



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die Heimaufenthaltsgesetznovelle 2010 und ihre Bedeutung für die
Pflegepraxis“

verfasst von

Yvonne Gruber-Traxler

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, Februar 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaften

Betreut von: Mag. Dr. Maria Kletecka-Pulker

Abstract Deutsch

Mit dem Inkrafttreten des Heimaufenthaltsgesetzes im Juli 2005 wurde ein großer Schritt gemacht, um die Rechtssicherheit der Bewohner und des Personals von Alten- und Behindertenheimen zu erhöhen. Diese Arbeit hat zum Ziel, die Novelle des HeimAufG von November 2010 darzustellen und die damit verbundenen wichtigsten Änderungen herauszuarbeiten. Besonderes Augenmerk liegt hierbei auf den Änderungen in der Anordnungsbefugnis. Im ersten Teil wird auf die demographische Entwicklung und die Struktur der Pflege in Österreich eingegangen. Im zweiten Teil wird das HeimAufG mit der Novelle dargestellt und erläutert. Im letzten Teil werden Fragen aus der Pflegepraxis zum Thema beantwortet und beleuchtet, ob das HeimAufG mit seiner Novelle einen Gewinn für die Pflege darstellt.

Abstract Englisch

The commencement of the Heimaufenthaltsgesetz in July 2005 was a big step to ensure the legal security of both residents and staff of nursing homes. The central aim of this diploma thesis is to explore the amendment of the Heimaufenthaltsgesetz 2010 and to identify the most important changes that it effectuates. With a particular focus on the changes connected with the authority to issue orders. The first part of the thesis is primarily concerned with demographic changes and the structure of care in Austria. The second part explores and interprets the Heimaufenthaltsgesetz and its amendment. Finally, the thesis attempts to address common questions of nursing staff concerning the Heimaufenthaltsgesetz, and to establish whether or not the amendment of the Heimaufenthaltsgesetz is an asset for the nursing practice.

Key words: amendment of the Heimaufenthaltsgesetz, Austria, authority to issue orders, nursing practice, legal security

Vorwort

Alle in dieser Diplomarbeit vorliegenden geschlechtsspezifischen Ausdrücke beziehen sich in gleicher Weise auf Männer und Frauen.

Danke

Da so eine Diplomarbeit nur mit Unterstützung zu schaffen ist, zu Beginn ein paar dankende Worte:

Hiermit möchte ich mich bei Frau Mag. Dr. Maria Kletecka-Pulker für Ihre Geduld und Unterstützung während der gesamten Diplomarbeitsphase bedanken.

Natürlich geht auch ein großes Danke an meine Eltern, Heidi und Günter Traxler, die stets bemüht waren (und immer noch sind), mir und meinen Geschwistern eine gute Ausbildung zu ermöglichen und mir auf vielfältigste Weise beim Projekt „Diplomarbeit“ unter die Arme gegriffen haben.

Weiters ein herzliches Dankeschön an meine Schwiegereltern, Cäcilia und Johann Gruber, die mich durch ihre Babysitter-Dienste unterstützten.

Dank auch an meine Geschwister und lieben Freunde, die mir immer wieder ein Ohr liehen, wenn die Motivation besonders im Keller war...

Last but not least: Das allergrößte Dankeschön geht an meinen Mann Reinhard, der immer für mich da ist und mir bei so manchem technischen Problem tatkräftig zur Seite stand.

Inhaltsverzeichnis

1., Einleitung.....	9
Fragestellung der Arbeit.....	12
Ziel der Arbeit	12
2., Die demografische Entwicklung in Österreich.....	15
2.1. Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung in Österreich.....	15
2.2., Pflegebedürftigkeit in Österreich	18
2.3., Die Pflegewelt in Zahlen	19
2.4., Die Finanzierung des österreichischen Pflegesystems.....	20
2.5., Struktur der Pflegelandschaft in Österreich	21
2.5.1., Stationäre Betreuung.....	21
2.5.2., Teilstationäre Betreuung.....	21
2.5.3., Ambulante Betreuung	22
2.5.4., Betreute Wohnformen.....	22
2.5.5., Private informelle Pflege.....	22
2.6., Die Kosten der Pflege in Österreich	23
2.7., Herausforderungen an das österreichische Pflegesystem.....	23
3., Darstellung des Heimaufenthaltsgesetzes mit der Novelle 2010	25
3.1., Allgemeines zum HeimAufG	25
3.2., Grundrechtlicher Rahmen des HeimAufG	26
3.3., Rechtliche Konsequenzen einer unzulässigen Freiheitsbeschränkung	27
3.4., Allgemeine Bestimmungen des HeimAufG.....	29
1. Abschnitt - Allgemeine Bestimmungen	29
3.4.1., Schutz der persönlichen Freiheit	29
3.4.2., Geltungsbereich	30
3.4.3., Freiheitsbeschränkung	32
2. Abschnitt – Voraussetzung einer Freiheitsbeschränkung	34
3.4.4., Zulässigkeitsvoraussetzungen.....	34
3.4.5., Vornahme einer Freiheitsbeschränkung	36
3.4.6., Dokumentation	38
3.4.7., Aufklärung und Verständigung.....	39
3. Abschnitt – Vertretung	41
3.4.8., Bewohnervertreter	41

3.4.9., Befugnisse und Pflichten des Vertreters	42
3.4.10., Verhältnis zum Vertretenen	44
4. Abschnitt – Gerichtliche Überprüfung	45
3.4.11., Antrag auf Überprüfung	45
3.4.12., Anhörung des Bewohners	46
3.4.13., Erste Entscheidung	47
3.4.14., Mündliche Verhandlung	49
3.4.15., Beschluss	50
3.4.16., Rechtsmittel.....	52
3.4.17.1., Rekursverfahren	53
3.4.17.2., Revisionsrekursverfahren	54
3.4.18., Aufhebung der Freiheitsbeschränkung	54
3.4.19.1., Länger dauernde Freiheitsbeschränkung.....	55
3.4.19.2., Nachträgliche Überprüfung	56
5. Abschnitt – Schlussbestimmungen	57
3.4.20., Verweisungen.....	57
3.4.21., Personenbezogene Bezeichnungen	57
3.4.22., In-Kraft-Treten	57
3.4.23., Übergangsbestimmungen.....	57
3.4.24., Haftung und Rückersatz	58
3.4.25., Vollziehung	59
4., Die Änderungen der Anordnungsbefugnis	61
4.1., Die ärztliche Anordnungsbefugnis	63
4.2., Die Anordnungsbefugnis von Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege.....	65
4.2.1., Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich	65
4.2.3., Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich.....	67
4.2.4., Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich.....	70
4.2.5., Änderungen der Anordnungsbefugnis für die Pflege.....	71
4.2.6., Pflegerische Freiheitsbeschränkungen	72
4.2.7., Überschneidungen der Pflege mit anderen Berufsgruppen.....	73
4.3., Die Anordnungsbefugnis der Pädagogischen Leitung oder ihrer Vertretung	76
5., Fragen aus der Pflegepraxis zu Freiheitsbeschränkungen und Anordnungsbefugnis	79
5.1., Welche sind die formellen Voraussetzungen zur Anordnung von Freiheitsbeschränkungen?.....	79
5.2., Wer darf eine Freiheitsbeschränkung wieder aufheben?.....	79

5.3., Kann die Anordnungsbefugnis nachträglich eingeschränkt bzw entzogen werden? ..	80
5.4., Ist die Pflegedienstleitung grundsätzlich anordnungsbefugt?	80
5.5., Kann das ärztliche Dokument die Pflegedokumentation ersetzen?	81
5.6., Dürfen Allgemeinmediziner eine psychische Erkrankung für das ärztliche Dokument diagnostizieren?	81
5.7., Was sind die formalen Kriterien zur Betrauung von Pflegepersonen mit der Anordnungsbefugnis?	82
5.8., Gibt es fachliche Voraussetzungen für diplomiertem Pflegepersonal um mit Anordnungsbefugnis betaut zu werden?	82
5.9., Darf eine Pflegeperson die Anordnung einer Freiheitsbeschränkung ablehnen?	83
5.10., Wie wird die Anordnung einer Freiheitsbeschränkung finanziell honoriert?	83
5.11., Durchführung von ärztlich angeordneten Freiheitsbeschränkungen durch Pflegekräfte	83
5.12., Darf im Rahmen der extramuralen Pflege eine Freiheitsbeschränkung gesetzt werden?	84
5.13., Was sind gelindere Maßnahmen oder Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen?	85
6., Fazit.....	87
7., Quellenverzeichnis	89
Bücher, Zeitschriften, Berichte	89
Internetquellen	91
8., Anhang.....	93
Checklisten zur Zulässigkeit von FB in Krankenanstalten (NÖLV)	93
Checklisten zur Zulässigkeit von FB in Pflegeheimen (NÖLV)	94
Fax-Formular zur Meldung von FB.....	95
Ärztliches Dokument (Vorlage)	96
Checkliste zur Reduktion von FB	97
9., Lebenslauf.....	99

1., Einleitung

„Demografische und soziale Entwicklungen haben dazu geführt, dass eine stetig steigende Anzahl von Menschen auf die Betreuung und Pflege in einem Heim angewiesen ist.“¹

Mit dem Inkrafttreten des Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG)² im Juli 2005 wurde ein großer Schritt gemacht, um die Rechtssicherheit der Bewohner und des Personals von Alten- und Behindertenheimen zu erhöhen. Dadurch entstand jedoch auch ein vermehrter Arbeitsaufwand für das Personal durch Gefahrenprognose, Güterabwägung, Dokumentation und Verständigungspflichten.

Im bislang geltenden Recht wurde die Befugnis zur Anordnung nicht bloß kurzfristiger freiheitsbeschränkender Maßnahmen generell den Ärzten überantwortet. Dies wurde in der Praxis aber vielfach kritisiert, da Ärzte oftmals nicht über die nötigen Kenntnisse verfügen, die nötig sind, um pflegerische oder pädagogische Implikationen einer Anordnung in ausreichendem Maße zu beurteilen.

Einer Studie des Instituts für Rechts- und Kriminalsoziologie zur Implementierung des HeimAufG zu folge führte dies dazu, dass Ärzte in der Praxis oftmals die Einschätzung des Pflege- bzw. Betreuungspersonals „sanktionierten“.³

Seit dem 1. November 2010 gilt nun die Gesetzesnovelle zum Heimaufenthaltsgesetz in der auf diese Kritik aus der Praxis reagiert wurde:

Nach § 5 Abs 1 Z 2 HeimAufG darf eine Freiheitsbeschränkung *nur aufgrund der Anordnung einer dazu befugten Person vorgenommen werden. Anordnungsbefugt sind*

1. *für Freiheitsbeschränkungen durch medikamentöse oder sonstige ärztliche Maßnahmen jeder von der Einrichtung betraute Arzt;*
2. *für Freiheitsbeschränkungen durch andere Maßnahmen*
 - a. *die mit der Leitung des Pflegedienstes betraute Person oder deren Vertreter oder die mit der Anordnung derartiger freiheitsbeschränkender*

¹ Barth/ Engel (2004) S.III.

² BGBl I Nr. 11/2004.

³ Hofinger/ Kreissl/ Pelikan/ Pilgram (2008) S.79.

Maßnahmen von der Einrichtung betrauten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder

b. die mit der pädagogischen Leitung betraute Person und deren Vertreter.⁴

Bei den freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, die die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege anordnen dürfen, handelt es sich um „Maßnahmen im Rahmen der Pflege“. Darunter fallen zB der Einsatz von Sensormatten, elektronische Überwachung, Versperren des Eingangstores, etc. Es handelt sich bei diesen Maßnahmen also um solche, die dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege angehören.⁵

Eine Freiheitsbeschränkung im Bereich der Pflege kann aber nur von einer Pflegeperson angeordnet werden, die mit der Anordnung dieser Maßnahmen seitens der Einrichtungsleitung betraut wurde. Aus dem Gesetzestext geht nicht hervor, welchen formalen Kriterien diese „Befugnis“ folgen soll. Aus Gründen der Beweisbarkeit sollte sie aber in schriftlicher Form erfolgen.

Dauert die Freiheitsbeschränkung länger als 48 Stunden an oder kommt es zu mehrmaligen Freiheitsbeschränkungen in diesem Zeitraum, *hat der Leiter der Einrichtung unverzüglich ein ärztliches Gutachten, ein ärztliches Zeugnis (§ 55 Ärztegesetz 1998) oder sonstige ärztliche Aufzeichnungen (§ 51 Ärztegesetz 1998) darüber einzuholen, dass der Bewohner psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet. Diese ärztlichen Dokumente müssen im Zeitpunkt der Vornahme der Freiheitsbeschränkung aktuell sein.*⁶

In der Novelle ist nicht klar definiert, was „aktuell“ bedeutet, das heißt, wie alt eine ärztliche Diagnose der geistigen Beeinträchtigung oder der psychiatrischen Krankheit des Patienten maximal sein darf. Der anordnungsbefugten Person obliegt es, die Aktualität der Dokumente zu beurteilen. Von der Festlegung einer Frist oder eines

⁴ HeimAufG § 5 Abs 2 idF BGBl I 2004/11.

⁵ GuKG § 14.

⁶ HeimAufG § 5 Abs 2 idF BGBl I 2004/11.

Ablaufdatums hat der Gesetzgeber abgesehen, weil das den sehr unterschiedlichen Verläufen der einzelnen psychischen Erkrankungen bzw. Behinderungsformen nicht gerecht werden würde.⁷

Besonders bei psychischen Beeinträchtigungen oder geistigen Behinderungen handelt es sich um keine stabilen Zustände, sondern um veränderliche Krankheitserscheinungen. Um den jeweiligen aktuellen Krankheitsstatus korrekt zu beurteilen, wäre ein Arzt von Nöten. Dies wird vom Gesetzgeber im Fall einer nicht länger als 48 Stunden andauernden Freiheitsbeschränkung allerdings nicht gefordert.

Es besteht also die Gefahr, dass betroffene Heimbewohner aufgrund einer alten Diagnose, die eventuell nicht mehr den aktuellen Krankheitszustand entspricht, einer Freiheitsbeschränkung unterworfen werden.

Durch die Novelle des HeimAufG gibt es nun erstmals eine gesetzliche Grundlage für eine „Notkompetenz der Pflege“. Im konkreten Fall bedeutet dies, dass die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege auch die eigenverantwortliche Durchführung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen umfasst, wenn kein Arzt zur Verfügung steht. Umgelegt auf die Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen heißt das für die Pflege, dass sie in Situationen, in denen Freiheitsbeschränkungen zur „Lebensrettung“ notwendig sind, auch anordnungsbefugt ist, wenn die Maßnahmen eigentlich unter die ärztliche Anordnungsbefugnis fallen.

Für das Krankenpflegepersonal entsteht durch diese Gesetzesnovelle eine große Verantwortung. Hatte der Berufsstand schon bisher die Durchführungsverantwortung für angeordnete Freiheitsbeschränkungen zu tragen, geht nun auch die Anordnungsverantwortung in bestimmten Fällen an das Krankenpflegepersonal über.

Durch meine Praktika in den verschiedensten Bereichen des Sozialbereiches (u.a. Behindertenheim, Psychiatrie, Freiwilliges Sozialjahr im Altenheim) konnte ich einen guten Einblick in den Alltag des Pflegepersonals gewinnen und habe verschiedene Varianten der Freiheitsbeschränkung in der Praxis kennengelernt.

⁷ ErlRV 601 BlgNR 24. GP 21.

Im Nachhinein muss ich allerdings festhalten, dass viele dieser beschränkenden Maßnahmen von den Pflegepersonen nicht als freiheitsbeschränkende Maßnahme im eigentlichen Sinne wahrgenommen wurden. Das heißt, sie wurden auch nicht als solche dokumentiert bzw an die entsprechenden Stellen weiter gemeldet.

Hiermit möchte ich aber keine Böswilligkeit unterstellen oder einen Pflegeskandal aufdecken, vielmehr wussten die einzelnen Pflegekräfte oftmals nicht genau über die Gesetzeslage Bescheid und konnten sich daher auch nicht daran orientieren.

Es ist auch anzumerken, dass es für die Angehörigen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege oft sehr schwer ist, in der Akutsituation die richtige – im Sinne des HeimAufG – Entscheidung zu treffen. Hier ist es auf alle Fälle notwendig, den Pflegekräften in der Praxis ausreichend Hilfestellung in Form von Informationen und Schulungen zugänglich zu machen.

Fragestellung der Arbeit

Unter welchen Voraussetzungen dürfen Personen des gehobenen Krankenpflegedienstes eine Freiheitsbeschränkung anordnen?

Welche Abgrenzungsprobleme ergeben sich durch die Novelle? Was darf/muss ein Arzt anordnen und welche Befugnisse ergeben sich für Personen des gehobenen Krankenpflegedienstes?

Wer erteilt die Befugnis, dass eine Pflegeperson Freiheitsbeschränkungen anordnen darf? Wie viele Personen (DGKP, Behindertenpädagogen,...) darf die Direktion/Leitung einer Einrichtung, die unter das Heimaufenthaltsgesetz fällt, mit der Anordnung von Freiheitsbeschränkungen betrauen?

Besteht die Möglichkeit, Pflegefachkräfte mit der Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zu betrauen, die nicht direkt in der Einrichtung beschäftigt sind, z.B. Bedienstete von mobilen Krankenpflegediensten, die von der selben Trägereinrichtung geführt werden?

Ziel der Arbeit

Durch diese Arbeit soll die Bedeutung der Novelle des Heimaufenthaltsgesetzes für die Angehörigen des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege

dargestellt werden. Zwar bedeutet die Novelle eine zusätzliche Verantwortung für die betroffenen Berufsgruppen, allerdings ergibt sich dadurch auch ein weiterer eigenständiger Verantwortungsbereich für die Pflege, den es mit allen damit verbundenen Aspekten wahrzunehmen gilt.

Ein weiteres Anliegen ist es, genau herauszuarbeiten, welche freiheitsbeschränkenden Maßnahmen die Pflege unter welchen Umständen anordnen darf und welche formellen Kriterien dabei zu beachten sind.

Auch soll in der Arbeit die Abgrenzungsproblematik zu den anderen Berufsgruppen dargestellt und eventuelle Überschneidungen in der Anordnungsbefugnis beschrieben werden.

Ziel der Arbeit ist es, den betroffenen Pflegepersonen den Arbeitsalltag zu erleichtern.

Besonderes Augenmerk wird hierbei auf den Änderungen in der Anordnungsbefugnis liegen. Außerdem sollen durch die Arbeit gängige Fragen aus der Praxis zum Heimaufenthaltsgesetz beantwortet werden

2., Die demografische Entwicklung in Österreich

Das Heimaufenthaltsgesetz betrifft in seinem Wirkungsbereich vor allem die ältere Generation des Landes, und da Österreichs Bevölkerung immer älter wird, wächst auch die Anzahl der vom Heimaufenthaltsgesetz betroffenen Personen.

Die Kenntnis, dass Österreichs Bevölkerung „überaltet“ ist, ist nicht neu und dennoch eine Tatsache, die die Gesellschaft vor sozioökonomische Herausforderungen stellt, die bisweilen noch unterschätzt werden.⁸

Eine weitere Entwicklung, die in diesem Zusammenhang zu beachten ist, ist die Veränderung der Lebensformen. Während in der Vergangenheit die Altenpflege meist im Familienverband stattfand, hat sich auch hier ein Wandel vollzogen. Gründe für die Zunahme der Institutionalisierung der Altenpflege sind unter anderem die Abnahme der Mehr-Generationen-Haushalte und die zunehmende Berufstätigkeit der Frauen, die vormals oft für die Pflege zu Hause zuständig waren.

Im folgenden Kapitel gehe ich auf die Bevölkerungsentwicklung Österreichs näher ein und möchte auch die damit entstehenden Herausforderungen für Politik, Gesellschaft und betroffenen Berufsgruppen beleuchten.

2.1. Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung in Österreich

Nicht nur Österreich, auch die Europäische Union (EU) muss sich mit dem Thema der Überalterung beschäftigen:

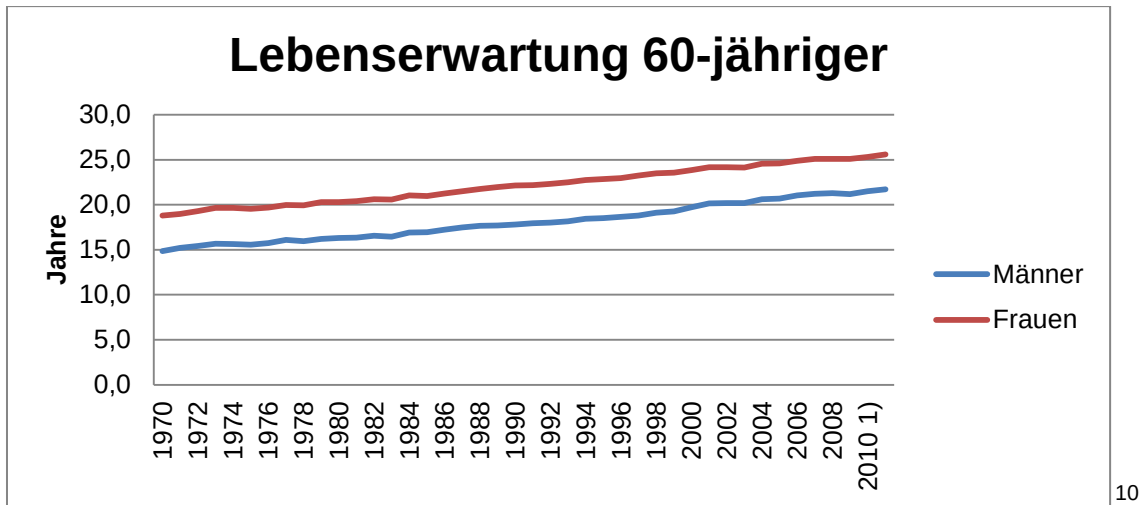
„Die Europäische Union (EU) muss sich heute mit dem Bevölkerungsrückgang, einem schwachen natürlichen Wachstum und der Überalterung eines Teils der Bevölkerung auseinandersetzen.“⁹

Hatte eine 60-jährige Frau in Österreich 1990 noch eine Lebenserwartung von weiteren 22,2 Jahren, so durfte eine 60-jährige Frau im Jahre 2011 bereits davon ausgehen, dass sie noch ihren 85.Geburtstag feiern wird. Bei 60-jährigen Männern

⁸ Schipfer (2005) S.13f.

⁹ http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/situation_in_europe/c10160_de.htm

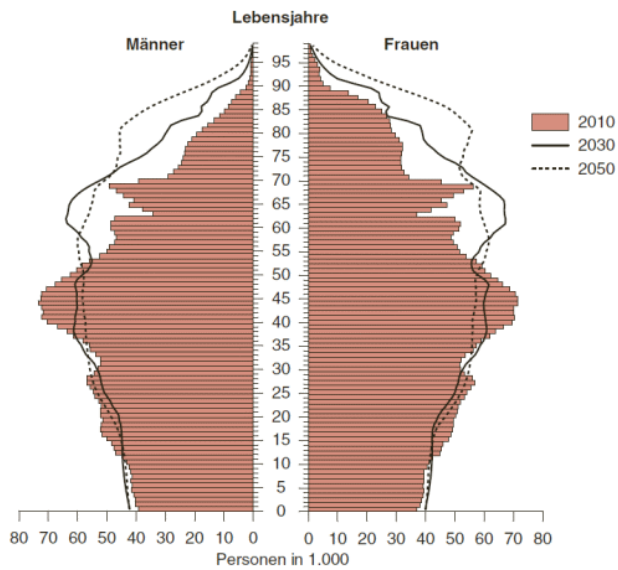
lag die Lebenserwartung 1990 noch bei 77,8 Jahren. 2011 lag dieser Wert bereits bei 81,7 Jahren.



Die Bevölkerungspyramide zeigt sehr deutlich, wie sich die Anteile der verschiedenen Altersgruppen in der österreichischen Gesamtbevölkerung verteilen. Bereits jetzt ist ein deutlicher Überhang der 40 bis 50jährigen gegenüber den unter 30jährigen zu beschreiben. In den kommenden 20 Jahren wird die zahlenmäßig starke Gruppe der heute 40 bis 50 jährigen das Pensionsalter erreichen bzw. erreicht haben. Durch den Überhang der Anzahl an Personen über 60 Jahren wird die Finanzierung des Sozial- und Pensionssystems zu einer großen Herausforderung für die erwerbstätige Bevölkerungsschicht.

¹⁰ Statistik Austria (2011).

