

1 Einführung

Menschen mit psychischen Störungen haben genauso wie Menschen mit körperlichen Erkrankungen grundsätzlich das Recht, selbst zu entscheiden, ob sie sich medizinisch behandeln lassen möchten oder nicht. Dies gilt prinzipiell auch in Situationen, in denen eine psychiatrische Behandlung als medizinisch indiziert anzusehen ist, d.h. Ärzte¹ oder Mitglieder anderer Gesundheitsprofessionen einem Patienten dazu raten, sich in eine psychiatrische Behandlung zu begeben.

Gleichwohl sieht das deutsche Recht sowohl auf der Ebene des Betreuungsrechts (Bundesgesetz) als auch des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW) (Landesgesetz) unter ganz bestimmten und engen rechtlichen Voraussetzungen eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und ggf. auch weitergehende freiheitsentziehende Maßnahmen (feM) oder eine medizinische Behandlung gegen den Willen eines Patienten vor. Zwar befindet sich die weit überwiegende Zahl von Patienten mit psychischen Störungen freiwillig in einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung, jedoch erfolgen deutschlandweit ca. 5 % aller Aufnahmen unfreiwillig auf der Grundlage des Betreuungsrechts und ca. 6 % unfreiwillig auf der Grundlage der Psychisch-Kranken-Gesetze/Unterbringungsgesetze der Länder (Steinert et al. 2014). In absoluten Zahlen sind in den letzten Jahren sowohl die Unterbringungen nach Betreuungsrecht (Valdes-Stauber et al. 2012) als auch die Unterbringungen nach dem PsychKG (Juckel und Haußleiter 2015) angestiegen.

Für die Mitarbeiter eines psychiatrischen Krankenhauses bedeutet dies, dass sie regelmäßig mit Situationen konfrontiert sind, in denen die Durchführung einer feM oder Zwangsbehandlung zur Diskussion steht oder gar vollzogen werden muss. Dabei geraten sie häufig in schwierige Abwägungsprozesse zwischen Sicherheits- und Freiheitsinteressen und werden mit unterschiedlichen Erwartungen verschiedener Akteure (Patienten, Angehörige, Polizei, Gerichte, rechtliche Betreuer u.v.m.) konfrontiert.

Ausgehend von mehreren höchstrichterlichen Entscheidungen in den letzten Jahren hat sich zuletzt eine intensive interdisziplinäre Debatte darüber entwickelt, wie die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie juristisch und ethisch legitimiert werden kann und welche medizinischen Aspekte dabei zu berücksich-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit benutzen wir im LWL-Standard die generische maskuline Form, sofern wir uns nicht explizit auf geschlechtsspezifische Aspekte beziehen.

tigen sind (u.a. Henking und Vollmann 2015). Angesichts der Tatsache, dass es sich bei Zwangsmaßnahmen und -behandlungen um schwere Grundrechtseingriffe handelt, herrscht über Disziplingrenzen hinweg Einigkeit darüber, dass ein zentrales Ziel darin bestehen muss, Maßnahmen gegen den Patientenwillen weitmöglichst zu vermeiden und mildere Alternativen zu entwickeln und einzusetzen (ZEKO 2013a; DGPPN 2014). Ärzten und Mitgliedern anderer Gesundheitsprofessionen kommt dabei trotz der Vielzahl an rechtlichen Vorgaben ein Entscheidungs- und Handlungsspielraum zu, den es in der klinischen Praxis verantwortungsvoll und ethisch begründet auszufüllen gilt (Bruns et al. 2015).

Nationale und internationale Studien zeigen, dass sich einzelne Kliniken in der Art und Häufigkeit von angewendeten Zwangsmaßnahmen und -behandlungen erheblich unterscheiden (Martin et al. 2007a; Raboch et al. 2010; Lay et al. 2011; Jacobsen 2012; Brieger et al. 2014; Steinert et al. 2014; Bruns und Henking 2015). Aus ethischer Perspektive ist dieser Befund als problematisch einzustufen, da die Wahrscheinlichkeit für einen Patienten, einer feM oder Zwangsbehandlung unterworfen zu werden, nicht davon abhängen darf, wo er sich gerade aufhält bzw. in welcher Klinik oder nach welcher Rechtsgrundlage er untergebracht ist. Einzelne Kliniken und Krankenhausträger sind daher aufgerufen, entsprechende Strukturen zu schaffen, die eine ethisch, rechtlich und medizinisch legitimierte Entscheidung für oder gegen Maßnahmen gegen den Patientenwillen ermöglichen und zu einer weitmöglichen Reduktion von Zwang in der Psychiatrie beitragen (Department of Health 2015).

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) hat im Jahr 2015 im Rahmen des Aktionsplans „Inklusion“ das am Bochumer LWL-Universitätsklinikum angesiedelte LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit beauftragt, einen LWL-Standard für die Vermeidung, Anwendung und Dokumentaton von freiheitsentziehenden Maßnahmen (feM) und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie zu erarbeiten. Die vorliegenden Empfehlungen bilden das Resultat dieses Projekts und richten sich an Mitarbeiter aller an der Behandlung von psychisch kranken Patienten beteiligten Berufsgruppen innerhalb des LWL.

Das Dokument gliedert sich in „Definitionen“, „rechtliche Vorgaben“ (im Text hellgrau unterlegt), „LWL-Standard“ (im Text dunkelgrau unterlegt) sowie „Zusätzliche Informationen und Erläuterungen“. Die als „LWL-Standard“ ausgewiesenen Abschnitte umfassen diejenigen Themenbereiche, die rechtlich nicht geregelt, jedoch innerhalb des LWL konsentiert worden sind. Sie sind grundsätzlich wie die rechtlichen Vorgaben als verbindlich zu betrachten.

Der LWL-Standard zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen (feM) und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie gilt für die Kliniken des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen (Erwachsenenpsychiatrie). Für die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken sowie für die

LWL-Wohnverbünde und LWL-Pflegezentren im LWL-PsychiatrieVerbund hat der LWL-Standard zunächst empfehlenden Charakter.

