

„FREIHEITSBESCHRÄNKUNGEN“

bei Personen mit einer geistigen Behinderung
und/oder einer psychischen Erkrankung



DOKUMENTATION DER
FACHTAGUNG DES ÖSTERREICHISCHEN
KOMITEES FÜR SOZIALE ARBEIT

vom 16. Juni 2005 in Salzburg



Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit

DOKUMENTATION

„FREIHEITSBESCHRÄNKUNGEN“

bei Personen mit einer geistigen Behinderung
und/oder einer psychischen Erkrankung

Fachtagung des Österreichischen Komitees
für Soziale Arbeit

16. Juni 2005

Josef-Brunauer-Zentrum
Elisabethstraße 45a
5020 Salzburg



Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit

Gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen (BMSG)

REDAKTIONSTEAM:

Irene Köhler
Claudia Klambauer

Coverbild: Ernestine Haas, Habit Clementinum, WG 2

IMPRESSUM

Redaktion und Herausgeber:

Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit
Geigergasse 5–9/3. Stock
1050 Wien
Tel.: (01) 548 29 22
Fax: (01) 545 01 33
E-Mail: office@oeksa.at

Vorwort

Mit 1. Juli 2005 trat das Heimaufenthaltsgesetz in Kraft. Vom Geltungsbereich des neuen Gesetzes sind Wohngemeinschaften, Heime, Wohngruppen und ähnliche Betreuungsformen erfasst, in denen wenigstens drei psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen ständig betreut oder gepflegt werden.

Das Österreichische Komitee für Soziale Arbeit, die Arbeitsgruppe Sonder- und Heilpädagogik des Instituts für Bildungswissenschaft der Universität Wien und das Bundesministerium für Justiz luden VertreterInnen all jener Einrichtungen, die Personen mit einer psychischen Erkrankung und/oder geistigen Behinderung betreuen, zur Fachtagung ein. Verwaltungs- und Einrichtungsleitungen, pädagogische LeiterInnen, ÄrztInnen, Fachdienste und PflegedienstleiterInnen sollten über die wesentlichen Inhalte des Heimaufenthaltsgesetzes informiert werden.

*Eine Freiheitsbeschränkung ist nach diesem Gesetz nur dann zulässig, wenn die Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung **nicht** durch andere Maßnahmen beseitigt werden kann. Daher wurde bei dieser Tagung der Fokus auf Alternativen zur Freiheitsbeschränkung gelegt.*

In den Workshops wurden Sicherheit und Klarheit bei der Anwendung des Heimaufenthaltsgesetzes gegeben und offene Problemstellungen diskutiert.

Intention des Heimaufenthaltsgesetzes ist es, die persönliche Freiheit der Betreuten zu schützen und die beruflich mit der Pflege und Betreuung betrauten Personen zu unterstützen. Mit dieser gemeinsamen Tagung wollten wir dieser Absicht noch vor Inkrafttreten des Gesetzes entsprechen.

Pfarrer Mag. Michael Chalupka
Präsident des ÖKSA

Inhaltsverzeichnis

Erwin Buchinger
Begrüßung 8

1. Plenumsreferate

1.1 *Peter Barth*
**Freiheitsbeschränkungen in Betreuungseinrichtungen –
das neue Heimaufenthaltsgesetz** 9

1.2 *Magdalena Lederer*
**Freiheitsbeschränkungen in Einrichtungen für Menschen mit
Behinderungen – Erfahrungen, Bedeutung, Wandel** 23

1.3 *Ernst Berger*
**Freiheitsbeschränkung und Alternativen
aus klinischer und behindertenpsychiatrischer Sicht** 35

1.4 *Wilfried Datler, Regina Studener-Kuras*
**Das Heimaufenthaltsgesetz: Die Rolle der gerichtlichen
Sachverständigen und Alternativen zur Freiheitsbeschränkung
aus sonder- und heilpädagogischer Sicht** 47

2. Workshops

2.1 *Workshop 1*
Alternativen zur Freiheitsbeschränkung – Fallbeispiele 65

2.2 *Workshop 2*
Freiheitsbeschränkung in Tagesstrukturen 75

2.3 *Workshop 3*
**Auswirkungen des neuen Heimaufenthaltsgesetzes auf die
Selbstbestimmung der Betroffenen** 81

2.4 *Workshop 4*
**Die Zusammenarbeit mit den BewohnerInnenvertreterInnen bei
Freiheitsbeschränkungen gemäß Heimaufenthaltsgesetz** 85

3. Anhang

3.1 Mitwirkende 96
3.2 Teilnehmende Organisationen 97

LR Dr. Erwin Buchinger,
Landesrat für Soziales, Land Salzburg

Begrüßung

Die Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und/oder einer psychischen Erkrankung hat in den letzten Jahrzehnten einen Paradigmenwechsel erfahren, der von einer weitestmöglichen Beschränkung der Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bei Ausbau ambulanter Betreuung und gleichzeitiger Stärkung der Selbstbestimmungsrechte der betroffenen Menschen geprägt ist. Dennoch nehmen auch Heimunterbringung und tagesstrukturierende Angebote verbunden mit vielfältigen Formen betreuten Wohnens weiter zu.

Viele Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung sowie deren Angehörige verbinden heute mit Heimunterbringung die Sorge um eine Einschränkung persönlicher Freiheitsrechte. Dieser Sorge kann nur glaubwürdig begegnet werden, wenn die Bedingungen derartiger Maßnahmen offen, nachvollziehbar und überprüfbar dargelegt werden.

Dazu leisten die neuen gesetzlichen Regelungen einen wichtigen und begrüßenswerten Beitrag. Die notwendige Information der Betreuungskräfte und des Führungspersonals in diesem Bereich ist dafür wiederum unverzichtbar. Ich bedanke mich daher bei den InitiatorInnen der heutigen Tagung und bei den TeilnehmerInnen für Ihre Bereitschaft, diese Informationen anzunehmen und weiterzutragen.

*Freundliche Grüße aus Salzburg,
Erwin Buchinger*

Dr. Peter Barth
Bundesministerium für Justiz

Freiheitsbeschränkungen in Betreuungseinrichtungen – das neue Heimaufenthaltsgesetz

I. Kurzinfo

Das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) legt fest, unter welchen Voraussetzungen in Heimen und vergleichbaren Einrichtungen Freiheitsbeschränkungen an kranken und behinderten Menschen rechtmäßig sind: Solche Maßnahmen sind nur dann zulässig, wenn der Betroffene an einer psychischen Krankheit leidet oder geistig behindert ist, wenn er sich oder andere deshalb ernstlich und erheblich gefährdet und wenn diese Gefahr nicht auf andere, schonendere Weise abgewendet werden kann. Bei der Vornahme der Freiheitsbeschränkung sind moderne fachliche Standards einzuhalten.

Diese materiell-rechtlichen Vorschriften werden durch besondere Verfahrensregeln ergänzt. Den in der Einrichtung betreuten oder gepflegten Menschen wird durch das Gesetz ein bei dem örtlich zuständigen Sachwalterverein angesiedelter „Bewohnervertreter“ zur Wahrung ihrer Freiheitsrechte zur Seite gestellt. Er hat sie der Einrichtung gegenüber zu vertreten und ihre Interessen wahrzunehmen. Zusätzlich kann der Bewohner auch einen nahen Angehörigen, Rechtsanwalt oder Notar mit seiner Vertretung in der Wahrnehmung seines Freiheitsrechts betrauen. Die Durchführung von Beschränkungen der persönlichen Freiheit kann durch das Gericht überprüft werden. Zu einem derartigen Verfahren kommt es dann, wenn dies der Betreute selbst, sein Vertreter, seine Vertrauensperson oder auch die Einrichtung beantragt. Das HeimAufG tritt mit 1. 7. 2005 in Kraft.

II. Details

a) Anwendungsbereich

§ 2 legt den Anwendungsbereich des Gesetzes fest: Erfasst sind zunächst Alten- und Pflegeheime (einschließlich so genannter „Seniorenresidenzen“ und „Geriatrizentren“ zur Pflege oder Betreuung alter Menschen). Darüber hinaus gilt es in Tagesbetreuungseinrichtungen zur ständigen Pflege oder Betreuung alter Menschen, wenn sie wie Heime organisiert oder an diese angeschlossen sind. Es gilt weiter in Heimen für behinderte Menschen und Wohngemeinschaften im psychosozialen Bereich, wenn dort wenigstens drei pflegebedürftige und zugleich geistig beeinträchtigte Menschen rund um die Uhr gepflegt und betreut werden.

Das Gesetz gilt außerdem in Krankenanstalten (mit Ausnahme psychiatrischer Anstalten oder Abteilungen), soweit dort psychisch kranke oder geistig

behinderte Menschen, die ständiger (also voraussichtlich auf Dauer oder auf unbestimmte Zeit) Pflege und Betreuung bedürfen, Freiheitsbeschränkungen unterworfen werden. Wesentlich ist hierbei, dass die Pflege oder Betreuung nicht durch die dem Patienten in der Anstalt oder Einrichtung zukommende oder zugekommene medizinische Behandlung bedingt ist. Zu denken ist also etwa an jene Fälle, in denen Pflegebedürftige nach Abschluss der medizinischen Behandlung – streng genommen den Grundsätzen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung widersprechend – im Krankenhaus „auf einen Heimplatz warten“.

Vom Anwendungsbereich ausgenommen sind nach Abs. 2 Heime und sonstige Einrichtungen zur Übernahme von Minderjährigen in Pflege und Erziehung. Im Rahmen der elterlichen Obsorge typische und altersübliche Freiheitsbeschränkungen unterliegen nicht dem Heimaufenthaltsgesetz, auch wenn diese Beschränkungen nicht durch die Obsorgeberechtigten selbst, sondern aufgrund deren Ermächtigungen durch öffentliche oder auch private Einrichtungen vorgenommen werden.

Weiters soll das Gesetz aufgrund gänzlich anderer organisatorischer und zum Teil auch verfassungsgesetzlicher Rahmenbedingungen keine Anwendung finden, wenn eine Person zu Hause von Familienangehörigen oder mobilen Diensten oder im Rahmen einer familienähnlichen Wohngemeinschaft betreut oder gepflegt wird.

b) Was ist eine Freiheitsbeschränkung i. S. d. HeimAufG?

Nach § 3 Abs. 1 liegt eine Freiheitsbeschränkung vor, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person (eines Bewohners) gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch deren Androhung unterbunden wird. Folgende Tatbestandsmerkmale charakterisieren demgemäß die Freiheitsbeschränkung i. S. d. HeimAufG:

Allseitigkeit der Freiheitsbeschränkung

Eine Freiheitsbeschränkung im Verständnis dieses Gesetzes liegt immer dann vor, wenn es einer Person unmöglich gemacht wird, ihren Aufenthalt nach ihrem freien Willen zu verändern. Es kommt hierbei darauf an, dass die Bewegungsfreiheit auf einen bestimmten räumlich begrenzten Bereich beschränkt wird. Die Unmöglichkeit, bestimmte Räume oder Areale zu betreten (die so

genannte „negative Konfinierung“), ist keine Freiheitsbeschränkung im Sinne des Gesetzes.

Anwendung physischer Mittel

Wesentlich ist weiter, dass die Unterbindung persönlicher Ortsveränderungen mit physischen Mitteln erfolgt, wobei das Gesetz beispielhaft mechanische, elektronische und medikamentöse Maßnahmen erwähnt.

Hierbei kann es sich etwa um unmittelbare körperliche Zugriffe mit dem Ziel, den Bewohner zurückzuhalten, handeln. Beispiele hierfür sind etwa die Anbringung eines Steckgitters am Bett, das Vorstellen eines Sessels oder Tisches, die Entfernung einer Gehhilfe, die Verhinderung des Aufstehens aus dem Rollstuhl oder einer anderen Sitzgelegenheit mittels eines Fixiergurts, einer „Fixierhose“ oder eines Leintuchs sowie das körperliche Festhalten. Aber auch das Einschließen des Betroffenen in einem Raum oder in einer Abteilung fällt unter diese Kategorie.

Eine Freiheitsbeschränkung kann darüber hinaus auch durch medikamentöse Mittel erfolgen. Davon kann allerdings nur dann gesprochen werden, wenn die Behandlung unmittelbar die Unterbindung des Bewegungsdrangs bezweckt, nicht jedoch bei unvermeidlichen bewegungsdämpfenden Nebenwirkungen, die sich bei der Verfolgung anderer therapeutischer Ziele mitunter ergeben können.

Der Einsatz elektronischer Überwachungsmaßnahmen wiederum (z. B. die so genannte „Induktionsschleife“ oder so genannte „Skorpione“) stellt nur dann eine Freiheitsbeschränkung dar, wenn bei Auslösung des Alarms unmittelbar freiheitsentziehende Folgen zu erwarten sind, also etwa der Betreute „zurückgeholt“ wird. Andere Methoden können etwa rein bauliche Maßnahmen sein, die die persönliche Bewegungsfreiheit beeinträchtigen sollen (etwa ein „Labyrinth“ zur Lenkung dementer Personen, die Anbringung schwerer oder mit komplizierten Türöffnungsmechanismen versehener Türen, die von den Betroffenen in der Regel nicht geöffnet werden können, oder die entsprechende Ausgestaltung einer Station).

Der räumliche und zeitliche Umfang der Maßnahme spielt keine Rolle. Auch die Beschränkung auf das gesamte Areal einer Einrichtung oder etwa das Festbinden am Bett für wenige Minuten ist als Freiheitsbeschränkung zu qualifizieren. Das Versperren der Stationstür während der Nachtzeit stellt dagegen keine Bewegungseinschränkung dar, sondern eine allgemeine Vorsichtsmaßnahme zur Verhinderung des unkontrollierten Ein- und Ausgangs.

Oder Androhung physischer Mittel

Eine Freiheitsbeschränkung setzt nicht notwendigerweise die Anwendung physischen Zwangs voraus. Es genügt auch dessen Androhung. Darunter ist zu verstehen, dass der Betroffene aus dem Gesamtbild des Geschehens den Eindruck gewinnen muss, dass er seinen Aufenthaltsort nicht mehr verlassen kann.

Möglichkeit zur willkürlichen körperlichen Bewegung besteht

Eine Freiheitsbeschränkung kann nur an jemandem vorgenommen werden, der die Möglichkeit zur körperlichen Bewegung und Ortsveränderung hat. Einer bewusstlosen, nach einer Operation im Koma liegenden oder im Dämmerzustand automatischen Handlungsschablonen folgenden Person fehlt der grundrechtliche Schutz der Bewegungsfreiheit; diese Menschen können daher auch nicht Objekt einer Freiheitsbeschränkung i. S. d. HeimAufG sein. Auf die Bildung eines (vernünftigen) Fortbewegungswillens kommt es nicht an.

Keine wirksame Einwilligung des Betroffenen

Gem. § 3 Abs. 2 liegt eine Freiheitsbeschränkung nicht vor, wenn der einsehens- und urteilsfähige Bewohner der Unterbindung der Ortsveränderung zugestimmt hat. Voraussetzung für die Wirksamkeit der Einwilligung ist, dass die betreute oder gepflegte Person geistig in der Lage ist, die Situation an sich und die Tragweite ihres Einverständnisses zu erfassen. Die Einwilligung kann sich schon aus diesem Grund nur auf eine konkrete Situation und einen zeitlich überschaubaren Rahmen beziehen. Eine pauschale Zustimmung zu allen denkbaren Beschränkungen ist nicht wirksam. Die Einwilligung ist jederzeit widerrufbar.

Die mit dem Willen des einsehensfähigen Bewohners vorgenommenen Freiheitsbeschränkungen sind grundsätzlich vom Anwendungsbereich des Gesetzes ausgenommen. Damit das Regelungsregime des HeimAufG nicht allzu leicht umgangen werden kann, sind allerdings Dokumentations- und Verständigungspflichten vorgesehen.

c) Wann ist eine Freiheitsbeschränkung zulässig?

§ 4 normiert die Zulässigkeitsvoraussetzungen für die Vornahme einer Freiheitsbeschränkung:

Psychische Krankheit oder geistige Behinderung des Betroffenen

Eine Freiheitsbeschränkung des Betroffenen darf ohne oder gegen dessen Willen nur vorgenommen werden, wenn er an einer psychischen Krankheit leidet oder geistig behindert ist. Das HeimAufG bleibt hier in dem vom PersFrG vorgegebenen Rahmen, da die geistige Behinderung unter den Begriff der „psychischen Erkrankung“ i. S. d. Art. 2 Abs. 1 Z 5 PersFrG fällt. Hervorzuheben ist außerdem, dass Demenzkranke an einer psychischen Krankheit im Sinne des Gesetzes leiden.

Selbst- oder Fremdgefährdung

Für die Zulässigkeit einer Freiheitsbeschränkung wird neben der psychischen Beeinträchtigung auch gefordert, dass der Betroffene wegen dieser Krankheit sich oder andere gefährdet. Die Gefährdung muss – ebenso wie nach § 3 Z 1 UbG – ernstlich sein. Es reicht nicht aus, dass der Bewohner sich oder andere vielleicht gefährden könnte, die Gefahr muss konkret, also aktuell vorhanden sein, der Eintritt der Schädigung muss allerdings nicht unmittelbar bevorstehen.

Weiters muss eine erhebliche Gefährdung bestehen. Eine solche Schwere der drohenden Schädigung kann – in Anlehnung an § 110 Abs. 2 StGB – dann angenommen werden, wenn eine Gesundheitsschädigung von mehr als 24-tägiger Dauer, ein Knochenbruch, eine Gehirnerschütterung oder eine angesichts der Wichtigkeit des betroffenen Organs, des Ausmaßes der Krankheitserscheinungen, der Gefährlichkeit der Beeinträchtigung und der Ungewissheit des Heilungsverlaufes „an sich schwere“ Beeinträchtigung der Gesundheit droht. Bei einem desorientiert Herumirrenden ist konkret mit Unfällen im Straßenverkehr zu rechnen, daher ist eine ernstliche und erhebliche Gefährdung im Sinne des Gesetzes gegeben.

Verhältnismäßigkeit

§ 4 Z 2 setzt weiter voraus, dass die Freiheitsbeschränkung zur Gefahrenabwehr unerlässlich und geeignet ist. Sie muss sowohl in ihrer Dauer als auch in ihrer Intensität im Verhältnis zur Gefahr angemessen sein. „Disziplinäre“ oder „erzieherische“ Erwägungen spielen hier keine Rolle.

§ 4 Z 3 setzt schließlich voraus, dass die Gefährdung nicht durch andere pflegerische Maßnahmen, die nicht (oder weniger) in die Freiheitsrechte des Betroffenen eingreifen, abgewendet werden kann. Mit diesem Grundsatz der Subsidiarität wird zum Ausdruck gebracht, dass die Freiheitsbeschränkung

nur als letztes Mittel in Frage kommt, also wenn dem Bewohner nicht mehr auf andere Weise geholfen werden kann, somit der mit seiner Krankheit verbundenen Gefahr nicht auf andere Weise als durch die Freiheitsbeschränkung entgegengewirkt werden kann. Dabei wird es selbstverständlich auf zeitgemäße Pflegestandards ankommen.

d) Wer ist befugt, freiheitsbeschränkende Maßnahmen anzuordnen?

Grundsätzliche Anordnungsbefugnis

1. Primär ist nach § 5 Abs. 1 Z 1 der mit der Führung der Abteilung betraute Arzt oder sein Vertreter befugt, freiheitsbeschränkende Maßnahmen anzuordnen. Bestehen in der Einrichtung keine Abteilungen unter ärztlicher Führung, so ist der mit der Leitung der Einrichtung betraute Arzt oder sein Vertreter anordnungsbefugt.
2. In anderen Einrichtungen, die nicht unter ärztlicher Leitung stehen, sind nach Abs. 1 Z 2 die mit der ärztlichen Aufsicht und die mit der Leitung des Pflegedienstes betrauten Personen oder ihre Vertreter anordnungsbefugt. In derartigen Einrichtungen ist also (unabhängig davon, ob eine ärztliche Aufsicht gegeben ist oder nicht) auch jene Person anordnungsbefugt, die mit der Pflegedienstleitung im Sinn des § 26 Abs. 1 Z 2 GuKG betraut ist.
3. In Einrichtungen, die weder unter ärztlicher Leitung oder Aufsicht noch unter Leitung eines Pflegedienstes stehen, kann die Befugnis zur Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen nach § 5 Abs. 1 Z 3 erster Fall einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege übertragen werden. Die Fachkraft muss die organisatorische Verantwortung in diesem Bereich innehaben und daher in einem dauernden Dienstverhältnis zum Einrichtungsträger stehen. In diesen Einrichtungen steht gem. § 5 Abs. 1 Z 3 zweiter Fall die Anordnungsbefugnis – soweit vorhanden – auch den mit der pädagogischen Leitung der Einrichtung betrauten Bediensteten zu. Hier kommen akademische Sonder- und Heilpädagogen oder Sozialpädagogen in Betracht. Die Pflegedienstleitung kann auch einen **Arzt beauftragen**, die Voraussetzungen für die Vornahme einer Freiheitsbeschränkung zu überprüfen und die entsprechende Anordnung in Form eines ärztlichen Zeugnisses (§ 55 ÄrzteG) zu erteilen. § 5 Abs. 2 sieht die ärztliche Anordnung einer Freiheitsbe-

schränkung zwingend zwar nur bei längerfristigen und medikamentösen Maßnahmen vor (Anm. 10 u 11). Kraft **Größenschluss** muss es jedoch auch bei kurzfristigen Freiheitsbeschränkungen möglich sein, einen Arzt beizuziehen, der die Anordnung treffen kann.