Bevölkerungspyramide 2010, 2030 und 2050
(mittlere Variante)

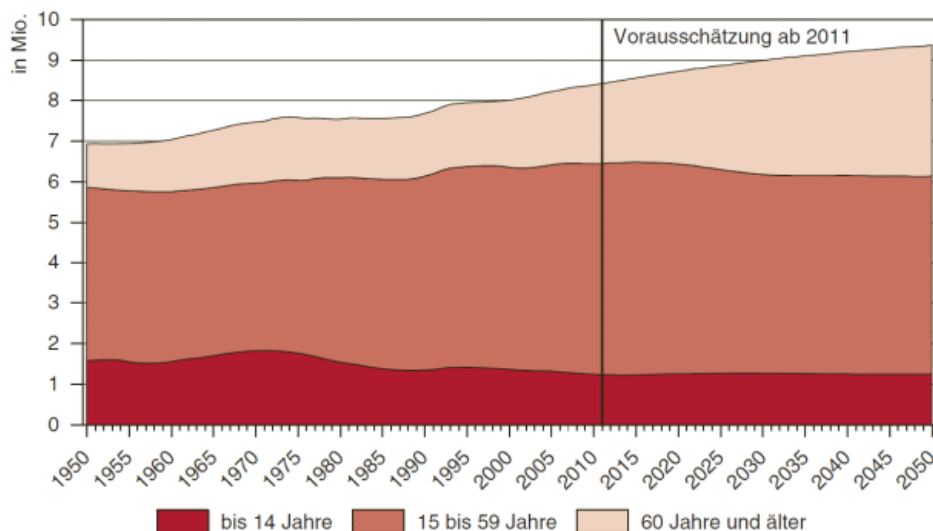


Q: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsprognose 2011. Erstellt am: 25.08.2011.

11

Die folgende Grafik zeigt, wie sich die Altersschichten bis **14 Jahre**, **15-59 Jahre** und **60 Jahre und älter** seit den 1950er Jahren verteilt haben und erlaubt einen Ausblick bis ins Jahr 2050. Zwar blieb bzw bleibt der Anteil der Personen im erwerbstätigen Alter über die gesamte Zeitspanne beinahe gleich, doch steigt seit den 1990er Jahren der Anteil der Personen im Bereich 60 Jahre und älter beständig an.

Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1950 bis 2050
(mittlere Variante)

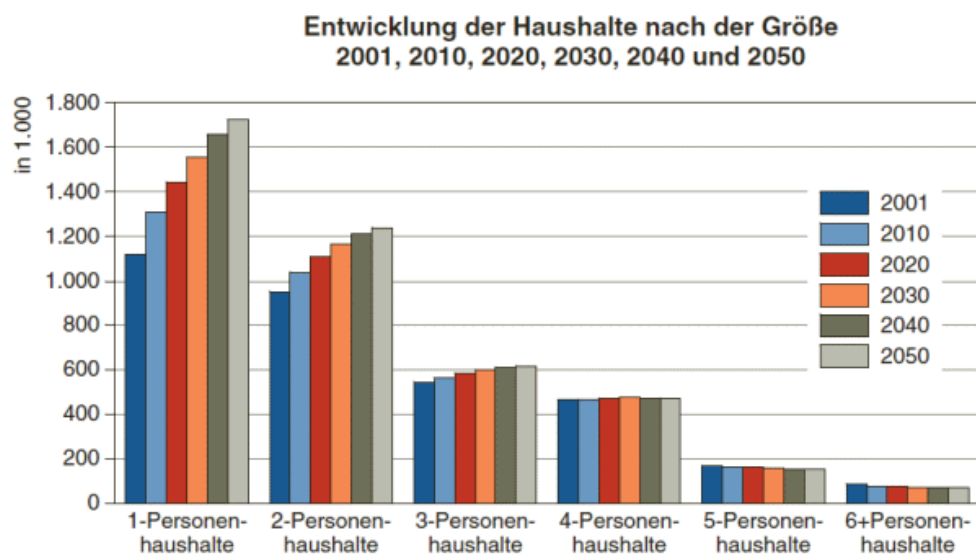


Q: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsprognose 2011. Erstellt am: 25.08.2011.

12

¹¹ Statistik Austria (2011).

Da zu erwarten ist, dass nicht nur die Anzahl der Personen über 60 Jahren steigen wird, sondern dadurch auch die Anzahl an Personen mit einem Pflegebedarf, wird es auch notwendig sein, diesem Pflegebedarf mit dem Ausbau von Pflegeplätzen, mobilen Diensten und teilstationärer Betreuung zu begegnen. Das Balkendiagramm zur Entwicklung der Haushaltsformen lässt nicht darauf hoffen, dass in Zukunft wieder ein größerer Teil der Pflege informell im Verband der Großfamilie geschehen wird.



Q: STATISTIK AUSTRIA, Haushaltsprognose 2011. Erstellt am: 05.12.2011.

13

2.2., Pflegebedürftigkeit in Österreich

Laut der Pflegegeldstatistik für Österreich beziehen 60% aller Personen über 80 Jahre Pflegegeld, was auch bedeutet, dass sie von einem Arzt der Sozialversicherung als pflegebedürftig eingestuft worden sind. Je älter die Person, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass diese Person auch pflegebedürftig ist. Auch die zeitliche Nähe zum Tod erhöht das Risiko der Pflegebedürftigkeit.¹⁴

Je mehr Therapien und Pflegehandlungen notwendig sind, desto höher der Betreuungsaufwand. Besonders dementielle Erkrankungen oder auch eine hohe Anzahl von chronischen Krankheiten führen oftmals zu einer Verlängerung der

¹² Statistik Austria (2011).

¹³ Statistik Austria (2011).

¹⁴ Schneider/ Österle/ Schober, D./ Schober, C. (2006) S.2f.

Betreuungsdauer. „Gesund zu altern“ kann die Dauer und somit auch die Kosten für die Betreuung erheblich senken.¹⁵

In Österreich bezogen im Jahr 2004 insgesamt 371.067 Personen Pflegegeld, man muss jedoch annehmen, dass diese Zahl nicht der tatsächlichen Anzahl an pflegebedürftigen Personen in Österreich entspricht. Schon im Jahr 1992 schätzten Badelt et al. die Zahl der pflegebedürftigen Menschen höher an. Rechnet man deren Zahlen hoch, ergibt sich für 2004 eine Anzahl von 541.000 hilfs- und betreuungsbedürftigen Personen. Um Pflegegeld beziehen zu können, muss der tatsächliche Betreuungsaufwand im Monat mindestens 50 Stunden betragen.¹⁶

2.3., Die Pflegewelt in Zahlen

750	Alten- und Pflegeheime in Österreich
68010	betreute SeniorInnen in Österreichs Heimen
21.000	vollzeitäquivalent beschäftigte Menschen in der Altenpflege (84% Frauen, 16% Männer)
50.000	MitarbeiterInnen insgesamt
35 Millionen	Pflegestunden pro Jahr
59 %	mehr Pflegepersonal in den Heimen zwischen 1995/96/07 und 2002
362.000	als pflegebedürftig eingestufte ÖsterreicherInnen 2003
16.000	Menschen in Österreich in hohem Ausmaß pflegebedürftig - Stufe 6 und 7
80 %	der Pflegebedürftigen werden in den Familien gepflegt
1.750.000.000 €	Pflegegeld im Jahr 2003
447.070.080	Pflegestunden im Jahr 2003
1.320.000.000 €	Gesamtkosten für Alten- und Pflegeheime im Jahr 2004
1.937 €	pro Monat im Durchschnitt je Heimplatz
1.000 bis 6.000 €	Kosten pro Monat für einen Pflegeplatz im Heim je nach Pflegebedarf und Ausstattung
766,6 €	brutto Medianpension bei Frauen im Jahr 2004
1.390,1 €	brutto Medianpension bei Männern im Jahr 2004
307 €	durchschnittliche monatliche Höhe des Pflegegeldes bei Frauen im Jahr 2004

¹⁵ Ebenda, S.3.

¹⁶ Ebenda, S.5.

416 €	durchschnittliche monatliche Höhe des Pflegegeldes bei Männern im Jahr 2004
82 %	der Betroffenen sind auf Sozialhilfe angewiesen
36 %	der Einnahmen von Heimen stammen von den BewohnerInnen

Kosten für 1 Stunde

70 - 102 €	Kfz-Mechaniker
90 - 112 €	Kfz-Spengler
22,13 - 42,26 €	diplomierte Pflegekraft in der ambulanten Pflege
14,20 - 20,30 €	Heimhilfe in der ambulanten Pflege
60 - 70€	durchschnittliche Heimkosten bei mittlerer Pflegebedürftigkeit pro Tag ¹⁷

2.4., Die Finanzierung des österreichischen Pflegesystems

Seit 1993 basiert die Finanzierung des österreichischen Pflegesystems auf Geld- und Sachleistungen. Wesentlich für die Finanzierung der Pflege sind natürlich die Geldleistungen, die über Steuern finanziert werden und als Pflegegeld ausbezahlt werden. Die gesetzliche Grundlage hierfür bilden das Bundespflegegeldgesetz und die neun Landespflegegeldgesetze. Im Gegensatz zu den Sachleistungen besteht auf das Pflegegeld ein Rechtsanspruch. Wofür die pflegegeldbeziehenden Personen das Pflegegeld tatsächlich aufwenden, ist ihnen überlassen.¹⁸

Die Sachleistungen können durch das Pflegegeld, private Gelder, öffentliche Gelder, Spendengelder oder auch durch freiwillige Leistungen finanziert werden. Die Erbringung der Sachleistungen ist je nach Bundesland unterschiedlich geregelt und wie oben bereits erwähnt, besteht auf Sachleistungen kein Rechtsanspruch.¹⁹

Der Großteil des österreichischen Pflegesystems wird durch öffentliche Mittel finanziert, also durch Gelder von Bund, Ländern oder Gemeinden. Ein weiterer Teil der Kosten wird durch Sachleistungen abgedeckt, die wiederum von den Ländern und Gemeinden bezahlt werden. Außerdem tragen auch die Kostenbeiträge von privaten Haushalten zur Finanzierung des Pflegesystems bei. Private

¹⁷ Auszug aus dem Nachhaltigkeitsbericht Lebenswelt Heim (2006) S.11.

¹⁸ Schneider/ Österle/ Schober, D./ Schober, C. (2006) S.4.

¹⁹ Ebenda, S.4.

Pflegeversicherungen spielen bis dato keine nennenswerte Rolle bei der Finanzierung.²⁰

2.5., Struktur der Pflegelandschaft in Österreich

Grob kann man die Pflegelandschaft in Österreich in folgende Bereiche unterteilen:

- Stationäre Betreuung
- Teilstationäre Betreuung
- Ambulante Betreuung
- Betreute Wohnformen
- Informelle Betreuung

2.5.1., Stationäre Betreuung

Im Jahr 2002 gab es in Österreich rund 67.600 Heimplätze, von denen 78% (=52.800) als Pflegeplätze geführt wurden. Die durchschnittlichen Kosten für einen Heimplatz variieren je nach tatsächlichem Pflegeaufwand zwischen 1000€ und 6000€ im Monat. Um diese Kosten decken zu können, sind 82% der pflegebedürftigen Personen zusätzlich zu Pension und Pflegegeld auch auf Sozialhilfe angewiesen. Während die Nachfrage für Plätze in Altenheimen aufgrund von besserer Wohnsituation und Ausbau der mobilen Dienste abgenommen hat, steigt die Nachfrage nach Pflegeplätzen deutlich an.²¹

Die Gesamtkosten im Bereich der stationären Altenpflege beliefen sich im Jahr 2004 auf insgesamt 1,32 Milliarden €. 35,9% dieser Summe wurden von den pflegebedürftigen Personen selbst über Pflegegeld, Pension und auch andere Vermögenswerte (z.B. Ersparnis oder Immobilienerträge) bestritten. Rechnet man die Gesamtkosten auf den einzelnen Bewohner auf, ergibt sich eine durchschnittliche Summe von 1.937€ pro Monat und Heimplatz.²²

2.5.2., Teilstationäre Betreuung

Unter teilstationären Betreuungsformen versteht man Dienste wie Tageszentren, Tagespflege und Tagesbetreuung. Durch die aktivierende Betreuung soll

²⁰ Ebenda, S.4.

²¹ Ebenda, S.8.

²² Ebenda, S.9.

gewährleistet werden, dass die pflegebedürftigen Personen so lange als möglich in der eigenen Wohnung leben können. Die Angebote an teilstationärer Betreuung sind in Österreich bei weitem nicht flächendeckend. Im Jahr 2003 betrugen die Kosten für teilstationäre Dienste 10,2 Millionen €, 18% der Kosten wurden von den pflegebedürftigen Klienten getragen.²³

Im Jahr 2008 lagen die Ausgaben für die teilstationäre Betreuung bereits bei rund 200 Millionen € (die Kosten für die Länder Steiermark und Tirol sind bei dieser Zahl nicht berücksichtigt).²⁴

2.5.3., Ambulante Betreuung

Ambulante Betreuung oder mobile Dienste betreuen und pflegen hilfsbedürftige Menschen in deren Wohnung. Dadurch ist es den betroffenen Personen möglich, länger in der gewohnten Umgebung zu verbleiben. Die Angebotspalette der mobilen Dienste reicht von qualifizierter Pflege über Hilfe im Haushalt bis hin zu Besuchsdiensten. Im Jahr 2004 nahmen rund 5% der über 65-jährigen Personen regelmäßig Hilfe durch ambulante Betreuungsdienste in Anspruch.²⁵

Insgesamt wurden im Jahr 2008 134.500 Personen in Österreich durch mobile Dienste betreut. Die Kosten für mobile Dienste lagen im Jahr 2008 bei rund 300 Millionen €.²⁶

2.5.4., Betreute Wohnformen

Zu den betreuten Wohnformen zählen vor allem Betreutes Wohnen und barrierefreie Seniorenwohnungen. Diese Wohnformen ermöglichen es, in der eigenen Wohnung zu verbleiben und bei Bedarf die Hilfe durch qualifizierte Pflege- oder Betreuungspersonen in Anspruch zu nehmen.²⁷

2.5.5., Private informelle Pflege

Man muss davon ausgehen, dass in Österreich – wie in anderen Ländern auch - um die 80% der hilfsbedürftigen Personen zu Hause durch Familienangehörige versorgt,

²³ Ebenda, S.12.

²⁴ BMSAK (2010) S.86.

²⁵ Schneider/ Österle/ Schober, D./ Schober, C. (2006) S.10.

²⁶ BMASK (2010) S.86.

²⁷ Schneider/ Österle/ Schober, D./ Schober, C. (2006) S.12.

betreut und gepflegt werden. Der Großteil der geleisteten privaten informellen Pflegeleistung wird von Frauen erbracht. Schätzungen gehen von etwa 80% aus. Die Kosten für die informelle Pflege können nur grob geschätzt werden, sie dürften sich aber zwischen 2 und 3 Milliarden € bewegen.²⁸

2.6., Die Kosten der Pflege in Österreich

Das Bundespflegegeld belief sich im Jahr 2008 auf 1,51 Milliarden €, dazu kamen noch 140 Millionen € Landespflegegeld und 1,21 Milliarden € an Sachleistungen durch Gemeinden und Länder.²⁹

Im Jahr 2008 bezogen 41.854 Frauen und 21.774 Männer Pflegegeld. Rund 33% der Bezieher erhalten Pflegegeld der Stufe 2, 67% der Pflegegeldbezieher sind Frauen.³⁰

Im Jahr 2004 gab die öffentliche Hand für die Pflege und Betreuung alter Menschen insgesamt rund 2,7 Milliarden € aus. Eine exakte Aufstellung der Kosten ist schwer möglich, da die Finanzierung der Pflege je nach Bundesland unterschiedlich geregelt ist.³¹

2.7., Herausforderungen an das österreichische Pflegesystem

Für betagte Personen sind die Pro-Kopf-Sozialausgaben rund sechs Mal höher als für jüngere Menschen, daher ist die demografische Entwicklung besonders wichtig, um eine Prognose für das österreichische Pflege- und Sozialsystem abgeben zu können.³²

Die Zahl der Personen, die älter als 65 Jahre sind, ist seit 1995 um 20% gestiegen, die Zahl der jungen Menschen hingegen ist um 4% zurückgegangen.³³ Diese Entwicklung lässt erahnen, dass in den nächsten Jahren mit einem Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Personen zu rechnen ist. Dies wird logischerweise auch zu

²⁸ Ebenda, S.12.

²⁹ BMASK (2010) S.155.

³⁰ Ebenda, S. 80.

³¹ Schneider/ Österle/ Schober, D./ Schober, C. (2006) S.13.

³² BMASK (2010) S.167.

³³ Ebenda, S.165.

Mehrausgaben von Sozialleistungen - wie z. Bsp. Pflegegeld - führen. Hier sind Bund und Länder gefragt, auch in Zukunft die Finanzierung der Pflege zu sichern.³⁴

Neben dem Anstieg der Lebenserwartung und der damit einhergehenden Zunahme der Zahl älterer (und pflegebedürftiger) Personen in Österreich ist auch ein Rückgang der informellen privaten Pflege zu erwarten. Für diese Entwicklung ist aber nicht alleine die hohe Zahl erwerbstätiger Frauen verantwortlich, auch der Anstieg der Ein-Personen-Haushalte und der *unstete familiäre Lebenswandel* begünstigen diese Tatsache. Durch die Änderung der traditionellen familiären Gegebenheiten kann es aber auch möglich sein, dass sich durch Stiefkinder, Lebenspartner, etc. neuen Betreuungspersonen ergeben. Weiters ist damit zu rechnen, dass vermehrt Männer die informelle Pflege übernehmen und somit die Abnahme der informellen Pflege abgemildert wird.³⁵

Dennoch wird die Sicherung der Langzeitpflege zu einer gesellschaftspolitischen Herausforderung werden und dies nicht nur in finanzieller Hinsicht. Es ist auch damit zu rechnen, dass es zu einer starken Nachfrage an Pflegeplätzen kommt, die mit den aktuellen Ressourcen nicht gedeckt werden kann. Es wird daher auch in Zukunft wichtig sein, dass der Sektor der privaten informellen Pflege durch mobile und teilstationäre Angebote unterstützt wird. Private Pflegeversicherungen werden in den kommenden Jahren sicherlich eine größere Rolle bei der Kostendeckung der Pflegeausgaben spielen als bisher.³⁶

³⁴ Ebenda, S.86f.

³⁵ Schneider/ Österle/ Schober, D./ Schober, C. (2006) S.20.

³⁶ Ebenda, S.24.

3., Darstellung des Heimaufenthaltsgesetzes mit der Novelle 2010

3.1., Allgemeines zum HeimAufG

Der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ist mitunter notwendig, um die Sicherheit und Gesundheit von Pflegeheimbewohnern zu gewährleisten.

Bis zum Inkrafttreten des HeimAufG mit 1. Juli 2005 fehlten eindeutige gesetzliche Bestimmungen darüber, ob und in welchem Umfang eine freiheitsbeschränkende Maßnahme vorgenommen werden darf. Weiters war nicht klar geregelt, wer die Kompetenz zur Anordnung einer solchen Beschränkung hatte.

Die beteiligten Berufsgruppen handelten in einem gesetzlichen „Graubereich“ und mussten rechtliche Konsequenzen für Maßnahmen fürchten, die aus ihrer Sicht notwendig waren, um die Sicherheit der Bewohner zu gewährleisten.

Den betroffenen Bewohnern von Pflegeeinrichtungen fehlte oftmals die Fähigkeit ihren Standpunkt selbst zu vertreten. Sie waren den Handlungen der Pflegekräfte und/oder der Ärzte mehr oder weniger „ausgeliefert“, denn eine Überprüfung der gesetzten Maßnahmen durch ein unabhängiges Gericht war bisher nicht vorgesehen.

Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des HeimAufG nicht nur mehr Sicherheit für die Bewohner von Alten- und Pflegeheimen geschaffen, sondern trägt hiermit auch zu einer Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Angehörigen der betroffenen Berufsgruppen bei.³⁷

Durch die Novelle des HeimAufG, die mit 1. November 2010 in Kraft getreten ist, kam es zu einigen Neuerungen, die unter anderem auch für die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu Kompetenzerweiterungen führten.

³⁷ Barth/ Engel (2004) S.2f.

Das HeimAufG stellt klar, dass Eingriffe in die Freiheitsrechte der Bewohner nur als letztes Mittel unter genau umschriebenen Voraussetzungen zulässig sind.³⁸

3.2., Grundrechtlicher Rahmen des HeimAufG

Den grundrechtlichen Rahmen für das HeimAufG bildet Art 5 Abs 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) 1958, welcher wie folgt lautet:

(1) Jedermann hat ein Recht auf Freiheit und Sicherheit. Die Freiheit darf einem Menschen nur in den folgenden Fällen und nur auf die gesetzlich vorgeschriebene Weise entzogen werden:

- a) wenn er rechtmäßig nach Verurteilung durch ein zuständiges Gericht in Haft gehalten wird;*
- b) wenn er rechtmäßig festgenommen worden ist oder in Haft gehalten wird wegen Nichtbefolgung eines rechtmäßigen Gerichtsbeschlusses oder zur Erzwingung der Erfüllung einer durch das Gesetz vorgeschriebenen Verpflichtung;*
- c) wenn er rechtmäßig festgenommen worden ist oder in Haft gehalten wird zum Zwecke seiner Vorführung vor die zuständige Gerichtsbehörde, sofern hinreichender Verdacht dafür besteht, dass der Betreffende eine strafbare Handlung begangen hat, oder begründeter Anlass zu der Annahme besteht, dass es notwendig ist, den Betreffenden an der Begehung einer strafbaren Handlung oder an der Flucht nach Begehung einer solchen zu hindern;*
- d) wenn es sich um die rechtmäßige Haft eines Minderjährigen handelt, die zum Zwecke überwachter Erziehung angeordnet ist, oder um die rechtmäßige Haft einer solchen, die zwecks Vorführung vor die zuständige Behörde verhängt ist;*
- e) wenn er sich in rechtmäßiger Haft befindet, weil er eine Gefahrenquelle für die Ausbreitung ansteckender Krankheiten bildet, oder weil er geisteskrank, Alkoholiker, rauschgiftsüchtig oder Landstreicher ist;*
- f) wenn er rechtmäßig festgenommen worden ist oder in Haft gehalten wird, um ihn daran zu hindern, unberechtigt in das Staatsgebiet einzudringen oder weil er*

³⁸ Ebenda, S.2.

*von einem gegen ihn schwebenden Ausweisungs- oder Auslieferungsverfahren betroffen ist.*³⁹

Das österreichische Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit (BGBl 1988/684, auch PersFrG) übernimmt zwar die Grundstruktur aus Art 5 Abs 1 EMRK, im Detail weicht es davon allerdings ab. So beschreibt es die Eingriffstatbestände präziser und auch strenger als die EMRK. Der Handlungsbereich für die Beschreibung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen wird dadurch noch enger.⁴⁰

Art 2 Abs 1 Z 5 PersFrG besagt, dass einem Menschen die persönliche Freiheit entzogen werden darf, *wenn Grund zur Annahme besteht, dass er eine Gefahrenquelle für die Ausbreitung ansteckender Krankheiten sei oder wegen psychischer Erkrankung sich oder andere gefährde.*⁴¹

Wie aus oben zitiertem Absatz zu entnehmen ist, wurden die Kriterien Alkoholismus, Rauschgiftsucht und Landstreicherei nicht im PersFrG berücksichtigt.

Da ein konkreter Schaden oder ein rechtswidriges Anlassverhalten laut Art 2 Abs 1 Z 5 PersFrG nicht erforderlich ist, bietet es die verfassungsrechtliche Grundlage für einen rein präventiven Freiheitsentzug auf Grundlage eines Wahrscheinlichkeitsurteils.⁴²

Weiters hängt die Zulässigkeit einer Freiheitsbeschränkung im PersFrG von einem zusätzlichen Gefährdungskriterium ab. Dadurch werden die Zulässigkeitsbedingungen deutlich verengt, was zu einer freiheitsbegünstigenden Einschränkung gegenüber dem Art 5 der EMRK führt.⁴³

3.3., Rechtliche Konsequenzen einer unzulässigen Freiheitsbeschränkung

Die Vornahme einer unzulässigen Freiheitsbeschränkung kann strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Siehe § 99 Abs 1 StGB *Wer einen anderen*

³⁹ EMRK Art 5 Abs 1.

⁴⁰ Barth/ Engel (2004) S.3.

⁴¹ PersFrG Art 2 Abs 1.

