



**Planungshilfe  
deeskalierende psychiatrische  
Akutstationen**

*Stand Juni 2021*



**Niedersachsen. Klar.**

Autorinnen/Autoren:

Prof. (apl) Dr. med. Anke Bramesfeld,  
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Dipl.-Ing. (FH) Architektin Friederike Dinter,  
Niedersächsisches Landesamt für Bau und Liegenschaften

Dipl.-Ing. Architektin Elisabeth Meyer-Pfeffermann, Baudirektorin,  
Niedersächsisches Landesamt für Bau und Liegenschaften

Dipl.-Ing. Architekt Guido von den Benken,  
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Bildnachweise:

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik DR FONTHEIM, Liebenburg (S. 8),  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Lüneburg, lad+ landschaftsarchitektur diekmann (S. 17),  
Konzept Intensivstation, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Ganderkesee,  
Freudenfeld + Krausen + Will Architekten (S. 20), Kinder- und Jugendpsychiatrie, Nordhorn,  
Innenarchitekten: bkp (S. 22), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Lüneburg,  
tönies + schroeter + jansen freie architekten (S. 25), iStock, Tetiana Lazunova (Titelseite)

# Vorwort

## Sehr geehrte Damen und Herren,

schon der Schweizer Architekt und einstige Professor an der TU in Wien, Justus Dahinden, machte in der Nachkriegszeit auf den Zusammenhang zwischen Architektur und der Gesundheit des Menschen aufmerksam. „Das zentrale Problem der Architektur ist der Raum, der den Menschen an Leib und Seele gesund erhält. Architektur versteht sich als Dienstleistung für den Menschen.“

Dass das bauliche Umfeld den Heilungsprozess von Patientinnen und Patienten beeinflussen kann, davon sind auch die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler an der TU Berlin überzeugt. Im Rahmen des Forschungsschwerpunkts Healing Architecture (heilende Architektur) untersuchen sie seit einigen Jahren, ob und wann entsprechende bauliche Konzepte helfen, die Erholungs- bzw. Gesundungsrate zu steigern. Bisher existieren weltweit rund tausend Studien, die belegen können, dass die Patientinnen und Patienten, deren Therapie in einer angenehmen Umgebung erfolgt, weniger Medikamente benötigen, weil sie weniger Stress erleben.

Eine angenehm friedliche Atmosphäre, in der sich alle Beteiligten wohlfühlen, ist also überaus wichtig für den Behandlungserfolg in Krankenhäusern. Dies gilt in besonderem Maße für psychiatrische Kliniken. Der Schlüssel zum Erfolg liegt dabei in einer erfolgreichen Vermeidung von Gewalt und Aggression, insbesondere auf den Akutstationen, weil dort häufiger Personen in einem agitierten Zustand anzutreffen sind.

Bei vielen Maßnahmen, die in psychiatrischen Krankenhäusern wegen ihrer deeskalierenden Wirkungsweise angewendet werden, wird nach den Erfahrungen der Fachaufsicht das Potenzial baulich-architektonischer Elemente, zu einer deeskalierenden und damit beruhigenden Atmosphäre beizutragen, oftmals unterschätzt und daher nicht voll ausgeschöpft.

Baulich-architektonische Veränderungen auf psychiatrischen Akutstationen, sei es durch Neu-, Um- oder Erweiterungsbaumaßnahmen, bieten immer auch eine Gelegenheit, die Atmosphäre, das Milieu und damit die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie des Personals zu verbessern. Mängel bei der Planung wachsen sich nicht selten zu architektonischen und baulichen Fehlern aus, die das Leben und Arbeiten auf den betreffenden Stationen über Jahrzehnte nachteilig prägen.

Diese Planungshilfe soll dabei unterstützen, vermeidbare Fehler erst gar nicht entstehen zu lassen. Sie enthält viele aus Beispielen guter Praxis entwickelte Empfehlungen, psychiatrische Akutstationen so zu gestalten, dass das baulich-architektonische Potenzial für eine deeskalierende Atmosphäre bestmöglich genutzt werden kann. Im Ergebnis profitieren davon nicht nur die betreffenden Patientinnen und Patienten, deren Angehörige, Bekannte, Freunde oder das behandelnde Team, sondern auch die Gesellschaft insgesamt und damit wir alle!

Ihre



Daniela Behrens, Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung



# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Hintergrund</b>	<b>8</b>
2.1	Sinn und Zweck psychiatrischer Akutstationen	8
2.2	Deeskalierende Architektur	9
2.3	Ziel der Planungshilfe	10
<b>3</b>	<b>Methodik</b>	<b>11</b>
3.1	Literaturrecherche	11
3.2	Beispiele guter Praxis	12
3.3	Empfehlungen der Expertinnen und Experten des Landesfachbeirates Psychiatrie	12
3.4	Überprüfung der Plausibilität	14
3.5	Zielgruppen	14
<b>4</b>	<b>Empfehlungen</b>	<b>16</b>
4.1	Kapazität	16
4.2	Außen- und Innenbezüge	17
4.2.1	Gebäude	17
4.2.2	Lage der Akutstation innerhalb der Klinik	18
4.2.3	Geschützte Außenanlagen	18
4.3	Räumlichkeiten	19
4.3.1	Raumkonzepte	19
4.3.2	Anordnung der Räume und Verkehrswege zueinander	20
4.3.3	Kommunikationsflächen	21
4.3.4	Stützpunkt/zentraler Dienstplatz	22
4.3.5	Zimmer der Patientinnen und Patienten	23
4.3.6	Akut- und Isolierräume	23
4.3.7	Raucherrefugien	24
4.4	Ausbau	25
4.4.1	Fenster und Türen	25
4.4.2	Beleuchtung	26
4.4.3	Oberflächengestaltung	26
4.4.4	Raumakustik	27
4.4.5	Raumklima	27
4.4.6	Technische Sicherheit und Suizidprophylaxe	27
<b>5</b>	<b>Fazit</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>Glossar und Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>Literatur</b>	<b>33</b>
<b>8</b>	<b>Danksagung</b>	<b>37</b>



# 1 Einleitung

Die architektonisch-bauliche Gestaltung von psychiatrischen Stationen hat einen Einfluss auf das therapeutische Milieu und die Häufigkeit von aggressiven Zwischenfällen, Fixierungen und Isolierungen [1–7]. Jede Planung von Neu-, Um- und Erweiterungsbauten psychiatrischer Stationen bietet eine Chance für Veränderungen und Verbesserungen der architektonisch-baulichen Bedingungen hinsichtlich ihres deeskalierenden Potentials. Dabei werden mit diesen architektonisch-baulichen Maßnahmen immer mehrere Elemente einer deeskalierenden Architektur adressiert: Raumaufteilung und maßvolle Raumbezüge, mehr Tageslicht, größere Übersicht, werthaltige Möbel, wohnlichere Ausstattung, etc. Die beschriebenen Effekte sind demnach das Ergebnis von Interventionen auf mehreren Ebenen. In der Summe deuten die Studien darauf hin, dass Gebäude der psychiatrischen Versorgung, die die Wechselwirkungen zwischen den Patientinnen und Patienten und ihrer baulichen Umgebung berücksichtigen, aggressives Verhalten verringern und dadurch die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeitenden verbessern können. Dabei kann schon das Renovieren von nur einem Raumtyp, z. B. die Neugestaltung der bislang sterilen Ruheräume, zu einer Verringerung von Aggression auf einer Station führen [8].

Für die Verbesserung des Klimas auf Akutstationen lohnt es sich also, gezielt architektonisch-bauliche Veränderungen anzugehen. Hier können auch geringfügige Maßnahmen große Wirkung entfalten, es bedarf nicht immer einer Komplettsanierung.



## 2 Hintergrund

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik DR FONTHEIM, Liebenburg

### 2.1 Sinn und Zweck psychiatrischer Akutstationen

Psychiatrische Akutstationen nehmen schwer und akut psychisch erkrankte Menschen kurzfristig für eine Notfall- und intensiv-psychiatrische Versorgung auf. Akutstationen gibt es sowohl in der alltagspsychiatrischen Versorgung, einschließlich der Suchtmedizin und der Gerontopsychiatrie, als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der forensischen Psychiatrie.

Die Aufnahme auf einer Akutstation der Allgemeinpsychiatrie oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann sowohl auf freiwilliger Basis erfolgen, als auch im Rahmen einer gerichtlich angeordneten Unterbringung nach § 1906 BGB (bei Erwachsenen) und § 1631b BGB (bei Kindern) oder nach den Psychiatriegesetzen der Länder. Grundbedingung für eine gerichtlich angeordnete Unterbringung ist die unmittelbar bestehende Eigen- oder Fremdgefährdung.

Sinn und Zweck der Aufnahme auf einer Akutstation ist es, Menschen, die durch eine psychische Erkrankung akut schwer verunsichert und beeinträchtigt sind oder bei denen Eigen- oder Fremdgefährdung besteht, Sicherheit und Schutz, Orientierung, Deeskalation sowie medizinische und intensivpsychiatrische

Behandlung zu bieten und damit einen Genesungsprozess einzuleiten. Ziel ist es, die Patientinnen und Patienten so zu stabilisieren, dass sie bald von der Akutstation entlassen werden können und – je nach therapeutischem Konzept – andere stationäre psychiatrische Hilfen, teilstationäre oder ambulante psychiatrische Versorgung in Anspruch nehmen können. Die Dauer eines Aufenthaltes auf einer Akutstation der Allgemeinpsychiatrie oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann je nach Fall und therapeutischem Konzept wenige Stunden bis mehrere Monate betragen. Akutstationen der Allgemeinpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie können sowohl offen als auch geschützt, d. h. mit zeitweise oder dauerhaft geschlossenen Eingangstüren geführt werden.

Die Aufnahme auf einer Akutstation des Maßregelvollzugs erfolgt ausschließlich auf richterliche Anordnung, meist nach §§ 63 und 64 Strafgesetzbuch (StGB) oder im Rahmen einer Untersuchung von psychisch kranken Rechtsbrechern und Rechtsbrecherinnen nach § 126a Strafprozessordnung (StPO). Grundlage ist regelmäßig der Nachweis des Begehens einer schwerwiegenden Straftat in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung und/oder Suchterkrankung.



Die Aufnahme auf eine Akutstation der forensischen Psychiatrie verfolgt zum einen die gleichen Ziele wie die Aufnahme auf einer allgemeinpsychiatrischen Akutstation, nämlich die Deeskalation und das Einleiten einer intensivpsychiatrischen Behandlung. Zum anderen aber ist das Verhindern von (weiteren) Straftaten ein vorrangiges Ziel der Aufnahme. Die Dauer des Aufenthaltes auf einer Akutstation der forensischen Psychiatrie kann je nach Fall und therapeutischem Konzept einige Wochen bis mehrere Jahre betragen. Akutstationen der forensischen Psychiatrie werden geschlossen geführt.

Allen Akutstationen, ob offen oder geschlossen geführt, ist gemeinsam, dass sie aufgrund der starken Verunsicherung und häufigen Agitiertheit, die akut und schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten erleben, einen spezifischen Bedarf nach einem deeskalierenden therapeutischen Milieu haben. Gleichzeitig stellt das Herstellen dieses deeskalierenden therapeutischen Milieus eine besondere Herausforderung für die Therapiekonzepte und für die die Konzepte umsetzenden pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Mitarbeitenden dar. Günstige architektonisch-bauliche Bedingungen können hier unterstützen, auf jeden Fall aber formen die architektonisch-baulichen Bedingungen, wie z. B. das Vorhandensein eines an die Akutstation angrenzenden Außengeländes, die Therapiekonzepte.

## 2.2 Deeskalierende Architektur

Professionelle Deeskalation beginnt nicht erst beim akuten Geschehen einer Eskalation. Sie setzt weit früher ein. So unterscheiden Wesuls, Heinzmann und Brinker (s. ProDeMa Deeskalationsmanagement <https://prodema-online.de/deeskalation/deeskalationskonzept> [9], sechs aufeinanderfolgende Stufen zum professionellen Deeskalationsmanagement in der Arbeit mit kranken und behinderten Menschen, in der Sozial- und Erziehungsarbeit sowie der Arbeit im Justizvollzug:

### Deeskalationsstufe I

Verhinderung bzw. Verminderung aggressionsauslösender Reize

### Deeskalationsstufe II

Wahrnehmung, Interpretation und Bewertung von erregten Verhaltensweisen und deren Folgen

### Deeskalationsstufe III

Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen

### Deeskalationsstufe IV

Verbale Deeskalation in eskalierenden Situationen

### Deeskalationsstufe V

Sicherheitshinweise und Abwehrtechniken bei persönlichen Angriffen

### Deeskalationsstufe VI

Verletzungsfreie Begleit- und Haltetechniken, Vier-Stufen-Immobilisationskonzept zur Verhinderung von Fixierungen

Diese Deeskalationsstufen bauen aufeinander auf und bilden die verschiedenen Stadien einer Eskalation ab. Baulich-architektonische Maßnahmen im Sinne dieser Planungshilfe sollen bei Stufe I ansetzen, da sie auf Vermeidung und Reduzierung aggressionsauslösender Reize abzielen. Sie sind aber nur ein Baustein im Schaffen eines deeskalierenden therapeutischen Milieus. Sie bilden den Hintergrund, vor dem ein deeskalierendes therapeutisches Milieu aufgebaut werden kann.

Architektonisch-bauliche Bedingungen von Akutstationen, die deeskalierend wirken sollen, haben das vorrangige Ziel Angst zu reduzieren. Dies betrifft sowohl das Reduzieren von Angst bei Patientinnen und Patienten als auch bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, denn akute psychische Erkrankungen sind häufig mit viel Angst verbunden: Im Rahmen von psychotischen Wahrnehmungen können sich die betroffenen Menschen bedroht und verfolgt fühlen. Kognitive Einschränkungen bei demenziellen Erkrankungen oder Delirien führen zu Desorientierung. Depressive Menschen fühlen sich in einer ausweglosen Situation gefangen. Zusätzlich zu diesen Ängsten, die durch die Symptome einer psychischen Krankheit ausgelöst werden, kommen Ängste, die durch die ungewohnte und fremde Atmosphäre einer psychiatrischen Akutstation und durch die Einschränkung der Selbstbestimmung während eines Aufenthaltes verursacht werden. Ebenso kann das Verhalten von durch Wahn beeinträchtigten Patientinnen und Patienten sowohl bei anderen Patientinnen und Patienten als auch beim Personal Angst erzeugen.

In dieser schwierigen Situation tragen folgende drei Prinzipien der architektonisch-baulichen Gestaltung zu einer Reduktion der Angst bei:

#### 1. Sicherheit und Geborgenheit

Reduktion von Angst wird unter anderem durch eine Architektur erreicht, der es gelingt, ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln. Hierzu ist unter anderem die Stationsgröße relevant, d.h., für wie viele Patientinnen und Patienten diese Station ausgelegt ist und wie viel Platz der einzelnen Patientin oder dem einzelnen Patienten zur Verfügung steht. Dies zeigt sich unter anderem in der Größe der Zimmer von Patientinnen und Patienten,

dem Vorhandensein von Rückzugsräumen sowie der Größe und Gestaltung von Kommunikations- und Aktivitätsflächen. Für die Wahrnehmung einer Akutstation als sicher und geborgen, spielen alle Sinne eine Rolle: Licht, Schall, Raumtemperatur, Geruch und das Raumklima. Schließlich ist für den Eindruck von Sicherheit und Geborgenheit wichtig, in wie weit eine Station psychosoziale Aspekte berücksichtigt, wie z. B. die Kommunikationsflächen gestaltet sind und die optische Ausstrahlung insgesamt: Wirkt die Station steril oder wohnlich, dunkel oder hell und freundlich.

