet werden.
Endpunkt:	Atemdepression
Evidenzgrad: ⊕⊕⊖⊖	Huf et al. 2016, Baldacara et al. 2011
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

58	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)	Loxapin inhalativ kann wegen seiner schnellen Wirksamkeit mit Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten ebenfalls eingesetzt werden, kann aber wegen seiner begrenzten Zulassung, der inhalativen Applikation und der respiratorischen UAW in nur wenigen klinischen Situationen angewendet werden.
Endpunkt:	Ansprechen nach 10 Minuten, 2 und 24 Stunden (Positive and Negative Syndrome Scale-Excited Component (PANSS-EC), Clinical Global Impression-Improvement score (CGI))
Evidenzgrad: ⊕⊕⊖⊖	Allen et al. 2011, Kwentus et al. 2012, Lesem et al. 2011 Begründung für Herabstufung des Empfehlungsgrads: UAW, eingeschränkte Indikation, Preis.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

59	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ⇓⇓ stark dagegen (A)	Olanzapin soll parenteral <b>nicht</b> in Kombination mit Benzodiazepinen verabreicht werden. Begründung für Heraufstufung: erhebliche Sicherheitsbedenken, vitale Gefährdung.
Endpunkt:	Tod, Kreislauf- und Atemfunktion Surrogatmarker: Sauerstoffsättigung
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Marder et al. 2010, Wilson et al. 2012
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

60	Expertenkonsens
EK	Eine orale Medikation sollte bei gegebenem Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten bevorzugt werden. Dazu werden Antipsychotika und Benzodiazepine empfohlen.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

61	Expertenkonsens
EK	Insbesondere bei Notfallmedikationen ohne Zustimmung der Patientin oder des Patienten oder ohne klare diagnostische Zuordnung sollte die alleinige Gabe eines Benzodiazepins erwogen werden, um UAW wie Frühdyskinesien zu vermeiden.
Konsensstärke:	95 % Zustimmung in der Onlineumfrage

62	Expertenkonsens
EK	Bei aggressiven Erregungszuständen vor dem Hintergrund von Intoxikationen mit Alkohol, Mischintoxikationen, Intoxikation mit unbekanntem Substanzen oder diagnostisch unklaren Zustandsbildern sind besondere Zurückhaltung gegenüber einer sedierenden Medikation und eine intensive Überwachung angezeigt. In dieser Situation sollte Haloperidol als Monotherapie eingesetzt werden.
Konsensstärke:	95 % Zustimmung in der Onlineumfrage

63	Expertenkonsens
EK	Nach medikamentöser Behandlung aggressiver Erregungszustände soll eine engmaschige klinische Überwachung durch qualifiziertes Personal erfolgen, um medizinische Komplikationen frühzeitig erkennen zu können.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

64	Expertenkonsens
EK	Patientinnen und Patienten in einem Erregungszustand sind sowohl durch die möglicherweise adrenerge Stimulation als auch durch unerwünschte Wirkungen der verabreichten Medikation gefährdet. Als besonders kritisch sind Herzrhythmusstörungen zu bewerten. Dies gilt für alle Patientinnen und Patienten, insbesondere aber für ältere Personen, nicht vorbehandelte Patientinnen und Patienten und in der Anflutungsphase der Medikation. Als typische UAW soll auf extrapyramidale Symptomatik (Frühdyskinesien) sowie bei allen sedierenden Substanzen auf Atemdepression und hypotone Kreislaufdysregulation geachtet werden.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

65	Expertenkonsens
EK	Biperiden zur Behandlung von Frühdyskinesien und Flumazenil zur Antagonisierung einer Benzodiazepinwirkung sollen mit der Möglichkeit einer intravenösen Applikation zur Verfügung stehen. Bei Verwendung von inhalativem Loxapin soll ein $\beta$ 2-Mimetikum vorgehalten werden.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

## 9.2 Handlungsempfehlung bei rezidivierender Aggression

### 9.2.1 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei psychotischen Störungen

66	Empfehlung
Empfehlungsgrad: $\uparrow\uparrow$ stark dafür (A)	Bei rezidivierend aggressivem Verhalten bei psychotischen Störungen soll gemäß den Leitlinien für die Grunderkrankung medikamentös behandelt werden.
Endpunkt:	Gewalttaten; Subskalen Feindseligkeit, Impulsivität, Ärger verschiedener Messinstrumente
Evidenzgrad: $\oplus\oplus\oplus\ominus$	Swanson et al. 2008, Fazel et al. 2014
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

67	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑↑ stark dafür (A)	Bei rezidivierendem aggressivem Verhalten und Adhärenzproblemen soll eine Umstellung auf ein Depotpräparat mit der Patientin bzw. dem Patienten erörtert werden. Haloperidol decanoat ist für Schizophrenie und schizoaffektive Psychosen zugelassen. Andere Depotneuroleptika sind für die Schizophrenie zugelassen. Ansonsten erfolgt die Behandlung off-label.
Endpunkte:	Gewalttaten; Subskalen Feindseligkeit/Anspannung der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Risiko für aggressives Verhalten gemessen mit der MOAS, aggressives Verhalten gemessen mit dem Violence Risk Assessment für psychiatrische Patienten (VRAPP)
Evidenzgrad: ⊕⊕⊖⊖	Fazel et al. 2014, Witt et al. 2013, Wang et al. 2024
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

68	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑↑ stark dafür (A)	Bei aggressivem Verhalten im Rahmen von therapieresistenten psychotischen Störungen soll ein Behandlungsversuch mit Clozapin unter Beachtung der Kontraindikationen und erforderlichen Kontrollen erfolgen. Der Serumspiegel sollte dabei möglichst im oberen Referenzbereich liegen. Außer für Clozapin sind keine klaren Empfehlungen für oder gegen einzelne Substanzen aus der umfangreichen Studienlage abzuleiten. Clozapin ist nur zugelassen zur Behandlung der therapieresistenten Schizophrenie, wobei mindestens zwei Antipsychotika, davon mindestens ein „atypisches“ Antipsychotikum, nicht ausreichend wirksam oder verträglich gewesen sein müssen. Ansonsten erfolgt die Behandlung off-label.
Endpunkt:	Gewalttaten; Gewalttätiges Verhalten gemessen mit der MOAS, Subskalen Feindseligkeit
Evidenzgrad: ⊕⊕⊖⊖	Frogley et al. 2012, Faden & Citrome 2024
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

69	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)	Bei aggressivem Verhalten bei therapieresistenten psychotischen Störungen kann eine antipsychotische Kombinationstherapie in Einzelfällen erwogen werden, vorwiegend mit Clozapin und einer Substanz, die eine starke Blockade von D2-Rezeptoren hervorruft.
Endpunkt:	Häufigkeit aggressiver Übergriffe (in forensisch psychiatrischer Klinik), Clinical Global Impression (CGI)
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Hotham et al. 2014
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

70	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)	Eine Überschreitung der empfohlenen Dosisobergrenzen kann in Einzelfällen unter Kontrolle des Serumspiegels und sorgfältigem klinischen Monitoring erfolgen. Die Behandlung erfolgt dann off-label.
Endpunkt:	Länge Krankenhausaufenthalt, Besserung psychiatrischer Symptome, Häufigkeit (auto-)aggressiver Vorfälle, (neurologische Nebenwirkungen, Gewichtszunahme)
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Morrissette & Stahl 2014, Meyer 2014
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

71	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↓↓ stark dagegen (A)	Bei medikamentöser Behandlungsresistenz bei schizophrenen Psychosen soll eine augmentative Behandlung mit Carbamazepin, Lithium, Lamotrigin oder Valproat zur Verbesserung der Allgemeinsymptome, Positivsymptome, Negativsymptome oder Aggressivität nicht angeboten werden.
Endpunkt:	Allgemeinsymptome, Positivsymptome, Negativsymptome, Aggressivität
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Wang et al. 2016
Leitlinienadaptation:	Leitlinien-Adaptation S3-Leitlinie Schizophrenie
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