Die LWL-Maßregelvollzugseinrichtungen sowie die integrierte Versorgung von Maßregelvollzugspatienten in den Kliniken des LWL-PsychiatrieVerbundes sind von diesem Standard ausgenommen. Hier gelten die besonderen Regelungen zu Zwangs- und Sicherungsmaßnahmen nach dem Maßregelvollzugsgesetz NRW.

Das ehemalige Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen hat den Text des LWL-Standards zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen (feM) und Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie freundlicherweise geprüft und noch einige wertvolle Anregungen gegeben, die in den Text eingearbeitet worden sind.

2 Ziele

Die Orientierung an klinikinternen oder trägerübergreifenden Leitlinien bei der Durchführung und Dokumentation von feM und Zwangsbehandlungen wird heutzutage als wichtiges Qualitätsmerkmal in diesem rechtlich komplexen und ethisch sensiblen Bereich angesehen (Steinert und Lepping 2011; Oud und Walter 2012; Steinert und Schmid 2014; Neitzke et al. 2015; SAMW 2015). Vor diesem Hintergrund verfolgt der LWL-Standard die folgenden Ziele:

- **Verbesserung des Mitarbeiterwissens und -handelns unter rechtlichen, ethischen und klinischen Gesichtspunkten**

Damit Mitarbeiter eines psychiatrischen Krankenhauses eine rechtlich und ethisch legitimierte Entscheidung für oder gegen die Durchführung einer feM oder Zwangsbehandlung treffen können, benötigen sie fundierte Kenntnisse über rechtliche Vorgaben einerseits und ethisch relevante Aspekte im Kontext von Zwang in der Psychiatrie andererseits. Daneben müssen sie über entsprechende medizinische bzw. praktische Kenntnisse verfügen, um stets mildere Alternativen prüfen zu können bzw. die Durchführung einer feM oder Zwangsbehandlung so sicher und schonend wie möglich vollziehen zu können. Berufsanfängern soll dieser LWL-Standard eine strukturierte Einarbeitung in die komplexen Sachverhalte auf diesem Themengebiet ermöglichen und Unterstützung bei der klinischen Entscheidungsfindung und beim klinischen Handeln bieten. Mitarbeitern, die schon länger im psychiatrischen Krankenhaus tätig sind, sollen sie dabei helfen, ihr bereits vorhandenes Wissen um neuere rechtliche Vorgaben und wissenschaftliche Erkenntnisse zu ergänzen sowie ihr bisheriges klinisches Handeln kritisch zu reflektieren und ggf. an bestimmten Stellen zu verbessern. Dieser LWL-Standard wird daher jedem Mitarbeiter des LWL, der an der Patientenversorgung beteiligt ist, zur Verfügung gestellt.

- **Einheitliche und lückenlose Dokumentation von feM und Zwangsbehandlungen**

Die weitmögliche Vermeidung von feM und Zwangsbehandlungen stellt einen wichtigen Qualitätsindikator einer guten psychiatrischen Behandlung dar (Steinert et al. 2015). Einer standardisierten Dokumentation durchgeführter feM und Zwangsbehandlungen kommt vor diesem Hintergrund eine zentrale Bedeutung zu. In Deutschland gibt es mit dem „Arbeitskreis Gewaltprä-

vention“ (ebd.; Steinert 2011b²) sowie dem „Arbeitskreis Gewalt und Zwang in der Psychiatrie“ (Ketelsen et al. 2007) zwei Zusammenschlüsse verschiedener psychiatrischer Kliniken, die sich im Sinne eines Benchmarkings das Ziel gesetzt haben, ihre klinische Praxis miteinander zu vergleichen und sich gegenseitig bei der Reduktion von Zwang in der Psychiatrie zu unterstützen. Die einheitliche und lückenlose Dokumentation von feM und Zwangsbehandlungen innerhalb des LWL und eine damit einhergehende wissenschaftliche Begleitforschung durch das LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit sollen dazu beitragen, Transparenz nach außen (d.h. gegenüber Betroffenen und der Öffentlichkeit) herzustellen, Problembereiche zu identifizieren und mit Blick auf die Reduktion von Zwang in der Psychiatrie gegenseitig voneinander zu lernen (vgl. hierzu das Motto des Arbeitskreises Gewaltprävention: „Lernen von den Besten!“; Steinert et al. 2015). Die Identifizierung von Problembereichen stellt dabei eine Voraussetzung für die Entwicklung gezielter Verbesserungsansätze und Präventionsmaßnahmen dar.

- **Zurverfügungstellung von wissenschaftlicher Literatur**

Aufgrund der mit Blick auf ihre Praktikabilität gebotenen Kürze dieses LWL-Standards können nicht alle Aspekte der Thematik vertiefend dargelegt werden. Im Anhang finden sich daher neben der zitierten Literatur weitere Hinweise auf thematisch relevante wissenschaftliche Bücher und Leitlinien. Daneben haben Mitarbeiter des LWL die Möglichkeit, das LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit zu kontaktieren, um Unterstützung bei der Suche nach wissenschaftlichen Aufsätzen zu spezifischen Themenbereichen zu erhalten:

*LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit
Institut für Präventions- und Versorgungsforschung
im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
Alexandrinenstr. 1
44791 Bochum
Telefon: +49 - 234 - 5077 - 4416
E-Mail: forschungsinstitut@lwl.org*

² Weitere Informationen finden sich unter www.arbeitskreis-gewaltpraevention.de (Zugriff: 09.03.2017).

3 Entwicklungsprozess

Bezüglich der Anwendung und Vermeidung von feM und Zwangsbehandlungen gibt es mittlerweile eine umfangreiche wissenschaftliche Literatur. Sowohl national (vgl. beispielweise die Leitlinie der DGPPN „Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie“ aus dem Jahr 2009; gerade im Überarbeitungsprozess) als auch international (vgl. beispielsweise die 2015 aktualisierte britische NICE Guideline „Violence and Aggression. Short-term management in mental health, health and community settings“) (The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists 2015) sind daraus in den letzten Jahren umfangreiche und methodisch fundierte Leitlinien für die klinische Praxis entstanden (ein Überblick findet sich in Oud und Walter 2012). Es wird jedoch auch immer wieder darauf hingewiesen, dass aus forschungsethischen Gründen für bestimmte Interventionen kein hohes Maß an Evidenzbasierung erreicht werden kann, da es z.B. nicht zulässig wäre, im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie bestimmte sichernde Maßnahmen bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung zu Forschungszwecken zu unterlassen. Aus diesem Grund wird bei vielen Aspekten von feM oder Zwangsbehandlungen auf Konsensusempfehlungen („gute klinische Praxis“) zurückgegriffen (Steinert und Lepping 2011; Steinert 2014).