4. Ist auch eine pflegerische oder pädagogische Leitung nicht eingerichtet oder sind diese unbesetzt, so dürfen keine Freiheitsbeschränkungen nach diesem Gesetz vorgenommen werden.

Anordnungsbefugnis bei länger dauernden oder wiederholten und medikamentösen Freiheitsbeschränkungen

Wenn im Zeitpunkt der Anordnung der Freiheitsbeschränkung schon absehbar ist, dass diese Maßnahme länger als 24 Stunden aufrechterhalten wird oder wiederholt, also voraussichtlich öfter als einmal, vorgenommen wird, muss die Freiheitsbeschränkung nach § 5 Abs. 2 von einem Arzt (egal welcher Fachrichtung) angeordnet werden. Auch ein ärztliches Zeugnis kann eine solche Anordnung enthalten. Einer ärztlichen Anordnung bedarf es außerdem generell, also unabhängig von der Dauer oder der Häufigkeit der Freiheitsbeschränkung, bei medikamentösen Maßnahmen. Wie für jede medizinische Behandlung ist auch für eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung, unabhängig von der Frage der Zulässigkeit nach dem HeimAufG, entweder die Einwilligung des vom Arzt aufgeklärten Betroffenen oder – falls dieser nicht die hierfür erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit aufweist – die Zustimmung dessen gesetzlichen Vertreters (bei Erwachsenen also des Sachwalters) erforderlich.

e) Welches Verfahren ist dabei einzuhalten?

Die §§ 6 f. beschreiben das Verfahren, das bei der Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen – bei deren sonstiger Unzulässigkeit – eingehalten werden muss:

Dokumentation

Gem. § 6 Abs. 1 sind der Grund, die Art, der Beginn und die Dauer der Freiheitsbeschränkung schriftlich zu dokumentieren und ärztliche Zeugnisse und der Nachweis über die notwendigen Verständigungen diesen Aufzeichnungen anzuschließen. Ebenso sind gem. § 6 Abs. 2 der Grund, die Art, der Beginn und die Dauer einer mit Einwilligung des einsichtsfähigen Bewohners vorgenommenen Freiheitsbeschränkung festzuhalten.

Aufklärung

Die anordnungsbefugte Person hat den Bewohner über den Grund, die Art, den Beginn und die voraussichtliche Dauer der Freiheitsbeschränkung auf geeignete, seinem Zustand entsprechende Weise aufzuklären (§ 7 Abs. 1 erster Satz). Dabei ist keine bestimmte Form einzuhalten. Es genügt auch ein bloßes Gespräch, dem der Bewohner folgen und dessen Inhalt er verstehen kann.

Verständigungen

Zudem hat die anordnungsbefugte Person von der Freiheitsbeschränkung, von deren Aufhebung und von einer mit Einwilligung des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit unverzüglich den Leiter der Einrichtung zu verständigen (§ 7 Abs. 1 zweiter Satz).

Nach § 7 Abs. 2 hat der Leiter der Einrichtung von der Freiheitsbeschränkung oder von deren Aufhebung unverzüglich den Vertreter (also den Sachwalter, den selbst gewählten Vertreter nach § 8 Abs. 1 oder den Verein nach § 8 Abs. 2) und die Vertrauensperson des Bewohners zu verständigen und diesen die Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Diese Personen sind auch von einer mit Einwilligung des einsichtsfähigen Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit unverzüglich zu verständigen.

f) Wer ist dem Betroffenen als Vertreter zur Seite gestellt?

Selbst gewählter Vertreter

§ 8 Abs. 1 räumt dem Heimbewohner die Möglichkeit ein, selbst einen Vertreter bei der Wahrnehmung seines Rechtes auf persönliche Freiheit zu bestellen. Nach dem Gesetz sind hierzu nahe Angehörige, Rechtsanwälte oder Notare berufen. Damit diese Personen die Interessen des von ihnen vertretenen Bewohners ordnungsgemäß wahrnehmen können, ist vorausgesetzt, dass sie vom Heim unabhängig sind.

Da ein besonderes Schutzbedürfnis des Bewohners nicht besteht (siehe gleich b.), ist der Begriff des nahen Angehörigen nicht restriktiv auszulegen. Nahe Angehörige können daher i. S. d. § 32 KO der Ehegatte oder Lebensgefährtin, Personen, die mit dem Bewohner oder dessen Ehegatten in gerader Linie (auch unehelich) oder bis zum vierten Grad der Seitenlinie verwandt oder verschwägert sind, sowie Wahl- und Pflegekinder sein. Andere Personen

können nicht als Vertreter bestellt werden. Freilich ist es möglich, etwa „einen guten Freund“ als Vertrauensperson namhaft zu machen, der das HeimAufG ebenfalls gewisse Rechte einräumt.

Insbesondere für Rechtsanwälte ist relevant, dass die Ausübung der Befugnisse eines Bewohnervertreeters einer besonderen schriftlichen Vollmacht bedarf. Nach § 1008 ABGB kann diesem Erfordernis auch dadurch Genüge getan werden, dass im Rahmen der allgemeinen Vollmacht zumindest die Gattung der Angelegenheit, für die an sich eine Einzelvollmacht erforderlich wäre, angeführt wird. Im konkreten Fall wäre es also erforderlich, den Anwalt mit der Wahrnehmung seiner Freiheitsrechte nach dem HeimAufG zu betrauen.

Wenn der Bewohner die Bestellung eines solchen Vertreters aufgrund seines Geisteszustandes nicht selbst besorgen kann, bedarf es hierfür der Zustimmung eines Sachwalters.

Ein vom Betroffenen bestellter Vertreter hat gem. § 8 Abs. 4 die Begründung und die Beendigung des Vollmachtsverhältnisses der Geschäftsstelle des Vereins, dem Träger der Einrichtung und – wenn ein gerichtliches Verfahren anhängig ist – auch dem zuständigen Gericht mitzuteilen.

Gesetzlich vorgesehener Bewohnervertreter

Unabhängig von der Bestellung eines Vertreters nach § 8 Abs. 1 ist auch der nach der Lage der Einrichtung für die Namhaftmachung von Sachwaltern nach § 1 VSPAG örtlich zuständige Sachwalterverein kraft Gesetzes Vertreter des Betroffenen.

Anders noch als es die Regierungsvorlage vorsah, wird diese gesetzliche Vertretungsbefugnis in allen Fällen neben der eines wirksam bestellten Vertreters bestehen, sie soll also durch die Bestellung eines Rechtsanwalts oder Notars oder die besondere Verfügung des Heimbewohners nicht beendet werden können. Diese – erst im Justizausschuss beschlossene – Lösung soll die Qualität der gesetzlichen Vertretung durch die Vereine sichern und allfällige Nachteile der Bewohner aufgrund einer Untätigkeit des bestellten Vertreters verhindern.

Der Verein hat der Leitung der Einrichtung und dem zuständigen Bezirksgericht eine oder mehrere von ihm ausgebildete und für die besonderen Verhältnisse im Pflegebereich geschulte Personen namhaft zu machen, denen die Ausübung der Vertretungsbefugnisse des Vereins in der betreffenden Einrichtung zukommt. Diese Personen werden für den Verein tätig, das Gesetz nennt sie „Bewohnervertreter“.

Sofern ein Verein keine Bewohnervertreter namhaft macht (weil in der Aufbauphase die erforderlichen Mittel noch nicht zur Verfügung stehen oder weil der Verein die Namhaftmachung eines Bewohnervertreeters widerruft, ohne einen anderen Bewohnervertreter namhaft zu machen), hat der Vorsteher der zuständigen Bezirksgerichte gem. § 23 Abs. 2 geeignete und bereite Personen (z. B. aus dem Kreis der Seniorenvertreter) als Bewohnervertreter zu bestellen.

g) Welche Rechte und Pflichten hat der Vertreter dem Heimbewohner bzw. dem Heim gegenüber?

Rechte und Pflichten des selbst gewählten und des Bewohnervertreeters

Der bestellte Vertreter und Bewohnervertreter sind gem. § 9 Abs. 1 insbesondere berechtigt,

- die Einrichtung unangemeldet zu besuchen,
- sich vom Bewohner einen persönlichen Eindruck zu verschaffen,
- mit der anordnungsbefugten Person und Bediensteten der Einrichtung das Vorliegen der Voraussetzungen für die Freiheitsbeschränkung zu besprechen,
- die Interessenvertreter der Bewohner oder Klienten der Einrichtung zu befragen
- und in dem zur Wahrnehmung seiner Aufgaben erforderlichen Umfang Einsicht in die Pflegedokumentation, die Krankengeschichte und andere Aufzeichnungen über den Bewohner zu nehmen.

Bei der Wahrnehmung seiner Rechte hat der bestellte Vertreter oder Bewohnervertreter auf die Erfordernisse des Betriebs der Einrichtung Bedacht zu nehmen (§ 9 Abs. 1 letzter Satz).

Der Leiter der Einrichtung hat dafür zu sorgen, dass der Bewohner in geeigneter Weise Auskunft über den Bewohnervertreter erhält und sich mit diesem oder dem von ihm bestellten Vertreter ungestört besprechen kann (§ 9 Abs. 2).

Zusätzliche Rechte und Pflichten des Bewohnervertreeters

Der Bewohnervertreter ist gem. § 9 Abs. 3 befugt, den für die Aufsicht über die Einrichtung oder für die Bearbeitung von Beschwerden zuständigen Behörden (Aufsichtsbehörde der Länder oder Bundespflegegeldbeschwerdestelle) die von ihm in Ausübung seiner Tätigkeit gemachten Wahrneh-

mungen mitzuteilen. Er hat diesen Behörden insoweit Auskünfte zu erteilen, als dies für die Besorgung der ihnen zukommenden Aufgaben erforderlich ist. Er hat den Bewohner über die beabsichtigten Vertretungshandlungen und sonstige wichtige Angelegenheiten auf geeignete, dessen Zustand entsprechende Weise aufzuklären. Er hat den Wünschen des Bewohners zu entsprechen, soweit diese dessen Wohl nicht offenbar abträglich und dem Bewohnervertreter zumutbar sind (§ 10 Abs. 1).

Der Bewohnervertreter ist zur Verschwiegenheit über die von ihm in Ausübung seiner Tätigkeit gemachten Wahrnehmungen verpflichtet, soweit die Geheimhaltung im Interesse des Bewohners erforderlich ist und nicht diesen selbst eine Auskunftspflicht trifft. Diese Verschwiegenheitspflicht gilt nicht gegenüber dem Gericht, dem Verein, dem Vertreter und der Vertrauensperson des Bewohners sowie gegenüber den oben genannten Behörden (§ 10 Abs. 2).

h) Wann kommt es zur Überprüfung der Freiheitsbeschränkung durch das Gericht?

Das Gericht wird nicht von Amts wegen, sondern nur gem. § 11 Abs. 1 auf Antrag und nachprüfend tätig. Berechtigt, einen Antrag auf gerichtliche Überprüfung einer Freiheitsbeschränkung zu stellen, sind:

- der Bewohner,
- sein Vertreter (bestellter Vertreter, Bewohnervertreter oder auch Sachwalter),
- seine Vertrauensperson und
- der Leiter der Einrichtung.

Um die Zugänglichkeit und Wirksamkeit des „Rechtsmittels“ nicht zu beeinträchtigen, knüpft das Gesetz an die Form des Antrags keine Formerfordernisse. Auch mündlich dem Gericht vorgetragene Anträge sind zu behandeln. Der Entscheidung des Bewohnervertreters, kein gerichtliches Verfahren einzuleiten, kommt (jedenfalls in rechtlicher Hinsicht) keine „Genehmigungswirkung“ zu. Auch wenn er davon absieht, einen Überprüfungsantrag zu stellen, kann die Freiheitsbeschränkung gegebenenfalls unzulässig sein und haftungs- sowie strafrechtliche Konsequenzen für die anordnende und die die Anordnung vollziehende Person nach sich ziehen. Daher kann auch der Leiter

der Einrichtung einen Antrag auf gerichtliche Überprüfung stellen, wenn er, die anordnungsbefugte Person oder die Bediensteten der Einrichtung diesbezüglich Klarheit wünschen (§ 11 Abs. 1).

i) Länger dauernde Freiheitsbeschränkungen

Wenn eine Freiheitsbeschränkung voraussichtlich nicht mit dem Ablauf der gerichtlich festgesetzten Frist aufgehoben werden wird, hat die anordnungsbefugte Person gem. § 19 Abs. 1 hiervon rechtzeitig den Leiter der Einrichtung unter Angabe der Gründe für die länger dauernde Freiheitsbeschränkung zu verständigen. Dieser hat wiederum spätestens 14 Tage vor Ablauf der Frist den Vertreter und die Vertrauensperson des Bewohners unter Angabe der Gründe zu verständigen.

Dem Vertreter obliegt es dann, entweder einen Antrag auf Überprüfung der Notwendigkeit einer länger dauernden Freiheitsbeschränkung zu stellen oder gem. § 19 Abs. 2 dem Gericht vor Ablauf der Frist die Gründe mitzuteilen, aus denen er von einem solchen Antrag Abstand nimmt. Das Gericht kann in diesem Fall von Amts wegen ein Verfahren einleiten, wenn es diese Gründe für nicht zureichend erachtet.

Im Beschluss, mit dem eine länger dauernde Freiheitsbeschränkung für zulässig erklärt wird, kann das Gericht eine Frist festsetzen, die ein Jahr nicht übersteigt (§ 19 Abs. 2).

Magdalena Lederer

**Freiheitsbeschränkungen in Einrichtungen
für Menschen mit Behinderungen –
Erfahrungen, Bedeutung, Wandel**

Ich begrüße Sie herzlichst und danke für die Anfrage von der Vorbereitungsgruppe, jenen Beitrag zu halten, der sich – im Hinblick auf das Heimaufenthaltsgesetz – mit den unterschiedlichen Sichtweisen von Personen befasst, die in den Einrichtungen für Menschen mit Behinderung tätig sind.

Mir ist im Zuge der Vorbereitung aufgefallen, dass meine Gedanken von zögerlichen Ängsten begleitet waren. Ich habe mir vorgestellt, dass die Handlungsweisen in der eigenen Einrichtung durch das Inkrafttreten des Gesetzes ja so sichtbar würden. Immer wieder war ich in der Beratung mit BewohnerInnen befasst, die mich an die Grenzen meiner Kreativität und Vorstellungskraft gebracht haben, wenn es darum ging, Lösungen und Umgangsformen für problematisches Verhalten im Alltag zu finden. Was ist, wenn jemand Externer kommt und unser Tun von außen betrachtet und dabei findet, das Vorgehen sei nicht gerechtfertigt. Ich würde angreifbar werden. Ich war es auch und bin es immer noch ...

Im Zuge der intensiveren Auseinandersetzung mit der Thematik stellte sich ein Vertrauen ein, dass alle jene Personen, die im Dienste der betreuten Personen handeln, es schaffen werden, aus der neuen gesetzlichen Situation was Gutes zu machen.

Eine Leiterin mehrerer Behinderteneinrichtungen sagte dazu in beruhigender Weise: „Ich denke, dass eine Auseinandersetzung über freiheitsbeschränkende Maßnahmen – wenn auch sehr unterschiedlich intensiv – in unserer Einrichtung schon seit mehreren Jahren vorhanden ist und auch dokumentiert wird.“ (HB)

Sicherlich ist es nicht nur mir so gegangen, dass ich Ängste bei der gesetzlichen Veränderung empfunden habe. Die Ergebnisse der Erhebung des Justizministeriums und auch Inhalte der persönlichen Gespräche mit Personen in leitender bzw. beratender Position von Einrichtungen der Behindertenhilfe zeigten eine große Bandbreite von Meinungen.

Bei der Implementierung des Gesetzes gab es in einmaliger Weise eine Art „Marketing“, wodurch der Grad der Auseinandersetzung stieg, aber auch Meinungen und Sorgen aufgrund von unterschiedlichen Informationsständen generiert wurden.

Ein Zitat dazu: „Es hätte mich gefreut, wenn bei den Themen Normalisierung, Selbstbestimmung und Mitbestimmung der Menschen mit Behinderung so viel Aufregung im positiven Sinne vorhanden gewesen wäre.“ (BH)

Die Erhebung wurde noch vor dem Inkrafttreten des Gesetzes im Frühjahr dieses Jahres durch das Justizministerium beauftragt. Der Titel der Untersuchung von Irene Berlach-Pobitzer, Reinhard Kreissl, Christa Pelikan und Arno Pilgram vom Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie in Wien lautet „Grundlagen für die Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes“. „Es wurden 16 Einrichtungen der Behindertenhilfe in Österreich einbezogen.“¹ Was mich sehr überrascht hat, war, dass „Behindertenheime in der Regel ganz darauf (Anm.: auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen) verzichten können“¹. Dennoch sitzen wir hier und überlegen, wie wir am besten mit den „noch übrigen“ freiheitsbeschränkenden Maßnahmen umgehen können. Auch wenn nur eine einzige Maßnahme übrig wäre, so wäre sie es wert, sich Gedanken zu machen. Alleine dieses Ergebnis spricht für die positive Entwicklung in der Behindertenhilfe in Österreich.

Wer in den Einrichtungen wird überhaupt in seiner Freiheit eingeschränkt (nicht nur im Sinne des Gesetzes, sondern umfassender betrachtet)?

- Da gibt es jene Personen, die uns aufgrund ihres Verhaltens auf das Äußerste fordern. Sie sind auch in größeren Organisationen meist bis in die obersten Leitungsebenen gut bekannt. Häufig sind es Menschen, bei denen eine psychiatrische Problematik zu einer geistigen Behinderung hinzukommt.
- Auch geht es immer wieder um Personen, die sich aufgrund ihres Handelns selbst gefährden oder andere gefährden. (Z. B.: auf die Straße gehen und nicht verkehrssicher sein, Stürzen, Verlust von Orientierung bei z. B. dementiellen Erkrankungen ...)
- Eine nicht zu vernachlässigende Gruppe von Personen sieht sich von Freiheitseinschränkungen betroffen, die durch das Gesetz nicht erfasst werden.

Beispiel (HB): „In der Betreuung von Menschen, die aufgrund ihrer schweren Beeinträchtigungen zur Gänze auf das Handeln anderer Personen angewiesen sind, stellen die ‚alltäglichen‘ Freiheitsbeschränkungen ein Problem dar.“

Dazu Beispiele:

- Einschränkungen beim Essen
- Zwang zum Essen (es ist bekannt, dass die Person dieses Essen nicht mag, es fehlt jedoch die Bereitschaft, etwas anderes anzubieten)
- Ausübung von Macht in der Pflege, bei der Kleiderwahl ...
- Bewohner/in möchte hinausgehen, aber die MitarbeiterInnen freut es nicht
- wenn die MitarbeiterInnen den/die Bewohner/in nicht mögen
- Musik wird nicht aufgedreht
- ins Bett gehen müssen
- die versperrte Küche, die Kasteln im Wohnzimmer, das Badezimmer, der Kasten mit der Schokolade etc.
- Versperrung von WCs und Zugängen zu Wasserleitungen (Personen, die viel trinken wollen)

Hier sind also jene Beschränkungen gemeint, die den Gesetzesbereich nicht betreffen und dennoch eine hohe Lösungsnotwendigkeit haben. Die „Soft Facts“ unseres alltäglichen professionellen Handelns müssen durch andere Maßnahmen, neben dem Heimaufenthaltsgesetz, beeinflusst werden. Diese „Soft Facts“ hängen eher mit der inhaltlichen Prägung der Einrichtung, der MitarbeiterInnen-Fortbildung, der Kommunikation in der Einrichtung und den gelebten Werten zusammen und sind sicherlich genauso bedeutsam wie die „geregelt“ freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

Beispiel aus einer Einrichtung: Ein junger Mann um die 30 Jahre, schwer körperbehindert, kann sich sprachlich schwer ausdrücken. Nach längerer Beziehung versteht man ihn. Er fährt mit einem E-Rollstuhl, hält nicht viel von Arbeit und ist dadurch viel unterwegs. Einer Mitarbeiterin behagt das nicht, und sie setzt regelmäßig den E-Rollstuhl außer Betrieb. Durch die unverständliche Sprache wird er diesbezüglich erst nach Monaten von seiner Bezugsperson verstanden, und das Problem wird von der Bezugsperson mit der Betreuerin von der Arbeit behoben.

