

# Intensivbetreuung erwachsener Menschen in psychiatrischer Behandlung

## Empfehlungen



# Intensivbetreuung erwachsener Menschen in psychiatrischer Behandlung: Empfehlungen

Die vorliegenden Empfehlungen sind auf der Website der Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (AFG-PsyP) des Vereins für Pflegewissenschaft (VFP-APSI) verfügbar.

[www.vfp-apsi.ch/akademische-fachgesellschaften/psychiatrische-pflege](http://www.vfp-apsi.ch/akademische-fachgesellschaften/psychiatrische-pflege)

©AFG-PsyP 2019

Evaluierung und Anpassung der Empfehlungen 2024 im Auftrag der AFG-PsyP geplant.

## Die Berücksichtigung dieser Empfehlungen wird von folgenden Organisationen empfohlen:

- Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz VPPS
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI



## Herausgeberin

Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege  
des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft

Haus der Akademien

Laupenstrasse 7

Postfach

CH-3001 Bern

[psychiatrie@vfp-apsi.ch](mailto:psychiatrie@vfp-apsi.ch)

[www.vfp-apsi.ch/akademische-fachgesellschaften/psychiatrische-pflege](http://www.vfp-apsi.ch/akademische-fachgesellschaften/psychiatrische-pflege)

Gestaltung Papyrus & Ink, 5200 Brugg

Auflage 1. Auflage, Mai 2019

Zitervorschlag Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (AFG-PsyP) des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft (VFP) (Hrsg.). (2019, 1. Aufl.). Intensivbetreuungen erwachsener Menschen in psychiatrischer Behandlung: Empfehlungen. Bern: Autor.

## Inhalt

Präambel	4
1. Geltungsbereich	5
2. Grundbegriffe	5
3. Rechtliche und ökonomische Rahmenbedingungen	6
3.1 Urteilsunfähigkeit	6
3.2 Finanzierung	7
4. Grundsätze	7
4.1 Indikationen	7
4.2 Kontraindikationen	8
4.3 Anordnung und Aufhebung	9
4.4 Ressourcen	9
4.5 Fachliche Qualifikation	10
5. Durchführung der psychiatrischen Intensivbetreuung	10
5.1 Zielsetzung	10
5.2 Gestaltung	11
5.3 Konstanz oder Turnus	11
5.4 Dauer und Überprüfung	11
5.5 Nachbesprechung	12
Anhang: Qualitätsindikatoren als Hilfestellung zur Umsetzung der Empfehlungen	13
Literatur	16
Hinweise zur Entstehung dieser Empfehlungen	18

## Präambel

Die psychiatrische Intensivbetreuung wird bei Menschen in psychischen Ausnahmesituationen als spezifische Intervention angewendet: zum Beziehungsaufbau, zur Deeskalation sowie zum Schutz der betroffenen Person vor sich selbst oder zum Schutz von Dritten (Sturny, Hell, 2007).

Psychiatrische Intensivbetreuungen werden auf unterschiedliche Arten und mit unterschiedlicher zeitlicher sowie therapeutischer Intensität durchgeführt. Die Durchführung wird als periodische Kontaktaufnahme oder konstante Einzelbetreuung organisiert (Hemkendreis et al., 2013; NICE, 2015), wobei sich der Schwerpunkt zwischen beziehungsbasierter, vertrauensvoller und Schutz und Sicherheit bietender Intervention bewegt (Zehnder et al., 2014; Hagen et al., 2017). Weder international noch in der schweizerischen Praxis gibt es einen Konsens über die Art der Durchführung (Hemkendreis et al., 2013; Nienaber et al., 2013) und über die Qualifikation der durchführenden Personen (Lienhardt et al., 2018; Nienaber et al., 2013a).

Die psychiatrische Intensivbetreuung erfolgt (1) einvernehmlich mit den Betroffenen, (2) als beziehungsbasier- te Intervention zur Deeskalation, um damit Aggressions- und Gewaltereignisse zu vermindern, oder (3) als Intervention bei unfreiwilligen Massnahmen, bei der Schutz und Sicherheit der Beteiligten im Vordergrund stehen (Nienaber et al., 2013; Bowers et al., 2017). Psychiatrische Intensivbetreuung bedeutet einen Eingriff in die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissen- schaften SAMW (2015) zählt die Intensivbetreuung zu den freiheitseinschränkenden Massnahmen, wenn die betroffene und diesbezüglich urteilsfähige Person nicht zustimmt.

Die unterschiedliche Durchführung und Ausrichtung der psychiatrischen Intensivbetreuung und der fehlende Konsens führen im Alltag wiederholt zu ethischen Diskussionen über die Grundprinzipien Autonomie, Fürsorge und Nichtschaden. Die vorliegenden Empfehlungen bieten erstmalig eine Basis, um psychiatrische Intensiv- betreuungen transparenter, reflektierter und zielgerichteter einzusetzen.

## 1. Geltungsbereich

Die vorliegenden Empfehlungen beziehen sich vorwiegend auf das stationäre psychiatrische Setting der Erwachsenenpsychiatrie, aus dem die aktuelle wissenschaftliche Literatur zu psychiatrischer Intensivbetreuung hauptsächlich stammt. Dennoch können sich Fachpersonen aus anderen Settings unter Berücksichtigung der jeweiligen rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen an den vorliegenden Empfehlungen orientieren. Es gelten in allen Settings dieselben Sorgfaltspflichten.

### Die Empfehlungen richten sich an folgende Zielgruppen:

- Fachpersonen, die in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen tätig sind (insbesondere Pflegefachpersonen, Fachpersonen Gesundheit, Psychiaterinnen und Psychiater, Psychologen und Psychologinnen)
- Personen in einer psychischen Ausnahmesituation, bei der eine Selbst- oder Fremdgefährdung besteht, sowie ihre Angehörigen
- politische Entscheidungsträger und -trägerinnen, Personen aus dem Management von psychiatrischen Institutionen (z.B. Risikomanagement) sowie die allgemeine Öffentlichkeit

Die Empfehlungen sollen alle fünf Jahre auf Initiative der Akademischen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege überprüft und gegebenenfalls aktualisiert werden.