Vor diesem Hintergrund ist für die Erarbeitung dieses LWL-Standards folgendes Vorgehen gewählt worden:

- 1) Erstellung einer Materialsammlung LWL-interner Dokumente zu feM und Zwangsbehandlungen (z.B. Formulare zur Dokumentation, Dienstanweisungen, interne Leitlinien/Empfehlungen) zur Nutzung vorhandener Strukturen und Anknüpfung an etablierte Standards in den LWL-Kliniken.
- 2) Umfangreiche Literaturrecherche über pubmed und google scholar mit dem Ziel, Empfehlungen auf wissenschaftlicher Grundlage zu entwickeln.
- 3) Durchführung zweier eintägiger Workshops mit Landesrat Professor Noeker und den Ärztlichen Direktoren und Pflegedirektoren der LWL-Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie zur ausführlichen Diskussion aller einschlägigen Themenbereiche im Juni und Juli 2016.
- 4) Abschließende Konsensuskonferenzen mit Landesrat Professor Noeker und den Ärztlichen Direktoren und Pflegedirektoren der LWL-Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie zur finalen Abstimmung des LWL-Standards im September und Dezember 2016.
- 5) LWL-Fortbildungstag im März 2017 in Bochum zum Thema „Zwang in der Psychiatrie reduzieren – aktuelle Entwicklungen und Ansätze“ mit Vorstellung des LWL-Standards und Vertiefung in einem Workshop.

4 Unterbringung

4.1 Grundlagen zur Unterbringung

Rechtliche Vorgaben:

Patienten können auf der rechtlichen Grundlage des Betreuungsrechtes im BGB (zivilrechtliche Unterbringung) sowie des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten des Landes Nordrhein-Westfalen (PsychKG; öffentlich-rechtliche Unterbringung) unter bestimmten Voraussetzungen gegen ihren Willen im psychiatrischen Krankenhaus untergebracht werden. Beide rechtlichen Grundlagen werden im Folgenden näher erläutert. Die forensische Unterbringung (§ 126a StPO, § 63 StGB, § 64 StGB) wird hier nicht dargelegt.

Das Betreuungsrecht stellt das Wohl des Betreuten in den Vordergrund, macht dabei aber auch deutlich, dass das Selbstbestimmungsrecht des Betreuten zu achten ist. Das PsychKG ist – wie alle Landesgesetze zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung – historisch im Gefahrenabwehrrecht verortet und regelt daher seit jeher die Abwehr akuter Gefahren (akute Eigen- und/oder Fremdgefährdung). Als „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ regelt es jedoch nicht nur die Unterbringung, sondern auch eine Vielzahl an Hilfestellungen für psychisch kranke Menschen, so zum Beispiel die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste sowie vor- und nachsorgende Hilfen (detailliertere Erläuterungen zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen Betreuungsrecht und öffentlichem Recht finden sich in Henking und Mittag 2015, 39-47).

4.2 Zivilrechtliche Unterbringung nach § 1906 BGB³

4.2.1 Voraussetzungen der Unterbringung

Rechtliche Vorgaben:

§ 1906 BGB:

(1) Die Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil

1. auf Grund einer psychischen oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
2. zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, die Maßnahme ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.

Beachte: Eine akute Fremdgefährdung kann keine Voraussetzung für eine zivilrechtliche Unterbringung sein.

4.2.2 Procedere der Unterbringung

Rechtliche Vorgaben:

Eine zivilrechtliche Unterbringung setzt grundsätzlich das Vorhandensein eines rechtlichen Betreuers/Bevollmächtigten⁴ voraus, der die Genehmigung der Unterbringung formal beantragt. Ein Betreuer hat die Befugnis zur Unterbringung nur dann, wenn er die Aufgabenkreise „Gesundheitsorge“ und „Aufenthaltsbestimmung“ inne hat. Die Unterbringung durch den Betreuer

³ Der komplette Gesetzestext zu § 1906 BGB kann in der → Anlage 2 eingesehen werden.

⁴ Betreuer und Bevollmächtigte sind im Unterbringungsrecht grundsätzlich gleichgestellt (§ 1906 Abs. 5 BGB). Es bedarf einer schriftlichen Vollmacht, die auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation anwendbar ist.

wird durch das Betreuungsgericht genehmigt. Zuvor muss der Betroffene persönlich durch einen Richter angehört und durch einen Facharzt für Psychiatrie oder einen Arzt mit Erfahrungen auf diesem Gebiet nach persönlicher Untersuchung begutachtet worden sein (sog. Sachverständigengutachten). Der die Unterbringung anregende Klinikarzt darf nicht zum Gutachter bestellt werden (Scherr 2015, 64).

Im psychiatrischen Akutkrankenhaus kann es vorkommen, dass eine Unterbringung eilig erfolgen muss, um einen drohenden erheblichen Gesundheitszustand für den Betroffenen abzuwenden. Für solche Situationen ist eine einstweilige Unterbringung möglich. Die unterschiedlichen Konstellationen werden im Folgenden modifiziert nach Henking und Mittag 2015, 56-57, dargestellt:

Konstellation 1: Betreuer bereits bestellt

- Voraussetzungen nach § 331 FamFG: dringende Gründe sprechen für die Annahme, dass die Unterbringungs Voraussetzungen vorliegen; dringendes Bedürfnis für sofortiges Tätigwerden
- ärztliches Attest (kein Gutachten)
- ggf. Bestellen eines Verfahrenspflegers
- richterliche Anhörung

