

Dr.-Ing. Nadine Glasow, Ing. arch. Sarka Voriskova

# Architekturfeedback Barrierefreiheit & Psychiatriearchitektur

24. Mai 2022

P3 Klinik Tutzing





Nach § 50 MBO sowie entsprechenden §§ der Landesbauordnungen:






“Öffentlich zugänglich sind bauliche Anlagen, die nach ihrer Zweckbestimmung **grundsätzlich von jedermann betreten und genutzt werden können**, wobei es nicht darauf ankommt ob die gebotene Dienstleistung öffentlicher oder privater Natur ist oder ob sie unentgeltlich oder gegen Entgelt erbracht wird.“

Öffentlich zugängliche bauliche Anlagen, jeweils beschränkt auf die dem allgemeinen **Besucher- und Benutzerverkehr dienenden Teile**, sind insbesondere:

- Firmen mit Endkundenkontakt
- Beherbergungsstätten, Hotels (insbes. Rezeption, Lobby, aber nicht Hotelzimmer)
- Krankenhäuser...

3. Klinikkonzept			
a) Konzeptionelle Darstellung	Ja	Eingang	Bemerkungen
Klinikname (Firmierung)			
Förderung nach Krankenhausfinanzierungsgesetz ?			
Medizinische Ausrichtung			
Geplante Klinikform z. B. Allgemeinkrankenhaus, Akutklinik mit bzw. ohne Notaufnahme, Fachklinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung/Kurklinik, ggf. Tagesklinik, teilstationäre Einrichtung etc.			
Detailliertes Leistungsspektrum, Benennung der stationären Indikationen			
Anzahl der geplanten Betten, differenziert nach Stations- bzw. Funktionsbetten (IMC-Betten, Intensivbetten, postoperative Aufwachbetten)			
Fachdisziplinen Schwerpunktbereiche			
Angebotene invasive und nicht-invasive Diagnostik- bzw. Therapieverfahren, Elektiv- bzw. Notfalldiagnostik			
Indikationen für eine stationäre Aufnahme, ggf. mit Eingrenzungen des diagnostischen und/oder therapeutischen Leistungsspektrums			
Erklärung, ob in der Klinik Personen mit ansteckenden Krankheiten oder psychisch Kranke aufgenommen werden sollen			
Patientenalter: Aufnahme von Erwachsenen und Kindern (Festlegung des Patientenalters erforderlich)			



	EG	1.OG	2.OG	3.OG	1.UG
					
Betten (Summe 77-125)	18 - 27 Betten	27 - 41 Betten	13-25 Betten	7-14 Betten	12-18 Betten
Status	offen	offen	offen	offen	Fakultativ geschützt
Ausrichtung/ Behandlungsschwerpunkte					
Altersgruppe					
Aufnahme akut (liegend möglich)	ja	nein	nein	nein	ja
Behandlung Rollstuhlnutzer möglich	nein	nein	Ja (1x)	nein	nein
Behandlung von Menschen mit Mobilitäts- einschränkungen	Ja (2x)	Ja (2x)	nein	nein	Ja (4x)

Synergien?



# Erschließung und Orientierung



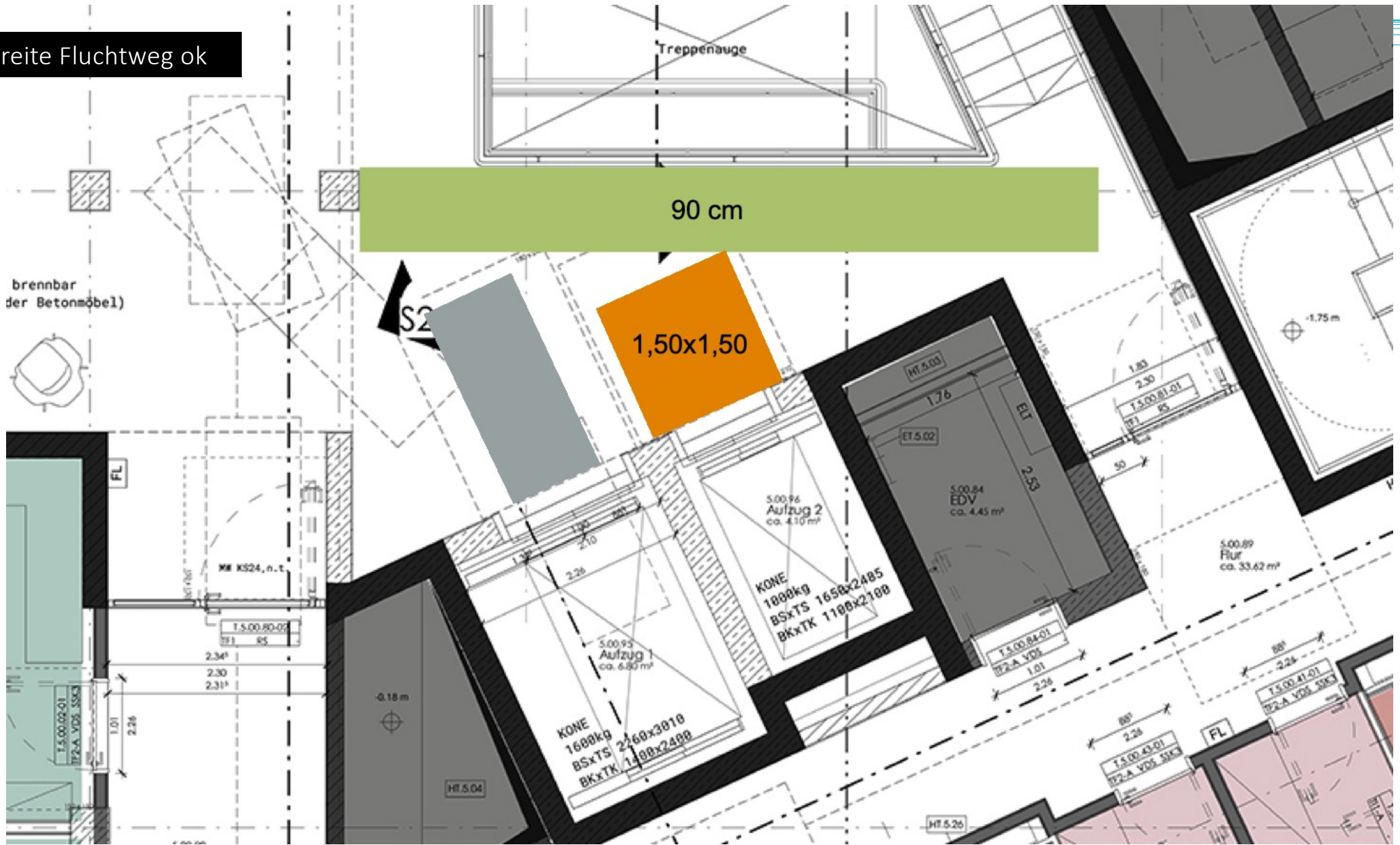


Breite Fluchtweg ok

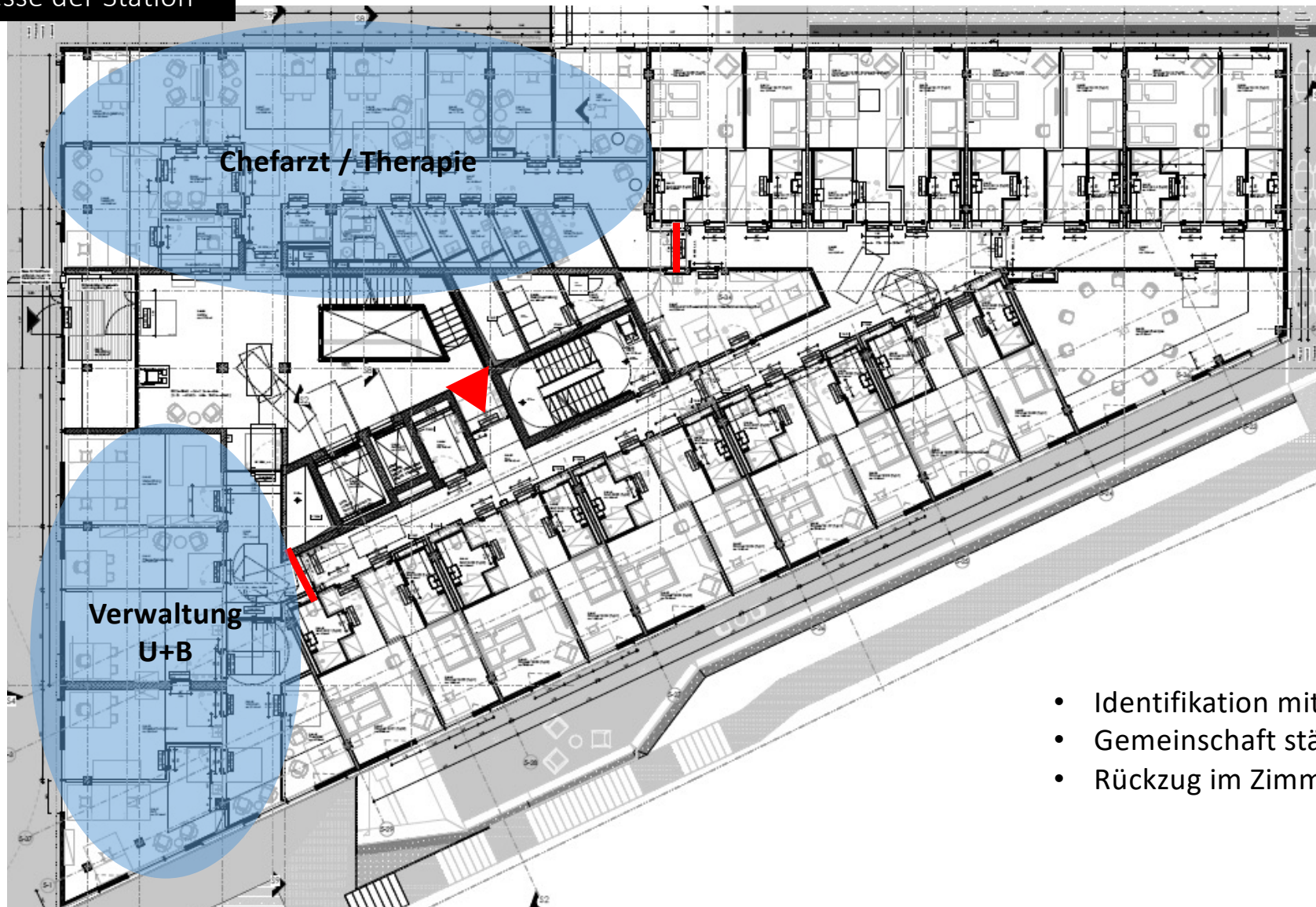
90 cm

1,50x1,50

brennbar  
der Betonmöbel)







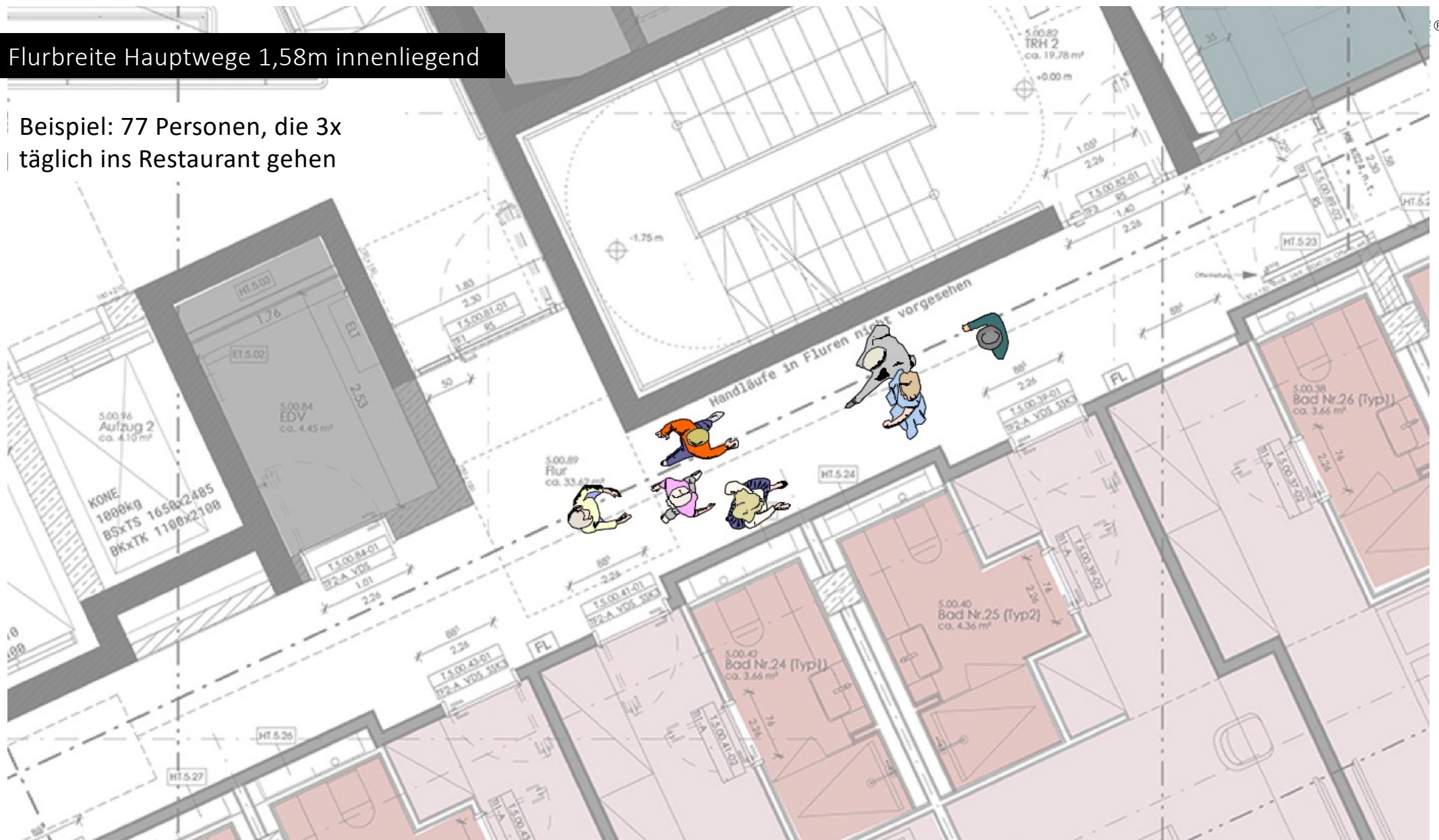
- Identifikation mit der Station
- Gemeinschaft stärken
- Rückzug im Zimmer?





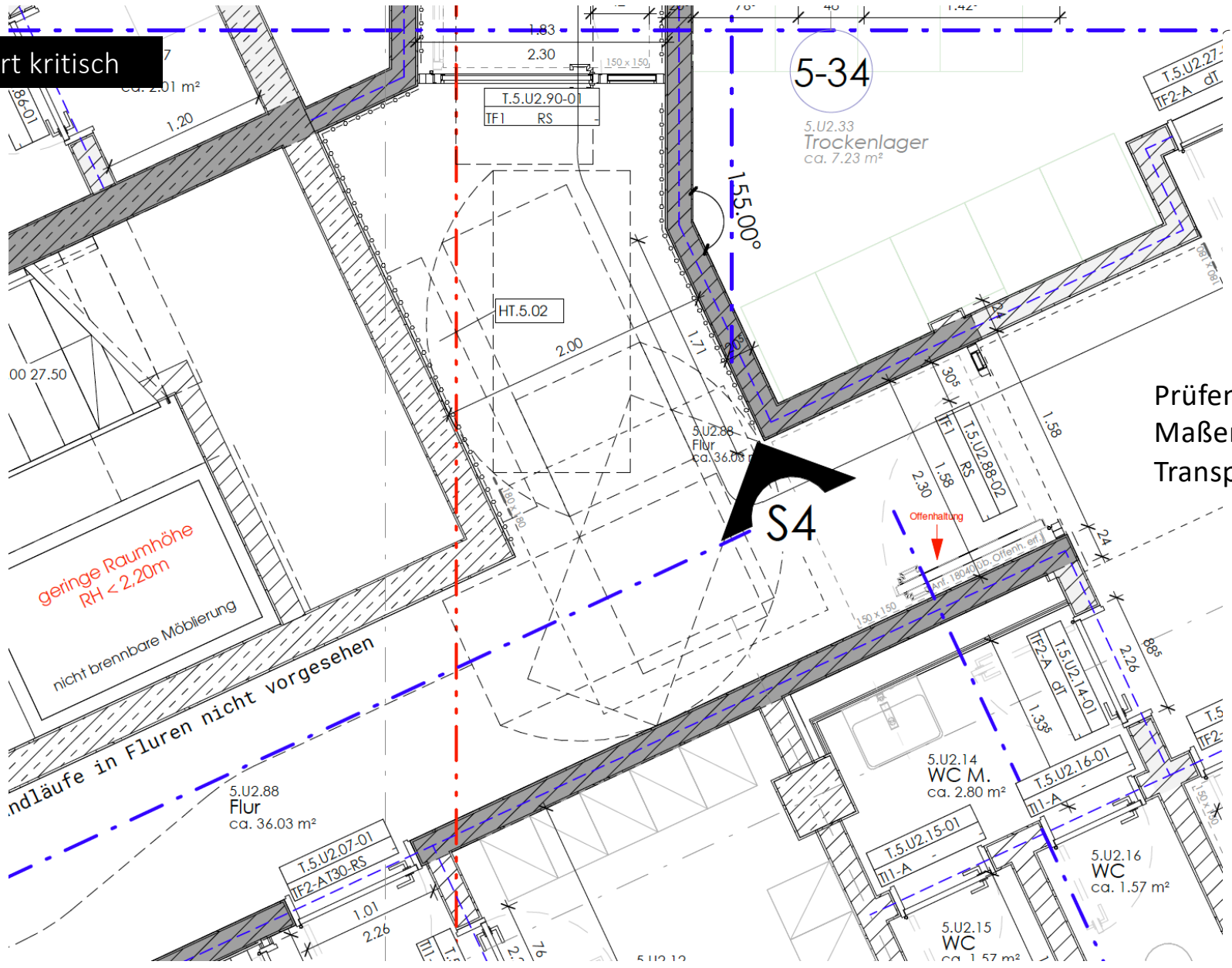
Flurbreite Hauptwege 1,58m innenliegend

Beispiel: 77 Personen, die 3x täglich ins Restaurant gehen





Liegendtransport kritisch



geringe Raumhöhe  
RH < 2.20m

nicht brennbare Möblierung

Leitläufe in Fluren nicht vorgesehen

S4

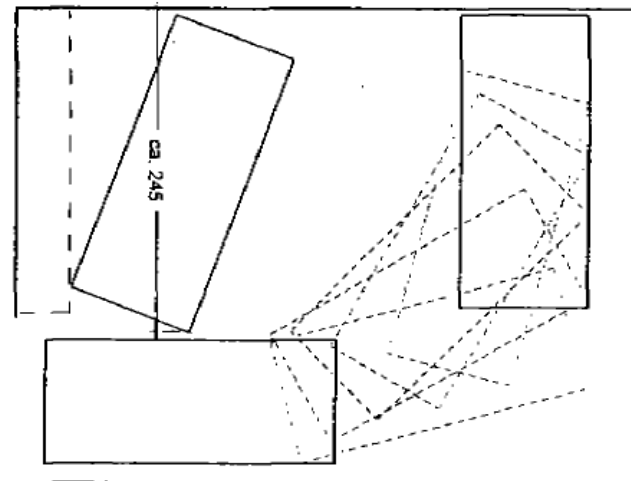
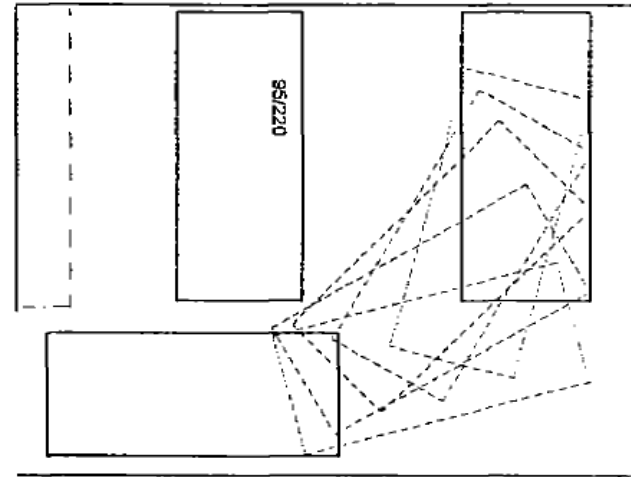
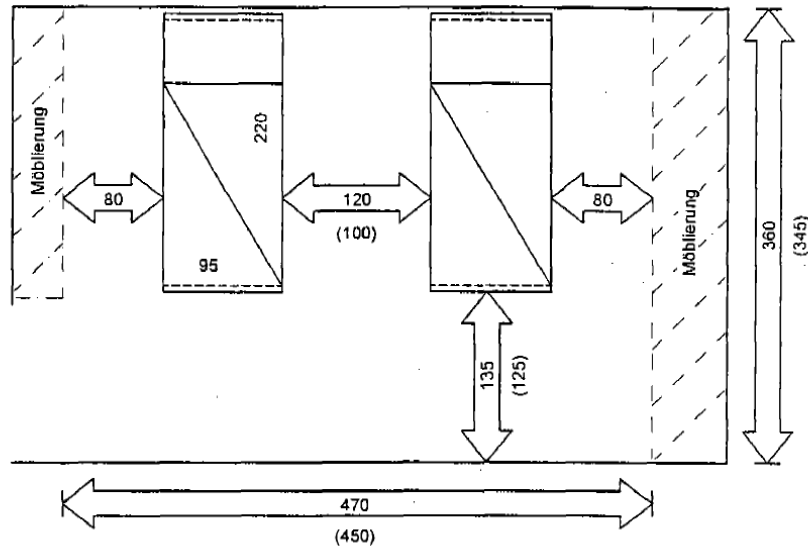
Prüfen mit  
Maßen  
Transportliege!

