

**Ausschuss für Angelegenheiten der  
psychiatrischen Krankenversorgung  
des Landes Sachsen-Anhalt**

**Geschlossene Unterbringung im Heim**

Beiträge zur Diskussion



**SACHSEN-ANHALT**



**Ausschuss  
für Angelegenheiten  
der psychiatrischen Krankenversorgung  
des Landes Sachsen-Anhalt**

**Geschlossene Unterbringung im Heim**  
Beiträge zur Diskussion

Herausgegeben von  
Felix M. Böcker, Naumburg

Redaktionsschluss  
Halle, Mai 2008

Ausschuss für Angelegenheiten  
der psychiatrischen Krankenversorgung  
des Landes Sachsen-Anhalt  
Geschäftsstelle  
c/o Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt

Maxim-Gorki-Straße 7  
06114 Halle/Saale  
Tel.: (0345) – 514 30 37 / 41  
Fax : (0345) – 514 31 84  
E-Mail: Gudrun.Fiss@lvwa.sachsen-anhalt.de

[www.psychiatrieausschuss.sachsen-anhalt.de](http://www.psychiatrieausschuss.sachsen-anhalt.de)

**Ausschuss für Angelegenheiten der  
psychiatrischen Krankenversorgung  
des Landes Sachsen-Anhalt**

**Geschlossene Unterbringung im Heim  
- Beiträge zur Diskussion -**

**Inhalt:**

<b>Vorwort (F. M. Böcker)</b>	<b>1</b>
<b>Auszug aus dem 12. Bericht des Ausschusses (2005): Geschlossene Heime in Sachsen-Anhalt (J. Müller)</b>	<b>3</b>
<b>Gastbeitrag: Positionspapier der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt (Januar 2007)</b>	<b>8</b>
<b>Ergebnisse einer Arbeitsgruppe des Ausschusses (Böcker, Geppert, Gottfried, Herrmann, Müller, Reuter, Scheffler):</b>	<b>19</b>
- Rechtlicher Rahmen (M. Gottfried)	19
- Demenz (K.-L. Geppert)	21
- Sucht (K. Reuter)	24
- Chronische psychische Erkrankungen (F. M. Böcker)	26
- Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung (S. Herrmann)	31
- Störungen des Sozialverhaltens bei Jugendlichen (W. Scheffler)	32
<b>Auszug aus dem 14. Bericht des Ausschusses (2007): Geschlossene Unterbringung im Heim: Rechtliche Aspekte (F. M. Böcker)</b>	<b>35</b>
<b>Anhang:</b>	
<b>Checkliste „Indikation zur Heimaufnahme bei suchtkranken (alkoholabhängigen) Patienten“ (F. M. Böcker)</b>	<b>48</b>



## **Vorwort:**

Seit ihrer Gründung im 19. Jahrhundert waren die großen psychiatrischen Krankenhäuser konzipiert als Heil- und Pflegeanstalten. Neben den akut Kranken lebten zahlreiche Patienten dort für Jahrzehnte, und viele dieser „Anstaltsinsassen“ waren gegen ihren Willen untergebracht. 1980, als ich im Bezirkskrankenhaus Günzburg Daten für meine Dissertation über Außenkontakte von ersteinweisungenen oder langfristig untergebrachten psychosekranken Patienten zu sammeln hatte (Böcker 1982, 1984), gab es dort noch mehr als 200 sog. Langzeitpatienten. Die sozialrechtliche Abgrenzung der „Pflegefälle“ von den „Behandlungsfällen“ war eine der „aktuellen Kernfragen in der Psychiatrie“, die vor zwanzig Jahren auf dem DGPN-Kongress behandelt wurden (Böcker & Weig 1988).

Im Anschluss an die Psychiatrie-Enquête (1970 - 1975) ist in Deutschland nach und nach ein Prozess der Enthospitalisierung in Gang gekommen. Die Absicht war, die Ausgrenzung zu beenden und auch Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen ein weitgehend selbst bestimmtes Leben in der Gemeinde zu ermöglichen. So habe ich in Bayreuth erlebt, wie Menschen, die seit Jahrzehnten im Nervenkrankenhaus gelebt und gearbeitet hatten, zunächst auf einer speziellen Rehabilitationsstation für das Leben außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses trainiert und dann in kleinen Gruppen enthospitalisiert wurden. Dennoch sind die Langzeitstationen der meisten Großkrankenhäuser nicht aufgelöst, sondern zu Beginn der neunziger Jahre zu „vorläufigen Heimbereichen“ umgewidmet worden, damit auf diesen Stationen die neue Psychiatrie-Personalverordnung nicht zur Anwendung gebracht werden musste. Wenig später begann auch in den aus der ehemaligen DDR entstandenen „Neuen Bundesländern“ die Umhospitalisierung der Langzeitpatienten durch Umwidmung von Stationen oder Verlegung in Heime. Das Kernproblem der Ausgrenzung chronisch psychisch Kranker wurde durch die Psychiatrie-Reform nur teilweise gelöst, überwiegend aber in die Heime verlagert (Böcker 2005). Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt hat dazu in jedem seiner bislang 14 Berichte kritisch Stellung genommen.

Nicht genug damit, dass das Ärgernis der Ausgrenzung nicht überwunden werden konnte: Auch die Möglichkeit der Unterbringung gegen den Willen der Betroffenen, früher der psychiatrischen Klinikbehandlung vorbehalten, ist mit den Bewohnern auf die Heime übergegangen. Mangel an Krankheitsgefühl, Mangel an Krankheitseinsicht, Ablehnung der Behandlung, störendes und herausforderndes Verhalten, Selbstgefährdung und Gefährdung von Ordnung und Sicherheit können nun einmal mit psychischen Erkrankungen einhergehen, zu einer Abwägung zwischen Selbstbestimmungsrecht und Fürsorgepflicht zwingen und in eine Intervention gegen den Willen des oder der Betroffenen münden. In der Vergangenheit war damit die Notwendigkeit einer stationären psychiatrischen Behandlung unabweisbar gegeben. In der Gegenwart ist das nicht mehr der Fall. Die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches und des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit gestatten es durchaus, unterbringungsähnliche Maßnahmen oder eine mit Freiheitsentzug verbundene Unterbringung in einem Heim richterlich zu genehmigen.

Die geschlossene Unterbringung im Heim steht den Zielen der Psychiatriereform diametral entgegen; sie bildet geradezu den Prototyp eines kustodialen Umgangs mit schwierigen, unbequemen Menschen. Auf der anderen Seite ist die langfristige geschlossene Unterbringung noch immer gesellschaftliche Realität. Gerade weil diese Praxis den Prinzipien der Reformbewegung entgegensteht, darf sie nicht schamhaft verschwiegen oder diskret übergangen werden. Sie bedarf in besonderer Weise der aufmerksamen und kritischen Bewertung und Begleitung. Menschen, die im Heim leben, stehen ohnehin eher abseits und nicht im Blickpunkt der Öffentlichkeit.

Ob die Voraussetzungen für die Anordnung und Genehmigung der Unterbringung erfüllt sind, wird von der Rechtssprechung im Verfahren nach strengen Maßstäben geprüft; insbesondere muss die Verhältnismäßigkeit des Grundrechtseingriffes, den der Freiheitsentzug darstellt, gewahrt sein. Wer die Kommentierung der höchstrichterlichen Rechtssprechung in der Fachzeitschrift „Recht und Psychiatrie“ verfolgt, wird bestätigen können, dass die Anforderungen an die Verfahrensbeteiligten immer höher geschraubt werden. Weniger streng

wird nach den Erfahrungen des Ausschusses darüber gewacht, wo die Unterbringung vollzogen und wie sie im Einzelnen ausgestaltet wird. Dies hat der Ausschuss zum Anlass genommen, sich intensiver mit der geschlossenen Unterbringung im Heim zu beschäftigen. Ein erstes Ergebnis war ein Beitrag über geschlossene Heime von Joachim Müller/Jerichow im 12. Bericht des Ausschusses (2005). Im Januar 2007 hat die LIGA der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt ein Positionspapier zur geschlossenen Unterbringung von Menschen mit Behinderungen (seelischen und geistigen) zur Diskussion gestellt mit Aussagen zum Bedarf und zur Ausstattung. Eine Arbeitsgruppe des Ausschusses hat sich um eine differenzierte Beschreibung von Voraussetzungen für die Unterbringung und Anforderungen an die Einrichtung bei fünf verschiedenen klinischen Gruppen von Betroffenen bemüht, und mit dem 14. Bericht des Ausschusses wurde eine Reihe von Fragen zu rechtlichen Aspekten der Ausgestaltung der geschlossenen Unterbringung im Heim an den Landtag und die Landesregierung von Sachsen-Anhalt gerichtet.

Der Ausschuss hat vorgeschlagen, definierte Anforderungen an die Träger von Einrichtungen, die in Heimen geschlossene Unterbringungen oder unterbringungsähnliche Maßnahmen vollziehen, in dem neu zu erarbeitenden Heimgesetz besonders zu verankern. Um diesem Anliegen Nachdruck zu verleihen und eine Diskussion über die Bedingungen der geschlossenen Unterbringung im Heim in Sachsen-Anhalt anzustoßen, hat der Ausschuss die genannten vier Beiträge zu einem Schwerpunkt-Heft im Rahmen seiner Schriftenreihe zusammengestellt.

Zu danken ist der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Sachsen-Anhalt e.V., insbesondere dem Geschäftsführer, Herrn Bodewein, und dem Beauftragten für den Ausschuss, Herrn Dr. Daßler, für die Genehmigung zum Abdruck des Positionspapiers, sowie dem Landesverwaltungsamt und seinem Präsidenten, Herrn Leimbach, für die Übernahme der Druckkosten. Im Namen der Ausschuss-Mitglieder hoffe ich, mit dieser Publikation zum Nachdenken anzuregen und eine aktive und lebendige Diskussion über die Gestaltung freiheitsentziehender Maßnahmen anzustoßen.

Naumburg, im November 2007

Felix M. Böcker,  
Vorsitzender des Ausschusses

#### Literatur:

Böcker F, W Weig (1988): Aktuelle Kernfragen in der Psychiatrie. Heidelberg: Springer

Böcker FM (1982): Kontakte zwischen Patienten mit endogenen Psychosen und Bezugspersonen des gewohnten sozialen Umfelds während stationärer Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus. Med Diss, Erlangen.

Böcker FM (1984): Langfristig untergebrachte chronisch Schizophrene: Wie häufig haben sie Kontakt zu Bezugspersonen außerhalb der Klinik? Psycho 10: 21-33.

Böcker FM (1984): Soziale Integration und Kontakte zu Bezugspersonen des gewohnten sozialen Umfelds während stationärer Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus - eine prospektive katamnestische Untersuchung an erstmals aufgenommenen Patienten mit schizophrenen und cyclothymen Psychosen. European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences 234: 250-257.

Böcker FM (2005): Kommunale Psychiatrie und Zukunft der Heime. Krankenhauspsychiatrie 16: 18-24.



## **„Geschlossene“ Heime in Sachsen-Anhalt?**

Joachim Müller, Jerichow

### **Vorbemerkung**

Die Frage nach Möglichkeiten geschlossener Heimunterbringung in Sachsen-Anhalt wird in Abständen immer wieder von Angehörigen, Betreuern und Sozialamtmitarbeiterinnen an den Ausschuss herangetragen. Die Auskünfte, die wir geben können, sind begrenzt, denn es gibt nur wenige Möglichkeiten. Aber brauchen wir mehr? Bedarf es überhaupt geschlossener Plätze? Wenn ja, für wen und wie viel? Hier sollen erste Gedanken zum Thema vorgetragen werden. Die Ausführungen erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sollen aber Anstoß für vertiefende Diskussionen sein.

Nach Artikel 2 Absatz 2 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland ist die Freiheit der Person unverletzlich. Freiheit ist also ein sehr hohes Gut. Nicht frei zu sein, d.h. eingeschlossen, eingesperrt zu sein, stellt einen ganz erheblichen Eingriff in unsere Freiheit dar. Dies darf nur unter besonderen Bedingungen und auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen erfolgen.

### **Personenkreis**

Warum müssen Menschen überhaupt eingeschlossen untergebracht, eingesperrt werden? Eingesperrt werden Menschen zur Strafe, zur Maßregel der Besserung und Sicherung, zum Schutz der Umgebung, zum Eigenschutz vor sich selbst oder vor anderen, zur Durchführung von Therapie, zur Erziehung und zur Fürsorge. Dies geschieht in Gefängnissen, in Verwahrzellen der Polizei, im Maßregelvollzugskrankenhaus, in der Sicherungsverwahrung, in Psychiatrischen Abteilungen und Fachkrankenhäusern und in Wohn- und Pflegeheimen. Es werden sowohl gesunde als auch seelisch kranke Straftäter eingesperrt, Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensstörungen, hilflose, verwirrt-desorientierte, selbst- oder fremdaggressive Menschen.

Ziel und Zweck des Einsperrens kann sein, die Betroffenen zu bestrafen, zu beschützen, die Gesellschaft zu schützen, die Menschen zu behandeln, zu verwahren oder zu versorgen. Dies kann unterschiedlich lange dauern: Bis zum Ablauf der Strafe, bis zur Besserung der Krankheit oder Störung, bis zum körperlichen Verfall, bis zum Tod.

Für Menschen, die eingesperrt sind, muss eine Basisversorgung erfolgen. Sie müssen ernährt und versorgt, beaufsichtigt, behandelt, beschäftigt werden. Wer eingesperrt ist, bedarf einer besonderen Fürsorge, weil er in seiner Eigensorge stark eingeschränkt ist. Dies verursacht erhebliche Kosten, die von der Justiz, den Krankenkassen, den zuständigen Ämtern oder den Betroffenen selbst übernommen werden müssen. Letztendlich ist unsere Gesellschaft, sind wir alle dafür verantwortlich, für Menschen zu sorgen, denen die Freiheit entzogen wird.

Allgemein bekannt sind die Möglichkeiten der geschlossenen Unterbringung auf der Grundlage des Strafgesetzbuches in Justizvollzugsanstalten. Doch hier soll es nicht um das Wegsperrern von Straftätern gehen. Auch die Unterbringung von Patienten in geschlossenen Stationen Psychiatrischer Kliniken oder von psychisch kranken Straftätern in Maßregelvollzugskliniken ist weitestgehend bekannt. Sie soll hier ebenfalls nicht weiter erörtert werden.

Die Überlegungen beziehen sich auf geistig oder seelisch behinderte Menschen, die in Wohnheimen unter geschlossenen Bedingungen leben.

## Zur Situation

Es ist nicht leicht, für Sachsen-Anhalt einen genauen Überblick über die geschlossenen Wohnheimplätze zu erhalten. Zu undifferenziert, zu ungenau sind die Vorgaben und Bedingungen. Klar strukturierte, geschlossene Wohnheimbereiche existieren kaum, die Konzepte sind sehr unterschiedlich, die Belegung ist häufig gemischt und nicht gut differenziert, die Mitarbeiter nicht ausreichend qualifiziert. Der Versuch des Landes, vor einigen Jahren Konzeptionen für Kleinheime für Menschen mit schweren Verhaltensstörungen aufzubauen, scheiterte an den personellen Erfordernissen - also am Geld. Eine Umsetzung erfolgte nie.

Eine wesentliche Rolle spielt nach Ansicht des Autors dabei, dass diese Problematik vom Land Sachsen-Anhalt nicht ernsthaft bearbeitet wird. In der Entwicklung der psychiatrischen Versorgungslandschaft stellte die geschlossene Unterbringung schon immer ein Stiefkind dar. Der Rückzug des Landes aus der aktuellen Psychiatrieplanung erschwert nun zusätzlich die Erarbeitung gut durchdachter Konzepte für geschlossene Einrichtungen. Im Ergebnis werden immer mehr „Menschen mit erheblichen Problemen“ in andere Bundesländer abgeschoben, da ein entsprechendes Angebot hier nicht existiert.

Es ist offensichtlich auch schwierig, für die Tatsache der Freiheitsentziehung in einem Wohnheim einen passenden Begriff zu finden. Es gibt hierfür vielfältige Bezeichnungen, wie „Unterbringung“, „geschützter“ oder „beschützender Bereich“, „geschlossene Abteilung“, „halb geschlossene Abteilung“, „Sozialbereich“ usw. Alle diese umschreibenden Begriffe drücken eigentlich nur die Hilflosigkeit und Unsicherheit im Umgang mit diesem Problem aus.

Das zeigte sich z.B. bei der Erstellung dieses Berichtes. Kaum jemand konnte auf die Nachfrage des Autors eine verständliche und überzeugende Antwort geben. Dazu kommt, dass nur wenig bekannt ist, wo Menschen überhaupt geschlossen untergebracht werden können. Die Situation in den Einrichtungen in Sachsen-Anhalt ist nur schwer zu überblicken.

Die Adressen geschlossener Heime und Heimbereiche, die aufnahmefähig und aufnahmebereit sind, sind weitestgehend unbekannt oder werden in Betreuerkreisen als wertvolle Information unter der Hand weitergereicht. Man muss sich umhören, die Sozialarbeiter der einzelnen Einrichtungen befragen und erhält auch dort nur ungenaue Auskünfte. Vor allem aber: „Alle Plätze sind sowieso besetzt“. Betreuer, die rege sind, finden außerhalb von Sachsen-Anhalt entsprechende Wohnheimplätze. Doch dann müssen Familien Hunderte von Kilometern reisen, um ihre Angehörigen zu besuchen.

Die Versorgung in Sachsen-Anhalt mit Heimplätzen für eine geschlossene Unterbringung scheint nach Einschätzung der Lage völlig ungenügend und nicht sehr differenziert. Die Tätigkeit des Psychiatrieausschusses und seiner Besuchskommissionen bietet durch Nachfrage vor Ort die Gelegenheit, sich einen gewissen Überblick zu verschaffen. Aus den Unterlagen des Psychiatrieausschusses sind folgende geschlossene Heimplätze ablesbar: 10 Plätze in einem Wohnheim für seelisch behinderte Menschen, ca. 100 Plätze in vier Wohnheimen für geistig behinderte Menschen, 42 Plätze in zwei Wohnheimen für gerontopsychiatrisch zu versorgende Bewohner und 13 Plätze in einem Wohnheim für seelisch und geistig behinderte Menschen. Insgesamt gibt es also nur 165 geschlossene Wohnheimplätze in acht Einrichtungen. Zwar kann diese Aufstellung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, eine genaue Anzahl der vorhandenen Plätze ist zu hinterfragen, aber eine wesentlich andere Auskunft wird derzeit wohl nicht zu erhalten sein.

Bei einer Gesamtzahl von über 8.000 Wohnheimplätzen (nicht mitgezählt Kinder-, Jugend- und Altenpflegeheime) ergibt sich eine Quote von rund 2 % geschlossen geführter Plätze. Betrachtet man die Gruppe der seelisch und geistig behinderten Menschen zusammen, so ergibt sich eine Quote von 1,5 % (123 Plätze). Für geistig behinderte Menschen ergibt sich bei einer Platzzahl von 6.349 eine Quote von 1,6 %. Im Bereich der seelisch behinderten Menschen bei 929 Plätzen von 2,5 %. In den über 330 Altenpflegeheimen stehen insgesamt ca. 20.500 Plätze zur Verfügung. Bei 42 bekannten geschützten Plätzen in Wohnbereichen für

Gerontopsychiatrie ergibt sich eine Quote von gerade einmal 0,2 %. Auffällig ist, dass in Wohnheimen für suchtkranke und mehrfachbehinderte Menschen keinerlei geschlossene Möglichkeiten existieren. Auch in Einrichtungen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist eine Quote nicht errechenbar.

### **Wie sind solche Daten einzuschätzen und zu werten?**

Abgesehen davon, dass der Ausschuss es für unerlässlich hält, dass in den Regionen eine genaue Bedarfsanalyse in Auftrag gegeben wird, kann schon jetzt davon ausgegangen werden, dass der Grundsatz der gemeindenahen Versorgung der geschlossen untergebrachten Menschen in Sachsen-Anhalt derzeit nicht umzusetzen ist. Dazu sind die Einzugsbereiche der wenigen anbietenden Heime zu groß.

Für geistig und mehrfachbehinderte Menschen stehen ca. 100 geschlossene Plätze in vier Einrichtungen zur Verfügung. Die Zahl lässt sich deswegen nicht exakt festlegen, weil in einigen Einrichtungen Bereiche fakultativ geschlossen geführt und nicht als geschlossen bezeichnet werden, und einige Einrichtungen sowohl seelisch als auch geistig behinderte Menschen aufnehmen.

Die Gründe für eine geschlossene Unterbringung sind unterschiedlich. Zum einen handelt es sich um Menschen mit schwersten geistigen Behinderungen, die z.T. hilflos oder desorientiert sind, Erregungszustände mit Weglauftendenz haben und sich verlaufen würden und deswegen einer besonderen Fürsorge und Aufsicht bedürfen. Diese Einrichtungen bedürfen neben der heilerzieherischen oft auch einer pflegerischen Orientierung. Zum anderen handelt es sich um Menschen mit geistigen Behinderungen, häufig im Grenzbereich zur Minderbegabung, die zugleich ganz erhebliche Verhaltensstörungen aufweisen. Nicht selten bestehen psychiatrische Zusatzerkrankungen, Suchtmittelmissbrauch mit schizophrenen und maniformen Zuständen, raptusartigen Erregungszuständen, gelegentlich auch kriminellen Verhaltensweisen. Die Aufgabe einer geschlossenen Unterbringung besteht hier neben der Behandlung der Verhaltensauffälligkeiten, der psychiatrischen Störungsbilder und dem Schutz der Betroffenen vor sich selbst im Schutz der Gesellschaft vor straffälligem Verhalten. Diese Personengruppe fordert die Mitarbeiter ganz besonders. Sie haben oftmals eine lange Heimkarriere mit vielen Heimwechseln hinter sich. Hier ist neben einer intensiven sozialpädagogischen Betreuung auch eine begleitende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erforderlich. Es sind zusätzlich sichernde Maßnahmen nötig, weil akute Entweichungsgefahr bestehen kann. Erfahrungen der Besuchskommissionen, Gespräche mit Mitarbeitern, Sozialarbeitern und Betreuern und nicht zuletzt die Erfahrung der Kliniker zeigen jedoch, dass die meisten geschlossenen Einrichtungen nicht in diesem Sinne differenzieren, dass in der Regel keine ausreichenden therapeutischen Maßnahmen erfolgen und dass ein Übergang in den offenen Wohnbereich nur schwer erreicht wird. Häufig bestehen große Unsicherheiten hinsichtlich der rechtlichen Bestimmungen.

Für seelisch behinderte Menschen gibt es in Sachsen-Anhalt nur eine Einrichtung mit zehn geschlossenen Plätzen. Diese Einrichtung ist chronisch überfüllt und führt eine lange Warteliste. Sie bietet den Bewohnern ein Beschäftigungsangebot und eine gesicherte fachärztliche Versorgung. Hier werden vorwiegend Menschen mit schizophrenen Erkrankungen betreut, die selbst- und fremdgefährdet sind, häufig zusätzlich eine Suchterkrankung haben und sich in der Regel den üblichen tagesstrukturierenden Maßnahmen entziehen. Erfahrungsgemäß können durch therapeutische Angebote, die konsequent und ausreichend lange durchgeführt werden, unter angepasster Belastung und bei ausreichender Rückzugsmöglichkeit Fortschritte erzielt werden. Die Förderung verfolgt das Ziel, dass die Bewohner nicht dauerhaft im geschlossenen Bereich leben müssen, sondern eines Tages in die angegliederten offenen Bereiche des Heimes umziehen können. Auch hier ist also der therapeutische Ansatz ein wesentlicher Bestandteil der Versorgung. Zehn geschlossene Plätze sind unserer Erfahrung nach nicht ausreichend.

Eine geschlossene Unterbringung für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen hat in erster Linie die Funktion, die Betroffenen zu schützen, zu versorgen und die Fähigkeit zur Selbstversorgung unter Anleitung solange wie möglich zu erhalten. Hier handelt es sich vorwiegend um Menschen mit Psychosen und vor allem mit Demenz. Zusätzliche Symptome wie motorische Unruhezustände mit Weglauftendenz stellen eine Selbstgefährdung dar. Nur in Einzelfällen spielt bei ihrer Unterbringung der Schutz der Gesellschaft vor aggressiven Handlungen eine entscheidende Rolle. Knapp die Hälfte der Bewohner in Altenpflegeheimen leidet an demenziellen Syndromen unterschiedlichen Ausmaßes. In der Pflegestufe III steigt deren Anteil bis auf 75 %. Sicher sind viele von ihnen gut führbar und lenkbar, so dass eine beschützte Unterbringung nicht erforderlich ist. Jedoch ist davon auszugehen, dass ein hoher Anteil der Bewohner geschützt betreut werden muss.