Konstellation 2: Betreuer bereits bestellt, aber nicht erreichbar

- einstweilige Unterbringung kann wegen fehlender Erklärung des Betreuers zunächst nicht genehmigt werden
- § 1846 BGB in Verbindung mit § 1908 i Abs. 1 S. 1 BGB ermöglicht es dem Gericht, „die im Interesse des Betroffenen erforderlichen Maßregeln zu treffen“
- notwendige Erklärung des Betreuers kann durch das Gericht „ersetzt“ werden (§ 334 FamFG), somit auch einstweilige Unterbringung nach § 331 FamF
- Ansonsten analog zu Konstellation 1

Konstellation 3: Betreuer bereits bestellt, Aufgabenkreise nicht ausreichend

- analog zu Konstellation 1 und 2
- Eines ärztlichen Attestes bedarf es nicht, wenn die beabsichtigte Erweiterung des Aufgabenkreises nicht wesentlich oder das letzte Attest nicht älter als 6 Monate (§ 293 Abs. 2 BGB) ist

Konstellation 4: Betreuer noch nicht bestellt

- durch das Gericht kann per einstweiliger Anordnung ein vorläufiger Betreuer bestellt werden (§ 300 FamFG) (Gericht muss durch geeignete Maßnahmen sicherstellen, dass dem Betroffenen ein vorläufiger Betreuer zur Seite gestellt wird, im Zweifel muss die örtliche Betreuungsbehörde selbst die Betreuung als Behördenbetreuer übernehmen)
- ansonsten analog zu Konstellation 1

4.3 Öffentlich-rechtliche Unterbringung nach PsychKG NRW⁵

4.3.1 Voraussetzungen der Unterbringung

Rechtliche Vorgaben:

Abschnitt IV (§§ 10-26) PsychKG regelt die Unterbringung. Voraussetzungen der Unterbringung nach dem PsychKG sind:

§ 11 PsychKG:

- (1) Die Unterbringung Betroffener ist nur zulässig, wenn und solange durch deren krankheitsbedingtes Verhalten gegenwärtig eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer besteht, die nicht anders abgewendet werden kann. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt allein keine Unterbringung.
- (2) Von einer gegenwärtigen Gefahr im Sinne von Absatz 1 ist dann auszugehen, wenn ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt zwar unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist.

§ 12 PsychKG:

- (1) Die Unterbringung wird auf Antrag der örtlichen Ordnungsbehörde im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst vom zuständigen Amtsgericht angeordnet.

⁵ Der komplette Gesetzestext findet sich unter https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000086. (Zugriff: 09.03.2017). Die Paragraphen 18, 20 und 24 können in der → Anlage 3 eingesehen werden.

- (2) Dem Antrag ist ein den §§ 321 und 331 FamFG, bei Minderjährigen in Verbindung mit §§ 167 Absatz 1 und 6 sowie 151 Nummer 7 FamFG entsprechendes ärztliches Zeugnis beizufügen.
- (3) Antragstellung und Unterbringung sind von der örtlichen Ordnungsbehörde zu dokumentieren und dem Sozialpsychiatrischen Dienst der unteren Gesundheitsbehörde unverzüglich mitzuteilen.

Beachte: Voraussetzung für eine Unterbringung nach dem PsychKG ist demnach das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, die mit einer gegenwärtigen erheblichen Eigen- und/oder Fremdgefährdung einhergeht, welche nicht anders (z.B. durch eine ambulante Therapie oder eine freiwillige stationäre Behandlung) abzuwenden ist. Zu den bedeutenden Rechtsgütern anderer zählt neben dem Rechtsgut Gesundheit auch das Rechtsgut Eigentum.

4.3.2 Procedere der Unterbringung

Rechtliche Vorgaben:

§ 14 PsychKG: Sofortige Unterbringung

- (1) ¹ Ist bei Gefahr im Verzug eine sofortige Unterbringung notwendig, kann die örtliche Ordnungsbehörde die sofortige Unterbringung ohne vorherige gerichtliche Entscheidung vornehmen, wenn ein ärztliches Zeugnis über einen entsprechenden Befund vorliegt, der nicht älter als vom Vortage ist. ² Zeugnisse nach Satz 1 sind grundsätzlich von Ärztinnen oder Ärzten auszustellen, die im Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie weitergebildet oder auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahren sind. ³ Sie haben die Betroffenen persönlich zu untersuchen und die Notwendigkeit einer sofortigen Unterbringung schriftlich zu begründen. ⁴ Will die örtliche Ordnungsbehörde in der Beurteilung der Voraussetzungen für eine sofortige Unterbringung von einem vorgelegten ärztlichen Zeugnis abweichen, hat sie den Sozialpsychiatrischen Dienst der unteren Gesundheitsbehörde zu beteiligen.
- (2) ¹ Nimmt die örtliche Ordnungsbehörde eine sofortige Unterbringung vor, ist sie verpflichtet, unverzüglich beim zuständigen Amtsgericht einen Antrag auf Unterbringung zu stellen. ² In diesem Antrag ist darzulegen, warum andere Hilfsmaßnahmen nicht ausreichen und eine gerichtliche Entscheidung nicht möglich war. ³ Ist die Unterbringung und deren sofortige Wirksamkeit nicht bis zum Ablauf des auf den Beginn der

sofortigen Unterbringung folgenden Tages durch das Gericht angeordnet, so sind die Betroffenen von der ärztlichen Leitung des Krankenhauses, bei selbstständigen Abteilungen von der fachlich unabhängigen ärztlichen Leitung der Abteilung (ärztliche Leitung), zu entlassen.