Offenhaltung

Anf. 1804 (bzw. Offenht. erf.)

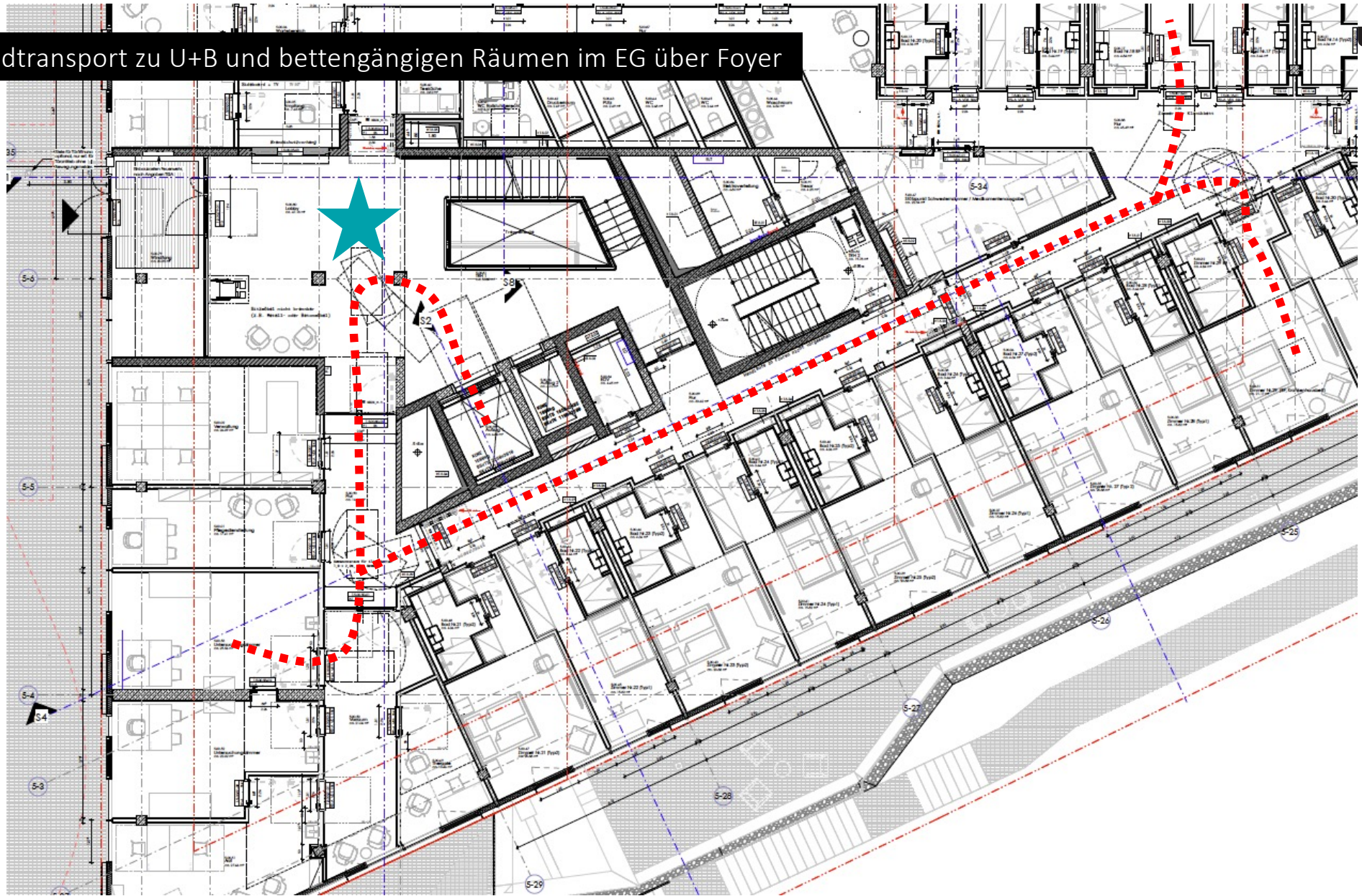
## Vergleich Bewegungskurve im Zimmer (B mind. 2,20m)

nach Arbeitshilfe für die Planung von Allgemeinpflege-Einheiten der  
Bauministerkonferenz (ARGEBAU)



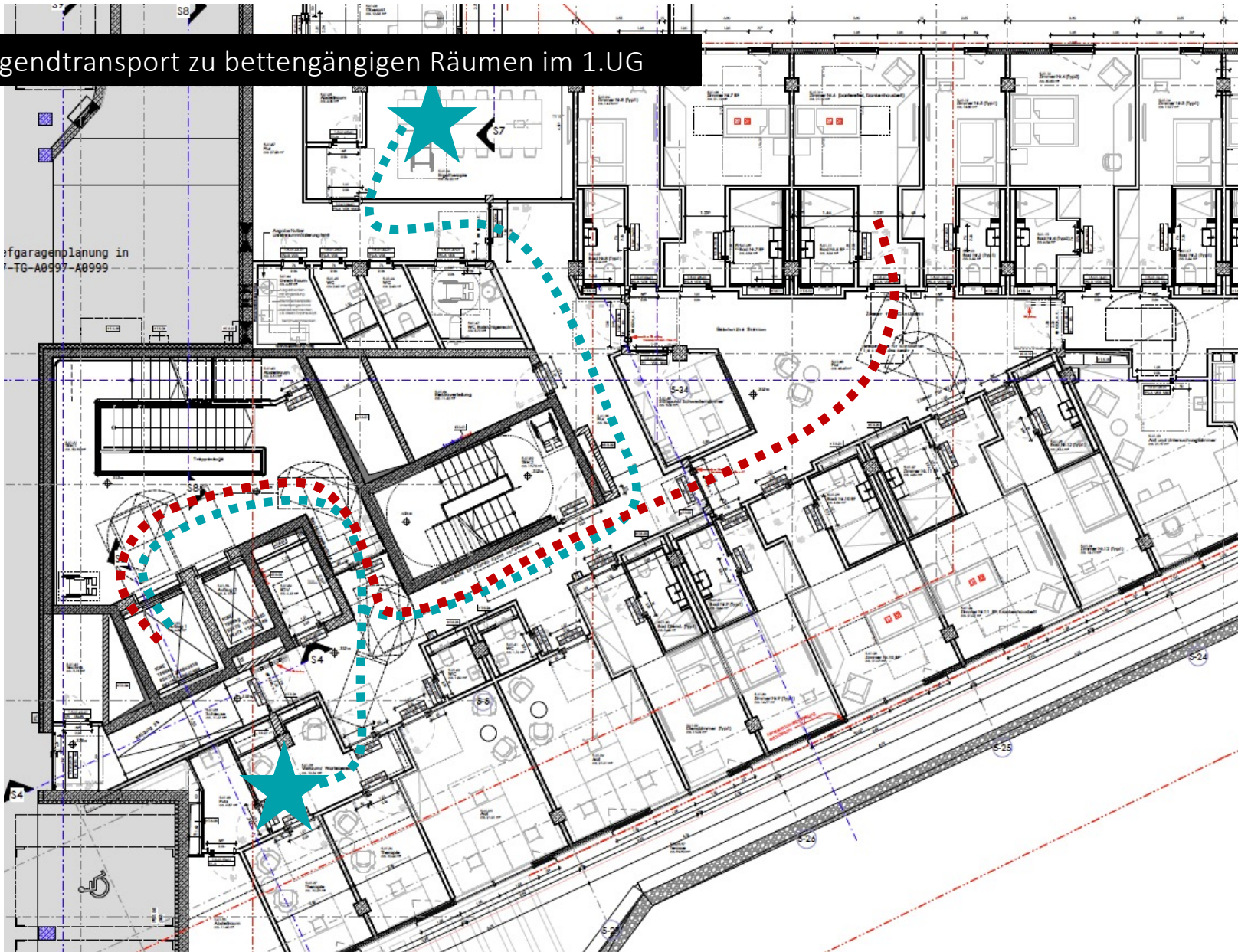


Liegendtransport zu U+B und bettengängigen Räumen im EG über Foyer





Liegendtransport zu bettengängigen Räumen im 1.UG







# Pflege







Eingangsbereich | Foto: Ruedi Walti, Basel

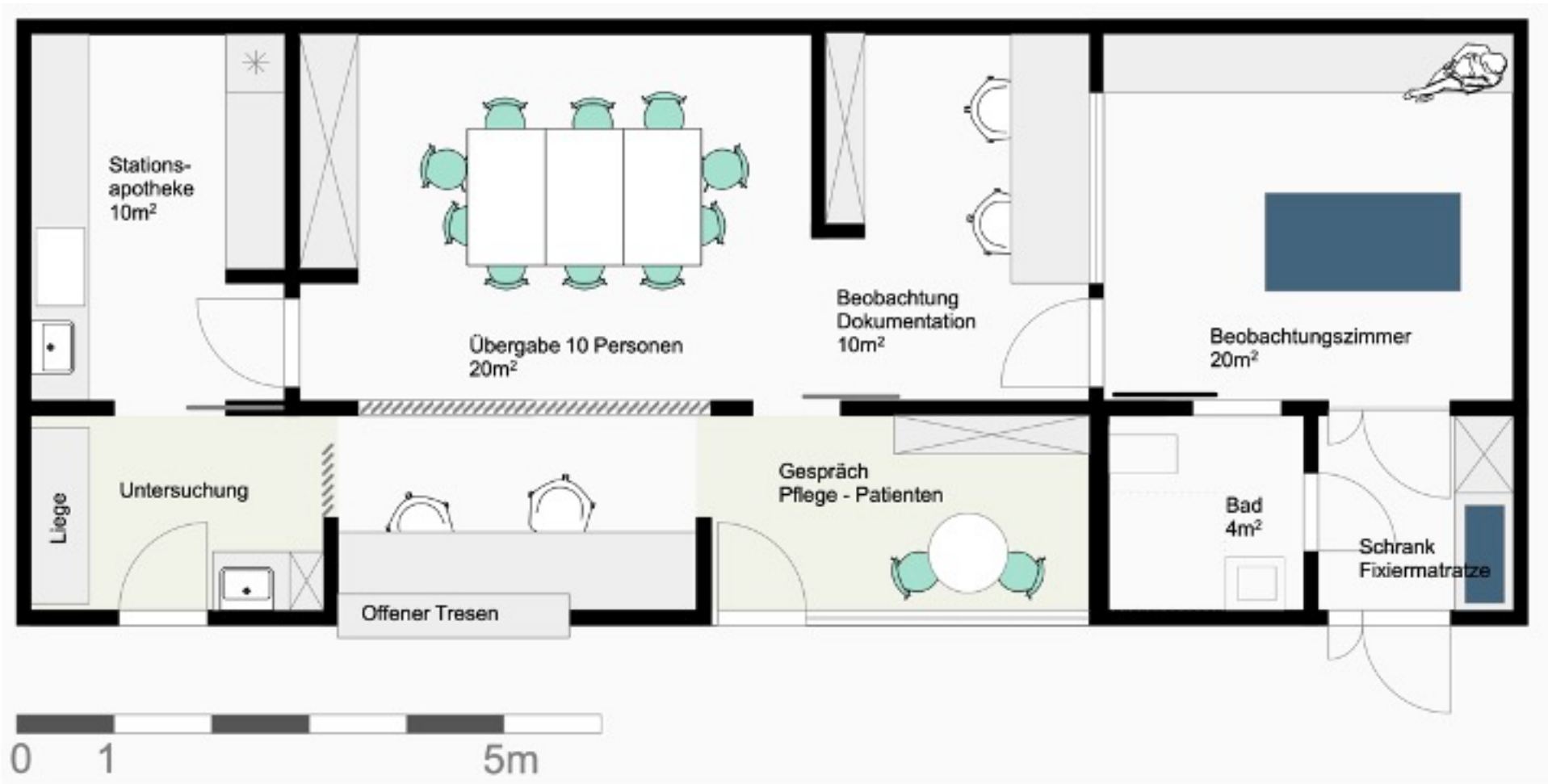
	Vorgabe Gesundheitsamt	EG 	1.OG 	2.OG 	3.OG 	1.UG 
Betten		18 - 27 Betten	27 - 41 Betten	13-25 Betten	7-14 Betten	
Stützpunkt	>14 qm	22,54 qm	17,10 qm	17,10 qm	--	9,3 qm
Reiner AR	>12 qm	--	--	--	--	--
U+B	16 qm	25,6 qm 22,0 qm	--	--	--	22 qm Arztzimmer mit U+B
Lager	12 qm	--	3,1 qm Wäsche	3,1 qm Wäsche	5,8 qm	--
Teeküche Patienten	erforderlich	2,8 qm Für Patienten?	--	--	7,5 qm	--
Personal-aufenthalt	Erforderlich (1qm/Person)	--	11,6 qm 9,5 qm	--	--	--



## Nebenräume

Teeküche	8	bei Speiseerwärmung auf Station entsprechend Mehrfläche
Pflegearbeitsraum rein	10	mit Pflegestützpunkt kombinierbar
Arbeitsraum unrein	5	mit Abguss, Fäkalspüle, Handwaschbecken und Abstellflächen für Entsorgung (2 Räume je Pflegeeinheit)
Pflegestützpunkt	14 (± 2)	mit mindestens 1 EDV-Arbeitsplatz je nach Größe der Pflegeeinheit bzw. Organisationsform
Geräteraum <sup>2)</sup>	12 0,5	Minimum; je Bett; für Infusionsständer, Extensionsgeschirr, Verbandswagen, Fahrhilfen etc.
Lager <sup>2)</sup>	10 0,4	Minimum; je Bett; Lagerung von Verbands- und Hilfsmitteln sowie Wäsche; Stellfläche für Wäschecontainer und Verbandswagen; Flächenbedarf vom Logistikkonzept abhängig wie z.B. Lieferrhythmus, Modullagerung etc.

**Fachkommission Haustechnik und Krankenhausbau - Arbeitsbereich Krankenhausbau -  
im Ausschuss für staatlichen Hochbau der Bauministerkonferenz (ARGEBAU)**



Pausenraum 21 qm insgesamt vorhanden

Lage innerhalb einer Station ungünstig

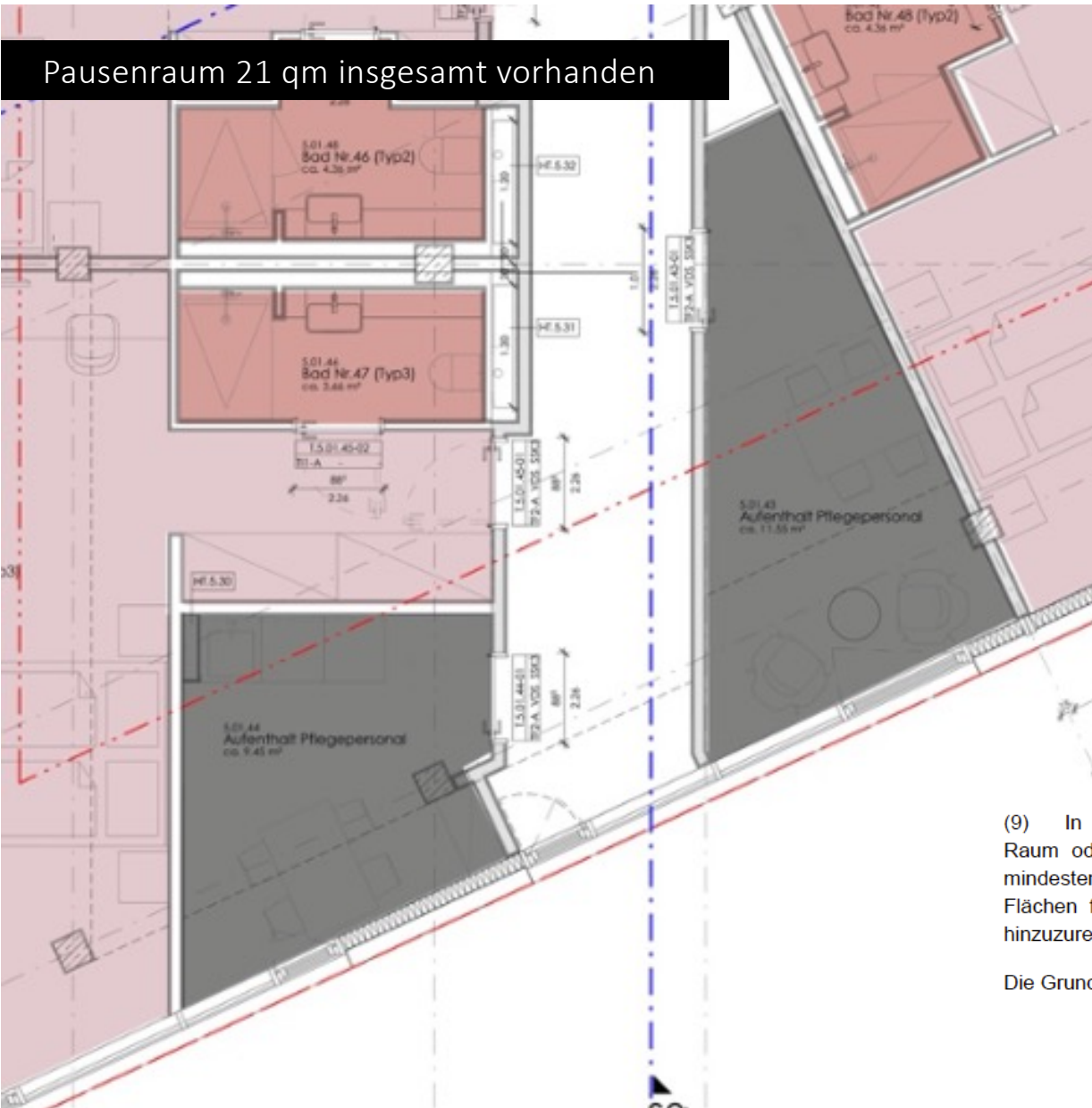
bei gesamt mind. 53 Mitarbeitenden  
und ohne Abzug der Verkehrswege:

Pause in 3 Schichten

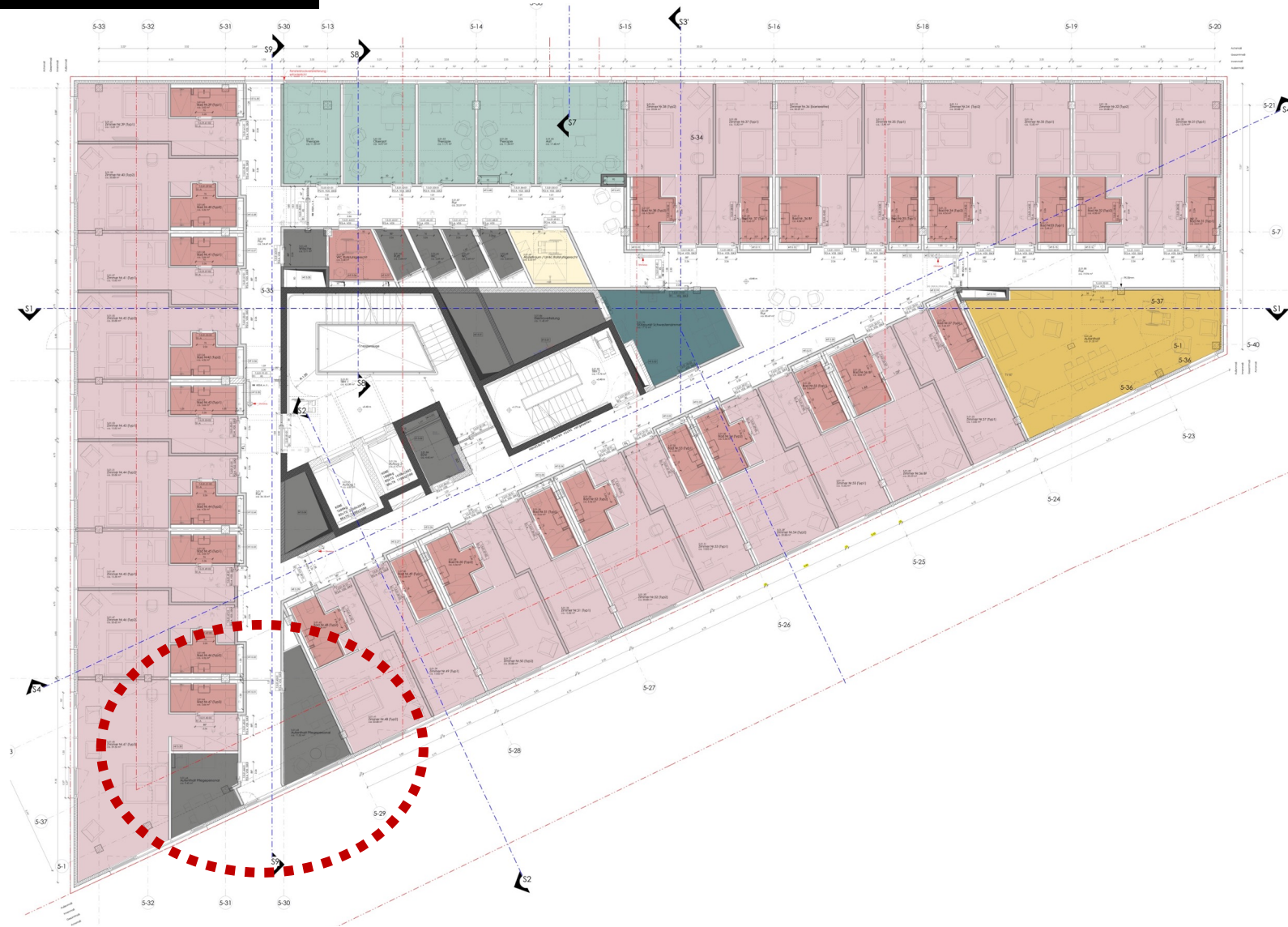
(Personal Logistik, Reinigung usw. noch nicht enthalten)

(9) In Pausenräumen und Pausenbereichen muss für Beschäftigte, die den Raum oder Bereich gleichzeitig benutzen sollen, eine Grundfläche von jeweils mindestens 1,00 m<sup>2</sup> einschließlich Sitzgelegenheit und Tisch vorhanden sein. Flächen für weitere Einrichtungsgegenstände, Zugänge und Verkehrswege sind hinzuzurechnen (siehe ASR A1.2 „Raumabmessungen und Bewegungsflächen“).