## 2. Grundbegriffe

Im englischen Sprachraum werden für die psychiatrische Intensivbetreuung die Begriffe «continuous special observation», «constant observation», «maximum observation», «one-to-one» sowie «intermittent observation» verwendet (Janofsky, 2009). Die verschiedenen Begriffe beziehen sich auf die Dauer oder den Turnus der «observation» und machen keine weiteren Angaben zur Durchführung oder zu deren Qualität. Im deutschsprachigen Raum existiert keine übergreifende Definition. Die Kollegengruppe aus Deutschland (Hemkendreis et al., 2013; Nienaber et al., 2013a) verwendet denselben umfassenden Begriff «Intensivbetreuung»; die «S3-Leitlinie Depression» der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde empfiehlt in einer suizidalen Krisensituation Beziehungspflege als Begleitung im Sinne von Kommunikation und Kontrolle (DGPPN et al., 2015).

Wir wählen in diesen Empfehlungen den Begriff der psychiatrischen Intensivbetreuung, der verschiedene Bezeichnungen und Formen wie Sitzwachen, Überwachung und Eins-zu-eins-Betreuung umfasst.

**Psychiatrische Intensivbetreuung umfasst Einzelinterventionen, die zur Überbrückung einer Krise als therapeutisch wirksame, beziehungs-basierte und gewünschte Interventionen angeboten werden. Das Gestalten einer Beziehung steht im Vordergrund.**

**Als Intervention bei unfreiwilligen Massnahmen oder in gewissen anderen Situationen kann die psychiatrische Intensivbetreuung mit dem Schwerpunkt Sicherheit eingesetzt werden, um selbstgefährdendes Verhalten weitestmöglich zu verhindern oder Dritte zu schützen.**

**Das Ziel einer psychiatrischen Intensivbetreuung sollte in der Regel das Gestalten einer beziehungsbasierten Intervention sein.**

### 3. Rechtliche und ökonomische Rahmenbedingungen

Eine psychiatrische Intensivbetreuung – ob einvernehmlich vereinbart oder nicht – kann eine erhebliche Einschränkung der Privatsphäre des oder der Betroffenen darstellen. Auch bei einer gemeinsam vereinbarten, freiwilligen und beziehungsorientierten psychiatrischen Intensivbetreuung zur Überbrückung einer Krise sollte dieser Umstand bedacht werden.

Bei einer unfreiwilligen psychiatrischen Intensivbetreuung handelt es sich nicht um eine medizinische Zwangsbehandlung im Sinne des Erwachsenenschutzrechts, aber unter Umständen um eine Massnahme zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit (Art. 383 bzw. Art. 438 ZGB, 2008). Die mit der Überwachung und Kontrolle einhergehende Beeinträchtigung der Privatsphäre bedarf deshalb immer der fachlichen Begründung und Rechtfertigung und ist auf das minimale erforderliche Ausmass zu beschränken.

#### 3.1 Urteilsunfähigkeit

Das seit 2013 in der Schweiz in Kraft getretene Kindes- und Erwachsenenschutzgesetz regelt die medizinischen Massnahmen bei Urteilsunfähigkeit und betrifft in gewissen Fällen auch die psychiatrische Intensivbetreuung. Das Gesetz schreibt bei medizinischen Massnahmen vor, dass für die urteilsunfähige Person eine vertretungsberechtigte Person (Angehörige oder Beistand mit Vertretungsrecht) entscheidet (Art. 377 und 378 ZGB, 2008). Für Personen, für die eine fürsorgerische Unterbringung angeordnet wurde (FU, Art. 426ff. ZGB, 2008), ist die medizinische Behandlung der psychischen Störung (insbesondere die medikamentöse Behandlung) durch den Chefarzt oder die Chefärztin der Klinik anzuordnen (Art. 433 und 434 ZGB, 2008). Hingegen richten sich die Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit (wie dies unter Umständen bei einer psychiatrischen Intensivbetreuung der Fall ist) grundsätzlich nach denselben Regeln wie bei nicht fürsorgerisch untergebrachten Personen (Art. 438 ZGB, 2008). In jedem Fall muss der mutmassliche Wille der urteilsfähigen Person eruiert werden, und diesem ist so weit als möglich zu entsprechen.

## 3.2 Finanzierung

Die ab dem Jahre 2021 in der Schweiz kostenrelevante Tarifierung der stationären Versorgung durch die schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) bietet eine Grundlage für die Finanzierung, indem für die Durchführung einer «1:1 Betreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen in der Erwachsenenpsychiatrie» (hier der psychiatrischen Intensivbetreuung gleichgesetzt) ausgebildete Fachpersonen vorausgesetzt werden. Dies sind «diplomiertes Pflegepersonal oder psychologische Psychotherapeuten unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie» (CHOP-Code 94.3D, BFS, 2018, S. 345). Diese Voraussetzung in der schweizerischen Operationsklassifikation unterstützt die beziehungs-basierte und anspruchsvolle Qualität einer psychiatrischen Intensivbetreuung im Sinne der hier vorliegenden Empfehlungen. Zu welchem Tarif die einzelnen CHOP-Codes abgegolten werden, wird in der Schweiz beim gegenwärtig eingeführten Tarifsysteem für die stationäre Psychiatrie, dem TarPsy, geprüft (SwissDRG AG, 2016).

