

**Dokumentation/
Meldung über die**
gemäß HeimAufG

- 1** **Vorname** **2** **Aufhebung einer Freiheitsbeschränkung/-einschränkung**
 3 **Verlängerung einer Freiheitsbeschränkung gem § 19**

BewohnerIn/PatientIn/KlientIn:

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!

Nachname weibl. männl.
Titel
Vorname(n) Geburtsdatum (Tag-Monat-Jahr: zB 15.01.1960)
Einrichtung Postleitzahl Pavillon/Abteilung/Station/Wohnung

Beginn **4** Datum: _____ Uhrzeit: _____

Voraussichtliche Dauer der Freiheitsbeschränkung

- < 48 Stunden 3 - 7 Tage > 7 Tage > 6 Monate

5 **Zustimmung der einsichts- und urteilsfähigen
BewohnerIn/PatientIn (Freiheitseinschränkung)**

Grund der Freiheitsbeschränkung

- Psychische Krankheit Geistige Behinderung **6**

Medizinische Diagnose:
ICD 10 (optional)

Vorliegen einer ernstlichen und erheblichen

- Selbstgefährdung Fremdgefährdung **7**

Konkrete Beschreibung der Gefährdung:

Angaben zum ärztlichen Dokument gem § 5 Abs 2 HeimAuf **8**

Art des ärztlichen Dokuments:
 Gutachten Zeugnis Sonstige ärztliche Aufzeichnungen
Name d. ausstellenden ÄrztIn:
Datum der Erstellung:

Zur Abwehr der Gefahr unerlässlich und geeignet sowie in ihrer Dauer und Intensität angemessen und die Gefahr kann nicht durch andere Maßnahmen abgewendet werden **9**

Versuchte gelindere Maßnahmen

Nachname Einrichtungsleiter/in **10**
Vorname Einrichtungsleiter/in Unterschrift/Paraphe

Ende **11** Datum: _____ Uhrzeit: _____

Grund: entlassen/
verlegt verstorben Sonstiger
Aufhebungsgrund

Art der Freiheitsbeschränkung/-einschränkung

Hindern am Verlassen eines Bereichs mittels: **12**

- Elektronisches Überwachungssystem und Anordnung des Zurückhaltens
 Androhung/Anordnung des Zurückhaltens
 Verschlossene Tür Codierung Drehknopf

Andere Freiheitsbeschränkung/-einschränkung

Hindern an d. Fortbewegung mit / am Aufstehen aus dem Rollstuhl mittels: **13**

- Gurten Tisch Therapietisch Bremsen
 Sitzhose

Andere Freiheitsbeschränkung/-einschränkung

Hindern am Aufstehen einer Sitzgelegenheit mittels: **14**

- Gurten Tisch Therapietisch

Andere Freiheitsbeschränkung/-einschränkung

Hindern am Verlassen des Betts mittels: **15**

- Seitenteilen Gurten Handmanschetten

Andere Freiheitsbeschränkung/-einschränkung

Durch Medikamente **16**

Medikation (Bezeichnung/Dosierung)

Angeordnet von ÄrztIn DGKS/P Pädagogische/r
LeiterIn **17**

Nachname der anordnenden Person
Vorname der anordnenden Person Unterschrift/Paraphe

Nachname der anordnenden Person
Vorname der anordnenden Person Unterschrift/Paraphe

gesendet an: Bewohnervertretung Vertrauensperson
 gesetzliche/r VertreterIn selbst gewählte/r VertreterIn **18**

Ausfüllhilfe für das Faxformular zur Meldung und Dokumentation von Freiheitsbeschränkungen (HeimAufG)