Wie oben erwähnt, gibt es in Sachsen-Anhalt nur 42 ausgewiesene geschlossene gerontopsychiatrische Plätze. Am Weglaufen werden die alten Menschen durch sehr unterschiedliche Maßnahmen gehindert. Es gibt Trickverschlüsse, schwergängige Türen, relativ unübersichtliche räumliche Gestaltung, Bewachung der Türen durch Pförtner, optische Hindernisse, z.B. Sichtblenden, gelegentliche Fixierungen an Rollstühlen, personalaufwendige Aufsicht in Gruppenbereichen, Personenmeldeanlagen. Formell stellen diese Maßnahmen keinen Freiheitsentzug dar. Aber sie bewegen sich in der „Grauzone“ juristischer Bestimmungen und bedeuten für den Betroffenen letztlich doch eine Freiheitsbeschränkung. Im Ergebnis ist also kein wesentlicher Unterschied zu erkennen. Zu fragen ist, ob ein großzügig gestalteter geschlossener Bereich, der auch als solcher gekennzeichnet ist, nicht einen ehrlicheren Umgang mit dieser Situation darstellt. Hier zeigt sich ganz deutlich die Schwierigkeit unserer Gesellschaft, mit dem Thema „Wegsperrn – Einsperren – Freiheitsentziehung“ umzugehen.

Für suchtkranke Menschen existieren in Sachsen-Anhalt keinerlei geschlossene Heime oder Wohnbereiche. Eine beschützende Unterbringung ist jedoch bei Patienten mit schweren hirnganischen Veränderungen durch eine Suchterkrankung erforderlich, die an erheblichen Zeitgitter-, Gedächtnis- und Orientierungsstörungen leiden. Diese Menschen können oftmals keine Entscheidung mehr über eine abstinente Lebensführung treffen, sind verführbar und den Versuchungen des sozialen Umfeldes ausgeliefert. Nach Erfahrung der Kliniker kommen diese Menschen nur in klar strukturierten, beschützenden Wohnheimen mit angemessener Tätigkeit zurecht. Hier steht der versorgende, beschützende und strukturierende Auftrag im Vordergrund. Eine Unterbringung in solchen Heimbereichen muss über einen langen Zeitraum erfolgen. Betroffene Menschen aus Sachsen-Anhalt werden derzeit von ihren Betreuern entweder außerhalb des Landes untergebracht, viele werden überhaupt nicht versorgt oder befinden sich in Obdachloseneinrichtungen.

Für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche werden von der Kinder- und Jugendhilfe keine geschlossenen Plätze ausgewiesen. Betroffene junge Menschen werden eher in besonderen Projekten, wie landschaftlich entlegenen und dadurch weglaufmindernden Kleinsteinrichtungen, sogar für eine gewisse Zeit auf Segelbooten, aber immer „offen“ betreut. Kinder und Jugendliche mit langen Heimkarrieren und schweren Störungen werden in Einzelfällen auch in geschlossenen Heimen in anderen Bundesländern untergebracht. Die eigentliche Problematik liegt hierbei eher im sozialpädagogischen Bereich, weniger in einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung. Dennoch werden die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie immer wieder bemüht, wenn es um das zeitweise „Festhalten“ von Kindern und Jugendlichen mit Weglauftendenzen oder kriminellm Verhalten geht. Um bindungs-gestörte oder sozial entgleiste Jugendliche zu rehabilitieren, sind entsprechende Strukturen im Land gefragt. Der Ausschuss hat sich hierzu bereits geäußert und fakultativ geschlossene Möglichkeiten in Kinderheimen empfohlen.

## Rechtliche Rahmenbedingungen

Klare Regelungen für freiheitsbeschränkende Maßnahmen finden sich im Betreuungsgesetz. Doch neben der für den Einzelfall erforderlichen richterlichen Genehmigung gibt es keine weiteren gesetzlichen Regelungen für das Betreiben von geschlossenen Einrichtungen und Heimbereichen. Weder das Heimgesetz noch das PsychKG LSA verpflichtet die Träger zur Anzeige geschlossener Plätze, so dass selbst eine verantwortungsbewusste Heimaufsicht keine Grundlagen und Kriterien für eine Überprüfung hat.

Der Gesetzgeber ist aufgefordert, entsprechende Mindeststandards und Anforderungen für geschlossen geführte Heime zu erlassen, die sowohl das Betreuungskonzept als auch die räumlichen Voraussetzungen und die personellen Anforderungen umfassen.

## Empfehlungen

Heime sind Orte des Lebens. Für ihre Bewohner ist das uneingeschränkte Recht auf Freiheit, Mobilität und Teilhabe, auf Normalität des Alltags zu sichern. Da es sich bei der geschlossenen Betreuung unter humanitären Gesichtspunkten nicht um die Normalität handelt, sind die Betreuungskonzepte so auszugestalten, dass sie für die Bewohner einen entsprechenden Ausgleich schaffen, bei dem die Lebensqualität der Betroffenen im Vordergrund steht. Dazu sind neben einer anspruchsvollen Tagesstrukturierung und einer begleitenden psychiatrischen Versorgung auch der Personalbedarf und die Fachkraftquote für den geschlossenen Bereich zu prüfen. Für die Altenpflege sind die derzeit unzureichenden Personalbemessungsinstrumente des SGB XI zu überarbeiten und für die Eingliederungshilfe im Rahmenvertrag entsprechende Regelungen festzuschreiben. Besonders ist dabei an eine behinderungsspezifische Qualifizierung und an die Absicherung der Bezugsbetreuung und der nächtlichen Personalausstattung zu denken. Regelmäßiges Deeskalations- und Sicherheitstraining des Personals gehören ebenfalls dazu. Auch auf die räumlichen Bedingungen ist besonderes Augenmerk zu richten. Stationäre Einrichtungen mit geschlossenen Bereichen müssen so gestaltet sein, dass die Bewohner sowohl ihrem Ruhe- und Rückzugs- als auch ihrem „Umherlauf“-Bedürfnis ungehindert nachgehen und sich innerhalb und außerhalb des Bereiches sicher bewegen können. Nicht zuletzt muss garantiert sein, dass die Voraussetzungen für die geschlossene Unterbringung regelmäßig geprüft werden und bei ihrem Wegfall umgehend ein Umzug in offene Wohnbereiche ermöglicht wird.

Schließlich muss bei einem Plädoyer für konzeptionell gut durchdachte geschlossene Abteilungen auch auf die Missbrauchgefahr hingewiesen werden. Es besteht die große Gefahr, dass unliebsame Personen, sei es mit Suchterkrankungen oder auch mit anderen seelischen Erkrankungen, weggeschlossen werden, weil sie im Stadtbild stören, weil sie lästig sind und weil sie einer adäquaten Therapie nicht zuzuführen sind. Einziges Motiv für die Versorgung in beschützenden Einrichtungen kann allein das Wohl des Betroffenen sein. Keinesfalls darf Lästigkeit und Außenseitertum zum Wegsperrern führen. Eine Anzeigepflicht der Einrichtungen über ihre geschlossen geführten Plätze und eine regelmäßige Überprüfung durch die mit den notwendigen Kompetenzen ausgestattete Heimaufsicht kann den Missbrauch verhindern. Und es ist die Aufgabe aller beteiligten Richter, Betreuer, Angehörigen, Ärzte, Therapeuten und Pflegenden, gewissenhaft und verantwortungsvoll damit umzugehen, dass ein hohes Gut unseres Mensch-Seins, nämlich die Freiheit, entzogen wird:

Nur dann, nur solange und nur soweit es erforderlich ist, darf ein Mensch geschlossen untergebracht werden.

## Positionspapier

### **Geschlossene Unterbringung für folgende Personengruppen:**

- **Menschen mit seelischen und seelischen und mehrfachen Behinderungen**
- **Menschen mit geistigen und geistigen und mehrfachen Behinderungen**

### **Aussagen der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt zum Bedarf und zur Ausstattung**

Januar 2007

### **Inhalt**

#### Vorwort

1. Ist aus den rechtlichen Regelungen für die geschlossene Unterbringung eine Zuständigkeit der Eingliederungshilfe ableitbar?  
BGB  
PsychKG LSA  
FGG (Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit)
2. Wie hoch ist der Bedarf an geschlossenen Heimplätzen für Menschen mit seelischen Behinderungen und mit geistigen Behinderungen im Leistungsbereich des SGB XII im Land Sachsen-Anhalt?
  - 2.1 Menschen mit seelischen Behinderungen
  - 2.2 Menschen mit geistigen Behinderungen
3. Welche Standards sind für die Ausgestaltung geschlossener Unterbringung für Menschen mit seelischen Behinderungen und für Menschen mit geistigen Behinderungen anzusetzen?
  - 3.1 Strukturaspekte
  - 3.2 Prozessaspekte
4. Position der LIGA zur geschlossenen Unterbringung im Kontext der Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VII
5. Position der LIGA zur geschlossenen Unterbringung in Einrichtungen der Altenhilfe nach dem SGB XI

## Vorwort

Das Thema „Geschlossene Unterbringung“ erfreut sich in der Fachdiskussion keiner großen Beliebtheit, weil es mit einer Vielzahl von negativen Konnotationen verknüpft ist. Es erinnert an die Zeiten der Verwahrpsychiatrie, an die Tradition des Wegsperrens und Ausgrenzens von unbequemen, verhaltensauffälligen oder schwer verstehbaren Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen bzw. geistigen Behinderungen. Es erinnert an eine Vergangenheit, in der Behandlung viel zu oft Züge von Bestrafung angenommen hatte. Diese Vergangenheit ist trotz aller Bemühungen nie endgültig überwunden worden; das Problem der Wahrung der Menschenwürde von Menschen mit Behinderungen kann nie ad acta gelegt werden und erfordert das fortgesetzte Bemühen aller Beteiligten.

Dennoch ist es bisher nicht gelungen, für alle Menschen mit einem besonderen Potential an Selbst- oder Fremdgefährdung im Rahmen offener Angebote geeignete Hilfsmöglichkeiten anzubieten. Dies hat unterschiedliche Ursachen, die nicht nur in der individuellen Pathologie liegen, sondern auch in defizitären Versorgungsstrukturen gesucht werden müssen.

In seinem 12. Bericht thematisiert der Psychiatrieausschuss des Landes Sachsen-Anhalt die Situation längerfristig geschlossen untergebrachter Menschen im Land<sup>1</sup>. Dabei werden Personen mit seelischen Behinderungen, mit geistigen Behinderungen, Suchtkranke, Jugendliche und gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in den Blick genommen. Die in dem Artikel von Herrn Dr. Müller getroffenen Feststellungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Situation im Bereich der geschlossenen Heimunterbringung im Land Sachsen-Anhalt ist unübersichtlich. Es fehlen Informationen über vorhandene Angebote und deren Ausstattung.
- Die vorhandenen Angebote sind häufig zu wenig strukturiert, mit Menschen mit unterschiedlichen Behinderungsformen gemischt belegt und konzeptionell zu undifferenziert.
- Die Mitarbeiter in den vorhandenen Einrichtungen sind häufig nicht ausreichend für ihre Tätigkeit qualifiziert und haben zu geringe Kenntnisse über die gesetzlichen Bestimmungen.
- Es fehlt an einer fundierten regionalen Bedarfsanalyse als Voraussetzung einer gemeindenahen Versorgung.
- Die therapeutischen Angebote in den vorhandenen geschlossenen Einrichtungen sind meist unzureichend. Eine Weitervermittlung der Betroffenen in offene Wohnbereiche gelingt daher zu selten.
- Für suchtkranke Menschen existieren in Sachsen-Anhalt keine ausgewiesenen Angebote für eine geschlossene Heimunterbringung. Dieser Personenkreis wird häufig außerhalb des Landes untergebracht oder im Rahmen der Nichtsesshaftenhilfe nur unzureichend versorgt.
- Für die geschlossene Unterbringung von Jugendlichen mit entsprechendem Bedarf werden regelmäßig Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie bemüht, da Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe im Land nicht bestehen.

Im Folgenden erfolgt in einem ersten Schritt eine Positionierung der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege, die sich auf den Personenkreis der erwachsenen Menschen mit seelischen und mit geistigen Behinderungen in der Kostenzuständigkeit der Eingliederungshilfe beziehen. Zusätzlich werden unter den Punkten 5 und 6 Aussagen zu den Bereichen Jugendhilfe und Altenhilfe gemacht. Dabei ist eine große inhaltliche Übereinstimmung in den Grundaussagen zu erkennen.

---

<sup>1</sup> Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des LSA, 12. Bericht, Berichtszeitraum Mai 2004-2005

Es erscheint der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege dringend notwendig, sich über diejenigen Betroffenen Gedanken zu machen, die derzeit nicht, noch nicht oder nicht wieder außerhalb geschlossener Institutionen adäquat betreut werden können. Wenn das Hilfesystem für chronisch psychisch kranke bzw. seelisch oder geistig behinderte Menschen ohne geschlossene Angebote nicht auskommt, so hat es darüber Auskunft zu geben, in welcher Zahl diese vorgehalten werden sollten und welche Rahmenbedingungen für sie notwendig sind.

Die LIGA der Freien Wohlfahrtspflege sucht im Land Sachsen-Anhalt die fachliche Auseinandersetzung zu Bedarfen und Rahmenbedingungen mit Politiker/innen und Mitarbeiter/innen der Sozialagentur. Weiterhin weist die LIGA darauf hin, dass der überörtliche Sozialhilfeträger hier die Planungsverantwortung hat und dieser gerecht werden muss.

Im Folgenden werden die rechtlichen Rahmenbedingungen aufgezeigt, aus der sich die Zuständigkeit der Eingliederungshilfe ergibt. Im Weiteren erfolgen Aussagen zu Fragen des Bedarfes und der Ausgestaltung der Hilfen in der Form der „Geschlossenen Unterbringung“.

1. Ist aus den rechtlichen Regelungen für die geschlossene Unterbringung eine Zuständigkeit der Eingliederungshilfe ableitbar?

Die Unterbringung psychisch kranker und seelisch bzw. geistig behinderter Menschen ist in zwei Gesetzesbereichen geregelt: Dem Betreuungsrecht (BGB) und den Landesgesetzen über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (PsychKG). Für die Betrachtung mit heranzuziehen sind die Regelungen im Gesetz über Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG), die für den Bereich der geschlossenen Unterbringung sowohl nach Betreuungsrecht wie nach PsychKG einzuhalten sind.

Da die gesetzlichen Regelungen kaum kürzer wiederzugeben sind, seien sie im Folgenden zitiert:

### **BGB**

„§1906 [Unterbringung]

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

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

(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes zulässig. Ohne Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

(3) Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Vormundschaftsgericht anzuzeigen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

(5) (...).“



## **PsychKG Land Sachsen-Anhalt, Dritter Abschnitt „Unterbringung“**

### **§ 11 Begriff der Unterbringung**

(1) Eine Unterbringung im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn jemand gegen seinen Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit in den abgeschlossenen Teil eines Krankenhauses eingewiesen wird und dort verbleiben soll.

(...)

### **§ 12 Vollzug der Unterbringung**

(1) Die Unterbringung wird in der Regel in Krankenhäusern des Landes vollzogen. Krankenhäusern anderer Träger kann diese Aufgabe mit deren Zustimmung widerruflich übertragen werden, wenn diese sich dafür eignen.

(...)

### **§ 13 Voraussetzungen der Unterbringung**

(1) Eine Unterbringung ist nur zulässig, wenn und solange

1. die gegenwärtige erhebliche Gefahr besteht, dass der Betroffene sich infolge einer Krankheit, Störung oder Behinderung (...) schwerwiegende gesundheitliche Schäden zufügt, oder

2. das durch die Krankheit, Störung oder Behinderung bedingte Verhalten des Betroffenen aus anderen Gründen eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung darstellt,

und die Gefahr auf andere Weise nicht abgewendet werden kann.

(...)“

## **FGG (Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit)**

### **IV. Unterbringungssachen**

(...)

§ 70 f [Inhalt der Entscheidung] (1) Die Entscheidung, durch die eine Unterbringungsmaßnahme getroffen wird, muss enthalten

1. die Bezeichnung des Betroffenen
2. die nähere Bezeichnung der Unterbringungsmaßnahme,
3. den Zeitpunkt, zu dem die Unterbringungsmaßnahme endet, wenn sie nicht vorher verlängert wird; dieser Zeitpunkt darf höchstens ein Jahr, bei offensichtlich langer Unterbringungsbedürftigkeit höchstens zwei Jahre nach Erlass der Entscheidung liegen,
4. eine Rechtsmittelbelehrung

(2) Die Entscheidung ist auch im Falle der Ablehnung zu begründen.“

Inwieweit lässt sich aus den zitierten gesetzlichen Aussagen eine Zuständigkeit der Eingliederungshilfe ableiten?

§ 1906 Absatz 1 differenziert als Gründe für eine vorliegende massive Selbstgefährdung psychische Krankheit und seelische bzw. geistige Behinderung. Mit dem Begriff der Behinderung sind längerfristige vorliegende Fähigkeitsbeeinträchtigungen angesprochen, die von akuten Krankheitszuständen unterschieden werden müssen (vgl. auch EingliederungshilfeVO). Grundet die Selbstgefährdung in einer Behinderung, ist sie längerfristiger Natur und damit eine Zuständigkeit der Eingliederungshilfe ableitbar. Eine akute psychische Erkrankung, die mit einer Selbstgefährdung einhergeht, kann nach zeitgemäßer psychiatrischer Lehrmeinung durchaus auch den behinderten Menschen betreffen und ist im psychiatrischen Krankenhaus zu behandeln. Die Entscheidung über die Frage, ob eine vorliegende Selbstgefährdung Symptom einer akuten Erkrankung oder aber Merkmal einer Behinderung ist, obliegt der fachärztlichen Begutachtung (§ 70e FGG).

Diese Auffassung wird auch gestützt durch § 70f FGG, der die Dauer der Gültigkeit einer Entscheidung über eine geschlossene Unterbringung auf ein bzw. in Ausnahmefällen zwei

Jahre begrenzt. Die genannten Zeiträume verweisen bei Berücksichtigung der in der EingliederungshilfeVO vorgenommenen Definition von Behinderung auf die Zuständigkeit der Eingliederungshilfe. Eine Unterbringung bis zu einem Jahr oder darüber hinaus ist nicht Aufgabe eines psychiatrischen Krankenhauses und wird auch im Rahmen des SGB V in der Regel nicht finanziert. Eine Finanzierung von Langzeitbereichen in psychiatrischen Krankenhäusern über die Eingliederungshilfe würde eine Rückkehr zum überwundenen Anstaltssystem bedeuten.

§ 11 PsychKG Sachsen-Anhalt beschränkt die Regelungen dieses Gesetzes auf die geschlossene Unterbringung in Krankenhäusern.

Diese Einschränkung hat erhebliche Auswirkungen. Eine Unterbringung wegen einer krankheits- oder behinderungsbedingten Fremdgefährdung ist nach dem Betreuungsrecht nicht möglich; dieser ordnungsrechtlich relevante Sachverhalt wird ausschließlich von den Landesgesetzen abgedeckt. Wird dort die Unterbringung nur auf Krankenhäuser bezogen bedeutet dies, dass eine länger andauernde behinderungsbedingte Fremdgefährdung nicht zu einer Heimunterbringung führen kann. In Sachsen-Anhalt besteht daher rechtlich nur bei einer vorliegenden *Selbstgefährdung* die Möglichkeit zu einer geschlossenen Unterbringung im Heim. Für den gesamten Bereich der behinderungsbedingten *Fremdgefährdung* stehen nur die geschlossenen Abteilungen der psychiatrischen Kliniken zur Verfügung. Der beschriebene Umstand ist unbefriedigend; das PsychKG des Landes Sachsen-Anhalt ist in dieser Hinsicht dringend novellierungsbedürftig. In der Praxis führt dieser Mangel dazu, dass der aus der Fremdgefährdung resultierende Hilfebedarf nicht in den Blick kommt und Betroffenen, die nicht zusätzlich selbst gefährdende Symptome zeigen, der Zugang zu geschlossenen Heimen verwehrt wird.

#### **Position der LIGA:**

Aus den dargestellten rechtlichen Rahmenbedingungen ergibt sich eine klare Zuständigkeit der Eingliederungshilfe gem. §§ 53, 54 SGB XII für den Bereich der „Geschlossenen Unterbringung“.

## **2. Wie hoch ist der Bedarf an geschlossenen Heimplätzen für Menschen mit seelischen Behinderungen und mit geistigen Behinderungen im Leistungsbereich des SGB XII im Land Sachsen-Anhalt?**

### **2.1 Menschen mit seelischen Behinderungen**

Die Frage nach dem Bedarf an geschlossenen Heimplätzen ist ohne empirische Grundlage nur schwer zu beantworten. Anhaltspunkte liefern Zahlen aus anderen Bundesländern. Mecklenburg-Vorpommern hält für Menschen mit seelischer Behinderung 67 geschlossene Heimplätze vor, die sich über fünf Standorte verteilen. In Thüringen wurden vom Landesfachbeirat für Psychiatrie Empfehlungen verabschiedet, die den Bedarf im Rahmen der Eingliederungshilfe mit 36 Plätzen benennen. Diese sollen über fünf Standorte verteilt werden. Als Zielgröße für eine Versorgungseinheit werden sechs Plätze angegeben.

In Mecklenburg-Vorpommern wird in der Fachdiskussion über geschlossene Unterbringung seit Jahren auch intensiv über die Teilgruppe der so genannten „Systemsprenger“ diskutiert, die auch mit einer herkömmlichen geschlossenen Unterbringung mit einem Personenschlüssel von 1 zu 1 nicht adäquat betreut werden kann. Zur Größe dieses Personenkreises liegt eine Studie des Instituts für Sozialpsychiatrie der Universität Greifswald vor, die den Bedarf auf 51 Personen schätzt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Betroffenen bereits geschlossen untergebracht ist. Im Rahmen eines Modellprojektes wird derzeit versucht, für diese Menschen adäquate Betreuungsmöglichkeiten zu entwickeln.

### **Position der LIGA:**

Für die Ermittlung des Bedarfs im Land Sachsen-Anhalt müssen in einer landesweiten Befragung von Institutionen solide Daten ermittelt werden. Hier sehen wir die fachpolitische Verantwortung des Sozialministeriums. Die Befragung muss auch Krankenhäuser einschließen, da erfahrungsgemäß eine nicht unerhebliche Anzahl von Personen aufgrund ihrer spezifischen Problematik nicht in Einrichtungen der Behindertenhilfe betreut werden, sondern in der Gemeinde leben und als Drehtürpatienten auffällig werden. Ein wichtiger Anhaltspunkt wären Informationen der Sozialagentur über die Anzahl der Betroffenen aus Sachsen-Anhalt, die außerhalb des Landes geschlossen untergebracht sind. Als Informationsquelle kommen diesbezüglich auch Betreuungsbehörden und -vereine in Betracht.

## **2.2 Menschen mit geistigen Behinderungen**

Generelle Aussagen zum Bedarf an geschlossenen Heimplätzen für Menschen mit geistigen Behinderungen sind außerordentlich schwierig. Es ist eine grundlegende Erkenntnis der Heilpädagogik und der Psychiatriereform, dass selbst- und fremdgefährdendes Verhalten bei Menschen mit geistigen Behinderungen immer im Kontext der jeweiligen Lebensumstände betrachtet werden muss und sich nicht allein aus der Pathologie des Individuums ableiten lässt. Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe haben große Mühe darauf verwendet, ihre Angebote so flexibel auszugestalten, dass es auch gelingt, für geistig behinderte Menschen mit häufig auftretenden Krisen, herausforderndem Verhalten, Neigung zu Selbstverletzungen usw. geeignete ‚Orte zum Leben‘ zu schaffen. Prägende Erfahrung war dabei die im Rahmen der Entospitalisierung erfolgte Beobachtung, dass die Wahrscheinlichkeit selbst- und fremdgefährdenden Verhaltens mit der Normalisierung der Lebensumstände und der Ermöglichung eines Lebens in größerer Eigenverantwortung und Selbstbestimmung deutlich abnimmt. Es ist daher unerlässlich, in den zur Frage stehenden Fällen zu prüfen, ob sich die Problematik durch eine Anpassung der Lebensbedingungen und eine professionelle Krisenintervention und -begleitung positiv beeinflussen lässt, bevor eine geschlossene Unterbringung in Betracht gezogen wird.