Aufgrund des beziehungsorientierten Charakters der psychiatrischen Intensivbetreuung sowie der hohen Kosten durch den Einbezug von zusätzlichen externen Mitarbeitenden soll wenn immer möglich mit dem bestehenden Pflege- und Behandlungsteam gearbeitet werden.

**Wir empfehlen, für die psychiatrische Intensivbetreuung personalbezogene Ressourcen aus dem bestehenden Pflege- und Behandlungsteam einzusetzen.**

## 4. Grundsätze

### 4.1 Indikationen

Um eine Krisensituation möglichst schnell zu beenden, kann eine psychiatrische Intensivbetreuung angezeigt sein, die mit intensiviertem Kontaktangebot und intensivierter Begleitung und Betreuung einhergeht und schützende Aspekte beinhaltet. Als deeskalative Massnahme kann die psychiatrische Intensivbetreuung einen präventiven Beitrag zur Verhinderung von Gewaltereignissen leisten oder zu weniger invasiven Formen der Behandlung überleiten.

Die Indikation zur psychiatrischen Intensivbetreuung sollte sorgfältig gestellt und auf das aktuelle klinische Zustandsbild, die individuelle Situation und Erfahrung der Betroffenen sowie die unmittelbaren Gefährdungsmomente abgestützt werden (SAMW, 2015). Zur verhältnis- und zweckmässigen Interventionsplanung sollten standardisierte Einschätzungsinstrumente und, sofern vorhanden, Behandlungsvereinbarungen und Notfallpläne einbezogen werden (DGPPN et al., 2010, 2015).

Psychiatrische Intensivbetreuung kommt insbesondere bei folgenden psychischen Ausnahmesituationen zur Anwendung (Bowers et al., 2011; Kettles et al., 2004; NICE, 2015; Löhr et al., 2013; Shugar, Rehaluk, 1990; Scheydt et al., 2016; SAMW, 2015; Ray et al., 2016; Lienhardt et al., 2018):

- akute Suizidalität
- akute Verwirrtheit
- Angst
- erhöhtes Gewalt- und Aggressionsrisiko
- erhöhtes Weglaufrisiko
- Spannungszustände
- Reizüberflutung

Erfolgt die psychiatrische Intensivbetreuung im Kontext von Zwangsmassnahmen, welche die Kriterien der Selbst- und Fremdgefährdung nach dem Erwachsenenschutzrecht in der Schweiz erfüllen (Art. 383 bzw. Art. 438 ZGB, 2008), so gründen vorausgehende Entscheidungsprozesse auf den medizinisch-ethischen Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin» (SAMW, 2005, Kap. 4.2.1). Insbesondere müssen vor Anwendung einer Zwangsmassnahme alle möglichen Behandlungsalternativen ausgeschöpft sein, und es muss mit Blick auf die konkrete Situation eine Nutzen-Risiko-Abwägung stattgefunden haben. Falls eine Patientenverfügung vorhanden und bekannt ist, soll weitestmöglich den darin formulierten Anordnungen entsprochen werden. Auch ohne Vorliegen einer Patientenverfügung muss wenn immer möglich der mutmassliche Wille der betroffenen Person eruiert und berücksichtigt werden.

## 4.2 Kontraindikationen

Krisen, Selbstverletzung und Fremdaggression können im Rahmen verschiedener Krankheitsbilder auftreten, sind aber als Indikation für eine psychiatrische Intensivbetreuung trotzdem nicht immer geeignet. Insbesondere Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sollten wenn möglich ambulant oder in spezialisierten stationären Settings behandelt werden (Euler et al., 2018). So kann beispielsweise bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung ein stationärer Aufenthalt zur Krisenintervention, zur Stabilisierung oder als Vorbereitung für eine ambulante Behandlung geeignet sein, sollte jedoch so kurz wie möglich und in einem offenen Setting stattfinden (Euler et al., 2018).

Anhand der verfügbaren Evidenz (Literatur und Expertenmeinung) empfehlen wir, psychiatrische Intensivbetreuung nicht einzusetzen, wenn sie ausserhalb der Krisensituation nicht zur Förderung von Bewältigungsstrategien beitragen kann.

### 4.3 Anordnung und Aufhebung

Als Grundlage für den Entscheid, eine psychiatrische Intensivbetreuung anzuordnen oder aufzuheben, dient neben der Indikationsstellung in erster Linie das persönliche Gespräch mit den betroffenen Menschen (Addo et al., 2010; Nolan et al., 2017). Weitere Informationen sind der Behandlungsplan, eine eventuell vorhandene Patientenverfügung oder ein persönlicher Vorsorgebogen sowie die interprofessionelle Einschätzung. Für die Risikoeinschätzung der Selbst- und Fremdgefährdung sollen validierte Assessmentinstrumente verwendet werden (Duffy, 1995), beispielsweise die «Nurses' Global Assessment of Suicide Risk Scale NGASR» (Abderhalden et al., 2010), die «Pictorial Representation of Illness and Self Measure Suicidality PRISM-S» (Harbauer et al., 2013) oder die «Brøset Violence Checklist» (Abderhalden et al., 2006). Bei der Anordnung soll bereits die weitere Planung der Betreuung bedacht sein.

Psychiatrische Intensivbetreuung als beziehungsbasierte Variante zur Deeskalation liegt im Verantwortungsbereich der Pflege und wird in der täglichen Praxis eingesetzt. Wird psychiatrische Intensivbetreuung im Rahmen einer freiheitseinschränkenden Massnahme gegen den Willen der betroffenen Person eingesetzt, ist in aller Regel eine ärztliche Anordnung notwendig (siehe Kap. 3). An der Durchführung sind vor allem Pflegefachpersonen beteiligt. Es können aber auch Psychologen und Psychologinnen, Ärztinnen und Ärzte, studentische Hilfskräfte, Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit oder weitere Gesundheitsfachpersonen beteiligt sein. Psychiatrische Intensivbetreuungen sind somit Teil der interprofessionellen Behandlung. Die vorliegenden Empfehlungen wenden sich deshalb an alle Fachpersonen, welche die psychiatrische Intensivbetreuung anordnen oder durchführen.