72	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)	Bei aggressivem Verhalten und therapieresistenten psychotischen Störungen sollte unter Beachtung der Kontraindikationen ein Behandlungsversuch zusätzlich zur antipsychotischen Medikation mit Valproat nur dann erfolgen, wenn eine affektive Störungskomponente vorliegt (bipolar oder schizoaffektiv) und keine andere Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung steht. Begründung für Herabstufung des Empfehlungsgrads: Studien mit großer Power und signifikanten Ergebnissen, aber nur kleine Effektstärken; die große bevölkerungsbasierte Beobachtungsstudie ergibt dagegen Hinweise auf eine Wirksamkeit nur bei bipolarer Störung, Indikation wegen Embryotoxizität eingeschränkt.
Endpunkt:	Gewalttaten
Evidenzgrad: ⊕⊕⊖⊖	Fazel et al. 2014, Honglin et al. 2005
Konsensstärke:	95 % Zustimmung in der Onlineabstimmung

73	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↓ schwach dagegen (B)	Bei rezidivierend aggressivem Verhalten und therapieresistenten schizophrenen Psychosen sollte <b>kein</b> Behandlungsversuch mit: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimmungsstabilisierern,</li> <li>• Betablockern oder</li> <li>• Benzodiazepinen (außer bei akuten Erregungszuständen) unternommen werden.</li> </ul>
Endpunkt:	Allgemeinsymptome, Aggressivität, Nebenwirkungen
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Wahlbeck et al. 2000, Maoz et al. 2000, Caspi et al. 2001, Leucht et al. 2014, Gillies et al. 2013
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

### 9.2.2 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei Persönlichkeitsstörungen

74	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)  ↓ schwach dagegen (B)	Bei rezidivierendem impulsiv aggressivem Verhalten bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen sollte gemeinsam mit der Patientin / dem Patienten eine Behandlung mit Antipsychotika, Stimmungsstabilisierern oder Omega 3-Fettsäuren erwogen werden.  Die Behandlung erfolgt, wenn keine entsprechende Komorbidität vorliegt, off-label.  Benzodiazepine sollten <b>nicht</b> eingesetzt werden.
Endpunkt:	Subskalen Impulsivität und Ärger/Wut
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Stoffers-Winterling et al. 2022 Gründe für die Herabstufung: kleine, nicht replizierte Studien.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

75	Empfehlung
Empfehlungsgrad:  ⇔ offen (0)	Bei dissozialer Persönlichkeitsstörung reicht die Evidenz für konkrete Empfehlungen nicht aus.
Endpunkt:	Häufigkeit und Schwere aggressiver Übergriffe; Impulsivität
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Khalifa et al. 2010, Brown et al. 2014
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

### 9.2.3 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei demenziellen Erkrankungen

76	Empfehlung
Empfehlungsgrad:  ↑↑ stark dafür (A)	Die Möglichkeiten der Gestaltung geeigneter Umgebungsbedingungen und zwischenmenschlicher Beziehungen sollen vor der Indikationsstellung für eine Pharmakotherapie ausgeschöpft werden. Eine suffiziente Behandlung von Schmerzen und anderen somatischen Beeinträchtigungen soll gewährleistet werden.
Endpunkt:	Agitiertheit
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Husebo et al. 2011
Konsensstärke:	96 % Zustimmung in der Onlineumfrage

77	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑↑ stark dafür (A)	Bei medikamentöser Behandlung rezidivierenden aggressiven Verhaltens bei Menschen mit Demenzerkrankungen soll eine Überprüfung nach vorab definierten Kriterien nach einem Zeitraum von 4 bis 8 Wochen erfolgen. Risperidon ist zur Kurzzeitbehandlung (bis zu 6 Wochen) der anhaltenden Aggressivität bei Menschen mit mäßiger bis schwerer Alzheimerdemenz und Eigen- oder Fremdgefährdung zugelassen, wenn nichtpharmakologische Maßnahmen nicht ausreichen. Ansonsten erfolgt die Behandlung off-label.
Endpunkt:	Aggressives Verhalten
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Declercq et al. 2013, Banerjee et al. 2009
Konsensstärke:	95 % Zustimmung in der Onlineumfrage

78	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑↑ stark dafür (A)	Falls ein medikamentöser Behandlungsversuch bei aggressivem Verhalten und Agitation bei Demenz unternommen wird, soll dieser mit Risperidon unter sorgfältiger Abwägung von potentiellen Nutzen und Nebenwirkungen in einschleichender Dosierung mit maximaler Dosis von 2 mg unternommen werden (Zulassung max. für 6 Wochen und nur bei Demenz vom Alzheimer-typ). Die Behandlungsdauer sollte möglichst kurz gehalten werden. Haloperidol soll nur bei zusätzlichem Delir verwendet werden. Quetiapin sollte bei aggressivem Verhalten und Agitation bei Demenz nur bei Kontraindikationen für andere Antipsychotika eingesetzt werden, da es weniger wirksam ist.
Endpunkt:	Agitiertheit, gemessen mit dem Cohen-Mansfield Agitation Inventory nach 3, 12, 16 Wochen, klinische Einschätzung Agitiertheit/Aggressivität
Evidenzgrad: ⊕⊕⊖⊖	Anmerkung: Die S3-Leitlinie <i>Demenzen</i> (DGN 2025) empfiehlt Haloperidol als Zweitlinientherapie, wenn Risperidon nicht wirksam ist, während diese Leitlinie eher den Einsatz anderer „atypischer“ Antipsychotika mit geringem anticholinergen Potenzial wie bspw. Aripiprazol favorisiert. Dieser Dissens folgt aus der unterschiedlichen Bewertung der Evidenz aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Eine eindeutige abschließende Empfehlung für das zweitbeste Antipsychotikum bei Demenz und aggressivem Verhalten ist nach aktueller Studienlage (kleine Studien, Surrogatmarker als Endpunkte, kleine Effektstärken) nicht möglich.
Konsensstärke:	95 % Zustimmung in der Onlineabstimmung

**Sondervotum der DGGPP zur Empfehlung 78**

Unseres Erachtens sollte Haloperidol niedrig dosiert (bis 2 mg/d) auch bei Behandlung von aggressivem Verhalten und Agitation bei Demenz verwendet werden (wie es die S3-Leitlinie Demenzen vorschlägt). Wir stimmen zwar zu, dass eine eindeutige abschließende Empfehlung für das zweitbeste Antipsychotikum bei Demenz und aggressivem Verhalten nach aktueller Studienlage nicht möglich ist. Gleichzeitig gibt es keine Evidenz dafür, dass Haloperidol nur bei aggressivem Verhalten bei Delir bei Demenz wirksam ist und bei aggressivem Verhalten bei Demenz (ohne Delir) nicht wirksam ist, weshalb wir dieser Aussage widersprechen.

Begründung: Haloperidol ist bei Unruhe und Aggressivität bei Demenz zugelassen (0,5-5 mg/Tag oral, Überprüfung nach 6 Wochen), wenngleich ein erhöhtes Mortalitätsrisiko bei älteren Patienten mit Demenz beschrieben wird (Fachinformation). In der Cochrane-Metaanalyse von 2021 (Benjamin, S., Ho, J. M.-W., Tung, J., Dholakia, S., An, H., Antoniou, T., Sanger, S., & Williams, J. W. (2024). Anticonvulsants in the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia: A Systematic Review. *The American journal of geriatric psychiatry*, 32(10), 1259-1270) wurde für Haloperidol eine signifikante Wirksamkeit auf agitiertes und aggressives Verhalten im Vergleich zu Placebo nachgewiesen. Die Effektgrößen der Wirkung von Risperidon und Haloperidol sind vergleichbar.

