

DFPP-Praxisempfehlung

Intensivbetreuung in der psychiatrischen Behandlung

Die DFPP-Praxisempfehlung für Intensivbetreuung in der psychiatrischen Behandlung bietet (Pflege-) Fachpersonen in der psychiatrischen Arbeit eine praxisbezogene Orientierungshilfe für die Durchführung und Reflexion von Intensivbetreuung. Sie beschreibt konzeptionelle Grundlagen, ethische und rechtliche Rahmenbedingungen sowie konkrete Handlungsempfehlungen für die Praxis. Ziel ist es, (Pflege-)Fachpersonen Handlungssicherheit zu geben und die Intensivbetreuung als interprofessionelle, therapeutische und beziehungsorientierte Maßnahme zu verstehen. Die Empfehlung orientiert sich an den Grundsätzen einer recovery-, beziehungs- und traumasensiblen Pflegepraxis. Sie betont die Bedeutung professioneller Haltung, Teamreflexion und interprofessioneller Kooperation. Durch eine bewusste, respektvolle und partizipative Gestaltung der Intensivbetreuung können Krisen wirksam begleitet, Zwangsmaßnahmen vermieden oder gelindert und Genesungsprozesse nachhaltig gefördert werden.

Inhaltsverzeichnis

Die Handlungsempfehlungen zur Intensivbetreuung in der psychiatrischen Behandlung	3
1. Präambel.....	6
2. Grundlagen	6
2.1 Begriff.....	7
2.2 Formen und Häufigkeit	7
2.3 Haltung, Kompetenzen und ethische Voraussetzungen	9
2.4 Rechtliche Bestimmungen und Abrechnungsmodalitäten	11
2.5 Ziele und Indikationen.....	12
2.6 Kontraindikationen und Risiken	14
3. Wünsche, Erwartungen und Forderungen von Patient:innen.....	16
4. Prävention.....	17
5. Durchführung	18
5.1 Anordnung, Konstanz, Turnus, Dauer und Überprüfung	19
5.2 Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau.....	20
5.3 Nutzung von Instrumenten	22
5.4 Einbezug von Vertrauenspersonen	23
5.5 Angebote, Reizsteuerung und Mediennutzung	24
5.6 Überwachung und Vermeidung von Komplikationen.....	26
5.7 Interprofessionelles Arbeiten	28
5.8 Informationsmaterial: Aufklärung und Orientierung.....	29
5.9 Dokumentation	30
6. Postvention und Nachsorge	31
6.1 Nachbesprechung mit Patient:innen	32
6.2 Dialogische Nachbesprechung und Nachbesprechung im Team	33
6.3 Behandlungsvereinbarung	34
7. Implementierung.....	35
8. Besonderheiten in spezifischen Settings	36
8.1 Forensische Psychiatrie.....	36
8.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP).....	38
8.3 Gerontopsychiatrie	39
9. Erstellungsprozess	40
9.1 Autor:innen, Mitwirkende, Zitierform	40
9.2 Vorgehen/Methoden der Erstellung.....	41
9.3 Diskussion und Konsentierungsprozess	41
10. Literaturverzeichnis	43

Die Handlungsempfehlungen zur Intensivbetreuung in der psychiatrischen Behandlung

Die folgenden Handlungsempfehlungen bieten einen kompakten Überblick über zentrale Prinzipien und Maßnahmen der psychiatrischen Intensivbetreuung. Sie sollen (Pflege-)Fachpersonen eine erste Orientierung ermöglichen. Jede Handlungsempfehlung stellt eine verdichtete Zusammenfassung der zugehörigen Kapitel dar. Ausführliche Hintergrundinformationen, theoretische Bezüge, empirische Grundlagen sowie weiterführende Hinweise befinden sich jeweils im entsprechenden Kapitel der Praxisempfehlung. Die folgende Zusammenfassung der Empfehlungen ersetzt daher nicht die differenzierte Auseinandersetzung mit den Kapitelinhalten. Vielmehr sollen sie den schnellen Zugang erleichtern, zentrale Kerngedanken sichtbar machen und die Übertragung in den beruflichen Alltag unterstützen. Die jeweilige Kapitelzuordnung bietet den Verweis zur vertieften fachlichen Beschäftigung.

Empfehlung 1 (Kapitel 2.2: Formen und Häufigkeit)

Es wird empfohlen, den Bedarf einer Intensivbetreuung frühzeitig zu prüfen und gemeinsam im Team abzustimmen. Zu Beginn sollten Rollen, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten eindeutig festgelegt werden. Eine möglichst konstante Betreuungsperson stärkt Beziehung und Stabilität, weshalb Personalwechsel auf das notwendige Minimum reduziert werden sollen. Klare und einheitliche Kommunikationswege im Team und mit den Patient:innen fördern Transparenz und Sicherheit. Regelmäßige Reflexionsgespräche im Team ermöglichen es, den Verlauf, die Wirksamkeit und die Belastungen zeitnah zu bewerten und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen.

Empfehlung 2 (Kapitel 2.3: Haltung)

Eine gelingende Intensivbetreuung soll von einer Haltung aus Empathie, Respekt, Reflexionsbereitschaft und einem gemeinsam geteilten professionellen Selbstverständnis im interprofessionellen Team getragen sein. Sie stellt die therapeutische Beziehung in den Mittelpunkt und orientiert sich an Prinzipien einer traumainformierten, deeskalierenden, diversitätssensiblen und recovery-orientierten Pflegepraxis.

Empfehlung 3 (Kapitel 2.3: Kompetenzen)

Die Intensivbetreuung soll durch qualifizierte (Pflege-)Fachpersonen mit spezialisierter Erfahrung in psychiatrischer Akutversorgung durchgeführt werden. Ein hohes Maß an Schulung, strukturierter Einarbeitung und regelmäßiger Fortbildung ist unerlässlich. Supervision und Teamreflexion sollte institutionalisiert werden.

Empfehlung 4 (Kapitel 2.4: Rechtliche Bestimmungen)

(Pflege-)Fachpersonen, die psychiatrische Intensivbetreuung durchführen, müssen mit den rechtlichen Grundlagen und Prinzipien, wie beispielweise Verhältnismäßigkeit und Patientenrechte, vertraut sein. Ohne Zustimmung eines/einer einwilligungsfähigen Patienten/Patientin bzw. ohne Indikation bei einem/einer nicht einwilligungsfähigen Patienten/Patientin ist die Intensivbetreuung nicht möglich.

Empfehlung 5 (Kapitel 2.5: Ziele und Indikationen)

Jede psychiatrische Intensivbetreuung soll eine klar definierte Indikation sowie ein entsprechendes therapeutisches Ziel beinhalten. Dabei ist stets die Verhältnismäßigkeit zu prüfen. Die Maßnahme

ist zu beenden oder zu lockern, sobald eine weniger intensive Intervention ausreicht. Kriterien zur Beendigung sollen bereits bei Anordnung definiert und transparent kommuniziert werden.

Empfehlung 6 (Kapitel 2.6: Kontraindikationen und Risiken)

Die psychiatrische Intensivbetreuung soll beendet oder reduziert werden, sobald ihre Indikation nicht mehr gegeben ist. Risiken wie Übertherapie, Stigmatisierung, Retraumatisierung und Ressourcenüberlastung sind aktiv zu erkennen und zu vermeiden.

Empfehlung 7 (Kapitel 3: Wünsche, Erwartungen und Forderungen von Patient:innen)

Menschen in psychiatrischer Intensivbetreuung wünschen sich eine respektvolle, partizipative und individuelle Begleitung, die sich an ihren Bedürfnissen orientiert. Authentizität, Transparenz, Sicherheit und eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung sollen die gelingende Gestaltung dieser Maßnahme ermöglichen.

Empfehlung 8 (Kapitel 4: Prävention)

Präventive Maßnahmen zur Vermeidung von psychiatrischer Intensivbetreuung sollten strukturell verankert sein. Hierzu gehören transparente Aufklärung, partizipative Entscheidungsmodelle und frühzeitige Vereinbarungen über Indikatoren und Grenzen einer möglichen Intensivbetreuung. Krisenprävention ist zugleich Beziehungsarbeit und strukturelle Aufgabe, welche auch Behandlungsvereinbarungen vorsieht.

Empfehlung 9 (Kapitel 5: Durchführung)

Psychiatrische Intensivbetreuung soll als therapeutische Präsenzmaßnahme verstanden werden, nicht als bloße Überwachungsstrategie. Ihre Durchführung erfordert eine reflektierte, individuell abgestimmte Planung, die Beziehung, Sicherheit, Partizipation und therapeutische Zielorientierung in Einklang bringt. Im Fokus steht ein bedürfnisorientiertes Beziehungsangebot.

Empfehlung 10 (Kapitel 5.1: Anordnung, Konstanz, Turnus, Dauer und Überprüfung)

Eine psychiatrische Intensivbetreuung kann ärztlich-therapeutisch angeordnet oder durch die (Pflege-)Fachperson veranlasst werden. Intensivbetreuungen im Rahmen von Zwangsmaßnahmen müssen ärztlich angeordnet sein. Anordnung, Anlass und Ablauf/Durchführung sind gut zu dokumentieren. Durchführende Fachpersonen sollten Entscheidungen zur Durchführung und Reduktion der Betreuungsintensität treffen können. In kritischen Situationen sind interprofessionelle Abstimmungen sinnvoll. Wenn möglich soll die betreute Person in Entscheidungen zur Intensivbetreuung einbezogen werden. Das Procedere der Entscheidungsfindung soll in klinikinternen Verfahrensanweisungen konkret geregelt sein. Gegenseitiges Vertrauen und Verantwortungsübernahme sind zentral, um Entscheidungen zeitnah und auf Augenhöhe zu treffen.

Empfehlung 11 (Kapitel 5.2: Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau)

Die Kontaktaufnahme im Rahmen der Intensivbetreuung soll aktiv, transparent, situationsangemessen und personenzentriert erfolgen. Beziehungspflege, Kommunikationskompetenz und partizipatives Handeln sind zentrale Bausteine einer wirksamen Intensivbetreuung und dienen der Vermeidung von Zwang und Retraumatisierung.

Empfehlung 12 (Kapitel 5.3: Nutzung von Instrumenten)

Standardisierte Instrumente wie BVC, SOAS-R, NGASR, SPOC oder MSORT sollten gezielt eingesetzt werden, um das aktuelle Befinden und das Risiko frühzeitig zu erfassen. Die Form der Anwendung sollte klinikintern geregelt sein und ersetzt nicht das Wahrnehmen der Bedürfnisse der Betroffenen.

Empfehlung 13 (Kapitel 5.4: Einbezug von Vertrauenspersonen)

An- und Zugehörigen sollen als wertvoller Beitrag zur Stabilisierung, Individualisierung und Prävention in die psychiatrische Intensivbetreuung einbezogen werden. Dieser Einbezug erfolgt freiwillig, professionell begleitet und mit Zustimmung der betroffenen Person. Die Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen ist Bestandteil eines ganzheitlichen, beziehungsorientierten Betreuungskonzeptes.

Empfehlung 14 (Kapitel 5.5: Angebote, Reizsteuerung und Mediennutzung)

Beschäftigung, Reizsteuerung und Mediennutzung sind zentrale Elemente der psychiatrischen Intensivbetreuung. Sie dienen der Spannungsreduktion, der emotionalen Regulation und der Wiederherstellung subjektiver Kontrolle. Ihre Gestaltung sollte individuell, ressourcenorientiert und in therapeutischer Absicht erfolgen.

Empfehlung 15 (Kapitel 5.6: Überwachung und Vermeidung von Komplikationen)

Während der psychiatrischen Intensivbetreuung soll eine systematische Überwachung unter Einbezug möglicher Assessments die frühzeitige Erkennung und Vermeidung von Komplikationen einschließlich vitaler Bedrohungen gewährleisten. Durch aufmerksame Präsenz und Überwachung der Fachperson kann die psychische, wie auch die physische Stabilisierung aktiv unterstützt werden.

Empfehlung 16 (Kapitel 5.7: Interprofessionelles Arbeiten)

Psychiatrische Intensivbetreuung ist nur im interprofessionellen Verbund wirksam umzusetzen. Abgestimmte Rollen, reflektierte Kommunikation, institutionelle Verankerung und gegenseitige fachliche Anerkennung sollen etabliert sein. Die partizipative Einbindung von Genesungsbegleiter:innen, regelmäßige Reflexionsräume und kontinuierliche Fortbildung sind Grundpfeiler einer tragfähigen, ethisch verantworteten und beziehungsorientierten Intensivbetreuung.

Empfehlung 17 (Kapitel 5.8: Informationsmaterial)

Informationsmaterial zur psychiatrischen Intensivbetreuung sollte leicht zugänglich und zielgruppensensibel sein. Ziel ist es, Transparenz, Orientierung und Akzeptanz in Bezug auf die Intensivbetreuung herzustellen.

Empfehlung 18 (Kapitel 5.9: Dokumentation)

Kliniken sollen klare Vorgaben für die Dokumentation psychiatrischer Intensivbetreuung entwickeln. Akute Veränderungen sind zu erfassen und krisenstabilisierende Maßnahmen abzubilden.

Empfehlung 19 (Kapitel 6: Postvention und Nachsorge)

Nach jeder psychiatrischen Intensivbetreuung soll eine strukturierte und moderierte Nachbesprechung mit Patient:innen angeboten werden, bei Wunsch auch trialogisch unter Einbezug von Vertrauenspersonen oder Genesungsbegleiter:innen. Sie dient nicht nur der individuellen Verarbeitung, sondern auch der Entwicklung einer professionellen, selbstreflektierenden Versorgungskultur. Zur Qualitätssicherung und gemeinsamen Reflexion soll zudem eine Nachbesprechung im Behandlungsteam stattfinden.

Empfehlung 20 (Kapitel 6.3: Behandlungsvereinbarung)

Die Intensivbetreuung sollte als fester Bestandteil einer Behandlungsvereinbarung berücksichtigt werden; insbesondere bei Patient:innen, die bereits eine Intensivbetreuung erlebt haben, sowie bei Personen, bei denen eine solche Maßnahme potenziell erforderlich sein könnte. Dadurch können

individuelle Wünsche, Bedürfnisse und Präferenzen festgehalten und gemeinsam mit dem Behandlungsteam passende Vorgehensweisen für mögliche Krisensituationen vereinbart werden.

Empfehlung 21 (Kapitel 7: Implementierung)

Eine erfolgreiche Implementierung der Intensivbetreuung setzt eine Kombination geeigneter Strategien voraus. Partizipatives Vorgehen soll gewählt werden. Dieses ermöglicht Lern- und Veränderungsprozesse im Team und kann die Praxis der Intensivbetreuung verbessern.

1. Präambel

Die psychiatrische Intensivbetreuung (IB) ist eine spezifische therapeutische Maßnahme, die zur Anwendung kommt, wenn Menschen in hochakuten psychischen Krisen engmaschige oder kontinuierliche Begleitung benötigen. Sie richtet sich an Personen in einer besonders vulnerablen Situation und verfolgt das Ziel, Krisenbewältigung zu unterstützen, Schaden zu verhindern und Leiden zu lindern.

Diese Praxisempfehlung möchte Fachpersonen Handlungssicherheit in der Durchführung der IB geben, die Qualität der Krisenbegleitung verbessern und dazu beitragen, dass diese von Patient:innen als hilfreich erlebt wird. Eine professionell gestaltete Intensivbetreuung kann die therapeutische Beziehung und Kommunikation stärken, die Dauer solcher Maßnahmen verkürzen und Zwangsmaßnahmen vermeiden oder reduzieren. Die Patient:innen sollen sich verstanden, sicher und gut begleitet fühlen, zugleich sollen ihre Autonomie und Eigenverantwortlichkeit gewürdigt und gefördert werden. Diese Empfehlung soll die hohen fachlichen Anforderungen sichtbar machen und die strukturellen Bedingungen innerhalb psychiatrischer Einrichtungen und der Versorgungsplanung stärken.

Die Praxisempfehlung richtet sich an Pflegefachpersonen und Fachpersonen weiterer Berufsgruppen, die in psychiatrischen Settings Intensivbetreuung durchführen, sowie an alle Personen, die Einfluss auf die Praxis der Intensivbetreuung nehmen (insbesondere Leitungspersonen sowie anordnende Ärzt:innen). Die Empfehlung bezieht sich primär auf das psychiatrische Krankenhaus, ist jedoch mit Anpassungen auch auf andere Versorgungsbereiche übertragbar. Aufgrund des Bezugs zur Krankenhausbehandlung werden die Empfänger:innen Intensiver Betreuung in dieser Praxisempfehlung als Patient:innen bezeichnet. Andere Begriffe wie Nutzer:innen, Klient:innen, Betroffene, Psychiatrieerfahrene oder Leistungsempfänger:innen und weitere wären möglich.

2. Grundlagen

Die psychiatrische Intensivbetreuung kommt in akuten psychischen Ausnahmesituationen zur Anwendung. Aufgrund ihrer besonderen Komplexität und ihrer tiefgreifenden Bedeutung für den Verlauf psychiatrischer Kriseninterventionen bedarf sie einer klaren begrifflichen, strukturellen und ethischen Verortung. Ziel dieses Kapitels ist es, die konzeptionellen, professionellen und rechtlichen Grundlagen der IB systematisch darzustellen und ein gemeinsames Verständnis für deren Einsatz, Gestaltung und Grenzen zu schaffen. Zentrale Elemente der psychiatrischen Intensivbetreuung, wie die Definition der

betreuungsrelevanten Begriffe, ihre verschiedenen Erscheinungsformen, ethische Anforderungen sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen, werden im Folgenden beschrieben. Darüber hinaus werden Kompetenzen der durchführenden Fachpersonen, indikationsrelevante Aspekte sowie potenzielle Risiken und Kontraindikationen erläutert.

2.1 Begriff

Die psychiatrische Intensivbetreuung stellt eine spezialisierte und hochgradig fokussierte therapeutische Intervention dar, die in akuten psychischen Krisensituationen Anwendung findet. Ihr zentrales Ziel besteht darin, die psychische Stabilität gefährdeter Personen zu sichern und sie vor unmittelbaren Gefährdungen wie Suizidalität, Selbstverletzung oder aggressivem Verhalten gegenüber Dritten zu schützen (Hohl & Rabenschlag, 2018). In ihrer Grundstruktur ist die IB im Rahmen psychiatrischer Behandlung mit der somatischen Intensivpflege vergleichbar, insofern beide Formen eine kontinuierliche, ununterbrochene Betreuung in hochbelastenden Phasen erfordern. Sie unterscheidet sich hinsichtlich der Anlässe, Ziele und der therapeutischen Ausrichtung. Im Gegensatz zur somatischen Intensivpflege, die bei vital bedrohlichen physischen Erkrankungen zum Einsatz kommt, richtet sich die IB in der psychiatrischen Behandlung an Menschen, deren seelisches Gleichgewicht akut und erheblich gestört ist. Diese Störung äußert sich häufig in Zuständen wie Orientierungslosigkeit, innerer Anspannung, Erregung oder psychosozialer Überforderung. Die Patient:innen sind in diesen Phasen nicht oder nur sehr eingeschränkt in der Lage, selbstständig Regulationsmechanismen zu aktivieren oder Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen (Zehnder et al., 2015). Ein zentrales Merkmal der IB ist der kontinuierliche Aufbau und die Pflege einer therapeutischen Beziehung. Diese Beziehung ist nicht nur ein strukturgebender Rahmen, sondern auch ein Wirkfaktor im Genesungsprozess. Sie bildet die Grundlage für Stabilität, Orientierung und Vertrauen in einer akuten psychischen Ausnahmesituation (Dziopa & Ahern, 2009). Die Beziehungsgestaltung erfolgt durch authentische, menschliche, respektvolle und empathische Präsenz, wobei die Nähe-Distanz-Regulation ein zentraler Aspekt der professionellen Haltung ist (Schrems, 2020). Der Begriff der „Krise“ beschreibt in diesem Zusammenhang den Verlust eines zuvor bestehenden inneren Gleichgewichts, das von der betroffenen Person nicht mehr aus eigener Kraft wiederhergestellt werden kann. Er verweist auf eine existenzielle Notlage mit erhöhtem Risiko für Desorganisation, Dysregulation oder selbst- bzw. fremdgefährdendes Verhalten. Krisen sind somit hochdynamische und vulnerable Situationen. Bei fachlich angemessener Begleitung stellen sie jedoch nicht ausschließlich Bedrohungen dar, sondern können zugleich Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen und neue Bewältigungsstrategien ermöglichen (Duffy, 1995).