Die Aufhebung von Massnahmen im Rahmen der psychiatrischen Intensivbetreuung erfolgt aufgrund einer Neueinschätzung – wiederum aufgrund des Gesprächs mit den betroffenen Menschen sowie der interprofessionellen Einschätzung ihrer Absprachefähigkeit, der Assessmentergebnisse und der interprofessionellen Wahrnehmung.

Die Pflege und die Behandlung von Patientinnen und Patienten in psychischen Ausnahmesituationen sind unter anderem gekennzeichnet durch die Kultur einer Institution oder eines Teams. Deshalb sollte psychiatrische Intensivbetreuung das Ergebnis eines Entscheidungsprozesses zwischen Patientin/Patient und Fachpersonen im Rahmen eines Behandlungsauftrags sein (Barnicot et al., 2017). Es sollte immer diejenige Intervention gewählt werden, die von der Patientin bzw. dem Patienten als am wenigsten belastend erlebt wird (SAMW, 2015).

### 4.4 Ressourcen

Die notwendigen fachlichen, personellen und strukturellen Ressourcen sind durch die Institutionen bereitzustellen. Dabei soll eine psychiatrische Intensivbetreuung aufgrund der Beziehungsorientierung wenn immer möglich durch das bestehende behandelnde Team geleistet werden. Bauliche Voraussetzungen müssen vorhanden sein, welche die passenden Möglichkeiten für die zwischenmenschlichen Interaktionen garantieren (u.a. Hagen et al., 2017; Flynn et al., 2017). Weiter sind bei fehlenden Sprachkenntnissen Dolmetschende beizuziehen, und die Betreuung durch gleichgeschlechtliche Fachpersonen sollte gewährleistet sein.

## 4.5 Fachliche Qualifikation

Benötigt werden spezifisch geschulte Fachpersonen, die Menschen in einer psychischen Krisensituation dabei unterstützen können, Bewältigungsstrategien zu entwickeln (Chu, 2014; Nienaber et al., 2013a; Flynn et al., 2017; Holyoake, 2013). Deshalb wird als Mindestanforderung für die Durchführung einer psychiatrischen Intensivbetreuung ein Diplom als Pflegefachperson vorausgesetzt. Daneben sind auch weitere Gesundheitsfachpersonen geeignet, die über kommunikative, deeskalierende sowie kooperative Kompetenzen verfügen. Fachfremde Personen, ungenügend qualifizierte oder erfahrene Fachpersonen und Auszubildende sind auf die enge fachliche Anleitung einer genügend qualifizierten Fachperson angewiesen.

# 5. Durchführung der psychiatrischen Intensivbetreuung

## 5.1 Zielsetzung

Ziel einer psychiatrischen Intensivbetreuung ist, eine unterstützende, wirksame Beziehung in einem wohlwollenden Rahmen und Ambiente aufzubauen und eine Krise zu überbrücken. Dabei stehen das Wiedererlangen von Zuversicht und Selbstvertrauen im Sinne des Recovery-Konzepts (Amering, Schmolke, 2012) sowie das Erlangen von Bewältigungsstrategien im Fokus.

In gewissen Situationen werden Interventionen eingesetzt, bei denen die Sicherheit im Vordergrund steht, mit dem Ziel, selbstgefährdendes Verhalten oder selbstgefährdende Zustände weitestmöglich zu verhindern oder Dritte zu schützen. Da jedoch auch mit dieser Form (konstante Überwachung, Level A, siehe Kap. 5.3) Suizide nicht gänzlich verhindert werden können (Flynn et al., 2017), sollte das Ziel einer Intensivbetreuung das Gestalten einer beziehungsbasierten Intervention sein.

Im Sinne der Wirksamkeit (Art. 32 KVG, 2015) sollen durch die psychiatrische Intensivbetreuung mindestens einige der folgenden Ziele erreicht werden (Hohl, Rabenschlag, 2018):

- a. Prävention von Suiziden in der psychiatrischen Krise
- b. Reduktion der Häufigkeit oder Schwere von Selbstverletzungen
- c. Vermeidung oder Verkürzung der Zwangsbehandlung
- d. nachhaltiger Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- e. Anreize zur Gestaltung offener Behandlungssettings
- f. Deeskalation, frühzeitige und würdevolle Behandlung bei fremdgefährdenden Patientinnen und Patienten
- g. erste Behandlungsschritte im Hinblick auf eine bessere Integration von Menschen mit sozial störendem Verhalten (herausforderndes Verhalten) (Art. 383 ZGB, 2008)

## 5.2 Gestaltung

Die Gestaltung der psychiatrischen Intensivbetreuung sollte wenn immer möglich in Absprache mit dem betroffenen Menschen und unter Berücksichtigung der aktuellen Rahmenbedingungen stattfinden. Welche spezifischen Massnahmen oder Konzepte angewendet werden, hängt von der Zielsetzung (siehe Kap. 5.1) ab. Entsprechend dem Kontinuum, auf dem sich die psychiatrische Intensivbetreuung bewegt, bieten sich somit zur Gestaltung sowohl therapeutische als auch sicherheitsbasierte Interventionen an.

- Inhalte der therapeutischen Beziehung sind: Bekundung von Interesse und Sorge, Kontaktangebot, Einbezug wichtiger Personen, Vermittlung von Hoffnung und Zuversicht, Vertrauen und Nähe (Nienaber et al., 2013; Hagen et al., 2017).
- Bei Interventionen, bei denen die Sicherheit im Vordergrund steht, können Formen der Kontrolle ohne näheren Kontakt eingesetzt werden, zum Beispiel die Platzierung einer Person, die vor der Türe sitzt.