Die Grundfläche eines Pausenraumes muss mindestens 6,00 m<sup>2</sup> betragen.



Lage innerhalb der Station ungünstig



Nutzbarkeit Teeküche Orientierung an ASR empfohlen

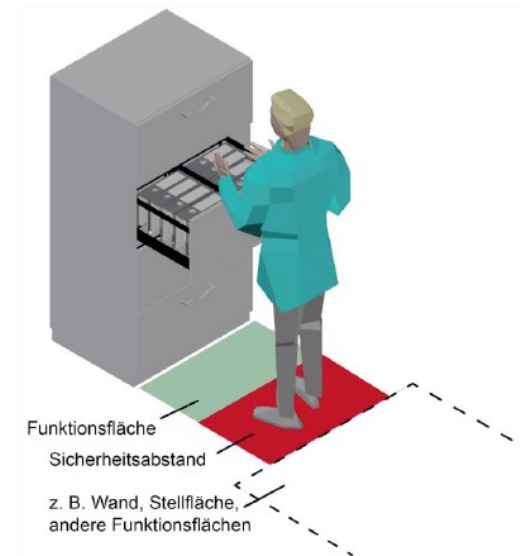
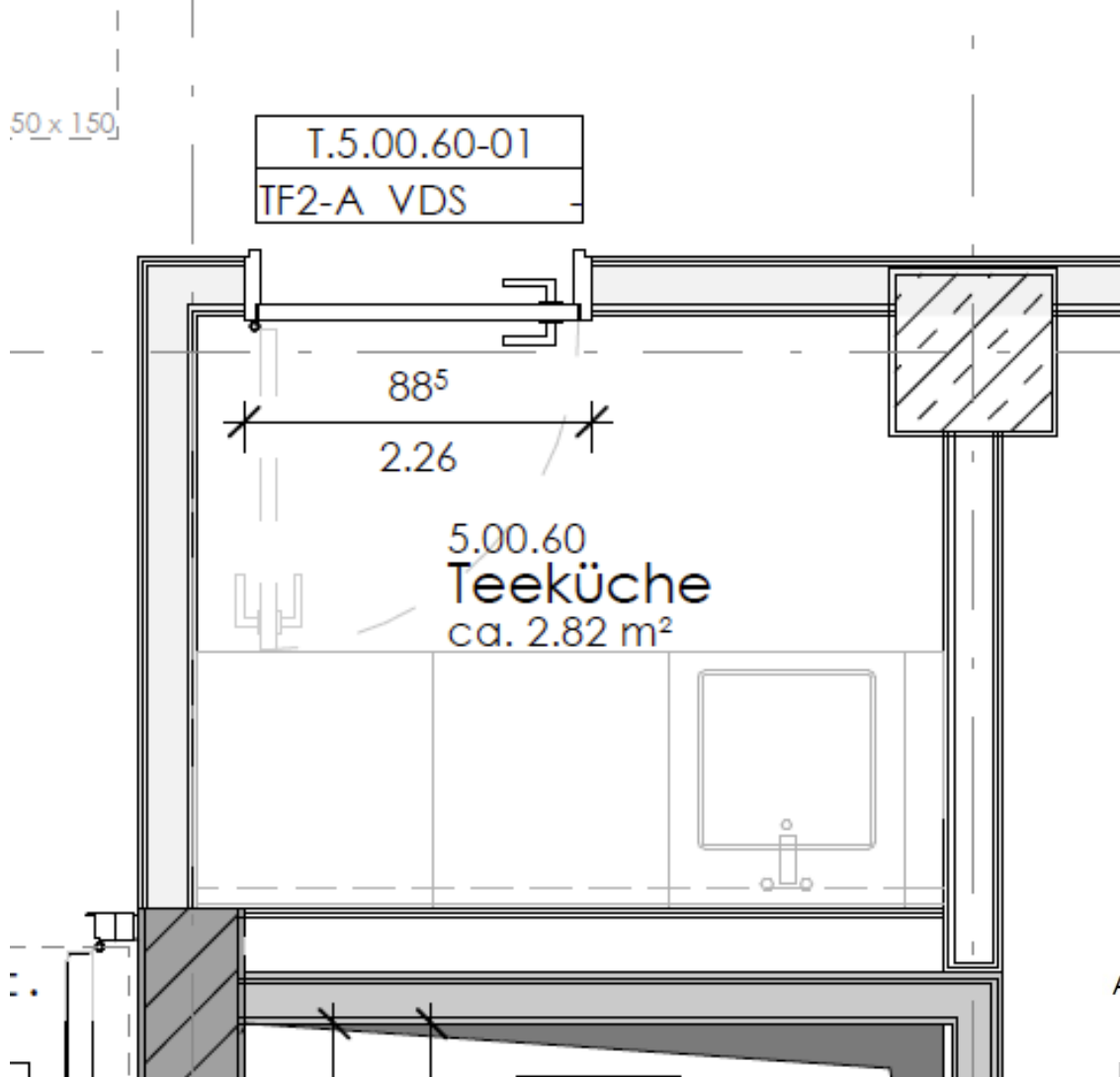


Abb. 10: Beispiel für Funktionsfläche und Sicherheitsabstand zur Benutzung eines Schrankes (Quelle: VBG Hamburg [www.vbg.de])

# Ver- und Entsorgung

	Vorgabe Gesundheitsamt	EG	1.OG	2.OG	3.OG	1.UG
Betten		18 - 27 Betten	27 - 41 Betten	13-25 Betten	7-14 Betten	12-18 Betten
Unreiner AR	6 qm 2x / 30 Betten	--	--	--	--	4,9 qm
Gerätelager	34 qm	--	6,3 qm Umkleide Rollstuhlnutzer	--	--	11,4 qm Schlecht zugänglich
Putzraum	>4 qm	2,7 qm	2,7 qm	2,7 qm	2,8 qm	4,9 qm Schlecht zugänglich
Entsorgung	12 qm	--	--	--	--	--
WC Besucher	3 qm	--	2,7 qm	2,7 qm	--	--
WC Personal	Erforderlich, geschlechtergetrennt	2x vorhanden	2x vorhanden	2x vorhanden	2x vorhanden Umwidmung möglich	2x vorhanden Plus 2 WC Patienten Therapie



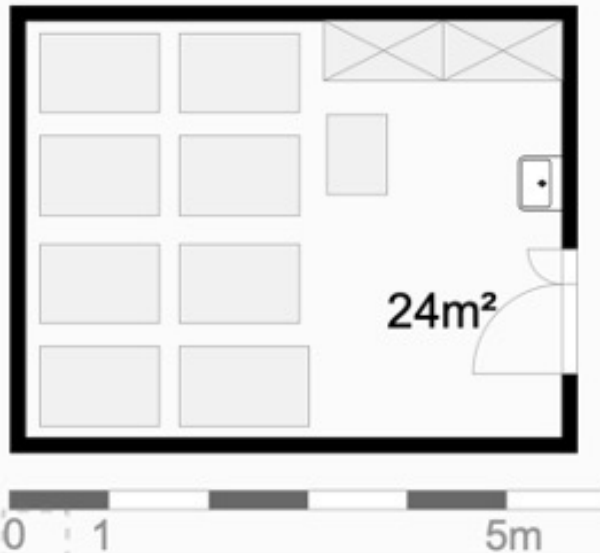
## Nebenräume

Teeküche	8	bei Speiserwärmung auf Station entsprechend Mehrfläche
Pflegearbeitsraum rein	10	mit Pflegestützpunkt kombinierbar
Arbeitsraum unrein	5	mit Ausguss, Fäkalspüle, Handwaschbecken und Abstellflächen für Entsorgung (2 Räume je Pflegeeinheit)
Pflegestützpunkt	14 (± 2)	mit mindestens 1 EDV-Arbeitsplatz je nach Größe der Pflegeeinheit bzw. Organisationsform
Geräteraum <sup>2)</sup>	12 0,5	Minimum; je Bett; für Infusionsständer, Extensionsgeschirr, Verbandswagen, Fahrhilfen etc.
Lager <sup>2)</sup>	10 0,4	Minimum; je Bett; Lagerung von Verbands- und Hilfsmitteln sowie Wäsche; Stellfläche für Wäschecontainer und Verbandswagen; Flächenbedarf vom Logistik-konzept abhängig wie z.B. Lieferrhythmus, Modullagerung etc.

**Fachkommission Haustechnik und Krankenhausbau - Arbeitsbereich Krankenhausbau -  
im Ausschuss für staatlichen Hochbau der Bauministerkonferenz (ARGEBAU)**



PuMi mit 6 Putzwagen  
2 Bodenreinigungsmaschinen



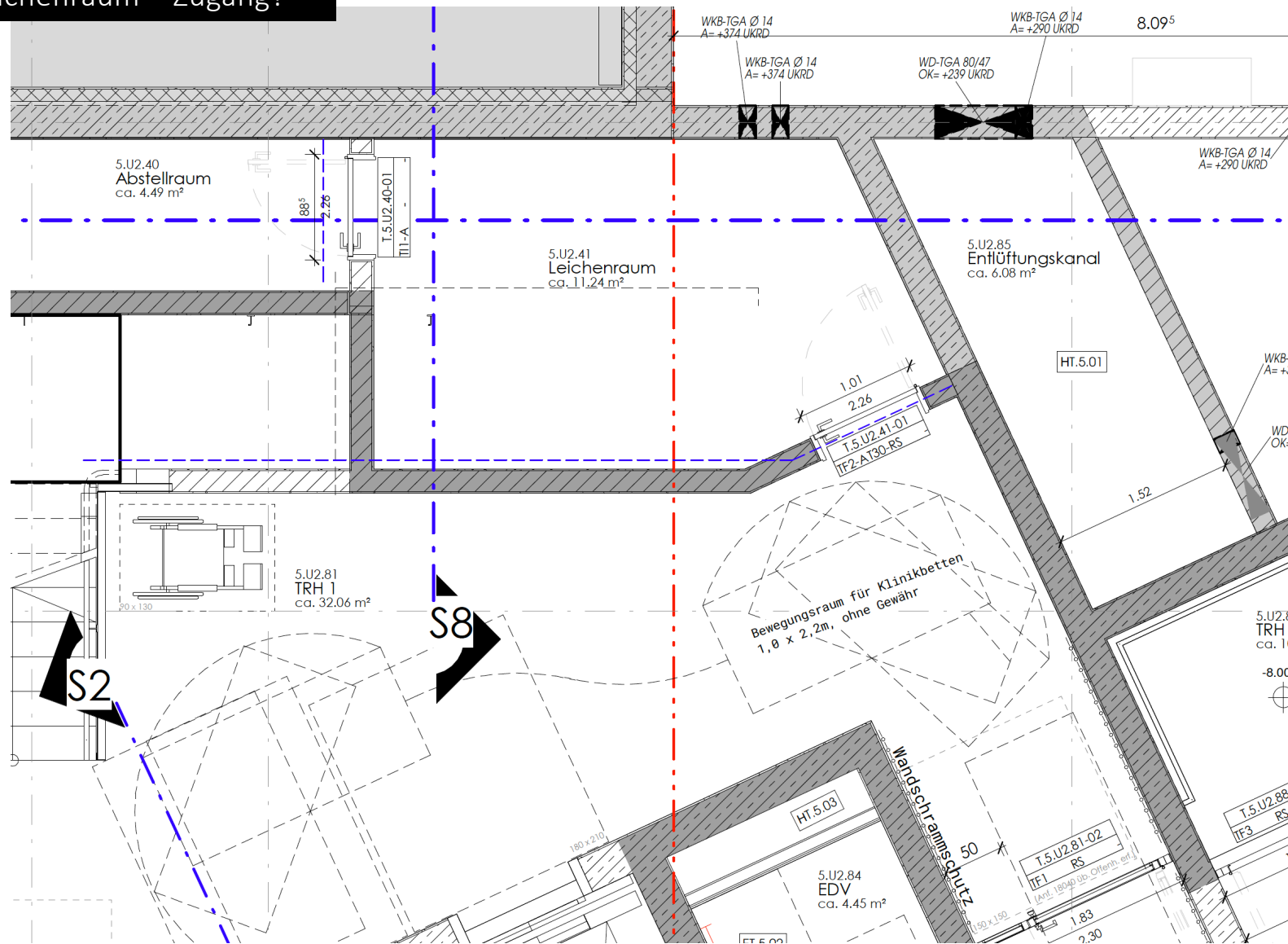
**Platz erforderlich für:**

- 6 Putzwagen
- Ausguss
- Desinfektionsmitteldosierer
- Lager Putzmittel
- 1 Poliermaschine
- 1 Flurreinigungsmaschine

**Reinigung der Räume:**

Alle Räume werden vom Reinigungspersonal gesäubert. Die Mitarbeiter des Reinigungspersonals nutzen den gemeinsamen Pausenraum mit.

# Nutzung Leichenraum – Zugang?

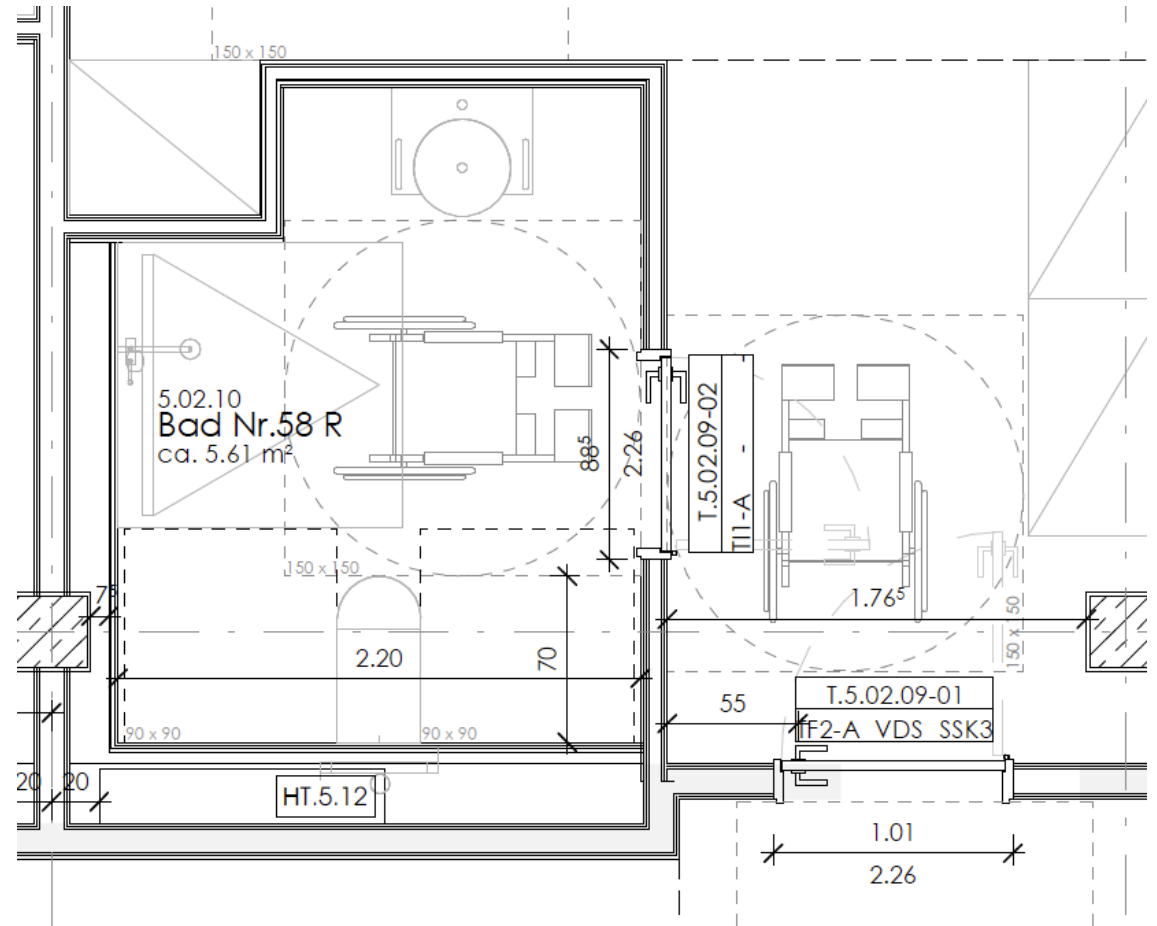
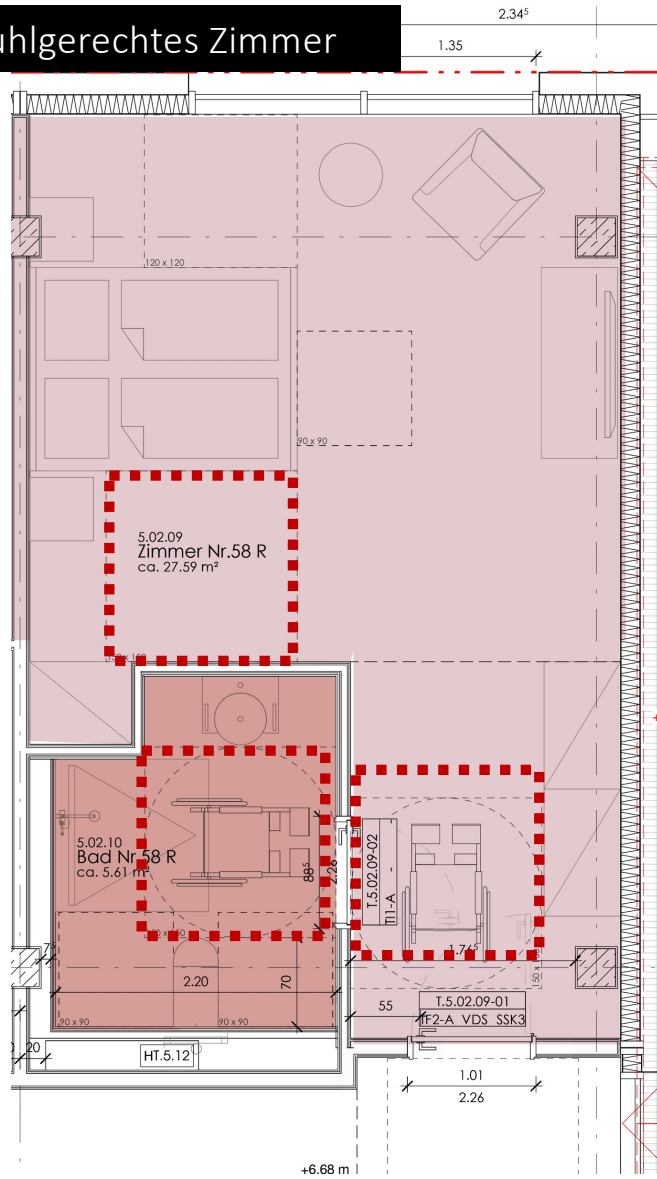