⁴² Barth/ Engel (2004) S. 4.

⁴³ Ebenda, S.4.

*widerrechtlich gefangen hält oder ihm auf andere Weise die persönliche Freiheit entzieht, ist mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren zu bestrafen.*⁴⁴

Dauert die Freiheitsentziehung länger als einen Monat oder bereitet sie dem Festgehaltenen besondere Qualen bzw. schwere Nachteile, so sieht § 99 Abs 2 StGB einen Strafraum von einem bis zu zehn Jahren vor.⁴⁵

Ausgenommen von diesen Bestimmungen sind behördliche Anhaltungen in Ausübung einer Amts- oder Dienstpflicht. Hierzu zählt unter anderem die Unterbringung psychisch Kranker nach dem UbG. Fehlen allerdings für eine solche Unterbringung die formellen und/oder materiellen Voraussetzungen oder dauert sie länger an als notwendig, ist die Handlung laut § 99 StGB strafbar.⁴⁶

Eine strafrechtliche Freiheitsbeschränkung setzt voraus, dass die Handlung gegen oder ohne den Willen des Opfers geschieht. Ist die betroffene Person allerdings nicht dazu fähig, ihre eigene Lage zu bestimmen, kann laut strafrechtlicher Judikatur keine Freiheitsbeschränkung vorgenommen werden.⁴⁷

Durch eine unzulässige Freiheitsbeschränkung kann auch eine zivilrechtliche Haftung entstehen. Der Anspruch richtet sich besonders auf die Wiederherstellung der Freiheit. Bei grob fahrlässiger oder vorsätzlicher Freiheitsentziehung muss der Schädiger volle Genugtuung leisten und bei vorsätzlichem Handeln darüber hinaus auch noch ideelle Schäden ersetzen. Der Anspruch auf Schadensersatz ist im Rahmen eines Amtshaftungsverfahrens geltend zu machen.⁴⁸

Bei einer Verletzung des Art 5 Abs 1 bis 4 EMRK steht dem Opfer unabhängig vom Verschulden ein materielle und ideelle Schäden umfassender Ersatzanspruch gegen den Bund zu.⁴⁹

⁴⁴ StGB § 99 Abs 1.

⁴⁵ Barth/ Engel (2004) S. 7.

⁴⁶ Ebenda, S. 7.

⁴⁷ Ebenda, S. 8.

⁴⁸ Ebenda, S. 8.

⁴⁹ Ebenda, S.9.

3.4., Allgemeine Bestimmungen des HeimAufG

1. Abschnitt - Allgemeine Bestimmungen

3.4.1., Schutz der persönlichen Freiheit

§1. (1) Die persönliche Freiheit von Menschen, die aufgrund des Alters, einer Behinderung oder einer Krankheit der Pflege oder Betreuung bedürfen, ist besonders zu schützen. Ihre Menschenwürde ist unter allen Umständen zu achten und zu wahren. Die mit der Pflege oder Betreuung betrauten Menschen sind zu diesem Zweck besonders zu unterstützen.

*(2) Freiheitsbeschränkungen sind nur dann zulässig, soweit sie im Verfassungsrecht, in diesem Bundesgesetz oder anderen gesetzlichen Vorschriften ausdrücklich vorgesehen sind.*⁵⁰

Die persönliche Freiheit von Menschen mit einer Behinderung bzw. von älteren Menschen ist laut § 1 Abs 1 HeimAufG besonders zu schützen. Der Fokus liegt nicht nur auf der Freiheit, sondern auch auf der Menschenwürde der betroffenen Personen, diese ist unbedingt zu achten und zu wahren. Um diesen Auftrag des HeimAufG erfüllen zu können, sind die mit der Pflege und Betreuung dieser Menschen betrauten Personen besonders zu unterstützen. In welcher Form diese Unterstützung zu erfolgen hat, wird nicht näher ausgeführt, aber es ist keinesfalls durch das Gesetz gerechtfertigt, Freiheitsbeschränkung aufgrund von fehlenden Personalressourcen oder mangelhafter Ausstattung der Heime vorzunehmen. Sollte darüber Zweifel herrschen, ist auf alle Fälle den Freiheitsrechten der betroffenen Person Vorrang zu geben.

Zwar geht § 1 Abs 1 HeimAufG auf die schwierige Tätigkeit der Pflegepersonen ein, es lassen sich aber keine Rechte der betroffenen Berufsgruppen davon ableiten.

§ 1 Abs 2 HeimAufG weist darauf hin, dass es einer ausdrücklichen verfassungsrechtlichen oder einer durch das Verfassungsrecht gedeckten

⁵⁰ HeimAufG § 1 idF BGBl I 2010/18.

einfachgesetzlichen Regelung bedarf, um eine Beschränkung der persönlichen Freiheit vornehmen zu dürfen.⁵¹

3.4.2., Geltungsbereich

§ 2. (1) Dieses Bundesgesetz regelt allein die Voraussetzungen und die Überprüfung von Freiheitsbeschränkungen in Alten- und Pflegeheimen, Behindertenheimen sowie in anderen Einrichtungen, in denen wenigstens drei psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen ständig betreut oder gepflegt werden können. In Krankenanstalten ist dieses Bundesgesetz nur auf Personen anzuwenden, die dort wegen ihrer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung der ständigen Pflege oder Betreuung bedürfen.

(2) Dieses Bundesgesetz ist auf nicht-stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe, auf Heime und andere Einrichtungen zur Pflege und Erziehung Minderjähriger, auf Krankenanstalten oder Abteilungen für Psychiatrie sowie auf Anstalten für geistig abnorme und entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher nicht anzuwenden.

*(3) Im Übrigen gilt dieses Bundesgesetz nicht für die Aufnahme, Pflege und Betreuung, die Behandlung und den Umgang mit sonstigen Persönlichkeitsrechten der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen sowie anderen Einrichtungen.*⁵²

§ 2 Abs 1 und 2 HeimAufG gehen auf den Geltungsbereich des Bundesgesetzes ein, also auf welche Institutionen und Einrichtungen das HeimAufG anzuwenden ist und auf welche nicht.

Hier unterscheidet das Gesetz nach der Größe der Einrichtungen und auch nach dem Personenkreis, für den dort Pflege und Betreuung angeboten wird. So müssen in einer Institution mindestens drei psychisch kranke oder geistige behinderte Menschen einer ständigen Betreuung und/oder Pflege bedürfen, damit das HeimAufG anzuwenden ist.

⁵¹ Barth/ Engel (2004) S.11ff.

⁵² HeimAufG § 2 idF BGBl I 2010/18.

Darstellung der Institution, auf die das HeimAufG anzuwenden ist:

- Alten- und Pflegeheime, Seniorenresidenzen, Geriatriezentren
- Behindertenheime
- Tagesbetreuungseinrichtungen für ältere Menschen
- Wohngemeinschaften für behinderte Menschen (Ausnahme: wenn sie familienähnlichen Charakter aufweisen, dann ist das HeimAufG nicht anzuwenden)
- Psychosoziale Langzeitwohnheime (wenn heimtypische Bedingungen gegeben sind)
- Allgemeine Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen und Sonderkrankenhäuser (soweit es um die Versorgung von Menschen geht, die aufgrund ihrer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung einer ständigen Pflege oder Betreuung bedürfen)⁵³

Darstellung der Institution, auf die das HeimAufG nicht anzuwenden ist:

- Tagesbetreuungseinrichtungen für behinderte Menschen/Nicht-stationäre Behindertenhilfe
- Betreutes Wohnen für ältere Menschen (außer die Einrichtung entspricht der Größe von Kleinheimen)
- Familienähnliche Wohngemeinschaften
- Versorgung von Mobilen Diensten zu Hause
- Versorgung durch Familienangehörige
- Versorgung durch Pflegefamilien
- Ambulante psychiatrische Einrichtungen/Psychosoziale Dienste
- Psychiatrische Krankenanstalten
- Heime für Minderjährige
- Studentenheime

§ 2 Abs 3 HeimAufG führt weiters aus, dass andere Persönlichkeitsrechte als jenes der persönlichen Freiheit durch das HeimAufG nicht geregelt werden.

⁵³ OGH 6 Ob 46/07v, 25.5.2007.

3.4.3., Freiheitsbeschränkung

§ 3. (1) Eine Freiheitsbeschränkung im Sinn dieses Bundesgesetzes liegt vor, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person (im folgenden Bewohner) gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahme, oder durch deren Androhung unterbunden wird.

(2) Eine Freiheitsbeschränkung liegt nicht vor, wenn der einsichts- und urteilsfähige Bewohner einer Unterbindung der Ortsveränderung, insbesondere im Rahmen eines Vertrages über die ärztliche Behandlung zugestimmt hat.⁵⁴

§ 3 HeimAufG definiert den für das HeimAufG zentralen Begriff der Freiheitsbeschränkung. Sobald es einer Person verwehrt wird, ihren Aufenthaltsort zu verändern, liegt laut HeimAufG eine Freiheitsbeschränkung vor. Hierbei ist es gleich, ob die Person ohne ihren Willen beschränkt wird oder sogar gegen ihren Willen. Auch ist die Mobilität der von der Freiheitsbeschränkung betroffenen Person nicht relevant. Das OGH hat entschieden, dass auch „immobile“ Patienten in ihrer Freiheit beschränkt werden können.⁵⁵

Eine freiheitsbeschränkende Maßnahme wird grundsätzlich unabhängig vom räumlichen Umfang, von der zeitlichen Dauer und der Mobilität der betroffenen Person als solche qualifiziert!⁵⁶

Wird es einer Person unmöglich gemacht, ihren Aufenthaltsort nach freiem Willen zu verändern, so spricht man von einer Freiheitsbeschränkung. Die Unmöglichkeit bestimmte Räume, Orte, Areale zu betreten ist hingegen keine Freiheitsbeschränkung.⁵⁷

Gibt eine Person ihre Zustimmung zu einer Unterbindung der Ortsveränderung, handelt es sich nicht mehr um eine Freiheitsbeschränkung im Sinne des HeimAufG, sondern um eine Freiheitseinschränkung.⁵⁸

⁵⁴ HeimAufG § 3 idF BGBl I 2010/18.

⁵⁵ OGH RS0121221, 30.08.2006.

⁵⁶ VSP (2010) S.9.

⁵⁷ Barth/ Engel (2004) S. 26.

⁵⁸ HeimAufG §3.

Ein zentrales Kriterium stellt die Unterbindung der Ortsveränderung mit physischen Mitteln dar, wie zum Beispiel durch Elektronische Überwachungssysteme, Seitenteile am Bett oder auch medikamentöser Mittel. Bereits die Androhung dieser Maßnahmen ist als Freiheitsbeschränkung im Sinne des HeimAufG zu werten.

Es gibt verschiedene Arten von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, die hier exemplarisch aufgeführt sind:

Mechanische Freiheitsbeschränkungen:

- Spezielle Möbel
- Komplizierte Türöffnungsanlagen
- Steckgitter/Seitenteile am Bett
- Fixiergurt am Rollstuhl
- Verhindern des Aufstehens aus dem Bett oder Rollstuhl durch Schlafsäcke oder Leintüchern
- Vorstellen eines Tisches vor den Rollstuhl
- Einbremsen des Rollstuhls
- Festhalten oder Einschließen in einen Raum
- Entfernung von Gehhilfen

Elektronische Freiheitsbeschränkungen:

Grundsätzlich zählen diese Maßnahmen (wie Sensormatten, Videoüberwachung, etc.) nur dann zu den Freiheitsbeschränkungen, wenn bei Alarm der elektronischen Geräte unmittelbare freiheitsentziehende Folgen zu erwarten sind.

Medikamentöse Freiheitsbeschränkungen:

Diese Art der Freiheitbeschränkungen ist momentan ein großes Thema. Noch immer gibt es Rechtsunsicherheiten in Bezug auf medikamentöse Freiheitsbeschränkungen und auch die jeweiligen Berufsgruppen kämpfen mit unterschiedlichen Auffassungen zu diesem Begriff.⁵⁹

⁵⁹ Barth (2011) S.319.

Zu den medikamentösen Freiheitsbeschränkungen zählt vor allem der Einsatz von Medikamenten zur Beruhigung und Dämpfung von Patienten (Sedativa, Tranquilizer). Werden diese Medikamente mit der Absicht verabreicht, um z.B. eine unruhige Person zu besänftigen oder eine Verhaltensänderung herbeizuführen, damit diese keine anderen Bewohner verletzt, so ist von einer Freiheitsbeschränkung zu sprechen.

Wird ein beruhigendes Medikament zu therapeutischen Zwecken (Behandlung von Schlafstörungen, Depressionen) angewendet, spricht man nicht von Freiheitsbeschränkung.

Es ist jedoch oftmals schwierig abzugrenzen, wo es sich um einen therapeutischen Einsatz mit bewegungshemmenden Nebenwirkungen handelt und wo bereits die medikamentöse Behandlung von Verhaltensstörungen beginnt.⁶⁰

Bauliche Freiheitsbeschränkungen:

Labyrinth oder Gänge, die es den Bewohnern schwer/unmöglich machen den Ausgang zu finden; Gitter vor Türen⁶¹

2. Abschnitt – Voraussetzung einer Freiheitsbeschränkung

3.4.4., Zulässigkeitsvoraussetzungen

§ 4. Eine Freiheitsbeschränkung darf nur vorgenommen werden, wenn

- 1. der Bewohner psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet,*
- 2. sie zur Abwehr dieser Gefahr unerlässlich und geeignet sowie in ihrer Dauer und Intensität im Verhältnis zur Gefahr ist sowie*
- 3. diese Gefahr nicht durch andere Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen, abgewendet werden kann.⁶²*

⁶⁰ OGH 3Ob176/10v, 11.11.2010.

⁶¹ Barth/ Engel (2004) S. 25ff.

Durch § 4 HeimAufG werden die materiellen Voraussetzungen geregelt, durch die eine Freiheitsbeschränkung zulässig wird. Jene Voraussetzungen müssen kumulativ vorliegen, also alle drei Voraussetzungen müssen gegeben sein.

Grundsätzlich darf eine freiheitsbeschränkende Maßnahme nur an einer Person vorgenommen werden, die psychisch krank oder geistig behindert ist und dadurch sich selbst oder andere erheblich gefährdet.

Bisher durfte eine freiheitsbeschränkende Maßnahme gemäß § 4 HeimAufG nur vorgenommen werden, wenn durch das Verhalten des Bewohners das Leben und die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet werden. Diese Formulierung implizierte, dass die Gesundheit des Bewohners über der Gesundheit anderer Personen stehe, da beim Bewohner bereits eine Gesundheitsgefährdung als Anlass für eine Freiheitbeschränkung ausreicht.⁶³

Durch die Novelle wurde hier eine versehentliche Formulierung des ursprünglichen Gesetzestextes korrigiert.

Die getroffene Maßnahme muss zur Gefahr in Relation stehen. Weiters darf eine Freiheitsbeschränkung nur dann durchgeführt werden, wenn die drohende Gefahr nicht durch ein gelinderes Mittel abgewendet werden kann.

Als Beispiel: Ein demenzkranker Bewohner eines Pflegeheimes ist seit einigen Wochen aufgrund einer kleineren Operation an den Augen nicht mehr dazu in der Lage, alleine im Garten der Einrichtung spazieren zu gehen. Durch die fehlende Bewegung wird er unruhig und hat in den letzten Tagen auch öfter aggressives Verhalten gegenüber anderen Bewohnern und Pflegekräften an den Tag gelegt. Der beigezogene Arzt hat daraufhin angeordnet, den Patienten mittels Bedarfsmedikation zu behandeln (Psychopax-Tropfen zur Beruhigung). Die hier vorliegende medikamentöse Freiheitsbeschränkung ist keinesfalls gerechtfertigt. Es ist davon auszugehen, dass durch begleitetes „Abarbeiten“ des Bewegungsdranges des Patienten das unruhige und aggressive Verhalten wieder nachlässt. Eine etwaige Argumentation, dass diese gelindere Maßnahme aufgrund von Personalmangel nicht

⁶² HeimAufG § 4 idF BGBl I 2010/18.

⁶³ Strickmann (2010) S.26.

möglich sei, ist hier irrelevant (siehe auch § 1 HeimAufG Schutz der persönlichen Freiheit).

Das oben genannte (erfundene) Beispiel zeigt auf, dass eine Freiheitsbeschränkung immer das letzte Mittel der Wahl sein muss und erst in Betracht gezogen werden darf, wenn alle anderen gelinderen Versuche nicht zum Erfolg geführt haben.

Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen könnten sein:

- Personelle und organisatorische Veränderungen (mehr Personal, flexiblere Arbeitszeiten)
- Schulung und Fortbildung der Mitarbeiter
- Biografiearbeit mit den Bewohnern
- Unterstützte Bewegung
- Beschäftigung anbieten (Musizieren, Basteln, Bewegung,...)
- moderne Heilbehelfe nutzen (spezielle Sitzkissen für Rollstühle)
- bauliche Maßnahmen („Stolperfallen“ minimieren, helle Räume, Ruhezonen schaffen,...)
- Mobilitätstraining und Physiotherapie
- Schutzkleidung anbieten (Hüftprotektorrhosen bei Sturzhäufigkeit)
- ...⁶⁴

Diese Alternativen sind leider oftmals mit einem finanziellen Mehraufwand verbunden und die Finanzierung der Alten- und Pflegeheime nicht einheitlich geregelt. Dennoch ist festzuhalten, dass eine Knappheit an Ressourcen (egal ob es sich dabei um Personal, Zeit oder Geld handelt) niemals eine freiheitsbeschränkende Maßnahme rechtfertigt.⁶⁵

3.4.5., Vornahme einer Freiheitsbeschränkung

§ 5. (1) Eine Freiheitsbeschränkung darf nur aufgrund der Anordnung einer dazu befugten Person vorgenommen werden. Anordnungsbefugt sind

⁶⁴ VSP (2010) S. 9ff

⁶⁵ LG Innsbruck 51 R 118/08i, 23.12.2008.

1. *für Freiheitsbeschränkungen durch medikamentöse oder sonstige dem Arzt gesetzlich vorbehaltene Maßnahmen und alle damit in Zusammenhang erforderlichen Freiheitsbeschränkungen ein Arzt;*
2. *für Freiheitsbeschränkungen durch Maßnahmen im Rahmen der Pflege ein mit der Anordnung derartiger freiheitsbeschränkender Maßnahmen von der Einrichtung betrauter Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und*
3. *für Freiheitsbeschränkungen durch Maßnahmen im Rahmen der Betreuung in Einrichtungen der Behindertenhilfe die mit der pädagogischen Leitung betraute Person und deren Vertreter.*

(2) Sofern der Bewohner länger als 48 Stunden dauernd oder über diesen Zeitraum hinaus wiederholt in seiner Freiheit beschränkt wird, hat der Leiter der Einrichtung unverzüglich ein ärztliches Gutachten, ein ärztliches Zeugnis (§ 55 Ärztegesetz 1998) oder sonstige ärztliche Aufzeichnungen (§ 51 Ärztegesetz 1998) darüber einzuholen, dass der Bewohner psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet. Diese ärztlichen Dokumente müssen zum Zeitpunkt der Vornahme der Freiheitsbeschränkung aktuell sein.

(3) Eine Freiheitsbeschränkung darf nur unter Einhaltung fachgemäßer Standards und unter möglicher Schonung des Bewohners durchgeführt werden.

(4) Eine Freiheitsbeschränkung ist sofort aufzuheben, wenn deren Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.⁶⁶

Bisher war die Anordnungsbefugnis von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen an folgende Hierarchie gekoppelt: Ärztliche Abteilungsführung, Einrichtungsleitung oder Aufsicht, Pflegedienstleitung, Pädagogische Leitung, mit der Anordnung betraute Personen.

Die Änderungen der Anordnungsbefugnis sind wohl die bedeutendsten der Novelle, denn diese sieht vor, dass je nach Art der Freiheitsbeschränkung, die jeweilige

⁶⁶ HeimAufG § 5 idF BGBl I 2010/18.

Anordnung verschiedenen Berufsgruppen vorbehalten sein soll. Freiheitsbeschränkungen medikamentöser Art sind zum Beispiel Ärzten vorbehalten, Maßnahmen im Zusammenhang mit pflegerischen Handlungen sind hingegen von Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege anzuordnen.⁶⁷

§ 5 Abs 3 HeimAufG weist ausdrücklich darauf hin, dass eine freiheitsbeschränkende Handlung nur unter möglichster Schonung der betroffenen Person getätigt werden darf und dabei sämtliche fachlichen Standards eingehalten werden müssen.

Wird eine Freiheitsbeschränkung vorgenommen, so darf diese nur solange andauern, wie auch die Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Fallen diese weg, ist die Freiheitsbeschränkung sofort aufzuheben, auch wenn diese z.B. für einen Zeitraum von 3 Monaten vom Gericht genehmigt wurde. Die Verpflichtung, eine Freiheitsbeschränkung wieder aufzuheben, liegt bei der anordnungsbefugten Person.⁶⁸

3.4.6., Dokumentation

§ 6. (1) Der Grund, die Art, der Beginn und die Dauer der Freiheitsbeschränkung sind schriftlich zu dokumentieren. Ärztliche Zeugnisse und der Nachweis über die notwendige Verständigung sind diesen Aufzeichnungen anzuschließen.

*(2) Ebenso sind der Grund, die Art, der Beginn und die Dauer einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit festzuhalten.*⁶⁹

Einrichtungen, die unter das HeimAufG fallen, sind dazu verpflichtet, Pflegedokumentationen, Krankengeschichten oder Betreuungsdokumentationen zu führen. Diese Verpflichtung ist einerseits durch das KAKuG, mehrere Pflegeheimgesetze bzw. -verordnungen und auch durch das GuKG geregelt. § 6 Abs 1 HeimAufG sieht zusätzlich vor, dass jede Freiheitsbeschränkung schriftlich zu dokumentieren ist. Dabei muss der Grund, die

⁶⁷ Strickmann (2010) S.26.

⁶⁸ Barth/ Engel (2004) S. 40ff.

⁶⁹ HeimAufG § 6 idF BGBl I 2010/18.

Art, der Beginn und die Dauer der beschränkenden Maßnahme angegeben werden. Diese Aufzeichnungen sind, gemeinsam mit ärztlichen Zeugnissen und dem Nachweis über die erforderliche Verständigung, der Pflegedokumentation oder Krankengeschichte beizulegen und dem Betroffenen oder seinem gesetzlichen Vertreter auf Wunsch vorzulegen.

Wird eine Freiheitsbeschränkung mit der Einwilligung der betroffenen Person vorgenommen, gelten hinsichtlich der Dokumentation die gleichen Pflichten wie bei einer Freiheitsbeschränkung ohne Einwilligung des Patienten.⁷⁰

Ziel der verpflichtenden Dokumentation ist es, eine Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit der Freiheitsbeschränkung zu schaffen. Durch eine unzureichende Dokumentation oder fehlende Meldung wird eine Freiheitsbeschränkung bis auf weiteres unzulässig und muss aufgehoben werden.⁷¹

3.4.7., Aufklärung und Verständigung

§ 7. (1) 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. Zudem hat sie von der Freiheitsbeschränkung, von deren Aufhebung und von einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit unverzüglich den Leiter der Einrichtung zu verständigen.

(2) Der Leiter der Einrichtung hat von der Freiheitsbeschränkung und von deren Aufhebung unverzüglich den Vertreter und die Vertrauensperson des Bewohners zu verständigen und diesen Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Diese Personen sind auch von einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit sowie deren Aufhebung unverzüglich zu verständigen.

(3) Bei der Kommunikation sind nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten der Einrichtung hinreichende Maßnahmen zur Datensicherheit zu treffen.⁷²

⁷⁰ Barth/ Engel (2004) S. 47ff.

⁷¹ VSP (2010) S. 13.

⁷² HeimAufG § 7 idF BGBl I 2010/18.

Bei der Aufklärung der von einer Freiheitsbeschränkung betroffenen Person sind keine formellen Richtlinien einzuhalten. Es ist in § 7 Abs 1 HeimAufG jedoch aufgeführt, worüber die Person genau zu unterrichten ist. Dabei ist auf den jeweiligen psychischen Zustand der Person Rücksicht zu nehmen und die Verständigung hat so zu erfolgen, dass die Person dem Gespräch auch folgen kann und die Inhalte versteht.