## 5.3 Konstanz oder Turnus

Psychiatrische Intensivbetreuung zeichnet sich durch die Zuweisung bestimmter Betreuungspersonen während einer variablen Dauer an unterschiedlichen Orten auf einer Abteilung aus.

Die Durchführung wird in drei Levels eingeteilt:

- A: konstant im Kontakt und in physischer Reichweite
- B: konstant im Kontakt, aber nicht immer in physischer Reichweite (z.B. in Sicht- und/oder Hörweite)
- C: intermittierend, das heisst, die betroffene Person wird in einem festgelegten Zeitintervall aufgesucht

## 5.4 Dauer und Überprüfung

In der Deutschschweiz dauern über drei Viertel der psychiatrischen Intensivbetreuungen acht Stunden oder länger (Lienhardt et al., 2018). Zurzeit gibt es weder Vorgaben noch Forschungsergebnisse darüber, wie lange eine psychiatrische Intensivbetreuung insgesamt durchgeführt werden sollte. Da die psychiatrische Intensivbetreuung einen Eingriff in die Privatsphäre der Betroffenen darstellt, wird empfohlen, sie grundsätzlich nur so lang wie unbedingt notwendig einzusetzen (Nienaber et al., 2013). Die Notwendigkeit einer Isolation sollte alle zwei Stunden überprüft werden (NICE, 2015). Da Intensivbetreuungen auch im Rahmen von Isolationen stattfinden können, wird empfohlen, die zweistündliche Überprüfung bei allen psychiatrischen Intensivbetreuungen durchzuführen.

## 5.5 Nachbesprechung

Psychiatrische Intensivbetreuungen können sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Pflegefachpersonen positiv oder negativ erlebt werden (Ashaye, Ikkos, 1997; Cardell, Pitula, 1999; Fletcher, 1999; Neilson, Brennan, 2001). Bei Patientinnen und Patienten können Wut, Entmutigung, Angst und Bedrängnis auftreten oder positive Gefühle wie Sicherheit, Zufriedenheit, Wohlbefinden, Respekt, Anerkennung und Hoffnung. Durchführende können psychiatrische Intensivbetreuungen positiv oder durch die dauernde Präsenz als stressig, frustrierend und mit sehr viel Verantwortung verbunden erleben (Ashaye, Ikkos, 1997; Hagen et al., 2017). Die Herangehensweise der Fachpersonen scheint einen Einfluss darauf zu haben, wie die psychiatrische Intensivbetreuung von den Patientinnen und Patienten erlebt wird (Cardell, Pitula, 1999). Freundlichkeit, Unterstützung und Support wurden von Patientinnen und Patienten sehr wohl wahrgenommen und als wirksam und hilfreich erlebt (Cardell, Pitula, 1999).

**Alle durchgeführten psychiatrischen Intensivbetreuungen sollten mit den Beteiligten nachbesprochen werden, damit intendierte und gewünschte Wirkungen bemerkt und mögliche unerwünschte Auswirkungen aufgefangen werden können. Gegebenenfalls sind die Angehörigen zur Nachbesprechung einzubeziehen.**

Auslöser, Verlauf, Ergebnis und Nachbesprechung einer psychiatrischen Intensivbetreuung sollten unter Berücksichtigung der Aspekte Handeln und Erleben sowohl aus Sicht der Patientinnen und Patienten wie auch aus der Sicht der Fachpersonen präzise dokumentiert werden.

Durchgeführte psychiatrische Intensivbetreuungen sollten ein regelmässiges Thema an Fallbesprechungen und Supervisionen sein.

## Anhang:

# Qualitätsindikatoren als Hilfestellung zur Umsetzung der Empfehlungen

## Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Intensivbetreuung

Im Folgenden stellen wir die Empfehlungen in der Systematik von Qualitätsindikatoren mit Aussagen zu Struktur, Prozess und Ergebnis dar. Auf dieser Grundlage können Institutionen prüfen, inwiefern ihre Qualitätsindikatoren den vorliegenden Empfehlungen entsprechen. Die vorliegenden Punkte erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

## Betriebliche und organisatorische Voraussetzungen

Struktur	Prozesse	Ergebnis
Voraussetzungen, die zur Erbringung von Behandlungsleistungen notwendig sind	Art und Umfang der Behandlungsleistung	Resultate der Behandlung mit Blick auf den Gesundheitszustand und die Patientenzufriedenheit
Die Klinik verfügt über ein interprofessionelles Behandlungskonzept zur Intensivbetreuung.	Das interprofessionelle Behandlungskonzept wird in der Klinik verbreitet und regelmässig durch eine benannte Gruppe von Mitarbeitenden überprüft und überarbeitet.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung des interprofessionellen Teams und die dafür erforderlichen Ressourcen sind definiert. Das Prozedere der Zusammenarbeit mit anderen Stellen (Polizei, Staatsanwaltschaft, Ambulanz, Notfallstationen, Somatik, Hausärztinnen und -ärzte, psychiatrische Dienste, KESB etc.) ist geklärt.</li><li>- Reflexionsmöglichkeiten (z.B. Super- oder Interventionen) für die Angehörigen des interprofessionellen Teams sind bereitgestellt.</li><li>- Fachpersonen sind zur Unterstützung nicht qualifizierter Mitarbeitender vorhanden.</li></ul>
Ausgehend von den Kennzahlen und dem Versorgungsauftrag der Klinik liegen in der Budgetplanung Mittel für die Intensivbetreuung bereit.	Die Planung und das Controlling erfolgen entsprechend den Budgetprozessen der Institution.	Intensivbetreuung kann bei Bedarf gewährleistet werden.
Eine geeignete Infrastruktur zur Gewährleistung der Intensivbetreuung ist vorhanden.		Die Umgebung entspricht dem erhöhten Sicherheits- und Schutzbedürfnis der Patientin oder des Patienten.

