



Demenzkrankheit enttabuisieren! oder die Aufsichtspflicht vor dem Hintergrund fehlplazierter Demenzkranker

eine *Streitschrift* v. Lutz Barth mit einer kurzen Stellungnahme auch zur Patientenverfügung eines Demenzkranken.

Erst kürzlich hat ein Europäischer Workshop Demenz „Ethik im Netz“ stattgefunden. Das Ziel der Initiative besteht darin, unter der Überschrift „Ethik im Netz“ ethische Konfliktsituationen in Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen zu behandeln und ein Forum für Austausch, Diskussion und Erarbeitung neuer Lösungen anzubieten¹

Dies ist nachhaltig zu begrüßen, zumal sich eine derartige Plattform auch dazu eignen dürfte, sich von „Verklärungsstrategien“ der Demenz (auch als eine) Krankheit verabschieden, zumindest aber hierüber eine offene Debatte, führen zu können. Dies gilt auch im Hinblick auf die Aufsichtspflicht über einen Demenzkranken und ggf. der von ihm verfassten Patientenverfügung.

Ganz aktuell hat sich Thomas Klie in einem Beitrag unter dem Titel »Förderung von Mobilität und Sicherheit bei Menschen bei demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen und die Debatte um die „Aufsichtspflicht“«² u.a. zur Bedeutung von sog. „State of the Art“ – Klauseln und der „Aufsichtspflicht“ geäußert.

Dieser Beitrag befindet sich insofern nicht auf der Höhe der Zeit, als dass er die aktuelle Diskussion über die Frage nach der Verbindlichkeit von Standards (auch solche pflegerischer Natur) in der Gänze übergeht und sich vielmehr von der Vorstellung leiten lässt, als seien diese Standards eine verbindliche Referenz für die Träger und die Pflegenden, die im Übrigen dazu beitragen, dass insgesamt die Debatte „verfacht“ werde.

Klie beklagt hierbei eine zum Teil „sehr fachferne“ Diskussion, die aus der komplexen haftungsrechtlichen Diskussion herauszuholen sei. Er appelliert in diesem Zusammenhang stehend dafür, dass die Träger und MitarbeiterInnen in den „juristischen Diskursen“ unterstützt werden sollen, „sich einem vorfachlichen Aufsichtsverständnis zu entziehen.“

Dieser Hinweis ist nicht nur entbehrlich, sondern höchst problematisch, da ohne Frage ein Risikomanagement auch darauf ausgerichtet sein muss (!), ggf. die Diskussion um die Aufsichtspflichten aus juristischer Perspektive nachzuvollziehen. Diese Notwendigkeit entfällt nicht deshalb, weil ggf. die Profession die Auffassung vertritt, die aus dem Recht stammenden „vorfachlichen Vorgaben“ seien nicht in den fachwissenschaftlichen Diskussionen „anschlussfähig“, wie Klie in seinem Beitrag zu Bedenken gibt. Die Frage der „Anschlussfähigkeit“ indes ist aber zunächst von sekundärer Bedeutung, wenn und soweit es aus rechtlicher Sicht gute Gründe gibt, über einen in der Rechtsordnung durchaus enthaltenen Begriff der „Aufsichtspflicht“ mit seinem möglichen Folgewirkungen zu diskutieren.

Klie unterliegt im Übrigen einem beachtlichen Irrtum und zugleich Fehlschluss, wenn er meint, die „unreflektierte Aufsichtspflichtsdebatte lässt die Grenzen zwischen den Aufgaben aber auch Kompetenzen und Befugnissen eines Heimes zu denen einer psychiatrischen Einrichtung fließend werden“. Die damit zusammenhängenden Grenzfragen sind nicht eine Folge einer von ihm kritisierten „unreflek-

¹ Quelle: BMG >>> [Pressemitteilung v. 02.09.08](#) <<< (html)

² in PflR 08/2008, S. 366 ff.; vgl. dazu auch L. Barth, Zu den Aufsichtspflichten einer Alten- und Pflegeeinrichtung über einen dementiell erkrankten Bewohner – ein Beitrag in drei Teilen, beginnend in PflR 01/2008, S. 3 ff., Teil 2 in PflR 02/2008, S. 53 ff. und Teil 3 in PflR 03/2008, S. 103 ff.

tierte Debatte“, sondern in erster Linie eine schlichte Folge aus der mit einem demenziellen Erkrankungsprozess sich ergebenden Pflichten für diejenigen, die ggf. einen Demenzkranken umfassend betreuen und hierbei die progrediente Verlaufssymptomatik nicht nur höchste Anforderungen an die Pflegenden formuliert, sondern darüber hinaus im Zweifel die Institution als solche nicht mehr geeignet erscheinen lässt.