2.2 Formen und Häufigkeit

Die psychiatrische Intensivbetreuung wird im Rahmen akuter psychischer Krisen mit dem Ziel veranlasst, Personen in hochvulnerablen Situationen zu stabilisieren, sie vor Eigen- und/ oder Fremdgefährdung zu schützen, eine Eskalation zu verhindern und/ oder Leiden zu verringern. Sie dient der therapeutischen Unterstützung, Entlastung und Beziehungsgestaltung (Zehnder et al., 2015; Hohl & Rabenschlag, 2018). IB soll präventiv zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden und während der Durchführung von Zwangsmaßnahmen zur Anwendung kommen. Abhängig von der Indikation bzw. aktuellen Situation können verschiedene Formen intensiver Betreuung zur Anwendung kommen, sie unterscheiden sich hinsichtlich Zielsetzung und Intensitätsgrad.

2.2.1 Formen der psychiatrischen Intensivbetreuung

Konstante 1:1-Betreuung (kontinuierlich-persönliche Präsenz)

Hierbei handelt es sich um die klassische Form der Intensivbetreuung. Die (Pflege-)Fachperson ist über den gesamten Zeitraum physisch anwesend, mit ungeteilter Aufmerksamkeit auf die betreute Person gerichtet. Neben der kontinuierlichen Beobachtung steht insbesondere die Beziehungsarbeit im Zentrum. Diese Form der Betreuung ist durchgängig und exklusiv, andere pflegerische Tätigkeiten dürfen parallel nicht ausgeführt werden. Sie entspricht dem Prinzip der „constant observation“ oder „one-to-one supervision“ (Bowers & Simpson, 2007).

Periodische Kontaktaufnahme

Diese Form der Betreuung basiert auf regelmäßigen, aktiv initiierten Kontakten durch das (Pflege-)Fachpersonal in vordefinierten Intervallen (z. B. alle 15, 30 oder 60 Minuten). Sie dient primär der Zustandsüberprüfung und Risikoeinschätzung, ist jedoch weniger intensiv in der Beziehungsgestaltung. Sie stellt eine mögliche Alternative zur kontinuierlichen Betreuung dar, sofern der klinische Zustand dies zulässt.

Indirekte Betreuung

Indirekte Betreuung bezeichnet eine Form der IB, bei der die kontinuierliche oder periodische Beobachtung und Begleitung der betroffenen Person ohne unmittelbare Interaktion oder unmittelbaren körperlichen Kontakt erfolgt. Die (Pflege-)Fachperson hält sich in räumlicher Nähe oder in einem definierten Beobachtungsbereich auf, bleibt erreichbar und aufmerksam, greift jedoch nicht aktiv in den laufenden Prozess ein, solange keine klinische Notwendigkeit besteht. Die Betreuung erfolgt somit primär über wahrnehmende Präsenz, Beobachtung und situatives Einschreiten, nicht über direkte verbale oder nonverbale Interaktion. Indirekte Betreuung ist nur in begründeten Ausnahmefällen indiziert, etwa wenn die betreute Person direkte Kontaktangebote ausdrücklich ablehnt oder wenn eine unmittelbare Interaktion als therapeutisch kontraindiziert erscheint.

2.2.2 Häufigkeit psychiatrischer Intensivbetreuung

Die Häufigkeit psychiatrischer Intensivbetreuung lässt sich nur eingeschränkt vergleichend auswerten, da Definitionen, Indikationskriterien und Erfassungsroutinen zwischen Kliniken erheblich variieren (Lienhardt et al., 2018). Es fehlt bislang eine standardisierte Erhebungspraxis für IB-spezifische Maßnahmen. In Deutschland ist die kontinuierliche 1:1-Betreuung insbesondere im Kontext von Fixierungen rechtlich beschrieben und in den Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetzen (PsychKGs oder PsychKHGs) der Länder geregelt (DGPPN, 2018; Sauter et al., 2024). Darüber hinaus wird die IB auch bei Isolierungen empfohlen. Daten aus dem Zwangsregister Baden-Württemberg belegen, dass im Jahr 2019 etwa 5,8% der psychiatrischen Patient:innen Zwangsmaßnahmen erlebten (Steinert et al., 2022). Die tatsächliche Häufigkeit von IB dürfte jedoch weitaus höher liegen, da sie aus weiteren Indikationen wie auch präventiv zur Vermeidung von Zwang eingesetzt wird. Eine Querschnittsstudie in der Deutschschweiz identifizierte akute Suizidalität (28%) und Fremdgefährdung (24%) als häufigste Anlässe für eine Intensivbetreuung in der psychiatrischen Behandlung (Lienhardt et al., 2018). Eine deutsche Untersuchung auf Basis des OPS-Kodes 9-640 zeigte, dass in etwa 4,8% der stationären Fälle mindestens eine IB mit über zwei Stunden Dauer codiert wurde (Nienaber et al., 2015). Hierbei ist zu beachten, dass Fälle mit kürzerer Dauer oder durch nicht entsprechend qualifiziertes Personal begleitete Fälle über diese Kodierung nicht abgebildet werden. Angesichts der Datenlage ist davon auszugehen, dass psychiatrische Intensivbetreuung zu den häufigen Interventionen im stationären Setting zählt. Allerdings bestehen

erhebliche Unterschiede zwischen Einrichtungen hinsichtlich der Indikationsstellung, Durchführung und Dokumentation.

Es wird empfohlen, den Bedarf einer Intensivbetreuung frühzeitig zu prüfen und gemeinsam im Team abzustimmen. Zu Beginn sollten Rollen, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten eindeutig festgelegt werden. Eine möglichst konstante Betreuungsperson stärkt Beziehung und Stabilität, weshalb Personalwechsel auf das notwendige Minimum reduziert werden sollen. Klare und einheitliche Kommunikationswege im Team sowie mit den Betroffenen fördern Transparenz und Sicherheit. Regelmäßige Reflexionsgespräche im Team ermöglichen es, den Verlauf, die Wirksamkeit und die Belastungen zeitnah zu bewerten und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen.

2.3 Haltung, Kompetenzen und ethische Voraussetzungen

Die psychiatrische Intensivbetreuung verlangt eine professionelle Haltung, die über ein funktionales Handeln hinausgeht und als gemeinsames Selbstverständnis im gesamten Behandlungsteam zum Ausdruck kommt. Im Zentrum steht die therapeutische Beziehung, welche als grundlegender Bestandteil psychiatrischer Pflege und als entscheidender Faktor für den Behandlungserfolg gilt (Douglas et al., 2022; Hahn, 2023; Hartley et al., 2020). Für die therapeutische Beziehung ist es erforderlich, eine innere Grundhaltung zu entwickeln, die auf Empathie und Verständnis, Dasein, Echtsein, Individualität, Unterstützung, Respekt, Begegnung auf Augenhöhe, Grenzsetzung und selbstbewusstem Auftreten beruht (Dziopa & Ahren, 2009). Diese Haltung kann mit aktivem Zuhören, Reagieren auf Emotionen und unerfüllte Bedürfnisse sowie Patient:innenzentrierung ergänzt werden (Kornhaber et al., 2016). Die Definition von Pflege des International Council of Nurses betont die Bedeutung einer respektvollen, empathischen und nichtdiskriminierenden Pflege, die die Würde und Autonomie der Patient:innen wahrt (ICN, 2025). Diese ethische Ausrichtung gewinnt in der Intensivbetreuung besonders dann an Bedeutung, wenn sich (Pflege-)Fachpersonen im Spannungsfeld formeller und informeller Zwangsaspekte bewegen. Der Umgang mit vulnerablen Situationen erfordert, dass fürsorgliches Handeln zum Schutz der Integrität und autonomiewahrendes bzw. autonomieförderndes Handeln sich nicht ausschließen, sondern gleichzeitig stattfinden (Sauter & Mayer, 2023; Schrems, 2020). Um diesen Herausforderungen professionell begegnen zu können, braucht es ein Arbeitsklima, das moralische Resilienz fördert, die Auseinandersetzung mit der eigenen Verletzlichkeit zulässt und Selbstreflexion ermöglicht (Schrems, 2020). Eine IB sollte nicht dazu führen, dass mögliche dysfunktionale Verhaltensmuster verstärkt oder aufrechterhalten werden. All dies erfordert von Fachpersonen die kontinuierliche Reflexion des eigenen Handelns wie auch die fortlaufende Abstimmung im Team sowie die Überprüfung der Indikation und der Passung zum Therapieplan. Um bestmöglich zu gewährleisten, dass die IB als therapeutisches Angebot und nicht als Überwachungsmaßnahme verstanden wird, benötigt es eine traumainformierte, deeskalierende, bedürfnis- und recoveryorientierte Haltung.

Eine Intensivbetreuung kann für alle Beteiligten mit erheblicher psychischer Belastung verbunden sein und das unabhängig davon, ob sie im Kontext von Zwang erfolgt oder freiwillig durchgeführt wird (Alsbach, 2023). Vor diesem Hintergrund sind standardisierte und leitfadengestützte Nachbesprechungen sowohl im interprofessionellen Team als auch gemeinsam mit den Patient:innen von zentraler Bedeutung. Sie ermöglichen die strukturierte Reflexion des Erlebten, die Klärung offener Fragen sowie die Bearbeitung individueller Anliegen. Darüber hinaus tragen sie dazu bei, gewonnene Erkenntnisse in zukünftige Behandlungsvereinbarungen, Patientenverfügungen oder Krisenpläne zu integrieren und

damit präventiv wirksam zu werden (Junghanss et al., 2024b; DGPPN, 2018). Ergänzend können Supervision und ethische Fallbesprechungen dazu beitragen, herausfordernde Situationen im Team vertieft aufzuarbeiten, professionelles Handeln weiterzuentwickeln und die Haltung zu optimieren.

Eine gelingende Intensivbetreuung soll von einer Haltung aus Empathie, Respekt, Reflexionsbereitschaft und einem gemeinsam geteilten professionellen Selbstverständnis im interprofessionellen Team getragen sein. Sie stellt die therapeutische Beziehung in den Mittelpunkt und orientiert sich an Prinzipien einer traumainformierten, deeskalierenden, diversitätssensiblen und recovery-orientierten Pflegepraxis.

Die Durchführung psychiatrischer Intensivbetreuung setzt spezifische fachliche, personale und soziale Kompetenzen voraus. Aufgrund der hohen Anforderung an Nähe, Präsenz, Beziehungsarbeit und Deeskalation darf die Maßnahme nur von entsprechend qualifiziertem Fachpersonal übernommen werden (AFG-PsyP, 2019). Gegebenenfalls sind landesrechtliche Vorschriften (laut PsychKG oder PsychKHG) zu beachten.

Zu den fachlichen Kompetenzen zählen unter anderem:

- erweiterte Kenntnisse in therapeutischer Beziehungsarbeit,
- sichere Anwendung von Gesprächsführungstechniken,
- fundiertes Wissen in Deeskalationsstrategien,
- Wissen über traumasensible Arbeit,
- Wissen über Verstärkerwirkungen in Beziehungsgeschehen,
- Erfahrung im Umgang mit Aggression und Krisenintervention,
- Fähigkeit zur klinischen Einschätzung von Gefährdungslagen,
- sichere Handhabung relevanter Assessmentinstrumente.

Zu personalen Kompetenzen zählen unter anderem:

- ausgeprägte Selbstreflexion,
- emotionale Stabilität,
- erhöhte Frustrationstoleranz,
- Fähigkeit, professionelle Nähe einzugehen,
- mentale Wachheit und Konzentrationsfähigkeit,
- starke Präsenzkompetenz,
- Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung.

Zu sozialen Kompetenzen zählen unter anderem:

- Fähigkeit zum Beziehungsaufbau auch in belasteten Konstellationen,
- wertschätzende, gender- und kultursensible Kommunikation,
- Bereitschaft zur kooperativen Teamarbeit,
- sichere Reaktion auf plötzliche Zustandsveränderungen,
- kreative Lösungsstrategien im Umgang mit Widerstand oder Kommunikationsbarrieren.

Der Einsatz von Auszubildenden in psychiatrischen Intensivbetreuungen sollte nur unter enger fachlicher Anleitung erfolgen. Die anleitende (Pflege-)Fachperson trägt die Verantwortung für die Planung, Durchführung und kommunikative Gestaltung der Maßnahme. Berufsanfänger:innen ohne Erfahrung

in der Begleitung von Krisen sollten nicht in psychiatrische Intensivbetreuungen eingebunden werden. Aufgrund personeller Engpässe kann es erforderlich sein, Mitarbeitende aus einem Springerpool oder Aushilfspersonen anderer Stationen einzusetzen. In diesen Fällen ist sicherzustellen, dass diese durch eine im jeweiligen Setting erfahrene (Pflege-)Fachperson engmaschig begleitet und in die Abläufe integriert werden. Die aushelfenden (Pflege-)Fachpersonen sollten mindestens über eine abgeschlossene Berufsausbildung (DQR-Niveau 4) verfügen und in der psychiatrischen Versorgung, insbesondere im Krisen- und Deeskalationsmanagement, nachweislich geschult sein.

Die Intensivbetreuung soll durch qualifizierte (Pflege-)Fachpersonen mit spezialisierter Erfahrung in psychiatrischer Akutversorgung durchgeführt werden. Ein hohes Maß an Schulung, strukturierter Einarbeitung und regelmäßiger Fortbildung ist unerlässlich. Supervision und Teamreflexion sind zu institutionalisieren.

2.4 Rechtliche Bestimmungen und Abrechnungsmodalitäten

Intensivbetreuung in der psychiatrischen Behandlung stellt einen erheblichen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der betroffenen Person dar, wenn sie ohne ausdrückliche Zustimmung erfolgt. Sofern die Maßnahme gegen den Willen der betreuten Person durchgeführt wird, bewegt sie sich in einem Spannungsfeld zwischen Schutzauftrag und Selbstbestimmungsrecht und ist an enge rechtliche und ethische Voraussetzungen gebunden. In diesem Kapitel werden die zentralen rechtlichen Grundlagen der Intensivbetreuung skizziert mit dem Fokus auf normative Anforderungen, rechtliche Legitimation bei fehlender Einwilligung sowie Abgrenzung gegenüber Zwangsmaßnahmen. Für spezifische Hinweise zu Formen, Indikationen und therapeutischen Zielsetzungen wird auf Kapitel 2.2 und 2.5 verwiesen. Rechtliche Grundlagen für die IB im Rahmen von Unterbringungen finden sich in den jeweiligen Landesgesetzen über Hilfen bei psychischen Erkrankungen (PsychKHG bzw. PsychKG). Etliche Landesgesetze schreiben bei Fixierungen eine kontinuierliche persönliche Überwachung bzw. 1:1-Betreuung durch qualifiziertes Personal vor. Auch bei Isolationsmaßnahmen wird eine vergleichbare Präsenz empfohlen (Sauter et al., 2024). Wird eine IB ohne ausdrückliche Zustimmung einer betroffenen einwilligungsunfähigen Person durchgeführt, ist der mutmaßliche Wille zu ermitteln. Hierbei sind vorausverfügte Wissenserklärungen wie Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen und Vorsorgevollmachten zu berücksichtigen (AFG-PsyP, 2019). Eine Maßnahme gegen den erklärten Willen unterliegt denselben Prinzipien wie (andere) freiheitsbeschränkende Maßnahmen. Sie muss erforderlich, geeignet und verhältnismäßig sein und es dürfen keine milderer Alternativen zur Verfügung stehen. In jedem Fall ist eine kontinuierliche, transparente Kommunikation mit der zu betreuenden Person erforderlich, unabhängig davon, ob eine Einwilligung vorliegt.

(Pflege-)Fachpersonen, die psychiatrische Intensivbetreuung durchführen, müssen mit den rechtlichen Grundlagen und Prinzipien wie beispielweise Verhältnismäßigkeit und Patientenrechte, vertraut sein. Ohne Zustimmung eines/einer einwilligungsfähigen Patienten/Patientin bzw. ohne Indikation bei einem/einer nicht einwilligungsfähigen Patienten/Patientin ist die Intensivbetreuung nicht möglich.

Im deutschen Abrechnungssystem (PEPP-Entgelt) ist die psychiatrische Intensivbetreuung über den OPS-Code 9-640 abbildbar („Erhöhter Betreuungsaufwand“). Dieser gilt als „höhergruppierend“, d. h. er führt zu einer Einstufung des Falls in eine höher bewertete PEPP-Gruppe. Zusätzlich kann für jeden Tag mit 1:1-Betreuung ein Zusatzentgelt (ET01) abgerechnet werden, vorausgesetzt, die Maßnahme wurde korrekt dokumentiert und ärztlich angeordnet (InEK, 2024).

Voraussetzungen für die Kodierung des 9-640 sind:

- ärztliche Anordnung mit dokumentierter Indikation und täglicher Reevaluation,
- tatsächliche 1:1-Betreuung durch qualifiziertes Personal (mind. 2 Stunden, auch kumulativ),
- lückenlose Dokumentation, insbesondere zur Gefährdungslage und durchgeführten Maßnahmen,
- multiprofessioneller Kontext, also Einbindung in ein therapeutisches Gesamtkonzept.

Fehlt eines dieser Kriterien, kann die Kodierung abgelehnt werden. Die Dokumentation muss plausibel nachvollziehbar machen, warum eine intensive Einzelbetreuung erforderlich war, insbesondere im Hinblick auf Suizidalität, Fremdgefährdung oder Desorientierung (Nienaber et al., 2015).

2.5 Ziele und Indikationen

Intensivbetreuung in der psychiatrischen Behandlung wird eingesetzt, um akute psychische Krisen zu überbrücken, potenzielle Gefahren zu minimieren und therapeutische Prozesse zu stabilisieren. Es gilt den Faktor Schutz mit der Förderung der Eigenverantwortung zu verbinden und auszubalancieren. Die IB stellt dabei keine standardisierte Maßnahme dar, sondern eine individualisierte, indikationsbezogene Intervention, die im Sinne der Verhältnismäßigkeit stets mit Blick auf mildere Alternativen reflektiert werden muss. Transparente Kommunikation der Ziele einer IB, unter Einbezug aller am Prozess Beteiligten, vermittelt Sicherheit, Orientierung und definiert einen gemeinsamen Weg zur Stabilisierung. Die folgenden Zielsetzungen und Indikationen beruhen auf klinischer Erfahrung, empirischer Evidenz sowie ethischen Leitlinien und bilden die Grundlage für die Einleitung einer Intensivbetreuung.

Ziele

- Prävention akuter Eskalationen, insbesondere bei Erregungszuständen, Desorientierung oder autoaggressiven Impulsen,
- Schutz der Patient:innen und Dritter bei akuten Selbst- und Fremdgefährdungen,
- Förderung psychischer Stabilität durch sichere Beziehungsangebote und kontinuierliche Präsenz,
- Entlastung und Minderung von Leiden,
- Vermeidung von Zwangsmaßnahmen,
- Sicherung der Selbstbestimmung, sofern möglich,
- Förderung von Hoffnung und Zuversicht (Nienaber et al., 2013b; Cutcliffe & Barker, 2002),
- Rückübertragung von Verantwortung für das eigene Handeln an die Patient:innen (Nienaber et al., 2013b; Cutcliffe & Barker, 2002).

Indikationen

1. Akute Erregungszustände

Bei stark erhöhter innerer Anspannung, Agitation, motorischer Unruhe oder desorganisiertem Verhalten kann eine Intensivbetreuung zur Stabilisierung und Deeskalation beitragen (NICE, 2015).

2. Akute Eigen- und/oder Fremdgefährdung

Eine kontinuierliche Beobachtung und begleitende Beziehungsgestaltung sind erforderlich, wenn akute Suizidalität oder gewalttätiges Verhalten gegenüber Dritten vorliegen (DFPP, 2016; DGPPN, 2018; Sauter & Needham, 2023). Auch im Kontext von Realitätsverkennung (z. B. Delir) kann eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung eine intensive Betreuung erforderlich machen. Bei selbstverletzendem Verhalten oder suizidalen Handlungen (Zappe et al., 2026) kann eine engmaschige Betreuung notwendig sein, um die Sicherheit zu gewährleisten und präventive Unterstützung zu ermöglichen.

3. Wunsch der betroffenen Person nach Sicherheit und Begleitung

Patient:innen äußern mitunter selbst den Wunsch nach intensiver Betreuung in Krisensituationen. In solchen Fällen sollte eine partizipative Indikationsprüfung erfolgen, unter Berücksichtigung von Autonomie und therapeutischer Notwendigkeit bzw. möglicher Kontraindikationen (SAMW, 2015).

4. Akute Belastungsreaktionen mit starkem Sicherheitsbedürfnis

Nach traumatischen Ereignissen oder psychosozialen Krisen benötigen viele Patient:innen vorübergehend engmaschige Begleitung zur Stabilisierung emotionaler Reaktionen (NICE, 2015).

5. Festgestellte Urteilsunfähigkeit

Wenn Patient:innen nicht in der Lage sind, eigenverantwortlich zu handeln oder zu entscheiden, kann eine kontinuierliche Betreuung notwendig sein, um Schutz und therapeutische Steuerung zu ermöglichen (Lienhardt et al., 2018).

6. Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen

Intensivbetreuung kann eine milde, beziehungsorientierte Alternative zu freiheitsentziehenden Maßnahmen darstellen, insbesondere wenn frühzeitig interveniert wird (DFPP, 2016; DGPPN, 2018; Sauter & Needham, 2023).

7. Entweichungsgefahr oder Hinlauftendenzen bei Eigen- und/oder Fremdgefährdung

Das Risiko einer Entweichung kann durch die IB deutlich reduziert werden, da eine (Pflege-)Fachperson über den Aufenthaltsort der betroffenen Person informiert ist und dem Verlangen, die Einrichtung zu verlassen, durch eine gezielte, beziehungsfördernde Gesprächsführung entgegenwirken kann.

8. Spannungszustände und Reizüberflutung

In Situationen mit erhöhter innerer Anspannung oder Überforderung durch äußere Reize kann die IB helfen, sensorische Reize zu reduzieren und emotionale Entlastung zu ermöglichen.

Jede psychiatrische Intensivbetreuung soll eine klar definierte Indikation sowie ein entsprechendes therapeutisches Ziel beinhalten. Dabei ist stets die Verhältnismäßigkeit zu prüfen. Die Maßnahme ist zu beenden oder zu lockern, sobald eine weniger intensive Intervention ausreicht. Kriterien zur Beendigung sollen bereits bei Anordnung definiert und transparent kommuniziert werden.

2.6 Kontraindikationen und Risiken

Trotz ihres hohen therapeutischen Potenzials stellt die psychiatrische Intensivbetreuung keine universelle Intervention für alle Krisensituationen dar. Ihr Einsatz und ihre Dauer bedürfen einer sorgfältigen Indikationsstellung, die individuelle Risikokonstellationen, mögliche Hospitalisierungseffekte, therapeutische Zielsetzungen sowie potenzielle unerwünschte Wirkungen berücksichtigt. Ohne eine klare fachliche Begründung und kontinuierliche Evaluation besteht das Risiko, dass die Maßnahme nicht stabilisierend wirkt, sondern bestehende Belastungen verstärkt oder Abhängigkeitsdynamiken fördert. Hierzu zählt insbesondere die Gefahr einer unbeabsichtigten Verstärkung dysfunktionaler Verhaltensmuster. Intensivbetreuungen sollten in der Regel nur kurzfristige Lösungen sein, im Therapieverlauf sollten die Patient:innen ihre Eigenständigkeit zurückerlangen.

Kontraindikationen

Intensivbetreuung in der psychiatrischen Behandlung sollte nicht angewendet werden, wenn keine akute Krisensituation mit relevanter Gefährdung oder Desorganisation vorliegt. In stabilen Phasen kann eine dauerhafte Intensivbetreuung zu einem Abbau von Selbstverantwortung und zur Förderung passiver Coping-Strategien führen. Vorsicht ist geboten bei Patient:innen, die durch ständige Beobachtung retraumatisiert werden könnten, z. B. infolge früherer Kontrollverlusterfahrungen.

Auch sollten unbeabsichtigte Nebeneffekte, wie die Befriedigung sonst unerfüllter Bedürfnisse nach Zuwendung oder Aufmerksamkeit, bedacht werden. In solchen Fällen kann die Maßnahme unbeabsichtigt zur Aufrechterhaltung von Symptomen und dysfunktionalen Verhaltensweisen, anstatt zur Stabilisierung und Erhöhung der Selbstverantwortung beitragen. Im Rahmen von interprofessionell sowie mit den Patient:innen abgestimmten Verstärkerplänen können feste Vereinbarungen sinnvoll und für das therapeutische Team bindend sein. Beispielsweise kann mit dem Ziel der Reduzierung von Risikoverhalten auch für die akuten Gefährdungssituationen eine Reizabschirmung und Überwachung ohne engmaschige Begleitung vereinbart werden.

Risiken

Aus Sicht der Patient:innen kann eine als zu lang andauernd oder zu intensiv empfundene Betreuung zu Rückzug, Widerstand oder Überforderung führen, insbesondere wenn sie nicht partizipativ gestaltet wird. In solchen Situationen besteht die Gefahr, dass die Maßnahme nicht als unterstützende Hilfe, sondern als Kontrollinstanz wahrgenommen wird. In extremen Fällen kann dies – insbesondere bei fehlender traumasensibler Haltung – das Risiko einer Retraumatisierung erhöhen. Ebenso kann bei nicht ausreichender Zielklärung der Eindruck entstehen, die IB diene lediglich zur „Herstellung von Sicherheit“ oder zur „Verwahrung“, was dem therapeutischen Anspruch widerspricht. Stigmatisierung ist ein weiteres Risiko: Eine engmaschige Betreuung, die nicht angemessen kommuniziert oder reflek-

tiert wird, kann dazu führen, dass Patient:innen als „schwierig“ oder „gefährlich“ wahrgenommen werden. Dies hat negative Folgen für das Selbstbild, die Behandlungsmotivation und die soziale Integration.

Vonseiten der (Pflege-)Fachpersonen erfordert die Durchführung der Intensivbetreuung eine hohe psychische Belastbarkeit, professionelle Selbstregulation sowie kontinuierliche Aufmerksamkeit. Ohne geeignete Unterstützung kann dies zu Überforderung, Ermüdung oder Rollenkonflikten führen. Gerade in akutpsychiatrischen Settings besteht die Gefahr, dass IB als Dauerlösung statt als gezielte Krisenintervention missverstanden wird. Wird psychiatrische Intensivbetreuung ohne klare Zielsetzung oder Indikation eingesetzt, bindet sie personelle Ressourcen, ohne den therapeutischen Nutzen zu rechtfertigen. Dies kann zu einer ungünstigen Verteilung pflegerischer Kapazitäten führen und insbesondere auf akutpsychiatrischen, personalintensiven Stationen die Versorgung anderer Patient:innen beeinträchtigen.

Maßnahmen zur Risikominimierung

Psychiatrische Intensivbetreuung sollte ausschließlich bei klarer Indikation, mit definiertem Ziel und festgelegten Überprüfungskriterien angewendet werden. Sie ist regelmäßig auf ihre Notwendigkeit zu evaluieren, um unnötige Verlängerungen zu vermeiden.

Bei sehr aggressiv erregten wie auch bei Patient:innen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung kann (vorübergehend) die engmaschige Überwachung durch eine Sichtscheibe indiziert sein, um die Situation zu deeskalieren oder um die durchführenden (Pflege-)Fachpersonen zu schützen. Solche Entscheidungen sollten interprofessionell abgestimmt und gut reflektiert werden.

Neben der guten Klärung der Indikation und Ziele einer Intensivbetreuung sind zentrale Schutzfaktoren gegen mögliche negative Auswirkungen:

- **transparente Kommunikation** über Grund, Ziel und Verlauf der IB,
- **Einbindung der Patient:innen** in Entscheidungen, soweit möglich,
- **traumasensibles Vorgehen** unter Vermeidung retraumatisierender Situationen,
- **Teamreflexion und Supervision** zur Entlastung des Personals und zum Verständnis aufrechterhaltender Bedingungen,
- **antistigmatisierende Haltung**, die auf Beziehung und Empowerment zielt.

Die psychiatrische Intensivbetreuung soll beendet oder reduziert werden, sobald ihre Indikation nicht mehr gegeben ist. Risiken wie Übertherapie, Stigmatisierung, Retraumatisierung und Ressourcenüberlastung sind aktiv zu erkennen und zu vermeiden.

3. Wünsche, Erwartungen und Forderungen von Patient:innen

Menschen, die sich aufgrund psychischer Krisen in psychiatrischer Intensivbetreuung befinden, formulieren eine Vielzahl von Wünschen, Erwartungen und Anliegen hinsichtlich der Gestaltung dieser besonderen Form professioneller Unterstützung. Ihre Perspektiven stellen eine essenzielle Ressource für die Weiterentwicklung einer personenzentrierten, respektvollen und partizipativen Praxis dar (Alsbach, 2023). Ein zentrales Anliegen ist der Wunsch nach verständlicher und transparenter Information über die Intensivbetreuung. Dabei wird betont, dass Informationen möglichst barrierearm, z. B. auch in leichter Sprache, zur Verfügung stehen sollten. Dies dient nicht nur der Orientierung in der akuten Situation, sondern unterstützt die gleichberechtigte Teilhabe an Entscheidungsprozessen. Von großer Bedeutung ist das Recht auf Mitbestimmung. Betroffene wünschen sich, aktiv in Entscheidungen über die Art, Dauer und Gestaltung der IB einbezogen zu werden. Dabei äußern sie auch das Bedürfnis, Intensivbetreuung, sofern individuell sinnvoll, in das häusliche oder gewohnte Umfeld zu verlagern. Kritik äußert sich häufig in Bezug auf eine als einseitig empfundene Kommunikation. Statt „ausgefragt“ zu werden, wird eine proaktive, respektvolle und dialogische Gesprächsführung gewünscht, auch in psychotischen Zuständen oder Phasen eingeschränkter Selbststeuerung. Viele Patient:innen betonen, dass sie sich nicht in der Bringschuld sehen möchten, ihre Bedürfnisse aktiv formulieren zu müssen. Vielmehr wird ein echtes, unverstelltes Interesse seitens der Betreuenden erwartet, einschließlich der Bereitschaft, kreative und individuelle Lösungen anzubieten. Der Wunsch nach einem geschützten Raum für das Erzählen, frei von Zeitdruck und Bewertung, wird dabei wiederholt hervorgehoben.

Im Umgang mit möglichen Zwangsmaßnahmen wünschen sich Betroffene, dass stets vorab versucht wird, durch einfühlsame Kommunikation und Deeskalation eine alternative Lösung zu finden. Dabei wird eine hohe Sensibilität eingefordert, damit Verhalten nicht vorschnell interpretiert wird. Außerdem wird eine grundsätzliche Offenheit für Patient:innen benötigt, um flexibel und individuelle Lösungen finden zu können. Das Ernstnehmen subjektiver Erfahrungen wird als zentrale Voraussetzung für eine gelingende IB benannt. Patient:innen erwarten, dass ihre individuellen Krisen- und Lebenskontexte ernsthaft einbezogen und nicht relativiert werden. Die Einbindung von Genesungsbegleitenden wird dabei als besonders hilfreich hervorgehoben, insbesondere aufgrund ihrer authentischen Erfahrungsperspektive und ihres Potenzials für Verstehen „auf Augenhöhe“. Gefordert wird zudem ein Vertrauensvorschuss seitens des Fachpersonals. Anstelle eines misstrauischen Grundtons sollten Betroffene von Beginn an als kompetente Mitwirkende ihres eigenen Genesungsprozesses betrachtet werden. Kritisch reflektiert werden auch strukturelle Bedingungen, wie häufige Personalwechsel ohne Vorankündigung, fehlende Supervision oder unklare Rollen der betreuenden Personen. Regelmäßige Reflexionen im Team sowie kontinuierliche Bezugspersonen werden ebenfalls als zentrale Elemente gelingender IB benannt (Alsbach, 2023). Auch die räumlichen Bedingungen der IB werden thematisiert. Patient:innen äußern den Wunsch nach einer spezifisch gestalteten, reizarmen und schützenden Umgebung, die Sicherheit und Rückzug ermöglicht. Solche Räume sollten bewusst vom Stationsalltag abgegrenzt und zugleich therapeutisch nutzbar sein.

Weitere konkrete Wünsche sind:

- **Feedback zur Einordnung des eigenen Verhaltens** in einen größeren Zusammenhang,
- **Wechsel zwischen Kontaktangebot und Rückzugsmöglichkeit**, je nach situativem Bedürfnis,

- **Verbindlichkeit bei Behandlungsvereinbarungen**, insbesondere wenn IB in diesen vorgesehen ist,
- **authentische Beziehungsgestaltung**, die Nähe und Menschlichkeit zulässt und Distanz nicht durch Professionalisierung ersetzt.

Die Rolle der betreuenden Person wird dabei differenziert gesehen. Einerseits wird sie als Vermittlerin zwischen Patient:innen und Behandlungsteam verstanden, andererseits soll sie keine undurchsichtige „Geheimnisträgerin“ sein. Eine klare Kommunikation über Funktion, Auftrag und Handlungsspielraum ist daher unerlässlich (Alsbach, 2023).

Menschen in psychiatrischer Intensivbetreuung wünschen sich eine respektvolle, partizipative und individuelle Begleitung, die sich an ihren Bedürfnissen orientiert. Authentizität, Transparenz, Sicherheit und eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung sollen die gelingende Gestaltung dieser Maßnahme ermöglichen.

4. Prävention

Die Prävention von Intensivbetreuung in Rahmen psychiatrischer Behandlung ist untrennbar mit der Prävention jener Krisensituationen verbunden, die eine IB erforderlich machen. Prävention beginnt vor dem Auftreten akuter Krisen (Nienaber & Needham, 2023). Bei beginnenden Krisen zielt sie darauf ab, Risikokonstellationen frühzeitig zu erkennen, deeskalierend zu intervenieren und strukturelle Voraussetzungen zu schaffen, die eine Eskalation psychischer Belastungen verhindern. Die Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen steht dabei ebenso im Zentrum wie die Förderung von Selbstbestimmung und partizipativer Zusammenarbeit. Dazu gehören:

- **transparente Aufklärung** über Möglichkeiten, Grenzen und Bedingungen einer IB im Rahmen des Aufnahmeprozesses,
- **frühzeitige Erarbeitung individueller Indikatoren**, die das Entstehen einer Krise ankündigen können (z. B. Veränderungen im Verhalten, Rückzugsneigung, nonverbale Zeichen),
- **fonkrete Handlungsvereinbarungen**, z. B. über Formen der Begleitung oder das Einverständnis zu bestimmten Maßnahmen (z. B. Behandlungsvereinbarungen oder Patient:innenverfügungen),
- **Rollenklärung bei Entscheidungsträger:innen**: Wer entscheidet in der Krise? Welche Maßnahmen darf das Behandlungsteam veranlassen? Was darf/möchte der Patient/die Patientin selbst regeln?

Prävention erfordert außerdem ein Setting, das auf gemeinsame Entscheidungsfindung vorbereitet ist. Die Etablierung eines dialogischen Umgangs mit Patient:innen, insbesondere außerhalb der akuten Krisensituation, stärkt das Vertrauen und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass auch in schwierigen Phasen kooperative Lösungen möglich bleiben. Dies gelingt am besten in ruhigen, strukturierten Kontexten unter Einbezug von Bezugspflege, Genesungsbegleitung und anderen Berufsgruppen. Auch Vertrauenspersonen (z. B. An- und Zugehörige oder gesetzliche Betreuende) können einbezogen werden,

sofern dies dem Willen der betroffenen Person entspricht. Eine dokumentierte Ergebnissicherung der gemeinsam getroffenen Vereinbarungen ist essenziell, nicht nur zur rechtlichen Absicherung, sondern auch als interprofessionelle Arbeitsgrundlage im Ernstfall. Die präventive Wirkung liegt dabei nicht allein in der Maßnahme selbst, sondern in der Klarheit, mit der sie kommuniziert und abgestimmt wurde.

Präventive Maßnahmen zur Vermeidung von psychiatrischer Intensivbetreuung sollten strukturell verankert sein. Hierzu gehören transparente Aufklärung, partizipative Entscheidungsmodelle und frühzeitige Vereinbarungen über Indikatoren und Grenzen einer möglichen Intensivbetreuung. Krisenprävention ist zugleich Beziehungsarbeit und strukturelle Aufgabe, welche auch Behandlungsvereinbarungen vorsieht.

5. Durchführung

Die psychiatrische Intensivbetreuung ist eine komplexe, hochindividualisierte Intervention, die sich durch ihre Nähe zur therapeutischen Beziehung, ihre situative Dynamik und ihre präventive Wirksamkeit gegenüber Zwangsmaßnahmen auszeichnet. Sie ist nicht auf ein standardisiertes Vorgehen reduzierbar, sondern erfordert ein hohes Maß an fachlicher Sensibilität, klinischem Einschätzungsvermögen und interprofessioneller Abstimmung. Im Kontext der Akutversorgung besteht die zentrale Herausforderung darin, Schutz und Sicherung einerseits mit der Förderung von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung sowie andererseits der Krisenbewältigung in ein professionelles Gleichgewicht zu bringen. Die Gestaltung der IB hängt wesentlich von der Situation der betroffenen Person, der jeweiligen Krisendynamik sowie den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen ab. In diesem Kontext eröffnet IB eine Bandbreite therapeutischer Möglichkeiten. Sie reicht von beruhigender Präsenz über gezielte Gesprächsangebote bis hin zur kontinuierlichen Krisenbegleitung. Ein zentrales Element der Durchführung ist das Prinzip der Präsenz: (Pflege-)Fachpersonen signalisieren durch ihr Da-Sein, dass sie für die betroffene Person verfügbar, ansprechbar und schützend präsent sind und können so das Gefühl von Sicherheit, von Wahrgenommenwerden und von Angenommensein vermitteln (Rabenschlag et al., 2021). Das Zuhören und Da-Sein können bewusst als wirksame Mittel eingesetzt werden (Insua-Summerhays et al., 2018; Rabenschlag et al., 2021). Bereits niedrigschwellige Kontaktangebote können deeskalierend wirken und mitunter die Notwendigkeit einer formal angeordneten 1:1-Betreuung vermeiden. Diese präventive Funktion hebt die IB von rein überwachenden Maßnahmen deutlich ab. Die Beziehungsgestaltung folgt einem personenzentrierten und recovery-orientierten Ansatz. Ziel ist es, gemeinsam mit der betroffenen Person einen tragfähigen Rahmen zu schaffen, in dem Sicherheit und Orientierung entstehen können. Dabei ist nicht allein die Frequenz der Kontakte entscheidend, sondern deren Qualität, Passung und Authentizität. Die psychiatrische Intensivbetreuung ist deshalb immer auch Ausdruck professioneller Haltung und Beziehungsgestaltung unter schwierigen Bedingungen.

Der Erfolg psychiatrischer Intensivbetreuung hängt in hohem Maße von ihrer inhaltlichen Gestaltung, ihrer transparenten Kommunikation und der reflektierten Rollengestaltung im Team ab. Dieses Kapitel beschreibt in den folgenden Unterabschnitten die zentralen Merkmale ihrer Durchführung, von der

Anordnung und Struktur über Kommunikation und Beziehungsarbeit bis zur Nutzung von Instrumenten zur somatischen Überwachung und zur interprofessionellen Zusammenarbeit.

Psychiatrische Intensivbetreuung soll als therapeutische Präsenzmaßnahme verstanden werden, nicht als bloße Überwachungsstrategie. Ihre Durchführung erfordert eine reflektierte, individuell abgestimmte Planung, die Beziehung, Sicherheit, Partizipation und therapeutische Zielorientierung in Einklang bringt. Im Fokus steht ein bedürfnisorientiertes Beziehungsangebot.

5.1 Anordnung, Konstanz, Turnus, Dauer und Überprüfung

Die psychiatrische Intensivbetreuung bedarf einer klaren strukturellen Verankerung, sowohl hinsichtlich ihrer Anordnung und Durchführung als auch im Hinblick auf ihre Überprüfbarkeit. Die Maßnahme ist durch ihre Intensität und Eingriffsqualität gekennzeichnet und darf daher nur auf Grundlage einer klaren Indikation, unter definierten Rahmenbedingungen und unter Einhaltung rechtlicher Standards erfolgen.

Anordnung

Die Anordnung der IB während Zwangsmaßnahmen und dokumentierter Gefährdungslagen (z. B. akute Suizidalität, Fremdgefährdung, schwere Desorientierung) erfolgt durch den behandelnden Arzt/die Ärztin. Die freiwillige, partizipativ initiierte IB im Einverständnis mit der betroffenen Person wird von der (Pflege-)Fachperson veranlasst, genauso die IB in Gefährdungssituationen bis zum Eintreffen des Arztes/der Ärztin. Idealerweise erfolgen Entscheidungen partizipativ und interprofessionell unter Einbezug der betroffenen Person. Die Begründung der Maßnahme, die Zieldefinition und die Kriterien zur Beendigung sind von Beginn an festzuhalten. Eine transparente Kommunikation über die Gründe und Ziele der Intensivbetreuung ist in jedem Fall erforderlich, unabhängig davon, ob die Maßnahme einvernehmlich oder gegen den Willen der betroffenen Person erfolgt.

Konstanz und Betreuung

Ein zentrales Qualitätsmerkmal der Intensivbetreuung ist ihre personelle und relationale Kontinuität. Die begleitende (Pflege-)Fachperson bleibt über die gesamte Dauer der Maßnahme in unmittelbarem Kontakt mit dem Patienten/der Patientin. Die Zuteilung einer festen Bezugsperson schafft Sicherheit, Vertrauen und Verlässlichkeit. Die jeweilige Betreuungsform (s. 2.2.1) ist transparent mit dem Patienten/der Patientin zu kommunizieren, regelmäßig zu überprüfen und der aktuellen Situation anzupassen. Ein möglicher Wechsel der begleitenden Fachperson wird der betroffenen Person erläutert.