Mit Inkrafttreten der Novelle zum HeimAufG ist der Einrichtungsleiter nicht nur dazu verpflichtet den Vertreter und die Vertrauensperson des Bewohners von der Freiheitsbeschränkung sowie deren Aufhebung unverzüglich zu unterrichten, des Weiteren gilt diese Verständigungspflicht nun auch für Freiheitseinschränkungen. Da die anordnungsbefugte Person den Einrichtungsleiter über eine Aufhebung der Maßnahme nicht informieren muss, kann dieser wiederum seiner gesetzlichen Verpflichtung nur eingeschränkt nachkommen.⁷³

Wird ein und dieselbe Freiheitsbeschränkung mehrmals und regelmäßig vorgenommen, so muss nicht jedes Mal eine Verständigung geschehen.

Die Verständigung wird auch in § 6 Abs 1 HeimAufG (Dokumentation) beschrieben, daher ist davon auszugehen, dass eine solche in schriftlicher Form zu erfolgen hat. Dies gilt auch für die Kommunikation über die Maßnahme innerhalb der Einrichtung. Ein solches Vorgehen erleichtert später die Beweisbarkeit der Verständigung.⁷⁴

Zur Meldung einer beschränkenden Maßnahme an die Bewohnervertretung gibt es Web-Meldeformulare und auch Faxformulare (siehe Anhang), die diesen Vorgang erleichtern sollen. Wird eine Freiheitsbeschränkung nicht an den Bewohnervertreter gemeldet, ist sie bis auf weiteres nicht zulässig.⁷⁵

Die betreffenden Einrichtungen haben den gesetzlichen Auftrag, bei der Kommunikation die Sicherheit der Daten zu gewährleisten und diesbezügliche Maßnahmen zu treffen.⁷⁶

⁷³ Strickmann (2010) S.26.

⁷⁴ Barth/ Engel (2004) S. 49ff.

⁷⁵ VSP (2010) S.14.

⁷⁶ Strickmann (2010) S.26.

3. Abschnitt – Vertretung

3.4.8., Bewohnervertreter

§ 8. (1) Die Vertretung des Bewohners bei der Wahrnehmung seines Rechtes auf persönliche Freiheit obliegt der von ihm hierfür bestellten Person. Dieser vom Bewohner bestellte Vertreter bedarf einer auf die Wahrnehmung dieses Rechtes lautenden schriftlichen Vollmacht und darf nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis oder in einer anderen engen Beziehung zur Einrichtung stehen.

(2) Darüber hinaus wird auch der für die Namhaftmachung von Bewohnervertretern nach der Lage der Einrichtung örtlich zuständige Verein (§ 1 VSPBG) kraft Gesetzes Vertreter des Bewohners, sobald eine Freiheitsbeschränkung vorgenommen oder in Aussicht gestellt wird. Durch diese Vertretungsbefugnis werden die Geschäftsfähigkeit des Bewohners und die Vertretungsbefugnis eines anderen Vertreters nicht berührt.

(3) Der Verein hat dem Träger der Einrichtung und dem Vorsteher des zuständigen Bezirksgerichts eine oder mehrere von ihm ausgebildete und für die besonderen Verhältnisse im Pflegebereich geschulte Person namhaft zu machen, denen die Ausübung der Vertretungsbefugnis zukommt (Bewohnervertretung). Der Vorsteher des Bezirksgerichts hat den Namen und die Büroadresse des Bewohnervertreters in der Ediktsdatei kundzumachen. Wenn der Verein die Namhaftmachung eines Bewohnervertreters widerruft, hat der Vorsteher des Bezirksgerichts die Kundmachung zu berichtigen.

(4) Ein vom Bewohner bestellter Vertreter (Abs 1) hat von der Begründung oder Beendigung der Vollmacht den Leiter der Einrichtung und – sofern ein gerichtliches Verfahren anhängig ist – auch das Gericht unverzüglich zu verständigen.⁷⁷

Der Bewohner hat nun die Möglichkeit, jede Person zu seinem persönlich bestellten Vertreter zu ernennen, die nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis oder einer anderen

⁷⁷ HeimAufG § 8 idF BGBl I 2010/18.

engen Beziehung zur Einrichtung steht. Somit sind nicht mehr nur nahe Angehörige, Rechtsanwälte oder Notare als bestellte Vertreter möglich.⁷⁸

Durch die gesetzliche Vertretungsbefugnis des jeweiligen Vereines für Bewohnervertretung wird die Geschäftsfähigkeit des Bewohners nicht beeinträchtigt. Auch die Befugnisse eines anderen Vertreters werden dadurch nicht berührt.⁷⁹

Unabhängig davon, ob ein Vertreter nach § 8 Abs 1 HeimAufG bestellt wurde, obliegt die Vertretung des Bewohners immer auch dem örtlich zuständigen Verein für Bewohnervertretung. Diese Vertretung durch den Verein kann auch parallel zu (durch den Bewohner) bestellten Vertretern geschehen. Diese Vorgehensweise soll sicherstellen, dass auch Bewohner bei der Wahrung ihres Rechts auf persönliche Freiheit unterstützt werden, deren selbst bestellte Vertreter ihren Pflichten nicht oder nur ungenügend nachkommen.

Die vom zuständigen Verein gestellten Bewohnervertreter werden dem Bezirksgericht und auch dem Träger der Einrichtung gemeldet und sind – ebenso wie die vom Bewohner bestellten Vertreter – umgehend von einer vorgenommenen Freiheitsbeschränkung (und auch deren Aufhebung) in Kenntnis zu setzen.⁸⁰

In Österreich sind folgende Vereine im Rahmen der Bewohnervertretung tätig:

- VertretungsNetz: Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Wien
- Niederösterreichischer Landesverein für Sachwalterschaft und Bewohnervertretung (NÖLV): Niederösterreich
- Salzburger Hilfswerk – Bewohnervertretung: Salzburg
- Institut für Soziale Dienste: Vorarlberg⁸¹

3.4.9., Befugnisse und Pflichten des Vertreters

§ 9. (1) Die für eine Einrichtung namhaft gemachten Bewohnervertreter sind insbesondere berechtigt, die Einrichtung unangemeldet zu besuchen, sich vom Bewohner einen persönlichen Eindruck zu verschaffen, mit der

⁷⁸ Strickmann (2010) S.26.

⁷⁹ Strickmann (2010) S.27.

⁸⁰ Barth/ Engel (2004) S.52ff.

⁸¹ VSP (2010) S.18.

anordnungsbefugten Person und Bediensteten der Einrichtung das Vorliegen der Voraussetzung der Freiheitsbeschränkung zu besprechen, die Interessenvertreter der Bewohner der Einrichtung zu befragen und in dem zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlichen Umfang Einsicht in die Pflegedokumentation, die Krankengeschichte und anderen Aufzeichnungen über den Bewohner zu nehmen. Diese Rechte stehen auch dem vom Bewohner hierfür bestellten Vertreter zu. Bei der Wahrnehmung seiner Rechte hat der Bewohnervertreter oder sonstige bestellte Vertreter auf die Erfordernisse des Betriebs der Einrichtung Bedacht zu nehmen.

(2) 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.

(3) Der Bewohnervertreter ist befugt, der für die Aufsicht über die Einrichtung oder zur Bearbeitung von Beschwerden zuständigen Behörde die von ihm in Ausübung seiner Tätigkeit gemachten Wahrnehmungen mitzuteilen. Er hat diesen Behörden insoweit Auskünfte zu erteilen, als dies für die Besorgung der ihnen zukommenden Aufgaben erforderlich ist.⁸²

Durch die Reformierung des HeimAufG wird die Stellung der Bewohnervertreter gestärkt. Bisher war die Vertretungsbefugnis der Bewohnervertreter an das Vorliegen einer vorgenommenen oder in Aussicht gestellten Freiheitsbeschränkung gekoppelt. Diese führte in der Praxis oftmals zu Problemen in Einrichtungen mit fehlender Meldedisziplin, wenngleich die Verweigerung des Zutrittes mit der Argumentation der fehlenden Vertretungsbefugnis auch nach der ursprünglichen Gesetzesfassung nicht zulässig war.

Um den Rechtsschutz der betroffenen Personen zu gewährleisten, ist durch die Novelle nun geregelt, dass die Zugangs-, Befragungs- und Einsichtsrechte dem für eine Einrichtung namhaft gemachten Bewohnervertreter zukommen. Dadurch ist es

⁸² HeimAufG § 9 idF BGBl I 2010/18.

nicht mehr notwendig, dass dieser über eine Vertretungsbefugnis für einen bestimmten Bewohner verfügt.⁸³

§ 9 Abs 2 und 3 HeimAufG gelten für den Bewohnervertreter und räumen diesem ein, dass er die Möglichkeit erhalten muss, sich ungestört mit dem Bewohner zu unterhalten, und er ist außerdem befugt, Informationen und gemachte Wahrnehmungen im Rahmen seiner Tätigkeit an die jeweilige Behörde weiterzuleiten, sofern dies für seine Aufgabe von Wichtigkeit ist.⁸⁴

3.4.10., Verhältnis zum Vertretenen

§ 10. (1) Der Bewohnervertreter 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.

(2) Der Bewohnervertreter ist zur Verschwiegenheit über die von ihm in Ausübung seiner Tätigkeit gemachten Wahrnehmung verpflichtet, soweit die Geheimhaltung im Interesse des Bewohners erforderlich ist und nicht diesen selbst eine Auskunftspflicht trifft. Diese Verschwiegenheit gilt nicht gegenüber dem Gericht, dem Verein, dem Vertreter und der Vertrauensperson des Bewohners sowie gegenüber den in § 9 Abs 3 genannten Behörden. Ihre Verletzung ist wie die Verletzung von Berufsgeheimnissen (§ 121 des Strafgesetzbuchs, BGBl. Nr. 60/1974) zu bestrafen.⁸⁵

Durch § 10 HeimAufG wird das Verhältnis des Bewohnerververtreters zum Bewohner geregelt, nicht jedoch das zum selbst bestellten Vertreter.

Der Bewohnervertreter ist dazu verpflichtet, den Bewohner über sämtliche beabsichtigte Vertretungshandlungen im Voraus zu informieren um dadurch auch auf dessen Wünsche einzugehen. Die Aufklärung über beabsichtigte Schritte hat so zu erfolgen, dass der Bewohner sie aufnehmen kann, d.h. auf den jeweiligen Zustand des Betroffenen ist Rücksicht zu nehmen.

⁸³ Strickmann (2010) S.27.

⁸⁴ Vgl Barth/ Engel (2004) S.60ff.

⁸⁵ HeimAufG § 10 idF BGBl I 2010/18.

Weiters wird in § 10 Abs 1 HeimAufG von nicht näher definierten „wichtigen Angelegenheiten“ gesprochen, wodurch dem Aufgabenbereich des Bewohnervertreeters eine große Reichweite zuerkannt wird. Diese „wichtigen Angelegenheiten“ müssen in Zusammenhang mit dem Schutz des Rechtes auf persönliche Freiheit stehen.

Auf die Wünsche des Bewohners hat der Bewohnervertreter insoweit Rücksicht zu nehmen, wie ihm die Befolgung dieser zumutbar ist. Der Bewohnervertreter ist also nicht „Weisungsempfänger“ des Bewohners und darf dessen Wünsche vernachlässigen, wenn diese bzw. deren Befolgung ihm nicht zumutbar sind. Außerdem sind Wünsche nicht zu befolgen, wenn sie dem Wohl des Bewohners schaden könnten.

§ 10 Abs 2 HeimAufG geht genauer auf die Geheimhaltungs- oder Verschwiegenheitspflicht des Bewohnervertreeters gegenüber Dritten ein. Sofern die Geheimhaltung dem Wohl des Bewohners dienlich ist, und nicht den Bewohner selbst eine Auskunftspflicht trifft, so ist der Bewohnervertreter an diese gebunden. Diese Verpflichtung gilt allerdings nicht gegenüber dem zuständigen Gericht, dem Verein, dem selbst gewählten Vertreter, der Vertrauensperson und den in § 9 Abs 3 HeimAufG genannten Behörden (wie zB der „Heimaufsicht“), denn es ist davon auszugehen, dass der Informationsaustausch mit den genannten Personengruppen den Interessen des Bewohners dienlich ist.

Verletzt der Bewohnervertreter die Geheimhaltungs- oder Verschwiegenheitspflicht, so ist diese Verletzung nach § 121 StGB zu bestrafen.⁸⁶

4. Abschnitt – Gerichtliche Überprüfung

3.4.11., Antrag auf Überprüfung

§ 11. (1) Der Bewohner, sein Vertreter, seine Vertrauensperson und der Leiter der Einrichtung sind berechtigt, einen Antrag auf gerichtliche Überprüfung einer Freiheitsbeschränkung zu stellen. Sofern der Antrag nicht von der Vertrauensperson des Bewohners gestellt wird, sind deren Name und Adresse im Antrag anzugeben.

⁸⁶ Vgl. Barth/ Engel (2004) S.63ff.

(2) Zur Überprüfung einer Freiheitsbeschränkung ist das Bezirksgericht zuständig, in dessen Sprengel die Einrichtung liegt.

(3) Soweit im Folgenden nichts anderes bestimmt wird, sind auf das Verfahren die allgemeinen Bestimmungen des Außerstreitgesetzes anzuwenden. Das Verfahren ist dem Richter vorbehalten.

(4) Die Kosten des gerichtlichen Verfahrens trägt der Bund.⁸⁷

Trotz der gesetzlichen Vertretungsbefugnis behält der Bewohner seine Geschäfts- und Verfahrensfähigkeit und kann daher unabhängig von seinem Vertreter jederzeit einen Antrag gerichtliche Überprüfung einer Freiheitsbeschränkung stellen.⁸⁸

Außer dem Bewohner dürfen folgende Personen einen Überprüfungsantrag stellen:

- Vertrauensperson des Bewohners
- Bewohnervertreter
- gesetzlich bestellter Vertreter (Sachwalter)
- Leiter der Einrichtung⁸⁹

Zu den formalen Bedingungen des Antrags gibt es keine bestimmten Erfordernisse, selbst ein mündlich vorgebrachter Antrag ist vom Gericht zu behandeln. Eine Zurückweisung des Antrages aus formalen Gründen ist nicht zulässig.

Für die Bearbeitung des Antrages auf Überprüfung ist das jeweilige Bezirksgericht zuständig. Für die Kosten des Verfahrens muss der Bund aufkommen.⁹⁰

3.4.12., Anhörung des Bewohners

§ 12. (1) Das Gericht hat sich binnen sieben Tagen ab dem Einlangen des Antrages einem 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 seine Vertreter, seine Vertrauensperson, den Leiter der Einrichtung, die Person, die die

⁸⁷ HeimAufG § 11 idF BGBl I 2010/18.

⁸⁸ Barth/ Engel (2004) S.67ff.

⁸⁹ VSP (2010) S.16.

⁹⁰ Barth/ Engel (2004) S.67ff.

Freiheitsbeschränkung angeordnet hat, sowie erforderlichenfalls auch den Arzt, der das Dokument im Sinn des § 5 Abs 2 errichtet hat, und andere zur Verfügung stehende Auskunftspersonen zu hören.

(2) Das Gericht kann die Anhörung mit einer mündlichen Verhandlung verbinden.⁹¹

Durch die im § 12 Abs 1 HeimAufG angeführte Frist von 7 Tagen soll sichergestellt werden, dass das Gericht besonders bei problematischen Fällen rasch zu einer Entscheidung kommt. Die 7tägige Frist beginnt ab Einlangen des Antrages bei Gericht zu laufen.

§ 12 Abs 1 HeimAufG sieht weiterhin vor, auch die Person zu einer mündlichen Verhandlung zu laden bzw. anzuhören, die die Freiheitsbeschränkung angeordnet hat. Die Beiziehung des Arztes, *der das Vorliegen einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung nach § 4 Abs 2 bestätigt hat⁹²*, liegt jedoch im Ermessen des Gerichtes. Dies soll vor allem für freiberuflich tätige Ärzte eine Entlastung darstellen.⁹³

Innerhalb dieser Frist hat das Gericht sich selbst ein Urteil über den Zustand des betroffenen Bewohners zu machen, sich mit seinen Vertretern, der anordnungsbefugten Person und gegebenenfalls auch anderen Auskunftspersonen (zB Angehörige des Bewohners oder der Leiter der Einrichtung) zu besprechen. Wenn notwendig kann das Gericht auch einen unabhängigen Sachverständigen zur Anhörung des Bewohners beiziehen.⁹⁴

3.4.13., Erste Entscheidung

§ 13. (1) Hat das Gericht die Anhörung nicht mit einer mündlichen Verhandlung verbunden, so hat es am Schluss der Anhörung über die vorläufige Zulässigkeit der Freiheitsbeschränkung zu entscheiden. Gelangt das Gericht zum Ergebnis, dass die Voraussetzungen der Freiheitsbeschränkungen vorliegen, so hat es diese vorläufig bis zur Entscheidung nach § 15 Abs 1 für zulässig zu

⁹¹ HeimAufG § 12 idF BGBl I 2010/18.

⁹² HeimAufG § 12 Abs 1 idF BGBl I 2010/18.

⁹³ Strickmann (2010) S.27f.

⁹⁴ Barth/ Engel (2004) S.71ff.

erklären und eine mündliche Verhandlung anzuberaumen, die spätestens innerhalb von 14 Tagen nach der Anhörung stattzufinden hat. Gegen diese Entscheidung ist ein abgesondertes Rechtsmittel nicht zulässig.

(2) Gelangt das Gericht hingegen zum Ergebnis, dass die Voraussetzungen der Freiheitsbeschränkung nicht vorliegen, so hat es diese für unzulässig zu erklären. In diesem Fall ist die Freiheitsbeschränkung sofort aufzuheben, es sein denn, dass der Leiter der Einrichtung in der Anhörung gegen diesen Beschluss einen Rekurs gemeldet und dass das Gericht diesem Rekurs sogleich aufschiebende Wirkung zuerkennt. Die Verweigerung der aufschiebenden Wirkung lässt das Rekursrecht unberührt. Der Rekurs ist innerhalb von drei Tagen auszuführen.⁹⁵

In § 13 Abs 2 HeimAufG und § 15 Abs 3 HeimAufG wird festgehalten, dass das Rekursrecht des Einrichtungsleiters durch eine Verweigerung der aufschiebenden Wirkung nicht berührt wird. Die Rekursrechte für die Einrichtungsleiter wurden hiermit ausgeweitet.⁹⁶

Führt das Gericht nicht gleichzeitig mit der ersten Anhörung des Bewohners eine mündliche Verhandlung durch (§ 12 Abs 2 HeimAufG), so hat es am Ende der Anhörung vorläufig über die Zulässigkeit der Freiheitsbeschränkung zu entscheiden. Dabei gibt es für das Gericht drei Möglichkeiten sich zu entscheiden:

- Die Freiheitsbeschränkung wird vorläufig für zulässig erkannt, das Gericht muss dann allerdings binnen 14 Tagen eine mündliche Verhandlung anberaumen.
- Die Freiheitsbeschränkung wird für unzulässig erklärt, eine weitere mündliche Verhandlung ist nicht nötig und die Beschränkung ist sofort aufzuheben. Der Leiter der Einrichtung kann binnen 3 Tagen einen Rekurs gegen diese Entscheidung erheben. Wird dem Rekurs durch das Gericht aufschiebende Wirkung zuerkannt, wird die Freiheitsbeschränkung nicht aufgehoben.

⁹⁵ HeimAufG § 13 idF BGBl I 2010/18.

⁹⁶ Strickmann (2010) S.28.

- Der Antrag wird abgelehnt.⁹⁷

3.4.14., Mündliche Verhandlung

§ 14. (1) Das Gericht hat zur mündlichen Verhandlung in der Einrichtung den Bewohner, seine Vertreter, seine Vertrauensperson, den Leiter der Einrichtung, die Person, die die Freiheitsbeschränkung angeordnet hat, sowie erforderlichenfalls auch den Arzt, der das Dokument im Sinn des § 5 Abs 2 ausgestellt hat, und andere zur Verfügung stehende Auskunftspersonen zu laden.

(2) Der Leiter der Einrichtung hat dafür zu sorgen, dass der Bewohner an der Verhandlung teilnehmen kann. Das Gericht und alle in der Verhandlung anwesenden Personen haben darauf zu achten, dass die Verhandlung unter möglicher Schonung des Bewohners durchgeführt wird und von anderen Bewohnern tunlichst nicht wahrgenommen werden kann. Für die mündliche Verhandlung gilt § 19 AußStrG. Das Gericht kann die Öffentlichkeit auch ausschließen, wenn es das Interesse des Bewohners erfordert. Auf Verlangen des Bewohners oder seines Vertreters ist die Öffentlichkeit jedenfalls auszuschließen.

(3) 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.⁹⁸

Grundsätzlich ist die mündliche Verhandlung öffentlich zu führen, wenn es aber der Bewohner oder sein Vertreter fordern, muss das Gericht die Öffentlichkeit von der Verhandlung ausschließen. Wenn es der Wahrung der Interessen des Bewohners dienlich ist, kann das Gericht ebenfalls beschließen, die Verhandlung unter Ausschluss der Öffentlichkeit zu führen. Alle anwesenden Personen haben dafür Sorge zu tragen, dass der Bewohner so weit als möglich geschont wird.⁹⁹

Zur mündlichen Verhandlung müssen folgende Parteien geladen werden:

- Bewohner
- Vertreter des Bewohners

⁹⁷ Barth/ Engel (2004) S.74ff.

⁹⁸ HeimAufG § 14 idF BGBl I 2010/18.

⁹⁹ Strickmann (2010) S. 28.

- Vertrauensperson
- Bewohnervertreter
- Einrichtungsleiter
- Anordnungsbefugte Person¹⁰⁰

Die mündliche Verhandlung dient zwei wichtigen Funktionen: einerseits soll dem Richter die Möglichkeit bekommen, sich selbst ein Bild von der Ausgangslage zu machen und auf diesen Feststellungen seine Entscheidung fällen. Außerdem dient die mündliche Verhandlung dem Parteiengehör. Es soll dadurch dem Bewohner und den anderen beteiligten Personen (z.B. anordnungsbefugte Person, Vertreter, Einrichtungsleiter) die Möglichkeit gegeben werden, zu den wesentlichen Umständen Stellung zu nehmen und auch Fragen an den Sachverständigen und die Auskunftspersonen zu stellen.

Auch therapeutische Gründe können eine Nicht-Ladung des Bewohners nicht rechtfertigen, ihm muss die Teilnahme an der mündlichen Verhandlung gewährt werden. Die Verhandlung hat unter möglicher Schonung des Betroffenen zu geschehen und dessen Intimsphäre ist zu schützen.¹⁰¹

3.4.15., Beschluss

§ 15. (1) Das Gericht hat am Schluss der mündlichen Verhandlung über die Zulässigkeit der Freiheitsbeschränkung zu entscheiden. Der Beschluss ist in der mündlichen Verhandlung zu verkünden, zu begründen und dem Bewohner in geeigneter, seinem Zustand entsprechender Weise zu erläutern.

(2) Erklärt das Gericht die Freiheitsbeschränkung für zulässig, so hat es hierfür im Beschluss eine bestimmte, sechs Monate nicht übersteigende Frist zu setzen und die näheren Umstände sowie das zulässige Ausmaß der Freiheitsbeschränkung unter möglicher Schonung des Bewohners genau zu bestimmen. Es kann die Zulässigkeit einer Freiheitsbeschränkung erforderlichenfalls auch an Auflagen knüpfen.

(3) Erklärt das Gericht die Freiheitsbeschränkung für unzulässig, so ist diese sofort aufzuheben, es sei denn, dass der Leiter der Einrichtung in der Verhandlung

¹⁰⁰ VSP (2010) S.17.

¹⁰¹ Barth/ Engel (2004) S.78ff.

gegen diesen Beschluss einen Rekurs anmeldet und dass das Gericht diesem Rekurs sogleich aufschiebende Wirkung zuerkennt. Die Verweigerung der aufschiebenden Wirkung lässt das Rekursrecht unberührt.

(4) Das Gericht hat, wenn die Freiheitsbeschränkung noch andauert, den Beschluss innerhalb von sieben Tagen schriftlich auszufertigen. Der Beschluss ist unverzüglich dem Bewohner, seinem Vertreter, seiner Vertrauensperson sowie dem Leiter der Einrichtung zuzustellen.¹⁰²

Am Schluss der mündlichen Verhandlung hat der Richter eine Entscheidung über die Zulässigkeit der Freiheitsbeschränkung zu treffen. Die Entscheidung muss mündlich verkündet werden und ist so vorzubringen, dass ihr auch der Bewohner folgen kann. Mit der mündlichen Verkündung wird der Beschluss wirksam.