Diese notwendige Diskussion kann nicht dergestalt abgekürzt werden, in dem Klie das Problem zwar erkennt, aber zugleich darauf hinweist, dass „durchaus Schritte für ein Heim notwendig werden können, die im Rahmen des Betreuungsrechts und damit für ein klassisches Heim keine Antworten mehr möglich machen“.

Nach ihm sei dann die Gerontopsychiatrie gefragt. Mit Verlaub – der im Zweifel zur Entscheidung berufene Richter kann aber nicht darauf zuwarten, bis sich diesbezüglich weitere Wissensbestände von höchster Evidenz in fachlichen Standardaussagen aggregiert haben oder die Gerontopsychiatrie als Profession „Antworten“ geliefert hat.

Das „klassische Heim“, von dem Klie sich offensichtlich in seinem Beitrag leiten lässt, dürfte eher die Ausnahme sein und genau dies ist der springende Punkt in der Debatte, so dass in der Tat eine Enttabuisierung der „Demenz als Krankheit“ und eine hierzu ggf. erforderliche ethischen Debatte nachhaltig zu begrüßen ist. Die Frage „wo die psychisch kranken alten Menschen geblieben sind“, ist durchaus beantwortet, wie uns ein Blick in das vermeintlich „klassische Heim“ zeigt.

Eine offene und zuweilen auch streitbare ethische (aber auch rechtliche Debatte) ist aber insbesondere deshalb zu begrüßen, als dass sich zunehmend „Mythen“ um die Demenz „ranken“, die primär nur deshalb „genährt“ werden, um „zentrale“ Werthaltungen - insbesondere ideologischer Natur - in der Öffentlichkeit proklamieren zu können.

Beredtes Beispiel hierfür dürfte die „Cave Patientenverfügung“ (sog. „Freiburger Appell“) sein, zu deren Autor neben dem Palliativmediziner Student auch der Freiburger Rechtswissenschaftler Klie zählt. Neue höhere sittliche Werte werden generiert und der gesunde Patient wird als scheinbar logische Konsequenz bereits in gesunden Tagen für seine spätere mögliche Demenz in die „Pflicht“ genommen, so dass etwa der Patientenverfügung nur noch eine eingeschränkte Bedeutung zukommt. Hier droht insgesamt eine Erosion des Selbstbestimmungsrechts (auch des Demenzkranken) und die dahinter stehende Ideologie bedarf dringend einer ethischen, aber in erster Linie wohl eine verfassungsrechtliche Aufarbeitung und Entgegnung, bevor (vermeintlich neue) „ethische und moralische Werte“ generiert worden sind, die das Selbstbestimmungsrecht in zentralen Fragen des menschlichen Lebens und Sterbens nahezu vollständig verdrängen. Unabhängig davon muss freilich zugestanden werden, dass in der Tat die Diskussion über die konkrete Frage einer Aufsichtspflicht hinaus nunmehr etwas „vitaler“ zu führen ist (wie Klie sich auszudrücken pflegt), da im Kern der „gesunde Mensch“ für den Fall einer möglichen späteren Demenzerkrankung in seiner ureigenen unteilbaren Person für neopaternalistische Werthaltungen instrumentalisiert wird und sei es auch nur mit dem Hinweis auf das typischer Weise von ihm selbst zu tragende Lebensrisiko, dass wiederum selbst mit Hinweis auf die vorgebliche Lebensqualität legitimiert wird und beide aber (zumindest nach der Rechtsprechung des BGH) von Zumutbarkeitskriterien abzuhängen scheinen.

Hierzu wird demnächst ein Beitrag erfolgen müssen (!), auch wenn der innere Frieden so mancher berufsethischen Seele mit Unbill konfrontiert wird. Im Diskurs mögen auch gesinnungsethische Positionen sich Gehör verschaffen, aber nicht um den Preis, dass hier vor den Patientenverfügungen auch eines späteren Demenzkranken zu „warnen ist“ und die Position phantasievoll auf der Klaviatur eines intraprofessionellen fachlichen Vorverständnisses entfaltet und damit eine ethische Diskussion zelebriert wird, die ganz ohne verfassungsrechtliche Bezugspunkte auszukommen scheint.

Wenn überhaupt eine „Warnung“ auszusprechen ist, dann ist es eine solche vor den Gefahren eines enthemmten Paternalismus, von dem auch gelegentlich Juristen virusartig bedroht zu sein scheinen.