# Barrierefreiheit

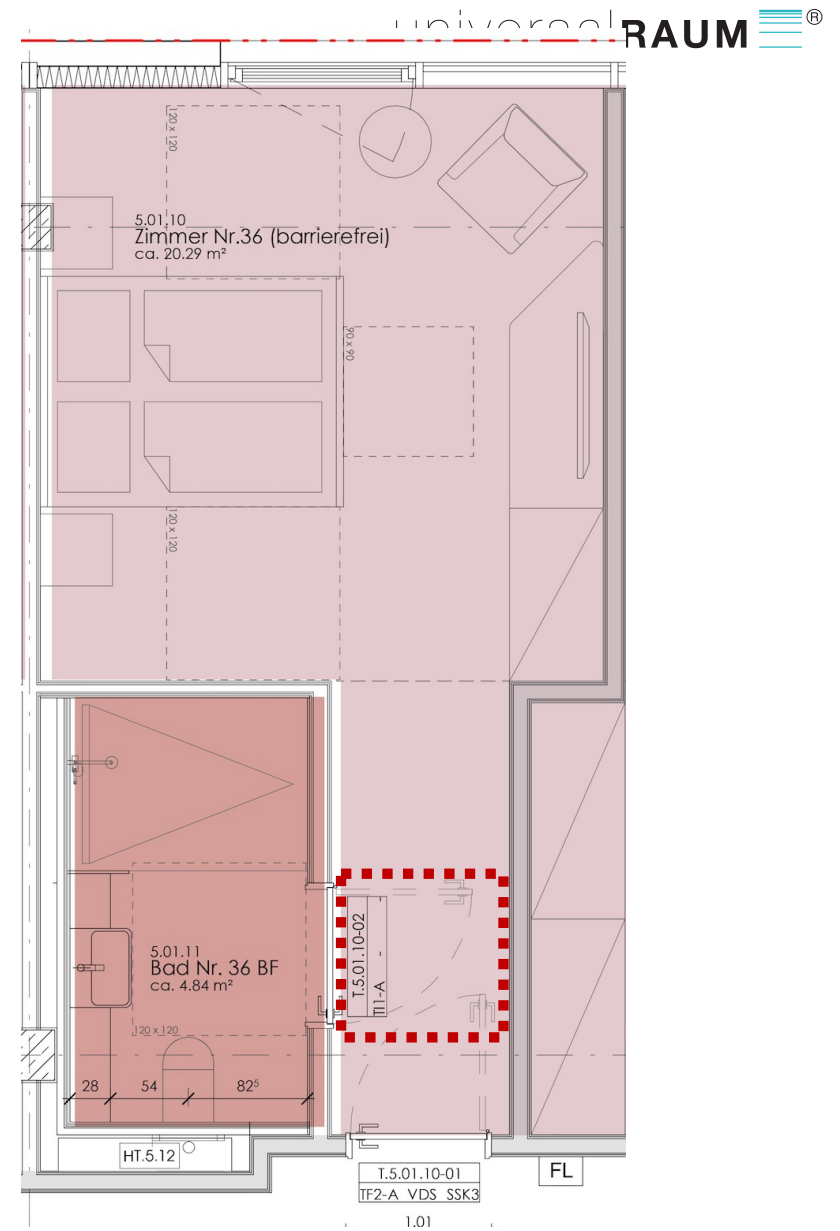
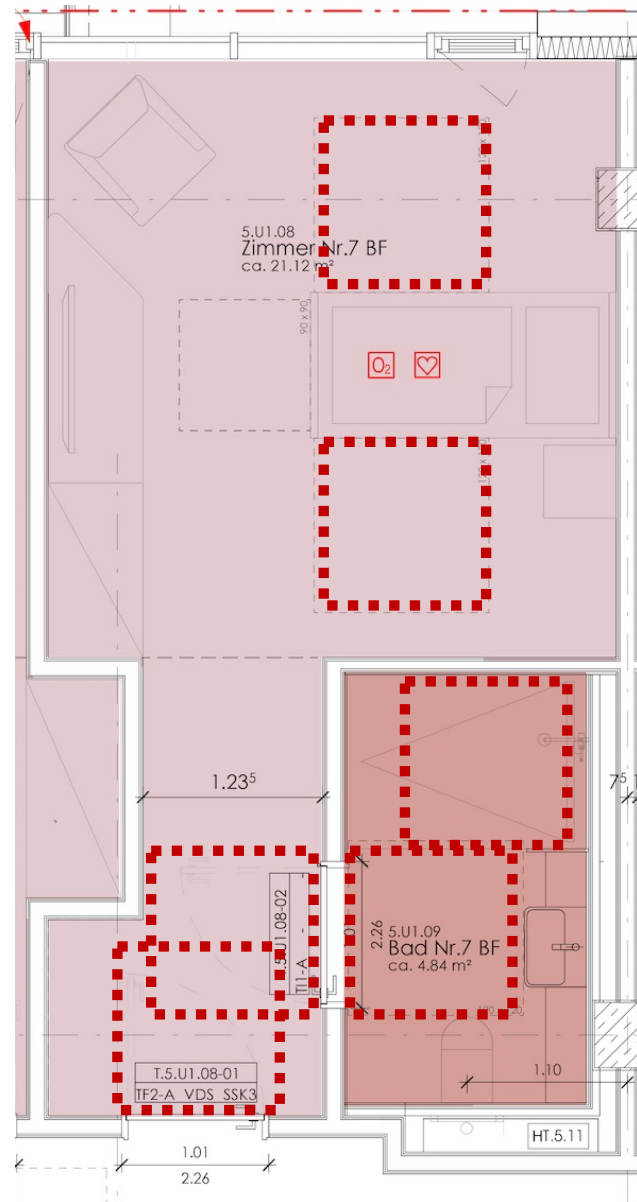
### 3. Räumliche Voraussetzungen

Die Einrichtung muss mindestens barrierearm eingerichtet sein. Außerdem sollen einige behindertengerechte **Zimmer** mit behindertengerechten Nasszellen eingerichtet sein.

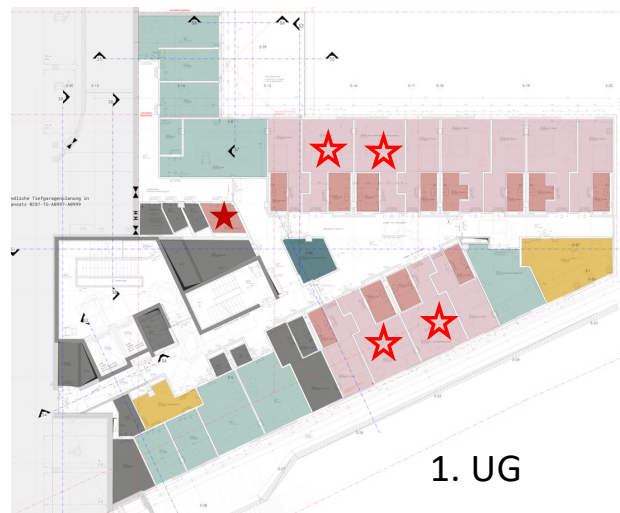
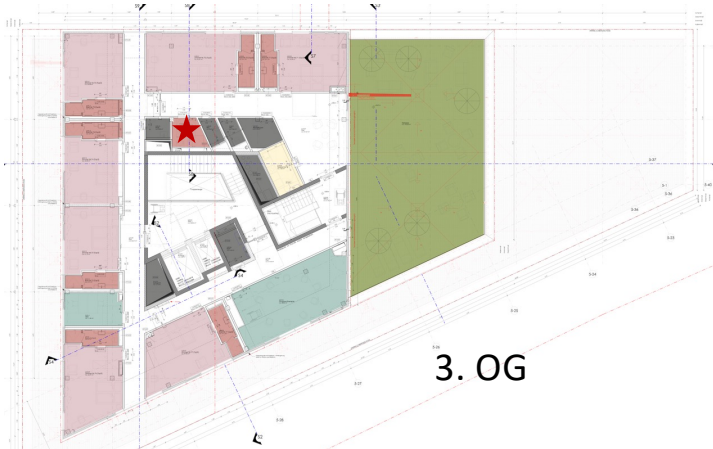
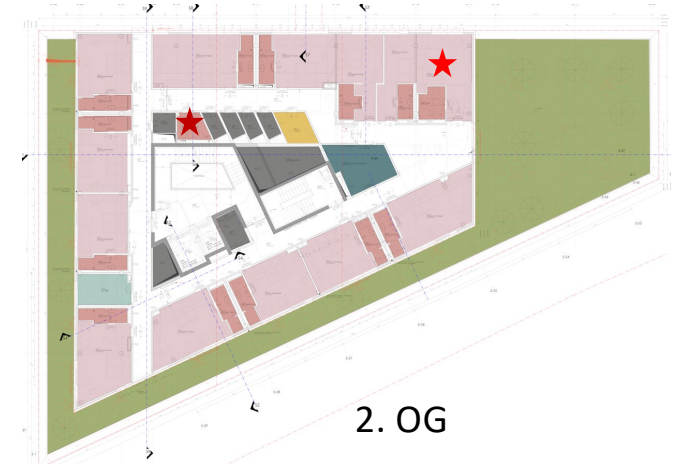
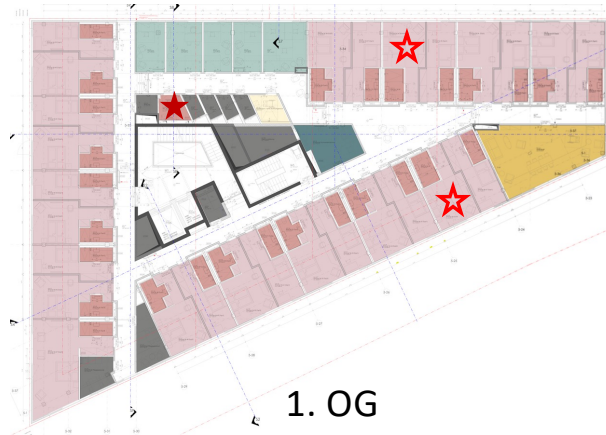
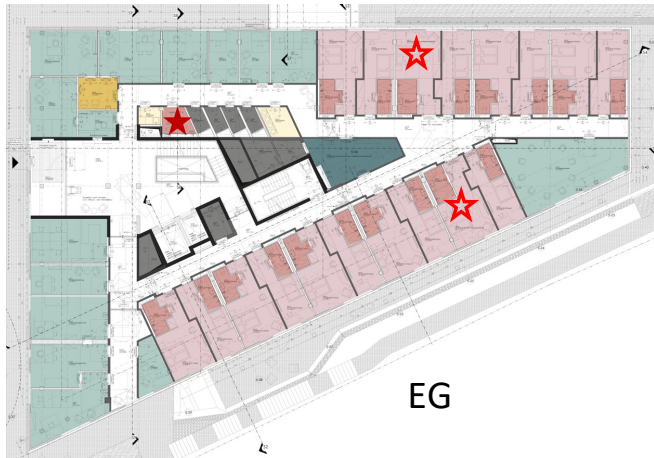
# Rollstuhlgerechtes Zimmer