Dies ist nicht nur eine massive Freiheitsbeschränkung im Sinne des Gesetzes, sondern auch eine massive Machtausübung der Betreuerin. Die Schwierigkeit liegt darin, dass diese Maßnahme nicht im Team geplant war und daher nicht leicht zu entdecken war.

Polarisierung der Meinungen hinsichtlich des Inkrafttretens des Heimaufenthaltsgesetzes

Hier schildere ich Ihnen nun in einer einfachen Auffächerung die unterschiedlichen Meinungen der EinrichtungsvertreterInnen. Es gibt die Angst, dass das Gesetz **Freiheiten**, die jetzt mit einem gewissen Risiko für die Person bestehen, **verhindert** werden könnten.

Andere befürchten, dass jene **Freiheitsbeschränkungen**, die ein Risiko abwenden können nun **aufgehoben** würden und somit erneute Gefährdungen auftreten könnten. Andererseits sehen Personen das Inkrafttreten positiv, weil sie hoffen, dass bestehende **Freiheitsbeschränkungen** zugunsten der Betreuten **aufgehoben** werden könnten, die von weniger risikobereiten Angehörigen oder einrichtungsinternen Personen für nötig gehalten wurden. Auch gibt es die positive Sichtweise, dass nun **freiheitsbeschränkende Maßnahmen** in **geregelter Form** durchgeführt werden könnten, wo es zuvor schwieriger war, diese zu erreichen. Auch gibt es die erfreuten Personen, die sich „eine gewisse Signalwirkung davon erwarten, zumindest aber die Beseitigung von ‚Grauzonen‘.“¹⁾ Ein Verantwortlicher einer Einrichtung sagte: „Es ist nun (ab Juli 2005) angenehmer, entlastender, weil eine andere Entscheidungsebene die Entscheidungen über Freiheit oder Unfreiheit, über Sicherheit oder Risiko trifft.“ (GH) Bisher hat eine große Verantwortung darin bestanden, selbst in der Einrichtung zu entscheiden, z. B.: „Sperrn wir die Türen auf oder nicht?“

- Es wird erkennbar, dass die eigene Risikobereitschaft der leitenden und handelnden Personen das Ausmaß der Freiheit der betreuten Personen mitbestimmt.

BewohnerInnenvertreterInnen und deren Positionierung

Zitat aus der Untersuchung: „Insbesondere erscheint es wichtig, sowohl die Logik und den Sinn des Heimaufenthaltsgesetzes als auch die präzise Rolle des Bewohnervertreters in der Praxis der Einrichtungen zu kommunizieren. Gelingt dies nicht, so besteht die Gefahr, dass sich eine diffuse Vorstellung von neuen ‚gesetzlichen Zumutungen und Gefährdungen‘ verbreitet und die eigentliche Absicht des Gesetzgebers – für alle Betroffenen Klarheit im Umgang mit verschiedenen Maßnahmen zu schaffen – nicht gesehen wird.“¹⁾

Ein weiteres Zitat aus der Untersuchung: „Häufig konnte nach einer Diskussion über die potenzielle Rolle der Bewohnervertreter und nach der Beseitigung von Missverständnissen die Möglichkeit erkannt werden, dass hier eine ‚Instanz‘ geschaffen wird, die den in einer Einrichtung Tätigen mit einem gewissen Coaching zur Seite steht. Die Bewohnervertretung ist eine Stelle, die auf der Erkenntnis beruht, dass die Kommunikation das Wichtigste ist, und zwar die Kommunikation im Sinne des Patienten.“¹

Ein Vertreter einer sehr großen Behinderteneinrichtung sagte dazu, dass es wichtig sein wird, die BewohnerInnenvertreterInnen dahin gehend zu schulen, dass möglichst wenig bremsender Widerstand beim Gegenüber erzeugt wird bzw. wie im Fall von Widerstand damit umgegangen werden kann. Das halte auch ich für einen wichtigen Punkt.

Drei Kriterien für das Ausmaß von Freiheit

Das meiner Meinung nach wichtigste Ergebnis der Untersuchung des Justizministeriums ist, dass es drei Kriterien gibt, die mit der Häufigkeit der Anwendung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in Zusammenhang stehen:

- **Risikobereitschaft** der Leitungsebene (je höher die Risikobereitschaft, desto mehr Freiheit für die Betreuten). Die Gefährdung kann steigen, muss aber nicht.
- **Flexibilität** handelnder Personen im Finden von alternativen Handlungsweisen (je flexibler die handelnden Personen eingestuft wurden, umso mehr Freiheit für die Betreuten).
- **Kommunikation** in der Einrichtung (je besser die Kommunikationsstrukturen, desto mehr Freiheit für die Betreuten).

Der Umgang mit Menschen mit Behinderung in Einrichtungen ist – wie vorher beschrieben – in hohem Maße abhängig von den dort tätigen Personen und der Umsetzung der jeweiligen Standards in der täglichen Arbeit.

Spätestens an diesem Punkt wurde mir klar, dass ein äußeres Regulativ gegeben sein muss, wenn es um die Schaffung und Erhaltung von Freiheit von Menschen geht, die mehr oder weniger unfrei handeln können.

Dieses **äußere Regulativ** sind die BewohnerInnenvertreterInnen. Auch in dieser Praxis wird es natürlich menschen. Eine externe Sichtweise (Bewohne-

rlnnenvertreter/in, Gericht, Sachverständige/r ...) garantiert aber eben eine andere Perspektive im Hinblick auf die Bewertung von Handlungsweisen in einer Einrichtung. Die Diskussion mit Personen, die nicht in der jeweiligen Einrichtung tätig sind, und sich – per Definition – für die Freiheit von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen einsetzen müssen, ist unerlässlich. Ein klar gezeichneter Entscheidungs- und Instanzenweg, als unterstes Fangnetz im Vollzug von persönlicher Freiheit, wäre auch etwas, auf das ich selbst hoffen würde, sollte ich in einer Einrichtung leben.

Es gibt Personen, die die Einführung des Heimaufenthaltsgesetzes negativer erleben als andere, die darin eine Chance sehen. Die Unterschiedlichkeit der jeweils geäußerten Meinungen zeigt aber, egal wie positiv oder negativ, dass jede Sichtweise aufgrund der eigenen Einrichtungsstruktur, der jeweiligen Personalsituation und der unterschiedlichen Zielgruppen eine **Berechtigung** hat. Die Diskussion über alternative Handlungsmodelle ist notwendig, um die Sichtweisen der handelnden Personen transparent zu machen. Es gibt eben keine generellen Lösungen.

Beispiel:

Bei der Frage, ob ich die Tür einer Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderung offen halte, wird es ein Unterschied sein, ob das Haus in einer ländlichen Umgebung steht oder ob gleich an der Haustür eine stark befahrene zweispurige Straße vorbeiführt.

Erfahrungsgemäß kam es in den seltensten Fällen plötzlich und unreflektiert zu einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme einem/einer Bewohner/in gegenüber. Häufig sind viele Besprechungsstunden dafür aufgewendet und mehrere Personen in die Überlegungen einbezogen worden, um die Hintergründe und die Möglichkeiten des alternativen Umgangs zu diskutieren, um mit der Situation besser umgehen zu können.

Konkrete Beispiele

Schwierig erscheint die Situation dann, wenn eine Person in ihrer Freiheit beschränkt wird und andere davon mit betroffen sind.

Beispiel:

Die Ausgangstür ist versperrt, aber die Fähigkeit der Nutzung eines Schlüssels ist nicht gegeben. Dadurch werden andere BewohnerInnen mit

eingesperrt, die aber z. B. keine Orientierungsprobleme haben. Hier besteht wahrscheinlich die Notwendigkeit einer Veränderung. Zusätzlich haben wir das „Mischprinzip“ im Zusammenleben von BewohnerInnen forciert, wodurch es hinsichtlich der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen immer wieder zu Handlungsweisen kommt, die nicht jedem/jeder Bewohner/in in der Wohngemeinschaft gerecht werden.

Suche nach Ursachen und Finden von Alternativen

Es zeigte sich im Beratungsalltag, dass die **Suche** nach möglichen **Ursachen** immer ein Teil des Lösungsansatzes sein musste.

1. Ursachen lagen in der **STRUKTUR** der Wohnung, der Organisation, der Umgebung, der Arbeit, Stadt/Land – z. B. wenn die Einrichtung in einer Umgebung gelegen ist, die wenig interessante Anhaltspunkte bietet, und daher das Bedürfnis stark spürbar wurde, den Bereich zu verlassen (vgl. Manfred M.).

Zitat aus der Untersuchung: Eine „Art der strukturellen Freiheitsbeschränkungen ist auch das vorherrschende Thema in den Gesprächen mit VertreterInnen der Behinderteneinrichtungen. Die Verwendung eines Drehknopfs für eine Abteilung mit geistig und psychisch schwer behinderten BewohnerInnen wurde explizit als eine Maßnahme berichtet, für die man möglicherweise eine Abklärung ihrer Zulässigkeit oder Unzulässigkeit durch das Gericht anstreben wird. Etliche auch größere Behinderteneinrichtungen vertrauen aber ausschließlich auf Aufmerksamkeit und subjektive Zuwendung und nehmen keinerlei Abschließung vor. Andere haben eine verschlossene Außentür, und nur diejenigen BewohnerInnen, die ‚draußen‘ ausreichende Orientierung haben, besitzen einen Schlüssel. Die anderen können das Haus nur in Begleitung verlassen.“¹

Z. B.: Eine Einrichtung auf dem Land konnte mit der Handhabung offener Haustüren anders umgehen als eine Einrichtung in der Stadt, wo eine stark befahrene Straße an der Haustür vorbeiführt.

2. Ursachen lagen auch in der **PERSONALSITUATION**. Wenn z. B. ein Mitarbeiter-Wechsel so verwirrend oder schmerzvoll war, dass der kontinuierliche Beziehungsaufbau zwischen BewohnerIn und MitarbeiterInnen nicht gewährleistet werden konnte (vgl. Christie H.), war problematisches Verhalten wahrscheinlicher.

Zitat aus der Untersuchung: „Eine aufwändige Strategie, die nur in solchen Einrichtungen verfolgt werden kann, die über ausreichend (personelle und sonstige) Ressourcen verfügen. Aber auch die Einrichtung gesonderter Dementengruppen erfordert bauliche und personelle Voraussetzungen, die nicht in allen Einrichtungen gegeben sind. Die Integration in den Alltag normaler Wohngruppen gelingt nur nach langer Vorarbeit und ist nicht in allen Fällen erfolgreich.“¹

3. Ursachen lagen auch in der **ZIELGRUPPE**, wenn z. B. das innerpsychische Erleben so überwältigend war, dass Selbst- oder Fremdgefährdung eine Möglichkeit der Äußerung wurde (vgl. Uwe D.), z. B. bei einer dementiellen Erkrankung eines Bewohners.

Zitat aus der Untersuchung: „Innerhalb der Einrichtung können sowohl demente BewohnerInnen als auch geistig Behinderte aufgrund ihres Verhaltens eine Belästigung für andere darstellen. Auch hier gibt es wiederum entweder die Möglichkeit, eigene Gruppen für diesen Personenkreis zu schaffen oder durch entsprechende Überzeugungsarbeit sie nach Möglichkeit weitgehend in den normalen Alltag von Wohngruppen zu integrieren.“¹

Wir können erkennen, dass bei der Suche nach Lösungen und somit beim Versuch, freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu vermeiden, zum Teil viele Jahre lang gearbeitet werden muss. Scheitern und Rückschritte gehören immer wieder zum Alltag.

In den Einrichtungen gibt es so etwas wie ein stilles Übereinkommen, wonach alle anderen Lösungsmöglichkeiten mehrfach erprobt werden müssen, bevor es zu einer Erhöhung des Personalschlüssels kommt. Manchmal war die Erhöhung des Personalschlüssels eine gute Lösung. Die nötige Beziehungsarbeit konnte geplant und umgesetzt werden. Damit verbundene Verhaltensprobleme konnten gelöst werden. Problematisches Erleben und Verhalten konnten aufgrund der Beziehungsarbeit durch erfreulicherer Erleben und Neugierde abgelöst werden.

Es kam in diesem Zusammenhang aber auch zu einer interessanten Aussage einer Leitenden: „Die Personalerhöhung alleine bewirkt keine Veränderung im Erleben und Verhalten des/der Betreuten. Wir müssen die Philosophie bzw. das Konzept der Betreuung ändern. Die MitarbeiterInnen müssen bereit sein, das Konzept der Beziehungsarbeit mitzutragen. Die veränderte Haltung und Einstellung gegenüber der betreffenden betreuten Person sind Voraussetzung für die Veränderung und die Wiedererreichung von Freiheit.“ (EO)

Ein anderer leitender Mitarbeiter befürchtet, dass „wenn es nicht mehr personelle Ressourcen für spezielle problematische Situationen gäbe, die Wahrscheinlichkeit für zunehmende Psychiatrieaufenthalte steigen würde“ (OL). Die Ursachensuche anhand der drei Kriterien führt entweder zur Auflösung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen oder zur Fortsetzung. Hier kommt dann das bekannte Vorgehen zur Anwendung.

Zum Abschluss das beabsichtigte Ziel des Gesetzes

Zitat aus der Untersuchung: „In der Rechtssoziologie wird von der Normklärungsfunktion von Gesetzen gesprochen. In den Interviews fiel das Wort ‚Signalwirkung‘, und das entspricht dem recht genau: Deklarieren und aufzeigen, was als gesellschaftlich wünschenswert und daher durch eine Norm ‚gedeckt‘ gilt. Die ‚positiven‘ Stimmen zum Heimaufenthaltsgesetz sprechen diese symbolische oder indirekte potenzielle Wirkungsweise des Heimaufenthaltsgesetzes an. Tatsächlich geht niemand davon aus, dass mit Inkrafttreten des neuen Gesetzes eine unmittelbare Veränderung der institutionsinternen Praktiken der Freiheitsbeschränkungen stattfinden wird. Es sind vielmehr das Denken in Alternativen und die Offenheit für Alternativen, die man hofft, auf diesem Weg zu befördern. Auch sollen und können die neuen Bewohnervertreter dabei einen wichtigen Part übernehmen.“¹

Zwei Beispiele

- Ein Mann, 40 Jahre alt, schwer mehrfach behindert, wird im Bett fixiert. Er ist sehr unruhig und würde dadurch immer wieder aus dem Bett fallen. Auftrag an die MitarbeiterInnen: das Pflegebett so weit wie möglich nach unten stellen und eine Matratze vor das Bett legen, um Verletzungen zu vermeiden. Das wäre möglich gewesen, er hat aber nicht auf der Matratze weitergeschlafen, sondern rollte durch die ganze Wohnung und schlief nicht mehr. Medikamente kamen für die MitarbeiterInnen nicht in Frage. Dies wurde drei Monate lang probiert. Heute ist er wieder im Bett fixiert und schläft wieder durch.

Info an Bewohnervertreter und normaler Ablauf

- Ein Mann, 43 Jahre alt, mobil, geistig und psychisch behindert. W. hat alle paar Monate massive psychische Probleme. In diesen Phasen ist er unter großer Spannung und muss sich viel bewegen. Ist es nicht möglich, mit

ihm größere Wanderungen zu machen, geht er in der Wohnung hin und her und geht auch sehr oft aufs WC. W. äußert dann selbst, dass die Wohnungstür abgesperrt werden sollte. Damit werden acht andere BewohnerInnen ein- und ausgesperrt.

Übersiedlung in Wohnung mit BewohnerInnen mit Schlüssel

1) „Grundlagen für die Implementation des Heimaufenthaltsgesetzes“ von Irene Berlach-Pobitzer, Reinhard Kreissl, Christa Pelikan und Arno Pilgram, Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie in Wien

Ernst Berger

**Freiheitsbeschränkung und Alternativen
aus klinischer und
behindertenpsychiatrischer Sicht**

Freiheitsbeschränkung

Rechtsphilosophisch: Eingriff in die Menschenrechte

Psychologisch: Isolation

Psychiatrisch: potenziell pathogene Maßnahme

Pädagogisch: pragmatisch manchmal notwendig

Medizinischer Vergleich

- Medikament mit hohem Nebenwirkungsanteil
- schädliche Wirkungen steigen exponentiell mit der Dauer der Anwendung – sind unabhängig vom Willen (Zustimmung) des/der Betroffenen.

Theoretischer Hintergrund

Isolationskonzept (Wolfgang Jantzen, 1979)

Vollzieht sich die individuelle Entwicklung unter „isolierenden Bedingungen“, so ist der Aneignungsprozess beeinträchtigt, die Abbilder sind inadäquat, die inadäquaten Abbilder führen zu Konflikten, negativen Emotionen etc. und halten auf diese Weise die isolierenden Bedingungen aufrecht.

Beispiel autoaggressives Verhalten:

- Selbstverletzung wird durch Beschränkung verhindert.
- Analyse: Autoaggression ist Ausdruck von Isolation; Beschränkung hält Isolation aufrecht.
- Konsequenz: Autoaggression kann nur kurzfristig durch Beschränkungen verhindert werden. Mittel- und langfristig ist Beschränkung kontraproduktiv!

WHO (ICF-Konzept): Aktivitäten

Es gehört zu den zentralen Eigenschaften menschlichen Daseins, zu handeln, aktiv zu sein, zu arbeiten, zu spielen, die Aufgaben und Arbeiten des täglichen Lebens zu erfüllen.

Aktivitätsbereiche

- Aktivitäten des **Lernens** und der Wissensanwendung
- Aktivitäten der **Kommunikation**

- Aktivitäten bezüglich der **Körperposition** sowie die Handhabung von **Gegenständen**
- Aktivitäten der **Bewegung**
- Aktivitäten der **Selbstversorgung**
- **häusliche** Aktivitäten
- **interpersonelle** Aktivitäten
- Aufgabenbewältigung und **bedeutende Lebensaktivitäten**

Position der WHO

- Störungen auf dieser Ebene: Aktivitätsstörung (Akzent: individuell; Störung der Partizipation (Akzent: Umwelt)
- Freiheitsbeschränkung = Störung der Partizipation

Soziologischer Aspekt

Soziale Legitimation von Gewalt:

- Exekutive (kurzfristig)
- Justiz
- Psychiatrie
- Pädagogik: soziale Ächtung, Verbot

Unterbringungsgesetz

Begriff „Freiheitsbeschränkung“: Kopetzki – UbG 1991

Ausbau des Rechtsschutzes für Patienten – freiheitssichernde Orientierung

Leitlinien:

- Offenlegung und Kontrolle der Zwangsbefugnisse
- Gefahrenabwehr statt Polizeibefugnis
- Subsidiaritätsprinzip
- Schutz der Menschenwürde und Persönlichkeitsrechte
- Zweiteilung des Verfahrens (vorläufige administrativrechtliche und gerichtliche) und Prinzip Jurist/in plus Sachverständige/r
- Patientenvertretung!

Persönliche Einschätzung des HeimAufG

Positiv

- Rechtliche Regelung einer Grauzone
- Betonung des Schutzaspektes

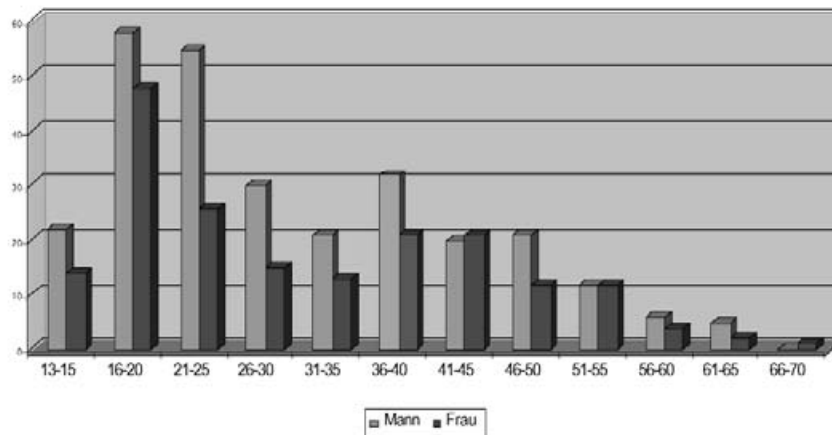
Negativ

- Ausweitung der sozialen Legitimität von Gewalt
- Gerichtliche Überprüfung antragsabhängig
- Realisierung in Zeiten neoliberaler „Spar“-Politik

Ein Blick zurück

- In der NS-Zeit wurden behinderte Menschen getötet.
- 1950–80: Periode der Isolation und der Anstalten
 - Großheime
 - Psychiatrie
 - Isolation in Familien

Altersverteilung (ARGE WP, 2004)



Aufbruch in Österreich

- Rückstand von ca. zwei Jahrzehnten
- Sozialdemokratische Reformphase 1970–80
- Psychiatriereform
 - Anstoß: Italiens „Psichiatria Democratica“ (Basaglia)
 - Wiener „Zielplan zur psychiatrischen Versorgung“ (1979)

Normalisierungsprinzip (Nirje 1974)

Die Lebensbedingungen behinderter Menschen so normal wie möglich gestalten.