## 2. Orientierung

Reduktion von Angst wird durch eine Architektur erreicht, die eine schnelle und gute Orientierung auf der Station ermöglicht. Hierfür ist die Anordnung und Lage der Räumlichkeiten (Kubatur) relevant, sowohl der Patientinnen- und Patienten-, als auch der Funktionszimmer. Ferner erleichtern die Orientierung die Helligkeit einer Station, ihre Außen- und Innenbezüge, etwa durch die Anordnung und Größe von Fenstern und Terrassentüren/Hoftüren, der Zugang zu Außenflächen, ein Blick in die Weite der Natur durch die Fenster und Tageslicht.

## 3. „Keine Gelegenheit bieten“

Reduktion von Angst wird durch eine Architektur erreicht, die keine Gelegenheit bietet für unbemerkte Gewalt. Dies betrifft sowohl die Ausstattung der Station unter suizidpräventiven Gesichtspunkten (suizidsichere Haken, Duschstangen u.a.), als auch das Vermeiden von „dunklen Ecken“, die schlecht einsehbar sind.

### 2.3 Ziel der Planungshilfe

Die Neugestaltung einer psychiatrischen Akutstation ist immer auch eine Chance, die Atmosphäre und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeitenden zu verbessern. Dies ist insbesondere bei geschlossenen Akutstationen der Fall. Immer wieder werden beim Neubau und der Renovierung von Akutstationen architektonisch-bauliche Möglichkeiten nicht genutzt, die für eine deeskalierende und sichere Atmosphäre auf dieser Station wichtig gewesen wären. Bedarfsplanerische Mängel werden zu architektonischen und baulichen Fehlern, die bei der Neugestaltung einer psychiatrischen Akutstation gemacht oder vermieden werden können. Diese prägen das Leben und Arbeiten in einer psychiatrischen Klinik für Jahrzehnte.

Diese Planungshilfe gibt Empfehlungen, psychiatrische Akutstationen so zu gestalten, dass das architektonisch-bauliche Potenzial für eine deeskalierende Atmosphäre bestmöglich genutzt werden kann. Sie kann hilfreich sein, um Fehler zu vermeiden und aus den Beispielen guter Praxis zu lernen.

Die aufgenommenen Empfehlungen dieser Planungshilfe basieren auf dem gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse (des Jahres 2019/2020) zur deeskalierenden Wirkung von architektonisch-baulichen Maßnahmen. Ergänzt wird dieser Erkenntnisstand durch die Erfahrungen, die aus den Betriebsorganisationskonzepten (BOK) niedersächsischer Investitionsförderbaumaßnahmen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) für den Bau psychiatrischer Kliniken gewonnen werden konnten. Auf dieser Basis wurden rund 100 Empfehlungen generiert. In mehreren Diskussionsrunden wurden diese Empfehlungen mit Nutzern psychiatrischer Akutstationen diskutiert, angepasst und ergänzt (siehe Abbildung Seite 15). An diesen Diskussionsrunden nahmen sowohl Vertreterinnen und Vertreter von Patientinnen und Patienten, von Angehörigen sowie Vertreterinnen und Vertreter des Pflegepersonals und ärztlich-therapeutischen Personals teil. Die gewonnenen Erkenntnisse zur Deeskalation wurden in einer Technischen Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Krankenhausplanungsreferats und des Psychiatriereferats des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) sowie des Referats Krankenhausbau – Beratungs- und Prüfstelle des Niedersächsischen Landesamtes für Bau und Liegenschaften (NLBL) überprüft.

Die auf diese Art und Weise entwickelten Empfehlungen sind immer „Kann-Empfehlungen“. Inwieweit die Empfehlungen sinnvoll umgesetzt werden können, hängt von bestehenden Rahmenbedingungen wie vorhandenen Gebäuden, therapeutischen Konzepten, konkurrierenden Anforderungen und auch – aber nicht immer – von finanziellen Möglichkeiten ab. Die Empfehlungen beziehen sich ausschließlich auf den Aspekt Deeskalation, d.h. Empfehlungen zum Brandschutz, zur Sicherheit, zur Hygiene oder zur Baueffizienz. Gesetzliche Vorgaben wie Barrierefreiheit sind, soweit sie die Deeskalation nicht betreffen, in dieser Planungshilfe nicht berücksichtigt und bleiben unberührt. Die einschlägigen Bau- und Arbeitsschutzvorschriften sind einzuhalten.

## 3 Methodik

Der Prozess der Erstellung dieser Planungshilfe wurde von einer Technischen Arbeitsgruppe im MS begleitet und strukturiert. Diese Arbeitsgruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Referates für Krankenhausplanung sowie des Referates Psychiatrie im MS und des Referates Krankenhausbau im NLBL, traf sich ab Frühjahr 2019. Diese Arbeitsgruppe strukturierte die Thematik in Unterthemen vor, begleitete den Prozess der Generierung von Empfehlungen und überprüfte abschließend die Empfehlungen auf ihre Umsetzbarkeit.

Die Empfehlungen für die architektonisch-bauliche Gestaltung von psychiatrischen Akutstationen wurden mit folgenden vier Methoden generiert:

1. Erhebung des gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstands zur deeskalierenden Wirkung von architektonisch-baulichen Maßnahmen mittels einer systematischen Literaturrecherche.
2. Identifizieren von Beispielen guter Praxis (GP) durch Recherche in Betriebsorganisations-Konzepten (BOK) niedersächsischer Investitionsförderungen für psychiatrische Kliniken.
3. Moderierte Diskussion von Expertinnen und Experten. Teilnehmende waren Nutzerinnen und Nutzer psychiatrischer Akutstationen, die ihre Expertise aus folgenden Perspektiven einbrachten: Patientinnen und Patienten, Angehörige, Pflegepersonal und ärztlich-therapeutisches Personal.
4. Überprüfung der Plausibilität der Empfehlungen durch die Technische Arbeitsgruppe.

### 3.1 Literaturrecherche

Die Recherche des gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstands aus der Literatur wurde im Winter 2019/2020 durch das aQua-Institut, Göttingen durchgeführt. Das aQua-Institut wählte folgende Vorgehensweise:

- a. Systematische Literaturrecherche in den Literaturdatenbanken Embase und Medline (beide via Embase) sowie PsycInfo und CINAHL (beide via EBSCOhost).
- b. Recherche von Leitlinien über das Leitlinienportal der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sowie über die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).
- c. Ergänzende Recherche (Handrecherche) via Google sowie Google Scholar mithilfe von zuvor definierten Suchbegriffen. Zusätzlich erfolgte eine Durchsicht der Bibliografien zentraler Publikationen nach dem Schneeballprinzip.

Einschlusskriterien waren Veröffentlichungen in deutscher oder englischer Sprache aus den Publikationsjahren 2000 bis 2019:

- a. Die systematische Literaturrecherche ergab insgesamt 2515 Treffer. Nach Ausschluss von 225 Dubletten und einem Abstractscreening wurden 164 Publikationen in das Volltextscreening übernommen. Final für die Ergebnisse verblieben 56 Publikationen.

b. Die Recherche der Leitlinien erbrachte folgende vier relevante Ergebnisse: S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen [10], S3-Leitlinie Demenzen [11], NICE guideline [12], Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings [13]. Clinical Practice Guidelines. Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments.

c. Die ergänzende Recherche (Handrecherche) erbrachte weitere 26 Publikationen.

Die mit dieser Methodik extrahierten Empfehlungen für eine deeskalierende architektonisch-bauliche Gestaltung von Akutstationen wurden durch das aQua-Institut hinsichtlich ihrer Evidenzgrade bewertet. Die Evidenzgrade sind unter Berücksichtigung, dass die Evidenz für die Effekte von architektonisch-baulichen Maßnahmen nur selten auf randomisierten Studien gewonnen werden kann, wie in der Tabelle dargestellt definiert.

### 3.2 Beispiele guter Praxis

Als Beispiele guter Praxis werden Erfahrungen aus BOK einer vom Land geförderten KHG-Baumaßnahme bezeichnet. Zuständiges Fachministerium für die Krankenhausfinanzierung nach dem KHG ist das MS. Diese Baumaßnahmen wurden im NLBL im Zeitraum von 2011 bis 2020 baufachlich beraten. Die Konzepte spiegeln den Stand der architektonisch-baulichen und technischen Anforderungen der Krankenhausträger an die psychiatrischen Akutstationen wider. Bei den Fördermaßnahmen handelt es sich um umgesetzte Bauvorhaben (Best Practice) und um in Planung bzw. im Bau befindliche Projekte (Next Practice).

Folgende Betriebsorganisationskonzepte (BOK) bereits geförderter oder beantragter niedersächsischer Bauvorhaben wurden berücksichtigt:

#### **Akutstationen für Erwachsene/Gerontopsychiatrie**

- Klinikum Warendorff, Sehnde, BOK aus Förderantrag 2015
- Klinikum Warendorff, Celle, BOK aus Förderantrag 2012
- Karl-Jaspers-Klinik, Bad Zwischenahn, BOK aus Förderantrag 2017
- Psychiatrische Klinik Lüneburg, BOK aus Förderantrag 2020
- Klinik Dr. Fontheim, Liebenburg, BOK aus Förderantrag 2009
- AMEOS Klinikum, Osnabrück, BOK aus Förderantrag 2016
- EUREGIO-KLINIK Albert-Schweitzer-Str., Nordhorn, BOK aus Förderantrag 2020
- Burghof-Klinik, Rinteln, BOKs aus Förderantrag 2014 und 2020

#### **Akutstation für Kinder- und Jugendliche**

- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Wichernstift, Ganderkesee, BOK aus Förderantrag 2018
- KRH Psychiatrie Wunstorf, BOK aus Förderantrag 2016
- Kinderhospital Osnabrück am Schölerberg, BOK aus Förderantrag 2012
- EUREGIO-KLINIK Albert-Schweitzer-Str., Nordhorn, BOK aus Förderantrag 2016

#### **Akutstation für psychisch kranke Straftäterinnen und Straftäter in der Erwachsenen- und Jugendforensik**

- Karl-Jaspers-Klinik, Bad Zwischenahn, Jugendforensik, BOK aus Förderantrag 2011
- AWO Psychiatriezentrum Königslutter, BOK aus Förderantrag 2014
- Psychiatrische Klinik Lüneburg, BOK aus Förderantrag 2016
- AMEOS Klinikum Hildesheim, BOK aus Förderantrag 2016
- KRH Psychiatrie Wunstorf, BOK aus Förderantrag 2018

### 3.3 Empfehlungen der Expertinnen und Experten des Landesfachbeirates Psychiatrie

Mit den Ergebnissen der Evidenzrecherche und der BOK erstellte die Technische Arbeitsgruppe im MS ein Dokument mit 104 Empfehlungen zu der architektonisch-baulichen Gestaltung von psychiatrischen Akutstationen. Im Vorhinein hatte die Technische Arbeitsgruppe Domänen festgelegt: Kapazität, Außen- und Innenbezüge/ Kubatur, Räumlichkeiten, Ausbau, Suizidprävention. Diesen Domänen wurden die Empfehlungen zugeordnet.

Das so entstandene Dokument wurde dann einer Gruppe von Expertinnen und Experten zur Diskussion vorgelegt. Diese Expertinnen und Experten wurden durch den Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN) zusammengestellt. Es handelte sich hierbei um 11 Personen mit praktischer Erfahrung in der Nutzung von psychiatrischen Akutstationen. Dazu gehörten drei Psychiaterinnen im Sinne von Patientinnen/Patienten und/oder Angehörige, drei Vertreterinnen und Vertreter der Pflege aus den Bereichen Allgemeinpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Maßregelvollzug, vier Ärztinnen und Ärzte aus der Allgemeinpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie ein Psychologe aus dem Maßregelvollzug. Die Gruppe wurde zur ersten Sitzung abschließend zusammengestellt, d.h. es konnten keine weiteren oder anderen Expertinnen und Experten in der zweiten Sitzung dazu kommen. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um nicht die in einer Sitzung abgehandelten Aspekte in der nächsten Sitzung von neuem diskutieren zu müssen.

Die Technische Arbeitsgruppe moderierte die Diskussion. Sie wurde repräsentiert durch jeweils eine Vertreterin des Referates Kranken-

hausbau des NLBL und des Referates Psychiatrie im MS. Zwei Protokollantinnen hielten die Ergebnisse der Sitzungen fest.

Die Gruppe der Expertinnen und Experten traf sich in zwei Präsenzterminen im September 2020. Zur Vorbereitung wurde den Mitgliedern zwei Wochen vor dem ersten Treffen das Dokument mit den 104 architektonisch-baulichen Empfehlungen zugesandt. Den Mitgliedern der Gruppe der Expertinnen und Experten stand es frei, die Empfehlungen mit anderen Expertinnen und Experten, die nicht in der Gruppe vertreten waren, zu diskutieren und sich Anregungen über den eigenen Horizont hinaus zu holen. Dies nutzten insbesondere die Vertreterinnen der Patientinnen und Patienten und die Angehörigen.

Während der Treffen der Gruppe der Expertinnen und Experten wurden sämtliche Empfehlungen nacheinander diskutiert. Die Expertinnen und Experten machten Änderungs- und Ergänzungsvorschläge und lieferten Begründungen für oder gegen bestimmte Empfehlungen. Sie gingen dabei konsensual vor, d.h. Empfehlungen, bei denen kein Konsens gefunden werden konnte, fanden keinen Eingang in die Planungshilfe.

Die Diskussion der Gruppe der Expertinnen und Experten orientierte sich zwar systematisch an den Empfehlungen, verlief aber nicht immer stringent. Nicht selten wurden bei der Diskussion von architektonisch-baulichen Merkmalen, wie z. B. den geschützten

Außenanlagen, auch andere Merkmale diskutiert, wie z. B. die Raucherrefugien oder die Frage nach der Kapazität von Stationen. Die Moderation unterbrach diesen Diskussionsverlauf nicht. Das Doppeln von bestimmten Themen und Argumenten aufgrund dieser nicht-stringenten Diskussionsweise wurde eher als Bestätigung der Relevanz dieser Merkmale verstanden. Es entstand – wie bei Fokusgruppen Diskussionen – eine „Sättigung“ von bestimmten Themen und dadurch die Sicherheit, dass als besonders akut angesehene Aspekte nicht vergessen wurden.