Turnus und Flexibilität

Der Betreuungsrhythmus (Turnus) muss an den individuellen Zustand und Bedarf der Patient:innen angepasst werden. Eine starre Taktung widerspricht dem Prinzip personenzentrierter Pflege. Stabilisierung kann es erforderlich machen, den Turnus zu lockern, und akute Verschlechterung kann eine intensivisierte Begleitung erfordern. Umgekehrt kann es Situationen geben, in denen durch gezielte Strukturierung oder therapeutische Übungen die Stabilisierung bewusst gefördert wird, während gleichzeitig dysfunktionale Verhaltensmuster reduziert werden sollen. Die Entscheidung über Anpassungen des Turnus ist dokumentationspflichtig und sollte mit der betroffenen Person, soweit möglich, abgestimmt werden. Das Zusammenspiel von Struktur und Flexibilität bildet die Grundlage für eine effektive, individuell passende IB.

Dauer und Überprüfung

Die Dauer der IB hängt vom Verlauf der Symptomatik, der Wirkung der Maßnahme und der Einschätzung des therapeutischen Teams ab. Grundsätzlich gilt: So lange wie nötig, so kurz wie möglich. Eine unnötig verlängerte IB kann kontraproduktiv wirken. Empfohlen wird eine regelmäßige Re-Evaluation im interprofessionellen Team, bei anhaltender IB mindestens im Abstand von zwei Stunden (NICE, 2015; Lienhardt et al., 2018). Entscheidungen zur Lockerung oder Beendigung sollen auch von Pflegefachpersonen getroffen werden, wenn eine interprofessionelle Abstimmung nicht zeitnah möglich ist. Die Entscheidung über Fortführung, Reduktion oder Beendigung ist zu dokumentieren, einschließlich Begründung, Gesprächsverlauf und ggf. Einschätzung der Patient:innen. Zur Entlastung des betreuenden Personals sollte in einer angemessenen Zeitspanne (z. B. nach zwei Stunden) ein Wechsel oder eine Pause eingeplant werden (Hemkendreis et al., 2013).

Eine psychiatrische Intensivbetreuung kann ärztlich-therapeutisch angeordnet oder durch die (Pflege-)Fachperson veranlasst werden. Intensivbetreuungen im Rahmen von Zwangsmaßnahmen müssen ärztlich angeordnet sein. Anordnung, Anlass und Ablauf/Durchführung sind gut zu dokumentieren. Durchführende Fachpersonen sollten Entscheidungen zur Durchführung und Reduktion der Betreuungsintensität treffen können. In kritischen Situationen sind interprofessionelle Abstimmungen sinnvoll. Wenn möglich soll die betreute Person in Entscheidungen zur Intensivbetreuung einbezogen werden. Das Procedere der Entscheidungsfindung soll in klinikinternen Verfahrensanweisungen konkret geregelt sein. Gegenseitiges Vertrauen und Verantwortungsübernahme sind zentral, um Entscheidungen zeitnah und auf Augenhöhe zu treffen.

5.2 Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau

Die Qualität der Beziehungsgestaltung und Kommunikation stellt den zentralen Wirkfaktoren in psychiatrischer Intensivbetreuung dar. In hochvulnerablen Krisensituationen kann eine verlässliche, empathische und strukturierte Beziehung zwischen (Pflege-)Fachperson und Patient:innen über den Verlauf und Erfolg der Maßnahme entscheiden. Ziel ist es, ein tragfähiges Vertrauensverhältnis aufzubauen, das Sicherheit bietet, Orientierung ermöglicht und den Boden für partizipatives Handeln schafft. Basale Bedürfnisse wie Essen, Trinken, Hygiene und zeitliche Orientierung müssen zu jeder Zeit sichergestellt sein. Außerdem geben viele Patient:innen das Tragen ihrer persönlichen Kleidung als wichtiges Bedürfnis an, welches zu respektieren ist. Persönliche Gegenstände, die potenziell gefährlich sind, dürfen nur entfernt werden, wenn medizinische oder Sicherheitsaspekte dies erforderlich machen (DGPPN, 2018).

Zuständigkeit und personelle Kontinuität

Die Durchführung der IB sollte im Idealfall durch eine (Pflege-)Fachperson erfolgen, die bereits über eine stabile Beziehung zur betroffenen Person verfügt. Wünsche der Patient:innen, beispielsweise hinsichtlich des Geschlechts der betreuenden Person, der Sprache oder des kulturellen Hintergrunds, sind – soweit organisatorisch umsetzbar – zu berücksichtigen. Der Einsatz von Mitarbeitenden aus dem Stationsteam wird empfohlen, da Kontinuität, Beziehungserfahrung und Teamintegration zentrale Erfolgsfaktoren darstellen. Werden Pool- oder Fremdmitarbeitende eingesetzt, bedarf es einer engen Begleitung durch das Stammpersonal sowie ergänzender Kontaktaufnahme durch dieses.

Erstkontakt und Kommunikationsprinzipien

Die Gestaltung der ersten Kontaktaufnahme ist für die weitere Beziehung bedeutsam. (Pflege-)Fachpersonen sollten sich klar mit Namen und Funktion vorstellen, die aktuelle Maßnahme erklären und eine kooperative, transparente Haltung signalisieren. Der Kontakt erfolgt, sofern möglich, direkt im Raum der Patient:innen, nicht durch Türen oder Sichtscheiben. Die räumliche Nähe und der physische Abstand sind gemeinsam abzustimmen und regelmäßig zu reflektieren. Besonders wichtig ist die proaktive Kommunikation: (Pflege-)Fachpersonen sollten aktiv in Kontakt treten, Erklärungen zur Indikation, zum weiteren Vorgehen und zu Aufhebungsbedingungen geben sowie Bedürfnisse und Erwartungen regelmäßig abfragen. Eingriffe in persönliche Rechte (z. B. Zimmerdurchsuchung, Einschränkung von Bewegungsfreiheit) sind nachvollziehbar zu begründen und mit größter Zurückhaltung durchzuführen. Validierung, aktives Zuhören, Klarheit und Verlässlichkeit sind Grundprinzipien der verbalen und nonverbalen Kommunikation. Wo Sprachbarrieren bestehen, sind nach Möglichkeit Dolmetschende oder digitale Sprachtools (z. B. Triaphon) einzubeziehen. Die Präsenz ermöglicht das Zuhören und das Eingehen auf die Wünsche des Patienten/der Patientin, das vermittelt das Gefühl von Angenommensein und Sicherheit (Rabenschlag et al., 2021). Vielleicht möchten die Betroffenen von sich erzählen, durch offene Fragen (z. B. was sie vor der Krisensituation erlebt haben) fühlen sie sich dazu eingeladen. Vielleicht wollen sie lieber alltägliche Handlungen durchführen oder über alltägliche Dinge sprechen (Insua-Summerhays et al., 2018). Sofern von den Patient:innen gewünscht, kann auch Schweigen richtig, hilfreich und entlastend sein. Das Schweigen muss dabei von aufmerksamer Präsenz begleitet sein (Staudacher, 2021). Bei stark ablehnendem Verhalten **oder** massiver Verweigerung können Strategien wie Personalwechsel, flexible Positionswahl (Sichtweite statt physischer Nähe) oder temporäre Rückzugsangebote hilfreich sein (siehe auch Abschnitt 2.6 Kontraindikationen). Entscheidend ist, dass der Kontakt nicht abgebrochen, sondern niedrigschwellig aufrechterhalten wird.

Therapeutische Beziehung als Schutz- und Wirkfaktor

Die Beziehungsgestaltung in der IB ist nicht nur funktional, sondern therapeutisch wirksam. Sie dient der Stabilisierung, Deeskalation und der Förderung psychischer Selbstregulation. Eine empathisch geführte Kommunikation stärkt laut Schirmer (2018) das Vertrauen und die Kooperationsbereitschaft des Patienten/der Patientin. Besonders in Situationen drohender oder bestehender Zwangsmaßnahmen kann eine gelingende Beziehung entscheidend zur Vermeidung weiterer Eskalationen beitragen (Hemkendreis et al., 2013; Nienaber et al., 2013a).

Die Beziehung in der psychiatrischen Intensivbetreuung sollte dabei partizipativ, respektvoll, transparent und realistisch sein. Sie vermittelt weder falsche Versprechungen, noch erzeugt sie unnötige Abhängigkeit, sondern unterstützt die Person in ihrer Selbstwirksamkeit. Der Beziehungsaufbau erfolgt in kleinen Schritten, orientiert sich an der emotionalen Erreichbarkeit der Patient:innen und respektiert Rückzugsbedürfnisse ebenso wie Kontaktwünsche.

Die Kontaktaufnahme im Rahmen der Intensivbetreuung soll aktiv, transparent, situationsangemessen und personenzentriert erfolgen. Beziehungspflege, Kommunikationskompetenz und partizipatives Handeln sind zentrale Bausteine einer wirksamen Intensivbetreuung und dienen der Vermeidung von Zwang und Retraumatisierung.

5.3 Nutzung von Instrumenten

Mögliche Assessmentinstrumente der Dokumentationstools können die systematische Beobachtung des psychischen Zustands, der Dynamik einer Krise sowie der Wirkung der eingeleiteten Maßnahmen verbessern. Neben der klinischen Fremdeinschätzung ist die subjektive Rückmeldung der Patient:innen ein wesentliches Element, um Veränderungen frühzeitig zu erkennen und die Betreuung individuell anzupassen. Standardisierte Instrumente können diesen Prozess unterstützen, ersetzen jedoch nicht die kontinuierliche Interaktion und Beobachtung durch erfahrene (Pflege-)Fachpersonen. Gerade im Kontext von Unterbringungen und bei der Begründung von Zwangsmaßnahmen sind präzise und nachvollziehbare Erhebungen unverzichtbar.

Risikomanagement bei Fremdgefährdung

Instrumente zur Einschätzung von Fremdgefährdung und Gewaltpotenzial dienen der Früherkennung aggressiven Verhaltens und der gezielten Krisenintervention. Frühzeitiges Erkennen möglicher Eskalationen ermöglicht frühere deeskalierende Maßnahmen und kann damit präventiv gegen Gewalt wirken.

- **Brøset Violence Checklist (BVC)** basiert auf der Beobachtung von sechs Verhaltensindikatoren (z. B. Unruhe, verbale Drohungen, lautes Verhalten) und erlaubt eine schnelle Risikobewertung. Ein erhöhter Score signalisiert ein gesteigertes Risiko für physische Aggression (Almvik et al., 2000). Im deutschsprachigen Raum wird meist die BVC-CH angewendet (Abderhalden et al., 2008). Diese Variante ergänzt eine subjektive Einschätzung durch psychiatrische Fachpersonen und schlägt Interventionen vor.
- **Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R)** ermöglicht die systematische Erfassung und Analyse aggressiver Vorfälle. Die gute Dokumentation der Ereignisse erlaubt Analysen, aus denen sich möglicherweise präventive Strategien ableiten lassen (Nijman, 1999).
- **Erfassung von Aggressionseignissen (EvA)** ist ein ähnliches, allerdings lizenzfrei nutzbares Tool für die Dokumentation von aggressiven Vorfällen (NAGS, 2023).

Risikomanagement bei Selbstgefährdung

Zur strukturierten Einschätzung von Suizidalität stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung. Diese können die systematische Erhebung des Gefährdungsniveaus und die Planung geeigneter Schutzmaßnahmen unterstützen. Wichtiger als Instrumente ist allerdings das offene Ansprechen der Suizidalität durch offene Fragen, verbunden mit aktivem Zuhören im Rahmen einer vertrauensvollen Atmosphäre (Zapet et al., 2026). Ein Beispiel für ein Instrument zur Erhebung der Basissuizidalität ist:

- **Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR):** systematische Bewertung suizidaler Gefährdung auf Grundlage klinischer Kriterien (Abderhalden et al., 2005; Cutcliffe & Barker, 2002).

Dokumentation und Verlaufskontrolle

Für die tägliche Dokumentation im Rahmen der IB haben sich strukturierte Protokollinstrumente bewährt. Sie dienen der Qualitätssicherung, der rechtlichen Absicherung und der Optimierung interprofessioneller Kommunikation:

- **Suicidal Patient Observation Chart (SPOC):** systematische Erfassung von Beobachtungen, Interventionen und Kontaktverläufen von suizidalen Betroffenen. Unterstützt die kontinuierliche

Reflexion und kann in Teambesprechungen sowie im Dialog genutzt werden (Björkdahl et al., 2011).

- **Mersey Care Observation Recording Tool (MSORT):** Checkliste zur Dokumentation relevanter klinischer Beobachtungen; sie soll die Kommunikation und Dokumentation im Rahmen von Intensivbetreuungen verbessern und trägt zur Sensibilisierung bei (Nienaber et al., 2021).

Diese Instrumente entfalten ihre Wirkung nur im Zusammenspiel mit professioneller klinischer Expertise und einer reflektierten Haltung. Sie sollten nicht mechanisch eingesetzt, sondern in ein kontinuierliches, erfahrungsgeleitetes Beobachten und Handeln eingebettet werden.

Standardisierte Instrumente wie BVC, SOAS-R, NGASR, SPOC oder MSORT sollten gezielt eingesetzt werden, um den Zustand und das Risiko frühzeitig zu erfassen. Die Form der Anwendung sollte klinikintern geregelt sein und ersetzt nicht das Wahrnehmen der Bedürfnisse der Betroffenen.

5.4 Einbezug von Vertrauenspersonen

Der Einbezug von An- und Zugehörigen, Bezugspersonen oder gesetzlichen Vertretungen stellt einen zentralen Baustein psychiatrischer Intensivbetreuung dar. Vertrauenspersonen verfügen in vielen Fällen über wertvolle Kenntnisse zu biografischen Hintergründen, Krisenverläufen und individuellen Warnzeichen, die eine gezielte, personenzentrierte Betreuung ermöglichen. Darüber hinaus können sie wesentlich zur Stabilisierung des Patienten/der Patientin beitragen, sowohl emotional als auch im Hinblick auf die Gestaltung von Übergängen und Nachsorge. Der An- und Zugehörigenkontakt sollte jedoch nicht schematisch erfolgen, sondern situativ abgestimmt, professionell vorbereitet und freiwilligkeitsbasiert sein. Grundvoraussetzung ist die Zustimmung der betroffenen Person, sofern diese einsichts- und urteilsfähig ist. Auch während einer IB und während einer Zwangsmaßnahme kann ein Kontakt oder Besuch durch Vertrauenspersonen erfolgen, sofern dies dem Wohl der Person dient und therapeutisch begründbar ist. Der Wunsch, An- und Zugehörige in psychischen Ausnahmesituationen mit einzubeziehen, wird auch von Seiten der Betroffenen formuliert (Alsbach, 2023).

Der Einbezug kann vielfältige Formen annehmen:

- **Informationsgespräche**, z. B. über Krisenverlauf, Behandlungsschritte oder Unterstützungsangebote,
- **Einbindung in Behandlungsvereinbarungen** oder Krisenpläne,
- **beratende Funktion**, etwa zur Einschätzung früherer Krisenverläufe oder individueller Bedürfnisse,
- **emotionale Unterstützung** im Sinne eines Co-Regulationsangebots sofern von den Patient:innen gewünscht.

Besonders hilfreich ist der Einbezug von Vertrauenspersonen in der präventiven Planung. So können bereits im Vorfeld einer möglichen IB Unterstützungsstrategien abgestimmt werden, um Überforderungssituationen oder möglichen Eskalationen vorzubeugen. Auch nach Beendigung der Maßnahme kann ein gemeinsames Reflexionsgespräch sinnvoll sein, um Erfahrungen aufzuarbeiten und Verläufe nachvollziehbar zu machen. Gleichzeitig müssen (Pflege-)Fachpersonen sensibel mit möglichen Belastungen auf Seiten der Vertrauenspersonen umgehen. Vertrauenspersonen befinden sich häufig selbst

in einer Ausnahmesituation und benötigen klare Kommunikation, Orientierung und gegebenenfalls (psychoedukative) Unterstützung.

An- und Zugehörigen sollen als wertvoller Beitrag zur Stabilisierung, Individualisierung und Prävention in die psychiatrische Intensivbetreuung einbezogen werden. Dieser Einbezug erfolgt freiwillig, professionell begleitet und mit Zustimmung der betroffenen Person. Die Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen ist Bestandteil eines ganzheitlichen, beziehungsorientierten Betreuungskonzepts.

5.5 Angebote, Reizsteuerung und Mediennutzung

In der IB spielen strukturierte Angebote, Reizsteuerung und der Umgang mit Medien eine bedeutende Rolle für die psychische Stabilisierung, die Vermeidung von Eskalationen sowie die Förderung von Selbstwirksamkeit. Ziel ist es, durch gezielte Umweltgestaltung und therapeutisch sinnvolle Aktivitäten eine Reduktion von Überforderung, Leere oder Spannungszuständen zu ermöglichen, ohne dabei Überstimulation oder Reaktivierung früherer, heute weniger hilfreicher Bewältigungsstrategien zu fördern (Scheydt et al., 2017a). Außerdem erfordert die IB eine präzise Balance zwischen Aktivität, Ruhe und Privatsphäre, um Einschränkungen und Unannehmlichkeiten für die Patient:innen so gering wie möglich zu halten. Vorlieben, Bedürfnisse und Ideen der Patient:innen sind dabei unbedingt zu berücksichtigen (Nienaber et al., 2013a).

Beschäftigung und Struktur

Psychische Krisen gehen häufig mit einem Verlust an Orientierung, Selbstkontrolle und innerer Struktur einher. Die Wiederherstellung eines Mindestmaßes an Tagesstruktur und Aktivierung kann dazu beitragen, innere Anspannung abzubauen, Affekte zu regulieren und eine therapeutische Allianz aufzubauen. In der IB sind insbesondere niedrigschwellige, individuell abgestimmte Beschäftigungsangebote hilfreich, dazu gehören kreative Tätigkeiten, einfache handwerkliche Aufgaben, gestalterische Angebote oder auch das gemeinsame Führen eines Tagebuchs. Wichtig ist, dass die Angebote an die momentane Belastbarkeit angepasst sind. Aktivitäten sollten nicht überfordern, sondern als ressourcenaktivierend und sinnstiftend erlebt werden.

Beschäftigung ist dabei mehr als bloße Ablenkung, sie dient auch der Beziehungsgestaltung und kann das Gefühl von Sicherheit und Hoffnung fördern. Daher können kurze, verlässliche Sequenzen wirkungsvoller sein als ein Übermaß an Angeboten (Hemkendreis et al., 2013; Nienaber et al., 2013b).

Reizsteuerung und sensorische Umgebung

Reizüberflutung zählt zu den häufigsten Belastungsfaktoren in psychiatrischen Krisensituationen. Übermäßige Geräuschkulissen, visuelle Reize oder soziale Überforderungen können zu Dissoziation, Übererregung oder Rückzug führen. Dieser Zustand kann als ein „ungeordnetes Nebeneinander von Reizen“ beschrieben werden (Hell & Schüpach, 2008, S. 111). Die gezielte Reizabschirmung, etwa durch einen reizarmen Raum, Abdunkeln, Reduktion von Lärmquellen oder eine klare visuelle Struktur, kann sowohl in Krisensituationen als auch präventiv bei Reizüberflutung eine wirksame Maßnahme zur Stabilisierung darstellen (van der Kolk, 2014). Die Ziele von Reizabschirmung umfassen die Vermeidung von Reizüberflutung, den Schutz vor sozialer und affektiver Überstimulation, die Reduktion der Stressbelastung und die bewusste Kontrolle ungeordneter Reize (Scheydt & Needham, 2014). Pauschale Aus-

sagen darüber, wann Reizabschirmung sinnvoll ist, sind nicht möglich. Sie erfordert stets eine individuelle Beurteilung (Scheydt et al., 2016). Zu beachten ist dabei, dass Reizarmut das Risiko von Desorientierung, Angst, Vereinsamung oder dem Verlust des Zeitgefühls erhöhen kann (Scheydt et al., 2016). Eine therapeutisch fundierte Reizsteuerung bedeutet somit, dosierte Reizangebote zu machen und zugleich Möglichkeiten zum Rückzug zu gewährleisten. Auch sensorische Techniken, etwa beruhigende Texturen, Aromatherapie oder Gewichtsdecken, können zur Affektregulation beitragen, insbesondere bei Patient:innen mit Traumaerfahrungen oder dissoziativer Symptomatik (Champagne & Stromberg, 2004). Ergänzend dazu empfiehlt die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens Erwachsener“ (DGPPN 2018) den Einsatz sogenannter Sensory Rooms. Diese speziell gestalteten Räume bieten Patient:innen die Möglichkeit, sich freiwillig von Reizüberflutung zurückziehen und gleichzeitig positive Reize wie angenehme Lichtinstallationen, Musik oder taktile Materialien zu nutzen, um Stress abzubauen und die Selbstregulation zu fördern (DGPPN, 2018). Ist die betroffene Person nicht in der Lage, Reizabschirmung selbst als Ressource zu nutzen, können (Pflege-)Fachpersonen entsprechende Maßnahmen einleiten. Welche Maßnahmen im Einzelfall geeignet sind, hängt immer von der individuellen Situation, den Ressourcen der betroffenen Person und dem jeweiligen Kontext ab. Die Kombination verschiedener Ansätze ermöglicht eine flexible und wirksame Reizsteuerung, ohne unnötig in die Selbstbestimmung der Patient:innen einzugreifen (Scheydt et al., 2016).