### **Position der LIGA:**

Für die Ermittlung des Bedarfs im Land Sachsen-Anhalt müssen in einer landesweiten Befragung von Institutionen solide Daten ermittelt werden. Hier sehen wir die fachpolitische Verantwortung des Sozialministeriums. Im ausgehandelten Landesrahmenvertrag nach § 79 SGB XII wurde ein Leistungstyp 4 a<sup>2</sup> entwickelt, der vereinzelt bereits von Trägern umgesetzt wird. Bei der Ermittlung des Gesamtbedarfs an geschlossenen Heimplätzen ist sorgfältig zu prüfen, welche der genannten Personen auch in einem offenen Hilfesystem im Rahmen des LT 4 betreut werden können. Die LIGA fordert eine konsequente Reihenfolge bei der Auseinandersetzung mit o. g. Klientel. Das heißt, bei Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten sollte im offenen Hilfesystem generell geprüft werden, ob über den LT 4 dem Hilfeanspruch Rechnung getragen werden kann. Um diese Möglichkeit den Betroffenen zu erschließen, ist jedoch eine zeitnahe Bearbeitung der Anträge auf Kostenübernahme durch die Verwaltung erforderlich. Dies ist gegenwärtig nach Einschätzung der LIGA nur in seltensten Fällen Praxis.

Die Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung darf sich nicht aus der mangelnden Personalausstattung in Einrichtungen ergeben. Hier erwarten wir sehr sorgfältiges Ausschöpfen aller Möglichkeiten im offenen System.

---

<sup>2</sup> Leistungstyp (LT) 4 a: Soziotherapeutisches Wohnen für besonders Verhaltensauffällige mit wesentlichen geistigen und geistigen und mehrfachen Behinderungen / Anlage B gemäß § 4 Abs. 2 zum Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII

### **3. Welche Standards sind für die Ausgestaltung geschlossener Unterbringung für Menschen mit seelischen Behinderungen und für Menschen mit geistigen Behinderungen anzusetzen?**

#### **Position der LIGA:**

Eine Durchmischung von geschlossenen Heimbereichen für Menschen mit seelischen und/oder geistigen Behinderungen entspricht nicht den Standards einer zeitgemäßen Versorgung. Dies gilt auch dann, wenn zugestanden werden muss, dass für einzelne Personengruppen wie z.B. Menschen mit hirnganischen Psychosyndromen eine eindeutige Zuordnung manchmal schwer fällt. In diesen Fällen ist diagnostisch und auf Grundlage des Einzelfalls zu klären, welches Betreuungsangebot indiziert ist.

#### **3.1 Strukturaspekte**

##### **3.1.1 Vernetzung mit dem offenen Hilfesystem**

Geschlossene Unterbringung ist nur zu rechtfertigen, wenn sie mit einer klaren rehabilitativen Perspektive einhergeht. Das heißt, dass entsprechende Angebote mit der vorhandenen Versorgungsstruktur eng vernetzt sein müssen, um den betroffenen Menschen Perspektiven bieten zu können, wenn der Unterbringungsbeschluss ausläuft. In Mecklenburg-Vorpommern wurden die geschlossenen Heimplätze dem dortigen Leistungstyp „Psychiatrische Pflgewohnheime“ angegliedert; in Thüringen wird empfohlen, die geschlossenen Plätze an Angebote der Eingliederungshilfe anzubinden.

Das Kriterium der Vernetzung mit der vorhandenen Versorgungsstruktur setzt voraus, dass ein funktionierendes Netz von Angeboten überhaupt besteht. Dies kann für das Land Sachsen-Anhalt nicht behauptet werden. Nach wie vor fehlen in vielen Regionen gemeindenah und barrierefreie Angebote wie Tagesstätten, Arbeitsmöglichkeiten, Begegnungstätten, Kontaktcafes, ambulant betreutes Wohnen, Facharzt-/Psychologenpraxen. Die vorhandenen Angebote sind einseitig stationär orientiert und unzureichend ausgestattet.

Eine Einigung auf ein psychiatriepolitisches Konzept, das sich an einem Versorgungsmodell wie dem Gemeindepsychiatrischen Verbund oder dem Basis-Struktur-Modell orientiert, besteht nicht. In dieser Situation ist davon auszugehen, dass eine empirische Bedarfsermittlung tendenziell zu hohe Zahlen ergibt. Zum einen spitzen sich Krankheitsverläufe umso stärker und häufiger zu, je schlechter es um das Versorgungssystem bestellt ist. Zum anderen sind unzureichend ausgestattete Angebote nicht in der Lage, Betroffene mit besonderem Hilfebedarf adäquat zu betreuen. Die LIGA fordert ein psychiatriepolitisches Konzept, das diese Aspekte endlich berücksichtigt.

Die LIGA teilt die Kritik des Psychiatrieausschusses der mangelhaften fachärztlichen und psychologischen Versorgung im Bundesland.<sup>3</sup>

##### **3.1.2 Gemeindenähe**

Geschlossene Heimplätze sollten gemeindenah in geringer Dichte an bestehende Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie integriert werden. Dies erleichtert die Wiedereingliederung der Betroffenen, die aufgrund ihrer spezifischen Problematik oft große Schwierigkeiten haben soziale und familiäre Kontakte aufrechtzuerhalten. Andererseits sind aus Praxis Erfahrungen bekannt, wo sich eine Distanzierung aus dem Herkunftsmilieu als sinnvoll erwiesen hat. Kleine dezentralisierte Einheiten sind hinsichtlich ihres Integrationseffektes effektiver als größere zentrale Einrichtungen.

---

<sup>3</sup> Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des LSA, 13. Bericht, Berichtszeitraum Mai 2005-April 2006

### 3.1.3 Personelle Ausstattung

Eine geschlossene Unterbringung ist nur bei ausreichender Personalausstattung sinnvoll. Der Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern definiert für den Bereich Pflege und Betreuung einen Personalschlüssel von 1 zu 1, im Einzelfall auch darüber hinaus. Unterhalb eines Personalschlüssels von 1 zu 1,5 erscheint eine sinnvolle Gestaltung der Unterbringung schwer vorstellbar. Abweichend von den Anforderungen der Heimpersonalverordnung sollte die Fachkraftquote weit über 50 % betragen, auch wenn in der Praxis vereinzelt mit Mitarbeitern ohne Fachausbildung gute Erfahrungen gemacht werden. Bei Einsatz von Mitarbeitern ohne Fachausbildung sollte eine sozialpsychiatrische Weiterbildung obligatorisch sein. Weiterhin ist im Stellenplan eine psychologische Fachkraft als notwendig anzusehen, die für die Umsetzung des therapeutischen Konzeptes verantwortlich ist und die Mitarbeiter des Bereiches bei ihrer anspruchsvollen und belastenden Tätigkeit wirksam unterstützen kann.

### 3.1.4 Anforderungen an Räumlichkeiten und Architektur

Geschlossene Unterbringung ist keine Bestrafung; sie verfolgt das Ziel der Rehabilitation und muss die größtmögliche Teilhabe des Betroffenen am Leben in der Gemeinschaft zum Ziel haben. Dies findet auch seinen Ausdruck in einer angemessenen Ausstattung, die dem Wohnniveau der nicht behinderten Bevölkerung entspricht. Erfahrungsgemäß muss sich die Möblierung nicht von den offenen Heimbereichen unterscheiden.

Von großer Bedeutung ist das Vorhandensein eines jederzeit zugänglichen Außenbereiches, um das Gefühl des Eingesperrtseins zu mildern. Auch unter den Bedingungen geschlossener Unterbringung ist jedem Bewohner seine Intim- und Privatsphäre zuzugestehen.

Für Eskalationen und Krisen sind sogenannte „Time-out-Räume“ sinnvoll. Diese können den Bewohner vor Selbstverletzung schützen. Ihr Hauptzweck besteht aber darin, den Betroffenen aus einer Situation herauszuhelfen, in der er so überfordert ist, dass er nur mit massiver Selbst- oder Fremdgefährdung reagieren kann.

Therapeutische Angebote können durchaus auch gemeinsam mit Bewohnern aus dem offenen Heimbereich durchgeführt werden. Eine „Durchmischung“ ist dem Integrationsprozess sogar förderlich.

Architektonisch ist zu beachten, dass eine wohnliche und lebensfreundliche Atmosphäre erreicht wird. Gleichzeitig sollte jedoch auch die Geschlossenheit wirklich umsetzbar sein. Dies gilt auch, wenn die Erfahrung in vielen Fällen gezeigt hat, dass bei entsprechendem therapeutischem Niveau der Einrichtung relativ geringe Sicherungsmaßnahmen ausreichen.

## 3.2 Prozessaspekte

### 3.2.1 Fakultative Geschlossenheit

Geschlossene Unterbringung kann nicht heißen, dass alle Bewohner eines betreffenden Heimbereiches für die Dauer ihres Beschlusses rund um die Uhr eingeschlossen werden. Die Geschlossenheit muss im Dienste eines auf den Einzelfall zugeschnittenen therapeutischen und pädagogischen Konzeptes stehen und ist folglich entsprechend zu modifizieren. Das heißt, dass für jeden Bewohner im Rahmen der Hilfeplanung klare Regelungen zum Ausgang aus dem geschlossenen Bereich festgelegt und ihre Umsetzung dokumentiert werden müssen. Geschlossene Unterbringung bedeutet zunächst nichts anderes, als das die Möglichkeit des Freiheitsentzuges besteht, nicht, dass diese in jedem Fall und fortlaufend auch genutzt werden muss.

### 3.2.2 Durchführung von Zwangsmaßnahmen

Die Durchführung von Zwangsmaßnahmen ist einer der unangenehmsten Aspekte der Arbeit in geschlossenen Wohnbereichen. Sie erfolgt meist in Form von Fixierungen und der Gabe von Medikamenten gegen den Willen des Bewohners. Dabei ist auch in geschlossenen Heimbereichen zu beachten, dass alle Zwangsmaßnahmen eine richterliche Genehmigung voraussetzen, die auf einer fachmedizinisch festgestellten Indikation beruht. Alle Zwangsmaßnahmen sind vollständig und lückenlos zu dokumentieren. Sie sind sofort zu beenden, wenn ihre Voraussetzung oder Notwendigkeit nicht mehr gegeben ist. Müssen Medikamente gespritzt werden, so hat dies durch eine entsprechend ausgebildete Fachkraft zu erfolgen. Bei der Durchführung von Zwangsmaßnahmen haben alle Handlungen zu unterbleiben, die geeignet sind, die Würde des Betroffenen zu verletzen.

Die Durchführung von Zwangsmaßnahmen muss konsequent und kontinuierlich im Rahmen eines nachgewiesenen Kriseninterventionstrainings geübt werden. Zwangsmaßnahmen müssen in einen Kriseninterventionsplan eingebettet sein, der gleichermaßen Deeskalationstechniken beinhaltet.

### 3.2.3 Fort- und Weiterbildung; Supervision

Für die Mitarbeiter in diesem anspruchsvollen Tätigkeitsfeld sind eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung und die supervisorische Begleitung der Arbeit obligatorisch. Inhalte von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen bestehen insbesondere in rechtlichen Fragen, dem gezielten Training von aggressionsvermeidendem und deeskalierendem Verhalten und der Auseinandersetzung mit dem Thema Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten.

### 3.2.4 Hilfeplanung und Dokumentation

Geschlossene Heimunterbringung ist ethisch nur zu vertreten, wenn ihr ein therapeutisch und pädagogisch fundiertes Konzept zugrunde liegt, das sich in jedem Einzelfall in einer individuellen Hilfeplanung und Verlaufsdokumentation widerspiegelt. Der gesetzliche Betreuer und – soweit wie möglich – der Betroffene sollten in die Hilfeplanung mit einbezogen werden. Der Hilfeplan sollte mindestens Aussagen darüber enthalten, welche konkreten Methoden und Maßnahmen durchgeführt werden, um dem Betroffenen zu einem Leben außerhalb geschlossener Unterbringung zu befähigen. Inhalt von Hilfeplanung und Dokumentation sind insbesondere auch individuelle Festlegungen über den Grad der Geschlossenheit und Ausgangsregelungen.

## 4. Position der LIGA zur geschlossenen Unterbringung im Kontext der Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII

Die Thematik der geschlossenen Unterbringung in den Hilfen zur Erziehung (§§27 ff SGB VIII) ist zum Glück keines der derzeit vorrangigen Themen in diesem Fachgebiet. Dennoch spielt es in der Praxis nach wie vor eine gewisse Rolle. Aus der Schwierigkeit heraus, jungen Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf gerecht zu werden haben sich Formen der Hilfe entwickelt, die sich in einem Graubereich bewegen. Oft ist hier euphemistisch von „freiheitsentziehenden“ oder „intensivpädagogischen“ Maßnahmen die Rede. Zur klaren Abgrenzung sind *freiheitsentziehende* Maßnahmen als solche zu verstehen, die auch klassisch als geschlossene Unterbringung gelten: Das Verschließen von Türen, ein „Time-out“-Raum oder das Fixieren von jungen Menschen. In Abgrenzung dazu gehören *freiheitsbeschränkende* Maßnahmen wie festgelegte Ausgangszeiten oder begleiteter Ausgang zu den Instrumenten der stationären Jugendhilfe.

Die Basis der gesamten Kinder- und Jugendhilfe findet sich im §1 des SGB VIII: Der Auftrag, junge Menschen zu eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeiten zu erziehen.

In Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe in Trägerschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege wird eine qualitativ hochwertige pädagogische Arbeit geleistet. Jedoch ist die Entwicklung zu beobachten, dass die Klienten zunehmend mit multiplen Problemstellungen in die stationäre Hilfe gelangen. Klassische Angebote der Jugendhilfe werden diesen jungen Menschen häufig nicht gerecht.

Um bedarfsgenauere Hilfeangebote machen zu können, braucht es eine Verbesserung der Personalausstattung (quantitativ und qualitativ) in den Erziehungshilfen und ein verbessertes Angebot an Kinder- und Jugendlichentherapeuten sowohl in der Fläche als auch in Einrichtungen der Erziehungshilfe. Darüber hinaus müssen die Inanspruchnahme von Supervision, fachliche Begleitung und Fallberatung intensiviert werden, um die schwierige Arbeit gerade in der stationären Jugendhilfe weiterhin leisten zu können. Hier ist sowohl Arbeitgeber als auch der öffentliche Träger der Jugendhilfe in der Pflicht, ihre Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter nicht aus den Augen zu lassen. Dies muss gewollt und finanziert werden.

Zur Erfassung des möglichen genauen Hilfebedarfs bedarf es vielerorts einer Qualifizierung des Hilfeplanverfahrens. Beispiele aus Sachsen zeigen, dass eine Einbeziehung aller mit den Klienten arbeitenden Professionen hier zu guten Erfolgen führt. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf, bei denen mehrere Institutionen an der Einleitung und Durchführung von Hilfemaßnahmen beteiligt sind, ist es notwendig, die Koordination von Hilfeleistungen sicherzustellen, weiterzuentwickeln und verbindlich zu gestalten.<sup>4</sup>

Um dem erhöhten Bedarf an pädagogischen und/oder therapeutischen Angeboten zu entsprechen, ist außerdem eine verbesserte Personalausstattung in den Einrichtungen der Erziehungshilfe, d.h. im Gruppendienst und/oder durch gruppenübergreifende Fachkräfte erforderlich. Darüber hinaus muss das Angebot an Kinder- und Jugendlichentherapeuten dringend verbessert werden.

Bei einer nach obigen Maßgaben qualifizierten Erziehungshilfe wird eine geschlossene Unterbringung im Regelfall nicht zur Notwendigkeit.

## **5. Position der LIGA zur geschlossenen Unterbringung in Einrichtungen der Altenhilfe nach dem SGB XI**

Im SGB XI-Bereich sind aus Sicht der LIGA fachliche Auseinandersetzungen zu Bedarfen und Rahmenbedingungen angezeigt. Es ist notwendig die psychiatrische Versorgungssituation im Land Sachsen-Anhalt auch unter seniorenspezifischen Gesichtspunkten zu erfassen und zu bewerten sowie eine fachgerechte Perspektive aufzuzeigen. Hierauf haben Fachvertreter der LIGA in den vergangenen Jahren wiederholt hingewiesen. Es ist allerdings festzustellen, dass die seitens der LIGA aufgestellten Forderungen, z.B. nach der Ermittlung von regionalspezifischen Versorgungsbedarfen und Hilfestrukturen auf Grundlage einer wissenschaftlichen Expertise bisher nicht umgesetzt wurden.

---

<sup>4</sup> Landesjugendamt Sachsen (2007): Entwicklung effektiver Organisationsformen zur interdisziplinären Hilfeplanung, Entwicklung und Begleitung von Angeboten zwischen Jugendhilfe, Psychiatrie und Schule. [http://www.slfs.sachsen.de/lja/aktuelles/pdf/lja\\_mp\\_meissen\\_ab07.pdf](http://www.slfs.sachsen.de/lja/aktuelles/pdf/lja_mp_meissen_ab07.pdf).

Ferner ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund des Interesses von Betroffenen und Angehörigen eine Übersicht zu bereits vorhandenen Angeboten mit einem entsprechenden pflegefachlichen Schwerpunkt – z.B. im Bereich der Pflege Demenzkranker – von Interesse.

Grundsätzlich müssen auch in SGB XI-Einrichtungen die bereits benannten rechtlichen Regelungen des BGB und des PsychKG Land Sachsen-Anhalt eingehalten werden. Hierzu sind auch entsprechende Mitarbeiterschulungen von Bedeutung, um die Einhaltung rechtlicher Grundlagen in der täglichen Praxis zu gewährleisten und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Handlungssicherheit zu vermitteln. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Erhöhung der Wahrnehmungsfähigkeit im Hinblick auf Gefahrensituationen und die Sensibilität für nötige, nicht bevormundende und präventive Maßnahmen.

Hinsichtlich der institutionellen Zuständigkeit plädiert die LIGA dafür, auch alten Menschen mit entsprechenden Bedarfslagen den Zugang zu geschlossenen Heimen zu eröffnen.

Auch Bewohner von SGB XI-Einrichtungen können in den Zustand der Fremdgefährdung kommen. Daher sollte im Einzelfall für Einrichtungen der Altenpflege die Möglichkeit bestehen sich im Rahmen einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung zu spezialisieren und eine adäquate Betreuung zu realisieren.

Eine wichtige Voraussetzung ist dabei die Definition eines Qualitätsrahmens für entsprechende Leistungen. Diesbezüglich könnte auf den in Sachsen-Anhalt bereits ausgearbeiteten Entwurf für Menschen mit Demenzerkrankungen und schweren Verhaltensauffälligkeiten Bezug genommen werden.



## **Ergebnisse der Arbeitsgruppe des Ausschusses: Anforderungen an den Vollzug geschlossener Unterbringungen und unterbringungsähnlicher Maßnahmen im Heim**

### **1. Übergreifende rechtliche Regelungen (M. Gottfried)**

Die persönliche Freiheit der Menschen steht unter einem besonderen verfassungsmäßigen Schutz (Artikel 2 Grundgesetz). Über die Freiheitsentziehung darf nur ein Richter auf Grund eines förmlichen Gesetzes und unter Einhaltung der normierten Verfahrensvorschriften entscheiden (Artikel 104 Grundgesetz). Die gesetzlichen Vorschriften für die freiheitsentziehende Unterbringung finden sich im öffentlich-rechtlichen Bereich in Gesetzen der jeweiligen Bundesländer (beispielsweise im PsychKG LSA) und im zivilrechtlichen Bereich in den §§ 1631b BGB (für Minderjährige) und 1906 BGB (für Volljährige). Auf die Voraussetzungen und das Verfahren für die Entscheidung über die Unterbringung soll hier nicht eingegangen werden. Ausgangspunkt für unsere Betrachtungen soll sein, welche Rechte die untergebrachten Personen im Anschluss an die gerichtliche Entscheidung über den Freiheitsentzug haben.

Es ist Ausfluss der vorbenannten Rechtsgarantien des Grundgesetzes, dass sich ein Freiheitsentzug nur auf das unbedingt notwendige Maß der Beschränkung reduzieren darf. Das PsychKG LSA enthält in seinen §§ 16 – 28 konkrete Vorgaben über den Anspruch des Untergebrachten auf ärztliche Versorgung, Ausgestaltung der Unterbringung, besondere Sicherungsmaßnahmen, persönliche Habe und Besuchsrecht, Religionsausübung, Verkehr mit der Außenwelt und Übergang von einer freiheitsentziehenden in eine offene Unterbringungsform. Derartige Regelungen fehlen für die nach privatrechtlichen Vorschriften untergebrachten Personen.

Das BGB regelt, anders als das PsychKG, dass die untergebrachten Personen nicht auf Grund eines staatlichen Aktes, sondern nach dem Willen des gesetzlichen Vertreters (Sorgeberechtigten, gesetzlichen Betreuers) in ihrer Freiheit beschränkt werden. Das Gericht hat hier lediglich die Genehmigung zu erteilen, dass der gesetzliche Vertreter diese Freiheitsbeschränkung oder Freiheitsentziehung auch veranlassen darf. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass der gesetzliche Vertreter auf Grund seiner persönlichen Bindung zu dem Betroffenen die Freiheitsbeschränkungen und den Freiheitsentzug nur in dem je nach der gegebenen Situation unbedingt erforderlichen Umfang anordnen wird.

Hierin sind in der Praxis erhebliche Gefahren zu sehen, zumal der gesetzliche Vertreter regelmäßig nicht mit dem Betroffenen in der Unterbringungseinrichtung zusammen leben wird und daher die konkrete Ausgestaltung des Freiheitsentzuges im Alltag der Betreuungseinrichtung überlassen wird. Daneben ist der gesetzliche Vertreter auch von den in der Einrichtung vorgefundenen Bedingungen und Möglichkeiten abhängig; er hat kaum die Wahl, unter verschiedenen Einrichtungen gleicher Betreuungsausrichtung zu wählen.

Unseres Erachtens ist es notwendig, zum Schutze der betroffenen Personen klare gesetzliche Standards für die Ausgestaltung einer freiheitsentziehenden Unterbringung in Langzeiteinrichtungen zu schaffen. Im Folgenden sollen aus unserer Sicht wesentliche Aspekte ausgeführt werden, wobei kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird.

#### **Ärztliche Behandlung:**

Der Untergebrachte hat wegen des Freiheitsentzuges keine Möglichkeit, bei gesundheitlichen Beschwerden eigenständig einen Arzt, der auch noch seiner Wahl entsprechen soll, aufzusuchen. In der Praxis immer wieder zu hören ist, dass sog. Heimärzte, die weder von dem Betroffenen, noch von seinem gesetzlichen Vertreter ausgewählt sind, den Betroffenen betreuen. Unsere Forderung geht dahin, dass es dem Betroffenen ermöglicht werden muss, sein Recht auf freie Arztwahl wahrzunehmen. Ob der von dem Betroffenen bzw. seinem gesetzlichen Vertreter ausgewählte Arzt auch bereit ist, die Behandlung unter den gegebenen Bedingungen (z.B. wegen langer Anfahrtswege) zu übernehmen, bleibt diesem natürlich im Rahmen der Vertragsfreiheit selbst überlassen.

Soweit allerdings der Zweck der Unterbringung auch eine bestimmte fachärztliche Behandlung erfordert und die Betreuung den Aufgabenkreis der Gesundheitsfürsorge und der Zuführung

zur ärztlichen Heilbehandlung umfasst, wird der Untergebrachte die von seinem rechtlichen Vertreter eingeleitete Behandlung zu dulden haben. Die Anwendung von unmittelbarem Zwang bleibt allerdings ausschließlich der stationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung vorbehalten; eine ambulante Zwangsbehandlung ist in unserer Rechtsordnung nicht vorgesehen.

### **Ausgestaltung der Unterbringung:**

Mit der Entscheidung über die Unterbringung in einem Wohn- oder Pflegeheim wird der Betroffene in ein Lebensumfeld gezwungen, in dem er sich nicht aufhalten möchte. Es ist Ausfluss des Grundgedankens des Freiheitsentzuges, dass die damit verbundenen Beschränkungen nur auf das notwendige Maß reduziert werden dürfen. Das bedeutet, dass der Betroffene im Rahmen des geschützten Bereiches sein Umfeld nach eigenen Vorstellungen gestalten darf, soweit hierdurch nicht der Zweck der Unterbringung unterlaufen oder ein geordnetes Zusammenleben im Wohnbereich beeinträchtigt wird. Mithin ist einzufordern, dass der Betroffene einerseits Kontakt zu anderen Personen, zu aktiver Freizeitgestaltung, zu Besuchsempfang sowie ungehindertem Post- und Telekommunikationsverkehr hat. Andererseits muss ihm die Möglichkeit des Rückzuges gewährt werden. Hierzu gehört, dass dem Betroffenen nicht ohne Not ein Einzelzimmer vorenthalten sein darf. Sein Zimmer muss der Betroffene nach eigenen Vorstellungen gestalten können, sofern hierdurch die Betreuung nicht erheblich beeinträchtigt wird. Besonders wichtig ist, und dies wird noch in zu wenigen Einrichtungen angeboten, dass der Betroffene täglich die Möglichkeit des – räumlich beschränkten – Aufenthaltes im Freien erhält, sofern nicht besondere Gründe entgegenstehen (gesteigerte Fluchtgefahr, besondere Beobachtungserfordernisse, Unzeit). Von daher ist bei der Zulassung eines Heimes für den Vollzug einer Freiheitsentziehung darauf zu achten, dass die Einrichtung auch von der baulichen Seite her entsprechend ausgestattet ist.