1	<p>Anzukreuzen, wenn eine Freiheitsbeschränkung oder eine Freiheitseinschränkung vorgenommen wird. Unter einer Freiheitsbeschränkung versteht man die Beschränkung der Bewegungsfreiheit ohne oder gegen den Willen der Betroffenen. Unter einer Freiheitseinschränkung versteht man die Beschränkung der Bewegungsfreiheit mit Willen der für diese Frage einsichts- und urteilsfähigen Person. Im Falle einer Freiheitseinschränkung ist unbedingt das Feld 5 („Zustimmung der einsichts- und urteilsfähigen BewohnerIn/PatientIn/Klientin“) anzukreuzen. ACHTUNG: Werden zu einem späteren Zeitpunkt noch andere freiheitsbeschränkende Maßnahmen gesetzt, so sind auch diese mittels Formular zu dokumentieren und zu melden!</p>
2	<p>Anzukreuzen, wenn eine Freiheitsbeschränkung – oder einschränkung aufgehoben wird. Jede Freiheitsbeschränkung ist bei Wegfall bereits einer der Voraussetzungen oder mit Ende der gerichtlich festgesetzten Frist aufzuheben. Bei der Meldung einer Aufhebung einer Freiheitsbeschränkung müssen die Felder „Beginn der Freiheitsbeschränkung“, „voraussichtliche Dauer der Freiheitsbeschränkung“ und „Grund der Freiheitsbeschränkung“ nicht ausgefüllt werden</p>
3	<p>Anzukreuzen, wenn eine bereits durch das Gericht für zulässig erklärte Freiheitsbeschränkung über die vom Gericht festgesetzte Frist verlängert werden soll. ACHTUNG: Ist die Freiheitsbeschränkung weiterhin nötig, dann ist dies spätestens 14 Tage vor Ablauf der gerichtlichen Frist der Zulässigkeit die Verlängerung der freiheitsbeschränkenden Maßnahme(n) an die Bewohnervertretung zu melden. Als Beginn der Verlängerung ist der dem letzten Tag der Frist folgende Kalendertag anzugeben.</p>
4	<p>Hier muss die geschätzte voraussichtliche Dauer angegeben werden (< 48 Stunden, 3-7 Tage, >7 Tage und > 6 Monate). Dauert die freiheitsbeschränkende Maßnahme bei der ersten Vornahme länger als 48 Stunden, dann ist der Einrichtungsleiter für die Einholung der erforderlichen ärztlichen Dokumente gem § 5 Abs 2 HeimAufG verantwortlich. Bei der Verlängerung einer Freiheitsbeschränkung gem. § 19 HeimAufG ist als Beginn der Verlängerung der dem letzten Tag der gerichtlich festgesetzten Frist folgende Kalendertag anzugeben.</p>
5	<p>Dieses Feld ist anzukreuzen, wenn eine Freiheitseinschränkung (d. h. Einschränkung der Bewegungsfreiheit auf Wunsch der einsichts- und urteilsfähigen Bewohnerin/ Patientin/ Klientin) gemeldet wird. Da auch bei einer Freiheitsbeschränkung auf Wunsch der einsichts- und urteilsfähigen Person der Grund gem. § 6 Abs. 2 HeimAufG ebenfalls dokumentiert werden muss, soll die diesbezügliche Angabe im Feld „Konkrete Beschreibung der Gefährdung erfolgen (bspw. „Bewohnerin fürchtet in der Nacht aus dem Bett zu fallen“).</p>
6	<p>Da eine psychische Krankheit oder geistige Behinderung bei einer Freiheitsbeschränkung gegen oder ohne den Willen einer Person vorliegen muss, ist dies hier zu dokumentieren. Die medizinische Diagnose sollte hier festgehalten werden und optional kann auch der ICD 10 Code angegeben werden.</p>
7	<p>Für die Zulässigkeit einer Freiheitsbeschränkung muss eine ernstliche und erhebliche Selbst und/oder Fremdgefährdung vorliegen. Ernstlich bedeutet, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit des Schadenseintrittes gegeben ist und die vage Möglichkeit einer Selbst- oder Fremdgefährdung nicht genügt. Erheblich ist eine Gefährdung dann, wenn ein gesundheitlicher Schaden eintritt, der eine längere Genesungsdauer als 24 Tage nach sich zieht (z. B. Knochenbruch, Gehirnerschütterung oder eine massive Beeinträchtigung des Heilungsverlaufes). Die konkrete Beschreibung der Selbst- und/oder Fremdgefährdung ist hier zu</p>