§ 16 PsychKG: Rechtsstellung der Betroffenen

- (1) ¹ Die Betroffenen unterliegen nur denjenigen Beschränkungen ihrer Freiheit, die sich zwingend aus dem Zweck der Unterbringung und aus den Anforderungen eines geordneten Zusammenlebens in einem Krankenhaus ergeben. ² Maßnahmen, die die Freiheit der Betroffenen beschränken, sind im Verlauf der Behandlung ständig zu überprüfen und dem Behandlungsfortschritt anzupassen. ³ Der Krankenhausträger hat den täglichen Aufenthalt im Freien, in der Regel für mindestens eine Stunde, zu ermöglichen.
- (2) ¹ Eingriffe in die Rechte Betroffener sind schriftlich festzuhalten und zu begründen. ² Diese Unterlagen können Betroffene, ihre rechtlichen Vertretungen sowie die für die Betroffenen bestellten Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger oder ihre Verfahrensbevollmächtigten einsehen. § 9 des Gesundheitsdatenschutzgesetzes vom 22. Februar 1994 (GV. NRW. S. 84), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. Februar 2016 (GV. NRW. S. 94) geändert worden ist, bleibt unberührt.
- (3) Die Betroffenen sind darin zu unterstützen, notwendige Maßnahmen für ihre Familien und hilfsbedürftigen Angehörigen sowie ihre Vermögensangelegenheiten zu veranlassen.

§ 17 PsychKG: Aufnahme, Eingangsuntersuchung und Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung

- (1) Das Krankenhaus unterrichtet die Betroffenen bei der Aufnahme mündlich und schriftlich über ihre Rechte und Pflichten. Weiterhin unterrichtet es die Betroffenen über den richterlichen Beschluss zur Unterbringung, sobald dieser dort vorliegt.
- (2) Über die Aufnahme der Betroffenen benachrichtigt das Krankenhaus unverzüglich die Verfahrensbevollmächtigten, die rechtliche Vertretung und eine Person ihres Vertrauens. Gleiches gilt für den Termin zur richterlichen Anhörung. Absatz 1 gilt für die in Satz 1 genannten Personen entsprechend.
- (3) Nach der Aufnahme sind die Betroffenen sofort ärztlich zu untersuchen. Es ist sicherzustellen, dass die Erforderlichkeit der weiteren Unterbringung grundsätzlich täglich ärztlich überprüft, begründet und dokumentiert wird.

LWL-Standard:

- In jeder Klinik regelt eine interne Verfahrensanweisung den genauen Ablauf der Kontaktaufnahme zu den zuständigen Behörden (insbesondere auch in der Nacht und am Wochenende).
- Vor der Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses, in dem die Notwendigkeit einer Unterbringung konkret zu begründen ist, muss der betroffene Patient durch den ausstellenden Arzt persönlich untersucht worden sein. Der zuständige (diensthabende) Arzt muss – sofern er noch kein Facharzt ist – vor der Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses mit dem zuständigen (Hintergrund-)Oberarzt Rücksprache halten.

Eine Checkliste sowie standardisierte Formulare zur Verwendung im Rahmen einer gesetzlichen Unterbringung nach dem PsychKG finden sich im Anhang (→ s. Anlage 1).

5 Vermeidung und Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen

5.1 Allgemeine Definition von freiheitsentziehenden Maßnahmen

Freiheit entziehend ist jede Maßnahme, durch die einem Patienten gegen seinen Willen die körperliche Bewegungsfreiheit eingeschränkt oder entzogen wird.

Eine feM ist für die betroffene Person ein schwerwiegender Eingriff in das Grundrecht der Freiheit. Gemäß Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 des Grundgesetzes ist die Freiheit der Person unverletzlich. Freiheit der Person im Sinne dieser Vorschrift bedeutet körperliche Bewegungsfreiheit. In diese Freiheit darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden. Die Rechtsgrundlage der Unterbringung der betroffenen Person (PsychKG oder § 1906 BGB) ist unbedingt zu beachten.

Gemäß § 239 Abs. 1 StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer widerrechtlich einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise des Gebrauchs der persönlichen Freiheit beraubt. Die Strafvorschrift schützt die potentielle Fortbewegungsfreiheit (Freiheit zur Ortsveränderung).

Keine feM liegt vor,

- wenn der Patient wirksam in die Maßnahme eingewilligt hat. Voraussetzung dafür ist die Einwilligungsfähigkeit.
- wenn der Patient zu einer Fortbewegung überhaupt nicht in der Lage ist und nicht zu erkennen gibt, dass er mit der Maßnahme nicht einverstanden ist.
- wenn der Patient nicht den Willen hat, seinen Aufenthaltsort zu verlassen oder hierzu körperlich nicht in der Lage ist (Bewusstlosigkeit).

Rechtliche Vorgaben:

Besondere Sicherungsmaßnahmen nach § 20 PsychKG sind

- Beschränkung des Aufenthaltes im Freien
- Unterbringung in einem besonderen Raum
- Festhalten statt Fixierung
- Fixierung in der Form der Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Hilfsmittel

Die vorstehend benannten zulässigen feM nach dem PsychKG sind abschließend geregelt.

Weitere Beispiele für feM sind insbesondere (vgl. Scherr 2015, 78):

- 1:1-Betreuung
- Medikamentengabe mit dem Ziel, die Betroffenen an der Fortbewegung oder am Verlassen der Station oder Einrichtung zu hindern
- Psychiatrisches Intensivbett
- Sonstige Maßnahmen, z.B. Wegnahme von Bewegungs-, Sehhilfen, Kleidung oder persönlichen Gegenständen, um eine Person zu hindern, die Umgebung zu verlassen; Arretieren des Rollstuhls oder Einsatz von Tischbrettern; Festbinden an Stuhl oder Bett; Unterbringen im „Cosy Chair“; Anbringen von Bettgittern; Kombi-fix; Anbringen von Trickschlössern bzw. besonders komplizierten Schließmechanismen.

Diese Aufstellung ist nicht als abschließend zu betrachten. Die Zulässigkeit der jeweiligen feM richtet sich entsprechend der jeweiligen Rechtsgrundlage nach dem Betreuungsrecht oder dem PsychKG.

5.2 Allgemeine Grundsätze

Grundsätzlich können feM in jeder psychiatrischen Notfallsituation, in der es zu einer erheblichen Eigen- oder Fremdgefährdung kommt, erforderlich werden. Dies gilt prinzipiell unabhängig von der zugrundeliegenden psychischen Erkrankung.