- Tagesrhythmus, Wochenrhythmus, Jahresrhythmus
- Lebenszyklus
- Ökonomischer Standard
- Örtliche Trennung von Wohnen und Arbeit
- Individuelle Bedürfnisse
- Sexuelle Bedürfnisse, Partnerschaft

„Integration ist unteilbar!“ (G. Feuser)

Sie muss alle behinderten Menschen und alle Lebensbereiche umfassen.

Lebensbereiche

- Wohnen
- Arbeit
- Freizeit

Wiener Zielplan für die psychiatrische Versorgung (1979)

„... junge erwachsene Behinderte sollten ins Berufsleben integriert werden und, wo immer es möglich ist, im entsprechenden Alter ihr Elternhaus verlassen und Eigenverantwortung übernehmen ...“

Wiener Wohnplatzprogramm für behinderte Menschen (1986)

Schaffung von 1000 neuen Wohnplätzen außerhalb des Krankenhauses.

PSD-WOHNPROJEKT „DOUBLE DIAGNOSIS“

Klienten gesamt 1984–1991			
	gesamt	WG1	WG 2
ZAHL GESCHLECHT	N=22 7w/15m	N=15 6w/9m	N=7 1w/6m
Alter (bei Aufnahme)	19,4	21,4	17,4

KlientInnenmerkmale

- Psychiatrische Vorbehandlung 100 %
 - Stationär 72,7 %
 - Dauer 0,5–22 Jahre
- Intellektuelle Behinderung 100 %
- Psychiatrische Diagnosen
 - F 84 ... Autismus ... 13,6 %
 - F 60 ... Persönlichkeitsstörung ... 86,4 %
- Sprachkompetenz fehlend 22,7 %
- Psychopharmaka 100 %

Betreuungsprobleme

- Sachbeschädigung: sehr häufig
- Autoaggression: bei einigen Klienten häufig
- Fremdaggression: WG-intern häufig
- Störendes Verhalten: im öffentlichen Bereich häufig
- Unfälle: 2-mal Verkehr, 1-mal Fenstersturz

Strukturmerkmale

- Qualifiziertes Betreuungspersonal
- BetreuerInnenschlüssel 1:1
- Einzelbetreuung 45–120 Std./Mo.
- Teambegleitung
 - Psychiatrische Fallbesprechung 1-mal/Wo.
 - Supervision 14-tägig

Betreuungseffekte

- Misserfolg (Rehospitalisierung, Entlassung) N = 3 (13,7 %)
- Autonomes Wohnen (betreute Außenwohnung) N = 7 (31,8 %)
- Fortschritte pers. Entwicklung, Isolationsabbau N = 12 (54,5 %)

10 Jahre später

Im Jahr 1996 lebten noch etwa 150 behinderte Menschen fehlplatziert in psychiatrischen Krankenhausstationen in Wien.

Deinstitutionalisierungsprojekt 1996

Die letzten Schritte:

Wohngemeinschaften für zwei Gruppen schwer behinderter Menschen:

- a) Menschen mit Mehrfachbehinderung
- b) Menschen mit „Dual Diagnosis“

Das Wiener Deinstitutionalisierungsprogramm 1996

Ziele/Strukturen

- Übersiedlung aller behinderten PsychiatriepatientInnen in Wohngemeinschaften
- „Ausgliederungstagsatz“, um adäquate Betreuung zu ermöglichen

Internationaler Vergleich

Das Wiener Deinstitutionalisierungsprojekt nimmt im internationalen Rahmen hinsichtlich des Zeitpunktes und des Umfangs eine mittlere Position ein.

LAND	AUTOR	PUBLI-KATION	KLIENENZAHL	DEINST.-ZEITRAUM
NORWEGEN	TOSSEBRO J.	2000	Ges. N = 550 Eval. N = 396	1989 - 1994
SCHWEDEN	ZAKRISSON I.	1996	Ges. N = 81 Eval. N = 68	1990 - 1992
GB	DAGNAN D. et al.	1996	Eval. N = 4	1992
	ROY M., ABDALLA M. et al.	1994	Eval. N = 3	1991 - 1992
DEUTSCHLAND	BUNDSCHUH W., DWORSCHA K W.	2002	Projekt „LEQUA“ (laufende Studie; Umfang?)	2000 - 2003

Evaluationsstudie KlientInnen, N = 181

- Subgruppen:
- Übersiedlung 1987–96
 - Übersiedlung 1996–97
 - Übersiedlung ab 1998

Alter/Hospitalisierungsdauer

Gruppe	Mittleres Alter in Jahren (Min–Max)	Mittlere Hospitalisierung in Jahren (Min–Max)
retrospektiv lang (1987–96)	42 (22–75)	19 (0,2–43)
retrospektiv kurz (1996–97)	43 (19–68)	30 (0,5–52)
Prospektiv (ab 1998)	46 (24–74)	24(2,7–51)
Gesamt	43 (19–75)	24 (0,2–52)

Lebensbedingungen

	KRANKENHAUS Mittelwert je Klient	WOHNGEMEINSCHAFT Mittelwert je Klient (AUSGLIEDERUNGSTAGSATZ)
Wohnfläche	43,75	28,9
Raumanzahl	0,18	0,3
Betreueranzahl gesamt	0,86	1,08

Psychiatrische Befunde (BPRS)

BPRS-Daten					
Zeitpunkt	T 1 (vor Übersiedlung)	T 2 (nach Übersiedlung)	T 3 (follow up 6 Mo.)		
Zahl N	46	41	21		
T 1	T 2	T 3	T 1 vs. 2	T 2 vs. 3	T 1 vs. 3
2,58	2,77	2,38	0,014	0,021	0,157

Mittelwerte T1 → T 2 Verschlechterung signifikant
Mittelwerte T 2 → T3 Verbesserung signifikant
Mittelwerte T 1 → T 3 Verbesserung tendenziell

Leitsätze zur Behindertenpsychiatrie

- Geistige Behinderung ist keine psychische Krankheit.
- Psychiatrische Einrichtungen sind kein Lebensraum.
- Geistig behinderte Menschen können psychisch krank sein („Dual Diagnosis“) und psychiatrische Hilfe – ergänzend und unterstützend – brauchen.

Therapie

- Psychopharmaka
- Psychotherapie
- Sozialtherapie

Psychopharmaka

- Bei prim. reaktiven Störungen:
 - Keine spezifischen Effekte
 - Haupteffekt: Affektbremsung (moderne Neuroleptika)
- „Dual Diagnosis“:
 - Klassisches Repertoire
 - Antidepressiva, Phasenprophylaxe, Neuroleptika
 - Dosierungsprobleme häufiger: Über- oder Unterdosierung
 - „Seltene“ Nebenwirkungen häufiger

Voraussetzungen der Psychotherapie

- Spezifische Kompetenz
 - Nonverbale Methoden
- Strukturen, Ressourcen
- Einbettung in „Comprehensive Setting“ – „Netz der Helfer“

Sozialtherapie

- Autonomiekonzept
- Versorgungsnetzwerk (Liaisondienste)

Ziel der Behindertenpädagogik

Überwindung von Isolation – Eröffnung von Aktivitätsmöglichkeiten

Weg =

Integration/Wiederherstellung der Teilhabe

Inklusion/Vermeidung des Ausschlusses

Leitsätze für Behindertenpädagogik und Rehabilitation

- Jeder Mensch ist lernfähig!
- Wir müssen die Lebenssituation eines Menschen als veränderbar begreifen und ihm diese Veränderung ermöglichen!
- Freiheitsbeschränkung kann evtl. kurzfristig Krisen bewältigen helfen, aber keine Veränderung bewirken.

Hemmschuhe der Integration

- Traditionelle Haltungen und Einstellungen:
 - Vor 60 Jahren wurden behinderte Menschen getötet.
 - Die Integrationsbewegung hat diese Haltungen gemildert, aber nicht aufgelöst.
- Neoliberales Gesellschaftsmodell:
 - Individuelle Leistungsfähigkeit ist das Maß aller Dinge.
 - Privatisierung von Lebensrisiken; Entsolidarisierung

Frage nach Alternativen zur Freiheitsbeschränkung (s. § 4 Z 3 HeimAufG)

- Fachkompetente Betreuungsangebote, die den individuellen Bedürfnissen entsprechen

Aufgaben der Helfersysteme

- Biografie-orientierte Analyse der aktuellen Lebenssituation
- Reduktion isolierender Bedingungen
- Unterstützung selbstbestimmter Lebensformen

Ausgangspunkt: Analyse

- Isolierende Bedingungen
- Kompetenzen
- Protektive Faktoren
- Umfeldressourcen

Aufgaben der ExpertInnen (BetreuerInnen, GutachterInnen)

- „Behinderung“ als Bedingung – nicht als Ursache – psychopathologischer Symptombildung verstehen
- Die Autonomie in den psychischen und sozialen Dimensionen stützen
- Möglichkeiten zur Veränderung der Lebenssituation erkennen und ermöglichen

Warnungen

- Großzügige Interpretation des § 4 ist unethisch:
 - Selbst- u. Fremdgefährdung
 - Angemessenheit
 - Subsidiarität
- F. Basaglia: Fachliche Expertise als „Herrschaftswissen“ einzusetzen ist ein „Befriedigungsverbrechen“.

Wilfried Datler, Regina Studener-Kuras

**Das Heimaufenthaltsgesetz:
Die Rolle der gerichtlichen Sachverständigen
und Alternativen zur Freiheitsbeschränkung
aus sonder- und heilpädagogischer Sicht**

1. Vorbemerkung

Institutionen, die mit geistig behinderten Menschen arbeiten, stehen immer wieder vor der Frage, ob es notwendig ist, bestimmte Entscheidungsspielräume der Menschen, für die sie Sorge zu tragen haben, einzugrenzen, um auf diese Weise sicherzustellen, dass Selbst- oder Fremdgefährdung abgewendet oder zumindest verringert werden kann. Auf diesen Problembereich sind wesentliche Passagen des Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG)¹ bezogen, das mit 1. Juli 2005 in Kraft getreten ist; denn dieses Gesetz schreibt gem. § 2 (1) und § 3 (1) vor, unter welchen Bedingungen es gesetzlich zulässig ist, BewohnerInnen von „Alten- und Pflegeheimen, Behindertenheimen“ sowie „anderen Einrichtungen, in denen wenigstens drei psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen ständig betreut oder gepflegt werden können“, gegen oder ohne ihren Willen mit Hilfe des Einsatzes oder der Androhung „physischer Mittel“ daran zu hindern, bestimmte Ortsveränderungen vorzunehmen.

Um zunächst in kasuistischer Weise zu verdeutlichen, für welche Art von Problemsituationen das HeimAufG von Relevanz ist, werden wir zunächst von Herrn R. und der Institution berichten, in der Herr R. betreut wird, und im Anschluss daran der Frage nachgehen, welche Aufgabe gerichtlichen Sachverständigen aus der Sicht der Sonder- und Heilpädagogik zukommt, wenn sich diese im Kontext von Sonder- und Heilpädagogik über Alternativen zur Freiheitsbeschränkung gutachterlich zu äußern haben.

2. Herr R. verlässt unbemerkt sein Wohnheim

Herr R. ist 28 Jahre alt, arbeitet in einer geschützten Werkstätte und lebt seit einigen Jahren in einem Wohnheim, dessen Träger sich in Gestalt eines Vereins in mannigfacher Weise um die Anliegen von geistig und mehrfach behinderten Menschen bemüht. Die BetreuerInnen, die in diesem Wohnheim arbeiten, sehen sich immer wieder damit konfrontiert, dass Herr R. in eine depressive Stimmung gerät und in demonstrativer Weise davon spricht, sich selbst verletzen zu wollen: Er steht dann z. B. in der Küche des Wohnheims, nimmt ein Messer aus der Lade, drückt es gegen seinen Hals und sagt in Richtung einer anwesenden Betreuerin in monotoner, langsamer und zugleich eindringlicher Weise: „Du, ich glaub, ich werd mich jetzt schneiden. Ich glaub, ich bring mich jetzt um.“

Gelingt es den BetreuerInnen in diesen Situationen stets, Herrn R. in Gespräche zu involvieren und ihn davon abzubringen, sich selbst zu verletzen, so stehen sie anderen Aktivitäten, die Herr R. in diesen depressiven Phasen setzt, zunächst in höherem Ausmaß ratlos gegenüber. Denn Herr R. neigt in seinen depressiven Phasen auch dazu, unbemerkt das Wohnheim zu verlassen, um sich mitten auf stark befahrenen Straßen oder auch Straßenbahnschienen durch Wien zu bewegen – manchmal in Richtung des Vorortes, in dem seine Mutter wohnt, manchmal aber auch ziellos herumlaufend. Herr R. ist dabei zumeist tief in sich versunken und achtet kaum auf den Verkehr, der an ihm vorbeirauscht. Obwohl die BetreuerInnen bereits oft mit ihm darüber gesprochen haben, dass er Gefahr läuft, irgendwann einmal von einem Fahrzeug erfasst und schwer verletzt zu werden, hört Herr R. nicht damit auf, unbemerkt das Haus zu verlassen und auf Fahrbahnen zu gehen. Die BetreuerInnen beschließen daher, die große Eingangstür des Wohnheims zu versperren und Herrn R. auf diese Weise daran zu hindern, ohne Begleitung das Haus zu verlassen.

Als es im Zuge einiger Veränderungen im BetreuerInnenteam zu einem Zuwachs an professioneller heilpädagogischer Kompetenz kommt, beginnt das Team, über Herrn R. und die Arbeit mit ihm intensiver nachzudenken. Im Zuge dessen problematisiert das Team auch eine andere Usance, die seit der Zeit besteht, in der Herr R. noch ein Kind war: Seit damals wird Herr R. im Abstand von ein bis zwei Jahren in jenen Phasen, in denen er besonders depressiv wirkt, in eine Kinderklinik aufgenommen, in der er dann auch jetzt, als Erwachsener, für ein bis zwei Wochen „zur Erholung“ bleibt und Medikamente verabreicht bekommt. Nach der Entlassung aus dem Spital ist Herr R. zumeist etwas ausgeglichener und ruhiger als zuvor. Doch dann setzten wiederum seine depressiven Phasen ein, in denen er unbemerkt das Wohnheim zu verlassen versucht und von Selbstverletzungen spricht – bis er wiederum von der Kinderklinik aufgenommen wird und alles von vorne beginnt.

Als das neu zusammengesetzte BetreuerInnenteam die Arbeit mit Herrn R. professionell zu überdenken beginnt, identifiziert es einige interne und externe Ressourcen, die bislang ungenützt waren und in weiterer Folge einige Veränderungen nach sich ziehen, die sich als äußerst hilfreich erweisen. Aus sonder- und heilpädagogischer Sicht ist nun bedeutsam, dass solche Veränderungen auch durch die Tätigkeit von Sachverständigen angestoßen werden können, wenn man davon ausgeht, dass es in solch einem Fall – etwa wegen des Versperrens der Eingangstür – unter Berufung auf das HeimAufG

zu einer gerichtlichen Verhandlung und in weiterer Folge zur Bestellung eines Sachverständigen käme. Wie dies zu verstehen ist, werden wir im 4. Kapitel ausführen. Zunächst wollen wir jedoch etwas näher auf das HeimAufG eingehen sowie darauf, welche spezifischen Aufgaben Sachverständige im Sinne des HeimAufG wahrzunehmen haben.

3. Heimaufenthaltsgesetz und Freiheitsbeschränkung

Das HeimAufG tangiert den Bereich „Freiheitsbeschränkung“ in zweifacher Hinsicht: Zum einen bezieht es sich auf die Bewegungsspielräume der BewohnerInnen, die in jenen Einrichtungen leben, die der § 2 (1) HeimAufG erfasst, definiert es doch, unter welchen Voraussetzungen und in welcher Weise die BewohnerInnen dieser Einrichtungen – aus legistischer Sicht – in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden dürfen. Zum anderen begrenzt das HeimAufG aber auch die Freiheiten jener Personen, die in diesen Einrichtungen arbeiten, schreibt es diesen Personen doch vor, dass „freiheitseinschränkende Maßnahmen“ nur unter den in § 4 und § 5 genannten Bedingungen gesetzt werden dürfen. Darüber hinaus sind die MitarbeiterInnen einer entsprechenden Einrichtung nach § 6 und § 7 dazu verpflichtet, alle freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, die in Betreuungssituationen gesetzt werden, innerhalb der Einrichtung zu dokumentieren, den betroffenen BewohnerInnen gegenüber zu erläutern und den VertreterInnen bzw. Vertrauenspersonen der betroffenen BewohnerInnen mitzuteilen.

Letzteres bringt für das Personal und die Leitung der jeweiligen Einrichtungen nicht nur einen Zuwachs an Arbeit mit sich, sondern bedeutet auch, dass ein relativ großer Kreis von Personen, zu denen zumindest KollegInnen, Vorgesetzte und BewohnerInnenvertreterInnen gehören, über den Vollzug von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in Kenntnis gesetzt und diese Maßnahmen somit öffentlich werden.

Es ist davon auszugehen, dass dies bei den Angehörigen einschlägiger Einrichtungen nicht nur Gefühle der Erleichterung darüber weckt, dass ein wichtiger Praxisbereich nun eine klare gesetzliche Regelung erfahren hat, sondern auch Gefühle des Unbehagens und der Beunruhigung: Der Vollzug von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen stellt stets ein Eingeständnis dar, dass die MitarbeiterInnen einschlägiger Einrichtungen über keine Alternativen verfügen, die es ihnen erlauben würden, auf solche einschränkende Maßnahmen zu verzichten. Dieser Zustand von Alternativlosigkeit muss nun vor

einem bestimmten Personenkreis publik gemacht und begründet werden. Dabei machen die BetreuerInnen, die in der unmittelbar gegebenen Arbeitssituation den Eindruck haben, auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen zurückgreifen zu müssen, die Erfahrung, dass per Gesetz auch solche Personen mit der Frage zu befassen sind, ob und wie lange der Einsatz solcher Maßnahmen in gesetzlicher sowie fachlicher Hinsicht als gerechtfertigt angesehen werden kann, die in der Arbeitssituation selbst nicht zugegen sind und die Konsequenzen ihrer Einschätzungen unmittelbar gar nicht zu spüren bekommen. Gibt es darüber gravierende Auffassungsunterschiede, droht im Sinne des 4. Abschnitts des Heimaufenthaltsgesetzes überdies ein gerichtliches Verfahren zur Überprüfung der Freiheitsbeschränkung, was auch dann Gefühle der Belastung und Beklemmung hervorzurufen vermag, wenn in solch einem Verfahren die strafrechtliche Verurteilung eines Betreuers oder einer Betreuerin gar nicht zur Debatte steht.

Kommt es zu einem gerichtlichen Verfahren, so ist allerdings zu vermuten, dass sich auch der/die mit dem Verfahren betraute Richter/in häufig in einer schwierigen Situation befindet: Er/sie muss in relativ knapper Zeit darüber entscheiden, ob der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen als gerechtfertigt anzusehen ist, und weiß, dass sein/ihr Entscheid über die Unzulässigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen auch dazu führen kann, dass BewohnerInnen notwendige Eingrenzungen verlieren und in weiterer Folge sich selbst oder auch andere in gravierender Weise gefährden oder ihnen gar Schaden zufügen könnten. Die Folgen der Entscheidungen, die Richter im Zuge der Anwendung des HeimAufG zu treffen haben, sind daher erheblich. Und die Sachverhalte, die es in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen gilt, sind komplex. Der Gesetzgeber hat deshalb im HeimAufG explizit die Mitwirkung von Sachverständigen vorgesehen, die das Gericht fachlich zu unterstützen haben.