79	Expertenkonsens
Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)	Zur Behandlung von Aggression im Rahmen einer Agitiertheit sollten auch Melperon oder Pipamperon eingesetzt werden, die für diese Indikation zugelassen sind.
	Begründung für Hochstufung der Empfehlung: Umfassende klinische Erfahrung liegt vor; qualitativ hochwertige Studien wurden nicht durchgeführt, weil die Substanzen schon sehr lange zugelassen sind. Es gibt keine Studien mit direktem Vergleich zwischen Risperidon und Melperon oder Pipamperon.
Konsensstärke:	95 % Zustimmung in der Onlineabstimmung

80	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ⇔ offen (0)	Bei rezidivierendem aggressivem Verhalten bei Demenz kann ein Behandlungsversuch mit Carbamazepin unternommen werden, wenn Antipsychotika sich als nicht ausreichend wirksam erwiesen haben. Die Behandlung erfolgt off-label.
Endpunkt:	Agitiertheit, neuropsychologische Symptome allgemein, schnelleres Voranschreiten kognitiver Abbau, UAW allgemein
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Gallagher & Herrmann 2014 Begründung für Herabstufung des Empfehlungsgrades: Gute Hinweise für Wirksamkeit, aber ungünstiges Nebenwirkungsprofil. Inkonsistente Ergebnisse. Anmerkung: Die S3-Leitlinie <i>Demenzen</i> (DGN 2025) empfiehlt Carbamazepin nicht zur Behandlung von Aggressivität bei Demenz, da die Studienlage als nicht ausreichend beurteilt wird. Aufgrund der häufig komplexen Situationen bei Aggressivität und gleichzeitiger Pflegebedürftigkeit bei Demenz, konsekutiver Hilflosigkeit im Versorgungssystem und der Gefahr, dass weniger geeignete Medikamente verwendet werden, wurde der Vorschlag in dieser Leitlinie als Kann-Empfehlung trotzdem belassen.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

### **Sondervotum der DGGPP zur Empfehlung 80**

*Wir empfehlen keine Behandlung mit Carbamazepin oder anderen Antikonvulsiva bei rezidivierendem aggressivem Verhalten bei Demenz.*

*Begründung: Es gibt keinen klaren Nachweis für die Wirksamkeit von Carbamazepin oder anderen Antikonvulsiva. Bisher sind lediglich Studien mit kleinen Fallzahlen über kurze Zeiträume (Sultana J, Chang CK, Hayes RD, et al.: Associations between risk of mortality and atypical antipsychotic use in vascular dementia: a clinical cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014; 29: 1249-1254 sowie Tariot PN, Erb R, Podgorski CA, et al.: Efficacy and tolerability of carbamazepine for agitation and aggression in dementia. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 54-61) durchgeführt worden. Ein aktuelles systematisches Review (Benjamin, S., Ho, J. M.-W., Tung, J., Dholakia, S., An, H., Antoniou, T., Sanger, S., & Williams, J. W. (2024). Anticonvulsants in the Treatment of Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia: A Systematic Review. *The American journal of geriatric psychiatry*, 32(10), 1259-1270) mit der Fragestellung, ob Antiepileptika Wirkung bei der Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz haben, fasste vier Studien (n = 97) zu Carbamazepin zusammen. Nur eine dieser Studien zeigte eine Verbesserung im Vergleich zu Placebo auf der Brief Psychiatric Rating Scale (Effektstärke: 1,13; 95%-KI: 0,54–1,73). Nebenwirkungen traten bei Patienten, die Carbamazepin erhielten (20/27; 74 %), häufiger auf als bei Patienten unter Placebo (5/24; 21 %).*

81	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↓ schwach dagegen (B)	Valproat sollte wegen des als ungünstig eingeschätzten Wirkungs-/Nebenwirkungsprofils in dieser Indikation nicht verwendet werden.
Endpunkt:	UAW
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Gallagher & Herrmann 2014
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage

82	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↓ schwach dagegen (B)	Benzodiazepine, Betablocker, SSRI, typische Antipsychotika sollten wegen des als ungünstig eingeschätzten Wirkungs-/Nebenwirkungsprofils nicht zur Behandlung von Aggressivität im Rahmen von Demenzerkrankungen eingesetzt werden.
Endpunkte:	Agitiertes Verhalten, aggressives Verhalten, UAW
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Maher et al. 2011, Hermann & Lanctôt 2007, Seitz et al. 2011, Porsteinsson et al. 2014, Schneeweiss et al. 2007 Begründung für Herabsetzung des Empfehlungsgrades: schwache oder widersprüchliche Hinweise auf Wirksamkeit bzw. ungünstiges Nebenwirkungsprofil
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

## 9.2.4 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei Intelligenzminderung und autistischen Störungen

83	Expertenkonsens
EK	Bei aggressivem Verhalten von Menschen mit Intelligenzminderung sollen primär zugrundeliegende körperliche oder psychische Erkrankungen behandelt werden. Ohne Vorliegen einer solchen Komorbidität soll die Indikation für eine Pharmakotherapie kritisch gestellt werden. Heilpädagogisch instruiertes Verhalten und entsprechende Interventionen (Erregungsniveau absenken, Reizüberflutung vermeiden, deeskalieren, im Zweifel die Situation verlassen) sollen vorrangig zum Einsatz kommen. Eine Pharmakotherapie kann erwogen werden, wenn nur dadurch restriktive Maßnahmen verhindert, Inklusion erhalten oder gefördert werden können. Eine möglichst niedrige Dosierung soll angestrebt werden, die Notwendigkeit einer Fortführung der Behandlung soll in angemessenen Zeiträumen auch mittels Reduktions- bzw. Absetzversuchen überprüft werden.
	Guinchat et al. 2015, Im 2016
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Onlineumfrage
84	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ↑ schwach dafür (B)	Wenn nichtpharmakologische Behandlungen ausgeschöpft sind, sollte eine Behandlung mit einem Antipsychotikum erwogen werden. Die Behandlung erfolgt bei Erwachsenen ohne psychotische Symptome off-label.
Endpunkte:	Aggressives Verhalten, Irritabilität, Aggressivität und selbstverletzendes Verhalten
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Iffland et al. 2023 Begründung für Herabstufung der Empfehlung: kleine Studien, Übertragbarkeit von Kindern auf Erwachsene fraglich
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz
85	Empfehlung
Empfehlungsgrad: ⇔ offen (0)	Wenn eine Pharmakotherapie indiziert ist und Antipsychotika nicht eingesetzt werden können oder nicht wirksam sind, kann eine Behandlung mit einem Stimmungsstabilisierer oder einem Betablocker erwogen werden. Die Behandlung erfolgt off-label.
Endpunkt:	Aggressives Verhalten
Evidenzgrad: ⊕⊖⊖⊖	Iffland et al. 2023, Häßler & Reis 2010, Ward et al. 2013 Begründung für Herabstufung der Empfehlung: kleine Studien, Übertragbarkeit von Kindern auf Erwachsene fraglich
Konsensstärke:	92 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

### 9.2.5 Rezidivierendes aggressives Verhalten bei Delir

86	Expertenkonsens
EK	<p>Bei aggressivem Verhalten im Rahmen von Delirien soll die Behandlung der diesen zugrundeliegenden Ursachen und der Delirsymptome im Vordergrund stehen.</p> <p>Bezüglich Agitation und Aggressivität sollen beruhigende, reorientierende und angstlösende Interventionen in Verbindung mit engmaschiger Begleitung (unter Einbezug von Vertrauenspersonen) und die Sicherstellung einer stabilen, freundlichen und möglichst bekannten Umgebung gewährleistet werden.</p>
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz
87	Expertenkonsens
EK	<p>Bei psychotischem Erleben und aggressivem Verhalten im Rahmen eines Delirs (Beeinträchtigungs-, Vergiftungs-, Beziehungswahn) sollten niedrige Haloperidoldosen eingesetzt werden.</p> <p>Eine Sedierung und Tag-Nacht-Rhythmus-Unterstützung sollte mit niederpotenten Antipsychotika erfolgen. Delirogene Medikamente sollen vermieden werden.</p>
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz
88	Expertenkonsens
EK	<p>Der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen soll gegenüber Medikamenten kritisch abgewogen werden. Einerseits bergen Medikamente die Gefahr von zusätzlichen Kreislaufnebenwirkungen, Stürzen und weiterer kognitiver Verschlechterung. Andererseits sind körpernahe Fixierungsmaßnahmen selbst delirogen und können zu körperlichen Komplikationen wie Dekubitus, Muskelabbau und erhöhtem Infektionsrisiko führen.</p>
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