Wird die Freiheitsbeschränkung vom Gericht für zulässig erklärt, so hat es zugleich eine Frist festzusetzen, binnen derer die nächste Überprüfung der Beschränkung stattfindet. Für die Bemessung der Frist wird eine Prognose herangezogen, die darüber Auskunft gibt, wie lange die Voraussetzungen für die Freiheitsbeschränkung voraussichtlich noch erfüllt sind. Das Gericht muss auch über die näheren Umstände und das Ausmaß der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen Auskunft geben.¹⁰³

Durch die Novelle hat das Gericht die Möglichkeit, die Zulässigkeit einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme an eine Auflage zu knüpfen. So kann es zum Beispiel eine Freiheitsbeschränkung so lange für zulässig erklären, bis die Einrichtung binnen einer festgesetzten Frist notwendige Vorkehrungen (moderne Pflegebehelfe, bauliche Maßnahmen,...) trifft, die die Freiheitsbeschränkung ersetzen können.¹⁰⁴

Erklärt das Gericht die Freiheitsbeschränkung für unzulässig, so ist diese mit sofortiger Wirkung aufzuheben. Legt der Leiter der Einrichtung gegen diesen Beschluss jedoch Rekurs ein und es wird diesem Beschluss eine aufschiebende Wirkung zuerkannt, muss die Freiheitsbeschränkung nicht aufgehoben werden. Wird

¹⁰² HeimAufG § 15 idF BGBl I 2010/18.

¹⁰³ Barth/Engel (2004) S.81ff.

¹⁰⁴ Strickmann (2010) S.28.

eine für unzulässige erklärte Freiheitsbeschränkung nicht aufgehoben, kann dies strafrechtliche Folgen nach sich ziehen.

Wird die freiheitsbeschränkende Maßnahme für zulässig erklärt, hat das Gericht dem Bewohner binnen sieben Tagen einen schriftlichen Beschluss zuzustellen.¹⁰⁵

In § 15 Abs 3 HeimAufG wird festgehalten, dass das Rekursrecht des Einrichtungsleiters durch eine Verweigerung der aufschiebenden Wirkung nicht berührt wird. Die Rekursrechte für die Einrichtungsleiter wurden hiermit ausgeweitet.¹⁰⁶

3.4.16., Rechtsmittel

§ 16. (1) Gegen den Beschluss, mit dem eine Freiheitsbeschränkung für zulässig erklärt wird, können der Bewohner, sein Vertreter und seine Vertrauensperson innerhalb von 14 Tagen ab Zustellung Rekurs erheben.

(2) Gegen den Beschluss, mit dem eine Freiheitsbeschränkung für unzulässig erklärt wird, kann der Leiter der Einrichtung innerhalb von sieben Tagen ab Zustellung Rekurs erheben. Das Gericht erster Instanz hat unmittelbar nach Einlangen des Rekurses zu entscheiden, ob die dem Rekurs nach § 15 Abs 3 zuerkannte aufschiebende Wirkung weiter besteht. Gegen diese Entscheidung ist ein abgesondertes Rechtsmittel nicht zulässig.

(3) Das Recht zur Rekursbeantwortung steht nur dem Bewohner, seinem Vertreter und seiner Vertrauensperson gegen Rechtsmittel des Leiters der Einrichtung zu. Die Rekursbeantwortung ist innerhalb von sieben Tagen ab Zustellung des Rechtsmittels einzubringen.¹⁰⁷

Wurde eine Freiheitsbeschränkung für zulässig erklärt, haben der Bewohner, sein Vertreter und seine Vertrauensperson ab Zustellung des Bescheides 14 Tage Zeit um Rekurs zu erheben.

¹⁰⁵ Barth/ Engel (2004) S.81ff.

¹⁰⁶ Strickmann (2010) S.28.

¹⁰⁷ HeimAufG § 16 idF BGBl I 2010/18.

Wurde eine Freiheitsbeschränkung für zulässig erklärt, kann der Einrichtungsleiter bis 7 Tage nach der Zustellung des Bescheides Rekurs erheben. Das Gericht hat dann zu entscheiden, ob aufschiebende Wirkung besteht.

Der Rekurs kann sowohl schriftlich als auch mündlich eingebracht werden.¹⁰⁸

3.4.17.1., Rekursverfahren

§ 17. (1) Das Rekursgericht hat, wenn die Freiheitsbeschränkung noch andauert, innerhalb von 14 Tagen ab dem Einlangen der Akten zu entscheiden.

(2) Das Rekursgericht hat das Verfahren selbst zu ergänzen oder neu durchzuführen, soweit es dies für erforderlich hält. Es kann sich auch durch ein einzelnes Mitglied des Senats einen persönlichen Eindruck vom Bewohner verschaffen.

*(3) Beschließt das Rekursgericht die Freiheitsbeschränkung für unzulässig zu erklären, so hat es, sofern diese noch aufrecht ist, unverzüglich den Leiter der Einrichtung sowie den Bewohnervertreter (§ 8 Abs 2) zu verständigen. Die Freiheitsbeschränkung ist in diesem Fall sogleich aufzuheben.*¹⁰⁹

§ 17 HeimAufG behandelt den Rekurs gegen einen Beschluss, durch den eine Freiheitsbeschränkung für zulässig erklärt wurde. Das Rekursgericht muss sich selbst einen persönlichen Eindruck vom Zustand des Bewohners machen und muss binnen 14 Tagen ab Einlangen der Akten über die Zulässigkeit der freiheitsbeschränkenden Maßnahme entscheiden.¹¹⁰

Wird eine Freiheitsbeschränkung durch das Rekursgericht für unzulässig erklärt, hat dieses die Verpflichtung, den Einrichtungsleiter und den Bewohnervertreter darüber unverzüglich in Kenntnis zu setzen, damit die freiheitsbeschränkende Maßnahme ehest möglich aufgehoben werden kann.¹¹¹

¹⁰⁸ Barth/ Engel (2010) S.85ff.

¹⁰⁹ HeimAufG § 17 idF BGBl I 2010/18.

¹¹⁰ Barth/ Engel (2004) S.89f.

¹¹¹ Strickmann (2010) S. 28.

3.4.17.2., Revisionsrekursverfahren

§ 17a. Im Revisionsrekursverfahren gelten § 16 Abs 3 und § 17 Abs 3 sinngemäß.

3.4.18., Aufhebung der Freiheitsbeschränkung

§ 18. (1) Vor Ablauf der gerichtlich festgesetzten Frist über die Dauer der Freiheitsbeschränkungen hat das Gericht neuerlich über die Zulässigkeit der Freiheitsbeschränkung zu entscheiden, wenn dies der Bewohner, sein Vertreter oder seine Vertrauensperson beantragt.

(2) Auch eine gerichtlich für zulässig erklärte Freiheitsbeschränkung ist sofort aufzuheben, wenn deren Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Von der Aufhebung ist neben den in § 7 Abs 1 und 2 genannten Personen auch das Gericht unverzüglich zu verständigen.¹¹²

Der Bewohner hat auch vor Ablauf der gerichtlich festgelegten Frist die Möglichkeit, einen Antrag auf Überprüfung zu stellen. Diesen Antrag kann er auch unabhängig von seinem Vertreter vorbringen. Weiters dürfen auch sein Vertreter und sein Vertrauensperson von diesem Recht Gebrauch machen.

Eine Freiheitsbeschränkung ist sofort aufzuheben, wenn bereits nur eine der Voraussetzungen dafür wegfällt. Die Aufhebung der Beschränkung obliegt der anordnungsbefugten Person, die davon umgehend den Einrichtungsleiter zu informieren hat. Die anordnungsbefugte Person ist dazu angehalten, laufend zu überprüfen, ob noch alle Voraussetzungen für eine allfällige Freiheitsbeschränkung gegeben sind. Sollte sich nachträglich eine alternative Betreuungsmöglichkeit ergeben, kann dies bereits zum Wegfall der Voraussetzung führen.

Der Leiter der Einrichtung hat von der Aufhebung einer Freiheitsbeschränkung unverzüglich Vertreter und Vertrauensperson des Bewohners als auch das Gericht zu informieren.¹¹³

¹¹² HeimAufG § 18 idF BGBl I 2010/18.

¹¹³ Barth/ Engel (2004) S.90f.

3.4.19.1., Länger dauernde Freiheitsbeschränkung

§ 19. (1) Beabsichtigt die anordnungsbefugte Person, die Freiheitsbeschränkung nicht mit dem Ablauf der gerichtlich festgesetzten Frist aufzuheben, so hat sie hievon rechtzeitig unter Angabe der Gründe für die länger dauernde Freiheitsbeschränkung den Leiter der Einrichtung sowie in sinngemäßer Anwendung des § 7 Abs 1 erster Satz den Bewohner zu verständigen. Der Leiter der Einrichtung hat hievon spätestens 14 Tage vor Ablauf der Frist die Vertreter und die Vertrauensperson des Bewohners unter Angabe der Gründe zu verständigen.

(2) Stellt der Vertreter des Bewohners nicht erneut einen Antrag auf Überprüfung, so hat es dies dem Gericht vor Ablauf der Frist unter Angabe der Gründe mitzuteilen. In diesem Fall kann das Gericht von Amts wegen ein Verfahren einleiten, wenn es dennoch Zweifel an der Zulässigkeit der länger dauernden Freiheitsbeschränkung hegt. Auf das Verfahren zur Überprüfung einer länger dauernden Freiheitsbeschränkung sind die §§ 11 bis 18 anzuwenden.

(3) Im Beschluss, mit dem eine länger dauernde Freiheitsbeschränkung für zulässig erklärt wird, kann das Gericht eine Frist festsetzen, die ein Jahr nicht übersteigt.¹¹⁴

Die anordnungsbefugte Person hat den Einrichtungsleiter rechtzeitig davon zu informieren, wenn eine Freiheitsbeschränkung voraussichtlich nicht mit Ablauf der gerichtlich gesetzten Frist aufgehoben werden kann. Der Leiter muss bis spätestens 14 Tage vor Ablauf der Frist den Vertreter und die Vertrauensperson des Bewohners darüber in Kenntnis setzen.

Der Bewohnervertreter kann bei Gericht eine Überprüfung der Zulässigkeit beantragen. Nimmt er diese Möglichkeit nicht wahr, so hat er dem Gericht vor Ablauf der Frist mitzuteilen warum er keinen Überprüfungsantrag stellt.

Sollte das Gericht Zweifel an der Zulässigkeit der Freiheitsbeschränkung haben, kann es eine amtswegige gerichtliche Überprüfung einleiten.

¹¹⁴ HeimAufG § 19 idF BGBl I 2010/18.

Wird die Freiheitsbeschränkung weiter für zulässig erklärt, kann das Gericht ein Frist bis zur nächsten Überprüfung festlegen, die ein Jahr nicht übersteigt.¹¹⁵

3.4.19.2., Nachträgliche Überprüfung

§ 19a. (1) Auf Antrag des Bewohners oder seines Vertreters hat das Gericht nachträglich über die Zulässigkeit der Freiheitsbeschränkung zu entscheiden, wenn diese bereits vor einer Antragstellung nach § 11 aufgehoben wurde.

(2) Über Anträge nach Abs1 ist mündlich zu verhandeln. Zur Tagsatzung hat das Gericht den Bewohner, seine Vertreter, seine Vertrauensperson, den Leiter der Einrichtung und die Person, die die Freiheitsbeschränkung angeordnet hat, zu laden. Es kann auch einen Sachverständigen beiziehen (§ 14 Abs 3). Der Leiter der Einrichtung hat dem Gericht das ärztliche Dokument im Sinn des § 5 Abs 2, die Krankengeschichte, die Pflegedokumentation und sonstige Aufzeichnungen über den Bewohner vorzulegen. § 14 Abs 2 gilt entsprechend.

(3) Gegen den Beschluss, mit dem eine Freiheitsbeschränkung für zulässig erklärt wird, können der Bewohner und sein Vertreter, gegen den Beschluss mit dem eine Freiheitsbeschränkung für unzulässig erklärt wird, kann der Leiter der Einrichtung innerhalb von 14 Tagen ab Zustellung Rekurs erheben.

Die Novelle des HeimAufG sieht vor, dass auch eine bereits aufgehobene Freiheitsbeschränkung rückblickend überprüft werden kann. Dies ist vor allem bei Freiheitsbeschränkungen im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes für alle Beteiligten von Vorteil, da die betroffene Person zum Zeitpunkt der Antragsstellung auf Überprüfung oftmals die Einrichtung wieder verlassen hat. Dennoch ist auch im Bereich der Alten- und Behindertenheime die Einhaltung der Fristen schwierig. Hier besteht nun auch nach der Aufhebung der Freiheitsbeschränkung die Möglichkeit einer Überprüfung.¹¹⁶

¹¹⁵ Barth/ Engel (2004) S.91ff.

¹¹⁶ Jelinek (2010) S. 15.

5. Abschnitt – Schlussbestimmungen

3.4.20., Verweisungen

§ 20. Soweit in diesem Bundesgesetz auf andere Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.¹¹⁷

3.4.21., Personenbezogene Bezeichnungen

§ 21. Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.¹¹⁸

3.4.22., In-Kraft-Treten

§ 22. (1) Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. Juli 2005 in Kraft.¹¹⁹

(2) Die §§ 4, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 17a, 19 und 19a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl I Nr 18/2010 treten mit 1. Juli 2010 in Kraft. § 5 Abs 1 und 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl I Nr 18/2010 ist auf Freiheitsbeschränkungen anzuwenden, die nach dem 30. Juni 2010 vorgenommen werden; die Bestimmung ist nicht auf Freiheitsbeschränkungen anzuwenden, die bereits davor vorgenommen wurden und bereits beendet sind oder weiterhin andauern. Die §§ 17 Abs 3 und 17a zweiter Fall in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl I Nr 18/2010 sind anzuwenden, wenn das Gericht den Beschluss, die Freiheitsbeschränkung für unzulässig zu erklären, nach dem 30. Juni 2010 fasst.

3.4.23., Übergangsbestimmungen

§ 23. (1) Die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes sind auch auf Freiheitsbeschränkungen anzuwenden, die vor seinem In-Kraft-Treten vorgenommen worden sind und weiterhin andauern.

(2) Sofern ein Verein keinen Bewohnervertreter namhaft macht, hat der Vorsteher des Bezirksgerichts für die im Sprengel gelegenen Einrichtungen geeignete und dazu bereite Personen zu Bewohnervertretern zu bestellen. Diesen Personen kommen die Rechte und Pflichten des Vereins und des

¹¹⁷ HeimAufG § 20 idF BGBl I 2010/18.

¹¹⁸ HeimAufG § 21 idF BGBl I 2010/18.

¹¹⁹ HeimAufG § 22 idF BGBl I 2010/18.

Bewohnervertreter zu. Der Vorsteher des Bezirksgerichts hat die Namen und Adressen dieser Personen in der Ediktsdatei kundzumachen.

(3) Ein nach Abs. 2 bestellter Bewohnervertreter hat Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten sowie der notwendigen Barauslagen und auf Abgeltung des Zeitaufwands in der in § 18 Abs 1 des Gebührenanspruchsgesetzes 1975, BGBl. Nr.136, angeführten Höhe. Über den Gebührenanspruch entscheidet der Vorsteher des Bezirksgerichts. Die Beträge sind am Ende jedes Kalendervierteljahrs auszusahlen.¹²⁰

§ 23 Abs 1 HeimAufG besagt, dass das Gesetz auf alle Freiheitsbeschränkungen anzuwenden ist, die nach dem 30.Juni 2005 vorgenommen werden. Außerdem ist es auch für alle Freiheitsbeschränkungen wirksam, die zu einem früheren Zeitpunkt begonnen haben, aber zur Zeit des In-Kraft-Tretens des Gesetzes noch andauern.

Gibt es für einen Sprengel keine Bewohnervertreter, so hat der Vorsteher des Bezirksgerichtes geeignete Personen zu Bewohnervertretern zu bestellen. Diese Personen müssen zu dieser Aufgabe bereit sein und werden nicht für einzelne Bewohner sondern für die im Sprengel gelegenen Einrichtungen bestellt.

Die Bewohnervertreter haben Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten, der nötigen Barauslagen sowie auf Abgeltung des Zeitaufwands.¹²¹

3.4.24., Haftung und Rückersatz

§ 24. (1) Der Bund haftet nach Maßgabe des Amtshaftungsgesetzes, BGBl. Nr. 20/1949, für den Schaden am Vermögen oder an der Person, den ein Bediensteter oder Beauftragter einer Einrichtung in Vollziehung dieses Bundesgesetzes durch ein rechtswidriges Verhalten wem immer schuldhaft zugefügt hat. Der Bedienstete oder Beauftragte haftet dem Geschädigten nicht.

(2) Der Träger der Einrichtung haftet dem Bund für die nach Abs 1 erbrachten Leistungen, sofern der Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht worden ist.

¹²⁰ HeimAufG § 23 idF BGBl I 2010/18.

¹²¹ Barth/ Engel (2004) S.95ff.

(3) Der Träger der Einrichtung kann vom Bediensteten oder Beauftragten für die nach Abs 2 erbrachten Leistungen Rückersatz begehren, sofern dieser den Schaden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht hat. Auf diesen Anspruch und seine Geltendmachung sind die Bestimmungen des Amtshaftungsgesetzes über den Rückersatz anzuwenden.¹²²

Grundsätzlich haftete der Bund für Schäden, die durch Anordnung oder Unterlassung einer Freiheitsbeschränkung zugefügt wurden. Angestellte müssen grundsätzlich nicht befürchten, dass gegen sie Schadensersatzansprüche aufgrund von unzulässigen Freiheitsbeschränkungen geltend gemacht werden.

Der Einrichtungsträger muss dem Bund gegenüber für erbrachte Leistungen haften, sofern der Schaden durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Handeln entstanden ist. Der Einrichtungsträger hat die Möglichkeit, Bedienstete zur Verantwortung zu ziehen und von ihnen Rückersatz erfordern. Voraussetzung dafür ist das Vorliegen von vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten.¹²³

3.4.25., Vollziehung

§ 25. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes sind hinsichtlich der §§ 1 bis 7 und des § 23 Abs 1, soweit diese Bestimmung sich auf die §§ 1 bis 7 bezieht, der Bundesminister für Gesundheit und Frauen, hinsichtlich der übrigen Bestimmungen der Bundesminister für Justiz betraut.¹²⁴

¹²² HeimAufG § 24 idF BGBl I 2010/18.

¹²³ Barth/ Engel (2004) S.97ff.

¹²⁴ HeimAufG § 25 idF BGBl I 2010/18.

4., Die Änderungen der Anordnungsbefugnis

§ 5 (1) Eine Freiheitsbeschränkung darf nur auf Grund der Anordnung einer dazu befugten Person vorgenommen werden. Anordnungsbefugt sind

- 1. für Freiheitsbeschränkungen durch medikamentöse oder sonstige dem Arzt gesetzlich vorbehaltene Maßnahmen und alle damit in unmittelbarem Zusammenhang erforderlichen Freiheitsbeschränkungen ein Arzt;*
- 2. für Freiheitsbeschränkungen durch Maßnahmen im Rahmen der Pflege ein mit der Anordnung derartiger freiheitsbeschränkender Maßnahmen von der Einrichtung betrauter Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und*
- 3. für Freiheitsbeschränkungen durch Maßnahmen im Rahmen der Betreuung in Einrichtungen der Behindertenhilfe die mit der pädagogischen Leitung betraute Person und deren Vertreter.*

(2) Sofern der Bewohner länger als 48 Stunden dauernd oder über diesen Zeitraum hinaus wiederholt in seiner Freiheit beschränkt wird, hat der Leiter der Einrichtung unverzüglich ein ärztliches Gutachten, ein ärztliches Zeugnis (§ 55 Ärztegesetz 1998) oder sonstige ärztliche Aufzeichnungen (§ 51 Ärztegesetz 1998) darüber einzuholen, dass der Bewohner psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet. Diese ärztlichen Dokumente müssen im Zeitpunkt der Vornahme der Freiheitsbeschränkung aktuell sein.¹²⁵

Die Änderungen in der Anordnungsbefugnis sind wohl die bedeutsamsten Neuerungen durch die HeimAufG Novelle 2010.

Bislang war die Anordnung länger dauernder Freiheitsbeschränkungen dem Berufsstand der Ärzte vorbehalten. Eine Studie des Instituts für Rechts- und

¹²⁵ HeimAufG § 5 idF BGBl I 2010/18.

Kriminalsoziologie zur Implementierung des Heimaufenthaltsgesetzes kam jedoch zum Schluss, dass die Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen seitens der Ärzteschaft oftmals nur „pro forma“ passiere.¹²⁶

Da sich Ärzte in pflegerischen oder pädagogischen Belangen meist auf die Einschätzung des Fachpersonals verlassen mussten, führte dies in der Praxis dazu, dass der anordnende Arzt *de facto* *bloß die Einschätzung des Pflege- bzw. Betreuungspersonals „sanktionierte“*.¹²⁷

Ziel der Novelle war es, die Anordnung einer Freiheitsbeschränkung jener Berufsgruppe zu überantworten, in deren Kompetenzbereich die Maßnahme fällt. Dadurch soll das Verhältnis von Pflege und Ärzteschaft entlastet werden und auch eine besser fächerübergreifende Kooperation erreicht werden.¹²⁸

Durch diese Neuerungen stehen die einzelnen Berufsgruppen folglich gleichberechtigt nebeneinander, den Ärzten kommt in Bezug auf die Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen keine übergeordnete Position mehr zu.¹²⁹

¹²⁶ Barth (2010), S.29.

¹²⁷ Ebenda, S.29.

¹²⁸ Gschaider/ Hufnagl (2010) S.144.

¹²⁹ Barth (2010) S.29.

4.1., Die ärztliche Anordnungsbefugnis

Freiheitsbeschränkungen, die im Rahmen einer medizinischen Heilbehandlung gesetzt werden müssen, dürfen auch nach Inkrafttreten der Novelle nur von Ärzten angeordnet werden. Auch medikamentöse Maßnahmen oder besonders körpernahe Fixierungen (zB Fünfpunktfixierungen) fallen weiter unter die Anordnungsbefugnis von Ärzten.

Anordnungsbefugt sind nur Ärzte, die das Recht auf freie Berufsausübung besitzen, dies gilt nicht für Turnus- oder Assistenzärzte. Diese dürfen eine Freiheitsbeschränkung nur unter Aufsicht eines Facharztes anordnen bzw nur vorübergehend, wenn sie zB im Rahmen der Rufbereitschaft alleine im Dienst eines Lehrkrankenhauses sind¹³⁰

Nach § 5 Abs 1 HeimAufG gilt ein Arzt nur dann befugt eine Freiheitsbeschränkung anzuordnen, wenn er in der Einrichtung beschäftigt ist oder von dieser beigezogen worden ist. Als beigezogener Arzt gilt nur jemand, der auch in einer Vertragsbeziehung zum Einrichtungsträger steht.¹³¹

Wird von einem Arzt eine freiheitsbeschränkende Maßnahme angeordnet und/oder gesetzt und daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer weiteren Freiheitsbeschränkung, um die Gesundheit des Patienten zu wahren, ist auch die weitere Maßnahme von einem Arzt anzuordnen. Dies kann beispielsweise notwendig sein, wenn eine starke Sedierung beim Patienten dazu führt, dass er sich nicht mehr sicher aufrecht im Rollstuhl halten kann. Einen Sitzgurt kann in diesem Fall nur ein befugter Arzt anordnen.¹³²

Da eine Freiheitsbeschränkung, die im Krankenhaus angeordnet wurde, auch nach der Überstellung ins Pflegeheim ihre Gültigkeit beibehalten kann, muss in einem solchen Fall der Spitalsarzt um eine eventuell notwendige Erneuerung der Maßnahme ersucht werden. Der Einrichtungsträger muss den Arzt in einer solchen Situation über die besonderen Gegebenheiten in einem Pflegeheim aufklären.