4. Der Einsatz von Sachverständigen im Sinne des Heimaufenthaltsgesetzes

Die Beziehung von Sachverständigen ist im § 12 (1) HeimAufG als Kann- und im § 14 (3) als Mussbestimmung festgeschrieben. Dies hängt damit zusammen, dass gem. § 12 (1) in jenen Situationen, in denen ein Antrag auf gerichtliche Überprüfung von Freiheitsbeschränkungen eingebracht wird, zunächst eine „Anhörung des Bewohners“ durchzuführen ist:

„Das Gericht hat sich binnen sieben Tagen ab dem Einlangen des Antrags einen persönlichen Eindruck vom Bewohner in der Einrichtung zu verschaffen. Es hat ihn über Grund und Zweck des Verfahrens zu unterrichten und hiezu zu hören, die Krankengeschichte, die Pflegedokumentation und andere Aufzeichnungen über ihn einzusehen sowie seinen Vertreter, seine Vertrauensperson, die anordnungsbefugte Person und erforderlichenfalls andere zur Verfügung stehende Auskunftspersonen zu hören.“

Und weiter heißt es in § 12 (1):

„Auch kann das Gericht der Anhörung des Bewohners einen nicht der Einrichtung angehörenden und von dieser unabhängigen Sachverständigen beiziehen.“

Kommt es unmittelbar nach der Anhörung oder innerhalb der nächsten vierzehn Tage gem. § 14 zu einer mündlichen Verhandlung, so hat diese in der Einrichtung des Bewohners bzw. der Bewohnerin stattzufinden, wobei der/die Bewohner/in, sein/e bzw. ihr/e Vertreter/in, eine Vertrauensperson, der/die Leiter/in der Einrichtung, die anordnungsbefugte Person und erforderlichenfalls andere zur Verfügung stehende Auskunftspersonen zu laden sind. In § 14 (3) ist überdies festgehalten:

„Das Gericht hat der mündlichen Verhandlung einen nicht der Einrichtung angehörenden und von dieser unabhängigen Sachverständigen beizuziehen. Den Parteien ist Gelegenheit zu geben, Fragen an den Sachverständigen zu stellen.“

Kommt es zu einer mündlichen Verhandlung, so ist dem Gericht die Beiziehung eines Sachverständigen somit vorgeschrieben. Dabei kommen als Sachverständige nach Barth/Engel (2005, 412) unterschiedliche Personen in Betracht. Die Autoren nennen – neben einschlägig qualifizierten Ärzten oder Fachleuten auf dem Gebiet der Pflege – ausdrücklich (sonder- und heil-)pädagogisch ausgebildete Personen. Diese sind dann zu Sachverständigen zu bestellen, wenn es zu entscheiden gilt, ob zur Abwendung von Selbst- und Fremdgefährdung anstatt der bislang praktizierten Freiheitsbeschränkungen schonendere pädagogische Maßnahmen gesetzt werden können, die gem. § 5 (3) fachgemäßen (also pädagogischen) Standards genügen.¹⁾

4.1 Aufgaben von Sachverständigen im Allgemeinen und von sonder- und heilpädagogischen Sachverständigen im Besonderen

In Österreich ist das gerichtliche Sachverständigenwesen weitgehend über die Zivilprozessordnung, Strafprozessordnung sowie über das Sachverständigen- und Dolmetschergesetz (SDG) geregelt (vgl. Krammer 2005, 56). In diesen Texten ist auch festgelegt, welche Aufgaben, Pflichten und Qualifikationen Sachverständige zu erfüllen haben: Jede/r Sachverständige wird demnach als ein „von der Partei unabhängiges, zur Objektivität verpflichtetes Hilfsorgan des Gerichts“ verstanden, das mit seinem/ihrem Fachwissen dem/der Richter/in zu helfen hat, zu gut begründeten sowie nachvollziehbaren Entscheidungen zu kommen. Als Grundlage der Sachverständigentätigkeit gilt der „gerichtliche Auftrag“, in dem der/die Richter/in die spezifischen Aufgaben definiert, die der/die Sachverständige zu erfüllen hat (vgl. Krammer 2005, 20). In Hinblick auf die Fragen, die der/die Richter/in vorgibt, haben Sachverständige Befunde zu erheben und Schlussfolgerungen zu ziehen.

Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für sonder- und heilpädagogische Sachverständige bei der Erstellung von Gutachten im Sinne des HeimAufG?

Im Sinne des HeimAufG ist zu erwarten, dass der/die Sachverständige dazu Stellung zu nehmen hat. Pädagogische Sachverständige haben daher zu beurteilen,

- ob Selbst- und Fremdgefährdung in einem Ausmaß vorliegt, das das Setzen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen als „letztes Mittel“ (Barth 2005, 407) rechtfertigt,
- ob freiheitsbeschränkende Maßnahmen, die gesetzt werden, zeitgemäßen pädagogischen Standards entsprechen und
- ob pädagogisch sinnvolle Alternativen zu den gesetzten freiheitseinschränkenden Maßnahmen existieren.

Steht der/die Sachverständige vor der Aufgabe, zur Frage möglicher Alternativen Stellung zu nehmen, so steht er/sie vor zwei Problembereichen besonderer Art:

4.2 Problembereich 1: Das Identifizieren von Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

Damit ein/e Sachverständige/r Aussagen über allfällige Alternativen zu bereits gesetzten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen treffen kann, muss er/sie sich zunächst ein zutreffendes Bild von den bislang gesetzten Maßnahmen machen. In diesem Zusammenhang ist es nicht ausreichend, wenn der/die Sachverständige im Zuge seiner/ihrer Befundaufnahme bloß in beschreibender Weise festhält, welche freiheitsbeschränkenden Maßnahmen wie lange schon durch welche Personen vollzogen wurden. Denn um Aussagen über mögliche Alternativen machen zu können, muss er/sie zunächst zu einer fundierten Einschätzung darüber gelangen, welche Faktoren immer wieder dazu führen, dass ein Bewohner oder eine Bewohnerin selbst- oder fremdgefährdende Handlungen setzt: Nur dann, wenn er/sie zu solch einer Einschätzung gelangt, ist er/sie in der Lage, im Sinne einer Prognose abzuschätzen, welche „Wirkung“ andere Maßnahmen in Hinblick auf die Lindering von Selbst- oder Fremdgefährdung haben (vgl. Barth/Engel 2004, 83).

Im Detail bedeutet dies, dass sich ein/e Sachverständige/r bereits im Prozess der Befunderhebung um Antworten auf folgende Fragen bemühen muss:

- Welche innerpsychischen Prozesse veranlassen einen Bewohner bzw. eine Bewohnerin, bestimmte selbst- oder fremdgefährdende Handlungen zu setzen?
- Welchen Einfluss haben die jeweils gegebenen äußeren Faktoren auf diese innerpsychischen Prozesse und somit auf das Zustandekommen bestimmter selbst- oder fremdgefährdender Handlungen? (Diesen „äußeren Faktoren“ sind auch die Handlungen der BetreuerInnen hinzuzurechnen, die, aus der „Innenperspektive“ des Bewohners bzw. der Bewohnerin gesehen, Teil der „äußeren Welt“ sind.)

Um im Einzelnen verstehen zu können, welches Zusammenspiel von innerpsychischen Prozessen und äußeren Faktoren immer wieder zu selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten führt, wird es in vielen Fällen überdies notwendig sein, nach biografisch bedingten Zusammenhängen zu fragen. Es ist dann zu klären, (a) mit welchen markanten (insbesondere belastenden)

Beziehungserfahrungen sich der/die betreffende Bewohner/in bislang konfrontiert sah und (b) in welcher Weise die subjektorientierte Auseinandersetzung mit der Frage nach der Bedeutung dieser Beziehungserfahrungen zu verstehen hilft, was im Bewohner bzw. in der Bewohnerin in jenen Situationen vorgeht, in denen er/sie selbst- oder fremdgefährdend handelt.

4.3 Nochmals zu Herrn R. und seinem BetreuerInnenteam

Als das BetreuerInnenteam, das für Herrn R. verantwortlich war, in der oben geschilderten Weise die Art des bisherigen Arbeitens mit Herrn R. kritisch überdachte, begann es sich auch mit den eben erwähnten Fragen intensiv zu befassen. Es nahm organisationsintern vorhandene Fallbesprechungsressourcen in Anspruch, bat den Psychosozialen Dienst um Unterstützung und begann, die gegebene Situation folgendermaßen zu verstehen:

Herr R. lebte als Kind und Jugendlicher ohne Geschwister alleine bei seiner Mutter, die sehr stark darunter litt, einen behinderten Sohn zu haben. Als Herr R. volljährig war, drängte sie darauf, dass er das Haus verlässt und in das besagte, vom Haus der Mutter viele Kilometer weit entfernte Wohnheim übersiedelt. Für Herrn R., der tagsüber in einer geschützten Werkstätte arbeitet, ist es sehr schmerzlich, von seiner Mutter getrennt zu leben. Er scheint sich nahezu ständig danach zu sehnen, mit seiner Mutter zusammen zu sein, wobei diese Sehnsucht nochmals dadurch geschürt wird, dass sich die Mutter bemüht, während der seltenen Besuche, die sie Herrn R. gewährt, betont freundlich und liebevoll zu sein.

Vor diesem Hintergrund wird es nachvollziehbar, dass Herr R. immer wieder den Drang verspürt, das Wohnheim zu verlassen und den Hauptverkehrsstraßen bzw. Straßenbahnschienen in der Hoffnung entlang zu gehen, auf diese Weise den Weg zu seiner Mutter zu finden. Das Verlangen, seiner Mutter nahe zu sein, und das Wissen darum, dass er bei seiner Mutter – insbesondere unangekündigt – keineswegs willkommen ist, mag in Herrn R. innere Spannungen oder auch Kämpfe entstehen lassen: Diese erlauben es ihm manchmal, den richtigen Weg tatsächlich einzuschlagen, verwirren ihn aber auch oft und führen dazu, dass er scheinbar ziellos durch Wien irrt. In diesem Herumirren dürfte zum Ausdruck kommen, dass Herr R. einerseits das Wohnheim verlassen und die Nähe zur Mutter suchen will, dass er andererseits

aber auch zögert, tatsächlich zur Mutter zu kommen, da er Angst hat, dann ihre offene Ablehnung zu erfahren.

In diesem Kontext beginnt das Team auch, die Krankenhausaufenthalte sowie seine Androhungen, sich selbst zu verletzen, besser zu verstehen: Abgesehen davon, dass Herr R. mit diesen seinen Androhungen wohl zum Ausdruck bringt, welche Not er in sich verspürt und wie schwierig es für ihn ist, mit seinen Gefühlen des Zorns und der Verzweiflung zurechtzukommen, scheint Herr R. die Krankenhausaufenthalte als ein Eintauchen in Situationen zu erleben, in denen er sich wie ein liebevoll umhertes Kind wahrnehmen kann. Diesen Eindruck vermittelt Herr R., wenn er mit leuchtenden Augen davon erzählt, dass er im Krankenhaus rundum versorgt wird, nichts arbeiten muss und dort vor allem von jener Oberschwester „bemuttert“ wird, die er seit seiner Kindheit als Krankenschwester jener Station kennt, auf die er immer wieder aufgenommen wird. Dem Team fällt überdies auf, dass Herr R. in den Zeiten, in denen er das Wohnheim öfter zu verlassen versucht und in denen er beginnt, Selbstverletzungen anzudrohen, besonders häufig von dieser Oberschwester spricht. „Wie wird es ihr denn gehen? Was wird sie jetzt gerade machen?“ sind Fragen, die darauf hindeuten, dass sich Herr R. in jenen Zeiten, in denen er sich besonders stark nach seiner unerreichbar weit entfernten Mutter sehnt, den Wunsch verspürt, zumindest in die Nähe seiner „zweiten Mutter“, der Oberschwester, zu gelangen, wenngleich nicht anzunehmen ist, dass Herr R. seine angedrohten Selbstverletzungen bewusst strategisch einsetzt, so weiß er zumindest unbewusst, dass diese Androhungen den Weg zur Oberschwester ebnen. Die Aufenthalte in der Klinik erlauben es Herrn R. offensichtlich seit seiner Kindheit, von Zeit zu Zeit ein Stück jenes Verwöhnt- und Umsorgt-werdens zu erleben, das er bei seiner Mutter vermisst.

Bislang hat das unbedachte Tradieren dieser Klinikaufenthalte alle Beteiligten daran gehindert, Herrn R. dabei zu unterstützen, mit seinen Schwierigkeiten und emotionalen Belastungen anders als bisher zurechtzukommen.

Ausschlaggebend waren dafür mehrere Faktoren:

(a) Das Team hatte mit erheblichen Gefühlen der Angst zu kämpfen, wenn Herr R. selbstgefährdende und Selbstverletzung androhenden Aktivitäten setzte, und deshalb war es punktuell auch für das Team entlastend, wenn Herr R. immer wieder für einige Zeit in die besagte Kinderklinik aufgenommen wurde.

- (b) Innerhalb dieser Klinik gab es kein Personal, das sich in fachlich angemessener Form mit den in Kapitel 4.2 genannten Fragen und somit mit den Lebensproblemen von Herrn R. befasste, um auf der Basis von professionellem Verstehen nach Alternativen zu bisher praktizierten Betreuungs- und Behandlungsformen zu suchen.
- (c) Auch die Zusammensetzung des BetreuerInnenteams, das in den vergangenen Jahren im Wohnheim arbeitete, wies nicht jenes Maß an heilpädagogischer Fachkompetenz auf, das für die Entwicklung einer differenzierteren Problemsicht sowie für die Ausarbeitung von alternativen Vorgehensweisen nötig gewesen wäre.

Das neu zusammengesetzte Team findet nun aber Möglichkeiten, die neu entwickelten Formen des verstehenden Nachdenkens über Herrn R. und die Beziehungen, in denen er lebt, in neue Formen des Arbeitens überzuführen:

- (1.) Beratungen in den regelmäßig stattfindenden Teamsitzungen führen dazu, dass beim Psychosozialen Dienst eine besondere Art von Fokalthherapie begonnen wird, die im vierzehntägigen Rhythmus stattfindet und an der Herr R. sowie jeweils ein Mitglied des BetreuerInnenteams teilnehmen. Herr R. verfügt über ausreichende sprachliche und mentale Kompetenzen, die es ihm sowie dem Therapeuten erlauben, Schritt für Schritt herauszuarbeiten, was in Herrn R. vorgeht, wenn er den Drang verspürt, das Wohnheim alleine zu verlassen oder Selbstverletzungen anzudrohen. Weiters wird daran gearbeitet, möglichst präzise zu verstehen, welche Gefühle, Gedanken und Fantasien Herr R. in Hinblick auf sein Getrenntsein von seiner Mutter empfindet und wie er seine aktuellen Beziehungen zu den Menschen erlebt, mit denen er es in der Arbeit und im Wohnheim nun tagtäglich zu tun hat. Die Anwesenheit eines Mitglieds des Betreuungsteams hilft, in einzelnen therapeutischen Situationen zwischen der deskriptiven Darstellung bestimmter Geschehnisse und dem subjektiven Wahrnehmen und Erleben von Herrn R. zu unterscheiden, haben vor allem aber den Zweck, dass die Gedanken, die in der Therapie entwickelt werden, unter Einbeziehung von Mitgliedern des BetreuerInnenteams erarbeitet und auf kurzem Weg in die Beratungen und Besprechungen des BetreuerInnenteams einfließen können.
- (2.) Letzteres intensiviert die Tendenz des BetreuerInnenteams, in den

unterschiedlichsten Alltagssituationen differenzierter zu erfassen, was Herrn R. soeben emotional zu beschäftigen scheint. Dies ermöglicht es dem BetreuerInnenteam, auf Herrn R.s aktuelles Erleben stärker als bisher Bedacht zu nehmen und Gedanken über sein Erleben auch in Worte zu fassen, um ihm auf diese Weise die Erfahrung zu eröffnen, dass sich andere dafür interessieren, was in ihm vorgeht. Dies erlaubt es Herrn R. überdies, intensive Gefühle und das Nachdenken über das, was ihn beschäftigt, mit anderen zu teilen und allmählich Formen der Auseinandersetzung damit zu finden, die von seinen bedrohlichen Weisen des Agierens wegführen (vgl. Datler 2005).

- (3.) Weiters findet das Team neue Möglichkeiten, mit Herrn R.s Mutter ins Gespräch zu kommen. Die „Elternarbeit“, die das Team leistet, führt dazu, dass auch die Mutter ein wenig besser versteht, worunter Herr R. leidet. Es wird eine neue und zugleich klar strukturierte „Besuchsregelung“ vereinbart, die es Herrn R. ermöglicht, seine Mutter ein wenig öfter als bisher zu sehen, und die der Mutter zugleich die Gewissheit gibt, dass das BetreuerInnenteam es Herrn R. erleichtern möchte, getrennt von seiner Mutter zu leben und zu wohnen. Letzteres entlastet Herrn R.s Mutter und eröffnet ihr neue Spielräume, das Zusammensein mit ihrem Sohn, aber auch zwischenzeitliche Telefonate sowie gelegentliche Besuche im Wohnheim stärker als zuvor zu genießen (vgl. Datler u. a., 2005) – was wiederum eine spürbare Entlastung für Herrn R. zur Folge hat, der nun stärker als zuvor das Grundgefühl entwickeln kann, von seiner Mutter angenommen und gemocht zu sein.
- (4.) Das Team beendet auch die Usance, Herrn R. immer wieder für einige Zeit auf der Kinderklinik „unterzubringen“. Gemeinsam mit Herrn R. sowie mit der Klinik wird geklärt, welche Möglichkeiten Herr R. hat, die Oberschwester gelegentlich im Spital zu besuchen. Dies soll es ihm ersparen, auf jeden weiteren Kontakt mit ihr verzichten zu müssen, und soll ihm die Gelegenheit geben, mit ihr auch ohne besonderes Agieren zusammentreffen zu können. Tatsächlich beginnt sich die äußere, aber auch innere Welt von Herrn R. und somit seine gesamte Lebenssituation spürbar zu verändern. Innerhalb des nächsten Jahres nehmen seine angedrohten Selbstverletzungen sowie sein heimliches Verlassen des Wohnheimes ab. Insgesamt wirkt Herr R. weniger depressiv und beginnt in jenen Situationen, in denen er sich auf der Straße befindet, weniger stark in sich versunken und verwirrt zu sein. Dies mag damit

zusammenhängen, dass er weniger stark mit seinen inneren Gefühlen und Konflikten zu kämpfen hat und deshalb über mehr Kapazitäten verfügt, die es ihm erlauben, auf den Verkehr und zugleich auf sich zu achten. Noch ein weiteres Jahr später ist es ihm möglich, sich ohne Begleitung sicher durch die Stadt zu bewegen. Er tut dies im Wissen sowie mit Zustimmung der BetreuerInnen und fühlt sich nicht zuletzt deshalb nicht mehr gedrängt, sich heimlich aus dem Haus zu begeben. Zugleich sehen die BetreuerInnen keinen Anlass mehr, ihm gegen seinen Willen die Möglichkeit zu nehmen, ohne Begleitung das Wohnheim zu verlassen.

4.4 Problembereich 2: Der plötzliche Verzicht auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen ist trotz bestehender Alternativen mitunter unverantwortlich

Wir haben schon oben darauf hingewiesen, dass sich das von uns angeführte Beispiel von jenen Fällen unterscheidet, die den Gegenstand von gerichtlichen Verhandlungen gem. HeimAufG abgeben werden: Im erwähnten Beispiel sucht ein Team von sich aus nach alternativen Maßnahmen, während davon auszugehen ist, dass bei gerichtlichen Verfahren gem. HeimAufG das Setzen von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen von Seiten Dritter in Frage gestellt wird.

Gleichwohl macht das Beispiel darauf aufmerksam, dass die Realisierung von Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen mitunter Zeit benötigt. In diesem Sinn ist es aus fachlicher Sicht Aufgabe des/der Sachverständigen, gegebenenfalls deutlich zu machen, dass der Einsatz von alternativen Maßnahmen aus pädagogischer Sicht angebracht ist, dass es aber bedenklich oder gar unverantwortlich wäre, einen sofortigen Verzicht auf bestimmte Freiheitsbeschränkungen zu verordnen. In diesem Sinn wäre es im eben angeführten Beispiel unangebracht gewesen, wenn ein Gericht im Fall eines gerichtlichen Verfahrens auf der Basis des Gutachtens eines/r Sachverständigen zum Entscheid gekommen wäre, dass das Versperren der Eingangstür des Wohnheimes als unzulässig anzusehen ist und dass es Herrn R. ab sofort möglichst sein muss, das Wohnheim nach eigenem Gutdünken zu verlassen. Nimmt man an, dass ein Team von BetreuerInnen von sich aus noch gar nicht versucht hat, zu einer professionellen Analyse des gegebenen Problems zu

kommen, alternative Formen von Beratung oder Therapie anzustreben oder noch nicht genützte Formen von pädagogischer Förderung oder Angehörigenarbeit zu nutzen, so wäre es aus heilpädagogischer Sicht die Aufgabe des/der Sachverständigen, auf diese Alternativen hinzuweisen und deutlich zu machen, dass mit der Wahrnehmung dieser Alternativen die Wahrscheinlichkeit wächst, dass der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen künftig zumindest reduziert oder dass auf den Einsatz solcher Maßnahmen sogar ganz verzichtet werden kann.