Rechtliche Vorgaben:

FeM dürfen nur unter bestimmten Voraussetzungen angewendet werden und bedürfen einer rechtlichen Grundlage:

Betreuungsrecht (§ 1906 Abs. 4) → s. Anlage 2:

Auf der Grundlage des Betreuungsrechts sind FeM zum Eigenschutz des Betroffenen bei erheblicher Eigengefährdung möglich, sofern der rechtliche Betreuer die Einwilligung erteilt. Soll die FeM über einen längeren Zeitraum (d.h. > 24 Stunden) oder regelmäßig wiederkehrend (z.B. immer in der Nacht oder immer bei starker motorischer Unruhe) durchgeführt werden, muss zusätzlich die Genehmigung des Betreuungsgerichts eingeholt werden.

PsychKG (§ 20) → s. Anlage 3:

Auf der Grundlage des PsychKG sind FeM zur Abwendung einer gegenwärtigen erheblichen Selbstgefährdung oder einer gegenwärtigen erheblichen Gefährdung besonderer Rechtsgüter Dritter nur dann zulässig, soweit und solange die Gefahr nicht durch mildere Maßnahmen abgewendet werden kann (§ 20 Abs. 1 PsychKG). Nach dem PsychKG sind ausschließlich eine Beschränkung des Aufenthalts im Freien, eine Unterbringung in einem besonderen Raum, Festhalten statt Fixierung sowie eine Fixierung zulässige FeM. Soll eine Fixierung in der Form der Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Hilfsmittel über einen längeren Zeitraum (d.h. > 24 Stunden) oder sich regelmäßig wiederholend (z.B. immer in der Nacht oder immer bei starker motorischer Unruhe) durchgeführt werden, muss – entsprechend zur Zwangsbehandlung (vgl. Kap. 6) – zusätzlich die Genehmigung des Betreuungsgerichts eingeholt werden (§ 20 Abs. 2 PsychKG; § 18 Abs. 6 PsychKG). Bei Gefahr im Verzug (nicht rechtzeitige Erreichbarkeit einer gerichtlichen Entscheidung) kann eine Fixierung sofort durchgeführt werden. Ein Antrag an das Betreuungsgericht ist unmittelbar nach Fixierungsbeginn zu stellen (§ 20 Abs. 2 PsychKG). Die FeM sind – außer bei Gefahr im Verzug – dem Betroffenen vorher anzukündigen und zu begründen (§ 20 Abs. 3 PsychKG).

Notwehr und rechtfertigender Notstand (§§ 32 und 34 StGB) → s. Anlage 4:
FeM können ausnahmsweise bei Gefahr im Verzug für kurze Zeit unter den Voraussetzungen der Notwehr oder des rechtfertigenden Notstandes zulässig sein. Eine Strafbarkeit der handelnden Person wegen Freiheitsberaubung entfällt dann. Zweck kann nur sein, die Gefahr von sich oder anderen abzuwenden. Entscheidend sind dabei die Umstände des Einzelfalles (Scherr

2015, 24 f.). Die Beantragung einer richterlichen Genehmigung nach den genannten Vorschriften ist unmittelbar nachzuholen, sobald die Situation unter Kontrolle ist (DGPPN 2009).

LWL-Standard:

- Bei der Durchführung jeder feM sind Gender- und Migrationsaspekte zu beachten (DGPPN 2009). Dies bedeutet, dass feM bei Frauen möglichst von Frauen bzw. zumindest unter Anwesenheit von Frauen durchgeführt werden sollten und bei Menschen mit Migrationshintergrund darauf geachtet werden sollte, dass – sofern möglich – Mitarbeiter aus dem entsprechenden Kulturkreis anwesend sind.
- FeM sollten nicht vor den Augen von Mitpatienten oder Besuchern durchgeführt werden (Kallert et al. 2007; SAMW 2015).
- Um eine feM für alle Beteiligten und insbesondere den Patienten sicher und möglichst schonend durchführen zu können, bedarf es ausreichend geschulten Personals (siehe Kap. 5.3). Sofern dieses nicht ohnehin auf der entsprechenden Station anwesend ist, ist – insbesondere im Notfall – eine entsprechende Alarmierungskaskade einzuleiten, die in jeder LWL-Klinik durch eine interne Verfahrensanweisung geregelt ist. Die Alarmierung erfolgt über einen Alarm-Sende-Empfänger, den jeder Mitarbeiter stets bei sich trägt.
- In Situationen, in denen trotz Personalpräsenz eine sichere Durchführung einer feM nicht möglich ist, ist Amtshilfe durch die Polizei anzufordern. Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn ein Patient Mitarbeiter oder Mitpatienten mit Waffen (Messer, Schusswaffe o.Ä.) bedroht, bestimmte Kampfsporttechniken beherrscht oder wenn Ausnahmesituationen wie eine Geiselnahme etc. vorliegen (Walter et al. 2012).

Procedere für die Anordnung und Aufhebung von feM:

Allgemein:

Entscheidungen für oder gegen feM sollten im multiprofessionellen Team (insbesondere Pflege und ärztliches Personal) besprochen werden. Werden feM in Notfall- bzw. Notstandssituationen von der Pflege alleine entschieden und durchgeführt, ist unmittelbar nach Beherrschung der Situation der zuständige Arzt zu kontaktieren, damit dieser die durchgeführte Maßnahme anordnen kann (Kallert et al. 2007; DGPPN 2009; Fogel und Steinert 2012). Die Letztverantwortung für feM liegt beim ärztlichen Personal (ZEKO 2013a).