<b>Struktur</b>	<b>Prozesse</b>	<b>Ergebnis</b>
Voraussetzungen, die zur Erbringung von Behandlungsleistungen notwendig sind	Art und Umfang der Behandlungsleistung	Resultate der Behandlung mit Blick auf den Gesundheitszustand und die Patientenzufriedenheit
Ein Dokumentationssystem, das Indikationen, Verlauf und Evaluation der Intensivbetreuung erfasst, ist vorhanden.		Die Indikationen, der Verlauf und die Evaluation der Intensivbetreuungen sind erfasst. In der Klinik liegen Zahlen zu Häufigkeit, Umständen und Wirksamkeit vor.
Die Klinik verfügt über ein interprofessionelles Wissensmanagement zu Inhalten und Zielen der Intensivbetreuung.	Wiederkehrende Fortbildungen zur Thematik werden angeboten.	Personen, die Intensivbetreuungen durchführen, verfügen über das notwendige Fachwissen.
Die Klinik definiert die Entscheidungsverantwortung und die Handlungsspielräume sowohl bei freiwilligen wie auch bei freiheitseinschränkenden Intensivbetreuungen.		Die Verantwortlichkeiten und Delegationsanteile zwischen Medizin und Pflege sind sowohl bei freiwilligen als auch bei freiheitseinschränkenden Intensivbetreuungen auf der Stationsebene vereinbart.
Die Institution legt die verfügbaren Formen der Intensivbetreuung fest.	Die in der Klinik realisierbaren Intensivbetreuungsangebote werden definiert.	Die Station verfügt über verschiedene Ausprägungen von Intensivbetreuung, die auf einer therapeutischen Beziehung aufbauen.

## Klinische Handhabung

<b>Struktur</b>	<b>Prozesse</b>	<b>Ergebnis</b>
Die Klinik legt die Auswahl der gültigen Assessment- und Screeninginstrumente fest.	<p>Im Aufnahmegespräch und während der Behandlung schätzt das interprofessionelle Team folgende Risiken ein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- akute Suizidalität</li> <li>- akute Verwirrtheit</li> <li>- Angst</li> <li>- erhöhtes Gewalt- und Aggressionsrisiko</li> <li>- erhöhtes Weglaufrisiko</li> <li>- Spannungszustände</li> <li>- Reizüberflutung</li> </ul> <p>Das Team nutzt dazu geeignete und auf Station vorhandene Assessments (z.B. Suicidal Patient Observation Chart, SPOC, BVC etc.).</p>	Beim Eintritt und im weiteren Verlauf der Behandlung ist eine systematische Dokumentation zur individuellen Risikoeinschätzung erfolgt.

Struktur	Prozesse	Ergebnis
Die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation werden partizipativ umgesetzt.	<p>Im Falle festgestellter Risiken findet in angemessener Frist eine interprofessionelle Beurteilung statt.</p> <p>Bei festgestellten Risiken wird über Intensität und Dauer der Intensivbetreuung entschieden.</p> <p>Die Massnahme wird bei Veränderung der Risiken nach Bedarf verändert, intensiviert, gelockert oder aufgehoben.</p>	Eine Entscheidung zur Durchführung einer Intensivbetreuung ist getroffen.
Die für die Intensivbetreuung verantwortliche Fachperson verfügt über aktuelles Wissen zu Hoffnungsförderung, Einbezug von Patientinnen und Patienten in den Behandlungsprozess, Empowerment, Recovery-Konzepte, Krisenkommunikation u.a.	Die Intensivbetreuung wird als therapeutisch wirksames, beziehungsorientiertes und patientenorientiertes Angebot gestaltet.	<p>Die Station stellt bei Bedarf Personalressourcen zur Intensivbetreuung bereit und gewährleistet eine bedarfsgerechte, qualifizierte Betreuung.</p> <p>Durch die kompetente Intensivbetreuung werden die ethischen Grundprinzipien der Autonomie, Fürsorge und des Nichtschadens weitestgehend gewahrt.</p>
Das Dokumentationssystem bietet die Möglichkeit, die Wirksamkeit der Intensivbetreuung zu dokumentieren.	Die Pflegefachperson (oder die jeweilige Fachperson) dokumentiert und analysiert systematisch und zeitnah die Wirksamkeit der Interventionen. Sie verwendet dazu die zur Risikoeinschätzung genutzten Instrumente.	Die Dokumentation jeder durchgeführten Intensivbetreuung umfasst im Minimum die Begründung der Intervention, eine Verlaufsbeschreibung und die wichtigsten Inhalte der Nachbesprechung.
<p>Die ausführende Pflegefachperson ist zur Planung und Durchführung der Intensivbetreuung autorisiert.</p> <p>Die Wahl der Ausprägung (konstante Intensivbetreuung, periodische Kontaktaufnahme, indirekte Betreuung) erfolgt unter Berücksichtigung der therapeutischen Zielsetzung, der Präferenz der Patientin oder des Patienten sowie der verfügbaren Ressourcen.</p>		Die Umsetzung der geplanten Interventionen ist gewährleistet.
Die Klinik verfügt über ein Konzept der Nachsorge nach durchlebten Krisen.	<p>Ein Mitglied des Behandlungsteams führt die Nachbesprechung mit der Patientin oder dem Patienten durch.</p> <p>Im Rahmen dieses Gesprächs wird die Anpassung des Krisenplans geprüft.</p>	<p>Patientinnen und Patienten können ihr Erleben der Intensivbetreuung darlegen.</p> <p>Sie verstehen im Nachhinein die Situationsdynamik des jeweiligen Handelns in der Krisensituation.</p>