Ein solches Vorgehen des/der Sachverständigen und eine darauf aufbauende Spruchpraxis des Gerichts würde jedenfalls der Forderung entsprechen, Entscheidungen über die Zulässigkeit von Freiheitsbeschränkungen an das Vorliegen von Prognosen zu binden, die nach Barth/Engel (2004, 83) auch darauf Bedacht zu nehmen haben, welche Alternativen den BetreuerInnen offen stehen und in nächster Zukunft genutzt werden können. Überdies würde solch ein Vorgehen damit kompatibel sein, dass das Gericht die Zulässigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen gem. § 15 (2) HeimAufG auf einen Zeitraum von maximal sechs Monaten zu befristen hat und dass das HeimAufG in § 19 eine Neuüberprüfung der Zulässigkeit dieser Maßnahmen vorsieht:

Auch in diesen Gesetzespassagen scheint die Annahme zum Ausdruck zu kommen, dass innerhalb bestimmter Fristen auch seitens der betreuenden Institution Aktivitäten zu suchen und zu setzen sind, die dazu führen, dass auf bestehende freiheitsbeschränkende Maßnahmen in Hinkunft gänzlich oder zumindest teilweise verzichtet werden kann.

4.5 Problembereich 3:

Sachverständige werden in Entwicklungsprozesse eingebunden und haben ihre Aufgaben prozessorientiert wahrzunehmen

Das von uns bemühte Beispiel verdeutlicht überdies, wie eng die Realisierung von Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen daran gebunden ist, dass die BetreuerInnen von der Sinnhaftigkeit bestimmter Alternativen überzeugt sind. Erwägungen, die den Einsatz solcher Alternativen beinhalten, mögen fachlich und juristisch noch so gut begründet sein: Wenn sich BetreuerInnen etwa aus Angst, bedrohliche Situationen dann nicht mehr ausreichend kontrollieren zu können, heftig davor scheuen oder sich sogar

dagegen sträuben, solche Alternativen einzuleiten, ist es nicht unproblematisch, sie zum Vollzug solcher Alternativen zu zwingen, besteht doch die Gefahr, dass wünschenswerte Folgen ausbleiben, weil die BetreuerInnen in zu geringem Ausmaß über die (emotionalen) Kapazitäten verfügen, um auf den erfolgreichen Einsatz dieser Alternativen hinzuwirken, sondern sich (zumindest unbewusst) gedrängt fühlen, deutlich zu machen, dass es notwendig ist, an den althergebrachten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen festzuhalten bzw. sie wieder einzuführen.

Sachverständige haben deshalb auch unter Berücksichtigung dieser Aspekte darauf Bedacht zu nehmen, wie es um die Realisierbarkeit möglicher Alternativen steht (vgl. Barth/Engel 2004, 83). Zugleich haben sie zu berücksichtigen, dass sie als Sachverständige selbst auch Einfluss auf die Realisierbarkeit von Alternativen nehmen: Von dem Zeitpunkt ihrer Bestellung an treten sie bereits in der Phase der Befunderhebung mit den betroffenen BewohnerInnen, mit Angehörigen der betreuenden Institution, mit BewohnerInnenvertreterInnen und anderen Personen in Kontakt und nehmen mit ihrer Art des Auftretens somit Einfluss auf die Prozesse, die sich zwischen den Beteiligten, aber auch im Inneren der jeweiligen Beteiligten entwickeln. Von der Art, wie Sachverständige verschiedenen berichtenden Personen zuhören, wie sie interessiert nachfragen oder Einschätzungen von Involvierten einholen, hängt es ab, ob und in welcher Form sich die Personen, mit denen sie in Kontakt treten, dazu angeregt fühlen, über gegebene Problemsituationen in einer neuen Weise nachzudenken, ihrer Art des Involviert-Seins in diese Problemsituationen nachzuspüren sowie neue Gedanken über mögliche Alternativen zu bestehenden Vorgangsweisen ernsthaft zuzulassen.

Sachverständigen ist in diesem Sinn aus heilpädagogischer Sicht abzuverlangen, prozessorientiert vorzugehen, d. h., in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben so aufzutreten, dass sie auf die Prozesse, in die sie involviert sind, gezielt in einer Weise Einfluss nehmen, die der Lösung der gegebenen Probleme dienlich ist. Da es zur gerichtlichen Überprüfung von Freiheitsbeschränkungen im Sinne des Heimaufenthaltsgesetzes zumeist dann kommen wird, wenn Auffassungsunterschiede und somit Konflikte etwa zwischen BetreuerInnen, BewohnerInnen, BewohnerInnenvertreterInnen, deren Vertrauenspersonen und/oder den LeiterInnen einschlägiger Einrichtungen gegeben sind, wird es in vielen Fällen auch zu den Aufgaben der prozessorientiert arbeitenden Sachverständigen zählen, die jeweils gegebene Konfliktdynamik

zu verstehen und im Rahmen ihrer Aufgaben und Möglichkeiten zu einer Linderung dieser Konflikte beizutragen, zumal davon auszugehen ist, dass die Realisierbarkeit von etwaigen Alternativen in hohem Ausmaß durch das Bestehen von offen ausgetragenen oder oft auch unterschwellig existierenden Konflikten begrenzt wird. So gesehen entspricht das Konzept eines prozessorientierten Vorgehens von Sachverständigen gem. HeimAufG den Vorstellungen eines „lösungsorientierten“ Arbeitens von Sachverständigen, die zurzeit in Zusammenhang mit der Wahrnehmung von Sachverständigenaufgaben in familiengerichtlichen Belangen (insbesondere in Zusammenhang mit Trennung und Scheidung) von verschiedenen Fachleuten vertreten werden (vgl. Bergmann u. a. 2002; Jopt/Zütphen 2004; Figdor 2006). Es entspricht überdies den Standards, die etwa Bundschuh (1996, 290; 2000) generell für heilpädagogische Gutachten formuliert, und stimmt mit den Kriterien überein, die in den Richtlinien für psychotherapeutische Sachverständige zum Ausdruck kommen, die das „Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen“ auf Grundlage einer Stellungnahme des Psychotherapiebeirates herausgegeben hat.

5. Abschließendes zur Qualifikation der Sachverständigen

Sachverständige, die in gerichtlichen Verfahren gem. HeimAufG tätig werden, benötigen nicht nur solche heilpädagogische Qualifikationen, die es ihnen erlauben, mögliche Alternativen zu gegebenen Freiheitsbeschränkungen zu benennen. Bereits das Identifizieren von spezifischen Alternativen im Sinne der hier entwickelten Ausführungen setzt das Vorhandensein von differenzierten diagnostischen Kompetenzen voraus. Und die Ausführungen über prozessorientiertes Arbeiten deuten darauf hin, dass Sachverständige über elaborierte Beratungskompetenzen verfügen müssen, wenn sie den Ansprüchen gerecht werden sollen, die wir hier skizziert haben und die zeitgemäßen heilpädagogischen Standards entsprechen. Auch diesbezüglich ist davon auszugehen, dass das Qualifikationsprofil von heilpädagogischen Sachverständigen dem Qualifikationsprofil jener Sachverständigen ähnlich ist, die in familienrechtlichen Belangen den Ansprüchen eines lösungsorientierten Vorgehens zu genügen haben.

1) Barth/Engel (2005, 412) erwähnen in diesem Zusammenhang freiheitseinschränkende Maßnahmen, die in „Behinderteneinrichtungen“ gesetzt werden. Pädagogische Maßnahmen können allerdings auch in anderen Einrichtungen, in denen gem. § 2 (1) „psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen ständig betreut oder gepflegt werden“, Alternativen zu gegebenen freiheitseinschränkenden Maßnahmen darstellen – man denke etwa an pädagogische Aktivitäten, die auf die Aktivierung von betreuungs- oder pflegebedürftigen Menschen abzielen, die aufgrund von mangelnden Anreizen und damit verbundener Isolation zu autoaggressiven Handlungen neigen.

Literatur

BARTH, P., ENGEL, A.: Heimrecht. Heimaufenthaltsgesetz und die mit dem Heimvertragsgesetz in das Konsumentenschutzgesetz eingefügten Bestimmungen mit ausführlichen Anmerkungen, praxisorientierten Übersichten, Checklists und Musterheimvertrag. Manz, Wien 2004

BARTH, P., ENGEL, A.: Das Heimaufenthaltsgesetz. In: Österreichische Juristen Zeitung 11/2005, 401–414

BERGMANN, E., JOPT, U., REXILIUS, G. (Hrsg.): Lösungsorientierte Arbeit im Familienrecht. Interventionen bei Trennung und Scheidung. Bundesanzeiger Verlag, Köln 2002

BUNDSCHUH, K.: Einführung in die sonderpädagogische Diagnostik. E. Reinhardt, München 1996

BUNDSCHUH, K.: Differenzierte Begutachtung und Kompetenzorientierung. Anforderungen an eine heilpädagogische Diagnostik im 21. Jahrhundert. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 51 (Heft 8), 2000, 321–326

DATLER, W., FIGDOR, H., GSTACH, J. (Hrsg.): Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung heute. Psychosozial-Verlag, Gießen 2005 (3. Aufl.)

DATLER, W.: Geistig behinderte Menschen ansprechen. Über Mentalisierungsprozesse und die Bedeutung der Thematisierung von Innerpsychischem. In: Gruntz-Stoll, J. (Hrsg.): Verwahrlost, beziehungsgestört, verhaltenstypisch: Zum Sprachwandel in der Heil- und Sonderpädagogik. Haupt Verlag, Basel 2006 (in Druck)

FIGDOR, H.: Lässt sich das Kindeswohl quantifizieren? Ein Beitrag zur Diskussion über die Rolle von Sachverständigen bei Trennung und Scheidung. In: Österreichische Richterzeitung, 2006 (zur Publikation eingereicht)

JOPT, U., ZÜTPHEN, J.: Psychologische Begutachtung aus familiengerichtlicher Sicht, 2004, <http://www.v-a-k.de/index.php?id=1874-1889>

KRAMMER, H., SCHÖDL, E., SCHMIDT, A.: Sachverständigenrecht. Sachverständigenkunde. Hauptverband der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten Sachverständigen Österreichs. Wien 2005

AutorInnenhinweise

WILFRIED DATLER, Dr. phil., ao. Univ.-Prof. am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien (Leiter der Forschungseinheit Psychoanalytische Pädagogik und Mitglied der Arbeitsgruppe für Sonder- und Heilpädagogik; Leiter des Universitätslehrgangs für Interdisziplinäre Mobile Frühförderung und Familienbegleitung); Lehranalytiker im Österreichischen Verein für Individualpsychologie; stv. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Psychoanalytische Pädagogik (APP).

REGINA STUDENER-KURAS, Mag., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien (Forschungseinheit Psychoanalytische Pädagogik, Arbeitsgruppe für Sonder- und Heilpädagogik); Mitglied im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Psychoanalytische Pädagogik (APP); freiberuflich tätig als Erziehungsberaterin.

WORKSHOP 1

ALTERNATIVEN ZUR FREIHEITSBESCHRÄNKUNG – FALLBEISPIELE

TeilnehmerInnen aus den Organisationen:

AK Salzburg, Amt der Kärntner Landesregierung – Abteilung 13, Amt der Oberösterreichischen Landesregierung – Sozialabteilung, Amt der Steiermärkischen Landesregierung – Fachabteilung 8A, APP Wien, Behindertenheim Maria Saal, Bezirksgericht Hietzing, Bezirksgericht Klosterneuburg, Bundesministerium für Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz – Abt. IV/A, Caritas Behindertenwohnheim, Diakonie Kärnten, Diakoniewerk Gallneukirchen, Diakonie-Zentrum, EXIT-sozial, Haus der Barmherzigkeit, Institut Hartheim gemeinn. BetriebsgmbH, Jugend am Werk, Lebenshilfe Graz und Umgebung – Voitsberg, Lebenshilfe Kärnten, Lebenshilfe Niederösterreich, Lebenshilfe Oberösterreich, Lebenshilfe Tirol, Magistrat der Stadt Graz, Magistrat der Stadt Wels, MOSAIK – Die Bunte Rampe, pro mente Kärnten, pro mente Oberösterreich, Selbsthilfe Salzburg – SHG Alzheimer, Sozialtherapeutische Werk- und Wohnstätten, Stadtheim Wiener Neustadt, Verein Ananas Hollabrunn, Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft, Volkshilfe Österreich

ModeratorInnen:

Maga. Irmtraud Sengschmied, Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen; Maga. Irina Posteiner, Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft; Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler, Arbeitsgruppe Sonder- und Heilpädagogik des Instituts für Bildungswissenschaft der Universität Wien

Im Workshop werden Fallbeispiele aus heilpädagogischen Arbeitsbereichen vorgestellt. Die Probleme, die in den Beispielen deutlich werden, legen die Frage nahe, ob die eine oder andere Form der Freiheitsbeschränkung im Sinne des Heimaufenthaltsgesetzes zur Anwendung kommen soll.

Diese Frage wird aus der Perspektive des heilpädagogischen Fachpersonals, der BewohnerInnenvertretung und des Gutachters diskutiert. Gemeinsam wird überlegt, ob bzw. welche Alternativen zur Freiheitsbeschränkung existieren und in welcher Weise auf solche Alternativen zurückgegriffen werden kann. Weiters wird darauf eingegangen, welche Konsequenzen mit der Wahl solcher Alternativen für den Arbeits- und Begutachtungsprozess verbunden sind.

Checkliste für die Beurteilung der Zulässigkeit einer Freiheitsbeschränkung gem. HeimAufG:

- Eine geistige Behinderung/psychische Krankheit muss gegeben sein.
- Eine ernstliche und erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung muss vorhanden sein.
- Die Freiheitsbeschränkung muss unerlässlich und geeignet sein.
- Es muss die Einhaltung fachlich zeitgemäßer Pflegestandards bzw. pädagogischer Standards gewährleistet sein.
- Die Verhältnismäßigkeit muss gegeben sein.
- Keine schonendere bzw. pädagogisch sinnvollere Alternative ist unmittelbar vorhanden oder entwickelbar (von letzterem Gesichtspunkt hängt es ab, ob der Gutachter vorschlägt, dass in absehbarer Zeit eine neue Überprüfung der Zulässigkeit einer Freiheitsbeschränkung erfolgen soll, in Verbindung mit Hinweisen darauf, welche Alternativen, die vielleicht erst in nächster Zukunft greifen, einzuleiten wären).
- Eine anordnungsbefugte Person muss die Freiheitsbeschränkung anordnen.

Beispiel: Frau „S.“

Frau S., eine geistig behinderte Frau im Alter von 40 Jahren, musste in eine Wohngemeinschaft für behinderte Menschen übersiedeln, da ihre Eltern, die schon in einem fortgeschrittenen Alter waren, die Betreuung und Pflege ihrer Tochter nicht mehr bewältigen konnten. Es wurde eine dem Elternhaus sehr nahe Einrichtung gesucht, wo Frau S. bereits seit einiger Zeit in der Tageswerkstätte beschäftigt war. Frau S. rebellierte trotz einfühlsamer Eingewöhnung gegen den Umzug.

Aufgewachsen war sie in einem geräumigen Haus mit Garten und einem Hund als Haustier, und nun musste sie sich auf ein Leben in einer WG beschränken.

Sie war zu Hause das Nesthäkchen gewesen, dem beinahe jeder Wunsch erfüllt worden war. Somit kam es dazu, dass Frau S., die den Weg nach Hause kannte, immer wieder ausriss und ihr Elternhaus aufsuchte.

Die Eltern riefen jedes Mal erbost an und beschwerten sich, dass das Betreuungspersonal nicht sorgsam genug auf die Klientin aufpassen würde. Immer wieder wurde Frau S. von den Eltern in die WG zurückgebracht.

Oftmals versuchte man, Frau S. dazu zu überreden, die Einrichtung nicht zu verlassen. Half das nichts, hakte man sich bei ihr ein und führte sie sanft,

aber gegen ihren Willen in die Einrichtung zurück – und dies oft bis zu fünfmal täglich.

Am schlimmsten war es abends oder an den Wochenenden, wo es keine Tagesbeschäftigung gab. Man versuchte, Frau S. mit der Einteilung zu abwechselnden Kochdiensten, Aufräumdiensten etc. eine Struktur in ihrem Wohngemeinschaftsalltag zu geben; dies schlug jedoch fehl. Aufgrund der Ratlosigkeit wurde zu anderen Maßnahmen gegriffen, z. B. wurde die Haupteingangstür zu gewissen Zeiten versperrt. Die Folge war, dass Frau S. einmal nachts leicht bekleidet über den Balkon des Gruppenraumes in Richtung Elternhaus flüchtete. Sie wurde orientierungslos und gefährdete sich selbst. Die Eltern beschwerten sich beim Arzt, der sodann für den Abend bzw. die Nacht sedierende Medikamente verordnete. Die Medikamente dämpften Frau S. und verminderten ihren Antrieb erheblich.

Besuche zu Hause gab es für sie zu dieser Zeit seltener, da man Angst hatte, Frau S. würde nicht mehr in die WG zurückwollen. Auch wurden die Ausgänge allgemein reduziert, da man befürchtete, Frau S. würde wieder jede Gelegenheit nutzen, um auszureißen.

Was fällt alles unter den Begriff der Freiheitsbeschränkung?

Ist das Zurückbringen der Klientin durch die Eltern eine Freiheitsbeschränkung?

Nein, Maßnahmen, die zu Hause getroffen werden, sind keine Freiheitsbeschränkungen im Sinne des HeimAufG. Das HeimAufG gilt nicht in Familien oder familienähnlichen Strukturen, sondern nur in Einrichtungen, in denen mindestens drei psychisch kranke oder geistig behinderte Personen ständig betreut oder gepflegt werden können.

Ist das Überreden der Klientin, die Einrichtung nicht zu verlassen, eine Freiheitsbeschränkung?

Nein, wenn das Überreden nicht mit Androhungen, Erpressung oder subtilen Überzeugungsmaßnahmen einhergeht.

Sind das „Unterhaken“ und das sanfte Zurückführen gegen den Willen der Klientin eine Freiheitsbeschränkung?

Ja, es handelt sich um eine „physische Maßnahme“.

Stellt die Einschränkung der Besuche bei den Eltern eine Freiheitsbeschränkung dar?

Nein, nur in dem Moment, wo die Betroffene das Heim (z. B. in Richtung Elternhaus) verlassen will und nicht darf, ist es eine Freiheitsbeschränkung.

Ist das Zusperrren der Haupteingangstür zu gewissen Zeiten eine Freiheitsbeschränkung?

Ja, grundsätzlich gilt: Eine Freiheitsbeschränkung liegt dann vor, wenn es einer Person unmöglich gemacht wird, ihren Aufenthalt nach ihrem freien Willen zu verändern. Dies fällt dann unter den Begriff der Freiheitsbeschränkung, wenn die Bewegungsfreiheit auf einen bestimmten räumlich begrenzten Bereich beschränkt wird. Die Unmöglichkeit, bestimmte Räume oder Areale zu betreten, ist hingegen keine Freiheitsbeschränkung (z. B. Versperren des BetreuerInnenzimmers, des Vorratsraumes etc. – neg. Konfinierung); grundsätzlich ist auch das Versperren der Hauseingangstüre zwischen 22.00 Uhr und 6.00 Uhr keine Freiheitsbeschränkung (UBG-OGH-Entscheidung).

Anm.: Mit dem HeimAufG kann ein Heimaufenthalt nicht erzwungen werden.

Zählt die Medikation in diesem Fall zu den Freiheitsbeschränkungen?

Ja, da eindeutig zur Sedierung verabreicht und nicht zur Behandlung einer Grunderkrankung, die eine Sedierung zur Nebenwirkung hätte.

Mögliche Alternativen für diesen Fall:

Der/die Bewohnervertreter/in (bzw. der/die Gutachter/in) begutachtet diesen Fall, und es kommt zu einem Gespräch mit der Betroffenen, dem Arzt, den Angehörigen und dem BetreuerInnenteam, in dem klar dargelegt wird, dass es sich bei oben beschriebenen Maßnahmen um Freiheitsbeschränkungen handelt.

Auf der Suche nach weniger gravierenden Maßnahmen werden vom Team Alternativen zu den Freiheitsbeschränkungen erarbeitet. Die Medikation wird vom Arzt abgesetzt. Im Team wird ein klares Konzept erarbeitet, das ein Wohlfühlen der Betroffenen im Wohnbereich ermöglicht. Die vormalige Idee, der Klientin durch Übernahme von Diensten in der WG Struktur zu geben, schlug fehl, da Frau S. dies zu Hause nie zu tun hatte und dies für sie eine

zusätzliche Befremdung darstellte. Dies war noch etwas zu früh für die Klientin gewesen.