### **Religionsausübung:**

Nach Artikel 4 des Grundgesetzes ist die ungestörte Religionsausübung zu gewährleisten. Dementsprechend ist, analog der Formulierung des § 25 PsychKG LSA, auch dem im Heim Untergebrachten das Recht und die tatsächliche Möglichkeit einzuräumen, innerhalb der Einrichtung an Gottesdiensten und an Veranstaltungen von Religions- und Glaubensgemeinschaften teilzunehmen.

### **Offene Unterbringung/Beurlaubung:**

Wie eingangs erwähnt, trifft bei einer Unterbringung nach den Bestimmungen des BGB der gesetzliche Vertreter die Entscheidung, ob die genehmigte Unterbringung auch vollzogen werden soll. Selbst der kritischste gesetzliche Vertreter findet hier seine Grenzen in den Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtung.

Eine Beurlaubung des Untergebrachten, z.B. in Form der Mitnahme und Beaufsichtigung des Untergebrachten durch den gesetzlichen Vertreter an Wochenenden oder zu Besorgungen erscheinen in der bisherigen rechtlichen Situation schon hinreichend praktikabel.

Anders aber die Frage des Überganges des Betroffenen von einer geschlossenen in eine offene Unterbringungsform. Auch hier ist wieder der Grundsatz zu bemühen, dass die Freiheitsentziehung eines Menschen nur dann und so lange zulässig ist, wie es zur Abwehr von konkreten Gefahren unbedingt erforderlich ist. Ziel der Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung muss immer sein, dass der Betroffene wieder zu einer gefahrlosen Lebensführung außerhalb dieser Abteilung befähigt wird. Dazu gehören auch Belastungserprobungen, um zu prüfen, ob das unter geschützten Bedingungen gezeigte angepasste Verhalten auch unter den Bedingungen der Lockerung der Beschränkung und der Aufsicht tragfähig ist. Eine positive Prognose, die eine freiheitsentziehende Unterbringung zu beenden erlaubt, ist aber erst dann möglich, wenn das Verhalten des Betroffenen in entsprechenden Belastungssituationen auch beobachtet worden ist. Aus diesem Grund stellt

sich die Forderung, dass in einer Unterbringungseinrichtung auch offen geführte Bereiche mit ausreichend freien Plätzen vorhanden sein müssen, um auf eine günstige Entwicklung im Verhalten des Betroffenen zeitgerecht reagieren zu können. Andererseits ermöglicht die Integration eines geschlossenen Wohnbereichs in eine offen geführte Wohneinrichtung auch eine schnelle Rückführung des Betroffenen in geschützte Bedingungen, sofern sich zeigt, dass die positive Prognose noch verfrüht war.

### **Überwachung des Vollzugs**

Es stellt sich nun die Frage, wie die Umsetzung der Ansprüche der Betroffenen kontrolliert werden kann.

Zunächst steht hier die Verpflichtung der gesetzlichen Vertreter, den Vollzug der Unterbringung zu überwachen. Unterstützung und Beratung erhält dieser durch das Gericht nach § 1837 BGB sowie durch das Jugendamt (bei Minderjährigen) und durch die Betreuungsbehörde (bei Volljährigen).

Von einem nicht professionellen gesetzlichen Vertreter, etwa einem ehrenamtlichen Betreuer, kann aber häufig nicht das Fachwissen erwartet werden, Defizite in der Förderung des Betroffenen zu erkennen. Daher erscheint es notwendig, mit der Aufnahme des Betroffenen im Zusammenwirken der behandelnden Ärzte, der Einrichtung und der gesetzlichen Vertreter einen Betreuungs- und Förderungsplan aufzustellen. Dieser ist dem Gericht vorzulegen. Das Gericht kann die Einhaltung dieser Verpflichtung mit Zwangsmitteln durchsetzen.

Die Heimaufsicht und der Psychiatrieausschuss kontrollieren bei ihren Besuchen, dass der Förderplan vorliegt und, soweit in der Situation erkennbar, auch umgesetzt wird. Derzeit reduziert sich die Kontrolle auf die Existenz einer gerichtlichen Genehmigung des Freiheitsentzuges. Werden Mängel festgestellt, wird die Heimaufsicht deren Beseitigung einfordern und notfalls über das Landesverwaltungsamt durchsetzen.

Letztlich erfolgt auch eine, wenn auch nur mittelbare Kontrolle durch das Gericht im Zusammenhang mit Entscheidungen über die Verlängerung der Unterbringung. Nach der gegenwärtigen Regelung darf eine Unterbringung grundsätzlich nicht länger als für ein Jahr, nur in Ausnahmefällen für zwei Jahre genehmigt werden. Spätestens zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Verlängerung der Unterbringung wird der Gutachter dem Gericht darlegen müssen, aus welchen Gründen die Möglichkeit einer offenen Wohnform noch nicht erreicht worden ist.

## **2. Geschlossene Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen bei demenzkranken Menschen (K.-L. Geppert)**

### **Personenkreis und Hilfebedarf:**

Der Hilfebedarf von Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, richtet sich weniger nach der psychiatrischen Diagnose und der zugrundeliegenden körperlichen Erkrankung als nach dem Verlaufsstadium und dem Schweregrad der Beeinträchtigung psychischer Funktionen, also nach der aktuellen psychopathologischen Symptomatik. Zu den Kernsymptomen der Demenz, sei sie verursacht durch einen hirnatrophischen Prozess, einen zerebralen Gefäßprozess oder eine andere Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns, gehören kognitive und mnestiche Störungen (Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeit, Lernfähigkeit und Gedächtnis, Verlangsamung des Denkens). Im Verlauf wird die genaue zeitliche und örtliche Orientierung früher verloren gehen als die Erinnerung an die eigene Lebensgeschichte und die persönlichen Daten. Hinzutreten können Hirnwerkzeugstörungen (Aphasie, Agnosie, Apraxie), psychotische Symptome (Wahnphänomene, Sinnestäuschungen), affektive Symptome (Verstimmungen), Angst mit Unruhe und Enthemmungszeichen mit der Gefahr von Fehlhandlungen.

Aus der individuellen psychopathologischen Symptomatik ergeben sich ein besonderes Schutzbedürfnis demenzkranker Personen und eine besondere Fürsorgepflicht ihnen

gegenüber. Im Verlauf der Erkrankung treten zahlreiche Probleme auf, die erkannt, angesprochen und gelöst werden müssen. Eine Gefährdung kann sich innerhalb der eigenen Wohnung ergeben (etwa wenn die Toilette nicht gefunden oder die eingeschaltete Herdplatte vergessen wird) oder im Wohnbereich (etwa wenn ein desorientierter Heimbewohner ein fremdes Zimmer für sein eigenes hält und gegen dessen Bewohner handgreiflich wird). Besonders kritische Situationen entstehen allerdings dann, wenn eine Person mit einer so schweren psychischen Beeinträchtigung die Wohnung oder den Wohnbereich unbemerkt und unbeaufsichtigt verlässt und dann, so muss befürchtet werden, sich nicht zurechtfindet, insbesondere nicht zurückfindet, und hilflos umherirrt.

Solche Situationen erfordern in der Regel keine geschlossene Unterbringung, sondern in ein Gesamtkonzept eingebettete, sanfte, behutsame Maßnahmen der „fürsorglichen Zurückhaltung“. Allerdings zeigen die Erfahrungen der Besuchskommissionen, dass manche Pflegeheime eine „verdeckte“ geschlossene Unterbringung betreiben. Wenn etwa der Wohnbereich nur mit dem Aufzug verlassen werden kann und die Bedienung des Aufzugs einen Schlüssel erfordert, über den nur das Pflegepersonal verfügt, so liegt de facto eine nicht genehmigte und auch nicht erforderliche geschlossene Unterbringung vor.

Ferner muss ein Unterschied gemacht werden zwischen Bewohnern, die absichtlich das Haus verlassen wollen, und solchen, die nur versehentlich aufgrund ihrer Neugier und ihres Bewegungsdranges die Eingangstür passieren und abhanden zu kommen drohen. Diese Gefahr kann schon durch eine zweckmäßige bauliche Gestaltung von Wohnbereichen in Pflegeheimen vermindert werden. Wie auch immer die fürsorgliche Zurückhaltung praktisch umgesetzt wird – ob ein Transponder ein Signal auf die Schwesternrufanlage sendet und eine Pflegekraft den Bewohner von der Tür zurück in den Wohnbereich führt, ob ein Zahlenschloss oder eine elektrische Verriegelung betätigt werden muss – in jedem solchen Falle handelt es sich um eine unterbringungsähnliche Maßnahme, die einer Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht bedarf.

### **Besondere Bedürfnisse der Bewohner**

Die Ansprüche von demenzkranken Heimbewohnern an die Bedingungen in ihrem Lebensumfeld unterscheiden sich nicht grundlegend von den Bedürfnissen der entsprechenden Altersgruppe der Normalbevölkerung. Zu berücksichtigen ist bei der Planung der Hilfen, dass die Erkrankung fortschreiten wird. Das bedeutet nicht nur, dass der Hilfebedarf zunehmen kann, sondern auch, dass vorübergehend Verhaltensweisen auftreten können, die von anderen Bewohnern und den Mitarbeitern der Einrichtung als störend und belastend empfunden werden können. Dennoch ist anzustreben, dass eine Person, die wegen einer Demenzerkrankung in einer Pflegeeinrichtung aufgenommen werden muss, dann auch dort verbleiben kann und ihr nicht wegen der Symptome der Erkrankung immer wieder neue irritierende Umgebungswechsel zugemutet werden müssen.

Zeitweise kann das Bedürfnis nach Bewegung gesteigert, das Ruhe- und Schlafbedürfnis herabgesetzt oder der Tag-Nacht-Rhythmus umgekehrt sein. In den ersten Tagen, Wochen und Monaten nach der Aufnahme in der neuen, noch ungewohnten und fremden Umgebung ist oft mit einer Verstärkung von Angst, Unruhe und „Weglauftendenzen“ zu rechnen. Hinsichtlich der Kommunikation sind die Bedürfnisse nach fürsorglicher Zuwendung und Validation zu beachten. Gemeint ist damit eine Grundhaltung im Umgang mit hochbetagten und an Demenz erkrankten Menschen und eine Kommunikationsmethode, die respektiert und wertschätzt, was der desorientierte Gesprächspartner zu sagen hat und mitzuteilen versucht. Es gilt, Respekt zu bekunden, Empathie zu entwickeln, Vertrauen aufzubauen und Eigenheiten zu akzeptieren.

#### Ziele von Validation

- Wiederherstellen des Selbstwertgefühls und der Würde
- Rechtfertigung des gelebten Lebens

- Lösen unausgetragener Konflikte der Vergangenheit
- Verhindern des Rückzugs in das „Vegetieren“
- Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens
- Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation
- Reduktion von Stress
- Reduktion von Psychopharmaka

Die Umsetzung in ein pflegerisches Konzept erfordert kleine, überschaubare Wohnbereiche mit hoher Betreuungskonstanz.

### **Konzeptionelle Aspekte**

Konzeptionelle Überlegungen sollten folgende inhaltliche Schwerpunkte berücksichtigen:

- Aufnahmesituation – Strukturen, Maßnahmen und fachärztliche Therapieempfehlungen
- Bewohnerstruktur – Gruppenstärke, Beschreibung des Personenkreises, spezifische Merkmale
- Personalstruktur – Zusammensetzung, Qualifikation
- Tagesablaufstruktur und Arbeitsorganisation – Wer tut was wann und wie?
- Pflegeplanung, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen
- Dokumentation – welches System kommt zur Anwendung, wie erfolgt Transparenz und Nachvollziehbarkeit
- Qualitätssicherung, Weiterbildung, Supervision

### **Personelle Ausstattung**

Der „fürsorglich zurückgehaltene“ (geschlossen untergebrachte) Bewohner hat ein Recht darauf, dass sein Betreuungsteam/Bezugsbetreuer folgende Voraussetzungen erfüllt:

- Die Mitarbeiter arbeiten freiwillig in diesem Bereich, ein Wechsel ist möglich
- Die Mitarbeiter haben eine entsprechende Qualifikation, zum Beispiel als Altenpfleger, Krankenschwester, Ergotherapeut, Sozialpädagoge, Sozialassistent, Hauswirtschaftler und/oder verfügen über entsprechende Berufserfahrung
- Die Mitarbeiter verzichten auf Machtmissbrauch
- Das Team ist ausgewogen zusammengesetzt nach Geschlecht und Altersstruktur
- Das Team hat ein gemeinsam getragenes Leitbild
- Das Team wird supervidiert und nimmt an störungsbildspezifischen Weiterbildungen teil

Die Personalbemessung ist so zu gestalten, dass unabhängig von der Anzahl der zu begleitenden Personen immer mindestens zwei Mitarbeiter in einer Schicht zur Verfügung stehen. Eine Person wird die möglichen Krisensituationen, die bei der Pflege von demenzkranken Heimbewohnern auftreten können, nicht allein bewältigen können.

### **Bauliche Aspekte**

Zu den in einem Altenpflegeheim als selbstverständlich zu erwartenden baulichen Anforderungen zählen die Barrierefreiheit und die behindertengerechte Ausstattung. Die Gestaltung der Wohnbereiche sollte neben der alters- und altengerechten Möblierung auch Sicherheitsaspekte bei der Ausstattung der Wohnküchen und aller technischer Geräte berücksichtigen. Die Farbgestaltung des Wohnbereiches kann als Orientierungshilfe genutzt

werden. Die sogenannten Verkehrsflächen sind großzügig zu bemessen, um ausreichend Bewegungsmöglichkeit zuzulassen. Ferner muss für alle Bewohner, gerade auch für die fürsorglich zurückgehaltenen, die Möglichkeit bestehen, sich im Freien aufzuhalten, ohne auf den guten Willen und die Zeit des Pflegepersonals angewiesen zu sein. Auf der einen Seite muss die Gestaltung des Gartens der Sturzgefährdung und der Gefahr von Fehlhandlungen Rechnung tragen; auf der anderen Seite soll sie wie das Wohnumfeld Anregungen und Beschäftigungsmöglichkeiten bieten. Hier haben manche Einrichtungen mit der Haltung von Haustieren gute Erfahrungen gemacht.

### **3. Geschlossene Unterbringung im Heim bei Menschen mit Suchterkrankungen (K. Reuter)**

#### **Personenkreis und Hilfebedarf:**

Eine geschlossene Unterbringung für Personen mit der Grunderkrankung „chronischer Alkoholismus“ kann dann erforderlich werden, wenn aufgrund einer schweren hirnorganischen Beeinträchtigung die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist und die Gefahr eines weiteren schwerwiegenden selbstschädigenden Verhaltens besteht. Diese schwerkranken Menschen sind zum Teil nicht mehr in der Lage, selbständig, eigenverantwortlich und abstinenz ihr Leben zu bewältigen und zu organisieren, da die Fähigkeit zur Selbstregulation und Selbststeuerung, zur Selbstbeobachtung und Selbsteinschätzung beeinträchtigt ist und Selbstvertrauen, Lebensmut, Wert- und Zielorientierung, Konfliktfähigkeit, Frustrationstoleranz und Alltagskompetenzen verloren gegangen sind.

Neben verschiedenen medizinischen Diagnosen in Kombination mit alkoholbedingten Persönlichkeits- und Wesensveränderungen leiden die Betroffenen – überwiegend Männer – zusätzlich unter sozialer Desintegration und Isolation. Sie sind meist wiederholt ohne Erfolg stationär behandelt worden, haben die Entzugsbehandlung, die Entwöhnungsbehandlung und spezielle Behandlungsprogramme für chronisch Suchtkranke (S4) mehrfach durchlaufen, und sind häufig durch Zwangseinweisungen mit den Ordnungsbehörden, manchmal auch durch Straftaten im Rausch mit den Strafverfolgungsbehörden in Kontakt gekommen. Ihr Alltag ist geprägt durch die Zugehörigkeit zu einem Milieu, geradezu einer Subkultur, in der sie Kontakte vor allem zu Personen in vergleichbarer Lebenslage pflegen. Sie sind fast immer alleinstehend; Beziehungen zu Angehörigen sind zerrüttet oder fehlen ganz; infolge der Vernachlässigung persönlicher Angelegenheiten fehlt meist auch die grundlegende soziale Absicherung und die Existenzgrundlage; sie sind von Wohnungslosigkeit bedroht oder bereits obdachlos. Obwohl die physischen, psychischen und sozialen Kompetenzen mehrfach beeinträchtigt sind, besteht trotz der ausgeprägten Hinfälligkeit kein Krankheitsgefühl. Selbst die Hilflosigkeit kann aufgrund der Schwere der Störung nicht mehr wahrgenommen werden.

#### **Ziele der Unterbringung:**

Die Sicherung eines möglichst gesunden Überlebens und die Verhinderung weiterer schwerer körperlicher Folgeschäden bei diesem Personenkreis erfolgt durch geeignete medizinische und pflegerische Betreuung, regelmäßige und ausgewogene Ernährung und insbesondere durch Gewährleistung eines suchtmittelfreien Umfeldes.

Kontrollierte Abstinenz kann bei absolut fehlender Krankheitseinsicht manchmal nur unter geschlossenen Bedingungen sichergestellt werden. Zunächst steht die Basisversorgung im Vordergrund im Hinblick auf Grundbedürfnisse wie Essen, Schlafen, Bekleidung und Körperhygiene. Hinzu kommen wichtige andere lebenspraktische Fertigkeiten wie Reinigung des Zimmers und der Kleidung sowie tagesstrukturierende Maßnahmen im Bereich der Ergotherapie, die möglichst auf biographische Daten Rücksicht nehmen. Ferner muss die Einnahme von Medikamenten und die notwendige medizinische und pflegerische Versorgung abgesichert werden. Das Betreuungskonzept muss immer wieder überprüft und angepasst werden, um eine dauerhafte Über- oder Unterforderung des Einzelnen zu vermeiden. Entmutigung und Demoralisierung können zu Hoffnungslosigkeit, zu aggressivem Verhalten oder zu suizidalen Absichten führen. Aufgrund dieser besonderen Anforderungen ist die Arbeit

auf eine kleine überschaubare Gruppe von maximal sechs bis acht Personen zu beschränken. Die geschlossene Unterbringung Suchtkranker ist keine von anderen Angeboten losgelöste Hilfeform, sondern muss in das Suchthilfesystem integriert werden, um die Übergänge in offenere Formen der Teilhabe nahtlos gestalten zu können. Demzufolge müssen alle Anbieter im Suchtkrankenhilfesystem sich im regionalen Verbund organisieren und weiterführende Angebote für diesen Personenkreis vorhalten, damit eine Entlassung aus dem geschlossenen Bereich mit weiterführender Hilfe gewährleistet werden kann.

### **Konzeptionelles:**

Hier sind folgende Ebenen zu berücksichtigen:

Somatische Ebene (Verhinderung weiterer körperlicher Schädigungen):

- Sicherstellung der Abstinenz und eines suchtmittelfreien Umfeldes
- Sicherstellung der notwendigen medizinischen und medikamentösen Behandlung
- Pflegerische Betreuung
- Regelmäßige und ausgewogene Ernährung

Psychische Ebene:

- Zufriedenheit, Lebenslust und Lebensfreude auf der Basis erlebter Wertschätzung, Solidarität, Unterstützung, Geborgenheit und Sicherheit; Vermitteln von Hoffnung

Soziale Ebene:

- Aufnahme und Gestaltung sozialer Beziehungen
- Integration in eine Gemeinschaft
- Entwicklung von Beziehungs- und Kontaktfähigkeit

Kognitive Ebene:

- Verbesserung kognitiver Fähigkeiten (Gedächtnis, Orientierung, Handlungsplanung)

Lebenspraktische Ebene:

- Möglichst selbständige Bewältigung von Anforderungen des alltäglichen Lebens
- Unabhängigkeit von Pflege und Betreuung

Abstinenzfördernde Ebene:

- Erarbeitung eines Abstinenzwunsches und daraus resultierend eine sich entwickelnde Abstinenzsicherheit

Alle Interventionen sollen sich nach individuellen Gegebenheiten und Notwendigkeiten jedes einzelnen Bewohners mit seinem persönlichen Hintergrund, seiner aktuellen Situation und seinen Zielen richten. Der Behandlungsansatz sollte methoden- und therapieschulenübergreifend sein. Im Vordergrund der soziotherapeutischen Arbeit steht die Akzeptanz von Schwächen, Defiziten, Unzulänglichkeiten und Stagnation, wobei Ressourcenorientierung die Arbeit bestimmt. Die gesamte Arbeit unterliegt einer Dokumentationspflicht. Qualitätssicherung, Weiterbildung und Supervision gehören zum Standard.

Obwohl die gesamte Arbeit unter geschlossenen Bedingungen erfolgt, muss sich die Konzeption an den Erkenntnissen der Arbeit mit chronisch mehrfach geschädigten suchtkranken Menschen orientieren. Unter Umständen kann das unter geschützten Bedingungen neu erlernte Verhalten frühzeitig in einer offeneren Wohnform trainiert werden. Allerdings muss die Gefahr beachtet werden, durch zu frühe und zu weitgehende Lockerungen (insbesondere durch zu früh gewährten Heimurlaub) Rückfälle und damit Enttäuschungen zu provozieren. Sollte es zum Rückfall kommen, muss auch eine schnelle Rückführung in den geschützten Bereich möglich sein.

### **Personelle Bedingungen:**

Neben den Gruppenbetreuern, meist Sozialpädagogen oder Sozialarbeiter, sind in der Betreuung Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, Krankenschwestern und Krankenpfleger,

Sport- und Bewegungstherapeuten, Heilpädagogen, Erzieher und Hauswirtschaftsmitarbeiter tätig. Diese sollten über ausreichende Erfahrungen im Suchtkrankenhilfesystem verfügen. Die Betreuung erfolgt über 24 Stunden täglich an allen Wochentagen. Pro Schicht müssen mindestens zwei MitarbeiterInnen anwesend sein.

Die MitarbeiterInnen müssen neben der formalen Qualifikation auch die nötige Persönlichkeitsreife haben, über Kenntnisse der Deeskalation verfügen und unter geschlossenen Bedingungen arbeiten wollen. Eine gleichgeschlechtliche Betreuung muss auf Wunsch des Bewohners möglich sein.

#### **Bauliche Aspekte:**

Die baulichen Gegebenheiten entsprechen der Heimmindestbauverordnung. Dabei ist auf Ebenerdigkeit (behindertengerecht, z. B. Personenaufzüge, Handläufe etc.) zu achten. Die Räumlichkeiten sind übersichtlich mit Orientierungshilfen (Bilder, Symbole, Farben, Schilder, Fotos etc.) gestaltet. Um Konflikte zu vermeiden und Raum für sozialen Rückzug vorzuhalten, kommt nur eine Unterbringung in Einzelzimmern in Betracht. Es ist darauf zu achten, dass die Räume wohnlich eingerichtet sind, damit die Bewohner lernen, ein Gefühl von „Zuhause“ zu erleben. Pinnwände mit Informationen, Stundenpläne, große Wanduhren in Zimmern und im Gruppenraum erleichtern die zeitliche Orientierung. Ein Aufenthalt im Freien muss ermöglicht werden, am besten in Form freien Zugangs in einen umfriedeten Garten (die Gefahr des Einschmuggelns von „Konterbande“ durch Dritte über den Gartenzaun sei der Vollständigkeit halber angesprochen).

#### **4. Chronische psychische Erkrankungen (F. M. Böcker):**

##### **Voraussetzungen:**

Schizophrene Psychosen, schizoaffektive und bipolar-afektive Störungen können, wenn sie nicht episodisch-remittierend, sondern schwer und chronisch verlaufen, als „seelische Behinderung“ betrachtet werden. Das gilt auch für schwere Formen von Persönlichkeitsstörungen, etwa mit anhaltendem selbstschädigendem oder selbstverletzendem Verhalten. Das Ziel der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ist es immer, die Symptomatik der Störung soweit zu bessern und den Verlauf soweit zu stabilisieren, dass der oder die Betroffene, ggf. mit ambulanten oder teilstationären Hilfen, in der eigenen Wohnung leben kann. Gelegentlich und insgesamt selten kommt es vor, dass der aufgrund der seelischen Behinderung bestehende Hilfebedarf nur in einer stationären Einrichtung gedeckt werden kann, etwa weil selbst eine minimale Selbstversorgung nicht gewährleistet werden kann oder weil wegen häufiger Krisen ständig ein Ansprechpartner verfügbar sein muss (Konrad et al 2006). Meist handelt es sich um Patienten, bei denen neben der psychischen Erkrankung noch andere schwerwiegende Probleme bestehen, etwa eine Intelligenzminderung, eine körperliche Erkrankung oder eine schwere Suchterkrankung, und bei denen diese verschiedenen klinischen Problemstellungen in ungünstiger Weise zusammenwirken. So gilt etwa für die Komorbidität Sucht und Psychose, dass die Suchterkrankung die Behandlung der Psychose und die Psychose die Behandlung der Suchterkrankung erschweren und im Extremfall ganz verhindern kann.