## Literatur

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T. (2006). Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry*; 6.
- Abderhalden, C., Grieser, M., Kozel, B. (2010). Wie kann der pflegerische Beitrag zur Einschätzung der Suizidalität systematisiert werden? *Psych Pflege Heute*; 11: 160–164.
- Addo, M. A., McKie, A., Kettles, A. M. (2010). Are nurses empowered to make decisions about levels of patient observation in mental health? *NursTimes*; 106: 26–28.
- Amering, M., Schmolke, M. (2012, 5. Aufl.). *Recovery: das Ende der Unheilbarkeit*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Ashaye, K., Ikkos, G. (1997). Study of effects of constant observation of psychiatric in-patients. *Psychiatric Bulletin* 21; 145–147.
- Barnicot, K., Insua-Summerhayes, B., Plummer, E., Hart, A., Barker, C., Priebe, S. (2017). Staff and patient experiences of decision-making about continuous observation in psychiatric hospitals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 4(52): 473–483.
- Bowers, L., Dack, C., Gul, N. et al. (2011). Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: an analysis of data from the National Patient Safety Agency. *Int J Nurs Stud*; 48: 1459–1465.
- Bowers L., Cullen AE., Achilla E., Baker J. et al. (2017). Seclusion and Psychiatric Intensive Care Evaluation Study (SPICES): combined qualitative and quantitative approaches to the uses and outcomes of coercive practices in mental health services. *Health Serv Deliv Res* 2017; 5(21).
- Bundesamt für Statistik BFS (2018). Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP). Systematisches Verzeichnis – Version 2019. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG, (1994, Stand 2015). Website. Zugriff: 20.04.2019: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/201501010000/832.10.pdf>.
- Cardell, R., Pitula, C.R. (1999). Suicidal inpatients' perceptions of therapeutic and nontherapeutic aspects of constant observation. *Psychiatric Services*; 50: 1066–1070.
- Chu, S. (2014). What do we know about special observations in the care of psychiatric inpatients? Ashworth Research Centre, Ashworth Hospital, Mersey Care NHS Trust. Website. Zugriff: 23.05.2018: <https://www.merseycare.nhs.uk/media/4267/simonfinallitrev.pdf>.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN); Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (Hrsg.) (2010). S2-Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten in der Psychiatrie und Psychotherapie. Website. Zugriff: 23.05.2019: [https://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s2-praxisleitlinien-bd2-aggressives-verhalten.pdf](https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s2-praxisleitlinien-bd2-aggressives-verhalten.pdf).
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN); Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (Hrsg.) (2015, 2. Aufl.). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Website. Zugriff: 18.03.2019: [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-NVL\\_depression-2aufl-vers4-lang.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-NVL_depression-2aufl-vers4-lang.pdf).
- Duffy, D. (1995). Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients. *J Adv Nurs*; 21: 944–950.
- Euler, S., Dammann, G., Endtner, K., Leihener, F., Perroud, N., Reisch, Th., Schmeck, K., Sollberger, D., Walter, M., Kramer, U. (2018). Störungsspezifische psychotherapeutische Interventionen als Behandlung der Wahl. *Borderline-Störung: Behandlungsempfehlungen der SGPP*. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother*; 169(05): 135–143.
- Fletcher, R.F. (1999). The process of constant observation: perspectives of staff and suicidal patients. *J. Psychiatric Ment Health Nurs*; 6(1): 9–14.
- Flynn, S., Nyathi, T., Tham, S. G., Williams, A., Windfuhr, K., Kapur, N., Appleby L., Shaw, J. (2017). Suicide by mental health in-patients under observation. *Psychol Med*, 47(13), 2238–2245.
- Hagen, J., Hjelmeland, H., Knizek, L. (2017). Relational Principles in the Care of Suicidal Inpatients: Experiences of Therapists and Mental Health Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*; 38(2): 99–106.