Frau S. liebte es aber, die Blumen im Garten zu pflegen. In der WG werden nun Pflanzen angeschafft, für die Frau S. verantwortlich ist. Frau S. pflegte täglich mit ihrem Hund zu spielen. Die Anschaffung eines Hundes ist nicht möglich, jedoch darf sich Frau S. nun um ein Meerschweinchen kümmern. Einkäufe mit der Mutter stellten eine Lieblingsbeschäftigung der Klientin dar; Frau S. darf nun die Einkaufsdienste für die Abendmahlzeiten übernehmen.

Der Bezugsbetreuer von Frau S. übernahm die Aufgabe, mit ihr gemeinsam ihre Lebensgeschichte zu „schreiben“. Dazu wurden Fotos von der Familie und andere Lieblingsdinge von Frau S. gesammelt. Begleitend wurden auch Gespräche mit den Eltern geführt. Weiters wurde überlegt, dass Frau S. regelmäßig ihre Eltern zu sich einladen könnte, beispielsweise am Nachmittag zu Kaffee und Kuchen ...

Es kommt trotzdem noch einige Male vor, dass Frau S. die WG verlässt, jedoch wird sie vom Betreuungsteam nicht mehr zurückgehalten. Durch regelmäßig organisierte Besuche zu Hause und Beschäftigungen, die der Klientin vertraut sind und die sie als lustvoll empfindet, reduziert sich der Drang, nach Hause zu gehen immer mehr.

(WICHTIGKEIT VON BIOGRAFIEARBEIT!)

Beispiel: Herr „M.“

In einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Behinderungen kam es für die Frauen dieser WG immer wieder zu sexuellen Belästigungen durch einen Mitbewohner. Herr M., der Schwierigkeiten bei seiner Impulskontrolle hatte, wurde sexuell übergriffig. Es kam oft vor, dass er Mädchen und Frauen nachlief und diese betastete und streicheln wollte.

Von diesen Übergriffen war hauptsächlich eine 20-jährige Frau betroffen, die sich aufgrund ihrer schweren spastischen Behinderung kaum gegen Herrn M. wehren konnte. Oftmals war Herr M. nachts aktiv und suchte das Zimmer der Frau auf. Diese machte sich durch Schreien bemerkbar, und die BetreuerInnen eilten herbei. Waren genug männliche Betreuer im Dienst, versuchte man Herrn M. zurückzuhalten und mit vereinten Kräften wieder in sein Zimmer zu bringen.

Man überlegte in Team- und Fallbesprechungen, wie solche Aktionen verhindert und die junge Frau geschützt werden könnte. Die Idee, das Zimmer

des Herrn M. nachts zuzusperren, wurde verworfen, da man mit massiven Aggressionen des Klienten rechnen musste.

Nun entschied man sich dazu, die Tür der jungen Frau nachts zuzusperren. Es wurde im Team beschlossen, den Schutz der Klientin in den Vordergrund zu stellen, auch wenn man bedachte, dass die junge Frau aufgrund ihrer eingeschränkten Feinmotorik nicht in der Lage sein würde, mit einem Schlüssel ihre Zimmertür selbst aufzusperren.

Zusätzlich wurde Herrn M. noch das Medikament „Androcur“ verschrieben, das den Hormonhaushalt beeinflusst und dem zwanghaften Sexualtrieb entgegenwirken sollte, diesen jedoch nicht komplett unterbinden konnte.

Die nächtlichen Wanderungen des Herrn M. fanden ab diesem Zeitpunkt nicht mehr statt. Die Praxis ergab, dass die Klientin im Beobachtungszeitraum kein einziges Mal Bedarf zeigte, nachts ihr Zimmer zu verlassen. Daher konnte man laut Ansicht der BetreuerInnen die Maßnahme des Zimmerver-sperrens auch beibehalten.

Was fällt unter den Begriff der Freiheitsbeschränkung?

Wäre das Zurückhalten durch die BetreuerInnen eine Freiheitsbeschränkung?

Ja.

Ist das Zusperrern der Tür zum Schutz der Betroffenen, die ja selbst keinen Bedarf zeigt, das Zimmer zu verlassen, eine Freiheitsbeschränkung?

Ja, in dem Moment, wo sie den Willen bilden sollte, ihren Ort zu verändern (das Zimmer zu verlassen), und ihr dies nicht möglich ist, wäre das eine Freiheitsbeschränkung im Sinne des HeimAufG.

Wäre das Zusperrern des Zimmers von Herrn M. eine freiheitsbeschränkende Maßnahme?

Ja.

Ist die Verabreichung von Medikamenten zum Zwecke der Einschränkung des zwanghaften Sexualtriebes eine Freiheitsbeschränkung?

Nein, in diesem Fall ist die Verabreichung eines Medikamentes deswegen

keine Freiheitsbeschränkung, weil diese primär wegen einer seelischen/organischen Störung erfolgt, medizinisch indiziert ist und diese Art der Erkrankung behandeln soll.

Von einer Freiheitsbeschränkung durch Medikation kann nur dann gesprochen werden, wenn die Behandlung unmittelbar die Unterbindung des Bewegungsdranges bezweckt und dem Betroffenen dadurch ein Ortswechsel unmöglich wird, nicht jedoch bei unvermeidlichen bewegungsdämpfenden Nebenwirkungen, die sich bei der Behandlung bestehender Krankheit mitunter ergeben können.

Es hängt jedoch weiters von den Motiven zur Verabreichung ab: Wird die Medikation dazu benutzt, den Antrieb des Betroffenen zu schwächen, fällt dies unter Freiheitsbeschränkung, ist sie medizinisch aufgrund einer Grunderkrankung indiziert, nicht.

WICHTIG: In diesem Fall wird das Opfer beschränkt; dies sollte nicht passieren!

Mögliche Alternativen für diesen Fall:

Das BetreuerInnenteam erhält vom zuständigen BewohnerInnenvertreterInnen die Information, dass solch eine Vorgehensweise eine Freiheitsbeschränkung darstellt.

Es wird versucht, Alternativen zur jetzigen Situation zu finden.

Ein Vorschlag des BewohnerInnenvertreters war, die Tür von außen versperrbar zu machen und für die Klientin innen eine Schnalle anzubringen. Mit einem Schlüssel oder einem „Türdienst“, der ihr aufsperrt, soll sie wieder ins Zimmer gelangen können.

Außerdem wird in Teambesprechungen die Möglichkeit erarbeitet, Herrn M. adäquatere Formen zur Abfuhr seiner Triebimpulse zu ermöglichen. Das Ziel ist es auch, Herrn M. Lernerfahrungen zu bieten, die es ihm ermöglichen, sein großes Bedürfnis nach Nähe und Zuneigung auf anderem – gesellschaftlich akzeptiertem – Wege befriedigen zu können.

Weiters wird überlegt, wie viel „Wissen“ Herr M. über Geschlechtlichkeit, Sexualität, Partnerschaft, Geschlechtsverkehr und Selbstbefriedigung hat und inwieweit es notwendig ist, ihm Aufklärungsarbeit anzubieten.

Beispiel Herr „K.“

Herr K. lebt in einem Heim für Menschen mit geistiger Behinderung. Er erkrankte auch an einem Leiden, das unwillkürliche Muskelbewegungen zur Folge hat. Dies führte oftmals dazu, dass Herr K. nachts aus dem Bett fiel, und sich verletzte. Da der letzte Sturz sehr massiv war, überlegte man im BetreuerInnenteam, welche Maßnahmen zu seinem Schutz ergriffen werden könnten. Der Arzt wurde zu Rate gezogen und verschrieb dem Klienten Medikamente, die die unwillkürlichen Muskelbewegungen vermindern und somit auch seiner Nachtruhe dienlich sein sollten.

Es kam jedoch weiterhin öfters vor, dass der Klient aus dem Bett fiel.

Die Lösung war nun die Anschaffung eines Krankenbettes, an dem Seitenteile angebracht wurden, die einen ausreichenden Schutz für den Betroffenen gewährleisten. Dies war nach Ansicht der BetreuerInnen und des Arztes die beste Lösung zum Schutz des Betroffenen, auch wenn diesem die Situation, in einem Krankenbett liegen zu müssen, manchmal unangenehm war.

Was fällt unter den Begriff Freiheitsbeschränkung?

Ist die Verabreichung von Medikamenten in diesem Fall eine Freiheitsbeschränkung?

Nein, und zwar deswegen nicht, weil sie primär die Krankheit betreffen und die Symptome dieser Krankheit behandelt werden. Die Medikation dient hier nicht ausschließlich dem Zweck der Ruhigstellung.

Ist das Anbringen von Seitenteilen am Bett eine Freiheitsbeschränkung?

Ja.

Mögliche Alternativen für diesen Fall:

Alle Lösungsansätze, außer jenem, der die Medikation betrifft, sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen.

Es wird nach einer neuen Lösung gesucht, die dem Klienten ausreichend Schutz bietet, gleichzeitig aber die Beschränkungen durch das Krankenbett verhindert. Eine Möglichkeit wäre, seitlich neben das Bett des Betroffenen Matratzen zu legen, die im Fall eines Sturzes Verletzungen verhindern könnten.

Falls es der Klient wünscht, könnte man auch ein „bodennahes Bett“ andenken, d. h., eine Matratze auf den Boden legen oder auch einen niedrigen Bettaufbau errichten lassen und darauf eine Matratze platzieren.

Eine weniger schwer wiegende Maßnahme wäre auch, ¼-Seitenteile anzubringen. Bei normalen Seitenteilen ist die Gefahr des Sturzes im Fall eines Hinüberkletterns immer gegeben.

WORKSHOP 2

FREIHEITSBESCHRÄNKUNG IN TAGESSTRUKTUREN

TeilnehmerInnen aus den Organisationen:

Amt der Oberösterreichischen Landesregierung – Sozialabteilung, ARGE Sozialdienst Mostviertel – Haus der Geborgenheit, Bundesministerium für Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz – Abt. IV/A/7 und Abt. IV/1, Caritas Salzburg – Tageszentrum Mittersill, Diakonie Kärnten, Institut Hartheim gemeinn. BetriebsgmbH, Lebenshilfe Kärnten, Lebenshilfe Knittelfeld, Lebenshilfe Leoben, Lebenshilfe Oberösterreich, Rehabilitationszentrum Bad Hering, Seniorenwohnhaus Anif, Tageszentrum Rauchgründe, Verein für Sachwalterschaft und Patientenanzwaltschaft, Verein Wohnen und Arbeit

Moderatoren:

Dr. Walter Schaffranek, Jugend am Werk, Wien
Dr. Peter Barth, Bundesministerium für Justiz

I. Ist das Heimaufenthaltsgesetz in folgenden Einrichtungen anwendbar?

- 1) Behindertenheim?
- 2) Wohngruppe?
- 3) Tagesstruktur, wenn die betreuten Menschen beim selben Einrichtungsträger auch sonst versorgt werden?
- 4) Tagesstruktur, wenn die betreuten Menschen sonst zu Hause bei ihren Eltern leben oder bei einem anderen Einrichtungsträger versorgt werden?
Was gilt, wenn das Heimaufenthaltsgesetz nicht gilt?

II. In welchem der folgenden Fälle ist eine Beschränkung der Freiheit gegeben, in welchen nicht? Warum?

1. Allseitigkeit?
2. Anwendung oder Androhung physischer Mittel?
3. Bewegungsmöglichkeit?
4. Wirksame Einwilligung?

- 1.) In der Werkstätte X ist die Haustür den ganzen Tag über versperrt.
- | | | |
|------------------------|----|------|
| Freiheitsbeschränkung? | Ja | Nein |
| Warum? | | |

- 2.) Die Werkstätte U hat einen eigenen „Türdienst“. Bei bestimmten Betreuten hat der „Türdienst“ die Aufgabe, ihnen gegebenenfalls nachzugehen, sie anzusprechen, sie vielleicht ein Stück zu begleiten und sanft, aber sicher wieder in die Einrichtung zurückzubringen.

Freiheitsbeschränkung?	Ja	Nein
Warum?		

- 3.) L. ist manchmal sehr aggressiv. Als er in die Werkstätte aufgenommen wurde, hat er folgende „Sonderklausel“ unterschrieben: Sollte er andere Menschen in der Werkstätte attackieren, so ist er einverstanden, dass er so lange festgehalten wird, bis er sich wieder beruhigt hat.

Freiheitsbeschränkung?	Ja	Nein
Warum?		

- 4.) In der Werkstätte Z gibt es eine Selbstbedienungsküche, wo sich die BetreuerInnen Speisen zubereiten können. Aus Sicherheitsgründen ist diese Küche für die Betreuten zugesperrt.

Freiheitsbeschränkung?	Ja	Nein
Warum?		

III. In welchem der folgenden Fälle ist eine Beschränkung der Freiheit gegeben und diese auch zulässig?

1. Ist der/die Bewohner/in psychisch krank oder geistig behindert?
2. Ist darin eine qualifizierte Selbst- oder Fremdgefährdung begründet?
3. Verhältnismäßigkeit?
4. Verfahren?

- 1.) Herr M. ist 25 Jahre alt, geistig behindert, aber sehr lebhaft und bewegungslustig. Er ist ständig im Haus unterwegs. Eine seiner Lieblingsbeschäftigungen ist es, anderen das Licht abzuschalten, was den BetreuerInnen schon gehörig auf die Nerven geht. Als er wieder in einer äußerst unpassenden Situation alle Lichter abdreht, reicht es den BetreuerInnen. Während ihn zwei Betreuer fest auf den Sessel drücken und etwa 15 Minuten so halten, zeigt ein dritter Betreuer immer wie-

der auf den Lichtschalter und belehrt ihn, dass er diesen in Ruhe lassen soll. Für Herrn M. ist das sehr unangenehm, und er versucht sich immer wieder zu befreien.

Freiheitsbeschränkung? **Ja** **Nein**

Warum?

Zulässig?

- 2.) Um aus der Tagesstruktur R hinauszugelangen, muss man bei einem elektronischen Schloss eine einfache Zahlenkombination (1, 2, 3, 4) eingeben und dann auf den Knopf „Öffnen“ drücken. Der Code wird allen Betreuten bekannt gegeben, der Großteil der Betreuten geht so frei aus und ein, nur einige merken sich weder den Code noch den Mechanismus und sind beim Verlassen des Heimes auf Hilfe angewiesen.

Freiheitsbeschränkung? **Ja** **Nein**

Warum?

Zulässig?

- 3.) Die Werkstätte X ist nicht versperrt, an der Ausgangstür ist aber ein Drehknopf angebracht, der vom spastisch gelähmten A. nicht geöffnet werden kann.

Freiheitsbeschränkung? **Ja** **Nein**

Warum?

Zulässig?

- 4.) Die Tür der Werkstatt in der Einrichtung Y ist zwar offen, in die Tür wird aber ein Sessel gestellt. Für Betreute ist dies das Signal, dass sie die Einrichtung nicht verlassen sollen. Sie halten sich daran.

Freiheitsbeschränkung? **Ja** **Nein**

Warum?

Zulässig?

- 5.) Herr B. ist massiv unruhig, schreit herum, attackiert andere BewohnerInnen. Er erhält starke Medikamente zur Beruhigung, die dazu führen, dass er die meiste Zeit schläft und kaum in der Lage ist, alleine aufzustehen.

Freiheitsbeschränkung? **Ja** **Nein**

Warum?

Zulässig?

- 6.) X. ist sehr aufgeregt. Er läuft aus der Einrichtung. Ein Betreuer will ihn zurückholen, nimmt ihn fest an der Hand und führt ihn zurück.

Freiheitsbeschränkung? **Ja** **Nein**

Warum?

Zulässig?

WORKSHOP 3

AUSWIRKUNGEN DES NEUEN HEIMAUFTHALTSGESETZES AUF DIE SELBSTBESTIMMUNG DER BETROFFENEN

TeilnehmerInnen aus den Organisationen:

Alzheimer Angehörige Austria, Amt der Burgenländischen Landesregierung – Abt. 6, Amt der Oberösterreichischen Landesregierung – Sozialabteilung, Bewohnerservice Gnigl, Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz – Abt. IV/4, Caritas – WG Albatros, Caritas Ausbildungszentrum, Caritas Behindertenwohnheim, Caritas Heime – Schloss Schiltern, Evangelisches Diakoniewerk – Leitung Wohnen, Fonds Soziales Wien, Institut Hartheim gemeinn. BetriebsgmbH, Jugend am Werk – Beratungsteam/Sozialarbeit, Kinderdorf St. Anton, Lebenshilfe Graz und Umgebung – Voitsberg, Lebenshilfe Kärnten, Lebenshilfe Oberösterreich, NÖ Patientenanzwaltschaft, Österreichisches Rotes Kreuz, pro mente Kärnten, REHA Hof Schlüsselberg, Salzburger Hilfswerk, Verein für Sachwaltschaft und Patientenanzwaltschaft

Moderator:

Dr. Heinz Trompisch, Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz

Stichwörter zur Arbeit und zu den Ergebnissen des Workshops:

Selbstbestimmung

Selbstbestimmung bedeutet so viel wie Autonomie und umfasst Selbstverantwortung und Selbststeuerung – sie ist das Gegenteil von Fremdbestimmung.

Selbstbestimmung ist ein zentraler Grundsatz der **Menschenrechte**: Menschen sollen ihre eigenen Ideen und Wünsche frei verwirklichen können, ohne von außen unterdrückt und bedrängt zu werden. Selbstbestimmtes Handeln, Lernen und Leben können als Kennzeichen eines vom freien Willen gelenkten, selbstständigen, verantwortungsbewussten Erwachsenen gelten.

In den Menschenrechten ist festgelegt, dass die Freiheit des Einzelnen dort enden muss, wo die Freiheit der anderen beeinträchtigt wird. Dies stellt eine wichtige Einschränkung und unerlässliche Grenze der Selbstbestimmung dar, die leicht übersehen werden kann.

In diesem Sinne wird das neue Heimaufenthaltsgesetz grundsätzlich von den TeilnehmerInnen **sehr positiv** begrüßt, insbesondere da es eine Beseitigung von Grauzonen und Rechtsunsicherheiten mit sich bringt. **Positiv** wird empfunden, dass Selbstbestimmung sich als Grundeinstellung der neuen Rechtsmaterie darstellt und ein Denkanstoß zu einem Prozess des Hinterfragens gegeben wird. Durch die Stützung der MitarbeiterInnen durch das neue Gesetz wird auch die Selbstbestimmung der KlientInnen gestützt.

Kritisch wird angemerkt, dass die Erläuterungen zu einzelnen Bestimmungen, auch bezüglich der BewohnerInnenvertreterInnen, noch klarer formuliert und interpretiert werden müssen. Dabei wird besonders auf die Aufgabe der ÄrztInnen generell als GutachterInnen kritisch hingewiesen.

Als negativ wird beim neuen Heimaufenthaltsgesetz seitens der TeilnehmerInnen empfunden, dass durch die Konzentration auf freiheitsbeschränkte Personen die Gefahr einer Separation entsteht!

WORKSHOP 4

**DIE ZUSAMMENARBEIT MIT DEN
BEWOHNERINNENVERTRETERINNEN
BEI FREIHEITSBESCHRÄNKUNGEN
GEMÄSS HEIMAUFENTHALTSGESETZ**

TeilnehmerInnen aus den Organisationen:

Amt der Salzburger Landesregierung – Referat 3/01, Bandgesellschaft, Bewohnerservice Gnigl, Caritas Heime – Schloss Schiltern, Caritasverband Salzburg, Christian-Doppler-Klinik, Diakoniewerk Gallneukirchen, Fonds Soziales Wien – Fachbereich Wohnen, Haus der Barmherzigkeit, Haus des Roten Kreuzes, Institut Hartheim gemeinn. BetriebsgmbH, Jugend am Werk, Lebenshilfe Kärnten, Lebenshilfe Leoben, Lebenshilfe Oberösterreich, Lebenshilfe Tirol, Österreichischer Seniorenbund, pro mente Kärnten, REHA Hof Schlüsselberg, Sozialtherapeutische Werk- und Wohnstätte, Stadtgemeinde Salzburg – Seniorenheim Itzling, Verein für Sachwalterschaft und Patienten-anwaltschaft, Wege – Betreutes Wohnen Laube

ModeratorInnen:

Maga. Rosalinde Pimon,
Verein für Sachwalterschaft und Patienten-anwaltschaft, Wels
Dr. Erich Wahl,
Verein für Sachwalterschaft und Patienten-anwaltschaft, Salzburg

Der Verein für Sachwalterschaft und Patienten-anwaltschaft

www.vsp.at; www.bewohnervertretung.at

Der Verein für **Sachwalterschaft und Patienten-anwaltschaft** (= VSP) ist eine soziale Einrichtung und österreichweit an

58 Standorten mit
140 hauptberuflichen SachwalterInnen,
670 ehrenamtlichen SachwalterInnen,
40 PatientInnenanwältInnen und
seit 1. 7. 2005 mit 48 **BewohnerInnenvertreterInnen** (Personen)
tätig.