Umgang mit Medien

Digitale Medien können in der IB eine ambivalente Rolle spielen. Einerseits bieten sie Ablenkung, Orientierung und Teilhabe, andererseits bergen sie Risiken wie Überstimulation, Rückzug oder die Konfrontation mit belastenden Inhalten. Besonders sensibel ist der Umgang mit Smartphones, die zu den persönlichen Gegenständen der Patient:innen gehören. Ein vollständiger Entzug stellt einen massiven Eingriff in die Selbstbestimmung dar und sollte nur bei klarer Indikation oder aus Sicherheitsgründen erfolgen (DGPPN, 2018). Sinnvoller ist es, Nutzung und Inhalte gemeinsam zu reflektieren, Medienzeiten nach Absprache anzupassen oder in eine Tagesstruktur einzubetten. Positiv bewerten Betroffene beruhigende Inhalte, strukturgebende Medienangebote oder eine selbstbestimmte Auswahl unter klaren Rahmenbedingungen (Radio, Fernsehen, Handy). Problematisch kann hingegen die exzessive Nutzung sozialer Medien oder unkontrollierter Internetkonsum sein, insbesondere bei psychotischen oder suizidalen Inhalten. Hier ist eine enge Absprache im Team und mit den Patient:innen erforderlich. Welche Beschäftigung oder Mediennutzung im Einzelfall hilfreich ist, hängt stark von der Person und der Situation ab. Durch gezieltes Nachfragen und gemeinsames Ausprobieren können passende Interventionen gefunden werden, jedoch sollte der Fokus auf die therapeutische Absicht gerichtet sein. Manchmal ist es sinnvoll, Patient:innen „einfach mal machen zu lassen“ (Scheydt et al., 2017b). Zielsetzung der Mediennutzung während der IB bleibt die Selbstregulation und nicht nur bloße Ablenkung (Hemkendreis, 2013). Die Mediennutzung darf nicht dazu führen, dass sich die Dauer von Intensivbetreuungen verlängert.

Beschäftigung, Reizsteuerung und Mediennutzung sind zentrale Elemente der psychiatrischen Intensivbetreuung. Sie dienen der Spannungsreduktion, der emotionalen Regulation und der Wiederherstellung subjektiver Kontrolle. Ihre Gestaltung sollte individuell, ressourcenorientiert und in therapeutischer Absicht erfolgen.

5.6 Überwachung und Vermeidung von Komplikationen

Psychiatrische Intensivbetreuung findet häufig in hochdynamischen Krisensituationen statt, in denen Patient:innen physisch, psychisch und emotional stark beansprucht sind. Gleichzeitig können krankheitsbedingte Einschränkungen, medikamentöse Sedierung oder Bewegungsmangel zu somatischen Komplikationen führen. Art, Umfang und Turnus der körperlichen Überwachung richten sich nach der konkreten klinischen Situation und dem jeweiligen Risikoprofil. Eine engmaschige somatische Überwachung ist vor allem im Kontext von Fixierungen, medikamentöser Sedierung oder anderen freiheitsentziehenden Maßnahmen erforderlich und nicht grundsätzlich Bestandteil jeder intensiv begleiteten Situation.

Ist die somatische Überwachung erforderlich, so gelten aktuelle pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und hier besonders die DNQP-Expertenstandards. Folgende Übersicht zeigt zentrale Risikobereiche und entsprechende pflegerische Präventionsmaßnahmen:

1. Kontrolle der peripheren Durchblutung, Motorik und Sensibilität (pDMS)

Regelmäßige pDMS-Kontrollen dienen der frühzeitigen Erkennung von **Durchblutungsstörungen**, Nervenschädigungen oder Immobilitätsfolgen. Sie sind insbesondere bei Patient:innen mit eingeschränkter Körperwahrnehmung, verminderter Mobilität oder nach Zwangsmaßnahmen (z. B. Fixierung, Sedierung) relevant. Ziel ist die Prävention von Ischämien, Druckschäden und neurologischen Komplikationen.

Pflegerische Maßnahmen:

- Inspektion und Palpation der Extremitäten (Hautfarbe, Temperatur, Sensibilität),
- Prüfung der Beweglichkeit,
- engmaschige Dokumentation und unverzügliche Informationsweitergabe an den ärztlichen Dienst bei Auffälligkeiten.

2. Dekubitusprophylaxe

Längere Inaktivität, Sedierung oder Fixierung erhöhen das Risiko für Druckulzera. Durch konsequente Bewegungsförderung, regelmäßige Lagerung, Hautinspektion und adäquate Druckentlastung kann die Dekubitusentstehung wirksam vermieden werden.

Pflegerische Maßnahmen:

- Positionswechsel im individuellen Intervall (mind. alle 2 Stunden, patientenorientiert),
- Einsatz von druckentlastenden Hilfsmitteln (Wechseldrucksysteme, Lagerungshilfen),
- Hautpflege und Beobachtung gefährdeter Hautareale,
- ausreichende Flüssigkeits- und Nährstoffzufuhr zur Förderung der Hautintegrität.

3. Pneumonieprophylaxe

Bei sedierten, immobilen oder stark antriebsreduzierten Patient:innen besteht ein erhöhtes Risiko für respiratorische Komplikationen. Eine wirksame Pneumonieprophylaxe umfasst Maßnahmen zur Atemstimulation, Mobilisation und Sekretförderung (Scholz, 2020).

Pflegerische Maßnahmen:

- regelmäßige Mobilisation (aktiv oder passiv),
- Atemübungen, ggf. Inhalationstherapie,
- Oberkörperhochlagerung (30–45°) zur Aspirationsprophylaxe,
- Unterstützung beim Abhusten und Sekretmanagement.

4. Thromboseprophylaxe

Aufgrund von eingeschränkter Mobilität, verminderter Eigenbewegung und möglicher zusätzlicher Risikofaktoren besteht bei immobilisierten, fixierten oder sedierten Patient:innen ein deutlich erhöhtes Risiko für venöse Thromboembolien.

Pflegerische Maßnahmen:

- regelmäßige Prüfung und Dokumentation der Indikation,
- Bewegungsübungen trotz Fixierung sicherstellen,
- ausreichende Hydratation sicherstellen,
- Druckstellen und Durchblutung kontrollieren,
- medikamentöse Prophylaxe nach ärztlicher Anordnung.

5. Flüssigkeitsbilanzierung

Eine zuverlässige Ein- und Ausfuhrkontrolle ist insbesondere bei Patient:innen mit eingeschränkter Selbsteinschätzung, antipsychotischer Medikation oder Stoffwechselstörungen bedeutsam. Eine exakte Dokumentation ermöglicht das frühzeitige Erkennen von Dehydratation, Elektrolytstörungen oder kardialer Überlastung.

Pflegerische Maßnahmen:

- Dokumentation sämtlicher oraler, enteraler und parenteraler Zufuhren,
- Bilanzierung aller Ausscheidungen (Urin, Erbrechen, Stuhl, Schweiß),
- klinische Beobachtung (Ödeme, Hautturgor, Schleimhäute).

6. Überwachung der Vitalparameter

Die kontinuierliche Kontrolle von Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Temperatur und Sauerstoffsättigung gehört zur Behandlungspflege in der psychiatrischen Intensivbetreuung. Sie dient der Früherkennung physiologischer Entgleisungen sowie der Bewertung therapeutischer Maßnahmen (z. B. Medikation, Rückzugsangebote).

Pflegerische Maßnahmen:

- regelmäßige Erhebung in definierten Intervallen (z. B. alle 2 Stunden oder nach klinischer Indikation),
- erweiterte Überwachung bei Zustandsveränderung,
- standardisierte Dokumentation und interprofessionelle Kommunikation.

Während der psychiatrischen Intensivbetreuung soll eine systematische Überwachung unter Einbezug möglicher Assessments die frühzeitige Erkennung und Vermeidung von Komplikationen einschließlich vitaler Bedrohungen gewährleisten. Durch die aufmerksame Präsenz und Überwachung der Fachperson kann die psychische, wie auch die physische Stabilisierung aktiv unterstützt werden.

5.7 Interprofessionelles Arbeiten

Psychiatrische Intensivbetreuung setzt eine eng abgestimmte interprofessionelle Zusammenarbeit voraus. Unter hoher emotionaler, rechtlicher und ethischer Belastung müssen Entscheidungen kurzfristig getroffen, Einschätzungen und Haltungen abgeglichen und Maßnahmen gemeinsam verantwortet werden. Die Qualität dieser Kooperation bestimmt wesentlich, ob Intensivbetreuung kohärent und sicher gelingt oder in widersprüchliche Handlungen, Eskalationen und Ohnmachtserleben führt. Gute Teamzusammenarbeit und Teamkohäsion gilt als erforderlich für die Bewältigung aggressiver Gefährdungssituationen (Debus & Meyer, 2023) wie auch für die Qualität und Sicherheit von Intensivbetreuung (Reen et al., 2020).

Prinzipien interprofessioneller Zusammenarbeit

Interprofessionelle Zusammenarbeit bedeutet im Kontext der IB mehr als das Nebeneinander verschiedener Fachperspektiven. Sie impliziert ein gemeinsam getragenes Patient:innenverständnis, eine abgestimmte Haltung und eine kohärente Kommunikation. Pflegefachpersonen, ärztlicher Dienst, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, Therapeut:innen sowie Genesungsbegleiter:innen sind dabei gleichwertige Partner:innen mit jeweils spezifischem Blick auf Person, Kontext und Krisendynamik (Runder Tisch interprofessionelle Zusammenarbeit, 2024). Ihre Zusammenarbeit basiert auf gegenseitigem Vertrauen, kontinuierlichem Austausch und der Bereitschaft, Verantwortung gemeinsam zu tragen (Holzke, 2023).

Effektive interprofessionelle Zusammenarbeit zeigt sich z. B. in:

- einer **gemeinsamen Situationsdefinition** (Was sehen wir? Wie erklären wir die Krise?),
- einem **transparenten Planungsprozess** (Welche Maßnahme ist wann sinnvoll? Mit wem?),
- **kohärenter Kommunikation gegenüber den Patient:innen** (z. B. keine widersprüchlichen Aussagen, einheitliches Auftreten),
- und einer **reflexiven Haltung**, die regelmäßig überprüft, ob das Team einheitlich handelt oder dysfunktionales Verhalten durch unterschiedliche Verhaltensweisen im Team verstärkt wird.

Hierfür braucht es Routinen und Formate der Zusammenarbeit; etwa strukturierte Übergaben, klare Verantwortungszuteilung bei Maßnahmen, konsentiert Abläufe bei Notfällen sowie Möglichkeiten zur kollektiven Nachbesprechung und ethischen Reflexion (Holzke, 2023; Runder Tisch interprofessionelle Zusammenarbeit, 2024).

Die Rolle der Genesungsbegleitung

Ein zentrales Element einer modernen, personenzentrierten IB ist die Einbindung von Genesungsbegleiter:innen. Diese bringt die Perspektive der eigenen Erfahrung, die Erfahrung von psychischer Krise, von Fremdbestimmung, von gelungener oder gescheiterter Hilfe ein, die im klassischen medizinischen

oder pflegerischen Denken häufig unterrepräsentiert bleibt. In der IB ist die Präsenz von Genesungsbegleiter:innen besonders wertvoll, weil sie:

- aus der Erfahrung eigener psychischer Erkrankungen Vertrauen aufbauen können,
- Sprachrohr sein können, wenn Patient:innen sich nicht verstanden fühlen,
- Eskalationen deuten und entschärfen helfen,
- und den Genesungsprozess unterstützen können.

Darüber hinaus wird der Einbezug von Genesungsbegleiter:innen als hilfreich beschrieben (Alsbach, 2023). Voraussetzung dafür ist ein kollegialer Einbezug auf Augenhöhe. Die Rolle muss inhaltlich gut geklärt sein. Im Rahmen der IB braucht es auch hier Sicherheit, Kontinuität und klare Kommunikationswege, nur dann kann die Genesungsbegleitung wirksam unterstützen (Mahlke et al., 2019).

Teamentwicklung und Qualitätssicherung

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist kein bleibender Zustand, sondern ein lernender Prozess, der strukturell begleitet und kontinuierlich gefördert werden muss. Gerade in der IB, wo die Belastung hoch, die Verantwortung groß und die Handlungsspielräume begrenzt sind, braucht das Team einen Raum zur Entwicklung (Reen et al., 2020). Dazu gehören:

- **regelmäßige interprofessionelle Fallbesprechungen** zur strukturierten Informationsweitergabe, kollektiven Analyse und gemeinsamen Prioritätensetzung,
- **Supervision und Nachbesprechungen** zur Reflexion von Herausforderungen im Verlauf, dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen sowie von Überlastungserleben,
- **gezielte Fortbildungen des gesamten Teams** zu Themen wie Recovery, Zwangsvermeidung, Deeskalation, traumasensibler Haltung und interprofessioneller Ethik sowie die Förderung einer Kultur gemeinsamer Verantwortung auf Augenhöhe, in der fachliche Expertise und situative Handlungskompetenz im Fokus stehen.

Psychiatrische Intensivbetreuung ist nur im interprofessionellen Verbund wirksam umzusetzen. Abgestimmte Rollen, reflektierte Kommunikation, institutionelle Verankerung und gegenseitige fachliche Anerkennung sollen etabliert sein. Die partizipative Einbindung von Genesungsbegleiter:innen, regelmäßige Reflexionsräume und kontinuierliche Fortbildung sind Grundpfeiler einer tragfähigen, ethisch verantworteten und beziehungsorientierten Intensivbetreuung.

5.8 Informationsmaterial: Aufklärung und Orientierung

In der psychiatrischen Intensivbetreuung sind Transparenz, Aufklärung und Orientierung zentrale Voraussetzungen für Vertrauen, Partizipation und therapeutische Kooperation. Neben der persönlichen Kommunikation ist zielgruppengerechtes Informationsmaterial ein wesentliches Instrument, um Patient:innen, Vertrauenspersonen und auch Mitarbeitende über Inhalte, Ablauf und Zielsetzung der Maßnahme zu informieren. Dadurch werden die Patient:innen unterstützt, Situationen emotional und kognitiv besser einzuordnen.

Inhalte und Formate

Empfohlen wird die Bereitstellung eines mehrstufigen Informationsangebotes (z. B. Informationsblatt oder Broschüre in leichter Sprache) angepasst an Situation, Sprachkompetenz und Verarbeitungsfähigkeit der betroffenen Person.

Inhalte sollten u.a. folgende Aspekte verständlich vermitteln:

- Was ist psychiatrische Intensivbetreuung?
- Warum kann sie notwendig sein?
- Wie läuft sie ab, wer ist beteiligt?
- Welche Rechte und Mitgestaltungsmöglichkeiten bestehen?
- Wie lange dauert sie und wann endet sie?
- An wen kann ich mich bei Fragen wenden?

Umsetzung und Qualitätssicherung

Die Erstellung und Nutzung solcher Materialien sollte interprofessionell, insbesondere mit Genesungsbegleiter:innen, abgestimmt, regelmäßig evaluiert und aktualisiert werden. Die Mitarbeitenden sollten über vorhandenes Informationsmaterial und die klinikinternen Prozesse mit deren Umgang informiert sein. Die Materialien ersetzen nicht die persönliche Kommunikation, sondern ergänzen sie.

Informationsmaterial zur psychiatrischen Intensivbetreuung sollte leicht zugänglich und zielgruppensensibel sein. Ziel ist es, Transparenz, Orientierung und Akzeptanz in Bezug auf die Intensivbetreuung herzustellen.

5.9 Dokumentation

Eine engmaschige, strukturierte und nachvollziehbare Dokumentation ist während einer IB unerlässlich, sowohl zur Absicherung des Behandlungsteams als auch zur späteren Reflexion und Verlaufsauswertung. Die Dokumentation erfüllt drei zentrale Funktionen:

1. **Klinische Verlaufssicherung** – Erkennen von Veränderungen, Wirkungen, Risiken
2. **Kommunikative Grundlage** – Übergaben, Teambesprechungen, Supervision
3. **Rechtliche Absicherung** – insbesondere bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Zur Qualitätssicherung und Konsistenz muss auf Einrichtungsebene verbindlich geregelt werden, ob ein standardisiertes Instrument (siehe 5.3.) oder eine klinikinterne Form der Verlaufsdokumentation genutzt wird. Zudem muss die Einrichtung klären, dass zentrale Beobachtungen und Maßnahmen in enger Frequenz erfasst werden. In jedem Fall ist die Dokumentation so zu gestalten, dass sie zeitnah, stichpunktartig, beobachtungsbasiert und lückenlos Auskunft über das Betreuungsgeschehen gibt.

Zu dokumentieren sind:

- Verhalten und Äußerungen der Patient:innen (z. B. aggressives Verhalten, Rückzug, suizidales Verhalten, Kooperationsbereitschaft),
- Angebote, Interaktionen oder Interventionen sowie die Reaktionen der Patient:innen,

- die jeweilige Form der Intensivbetreuung, deren Intensität und Zielsetzung,
- Veränderungen des psychischen Zustands (z. B. Orientierung, Affektlage, Bewusstseinslage),
- somatische Beobachtungen (z. B. Blässe, Unruhe, Atmung, Schwitzen),
- Maßnahmen und Einschätzungen der (Pflege-)Fachperson,
- Übergaben und relevante Rückmeldungen aus dem Team.

Kliniken sollen klare Vorgaben für die Dokumentation psychiatrischer Intensivbetreuung entwickeln. Akute Veränderungen sind zu erfassen und krisenstabilisierende Maßnahmen abzubilden.

6. Postvention und Nachsorge

Die Postvention bezeichnet alle systematisch geplanten und durchgeführten Maßnahmen, die im unmittelbaren oder mittelfristigen Anschluss an eine IB erfolgen. Sie zielt auf die Verarbeitung, Integration und Reflexion des Erlebten und dient damit sowohl der Stabilisierung der betroffenen Person als auch der Weiterentwicklung des interprofessionellen Teams (Nienaber & Needham, 2023; Sauter & Needham, 2023). Als fachlicher und ethischer Bestandteil psychiatrischer Versorgung ist Postvention kein nachgelagerter Zusatz, sondern integraler Bestandteil einer beziehungsorientierten, verantwortungsvollen und lernfähigen Praxis.

Erfahrungen im Rahmen einer IB sind häufig mit hoher psychischer Belastung verbunden, sowohl für Patient:innen, als auch für Pflegefachpersonen, Ärzt:innen, Therapeut:innen und weitere beteiligte Berufsgruppen. Affektive Reaktionen wie Angst, Kontrollverlust, Schuld, Wut oder Ohnmacht können auftreten, ausgelöst durch intensive Nähe, Eskalationsdynamiken, emotionale Überforderung oder die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen. Postvention stellt einen geschützten Raum bereit, in dem diese Erfahrungen benannt, gemeinsam verstanden und bearbeitet werden können, bevor sie sich verfestigen oder unreflektiert fortwirken. Darüber hinaus stellt Postvention ein zentrales Instrument der Risiko- und Qualitätssicherung dar. Sie ermöglicht es, strukturelle Brüche, kommunikative Missverständnisse oder systemische Belastungen zu identifizieren, professionelles Handeln kritisch zu reflektieren und konkrete Schlussfolgerungen für zukünftige Situationen abzuleiten und das auf individueller, teambezogener sowie institutioneller Ebene. In diesem Sinne ist Postvention Ausdruck einer psychiatrischen Haltung, die Fehler nicht primär vermeiden, sondern verstehen will und die Beziehung als zentrales Arbeitsmittel begreift.

Postvention umfasst dabei mehrere miteinander verbundene Ebenen:

- die individuelle Verarbeitung durch die betroffene Person, beispielsweise im Rahmen strukturierter Nachbesprechungen oder psychoedukativer Gespräche,
- die dialogische und systemische Aufarbeitung unter Einbezug von Vertrauenspersonen oder Genesungsbegleitung,
- die Reflexion innerhalb des professionellen Teams, etwa durch Supervision, Debriefings oder strukturierte Reflexionsgespräche,
- strukturelle Maßnahmen zur langfristigen Qualitätssicherung, etwa durch Behandlungsvereinbarungen, Ethikbesprechungen oder gezielte Fort- und Weiterbildungsangebote.