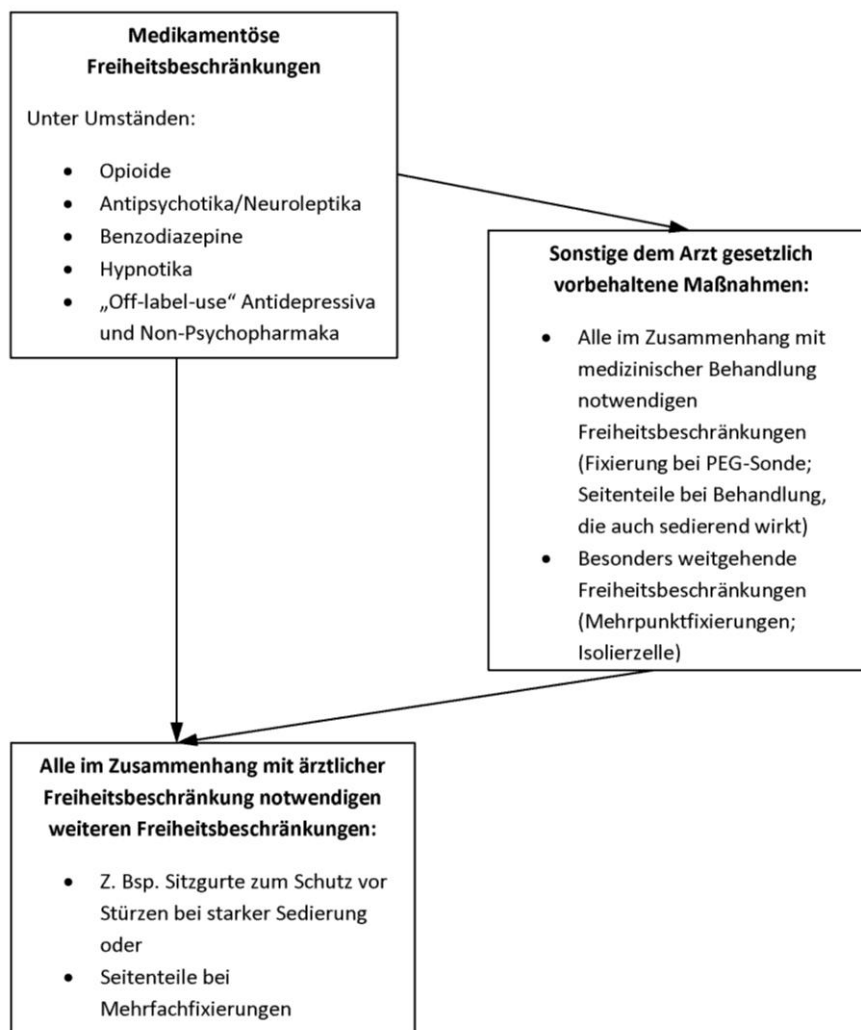
¹³⁰ Zierl (3/2010), S. 88.

¹³¹ Barth (2010) S. 30.

¹³² Ebenda, S.30.

Grundsätzlich darf man davon ausgehen, dass die Anordnung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme dann wahrscheinlicher in den Verantwortungsbereich von Ärzten fällt, „je psychiatrienäher sie einzustufen ist“¹³³.

Ärztliche Anordnungsbefugnis (Quelle: IFamZ Spezial)



¹³³ Ebenda, S.30.

4.2., Die Anordnungsbefugnis von Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege

Um die Anordnungsbefugnis von Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege näher beleuchten zu können, ist es vorab nötig, die Begriffe **eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich**, **mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich** und **interdisziplinärer Tätigkeitsbereich** näher zu erläutern, die beide durch das GuKG definiert werden:

4.2.1., Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich

§ 14 (1) Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.

(2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

- 1. Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese),*
- 2. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose),*
- 3. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung),*
- 4. Durchführung der Pflegemaßnahmen,*
- 5. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation),*
- 6. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,*
- 7. psychosoziale Betreuung,*
- 8. Dokumentation des Pflegeprozesses,*
- 9. Organisation der Pflege,*
- 10. Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals, sowie Anleitung, Unterweisung und begleitende Kontrolle von Personen gemäß §§ 3 b und 3 c*
- 11. Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und*

12. Mitwirkung an der Pflegeforschung.¹³⁴

Bei der Ausübung der oben genannten Punkte handeln die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege eigenverantwortlich. Das bedeutet, dass sie in diesen Bereichen keiner Weisung von anderen Berufsgruppen (insbesondere der Ärzteschaft) unterliegen.¹³⁵

Des Weiteren bedeutet dieser Umstand aber auch, dass sich die Pflegekräfte für die Handlungen, die sie im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches ausüben, verantworten müssen. Wird also eine Handlung im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches sorgfaltswidrig ausgeführt, kann die betreffende Pflegeperson dafür straf- und zivilrechtlich zur Verantwortung gezogen werden.¹³⁶

Die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege tragen für sämtliche Tätigkeiten, die unter den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich fallen, die Anordnungs- und Durchführungsverantwortung.¹³⁷

Für die Praxis bedeutet dies, dass eine Pflegekraft immer einschätzen muss, ob sie im Einzelfall auch tatsächlich über die notwendigen Fähigkeiten verfügt, um die jeweilige Pflegehandlung fachgemäß auszuführen. Ist die Person zwar formell dazu berechtigt, aber zB aufgrund von fehlenden oder mangelnden Kenntnissen nicht dazu in der Lage die notwendige Maßnahme fachgemäß vorzunehmen, so hat sie dies zu unterlassen. Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich hat sie die Durchführung der angeordneten Behandlung zu verweigern.¹³⁸

Gemäß § 84 GuKG kann die Durchführung von Pflegehandlungen, die unter den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich fallen, gegebenenfalls von den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege an Pflegehilfen delegiert

¹³⁴ GuKG § 14.

¹³⁵ Allmer (2001) S.6.

¹³⁶ Ebenda, S. 6.

¹³⁷ Ebenda, S.7.

¹³⁸ Allmer (2001) S.6.

werden. Hier trägt die anordnende Pflegeperson dann die Anordnungsverantwortung. Ärzte dürfen pflegerische Maßnahmen iS des § 14 GuKG nicht anordnen.¹³⁹

4.2.3., Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich

§ 15 (1) Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung.

(2) Der anordnende Arzt trägt die Verantwortung für die Anordnung (Anordnungsverantwortung, vgl. § 49 Abs 3 ÄrzteG), der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeit (Durchführungsverantwortung).

(3) Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich hat jede ärztliche Anordnung vor Durchführung der betreffenden Maßnahme schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch deren Unterschrift zu bestätigen.

(4) Die ärztliche Anordnung kann in medizinisch begründeten Ausnahmefällen mündlich erfolgen, sofern auch dabei die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt ist. Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist. Die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung hat unverzüglich, längstens aber innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen.

(5) Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

- 1. Verabreichung von Arzneimitteln,*
- 2. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen,*
- 3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen,*

¹³⁹ Ebenda, S.7.

4. *Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,*
5. *Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung,*
6. *Durchführung von Darmeinläufen und*
7. *Legen von Magensonden.*

(6) Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen gemäß Abs 1 bis 4 folgende Tätigkeiten weiter zu übertragen und die Aufsicht über deren Durchführung wahrzunehmen:

1. *an Angehörige der Pflegehilfe sowie an Teilnehmer eines Pflegehilfelehrganges im Rahmen der praktischen Ausbildung Tätigkeiten gemäß § 84 Abs 4,*
2. *an Schüler einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der praktischen Ausbildung Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches,*
3. *an Rettungssanitäter gemäß SanG Tätigkeiten im Rahmen des Krankenanstaltenpraktikums der Ausbildung zum Notfallsanitäter und*
4. *an Notfallsanitäter mit allgemeiner Notfallkompetenz Arzneimittellehre gemäß SanG Tätigkeiten im Rahmen des Krankenanstaltenpraktikums der Ausbildung in der allgemeinen Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion.*

(7) Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen gemäß Abs 1 bis 4 folgende Tätigkeiten im Einzelfall an Personen gemäß § 3 b und § 3 c weiter zu übertragen:

1. *Verabreichung von Arzneimitteln,*
2. *Anlegen von Bandagen und Verbänden,*
3. *Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln*
4. *Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens,*

5. einfache Wärme- und Lichtanwendungen.¹⁴⁰

Die Durchführung von Maßnahmen, die unter den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich fallen, dürfen nur nach einer Anordnung durch einen Arzt vorgenommen werden. Die Delegation von solchen Tätigkeiten vom Arzt an eine Pflegekraft darf im Einzelfall erfolgen, doch muss der Arzt hierbei immer die möglichen Folgen und Risiken abschätzen. Eine grundsätzliche Erlaubnis zur Durchführung von ärztlichen Tätigkeiten durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei Anordnung von einem Arzt gibt es vom Gesetzgeber nicht.¹⁴¹

Die Anordnungsverantwortung liegt bei den oben genannten ärztlichen Tätigkeiten klarerweise beim Arzt, die Durchführungsverantwortung hingegen bei der ausführenden Pflegekraft. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege müssen für sich abschätzen, ob sie über die notwendigen Kompetenzen und Fähigkeiten verfügen, eine angeordnete ärztliche Tätigkeit sachgemäß durchführen zu können. Ist dies nicht der Fall, muss die betreffende Person die Durchführung der angeordneten ärztlichen Tätigkeit verweigern, ansonsten kann sie aufgrund der Durchführungsverantwortung bei Schaden straf- und zivilrechtlich belangt werden.¹⁴²

Die Anordnung einer ärztlichen Tätigkeit muss vor der tatsächlichen Durchführung der Maßnahme schriftlich (vom anordnenden Arzt) festgehalten werden. In Ausnahmefällen darf die Anordnung auch mündlich erfolgen, die schriftliche Dokumentation muss aber binnen 24 Stunden nachgeholt werden. Die Pflegekraft muss mit ihrer Unterschrift die Durchführung der angeordneten Maßnahme bestätigen.¹⁴³

¹⁴⁰ GuKG § 15.

¹⁴¹ Allmer (2001) S.14.

¹⁴² Ebenda, S.16.

¹⁴³ Allmer (2001) S.11.

4.2.4., Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich

§ 16 (1) Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen.

(2) Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.

(3) Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

- 1. Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,*
- 2. Vorbereitung der Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung,*
- 3. Gesundheitsberatung und*
- 4. Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung.¹⁴⁴*

Da die Pflege oftmals die Schnittstelle zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Rahmen der medizinischen Behandlung, Betreuung und Pflege von Patienten darstellt, hat der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich durchaus große Auswirkung auf die Qualität der Betreuung von Patienten. Pflegepersonen haben bei Tätigkeiten im interdisziplinären Bereich die Durchführungsverantwortung für pflegerische Maßnahmen und darüber hinaus ein Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht in der Behandlung des Patienten.¹⁴⁵

¹⁴⁴ GuKG § 16.

¹⁴⁵ Allmer (2012) S.37f.

4.2.5., Änderungen der Anordnungsbefugnis für die Pflege

Durch die Heimaufenthaltsgesetz Novelle 2010 haben sich besonders im Bereich der Anordnungsbefugnis große Änderungen für die Pflege ergeben. Bislang durften Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege eine Freiheitsbeschränkung nur dann anordnen, wenn diese einen Zeitraum von 24 Stunden nicht überschritt. Mit der Novelle 2010 sind Pflegekräfte befugt, auch freiheitsbeschränkende Maßnahmen anzuordnen, die bis zu 48 Stunden andauern.

Dauert eine Freiheitsbeschränkung länger als 48 Stunden bzw muss über diesen Zeitraum hinaus öfter gesetzt werden, muss ein ärztliches Dokument beigebracht werden, in dem bestätigt wird, dass der Bewohner geistig behindert ist oder an einer psychischen Erkrankung leidet, durch die er sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben und die Gesundheit von anderen ernstlich und erheblich gefährdet.

Neben der genauen Diagnose muss das Dokument auch die konkrete Gefahrensituation beschreiben. Grundlage für das Erstellen des ärztlichen Dokuments muss immer eine gründliche Untersuchung des Bewohners sein. Außerdem kann sich der Arzt zu diesem Zweck auch bei den Betreuungspersonen des Bewohners über dessen Verhalten und Lebenssituation informieren.

Die Anforderung des ärztlichen Dokuments obliegt grundsätzlich dem Einrichtungsleiter, der diesem Auftrag unverzüglich nachzugehen hat. In der Praxis wird diese Aufgabe aber oft an die anordnende Pflegefachkraft weitergeleitet.¹⁴⁶

Um eine Freiheitsbeschränkung anordnen zu dürfen, muss die Pflegefachkraft vom Einrichtungsleiter mit der Anordnung dieser Maßnahmen betraut worden sein. Das Gesetz sieht für diese Betrauung keine spezielle Form vor, dennoch ist es ratsam, dies schriftlich festzuhalten. Die Leitung der Einrichtung kann nur Pflegekräfte mit der Anordnungsbefugnis betrauen, die *in einem dauernden Dienstverhältnis zum Einrichtungsträger stehen*. Es ist nicht möglich zB Leiharbeiter damit zu betrauen.¹⁴⁷

¹⁴⁶ Angerer (2010) S.5.

¹⁴⁷ Barth (2010) S. 31.

4.2.6., Pflegerische Freiheitsbeschränkungen

Mit der Novelle des Heimaufenthaltsgesetzes mit 1. November 2010 wurde die Anordnungsbefugnis von Freiheitsbeschränkungen der jeweils kompetenten Berufsgruppe zugeteilt.¹⁴⁸

Zwar sind einige freiheitsbeschränkende Maßnahmen klar einer Berufsgruppe zuzuordnen, so obliegt die Anordnung von Freiheitsbeschränkungen mit Medikamenten der Ärzteschaft. Doch grundsätzlich ist jeweils im Einzelfall zu prüfen, welche Berufsgruppe für die Anordnung der beschränkenden Maßnahme zuständig ist.

Es ist somit nicht möglich, eine Liste mit Freiheitsbeschränkungen anzuführen, die sämtliche Maßnahmen umfasst, die von den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege angeordnet werden dürfen.

Grundsätzlich gilt aber, dass Maßnahmen, die unter den eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich iSd § 14 GuKG fallen, unter der Anordnungsbefugnis der Pflege stehen.

Hierzu gehören unter anderem:

- Vorgesteckter Therapietisch am Rollstuhl/Sitzgelegenheit
- Gebremster Rollstuhl vor Tisch
- Gurtfixierung am Rollstuhl oder einer Sitzgelegenheit
- Sitzhose/Sitzweste am Rollstuhl oder einer Sitzgelegenheit
- Anordnung/Androhung des Zurückhaltens
- Androhung einer Freiheitsbeschränkung
- Unzugänglich machen des Stiegenhauses
- Einsatz elektronische Überwachung (Sensormatten, Bewegungsmelder,...)
- Zurückhalten eines Bewohners
- Vergabe von „Ausgangsscheinen“ an demente Bewohner
- Einsatz von Seitenteilen am Bett
- Elektronische Überwachung mit Anordnung des Zurückhaltens
- Verschlossene Tür

¹⁴⁸ Barth (2010) S. 29.

- Drehknopf/Codierung oder ähnliches¹⁴⁹

4.2.7., Überschneidungen der Pflege mit anderen Berufsgruppen

Besonders für die Pflege ergeben sich durch die Heimaufenthaltsgesetznovelle und die damit verbundenen Änderungen der Anordnungsbefugnis viele Überschneidungen mit den beiden anderen anordnungsbefugten Berufsgruppen.

Medizin und Pflege arbeiten in der Praxis so eng zusammen, dass sich daraus unweigerlich Überschneidungen ergeben müssen. Da die Novelle des HeimAufG regelt, dass Ärzte auch pflegerische Freiheitsbeschränkungen anordnen dürfen, wenn dies durch die medizinische Behandlung notwendig wird, kommt es hier ebenfalls zu Berührungspunkten der beiden Berufsgruppen.

Die Heilpädagogik bietet nicht nur Betreuung und pädagogische Arbeit mit und für Menschen mit Behinderungen, sondern auch Pflege an. Somit ergeben sich auch bei pflegerischen und pädagogischen Maßnahmen immer wieder Überschneidungen.

Egal ob es zu Überschneidungen mit der Ärzteschaft oder der pädagogischen Leitung kommt, es ist im Einzelfall immer wichtig, zu klären, ob eine freiheitsbeschränkende Maßnahme überhaupt notwendig ist, oder sich im interdisziplinären Austausch auch gelindere Mittel finden lassen. Wenn schließlich doch eine freiheitsbeschränkende Maßnahme nötig ist, muss geklärt werden, welche Berufsgruppe für die Anordnung zuständig ist.¹⁵⁰

Wenn sich keine der anordnungsbefugten Personen im interdisziplinären Team für die Anordnung einer Freiheitsbeschränkung zuständig fühlt, muss zuerst geklärt werden, ob alle betroffenen Personen mit der geltenden Rechtslage vertraut sind und keine Missverständnisse vorliegen.¹⁵¹

Führt dies zu keiner eindeutigen Klärung, ist es hilfreich, das Gespräch mit Arzt, Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, pädagogischer Leitung und Bewohnervertretung zu suchen und hierbei eine Lösung der Situation zu finden. Kommt es auch hierbei zu keiner Einigung, hat die Einrichtungsleitung die Möglichkeit, einer anordnungsbefugten Person die Weisung zu erteilen, zu prüfen ob

¹⁴⁹ Vgl Barth (2010) S.31 sowie *Checkliste zum HeimAufG für Pflegeheime* des NÖLV.

¹⁵⁰ Lehner (2010) S.43.

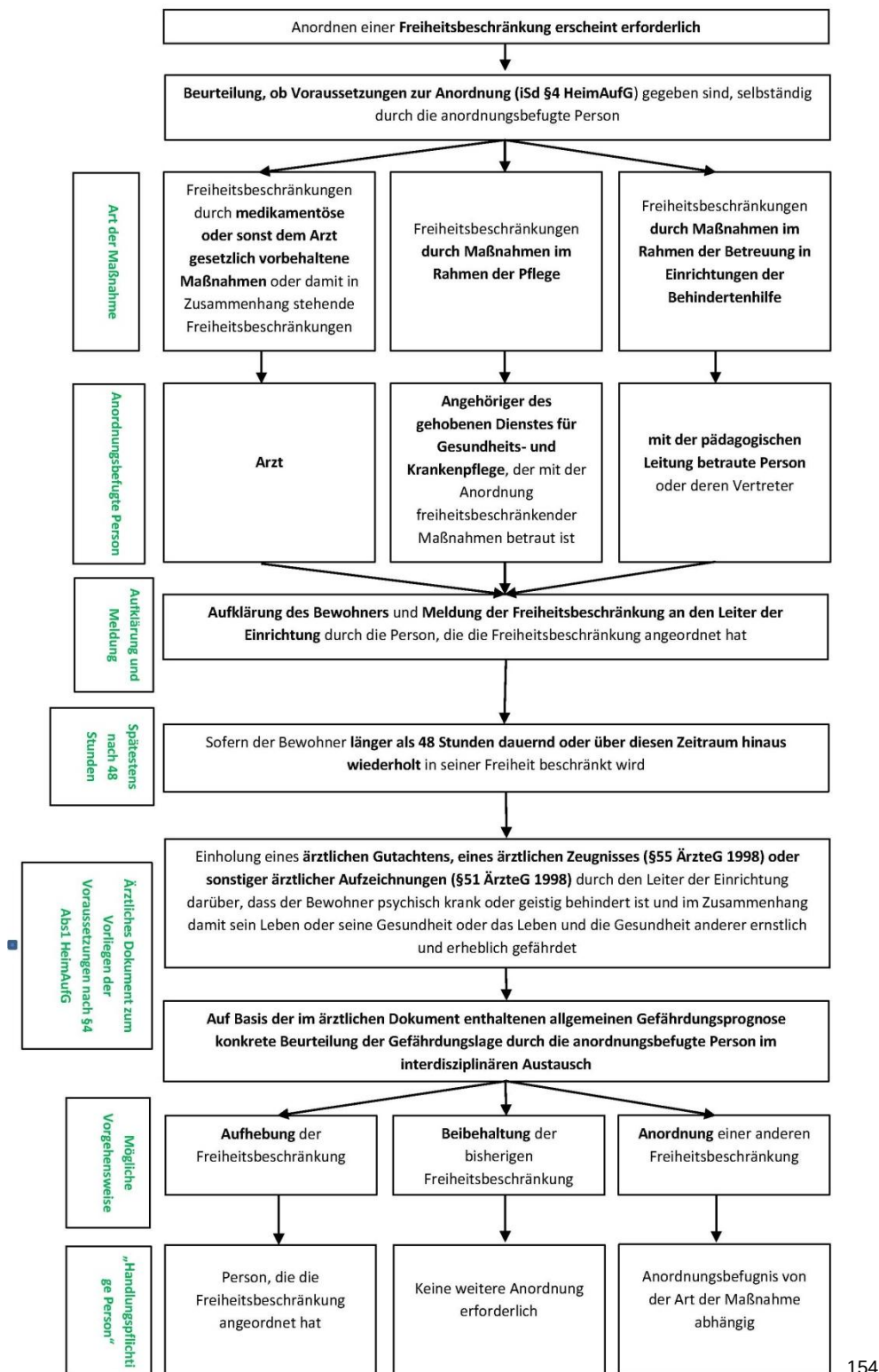
¹⁵¹ Zierl (2/2011) S.51.

die Voraussetzungen für eine Freiheitsbeschränkung vorliegen. Außerdem kann die Einrichtungsleitung ein ärztliches Dokument einholen um zu prüfen, ob eine freiheitsbeschränkende Maßnahme angezeigt ist.¹⁵²

Als letzte Möglichkeit kann eine anordnungsbefugte Person die Freiheitsbeschränkung anordnen, um bei der Überprüfung der Anordnung durch das Gericht eine endgültige Klärung der Situation zu erreichen.¹⁵³

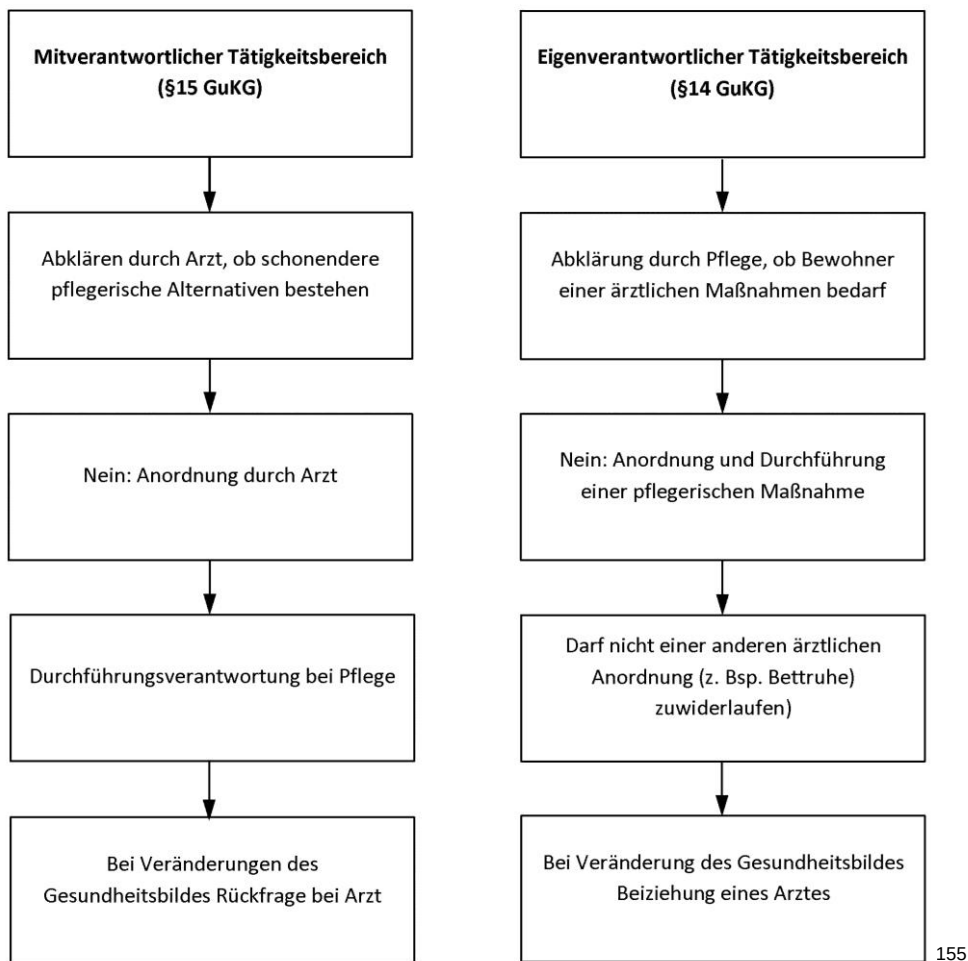
¹⁵² Ebenda.

¹⁵³ Zierl (2/2011) S.51.