- Harbauer, G., Ring, M., Schuetz, Ch., Andreae, A., Haas, S. (2013).  
Suicidality Assessment with PRISM-S – Simple, Fast, and Visual. A Brief Nonverbal Method to Assess Suicidality in Adolescent and Adult Patients. *Crisis*; 34: 131–136.
- Hemkendreis, B., Löhr, M., Schulz, M., Nienaber, A. (2013).  
Ein erster Schritt in die richtige Richtung. *Psychiatrische Pflege*; 19: 93–96.
- Hohl, D., Rabenschlag, F. (2018).  
Psychiatrische Intensivbetreuung auf dem Weg zur Standardisierung. Literaturübersicht bezüglich Qualität und Wirksamkeit. *Psychiatrische Pflege*; 3: 29–33.
- Holyoake, D. D. (2013).  
I spy with my little eye something beginning with O: looking at what the myth of «doing the observations» means in mental health nursing culture. *Journal of psychiatric and mental health nursing*; 20(9): 840–850.
- Janofsky, J. S. (2009).  
Reducing inpatient suicide risk: using human factors analysis to improve observation practices. *J Am Acad Psychiatry Law*; 37(1): 15–24.
- Kettles, A. M., Moir, E., Woods, P. (2004).  
Is there a relationship between risk assessment and observation level? *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 11: 156–164.
- Lienhardt, A., Panfil, E.-M., Rabenschlag, F. (2018).  
Die Praxis der psychiatrischen Intensivbetreuung bei Erwachsenen in der Deutschschweiz – eine deskriptive Querschnittstudie. *Pflege*; 31(5): 255–265.
- Löhr, M., Schulz, M., Hemkendreis, B., Björkdahl, A., Nienaber, A. (2013).  
German translation of Suicidal Patient Observation Chart (SPOC) – an instrument for practice. *Pflege*; 26(6), 401–410.
- National Institute for Clinical Excellence NICE (2015).  
Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guideline NG10. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Neilson P., Brennan W. (2001).  
The use of special observations: an audit within a psychiatric unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 8: 147–155.
- Nienaber, A., Löhr, M., Hemkendreis, B., Schulz, M. (2013).  
Intensivbetreuungen: Empfehlenswert!? *Psychiatrische Pflege*; 19: 90–92.
- Nienaber, A., Schulz, M., Hemkendreis, B., Löhr, M. (2013a).  
Die intensive Überwachung von Patienten in der stationären psychiatrischen Akutversorgung. Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*; 40: 14–20.
- Nolan, F., Watson, C., Khoo, M. E. (2017, 3. Aufl.).  
Engagement and observation of people at risk. In: Chambers, M. (Hrsg.). *Psychiatric and mental health nursing – the craft of caring*. New York: Routledge.
- Ray, R., Perkins, E., Roberts, P., Fuller, L. (2016).  
The Impact of Nursing Protocols on Continuous Special Observation. *J American Psych Nurses Assoc*; 23: 19–27.
- Scheydt, St., Needham, I., Nielsen, G., Behrens, J. (2016).  
Der pflegerische Umgang mit Reizüberflutung in der Psychiatrie; Entwicklung eines theoretischen Bezugsrahmens. *Pflege*; 29: 227–233.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2015).  
Medizinisch-ethische Richtlinien. Zwangsmassnahmen in der Medizin. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch ZGB (2008).  
Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht. Website. Zugriff am 26.10.2018: [www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2011/725.pdf](http://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2011/725.pdf).
- Shugar, G., Rehaluk, R. (1990).  
Continuous observation for psychiatric inpatients: a critical evaluation. *Compr Psychiatry*; 31(1): 48–55.
- Sturny, I., Hell, D. (2007).  
Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In: Kocher, G., Oggier, W. (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2007–2009*. Bern: Hans Huber.
- Swiss DRG AG (2016).  
Psychiatrie, Tarpsy: Das Wichtigste in Kürze. Website. Zugriff: 26.10.2018: <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy/informationen>.
- World Health Organization (2013).  
A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health. Genf: World Health Organization.
- Zehnder, U., Rabenschlag, F., Panfil, E. M. (2014).  
Zwischen Kontrolle und Therapie: Eine evolutionäre Konzeptanalyse von Intensivbetreuung in der stationären Akutpsychiatrie. *Psychiatr Prax*; 42: 68–75.

## Hinweise zur Entstehung dieser Empfehlungen

Im Auftrag der Akademischen Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege des Vereins für Pflegewissenschaft und in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Pflegefachentwicklung Psychiatrie hat eine Arbeitsgruppe im April 2017 mit der Entwicklung von Empfehlungen zur psychiatrischen Intensivbetreuung begonnen.

## Verantwortliche Arbeitsgruppe

Organisation	Mandatierte Person
Akademische Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege AFG-PsyP	Dr. phil. Franziska Rabenschlag (Co-Leitung Arbeitsgruppe), Universitäre Psychiatriische Kliniken Basel  Andreas Heuer, MScN., Berner Fachhochschule Gesundheit  Sven Hoffmann, MScN., Psychiatrie Baselland Liestal  Peter Ullmann, MScN., Psychiatriische Klinik Zugersee  Andrea Lienhardt Wick, MScN., Pro Senectute Haus Frutigen  Ursina Zehnder, MScN., Psychiatriische Universitätsklinik Zürich  Susan Fischer, MScN., Privatklinik Wyss
Netzwerk Pflegefachentwicklung Psychiatrie npfp	Martin Schmid, MSc HE (Co-Leitung Arbeitsgruppe), Clenia, Oetwil am See
Vertretung Medizin und Tessin/Romandie	Dr. med. Thomas Emmenegger, Clinica Psichiatrica Cantonale, Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale, Mendrisio

## Vernehmlassungen

Von Juni bis September 2018 wurde die erste Fassung (deutsch und französisch) in Vernehmlassung an Fachgesellschaften, Organisationen und interessierte Personen gegeben und daraufhin überarbeitet. Die zweite Fassung wurde im Dezember 2018 Schlüsselpersonen zugestellt, deren Stellungnahmen in die Endfassung eingeflossen sind.

Erste Vernehmlassung: arip (association romande institutions psychiatriques), BBV (Verein Berufsbildungsverantwortliche Psychiatrie), Clienia Schössli AG, Forschungsgruppe D (Prof. Dr. rer. medic. André Nienaber, Prof. Dr. rer. medic. Michael Löhr, Prof. Dr. rer. medic. Michael Schulz, Bruno Hemkendreis), Luzerner Psychiatrie St. Urban, NAGS (Aggressionsmanagement), Public Health Schweiz, Fachgruppe Mental Health, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Psychiatrische Dienste Graubünden, Psychiatrische Dienste Thurgau, SAMW (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff, Prof. Dr. iur. Regina E. Aebi-Müller, Bianca Schaffert-Witvliet, MScN.), SBK-ASI (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner), SVPC (Schweiz. Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte), SNL (Swiss Nurse Leaders), SMHC (Swiss Mental Health Care), SGPP (Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie), VFP (Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft), VASK (Verein Angehöriger psychisch Erkrankter), Verein EX-IN Bern (experienced involvement), VPPS (Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz), Peer+ (Fachverband der Expertinnen und Experten durch Erfahrung in psychischer Erschütterung und Genesung).

Schlüsselpersonen der zweiten Vernehmlassung: Andy Schmidt, Dr. rer. medic. Susanne Schoppmann, Regula Lüthi, Andrew Bay (UPK Basel), Miro Barp (pdag), Peter Wolfensberger, MScN. (AFG-PsyP), Dr. med. Markus Baumgartner, Rolf Bitterlin (Clienia Schössli AG).

## Genehmigung der finalen Fassung

Durch das Präsidium der AFG-PsyP am 12. Februar 2019.