BewohnerInnenvertreterInnen der „Vereine für Bewohnervertretung“

50 BewohnerInnenvertretungen (Stellen) österreichweit laut Regierungsvorlage zum HeimAufG

Stellenverteilung der BewohnerInnenvertreterInnen (BWV)

- Salzburger Hilfswerk
- Institut für Sozialdienste (Vorarlberg) 2,20 BWV
- Niederösterreichischer Landesverein 6,85 BWV
- Verein f. Sachwalterschaft und Patienten-anwaltschaft 39,70 BWV

Vereinbarte Kooperationen zwischen den vier Vereinen sind insbesondere:

- ein gemeinsames Ausbildungscurriculum
- ein einheitliches Meldeverfahren und -formular
- ein gemeinsames Arbeitskonzept

Standorte der Bewohnervertretung



Überblick über die Einrichtungen, die unter das HeimAufG fallen – Österreich 2004

	Alten- und Pflegeeinrichtungen und Tageszentren		Behinderten- und psychosoziale Langzeiteinrichtungen		Krankenanstalten (außer Psychiatrie)		Gesamt	
	Zahl der Einrichtungen	Anzahl der Plätze	Zahl der Einrichtungen	Anzahl der Plätze	Zahl der Einrichtungen	Systemisierte Betten	Zahl der Einrichtungen	Plätze und systemisierte Betten
Burgenland	33	1.679	14	247	6	1.486	53	3.412
Kärnten	56	4.175	23	495	11	3.909	90	8.579
Niederösterreich	125	11.669	52	1.427	33	8.552	210	21.648
Oberösterreich	129	12.981	70	1.707	23	8.185	222	22.873
Salzburg	78	5.255	42	635	12	3.336	132	9.229
Steiermark	216	9.700	57	1.507	30	7.135	303	18.342
Tirol	104	5.010	36	555	12	3.762	152	9.327
Vorarlberg	50	1.989	25	491	8	1.796	83	4.276
Wien	91	20.210	96	1.021	21	9.378	208	30.609
Österreich	882	72.668	415	8.088	156	47.539	1.453	128.295

Qualifikation der BewohnerInnenvertreterInnen

- SozialarbeiterInnen
- Diplomiertes Pflegepersonal
- PsychologInnen
- Sonder- und HeilpädagogInnen
- BehindertenbetreuerInnen
- SoziologInnen
- JuristInnen

Alle müssen eine facheinschlägige Berufserfahrung und eine den Aufgabenbereich betreffende Zusatzausbildung haben. **Die BWV arbeiten in multi-professionellen Teams.**

Schulung und Fortbildung der BWV durch die Vereine

- Das **Curriculum** der BWV-Vereine orientiert sich an dem von den vier Vereinen gemeinsam erarbeiteten **Konzept** zur Umsetzung des **gesetzlichen Auftrags** der BewohnerInnenvertretung gemäß HeimAufG.
- Das Curriculum besteht aus einem **Seminar-** und einem **Praktikumsteil**
- **Inhalte:** HeimAufG, GuKG, Pflegestandards, Geriatrie, Psychiatrie, Behindertenarbeit, Ethik, Kommunikation ...
- Zusätzlich werden berufsbegleitend **regelmäßige Fortbildungen** durchgeführt.

Namhaftmachung der BewohnerInnenvertreterInnen

Der zuständige Verein hat **von ihm ausgebildete und für die besonderen Verhältnisse im Pflegebereich geschulte Personen** namhaft zu machen, denen die Ausübung der Vertretungsbefugnisse zukommt (**§ 8 Abs 3**).

Der Verein macht die BewohnerInnenvertreterInnen namhaft

- beim Träger der Einrichtung (ist nicht gleichzusetzen mit der Leitung der Einrichtung)
- bei dem/der Vorsteher/in des zuständigen Bezirksgerichts (keine individuelle Bestellung und Aufsicht durch den/die Gerichtsvorsteher/in)
- per Kundmachung in der Ediktsdatei (www.edikte.at)

Zielsetzung der BewohnerInnenvertretung

Auftrag: Unser Auftrag ist die Vertretung der BewohnerInnen bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

Vision: Die BewohnerInnenvertretung wird die Lebenssituation und Lebensqualität für alte, geistig behinderte und psychisch kranke Menschen, die in Einrichtungen leben, verbessern.

Ziele

- Das Bewusstsein und die Sensibilität für Zwangsmaßnahmen in Einrichtungen für alte, geistig behinderte und psychisch kranke Menschen erhöhen – beim Pfl egeteam, bei den Angehörigen und in der Gesellschaft.
- Den Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen verändern:
 - a) die Häufigkeit von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei alten, geistig behinderten und psychisch kranken Menschen verringern und
 - b) die Anwendung von Alternativen zu Freiheitsbeschränkungen vermehren.
- Österreichweit für die BewohnerInnenvertretung möglichst einheitliche Ausbildung, Standards, Vorgangsweisen und Arbeitsabläufe schaffen.

Leitlinien für die Tätigkeit der BewohnerInnenvertreterInnen

- Jede gemeldete Freiheitsbeschränkung (FB) wird bearbeitet.
- Jede Einrichtung soll aufgesucht werden und ihr Umgang mit FB erfasst werden.

- Es soll möglichst jede Person, die von einer FB betroffen ist, aufgesucht werden.
- Schwerpunkt des Einsatzes der BWV liegt bei der Erstabklärung.

Die BewohnerInnenvertretung arbeitet mit folgenden Stellen zusammen:

- dem Dachverband der HeimleiterInnen und PflegedienstleiterInnen regionaler Träger und LeiterInnen von Alten- und Behinderteneinrichtungen, Krankenanstalten sowie anderen Einrichtungen, die unter das HeimAufG fallen
- der Heimaufsicht
- den Pflegeombudsstellen und Pflegeanwaltschaften
- den Gerichten

Die Zusammenarbeit verfolgt folgende Ziele:

- Implementierung des HeimAufG **bestmöglich vorbereiten, laufende Koordinationsgespräche**
- Ermöglichung des **Informationsaustausches** und der **Diskussionen** über mögliche **Alternativen** zu Freiheitsbeschränkungen, **gemeinsame Seminare**
- Schaffung eines **gegenseitigen Verständnisses** der mit dem HeimAufG befassten Berufsgruppen, **BWV-Broschüre**
- **Verringerung des administrativen Aufwands** durch **Nutzung eines einheitlichen Dokumentations- und Meldeformulars** und Verwendung des **EDV-unterstützten Meldesystems**

Die Meldung einer Freiheitsbeschränkung erfolgt über:

- **EDI-Schnittstelle:** Die Daten zu Freiheitsbeschränkungen werden in der Pflegesoftware der Einrichtung erfasst und auf elektronischem Wege verschlüsselt an das Informations- und Dokumentationssystem der BWV übertragen.
- **Webapplikation:** Die MitarbeiterInnen der Einrichtung füllen in einer Webapplikation ein Formular aus, senden dieses verschlüsselt an das Informations- und Dokumentationssystem der BWV und erhalten eine Bestätigung ihrer Meldung.
- **Fax:** Die Meldung wird mittels Formular per Fax an die BWV übermittelt.

Dokumentations- und Meldeformular

Meldung einer Freiheitsbeschränkung/-einschränkung/Verlängerung gem. § 19

Vornahme einer Freiheitsbeschränkung
 Vornahme einer Freiheitseinschränkung
 Verlängerung einer Freiheitsbeschränkung gem. § 19

Vorname Titel wbl. mnl.
 Nachname Geburtsdatum
 Einrichtung: Station:

Beginn-Datum Uhrzeit

Grund der Freiheitsbeschränkung/Freiheitseinschränkung

Selbstgefährdung
 Fremdgefährdung
 psychisch krank ICD-10
 geistig behindert
 Zur Abwehr der Gefahr unerlässlich und geeignet sowie in ihrer Dauer und Intensität angemessen und die Gefahr kann nicht durch andere Maßnahmen abgewendet werden

Situationsbeschreibung/Pflegediagnose

voraussichtliche Dauer

< 24 Stunden < 24 Stunden wiederholt 1-7 Tage 8 Tage – 6 Monate > 6 Monate

Art der Freiheitsbeschränkung/Freiheitseinschränkung

Hindern am Verlassen eines Bereichs mittels Überwachungssystem und Zurückholen

Bauliche, strukturelle Maßnahmen
 Labyrinth
 Drehknopf
 Codierung
 Sonstige:
 Verschlussene Tür

Hindern am Aufstehen von einer Sitzgelegenheit

Gurten
 Tisch
 Therapietisch
 Sonstige:

Hindern am Aussteigen aus dem Rollstuhl

Gurten
 Tisch
 Therapietisch
 Sonstige:

Hindern am Verlassen des Betts

Steckgitter
 Gurten
 Netzbett
 Sonstige:
 Medikamentöse Freiheitsbeschränkung

Angeordnet von: Ärztin PDL DGKS/P Pädagogische LeiterIn

Anordnungsbefugte Person Vorname Nachname

EinrichtungsleiterIn Vorname Nachname

Wer vertritt die BewohnerInnen, wenn sie in ihrer persönlichen Freiheit beschränkt werden?

1. Selbst gewählte VertreterInnen (§ 8 Abs. 1)

Folgende **Personenkreise** kommen als selbst gewählte VertreterInnen in Frage:

- nahe Angehörige
- RechtsanwältInnen
- NotarInnen

Der/die von dem Bewohner bzw. der Bewohnerin bestellte Vertreter/in benötigt eine auf die Wahrnehmung dieses Rechtes lautende **Vollmacht**.

Weitere Voraussetzungen zur Erteilung der Vollmacht sind

- die **Geschäftsfähigkeit des Bewohners bzw. der Bewohnerin bei Bevollmächtigung** sowie
- die Unabhängigkeit des Vertreters/der Vertreterin von der Einrichtung

2. BewohnerInnenvertreter/in ex lege (§ 8 Abs. 2)

- Örtlich zuständiger **Verein für Sachwalterschaft**
- die **Vertretungsbefugnis beginnt** mit Vornahme oder Inaussichtstellen einer Freiheitsbeschränkung
- die **Geschäftsfähigkeit** des Bewohners/der Bewohnerin bleibt unberührt
- die Vertretungsbefugnisse **anderer gesetzlicher VertreterInnen** (z. B. SachwalterInnen) bleiben unberührt

Befugnisse und Pflichten der BewohnerInnenvertretung (§ 9)

- Verschaffen eines persönlichen Eindruckes des Bewohners/der Bewohnerin und Gespräch
- Besprechungen mit dem Pflege- und Betreuungspersonal hinsichtlich der gegebenen Voraussetzungen für die Freiheitsbeschränkung
- Befragung anderer BewohnerInnen und Interessenvertretungen der BewohnerInnen (z. B. Heimbeirat)
- Einsichtnahme in die Pflegedokumentation, die Krankengeschichte und andere Aufzeichnungen über den Bewohner/die Bewohnerin
- Unangemeldeter Besuch der Einrichtungen (der/die BewohnerInnen-

vertreter/in hat bei dieser Tätigkeit auf die Erfordernisse des Betriebes Rücksicht zu nehmen.)

- Die Leitung der Einrichtung hat dafür zu sorgen, dass der Bewohner bzw. die Bewohnerin in **geeigneter Weise Auskunft** über den/die BewohnerInnenvertreter/in erhält.
- Die Leitung der Einrichtung muss dem/der BewohnerInnenvertreter/in die Möglichkeit schaffen, sich **ungestört mit dem/der Bewohner/in zu besprechen**.
- **Mitteilungen von Wahrnehmungen** an Aufsichtsbehörden und Beschwerdeinstanzen
- **Auskunftspflicht** an Aufsichtsbehörden und Beschwerdeinstanzen

Verhältnis des BewohnerInnenvertreters bzw. der BewohnerInnenvertreterin zum/zur Bewohner/in (§ 10)

- **Gespräch** mit dem Bewohner/der Bewohnerin über Umstände der Freiheitsbeschränkung und über die beabsichtigten Vertretungshandlungen
- BWV muss den **Wünschen** des Bewohners/der Bewohnerin entsprechen, sofern diese seinem/ihrem **Wohl** nicht abträglich sind.
- **Verschwiegenheitspflicht**, wenn Geheimhaltungsinteresse und keine Auskunftspflicht besteht. Ausnahme: Gericht, BWV-Verein, andere VertreterInnen, Vertrauensperson

Tätigkeiten des BewohnerInnenvertreters bzw. der BewohnerInnenvertreterin in den Einrichtungen

- **Erstabklärung:** Besuch des Bewohners/der Bewohnerin in der Einrichtung
- Teilnahme bei der **gerichtlichen Erstanhörung** in der Einrichtung
- Teilnahme bei der **mündlichen Verhandlung** in der Einrichtung
- Regelmäßige **Sprechstunde** in der Einrichtung

Kommunikation und Kooperation der BWV mit den Einrichtungen

Die BewohnerInnenvertreterInnen kontaktieren regelmäßig

- EinrichtungsleiterInnen
- PflegedienstleiterInnen

- Pflege- und Betreuungspersonen
- ÄrztInnen
- Interessenorganisationen der BewohnerInnen

Mit dem Ziel, **gemeinsam Alternativen und Vorgehensweisen** zu finden, die Freiheitsbeschränkungen möglichst verhindern und eine möglichst hohe Lebensqualität für die BewohnerInnen gewährleisten.

Beratungs- und Informationsarbeit der BWV

Die Aufgabe wird im Rahmen der zeitlichen Ressourcen wahrgenommen und beinhaltet

- Informationsveranstaltungen zum HeimAufG
- Beratung der BewohnerInnen bei Fragen zum HeimAufG
- Beratung der Angehörigen und des Heimpersonals zum HeimAufG

Arbeitsablauf des BewohnerInnenvertreters/der BewohnerInnenvertreterin

- **Eingang der Meldung** einer Freiheitsbeschränkung oder Freiheitseinschränkung
- **Meldungsbearbeitung** (Nachbearbeitung, Prioritätensetzung nach Art der Freiheitsbeschränkung)
- **Besuchsplan erstellen**
- **Aufsuchen der Einrichtung** (Kontaktaufnahme mit dem/der Bewohner/in, Besprechung mit anordnungsbefugten Person und Bediensteten)
- **Entscheidung über Antragstellung**
- **Gerichtliches Kontrollverfahren**

Kooperation mit Beschwerdestellen und weiteren Ansprechpartnern

- Mitteilung über Wahrnehmungen (Eingriffe in Persönlichkeitsrechte, bauliche Mängel, Personalmangel, medizinische und gesundheitliche Mängel ...)
- Erteilen von Auskünften bei Anfragen der zuständigen Behörden

Form der Kooperation:

- Im Einzelfall und

- nach Möglichkeit und Notwendigkeit bei einem regelmäßigen runden Tisch

Zusatzinformationen

- Rechtsinformationssystem: <http://www.ris.bka.gv.at/> enthält das gesamte Bundes- und Landesrecht sowie Judikatur von VfGH, VwGH, OGH, OLG etc. und Links zu Behörden etc.; zusätzlich auch Gesetzesentwürfe
- www.vsp.at
- Barth/Engel: Heimrecht, Heimaufenthaltsgesetz, Heimvertragsgesetz und Musterheimvertrag. Manz Verlag
- Ganner/Maurer/Mayr/Rainer: Österreichischer Heimratgeber. Manz Verlag
- Kopetzki: Grundriss des Unterbringungsrechts. Springer-Verlag, 2. Auflage im Druck
- Aigner, Ganner, Kletecka, Kletecka-Pulker, Memmer u. a.: Handbuch Medizinrecht für die Praxis. Manz Verlag
- Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge kann angefordert werden unter <http://www.bmsg.gv.at> oder Tel.: 0800/20 20 74
- Literatur zum Downloaden: <http://www2.uibk.ac.at/fakultaeten/c3/c305/mitarbeiter/ganner/index.html>

MITWIRKENDE

Dr. Peter Barth Justizministerium

Univ.-Prof. Dr. Ernst Berger Neurologisches Zentrum der Stadt Wien

Dr. Erwin Buchinger Landesrat für Soziales, Land Salzburg

Pfr. Mag. Michael Chalupka Präsident des ÖKSA,
Direktor der Diakonie Österreich

Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler Universität Wien,
Institut für Erziehungswissenschaften

Maga. Magdalena Lederer Evangelisches Diakoniewerk, Gallneukirchen

Maga. Judit Marte Caritaszentrale Österreich

Maga. Rosalinde Pimon Verein für Sachwalterschaft und
Patientenanwaltschaft, Oberösterreich

Maga. Irina Posteiner Verein für Sachwalterschaft und
Patientenanwaltschaft, Wien

Dr. Walter Schaffraneck Jugend am Werk, Zentrale

Maga. Irmtraud Sengschmied Evangelisches Diakoniewerk,
Gallneukirchen

Dr. Heinz Trompisch Lebenshilfe Österreich

Dr. Erich Wahl Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft,
Salzburg

Für die inhaltliche Konzeption verantwortlich: Dr. Peter Barth (Bundesministerium für Justiz), Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler, Maga. Regina Studener-Kuras (Arbeitsgruppe Sonder- und Heilpädagogik des Instituts für Bildungswissenschaft der Universität Wien), Maga. Magdalena Lederer (Diakoniewerk Gallneukirchen), GF Irene Köhler (Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit). **Lektorat:** Mag. Florian Praxmarer, **Satz:** Manfred Poor

DIE TEILNEHMERINNEN AN DER TAGUNG KAMEN AUS FOLGENDEN ORGANISATIONEN:

AK Salzburg

Alzheimer Angehörige Austria

Amt der Kärntner Landesregierung

Amt der Salzburger Landesregierung, Abteilung 13

Amt der Burgenländischen Landesregierung, Abteilung 6

Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Sozialabteilung

Amt der Salzburger Landesregierung, Referat 3/01

Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8A

API

APP Wien

ARGE Sozialdienst Mostviertel, Haus der Geborgenheit

ASG Wien

Bandgesellschaft

Behindertenheim Maria Saal

Bewohnerservice Gnigl

Bezirksgericht Hietzing

Bezirksgericht Vöcklabruck

Bezirksgericht Wels

Bezirksgericht Klosterneuburg

Bundesministerium für Justiz, Abteilung I/1

Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz

Caritas, WG Albatros

Caritas Ausbildungszentrum

Caritas Behindertenwohnheim

Caritas der Erzdiözese Wien

Caritas Salzburg, Tageszentrum Mittersill

Caritas-Heime, Schloss Schiltern

Caritasverband Salzburg

Caritaszentrale Österreich

Christian-Doppler-Klinik

Diakonie Kärnten

Diakonie Österreich

Diakoniewerk Gallneukirchen

EXIT-sozial, Verein für psychosoziale Dienste

Fonds Soziales Wien, Fachbereich Wohnen

Fachschule für Altendienste und Pflegehilfe, Diakonie-Zentrum Salzburg

Haus der Barmherzigkeit, Integrationsteam

Haus des Roten Kreuzes
Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie
Institut Hartheim gemeinn. BetriebsgmbH
Jugend am Werk
Kinderdorf St. Anton
Lebenshilfe Graz und Umgebung Voitsberg
Lebenshilfe Kärnten
Lebenshilfe Knittelfeld
Lebenshilfe Leoben
Lebenshilfe Niederösterreich
Lebenshilfe Oberösterreich
Lebenshilfe Tirol
Lebenshilfe Österreich
Magistrat der Stadt Graz
Magistrat der Stadt Wels
Miteinander GmbH
MOSAİK – Die Bunte Rampe
Neurologisches Zentrum der Stadt Wien
NÖ Patientenanzwaltschaft
Österreichisches Rotes Kreuz, LV Salzburg
Österreichischer Seniorenbund
Krankenhaus Zell am See
Pro mente Kärnten
Pro mente Oberösterreich
REHA Hof Schlüsselberg
Rehabilitationszentrum Bad Hering
Selbsthilfe Salzburg, SHG Alzheimer
Sozialtherapeutische Werk- und Wohnstätten
Stadtgemeinde Salzburg, Seniorenheim Itzling
Stadtheim Wiener Neustadt
Tageszentrum Rauchgründe
Universität Wien, AG Sonder- und Heilpädagogik
Universität Wien, Institut für Erziehungswissenschaften
Verein Ananas Hollabrunn
Verein für Sachwalterschaft und Patientenanzwaltschaft
Verein Wohnen und Arbeit
Volkshilfe Österreich
Wege – Betreutes Wohnen Laube