Zu den Diskussionsrunden wurden Ergebnisprotokolle angefertigt. Die darin festgehaltenen Änderungen und Ergänzungen wurden in das Planungshilfedokument eingearbeitet. Bei der letztendlichen Erstellung des Planungshilfedokumentes werden alle Empfehlungen mit ihrer Quelle und dementsprechender Evidenz dargestellt, d.h. Empfehlungen, die auf der Literaturrecherche basieren, sind mit ihrem Evidenzgrad angegeben (siehe Tabelle). Empfehlungen, die auf den BOK basieren, sind mit GP (good practice) gekennzeichnet. Empfehlungen, die ausschließlich auf Anregungen der Expertinnen und Experten des LFBPN basieren sind mit E&E (Expertinnen und Experten) gekennzeichnet. Grundsätzlich aber sind alle in der Planungshilfe enthaltenen Empfehlungen von der Gruppe der Expertinnen und Experten bestätigt worden.

Das so entstandene Ergebnis wurde im Februar 2021 der Gruppe der Expertinnen und Experten erneut zugesandt und um schrift-

Evidenzebene	Erläuterung	Evidenzgüte
I	Sehr hohe Evidenz	Systematischer Review, Metaanalyse oder RCT
II	Hohe Evidenz	Nicht-randomisierte, kontrollierte Studien
III	Mittlere Evidenz	Querschnittsstudien, Kohortenstudien, qualitative Studien
IV	Niedrige Evidenz	Veröffentlichte Expertinnen- und Expertenempfehlungen ohne zugrunde liegende Studien
LL	Empfehlung aus Leitlinien	Ausschließlich Leitlinien auf S3 Niveau wurden berücksichtigt
GP	Good Practice	Empfehlungen, die auf den Erfahrungen aus den BOK der in den letzten Jahren in Niedersachsen gebauten oder geplanten psychiatrischen Kliniken beruhen
E&E	Expertinnen und Experten des LFBPN	Empfehlungen, die ausschließlich auf dem Konsens der vom LFBPN beauftragten Expertinnen und Experten beruhen

liche Rückmeldung gebeten bzw. erneut in einer Audiokonferenz verifiziert, dass alle Änderungs- und Ergänzungsvorschläge sinnvoll berücksichtigt wurden.

Es sei darauf hingewiesen, dass Empfehlungen, die ausschließlich auf dem Konsens der Gruppe der Expertinnen und Experten (E&E) basieren, im Evidenzschema der Stufe IV entsprechen. Anders als in der Literatur sind dies aber keine Empfehlungen, die auf der Meinung weniger Autorinnen oder Autoren beruhen. Vielmehr sind die Empfehlungen der Gruppe der Expertinnen und Experten das Ergebnis eines strukturierten konsensualen Prozesses unter Berücksichtigung der verschiedenen Perspektiven von Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Pflege- und ärztlich-therapeutischem Personal. Letztendlich sind alle Empfehlungen der Planungshilfe unabhängig von ihrem Evidenzhintergrund durch diesen Prozess der konsensualen Triangulierung mit der Gruppe der Expertinnen und Experten gegangen. Dies macht ihren besonderen praktischen Wert aus. Eine Ausnahme hiervon machen nur Empfehlung 1 und 2 zur Kapazität von Akutstationen. Die in diesen Empfehlungen genannten Orientierungsgrößen wurden ausschließlich durch die Technische Arbeitsgruppe definiert unter Hinzuziehen von Good Practice Beispielen.

### 3.4 Überprüfung der Plausibilität

Die in der Diskussion der Expertinnen und Experten identifizierten und verifizierten Empfehlungen wurden schließlich von der Technischen Arbeitsgruppe auf ihre Plausibilität überprüft. Hierbei wurden – wo inhaltlich möglich – Empfehlungen zusammengefasst, unnötige Redundanzen eliminiert, Ausdrücke geschärft, Empfehlungen auf ihren „kann“, „soll“ oder „muss“-Status überprüft und wo nötig konkretisiert. Insbesondere durch Umgruppierung und Zusammenlegung von Empfehlungen gleicher Art reduzierte sich die Anzahl der Empfehlungen noch einmal deutlich.

Schließlich identifizierte die Technische Arbeitsgruppe vor dem Hintergrund der BOK der in den letzten Jahren gebauten und geplanten Akutstationen Orientierungswerte für die Stationsgröße von Akutstationen in Bezug auf die maximale Anzahl der Planbetten sowie für die Nutzfläche pro Planbett.

### 3.5 Zielgruppen

Es gibt grundlegende Charakteristika von architektonisch-baulichen Strukturen einer Akutstation, die das deeskalierende therapeutische Milieu dieser Station beeinflussen, wie z. B. der Schallschutz oder der Bedarf nach Kommunikationsflächen. Diese Charakteristika sind unabhängig von den Zielgruppen. Darüber hinaus aber können spezifische Zielgruppen spezifische Bedarfe haben. Wo dies der Fall ist, wird dies in den Empfehlungen gesondert ausgewiesen. Folgende vier spezifische Zielgruppen von Patientinnen und Patienten auf psychiatrischen Akutstationen sind in den Empfehlungen berücksichtigt:

- Psychisch kranke erwachsene Menschen (Referenz)
- Psychisch kranke Kinder und Jugendliche
- Psychisch kranke greise Menschen
- Psychisch kranke Straftäter und Straftäterinnen

Empfehlungen, für die im Weiteren nicht ausgewiesen ist, dass sie sich auf eine dieser spezifischen Zielgruppen beziehen, beziehen sich auf alle Zielgruppen.



## 4 Empfehlungen

### 4.1 Kapazität

1. Akutstationen sollten eine geringe Stationsgröße in Bezug auf die aufgestellten Planbetten aufweisen (Evidenzlevel I, III und IV). Der Orientierungswert für die maximale Anzahl von Planbetten für Akutstationen von Erwachsenen beträgt 12–18 und für Akutstationen von Kindern und Jugendlichen 8–11 Planbetten (Technische Arbeitsgruppe).
2. Akutstationen sollten über ausreichend Platz pro Patientin oder Patient verfügen (Evidenzlevel I). Der Orientierungswert für die Nutzfläche pro Planbett beträgt 35–40 qm für Akutstationen von Erwachsenen und 35–50 qm für Akutstationen von Kindern und Jugendlichen (Technische Arbeitsgruppe).
3. Akutstationen sind spezialisierte Stationen (Evidenzlevel I).
4. Akutstationen sollten über Ausweichzimmer verfügen, welche in Ausnahmezuständen genutzt werden können (E&E).

#### Begründung

Akutstationen mit vielen Betten und wenig Raum pro Patientin und Patient fördern Aggressionen und stehen im Zusammenhang mit mehr Konflikten und mehr Stress der Patientinnen und Patienten (Hallett [14–16]). Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Reduzierung von Betten auf Akutstationen und der Abnahme von Sicherungsmaßnahmen, wie Fixierungen und Isolierungen (Bowers [3,17]).

Studien haben gezeigt, dass mit der Zunahme der Quadratmeter, die jede Patientin und jeder Patient individuell zur Verfügung hat, das Risiko für die Anwendung von Sicherungsmaßnahmen sinkt [16].

Belastbare Evidenz für die konkrete Kapazität oder räumliche Größe einer psychiatrischen Akutstation konnte nicht gefunden werden. Allerdings ist gut belegt, dass Überfüllung und der Verlust der Privatsphäre Risikofaktoren für die Sicherheit auf einer Akutstation sind und die Wahrscheinlichkeit für gewalttätige Übergriffe erhöht [18, 19].

Für die Forensik wird eine Größe von 12 bis 20 Betten empfohlen [20]. § 9 der Personalausstattung Psychiatrie- und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) des gemeinsamen Bundesausschusses vom 19. September 2019 empfiehlt eine Stationsgröße in der Erwachsenenpsychiatrie von 18 Behandlungsplätzen und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von 12 Behandlungsplätzen. Es liegt näher, dass diese Größenangaben auf gelebter Praxis beruhen, als auf Evidenz oder einem systematischen Expertenkonsens. Die Gruppe der Expertinnen und Experten konnte sich nicht auf einen Standard, weder für die Anzahl der Betten noch für die räumliche Größe einer Akutstation einigen. Zu viele Faktoren, wie die Klientel der Patientinnen und der Patienten, bauliche Rahmenbedingungen oder therapeutische Konzepte spielten hier eine Rolle.

Laut Expertinnen und Experten sei es aber wichtig, dass bei der Größe einer Station sowohl der Raum pro Patientin und Patient in den Zimmern, als auch der auf den Fluren berücksichtigt werde. Auch müsse Ausweichraum mitbedacht werden, da es in der Praxis immer wieder zu Notsituationen in der Belegung kommen könne, etwa durch den Ausfall anderer Akutstationen oder aufgrund von Infektionsausbrüchen (Expertinnen und Experten LFBPN).



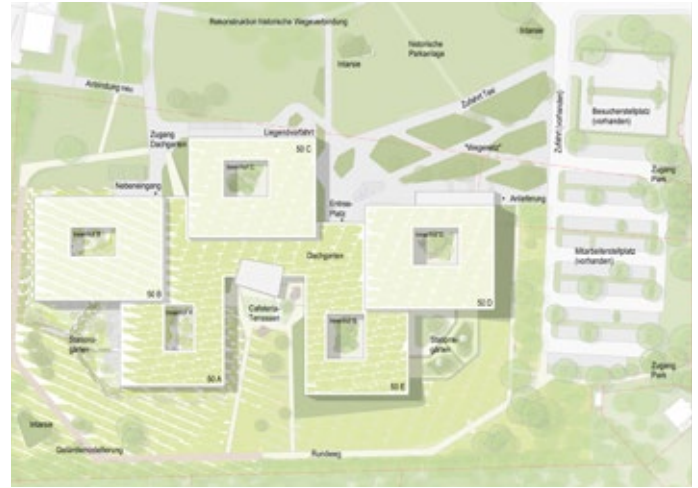
Die Technische Arbeitsgruppe, (bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des MS und des NLBL, siehe Methodik) identifizierte vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren in Niedersachsen gebauten und geplanten psychiatrischen Akutstationen Orientierungsgrößen für die Stationsgröße in Bezug auf die maximale Anzahl von Planbetten. Dabei ging sie von der Annahme einer grundsätzlich geschlossen geführten Akutstation aus. D.h. bei der Definition der Orientierungswerte wurden grundsätzlich offen geführte Akutstationen nicht mitberücksichtigt. Die Technische Arbeitsgruppe orientierte sich bei der Festlegung der Orientierungsgröße an der Anzahl der Planbetten der Akutstationen für Erwachsene, die als Neubauten geplant worden waren. Die Bauplanung war also nicht durch einen Bestandsbau limitiert gewesen. Aufstellreserven sind in der Orientierungsgröße nicht berücksichtigt. Mit derselben Methodik identifizierte die Technische Arbeitsgruppe auch Orientierungsgrößen für die Anzahl der Planbetten auf potentiell geschlossen geführten Akutstationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Orientierungsgrößen für die Nutzflächen pro Planbett.

Die optimale Stationsgröße in Bezug auf die aufgestellten Planbetten und die optimale Nutzfläche, ist von den Betriebs- und Organisationskonzepten der Kliniken abhängig sowie von ihren therapeutischen Konzepten. Zudem setzt das Planen und Bauen im Bestand häufig Grenzen. Die in den Empfehlungen 1 und 2 genannten Größen dienen der Orientierung.

## 4.2 Außen- und Innenbezüge

### 4.2.1 Gebäude

5. Die Gebäude einer psychiatrischen Klinik sollten in der Regel bis maximal drei Geschosse hoch sein, die Fassade einen ansprechenden, hellen Charakter haben (GP).
6. Die Akutstation soll in die Umgebung eingebunden sein, d.h. Bezug zum Außenraum haben, etwa durch umliegende Parkanlagen (GP).
7. Durch eine transparente Architektur sollte eine Blickbeziehung aus der Akutstation ins Grüne, zur umgebenden Natur, möglich sein (GP).
8. Die Einsehbarkeit der Zimmer von außen ist zu verhindern bei gleichzeitiger Möglichkeit gut nach draußen zu schauen (E&E).



Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Lüneburg, lad+ landschaftsarchitektur diekmann

### Begründung

Hohe, massive und dunkle Gebäudekomplexe können bedrohlich wirken. Die Klinik soll einen freundlichen, offenen und einladenden Eindruck vermitteln. Schwellenängste sollen so genommen werden (BOK).

Das Erscheinungsbild der psychiatrischen Einrichtung sollte nach außen Ruhe und Geborgenheit ausstrahlen, Distanz durch Materialität wahren und durch großzügige Fensteröffnungen Offenheit signalisieren. Eine sinnvolle Anordnung der Sicherheitsmaßnahmen unter Verwendung einer deeskalierenden Architektur lässt ein sicheres und dennoch transparent-offenes Gebäude entstehen, welches sich sensibel in das Gesamtbild einer naturnahen Anlage einfügt.

Durch die „Normalität“ in der Gestaltung einer psychiatrischen Einrichtung wird ein Bild der Selbstverständlichkeit erreicht, dass zum Abbau von Vorurteilen und Stigmatisierung beiträgt und einen niederschweligen Zugang zum Gebäude gewährleistet bzw. eine Identifikation mit dem Ort herstellt (BOK).

Der Charakter einer offenen Architektur ist zu gewährleisten. Diese sollte Ausblicke nach draußen ermöglichen und gleichzeitig die Intimsphäre der Patientinnen und Patienten wahren. Die Öffentlichkeit darf nicht Patientinnen und Patienten im Inneren der Klinik beobachten können. Dies kann z. B. durch von außen verspiegelte Fenster erreicht werden (Expertinnen und Experten LFBPN).

## 4.2.2 Lage der Akutstation innerhalb der Klinik

9. Eine Akutstation sollte ebenerdig gelegen sein (GP, LL).
10. Akutstationen sollten Zugang zu einer geschützten Außenanlage haben – s. a. lfd. Nr. 13.
11. Akutstationen sollten einen separaten Zugang/Aufnahmebereich haben, welcher nicht durch den allgemeinen Eingang führt (E&E).
12. Akutstationen sollen in der Nähe zu anderen Stationen liegen, um Synergien nutzen zu können (E&E).

### Begründung

Das Lokalisieren von Akutstationen im Erdgeschoss ermöglicht zum einen das Einrichten einer geschützten, direkt aus der Station zugänglichen geschützten Außenanlage (siehe Außenanlagen) und zum anderen die einfachere Aufnahme von Patientinnen und Patienten. Die ebenerdige Lage schützt zudem vor Stürzen und ermöglicht durch tiefe Fenster einen direkten Ausblick in die Natur [21, 22].

Ein separater Eingang für die Akutstation erspart zudem akut aufzunehmenden Patientinnen und Patienten einen unter Umständen stigmatisierenden Transport durch den allgemeinen Eingang einer Klinik, vorbei an Besucherinnen und Besuchern und anderen Patientinnen und Patienten (Expertinnen und Experten LFBPN).

Die Nähe von Akutstationen zu anderen Stationen ermöglicht personelle und strukturelle Synergien. Im Notfall kann personelle Hilfe schnell von anderen Stationen beigezogen werden. Dies erhöht die Sicherheit (BOK, Expertinnen und Experten LFBPN).