Eine Heimaufnahme kommt nur dann in Betracht, wenn alle anderen Möglichkeiten der Behandlung, einschließlich der Krankenhausbehandlung, ausgeschöpft sind. Aus fachärztlicher Sicht ist sie nur zu vertreten, wenn in der Einrichtung ein fachgerechter Umgang mit der oder dem Betroffenen entsprechend der bestehenden psychischen Störung und des aktuellen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse gewährleistet werden kann. Der Zweck ist auch bei einer Heimaufnahme nicht die reine fürsorgliche „Aufbewahrung“, sondern die Wiedereingliederung und Teilhabe, auch wenn möglicherweise längere Zeiträume benötigt werden, um solche Ziele zu erreichen.

Immer wird es möglich sein, mit dem oder der Betroffenen zu besprechen, dass nach der Klinikentlassung eine weitere intensive Betreuung erforderlich sein wird, und zu erörtern, warum ambulante Hilfeformen nicht ausreichen. In den meisten Fällen wird die Entscheidung



über die Anmeldung in einer Übergangseinrichtung oder einem Wohnheim einvernehmlich getroffen. Es kann aber, etwa bei einer Wahnerkrankung mit völlig fehlender Krankheitseinsicht, einmal eine Situation eintreten, in der eine Heimaufnahme gegen den Willen des oder der Betroffenen eingeleitet werden muss, weil krankheitsbedingt jede Unterstützung abgelehnt wird, obwohl objektiv betrachtet die Fähigkeit zur Selbstversorgung nicht gegeben ist und die Erfahrung zeigt, dass ohne Hilfe ein menschenwürdiges Leben nicht möglich ist.

Wie bei der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus muss die Verhältnismäßigkeit gewahrt sein; der Freiheitsentzug durch Unterbringung oder unterbringungsähnliche Maßnahmen ist nur dann zu rechtfertigen, wenn die möglichen Konsequenzen einer Entlassung schwerwiegend und nicht hinnehmbar sind. Auf der anderen Seite darf die Unterbringung auch nicht unterbleiben, wenn sie nach Ausschöpfen aller anderen Alternativen den einzig möglichen Weg darstellt, einem Patienten trotz einer schweren psychischen Erkrankung ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen. Ob das der Fall ist, wird niemals eine Person allein entscheiden können; neben der fachärztlichen Stellungnahme und der Sichtweise des oder der Betroffenen und des rechtlichen Vertreters wird das Gericht immer gut daran tun, auch das Votum der relevanten Bezugspersonen zu berücksichtigen.

### **Gestaltung der Unterbringung:**

Der Übergang von der klinischen Behandlung in das Wohnheim sollte so gestaltet werden, dass der oder die Betroffene frühzeitig informiert und möglichst an der Auswahl der Einrichtung beteiligt wird und bereits etwas darüber weiß, was sie oder ihn erwartet. Dazu eignen sich etwa begleitete Informationsbesuche, die dem ersten gegenseitigen Kennenlernen dienen.

So paradox es erscheinen mag: In der Klinik ist es oft möglich, Patienten, die mit richterlichem Beschluss gegen ihren Willen untergebracht sind, auf offenen Stationen zu betreuen und offen zu führen. Das schließt die Möglichkeit von Ausgang und Beurlaubungen ein. Dass die Verlegung in das Heim auf der Basis einer Rechtsgrundlage mit einem richterlichen Beschluss gegen den Willen des oder der Betroffenen erfolgt, muss nicht zwangsläufig und in jedem Fall bedeuten, dass nun die bereits erprobten und bewährten Lockerungen zurückgenommen werden müssen. Es ist zwar nicht zulässig, Betreute gegen ihren Willen in offenen Einrichtungen unterzubringen; es ist aber sehr wohl zulässig, die Unterbringung entsprechend der Erfordernisse und im Einvernehmen mit dem Betreuer weitgehend offen zu führen. Diesbezüglich ist neben einer guten Übergabe eine enge Zusammenarbeit mit dem rechtlichen Vertreter des oder der Betroffenen unbedingt erforderlich.

Nach dem Prinzip der regionalen Versorgungsverpflichtung gehört eine „Rücknahmegarantie“ der örtlich zuständigen psychiatrischen Klinik für den Fall erneuter stationär-psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit zur guten klinischen Praxis. Einer Klinik, die zusichert, ihren Patienten oder ihre Patientin erforderlichenfalls wieder aufzunehmen, wird so leicht auch niemand vorwerfen können, sich unliebsamer Patienten durch Verlegung in wohnortferne Heime zu entledigen.

Die größte Gefahr, die das Leben im Heim mit sich bringt, ist der Hospitalismus. Auch bei untergebrachten Patienten/Bewohnern gelten die sozialpsychiatrischen Prinzipien der Behandlung und Rehabilitation:

- Stumpfsinn, Langeweile, Öde und Leere sind zu vermeiden, denn seit den Untersuchungen der britischen Sozialpsychiatrie der frühen siebziger Jahre wissen wir, dass eine wenig anregende Umgebung die Negativsymptomatik verstärkt. Es gilt also, anzuregen, Aufgaben zu stellen, Spielräume zu schaffen, Sinn zu stiften.
- Die gleichen Forscher haben auch gezeigt, dass emotionale Konflikte, ständige Einmischung und anhaltende feindselige Kritik, der sich der oder die Betroffene nicht entziehen kann, das Wiederauftreten produktiv-psychotischer Symptome fördern. Das bedeutet im besten Fall einen höheren Medikamentenverbrauch und im schlimmsten Fall eine Exazerbation der Symptomatik mit Suizidalität, Aggressivität und erneuter stationär-psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit. Aus klinischer Sicht lassen sich im

Vorfeld von Rezidiven durchaus nicht selten Beziehungskonflikte mit Mitbewohnern oder Mitarbeitern der Einrichtung eruieren, die als Stressoren wirken und insofern als Auslöser zur erneuten Verschlechterung der psychopathologischen Symptomatik beitragen.

Daraus ergibt sich, dass die Mitarbeiter der Einrichtung über die Krankheitsbilder Bescheid wissen und die Grundzüge der Behandlung kennen müssen. Deshalb muss in der Einrichtung entsprechend ausgebildetes, weitergebildetes und fortgebildetes Personal zu Verfügung stehen.

(Als absoluten Minimalstandard könnte man fordern, dass alle an der Betreuung und Pflege beteiligten Mitarbeiter unabhängig von ihrer jeweils spezifischen Berufsausbildung wenigstens über die Kenntnisse verfügen, die Bewohnern/Patienten und ihren Angehörigen im Rahmen der Psychoedukation vermittelt werden. Insofern bilden die Lehrbücher, Handbücher und Manuale der Psychoedukation möglicherweise einen geeigneten Einstieg in die Weiterbildung und Fortbildung der beteiligten Mitarbeiter).

Eben weil Beziehungskonflikte für den Verlauf von schizophrenen, schizoaffektiven und affektiven Psychosen zentrale Bedeutung haben, ist eine regelmäßige externe Supervision aller Mitarbeiter obligatorisch. Die Betreuung von Menschen mit Störungen der Persönlichkeitsentwicklung, also mit Störungen der sozialen Beziehungsfähigkeit, erfordert erst recht eine sehr sorgfältige Beachtung, Planung und Überwachung der Beziehungsgestaltung mit allen Teammitgliedern.

Eine angemessene Beschäftigung der Bewohner, die über die Aktivitäten des täglichen Lebens hinausgeht, wird zunächst meist an lebenspraktischen Erfordernissen anknüpfen, wird beginnen mit Ordnung und Sauberkeit im eigenen Lebensbereich (Zimmer aufräumen, saubermachen, Mithilfe bei der Nahrungszubereitung, Einkaufen, Waschen, Bügeln) und wird häufig arbeitstherapeutische Angebote umfassen. Bei der Gestaltung aller Beschäftigungsangebote müssen die Belange der Unterbrachten (nicht die Interessen der Einrichtung) im Vordergrund stehen. Selbstverständlich können die Bewohner mit ihrer Arbeitskraft einen wertvollen Beitrag zum wirtschaftlichen Erfolg einer Einrichtung leisten; diese Leistung muss dann aber auch angemessen entgolten werden. Eine Ausbeutung der Arbeitsleistung von Bewohnern zur Sicherung des wirtschaftlichen Überlebens einer Einrichtung oder zur Steigerung des vom Träger abgeschöpften Gewinns wäre nicht hinnehmbar.

Immer wieder neu werden Mitarbeiter und Bewohner gemeinsam zu prüfen haben, ob das Klima in der Einrichtung stimmt. Wie wird ein Neuankömmling die Einrichtung erleben? Ist die Atmosphäre gastlich genug? Sind die Räumlichkeiten wohnlich? Hat ein Bewohner die Möglichkeit, einem Hobby nachzugehen? Wie wird mit Sexualität umgegangen? Haben Bewohner einen eigenen Schlüssel zu ihrem Zimmer, einen eigenen Briefkasten, ein eigenes Telefon, ein Fernsehgerät im Zimmer? Dürfen sie in ihrem Zimmer einen Computer anschließen? Haben sie Zugang zum Internet? Dürfen sie ein Mobiltelefon benutzen? Tragen die Mitarbeiter Berufskleidung und Namensschilder oder Jeans und Sweatshirts?

### **Ausstattung der Einrichtung:**

Im Gegensatz zur Klinik, die stets nur für einen vorübergehenden Aufenthalt bestimmt ist, auch wenn dieser im Einzelfall einmal mehrere Monate lang sein kann, ist das Heim ein Ort zum Leben; es wird, vorübergehend oder dauerhaft, zum Wohnort des oder der Unterbrachten. Daraus ergeben sich Anforderungen an die Einrichtung, die über die Heim-Mindestbau-Verordnung hinausgehen:

Als Ort zum Leben muss das Heim mehr Funktionen erfüllen als eine Wohnung: Es muss einerseits den „sicheren Ort“ zur Verfügung stellen, der den Mittelpunkt des Lebensraumes bildet, eine Rückzugsmöglichkeit schafft, die Intimsphäre schützt, die persönliche Sicherheit garantiert und die vor fremdem Zugriff geschützte sichere Aufbewahrung der persönlichen Sachen gewährleistet. Es muss andererseits dem Menschen als sozialem Wesen gerecht werden, also für Begegnung und Aktivität Räume bereitstellen.

Der sichere Ort wird in der Regel das eigene Zimmer sein. Diesen Teil des Lebensraumes mit fremden Menschen teilen zu müssen, die der oder die Betroffene sich nicht selbst ausgesucht hat, halten wir nicht für zumutbar. Aus diesem Grunde bildet die Unterbringung im Einzelzimmer für uns den Standard des Wohnens im Heim; ein „Wohnen“ im Zweibettzimmer kommt aus unserer Sicht nur auf ausdrücklichen Wunsch beider Bewohner in Betracht; Mehrbettzimmer sind nicht mehr zeitgemäß. Das Zimmer, der Schrank für die persönlichen Sachen und das Wertfach innerhalb des Schrankes müssen durch den Bewohner zu verschließen sein; Zutritts- und Kontrollrechte der Mitarbeiter sind durch Hausordnung zu regeln.

Den Rahmen für sozialen Kontakt und soziales Leben bildet eine überschaubare Gruppe von Bewohnern innerhalb eines Wohnbereichs. Als Ort der Begegnung werden für diese Gruppe Gemeinschaftsräume benötigt: Die gemeinsame Küche, ein gemeinsamer Speiseraum, ein gemeinsamer Wohnraum (unter Beachtung des Nichtrauchererschutzes). Darüber hinaus muss das Heim Räume bereitstellen für Begegnungen über den Wohnbereich hinaus, für sinnstiftende Aktivitäten und gezieltes Tätigsein (Werkstätten, Sporträume, Musikraum etc.) und für einen regelmäßigen Aufenthalt im Freien und an der frischen Luft. Hier denken wir eher an naturnahe Gartenanlagen als an betonierte Innenhöfe.

Wenn das Ziel der Unterbringung die Rehabilitation und Teilhabe ist, dann wird die Einrichtung in der Lage sein müssen, der Individualität ihrer Bewohner auch bei der räumlichen Unterbringung Rechnung zu tragen und deren persönliche Präferenzen zu berücksichtigen. Entscheidend wird es sein, ob der Bewohner eine Wahl und ein Mitspracherecht hat (bei der Auswahl des Wohnbereichs, des Zimmers, der Möbel und der Einrichtungsgegenstände, bei der Ausstattung und Ausgestaltung seines persönlichen Lebensbereichs, bei der Gestaltung seines Tagesablaufs, seines Speiseplans und seiner freien Zeit).

### **Kooperation:**

Die Notwendigkeit externer Supervision wurde bereits angesprochen. Hier ist auf jeden Fall eine Kooperation erforderlich zwischen dem für einen Wohnbereich zuständigen Team einerseits und einem qualifizierten, erfahrenen und mit dem Kontext vertrauten Supervisor andererseits. Der Einrichtungsleitung obliegt es, für die Supervision die organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen (vertragliche Bindung des Supervisors, Übernahme der Finanzierung, verpflichtende Teilnahme der Mitarbeiter, Anrechnung auf die Arbeitszeit). Bei der Auswahl des Supervisors können Vorschläge des Teams berücksichtigt werden; sinnvoll ist es, einige probatorische Sitzungen zu vereinbaren.

Wenn ein Bewohner wegen einer chronischen psychischen Erkrankung gegen seinen Willen im Heim untergebracht wird, wird immer für eine fachgerechte Behandlung der Erkrankung Sorge zu tragen sein. Zu den wichtigsten Kooperationspartnern der Einrichtung gehören deshalb an der Behandlung beteiligte Fachärzte für Psychiatrie. Zu klären ist, ob der Arztbesuch in der Praxis oder im Heim erfolgen soll und ob der Arzt nur zu festen Zeiten oder auch in akuten Krisen zur Verfügung steht. Einerseits müssen die Mitarbeiter darum besorgt sein, dem Arzt alle verlaufsrelevanten Informationen zu übermitteln; andererseits muss der Bewohner in seiner Rolle als Patient darauf vertrauen können, dass sein Arzt seine persönlichen Geheimnisse für sich behält und die ärztliche Schweigepflicht wahrt. Eine pauschale Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber allen Mitarbeitern der Einrichtung wird den Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung ganz sicher nicht gerecht; hier sind im Einzelfall weit detailliertere Absprachen über den Umgang beispielsweise mit sicherheitsrelevanten Informationen erforderlich. (Das Gleiche gilt für an der Behandlung beteiligte ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten).

Nicht nur in dieser Frage kommt mit dem Betreuer derjenige, dem es obliegt, den Untergebrachten in dessen wohlverstandenen Interesse bestmöglich zu vertreten, als weiterer Kooperationspartner für den behandelnden Arzt und die Einrichtung hinzu. Und schließlich erfordert die allgemeinmedizinische Versorgung des oder der Untergebrachten im Einzelfall eine Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, dem Zahnarzt und zahlreichen weiteren Fachärzten je nach dem individuellen Beschwerdebild.

Die Angehörigen und Bezugspersonen des oder der Untergebrachten können für die Mitarbeiter der Einrichtung zu wichtigen Verbündeten werden, wenn es gilt, den Kontakt zur Außenwelt aufrecht zu erhalten. Nicht selten kommen die Patienten aus einer Situation, mit der ihre Familie massiv überfordert war. Dann besteht die Gefahr, dass die Angehörigen sich zurück ziehen und den professionellen Helfern das Feld ganz überlassen. Oft befürchten die Betroffenen zu Recht, den Kontakt zu ihrem sozialen Umfeld zu verlieren. Andererseits kann die Heimaufnahme die überforderten Angehörigen entlasten und insofern auch eine Chance bedeuten, die gestörte Beziehung wieder zu verbessern. So könnte eine Mutter, die sich nicht mehr in der Lage sah, ihre chronisch produktiv-psychotische und querschnittsgelähmte Tochter alleine rund um die Uhr zu betreuen, sich nach der Heimaufnahme der Tochter möglicherweise so weit erholen, dass sie sich wieder zutraut, die Tochter gelegentlich über das Wochenende zu sich zu holen.

Das alles genügt aber noch nicht. Bisher beschränken sich die sozialen Kontakte des oder der Untergebrachten nur auf seine Mitbewohner, die Mitarbeiter der Einrichtung, die Behandler und ggf. die Bezugspersonen aus dem früheren sozialen Umfeld. Voraussetzung für Teilhabe, Rehabilitation und Eingliederung sind aber Kontakte mit „ganz normalen“ Menschen. Deshalb benötigt die Einrichtung vielfältige, intensive und regelmäßige Kooperationsbeziehungen am Ort – mit der Gemeinde, den Vereinen, den Kirchengemeinden und den Anwohnern, und zwar sowohl in der Form, dass diese als Gäste oder als ehrenamtliche Helfer in die Einrichtung kommen, als auch in der Form, dass Bewohner Gelegenheit bekommen, in einer solchen Gruppe ihren persönlichen Interessen nachzugehen. Wie gesagt: Dass eine Person wegen einer psychischen Erkrankung mit richterlicher Genehmigung an einem bestimmten Ort ihre Wohnung nehmen muss, bedeutet nicht zwangsläufig, dass sie sich an diesem Ort nicht frei bewegen kann.

#### **Entlassung aus der Unterbringung:**

Bei der Wiedereingliederung chronisch psychisch kranker Menschen soll und wird die richterlich genehmigte (geschlossene) Unterbringung in einem Heim die seltene Ausnahme bleiben. In manchen Fällen wird es möglich sein, den Beschluss aufzuheben und den Aufenthalt dennoch planmäßig fortzuführen, wenn der oder die Untergebrachte sich einmal in der Einrichtung eingelebt hat, mit den Mitbewohnern und Mitarbeitern vertraut geworden ist und sich wohl fühlt. Auch Situationen, die möglicherweise im Verlauf wieder eine stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung erfordern, dürfen nicht übersehen werden.

In jedem Fall wird die Vorbereitung der Entlassung ein gestuftes Vorgehen erfordern mit einer Erprobung im Rahmen abgestufter Lockerungen und einer allmählichen Verselbstständigung bei schrittweise reduzierter Betreuungsintensität. Ein solcher Prozess verläuft erfahrungsgemäß nicht ohne Krisen. Dennoch gehört die Begleitung von Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen auf dem Weg von einer Unterbringung im Heim zurück in ein selbstständiges Leben in einer eigenen Wohnung zu den nicht nur anspruchsvollen, sondern manchmal auch sehr beglückenden Aufgaben der langfristigen sozialpsychiatrischen Betreuung.

#### Literatur:

Goffman E (1961): Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York: Anchor.

Konrad M, J Jaeger, S Schock (2006): Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie, Bonn: Psychiatrie-Verlag

Wing JK, GW Brown (1970): Institutionalism and Schizophrenia: A Comparative Study of Three Mental Hospitals 1960 - 1968. Cambridge: University Press.

## **5. Geschlossene Unterbringung im Heim bei Menschen mit geistiger Behinderung (S. Herrmann)**

### **Personenkreis:**

Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung besteht ein deutlich erhöhtes Risiko für zusätzliche psychische Erkrankungen. Je deutlicher die geistige Behinderung ausgeprägt ist und je mehr sie die sprachliche und nonverbale Kommunikation einschränkt, umso schwieriger sind diese zusätzlichen psychischen Störungen zu diagnostizieren. Deshalb werden depressive, psychotische und katatone Störungen bei Patienten mit mittelgradiger und schwerer Intelligenzminderung, nach unserer Auffassung viel zu häufig, als Verhaltensstörung im Rahmen der Behinderung eingeordnet und damit verkannt. Erst wenn nach sorgfältiger diagnostischer Klärung durch erfahrene Untersucher unter Einbeziehung aller verfügbar zu machenden Informationen (Fremdanamnese, Pflegedokumentation, Verhaltensbeobachtung) eine psychische Erkrankung ausgeschlossen ist, darf bei entsprechender Symptomatik die Diagnose F7x.1, „Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung“, gestellt werden. Daraus ergibt sich, dass in jedem Fall die Behandlung, einschließlich der angepassten Psychotherapie, auch hinsichtlich der Gefahrenabwehr Vorrang vor einer geschlossenen Unterbringung im Heim hat.

Die Unterbringung in einem geschlossenen Bereich eines Wohnheims für geistig behinderte Menschen kommt nur dann in Betracht, wenn die Möglichkeiten der ambulanten und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ausgeschöpft wurden und der Patient aufgrund einer erheblichen anders nicht beherrschbaren Selbst- oder Fremdgefährdung unter offenen Bedingungen mit den dort verfügbaren pädagogischen wie auch therapeutischen Mitteln nicht in die Gemeinschaft der Bewohner integriert werden kann; dies ist extrem selten. Das vorrangige Ziel der Arbeit bleibt immer die Eingliederung in offen geführte Bereiche der Einrichtung.

### **Besondere Bedürfnisse:**

In der Regel bestehen neben der geistigen Behinderung und dem als problematisch beurteilten Verhalten weitere Beeinträchtigungen, zum Beispiel körperliche Erkrankungen (häufig eine schwer einstellbare Epilepsie) oder erhebliche Sinnesbehinderungen. Hin und wieder werden banale, aber äußerst schmerzhaft Befunde (ein Loch im Zahn, ein vereiterter Zehennagel...) übersehen. Meist ist die medizinische Versorgung schwierig; eine zahnärztliche Behandlung, eine urologische oder gynäkologische Untersuchung geraten zu aufwendigen Prozeduren. Alles in allem geht es um Menschen, deren Pflege und Betreuung ein Höchstmaß an Aufmerksamkeit, Fingerspitzengefühl, Geduld und Takt erfordert. Nur in sehr kleinen Gruppen kann im erforderlichen Maß auf die individuellen Bedürfnisse eingegangen werden. Wegen der eingeschränkten Gemeinschaftsfähigkeit muss sorgfältig abgewogen werden, welche Personen zusammen betreut werden können, um jeden im Rahmen seiner Möglichkeiten pädagogisch und therapeutisch optimal zu fördern und niemanden unnötig zu belasten.

### Konzeptionelle Aspekte

Geschlossene Wohnbereiche für geistig behinderte Menschen sollten immer in offene Einrichtungen integriert werden, um Übergänge nahtlos zu ermöglichen.

### Personelle Aspekte

Für die Betreuung von Menschen in geschlossenen Einrichtungen ist bedingt durch den hohen Betreuungsaufwand ein hoher Personalschlüssel erforderlich, welcher individuell an den einzelnen Betreuungsaufwand angepasst sein muss.

Eine Aufsicht von 24 Stunden mit Fachpersonal muss gewährleistet sein. Auch im Nachtdienst ist es nötig, zwei Fachkräfte vorzuhalten.

Die eingesetzten Fachkräfte müssen entsprechend den vorliegenden Störungsbildern ausgebildet sein.

Supervision für Mitarbeiter und fachspezifische Weiterbildung ist zwingend erforderlich.

### Bauliche Aspekte

Da die Bewohner von geschlossenen Einrichtungen erheblich in ihrer Freiheit eingeschränkt sind, muss dies in den baulichen Voraussetzungen bedacht werden. Die Möglichkeit für die Bewegung im Freien, in einem Garten oder ähnlichem sollte gegeben sein.

Weiterhin muss ein hohes Augenmerk auf die vorhandenen Gemeinschaftseinrichtungen, wie Gruppenräume, Therapieräume, Sport- und Entspannungsmöglichkeiten, wie auch Rückzugsmöglichkeiten gelegt werden. Diese sind ausreichend groß und zweckentsprechend auszulegen.

## **6. Besonderheiten bei der geschlossenen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen (W. Scheffler)**

### **Personenkreis**

Wie bei den erwachsenen Patienten muss auch im Kindes- und Jugendalter unterschieden werden zwischen der Unterbringung im Krankenhaus einerseits und in geschlossenen Bereichen von Heimen andererseits. In Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie werden Kinder und Jugendliche mit schweren Verhaltensstörungen, psychischen Erkrankungen, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen und Suchterkrankungen dann ausnahmsweise geschlossen untergebracht, wenn es krankheitsbedingt zu einem vorübergehenden Verlust von Selbststeuerung und Realitätsorientierung gekommen ist und damit die Fähigkeit fehlt, altersentsprechende Eigenverantwortung zu übernehmen und daraus für den Betroffenen selbst oder für andere Personen oder Rechtsgüter eine erhebliche Gefährdung resultiert. Die Unterbringung erfolgt zur Diagnostik und Behandlung, die als multiprofessionelle Komplexbehandlung Psychopharmakotherapie, altersgerechte Psychotherapie, Familientherapie, Milieuthérapie und pädagogische Interventionen umfassen kann.