Indem Postvention das Erlebte nicht abschließt, sondern transformiert, trägt sie wesentlich zur Etablierung einer vertrauensvollen, nachhaltigen und menschenrechtsorientierten Versorgung bei. Nach Erfahrungen wie Isolierung, Fixierung oder intensiver Betreuung stehen bei vielen Patient:innen emotionale Reaktionen wie Angst, Scham, Misstrauen oder das Erleben von Kontrollverlust im Vordergrund. Gleichzeitig können auch Mitarbeitende Gefühle von Hilflosigkeit, Zweifel oder Selbstkritik erleben. Um diesen Spannungsfeldern professionell zu begegnen, bedarf es eines klar strukturierten und methodisch fundierten Rahmens für Nachbesprechungen, wie ihn beispielsweise das Weddinger Modell zur Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen bietet (Mahler et al., 2024).

6.1 Nachbesprechung mit Patient:innen

Eine Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patient:innen ist mittlerweile in vielen Landes-Psychischkranken(hilfe)gesetzen (PsychKG/PsychKHG) gefordert. Sie schafft Raum für die Verarbeitung belastender Erfahrungen, fördert die Reflexion im therapeutischen Team, bietet Möglichkeiten zur gemeinsamen Zukunftsgestaltung und ist Ausdruck eines achtsamen, ethisch fundierten Beziehungsangebots (Mahler et al., 2022; Junghanss et al., 2024b). Im Mittelpunkt steht das subjektive Erleben der Maßnahme. Patient:innen erhalten Raum, ihre Sichtweise zu schildern, Emotionen zu benennen, Missverständnisse zu klären und an der Deutung der Situation aktiv teilzuhaben. Ziel ist die Wiederherstellung von Beziehung, das Vermeiden von Wiederholung und die Stärkung der Selbstwirksamkeit. Die Fachpersonen treten dabei als authentische, verantwortliche Dialogpartner:innen auf und nicht als Verteidiger:innen ihres Handelns. In ähnlicher Weise wie Zwangsmaßnahmen können auch Intensivbetreuungen nachbesprochen werden. Im Folgenden wird als Beispiel das von Mahler et al. (2022) entwickelte Weddinger Nachbesprechungsmodell vorgestellt. Es ist sinnvoll, sich im eigenen Team auf Vorgehen und konkrete Leitfragen der Nachbesprechung zu verständigen (Junghanss et al., 2024b).

Im Weddinger Modell werden sieben Phasen vorgeschlagen (Mahler et al., 2022):

1. Eröffnung und Zielklärung

Transparente Einladung, Erklärung des Gesprächsanlasses, Klärung der Rollen und Bereitschaft zur offenen Reflexion

2. Chronologischer Rückblick

Rekonstruktion des Verlaufs aus beiden Perspektiven: Was ist passiert? Wer hat was erlebt und wann?

3. Subjektives Erleben

Raum für Emotionen, Ängste, Wut, Dankbarkeit; ohne Bewertung oder Korrektur

4. Analyse und Deutung

Gemeinsames Erarbeiten von Hypothesen: Was hat zur Eskalation beigetragen? Welche Bedürfnisse waren nicht sichtbar?

5. Ressourcen und Prävention

Was war hilfreich? Was kann beim nächsten Mal anders laufen? Welche Schutzfaktoren lassen sich identifizieren?

6. Verbindliche Vereinbarungen

Konkrete, im Behandlungsplan dokumentierte Absprachen zur Krisenintervention und künftigen Kommunikation

7. Abschluss

Zusammenfassung, Möglichkeit für Rückfragen, Feedback zum Gespräch selbst

Das Weddinger Modell betont stabile Beziehungen, klare Strukturen und transparente Regeln. Dadurch wird Sicherheit geschaffen und Orientierung gegeben. Eindeutige Absprachen, Verlässlichkeit sowie die Selbstverantwortung der Patient:innen fördern Kooperation, Vertrauen und therapeutische Mitarbeit. Wichtig kann zudem sein, dass auch seitens des Teams das eigene Handeln begründet wird, um einem möglichen Gefühl von Willkür seitens der Patient:innen entgegenzuwirken (Junghanss et al, 2024a). Nachbesprechungen sind Beziehungsgespräche und keine technischen Evaluationen. Die Gesprächsführung erfordert:

- Reflexion der eigenen Rolle und Verantwortung,
- Sensibilität für die Auswirkungen von Machtasymmetrien,
- Zeit, Ruhe sowie die Bereitschaft zur Selbstkritik,
- institutionelle Rückendeckung (z. B. Standardisierung, Schulung, personelle Ressourcen).

Eine Anpassung und situationsgemäße Anwendung der Vorgehensweise für die Nachbesprechung von Intensivbetreuungen ist erforderlich und sollte teamintern abgestimmt werden.

6.2 Trialogische Nachbesprechung und Nachbesprechung im Team

Bei komplexen oder langfristigen Verläufen kann es hilfreich sein, eine trialogische Reflexion unter Beteiligung von Vertrauenspersonen, rechtlichen Betreuer:innen oder Genesungsbegleiter:innen zu ermöglichen. Voraussetzung ist die freiwillige Zustimmung der Patient:innen sowie eine transparente Gesprächsleitung. Ziel ist eine gemeinsam getragene Perspektive der Situation, die Beziehungsbrüche aufarbeitet und Ressourcen für die Zukunft aktiviert.

In der teaminternen Nachbesprechung reflektiert das Behandlungsteam seine Erfahrungen, Entscheidungen und Verläufe in einem professionellen Rahmen. Dabei geht es um das Erkennen systemischer Einflussfaktoren, um Selbstschutz, aber auch um die Frage: „Was brauchen wir, um beim nächsten Mal besser zu handeln?“. Methodisch empfiehlt sich eine Moderation insbesondere durch unbeteiligte Dritte sowie die Dokumentation struktureller Konsequenzen. Hier gelten ähnliche Strategien wie für die teaminterne Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen (Junghanss et al., 2024a,b; Sauter et al., 2024; Sauter & Needham, 2023).

Nach jeder psychiatrischen Intensivbetreuung soll eine strukturierte und moderierte Nachbesprechung mit Patient:innen angeboten werden, bei Wunsch auch trialogisch unter Einbezug von Vertrauenspersonen oder Genesungsbegleiter:innen. Sie dient nicht nur der individuellen Verarbeitung, sondern auch der Entwicklung einer professionellen, selbstreflektierenden Versorgungskultur. Zur Qualitätssicherung und gemeinsamen Reflexion soll zudem eine Nachbesprechung im Behandlungsteam stattfinden.

6.3 Behandlungsvereinbarung

Behandlungsvereinbarungen sind verschriftlichte Absprachen zwischen Patient:innen und Klinik/Behandler:innen. Vereinbart wird, wie die Fachpersonen in plötzlichen akuten Krisen bzw. Phasen mit eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit der Patient:innen reagieren sollen. Die Anwendung von Behandlungsvereinbarungen unterstützt eine personenzentrierte, kooperative und deeskalierende psychiatrische Versorgung. Vor allem wirken sie als vertrauensbildende Maßnahme (Rixe et al., 2023a). Durch die gemeinsame Reflexion und Dokumentation von Bedürfnissen, Handlungsvorlieben sowie möglichen Krisendynamiken im Voraus, entsteht ein tragfähiger Rahmen für zukünftige Entscheidungsprozesse. Neben ihrer präventiven Wirkung können Behandlungsvereinbarungen auch einen wichtigen Beitrag in der Nachsorge nach intensivpsychiatrischen Maßnahmen leisten. Zudem werden die Erfahrungen gemeinsam zwischen der betroffenen Person und den Profis reflektiert und Überlegungen für die Zukunftsgestaltung getroffen. Behandlungsvereinbarungen ermöglichen es Patient:innen, ihre Vorstellungen, Grenzen und Ressourcen aktiv einzubringen und fördern gleichzeitig Transparenz, Beziehungssicherheit und institutionelle Verbindlichkeit. Damit tragen sie wirksam zur Reduktion von Eskalationen, Zwangsmaßnahmen und Reaktanz bei. Dies ist sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Versorgung von Nutzen (Rixe et al., 2023b). Die Inhalte einer Behandlungsvereinbarung sind individuell und prozessorientiert. Häufig entstehen sie aus wiederkehrenden Krisenerfahrungen und der Suche nach besseren Umgangsformen. Elementare Bestandteile können unter anderem Frühwarnzeichen, subjektive Schutzfaktoren, bevorzugte Kommunikationsformen oder Umgangsweisen in Krisen sein. Auch Wünsche bezüglich räumlicher Umgebung, Bezugs- und Vertrauenspersonen oder gendersensibler Betreuung lassen sich einbringen. Ebenso können Hinweise auf Maßnahmen aufgenommen werden, die als entlastend oder im Gegenteil als retraumatisierend erlebt wurden. Die Vereinbarung ist also ein dynamisches Instrument, welches die Integration eigener Erfahrungen in den Behandlungsprozess fördert und hilft, zukünftige Intensivphasen auf eine Weise zu gestalten, die als weniger übergriffig, besser steuerbar und vertrauensfördernder erlebt wird.

Die Erstellung einer Behandlungsvereinbarung erfordert eine vorbereitete Gesprächssituation, ausreichend Zeit sowie eine respektvolle, dialogisch strukturierte Gesprächsführung. Die Institution trägt Verantwortung dafür, dass Vereinbarungen nicht nur dokumentiert, sondern aktiv im klinischen Alltag genutzt werden. Sinnvoll ist auch die regelmäßige Überprüfung und Anpassung etwa im Rahmen von Aufnahmegesprächen, Stationsvisiten oder im Anschluss an intensive Phasen wie eine IB. Die patientenseitige Einwilligung zur Weitergabe relevanter Inhalte an das Team ist Voraussetzung für ihre Wirkung (Junghanss et al., 2024c).

Die Intensivbetreuung sollte als fester Bestandteil einer Behandlungsvereinbarung berücksichtigt werden; insbesondere bei Patient:innen, die bereits eine Intensivbetreuung erlebt haben, sowie bei Personen, bei denen eine solche Maßnahme potenziell erforderlich sein könnte. Dadurch können individuelle Wünsche, Bedürfnisse und Präferenzen festgehalten und gemeinsam mit dem Behandlungsteam passende Vorgehensweisen für mögliche Krisensituationen vereinbart werden.

7. Implementierung

Eine erfolgreiche Implementierung der IB setzt nicht nur Prozesse und ausreichende Ressourcen voraus, sondern erfordert zugleich einen kontinuierlichen Lern- und Veränderungsprozess in den Teams. So können Wissen geteilt, Erfahrungen reflektiert und gemeinsame Handlungssicherheit aufgebaut werden. IB ist eine herausfordernde und ressourcenintensive Aufgabe, die Organisation muss die Rahmenbedingungen schaffen und die Implementierung einer guten Praxis der IB unterstützen. Aus Stations- oder Organisationsebene sind Fragen der Abläufe/Vorgehensweisen, Entscheidungswege, personelle Organisation, Dokumentations- und Berichtspflichten sowie Wissen/Bildungsangebote und Kompetenzen aller beteiligter Personen abzustimmen und festzulegen. Hilfreich ist das Erstellen von Verfahrensanweisungen und die klare Zuweisung von Verantwortlichkeiten für alle Umsetzungsschritte.

Das Thema der Intensivbetreuung und deren fortlaufende Verbesserung muss auf Team- und Organisationsebene im Fokus sein und explizit diskutiert werden (Sauter et al., 2024). Die Tätigkeit der IB muss Wertschätzung und Würdigung erfahren und einer ständigen Reflexion unterliegen. Was mehr besprochen wird, steht stärker im Fokus. Gemeinsamer Austausch und die partizipative Gestaltung von Prozessen beeinflussen die Einstellungen und Erfahrungen der Mitarbeitenden (Herwig & Sauter, 2025). Die Klärung von Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Kommunikation in den Teams kann zur Reduktion von Aggression und Zwangsmaßnahmen beitragen (Aurelio et al., 2025; Debus und Meyer, 2023).

Die personelle Organisation ist aufwändig und kann Überlegungen zum Einsatz von stationsfremden Mitarbeitenden oder gar Leasingkräften erfordern. Hier sind klare Absprachen zu deren Befugnissen, deren Anleitung und deren fachlicher Aufsicht zu treffen (Sauter et al., 2024).

Intensivbetreuung wie auch die Implementierung sind Teamaufgaben (Herwig & Sauter, 2025). Umgekehrt scheint gemeinsames Lernen im Team ein entscheidender Faktor für mehr Qualität, Sicherheit und Patientenzentrierung in der IB zu sein (Reen et al., 2020). Da psychiatrische Intensivbetreuung häufig durch hohe emotionale Belastung, komplexe Krankheitsbilder und akute Krisensituationen geprägt ist, gewinnen bestimmte Aspekte des gemeinsamen Lernens besondere Bedeutung:

1. **Interprofessionelle Zusammenarbeit**

Enge Kooperation zwischen Pflegefachpersonen, Ärzt:innen, Psycholog:innen, Genesungsbegleiter:innen, Sozialdienst und Fachtherapeut:innen fördert ein einheitliches Verständnis von Therapiezielen, Maßnahmen und individuellen Rollen. Gegenseitiges Verständnis für die Kompetenzen der anderen Berufsgruppen unterstützt ein kohärentes Handeln.

2. **Kommunikation und Feedback**

Offene, strukturierte Kommunikation ist essenziell, um Frühwarnzeichen für Eskalationen zu erkennen. Regelmäßige Fallbesprechungen und Feedbackschleifen fördern das Lernen aus Erfahrung, stärken das gegenseitige Vertrauen und Tragen zu kontinuierlicher Verbesserung bei.

3. **Krisenmanagement und Deeskalation**

Gemeinsame Trainings in deeskalierenden Techniken sowie Nachbesprechungen von Krisensituationen verbessern Handlungsstrategien und fördern Sicherheit im Team.

4. **Emotionale Entlastung**

Supervisionen, Balint-Gruppen oder andere strukturierte Reflexionsformate unterstützen den Umgang mit emotionalen Belastungen. Gemeinsames Lernen zu Selbstfürsorge und Stressbewältigung steigert die Team-Resilienz.

5. **Wissensmanagement und Fortbildung**

Regelmäßige interne Fortbildungen zu Haltung, psychopathologischer Symptomatik, Krisenbegleitung, Best-Practice-Beispielen und rechtlichen Grundlagen bringen alle Teammitglieder auf einen gemeinsamen Wissensstand.

6. **Reflexion und Fehlerkultur**

Eine konstruktive Fehlerkultur, die gezielt fragt „Was können oder wollen wir daraus lernen?“, fördert die Anpassungsfähigkeit des Teams und verhindert Wiederholungsfehler.

7. **Rollenentwicklung und Empowerment**

Lernprozesse stärken die individuelle Rollenentwicklung, fördern Verantwortungsübernahme (z. B. Fachpflege, Mentoring, mittleres Management) und erhöhen die kollektive Entscheidungsfähigkeit.

Eine erfolgreiche Implementierung der Intensivbetreuung setzt eine Kombination geeigneter Strategien voraus. Partizipatives Vorgehen soll gewählt werden. Dieses ermöglicht Lern- und Veränderungsprozesse im Team und kann die Praxis der Intensivbetreuung verbessern.

8. Besonderheiten in spezifischen Settings

Die psychiatrische Intensivbetreuung erfordert in verschiedenen klinischen Kontexten eine angepasste Gestaltung. Besondere Zielgruppen oder institutionelle Rahmenbedingungen stellen jeweils spezifische Anforderungen an Haltung, Intervention, Kommunikation und rechtliche Ausgestaltung. Die folgenden Unterkapitel skizzieren settingspezifische Besonderheiten.

8.1 Forensische Psychiatrie

Im deutschen Recht werden Vorschriften zum Maßregelvollzug auf Länderebene geregelt. Die PsychischKranken(Hilfe)Gesetze (PsychKG/PsychKHG) der Länder enthalten neben spezifischen Maßregelvollzugsgesetzen und zugehörigen Verwaltungsvorschriften ergänzende Regelungen zu Sicherungsmaßnahmen. Detaillierte Ausführungen zur Intensivbetreuung finden sich in diesen Regelwerken oft nur rudimentär und beziehen sich überwiegend auf Sicherheitsaspekte im Rahmen von Zwangsmaßnahmen. So heißt es beispielsweise in den bayerischen Verwaltungsvorschriften zum Maßregelvollzug zur Fixierung: „Es hat eine ständige 1:1 Betreuung durch Beschäftigte, die ärztlich in solche Aufgaben eingewiesen wurden, unmittelbar am Patienten zu erfolgen (...) Sofern (...) es dem Wunsch der untergebrachten Person entspricht (...) kann die Überwachung zum Beispiel auch durch eine Videoüberwachung (..) erfolgen (...) Andernfalls hat eine ständige Sitzwache zu erfolgen“ (Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales, 2021). Aus forensisch psychiatrischer Perspektive bieten lan-

desgestützte Gesamtbudgets im Maßregelvollzug grundsätzlich geeignetere Planungs- und Refinanzierungsmöglichkeiten für Intensivbetreuungen als fallpauschalierte Krankenhausfinanzierungen. Allerdings existiert im Maßregelvollzug kein einheitliches Personalbemessungssystem (Rechnungshof Rheinland-Pfalz, 2023). Deshalb werden Intensivbetreuungen häufig in die allgemeinen Einrichtungen bzw. Landesbudgets verlagert, sind nicht als eigenständige, fallbezogene Leistungsposition ausgewiesen. Verfügbare Mittel unterscheiden sich zum Teil deutlich innerhalb der Maßregelvollzugskliniken (ORH, 2022). Ein Nachteil dieser Praxis ist, dass die Intensivbetreuung dadurch Gefahr läuft, nicht stattzufinden oder nur intransparent angeordnet zu werden, weil die Finanzierung nicht gesondert dokumentiert werden muss. Außerdem besteht in forensischen Einrichtungen die Gefahr, dass eine dauerhaft restriktive Praxis langfristige therapeutische Ziele untergräbt, sofern nicht begleitende Maßnahmen zur Wiederherstellung von Autonomie und Teilhabe implementiert werden (Fletcher et al., 2018).

Viele forensisch untergebrachte Personen hatten bereits vor der Einweisung wiederholt stationäre psychiatrische Kontakte. Dies ist mit komplexerer Krankheitslast und einem erhöhten Bedarf an akut- bzw. intensivtherapeutischen Maßnahmen assoziiert. Leclair et al. (2022) berichten, dass 87 % der befragten forensischen Patientinnen und Patienten (n=753) in den Jahren vor der Index-Tat psychiatrische Versorgung suchten. Systematische Übersichten zeigen zudem häufige Wiederaufnahmen und verlängerte Krankheitsverläufe bei schweren psychotischen Erkrankungen, die mit erhöhtem Sicherheits- und Intensivversorgungsbedarf einhergehen (Sato et al., 2023; Dima et al., 2024). Weitere Ausarbeitungen zeigen Zusammenhänge zwischen Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis, schweren Traumafolgestörungen, sowie wiederkehrenden Krankenhausaufenthalten und einem langfristigen sowie phasenweise auftretenden Behandlungsbedarf im forensischen Kontext (Dima et al., 2024; Nijdam Jones et al., 2017).

Längere Verweildauern und erhöhte Sicherheitsanforderungen sind charakteristisch für forensische Versorgungsformen. Folglich müssen Ziele der Intensivbetreuung im forensischen Kontext erweiterte Funktionen erfüllen. Neben dem unmittelbaren Schutz der betroffenen Person sind die Absicherung Dritter, die Erhebung forensisch relevanter Informationen und die Vorbereitung auf nachfolgende Versorgungsstufen zentrale Aufgaben (Gordon, 2009). Zu den zentralen Funktionen forensischer Intensivmaßnahmen zählen das Management hoher akuter Gewalt Risiken, die Reduktion von Gefährdungen Dritter sowie die Konzeptionierung langfristiger Risikominderungspläne. Die Integration dynamischer Risiko- und Schutzfaktoren in Entscheidungsprozesse wird in der Literatur gefordert (Neil et al., 2020; Gordon, 2009).

Auf Basis der Literatur lassen sich folgende Praxisprinzipien formulieren: Maßnahmen müssen verhältnismäßig zur konkreten Gefährdung sein. Das Prinzip der geringstmöglichen Freiheitsbeschränkung gilt auch im forensischen Kontext, ist aber mit den Sicherheitsanforderungen auszubalancieren (Fletcher et al., 2018; Gordon, 2009). Für Personen mit hoher Gewalt- oder sexualdelinquenter Vorgeschichte sind erweiterte Sicherheitsprüfungen, spezialisierte therapeutische Angebote und intensive Evaluation derselben empfehlenswert. Einschlägige Risikoinstrumente sollten kontinuierlich unterstützend genutzt werden (Neil et al., 2020; Gordon, 2009). Bei Intoxikationen ist vorrangig die medizinische Stabilisierung abzuwarten. Intensivbetreuung kann danach als Brücke bis zur somatischen und psychopathologischen Stabilität dienen (Reen et al., 2020; Gordon, 2009).