# Barrierefreie Zimmer

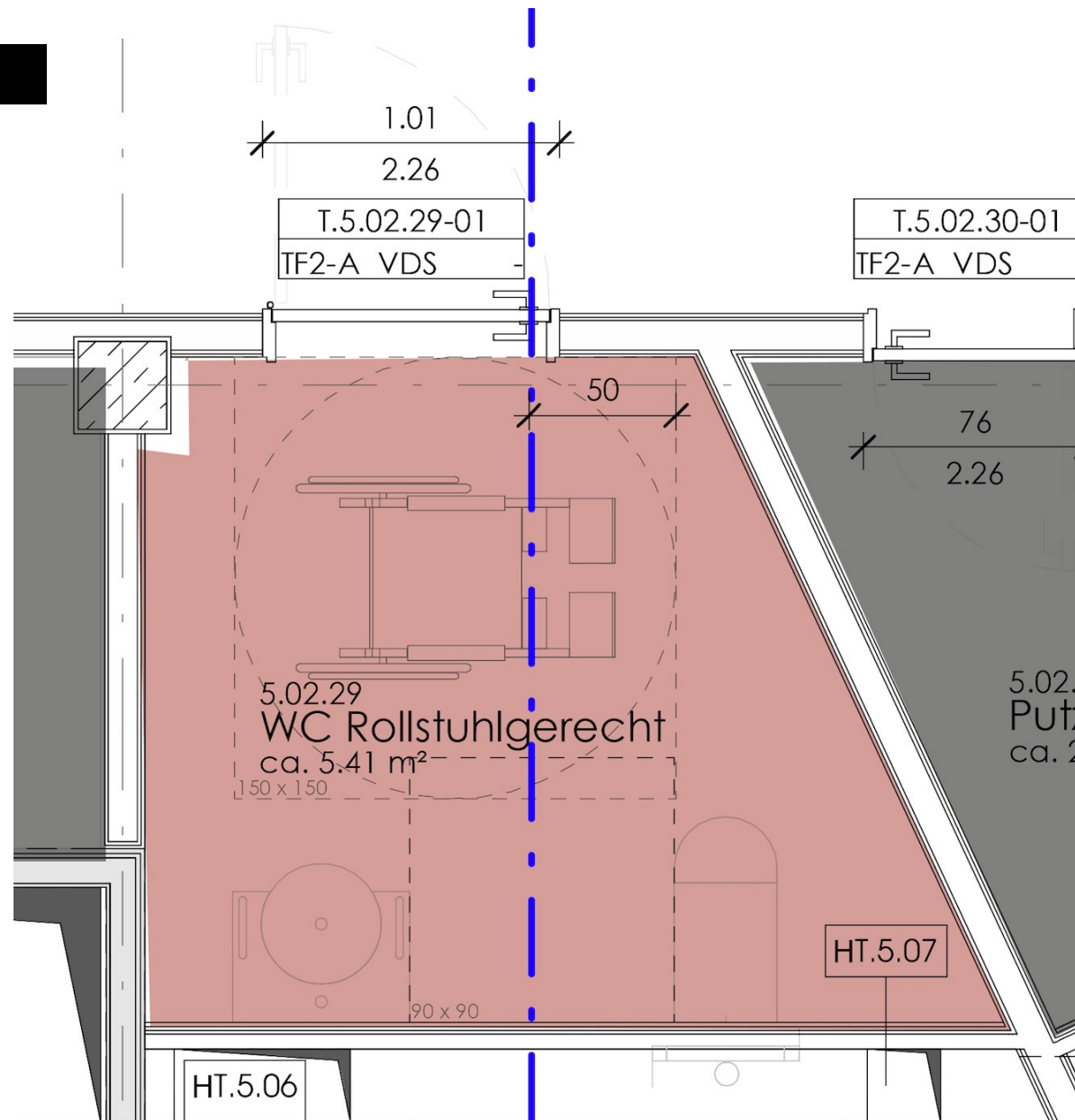


# Rollstuhlgerechte und barrierefreie Zimmer und Toiletten



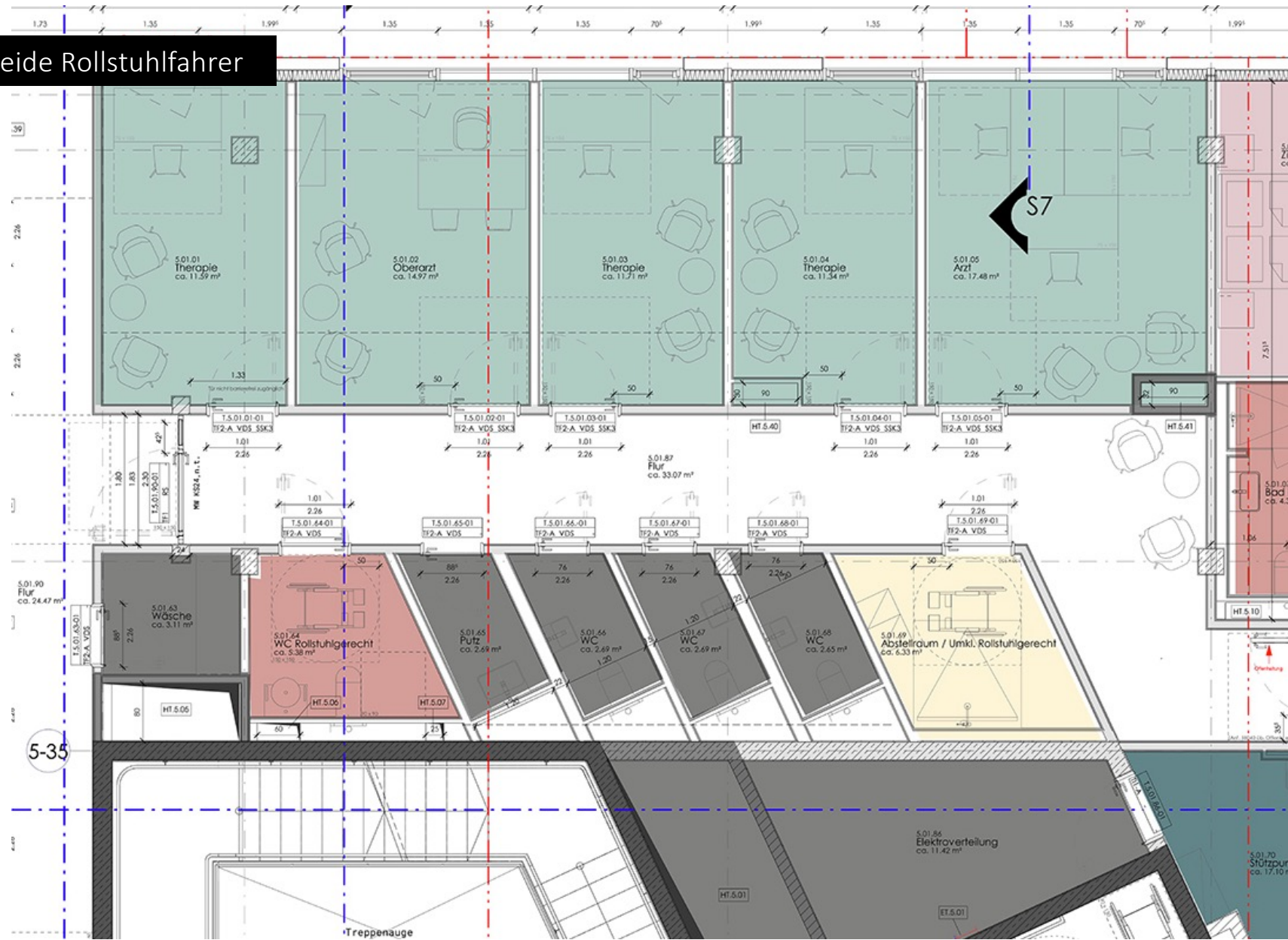


# Rollstuhlgerechte Toiletten

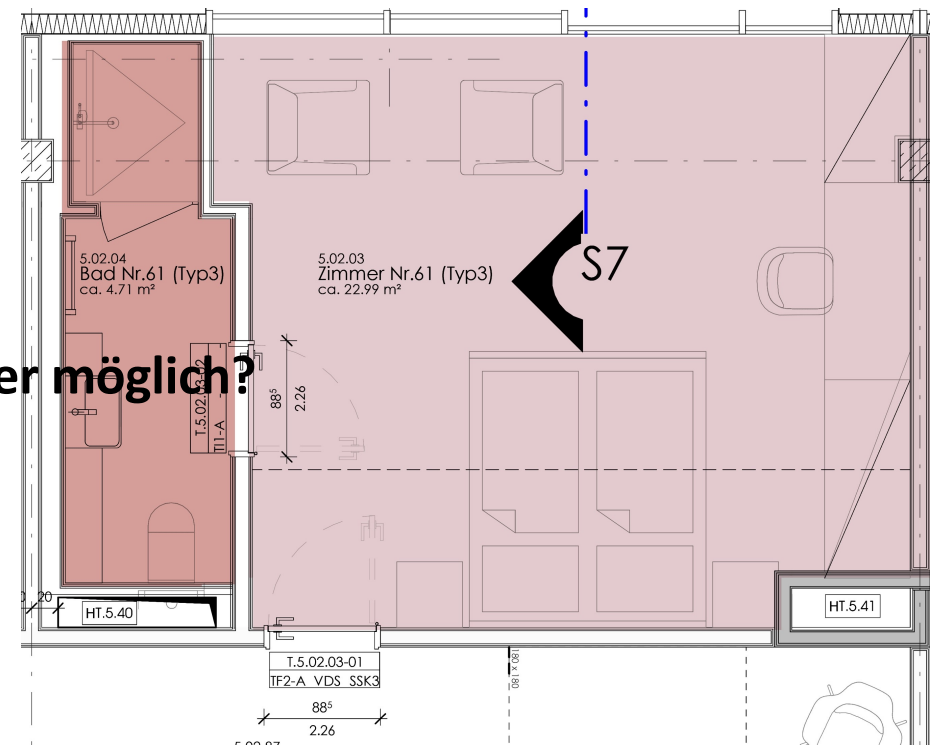
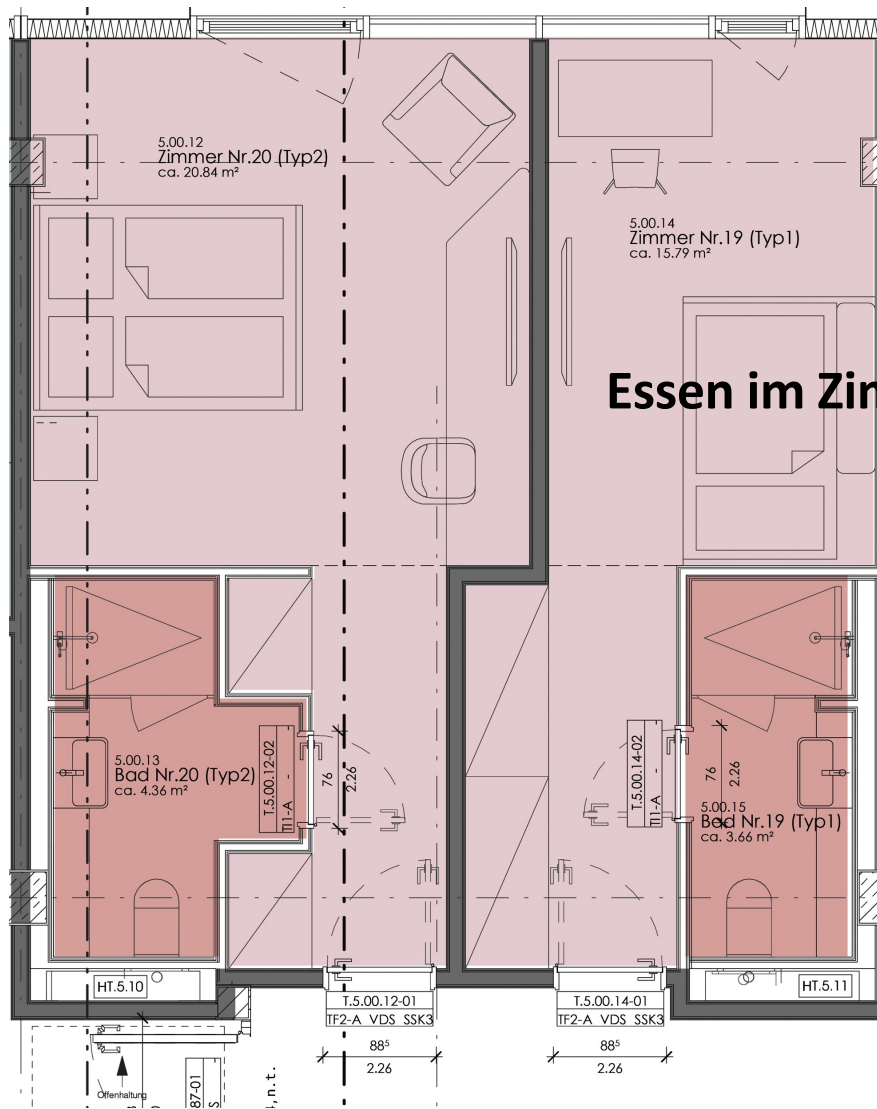




# 1. OG Umkleide Rollstuhlfahrer



# Zimmertypen



**Essen im Zimmer möglich?**

**Forderungen Gesundheitsamt:**

Bad mind. 4qm

Breite Tür Patientenzimmer mind. 1,10m

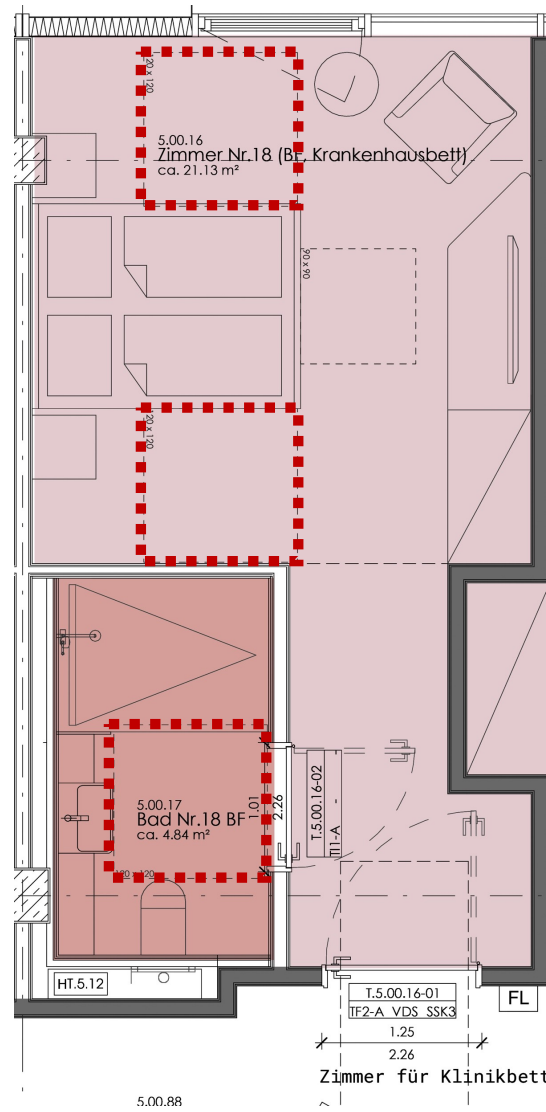
Breite Tür Nasszelle mind. 90cm

Außerdem:

Flurbreite 90 cm ermöglicht keine Unterstüzung (besser 1,20m)

Türöffnung nach außen zu empfehlen (Verbarrikadieren)

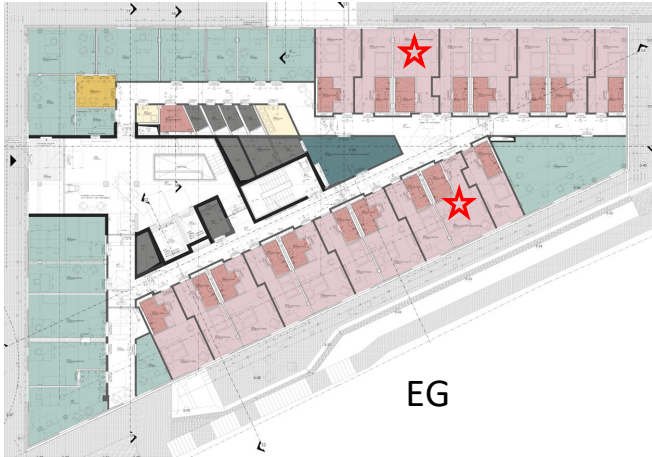
# Zimmer für Klinikbett



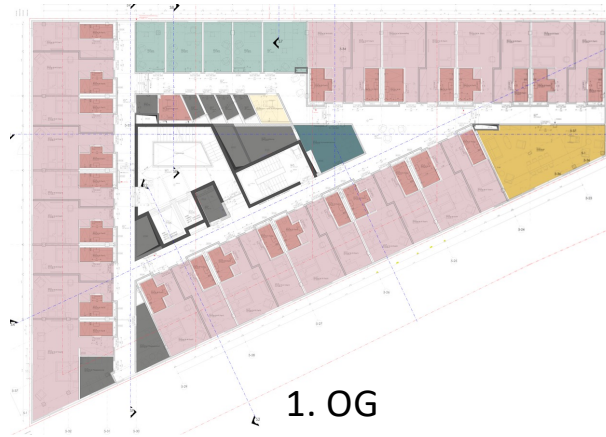
Bett kann nicht  
eingefahren werden!



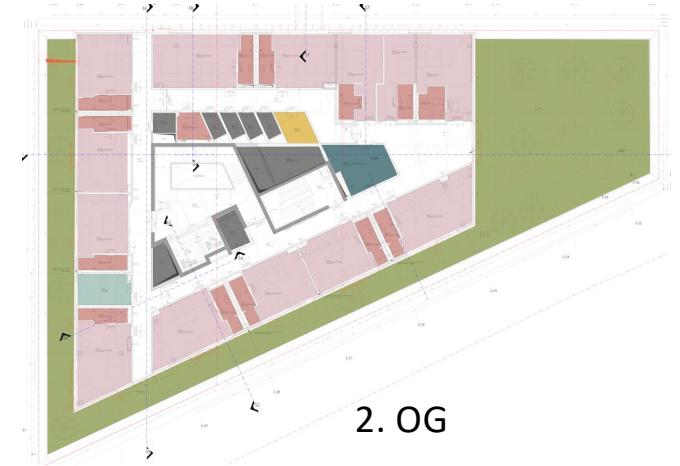
Zimmer für Klinikbett



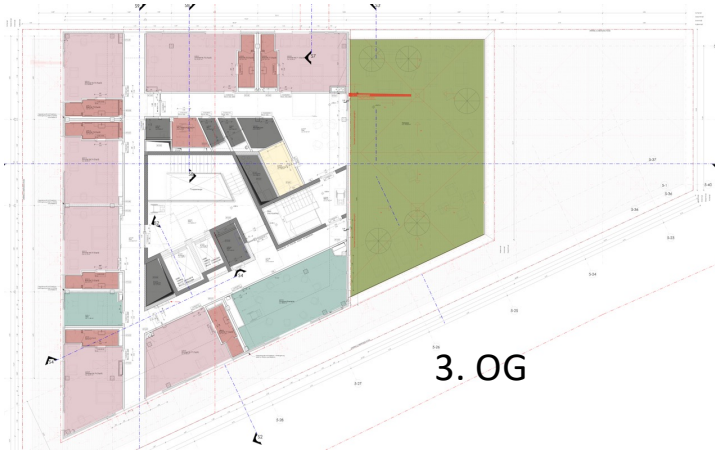
EG



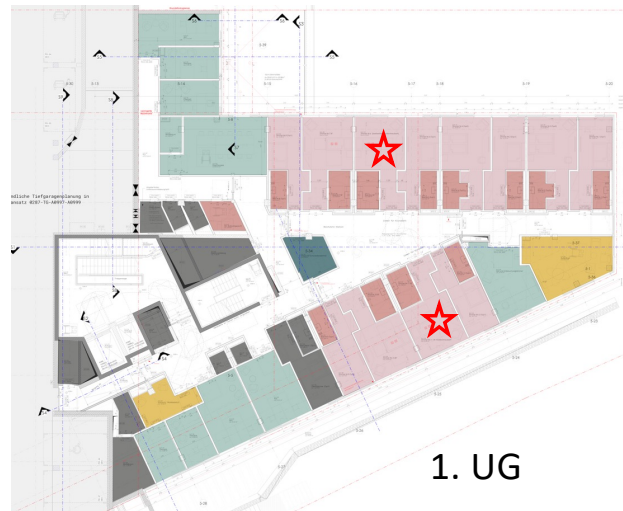
1. OG



2. OG



3. OG



1. UG

Oberflächenbeschaffenheit, Wand- und Bodenbeläge

Anforderungen in Bereichen der Patientenversorgung und in infektionsrelevanten Bereichen

- glatte, desinfektionsmittelbeständige Oberflächen

# Mitteilungen der DGKH



Verantwortlich:  
AG Ver- und Entsorgung

## Leitlinie: Anforderungen an die Bettenhygiene (IB)

Stand: Dezember 2002

### Präambel

Das Bett ist die unmittelbare Umgebung und damit die direkte Kontaktfläche des Patienten. Es ist somit mit dessen Keimen, Ausscheidungen und Schmutz kontaminiert. Krankenhaushygienische Untersuchungen brachten die Bestätigung des Nachweises pathogener Mikroorganismen. Damit ist eine Übertragung auf den nächsten Patienten ohne einwandfreie Aufbereitung des Bettes möglich.

Grundsätzlich hat daher jeder Patient Anspruch auf ein sauberes, hygienisch einwandfrei aufbereitetes und mit frischer Wäsche bezogenes Bett, von dem sich für ihn kein Infektionsrisiko durch den zuvor entlassenen Patienten ergibt (I B).

**Daher ist die Aufbereitung von Patientenbetten eine notwendige Maßnahme der Infektionsprävention.** Sie hat im Rahmen der Qualitätssicherung gegenüber rein betriebswirtschaftlicher Kalkulation stets Vorrang.

Arbeitsphysiologische, Sicherheits- und Umweltschutzaspekte müssen ebenfalls berücksichtigt werden.

### Grundsätze und hygienische Risikobewertung

Das Bett kann eine erhebliche Übertragungsfläche von pathogenen Keimen für Patienten und Personal sein. Die Möglichkeit der Keimübertragung wurde durch epidemiologische Studien bestätigt. Untersuchungen ergaben z. B. auf einer chirurgischen Station die Kontamination der Auflagenfläche mit Enterokokken, *S. aureus*, *E. coli*, *Pseudomonas* und *Acinetobacter* in einer Größenordnung von 100–400 KBE/dm<sup>2</sup>. Zusätzlich ist ein Eindringen von an der Außenseite anhaftenden Keimen in das Matratzeninnere nachgewiesen, sofern die Matratzen nicht mit einer keimdichten Barriere versehen sind.

Bei Transport und Aufbereitung von Patientenbetten muss das Risiko der Verbreitung von Krankheitserregern im Krankenhaus minimiert werden.

Bei Luftkeimmessungen wurde die Verbreitung von Patientenkeimen über die Luft, z. B. beim Bettenmachen bestätigt (I A).

Als Fazit ergibt sich die Einschätzung,

die Keimvermehrung und die Ansiedelung von Parasiten begünstigt.

Sofern der Patient an einer Infektion erkrankt, bzw. Keimträger für spezielle Erreger, z. B. VRE, MRSA, MRSE ist, wird das Infektionsrisiko für nachfolgende Patienten ohne einwandfreie Aufbereitung evident.

Hospitalisierte Patienten sind im Allgemeinen durch eine erhöhte Infektionsanfälligkeit gekennzeichnet.

Das Krankenhausbett ist wegen seiner vielfältigen Funktionen konstruktiv und technisch komplizierter als handelsübliche Betten mit der Konsequenz aufwendigerer und sachgerechterer Aufbereitung. Hersteller von Patientenbetten und Artikeln für Patientenbetten müssen daher gesicherte Angaben über die Aufbereitung und eine Produktbeschreibung vorlegen. Das Krankenhaus muss beim Hersteller/Lieferanten die Aufbereitungsmodalitäten und die Produktbeschreibung anfordern.

Die genannten Besonderheiten machen deutlich, dass sich das Kranken-



Allgemeinstation (bezogen auf eine Station mit 30 Betten)		
Haupträume	m <sup>2</sup>	Bemerkungen
Einbettzimmer <sup>*</sup>	13	ohne Nasszelle, berücksichtigt wird nur die reine Bettenstellfläche mit direkter Patientenumgebung (Nachtisch) weiteres Mobiliar (z. B. Tisch/Stühle) ist mit zusätzlicher Stellfläche zu berücksichtigen,
Zweibettzimmer <sup>*/**</sup>	10 / Bett	
Mehrbettzimmer <sup>**</sup>	8 / Bett	
Nasszelle	4	Ab 3 Betten zweiter Waschplatz
Einbettzimmer Iso	13+6 Schleuse 2x13 + 8 Schleuse	2 Zimmer mit gemeinsamer Schleuse möglich, eigene Nasszellen mit je 4 m <sup>2</sup> zusätzlich berücksichtigen

<sup>\*</sup> aus hygienischer Sicht als Standardlösung anzustreben

<sup>\*\*</sup> Durchfahrt für die hinteren Betten muss ohne Umschieben möglich sein, Abstand zwischen den Betten mindestens 1,20 m  
Wandanschlüsse für Sauerstoff und Druckluft einmal pro Bett, bei nebeneinander stehenden Betten auch 1 pro 2 Betten möglich  
Zentrale Notrufanlage für Bettplatz und Nasszelle



# Psychiatrische Themen

## PATIENTENZIMMER

Das Patientenzimmer wird zum "Zuhause fern von Zuhause" und stellt den zentralen Rückzugsort des Patienten dar. Es ist die kleinste Einheit von der die Therapie und die Veränderung beginnt.

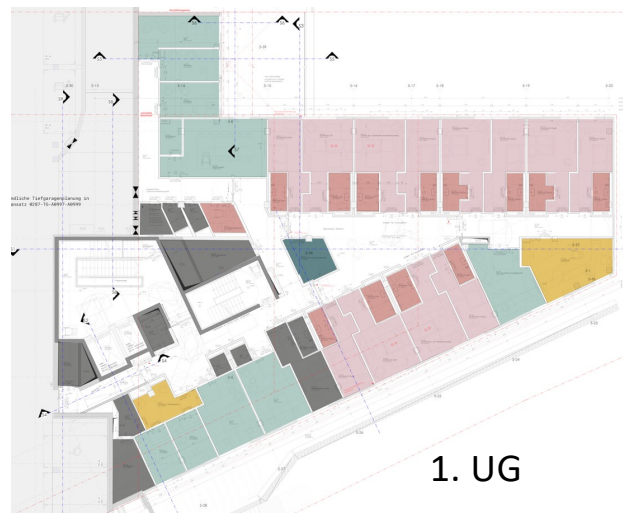
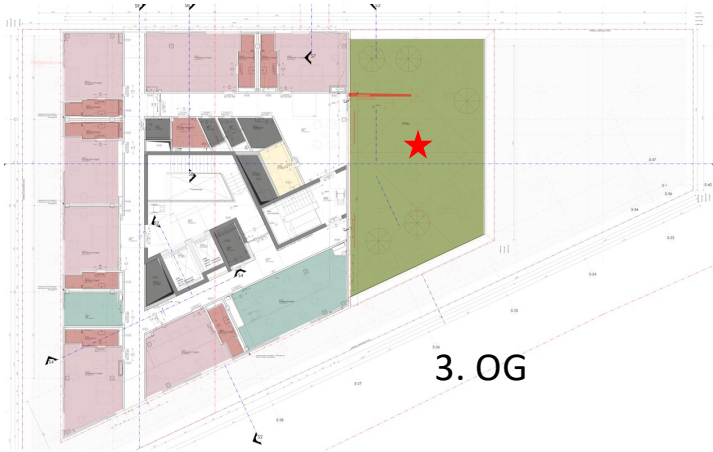
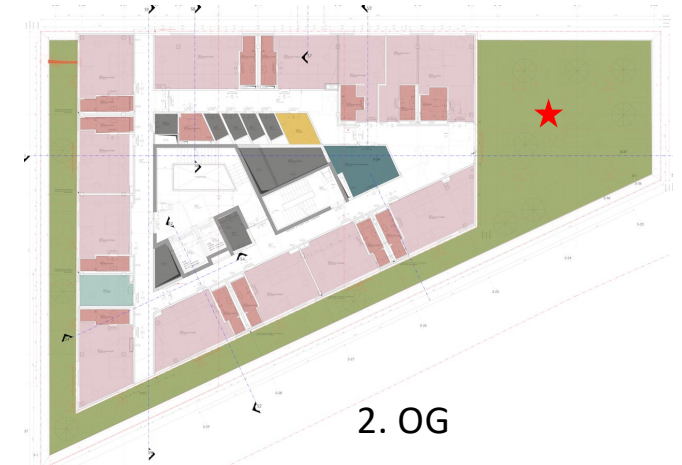
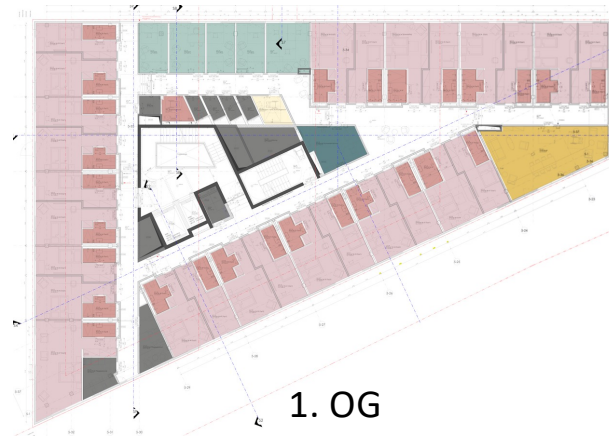
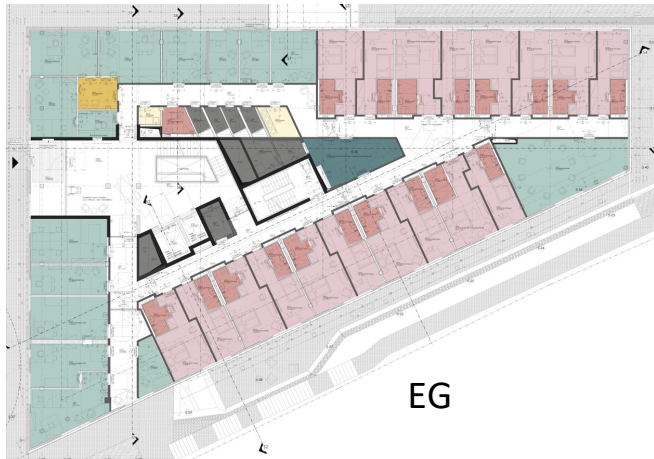
Die bewusste Gestaltung der Atmosphäre, mit all seinen Schichten schafft letztlich für den Patienten.