Von der klinischen Behandlung psychischer Erkrankungen zu unterscheiden ist nach fachärztlicher jugendpsychiatrischer Auffassung die sozialpädagogische Betreuung von Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens, die sich durch Weglaufen der erzieherischen Einflussnahme entziehen. In diesen Fällen steht nicht die ärztlich geleitete Behandlung einer psychischen Störung im Vordergrund, sondern die Erziehungsarbeit, und es kommt zunächst darauf an, den Jugendlichen überhaupt im Kontakt zu halten und am Weglaufen zu hindern. Soweit das mit Methoden der Jugendhilfe, z.B. mit „Intensivbetreuung“ oder „Erlebnispädagogik“, nicht gelingt, werden diese schwierig zu betreuenden jungen Menschen vom Jugendhilfesystem gern der klinischen Jugendpsychiatrie zugeführt. Nach jugendpsychiatrischer Auffassung dagegen wäre die vorübergehende geschlossene Unterbringung in Einrichtungen der Jugendhilfe das richtige Mittel, um die „Haltefunktion“ zu gewährleisten und die pädagogische Arbeit fortsetzen zu können. Jedes Kind und jeder Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens hat Anspruch auf Maßnahmen zur Sicherung seiner persönlichen Interessen und zur Vermeidung von ihm selbst und andere massiv schädigenden Verhaltensweisen. Die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Unterbringung nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in Einrichtungen der Jugendhilfe sind mit § 1631b BGB gegeben.

### **Besondere Bedürfnisse**

Oft liegen bei diesen Kindern und Jugendlichen häufige Beziehungsabbrüche zur Herkunftsfamilie und zum Heim vor. Auch in krisenhaften Situationen ist die Erhaltung der Bindungen zum sozialen Ort entscheidend für die weitere Entwicklung. Diese Beziehungsarbeit muss durch die Mitarbeiter der Einrichtung geleistet werden.

Bei Kindern und Jugendlichen ergibt sich aus den im jeweiligen Einzelfall zu bestimmenden Entwicklungspotentialen, der vorhandenen oder fehlenden pädagogischen Lenkbarkeit bzw. Erreichbarkeit und der Schwere der psychiatrischen Erkrankung die Notwendigkeit einer multiprofessionellen Arbeit. Bei einer möglichen positiven Entwicklung muss kurzfristig reagiert werden können: Familiengericht und Jugendamt müssen in Zusammenarbeit mit den

betreuenden Sozialarbeitern und Psychologen der Einrichtung und dem ambulant beratenden Facharzt immer wieder die aktuell adäquate Betreuungsform überprüfen.

### **Konzeptionelle Bedingungen**

Die geschlossene Unterbringung sollte in solchen Einrichtungen stattfinden, die schon jetzt in ihren Konzeptionen alternative Betreuung zum § 1631 b BGB anbieten. In Sachsen-Anhalt wird es sich nur um einen kleinen Kreis Betroffener handeln; nach jugendpsychiatrischer Erfahrung werden etwa fünf bis zehn Plätze benötigt. Die Entscheidung über die konkrete Durchführung, also die Art und Weise der freiheitsbeschränkenden oder freiheitsentziehenden Maßnahme, ist Angelegenheit der ausführenden Einrichtung und hat in Abstimmung mit dem gesamten therapeutischen und pädagogischen Behandlungsprogramm in verantwortlich nachprüfbarer Weise dokumentiert zu erfolgen. Die Tagespläne müssen angemessen gestaltet sein und die mögliche Unterstützung zur Anbahnung und Fortsetzung entsprechender schulischer und beruflicher Ausbildung gewährleisten. Im Einzelnen kann als besondere Sicherungsmaßnahme auch eine vorübergehende Isolierung oder eine vorübergehende Fixierung in Betracht kommen. Dabei ist immer die Würde der Persönlichkeit zu achten; so sollten Zwangsmaßnahmen nicht vor den Augen von Mitbewohnern vollzogen werden.

### **Personelle und materielle Voraussetzungen:**

Eine qualifizierte Betreuung muss von vornherein auf der Basis gesicherter, verbindlich gestalteter, fachlicher Kooperation von Pädagogik, Psychologie und Medizin und ihrer Dienste geleistet werden. Durch die Verflechtung der drei Disziplinen muss das Team im Heim multiprofessionell besetzt sein (Sozialarbeiter, Heilerziehungspfleger, Psychologen, ärztliche Kompetenzen). Erfahrungen in der Deeskalation müssen bei allen Mitarbeitern vorhanden sein. Es muss eine regelmäßige Supervision erfolgen.

Die Stationsordnung muss dem Heimbewohner zu Verfügung gestellt werden. Sollten Zwangsmaßnahmen erfolgen, müssen die Eltern (Sorgeberechtigten) immer wieder informiert werden. Während dieser Maßnahmen besteht ein erhöhter Aufsichtsbedarf, der nur durch einen dauerhaften Kontakt zwischen dem Personal und dem Kind oder Jugendlichen geleistet werden kann (z. B. bei der Fixierung).

### **Räumliche Aspekte**

Es muss die Möglichkeit zur potentiellen Schließung einzelner Teile der Einrichtung vorhanden sein. In dem geschlossenen Teil sollte die weitere Beschulung erfolgen können. Außerdem muss ein therapeutisches Angebot bestehen (z. B. Ergo-, Kunst-, Musik-, Bewegungstherapie). Die Freizeitgestaltung muss in angemessener Form realisiert werden.

Die baulichen Voraussetzungen sind in der Heimmindstbauverordnung festgelegt. Darüber hinaus geht die Heimaufsicht von einer Rufanlage in den Zimmern aus. Die Fenster sollten aus bruchsicherem Glas bestehen und von den Betreuern verriegelbar sein. Ein außen anliegender Sonnenschutz sollte vorhanden sein. Unter geschlossenen Bedingungen ist ein Aufenthaltsraum in angemessener Größe vorzuhalten. Für die Außenanlage ist eine Begrenzung erforderlich, die nicht überwindbar ist.

## **7. Schlusswort**

Die Entscheidung, einen kranken oder behinderten Menschen gegen seinen Willen für Monate oder Jahre im Heim geschlossen unterzubringen, ist folgenreich und muss in jedem Einzelfall verantwortungsvoll getroffen und im Verlauf überprüft werden. Allerdings wissen wir kaum etwas über das weitere Schicksal der Menschen, bei denen vom Betreuer in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt, dem als Gutachter beauftragten Sachverständigen, dem Amtsgericht und ggf. der Beschwerdekammer des Landgerichts eine solche Entscheidung getroffen wurde. Deshalb ist Forschung nötig, die systematisch die Konsequenzen der geschlossenen Unterbringung im Heim für Verlauf und Ausgang der hier besprochenen Störungen und Erkrankungen untersucht. Solches Wissen über Verläufe wird benötigt, damit

die Prognose und damit die Indikation für oder gegen die Unterbringung künftig präziser und zuverlässiger gestellt werden kann.

Eine Möglichkeit, die Prüfung der Voraussetzungen zu systematisieren und keine wichtigen Aspekte zu übersehen, bildet vielleicht die Erprobung von Checklisten für die einzelnen Indikationen<sup>5</sup>. Auch die Entwicklung von halbstandardisierten oder standardisierten Checklisten als Prognoseinstrumente gehört zu den noch ungelösten sozialpsychiatrischen Forschungsaufgaben.

Aus den voranstehenden Überlegungen zu den einzelnen Indikationen ergibt sich, dass wir uns Einrichtungen, in denen Heimbewohner ausschließlich geschlossen untergebracht werden, unter keinen Umständen vorstellen können. Die Integration eines kleinen geschlossen geführten in einen größeren offenen Heimbereich bildet für uns die einzige akzeptable Lösung, weil nur dann die notwendigen Anreize und zeitnahen Übergänge zu gewährleisten sind. Von der Formulierung eigener Leistungstypen für geschlossen untergebrachte Heimbewohner im Rahmenvertrag rät der Ausschuss entschieden ab: Nicht die Unterbringungsform, sondern der Hilfebedarf ist für die Kostenübernahme maßgeblich. Auch in den psychiatrischen Kliniken hat die Rechtsgrundlage der Behandlung keinen Einfluss auf das Entgelt.

---

<sup>5</sup> Als Beispiel ist im Anhang eine Checkliste abgedruckt, die den Mitarbeitern der Klinik für psychische Erkrankungen am Saale-Unstrut-Klinikum Naumburg für die Entscheidungsfindung bei „seelisch behinderten Menschen infolge Sucht“ zur Verfügung steht.



## **Auszug aus dem 14. Bericht des Ausschusses: Geschlossene Unterbringung im Heim: Rechtliche Aspekte (F. M. Böcker)**

Ein wichtiges Ergebnis der Psychiatrie-Reform, in Westdeutschland im Anschluss an die Psychiatrie-Enquête seit 1975, in Ostdeutschland seit 1990, war die Auflösung der chronischen Stationen der psychiatrischen Großkrankenhäuser, auch wenn viele der dort lebenden Patienten nicht wirklich entlassen, sondern umhospitalisiert wurden. Heute sind die Möglichkeiten der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Patienten mit schweren chronischen Verläufen psychischer Erkrankungen zeitlich unbefristet stationär zu behandeln, zwar nicht völlig weggefallen, aber doch stark eingeschränkt. Wenn im Verlauf von Wochen oder Monaten keine Entlassung erreicht werden kann, dann wird häufig die Verlegung in ein Heim, entweder ein Pflegeheim oder eine Einrichtung der stationären Eingliederungshilfe, erwogen.

Übergangseinrichtungen, Wohnheime und Pflegeheime werden in der Regel offen geführt; Rechtsgrundlage des Heimvertrages ist das Heimgesetz. Es gibt allerdings Patienten, die auf der Grundlage eines richterlichen Beschlusses gegen ihren Willen in einem Heim aufgenommen werden und dort entweder unter Anwendung unterbringungsähnlicher freiheitsentziehender Maßnahmen fürsorglich zurückgehalten werden oder sogar im Heim geschlossen untergebracht werden. In einem nach den Prinzipien der Sozialpsychiatrie organisierten regionsbezogenen Versorgungssystem werden alle Beteiligten bestrebt sein, die Zahl der ohne ihre Zustimmung im Heim geschlossen untergebrachten Bewohner so gering wie möglich zu halten. Dennoch gibt es diese Fälle.

### **Um welche Personen und Situationen geht es?**

Im Wesentlichen sind es fünf Gruppen von Patienten, bei denen freiheitsentziehende Maßnahmen in Heimen vollzogen werden. In der Reihenfolge der zugrundeliegenden Störungen nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) sind dies demenzkranke, suchtkranke und chronisch psychisch kranke Patienten, Personen mit Verhaltensstörungen im Rahmen einer geistigen Behinderung und Jugendliche mit ausgeprägten Störungen des Sozialverhaltens.

- Demenz (ICD-10: F0): Für Bewohner von Altenpflegeheimen, die an Orientierungsstörungen und Vergesslichkeit leiden, übernimmt die Einrichtung eine Fürsorge- und Aufsichtspflicht, der sie in der Regel nur nachkommen kann, indem der Bewohner daran gehindert wird, das Gebäude allein zu verlassen. Kaum ein Heim leistet sich den Luxus, eine Pflegekraft an die Tür zu setzen, um die „fürsorgliche Zurückhaltung“ zu gewährleisten; neben mehr oder weniger sinnreichen Türöffnern, von denen angenommen wird, dass sie der demenzkranke Bewohner nicht bedienen kann, werden Transponder, Pflegestühle und Bettgitter verwendet und auch Türen abgeschlossen. Oft wird vergessen, dass diese unterbringungsähnlichen Maßnahmen<sup>6</sup>, so sinnvoll sie im Einzelfall sein mögen, ausnahmslos eine richterliche Genehmigung erfordern. Selbstverständlich dürfen solche Maßnahmen, wenn sie notwendig sind, nicht unterbleiben; sie sollen aber nicht

---

<sup>6</sup> § 1906 Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bei der Unterbringung

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

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

(2) Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

(3) Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Vormundschaftsgericht anzuzeigen.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

ohne geregeltes Verfahren, nicht ohne rechtliches Gehör für den Betroffenen und nicht ohne Beteiligung des zuständigen Gerichts zur Anwendung kommen, und die Heimleitung muss Wert darauf legen, immer wieder zu prüfen, ob auf unterbringungsähnliche Maßnahmen verzichtet werden kann. Für die weiteren Ausführungen in diesem Beitrag werden unterbringungsähnliche Maßnahmen einschließlich der fürsorglichen Zurückhaltung der geschlossenen Unterbringung gleich gesetzt.

- Suchterkrankungen (ICD-10: F1): Die geschlossene Unterbringung eines suchtkranken Patienten in einem Wohnheim kann dann angezeigt sein, wenn ihm infolge der Suchterkrankung die Fähigkeit verlorengegangen ist, außerhalb einer Institution ein Leben in Würde zu führen. Voraussetzung ist in der Regel die Geschäftsunfähigkeit infolge einer schweren hirnganischen Beeinträchtigung (Alkoholdemenz, amnestisches Syndrom); in Einzelfällen bildet auch einmal die schwere Suchterkrankung selbst einen Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit, der eine freie Willensbestimmung ausschließt. In diesen Fällen sollen im Rahmen der geschlossenen Unterbringung unter den Bedingungen der gesicherten Abstinenz die Voraussetzungen für eine Besserung des Gesundheitszustandes geschaffen werden. Es gibt Patienten, die innerhalb des geschützten Rahmens einer stationären Behandlung offen geführt werden können, aber den Vorschlag einer Heimaufnahme energisch zurückweisen; es gibt Patienten, die in einem Wohnheim innerhalb von einigen Jahren stabil werden und solche, die langfristig vor Rückfällen geschützt werden müssen.
- Chronisch verlaufende psychische Erkrankungen (ICD-10: F2 – F6): Bei schizophrenen Psychosen, schizoaffektiven und bipolar-affektiven Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen kommt, insgesamt selten, eine Heimaufnahme in Betracht, wenn dem aufgrund der „seelischen Behinderung“ bestehenden Hilfebedarf nur in einer stationären Einrichtung begegnet werden kann. In der Regel wird diese Entscheidung einvernehmlich getroffen; extrem selten muss eine Heimaufnahme gegen den Willen des Betroffenen eingeleitet werden. Im Verlauf von schweren chronischen Wahnerkrankungen kann aber einmal die Situation eintreten, dass objektiv betrachtet die Fähigkeiten zur Selbstversorgung nicht gegeben sind und der Patient dennoch krankheitsbedingt jede Unterstützung ablehnt.
- Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung (ICD-10: F7\*.1): Ausgeprägte Verhaltensstörungen bei einer dann meist mittelschweren geistigen Behinderung können in seltenen Fällen eine geschlossene Unterbringung erfordern. Vorrang hat allerdings die intensive Zuwendung und ein professionelles Krisenmanagement, um herausforderndem, selbstschädigendem oder aggressivem Verhalten bei geistig behinderten Heimbewohnern zu begegnen.
- Störungen des Sozialverhaltens bei Jugendlichen (ICD-10: F9): Nach der Auffassung der auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie tätigen Fachkollegen kommt es häufig vor, dass bei Störungen des Sozialverhaltens im Jugendalter nicht die medizinisch-psychotherapeutische Intervention im Vordergrund stehen muss, sondern die sozialpädagogische und heilpädagogische Einflussnahme in Einrichtungen der Jugendhilfe. Manchmal kann das erzieherische Konzept deshalb nicht zum Tragen kommen, weil der oder die Jugendliche sich den Bemühungen durch Weglaufen entzieht. Dann kann in extrem seltenen Einzelfällen erforderlich sein, durch eine Unterbringung erst einmal einen haltenden Rahmen zu schaffen, der den Jugendlichen zwingt, im Kontakt mit den Erziehern zu bleiben.

In diesem Beitrag soll allerdings nicht ausführlich dargestellt werden, unter welchen eng begrenzten Voraussetzungen eine geschlossene Unterbringung in einem Heim überhaupt nur in Betracht kommt; im Zentrum des Beitrags soll vielmehr die Frage stehen, nach welchen Regeln die Unterbringung zu gestalten ist, wenn sie einmal angeordnet wurde. Zunächst soll untersucht werden, welche Bestimmungen für die Gestaltung der Unterbringung bereits gelten; in einem zweiten Schritt soll zur Diskussion gestellt werden, welche Mindestanforderungen an die geschlossene Unterbringung im Heim gelten sollten.

### **Bereits bestehende gesetzliche Regelungen:**

Rechtsgrundlage der Unterbringung ist in den genannten Fällen immer das Bürgerliche Gesetzbuch (§ 1906 BGB, bei Kindern § 1631b BGB); die einschlägigen Verfahrensvorschriften finden sich im Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (§ 70 FGG). Weder das **BGB** noch das **FGG** enthalten Vorschriften für die Ausgestaltung der Unterbringung.

Das **Heimgesetz** verpflichtet die Heime, ihre Leistungen nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen (§ 3 Abs. 1 HeimG) und definiert in § 11 die Anforderungen an den Betrieb eines Heims. Einschlägig sind hier die Bestimmungen des Abs. 1:

- (1) *Ein Heim darf nur betrieben werden, wenn der Träger und die Leitung*
  1. *die Würde sowie die Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner vor Beeinträchtigungen schützen,*
  2. *die Selbständigkeit, die Selbstbestimmung und die Selbstverantwortung der Bewohnerinnen und Bewohner wahren und fördern, insbesondere bei behinderten Menschen die sozialpädagogische Betreuung und heilpädagogische Förderung sowie bei Pflegebedürftigen eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde gewährleisten,*
  3. *eine angemessene Qualität der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, auch soweit sie pflegebedürftig sind, in dem Heim selbst oder in angemessener anderer Weise einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung sichern,*
  4. *die Eingliederung behinderter Menschen fördern,*
  5. *den Bewohnerinnen und Bewohnern eine nach Art und Umfang ihrer Betreuungsbedürftigkeit angemessene Lebensgestaltung ermöglichen und die erforderlichen Hilfen gewähren,*
  6. *die hauswirtschaftliche Versorgung sowie eine angemessene Qualität des Wohnens erbringen,*
  7. *sicherstellen, dass für pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner Pflegeplanungen aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden,*
  8. *gewährleisten, dass in Einrichtungen der Behindertenhilfe für die Bewohnerinnen und Bewohner Förder- und Hilfepläne aufgestellt und deren Umsetzung aufgezeichnet werden,*
  9. *einen ausreichenden Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner vor Infektionen gewährleisten und sicherstellen, dass von den Beschäftigten die für ihren Aufgabenbereich einschlägigen Anforderungen der Hygiene eingehalten werden, und*
  10. *sicherstellen, dass die Arzneimittel bewohnerbezogen und ordnungsgemäß aufbewahrt und die in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mindestens einmal im Jahr über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln beraten werden.*

Spezielle Regelungen für die Ausgestaltung der geschlossenen Unterbringung und die Anwendung von unterbringungsähnlichen Maßnahmen sind hier nicht enthalten. Ein Hinweis auf freiheitsentziehende Maßnahmen findet sich im Heimgesetz nur in § 13 zu den Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten:

- (1) *Der Träger hat nach den Grundsätzen einer ordnungsgemäßen Buch- und Aktenführung Aufzeichnungen über den Betrieb zu machen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen und deren Ergebnisse so zu dokumentieren, dass sich aus ihnen der ordnungsgemäße Betrieb des Heims ergibt. Insbesondere muss ersichtlich werden:*
  - ...
  9. *die freiheitsbeschränkenden und die freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Bewohnerinnen und Bewohnern sowie die Angabe des für die Anordnung der Maßnahme Verantwortlichen, ...*

Offensichtlich gibt es für den Vollzug der geschlossenen Unterbringung im Heim keine näheren gesetzlichen Bestimmungen. Dies ist ein für den Ausschuss überraschender Befund, denn für andere Bereiche, in denen freiheitsentziehende Maßnahmen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen vollzogen werden, wurde die Ausgestaltung der Unterbringung

detailliert geregelt. Dies gilt insbesondere für die stationäre psychiatrische Behandlung (PsychKG LSA vom 30.01.1992) und den Maßregelvollzug (MvollzG LSA vom 09.10.1992).

### **Können Bestimmungen aus dem PsychKG LSA und dem MvollzG LSA sinngemäß auf die Situation der geschlossenen Unterbringung im Heim übertragen werden?**

Dem Ausschuss ist vollkommen klar, dass diese Gesetze für die geschlossene Unterbringung im Heim nicht anzuwenden sind. In Anbetracht der bestehenden Regelungslücke erschien es uns aber angebracht, einmal zu prüfen, welche der hier vorgesehenen Regelungen sinnvoll auf die Situation des in einem Heim geschlossenen Untergebrachten übertragen werden können. Dies soll im Folgenden anhand einer Auswahl aus den Bestimmungen des PsychKG LSA und des MvollzG LSA zur Diskussion gestellt werden:

#### **1. Welche Einrichtungen können Unterbringungsmaßnahmen vollziehen?**

*§ 12 PsychKG LSA Vollzug der Unterbringung:*

- (1) *Die Unterbringung wird ... in Krankenhäusern des Landes vollzogen. Krankenhäusern anderer Träger kann diese Aufgabe mit deren Zustimmung widerruflich übertragen werden, wenn diese sich dafür eignen.*
- (2) *Zuständig für die Feststellung der Eignung und die Übertragung der Aufgaben nach Abs. 1 Satz 2 ist das (Landesverwaltungsamt). Dieses übernimmt auch die Aufsicht im Rahmen der übertragenen Aufgaben.*

*Eine vergleichbare Regelung enthält das MvollzG LSA in § 3.*

Demnach werden freiheitsentziehende Maßnahmen nicht in allen Krankenhäusern im Land Sachsen-Anhalt vollzogen, sondern nur in solchen Kliniken, denen diese Aufgabe ausdrücklich übertragen wird, nachdem ihre Eignung geprüft und festgestellt worden ist; ferner unterliegen diese Kliniken einer gesonderten Überwachung.

Dem Ausschuss erscheint es sinnvoll, die geschlossene Unterbringung im Heim ebenfalls auf solche Einrichtungen zu beschränken, deren Eignung geprüft und bestätigt und denen diese Aufgabe ausdrücklich übertragen wurde. Deshalb fragen wir die Landesregierung:

- Stellt die Heimaufsichtsbehörde gesondert fest, ob eine Heimeinrichtung sich für die geschlossene Unterbringung von Bewohnern eignet?
- Wird der Einrichtung diese Aufgabe ausdrücklich übertragen?
- Übernimmt die Heimaufsichtsbehörde die Aufsicht über die Einrichtung hinsichtlich der geschlossenen Unterbringung von Bewohnern?

