

Betroffene/r: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

1. Ausschluss einer genehmigungspflichtigen freiheitsentziehenden Maßnahme (FEM)

- a.  Einwilligungsfähigkeit des Betreuten (Die Einwilligungsfähigkeit ist zu jeder Zeit vorhanden und der/die Betroffene ist immer einverstanden. Über die Einwilligungsfähigkeit entscheidet im Zweifel der Arzt)
- b.  der/die Betroffene ist krankheitsbedingt nicht in der Lage dem natürlichen Freiheitsdrang nachzukommen
- c.  Koma

<p>Einsichtnahme in die Dokumentation des Heimes</p> <p><input type="checkbox"/> Zeiten der Auffälligkeiten        .....        .....        .....</p> <p><input type="checkbox"/> Häufigkeiten der Auffälligkeiten        .....        .....        .....</p> <p><input type="checkbox"/> Info zu Hilfsmitteln bei Facharzt und Krankenkasse        .....        .....        .....</p>	<p>Beratung aller Beteiligten</p> <p><input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Abwendung der Gefährdung        .....        .....        .....</p> <p><input type="checkbox"/> Alternativen (siehe Anlage)        .....        .....        .....</p> <p><input type="checkbox"/> Anlagen (Antragsformulare, etc.)        .....        .....        .....</p>
--	--

3. Benennung der Alternativen

- a.  .....
- b.  .....
- c.  .....
- d.  .....

4. Zeit/Dauer der Alternative

.....

## 5. Ergebniskontrolle

.....  
.....  
.....

## 6. Erneute Prüfung nach Punkt 1

Ausschluss einer genehmigungspflichtigen freiheitsentziehenden Maßnahme (FEM)

- a.  Einwilligungsfähigkeit des Betreuten (Verständnis ist zu jeder Zeit vorhanden, der/die Betroffene ist immer einverstanden)
- b.  krankheitsbedingt nicht in der Lage dem natürlichen Freiheitsdrang nachzukommen
- c.  Koma

## 7. Gespräche mit allen Beteiligten

- Arzt
- Heim
- Krankenhaus
- Angehörige
- .....
- .....

**ABWÄGEN** Nutzen Schaden

[.....]

|  
einzuleitende Maßnahme

## 8. Antrag

- a.  Ja
- b.  Nein
- c.  Begründung der Problemlage (evtl. Anlage beifügen)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- d.  Angabe aller ausgeschöpften Möglichkeiten

.....  
.....  
.....  
.....

- e.  Angabe der Dauer/Zeiten der FEM (**Beschlusszeitraum**)

.....

Der/die Betroffene hat ein Grundrecht auf seine **körperliche Bewegungsfreiheit**. Dieses Recht darf nur in gesetzlich geregelten Fällen und nur **durch den Betreuer/Bevollmächtigten nach vorheriger richterlicher Genehmigung oder durch einen Arzt (für Notbehandlungen) in Notfällen eingeschränkt** werden. Eine genehmigungspflichtige Freiheitsentziehung im Sinne des Gesetzes liegt immer dann vor, wenn der/die Betroffene durch eine Maßnahme am Verlassen des Aufenthaltsortes (z.Bsp: Einrichtung, Station, Zimmer, Bett, Stuhl, etc. ) gehindert wird.

Mittel zum Freiheitsentzug sind **z.Bsp:**

- Verhindern des Verlassens des Bettes durch Bettgitter
- das Anbringen eines Therapietisches oder Bauchgurtes am Stuhl oder Rollstuhl
- das Feststellen des Rollstuhls (soweit dies die Möglichkeit zur freien Bewegung verhindert)
- das Festbinden durch Leibgurte oder der Extremitäten am Bett
- komplizierte Türschließmechanismen, wenn der/die Betroffene nicht betätigen kann (Zahlenschlösser auf Demenzstationen); auch das zeitweise Verschließen der Eingangstür, wenn der/die Betroffene keinen Schlüssel hat
- das Verhindern der Fortbewegung durch das Personal oder durch Medikamente (Schlafmittel, Psychopharmaka, etc.)
- die Wegnahme von Straßenbekleidung oder die Verwendung spezieller Pflegehemden
- die Ausübung psychischen Drucks sowie die Anwendung von Verboten, List, Zwang und/oder Drohungen
- sonstige Mittel, die die Fortbewegungsfreiheit einschränken

Genehmigungspflicht liegt nicht vor:

- wenn der/die einwilligungsfähige Betroffene in die Maßnahme einwilligt, weil er/sie sich dann sicherer fühlt (Verständnis ist zu jeder Zeit vorhanden, der/die Betroffene ist immer einverstanden)
- wenn kein natürlicher Wille zur Fortbewegung mehr vorliegt (z.Bsp.: Koma; körperliche Fortbewegungsunfähigkeit bei gleichzeitigem Unvermögen, irgendeinen Willen erkennen zu lassen)
- wenn keine körperliche Möglichkeit zur Fortbewegung mehr besteht (der/die Betroffene ist auch ohne die Maßnahme nicht in der Lage sich fortzubewegen)
- wenn Medikamente zu Heilbehandlungszwecken oder aus therapeutischen Gründen verabreicht werden, auch wenn als Nebenwirkung ein Dämpfungseffekt, d.h. eine Einschränkung des Bewegungsdrangs der/des Betroffenen eintritt
- wenn keine Regelmäßigkeit oder Vorhersehbarkeit vorliegt, Maßnahmen die für maximal 24 Stunden durchgängig oder 48 Stunden mit Unterbrechung angewendet werden

Wie handelt der Betreuer/Bevollmächtigte:

- grundsätzlich nach dem Wohl der/des Betroffenen
- Der Betreuer/Bevollmächtigte handelt grundsätzlich nach dem Wohl der/des Betroffenen. Nutzen Sie die Ablaufhilfe zur Entscheidungsfindung und erarbeiten Sie sich schrittweise den besten Weg.

Für Beratungen stehen Ihnen die ansässige Betreuungsbehörde sowie der nächstgelegene Betreuungsverein zur Verfügung. Nähere Informationen erhalten Sie unter [www.lag-betreuungsvereine.de](http://www.lag-betreuungsvereine.de)

## Anregung unterbringungsähnlicher Maßnahme

Betreuung für: \_\_\_\_\_ ,geb. am: \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Betreuer/Bevollmächtigter rege ich an, gemäß § 1906 Abs. 4 BGB, folgende unterbringungsähnliche Maßnahme zu genehmigen:

- Bettgitter
- Bauchgurt im Bett
- Gurt am Stuhl
- Tisch/Brett am Stuhl (Therapiestuhl)
- Fixierung der Extremitäten
- .....
- .....

Die Maßnahme ist erforderlich

- täglich in der Zeit von ..... Uhr bis ..... Uhr
- ständig
- nur bei besonderen Unruhezuständen

Begründung:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Eine ärztliche Stellungnahme, aus der sich

- die Notwendigkeit der Maßnahme aus medizinischer Sicht ergibt,
- die vorliegende psychische Erkrankung ergibt,
  
- liegt bei             wird bis spätestens ..... nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen

**X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuer / Bevollmächtigter