	beschreiben.
8	Angaben zu den ärztlichen Dokumenten gem § 5 Abs 2 HeimAufG: Wenn eine Person länger als 48 Stunden oder über diesen Zeitraum hinaus wiederholt beschränkt wird, hat der Leiter der Einrichtung unverzüglich ein ärztliches Gutachten, ein ärztliches Zeugnis (§55 Ärztegesetz 1998) oder sonstige ärztliche Aufzeichnungen (§51 Ärztegesetz 1998) einzuholen, welches belegt, dass die Person psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit ihr Leben oder ihre Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet. Achtung: Diese ärztlichen Dokumente müssen im Zeitpunkt der Vornahme aktuell sein!
9	Hier angeben, welche gelinderen Maßnahmen vor der Vornahme der mittels des Formulars gemeldeten Freiheitsbeschränkung versucht worden sind. Die freiheitsbeschränkende Maßnahme muss das gelindeste Mittel sein. Hier sollen die Gründe angeführt werden, aus denen die anordnungsbefugte Person die Freiheitsbeschränkung für notwendig erachtet und keine weiteren gelinderen Maßnahmen zur Anwendung kommen.
10	Unterschrift des Einrichtungsleiter , der gem. §7 Abs 2 HeimAufG für die Meldung der vorgenommenen Freiheitsbeschränkung an die Bewohnervertretung verantwortlich ist
11	Freiheitsbeschränkungen sind sofort aufzuheben , wenn eine der (materiellen) Voraussetzungen wegfällt oder die gerichtlich festgesetzte Zulässigkeitsfrist ausläuft. Dieses Feld ist immer dann auszufüllen, wenn Feld ② angekreuzt wurde.
12	Eine Freiheitsbeschränkung durch Hindern am Verlassen eines Bereichs können Maßnahmen sein die es einer Person unmöglich machen Teile des Gebäudes, das Gebäude selbst oder den Garten zu verlassen (z.B.: verschlossene Türen, schwierig zu öffnende Drehknöpfe, codierte Türschlösser, Irrgärten, versteckte Türen, Rundgänge, Lichtleitsysteme, ...) Anmerkung: Das Feld „Andere Freiheitsbeschränkungen-/ einschränkungen“ dient nur der Angabe von Freiheitsbeschränkungen, die nicht zur Auswahl vorgegeben sind.
13	Jede Maßnahme, die es einer Person unmöglich macht, ohne fremde Hilfe aus dem Rollstuhl aufzustehen (z.B.: Gurte, festgezogene Bremsen vor Tisch, Therapietisch, Keilpolster,...)
14	Jede Maßnahme, die es einer Person unmöglich macht von einer Sitzgelegenheit aufzustehen (z.B.: Gurte, Tisch, Therapietisch, Keilpolster, etc.)
15	Jede Maßnahme, die es einer Person unmöglich macht das Bett zu verlassen (z.B.: Seitenteile, Steckgitter, Gurte, Handmanschetten, Netzbett ...)
16	In Betracht kommen hier medikamentöse Behandlungen , die mit Bewegungseinschränkungen verbunden sind.
17	Unterschrift der anordnungsbefugten Person gem § 5 Abs 1 HeimAufG.
18	Diese Felder dienen der internen Dokumentation der Einrichtung, an welche gesetzlichen Vertreter (z. B. Sachwalter, Vertrauensperson, ...) die Meldung übermittelt wurde. Der gesetzlichen BewohnervertreterIn ist die Meldung jedenfalls zu übermitteln.

Version 2 (Gültig ab 1.7.2010)