89	Expertenkonsens
EK	<p>Benzodiazepine sollen zur evidenzbasierten Behandlung von Alkohol- und Benzodiazepin-Entzugsdelirien mit aggressivem Verhalten eingesetzt werden (s. S3-Leitlinie <i>Alkoholbedingte Störungen</i>, S3-Leitlinie <i>Medikamentenbedingte Störungen</i>).</p> <p>Bei den nicht substanz-bedingten Delirien insbesondere des höheren Alters (&gt; 65 J.) und bei akuter oder chronischer Hirnschädigung liegen jedoch nur wenige Belege für den Nutzen von Benzodiazepinen und Z-Substanzen, aber viele Hinweise für ungünstige Effekte auf Kognition und Motorik, insbesondere auch eine Verschlechterung und Verlängerung des Delirs vor (s. S3-Leitlinie <i>Delir im höheren Lebensalter</i>). Eine Verwendung von Benzodiazepinen soll deshalb sehr kritisch abgewogen werden und der Notfallsituation vorbehalten werden.</p> <p>Neben der Delirogenität und paradoxen Reaktionen sowie reduzierter Neuroplastizität soll auch die ungünstige Auswirkung auf die respiratorische Situation berücksichtigt werden. (Leitlinienadaptation: Plantier et al. 2016, Luauté et al. 2016)</p>
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

## 10 Monitoring, Transparenz, (externe) Kontrolle

### 10.1 Dokumentation: Patientenakte

### 10.2 Monitoring: Erfassung und Auswertung freiheitsentziehender Maßnahmen

90	Expertenkonsens
EK	Freiheitsentziehende Maßnahmen sind schwerwiegende Eingriffe in die Grundrechte und sollen zuverlässig und vollständig im Hinblick auf Anlass, vorherige Deeskalationsversuche, Rechtsgrundlage, Art und Dauer der Maßnahme, sowie Zeitpunkt und Art der Nachbesprechung dokumentiert werden. Hierbei sind die gesetzlichen Regelungen, je nach Rechtsgrundlage und Land sowie Bundesland/Kanton, zu beachten. Betroffene von Zwangsmaßnahmen sollen umfassend über ihre Rechte (z. B. gerichtliche Prüfung) aufgeklärt werden. Nach einer Fixierung in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung müssen die Betroffenen über die Möglichkeit aufgeklärt werden, die Zulässigkeit der Maßnahme gerichtlich überprüfen zu lassen (gesetzliche Vorgabe in Deutschland und Schweiz, in Österreich geschieht die Überprüfung über die Patientenanwaltschaft). Aggressive Übergriffe von Patientinnen und Patienten sollten mit einer standardisierten Dokumentation (z. B. SOAS-R) erfasst werden.
Konsensstärke:	96 % Zustimmung in der Onlineumfrage

### 10.3 Externe und unabhängige Beratung und Kontrolle

91	Expertenkonsens
EK	Die Möglichkeiten juristischer Überprüfungen der Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen sind ein wesentliches Instrument zur Wahrung der Patientenrechte. Eine externe/unabhängige Kontrolle von Zwangsmaßnahmen soll erfolgen und soll unterstützt werden. Es soll sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten für sie verständlich und der Situation angemessen über ihre Rechte aufgeklärt werden.
Konsensstärke:	100 % Zustimmung in der Konsensuskonferenz

# Literaturverzeichnis

## Kapitel 3

### Kapitel 3.3

- Cole C, Klotz E, Junghans J, Oster A, Bermpohl F, Vandamme A et al. (2022): Patient communication ability as predictor of involuntary admission and coercive measures in psychiatric inpatient treatment. *Psychiatr Res* 153:11–17.
- Della Rocca B, Luciano M, Bello R, Barone E, Carbone M, D'Arpa A et al. (2024): Use of coercive measures in refugees and asylum seekers: a systematic review. *International Review of Psychiatry* 36(7):762–776. doi.org/10.1080/09540261.2024.2335181
- Flammer E, Steinert T, Eisele F, Bergk J, Uhlmann C (2013): Who is Subjected to Coercive Measures as a Psychiatric Inpatient? A Multi-Level Analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* 9:110–119.
- Grube M (2004): Ethnisch-nationale Zugehörigkeit und Aggressivität – „Matched pair“-Untersuchung an einer akutpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation. *Psychiatrische Praxis* 31:11–15.
- Grube M (2009): Sind Zwangseinweisungen in psychiatrischen Kliniken bei Migranten häufiger? *Psychiatrische Praxis* 39:67–71.
- Ketelsen R, Staude A, Godejohann F, Driesen M (2007): Das Beraterteam in der Psychiatrischen Klinik: Aufgaben und Erfahrungen im Umgang mit Aggression und Zwang. *Psychiatrische Praxis* 34(6):306–9.
- Schmitz-Buhl M, Gairing SK, Rietz C, Häussermann P, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E (2019): A retrospective analysis of determinants of involuntary psychiatric inpatient treatment. *BMC Psychiatry* 19(1). https://doi.org/10.1186/s12888-019-2096-5

### Kapitel 3.4

- Aguglia A, Corsini GP, Berardelli I, Berti A, Conio B, Garbarino N (2023): Mechanical Restraint in Inpatient Psychiatric Unit: Prevalence and Associated Clinical Variables. *Medicina (Kaunas)* 59(10):1847. doi: 10.3390/medicina59101847 PMID: 37893565; PMCID: PMC10607962.
- Feeney A, Umama-Agada E, Gilhooley J, Asghar M, Kelly BD (2019): Gender, diagnosis and involuntary psychiatry admission in Ireland: A report from the Dublin Involuntary Admission Study (DIAS). *Int J Law Psychiatry* 66:101472. doi: 10.1016/j.ijlp.2019.101472 Epub 2019 Jul 18. PMID: 31706388
- Flammer E, Steinert T, Eisele F, Bergk J, Uhlmann C (2013): Who is Subjected to Coercive Measures as a Psychiatric Inpatient? A Multi-Level Analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* 9:110–119.
- Frueh BC, Knapp R, Cusack K, Grubaugh A, Sauvageot JA, Cousins VC (2005): Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services* 56:1123–1133.
- Ketelsen R, Schulz M, Driessen M (2011): Zwangsmaßnahmen im Vergleich an sechs psychiatrischen Abteilungen [Coercive measures: a comparison between

six psychiatric departments]. *Gesundheitswesen* 73(2):105–11. German. doi: 10.1055/s-0029-1246181 Epub 2010 Feb 17. PMID: 20166013

- Ketelsen R, Fernando S, Driessen M (2022): Geschlechtsspezifische Unterschiede aggressiven Verhaltens und der Anwendung von Zwangsmaßnahmen bei stationär psychiatrischen Patienten und Patientinnen [Gender-Related Differences Regarding Aggressive Behaviour and Coercive Measures in Psychiatric Inpatients]. *Psychiatr Prax* 5. German. doi: 10.1055/a-1543-0323 Epub ahead of print. PMID: 34352895
- Khalifeh H, Oram S, Osborn D, Howard LM, Johnson S (2016): Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 20:1–19.
- Kirschenbauer HJ, Wagner P, Seehuber D, Weber B, Grube M (2008): Zeitgemäß oder anachronistisch? Zwangseinweisungspraxis in Frankfurt am Main—Psychiatrisches Informationssystem Stationär-Ambulant (PISA) [Involuntary Hospitalization in Frankfurt/Main, Germany--anachronism or up-to-date?--the psychiatric information system PISA]. *Psychiatr Prax*. 35(2):73-9. doi: 10.1055/s-2007-970819.
- Krakowski M, Czobor P (2003): Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *American Journal of Psychiatry* 161:459–465.
- Nawka A, Kalisova L, Raboch J, Giacco D, Cihal L, Onchev G et al. (2013): Gender differences in coerced patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 13:257.
- Rossa-Roccor V, Schmid P, Steinert T (2020): Victimization of People With Severe Mental Illness Outside and Within the Mental Health Care System: Results on Prevalence and Risk Factors From a Multicenter Study. *Front Psychiatry* 11:563860. doi: 10.3389/fpsy.2020.563860 PMID: 33033483; PMCID: PMC7509533
- Sturup J, Sorman K, Lindqvist P, Kristiansson M (2011): Violent victimisation of psychiatric patients: a Swedish case-control study. *Soc Psychiat Epidemiol* 46:29–34.
- Tuohimäki C, Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Touri T, Lehtinen V, Joukamaa M (2003): The use of harmful to others-criterion for involuntary treatment in Finland. *European Journal of Health Law* 10:183–199.
- Turner KV, Mooney P (2016): A comparison of seclusion rates between intellectual disability and non-intellectual disability services: the effect of gender and diagnosis. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 27(2).