Ärztliche Anordnung von feM:

- in schriftlicher Form im Krankenhausinformationssystem (KIS)
- nach persönlicher Inaugenscheinnahme des Patienten und eigener Urteilsbildung
- obligate Rücksprache (ggf. telefonisch) mit dem (Hintergrund-)Oberarzt
- Begründung, warum die Maßnahme das mildeste Mittel darstellt
- zeitliche Befristung der gewählten feM

Überprüfung von feM:

- kontinuierliche Überprüfung des Patientenzustandes durch eine qualifizierte Fachkraft
- bei Zustandsveränderungen (Patient hat sich beruhigt, ist eingeschlafen, ist besser absprachefähig etc.) umgehende Kontaktaufnahme mit zuständigem Arzt, insbesondere bei möglicher Aufhebung oder Lockerung der feM
- anlassfreie ärztliche Überprüfung muss alle vier bis sechs Stunden erfolgen (auch in der Nacht) und ist zu dokumentieren
- spätestens nach 12 Stunden dokumentierte Rücksprache mit dem (Hintergrund-)Oberarzt, idealerweise mit persönlicher Inaugenscheinnahme des Patienten durch den (Hintergrund-)Oberarzt

Ärztliche Lockerung/Aufhebung von feM:

- in schriftlicher Form im KIS
- nach persönlicher Inaugenscheinnahme und eigener Urteilsbildung (ggf. auch telefonisch bei ansonsten unverhältnismäßiger Zeitverzögerung)
- bei Konsens zwischen Pflege und Arzt ohne Rücksprache mit dem (Hintergrund-)Oberarzt möglich, bei Dissens Entscheidung durch den (Hintergrund-)Oberarzt

Es ist zu beachten, dass bei der Wahl der konkreten feM die individuelle Patientenpräferenz soweit wie möglich berücksichtigt werden soll. Wenn ein Gespräch mit dem Patienten über seine Präferenzen aktuell nicht möglich ist, kann das Vorhandensein einer Behandlungsvereinbarung in solchen Akutsituationen von großer Hilfe bei der Ermittlung des Patientenwillens sein (vgl. Kap. 8.2).

Personalmangel alleine darf niemals ein Grund für feM sein (Kallert et al. 2007). Jede Klinik sollte auch für Situationen von krankheitsbedingten Personalengpässen eine hausinterne Regelung finden, um beispielsweise die Möglichkeit zur Durchführung von 1:1-Betreuungen aufrecht zu erhalten.

Zusätzliche Informationen und Erläuterungen:

Da verschiedene Maßnahmen von Patienten unterschiedlich erfahren werden (Georgieva et al. 2012a und 2012b; Steinert et al. 2013; Steinert 2014 und 2015), muss in jedem Einzelfall die Wahl der konkreten feM auf das subjektive Erleben und die Vorerfahrungen des Patienten abgestimmt werden, damit die psychische Belastung minimiert und potentielle Traumata verhindert werden können („Differenzialindikation“) (DGPPN 2009; Steinert 2015). So ist beispielsweise eine Isolierung einer Person mit Verlassensängsten oder eine Fixierung einer Person, die sexuelle Gewalterfahrungen gemacht hat, als kontraindiziert anzusehen. Aus diesem Grund ist es zu empfehlen, in der Klinik verschiedene Formen von feM vorzuhalten, um die Präferenzen des Patienten berücksichtigen zu können (DGPPN 2009).

FeM müssen subsidiär und verhältnismäßig zum Einsatz kommen (SAMW 2015, 14). Bei der Abwehr von Eigen- oder Fremdgefährdung gilt daher der Grundsatz „Einsatz des mildesten Mittels“. Das bedeutet, dass freiwillige Behandlungsangebote und Deeskalationsstrategien, die ohne die Anwendung von Zwang auskommen, immer vorzuziehen sind (ebd.; Henking und Mittag 2015; Steinert et al. 2015). Keinesfalls darf es zu einem Automatismus bei der Anwendung von feM kommen (etwa im Sinne von: „Aufnahme von suizidalen Patienten immer auf eine geschlossene Station“ oder „umgehende mechanische Fixierung von Patienten, die von der Polizei in Handschellen gebracht werden“). Ferner dürfen feM niemals zur „Bestrafung“ oder als „therapeutische“ Maßnahme eingesetzt werden (ebd.; DGPPN 2009, 31). In jedem Einzelfall ist die Notwendigkeit von feM sorgfältig zu prüfen und zu begründen sowie nach weniger eingreifenden Alternativen zu suchen (Walter et al. 2012). Eine feM darf immer nur so kurz wie unbedingt nötig durchgeführt werden.

5.3 Deeskalationsstrategien und Alternativen zu feM

Definition: Es lassen sich folgende Arten von Deeskalationsstrategien unterscheiden:

- Verbale Deeskalation: Zuhören, Interesse und Verständnis für die Situation der betroffenen Person signalisieren
- Anbieten von Entspannungsaktivitäten (z.B. Bad, Sport, Essen, Musik)
- Anbieten eines Rückzugs in eine reizärmere Umgebung
- Verbale Grenzsetzung: eindeutige Benennung von Verhalten, welches unerwünscht und nicht tolerabel ist
- Ankündigung einer feM als letztes verbales Mittel

Rechtliche Vorgaben:

Gemäß dem Grundsatz der „least restrictive alternative“ (juristisch: Verhältnismäßigkeitsgrundsatz) sind im Zuge von Deeskalationsbemühungen stets mildere Alternativen zu prüfen und anzubieten.

LWL-Standard:

- Bevor es zu einer feM kommt, werden deeskalierende Maßnahmen auf der Basis eines einrichtungsspezifischen Konzeptes durchgeführt.
- In Situationen (drohender) Eigen- oder Fremdgefährdung sollte der Erstkontakt mit einem Patienten idealerweise von einem Mitarbeiter ausgeführt werden, der den Patienten aus Voraufenthalten kennt und bereits eine als positiv erlebte therapeutische Beziehung zu ihm aufgebaut hat. Die Gesprächsführung sollte über die gesamte Situation hinweg in der Hand dieses Mitarbeiters liegen, damit der Patient einen klar definierten Ansprechpartner hat. Andere Teammitglieder sollten sich parallel um die Sicherung der Umgebung (inkl. der Versorgung von Mitpatienten) bzw. um Vorbereitung weiterer Maßnahmen (Medikamentengabe etc.) kümmern (DGPPN 2009). Grundsätzlich sollte vonseiten der Mitarbeiter ein respektvoller Umgang gepflegt und eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten angestrebt werden (DGPPN 2014).
- Deeskalationstechniken können dazu beitragen, der Anwendung von feM vorzubeugen und die Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern zu erhöhen, und müssen von jedem psychiatrischen Behandlungsteam sicher beherrscht werden (Richter und Berger 2001; Richter und Whittington 2006; Richter 2011). Dazu werden in allen LWL-Kliniken Schulungen nach einem einrichtungsspezifischen Konzept durchgeführt. Inhaltlich sollen dabei sowohl theoretische Grundlagen zur Aggressionsentstehung als auch praktische Inhalte vermittelt werden. Dazu gehören sowohl das Erlernen professioneller Deeskalationsmaßnahmen als auch das Einüben von körperlichen Interventionstechniken (z.B. Überwältigungstechniken, Schutz- und Abwehrtechniken, Durchführung von feM) (Richter und Berger 2001; Richter und Whittington 2006; Steinert und Bergk 2008; DGPPN 2009; Richter 2011; The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists 2015; SAMW 2015).
- Für alle Beschäftigten des ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Personals, die an der direkten Patientenbehandlung beteiligt sind, sind Schulungen verbindlich. Sie werden in der regulären Arbeitszeit angebo-