#### **2. Pflegeplanung, Hilfeplanung und ärztliche Heilbehandlung:**

*§ 16 PsychKG LSA Eingangsuntersuchung:*

- (1) *Personen, die aufgrund dieses Gesetzes eingewiesen werden oder untergebracht sind, werden unverzüglich nach ihrer Aufnahme untersucht. Die Untersuchung ... soll zugleich schon dazu dienen, die individuell gebotene Heilbehandlung abzuklären und einen Behandlungsplan zu entwickeln.*

*Analog: MvollzG LSA: § 7 Abs. 2.*

*§ 7 MvollzG LSA: Aufnahme, Eingangsuntersuchung:*

- (1) *Bei der Aufnahme wird der Untergebrachte über seine Rechte und Pflichten mündlich und schriftlich unterrichtet. Hat er einen gesetzlichen Vertreter, soll dieser Gelegenheit erhalten, an der Unterrichtung teilzunehmen. Auf Wunsch des Untergebrachten ist eine Person seines Vertrauens unverzüglich über die erfolgte Aufnahme zu benachrichtigen.*

*§ 17 PsychKG LSA Ärztliche Behandlung:*

- (1) *Während seiner Unterbringung erhält der Untergebrachte die nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst gebotene Heilbehandlung. ...*
- (2) *Für die Behandlung wegen der Erkrankung, die zur Unterbringung geführt hat, ist auf Grund der Untersuchungsergebnisse ein Behandlungsplan aufzustellen. Dieser umfasst auch ... heilpädagogische und psychotherapeutische sowie beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Maßnahmen.*
- (3) *Das Ergebnis der Untersuchungen, die vorgesehene Heilbehandlung und der Behandlungsplan sind dem Untergebrachten zu erläutern, soweit dies ärztlich zu verantworten ist. Ist der Untergebrachte fähig, Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlungs- und Fördermaßnahmen einzusehen, soll die Erläuterung auch dem Ziel dienen, die Zustimmung des Untergebrachten zur Behandlung zu erhalten.*
- (4) *Eine Behandlung, die die Persönlichkeit des Untergebrachten in ihrem Kernbereich verändern würde, ist unzulässig. ...*

*Gleichlautend: MvllzG LSA: § 8*

*§ 11 MvllzG LSA: Behandlungs- und Eingliederungsplan:*

- (1) *Der ... Behandlungsplan ist spätestens sechs Monate nach Beginn der Unterbringung unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich eingetretenen Entwicklung in der Person des Untergebrachten und der Ergebnisse der medizinischen, heilpädagogischen, psychotherapeutischen sowie beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen zu überprüfen und anzupassen, wobei mit Fortdauer der Behandlung Maßnahmen der Wiedereingliederung verstärktes Gewicht beizumessen ist.*

*§ 10 MvllzG LSA: Unterricht, Ausbildung, berufliche Eingliederung:*

- (1) *Im Rahmen seiner Fähigkeiten und der Organisation der Einrichtung soll dem Untergebrachten Gelegenheit zur Erlangung eines Schulabschlusses, zur Berufsausbildung, zur Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen, zur Umschulung, zur Förderung in einer arbeitstherapeutischen Einrichtung oder zur Berufsausübung gegeben werden. ...*

Gegenüber den Bestimmungen in § 11 Abs. 1 Ziff. 7 und 8 des Heimgesetzes, das den Heimträger lediglich verpflichtet sicherzustellen, dass Pflegepläne bzw. Förder- und Hilfepläne aufgestellt werden, sind diese Bestimmungen konkreter. Auf der einen Seite stellen sie heraus, dass dem Untergebrachten und seinem gesetzlichen Vertreter seine Rechte und Pflichten und die Pflege- oder Hilfepläne zu erläutern und dass diese fortzuschreiben sind; auf der anderen Seite regeln sie die ärztliche Heilbehandlung während der Unterbringung. Rechtlich gesehen wird die Gesundheitsfürsorge während einer geschlossenen Unterbringung in den meisten Fällen dem gesetzlichen Vertreter des Untergebrachten obliegen, mit dem die Heimleitung deshalb eng wird zusammenarbeiten müssen. Deshalb fragen wir:

- Reichen aus der Sicht der Landesregierung die Bestimmungen des Heimgesetzes aus, um sicherzustellen, dass im Heim unverzüglich nach der Aufnahme eines Bewohners zur geschlossenen Unterbringung durch eine Befunderhebung der konkrete Hilfebedarf ermittelt wird?
- Reichen die bestehenden Bestimmungen aus, um sicherzustellen, dass auf der Grundlage des festgestellten Hilfebedarfs ein Plan zur Betreuung, Förderung und Wiedereingliederung des Untergebrachten aufgestellt und dass dieser im Verlauf regelmäßig fortgeschrieben wird?
- Wie wird gewährleistet, dass Untergebrachte und deren gesetzliche Vertreter über ihre Rechte und Pflichten während der Unterbringung und über den Hilfeplan unterrichtet werden?
- Haben geschlossen untergebrachte Heimbewohner bzw. deren gesetzliche Vertreter das Recht, ihren Hausarzt frei zu wählen?
- Haben geschlossen untergebrachte Heimbewohner bzw. deren gesetzliche Vertreter das Recht, ihre Fachärzte frei zu wählen?

Die in § 10 MvllzG LSA genannten Maßnahmen – Schulbesuch, Berufsausbildung, berufsfördernde Maßnahmen, Umschulung, Arbeitstherapie, Berufsausübung – kommen bei einer Unterbringung wegen einer Demenz nicht in Betracht; bei geschlossen untergebrachten

suchtkranken, chronisch psychisch kranken, geistig behinderten oder jugendlichen Heimbewohnern kann dagegen je nach der individuellen Fallgestaltung durchaus die Notwendigkeit solcher Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben bestehen.

### 3. Gestaltung der Unterbringung:

*§ 18 PsychKG LSA: Gestaltung der Unterbringung:*

(1) *Die Unterbringung ist unter Berücksichtigung therapeutischer Gesichtspunkte so zu gestalten, dass eine möglichst weitgehende Annäherung an die allgemeinen Lebensverhältnisse erreicht wird. Zugleich soll die Bereitschaft des Untergebrachten geweckt werden, aktiv am Erreichen des Behandlungszieles mitzuwirken.*

(2) *Während der Unterbringung fördert die Einrichtung die Aufrechterhaltung bestehender und die Anbahnung neuer sozialer Kontakte des Untergebrachten, soweit sie sein Verantwortungsbewusstsein für ein geordnetes Zusammenleben stärken und damit der Wiedereingliederung dienen.*

*(Gleichlautend: MvollzG LSA: § 9)*

(3) *Untergebrachten soll während der Unterbringung ein angemessener Barbetrag zur Verfügung stehen. Die Einrichtung hat bei erforderlichen Anträgen Beratung und Unterstützung zu geben.*

*§ 12 MvollzG LSA: Arbeit, Einkommen, Taschengeld:*

(1) *Für eine Tätigkeit im Rahmen der Arbeitstherapie erhält der Untergebrachte eine Zuwendung ...*

(5) *Die Untergebrachten können über Taschengeld frei verfügen. ...*

*§ 13 MvollzG LSA: Freizeitgestaltung:*

(1) *Dem Untergebrachten soll bei der Gestaltung seiner Freizeit durch Angebote zur Fortbildung, sportlicher, kultureller und gesellschaftlicher Betätigung geholfen werden.*

(2) *Dem Untergebrachten ist täglich mindestens eine Stunde Aufenthalt im Freien zu ermöglichen.*

(3) *Einschränkungen der Freizeitgestaltung sind nur aus Gründen der Behandlung und des geordneten Zusammenlebens in der Einrichtung und zum Schutz der Allgemeinheit zulässig.*

Beide Gesetze fordern ausdrücklich, die geschlossene Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus so zu gestalten, dass trotz des erforderlichen Freiheitsentzuges eine möglichst weitgehende Annäherung an normale Lebensverhältnisse erreicht wird. Insbesondere für den Fall der längeren Unterbringung im Maßregelvollzug hat der Gesetzgeber ausdrückliche Garantien auch für die Gestaltung der Freizeit und den Aufenthalt im Freien vorgesehen.

Die Auszahlung des Taschengeldes richtet sich bei den im Heim geschlossen untergebrachten Personen nach sozialhilferechtlichen Bestimmungen und bereitet erfahrungsgemäß wenig Probleme; wenn der Untergebrachte über den Barbetrag nicht frei verfügen soll, wird dies ggf. vom Vormundschaftsgericht durch die Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts ausdrücklich so bestimmt. Diesbezüglich besteht nach unserer Auffassung kein zusätzlicher Regelungsbedarf.

Wir fragen die Landesregierung:

- Sollten vergleichbare Bestimmungen, wie sie in § 18 Abs. 1 und 2 PsychKG LSA und in § 9 MvollzG LSA für die geschlossene Unterbringung in stationärer Behandlung vorgesehen sind, nicht auch für die geschlossene Unterbringung in einem Heim gelten?
- Sind nicht auch bei einer geschlossenen Unterbringung im Heim bedarfsgerechte Angebote zu sportlicher, kultureller und gesellschaftlicher Betätigung zu gewährleisten?
- Ist nicht auch bei einer geschlossenen Unterbringung im Heim ein täglicher Aufenthalt im Freien zu ermöglichen?

#### 4. Religionsausübung:

§ 25 PsychKG LSA: Religionsausübung:

- (1) *Der Untergebrachte hat das Recht, innerhalb der Einrichtung am Gottesdienst und an Veranstaltungen von Religions- und Glaubensgemeinschaften teilzunehmen.*
- (2) *Religions- und Glaubensgemeinschaften ist die Möglichkeit einzuräumen, innerhalb der Einrichtung Gottesdienste und religiöse Veranstaltungen abzuhalten, soweit die Besonderheiten der Einrichtung und Behandlungserfordernisse nicht entgegenstehen.*

Gleichlautend: MvollzG LSA: § 14

Für den Ausschuss ist derzeit nicht erkennbar, wie dem Grundrecht auf ungestörte Religionsausübung (Art. 4 Abs. 2 GG) bei geschlossener Unterbringung in einem Heim zur Geltung verholfen wird. Dass ein solches Bedürfnis bei einem geschlossenen untergebrachten suchtkranken oder psychisch kranken Heimbewohner bestehen kann, ist nicht auszuschließen. Wir fragen die Landesregierung:

- Wie wird bei geschlossener Unterbringung in einem Wohnheim das Grundrecht auf ungestörte Religionsausübung gewährleistet?

#### 5. Allgemeine Sicherungsmaßnahmen:

Das PsychKG LSA regelt nur die Anwendung von „besonderen“ Sicherungsmaßnahmen; das Maßregelvollzugsgesetz enthält darüber hinaus Grundsätze, Bestimmungen zur Hausordnung und allgemeine Sicherungsmaßnahmen, die unserer Auffassung nach auch für die geschlossene Unterbringung im Heim nicht ohne Bedeutung sind:

§ 20 PsychKG LSA: Rechtsstellung des Untergebrachten:

*Der Untergebrachte unterliegt nur denjenigen Beschränkungen seiner Freiheit, die sich aus dem Zweck der Unterbringung und aus den Anforderungen eines geordneten Zusammenlebens in dem Krankenhaus ergeben, in dem er untergebracht ist. Maßnahmen, welche die Freiheit des Untergebrachten einschränken, sind im Verlaufe der Behandlung ständig zu überprüfen und der Entwicklung des Untergebrachten anzupassen.*

§ 15 MvollzG LSA: Grundsätze:

- (1) *Der Untergebrachte soll sich so verhalten, dass das Ziel der Unterbringung auch für die anderen Untergebrachten nicht gefährdet und das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung nicht gestört wird. Anordnungen des Leiters der Einrichtung und ihrer Bediensteten hat er zu befolgen.*
- (2) *Die in diesem Gesetz zugelassenen Beschränkungen können dem Untergebrachten auferlegt werden, soweit dies erforderlich ist, um das Ziel der Unterbringung auch der anderen Untergebrachten zu fördern oder um die Sicherheit und Ordnung aufrecht zu erhalten.*

§ 16 MvollzG LSA: Hausordnung:

- (1) *Die dem Untergebrachten obliegenden Pflichten, seine Rechte sowie Grundsätze für die Ausübung des Hausrechts sind in einer Hausordnung näher zu bestimmen. ...*
- (2) *Die Hausordnung ist dem Untergebrachten bekanntzugeben und an allgemein zugänglicher Stelle in der Einrichtung auszuhängen.*

§ 17 MvollzG LSA: Allgemeine Sicherungsmaßnahmen:

- (1) *Der Umfang der dem Untergebrachten auferlegten Beschränkungen richtet sich nach dem Stand und Erfolg der Behandlung, wobei Gefährdungen, die von dem Untergebrachten ausgehen können, zu berücksichtigen sind. Beschränkungen sind im Verlauf der Behandlung regelmäßig zu überprüfen und der Entwicklung anzupassen.*
- (2) *Eingriffe in die Rechte des Untergebrachten sind in seinen Akten festzuhalten und zu begründen. Diese Unterlagen können der Untergebrachte und mit seiner Zustimmung sein gesetzlicher Vertreter ... einsehen. ...*

Nach unserer Auffassung sind vergleichbare allgemeine Bestimmungen auch für die Situation der geschlossenen Unterbringung in einem Heim erforderlich. Einerseits wird die Erwartung an den Untergebrachten gerichtet, sich ordnungsgemäß zu verhalten; andererseits wird er vor Willkür geschützt, indem Sicherungsmaßnahmen auf das jeweils erforderliche Maß beschränkt werden.

Klärungsbedürftig erscheint uns darüber hinaus die Frage, wer im Fall einer geschlossenen Unterbringung in einem Heim dazu befugt ist, unmittelbaren Zwang anzuwenden. Dies ist für den Maßregelvollzug in § 17 Abs. 3 bis 6 detailliert geregelt; für die Unterbringung nach PsychKG LSA gibt es keine vergleichbaren Bestimmungen. Uns erscheint es erforderlich, möglichst klar anzugeben, wie weit die Befugnisse des Personals in einem Wohnheim reichen und wo sie ihre Grenze finden, um für die Bewohner und insbesondere auch für die Mitarbeiter Rechtssicherheit zu schaffen. Deshalb fragen wir die Landesregierung:

- Wie wird bei im Heim geschlossen untergebrachten Personen gewährleistet, dass sie einerseits zu ordnungsgemäßigem Verhalten angehalten, andererseits aber vor unnötigen Beschränkungen und Willkür des Personals geschützt werden?
- Wer ist im Fall einer geschlossenen Unterbringung in einem Heim befugt, unmittelbaren Zwang anzuwenden?

## 6. Besondere Sicherungsmaßnahmen:

§ 19 PsychKG LSA: *Besondere Sicherungsmaßnahmen:*

- (1) *Besondere Sicherungsmaßnahmen sind: 1. die Wegnahme von Gegenständen, 2. die Beschränkung des Aufenthalts im Freien, 3. die Absonderung in einem besonderen Raum, 4. die Fixierung.*
- (2) *Besondere Sicherungsmaßnahmen sind nur ausnahmsweise und nur dann zulässig, wenn und solange die gegenwärtige erhebliche Gefahr besteht, 1. dass der Untergebrachte sich selbst tötet oder einen schwerwiegenden gesundheitlichen Schaden zufügt, 2. dass der Untergebrachte gewalttätig wird und andere Patienten, Mitarbeiter des Krankenhauses oder Besucher gefährdet oder dass er erheblichen materiellen Schaden anrichtet, 3. dass der Untergebrachte die Einrichtung ohne Erlaubnis verlässt, und wenn der Gefahr nicht anderweitig begegnet werden kann.*
- (3) *Eine besondere Sicherungsmaßnahme darf nur vom verantwortlichen Arzt angeordnet werden. Sie ist zu befristen, ärztlich zu überwachen und unverzüglich aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für ihre Anordnung weggefallen sind. Anordnung und Aufhebung der besonderen Sicherungsmaßnahmen sind zu dokumentieren. Dem Träger des Krankenhauses ist jährlich eine Auflistung der ergriffenen besonderen Sicherungsmaßnahmen vorzulegen.*

*Gleichlautend: § 18 MvollzG LSA, ergänzt um Abs. 4: Besondere Sicherungsmaßnahmen ..., die über einen Zeitraum von zwei Wochen hinausgehen, bedürfen der Zustimmung der Aufsichtsbehörde.*

Das in § 1906 Abs. 4 BGB vorgesehene Erfordernis einer richterlichen Genehmigung unterbringungsähnlicher Maßnahmen reicht nach unserer Einschätzung nicht aus, um in einem Wohnheim oder Pflegeheim die Anwendung besonderer Sicherungsmaßnahmen zu regeln: Eine richterliche Genehmigung unterbringungsähnlicher Maßnahmen ist nur dann möglich, wenn diese zur Abwendung einer Selbstgefährdung oder zur Sicherstellung der Heilbehandlung dienen, und sie ist nur dann nötig, wenn dem Betreuten über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll. Für uns liegt es auf der Hand, dass die verbleibende Regelungslücke geschlossen werden muss, die sich daraus ergibt, dass Sicherungsmaßnahmen auch zum Schutz anderer Personen bei Fremdgefährdung erforderlich werden können oder bei Personen zur Anwendung kommen, denen durch den Unterbringungsbeschluss die Freiheit ohnehin schon entzogen ist. Deshalb fragen wir:

- Welche „besonderen Sicherungsmaßnahmen“ sind in einem Wohnheim zulässig?
- Unter welchen Voraussetzungen und auf welcher Rechtsgrundlage können besondere Sicherungsmaßnahmen bei Bewohnern eines Wohnheims angeordnet werden?
- Wie wird, wenn diese Voraussetzungen vorliegen, die Abgrenzung zur Notwendigkeit der erneuten Einweisung in stationäre psychiatrische Krankenhausbehandlung vorgenommen?
- Wer darf in einem Wohnheim besondere Sicherungsmaßnahmen anordnen?
- Welche Bestimmungen gelten für Befristung, Überwachung, Aufhebung und Dokumentation?



## 7. Durchsuchung:

§ 21 MvollzG LSA: Durchsuchung:

*Der Untergebrachte, seine Sachen und die Unterbringungsräume können durchsucht werden. Bei der Durchsuchung männlicher Untergebrachter dürfen nur Männer, bei der Durchsuchung weiblicher Untergebrachter nur Frauen anwesend sein. Das Schamgefühl ist zu schonen.*

*Eine mit einer Entkleidung verbundene körperliche Untersuchung ist nur bei Gefahr im Verzuge und auf Anordnung des Leiters der Einrichtung zulässig. Sie muss in einem geschlossenen Raum und in Gegenwart eines Dritten durchgeführt werden. Andere Untergebrachte dürfen nicht anwesend sein. Geht die Durchsuchung über eine Nachschau am oder im Körper hinaus (z.B. die Inspektion von nicht frei einsehbaren Körperhöhlen), darf sie nur durch einen Arzt vorgenommen werden.*

*Der Leiter der Einrichtung kann Durchsuchungen nach Abs. 2 für bestimmte Fälle allgemein anordnen.*

Die Durchsuchung (mit dem Ziel des Auffindens und der Wegnahme gefährlicher Gegenstände) könnte ebenfalls als eine besondere Sicherungsmaßnahme betrachtet werden; sie ist im PsychKG LSA nicht vorgesehen. Es bedarf aber keiner besonderen Phantasie, um zu erkennen, dass die Notwendigkeit einer Durchsuchung sich durchaus auch aus dem Zweck der geschlossenen Unterbringung in einem Heim ergeben kann, etwa um Waffen, andere gefährliche Gegenstände (Nadeln oder Rasierklingen bei bekannter Neigung zu selbstverletzendem Verhalten) oder Suchtstoffe aufzufinden. Deshalb fragen wir:

- Welche Regelungen gelten bei einer Unterbringung im Heim für die Durchsuchung?
- Wer darf eine Durchsuchung anordnen und durchführen? Wer darf nicht, wer muss zugegen sein?
- Wie wird die Schonung des Schamgefühls gewährleistet?

## 8. Persönliche Habe, Besuchsrecht:

§ 21 PsychKG LSA: Persönliche Habe, Besuchsrecht:

(1) *Der Untergebrachte hat das Recht, seine persönliche Kleidung zu tragen, persönliche Gegenstände in seinem Zimmer aufzubewahren und Besuch zu empfangen.*

(2) *Dieses Recht darf nur eingeschränkt werden, wenn dadurch gesundheitliche Nachteile für den Untergebrachten zu befürchten sind oder die Sicherheit der Einrichtung oder ein geordnetes Zusammenleben in der Einrichtung erheblich gefährdet wird.*

§ 19 MvollzG LSA: Persönliche Habe, Besuchsrecht:

(1) *Der Untergebrachte hat das Recht, seine persönliche Kleidung zu tragen, persönliche Gegenstände in seinem Zimmer aufzubewahren und Besuch zu empfangen. Die Hausordnung kann einheitliche Grundsätze für Besitz, Erwerb und Verwendung von Sachen sowie für Zeitpunkt und Dauer bei Besuchen vorgeben.*

(2) *Aus Gründen der Behandlung, der Sicherheit und des geordneten Zusammenlebens in der Einrichtung können Besuche überwacht, abgebrochen, eingeschränkt oder untersagt werden. Ein Besuch kann davon abhängig gemacht werden, dass der Besucher sich durchsuchen und die von ihm mitgeführten Gegenstände überprüfen lässt. Besuche eines gesetzlichen Vertreters, von Verteidigern sowie von Rechtsanwälten und Notaren in einer den Untergebrachten betreffenden Rechtssache sind zu gestatten. ...*

Bei gleicher Zielsetzung ist das Maßregelvollzugsgesetz an dieser Stelle konkreter formuliert. Wir gehen davon aus, dass dem Recht auf persönliche Kleidung und den Besitz persönlicher Gegenstände bei der Unterbringung im Heim weitgehend Rechnung getragen wird. Die Aufgabe, den Untergebrachten vor unerwünschten Besuchern und die Einrichtung vor der Einschleppung unerwünschter Gegenstände zu schützen, stellt sich auch bei der geschlossenen Unterbringung in einem Heim; man denke nur an den geschlossen untergebrachten Suchtkranken und das Einschmuggeln von Suchtmitteln, man denke an Medien mit Gewalt verherrlichendem oder pornographischem Inhalt. Deshalb fragen wir:

- Wie wird bei der geschlossenen Unterbringung im Heim das Recht gehandhabt, Besuch zu empfangen?
- Welche Regelungen gelten für die Überwachung oder Beschränkung von Besuchen und die Überprüfung mitgebrachter Gegenstände?

## 9. Postverkehr und Telekommunikation:

§ 22 PsychKG LSA: Postverkehr und Telekommunikation:

- (1) Der Untergebrachte hat das Recht, Postsendungen frei abzusenden und zu empfangen.
- (2) Im Rahmen des § 20 kann der Schriftverkehr des Untergebrachten überwacht und beschränkt werden. Dies gilt nicht für den Schriftverkehr mit (Gerichten, Staatsanwaltschaften, Rechtsanwälten, Aufsichtsbehörden, Volksvertretungen, der Europäischen Kommission für Menschenrechte, dem Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und seinen Besuchskommissionen und bei ausländischen Staatsangehörigen für die konsularische oder diplomatische Vertretung des Heimatlandes). ...
- (4) Über Maßnahmen der Überwachung und Beschränkung des Schriftverkehrs ist der Untergebrachte zu unterrichten. ...
- (6) ... Die Überwachung eines Ferngesprächs wird in der Weise vorgenommen, dass ein Bediensteter der Einrichtung das Gespräch in Gegenwart des Untergebrachten mithört.

(Gleichlautend: MvollzG LSA: § 20)

Der nach §§ 1906 oder 1631 BGB Untergebrachte hat in jedem Fall einen gesetzlichen Vertreter. Möglicherweise stellt sich deshalb im Heim die Frage einerseits der Gewährleistung und andererseits der Beschränkung von Schriftverkehr und Telekommunikation nicht mit der gleichen Dringlichkeit wie in der psychiatrischen Klinik und im Maßregelvollzug. Wenn allerdings dem gesetzlichen Vertreter die Befugnis zum Anhalten und Öffnen der Post vom Gericht nicht ausdrücklich übertragen wurde, muss insbesondere hinsichtlich der nötigen Beschränkungen, die aus den Gründen des vorangegangenen Abschnitts erforderlich werden können, Rechtssicherheit geschaffen werden. Aus diesem Grunde fragen wir:

- Wie werden bei einer geschlossenen Unterbringung im Heim Postverkehr und Telekommunikation gehandhabt?
- Welche Überwachungsmaßnahmen und welche Beschränkungen sind zulässig? Wer darf diese anordnen?
- Wird der Untergebrachte über diese Maßnahmen unterrichtet?

## 10. Offene Unterbringung:

§ 23 Offene Unterbringung:

- (1) Sobald der Zweck der Unterbringung es zulässt, soll die Unterbringung nach Möglichkeit aufgelockert und in weitgehend freien Formen durchgeführt werden, um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen. Eine Lockerung der Unterbringung oder eine offene Unterbringung soll vom verantwortlichen Arzt dann gewährt werden, wenn dies der Behandlung des Untergebrachten dient, er den damit verbundenen Anforderungen genügt und ein Missbrauch nicht zu befürchten ist. (Ähnlich § 22 MvollzG LSA).
- (2) ... Gegen den Willen des Untergebrachten ist eine Verlegung in die offene Unterbringung nicht zulässig.

§ 23 MvollzG LSA: Lockerungen des Vollzugs:

- (1) Als Lockerung des Vollzugs kann insbesondere zugelassen werden, dass der Untergebrachte 1. außerhalb der Einrichtung regelmäßig einer Beschäftigung unter Aufsicht (Außenbeschäftigung) oder ohne Aufsicht (Freigang) nachgeht oder 2. für eine bestimmte Zeit innerhalb eines Tages die Einrichtung unter Aufsicht (Ausführung) oder ohne Aufsicht (Ausgang) verlässt. Die Aufsicht wird durch Bedienstete der Einrichtung wahrgenommen.
- (2) Ausgang kann insbesondere zur Erledigung persönlicher, familiärer, rechtlicher oder geschäftlicher Angelegenheiten, zur Teilnahme an gerichtlichen Terminen oder aus anderen wichtigen Gründen bewilligt werden. ...

Die Frage, ob es möglich ist, eine auf der Grundlage des § 1906 BGB angeordnete Unterbringung offen zu vollziehen, ist mittlerweile nicht mehr umstritten. Keinesfalls nötigt die Bewilligung von Ausgang oder Urlaub den gesetzlichen Vertreter, die Unterbringung sofort zu beenden; auch bei nach BGB untergebrachten Patienten muss mit einem geplanten und abgestuften Vorgehen erprobt werden können, ob sie sich in Freiheit bewähren; andernfalls würde die Unterbringung nämlich unnötig verlängert.