## Kapitel 4

### Kapitel 4.2

- Anderson KK, Jenson CE (2019): Violence risk-assessment screening tools for acute care mental health settings: Literature review. *Archives of Psychiatric Nursing* 33:112–119.
- Mesbah H, Rafique Z, Moukaddam N, Peacock WF (2024): Predicting aggressive behavior in psychiatric patients in emergency department: A systematic literature review. *Am J Emerg Med* 80:44–50. doi: 10.1016/j.ajem.2024.02.040 Epub 2024. Mar 13. PMID: 38507846
- Välimäki M, Lantta T, Kontio R (2024): Risk assessment for aggressive behaviour in schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 5(5):CD012397. doi: 10.1002/14651858.CD012397.pub2 PMID: 38695777; PMCID: PMC11064887

## Kapitel 7

### Kapitel 7.2

- Indregard A-MR, Nussle HM, Hagen M, Vandvik PO, Tesli M, Gather J et al. (2024): Open-door policy versus treatment-as-usual in urban psychiatric inpatient wards: a pragmatic, randomised controlled, non-inferiority trial in Norway. *Lancet Psychiatry* 11(5):330–338. DOI: 10.1016/S2215-0366(24)00039-7
- Rohe T, Dresle, T, Stuhlinger M, Weber M, Strittmatter T, Fallgatter AJ (2017): Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen. *Nervenarzt* 88(1):70–77.
- Schreiber LK, Metzger FG, Flammer E, Rinke H, Fallgatter AJ, Steinert T (2022): Open Doors by Fair Means: a quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards. *BMC Health Services Research* 22(1). DOI: 10.1186/s12913-022-08322-6

### Kapitel 7.3

- Gudde CB, Olsø TM, Whittington R, Vatne S (2015): Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of multidisciplinary healthcare* 8:449–462. doi.org/10.2147/JMDH.S89486
- Valenti E, Giacco D, Katasakou C, Priebe S (2014): Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients. *Journal of Medical Ethics*, 40(12):832–836. doi.org/10.1136/me-dethics-2011-100370
- Yang C-PP, Hargreaves WA, Bostrom A (2014): Association of empathy of nursing staff with reduction of seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 65(2):251–254. DOI: 10.1176/appi.ps.201200531

### Kapitel 7.4

- Bell JAH, Salis M, Tong E, Nikolaichuk E, Barned C, Bianchi A et al. (2022): Clinical ethics consultations: A scoping review of reported outcomes. *BMC Med Ethics* 23(1):99. https://doi.org/10.1186/s12910-022-00832-6
- Sarropoulos A, Schweitzer F, Winter S, Pollmächer T (2024): Ethische Fallbesprechungen vor Zwangsmedikation in der Psychiatrie. *Nervenarzt* 95:1043–1048. https://doi.org/10.1007/s00115-024-01734-1
- Stoll J, Westermair AL, Kübler U, Reisch T, Cattapan K, Bridler R et al. 2022. A Two-Center Pilot Study on the Effects of Clinical Ethics Support on Coercive Measures in Psychiatry. *BMC psychiatry* 22(1):370. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04024-9

### Kapitel 7.6

- De Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R et al. (2016): Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry* 73(7):657–664. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0501
- Henderson C, Flood C, Leese M, Thornicroft G, Sutherby K, Szmukler G (2004): Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind

randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 329(7458):136. DOI: 10.1136/bmj.38155.585046.63

- Khazaal Y, Chatton A, Pasandin N, Zullino D, Preisig M (2009): Advance directives based on cognitive therapy: a way to overcome coercion related problems. *Patient education and counseling* 74(1):35–38. DOI: 10.1016/j.pec.2008.08.006
- Papageorgiou A, King M, Janmohamed A, Davidson O, Dawson J (2002): Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness. Randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry* 181:513–519.
- Rixe J, Neumann E, Möller J, Macdonald L, Wrona E, Bender S et al. (2023): Joint crisis plans and crisis cards in inpatient psychiatric treatment – a multicenter randomized controlled trial. *Dtsch Arztebl Int* 120:125–32.
- Ruchlewska A, Wierdsma AI, Kamperman AM, van der Gaag M, Smulders R, Roosenschoon B-J et al. (2014): Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. *PLoS one* 9(3):e91882. DOI: 10.1371/journal.pone.0091882
- Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, van Dorn RA, Wagner HR, Moser LA et al. (2008): Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. *Journal of mental health (Abingdon, England)* 17(3):255–267. DOI: 10.1080/09638230802052195
- Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C et al. (2013): Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)* 381(9878):1634–1641. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60105-1

### Kapitel 7.7

- Rampling J, Furtado V, Winsper C, Marwaha S, Lucca G, Livanou M et al. (2016): Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *European psychiatry: The journal of the Association of European Psychiatrists* 34:17–28. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2016.01.2422
- Slamang R, Reisseger A, Winkler H, de Girolamo G, Carrà G, Crocarno C et al. (2021): A Systematic Review of Non-pharmacological Strategies to Reduce the Risk of Violence in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders in Forensic Settings. *Front Psychiatry* 12:618860. doi: 10.3389/fpsy.2021.618860

## Kapitel 8

### Kapitel 8.1

- Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J, Caldas-de-Almeida JM, Eaton J, Gureje O et al. (2021): Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: umbrella review of randomised evidence. *The British journal of psychiatry* 218(4):185–195. https://doi.org/10.1192/bjp.2020.144
- Dike CC, Lamb-Pagone J, Howe D, Beavers P, Bugella BA, Hillbrand M (2021): Implementing a program to reduce restraint and seclusion utilization in a public-sector hospital: Clinical innovations, preliminary findings, and lessons learned. *Psychological services* 18(4):663–670. https://doi.org/10.1037/ser0000502