WÄRME  
SICHERHEIT  
WERTSCHÄTZUNG



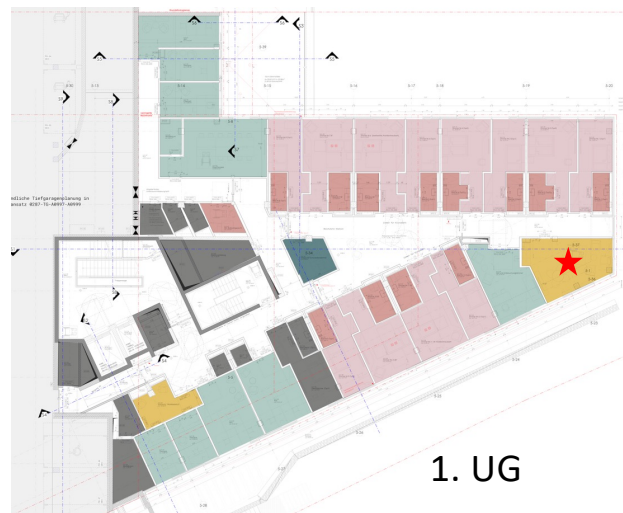
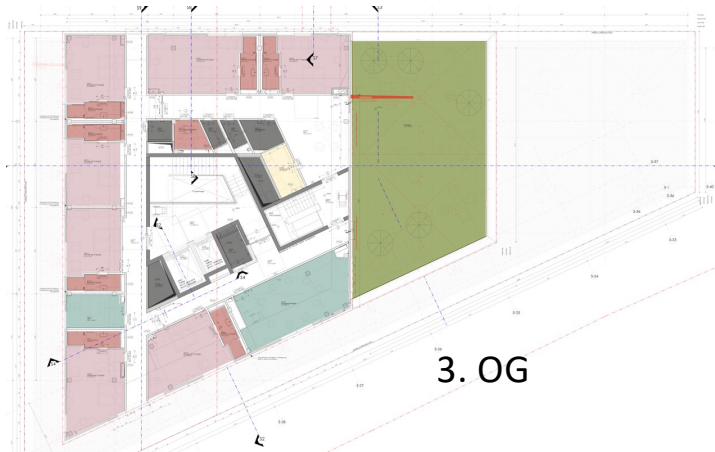
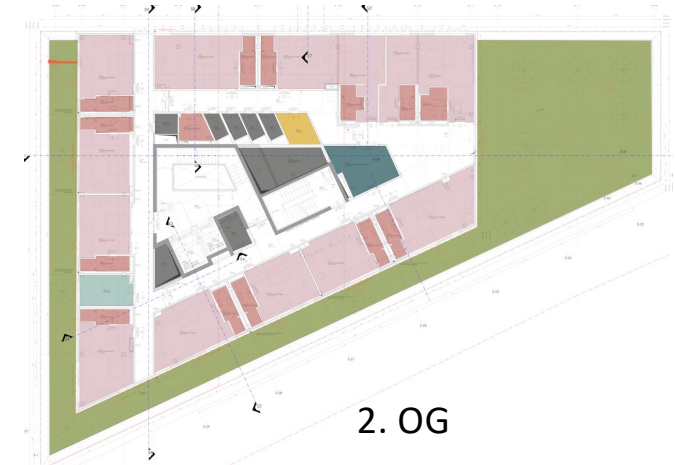
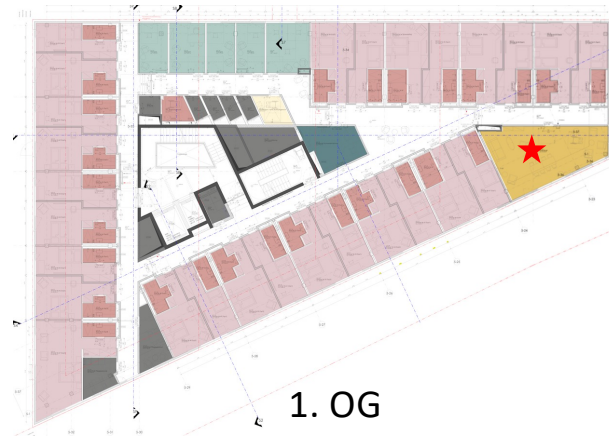
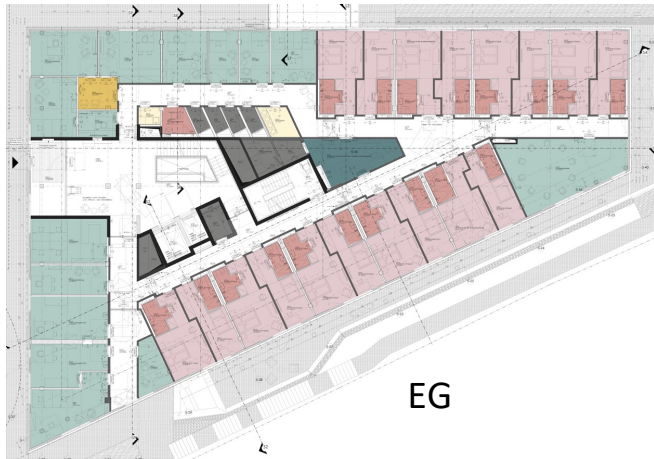
PATIENTENZIMMER \_

Rauchen?





# Aufenthalt / Essen auf der Station?

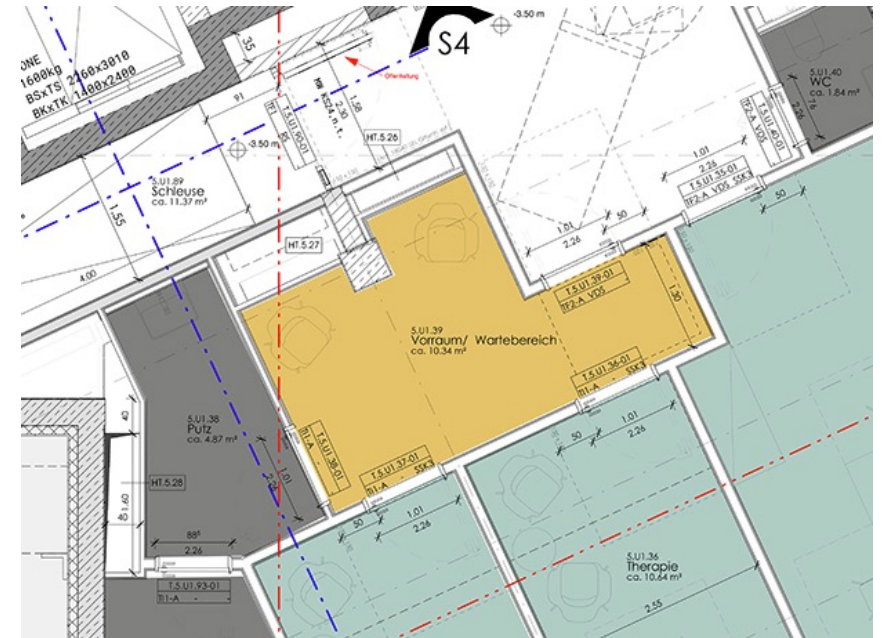
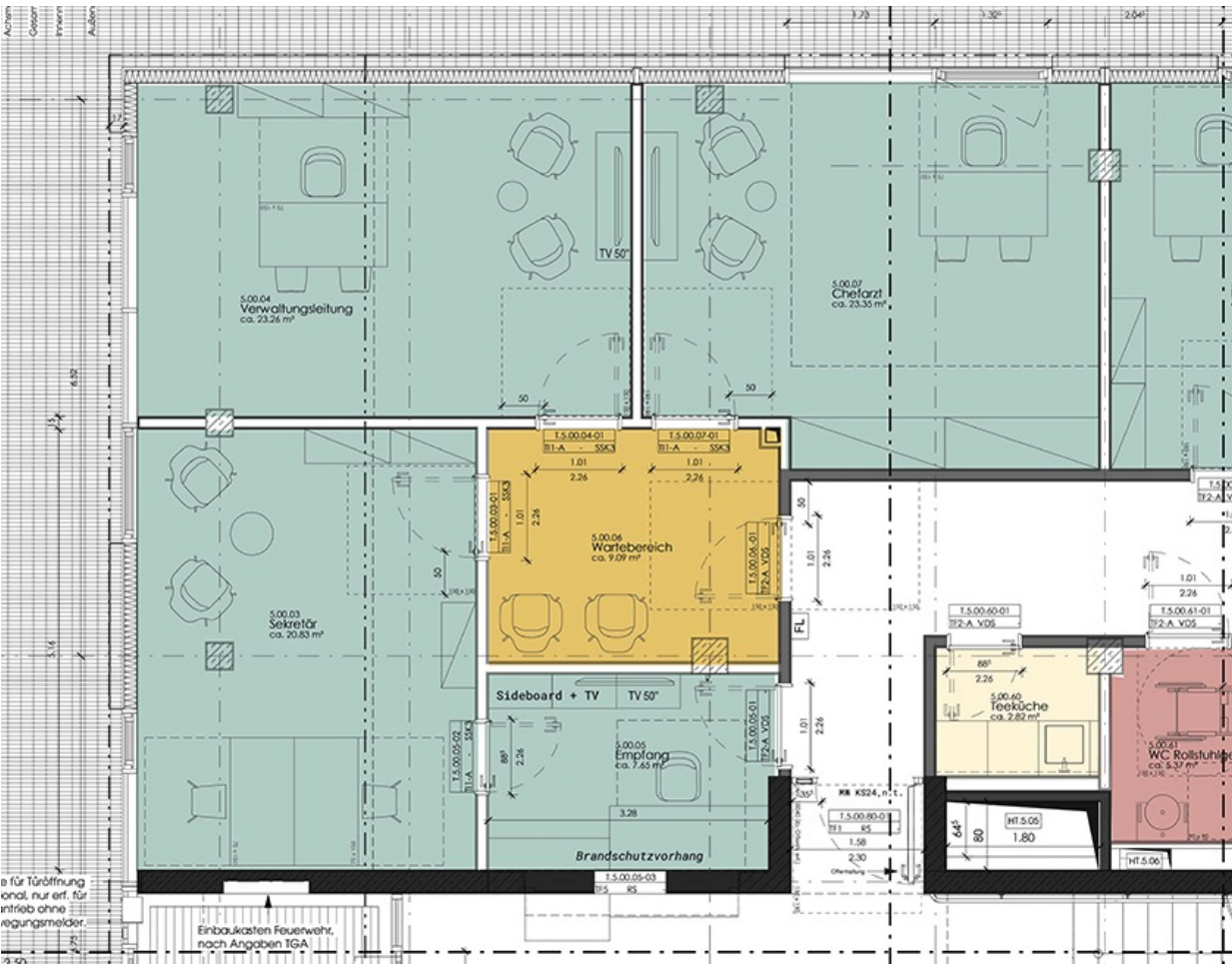


Entkopplung der Aktivitäten  
Gruppendynamik  
Gemeinschaftsgefühl

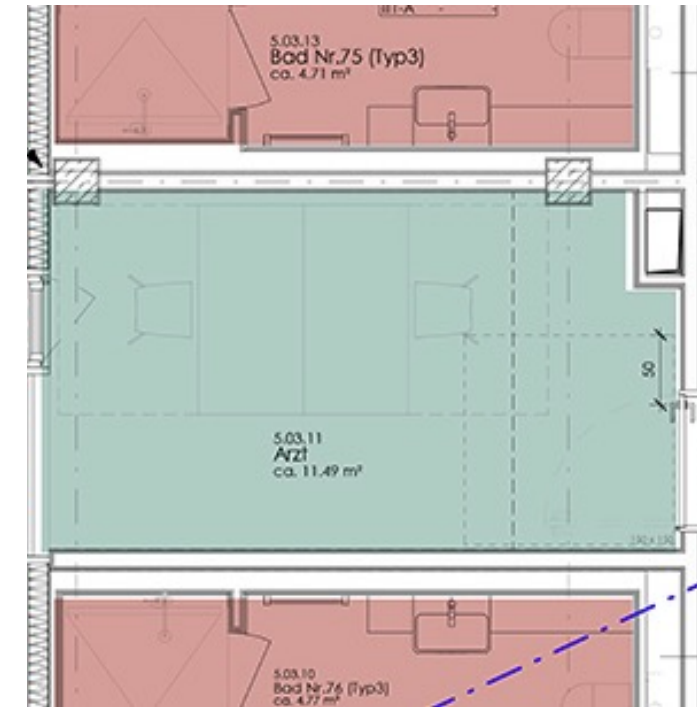
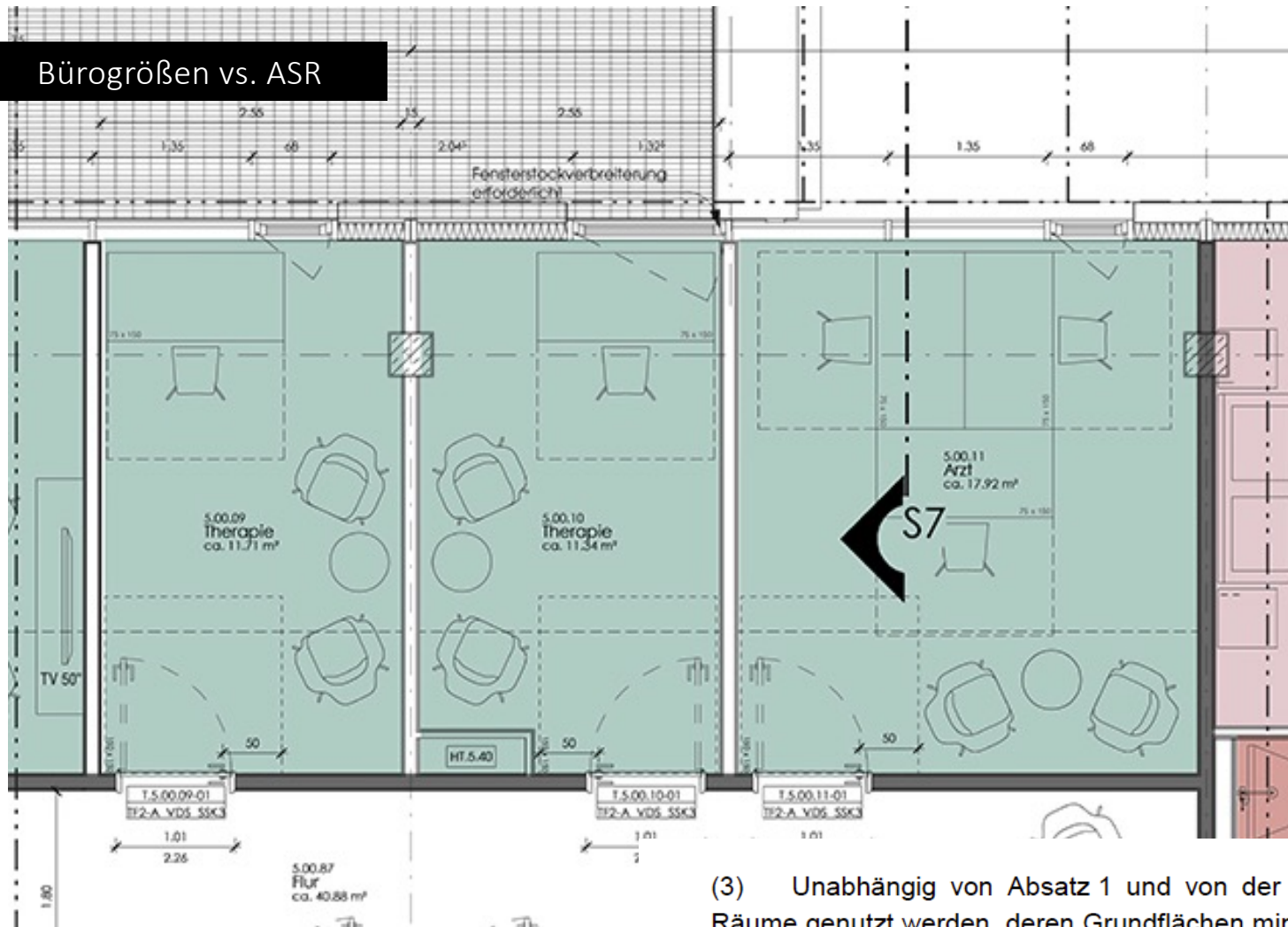




# Warten innenliegend EG / 2. UG



## Bürogrößen vs. ASR



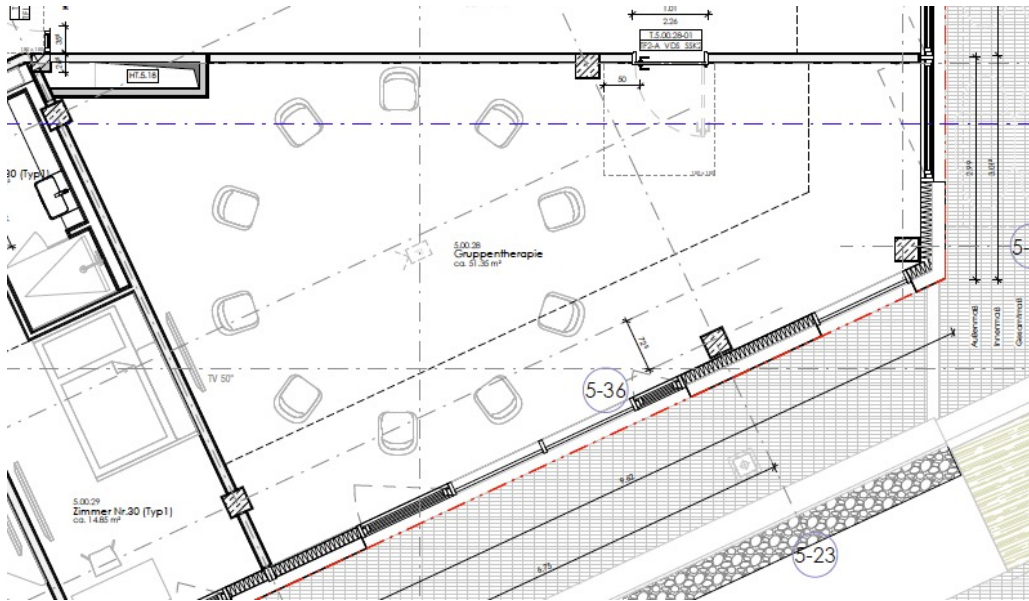
(3) Unabhängig von Absatz 1 und von der Tätigkeit dürfen als Arbeitsräume nur Räume genutzt werden, deren Grundflächen mindestens 8 m<sup>2</sup> für einen Arbeitsplatz zuzüglich mindestens 6 m<sup>2</sup> für jeden weiteren Arbeitsplatz betragen.