Daraus ergibt sich, dass in enger Absprache mit dem gesetzlichen Vertreter auch dem geschlossen untergebrachten Heimbewohner Lockerungen zu gewähren sind, wenn der Untergebrachte Fortschritte gemacht hat und der Zweck der Unterbringung dadurch nicht gefährdet wird. Allerdings ist die Frage, ob durch die Bewilligung von Ausgang eine Gefährdung für den Untergebrachten – zum Beispiel das Risiko eines Rückfalls in einen Suchtmittelkonsum – heraufbeschworen wird, im Einzelfall besonders sorgfältig zu prüfen. (Nach unserer Erfahrung ist es gängige Praxis mancher Einrichtungen, sich unbequemer Heimbewohner dadurch zu entledigen, dass durch Bewilligung einer Beurlaubung ein Verstoß gegen den Heimvertrag provoziert wird, der das Heim zur Kündigung berechtigt). Deshalb stellen wir folgende Fragen:

- Unter welchen Voraussetzungen werden bei geschlossen untergebrachten Heimbewohnern Lockerungen gewährt und zurückgenommen?
- Wem obliegt im Wohnheim die Verantwortung für die Entscheidung über die Bewilligung und den Widerruf von Lockerungen?
- Wie wird insbesondere sichergestellt, dass der behandelnde Facharzt für Psychiatrie, der gesetzliche Vertreter des Untergebrachten und der Untergebrachte selbst an der Entscheidung beteiligt werden?

## 11. Beurlaubungen:

*§ 24 PsychKG LSA: Beurlaubungen*

- (1) Dem Untergebrachten kann Urlaub bis zur Dauer von zwei Wochen ... gewährt werden, insbesondere wenn der Gesundheitszustand und die persönlichen Verhältnisse des Untergebrachten dies rechtfertigen und zu erwarten ist, dass dadurch das Behandlungsziel gefördert wird und ein Missbrauch des Urlaubs nicht zu befürchten ist.*
- (2) Die Beurlaubung kann mit Auflagen verbunden werden ...*
- (3) ... Eine länger dauernde Beurlaubung bedarf der Abstimmung mit ... dem Gericht.*
- (4) Die Beurlaubung kann jederzeit widerrufen werden ...*

*Ähnlich: MvollzG LSA: § 25; mögliche Auflagen sind hier konkret genannt.*

Die Frage der Beurlaubung wird sich am Beginn einer geschlossenen Unterbringung in einem Heim nicht stellen, wohl aber im Verlauf und insbesondere, wenn es darum geht zu erproben, ob die Unterbringung ausgesetzt oder aufgehoben werden kann. Deshalb erscheint uns eine Regelung von Beurlaubungen, wie sie im PsychKG LSA und im MvollzG LSA vorgesehen ist, auch für die Gestaltung der Unterbringung im Heim relevant zu sein. Wir fragen:

- Unter welchen Voraussetzungen und durch wen können bei geschlossen untergebrachten Heimbewohnern Beurlaubungen bewilligt, abgelehnt oder widerrufen werden?
- Mit welchen Auflagen können oder sollten Beurlaubungen aus einer geschlossenen Unterbringung im Heim ggf. verbunden werden?
- Wie wird sichergestellt, dass der behandelnde Facharzt für Psychiatrie, der gesetzliche Vertreter des Untergebrachten und der Untergebrachte selbst an der Entscheidung beteiligt werden?

## 12. Entlassung:

Nach § 1906 Abs. 3 BGB hat der Betreuer die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er muss die Beendigung dem Vormundschaftsgericht lediglich anzeigen. Ferner hat das Gericht die Unterbringung aufzuheben, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen (§ 70 i Abs. 1 FGG). Die Unterbringung endet ohne gesonderten Beschluss mit Ablauf der Frist, für die sie angeordnet wurde, wenn sie nicht vorher verlängert wird (§ 70 f Abs. 1 Punkt 3. FGG); ihr Vollzug kann ausgesetzt und die Aussetzung mit Auflagen verbunden werden. Für die Beendigung der geschlossenen Heimunterbringung sind damit alle denkbaren Fallgestaltungen erfasst, so dass hier für uns kein zusätzlicher Regelungsbedarf erkennbar ist.

### **Zusammenfassung:**

Die gesetzlichen Regelungen, die der Gesetzgeber für das Land Sachsen-Anhalt für den Vollzug der geschlossenen Unterbringung in stationärer psychiatrischer Behandlung und in Einrichtungen des Maßregelvollzugs erlassen hat und die sich in ihrer Gesamtheit in den fünfzehn Jahren ihrer Anwendung durchaus bewährt haben, wurden detailliert geprüft hinsichtlich der Frage, ob sie auf die Situation von Menschen übertragen werden können, die von unterbringungsähnlichen Maßnahmen betroffen sind oder nach BGB und FGG in einer Übergangseinrichtung, einem Wohnheim für behinderte Menschen oder einem Pflegeheim geschlossen untergebracht sind. Unsere Analyse hat gezeigt, dass viele dieser Regelungen durchaus sinngemäß auf geschlossen untergebrachte Heimbewohner angewendet werden können und dass für die hier angesprochenen Themen durchaus ein Bedarf an einer klaren, eindeutigen und rechtssicheren Regelung besteht. In Heimen des Landes Sachsen-Anhalt sind Bewohner geschlossen untergebracht, nach den Erkenntnissen der Besuchs-kommissionen zum Teil ohne Wissen der Heimaufsichtsbehörde. Wir müssen vermuten, dass jede Einrichtung ihre eigenen Regeln für den Vollzug und die Gestaltung der geschlossenen Unterbringung aufgestellt hat, weil es allgemein verbindliche Regelungen ganz offensichtlich nicht gibt. Dies erscheint dem Ausschuss bedenklich, weil der Vollzug der geschlossenen Unterbringung als freiheitsentziehende Maßnahme, wie wir gezeigt haben, zwangsläufig zahlreiche weitere Grundrechtseingriffe nach sich zieht. Für die psychiatrischen Kliniken hat der Gesetzgeber für den Umgang damit detaillierte Regelungen getroffen, die gleichermaßen und sehr ausgewogen die Interessen des Untergebrachten, den Zweck der Unterbringung und den ordnungsgemäßen Betrieb der Einrichtung berücksichtigen; bei einer geschlossenen Unterbringung im Heim werden vergleichbare Grundrechtseingriffe erforderlich, deren Rechtsgrundlage für uns derzeit nicht ersichtlich ist.

Dem Verf. ist vollkommen klar, dass für eine staatlich angeordnete, öffentlich-rechtliche Unterbringung andere Maßstäbe gelten als für die vom Betreuer angeordnete, vom Gericht lediglich genehmigte bürgerlich-rechtliche Unterbringung. Ganz offensichtlich reichen aber die Befugnisse der Betreuer als Garantie für die Wahrung der verbliebenen Freiheitsrechte von gerichtlich untergebrachten Heimbewohnern nicht aus, weil die Betreuer der Einrichtung gegenüber keinerlei Durchgriffsmöglichkeiten haben. Aus diesem Grunde erscheint es unbedingt erforderlich, die Heime selbst und unmittelbar auf die Einhaltung bestimmter Standards zu verpflichten.

Der Gesetzgeber hat den Ausschuss beauftragt, für die Belange der psychisch kranken und behinderten Menschen einzutreten. In Erfüllung dieses Auftrags bitten wir die Landesregierung, dem Ausschuss die hier aufgeworfenen Fragen zu beantworten und ggf. gesetzgeberisch aktiv zu werden. Den Landtag von Sachsen-Anhalt und seine Abgeordneten bitten wir, sich in eigener Zuständigkeit ebenfalls der Frage anzunehmen und für den Fall, dass die Landesregierung keinen Lösungsvorschlag vorlegt, selbst die Initiative zu ergreifen. Nach Auffassung des Ausschusses wird ergänzend zum PsychKG LSA und zum MvollzG LSA ein Gesetz oder eine Verordnung benötigt, um Einzelheiten des Vollzugs und der Gestaltung der geschlossenen Unterbringung in den Heimen des Landes Sachsen-Anhalt zu regeln. Eine Möglichkeit, die sich hier anbietet, ist die im Zuge der Förderalismusreform notwendig werdende Erarbeitung eines Heimgesetzes für das Land.

### **Nachtrag:**

In einem persönlichen Gespräch hat Herr Ministerialdirigent Winfried Reckers den Ausschuss-Vorstand – völlig zu Recht – darauf hingewiesen, dass auch die moderneren technischen Möglichkeiten der Telekommunikation (Mobiltelefon, Internet) heute zur „Normalität“ gehören und insofern der Regelung bedürfen.

Am 02.04.2008 hat eine Beratung des Ausschuss-Vorstandes mit dem Referat 45 des Ministeriums (RL Dr. Hahn, Strebing, Meyer) stattgefunden, in deren Rahmen dem Ausschuss-Vorstand die Grundzüge eines geplanten „Bewohnerschutzgesetzes“ vorgestellt wurden. Dem Bekunden nach möchte das MS die Anregungen des Ausschusses aufgreifen, aber nicht in einer gesetzlichen Regelung, sondern in Form einer Leitlinie oder einer

Empfehlung für die Betreiber von Einrichtungen. Begründet wird diese Zurückhaltung mit der fehlenden rechtlichen Legitimation im Bereich (im Regelungsbereich von BGB und FGG) und mit dem Bürokratieabbau. Ob im Ergebnis die Rechte von untergebrachten Heimbewohnern durch einen Leitfaden oder eine Empfehlung ähnlich verbindlich garantiert werden können wie in einem Heimgesetz oder einem „Bewohnerschutzgesetz“, bedarf einer öffentlichen kritischen Diskussion, die der Ausschuss nicht allein führen kann, und wird letztendlich Gegenstand der politischen Willensbildung sein. Hinreichend Material für diese Diskussion sollte diese Broschüre in der Schriftenreihe des Ausschusses enthalten.

## Anhang:

### Indikation zur Heimaufnahme bei suchtkranken (alkoholabhängigen) Patienten

Felix M. Böcker, Naumburg

Die Indikation zur Vermittlung psychisch kranker Menschen in Heime muss grundsätzlich sorgfältig gestellt werden, einerseits weil stationäre Hilfeformen für die Steuerzahler bzw. Beitragszahler kostspielig sind und zum Anderen weil das Leben im Heim die Möglichkeiten der Betroffenen zu einem selbst bestimmten Leben deutlich einschränkt [Böcker 2005]. Die Aufnahme eines suchtkranken Patienten in einem Heim kommt dann in Betracht, wenn Diagnose, Befund und Verlauf mit hoher Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass er aufgrund der Suchterkrankung vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr imstande sein wird, außerhalb einer Einrichtung ein Leben in Würde zu führen.

Bei aller Individualität der Verläufe gibt es **vier Gruppen** von suchtkranken Patienten, bei denen ein solcher Schritt erwogen werden kann:

- **Überwiegend jüngere suchtkranke „Drehtür-Patienten“**, die im Prinzip abstinent leben wollen und neben zahlreichen Entzugsbehandlungen mehrere Rehabilitationsmaßnahmen durchlaufen haben, aber immer wieder rückfällig werden mit schwerwiegenden sozialen Konsequenzen; diese Patienten sind oft selbst daran interessiert, durch einen Umgebungswechsel und gesicherte Abstinenz den Teufelskreis aus Frustration, Rückfall und weiterem sozialen Abstieg zu durchbrechen.

Hier ist in erster Linie zu prüfen, ob wirklich alle anderen Möglichkeiten einer Einflussnahme ausgeschöpft worden sind; es gilt zu vermeiden, dass junge männliche Patienten aus bloßer Bequemlichkeit das Wohnheim als Ersatz für „Hotel Mama“ und als für sie angenehmen Aufenthaltsort wählen:

- o Wenn der Verlauf zeigt, dass der Patient trotz gegebener Abstinenzmotivation unter ungeschützten Bedingungen nicht abstinentfähig ist, dann kann die Indikation für ein Übergangswohnheim gegeben sein.
  - o Wenn der Versuch gescheitert ist, nach einem Aufenthalt im Übergangswohnheim in einer weniger beschützenden Wohnform zurechtzukommen, dann wird das Heim auf Dauer der angemessene Ort zum Leben sein.
  - o Gelegentliche Rückfälle, die rasch beendet werden können, sind kein Grund für eine Heimaufnahme.
- **Überwiegend ältere suchtkranke Patienten**, die bisher überhaupt noch nicht betreut oder behandelt worden sind und die nun bei ihrem ersten Kontakt mit dem Hilfesystem bereits in einer völlig desolaten Verfassung angetroffen werden – mit schweren körperlichen Schäden und allen Zeichen der Verwahrlosung. Hier ergibt sich die Indikation zur Heimeinweisung dann, wenn
    - o Rehabilitationsmaßnahmen zu spät kommen und keine Aussicht auf Erfolg mehr haben;
    - o konkrete Lebensgefahr besteht;
    - o in Freiheit der grundgesetzlich garantierte Anspruch auf ein Leben in Würde nicht mehr eingelöst werden kann.

Für diese Patienten bildet das Wohnheim für suchtkranke Menschen den angemessenen Ort zum Leben. Wenn die Voraussetzungen für eine freie Willensbestimmung (Geschäftsfähigkeit) aufgrund einer schweren hirnganischen Beeinträchtigung nicht mehr gegeben sind, muss ggf. ein Betreuer bestellt werden, der

von seinem Aufenthaltsbestimmungsrecht Gebrauch macht und unterbringungs-ähnliche Maßnahmen oder eine geschlossene Unterbringung richterlich genehmigen lässt.

- Einen Sonderfall der letzten Gruppe bilden die **Patienten, die bereits Altersrentner sind** oder die in erheblichem Maß Hilfe bei den wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens und deshalb eine **Pflegestufe** benötigen. Häufig werden diese Patienten nicht in spezialisierte Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe aufgenommen, sondern an die Einrichtungen der Altenhilfe verwiesen. Altenpflegeheime betrachten es aber meist nicht als ihre Aufgabe, Alkoholabstinenz zu sichern, und sie sind auch nicht in der Lage dazu.

Für den Anspruch auf Eingliederungshilfe gibt es keine Altersgrenze. Deshalb sollte auch in diesen Fällen eine Aufnahme in einem Wohnheim für suchtkranke Menschen angestrebt werden. Der bestehende Pflegebedarf muss ggf. dort gedeckt werden. Wünschenswert wäre, dass eine Einrichtung der Suchthilfe sich zu der Aufgabe bekennt, ein spezialisiertes Angebot für Patienten im Rentenalter zu entwickeln. Dies ist als Desiderat in den Arbeitskreis „Sucht“ der PSAG einzubringen.

- Die größten Probleme bereiten die **Drehtürpatienten, die nicht gewillt sind, abstinent zu leben**, die uns aufgrund von Komplikationen des Trinkens aber immer wieder zugewiesen werden. Solange trotz der Suchterkrankung die Voraussetzungen für eine freie Willensbestimmung gegeben sind, kann nur versucht werden, im Sinne der Schadensbegrenzung und der Motivation zu weiterführenden Behandlungsschritten zu intervenieren, was manchmal gelingt und manchmal nicht.

Ob die Voraussetzungen für eine freie Willensbestimmung noch vorliegen, sollte allerdings immer wieder äußerst sorgfältig geprüft werden. Wenn gleichzeitig Umstände vorliegen, die einen Freiheitsentzug als Grundrechtseingriff verhältnismäßig erscheinen lassen, wie zum Beispiel eine wiederholte erhebliche Selbstgefährdung, so kommt auch bei Patienten ohne schwere hirnorganische Beeinträchtigung die richterlich genehmigte zwangsweise geschlossene Unterbringung in einer soziotherapeutischen Einrichtung in Betracht.

Die folgende **Checkliste** soll eine Entscheidungshilfe sein, aber die Betrachtung des jeweils konkreten Einzelfalles selbstverständlich nicht ersetzen. Bei einer Entscheidung für eine Antragstellung soll die Liste helfen, gegenüber dem Kostenträger und ggf. gegenüber dem Vormundschaftsgericht eine schlüssige Argumentation vorzubereiten.

#### Literatur:

Böcker, F.M.: Kommunale Psychiatrie und die Zukunft der Heime. Krankenhauspsychiatrie 16 (2005) 18-24.

## Gesichtspunkte für die Indikationsstellung:

### 1. Diagnose:

Ist die Diagnose einer Abhängigkeit gesichert?

Welche ICD-10- Kriterien sind erfüllt? (Bitte konkrete Belege)

### 2. Komorbidität:

Bestehen weitere psychische Störungen? Welche?

Besteht ein Missbrauch von Arzneimitteln? Welche?

Erfahrungen mit illegalen Drogen? Konsum?

Besteht eine Nikotinabhängigkeit?

### 3. Komplikationen:

Bestehen **somatische** Komplikationen?

Gastrointestinal: Leberzirrhose? Ösophagusvarizen?

Transfusionsbedürftige gastrointestinale Blutung?

Kardial: Kardiomyopathie mit Herzinsuffizienz?

PNS: Sensomotorische Polyneuropathie mit Paresen?

Dennoch gehfähig oder bettlägerig?

ZNS: Cerebelläre Ataxie mit Gangstörung? Ausgeprägte Hirnatrophie?

Krampfanfälle (außerhalb des Entzugs)?

Tumorleiden?

Sturzbedingte Verletzungen?

Bestehen **psychiatrische** Komplikationen?

Krampfanfälle im Entzug?

Entzugsdelir (Wann und wo beobachtet? Verlauf?)

*Psychopathologischer Befund einer hirnorganischen Wesensänderung? (Gepräge bitte genau beschreiben!)*

(Unvollständiges oder vollständiges) Amnestisches Syndrom?

Demenz?

Suizidalität?

Selbstschädigendes Verhalten?

Andere?

Bestehen **soziale** Komplikationen?

Beruf: Beruflicher Abstieg? Arbeitsplatzverlust? Langzeitarbeitslos? (Seit wann?)

Partnerschaft: Niemals eine Partnerschaft eingegangen? Partnerwahl durch die Suchterkrankung motiviert? Ehe/eheähnliche Partnerschaft zerbrochen?

Koabhängiges Verhalten in der Partnerschaft?

Führerschein: Nie Fahrerlaubnis erworben? Trunkenheitsfahrt?

Führerscheinentzug?

Delinquenz: Verkehrsdelikte; Beschaffungsdelikte; Gewalttaten; Haftstrafen?



Konkrete Hinweise für Vernachlässigung, Verwahrlosung?  
(Hörensagen oder eigene Beobachtungen?)

Andere Suchtfolgen?

#### 4. Aktuelle soziale Situation:

Wohnsituation?

Stabile Wohnsituation? (*spräche eher gegen eine Indikation zur Heimaufnahme*)

Mietschulden? (Höhe?)

Konkret von Wohnungsverlust bedroht?  
(Abrisshaus, Zwangsräumung, Zwangsversteigerung?)

Wohnung verwahrlost oder vermüllt?  
(Hörensagen oder eigene Beobachtungen?)

Wohnungslos? (Unterkunft bei Dritten, Unterkunft in Institution, obdachlos?)

Arbeitsplatz?

Stabiler Arbeitsplatz mit eigenem Einkommen?  
(*spräche eher gegen eine Indikation zur Heimaufnahme*)

Besteht Arbeitsfähigkeit? („kann regelmäßig mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen“)

Rente wegen teilweiser/voller Erwerbsminderung? Altersrente?

Partnerschaft?

Stabile Ehe oder eheähnliche Partnerschaft?  
(*spräche eher gegen eine Indikation zur Heimaufnahme*)

Relevanter Konflikt in der Ehe/Partnerschaft?

Aktuell Trennung, Scheidung?

Suchtkranke(r) Partner(in)?

Partner(in) aufgrund eigener Berufstätigkeit abwesend?

#### 5. Behandlung:

Haben Entzugsbehandlungen stattgefunden?

Wann erstmals?

Wie oft insgesamt?

Wann und wo zuletzt?

Haben Entwöhnungsbehandlungen stattgefunden?

Wann und wo erstmals?

Wie oft insgesamt?

Abgeschlossen oder abgebrochen?

Adaptation angeschlossen?

Wann und wo zuletzt?

Sind die Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation ausgeschöpft? Warum haben weitere Rehabilitationsmaßnahmen keine Aussicht auf Erfolg?

Ambulante Betreuung: Wo und wie intensiv?

Hausarzt?

Facharzt?

Suchtberatungsstelle?

Selbsthilfegruppe?

Sozialpsychiatrischer Dienst?

Wohngemeinschaft (z.B. Heilsarmee, Synanon)?

Tagesstätte?

Werkstatt?

Wurde ein Betreuer bestellt? Wann und mit welchen Aufgaben? Was hat der Betreuer unternommen? Mit welchem Ergebnis?

Sind alle Möglichkeiten der Betreuung außerhalb einer Institution ausgeschöpft? Warum hat ambulante Betreuung keine Aussicht auf Erfolg?

**6. Abstinenzmotivation:**

Hat es ernsthafte Abstinenzversuche gegeben? Wann und mit welchem Ergebnis?

Hat es Zeiträume gegeben, in denen der Patient außerhalb von Institutionen abstinent gelebt hat? Wie lange und wann zuletzt?

Besteht aktuell eine Abstinenzmotivation?

Wie schätzt der Patient seine Chancen ein, dauerhaft nüchtern zu bleiben?

Wie schätzt der Patient sein Rückfallrisiko ein?

Wie schätzen Sie das Rückfallrisiko ein?

Wie gefährlich ist ein Rückfall für den Patienten? Warum?

**7. Indikation zur Heimaufnahme mit Zustimmung des Patienten:**

Wünscht der Patient die Aufnahme in einem Wohnheim für suchtkranke Menschen? Vorübergehend oder dauerhaft?

Halten Sie eine Heimaufnahme für erforderlich? Aus welchen Gründen?

Welche Ziele sollen mit der Heimaufnahme erreicht werden?

Wie sehen Sie die weitere Perspektive?

- Wird Ihr Patient jemals in der Lage sein, in Freiheit stabil abstinent zu leben?
- Was ist dazu nötig?

**Zu welchem Ergebnis kommen Sie bei Berücksichtigung aller verfügbaren Informationen?**

## 8. Indikation zur Heimaufnahme ohne Zustimmung des Patienten oder gegen dessen Willen:

Halten Sie eine Heimaufnahme für erforderlich? Aus welchen Gründen?

Welche Ziele sollen mit der Heimaufnahme erreicht werden?

Lehnt der Patient die Heimaufnahme ab? Mit welcher Begründung?

Gibt es bei einem Leben in Freiheit konkrete Anhaltspunkte für eine fortbestehende Selbstgefährdung?

- Vitale Gefährdung durch eine bereits bestehende Erkrankung
- Vitale Gefährdung durch Stürze oder anderes Fehlverhalten im Rausch
- Suizidgefährdung im Rausch
- Andere?

Gibt es bei einem Leben in Freiheit konkrete Anhaltspunkte für eine fortbestehende Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung?

- Verwahrlosung, Vermüllung, Ungeziefer, Brandgefahr
- (erhebliche) Ruhestörung, Delinquenz, Notrufmissbrauch etc.
- Außergewöhnlich häufige Inanspruchnahme von Notarzt und Rettungsdiensten
- Andere?

Liegen die Voraussetzungen vor für eine freie Willensbestimmung?

- Besteht – nicht nur vorübergehend – ein „Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit“?
  - Schwere hirnorganische Beeinträchtigung, amnestisches Syndrom, Demenz
  - Schwere andere psychische Erkrankung, Schizophrenie, bipolare Störung?
  - schwere abnorme Entwicklung mit selbstschädigendem Verhalten, schwere Persönlichkeitsstörung (so ausgeprägt, dass dem Zustand Krankheitswert zukommt)?
  - Oder muss die Sucht selbst als „Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit“ angesehen werden, weil der Patient seine Freiheit an das Suchtmittel verloren hat und dem Suchtmittel völlig verfallen ist?
- Schließt dieser Zustand die freie Willensbildung aus? Warum?

Wurden Angehörige in die Planung einbezogen? Welche?

Wie stehen die Angehörigen zu der geplanten Maßnahme?

Gibt es bereits einen gesetzlichen Vertreter (Vollmacht, Betreuer)?

Hat dieser das Aufenthaltsbestimmungsrecht?

Und die Befugnis zur geschlossenen Unterbringung?

Werden „unterbringungsähnliche Maßnahmen“ genügen, oder ist eine geschlossene Unterbringung erforderlich?

**Zu welchem Ergebnis kommen Sie bei Berücksichtigung aller verfügbaren Informationen?**