- Guzman-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., Huizing, E., Bono Del Trigo, A., Villagrán, J. M., García-Sánchez, J. A., & Mayoral-Cleries, F. (2021). A regional multicomponent intervention for mechanical restraint reduction in acute psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 28(2), 197–207. <https://doi.org/10.1111/jpm.12669>
- Hirsch S, Steinert T (2019): Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy. *Deutsches Arzteblatt international* 116(19):336–343. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0336>
- Knigge G, Oeltjen L-K, Schulz M et al. (2025): Deeskalation in Kriseneinsätzen – Trialogische Schulungen als Schlüssel zur besseren Zusammenarbeit. Kerbe 1.
- McDonnell AA, O’Shea MC, Bews-Pugh SJ, McAulliffe H, Deveau R (2023): Staff training in physical interventions: a literature review. *Frontiers in psychiatry* 14:1129039. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1129039>
- Needham I, Abderhalden C, Halfen, RJG, Dassen T, Haug HJ, Fischer JE (2005a): The effect of a training course in aggression management on mental health nurses’ perceptions of aggression: a cluster randomised controlled trial. *International journal of nursing studies* 42(6):649–655. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2004.10.003
- Phillips D, Rudestam KE (1995): Effect of nonviolent self-defense training on male psychiatric staff members’ aggression and fear. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 46(2):164–168. DOI: 10.1176/ps.46.2.164
- Price O, Baker J, Bee P, Lovell K (2015): Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *The British journal of psychiatry* 206(6):447–455. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.144576
- Rentala S, Thimmajja SG, Bevoor P, Nanjegowda RB (2021): Nurses’ knowledge, attitude and practices on use of restraints at State Mental health care setting: An impact of in-service education programme. *Investigacion y educacion en enfermeria* 39(1):e12. doi: 10.17533/udea.iee.v39n1e12
- Ye J, Xiao A, Yu L, Guo J, Lei H, Wei H et al. (2018): Staff Training Reduces the Use of Physical Restraint in Mental Health Service, Evidence-based Reflection for China. *Archives of psychiatric nursing* 32(3):488–494. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.028>
- (Washington, D.C.) 75(1):64–71. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100538>
- Baumgardt J, Jäckel D, Helber-Böhlen H et al. (2019): Preventing and Reducing Coercive Measures – An Evaluation of the Implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany. *Frontiers in psychiatry* 10:340. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00340>
- Blair EW, Woolley S, Szarek BL et al. (2017): Reduction of Seclusion and Restraint in an Inpatient Psychiatric Setting: A Pilot Study. *The Psychiatric quarterly* 88(1):1–7. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9428-0>
- Brathovde A (2021): Improving the Standard of Care in the Management of Agitation in the Acute Psychiatric Setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 27(3): 251–258. <https://doi.org/10.1177/1078390320915988>
- Czernin K, Bermpohl F, Heinz A, Wullschlegler A, Mahler L (2020): Auswirkungen der Etablierung des psychiatrischen Behandlungskonzepts „Weddinger Modell“ auf mechanische Zwangsmaßnahmen. *Psychiatrische Praxis* 47(5):242–248. <https://doi.org/10.1055/a-1116-0720>
- Duxbury J, Baker J, Downe S et al. (2019): Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme (‘REsTRAIN YOURSELF’). *International journal of nursing studies* 95:40–48. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.016>
- Fletcher J, Spittal M, Brophy L et al. (2017): Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International journal of mental health nursing* 26(5):461–471. <https://doi.org/10.1111/inm.12380>
- Florisse EJR, Delespaul PAEG (2020): Monitoring risk assessment on an acute psychiatric ward: Effects on aggression, seclusion and nurse behaviour. *PLoS one* 15(10): e0240163. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240163>
- Goulet M-H, Larue C, Lemieux AJ (2018): A pilot study of “post-seclusion and/or restraint review” intervention with patients and staff in a mental health setting. *Perspectives in psychiatric care* 54(2):212–220. <https://doi.org/10.1111/ppc.12225>
- Griffin E (2022): Seclusion Reduction on an Adult Inpatient Psychiatric Unit: A Quality Improvement Project. *J psychosoc Nur Ment Health Serv* 60(6):27–32. doi: 10.3928/02793695-20211118-05
- Haines-Delmont A, Goodall K, Duxbury J, Tsang A (2022): An Evaluation of the Implementation of a “No Force First” Informed Organisational Guide to Reduce Physical Restraint in Mental Health and Learning Disability Inpatient Settings in the UK. *Front Psychiatry* 13:749615. doi: 10.3389/fpsy.2022.749615
- Harpøth A, Kennedy H, Terkildsen MD, Nørreremark B, Carlsen AH, Sørensen LU (2022): Do improved structural surroundings reduce restrictive practices in psychiatry? *Int J Ment Health Syst* 16:53. DOI: 10.1186/s13033-022-00562-7
- Harrington A, Darke H, Ennis G, Sundram S (2019): Evaluation of an alternative model for the management of clinical risk in an adult acute psychiatric inpatient unit. *Int J Ment Health Nurs* 28(5):1099–1109. doi: 10.1111/inm.12621
- Havilla S, Alanazi FK, Boon B, Patton D, Ho Y-C, Molloy L (2024): Exploring the impact of a multilevel intervention focused on reducing the practices of seclusion and restraint in acute mental health units in an Australian mental health service. *Int J Ment Health Nurs* 33(2):442–451. doi: 10.1111/inm.13255

## Kapitel 8.2

- Bergk J, Flammer E, Steinert T (2009): Ratings of coercive interventions by inpatients and staff in Germany. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 60(10):1401. author reply 1401-2. DOI: 10.1176/ps.2009.60.10.1401
- Huf G, Coutinho ESF, Adams CE (2012): Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): a randomized trial. *Psychological medicine* 42(11):2265–2273. DOI: 10.1017/S0033291712000372

## Kapitel 8.3

- Andersen C, Kolmos A, Andersen K, Sippel V, Stenager E (2017): Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: a case control study. *Nord J Psychiatry* 71:525–528. doi: 10.1080/08039488.2017.1346142
- Atdjian S, Huckshorn KA (2024): Toward the Cessation of Seclusion and Mechanical Restraint Use in Psychiatric Hospitals: A Call for Regulatory Action. *Psychiatric services*

- Hernandez A, Riahi S, Stuckey MI, Mildon BA, Klassen PE (2017): Multidimensional approach to restraint minimization: The journey of a specialized mental health organization. *Int J Ment Health Nurs* 26(5):482-490. doi: 10.1111/inm.12379
- Hirsch S, Baumgardt J, Bechdorf A et al. (2025): Umsetzung der DGPPN-S3-Leitlinie zur Prävention von Gewalt und Zwang: Prä-post-Analyse der randomisierten kontrollierten PreVCo-Studie. *Psychiatrische Praxis*, 52(3):141–149. <https://doi.org/10.1055/a-2440-8795>
- Hvidhjelm J, Brandt-Christensen M, Delcomyn C, Møllerhøj J, Siersma V, Bak J (2022): Effects of Implementing the Short-Term Assessment of Risk and Treatability for Mechanical Restraint in a Forensic Male Population: A Stepped-Wedge, Cluster-Randomized Design. *Frontiers in psychiatry* 13: 822295. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.822295>
- Korezelidou A, Welte A, Oster A, Mahler L (2025): Overcoming the lack of alternatives – Changes in the use of coercive measures after implementation of the recovery-oriented “Weddinger Modell” in acute psychiatric care. *Journal of psychiatric research* 181:405–410. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.11.032>
- Lickiewicz J, Adamczyk N, Paulsen Hughes P, Jagielski P, Stawarz B, Makara-Studzińska M (2021): Reducing aggression in psychiatric wards using Safewards – A Polish study. *Perspectives in psychiatric care* 57(1):50–55. <https://doi.org/10.1111/ppc.12523>
- Lloyd C, King R, Machingura T (2014): An investigation into the effectiveness of sensory modulation in reducing seclusion within a acute mental health unit. *Advances in Mental Health* 12:93–100.
- Lombardo C, Van Bortel T, Wagner AP et al. (2018): PROGRESS: the PROMISE governance framework to decrease coercion in mental healthcare. *BMJ open quality* 7(3): e000332. <https://doi.org/10.1136/bmj-2018-000332>
- Lykke J, Austin SF, Morch MM (2008): Cognitive milieu therapy and restraint within dual diagnosis populations. *Ugeskrift for læger* 170(5):339–343.
- Manning T, Bell SB, Dawson D, Kezbers K, Crockett M, Gleason O (2022): The Utilization of a Rapid Agitation Scale and Treatment Protocol for Patient and Staff Safety in an Inpatient Psychiatric Setting. *The Psychiatric quarterly* 93(3):915–933. <https://doi.org/10.1007/s11126-022-10001-y>
- Odgaard AS, Kragh M, Roj Larsen E (2018): The impact of modified mania assessment scale (MAS-M) implementation on the use of mechanical restraint in psychiatric units. *Nordic journal of psychiatry* 72(8):549–555. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1490816>
- Phillips D, Rudestam KE (1995): Effect of nonviolent self-defense training on male psychiatric staff members' aggression and fear. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 46(2):164–168. DOI: 10.1176/ps.46.2.164
- Prescott DL, Madden LM, Dennis M, Tisher P, Wingate C (2007): Reducing mechanical restraints in acute psychiatric care settings using rapid response teams. *The journal of behavioral health services & research* 34(1):96–105. DOI: 10.1007/s11414-006-9036-0
- Rowsell KA, Akinbola A, Hancock M, Nyambayo T, Jackson Z, Hunt DF (2024): Reducing use of seclusion on a male medium secure forensic ward. *BMJ open quality* 13(1):e002576. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-002576>
- Steinert T, Baumgardt J, Bechdorf A et al. (2023): Implementation of guidelines on prevention of coercion and violence (PreVCo) in psychiatry: a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet regional health. Europe* 35: 100770. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100770>
- Stensgaard L, Kreutzmann Andersen M, Nordentoft M, Hjorthøj C (2018): Implementation of the safewards model to reduce the use of coercive measures in adult psychiatric inpatient units: An interrupted time-series analysis. *Journal of psychiatric research* 105:147–152. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.026>
- Teitelbaum A, Volpo S, Paran R, Zislin J, Drumer D, Raskin S et al. (2007): Multisensory environmental intervention (snoezelen) as a preventive alternative to seclusion and restraint in closed psychiatric wards. *Harefuah* 146(1):11–4, 79–80.
- Whitecross F, Seear A, Lee S (2013): Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *International journal of mental health nursing* 22(6):512–521. DOI: 10.1111/inm.12023