Büro mit 3 AP: mind. 20 qm erforderlich

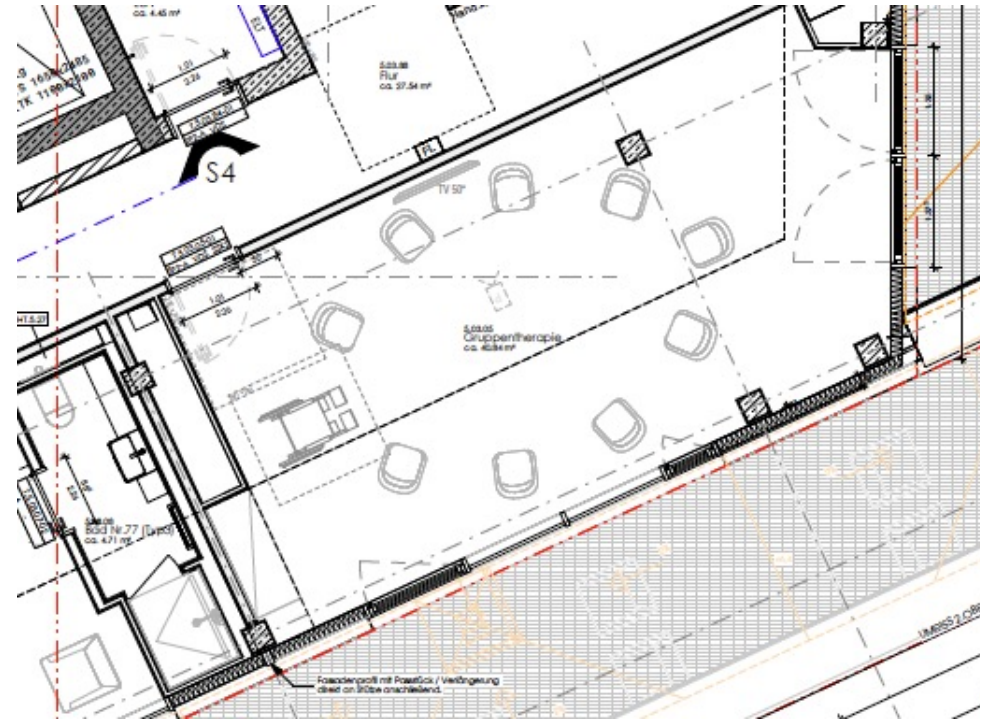
Büro mit 2 AP: mind. 14 qm erforderlich



Meditation, Bewegungstherapie, Achtsamkeit



50 qm Gruppentherapie EG



40 qm Gruppentherapie 3.OG

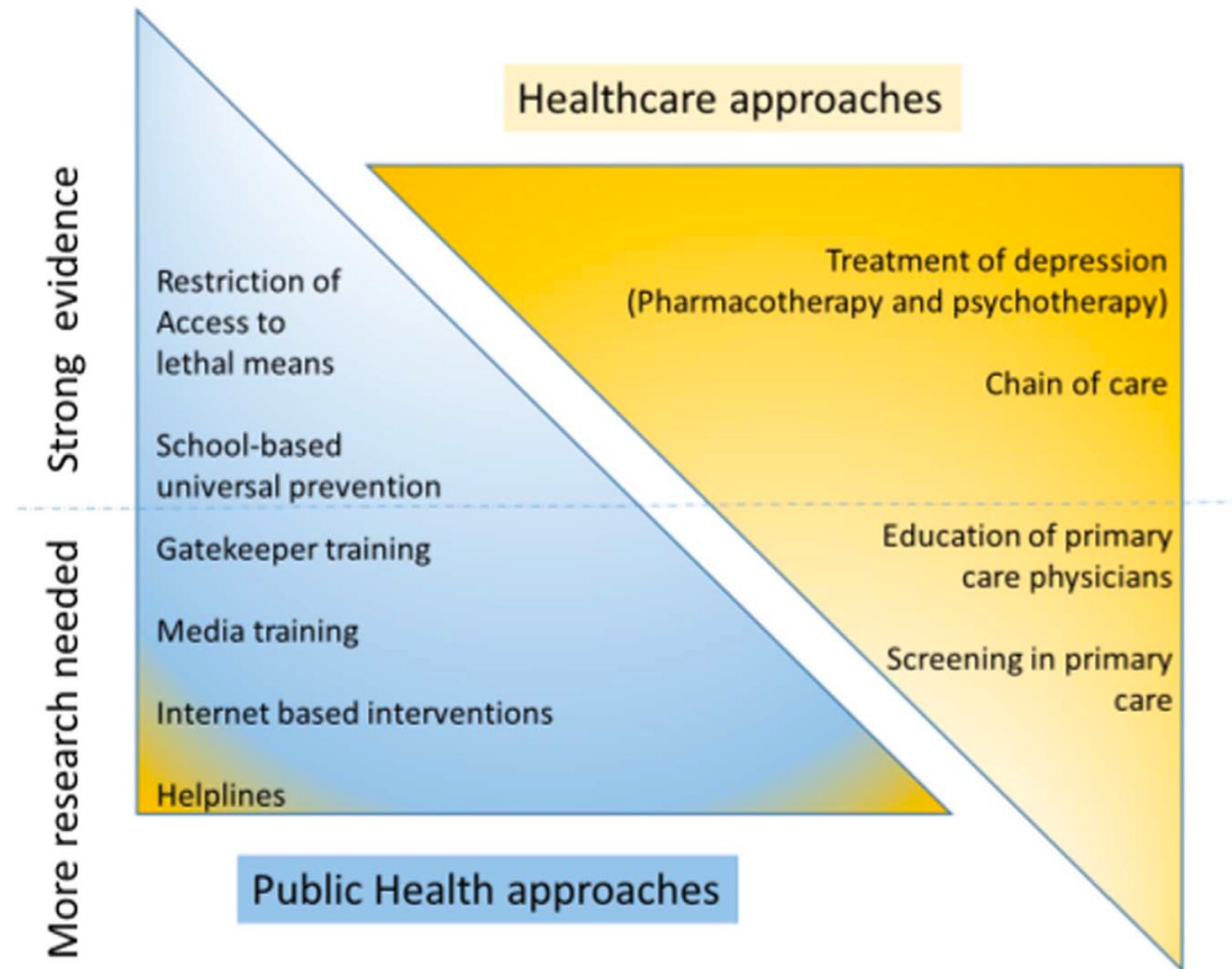
Fitnessbereich???



# Bauliche Suizidprävention

**Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper**

Gil Zalsman<sup>a,b,m,\*</sup>, Keith Hawton<sup>c,m</sup>, Danuta Wasserman<sup>d,m</sup>, Kees van Heeringen<sup>e,m</sup>, Ella Arensman<sup>f,m</sup>, Marco Sarchiapone<sup>g,m</sup>, Vladimir Carli<sup>d,m</sup>, Cyril Höschl<sup>h,m</sup>, Petr Winkler<sup>h,m</sup>, Judit Balazs<sup>i,m</sup>, György Purebl<sup>j,m</sup>, Jean Pierre Kahn<sup>k,m</sup>, Pilar Alejandra Sáiz<sup>l,m</sup>, Julio Bobes<sup>l,m</sup>, Doina Cozman<sup>n,m</sup>, Ulrich Hegerl<sup>o,m</sup>, Elmārs Rancāns<sup>p,m</sup>, Gergő Hadlaczky<sup>d,m</sup>, Chantal Van Audenhove<sup>q,m</sup>, Haggy Hermesh<sup>l,m</sup>, Merike Sisask<sup>r,m</sup>, Armen Melik Peschayan<sup>s,m</sup>, Nestor Kapusta<sup>t,m</sup>, Virginja Adomaitiene<sup>u,m</sup>, Vesta Steibliene<sup>u,m</sup>, Iwowa Kosiewska<sup>v,m</sup>, Vsevolod Rozanov<sup>v,m</sup>, Philp Courtet<sup>w</sup>, Joseph Zohar<sup>x</sup>, European Evidence-Based Suicide Prevention Program [EESPP] Group by the Expert Platform on Mental Health, Focus on Depression



**Figure 1** Evidence-based strategies of suicide prevention in mental health care and in public health approaches.

## 2.07 Pflege psychisch Kranker

### 2.07.01 Allgemeine Psychiatrie

- Offene Station
- Geschlossene Station

Patientenzimmer mit Sanitärraum, Wohn-, Aufenthalts- und Speiseraum, Küche – Patienten, Aktivbereich, Therapieraum, Time Out-Raum, Raum für hypermobile Patienten, Snoezel-Raum, Stationsstützpunkt, Pflegearbeitsraum, Dienstraum – Arzt, Dienstraum – Psychologe, Dienstraum – Therapeut, Besucherraum, Besprechungsraum, Entspannungsbad, Wasch- und Trockenraum, Lager – Versorgungs-

### A Allgemeines

Der Aufnahme-/Einweisungsbereich ist den Stationen vorzulagern. Die Anforderungen der Fachgesellschaften an die Unterbringung psychisch Kranker sind zu berücksichtigen.

Übersichtliche, gut überwachbare Stationsstrukturen

Suizidsicherungen im Bereich Fenster, Fassade, Ausbau, Einrichtung und Ausstattung

Berücksichtigung der Raumakustik

Mechanisch belastbare Wandkonstruktionen

Möglichst direkt zugeordnete Freibereiche, bei geschlossenen Stationen in den Überwachungsbereich einbezogen

Akutbereiche als geschlossene Stationen organisieren

### B Hygiene

Angemessener Anteil an Einzelzimmern für Isolierpatienten oder krankheitsbezogene Einzelunterbringung

# Weitere gesetzliche Verankerung gefordert



Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V.  
Geschäftsstelle  
Ziegelhofstr. 112  
79110 Freiburg i.B.  
Tel.: 0351/4563671  
Mail: dgs.gf@suizidprophylaxe.de



Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.  
Geschäftsstelle  
Aachener Str. 5  
10713 Berlin  
Tel.: 030/82007580  
Mail: info@dhpv.de

## Dem Leben wieder eine Chance geben

### FORDERUNGEN

der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention  
und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands  
für eine gesetzliche Verankerung  
der Suizidprävention

30.03.2022

1

Deutscher Bundestag – 20. Wahlperiode

– 1 –

Drucksache 20/[...]

Deutscher Bundestag

Drucksache 20/[...]

20. Wahlperiode

[Datum]

### Antrag

der Abgeordneten Prof. Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling, Dr. Kirsten Kapert-Gonther, Stephan Pilsinger, Benjamin Strasser und Kathrin Vogler, sowie Heike Baehrens, Kerstin Griese, Hermann Gröhe, Hubertus Heil, Pascal Kober, Dr. Konstantin von Notz, Thomas Rachel, Claudia Roth, Bettina Stark-Watzinger

### Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen

I. Der Bundestag stellt fest:

In Deutschland nehmen sich jedes Jahr mehr als 9.000 Personen das Leben. Damit sterben hier fast dreimal so viele Menschen durch Suizid wie durch Straßenverkehrsunfälle (vgl. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Thema/bevoelkerung-arbeit-soziales/gesundheits/Suizid.html>). Die Zahl der Suizidversuche liegt geschätzt zehnfach so hoch (vgl. Lindner et al. für das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, Offener Brief an BM J. Spahn: Zur möglichen Neuregelung der Suizidassistenten. Online-Dokument: <https://www.naspro.de/dl/2020-NASPro-AssistierterSuizid-Spahn.pdf>, September 2020). Etwa 90 Prozent der Suizide stehen in Verbindung mit einer psychischen Erkrankung, wobei nicht jeder Suizidgedanke als Krankheitssymptom definiert werden kann. Auch gesellschaftliche und psychosoziale Faktoren spielen eine wesentliche Rolle (vgl. Brieger et al., Wer nimmt sich das Leben? Ergebnisse einer psychologischen Autopsiestudie im Allgäu basierend auf Polizeiakten, 2020 oder Wolfersdorf, Etzersdorfer, Suizid und Suizidprävention, 2021). Eine besondere und zunehmende Bedeutung in der Diskussion um Krankheit und Motiv der Selbsttötung kommt der Demenz zu, in deren Verlauf häufig die Antizipation des Krankheitsgeschehens (Angst vor der Entwicklung der Krankheit) eine große Rolle für Suizidgedanken spielt (vgl. Kruse 2020, Veranstaltung Deutscher Ethikrat), Ähnliches gilt für die Erstdiagnose anderer schwerer Erkrankungen.

Mit dem Urteil vom 26. Februar 2020 (2 BvR 2347/15 u. a.) hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt, dass die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, auch die Freiheit umfasst, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und diese Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. Je nach gesetzlicher Ausgestaltung von Schutzkonzepten mit prozeduralen Sicherungsmechanismen als Voraussetzung zur Durchführung eines assistierten Suizids ist von einem Anstieg oder möglicherweise sogar deutlichen Anstieg assistierter Suizide auszugehen (vgl. <https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/hat-die-praevention-ausgedient-17216846.html>, s. auch BVerfG, Rn. 251 ff). Erfahrungswerte aus anderen Ländern deuten darauf hin, dass mit dem Angebot der Suizidassistenten auch die Nachfrage steigt. So verzeichnete z. B. die zuständige Kommission in Belgien 2019 im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme um 12,5 Prozent auf 2.655 Fälle des assistierten Suizids bzw. der Tötung



Übergeordnet: Antisuizidale Atmosphäre

Methodenrestriktion  
Langsame Methoden

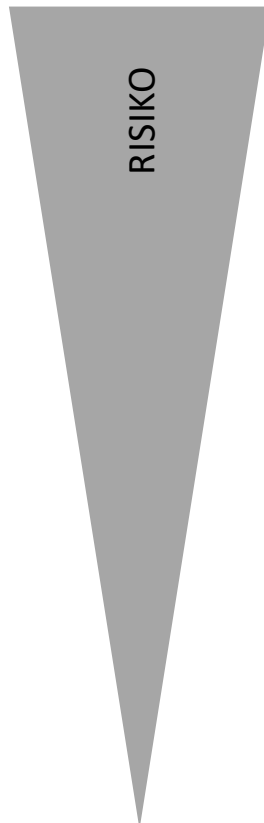
Speziell in Rückzugsbereichen

Erster Schritt: Hotspots vermeiden

Methodenrestriktion  
Schnelle Methoden

Flächendeckend

Erster Schritt: Hotspots vermeiden




Legende

Hochrisikoräume mit besonderen Anforderungen (Rückzug E)


 Akuträume

Hochrisikoräume (Rückzug D)

 Nassräume, inkl. zentraler Nassräume

 Patientenzimmer

Räume Rückzug C

 Nebenräume - frei zugänglich (z.B. Hauswirtschaft)

 Aufenthaltsbereiche


 Freibereiche

Räume Rückzug B

 Dienstzimmer

 Büros, Therapie, Behandlung - Patienten nie ohne Aufsicht

Räume Rückzug A

 Für Patienten unzugängliche Räume

# Grundriss EG

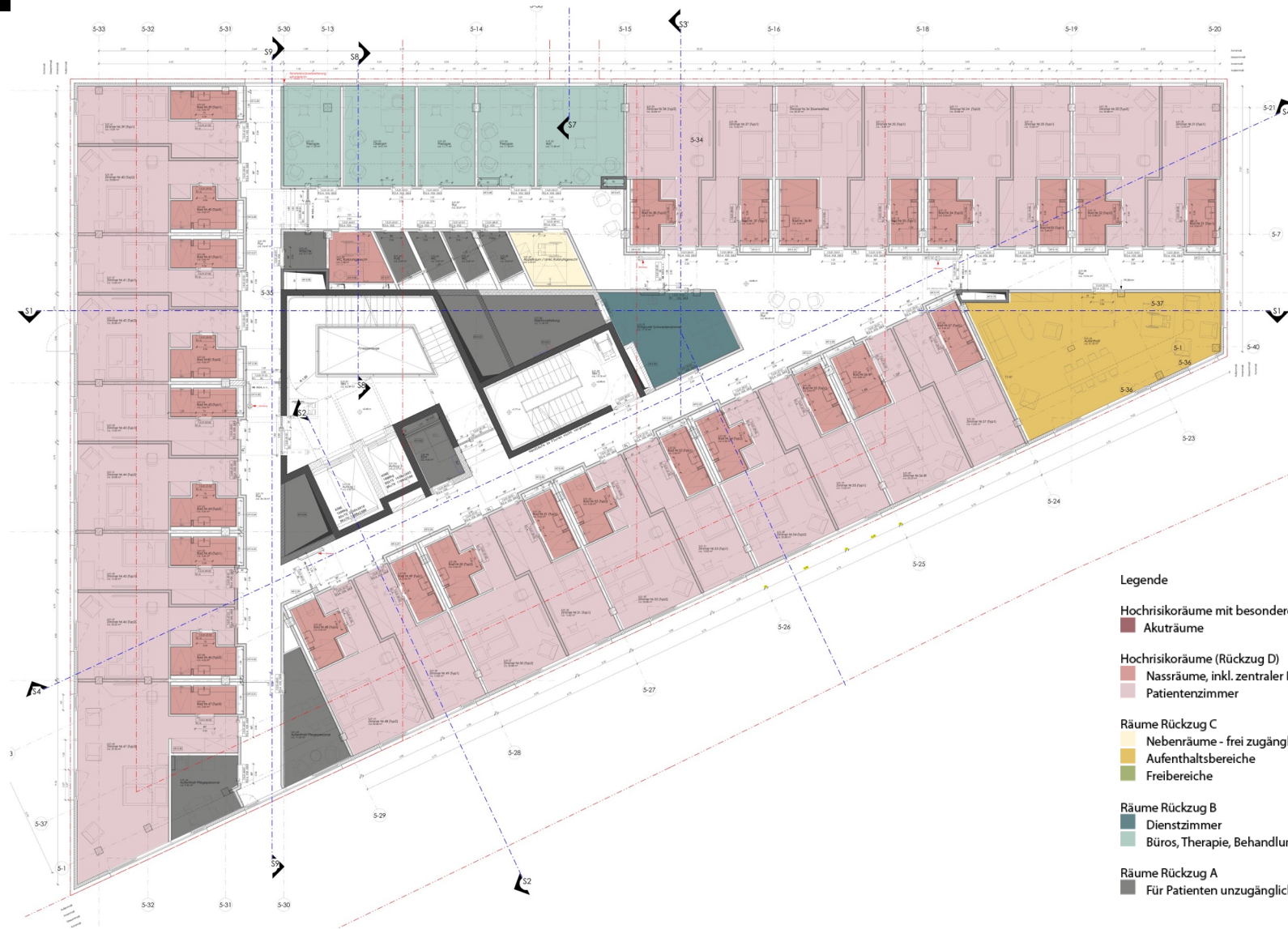
18 - 27 Betten



- Legende**
- Hochrisikoräume mit besonderen Anforderungen (Rückzug E)
    - Akuträume
  - Hochrisikoräume (Rückzug D)
    - Nassräume, inkl. zentraler Nassräume
    - Patientenzimmer
  - Räume Rückzug C
    - Nebenräume - frei zugänglich (z.B. Hauswirtschaft)
    - Aufenthaltsbereiche
    - Freibereiche
  - Räume Rückzug B
    - Dienstzimmer
    - Büros, Therapie, Behandlung - Patienten nie ohne Aufsicht
  - Räume Rückzug A
    - Für Patienten unzugängliche Räume