154

Zusammenwirken von Pflege und Ärzte (Quelle: IFamZ-Spezial S. 32)



155

4.3., Die Anordnungsbefugnis der Pädagogischen Leitung oder ihrer Vertretung

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Rahmen der pädagogischen Betreuung von Menschen mit einer Behinderung dürfen nur von der pädagogischen Leitung bzw. deren Vertretung angeordnet werden. Die Freiheitsbeschränkung darf keine medizinische oder pflegerische Maßnahme darstellen, sondern darf nur im Bereich der pädagogischen Betreuung angeordnet werden.¹⁵⁶

Eine Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen, insbesondere zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist hier schwierig, da im Rahmen der

¹⁵⁵ Grafik übernommen aus IFamZ-Spezial (2010) S.32.

¹⁵⁶ Wagner-Kreimer (2010) S.38.

Behindertenarbeit oftmals nicht nur Betreuung, sondern auch Pflege an den Klienten durchgeführt wird.¹⁵⁷

Ist eine freiheitsbeschränkende Maßnahme sowohl aus pädagogischer als auch aus pflegerischer Sicht notwendig, darf die pädagogische Leitung diese auch anordnen und muss nicht eine Pflegefachkraft mit der Anordnung betrauen.¹⁵⁸

Da es für Angehörige der Pflege und auch der Ärzteschaft schwierig sein kann, zu beurteilen, in wieweit eine Freiheitsbeschränkung die weitere pädagogische Arbeit mit einem Klienten beeinflusst, ist es von großer Bedeutung, dass sich die anordnende Person mit den anderen Berufsgruppen berät.¹⁵⁹

Die Anordnungsbefugnis für Freiheitsbeschränkungen pädagogisch-betreuerischer Natur obliegt der jeweiligen pädagogischen Leitung der Einrichtung. Diese muss mit der Anordnungsbefugnis nicht extra betraut werden, da das HeimAufG in diesem Fall die Befugnis automatisch mit der Funktion der pädagogischen Leitung verknüpft. Ist die pädagogische Leitung verhindert und kann der Anordnung einer Freiheitsbeschränkung nicht nachkommen, ist deren Vertretung für die Dauer der Verhinderung mit der Anordnungsbefugnis betraut.¹⁶⁰

Die Anordnungsbefugnis für pädagogische Freiheitsbeschränkungen ist durch das HeimAufG nur an die Funktion der pädagogischen Leitung geknüpft. Welche fachliche Voraussetzungen oder Mindestanforderungen diese erfüllen muss, werden durch das HeimAufG nicht geregelt. So kann es zB sein, dass in der Praxis eine Betreuungsperson mit einem akademischen Abschluss in Sonder- und Heilpädagogik nicht anordnungsbefugt ist. Die pädagogische Leitung hingegen, die „nur“ eine Ausbildung zum diplomierten Behindertenbetreuer abgeschlossen hat, ist in durch ihre Funktion anordnungsbefugt. Ob diese Vorgehensweise zulässig ist, ist je nach den geltenden Bestimmungen und Bundesländern unterschiedlich.¹⁶¹

¹⁵⁷ Ebenda, S.36.

¹⁵⁸ Barth (2010) S.33.

¹⁵⁹ Lehner (2010) S.41.

¹⁶⁰ Zierl (3/2011) S.90.

¹⁶¹ Zierl (4/2011) S.122.

5., Fragen aus der Pflegepraxis zu Freiheitsbeschränkungen und Anordnungsbefugnis

5.1., Welche sind die formellen Voraussetzungen zur Anordnung von Freiheitsbeschränkungen?

Um eine Freiheitsbeschränkung anordnen zu dürfen, müssen verschiedene formelle Voraussetzungen erfüllt sein.

Wie oben bereits ausführlich beschrieben, muss die anordnungsbefugte Person entweder ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt, eine mit der Anordnungsbefugnis betraute diplomierte Pflegekraft oder die pädagogische Leitung einer Behinderteneinrichtung sein.

Weiters müssen gemäß § 4 HeimAufG folgende Punkte vorliegen, um eine Freiheitsbeschränkung anzuordnen:

- Der Bewohner ist psychisch krank oder geistig behindert,
- er gefährdet dadurch sich oder andere Personen ernstlich und erheblich
- und gelindere Mittel als Alternative zur Freiheitsbeschränkung waren nicht geeignet um die Gefährdung anzuwenden.

Treffen die aufgeführten Punkte zu, so ist es der anordnungsbefugten Person erlaubt, eine freiheitsbeschränkende Maßnahme vorzunehmen. Diese Maßnahme muss so schonend als möglich sein und dem aktuellen Stand der Medizin, Pflege oder Pädagogik entsprechen. Sobald eine der Voraussetzungen nicht mehr vorliegt, ist die Freiheitsbeschränkung aufzuheben.

Siehe hierzu auch die Checklisten im Anhang.

5.2., Wer darf eine Freiheitsbeschränkung wieder aufheben?

Grundsätzlich obliegt die Aufhebung der Freiheitsbeschränkung jener Person, die die Maßnahme angeordnet hat. Es kann aber auch eine andere (mit der Anordnung von Freiheitsbeschränkungen betrauten) Person der anordnungsbefugten Berufsgruppe eine freiheitsbeschränkende Maßnahme aufheben. Eine Freiheitsbeschränkung muss sofort aufgehoben werden, wenn eine der Voraussetzungen dafür nicht mehr vorliegt. Von der Aufhebung der Freiheitsbeschränkung muss die Einrichtungsleitung

unverzüglich informiert werden, um in der Folge den Bewohnervertreter, die Vertrauensperson und andere Vertreter des Bewohners über die Aufhebung zu informieren.¹⁶²

Wurde zB eine Bewohner von einem Arzt medikamentös freiheitsbeschränkt und eine anordnungsbefugte Pflegekraft ist überzeugt, es gäbe eine gelindere pflegerische Freiheitsbeschränkung, so darf sie die ärztlich angeordnete Freiheitsbeschränkung nicht einfach durch die pflegerische ersetzen. Sie muss zuerst den Arzt über die Alternative informieren und davon überzeugen, dass eine Aufhebung der medikamentösen Freiheitsbeschränkung sinnvoll ist. Das gleiche gilt auch für einen Arzt, der anstatt einer Fixierung im Bett eine Behandlung mit „schlafanstoßenden“ Medikamenten versuchen möchte. Auch hier muss zuerst die anordnungsbefugte Pflegeperson davon überzeugt werden, die Fixierung aufzuheben.¹⁶³

5.3., Kann die Anordnungsbefugnis nachträglich eingeschränkt bzw entzogen werden?

Die Einrichtungsleitung hat jederzeit die Möglichkeit, eine erteilte Anordnungsbefugnis nachträglich zu entziehen bzw diese einzuschränken. Es besteht von Seiten der Leitung auch die Möglichkeit von vornherein nur eine eingeschränkte Anordnungsbefugnis zu erteilen. ZB wird eine Pflegefachkraft nur für einige bestimmte Freiheitsbeschränkungen mit der Anordnungsbefugnis ausgestattet.¹⁶⁴

5.4., Ist die Pflegedienstleitung grundsätzlich anordnungsbefugt?

Im HeimAufG der alten Fassung waren Pflegedienstleitungen für kurzfristige Freiheitsbeschränkungen anordnungsbefugt, mit der Heimaufenthaltsgesetz-Novelle gilt diese Regelung nicht mehr.

Auch wenn die Pflegedienstleitung in der „Einrichtungs-Hierarchie“ über dem diplomierten Pflegepersonal steht, ist sie deshalb nicht generell anordnungsbefugt, wenn es um freiheitsbeschränkende Maßnahmen geht. Auch die Pflegedienstleitung

¹⁶² Angerer (2010) S.6.

¹⁶³ Barth (2010) S.34f.

¹⁶⁴ Zierl (5/2011) S. 152.

muss von dem Träger der Einrichtung bzw dem Einrichtungsleiter mit der Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen betraut werden.

Es kann also in der Praxis vorkommen, dass zwar das Pflegepersonal zur Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen befähigt ist, nicht jedoch die Pflegedienstleitung.¹⁶⁵

5.5., Kann das ärztliche Dokument die Pflegedokumentation ersetzen?

Das ärztliche Dokument, das bei einer länger als 48 Stunden dauernden Freiheitsbeschränkung eingeholt und in den Unterlagen vorliegen muss, ersetzt nicht die Dokumentation über die Vornahme einer Freiheitsbeschränkung gemäß § 6 HeimAufG. Die Pflege ist also dennoch dazu verpflichtet sämtliche Punkte (Grund, Art, Beginn und Dauer der freiheitsbeschränkenden Maßnahme sowie die Nachweise zur Verständigung) zur Durchführung der Freiheitsbeschränkung zu dokumentieren. Bei einer länger als 48 Stunden dauernden Freiheitsbeschränkung muss das ärztliche Dokument somit zusätzlich zur Dokumentation vorliegen.¹⁶⁶

Das ärztliche Dokument muss nicht nur eine genaue Diagnose der psychischen Erkrankung oder geistigen Behinderung beinhalten, es muss darüber hinaus auch Auskunft über die Gefährdungsprognose geben, also inwieweit der Bewohner sich selbst und/oder andere Personen ernstlich und erheblich gefährdet.¹⁶⁷

5.6., Dürfen Allgemeinmediziner eine psychische Erkrankung für das ärztliche Dokument diagnostizieren?

Das HeimAufG berechtigt jeden zur Berufsausübung berechtigten Arzt (keine Turnusärzte) zur Anordnung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme und auch zur Diagnose einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung. Auch darf jeder Arzt ein ärztliches Dokument gemäß § 5 HeimAufG erstellen.¹⁶⁸

¹⁶⁵ Zierl (5/2012) S.154.

¹⁶⁶ Herdega (5/2011) S. 148.

¹⁶⁷ Herdega (1/2011) S. 20ff.

¹⁶⁸ Zierl (2/2011) S. 51.

Dauert eine Freiheitsbeschränkung länger als 48 Stunden an, muss der Einrichtungsleiter ein ärztliches Dokument gemäß § 5 HeimAufG beibringen, in welchem einerseits eine genaue Diagnose über die Erkrankung des Bewohners als auch eine Gefährdungsprognose festgehalten sind. Dieses Dokument muss nicht zwingend neu erstellt werden, auch ärztliche Gutachten, Zeugnisse bzw andere ärztliche Aufzeichnungen die aktuell sind und die erforderlichen Informationen beinhalten, sind erlaubt.¹⁶⁹

5.7., Was sind die formalen Kriterien zur Betrauung von Pflegepersonen mit der Anordnungsbefugnis?

Die Betrauung von Pflegefachkräften mit der Anordnungsbefugnis für freiheitsbeschränkende Maßnahmen kann einerseits individuell für einzelne Personen geschehen, zB nur Herr DGKP Simon Haller oder auch generell im Rahmen einer Dienstordnung. Hierbei wird die Anordnungsbefugnis dann an eine bestimmte Funktion geknüpft, zB die Pflegedienstleitung bzw deren Vertretung oder die jeweilige Stationsleitung bzw deren Vertretung. Zwar muss die Betrauung formell keinen speziellen Vorgaben folgen, es ist jedoch wichtig, dass sie nachvollziehbar ist und im Idealfall auch in schriftlicher Form festgehalten wird.¹⁷⁰

5.8., Gibt es fachliche Voraussetzungen für diplomiertem Pflegepersonal um mit Anordnungsbefugnis betaut zu werden?

Das HeimAufG bestimmt, dass jede diplomierte Pflegeperson, die damit durch die Einrichtungsleitung betraut wurde, eine Freiheitsbeschränkung im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches anordnen darf. Das Gesetz setzt für diese Zusatzfunktion keine Sonderqualifikationen voraus. Es steht allerdings dem Einrichtungsträger frei, an die Anordnungsbefugnis gewisse Voraussetzungen (zB Berufserfahrung, Schulungen, etc) zu knüpfen.¹⁷¹

¹⁶⁹ Zierl (3/2010) S. 88.

¹⁷⁰ Zierl (3/2011) S. 90.

¹⁷¹ Zierl (4/2011) S. 122.

5.9., Darf eine Pflegeperson die Anordnung einer Freiheitsbeschränkung ablehnen?

Die Anordnungsbefugnis für FBM gehört zum erweiterten eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger. Somit ist die Anordnung von Freiheitsbeschränkungen Bestandteil des normalen Aufgabenbereichs der Pflege und gehört ebenso zum Arbeitsalltag wie auch das Erstellen von Pflegeplanungen oder das Wechseln von Wundverbänden. Da die Anordnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen somit Teil der Dienstpflicht ist, darf eine diplomierte Pflegefachkraft diese Tätigkeit nicht ablehnen.¹⁷²

5.10., Wie wird die Anordnung einer Freiheitsbeschränkung finanziell honoriert?

Einrichtungsfremde Personen, die durch den Einrichtungsträger mit der Anordnungsbefugnis betraut wurden bzw vom Personal der Einrichtung beigezogen wurden, haben Anspruch auf eine finanzielle Vergütung ihrer Leistung. Dies gilt nicht nur für Ärzte, sondern auch für betriebsfremde diplomierte Pflegepersonen, die zB vom Träger einer Behinderteneinrichtung mit der Anordnungsbefugnis betraut wurden.

Stehen die anordnungsbefugten Personen in einem Anstellungsverhältnis zur Einrichtung, haben sie keinen Anspruch auf finanzielle Vergütung der Anordnung einer Freiheitsbeschränkung, da diese Tätigkeit Teil ihrer Arbeit ist.¹⁷³

5.11., Durchführung von ärztlich angeordneten Freiheitsbeschränkungen durch Pflegekräfte

Zwar beschreibt das HeimAufG wer eine Freiheitsbeschränkung anordnen darf, wer diese dann jedoch ausführt (vornimmt, umsetzt oder vollzieht) ist nicht geregelt. Fällt die freiheitsbeschränkende Maßnahme unter die gesetzlich geregelten Tätigkeiten der jeweiligen Berufsgruppe, ist es durchaus möglich, eine Freiheitsbeschränkung an eine andere Person zu delegieren. So wäre es zB möglich, dass eine Pflegefachkraft das vom Arzt angeordnete Seitenteil am Bett montiert. Nicht zulässig wäre hingegen, eine Heimhilfe damit zu beauftragen, dass sie ein Arzneimittel zur

¹⁷² Zierl (5/2010) S. 150.

¹⁷³ Zierl (2/2011) S.51.

Bewegungsdämpfung verabreicht, da dies nicht unter ihren gesetzlichen Tätigkeitsbereich fällt.¹⁷⁴

Wenn eine Pflegekraft eine ärztlich angeordnete Freiheitsbeschränkung vornimmt, so hat sie für diese Tätigkeit die Durchführungsverantwortung zu tragen. Der Arzt wiederum muss die Verantwortung für die Anordnung der Maßnahme übernehmen. Für die Pflegekraft ergibt sich hieraus die Verpflichtung, die angeordnete Tätigkeit so sorgfältig wie möglich auszuführen und die aktuellen Standards der Pflege dabei zu beachten.¹⁷⁵

5.12., Darf im Rahmen der extramuralen Pflege eine Freiheitsbeschränkung gesetzt werden?

Besonders in der ambulanten Pflege von Menschen sind Freiheitsbeschränkungen häufig notwendig, um die Selbstgefährdung der betreuten Personen zu minimieren. Für die Vornahme von Freiheitsbeschränkungen im extramuralen Pflegesetting existieren aber keine eigenen gesetzlichen Regelungen, dennoch gibt es Situationen, in denen eine Freiheitsbeschränkung rechtlich zulässig sein kann.

Willigt die betroffene Person ein, ist eine freiheitsbeschränkende Maßnahme zulässig, wobei es sich dann um keine Freiheitsbeschränkung gemäß § 3 HeimAufG mehr handelt, sondern um eine Freiheitseinschränkung. In der Praxis ist es aber oftmals schwierig diese Einwilligung des Klienten einzuholen, da die Einsichts- und Urteilsfähigkeit der Betroffenen meist stark eingeschränkt ist und diese somit die Tragweite der Zustimmung zu einer Freiheitsbeschränkung nicht mehr erkennen können. In solche Situation besteht die Möglichkeit, sich in Einzelfällen auf „mutmaßliche Einwilligung“ zu beziehen.¹⁷⁶

Besteht allerdings eine Notsituation, gestattet es das Notrecht, dass zur Rettung höherer (eigener oder fremder) Rechtsgüter geringer wertige Rechtsgüter „geopfert“ werden dürfen. So ist es dann zB möglich, eine freiheitsbeschränkende Maßnahme zu setzen, um die akut gefährdete Gesundheit des Klienten zu schützen. Eine solche

¹⁷⁴ Zierl (6/2011) S.139.

¹⁷⁵ Wagner-Kreimer (2010) S.37.

¹⁷⁶ Geport (5/2010) S.146ff.

Handlung darf aber nur kurzfristig als vorübergehende Lösung angewendet werden.¹⁷⁷

Weder das Notrecht noch die „mutmaßliche Einwilligung“ dürfen als Dauerlösung Anwendung finden. Ist es in der extramuralen Pflege und Betreuung eines Klienten wiederkehrend nötig, freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu setzen, um dessen Wohlergehen zu sichern, ist zu erwägen, ob eine andere Betreuungsform für den Betroffenen besser geeignet wäre. So könnte in einem solchen Fall die Betreuung und Pflege in einem Heim die Vornahme von Freiheitsbeschränkungen unnötig machen, da der Bewohner gewissen Gefahrensituationen und Gefährdungspotentialen nicht mehr ausgesetzt ist.

5.13., Was sind gelindere Maßnahmen oder Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen?

Eine freiheitsbeschränkende Maßnahme muss immer das letzte Mittel der Wahl sein. Zuvor sollten sämtliche zur Verfügung stehenden Alternativen ausgeschöpft und probiert werden. Führen diese nicht zum gewünschten Effekt und es ist notwendig, eine Freiheitsbeschränkung anzuordnen, so ist diese immer unter möglicher Schonung des Bewohners durchzuführen.

Alternativen zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen können sein:

- Personelle und organisatorische Veränderungen (mehr Personal, flexiblere Arbeitszeiten)
- Schulung und Fortbildung der Mitarbeiter
- Biografiearbeit mit den Bewohnern
- Unterstützte Bewegung
- Beschäftigung anbieten (Musizieren, Basteln, Bewegung,...)
- moderne Heilbehelfe nutzen (spezielle Sitzkissen für Rollstühle)
- bauliche Maßnahmen („Stolperfallen“ minimieren, helle Räume, Ruhezonen schaffen,...)
- Mobilitätstraining und Physiotherapie

¹⁷⁷ Gepar (5/2010) S.146ff.

- Schutzkleidung anbieten (Hüftprotektorstutzen bei Sturzhäufigkeit)
- Niederflurbetten
- Alarmsitzkissen
- Sturzmatten
- Sensormatten
- ...¹⁷⁸

Bei der Auswahl einer alternativen Maßnahme zu einer Freiheitsbeschränkung dürfen durchaus auch kreative oder „ungewöhnliche“ Strategien ausprobiert werden.

Wird eine Freiheitsbeschränkung durchgeführt, hat die anordnende Person die Verantwortung, das gelindeste Mittel zu finden bzw in regelmäßigen Abständen zu evaluieren, ob eine schonendere Maßnahme Anwendung finden könnte.

ZB kann eine Pflegekraft nach einigen Wochen zu der Überzeugung kommen, dass der neue Bewohner sich inzwischen gut im Pflegeheim eingewohnt hat und dadurch auch der nächtliche Wandertrieb (mit der damit verbundenen Sturzgefahr) abgenommen hat. Ihrer Einschätzung nach ist das Seitenteil am Bett nicht mehr notwendig. In Absprache mit dem behandelnden Arzt wird beschlossen, dass nun eine Sensormatte vor dem Bett reicht.

¹⁷⁸ Vgl VSP (2010) S. 9ff sowie *Friessenbichler* (2007) S.34f.

6., Fazit

Die persönliche Freiheit jedes einzelnen Menschen stellt ein sehr wertvolles und damit zu schützendes Gut dar. Durch das HeimAufG wird seit 1.Juli 2005 genau definiert, wann und unter welchen Voraussetzungen eine freiheitsbeschränkende Maßnahme vorgenommen werden darf.

Durch den demographischen Wandel in der österreichischen Gesellschaft und der damit verbundenen wachsenden Zahl alter Menschen gilt das HeimAufG für eine immer größer werdende Anzahl an Personen. Der physische und psychische Zustand von Heimbewohnern erfordert mitunter freiheitsbeschränkende Maßnahmen, um die Gesundheit des Bewohners, aber auch die anderer Personen zu gewährleisten. Hierbei sorgt das HeimAufG für klare Regelungen, denn auch vor Einführung des Gesetzes wurden Freiheitsbeschränkungen vorgenommen, allerdings geschah dies in einer rechtlichen „Grauzone“.

Nicht nur die Interessen der Bewohner werden durch das HeimAufG geschützt, auch die Interessen der betroffenen Berufsgruppen profitieren von dem Gesetz, auch wenn diese Tatsache in der Praxis nicht immer so aufgefasst wird. Die Einführung des HeimAufG war ein wichtiger Schritt für die betroffenen Berufsgruppen hin zu einer neuen Rechtssicherheit im Bereich von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

Mit der HeimAufG Novelle von 1.November 2010 kam es zu grundlegenden Änderungen in der Anordnungsbefugnis von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen. Insbesondere für die Pflege ergeben sich durch die Änderung in der Anordnungsbefugnis mehr Rechte und Pflichten und damit auch mehr Verantwortung. Werden diese zusätzlichen Kompetenzen von der Pflege wahrgenommen und in der Praxis verwirklicht, kann dies zu einer Aufwertung des Berufsbildes der Pflege beitragen. Außerdem kommt es hierdurch zu einer Stärkung des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches.

Durch die Novelle wird auch eine verstärkte Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen gefordert. Die interdisziplinäre Kommunikation hat einen hohen Stellenwert, was unter anderem zu einer Verbesserung in der Betreuungsqualität führen kann. Der verstärkte Austausch unter den Berufsgruppen kann im Idealfall auch zu einer Reduktion der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen führen.

Da die Anordnungsbefugnis nun an berufliche Kompetenzen und weniger an hierarchischen Gesichtspunkten festgemacht wird, bleibt zu hoffen, dass sich diese Tatsache auch an einem entspannten Verhältnis der Berufsgruppen messen lässt.

Die Pflege ist auf jeden Fall gefordert, die neuen Kompetenzen in ihrer Gesamtheit wahrzunehmen und sich von den damit verbundenen Verpflichtungen nicht einschüchtern zu lassen. Jede Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist dazu aufgefordert, sich mit der aktuellen Gesetzeslage vertraut zu machen und gegebenenfalls die Vorgesetzten auf Schulungsmaßnahmen aufmerksam zu machen.

Neben der Wahrnehmung der neu gewonnen Kompetenzen, muss sich die Pflege aber auch bewusst von Aufgaben abgrenzen, die nicht in ihren Tätigkeitsbereich fallen. Nur so kann eine Verbesserung der Betreuungsqualität erzielt werden und damit auch das Wohlergehen der zu pflegenden Personen.

Auch wenn die Regelungen für den extramuralen Bereich leider nicht zufriedenstellend sind und sich in der Praxis noch zeigen muss, inwieweit sich alle Punkte der HeimAufG Novelle 2010 umsetzen lassen, bin ich überzeugt, dass die Änderungen für die Pflege von Vorteil sind. Abseits der Erweiterung des Handlungsspielraumes für das Krankenpflegepersonal, darf man davon ausgehen, dass der Einsatz von modernen Hilfsmitteln in der Pflege durch das HeimAufG vorangetrieben wird. Durch die - von der Novelle 2010 geforderte - verstärkte interdisziplinäre Kommunikation wird sich außerdem so manche Freiheitsbeschränkung als nicht notwendig erweisen, da in der Diskussion gelindere Mittel gefunden werden können.

Leider wird das HeimAufG von manchen Pflegepersonen immer noch als zusätzliche Belastung im ohnehin schon herausfordernden Pflegealltag gesehen. Dabei wird besonders die vermehrte Dokumentation kritisiert. Ich bin dennoch der Meinung, dass das HeimAufG mit seinen Novellierungen ein großer Gewinn für die Pflege ist, weil dadurch nicht nur die Betreuungsqualität entschieden verbessert werden kann und damit eine Kompetenzerweiterung für die Pflege verbunden ist, sondern weil das HeimAufG auch in entscheidendem Maß zur Rechtssicherheit der betroffenen Berufsgruppen beiträgt. Es bleibt zu hoffen, dass diese Sichtweise sich auch bei den Kritikern des HeimAufG durchsetzt.