## Kapitel 8.5

- Alshayeb H, Showkat A, Wall BM (2010): Lactic acidosis in restrained cocaine intoxicated patients. *Tennessee medicine: journal of the Tennessee Medical Association* 103(10):37–39.
- Barnett R, Green M, Price W, Stirling C (2019): An Investigation into the Physiological and Psychological Impact of Supine and Side Lying Physical Restraint Techniques. *J Emerg Med Care* 2(1):103.
- Hall C, Votova K, Heyd C, Walker M, MacDonald S, Eramion D et al. (2015): Restraint in police use of force events: examining sudden in custody death for prone and not-prone positions. *Journal of forensic and legal medicine* 31:29–35. DOI: 10.1016/j.jflm.2014.12.007
- Hem E, Steen O, Opjordsmoen S (2001): Thrombosis associated with physical restraints. *Acta psychiatrica Scandinavica* 103(1):73–5, discussion 75–6.
- Ho JD, Dawes DM, Moore JC, Caroon LV, Miner JR (2011): Effect of position and weight force on inferior vena cava diameter – implications for arrest-related death. *Forensic science international* 212(1–3):256–259. DOI: 10.1016/j.forsciint.2011.07.001
- Masters KJ, Wandless D (2005): Use of pulse oximetry during restraint episodes. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 56(10):1313–1314. DOI: 10.1176/appi.ps.56.10.1313
- Michalewicz BA, Chan TC, Vilke GM, Levy SS, Neuman TS, Kolkhorst FW (2007): Ventilatory and metabolic demands during aggressive physical restraint in healthy adults. *J Forensic Sci* 52(1):171–5. doi: 10.1111/j.1556-4029.2006.00296.x
- Mohr WK, Petti TA, Mohr BD (2003): Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 48(5):330–337. DOI: 10.1177/070674370304800509
- Morrison A, Sadler D (2001): Death of a psychiatric patient during physical restraint. *Excited delirium—a case report. Medicine, science, and the law* 41(1):46–50. DOI: 10.1177/002580240104100109
- Mueser KT, Essock SM, Haines M, Wolfe R, Xie H (2004a): Posttraumatic stress disorder, supported employment, and outcomes in people with severe mental illness. *CNS spectrums* 9(12):913–925.
- Nissen T, Rorvik P, Haugslett L, Wynn R (2013): Physical restraint and near death of a psychiatric patient. *Journal of forensic sciences* 58(1):259–262. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2012.02290.x

- Parkes J (2008): Sudden death during restraint: do some positions affect lung function? *Medicine, science, and the law* 48(2):137–141. DOI: 10.1258/rsmsl.48.2.137
- Paterson B, Bradley P, Stark C, Saddler D, Leadbetter D, Allen D (2003): Deaths associated with restraint use in health and social care in the UK. The results of a preliminary survey. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 10(1):3–15. DOI: 10.7748/mhp2003.06.6.9.10.c1763
- Savaser DJ, Campbell C, Castillo EM, Vilke GM, Sloane C, Neuman T et al. (2013): The effect of the prone maximal restraint position with and without weight force on cardiac output and other hemodynamic measures. *Journal of forensic and legal medicine* 20(8):991–995. DOI: 10.1016/j.jflm.2013.08.006
- Sloane C, Chan TC, Kolkhorst F, Neuman T, Castillo EM, Vilke GM (2014): Evaluation of the ventilatory effects of the prone maximum restraint (PMR) position on obese human subjects. *Forensic science international* 237:86–89. DOI: 10.1016/j.forsciint.2014.01.017
- Zun LS (2003): A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *The Journal of emergency medicine* 24(2):119–124.
- Ostinelli EG, Brooke-Powney MJ, Li X, Adams CE (2017): Haloperidol for psychosis induced aggression or agitation (rapid tranquillisation): *Cochrane Database Syst Rev* 7: CD009377.
- Ostinelli EG, Hussein M, Ahmed U, Rehman FU, Miramontes K, Adams CE (2018): Risperidone for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation): *Cochrane Database Syst Rev* 4(4):CD009412. DOI: 10.1002/14651858
- Ostinelli EG, Jajawi S, Spyridi S, Sayal K, Jayaram MB (2018): Aripiprazole (intramuscular) for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation): *Cochrane Database Syst Rev* 1(1):CD008074. DOI: 10.1002/14651858.CD008074
- Paris G, Bighelli I, Deste G, Siafis S, Schneider-Thoma J, Zhu Y, Leucht S (2021): Short-acting intramuscular second-generation antipsychotic drugs for acutely agitated patients with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and network meta-analysis. *Schizophrenia Research* 229:3–11.
- Wilson MP, MacDonald K, Vilke GM, Feifel D (2012): A comparison of the safety of olanzapine and haloperidol in combination with benzodiazepines in emergency department patients with acute agitation. *The Journal of emergency medicine* 43(5):790–797. DOI: 10.1016/j.jemermed.2011.01.024
- Zaman H, Sampson SJ, Beck AL, Sharma T, Clay FJ, Spyridi S et al. (2017): Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation: *Cochrane Database Syst Rev* 12(12):CD003079. DOI: 10.1002/14651858.CD003079.pub4

## Kapitel 9

### Kapitel 9.1

- Allen MH, Feifel D, Lesem MD, Zimbrow DL, Ross R, Munzar P et al. (2011): Efficacy and safety of loxapine for inhalation in the treatment of agitation in patients with schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry* 72(10):1313–1321. DOI: 10.4088/JCP.10m06011yel
- Bak M, Weltens I, Bervoets C, De Fruyt J, Samochowiec J, Fiorillo A et al. (2019): The pharmacological management of agitated and aggressive behaviour: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry* 57:78–100. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2019.01.014
- Huf G, Alexander J, Gandhi P, Allen MH (2016): Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression. *Cochrane Database Syst Rev*. 11(11):CD005146. doi: 10.1002/14651858.CD005146.pub3.
- Kishi T, Matsunaga S, Iwata N (2015): Intramuscular olanzapine for agitated patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of psychiatric research* 68:198–209. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2015.07.005
- Kwentus J, Riesenberger RA, Marandi M, Manning RA, Allen MH, Fishman RS et al. (2012): Rapid acute treatment of agitation in patients with bipolar I disorder: a multicenter, randomized, placebo-controlled clinical trial with inhaled loxapine. *Bipolar disorders* 14(1):31–40. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2011.00975.x
- Lesem MD, Tran-Johnson TK, Riesenberger RA, Feifel D, Allen MH, Fishman R et al. (2011): Rapid acute treatment of agitation in individuals with schizophrenia: multicentre, randomised, placebo-controlled study of inhaled loxapine. *The British journal of psychiatry* 198(1):51–58. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.081513
- Marder SR, Sorsaburu S, Dunayevich E, Karagianis JL, Dawe IC, Falk DM et al. (2010): Case reports of postmarketing adverse event experiences with olanzapine intramuscular treatment in patients with agitation. *The Journal of clinical psychiatry* 71(4): 433–441. DOI: 10.4088/JCP.08m04411gry