Auf forensisch-psychiatrischen Stationen kann der Sicherheitsdienst eine operative unterstützende Rolle übernehmen, um akute Gefährdungslagen zu managen und Pflorgeteams zu unterstützen. Die klinische Verantwortung für Beobachtung, Bewertung und therapeutische Maßnahmen bleibt jedoch

beim Behandlungsteam und darf nicht delegiert werden (Fletcher et al., 2018; Rooney, 2009). Mögliche Sicherheitsdienste in forensischen Settings als operative Ergänzung der Intensivbetreuung erfordern schriftliche Regelungen, multidisziplinäre Entscheidungsstrukturen und klare Zuordnung klinischer Verantwortung. Belastbare Evidenz für einen nachhaltigen Nutzen von Mitarbeitenden aus Sicherheitsdiensten in psychiatrischen Kliniken fehlt bislang (Müller et al., 2025).

8.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP)

Die psychiatrische Intensivbetreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist eine spezifische Versorgungsform für Kinder und Jugendliche in akuten psychischen Krisen mit erhöhtem Unterstützungs-, Schutz- und Strukturbedarf. Sie richtet sich an Patient:innen, bei denen alters- und entwicklungsbedingt eingeschränkte Fähigkeiten zur Selbstregulation, Affektsteuerung und Impulskontrolle vorliegen und die in der akuten Situation auf externe Regulation, verlässliche Beziehung und klare Struktur angewiesen sind.

Ziel der Intensivbetreuung ist die Stabilisierung der psychischen Situation unter Wahrung der Entwicklungsbedürfnisse, der subjektiven Sicherheit und der Rechte des Kindes oder Jugendlichen. Intensivbetreuung ist dabei nicht primär als Überwachungsmaßnahme zu verstehen, sondern als pädagogisch-therapeutische Intervention mit co-regulierender Funktion. Sie unterstützt die Wiederherstellung emotionaler Stabilität, fördert Orientierung und trägt zur Vermeidung von Eskalationen bei. Kinder und Jugendliche erleben psychische Krisen im Kontext laufender Entwicklungsprozesse sowie in Abhängigkeit von familiären, schulischen und institutionellen Rahmenbedingungen. Intensivbetreuung ist daher stets systemisch eingebettet und berücksichtigt relevante Bezugssysteme, sofern dies fachlich indiziert und im Sinne des Kindeswohls möglich ist. Die Maßnahme erfolgt interprofessionell und erfordert eine enge Abstimmung zwischen Pflege- und Erziehungsdienst, ärztlichem und psychologischem Dienst sowie weiteren beteiligten Berufsgruppen. Der Pflege- und Erziehungsdienst (PED) nimmt in der psychiatrischen Intensivbetreuung der KJPP eine zentrale Rolle ein. Durch kontinuierliche Präsenz, strukturierende Begleitung im Alltag und milieutherapeutische Gestaltung trägt er wesentlich zur emotionalen Sicherheit und zur Stabilisierung bei. Der Alltag wird dabei gezielt als therapeutischer Rahmen genutzt, in dem Vorhersehbarkeit, Orientierung und Beziehung erfahrbar werden (Holtmann & Noeker, 2025). Die Ausgestaltung der Intensivbetreuung orientiert sich an entwicklungspsychologischen, bindungstheoretischen und traumapädagogischen Grundannahmen. Eine verlässliche, emotional berechenbare Beziehungsgestaltung stellt eine zentrale Voraussetzung dar. Kinder und Jugendliche benötigen stabile Bezugspersonen, klare Zuständigkeiten und eine entwicklungsangemessene Kommunikation. Beziehungskontinuität wirkt stabilisierend, während häufige Wechsel oder unklare Rollenverteilungen das Risiko von Desorganisation erhöhen können (Remschmidt & Becker, 2022).

Eine traumasensible Haltung ist insbesondere vor dem Hintergrund häufiger Vorbelastungen durch Gewalt, Vernachlässigung oder Verlust essenziell. Ziel ist es, durch transparente Information, klare Strukturen und respektvolle Interaktion das Risiko einer möglichen Retraumatisierung zu minimieren und Handlungsspielräume zu eröffnen (Kahmen, 2022). Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch unterstützende Maßnahmen als belastend erlebt werden können, wenn sie nicht nachvollziehbar, entwicklungsangemessen oder ausreichend erklärt sind. Die psychiatrische Intensivbetreuung in der KJPP ist grundsätzlich milieutherapeutisch eingebettet. Sie erfolgt innerhalb des pädagogischen Alltags der Station und nutzt strukturierte Tagesabläufe, wiederkehrende Rituale und gemeinsame Tätigkeiten als stabilisierende Elemente. Die Intensität der Betreuung kann variieren und reicht von erhöhter Präsenz

in belastenden Situationen über zeitlich begrenzte Einzelbegleitung bis hin zu kontinuierlicher Intensivbetreuung. Die Entscheidung über Art, Umfang und Dauer der Intensivbetreuung erfolgt auf Grundlage der Gefährdungseinschätzung, des Entwicklungsstands und des subjektiven Erlebens des Kindes oder Jugendlichen (Fegert & Kölch, 2013). Rechtlich und ethisch bewegt sich die psychiatrische Intensivbetreuung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in einem besonders sensiblen Spannungsfeld. Minderjährige unterliegen einem besonderen Schutzauftrag; zugleich sind ihre Rechte auf Beteiligung, Würde und Selbstbestimmung konsequent zu wahren. Maßgeblich für die Bewertung einer Maßnahme ist neben ihrer formalen Ausgestaltung auch das subjektive Erleben des Kindes oder Jugendlichen. Soweit Intensivbetreuung mit einer Einschränkung der Bewegungsfreiheit oder einer gegen den Willen erfolgenden Freiheitsbeschränkung verbunden ist, darf sie nur auf einer rechtlich legitimierten Grundlage erfolgen. Hier kommen je nach Konstellation familiengerichtliche Genehmigungen nach § 1631b BGB, landesrechtliche Regelungen (z. B. PsychKG, PsychKHG) oder, in akuten Gefahrenlagen, allgemeine Rechtfertigungsgründe wie der rechtfertigende Notstand in Betracht. Die jeweils einschlägigen gesetzlichen Voraussetzungen sowie gerichtlichen Vorbehalte sind strikt zu beachten. Unabhängig von der gewählten Rechtsgrundlage sind eine sorgfältige fachliche, ethische und rechtliche Abwägung sowie eine transparente und differenzierte Dokumentation erforderlich (AWMF, 2018; Holtmann & Noeker, 2025). Der Nachsorge und Reflexion kommt in diesem Kontext eine besondere Bedeutung zu. Nach Beendigung der Intensivbetreuung sollen die Erfahrungen gemeinsam mit dem Kind oder Jugendlichen und gegebenenfalls mit den Bezugssystemen aufgearbeitet werden. Ziel ist die Integration der Krisenerfahrung, die Förderung von Selbstwirksamkeit und die Prävention erneuter Eskalationen.

8.3 Gerontopsychiatrie

In der Gerontopsychiatrie kommt die IB zu verschiedenen Zwecken zum Einsatz; einerseits in Phasen der psychischen Ausnahmezustände zum Schutz vor eigen- und fremdgefährdenden Verhalten, auf der anderen Seite kann der Einsatz im Rahmen von Sturzpräventionen bei agitierten und unruhigen Personen erfolgen. Hier kann die IB bei einer dauerhaft bestehenden Mobilität zur Reduktion von Sturzfolgen indiziert sein. Der Ablauf der IB soll dabei ebenfalls personenzentriert sowie beziehungsfördernd, auf die individuellen Bedürfnisse der „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens“, abgestimmt werden.

In der Begleitung von Menschen mit schweren kognitiven Einschränkungen, mit demenziellen oder deliranten Symptomen sind besonders spezielle kommunikative Interventionen notwendig. Die Varianz im Einsatz der kommunikativen Interventionen benötigt dabei ein professionelles Gespür für die Situation, um ein angemessen deeskalierendes Vorgehen zu ermöglichen. Auf Grundlage der Personenzentrierten Haltung von Tom Kitwood sollten hier die Bedürfnisse nach Trost, primärer Bindung, sozialer Einbeziehung, Beschäftigung und der Wahrung und Wertschätzung der Identität erfolgen (Kitwood, 2022). Die kommunikativen Interaktionen können validierend sein. Validation bedeutet, ein Verständnis für das Gegenüber zu haben (Feil & de Klerk-Rubin, 2023). Dazu zählen die Gefühle und die Wahrnehmung so anzunehmen, dass sich das Gegenüber vollkommen akzeptiert und verstanden fühlt. Grundbegriffe, die in diesem Zusammenhang erwähnt werden, sind Sicherheit, Vertrauen, Stärke und Selbstwertgefühl. Anwendende der validierenden Kommunikation nehmen die verbalen und nonverbalen Äußerungen des Gegenübers auf und reflektieren die mitgesendeten Emotionen, sodass der Gesprächspartner das Gefühl hat verstanden zu werden. Als alternativer validierenden Ansatz kann die

Integrative Validation von Richard angewandt werden, bei der auf Basis der empathischen Grundhaltung und der Beziehung durch Kommunikation versucht wird, ein emotionales Verständnis bzw. eine gemeinsame Wahrnehmung der Situation zu erzeugen. Die Hauptansätze der integrativen Validation sind die Unterstützung der „Ich-Identität“ und das Gefühl der sozialen Inklusion (Richard, 2010).

Weiterhin kann auch das Realitätsorientierungstraining als Begleitungsansatz gewählt werden. Hierbei soll die betroffene Person immer korrigierend ins Hier und Jetzt geholt werden. Dies ist stark orientierungsfördernd, kann allerdings wegen der unterstellten Fehlwahrnehmung auch zu weiteren herausfordernden Verhaltensweisen führen (Sachweh, 2008). Neben der kommunikativen Interventionen sollten die Auslöser für die IB erfasst werden. Hierzu gibt es verschiedene Ansätze der verstehenden Diagnostik für herausfordernde Verhaltensweisen, die helfen sollen, den Ursprung der agitierten Verhaltensweisen zu ergründen (Halek, 2019). Diese können sowohl in der Situation zur Bewältigung als auch zur Prävention von herausfordernden Verhaltensweisen eingesetzt werden. Bekannte Modelle sind hier das Interaktionsmodell der Ursachen von herausfordernden Verhaltensweisen (Kales et al., 2015) oder das „need driven dementia compromised behaviour model“ (Algase et al., 1996; Bartholomeyczik et al., 2006).

Insbesondere während der Intensivbetreuung von Menschen mit einem Delir muss versucht werden, die auslösenden Faktoren für das Delir zu diagnostizieren. Neben dem therapeutischen Bewältigungsansatz könnte die IB hier auch die Begleitung und die Assistenz bei diagnostischen Maßnahmen notwendig machen. Dies könnte sowohl die Erhebung der Vitalparameter, die Begleitung bei der Durchführung von weiterführender Diagnostik wie beispielsweise Blutentnahmen, Sonographien, Röntgen oder MRT-Untersuchungen und die pflegerische Beobachtung und Erfassung des aktuellen psychopathologischen Zustands (Reischies, 2016) umfassen. Im Umgang mit depressiven suizidalen älteren Menschen kommt es oft zu Situationen, in denen man mit Ansätzen von starker Einsamkeit, schweren Erkrankungen und traumatischen Schicksalsschlägen konfrontiert wird. Oft geht dies mit Ansätzen der Hoffnungslosigkeit einher, bei der die IB zur Förderung der Recoveryprozesse dienlich sein kann (Bowers et al., 2008; Gilje & Talseth, 2014).

9. Erstellungsprozess

Diese Praxisempfehlung wurde in einer Unterarbeitsgruppe der AG State of the Art der DFPP in einem mehrstufigen Prozess in den Jahren 2023-2026 erstellt. Ausgangslage war die Fassung aus dem Jahr 2013. Handlungsleitend war das Methodenpapier der DFPP.

9.1 Autor:innen, Mitwirkende, Zitierform

Mitglieder der Arbeitsgruppe waren: Simone Stuhlmüller (Moderation), Fabian Büker (Co-Moderation), Prof. Dr. Lars Alsbach, Leon Plagemann, Janina Rix, Dorothea Sauter und Florian Wostry.

Mitwirkende in der erweiterten AG: Frank Gebler, Ina Jarchow-Jadi, Nina Kratzmüller, Felix Kock, Erika Lautenschlager, Prof. Dr. André Nienaber, Philipp Rohs, Hannah Rosenblatt, Georg v. Ungern-Sternberg, Benjamin Volmar.

Expert:innen: Jurand Daszkowski, Dr. Sara Franz, PD Dr. Jakov Gather, PD Dr. Sophie Hirsch, Johannes Kirchhof, Jacob Löckle, Emanuela Macchia, Dr. Michael Mayer, Prof. Dr. André Nienaber, Dr. Jacqueline Rixe, Hannah Rosenblatt, Daniel Sahm, Melanie Schock, Wiebke Schubert, Gernot Walter, Robert Zappe.

Bitte wie folgt zitieren:

Stuhlmüller, S., Büker, F., Alsbach, L., Plagemann, L., Rix, J., Wostry, F. & Sauter, D. (2026). *DFPP-Praxisempfehlung Intensivbetreuung in der psychiatrischen Behandlung*. Deutsche Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege e.V. (DFPP) (Hg.). <https://dfpp.de/praxisempfehlung-intensivbetreuung/>

9.2 Vorgehen/Methoden der Erstellung

Literaturanalyse

Die Praxisempfehlung basiert auf einer Sichtung aktueller Fachveröffentlichungen, wissenschaftlicher Studien, Leitlinien und positionsbildender Papiere. Die orientierende Literaturanalyse erfolgte in den Suchmaschinen Pubmed und Google Scholar unter den Stichpunkten "observation"/"coercion"/"Intensivbetreuung"/"Psychiat*"/"constant observation"/"special observation". Zudem wurde auf die Recherchen von Alsbach (2023) zugegriffen und eine Handsuche ergänzt. Die Auswahl der Quellen erfolgte nach Relevanz für das deutsche Versorgungssystem sowie unter Berücksichtigung methodischer Gütekriterien (z. B. Peer-Reviewed, Aktualität, Praxisnähe).

Arbeitsprozesse

In regelmäßigen Online-Sitzungen wurde die aktuelle Bestandaufnahme vorliegender Konzepte und Empfehlungen diskutiert, die Zielsetzung und der Adressatenkreis der Empfehlung geklärt, die Gliederungsstruktur und die wesentlichen Inhalte festgelegt sowie die jeweils vorliegenden Texte diskutiert. Die Erstellung der Texte erfolgte im Wesentlichen durch Einzelarbeit der genannten Autor:innen. Ein Tagesworkshop der Autor:innen half, das Material zu sichten und zu priorisieren.

Einbindung von Betroffenenperspektiven

Die Arbeitsgruppe legte großen Wert auf die Integration der Perspektiven von Menschen mit eigener Erfahrung psychiatrischer Intensivbetreuung. Hierfür wurden qualitative Studien (z. B. Alsbach, 2023) ausgewertet, Rückmeldungen aus trialogisch besetzten Diskussionsforen berücksichtigt, Textpassagen gemeinsam mit Genesungsbegleiter:innen oder Erfahrungsexpert:innen reflektiert und überarbeitet. Betroffene wirkten immer wieder direkt in den Arbeitsgruppensitzungen mit.

9.3 Diskussion und Konsentierungsprozess

Neben der regelmäßigen Abstimmung innerhalb der AG und deren Mitglieder wurde der Textentwurf an die o.g. Expert:innen gegeben und um Rückmeldung gebeten. Alle Rückmeldungen wurden von der AG überprüft und übernommen. Für die Konsentierung der Empfehlung wurden die Mitglieder des DFPP-Präsidiums sowie alle aktiven Mitglieder der AG State of the Art angefragt. Es beteiligten sich 21 Personen an der Online-Abfrage der Zustimmung der Empfehlungen. In einer für alle Mitwirkenden zugänglichen Sitzung am 11.11.2025 in einer Online-Sitzung wurden Empfehlungen ohne Konsens oder Rückmeldungen zu den Empfehlungen gemeinsam diskutiert, neu formuliert und neu konsentiert.

Die Handlungsempfehlungen erreichte folgende Zustimmungsquoten:

Empfehlung Kapitel 2.2: Onlineumfrage: 20 Zustimmungen, 1 Ablehnung **starker Konsens 95,2%**

Empfehlung Kapitel 2.3(1): Onlineumfrage: 21 Zustimmungen, 0 Ablehnungen, **starker Konsens 100%**

Empfehlung Kapitel 2.3(2): Onlineumfrage: 20 Zustimmungen, 1 Ablehnung, **starker Konsens 95,2%**

Empfehlung Kapitel 2.4: Onlineumfrage: 18 Zustimmungen, 3 Ablehnungen – Anpassung und Überarbeitung erfolgt und in Online-Konsensusverfahren am 11.11.2025 neu konsentiert: 20 Zustimmungen, 0 Ablehnungen, **starker Konsens 100%**

Empfehlung Kapitel 2.5: Onlineumfrage: 21 Zustimmungen, 0 Ablehnungen, **starker Konsens 100%**

Empfehlung Kapitel 2.6: Onlineumfrage: 21 Zustimmungen, 0 Ablehnungen, **starker Konsens 100%**

Empfehlung Kapitel 3: Onlineumfrage: 20 Zustimmungen, 0 Ablehnungen, 1 Enthaltung, **starker Konsens 100%**

Empfehlung Kapitel 4: Onlineumfrage: 19 Zustimmungen, 2 Ablehnungen, **Konsens 90,4%**

Empfehlung Kapitel 5: Onlineumfrage: 21 Zustimmungen, 0 Ablehnungen, **starker Konsens 100%**

Empfehlung Kapitel 5.1: Onlineumfrage: 15 Zustimmungen, 4 Ablehnungen, 2 Enthaltungen - Anpassung und Überarbeitung erfolgt und im Online-Konsensusverfahren am 11.11.2025 neu konsentiert: 19 Zustimmungen, 1 Enthaltung, **starker Konsens 100%**

Empfehlung Kapitel 5.2: Onlineumfrage: 21 Zustimmungen, 0 Ablehnungen, **starker Konsens 100%**

Empfehlung Kapitel 5.3: Onlineumfrage: 20 Zustimmungen, 1 Ablehnungen, **starker Konsens 95,2%**

Empfehlung Kapitel 5.4: Onlineumfrage: 21 Zustimmungen, 0 Ablehnungen, **starker Konsens 100%**

Empfehlung Kapitel 5.5: Onlineumfrage: 21 Zustimmungen, 0 Ablehnungen, **starker Konsens 100%**

Empfehlung Kapitel 5.6: Onlineumfrage: 18 Zustimmungen, 3 Ablehnungen - Anpassung und Überarbeitung erfolgt und im Online-Konsensusverfahren am 11.11.2025 neu konsentiert: 20 Zustimmungen, 0 Ablehnungen, **starker Konsens 100%**

Empfehlung Kapitel 5.7: Onlineumfrage: 19 Zustimmungen, 1 Ablehnung, 1 Enthaltung, **Konsens 95%**

Empfehlung Kapitel 5.8: Onlineumfrage: 20 Zustimmungen, 1 Ablehnung, **starker Konsens 95,2%**

Empfehlung Kapitel 5.9: Onlineumfrage: 20 Zustimmungen, 0 Ablehnungen, **Konsens 95%**

Empfehlung Kapitel 6: Onlineumfrage: 19 Zustimmungen, 2 Ablehnungen - Anpassung und Überarbeitung erfolgt und im Online-Konsensusverfahren am 11.11.2025 neu konsentiert: 20 Zustimmungen, 0 Ablehnungen, **starker Konsens 100%**

Empfehlung Kapitel 6.3: Onlineumfrage: 20 Zustimmungen, 0 Ablehnungen, 1 Enthaltung, **starker Konsens 100%**

Empfehlung Kapitel 7: Onlineumfrage: 18 Zustimmungen, 1 Ablehnung, 2 Enthaltungen, **Konsens 95%**

Die Praxisempfehlung wurde am 23.02.2026 vom Vorstand der DFPP verabschiedet. Sie soll spätestens 2030 auf Aktualität geprüft werden.