7., Quellenverzeichnis

Bücher, Zeitschriften, Berichte

Allmer, Gertrude (2001): Der eigen- und mitverantwortliche Tätigkeitsbereich der gehobenen Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege beim Verbandswechsel unter besonderer Berücksichtigung des arbeitsteiligen Teamhandelns und der Dokumentationspflicht der Gesundheitsberufe. Für: ÖGKV.

Allmer, Gertrude (2012): GuKG mit Kommentaren. (www.medizinrecht-pflegerecht.at)

Angerer, Irmgard (2010): Änderung der Anordnungsbefugnis im Heimaufenthaltsgesetz. Ein neuer Verantwortungsbereich für Pflegefachkräfte. In: Laut gedacht – Wegweiser zur Umsetzung der Patientenrechte 10/2010.

Barth, Peter (2010): Die Unterbringungs- und Heimaufenthaltssnovelle 2010. Wien: Linde Verlag.

Barth, Peter/ Engel, Arno (2004): Heimrecht, Heimaufenthaltsgesetz, Heimvertragsrecht mit Musterheimvertrag. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Barth, Peter: Die Befugnis zur Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen. In: IFamZ-Spezial 7/2010, S. 29-35.

Barth, Peter: Richtlinien im Umgang mit medikamentösen Freiheitsbeschränkungen. In: IFamZ 11/2011, S. 318-328.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Sozialbericht 2010.

Gepart, Christian: Freiheitsbeschränkende Maßnahmen im extramuralen Bereich. In: ÖZPR 5/2010, S. 146-149.

Gschaider, Andreas/Hufnagl, Michael: Die Novelle des Heimaufenthaltsgesetzes aus Sicht der Bewohnervertretung. In: ÖZPR 5/2010, S. 144-146.

Herdega, Nikolaus: Aufgaben und Kompetenzen des Arztes im Hinblick auf die HeimAufG-Novelle 2010. In: ÖZPR 1/2011, S. 20-22.

Herdega, Nikolaus: Vorlage für das „ärztliche Dokument“ gem § Abs 2 HeimAufG. In: ÖZPR 5/2011, S.148-149.

Hofinger, Veronika/ Kreissl, Reinhard/ Pelikan, Christa/ Pilgram, Arno: Menschenrechte als Organisationsproblem. In IFamZ 3/2008, S.78-81.

Jelinek, Georg: Die nachträgliche Überprüfung im UbG und HeimAufG. In: IFamZ-Spezial 7/2010, S. 15-17.

Köpke, Sascha/ Gerlach, Anja/ Möhler, Ralph/ Haut, Antonie/Meyer, Gabriele (2009): Leitlinie FEM – Evidenzbasierte Praxisleitlinie. Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Universität Hamburg & Universität Witten/Herdecke. (<http://www.leitlinie-fem.de/download/LeitlinieFEM.pdf>)

Lehner, Barbara: Heilpädagogische Aufgaben in der Zusammenarbeit mit Pflege und Medizin. In: IFamZ-Spezial 7/2010, S.41-43.

Schipfer, Rudolf Karl (2005): Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich. Auswirkungen auf Regionen und Kommunen. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung.

Schneider, Ulrike/ Österle, August/ Schober, Doris/ Schober, Christian (2006): Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung. WU Wien Institut für Sozialpolitik.

Stickmann, Gudrun (2008): Heimaufenthaltsrecht. Wien: Linde Verlag.

Strickmann, Gudrun: Neuerungen im Heimaufenthaltsgesetz. In IFamZ-Spezial 7/Juli 2010, S. 26-28.

VSP-Vertretungsnetz: Heimaufenthaltsgesetz. Information über den Umgang mit Freiheitsbeschränkungen in Altenheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe und Krankenanstalten. 2010.

Wagner-Kreimer, Renate: Anordnung und Dokumentation freiheitsbeschränkender Maßnahmen in Heimen und ähnlichen Einrichtungen. In: IFamZ-Spezial 7/2010, S.35-41.

Zierl, Hans Peter (2004): Heimrecht, Heimvertragsgesetz, HeimAufG und Mustervorlagen. Verlag Pro libris.

Zierl, Hans Peter: Fragen aus der Praxis. In: ÖZPR 5/2010, S.150.

Zierl, Hans Peter: Fragen aus der Praxis. In: ÖZPR 3/2010, S.87-88.

Zierl, Hans Peter: Fragen aus der Praxis. In: ÖZPR 2/2011, S.51.

Zierl, Hans Peter: Fragen aus der Praxis. In: ÖZPR 3/2011, S. 90.

Zierl, Hans Peter: Fragen aus der Praxis. In: ÖZPR 4/2011, S.122.

Zierl, Hans Peter: Fragen aus der Praxis. In: ÖZPR 5/2011, S.152.

Zierl, Hans Peter: Fragen aus der Praxis. In: ÖZPR 5/2012, S.153-154.

Zierl, Hans Peter: Fragen aus der Praxis. In: ÖZPR 6/2011, S.139.

Wallner, Johannes (Hrsg.): Nachhaltigkeitsbericht 2006. Lebenswelt Heim.

Internetquellen

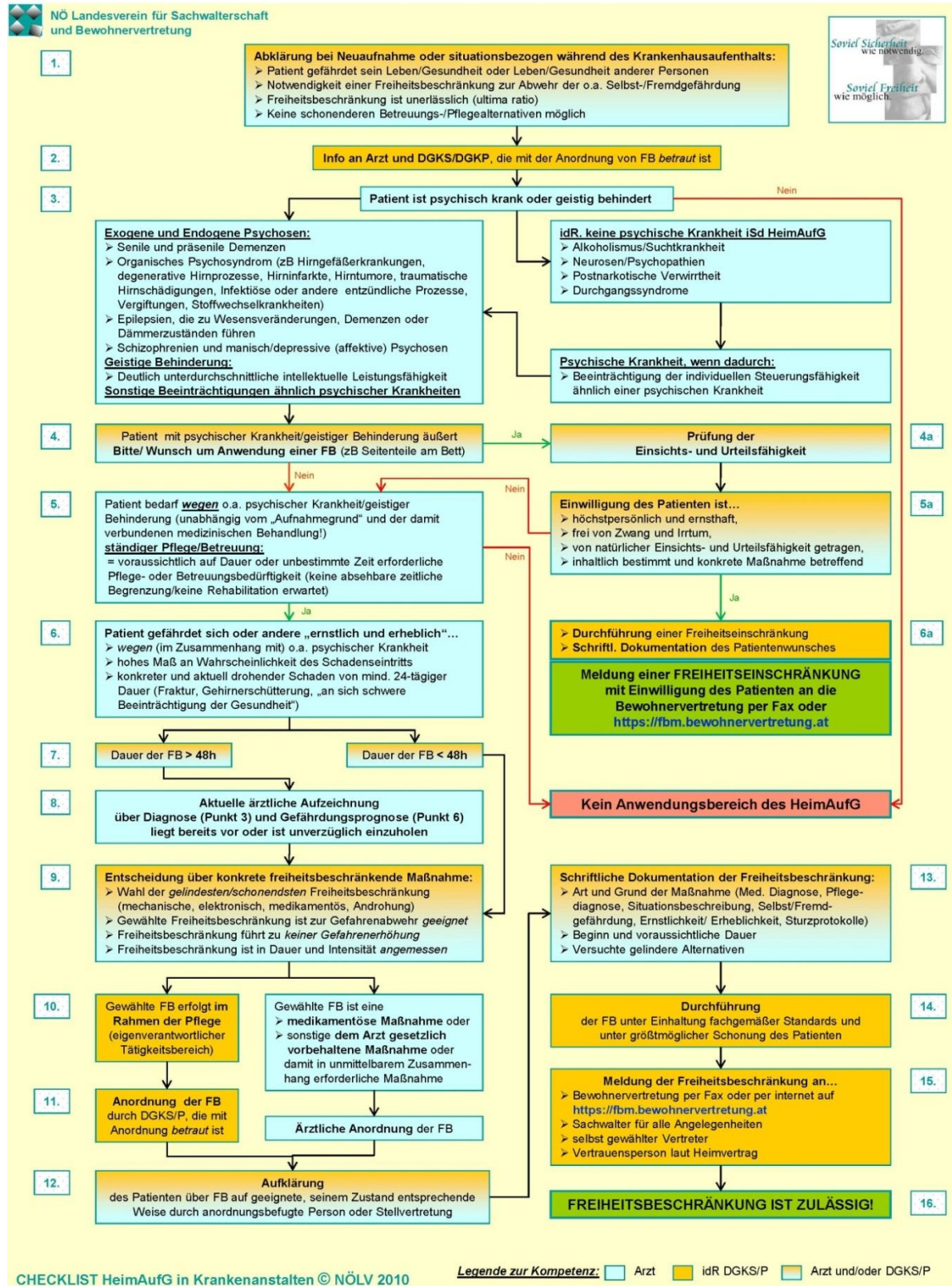
http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/situation_in_europe/c10160_de.htm

http://www.statistik.at/web_de/

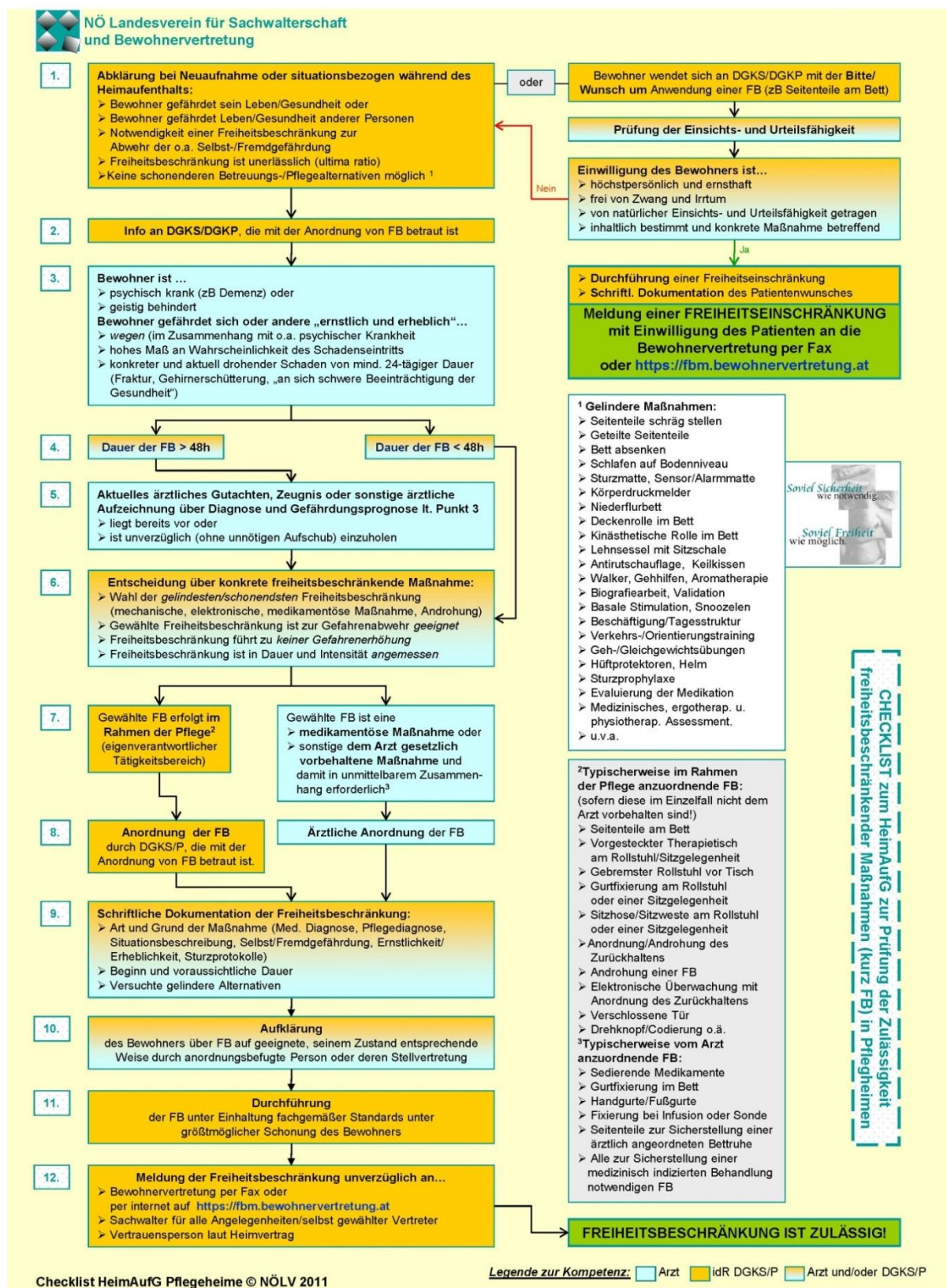
http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/situation_in_europe/c10160_de.htm

8., Anhang

Checklisten zur Zulässigkeit von FB in Krankenanstalten (NÖLV)



Checklisten zur Zulässigkeit von FB in Pflegeheimen (NÖLV)



Fax-Formular zur Meldung von FB

Faxen Sie an: 01/ 206 190 940 30

Dokumentation/ Meldung über die gemäß HeimAufG

- ☐ Vornahme ☐ Aufhebung einer Freiheitsbeschränkung/-einschränkung
☐ 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

www.bewohnervertretung.at

Beginn

Datum: Uhrzeit:

Voraussichtliche Dauer der Freiheitsbeschränkung

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

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

Grund der Freiheitsbeschränkung

- ☐ Psychische Krankheit ☐ Geistige Behinderung

Medizinische Diagnose:
ICD 10 (optional)

Vorliegen einer ernstlichen und erheblichen

- ☐ Selbstgefährdung ☐ Fremdgefährdung

Konkrete Beschreibung der Gefährdung:

Angaben zum ärztlichen Dokument gem § 5 Abs 2 HeimAufG

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

Versuchte gelindere Maßnahmen

Nachname EinrichtungsleiterIn
Vorname EinrichtungsleiterIn Unterschrift/Paraphe

DVR-Nr 0689530

Ende

Datum: Uhrzeit:

- Grund: ☐ entlassen/
verlegt ☐ verstorben ☐ Sonstiger
Aufhebungsgrund

Art der Freiheitsbeschränkung/-einschränkung

Hindern am Verlassen eines Bereichs mittels:

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

Andere Freiheitsbeschränkung/-einschränkung

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

- ☐ Gurten ☐ Tisch ☐ Therapietisch ☐ Bremsen
☐ Sitzhose

Andere Freiheitsbeschränkung/-einschränkung

Hindern am Aufstehen einer Sitzgelegenheit mittels:

- ☐ Gurten ☐ Tisch ☐ Therapietisch

Andere Freiheitsbeschränkung/-einschränkung

Hindern am Verlassen des Betts mittels:

- ☐ Seitenteilen ☐ Gurten ☐ Handmanschetten

Andere Freiheitsbeschränkung/-einschränkung

☐ Durch Medikamente

Medikation (Bezeichnung/Dosierung)

Angeordnet von ☐ ÄrztIn ☐ DGKS/P ☐ Pädagogische/r
LeiterIn

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

www.bewohnervertretung.at

Version gültig ab 11.5.2012

Ärztliches Dokument (Vorlage)

Ärztliches Dokument

gem. § 5 Abs 2 HeimAufG

Das ärztliche Dokument ist Voraussetzung für die Anordnung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme, die länger als 48 Stunden andauert oder wiederholt gesetzt werden soll. Bei diesem ärztlichen Dokument kann es sich um ein ärztliches Gutachten, ein ärztliches Zeugnis oder sonstige ärztliche Aufzeichnungen handeln.

Mit diesem ärztlichen Dokument **wird keine Anordnung einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme getroffen**. Dieses Dokument soll daher nur dann verwendet werden, wenn nur das ärztliche Dokument ausgestellt wird. Soll gleichzeitig eine ärztliche Anordnung für eine Freiheitsbeschränkung getroffen werden, ist nicht dieses Formular, sondern das Formular für die Anordnung und Meldung einer Freiheitsbeschränkung zu verwenden und die Gefährdungsprognose dort anzuführen.

Ich wurde von
(hier bitte Namen derjenigen Person angeben, die das ärztliche Dokument erbeten hat) um Ausstellung eines ärztlichen Dokumentes für nachfolgende Person ersucht:

.....
(Vor- und Zuname der Bewohnerin/des Bewohners [ev. SVNr] – bitte in BLOCKBUCHSTABEN)

.....
(Angabe der Einrichtung in der sich der/die Bewohner/in befindet – bitte in BLOCKBUCHSTABEN)

Diagnose :

Gefährdungsprognose:

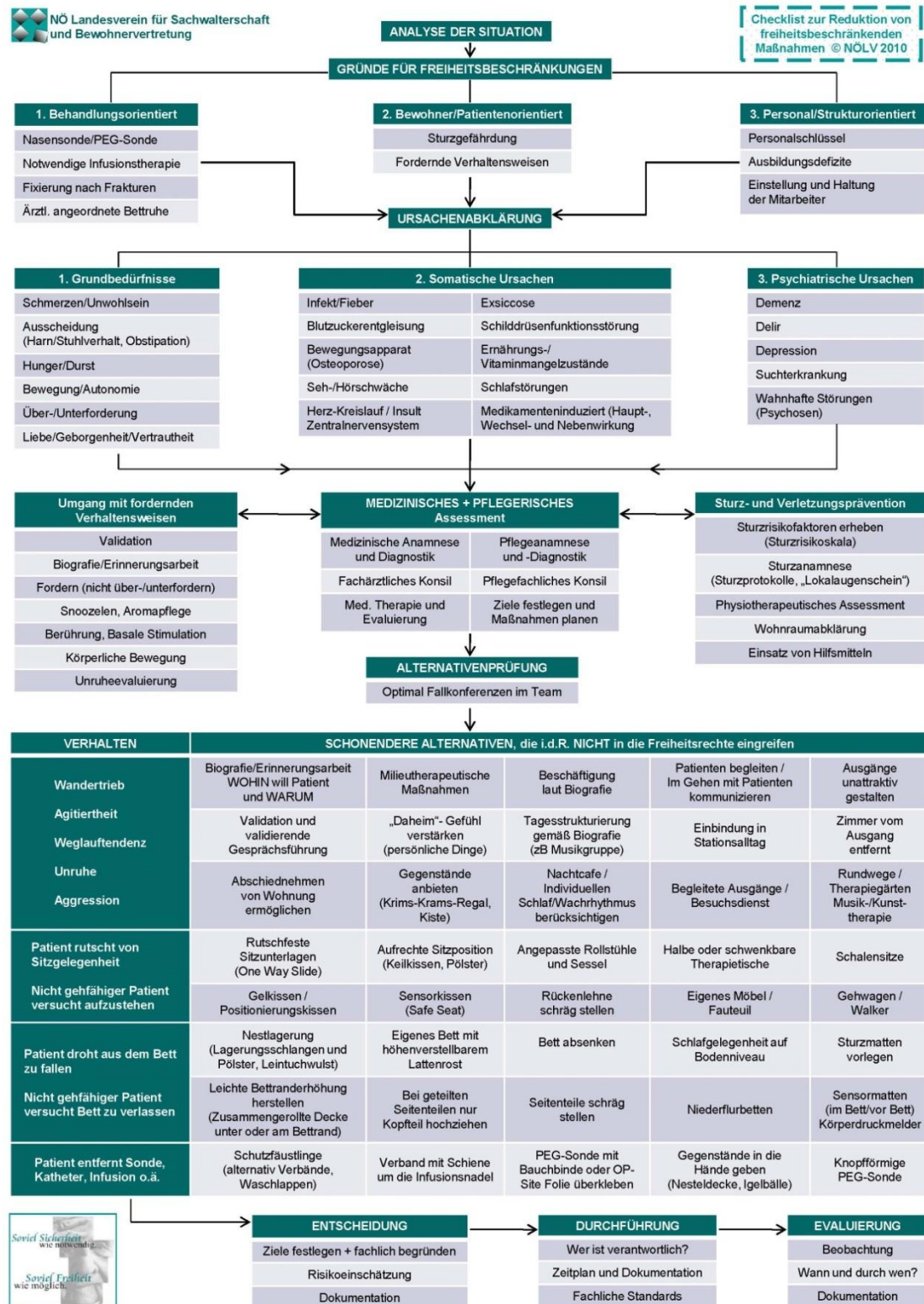
Hier ist anzugeben, ob eine Selbstgefährdung des Bewohners vorliegt bzw. von diesem eine Fremdgefährdung ausgeht. Die kognitiven Defizite sollen dabei konkret umschrieben werden [z.B. der Bewohner ist örtlich nicht orientiert, der Bewohner kann seine körperlichen Einbußen nicht erkennen,...]. Es ist weiters anzugeben, worin das aus der obgenannten Erkrankung resultierende Gefahrenpotential liegt. Die Gefährdungsprognose muss daher umschreiben, in welchen Lebensbereichen oder Situationen bei dem Bewohner im Zusammenhang mit der obgenannten Erkrankung/Behinderung eine ernstliche und erhebliche Gesundheitsgefahr auftritt oder zu erwarten ist. z.B. Der Bewohner kann aufgrund der Demenz die Gefahren des Straßenverkehrs nicht mehr richtig einschätzen, findet nicht mehr nach Hause, ist beim Verlassen des Bettes erheblich sturzgefährdet, ist gefährdet aus dem Rollstuhl zu stürzen.) Ist die Gefährdung dauerhaft zu erwarten oder kann angegeben werden, wie lange diese voraussichtlich dauert.)

.....
Ausstellungsdatum

.....
Unterschrift/Stempel der Ärztin/des Arztes

Dieses ärztliche Dokument ist in der Einrichtung aufzubewahren

Checkliste zur Reduktion von FB



9., Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Yvonne Gruber-Traxler
Staatsangehörigkeit	Österreich
Familienstand	verheiratet

Ausbildung und Werdegang

09/1991 - 07/1995	Volksschule in Feldkirchen/Donau, O.Ö.
09/1995 - 06/2003	BRG Fadingerstraße in Linz, O.Ö. Abgeschlossen mit Matura
06/2003 - 09/2004	Pflegehilfskraft im Pensionistenheim der Marienschwestern von Karmel in Bad Mühlacken, O.Ö.
09/2004	Umzug nach Wien
10/2004 - 04/2005	Studium der Humanmedizin in Wien
06/2005	Einwöchiges Praktikum im Institut Keil (Begleitperson bei einer Schullandwoche nach Ternitz)
07/2005 - 09/2005	Auslandsaufenthalt in Island als Au-Pair
Seit 10/2005	Studium der Pflegewissenschaften in Wien
07/2006	Ferialarbeit bei den Kinderfreunden/Abteilung Sonderbetreuung (Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigung)
10/2006 - 08/2007	Persönliche Assistentin bei der Wiener Assistenz Genossenschaft (Hilfe für Menschen mit Beeinträchtigung bei der Bewältigung des Alltags)
07/2007 - 08/2007	Ferialarbeit bei den Kinderfreunden/Abteilung Sonderbetreuung

09/2007 - 12/2007	Austauschsemester an der Universität Helsinki
01/2008 - 06/2008	Persönliche Assistentin bei der Wiener Assistenz Genossenschaft
07/2008 - 09/2008	Praktikum im Institut Hartheim (in einer Wohngruppe für Menschen mit Beeinträchtigung)
09/2008 - 05/2010	Ausbildung zur Fachbetreuerin für Sozialpädagogik bei M.U.-Network in Steyr (Abschluss im Mai 2010)
09/2008 - 06/2009	Persönliche Assistentin bei der Wiener Assistenz Genossenschaft
07/2009 - 08/2009	Urlaubsauhilfe in der Pflege an der Behindertenpsychiatrie am KH Rosenhügel, Wien
09/2009	Umzug nach Oberösterreich
10/2009	Betreuerin in einer WG für Jugendliche bei Caritas für Menschen mit Behinderungen, St.Isidor
03/2010 - 07/2010	Krankenstandsvertretung im Hort Lichtenberg als Horterzieherin
10/2010 - 07/2011	Horterzieherin im Hort Gramastetten
Seit 07/2011	in Mutterschutz / Karenz
03/10/2011	Geburt von Sohn Xaver Bartholomäus Gruber
Seit 05/2012	Lehrgang in praxisorientierter Sexualpädagogik am ISP Wien

Kenntnisse und Fertigkeiten

Englisch fließend in Wort und Schrift

Französisch Grundkenntnisse

Abgeschlossene Ausbildung zur Sanitäterin. Von 10/2002 bis 09/2006 ehrenamtlich als Sanitäterin beim Samariterbund Feldkirchen/Donau, O.Ö., tätig.

Seit dem Frühjahr 2010 ehrenamtlich bei der Pfadfindergruppe Ottensheim tätig.

Seit 08/2002 Führerschein der Klasse B.