LANDES GESUNDHEITS AGENTUR

Gesund und gepflegt. Ein Leben lang.

CHECKLISTE

Einschätzung medikamentöser freiheitsbeschränkender Maßnahmen

gem. Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG)

Name der/des Bewohners: _____

Name des Medikamentes: _____

Datum der Anordnung: _____

Diese Checkliste dient als Orientierungshilfe für die Bewertung und ist Bestandteil der ärztlichen Therapie.

Sobald alle drei Fragen mit **JA** beantwortet werden, liegt im Sinne des § 3 HeimAufG eine Freiheitsbeschränkung durch Medikamente vor und ist gem. § 5 HeimAufG entsprechend ärztlich anzuordnen und gem. § 7 HeimAufG an die zuständige Bewohnervertretung zu melden.

1. Es kommt ein Medikament (in Dauerform oder im Einzelfall) zur Anwendung, das *potenziell* sedierend wirkt.
   ☐ JA ☐ NEIN

2. Durch eine medikamentöse Behandlung wird die *Unterbindung- bzw. Dämpfung des Bewegungsdranges* unmittelbar bezweckt oder mitbezweckt. D.h. die Unterbindung oder Reduktion von Unruhezuständen, des Bewegungsdrangs sowie eine Beruhigung oder „Ruhigstellung“ ist - neben möglichen anderen medizinischen Indikationen – ein Zweck der Therapie. Dies ist insb. der Fall, wenn Symptome wie Agitiertheit, Aggression, Wandertrieb, Unruhe, enthemmtes Verhalten oder Schreien durch die Verabreichung beruhigend wirkender Medikamente gelindert werden.
   ☐ JA ☐ NEIN

3. Eine eingetretene *bewegungsdämpfende Wirkung* liegt vor oder war erwartbar. (Ortsveränderung wird verunmöglicht oder erschwert. Dazu zählt auch die Verringerung eines Bewegungsdranges oder des Impulses zur Fortbewegung).
   ☐ JA ☐ NEIN

⇨ **3x JA => Meldepflichtige medikamentöse Freiheitsbeschränkung!**

⇨ Bei Detailfragen bitte mit der zuständigen Bewohnervertretung in Kontakt setzen!

Quellen:

- Rechtsprechung Oberster Gerichtshof – abgerufen über https://ris.bka.gv.at/Judikatur/
- OGH Rechtssatz RS0121227
- OGH Rechtssatz RS0123875
- HeimAufG Heimaufenthaltsgesetz, Bürger Halmich, 2019, 56ff