## 4.2.3 Geschützte Außenanlagen

13. Eine Akutstation sollte unmittelbaren Zugang zu einer geschützten Außenanlage haben, wie z. B. Garten, Terrasse, Balkon. Dies gilt für Akutstationen aller Altersklassen (Evidenzlevel I und III).
14. Großzügige Außenterrassen sollten den Gemeinschaftsbereichen zugeordnet sein (GP).
15. Die Gestaltung der geschützten Außenanlage sollte eine de-institutionalisierende Atmosphäre erzeugen (Evidenzlevel I). Dafür wird empfohlen:

- a. Barrierefreiheit (Evidenzlevel IV).
- b. Spazierwege und Aufenthaltsflächen schaffen (GP).
- c. Raucherbereiche klar definieren und abgrenzen (GP).
- d. Raucherbereiche eher für das Rauchen im Stehen konzipieren (siehe Raucherrefugien) (E&E).
- e. Sitzmöglichkeiten mit Witterungsschutz anbieten (GP).
- f. Sportmöglichkeiten, wie z. B. Tischtennis (GP) zur Verfügung stellen.
- g. Ausreichend Abstandsgrün, wie z. B. Büsche und Sträucher zu den persönlichen Patientinnen- und Patientenbereichen im EG pflanzen, um direkten Einblick von außen zu verhindern (GP).
- h. Natürliche Bepflanzung des Außengeländes, unter Berücksichtigung der Jahreszeiten (Evidenzlevel IV).

### 16. Für die äußere Sicherung der Außenanlage wird empfohlen:

- a. Einfriedung des geschützten Bereiches durch Hecken, Zäune, natürliche Umfriedung durch Gebäudeteile (LL/GP).
- b. Vermeiden von Objekten oder Strukturen, welche als Übersteighilfe genutzt werden können (Evidenzlevel IV).
- c. Sicherheitszäune, die mit einem begrünten Breitenvorfeld ausgestattet sind und mit der Umgebung verschmelzen (Empfehlungen der Expertinnen und Experten).
- d. Der Blick sollte in die Weite schweifen können (Empfehlungen der Expertinnen und Experten).

### 17. Für die innere Sicherung der Außenanlage wird empfohlen:

- a. Gute Überschaubarkeit des Freibereichs und kurze Wege für das Personal zur Außenanlage (Evidenzlevel I und IV).
- b. Auf Videoüberwachung sollte verzichtet werden (E&E).
- c. Entfernen von Suizid- oder Verletzungsmöglichkeiten, Verzicht auf giftige Pflanzen (Evidenzlevel III bzw. IV).
- d. Beleuchtung je nach Betriebskonzept (GP).

## Begründung

Die Forderung nach direktem Zugang zu einer geschützten Außenanlage war eine der prioritären Forderungen der Gruppe der Expertinnen und Experten. Insbesondere die Vertreterinnen der Patientinnen und Patienten betonten wiederholt das deeskalierende Potenzial von einer auch für akut kranke Patientinnen und Patienten frei zugänglichen Außenanlage. Diese subjektiven Einschätzungen werden von einer starken wissenschaftlichen Evidenz gestützt. Eine direkt zugängliche und geschützte Außenanlage reduziert nachweislich Aggressionen und Stress auf einer Akutstation [14, 23]. Eine geschützte Außenanlage dient dabei als Rückzugsort und, um Aggressionen zu verarbeiten [24].

Aktivitäten in der Natur haben darüber hinaus eine therapeutische und deeskalierende Wirkung [25–27]. Letztendlich könne der Nutzen einer Außenanlage auch dazu führen, dass Patientinnen und Patienten seltener entweichen [28].

Insgesamt gilt für die Außenanlage das, was für den Innenbereich gilt: Sie sollte möglichst einen nicht-institutionellen Charakter haben. Dies gelinge durch eine den Jahreszeiten entsprechende Pflanzenauswahl, wodurch die Außenanlage nicht nur das ganze Jahr hindurch attraktiv sei, sondern sich auch an der Normalität außerhalb der Klinik orientiere. Wichtig sei die Gliederung der Außenanlage in Aktivitäten- (Sport) und Ruhebereiche und eine möglichst nicht-institutionelle Atmosphäre desselben (BOK). Um Konflikte zu vermeiden, sei das Abgrenzen von Raucherbereichen wichtig. Damit der Raucherbereich nicht zum Daueraufenthalt werde, sollte nach Meinung der Gruppe der Expertinnen und Experten dieser möglichst nicht über Sitzgelegenheiten verfügen. Allerdings stehe diese Forderung im Konflikt mit der Forderung nach Barrierefreiheit.

Die Gruppe der Expertinnen und Experten forderte zum einen, dass der Blick aus der Klinik und in den Außenanlagen über die Möglichkeit verfügen solle weit schweifen zu können, um den Eindruck des Eingesperrtseins zu verringern. Zum anderen aber sollte zur Wahrung der Privatsphäre die Außenanlage nicht von außen, auch nicht von anderen Klinikbereichen einsehbar sein. Diese beiden Forderungen widersprechen einander. Letztendlich kamen die Expertinnen und Experten überein, dass eine Außenanlage als (teil-) öffentlicher Raum zu verstehen sei. Es sei in Ordnung, wenn die Außenanlage von außen zumindest teilweise einsehbar sei. Der Wert des Weitblicks und dadurch auch der Anschluss an das Leben draußen vor der Klinik habe Priorität vor dem Wunsch, sich in einer Außenanlage unbeobachtet aufhalten zu können. Dahingegen müsse durch Abstandsgrün vor den Fenstern der Zimmer von Patientinnen und Patienten (Bepflanzung unter

den Fenstern) im Erdgeschoss ein direkter Blick aus der Außenanlage ins Patientinnen- oder Patientenzimmer verhindert werden (BOK).

Auch bei der Gestaltung der Einfriedung der Außenanlage solle der Charakter des Eingesperrtseins vermieden werden. Dies gelinge durch Hecken und Gebäudeteile, die zur Einfriedung genutzt werden (BOK).

Zur Wahrung der inneren Sicherheit muss die Außenanlage für das Personal gut überschaubar sein. Eine direkte Blickbeziehung und kurze Wege zwischen Stützpunkt und Außenanlage haben sich als günstig erwiesen, um eine zeitnahe Unterstützung durch das Personal im Bedarfsfall zu ermöglichen [28]. Eine permanente Überwachung der Außenanlage durch Video lehnen die Expertinnen und Experten ab (Expertinnen und Experten des LFBPN).

## 4.3 Räumlichkeiten

### 4.3.1 Raumkonzepte

18. Eine Akutstation sollte über unterschiedliche Raumkonzepte verfügen, welche die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten bedienen können (Evidenzlevel I und III). Dazu gehören:
  - a. Halb-private/individuelle Rückzugsräume (Evidenzlevel II und III).
  - b. Sogenannte „Comfort rooms“ (Evidenzlevel I, II und III).
  - c. Räume für Aktivitäten, die mit verschiedenen Beschäftigungsoptionen ausgestattet sind (Evidenzlevel III). Diese müssen nicht immer frei zugänglich sein.
  - d. Therapieräume (GP).
  - e. Ruhige Arbeits- und Rückzugbereiche für das Personal (E&E).

## Begründung

Unterschiedliche Gruppen von Patientinnen und Patienten haben unterschiedliche Bedürfnisse und reagieren unterschiedlich auf ihre Umgebung. Daher sollte eine Vielfalt an gemeinschaftlich zugänglichen Raumangeboten auf einer Akutstation vorhanden sein [29]. Es bedarf Räume, die allen Nähebedürfnissen Rechnung tragen, vom aktiven Aufenthalt in einem Gemeinschaftsraum mit vielen anderen Menschen über halbprivaten Rückzug in öffentlichen Nischen bis zum Rückzug im eigenen Zimmer und, als extremste Form des Rückzugs, Aufenthalt in einem Akut- oder Isolierraum

(BOK). Stationen mit unterschiedlichen gemeinschaftlich zugänglichen Raumangeboten sind mit einer Reduktion von besonderen Sicherungsmaßnahmen assoziiert [30].

Es hat sich gezeigt, dass das Vorhandensein von halb-privaten Rückzugsräumen – wie z. B. Nischen auf Fluren – der Deeskalation dient und mit einer Reduzierung von Gewalt, Vandalismus und besonderen Sicherungsmaßnahmen assoziiert ist [10, 31, 32].

Sogenannte „Comfort rooms“ oder Sinnesräume wie z. B. Snoezelenräume sind dezidiert zur Entspannung gedacht. Sie zeichnen sich durch eine wohnliche, alle Sinne ansprechende Atmosphäre aus (mit Möglichkeiten das Licht zu dimmen, gute Gerüche wahrzunehmen, Musik zu hören etc.) und sind ebenfalls mit einer Reduktion von besonderen Sicherungsmaßnahmen assoziiert [3, 23, 33–36].

Allerdings können diese Sinnesräume neben all ihren positiven Effekten auch auf einige Patientinnen und Patienten einen negativen Effekt mit einer Zunahme von Angst und Suizidgedanken haben [37]. Diese Räume, die der Deeskalation im Vorfeld von Sicherungsmaßnahmen dienen, sollen nicht für die zwangsweise Anwendung von Sicherungsmaßnahmen genutzt werden.

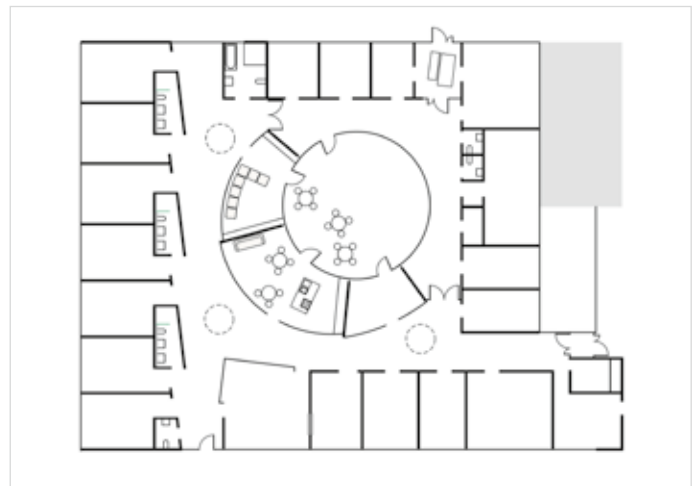
Neben den eher ruhigeren Rückzugsräumen dient das Vorhandensein eines Raumes für Aktivitäten wie z. B. Spiele und Sport (Tischtennis, Kicker, Boxsack etc.) dazu, Langeweile und damit einhergehendem störendem Verhalten vorzubeugen [13, 23]. Inwieweit diese Aktivitätsräume durchgehend frei zugänglich sind, sollte Teil des Therapiekonzeptes sein (Expertinnen und Experten LFBPN).

Das Vorhandensein von Therapieräumen auf Akutstationen ermöglicht schwer kranken Patientinnen und Patienten einen besseren Zugang zur Therapie (BOK). Welche Therapien in diesen Räumen angeboten werden sollen, hängt vom therapeutischen Konzept ab (Expertinnen und Experten LFBPN).

Immer wieder kommt es auf Akutstationen zu Übergriffen auf Frauen. Inwieweit dies ein Problem ist, hängt unter anderem von den krankheitsbedingten Zuständen der gegenwärtig untergebrachten Patientinnen und Patienten ab. Um Patientinnen hier ein größeres Sicherheitsgefühl zu vermitteln, kann das zumindest zeitweilige Abtrennen spezieller Bereiche nur für Frauen in Erwägung gezogen werden (siehe auch Empfehlung 23).

Zu einer ruhigen Atmosphäre auf einer Akutstation gehört auch, dass das Personal entspannt ist. Hierfür bedarf es angenehmer Rückzugsorte für die Mitarbeitenden.

Inwieweit Akuträume, in denen insbesondere Fixierungen vorgenommen werden, zwingend für Allgemeinpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) notwendig sind, war Gegenstand einer kontroversen Diskussion in der Gruppe der Expertinnen und Experten: In der Realität wird sowohl in speziellen Akuträumen fixiert als auch in den eigenen Zimmern der Patientinnen und Patienten, um die gewohnte Umgebung zu wahren. Da in beiden Fällen eine durchgehende Betreuung vorgesehen ist, unterscheiden sich die Optionen nicht in ihrer Sicherheit. Für beide Optionen gibt es Argumente, sodass hier keine Empfehlung für oder gegen das Einrichten von Akuträumen abgegeben werden kann. Wichtig erscheint aber, dass sowohl das Vorhandensein und die Nutzung von Akuträumen als auch von Isolierräumen, in denen Patientinnen und Patienten unfixiert abgesondert werden können, Teil eines regelmäßig zu reflektierenden therapeutischen Konzeptes sind.



Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Ganderkesee, Freudenfeld + Krausen + Will Architekten

#### 4.3.2 Anordnung der Räume und Verkehrswege zueinander

19. Breite und übersichtliche Flure mit Nischen (Evidenzlevel IV).
20. Gestaltung der Flure, z. B. durch beruhigend wirkende Farben, optische Gliederung und Beleuchten mit warmem Licht (Evidenzlevel IV).
21. Besucherzimmer sollten einen von der Station separierten Eingang haben (E&E).
22. Kurze, überschaubare Wege für das Personal (Evidenzlevel IV).

- 23.** Möglichkeit, bei Bedarf, spezifische Bereiche für Frauen abzugrenzen (LL).

### **Begründung**

Viel Platz und breite Korridore reduzieren die Aggressionen von Patientinnen und Patienten [38]. Genauso wichtig ist das Gestalten und Strukturieren der Flure mit innenarchitektonischen Mitteln. Dies hilft den Patientinnen und Patienten sich auf der Station zu orientieren und führt zu einer Reduzierung von Zwischenfällen [39]. In der Gruppe der Expertinnen und Experten bestand breiter Konsens, dass Flure, die zum Verweilen einladen und in denen Patientinnen und Patienten z. B. in Nischen sitzen können und somit distanziert am Allgemeingeschehen der Station teilnehmen können, einen wichtigen Beitrag zur Deeskalation leisten.

Insbesondere die Vertreterinnen der Psychiatrieerfahrenen empfehlen Räume für Besucherinnen und Besucher in eine Akutstation zu integrieren. So werde verhindert, dass Besuch Unruhe auf die Station bringe. Idealerweise haben diese Besucherräume einen separaten Eingang, sodass Besucherinnen und Besucher und insbesondere besuchende Kinder nicht erst über die ganze Station laufen müssen (Expertinnen und Experten LFBPN). Dies mindere sowohl Irritation bei den Besucherinnen und Besuchern sowie bei den Patientinnen und Patienten als auch die Gefahr der Verletzung ihrer Privatsphäre.

Kurze überschaubare Wege für das Personal und eine Übersichtlichkeit über die Station stärken die innere Sicherheit.

Für die Gerontopsychiatrie gibt es Evidenz, dass Rundwege das Umherlaufen von Patientinnen und Patienten mit Demenz und damit Unruhe verringern. Letztendlich ist dies aber nicht unumstritten, fördern Rundlaufwege ohne Ende doch auch die Desorientierung [40, 41]. Letztendlich gab es eine Tendenz in der Diskussion der Expertinnen und Experten, Maßnahmen, die sich den Patientinnen und Patienten nicht transparent erschließen, wie Rundlaufwege oder auch Tarnwandgemälde, nicht zu empfehlen.