# Grundriss 1.OG

27 - 41 Betten

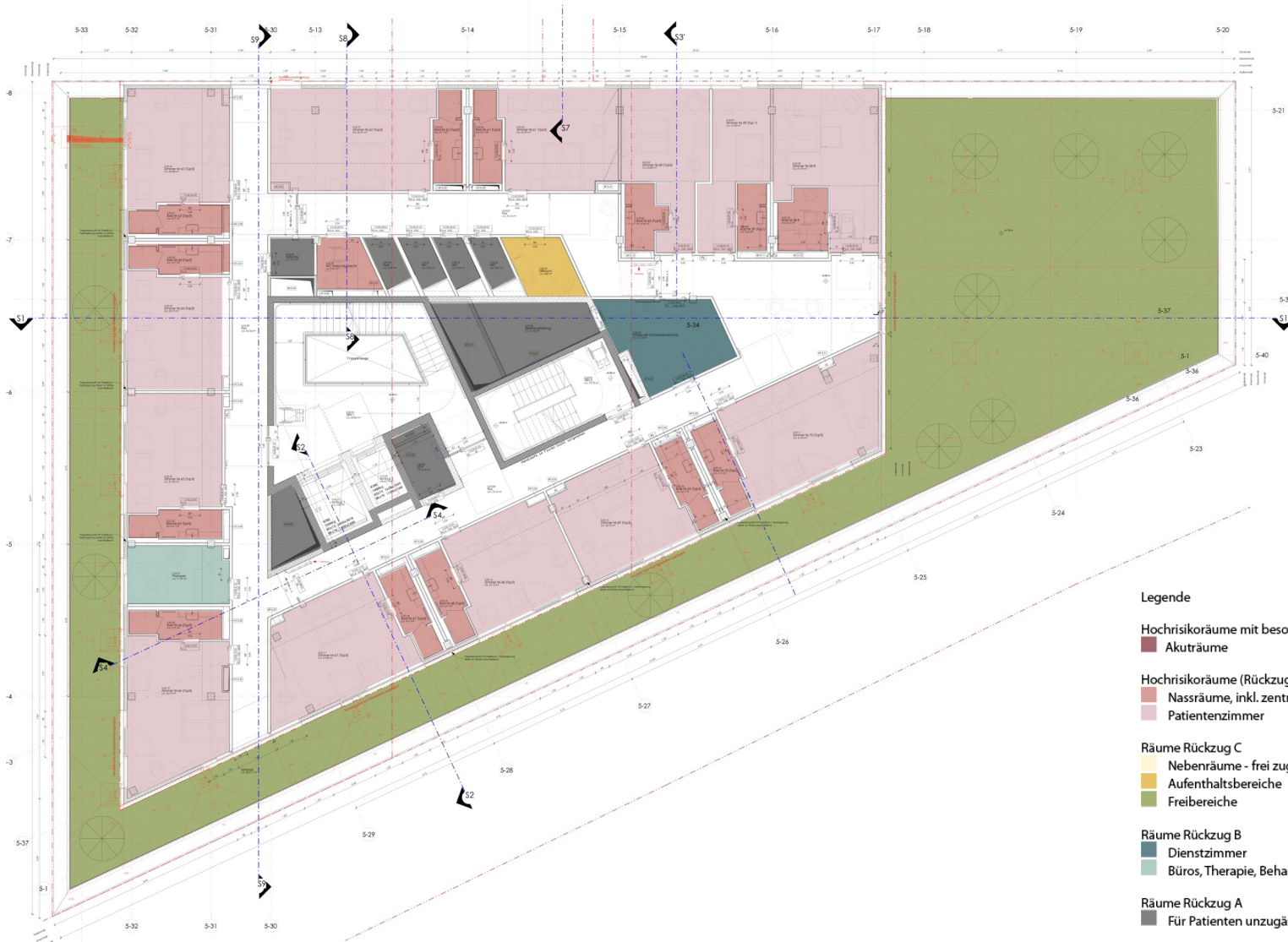


- Legende**
- Hochrisikoräume mit besonderen Anforderungen (Rückzug E)  
Akuträume
  - Hochrisikoräume (Rückzug D)  
Nassräume, inkl. zentraler Nassräume  
Patientenzimmer
  - Räume Rückzug C  
Nebenräume - frei zugänglich (z.B. Hauswirtschaft)  
Aufenthaltsbereiche  
Freibereiche
  - Räume Rückzug B  
Dienstzimmer  
Büros, Therapie, Behandlung - Patienten nie ohne Aufsicht
  - Räume Rückzug A  
Für Patienten unzugängliche Räume



# Grundriss 2.OG

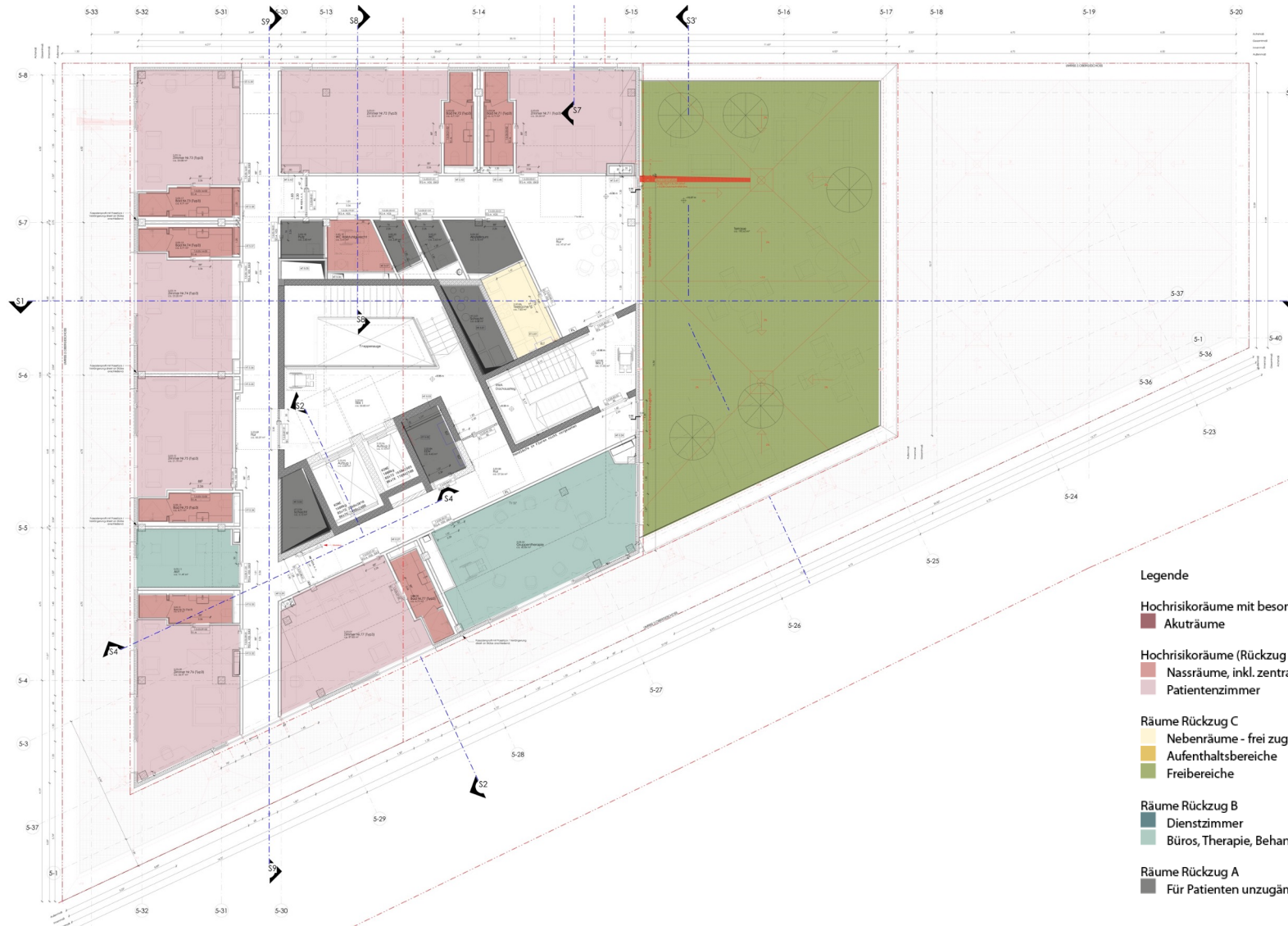
13 - 25 Betten



- Legende**
- Hochrisikoräume mit besonderen Anforderungen (Rückzug E)  
Akuträume
  - Hochrisikoräume (Rückzug D)  
Nassräume, inkl. zentraler Nassräume  
Patientenzimmer
  - Räume Rückzug C  
Nebenräume - frei zugänglich (z.B. Hauswirtschaft)  
Aufenthaltsbereiche  
Freibereiche
  - Räume Rückzug B  
Dienstzimmer  
Büros, Therapie, Behandlung - Patienten nie ohne Aufsicht
  - Räume Rückzug A  
Für Patienten unzugängliche Räume

# Grundriss 3. OG

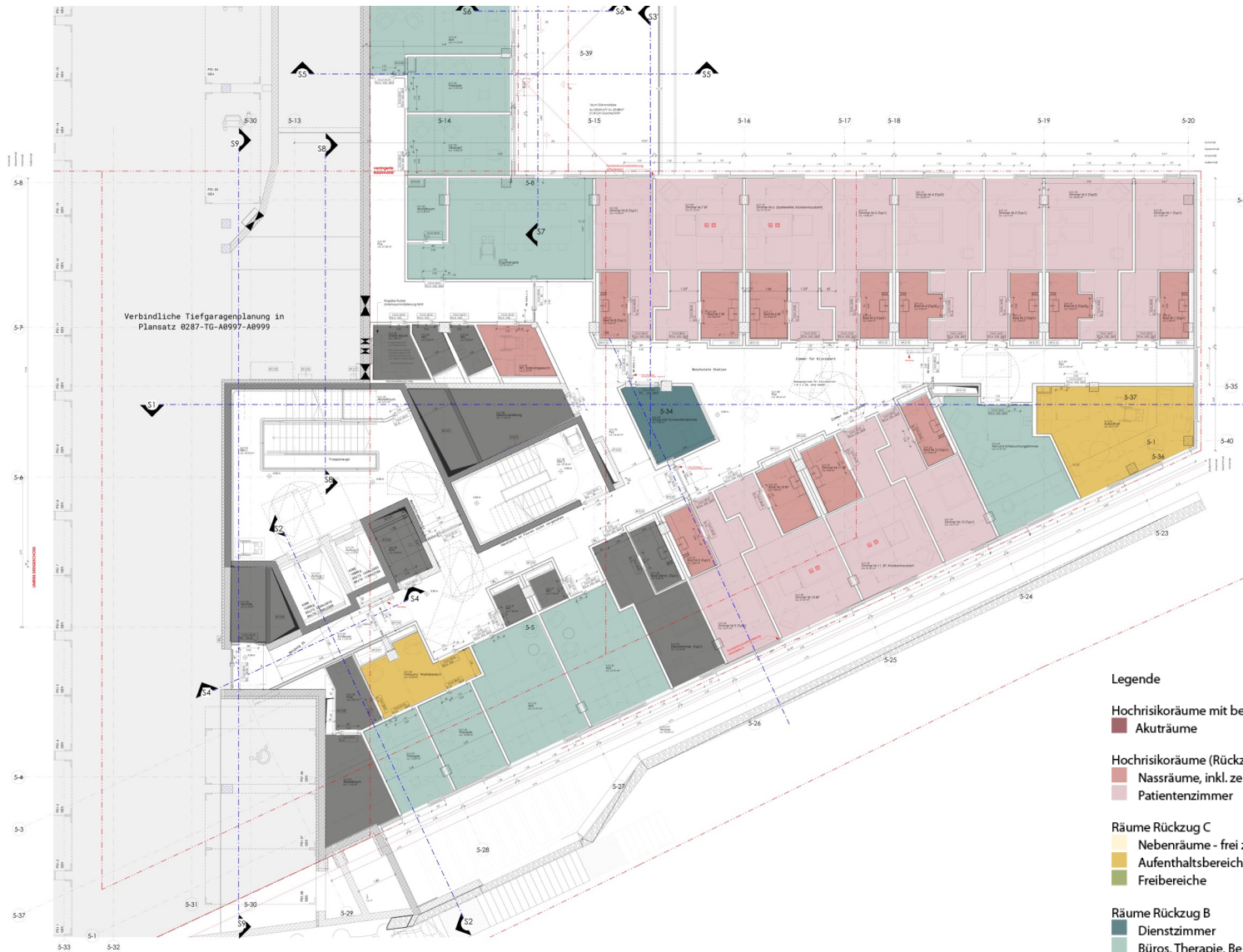
7 – 14 Betten



- Legende**
- Hochrisikoräume mit besonderen Anforderungen (Rückzug E)
    - Akuträume
  - Hochrisikoräume (Rückzug D)
    - Nassräume, inkl. zentraler Nassräume
    - Patientenzimmer
  - Räume Rückzug C
    - Nebenträume - frei zugänglich (z.B. Hauswirtschaft)
    - Aufenthaltsbereiche
    - Freibereiche
  - Räume Rückzug B
    - Dienstzimmer
    - Büros, Therapie, Behandlung - Patienten nie ohne Aufsicht
  - Räume Rückzug A
    - Für Patienten unzugängliche Räume

# Grundriss 1. UG

12 - 18 Betten



### Legende

Hochrisikoräume mit besonderen Anforderungen (Rückzug E)  
Akuträume

Hochrisikoräume (Rückzug D)  
Nassräume, inkl. zentraler Nassräume  
Patientenzimmer

Räume Rückzug C  
Nebenräume - frei zugänglich (z.B. Hauswirtschaft)  
Aufenthaltsbereiche  
Freibereiche

Räume Rückzug B  
Dienstzimmer  
Büros, Therapie, Behandlung - Patienten nie ohne Aufsicht

Räume Rückzug A  
Für Patienten unzugängliche Räume

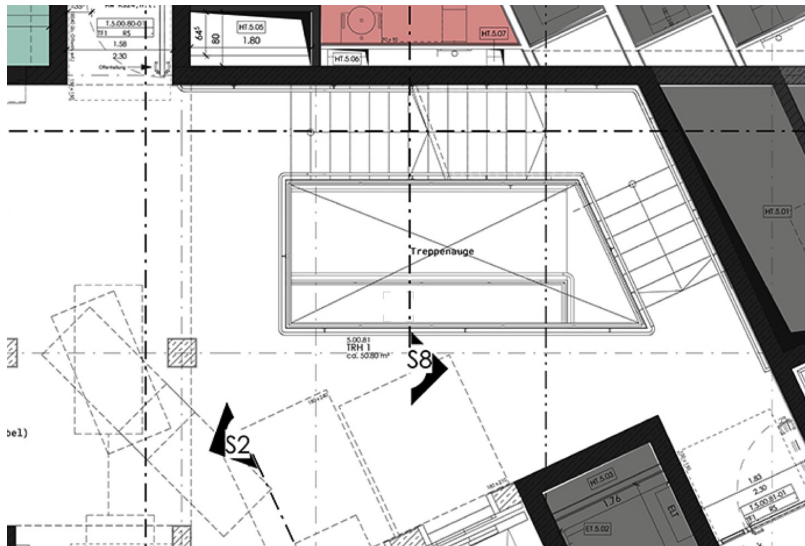


# Grundriss 2. UG

Restaurant  
Therapieküche  
Wellnessbereich





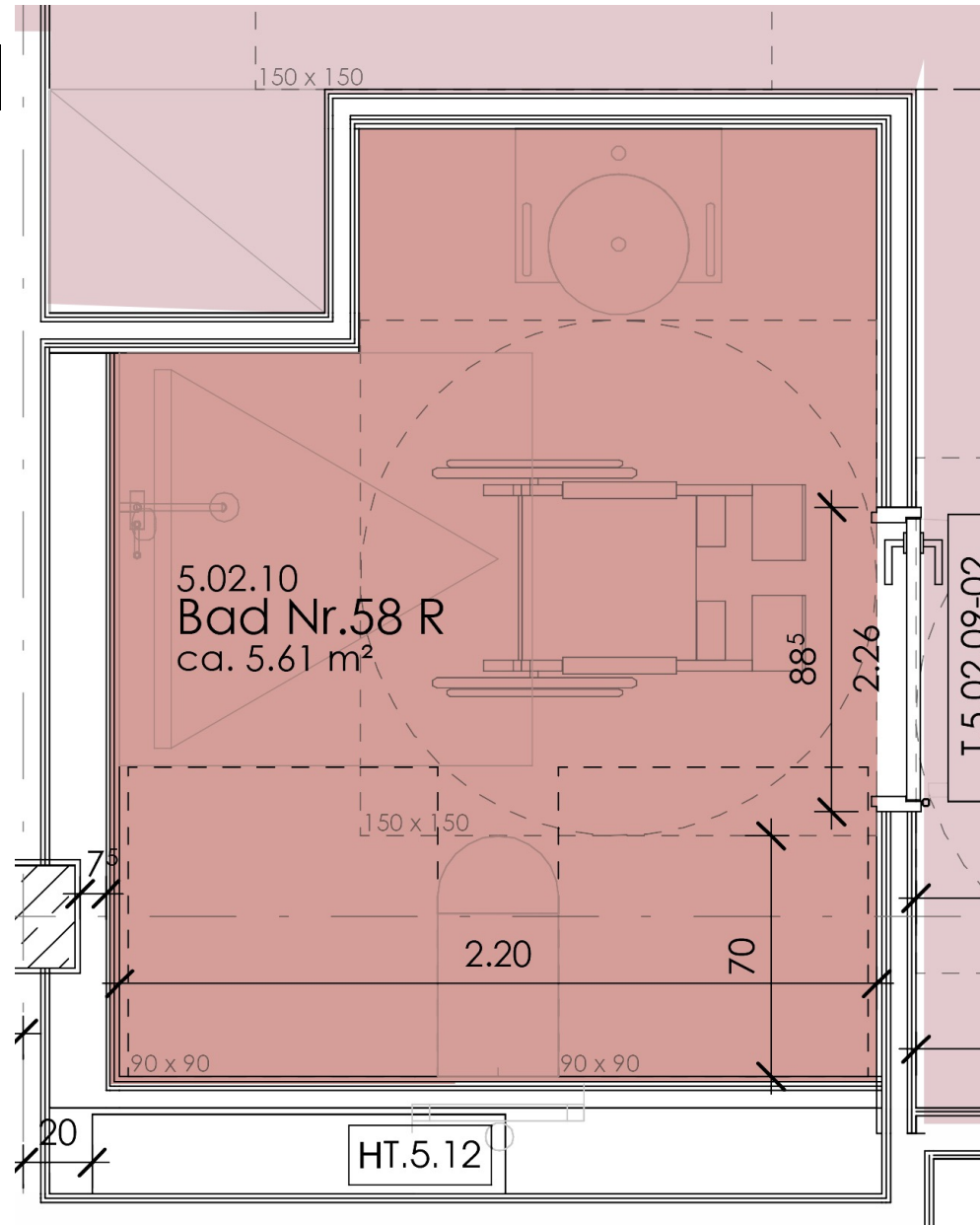


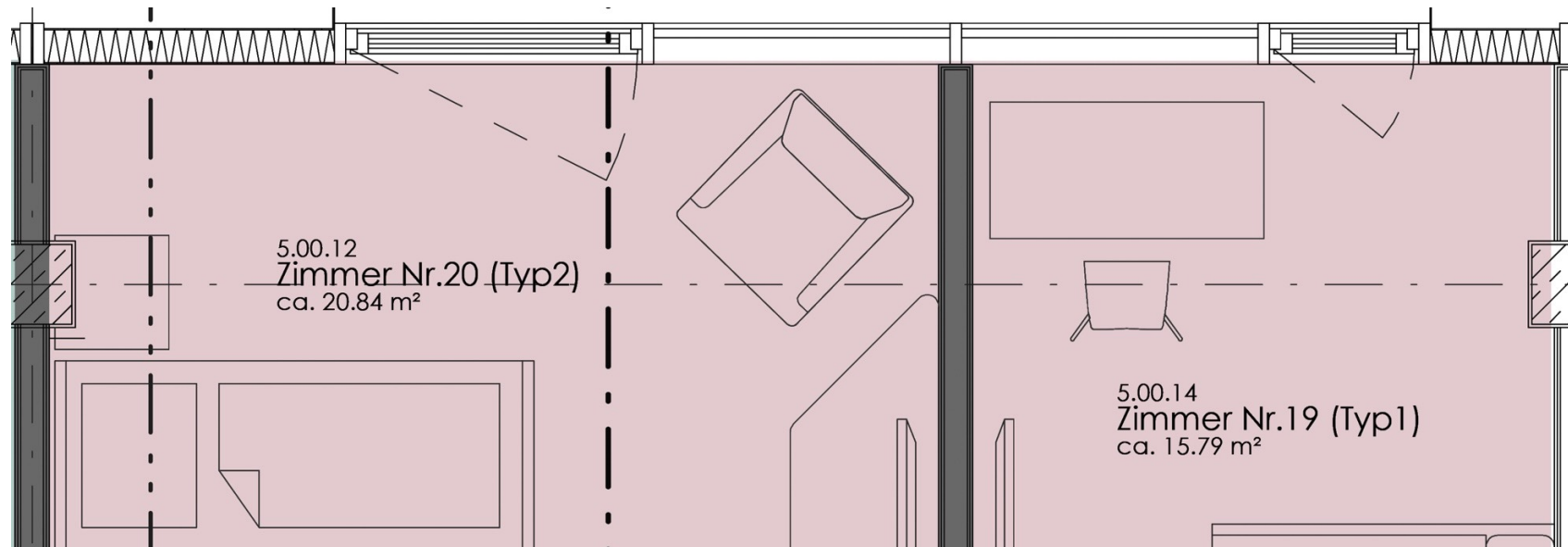
Treppenauge 2m x 4,5m  
Fallhöhe 4,5 Geschosshöhen



Treppenauge 0,45m x 2,7m  
Fallhöhe 5 Geschosshöhen

Waschbecken mit Haltegriffen





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.