10. Literaturverzeichnis

- Abderhalden, C., Grieser, M., Koziel, B., Seifritz, E. & Rieder, P. (2005). Wie kann der pflegerische Beitrag zur Einschätzung der Suizidalität systematisiert werden? *Psych. Pflege Heute*, 11(03), 160–164. <https://doi.org/10.1055/s-2005-858213>
- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H.-J. & Fischer, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: Randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 193(1), 44–50. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.045534>
- AFG-PsyP - Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (2019). *Intensivbetreuungen erwachsener Menschen in psychiatrischer Behandlung. Empfehlungen*. <https://www.vfp-apsi.ch/web/content/1268?unique=fd88e5b22c4d58b2d8f99fdf16923cd2a216c6b1&download=true>
- Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 11(6), 10–19. <https://doi.org/10.1177/153331759601100603>
- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(12), 1284–1296. <https://doi.org/10.1177/088626000015012003>
- Alsbach, L. (2023). *Chancen und Risiken psychiatrischer Intensivbetreuung aus der Sicht von Betroffenen und Pflegefachpersonen* [Dissertation]. https://kidoks.bs-zbw.de/files/4414/alsbach_lars_dissertation.pdf
- Aurelio, M., Singh, S., Chitewe, A., Mckenna, C., Marufu, E., Bridle, D., Sunduza, L., & Shah, A. (2025). Improving therapeutic engagement and observations on inpatient mental health wards in the English National Health Service: lessons from using quality improvement to scale up interventions. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*, 37(3), mzaf070. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf070>
- AWMF-Leitlinie Kinderschutz (S3). (2018). *Kindesmiss-handlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutz-leitlinie)*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/KF_027-069l_Kinderschutz_2018-10.pdf
- Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C., Besselmann, K., Dürrmann, P., Haupt, M., Kuhn, C., Müller-Hergl, C., Perrar, K. M., Riesner, C., Rüsing, D., Schwerdt, R., van der Kooij, C., & Zegelin, A. (2006). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/fa_redaktion_bak/pdf_publicationen/Forschungsbericht_Rahmenempfehlungen_Umgang_Demenz.pdf
- Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (2021). *Verwaltungsvorschriften zum Bayerischen Maßregelvollzugsgesetz (VVBayMRVG) (Schreiben, Az. II5/2182 1/63)*. https://www.zbfs.bayern.de/imperia/md/images/zbfs_intranet/produktgruppe_x/vvbaymrvrg_05.07.2021_450-a-12174.pdf
- Björkdahl, A., Nyberg, U., Runeson, B., & Omérov, P. (2011). The development of the Suicidal Patient Observation Chart (SPOC): Delphi study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(6), 558–561. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01758.x>
- Bowers, L., & Simpson, A. (2007). Observing and engaging: New ways to reduce self-harm and suicide. *Mental Health Practice*, 10(10), 12–14. <https://doi.org/10.7748/mhp2007.07.10.10.12.c4314>
- Bowers, L., Whittington, R., Nolan, P., Parkin, D., Curtis, S., Bhui, K., Hackney, D., Allan, T., & Simpson, A. (2008). Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: City-128 study. *British Journal of Psychiatry*, 193(05), 395–401. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.037721>
- Champagne, T., & Stromberg, N. (2004). Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: innovative alternatives to seclusion & restraint. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 42(9), 34–44. <https://doi.org/10.3928/02793695-20040901-06>
- Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2002). Considering the care of the suicidal client and the case for 'engagement and inspiring hope' or 'observations'. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9(5), 611–621. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00515.x>
- Debus, S. & Meyer, H. (2023). Handlungsspielräume, Teamkohärenz und Einstellungen zu prozeduralen Handlungsregeln in psychiatrischen Gefährdungssituationen. *Nervenheilkunde*, 42(12), 871–879. <https://doi.org/10.1055/a-2178-1632>
- DFPP - Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (2016). *Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der akutpsychiatrischen stationären Versorgung: Stellungnahme der Deutschen Fachgesell-*

- schaft Psychiatrische Pflege. https://dfpp.de/wp-content/uploads/2020/03/2016-05-DFPP-Empfehlung_FEM-Akutpsychiatrie.pdf
- DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2018). *S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (Langversion, Fassung vom 10.09.2018)*. <https://www.dgppn.de/Resource/Persis-tent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20BLITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf>
- Dima, A., Wazir, A., Clark-Castillo, R., Zakopoulos, I., Smith, S., & Gaughran, F. (2024). Factors influencing the length of stay in forensic psychiatric settings: a systematic review. *BMC health services research*, 24(1), 400. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10863-x>
- Douglas, L., Donohue, G., & Morrissey, J. (2022). Patient Experience of Physical Restraint in the Acute Setting: A Systematic Review of the Qualitative Research Evidence. *Issues in mental health nursing*, 43(5), 473–481. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1978597>
- Duffy D. (1995). Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients. *Journal of advanced nursing*, 21(5), 944–950. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21050944.x>
- Dziopa, F., & Ahern, K. (2009). What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research Literature. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.5580/1060>
- Fegert, J. M., & Kölch, M. (2013). *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. Springer Medizin. <https://content.e-bookshelf.de/media/reading/L-1093718-657ffc530f.pdf>
- Feil, N. (1999). *Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. Ernst-Reinhardt-Verlag.
- Feil, N., & de Klerk-Rubin, V. (2023). *Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen* (12., aktualisierte Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.
- Fletcher, J., Hamilton, B., Kinner, S., Sutherland, G., King, K., Tellez, J. J., Harvey, C., & Brophy, L. (2019). Working towards least restrictive environments in acute mental health wards in the context of locked door policy and practice. *International journal of mental health nursing*, 28(2), 538–550. <https://doi.org/10.1111/inm.12559>
- Gilje, F. L., & Talseth, A.-G. (2014). How psychiatric nurses experience suicidal patients: A qualitative meta-analysis. In J. R. Cutcliffe, J. C. Santos, P. S. Links, J. Zaheer, H. G. Harder, F. Campbell, R. McCormick, K. Harder, Y. Bergmans, & R. Eynan (Hrsg.), *Routledge international handbook of clinical suicide research* (S. 11–23). Routledge.
- Gordon, H. (2009). The provision of intensive care in forensic psychiatry. In M. D. Beer, S. M. Pereira & C. Paton (Hrsg.), *Psychiatric intensive care* (2. Aufl., S. 183–190). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543593.016>
- Hahn, S. (2023). Beziehung und Interaktion. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (4. vollst. aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 334–382). Hogrefe.
- Halek, M. (2019). Verstehende Diagnostik als Hilfe im Umgang mit Verhaltensänderungen von Menschen mit Demenz. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 166(2), 61–66. <https://doi.org/10.5771/0340-8574-2019-2-61>
- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2020). Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International journal of nursing studies*, 102, 103490. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490>
- Hell, D., & Schüpbach, D. (2008). *Schizophrenien: Ein Ratgeber für Patientinnen und Angehörige*. Springer.
- Hemkendreis, B., Löhr, M., Schulz, M., & Nienaber, A. (2013). Praxisempfehlung Intensivbetreuungen – Ein erster Schritt in die richtige Richtung. *Psychiatrische Pflege Heute*, 19(2), 93–96. Thieme.
- Herwig, G., & Sauter, D. (2025). *Innovationen nachhaltig implementieren. Erfolgreiche Strategien für eine bessere psychosoziale und medizinische Versorgung*. Psychiatrie Verlag.
- Hohl, D., & Rabenschlag, F. (2018). Psychiatrische Intensivbetreuung auf dem Weg zur Standardisierung. *Psychiatrische Pflege*, 3(5), 29–33. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000202>
- Holtmann, M., & Noeker, M. (Hrsg.). (2025). *LWL-Standard zur Vermeidung, Anwendung und Dokumentation von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Band 3*. Pabst Science Publishers.
- Holzke, M. (2023). Teamarbeit. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (4. vollst. aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 276–291). Hogrefe.
- ICN - International Council of Nurses (2025). Renewing the Definitions of 'Nursing' and 'a Nurse' <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/renewing-definitions-nursing-and-nurse>
- InEK - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2024). *PEPP-Katalog 2024*. https://www.g-drg.de/content/download/13187/file/PEPP-Entgeltkatalog_2024_2023-09-28.pdf
- Insua-Summerhays, B., Hart, A., Plummer, E., Priebe, S., & Barnicot, K. (2018). Staff and patient perspectives on therapeutic engagement during one-to-one observation. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(9-10), 546–557. <https://doi.org/10.1111/jpm.12497>
- Junghanss, J., Sauter, D. & Bühling-Schindowski, F. (2024a). Empfehlung 3: Monatliche Teambesprechung. In D. Sauter, J. Junghanss & F. Bühling-Schindowski (Hrsg.), *Gewalt und Zwang vermeiden: Leitliniengerechtes Handeln auf psychiatrischen Stationen* (S. 68–76). Psychiatrie Verlag.
- Junghanss, J., Sauter, D., Bühling-Schindowski, F. & Mahler, L. (2024b). Empfehlung 6: Standardisierte Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen. In D. Sauter, J. Junghanss & F. Bühling-Schindowski (Hrsg.), *Gewalt und Zwang vermeiden: Leitliniengerechtes Handeln*

- auf psychiatrischen Stationen (S. 100-109). Psychiatrie Verlag.
- Junghanss, J., Sauter, D., Bühling-Schindowski, F. & Mahler, L. (2024c). Empfehlung 10: Erstellung von Behandlungsvereinbarungen. In D. Sauter, J. Junghanss & F. Bühling-Schindowski (Hrsg.), *Gewalt und Zwang vermeiden: Leitliniengerechtes Handeln auf psychiatrischen Stationen* (S. 139-147). Psychiatrie Verlag.
- Kahmen, I. K. v. C. (2022). Traumasensible pädagogische Konzepte in der kinder- und jugendpsychiatrischen/psychotherapeutischen Milieuthérapie. *Psychiatrie & Neurologie – Rosenfluh*, 3 (2022), 14–19. <https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2022/03/Traumasensible-paedagogische-Konzepte-in-der-kinder-und-jugendpsychiatrischen-psychotherapeutischen-Milieuthérapie.pdf>
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350, h369. <https://doi.org/10.1136/bmj.h369>
- Kitwood, T., & Brooker, D. (Hrsg.). (2022). *Demenz: Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten, neurokognitiv beeinträchtigten Menschen* (9., vollständig überarb. u. erw. Aufl.; deutschsprachige Ausgabe hrsg. von C. Müller-Hergl & H. Güther). Hogrefe.
- Kornhaber, R., Walsh, K., Duff, J., & Walker, K. (2016). Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: an integrative review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 537–546. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S116957>
- Leclair, M. C., Charette, Y., Seto, M., Nicholls, T. L., Roy, L., Dufour, M., & Crocker, A. G. (2022). Barriers and facilitators of access and utilization of mental health services among forensic service users along the care pathway. *BMC health services research*, 22(1), 1495. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08848-9>
- Lienhardt, A., Rabenschlag, F., & Panfil, E.-M. (2018). Die Praxis der psychiatrischen Intensivbetreuung bei Erwachsenen in der Deutschschweiz – eine deskriptive Querschnittstudie. *Pflege*, 31(5), 1-11. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000621>
- Mahler, L., Jarchov-Jádi, I., Montag, C., & Gallinat, J. (2024). *Das Weddinger Modell: Ein recoveryorientiertes Psychiatriekonzept* (2., vollständig überarb. Aufl.). Psychiatrie Verlag.
- Mahler, L., Wullschleger, A., & Oster, H. (2022). *Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen: Ein Praxisbuch für psychiatrische Teams* (2. Aufl.). Psychiatrie Verlag.
- Mahlke, C., Schulz, G., Sielaff, G., Nixdorf, R., & Bock, T. (2019). Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung [Models of peer support in psychiatric care]. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 62, 214–221. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2866-1>
- Müller, S., Claus, S., Koller, M., Müller, J., Richter, B., Sauter, D., Schieting, S., Steinert, T., & Pollmächer, T. (2025). Eine Umfrage zu Sicherheitsdiensten in psychiatrischen Kliniken. *Der Nervenarzt*. <https://doi.org/10.1007/s00115-025-01840-8>
- NAGS Österreich, NAGS Schweiz & NAGS Deutschland. (2023). *EVA-Erfassung Von Aggressionseignissen und: Information zu EvA*. NAGS Deutschland. <https://nags-deutschland.de/downloads/>
- Neil, C., O'Rourke, S., Ferreira, N., & Flynn, L. (2020). Protective factors in violence risk assessment: Predictive validity of the SAPROF and HCR-20V3. *International Journal of Forensic Mental Health*, 19(1), 84–102. <https://doi.org/10.1080/14999013.2019.1643811>
- NICE (2015). *Psychiatric care guidelines*. National Institute for Health and Care Excellence.
- Nienaber, A. & Needham, I. (2023). Krisen und Krisenintervention. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (4. vollst. aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 623–643). Hogrefe.
- Nienaber, A., Franz, S., Chu, S. (2021). Intensive Betreuung dokumentieren Das Instrument „MSORT“. *Psychiatrische Pflege* 6 (1), 41–43. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000339>
- Nienaber, A., Löhr, M., Hemkendreis, B., Schulz, M. (2013a) Intensivbetreuungen - Empfehlenswert!? *Psych. Pflege Heute*, 19: 90–92. Thieme.
- Nienaber, A., Schulz, M., Hemkendreis, B., & Löhr, M. (2013b). Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung. Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 40(1), 14–20. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1327294>
- Nienaber, A., Schulz, M., Noelle, R., Wiegand, H. F., Wolff-Menzler, C., Häfner, S., Seemüller, F., Godemann, F. & Löhr, M. (2015). Häufigkeit und Kosten der 1:1-Betreuung in der Erwachsenenpsychiatrie in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 43(4), 205–212.
- Nijdam-Jones, A., Nicholls, T. L., Crocker, A. G., Roy, L., & Somers, J. M. (2017). History of forensic mental health service use among homeless adults with mental illness. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 16(1), 69–82. <https://doi.org/10.1080/14999013.2016.1255281>
- Nijman, H. L. I., Muris, P., Merckelbach, H. L. G. J., Palmstierna, T., Wistedt, B., Vos, A. M., van Rixtel, A., & Al-lerzt, W. (1999). The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*, 25(3), 197–209. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2337\(1999\)25:3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2337(1999)25:3)
- ORH - Oberster Rechnungshof Bayern. (2022). *Kosten des Maßregelvollzugs (ORH-Bericht 2022, TNr. 60)*. <https://www.orh.bayern.de/mam/aktuelles/medieninformationen/aktuell/22-60 - kosten-des-ma%C3%9Fregelvollzugs.pdf>
- Rabenschlag, F., Schürmann, J., & Trachsel, M. (2021). Psychiatrische Intensivbetreuung. Philosophische, psychotherapeutische und ethische Aspekte des „Da-Seins“. *Psychiatrische Pflege*, 6(2), 23–26. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000348>
- Rechnungshof Rheinland Pfalz (2023). *Jahresbericht 2023 – Nr. 16: Ausgaben für die Unterbringung im Maßregelvollzug*. <https://rechnungshof.rlp.de/veroeffentlichungen/jahresberichte/jahresbericht-2023/>
- Reen, G. K., Bailey, J., Maughan, D. L. & Vincent, C. (2020). Systematic review of interventions to improve constant observation on adult inpatient psychiatric wards. *International journal of mental health nursing*, 29(3), 372-386. <https://doi.org/10.1111/inm.12696>
- Reischies, F. M. (2016). Diagnostik und Klassifikation des Delirs. In W. Hewer, C. Thomas & L. M. Drach (Hrsg.),

- Delir beim alten Menschen: Grundlagen – Diagnostik – Therapie – Prävention* (1. Aufl., S. 33–46). Kohlhammer Verlag.
- Remschmidt, H., & Becker, K. (2022). Einführung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. In H. Remschmidt & K. Becker (Hrsg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (7., vollständig überarb. u. erweit. Aufl., S. 8–12). Thieme.
- Richard, N. (2010). «Sie sind sehr in Sorge»: Die Innenwelt von Menschen mit Demenz gelten lassen. *Curaviva*, 2, 4–8.
- Rixe, J., Driessen, M. & Schulz, M. (2023a). Behandlungsvereinbarungen in der Akutpsychiatrie: Selbstbestimmung fördern - Vertrauensbildung stärken. *DNP - Die Neurologie & Psychiatrie*, 24(5), 46–49.
- Rixe, J., Neumann, E., Möller, J., Macdonald, L., Wrona, E., Bender, S., Schormann, M., Juckel, G., & Driessen, M. (2023b). Joint Crisis Plans and Crisis Cards in Inpatient Psychiatric Treatment—a Multicenter Randomized Controlled Trial. *Deutsches Ärzteblatt international*, 120(8), 125–132. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0384>
- Rooney C. (2009). The meaning of mental health nurses experience of providing one-to-one observations: a phenomenological study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(1), 76–86. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01334.x>
- Runder Tisch interprofessionelle Zusammenarbeit. (2024). *Interprofessionelle Zusammenarbeit in der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung: Gemeinsame Erklärung des Runden Tisches*. <https://www.dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/interprofessionelle-zusammenarbeit.html>
- Sachweh, S. (2008). *Spurenlesen im Sprachdschungel. Kommunikation und Verständigung mit demenzkranken Menschen*. Huber.
- SAMW, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2015). Medizin-ethische Richtlinien Zwangsmassnahmen in der Medizin. <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Zwangsmassnahmen-in-der-Medizin.html>
- Sato, S., Nakanishi, M., Ogawa, M., Abe, M., Yasuma, N., Kono, T., Igarashi, M., Iwanaga, M., Kawaguchi, T., & Yamaguchi, S. (2023). Rehospitalisation rates after long-term follow-up of patients with severe mental illness admitted for more than one year: a systematic review. *BMC psychiatry*, 23(1), 788. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05290-x>
- Sauter, D. & Mayer, M. (2024). Fragestellungen, Haltungen und Konzepte aus Sicht der Pflegeprofession: Themenschwerpunkt: Autonomie und Fürsorge - Gegensätze ziehen sich an. *Kerbe, Forum für soziale Psychiatrie*, 42(1), 22–24.
- Sauter, D. & Needham, I. (2023). Zwangsmassnahmen. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (4. vollst. aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 644–659). Hogrefe.
- Sauter, D., Hirsch, S., Stolz, C., Junghans, J. & Bühling-Schindowski, F. (2024). Empfehlung 5: Kontinuierliche Betreuung. In D. Sauter, J. Junghans & F. Bühling-Schindowski (Hrsg.), *Gewalt und Zwang vermeiden: Leitliniengerechtes Handeln auf psychiatrischen Stationen* (S. 89–97). Psychiatrie Verlag.
- Schirmer, U. B. (2018). *Einfühlsam Gespräche führen: Empathische Kommunikation in Gesundheits-, Pflege- und Sozialberufen*. Hogrefe.
- Scheydt, S. & Needham, I. (2014). Reizabschirmung im psychiatrischen Kontext: Übersicht der deutschsprachigen Fachliteratur. *Psych. Pflege Heute*, 20(6), 311–315. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1395961>
- Scheydt, S., Laimbacher, S., Wenger, A. & Needham, I. (2016). Das Verständnis von „Reizabschirmung“ in der stationären Psychiatrie – Eine Delphi-Studie mit medizinischen und pflegerischen Expert*innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Psychiatrische Praxis*, 43(4), 199–204. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387523>
- Scheydt, S., Staub, A., & Holtforth, M. G. (2017a). Reizabschirmung auf psychiatrischen Akutstationen: Eine qualitative Analyse aus multiprofessioneller Perspektive. *Psychiatrische Praxis*, 44(7), 387–393. <https://doi.org/10.1055/s-0043-102361>
- Scheydt, S., Needham, I., & Behrens, J. (2017b). Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie – Theoretische Verdichtung und Modifikation des Rahmenmodells. *Pflege*, 30 (5), 281–288. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000577>
- Scholz, M. (2020). Pneumonieprophylaxe durch pflegerische Maßnahmen. In B. Meyer (Hrsg.), *Pflege heute* (10. Aufl., S. 772–774). Elsevier Urban & Fischer.
- Schrems, B. M. (2020). *Vulnerabilität in der Pflege: Was verletzlich macht und Pflegende darüber wissen müssen*. Beltz Juventa.
- Staudacher, D. (2021). Miteinander schweigen: „Nursing Presence“ als pflegerische Grundhaltung. *Psychiatrische Pflege*, 6(2), 11–14. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000345>
- Steinert, T., Hirsch, S. & Flammer, E. (2022). Auswirkungen der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts 2018 zu Fixierungen: Zwangsmaßnahmen in den psychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg 2019 im Vergleich zu 2015–2017. *Der Nervenarzt*, 93(7), 706–712. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01267-5>
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Zappe, R., Braun, L. M., Kirchhof, J., Lautenschlager, E. & Rupprecht, P. (2026). *DFPP-Praxisempfehlung Umgang mit Suizidalität: Begleitung von Menschen in existentiellen Krisen*. Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP) (Hg.). <https://dfpp.de/praxisempfehlung-umgang-mit-suizidalitaet/>
- Zehnder, U., Rabenschlag, F., & Panfil, E.-M. (2015). Zwischen Kontrolle und Therapie: Eine evolutionäre Konzeptanalyse von Intensivbetreuung in der stationären Akutpsychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 42(2), 68–75. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387244>