Für Akutstationen, die gemischt-geschlechtlich aufnehmen, empfiehlt die angelsächsische Literatur das Unterbringen von Männern und Frauen in unterschiedlichen Fluren/Bereichen. Einige Leitlinien empfehlen Aufenthaltsräume, die nur für Frauen zugänglich sind. Dies führe zu weniger aufdringlichem Verhalten und einem größeren Sicherheitsgefühl der Frauen [7, 22]. Die Gruppe der Expertinnen und Experten unterstützte die Forderung nach bestimmten Frauenbereichen, um besonders traumatisierten Frauen ein größeres Sicherheitsgefühl zu vermitteln. Es reiche aber aus, die Möglichkeit vorzuhalten, bedarfsorientiert bestimmte Bereiche

ausschließlich Frauen zuzuweisen. Ein regelhaftes Vorhalten von exklusiven Frauenbereichen könne gerade kleinere Akutstationen vor Kapazitätsprobleme stellen.

### **4.3.3 Kommunikationsflächen**

- 24.** Gemeinschaftsräume und Gemeinschaftsflächen sollen bedarfsgerecht bemessen sein. Die Räumlichkeiten sollten in hohem Maße variabel nutzbar sein durch entsprechende Raumzuschnitte und -ausstattung, jedoch muss nicht jeder Raum für alles nutzbar sein (GP).
- 25.** Die Gemeinschaftsflächen einer Akutstation sollten wohnlich gestaltet sein, mit differenzierten Kommunikations- und Rückzugsflächen (Evidenzlevel I).
- 26.** Die Sitzmöbel sollten in mehreren unterschiedlich großen Gruppen arrangiert werden (Evidenzlevel I).
- 27.** Die Einrichtung der Gemeinschaftsflächen sollte werthaltig sein (Evidenzlevel I und III, GP).
- 28.** Die gemeinschaftlich genutzten Kommunikationsflächen, Aufenthalts- und Rückzugsräume sollten gut überschaubar sein (Evidenzlevel III und IV).

### **Begründung**

Bei der Planung der Kommunikationsflächen muss berücksichtigt werden, dass die Qualität, die Anzahl der Gemeinschaftsräume und das therapeutische Konzept voneinander abhängen.

Konkrete, wissenschaftlich belegbare Angaben über die optimale Größe von Gemeinschaftsflächen einer Akutstation konnten nicht gefunden werden. Es ist aber eindeutig, dass räumliche Enge Unruhe und Aggressivität provoziert. Daher ist es wichtig, dass das Flächenangebot in den Gemeinschaftsbereichen einer Akutstation so dimensioniert ist, dass kritische Situationen entzerrt werden können [42].

Gemeinschaftsräume sollten flexibel auf Gruppenaktivitäten und die unterschiedlichen Bedarfe nach Abgrenzung und Nähe reagieren können (BOK). Zu den Gemeinschaftsflächen zählt auch der Raum auf den Fluren (siehe oben). Die Teilung von Gemeinschaftsräumen in kleinere Einheiten beugt Gewalt und Aggression vor [24], (Expertinnen und Experten LFBPN). Bewegliche Sitzmöglichkeiten in den Gemeinschaftsräumen erlauben den Patientinnen und Patienten, selbstständig die Distanz oder Nähe zu anderen Patientinnen und

Patienten je nach Situation zu regulieren, aber auch, sich mit anderen zusammenzutun. Dies reduziert Stress und Aggression [43].

Eine wohnliche, hochwertige und gepflegte Einrichtung ist in Studien mit weniger Beschädigung assoziiert, während eine beschädigungssichere Ausstattung sogar Vandalismus provozieren kann [32, 44].

Der Vor- und Nachteil einer Wohnküche auf Akutstationen wurde in der Gruppe der Expertinnen und Experten kontrovers diskutiert. Der Vorteil einer Wohnküche sei, dass durch sie ein Stück Normalität auf der Station hergestellt werde und auch mal alternativ zum Klinikessen gekocht werden könne. Wohnküchen seien ein wichtiger Ort der Begegnung (BOK). Demgegenüber stand das Argument, dass Akutstationen nur für einen möglichst kurzen, vorübergehenden Aufenthalt gedacht seien. Eine schnelle Verlegung in eine offene Unterbringung und die Eingliederung in die Normalität des Alltags inklusive des selbstständigen Kochens im stationären Aufenthalt, der dem Aufenthalt auf der Akutstation nachgeordnet sei, sei das primäre Ziel. Letztendlich kommt es bei der Frage nach so spezifischen Ausstattungsmerkmalen, wie z. B. einer Wohnküche, auf das therapeutische Konzept an, weswegen hier keine allgemeingültigen Empfehlungen getroffen werden können.

Mehrere Studien weisen darauf hin, dass die gute Überwachbarkeit von Fluren und Räumlichkeiten, sei es, dass sie gut überschaubar gebaut wurden oder per Video überwacht werden, zu einer Reduktion von besonderen Sicherungsmaßnahmen führt [16, 45]. Die Gruppe der Expertinnen und Experten lehnte allerdings eine Videoüberwachung aus mehreren Gründen wie beispielsweise dem Gefühl des ständigen Ausgeliefertseins oder der Unpersönlichkeit ab, unterstützt aber, dass die gute Überschaubarkeit einer Akutstation zu deren Sicherheit beitrage. Mit der Forderung nach Überschaubarkeit konkurriere unter Umständen das Bedürfnis von Patientinnen und Patienten nach Rückzug.

#### 4.3.4 Stützpunkt/zentraler Dienstplatz

29. Vom zentralen Dienstplatz soll eine gute Übersichtlichkeit/ Blickbezüge über kurze Flure und Gemeinschaftsbereiche, die geschützte Außenanlage (GP) und die Stationstüren gegeben sein (E&E).
30. Der Stützpunkt/zentrale Dienstplatz soll für Patientinnen und Patienten gut sichtbar sein, einladend wirken und die Ansprechbarkeit des Pflegepersonals signalisieren (Evidenzlevel IV, (GP)).

31. Der zentrale Dienstplatz sollte als Empfangstresen gestaltet sein in offener Gestaltung und mit genügend Abstand zur Wahrung der Privatsphäre (E&E).



Kinder- und Jugendpsychiatrie, Nordhorn, Innenarchitekten: bkp

#### Begründung

Eine strategisch günstige Lage des zentralen Dienstplatzes mit kurzen Wegen für das Personal und einem guten Überblick über das Geschehen auf der Station, einschließlich der dazugehörigen geschützten Außenanlage, genauso wie die Präsenz des zentralen Dienstplatzes für die Patientinnen und Patienten, führt zu weniger Zwischenfällen [7, 15]. Vom zentralen Dienstplatz aus sollten insbesondere auch die Stationstüren gut überschaubar sein, da es an diesen häufig zu Gedränge käme (Expertinnen und Experten LFBPN).

Der zentrale Dienstplatz sollte offen, hell, transparent und einladend gestaltet sein. Für die Forensik besteht dabei die Herausforderung, besondere Sicherheitsvorkehrungen zu berücksichtigen. Patientinnen und Patienten, Besucherinnen und Besucher sowie Angehörige sollten problemlos mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Team in Kontakt treten können (BOK) [40]. Die Expertinnen und Experten favorisieren, den zentralen Stützpunkt als Tresen einzurichten. Dieser solle so gestaltet sein, dass Patientinnen und Patienten sich bequem darauf lehnen könnten, während das Personal sitzen könne. Der Tresen müsse auch verschließbar sein, etwa durch einen Rollladen, z. B. bei Dienstbesprechungen (Expertinnen und Experten LFBPN). In der KJP zeigte sich, dass durch ein offenes Dienstzimmer eine engere Begleitung der Patientinnen und Patienten gewährleistet werden könne und so suizidalem Handeln vorgebeugt werden könne [46].

### 4.3.5 Zimmer der Patientinnen und Patienten

32. Ausschließlich Ein- und Zweibettzimmer (GP).
33. Zimmer sollten flexibel sowohl als Einzel- als auch als Zweibettzimmer genutzt werden können (E&E).
34. Zweibettzimmer sollten so gestaltet sein, dass eindeutig ist, welcher Bereich zu welcher Patientin oder welchem Patienten gehört (Evidenzlevel V).
35. Zweibettzimmer sollten jeder Patientin und jedem Patienten einen Blick nach außen gewähren und gleichwertige Territorien bieten (GP).
36. Jedem Zimmer in der Psychiatrie für Erwachsene (Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, MRV) sollte ein Sanitärbereich zugeordnet sein (WC, Waschtisch, Dusche unter Berücksichtigung von Suizidprophylaxe) (GP).
37. Patientinnen- und Patientenzimmer sollten möglichst großflächige Fenster mit Blick in die Weite haben (Evidenzlevel I und IV).
38. Jede Patientin und jeder Patient sollte ein verschließbares Wertfach im Schrank seines Zimmers haben (E&E).
39. Patientinnen- und Patientenzimmer sollten für die Bewohner von innen abschließbar sein, aber von außen für das Personal zu öffnen (Evidenzlevel LL).
40. Auf Überwachungsfenster sollte verzichtet werden (E&E).

#### Begründung

Die Frage, ob Einzel- oder Zweibettzimmer auf Akutstationen bevorzugt werden sollten, wird in der wissenschaftlichen Literatur kontrovers diskutiert. Es gibt weder eindeutige Evidenz noch einen wissenschaftlichen Konsens, inwieweit Einzelzimmer tatsächliche Sicherheitsvorteile bieten [29]. Konsens bestand aber in der Gruppe der Expertinnen und Experten hinsichtlich der Ablehnung von Zimmern mit mehr als zwei Betten (Expertinnen und Experten LFBPN).

Studien zeigen, dass Einzelzimmer im Vergleich zu Mehrbettzimmern den Stress und Aggressionen bei Patientinnen und Patienten reduzieren können [15]. Sie sind aber nicht mit einem geringeren Einsatz von Sicherungsmaßnahmen assoziiert [17]. Suizidgefährdete Patientinnen und Patienten sollten nicht in Einzelzimmern

untergebracht werden [47]. Eine bessere Kommunikation und das Entgegenwirken von Vereinsamung sind Argumente gegen Einzelzimmer und für Zweibettzimmer (BOK). Letztendlich brauche es laut der Gruppe der Expertinnen und Experten beides: Einzel- und Zweibettzimmer und die Möglichkeit, Zimmer flexibel als Ein- und Zweibettzimmer zu nutzen.

Bei der Gestaltung von Zweibettzimmern sei darauf zu achten, dass in der Aufteilung die Territorien der Zimmerbewohner und -bewohnerinnen eindeutig abgrenzbar seien. Dies reduziert Konfliktpotential [28]. Darüber hinaus sollen die Territorien der Patientinnen und Patienten gleichwertig sein (z. B. beiden einen Ausblick aus dem Fenster gewähren), um niemandem das Gefühl der Benachteiligung zu geben (BOK).

Aufgrund der deeskalierenden Effekte, die der Blick in die Natur hat, sollten Patientinnen- und Patientenzimmer ihre Fenster in Richtung von Grünbereichen haben [18]. Der Ausblick aus dem Fenster gewährleistet zudem das Wahrnehmen einer Tagesstruktur und des Tag-Nacht-Rhythmus (BOK).

Weitere Standards, welche die Gruppe der Expertinnen und Experten für Patientinnen- und Patientenzimmer forderte, damit sich Patientinnen und Patienten auf Akutstationen sicher und aufgehoben fühlen können, sind Patientenschränke mit Wertschließfächern, den Zimmern zugeordnete Sanitärbereiche und die Möglichkeit, die Zimmer der Patientinnen und Patienten von innen abzuschließen. Letzteres verhindere, dass desorientierte oder distanzgeminderte Patientinnen und Patienten sich in die falschen Zimmer verirren. Die Zimmertüren und die Türen zu Sanitärbereichen müssen aber jederzeit für das Personal von außen zu öffnen sein [22, 48].

Sanitärbereiche in der KJP könnten, anders als in der Psychiatrie für Erwachsene, wo Sanitärbereiche idealerweise für jedes Zimmer zur Verfügung stehen, gemeinschaftlich von mehreren Zimmern genutzt werden. Dies entspräche dem Alltag von Kindern und Jugendlichen (Expertinnen und Experten LFBPN).

Auf Sichtfenster in den Türen sollte verzichtet werden. Diese vermittelten eine starke Überwachungsatmosphäre (Expertinnen und Experten LFBPN).

### 4.3.6 Akut- und Isolierräume

41. Zusätzlich zu Akut- und Isolierräumen sollen auf Akutstationen ausgewiesene Bereiche zur Deeskalation auf freiwilliger Basis existieren, wie z. B. Time-Out Räume (LL).

42. Akuträume, welche zur Fixierung einer Patientin oder eines Patienten in Krisensituationen dienen, sollen gut beleuchtet, belüftet und wohnlich gestaltet sein. Der Blick aus dem Fenster in die Natur ist trotz Fixierung zu ermöglichen (Evidenzlevel IV).
43. Isolierräume sollen ebenfalls gut belüftbar und beleuchtet sowie möglichst gepolstert sein. Zugang zu einer Toilette und einer Waschgelegenheit muss möglich sein. Auch hier ist der Blick in die Natur zu ermöglichen. Kontrolle und Beobachtung erfolgen von außen, genau wie das Regulieren der Temperatur. Auch in Isolierräumen ist bei der Gestaltung auf Selbstverletzungsmöglichkeiten, Suizidprävention und auf die Widerstandsfähigkeit der Möbel zu achten (Evidenzlevel III und IV).
44. Akut- und Isolierräume müssen Orientierung durch Zeitkenntnisse erlauben, z. B. durch eine Uhr. Diese darf nicht ticken (GP).
45. Licht und Frischluft müssen in Akut- und Isolierräumen individuell anpassbar sein (GP).
46. Die Möglichkeit, für die Patientin oder den Patienten individuell Musik zu hören, sollte in Akut- und Isolierräumen bestehen (GP).

### Begründung

Diese Planungshilfen geben keine Empfehlung ab, ob Akut- oder Isolierräume oder beides auf Akutstationen vorgehalten werden sollen. Die meisten Akutstationen im Land Niedersachsen verfügen über Akuträume und Kliniken haben zunehmend auch Isolierräume eingerichtet. Es gibt aber auch Kliniken, die gänzlich ohne Akutraum auskommen und Fixierungen in den Zimmern der Patientinnen und Patienten durchführen. Den Psychiatrieerfahrenen in der Gruppe der Expertinnen und Experten war es weniger wichtig, wo die Sicherungsmaßnahme durchgeführt wurde, als dass tatsächlich die Person, die dieser Sicherungsmaßnahme ausgesetzt sei, die gesetzlich vorgeschriebene 1:1 Betreuung erhalte.

Das Vorhandensein von Isolierräumen erhöht die Wahrscheinlichkeit für Isolierungen in einer Einrichtung [16, 17, 49]. Das Vorhandensein und Nutzen von Isolierungen kann zur Verringerung der durchgeführten Fixierungen führen. In der Summe ändert sich aber an der Gesamtzahl der Grundrechtseinschränkungen nichts [50].

Standards aus Großbritannien fordern eine klare Abgrenzung von Isolier- und Akuträumen vom übrigen Geschehen auf der Station.