### Kapitel 9.2

- Baldaçara L, Sanches M, Cordeiro DC, Jackowski AP (2011). Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. *Braz J Psychiatry*. 33(1):30-9. doi: 10.1590/s1516-44462011000100008. PMID: 21537720.
- Banerjee S (2009): The use of antipsychotic medication for people with dementia: time for action. A report for the Minister of State for Care Services by Professor Sube Banerjee. <http://psychrights.org/research/digest/nlps/banerjeerepo rtongeriaticneurolepticuse.pdf>
- Brown D, Larkin F, Sengupta S, Romero-Ureclay JL, Ross CC, Gupta N et al. (2014): Clozapine: an effective treatment for seriously violent and psychopathic men with antisocial personality disorder in a UK high-security hospital. *CNS spectrums* 19(5):391–402. DOI: 10.1017/S1092852914000157
- Caspi N, Modai I, Barak P, Waisbourd A, Zbarsky H, Hirschmann S et al. (2001): Pindolol augmentation in aggressive schizophrenic patients: a double-blind crossover randomized study. *International clinical psychopharmacology* 16(2):111–115.
- Declercq T, Petrovic M, Azermai M, Vander Stichele R, De Sutter AIM, van Driel ML et al. (2013): Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *The Cochrane database of systematic reviews* (3):CD007726. DOI: 10.1002/14651858.CD007726.pub2
- DGN e. V. & DGPPN e. V. (Hrsg.) (2025): S3-Leitlinie Demenzen Living Guideline – Langfassung, Version 5.2. <https://register.awmf.org/assets/guidelines/038->

013I\_S3\_Demenzen\_2025-07.pdf (Letzter Aufruf 23.02.2026)

- Faden J, Citrome L (2024): A systematic review of clozapine for aggression and violence in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 268:265–281. DOI: 10.1016/j.schres.2023.11.008
- Fazel S, Zetterqvist J, Larsson H, Langstrom N, Lichtenstein P (2014): Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *Lancet (London, England)* 384(9949):1206–1214. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60379-2
- Frogley C, Taylor D, Dickens G, Picchioni M (2012): A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. *The international journal of neuropsychopharmacology* 15(9):1351–1371. DOI: 10.1017/S146114571100201X
- Gallagher D, Herrmann N (2014): Antiepileptic drugs for the treatment of agitation and aggression in dementia: do they have a place in therapy? *Drugs* 74(15):1747–1755. DOI: 10.1007/s40265-014-0293-6
- Gillies D, Sampson S, Beck A, Rathbone J (2013): Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. *The Cochrane database of systematic reviews* (4): CD003079. DOI: 10.1002/14651858.CD003079.pub3
- Guinchat V, Cravero C, Diaz L, Périse D, Xavier J, Amiet C et al. (2015): Acute behavioral crises in psychiatric inpatients with autism spectrum disorder (ASD): recognition of concomitant medical or non-ASD psychiatric conditions predicts enhanced improvement. *Res Dev Disabil*. 38:242-55. doi: 10.1016/j.ridd.2014.12.020.
- Hassler F, Reis O (2010): Pharmacotherapy of disruptive behavior in mentally retarded subjects: A review of the current literature. *Developmental disabilities research reviews* 16(3):265–272. DOI: 10.1002/ddrr.119
- Honglin W (2005): Combination of magnesium valproate and anti-psychotics in aggressive behaviors of schizophrenics [J]. *Journal of Clinical Psychosomatic Diseases* 1:2.
- Hotham JE, Simpson PJD, Brooman-White RS, Basu A, Ross CC, Humphreys SA et al. (2014): Augmentation of clozapine with amisulpride: an effective therapeutic strategy for violent treatment-resistant schizophrenia patients in a UK high-security hospital. *CNS spectrums* 19(5):403–410. DOI: 10.1017/S1092852913000874
- Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D (2011): Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 343: d4065. DOI: 10.1136/bmj.d4065
- Iffland M, Livingstone N, Jorgensen M, Hazell P, Gillies D (2023): Pharmacological intervention for irritability, aggression, and self-injury in autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database Syst Rev* 10(10):CD011769. DOI: 10.1002/14651858.CD011769
- Im DS (2016): Template to Perpetrate: An Update on Violence in Autism Spectrum Disorder. *Harvard review of psychiatry* 24(1):14–35. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000087
- Khalifa N, Duggan C, Stoffers J, Huband N, Vollm BA, Ferriter M et al. (2010): Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews* (8):CD007667. DOI: 10.1002/14651858.CD007667.pub2
- Leucht S, Helfer B, Dold M, Kissling W, McGrath J (2014): Carbamazepine for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews* (5):CD001258. DOI: 10.1002/14651858.CD001258.pub3
- Lopez OL, Becker JT, Chang Y-F, Sweet RA, Aizenstein H, Snitz B et al. (2013): The longterm effects of conventional and atypical antipsychotics in patients with probable Alzheimer's disease. *The American journal of psychiatry* 170(9):1051–1058. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12081046
- Luaute J, Plantier D, Wiart L, Tell L (2016): Care management of the agitation or aggressiveness crisis in patients with TBI. *Systematic review of the literature and practice recommendations. Annals of physical and rehabilitation medicine* 59(1):58–67. DOI: 10.1016/j.rehab.2015.11.001
- Maher AR, Maglione M, Bagley S, Suttrop M, Hu J-H, Ewing B et al. (2011): Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 306(12):1359–1369. DOI: 10.1001/jama.2011.1360
- Maoz G, Stein D, Meged S, Kurzman L, Levine J, Valevski A et al. (2000): The antiaggressive action of combined haloperidol-propranolol treatment in schizophrenia. *European psychologist* 5(4):312.
- Meyer JM (2014): A rational approach to employing high plasma levels of antipsychotics for violence associated with schizophrenia: case vignettes. *CNS spectrums* 19(5):432–438. DOI: 10.1017/S1092852914000236
- Morrissette DA, Stahl SM (2014): Treating the violent patient with psychosis or impulsivity utilizing antipsychotic polypharmacy and high-dose monotherapy. *CNS spectrums* 19(5):439–448. DOI: 10.1017/S1092852914000388
- Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Pereira Ribeiro J, Kongerslev MT, Völlm BA, Mattivi JT et al. (2022): Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 11(11): CD012956. DOI: 10.1002/14651858
- Swanson JW, Swartz MS, van Dorn RA, Volavka J, Monahan J, Stroup TS et al. (2008): Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. *The British journal of psychiatry* 193(1):37–43. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.042630
- Wahlbeck K, Cheine MV, Gilbody S, Ahonen J (2000): Efficacy of beta-blocker supplementation for schizophrenia: a systematic review of randomized trials. *Schizophrenia research* 41(2):341–347.
- Wang G, Huang H, Wang Y, Yang Y, Li C, Luo S et al. (2024): A randomized, prospective, active-controlled study comparing intramuscular long-acting paliperidone palmitate versus oral antipsychotics in patients with schizophrenia at risk of violent behavior. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 8(129):110897.
- Wang Y, Xia J, Helfer B, Li C, Leucht S (2016): Valproate for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews* 11:CD004028. DOI: 10.1002/14651858.CD004028.pub4
- Witt K, van Dorn R, Fazel S (2013): Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS one* 8(2):e55942. DOI: 10.1371/journal.pone.0055942

Versionsnummer:	3.0
Erstveröffentlichung:	08-2009
Letzte inhaltliche Überarbeitung:	02.03.2026
Nächste Überprüfung geplant:	01.03.2031

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

**Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online**