ten. Neue Beschäftigte der genannten Berufsgruppen müssen innerhalb des ersten halben Jahres nach Arbeitsbeginn eine ausführliche Basis-schulung erhalten und danach – wie alle bereits Beschäftigten – in regel-mäßigen Abständen Refresher-Trainings absolvieren. Es wird empfohlen, dass jeder Mitarbeiter der genannten Berufsgruppen mind. einmal pro Jahr ein Trainingsprogramm durchläuft. Für Mitarbeiter aus anderen Berufsgruppen sollte ein optionales Angebot bestehen, an den Deeskala-tions-Schulungen teilzunehmen.

Zusätzliche Informationen und Erläuterungen:

Von Patienten wurden das Angebot einer Bewegungsmöglichkeit, das Eingehen auf Erleben und Ängste sowie die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse als hilfreichste Deeskalationsstrategien eingeschätzt (Heumann et al. 2017). Die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Maßnahme wird sich auch hier am konkreten Einzelfall orientieren, ggf. unter Rückgriff auf eine Behandlungsvereinbarung (vgl. Kap. 8.2). Um Deeskalationstechniken effektiv einsetzen zu können, ist es wichtig, frühzeitig Risiken der Eigen- oder Fremdgefährdung zu erkennen. Die erweiterte Brøset-Gewalt-Checkliste (Abderhalden et al. 2008) erlaubt kurz- und mittelfristige Vorhersagen über fremdaggressives Verhalten (BVC-CH → s. Anlage 5). Die Anwendung in Studien konnte Gewaltpotential vorhersagen und damit aggressive Übergriffe und feM redu-zieren (van de Sande et al. 2011 und 2013). Darüber hinaus hat die LWL-Klinik Lippstadt sowohl für Fremd- als auch für Eigengefährdung inkl. Suizidalität, Desorganisa-tion und Rückzug ein ausführliches Ampelsystem entwickelt, welches nicht nur Ver-haltensweisen verschiedenen Risikostufen zuordnet, sondern auch adäquate Deeskalationstechniken für die entsprechenden Situationen empfiehlt (→ s. Anlage 6).

5.4 Intensivierte Betreuung

Definition: Es gibt bislang keine einheitliche Definition von Maßnahmen der intensivierten Betreuung (IB). Hemkendreis et al. (2013) fassen die IB als „intensi-ve Betreuungsmaßnahmen, die über die allgemeinen therapeutischen und pfler-gerischen Maßnahmen hinausgehen“, zusammen. IB bewegen sich im Span-nungsfeld zwischen Sicherheit und Therapie. Die sichernde Intervention ist durch die enge Beobachtung des Patienten gegeben und zielt darauf ab, den Patienten und/oder Dritte zu schützen. Der therapeutische Aspekt kommt durch eine positive Gesprächsführung zum Tragen, die Gefühlsäußerungen, Selbststän-digkeit oder Ablenkung befördern kann.

LWL-Standard:

Eine IB der Stufen 1a bis 1c (s. unten) stellt immer dann eine feM dar, wenn sie gegen den Willen des Patienten erfolgt. Die IB darf nur von qualifizierten Fachkräften durchgeführt werden.

Für die Durchführung der IB sind die folgenden Abstufungen vorgesehen (Jones et al. 2000; Hemkendreis et al. 2013; Nienaber et al. 2013; LWL Klinik Lengerich 2016):

Stufe 1a	1:1-Betreuung	Kontinuierlicher persönlicher Kontakt im selben räumlichen Umfeld
Stufe 1b	Ständiger Ruf- und Sichtkontakt	Kontinuierlicher Ruf- und Sichtkontakt im selben räumlichen Umfeld
Stufe 1c	Ständiger Sichtkontakt	Kontinuierlicher Sichtkontakt (auch durch die Scheibe möglich)
Stufe 2a	Direkte periodische Kontaktaufnahme in definierten Zeitintervallen: 15-, 30- oder 60-minütlicher Sichtkontakt	Mitarbeiter überzeugt sich direkt und persönlich durch Ansprache vom Zustand des Patienten. Schlafende Patienten werden nicht geweckt.
Stufe 2b	Indirekte periodische Kontaktaufnahme in definierten Zeitintervallen: 15-, 30- oder 60-minütlicher Sichtkontakt	Mitarbeiter überzeugt sich indirekt durch Inaugenscheinnahme vom Zustand des Patienten (auch durch die Scheibe möglich).

- Für eine 1:1-Betreuung sind aufseiten des Pflegepersonals 3-jährig ausgebildete Fachkräfte eigenständig einsetzbar, Auszubildende im 3. Lehrjahr sowie erfahrene Pflegehelfer können nach strukturierter Anleitung eingesetzt werden.
- In der Stufe 1 darf der betreuende Mitarbeiter zeitgleich keine anderen Tätigkeiten übernehmen. Nur so ist gewährleistet, dass die IB durch ihre beziehungsgestaltenden Elemente effektiv ist (Hemkendreis et al. 2013; Nienaber et al. 2013).
- Bei der Anordnung und Dokumentation der Maßnahme ist in jedem Fall anzugeben, ob es sich bei der Durchführung der IB um eine feM handelt oder nicht. Liegt bei der geplanten IB eine feM vor, sind bei der Anordnung, Überprüfung und Aufhebung die in den allgemeinen Grundsätzen beschriebenen Empfehlungen zu beachten (vgl. Kap. 5.2).