Die Psychiatrieerfahrenen in der Gruppe der Expertinnen und Experten waren sich uneins über den Wert dieser Empfehlung. Für eine Abgrenzung der Isolier- und Akuträume von der übrigen Station spricht die größere Ruhe, die dadurch sowohl auf der Station als auch für die von Sicherungsmaßnahmen betroffenen Patientinnen und Patienten entstünde. Dagegen spräche eine gewisse Stigmatisierung, der Patientinnen und Patienten ausgesetzt seien, wenn sie in Akutbereiche übersiedelten. Konsens bestand hingegen hinsichtlich der Empfehlung, dass Akut- und Isolierräume praktisch autonom funktionieren sollten, mit eigener Toilette und Waschgelegenheit [13, 21, 48].

Konsens bestand auch darüber, dass Akutstationen Auszeitbereiche benötigen, die zur Deeskalation ohne Isolierung und Fixierung genutzt werden können. Diese werden hier als Timeout-Räume bezeichnet. Timeout-Räume sollten nicht für grundrechtseinschränkende Maßnahmen wie Fixierung oder Isolierung genutzt werden, damit diese Räumlichkeiten nicht einen bedrohlichen Charakter entwickeln [12].

Die Ausgestaltung von Akut- und Isolierräumen soll beruhigend und wohnlich sein, mit guter Belüftung und Blick in die Natur. Dies trägt zum Aggressionsabbau bei [28]. Kommunikation von außen sollte möglich sein, damit das therapeutische Personal Kontakt zur Patientin oder zum Patienten halten kann. Wichtig ist, dass alle Akut- und Isolierräume gezielt Zerstörungs- und Suizidrisiko reduzierend gebaut sind, damit sie auch bei ungestümer Nutzung ihre Wertigkeit behalten und die Möglichkeiten gering seien, sich zu verletzen [12].

Patientinnen und Patienten in Akut- und Isolierräumen soll so viel Autonomie wie möglich zugestanden werden, insbesondere zur Regulierung des eigenen Wohlbefindens. Dabei ist die zeitliche Orientierung durch Tageslicht und eine – nicht tickende – Uhr essenziell. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit bestehen, die Atmosphäre im Raum durch Licht, Luft und Temperatur oder aber auch Musik nach individuellem Bedarf gestalten zu können (BOK, LL, Expertinnen und Experten LFBPN).

### 4.3.7 Raucherrefugien

47. Für die Einrichtung von Raucherbereichen wird folgendes empfohlen:
  - a. Gesonderte Bereiche, entweder mit einem guten Belüftungssystem und selbstschließenden Türen oder in der Außenanlage (Evidenzlevel III).



- b. Klare Definition und Abgrenzung zu rauchfreien Zonen (GP).
- c. Freie Zugänglichkeit (E&E).
- d. Nicht auf dem Weg zur allgemeinen Außenanlage gelegen (E&E).
- e. Sichtkontakt vom Stützpunkt zum Raucherbereich (GP).

### Begründung

Das Einrichten von Raucherbereichen trägt maßgeblich zur Sauberkeit und friedlichen Atmosphäre der Station bei. Gleichzeitig führt die Möglichkeit, jederzeit rauchen zu können dazu, dass sich herausforderndes und aggressives Verhalten von Patientinnen und Patienten verringert [25, 51].

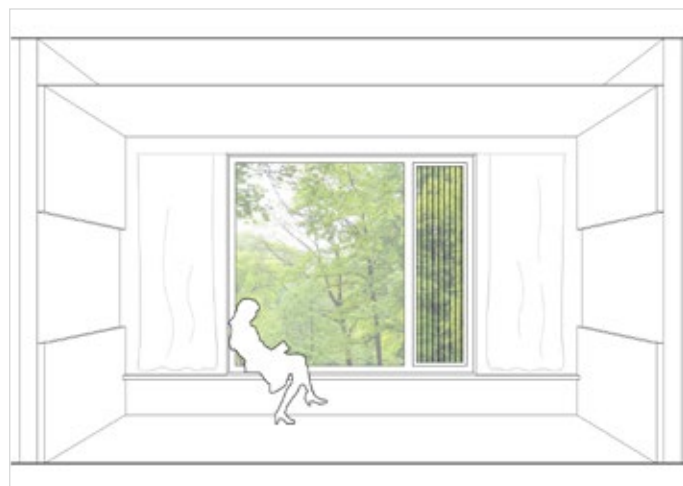
Damit die rauchenden Patientinnen und Patienten den Anderen nicht den Weg versperren, sie mit dem Rauch belästigen und so Anlass für Spannungen bieten, sollte darauf geachtet werden, dass der Raucherbereich sich nicht auf dem direkten Weg zum Außengelände befindet. Raucherbereiche sind beliebte Aufenthaltsräume, deren Ausgestaltung bedarfsgerecht mit dem therapeutischen Konzept in Einklang zu bringen ist. Unbeobachtet laden sie zu Übergriffen ein (BOK). Daher ist es wichtig, dass die Raucherbereiche, unabhängig davon, ob diese in der Station oder im Außengelände lokalisiert sind, vom Stützpunkt aus gut einsehbar sind. Schwerpunktmäßig sollten Raucherbereiche Stehbereiche sein, damit Anreize bestehen, im Raucherbereich nur kurz zu verweilen und dann wieder am Geschehen auf der Station teilzunehmen.

## 4.4 Ausbau

### 4.4.1 Fenster und Türen

- 48. Großflächige Fenster mit niedriger Höhe der Brüstungen, die Ausblicke auch im Liegen und im Sitzen aus dem Fenster gewährleisten (Evidenzlevel IV).
- 49. Fenster mit Öffnungsflügel für Frischluftzufuhr, Lüftung (Evidenzlevel IV).
- 50. Außenfenster sollten von außen verspiegelt sein (E&E).
- 51. Möglichst viele offene Türen auf einer Akutstation (Evidenzlevel I).

- 52. Gerontopsychiatrie: Deutliche Kenntlichmachung der Zimmertür (GP).



Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Lüneburg, tönies + schroeter + jansen freie architekten

### Begründung

Literaturübersichten zeigen, dass große Fenster mit Blick in die Natur psychischen Stress reduzieren können, die Wahrnehmung verbessern und zu einer Verringerung von Paranoia und Desorientierung beitragen [18, 27]. Zusätzlich wirkt Tageslicht suizidpräventiv [28]. Große Fenster für Akutstationen sind eine durchgehende Empfehlung in angelsächsischen Planungshilfen für psychiatrische Akuteinrichtungen [13, 21].

Für ein gutes Raumklima und die Möglichkeit, dass Patientinnen und Patienten dies selber regulieren können, ist zusätzlich darauf zu achten, dass die Fenster die Möglichkeit haben, Frischluft hereinzulassen, ohne dass Sicherheitsaspekte vernachlässigt werden [28], (Expertinnen und Experten LFBPN).

Die Gruppe der Expertinnen und Experten hielt das Anbringen von verspiegeltem Fensterglas an Außenfenstern, die von Dritten leicht eingesehen werden könnten, für wünschenswert. Dies sei eine Möglichkeit die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten zu schützen und gleichzeitig einen Ausblick, auch auf belebtes Außengelände zu ermöglichen.

Geschlossene Türen sind mit einer erhöhten Aggressivität auf Akutstationen verbunden. Wenn schon auf einer Akutstation die Zugangstür geschlossen sein muss, so ist zu überlegen, welche weiteren Türen und Bereiche innerhalb einer Station offengehalten werden können [52].

Insbesondere für kognitiv eingeschränkte Patientinnen und Patienten bedarf es einer deutlichen Kenntlichmachung der eigenen

Zimmertür, z. B. durch eine an den Erfahrungen der Patientinnen und Patienten anknüpfende Symbolik wie z. B. Piktogramme (BOK). Auch nicht-kognitiv eingeschränkte Patientinnen und Patienten profitieren von diesen Hilfen zur Orientierung.

Tarnwandgemälde (z. B. Bücherregal) an Türen sind mit einem geringeren „door-testing“-Verhalten verbunden [41]. Die Gruppe der Expertinnen und Experten lehnte das Nutzen von Tarnwandgemälden jedoch einstimmig ab: Es widerspreche einer therapeutischen Haltung, die die Patientinnen und Patienten ernst nimmt, sie mit Tarnwandgemälden quasi in die Irre führen zu wollen. Es habe zudem etwas Unheimliches, wenn sich plötzlich Türen auftäten, wo primär keine zu sehen seien.

#### 4.4.2 Beleuchtung

**53.** Fokussierte Beleuchtung und Belichtung mit individuell anzupassenden Möglichkeiten, wie zum Beispiel Leselicht, LED-Stripes (Evidenzlevel IV).

**54.** Erstellen eines therapeutischen Licht-Design-Konzeptes/Beleuchtungskonzeptes (GP).

**55.** In der Gerontopsychiatrie sollte schattenfreies, helligkeits- und farbgesteuertes Licht (z. B. 300–500 Lux) verwendet werden (E&E).

#### Begründung

Ausreichende Beleuchtung sowie individuelle Beleuchtungsmöglichkeiten tragen entscheidend zu einer therapeutischen und suizidpräventiven Umgebung bei und können genesungsfördernd wirken [28]. Die Ausstattung mit künstlichen Lichtquellen soll die Bedürfnisse psychiatrischer Patienten im Sinne der Wohnlichkeit aufgreifen, unter Berücksichtigung der möglichen Bandbreite von heller Ausleuchtung, beispielsweise für Therapiezwecke, bis hin zum gedimmten Raumlicht und zur Lichtfarbsteuerung, z. B. für Entspannungsübungen (BOK). Dabei sollten irreführende Schatten durch Lichtquellen vermieden werden (Expertinnen und Experten LFBPN).

Zusammenfassend ist das Zusammenspiel zwischen ausreichender Helligkeit und wohnlicher, dabei weniger heller Lichtumgebung hochrelevant für die Atmosphäre einer Akutstation. Aus diesem Grund ist die wichtigste Empfehlung in Bezug auf die Beleuchtung, dass durch die Klinikbetreiber in eine (professionelle) normative, qualitativ hochwertige und ganzheitliche Lichtplanung investiert werden sollte. Diese soll sowohl das Wohlbefinden und gesundheitliche Aspekte wie auch Sichtbarkeit, Sicherheit und

Orientierung berücksichtigen und aufeinander abstimmen, mit dem Ziel eines genesungsfördernden Ergebnisses (BOK).

#### 4.4.3 Oberflächengestaltung

**56.** Für die Gestaltung der Oberflächen wird folgendes empfohlen:

- a. Erstellen eines professionellen Farb- und Materialkonzeptes (E&E).
- b. Bebilderung mit beruhigenden und abwechslungsreichen Motiven (Evidenzlevel IV).
- c. Schallbrechende Oberflächengestaltung (GP).
- d. Robuste/glatte und leicht zu reinigende/zu desinfizierende Oberflächen (GP).
- e. Materialien mit natürlichen Oberflächen/Baustoffe mit möglichst natürlichem Charakter nutzen (GP).
- f. Sicherheitsverleihende, rutschfeste und dunkle Fußböden (Evidenzlevel IV, GP).

#### Begründung

Die Renovierung und Verschönerung sanierungsbedürftiger und kalter Räume wird in den Studien durchgehend als aggressionsmindernd beschrieben und führt zu einer signifikanten Verringerung von Isolierung und/oder Fixierung [3, 53, 54].

Es gibt eine Reihe von Veröffentlichungen, die bestimmte Farben als beruhigend oder belebend ausweisen. Hinzu kommt, dass Farben auf Menschen je nach Stimmung unterschiedlich wirken können: Bunte Farben sollen beispielsweise auf Menschen mit Depressionen belebend wirken, während sie agitierte Menschen überfordern können [27, 55]. Letztendlich erscheint die Diskussion der richtigen Farbwahl sehr subjektiv, Zeitgeist getrieben und wenig evidenzbasiert. Aus diesem Grund werden in diesen Planungshilfen keine spezifischen Farben für die Ausstattung einer Akutstation empfohlen, sondern wird geraten, in ein professionelles, auf den Bedarf der Station abgestimmtes Farb- und Materialkonzept zu investieren. Dabei sollen Farben bewusst dazu eingesetzt werden, um Flure und Räumlichkeiten zu gliedern und in Zonen zu teilen sowie Aufmerksamkeitspunkte zu schaffen. Diese Maßnahmen sollen den Patientinnen und Patienten helfen, sich auf der Station gut zu orientieren [28].

Eine visuell kontrastreiche Gestaltung von Raumelementen (z. B. Türen), welche durch Ausstattungselemente (z. B. Spiegel) an der Wand bzw. dem Boden ergänzt werden, führen zu einer leichteren Wahrnehmung und Auffindbarkeit. Insbesondere in der Gerontopsychiatrie, in der mit einem größeren Anteil an Patientinnen und Patienten mit visuellen Einschränkungen gerechnet werden muss, sollte dieser Effekt gezielt Anwendung finden [28].

Die Gestaltung der Wände mit Bildern mit reizminimierten beruhigenden Motiven wie z. B. Natur- oder Landschaftsdarstellungen kann zu einer Reduktion von Angst führen [18, 27]. Dahingegen kann abstrakte oder zu viel Kunst beunruhigend wirken [55].

Bei den Materialien für die Oberflächen ist nicht nur zu beachten, dass sie schallbrechend sind (siehe Raumakustik), sondern sie sollten sowohl robust als auch ansprechend sein. Nicht robuste Oberflächen verlieren schnell ihre Wertigkeit und damit ihren ansprechenden Charakter (BOK). Materialien, die einen natürlichen Charakter haben wie Holz oder Stein, wird dabei ein größerer Wohlgefühlcharakter nachgesagt (BOK, Expertinnen und Experten LFBPN).

Rutschfeste Böden sollen unnötigen Unfällen vorbeugen. Auch dies schafft das Gefühl, sich allzeit sicher auf Akutstationen bewegen zu können (BOK). Dunkle Bodenbeläge, die sich farblich deutlich von den Wänden abgrenzen, helfen dem sicheren Stand, da sie die Orientierung im Raum verbessern. Dies ist insbesondere in der Gerontopsychiatrie relevant [40].

#### 4.4.4 Raumakustik

**57.** Für die Raumakustik wird folgendes empfohlen:

- a. Verwendung schallabsorbierender Materialien (GP).
- b. Schalldichte Wände und Türen (Evidenzlevel IV).
- c. Trittschallreduzierende Maßnahmen (Evidenzlevel IV).
- d. Akustikelemente (Evidenzlevel IV).

**58.** Akustische Maßnahmen müssen bedarfsgerecht, insbesondere in Patientinnen- und Patientenzimmern (Gewährleistung eines ruhigen Schlafes) sowie in Speisesälen (z. B. Vermeidung unangenehmer Geräuschkulissen in Speisesälen) angebracht werden. In Therapeutinnen- und Therapeutenzimmern können sie angebracht werden. Hier ist die Raumgröße entscheidend. Wand- und Türqualitäten sind entsprechend dem Schutz der Persönlichkeitsrechte auszugestalten (Expertinnen und Experten LFBPN).

#### Begründung

Lärm fördert aggressives Verhalten und Ängste [55]. Akustische Belästigungen, beispielsweise durch hohe Geräuschpegel in Gruppenräumen oder auch durch nächtliche Ruhestörungen bei Akutaufnahmen, können bei Patientinnen und Patienten sowie bei dem Personal massiven Stress verursachen und führen damit zu einer Störung der therapeutischen Umwelt. Die Reduktion von Lärm ist daher ein relevantes Element im Schaffen einer deeskalierenden Atmosphäre auf einer Akutstation [15].

#### 4.4.5 Raumklima

**59.** Leichter Zugang zu frischer Luft durch individuelles Öffnen der Fenster (LL).

**60.** Auf Akutstationen bedarf es Klimaanlage, die je nach Raum individuell einstellbar sind (E&E).

**61.** Isolierräume müssen eine externe Temperatur- und Frischluftkontrolle haben (LL).

#### Begründung

Frische Luft hat eine positive und entspannende Wirkung auf die Patientinnen und Patienten (NICE [12, 13]). Zum Bewahren weitgehender Autonomie unter den Bedingungen einer Unterbringung auf einer Akutstation ist es auch wichtig, dass Patientinnen und Patienten selbstständig die Temperatur und die Frischluft in Räumen regeln können. Zusätzlich zu der Möglichkeit der Frischluftzufuhr müssen Akutstationen aber auch über Klimaanlage verfügen, die individuell eingestellt werden können. Dies ist notwendig, da die Frischluftzufuhr auf Akutstationen aufgrund von Sicherheitsmaßnahmen gerade in heißen Sommern häufig nicht ausreicht, um eine genesungsfördernde Atmosphäre zu gewährleisten.

Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund ihres psychischen Zustandes in Isolierräumen aufhalten, sind unter Umständen nicht in der Lage, die Raumluft und Temperatur selber zu regeln. Hier ist es wichtig, dass dies durch geschultes Personal von außen möglich ist [12].

#### 4.4.6 Technische Sicherheit und Suizidprophylaxe

**62.** Akutstationen müssen über einen Panikknopf am Stützpunkt verfügen, der die Türen der Station im Notfall öffnet (GP).

**63.** Akutstationen müssen über eine Personen-Notruf-Anlage (PNA) verfügen (GP).

- 64.** Videoüberwachung soll im Bedarfsfall installierbar sein (Expertinnen und Experten LFBPN). Für diesen Bedarfsfall sind Leerrohre vorzurüsten (GP).
- 65.** Verhindern von Suizidmöglichkeiten wie Strangulation, Stürze, andere selbstverletzende Handlungen durch bauliche Maßnahmen (Evidenzlevel I, III und IV).

### **Begründung**

Die Situation auf einer Akutstation kann auch eskalieren. Für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie des Personals ist es wichtig, dass in Notsituationen technische Voraussetzungen bestehen, um diese Situationen bestmöglich zu lösen. Wie etwa, dass sich bei einem Brand, alle Türen öffnen, um die Station geordnet und begleitet verlassen zu können und/oder Hilfe von außen anfordern zu können.

Eine dauerhafte Videoüberwachung wird von den Expertinnen und Experten kritisch gesehen und abgelehnt, fördert sie doch das Gefühl des Ausgeliefert- und Beobachtetseins. Sie birgt das Risiko, dass Videoüberwachung anstelle von Personal eingesetzt wird. Trotzdem kann es in unübersichtlich gebauten Akutstationen zu Situationen kommen, in denen die Sicherheit der Patientinnen und Patienten vor Übergriffen nicht durchgehend gewährleistet werden kann. Für so einen situationsbedingten Einsatz von Videoüberwachung sollten Vorrichtungen vorhanden sein.

Suizidprophylaxe ist ein Querschnittsthema bei der architektonisch-baulichen Gestaltung von Akutstationen und psychiatrischen Stationen allgemein. Es gibt eine Fülle von Empfehlungen und guter Evidenz zur suizidprophylaktischen Ausstattung von Akutstationen. Evidenzbasierte Empfehlungen zur Suizidprophylaxe beziehen sich auf

- die Überschaubarkeit der Station [28, 47, 49],
- die Gestaltung oder Sicherung von Ausbauelementen wie Türklinken, Haken, Betten, die nicht zur Strangulation oder anderen selbstverletzenden Maßnahmen genutzt werden können [56, 57],
- die Gestaltung oder Sicherung von Architekturelementen wie Treppenhäusern, Balkonen, Balken vor Stürzen [46, 58],
- und generell auf die Atmosphäre einer Akutstation [28, 59].

Zusammenfassend findet Suizidprophylaxe, genauso wie Deeskalation nicht nur durch die baulich-architektonische Gestaltung statt, sondern natürlich auch in den gelebten Therapiekonzepten, die unter anderem durch die Personalausstattung determiniert werden. Die kontinuierliche Überprüfung der eigenen baulichen und therapeutischen Konzepte ist eine Grundlage für die suizidprophylaktische, genauso wie für die deeskalierende Wirkung einer Akutstation.

## 5 Fazit

Basierend auf dem gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und unter Berücksichtigung der Erfahrungen von Expertinnen und Experten bei der Nutzung von (geschlossenen und offenen) Akutstationen, Pflegepersonal, ärztlichem Personal und insbesondere den Erfahrungen von Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen, konnten 65 Empfehlungen für die architektonisch-bauliche Gestaltung von psychiatrischen Akutstationen identifiziert werden. Die Stärke dieser Empfehlungen besteht in ihrer Verbindung von Evidenz mit einem systematischen Diskussions- und Validierungsprozess mit Vertreterinnen und Vertretern von Nutzern von Akutstationen.

Die Gruppe der Expertinnen und Experten bestätigte tendenziell Empfehlungen nicht, die Patientinnen und Patienten das Gefühl der institutionellen Überwachung und des Ausgeliefertseins vermitteln können, wie z. B. Videoüberwachung oder Sichtfenster in den Zimmertüren. Die Expertinnen und Experten ergänzten Empfehlungen, die aus ihrer Erfahrung zum einen geeignet sind, Beziehung herzustellen, wie die Installation eines Empfangstresens auf Akutstationen. Zum anderen fügten sie Empfehlungen hinzu, welche die Privatsphäre und die Autonomie der Patientinnen und Patienten stärken, und dem Gefühl entgegenwirken, einer Situation ausgeliefert zu sein. Die Expertinnen und Experten bestätigten Empfehlungen, die helfen, die klassischen Konfliktfelder zu vermeiden, wie z. B. Gedränge in den Raucherbereichen oder Zimmernot bei plötzlichem hohem Patientenaufkommen.

Selbstverständlich decken die Empfehlungen nicht alle Aspekte ab, die bei der Neu- oder Umgestaltung einer Akutstation bedacht werden müssen. Auch muss die Umsetzung der Empfehlungen immer den Gegebenheiten vor Ort angepasst werden. Somit ist eine der wichtigsten Erkenntnisse und Empfehlungen dieser Pla-

nungshilfe, dass dem Beginn jedweder baulichen Planung ein therapeutisches/ medizinisches Zielkonzept zugrunde gelegt werden muss. Flankierend hierzu ist ein Betriebsorganisationskonzept und ein Raum- und Funktionsprogramm (RFP) aufzustellen, um den Bedarf in Umfang und Qualität festlegen zu können. Der räumliche Bedarf und die Ausstattung sind mit dem therapeutischen Konzept in Beziehung zu bringen.

Bei der architektonisch-baulichen Neugestaltung muss die Krankenhausleitung von Anfang an die Nutzerinnen und Nutzer einer Akutstation, ärztliches, pflegerisches Personal sowie Patientinnen und Patienten und Angehörige in den Planungs- und Abstimmungsprozess aktiv und kontinuierlich einbinden. Das beginnt mit der Bedarfsermittlung. Erst wenn der Bedarf in Menge und Qualität erfasst ist, kann der erste architektonische Schritt zur Umsetzung erfolgen.

Gerade bei der Planung der Größe und Kapazität der Akutstation, der Lage im Gebäudekomplex, des Platzes pro Patientin und Patienten, der Räumlichkeiten sowie der Fenster und Türen ist äußerste Sorgfalt geboten. Mit dem Ergebnis einschließlich der Versäumnisse im Planungsprozess wird die Klinik jahrzehntelang mit allen Konsequenzen leben müssen. Dieses Ergebnis wird Atmosphäre und Arbeiten der Klinik nachhaltig prägen.

Trotz aller Relevanz der architektonisch-baulichen Gestaltung für eine deeskalierende Atmosphäre auf Akutstationen, bleiben die therapeutischen Konzepte ausschlaggebend dafür, inwieweit deeskalierendes Potenzial genutzt werden kann (60). Die architektonisch-bauliche Gestaltung ist wichtig für eine deeskalierende Atmosphäre, aber sie ersetzt nicht die ständige Überprüfung und Weiterentwicklung der deeskalierenden therapeutischen Konzepte auf einer Akutstation.

## 6 Glossar und Abkürzungsverzeichnis

**Akutraum:** Seine maximale Nutzung besteht in der Absonderung und ggf. der Sicherung durch Fixierungen oder Isolierung von akut eigen- oder fremdgefährdenden Patientinnen und Patienten.

**Aktivitätsflächen:** Bieten den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, sich körperlich zu betätigen, und dienen als Gegenstück zu den ruhigeren Rückzugsorten einer Station. In diesen Räumen können Spiele gespielt und Sport (z. B. Tischkicker oder Tischtennis) getrieben werden.

**Aufstellreserve:** Die Anzahl der Betten, die bei Kapazitätsengpässen zusätzlich zu den Planbetten (siehe Planbett) eingerichtet und belegt werden können. Die Aufstellreserve kann maximal 10% betragen. Alle Akutstationen sollten über eine Aufstellreserve verfügen.

**BOK:** Betriebsorganisationskonzept, beschreibt die Zusammenhänge zwischen den Leistungen, den dazugehörigen Strukturen und Prozessen und den Organisationsformen eines Krankenhauses.

**Besondere Sicherungsmaßnahmen:** Dienen der Abwehr einer gegenwärtigen erheblichen Gefahr für das Leben oder die Gesundheit einer untergebrachten Patientin oder eines untergebrachten Patienten sowie eines Dritten. Sie sind nur zulässig, wenn die Gefahr nicht durch weniger eingreifende Maßnahmen abgewendet werden kann. Zu den besonderen Sicherungsmaßnahmen zählen insbesondere Fixierung und Isolierung. Näheres zur Anordnungsbefugnis, Zulässigkeit, Durchführung und richterliche Genehmigung der Maßnahmen, regeln je nach Grundlage der Unterbringung die jeweiligen Unterbringungsgesetze oder Maßregelvollzugsgesetze der Bundesländer oder das Betreuungsrecht (BGB).

**BGB:** Bürgerliches Gesetzbuch, regelt die Rechtsbeziehungen zwischen Privatpersonen und steht damit in Abgrenzung zum öffentlichen Recht. Eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik ohne oder gegen den Willen der oder des Betroffenen ist nach § 1906 BGB bzw. bei Minderjährigen nach § 1631b BGB möglich. Voraussetzung ist, dass die Betreuerin oder der Betreuer (§ 1906 BGB) oder die Erziehungsberechtigten (§ 1631b BGB) die Unterbringung beantragten. Die Unterbringung bedarf der Genehmigung durch ein Betreuungs- bzw. Familiengericht.

**„Comfort Room“:** Auch Sinnesräume genannt, sind Räume, welche zur Entspannung der Patientinnen und Patienten beitragen sollen. Diese bieten die Möglichkeit, alle Sinne anzusprechen (bspw. durch verschiedene Gerüche, Musik oder durch die Möglichkeiten, die Lichtfarbe zu verändern oder die Lichtintensität zu dimmen).

**Deeskalation:** Die stufenweise Verringerung, Verhinderung und Beruhigung einer angespannten Situation und verhält sich somit gegenteilig zur Eskalation.

**E&E:** Eine Gruppe von Expertinnen und Experten, die vom LFBPN beauftragt wurden, um an der Entwicklung der Planungshilfen mitzuwirken. Zu ihnen gehörten Patientinnen und Patienten, Angehörige, Pflegepersonal sowie ärztliches und therapeutisches Personal.

**Fixierung:** Einschränkung der Bewegungsfreiheit zur Ruhigstellung einer Patientin oder eines Patienten durch mechanische Vorrichtungen, ggf. ergänzt durch die Gabe von Medikamenten. Erfolgt eine Fixierung als besondere Sicherungsmaßnahme und damit gegen den natürlichen Willen der Patientin oder des Patienten, so gelten die entsprechenden rechtlichen Voraussetzungen (siehe besondere Sicherheitsmaßnahmen).

**Geschützte Außenanlage:** Ein für die Patientinnen und Patienten einer Akutstation frei zugänglicher Bereich im Freien, wie einen Garten oder einen Hof. Ein Zaun oder eine ähnliche Vorrichtung schützt vor dem Entweichen aus der Außenanlage.

**GP:** Good Practices bezeichnet die Umsetzung von Maßnahmen oder hier BOKs, die sich in der praktischen Anwendung als erfolgreich erwiesen haben und als Modell dienen können.

**Isolerraum:** Seine maximale Nutzung besteht in der Absonderung einer Patientin oder eines Patienten.

**Isolierung:** Das Unterbringen einer Patientin oder eines Patienten in einem besonders gesicherten Raum ohne gefährdende Gegenstände. Erfolgt die Isolierung als besondere Sicherungsmaßnahme und damit gegen den natürlichen Willen der Patientin oder des Patienten, so gelten die entsprechenden rechtlichen Voraussetzungen (siehe besondere Sicherheitsmaßnahmen).

**KHG:** Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundesgesetz mit dem Zweck, Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

**LFBPN:** Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen, Fachgremium unabhängiger Expertinnen und Experten, das vom MS zu dessen Beratung eingesetzt wurde. Zu den Expertinnen und Experten gehören neben Vertretern der klinischen und ambulanten psychiatrischen Versorgung, der Wissenschaft und Politik auch Vertreter der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen.

**MS:** Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.

**NLBL:** Niedersächsisches Landesamt für Bau und Liegenschaften.

**Nutzungsfläche:** Hierzu zählen nach der Flächennorm DIN 277 Räume und Flächen für Wohnen und Aufenthalt, Büroarbeit, Lagern, Heilen, Pflegen, Therapie etc. (NUF 1–7) einer Akutstation. Vorrangig findet im Gebäudetyp Krankenhaus die Funktionennorm DIN 13 080 – Gliederung eines Krankenhauses in Funktionsbereiche und Funktionsstellen (NUF 1.0 – 7.0) Anwendung. Die Pflege psychisch Kranker unter der Funktionsstelle 2.07. Im Ergebnis umfasst die Nutzungsfläche alle Räume und Flächen einer Station außer den Verkehrswegen (Fluren) und den Technikflächen.

**Planbett:** Die Anzahl der Planbetten einer Einrichtung ist die Summe der durch die Krankenhausplanung genehmigten, zur Versorgung der Bevölkerung notwendigen Kapazität in den jeweiligen durch den Krankenhausplan definierten Fachgebieten.

**Psychiatrische Akutstation:** Nimmt psychisch kranke Menschen kurzfristig für eine intensiv psychiatrische Versorgung und zum Schutz bei Eigen- oder Fremdgefährdung auf. Patientinnen und Patienten können sowohl freiwillig als auch auf richterliche Anordnung auf einer psychiatrischen Akutstation untergebracht sein. Psychiatrische Akutstationen können sowohl offen als auch geschützt, also mit zeitweise oder durchgehend geschlossenen Eingangstüren, geführt werden.

**PsychKG:** Psychiatriegesetze der Länder, Landesgesetze, die die freiheitsentziehende Unterbringung psychisch kranker Menschen im Falle akuter Selbst- und/oder Fremdgefährdung in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus oder einer psychiatrischen Klinik eines Allgemeinkrankenhauses regeln. Voraussetzung für eine Einweisung nach PsychKG ist die Eigen- und/oder Fremdgefährdung bei psychischer Erkrankung, ein dies feststellendes ärztliches Zeugnis und ein richterlicher Unterbringungsbeschluss des zuständigen Amtsgerichts.

**Stationsgröße:** Die Anzahl der Planbetten (siehe Planbett) einer Station definiert die maximale Anzahl an Betten (ohne Aufstellreserve), für die diese Station bei regulärem Betrieb geplant ist.

**Sinnesraum:** siehe „Comfort Room“.

**StGB:** Strafgesetzbuch, bestimmt die Voraussetzungen und Rechtsfolgen strafbaren Handelns. Eine Unterbringung in einer Klinik des Maßregelvollzugs kann nach § 63 StGB oder § 64 StGB angeordnet werden. Voraussetzung ist, dass die Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung (§ 63 StGB) oder im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung (§ 64 StGB) begangen wurde und dass zu erwarten ist, dass ohne diese Unterbringung in der Zukunft aufgrund der festgestellten Erkrankung mit weiteren erheblichen rechtswidrigen Straftaten gerechnet werden muss.

**StPO:** Strafprozessordnung, umfassender Gesetzestext, der die Vorschriften für die Durchführung des Strafverfahrens im weiteren Sinne beinhaltet. Eine Unterbringung nach § 126a StPO in einer Klinik des Maßregelvollzugs erfolgt bei dem Verdacht auf eine Straftat, die zu einer Unterbringung nach § 63 StGB oder § 64 StGB führen kann.

**Technische Arbeitsgruppe:** Bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des MS aus den Referaten Krankenhäuser und Psychiatrie sowie Vertreterinnen des NLBL, des Referats Krankenhausbau. Die Technische Arbeitsgruppe leitete das Erstellen der Planungshilfen.

**Time-Out Raum:** Time-Out Räume dienen der Absonderung von Patientinnen und Patienten auf freiwilliger Basis. Diese Absonderung kann theoretisch überall erfolgen.

**Verkehrswege:** Verkehrswege beschreiben die Wege für die Patientinnen und Patienten sowie für das Pflegepersonal zwischen den einzelnen Bereichen auf einer Station.



## 7 Literatur

1. Bowers L. Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. *Psychiatric Services*. 2009; 60(2): 231-9.
2. Georgieva I, de Haan G, Smith W, Mulder CL. Successful reduction of seclusion in a newly developed psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care*. 2010; 6(1): 31-8.
3. Hirsch SL. Evidenzbasierte nicht-pharmakologische Interventionen zur Reduktion von mechanischen Zwangsmaßnahmen bei Erwachsenen in psychiatrischen Kliniken – ein systematisches Review. Medizinische Fakultät der Universität Ulm, 2017.
4. Jenkins O, Dye S, Foy C. A study of agitation, conflict and containment in association with change in ward physical environment. *Journal of Psychiatric Intensive Care*. 2015; 11(1): 27-35.
5. Lawson BR, Phiri M. The Architectural Healthcare Environment and its Effects on Patient Health Outcomes. A report on an NHS estates-funded research project. 2003.
6. Olver J, Love M, Daniel J, Norman T, Nicholls D. The impact of a changed environment on arousal levels of patients in a secure extended rehabilitation facility. *Australasian Psychiatry*. 2009; 17(3): 207-11.
7. Sivakumaran H, George K, Pfukwa K. Reducing restraint and seclusion in an acute aged person's mental health unit. *Australasian Psychiatry*. 2011; 19(6): 498-501.
8. Taxis JC. Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in mental health nursing*. 2002; 23(2): 157-70.
9. Wesuls R, Heinzmann T, Brinker L. Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa): Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen. Unfallkasse Baden-Württemberg, 2005.
10. DGPPN. S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (Langversion – Fassung vom 10.09.2018), AWMF-Register Nr. 038-022. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., 2018.
11. DGPPN, DGN. S3-Leitlinie Demenzen, AWMF-Register-Nr.: 038-013, Langversion. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2016.
12. NICE. NICE guideline [NG10]. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. National Institute for Health and Care Excellence., 2015.
13. Royal College of Nursing. Clinical Practice Guidelines. Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Royal College of Nursing, 2005.
14. Hallett N, Huber JW, Dickens G. Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. *Aggression and Violent Behavior*. 2014; 19(5): 502-14.
15. Ulrich RS, Bogren L, Lundin S. Towards a design theory for reducing aggression in psychiatric facilities. In: *Arch12: Architecture/Research/Care/Health*. Chalmers Institute of Technology, 2012.

16. Van Der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM, Janssen WA, Noorthoorn EO. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *British Journal of Psychiatry*. 2013; 202(2): 142-9.
17. Bowers L, Van Der Merwe M, Nijman H, Hamilton B, Noorthorn E, Stewart D, et al. The practice of seclusion and time-out on English acute psychiatric wards: the City-128 Study. *Archives of psychiatric nursing*. 2010; 24(4): 275-86.
18. Connellan K, Gaardboe M, Riggs D, Due C, Reinschmidt A, Mustillo L. Stressed spaces: mental health and architecture. *HERD*. 2013; 6(4): 127-68.
19. Stolker JJ, Nijman HLI, Zwanikken P-H. Are Patients' Views on Seclusion Associated With Lack of Privacy in the Ward? *Archives of Psychiatric Nursing*. 2006; 20(6): 282-7.
20. Müller JL, Saimeh N, Briken P, Eucker S, Hoffmann K, Koller M, et al. Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB: Interdisziplinäre Task-Force der DGPPN. *Nervenarzt*. 2017; 88(Suppl 1): 1-29.
21. NAPICU. National Minimum Standards for Psychiatric Intensive Care in General Adult Services. National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Secure Units, 2014.
22. NAPICU, DiMHN. Design Guidance for Psychiatric Intensive Care Units. National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Secure Units; Design in Mental Health Network, 2017.
23. Muir-Cochrane EC, Baird J, McCann TV. Nurses' experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: a qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2015; 22(2): 109-15.
24. Waller S. Changing spaces. *Mental Health Practice*. 2008; 12(3): 14-6.
25. Allen D. Simple steps to a quieter life. *Mental Health Practice*. 2006; 10(3): 9.
26. Kalagi J, Otte I, Vollmann J, Juckel G, Gather J. Requirements for the implementation of open door policies in acute psychiatry from a mental health professionals' and patients' view: A qualitative interview study. *BMC Psychiatry*. 2018; 18(1): 304.
27. Karlin BE, Zeiss RA. Environmental and therapeutic issues in psychiatric hospital design: toward best practices. *Psychiatric Services*. 2006; 57(10): 1376-8.
28. UniversalRaum. Evidenzbasierte Psychiatriearchitektur. Institut für evidenzbasierte Architektur im Gesundheitswesen; Zugriff 09.12.2019. <http://www.eph-psychiatrie.de/home>.
29. Mackey S, Bornstein S. Mental Health Units in Acute-Care Facilities. Newfoundland & Labrador Centre for Applied Health Research, 2017.
30. Wilson C, Rouse L, Rae S, Kar Ray M. Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2018; 25(3): 188-200.
31. Mielau J, Altunbay J, Heinz A, Reuter B, Bempohl F, Rentzsch J, et al. Psychiatrische Zwangsmaßnahmen: Prävention und Präferenzen aus Patientenperspektive. *Psychiatrische Praxis*. 2017; 44(6): 316-22.
32. Papoulias C, Csipke E, Rose D, McKellar S, Wykes T. The psychiatric ward as a therapeutic space: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2014; 205(3): 171-6.
33. Cummings KS, Grandfield SA, Coldwell CM. Caring with comfort rooms: Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2010; 48(6): 26-30.
34. Scanlan JN, Novak T. Sensory approaches in mental health: A scoping review. *Aust Occup Ther J*. 2015; 62(5): 277-85.
35. Sivak K. Implementation of comfort rooms to reduce seclusion, restraint use, and acting-out behaviors. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2012; 50(2): 24-34.
36. Smith S, Jones J. Use of a sensory room on an intensive care unit. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2014; 52(5): 22-30.
37. Björkdahl A, Perseus KI, Samuelsson M, Lindberg MH. Sensory rooms in psychiatric inpatient care: Staff experiences. *Int J Ment Health Nurs*. 2016; 25(5): 472-9.
38. Scalzo S. Design for Mental Health. Towards an Australian Approach. Winston Churchill Memorial Trust, 2016.

39. Giarelli E, Nocera R, Jobes M, Boylan C, Lopez J, Knerr J. Exploration of Aggression/Violence Among Adult Patients Admitted for Short-term, Acute-care Mental Health Services. *Archives of psychiatric nursing*. 2018; 32(2): 215-23.
40. Büter K, Marquardt G. *Handbuch und Planungshilfe: Demenzsensible Krankenhausbauten*. DOM Publishers, 2019.
41. Mazzei F, Gillan R, Cloutier D. Exploring the influence of environment on the spatial behavior of older adults in a purpose-built acute care dementia unit. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*. 2014; 29(4): 311-9.
42. Ulrich RS, Bogren L, Gardiner SK, Lundin S. Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*. 2018; 57: 53-66.
43. Daykin N, Byrne E, Soteriou T, O'Connor S. The impact of art, design and environment in mental healthcare: a systematic review of the literature. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*. 2008; 128(2): 85-94.
44. Shepley MM, Watson A, Pitts F, Garrity A, Spelman E, Fronsman A, et al. *Mental and Behavioral Health Environments: Measurement of Building Performance*. 2013.
45. Platt LS, Bosch SJ, Kim D. Toward a Framework for Designing Person-Centered Mental Health Interiors for Veterans. *Journal of Interior Design*. 2017; 42(2): 27-48.
46. Becker K, Schmidtke A, Glasow N. Suizidpräventive Architektur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 2019; 47(1): 9-18.
47. Lieberman DZ, Resnik HLP, Holder-Perkins V. Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004; 34(4): 448-53.
48. Department of Health. *Environmental Design Guide. Adult Medium Secure Services*. Department of Health, Secure Services Policy Team, National Health Service, 2011.
49. Bowers L, Alexander J, Bilgin H, Botha M, Dack C, James K, et al. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2014; 21(4): 354-64.
50. Larson TC, Sheitman BB, Kraus JE, Mayo J, Leidy L. Managing treatment resistant violent adolescents: a step forward by substituting seclusion for mechanical restraint? *Adm Policy Ment Health*. 2008; 35(3): 198-203.
51. Crockford D, Kerfoot K, Currie S. The impact of opening a smoking room on psychiatric inpatient behavior following implementation of a hospital-wide smoking ban. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2009; 15(6): 393-400.
52. Richter D, Hoffmann H. *Architektur und Design psychiatrischer Einrichtungen*. *Psychiatrische Praxis*. 2014; 41(03): 128-34.
53. Borckardt JJ, Madan A, Grubaugh AL, Danielson CK, Pelic CG, Hardesty SJ, et al. Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*. 2011; 62(5): 477-83.
54. Bowers L, Stewart D, Papadopoulos C, Iennaco JD. Correlation between levels of conflict and containment on acute psychiatric wards: the city-128 study. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2013; 64(5): 423-30.
55. Iyendo TO, Uwajeh PC, Ikenna ES. The therapeutic impacts of environmental design interventions on wellness in clinical settings: A narrative review. *Complement Ther Clin Pract*. 2016; 24: 174-88.
56. Hunt IM, Windfuhr K, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Ligature points and ligature types used by psychiatric inpatients who die by hanging: anational study. *Crisis*. 2012; 33(2): 87-94.
57. USDVA, CFM. *Design guide: Mental health facilities 2010, revised 12.01.2017*. US Department of Veterans Affairs; Office of Construction & Facilities Management, 2017.
58. Ruff F, Hemmer A, Bartsch C, Glasow N, Reisch T. Suizide während psychiatrischen Hospitalisationen: Eine systematische Erfassung für die Schweiz zwischen 2000 und 2010. *Psychiatrische Praxis*. 2018; 45(6): 307-13.
59. Glasow N, Reisch T. *Architektur und Suizidprävention im psychiatrischen Kontext. Suizidprophylaxe*. 2015; 42(3): 90-7.
60. Brieger P, Steck S, Kilian R, Hamann J. Prä-/Post-Untersuchung des Effektes von Umzug und Neubau einer psychiatrischen Klinik auf die Stationsatmosphäre in der Wahrnehmung von Patienten und Mitarbeitern. *Psychiatr Prax*. 2020; 47(3): 154-7.



## 8 Danksagung

Wir danken herzlich den Expertinnen und Experten, die im Auftrag des Landesfachbeirats Psychiatrie Niedersachsen in mehreren Diskussionsrunden an der Erstellung und Verifizierung der Planungshilfen mitgewirkt haben. Diese waren:

- Karin Aumann (Patientinnen- und Patientenvertreterin, Hannover),
- Barbara Blecks (Pflegerin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrische Klinik Lüneburg)
- Christopher Alexander Daratz (Arzt, Kinder- und Jugendpsychiatrie, AWO Psychiatriezentrum Königslutter)
- Prof. Dr. Detlef E. Dietrich (Arzt, AMEOS Klinikum Hildesheim)
- Prof. Dr. Petra Garlipp (Ärztin, Erwachsenenpsychiatrie, Burghof-Klinik Rinteln)
- Dr. Ibrahim Özkan (Psychologin, Nds. Maßregelvollzugszentrum, Moringen)
- Katrin Salomé (Pflegerin, Nds. Maßregelvollzugszentrum, Bad Rehburg)
- Georg Schnieders (Pflegerin, Erwachsenenpsychiatrie, Dr. Fontheim, Liebenburg)
- Nadja Stehlin (Betroffenenvertreterin, Peine)
- Marlis Wiedemann (Angehörigenselfsthilfe, Braunschweig)
- Prof. Dr. Marc Ziegenbein (Arzt, Erwachsenenpsychiatrie, Klinikum Warendorff, Sehnde/Ilten)

Für das Erstellen der Protokolle zu den Diskussionsrunden und des Glossars danken wir auch:

- Anna Menze (Landesvereinigung für Gesundheit)
- Kim Köhler (Praktikantin im Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung)







**Niedersächsisches Ministerium  
für Soziales, Gesundheit  
und Gleichstellung**

Herausgeber:

Niedersächsisches Ministerium für Soziales,  
Gesundheit und Gleichstellung  
Hannah-Arendt-Platz 2  
30159 Hannover

[www.ms.niedersachsen.de](http://www.ms.niedersachsen.de)

Veröffentlichung: Januar 2022

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen der  
Niedersächsischen Landesregierung, nicht zur Wahlkampfwerbung  
in Wahlkämpfen verwendet werden.