Insofern ist es paradigmatisch, dass Klie auch in seinem o.a. Beitrag es wohl für entbehrlich hielt, auf den diesseitigen dritten Teil einzugehen, der sich vertiefend den möglichen Grundrechtsspannungen im Zusammenhang mit den Aufsichtspflichten widmet.

Verfassungsinterpretation ist aus guten Gründen keine „Philosophie“; sie ist darüber hinaus auch nicht einer bestimmten Fachprofession vorbehalten, die da meint, auf „vorfachliches Wissen“ verzichten zu können und noch weniger folgen aus diesem „Verzicht“ Sprach- und Denkverbote für die Zunft der Juristen, mag es auch dem mainstream mittlerweile entsprechen, dass Krankheitsbild der Demenz dergestalt zu „verklären“, als dass diese möglicherweise mehr Glück und Zufriedenheit im Leben finden und dass ein Leben mit ihnen sinnstiftend und lehrreich sei. Wir alle haben gute Aussichten, ggf. an einer Demenz zu erkranken, aber müssen wir diese tatsächlich annehmen und ggf. die Lebensrisiken tragen?

Sofern die Beantwortung dieser Frage ohne Bezug auf eine „vorfachliche Diskussion“ dem intraprofessionellen Forum überantwortet werden soll, mag die Lösung denkbar einfach sein und da macht es auch aus der Sicht von Klie Sinn, die diesseitige Position dann nicht als „pfl gerechtswissenschaftliche Auseinandersetzung“ zu bezeichnen, „wenn er (Lutz Barth d. Verf.) sich in dieser im Wesentlichen auf ein didaktisch ausgerichtetes Lehrbuch³ bezieht, das man durchaus kritisieren kann, aber dabei nicht die einschlägige Literatur berücksichtigt“.

Ungeachtet dessen, dass ein Blick in die Fußnoten⁴ durchaus einen Überblick über die verarbeitete Literatur gestattet, ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei dem Aufsatz um einen Beitrag zum Recht handelt, ohne dass der Autor gehalten wäre, sich evident am „Pfl gerecht“ und dem fachlichen Verständnis hierüber seitens der Pflegeprofession zu orientieren, zumal es in den letzten Jahren unverkennbar ist, dass die professionelle Expertise das Laientum gerade im Pfl gerecht befördert! Mit anderen Worten: zumindest als Juristen sollten wir uns ein wenig mehr Dogmatik zumuten und eine gebotene rechtswissenschaftliche Diskussion wird nicht dadurch entbehrlich, in dem hier erkennbar die „Pfl gerechtswissenschaft“ mit der sich nach wie vor im Akademisierungsprozess befindlichen Pflegewissenschaft gleichgesetzt wird, die – wollen wir dem Rat von Klie folgen – auf das vorfachliche Verständnis anderer Professionen verzichten sollte. Im Übrigen ist die „einschlägige Literatur“ nicht (!) nur deshalb „einschlägig“, weil diese zur Absicherung der eigenen Position fruchtbar gemacht werden kann so wie im Übrigen der vielfach erteilte Hinweis auf die „herrschende Lehre“ auch nicht dadurch gehaltvoller wird, in dem man/frau sich überwiegend selber zitiert oder auf solche Publikationen verweist, an der man/frau mitgewirkt hat.

Die diesseitige Kritik an der Position von Klie zu den Aufsichtspflichten gilt daher auch nach seinem Beitrag unverändert fort, mag auch sein Lehrbuch didaktisch ausgerichtet sein. Gleichwohl gilt auch hier: allein die Didaktik in einem Lehrbuch rechtfertigt es wohl kaum, Aufsichtspflichten beharrlich zu leugnen, obgleich diese jedenfalls in einem deliktischen Haftungsstatbestand (§ 832 BGB) expressis verbis erwähnt sind und es gewichtige Stimmen in der Literatur gibt, dass es sowohl unter deliktsrechtlichen, aber vornehmlich auch vertragsrechtlichen Aspekten betrachtet gute Gründe gibt, eine solche Pflicht zur Aufsichtspflicht jedenfalls nicht ganz generell zu leugnen. Es bedarf hier keiner „typischen synthetischen Betrachtung und Analyse von Rechtsfragen“, die vermeintlich von mir vernachlässigt wurde, sondern eines klaren Blicks zunächst in den grammatikalischen Wortlaut einer Norm, bevor darüber vortrefflich und geistreich räsoniert werden kann, wie in concreto die Pflichten zur Aufsichtsführung ausgestaltet sind (!) oder im Wege der gesetzesvertretenden Rechtsgestaltung perspektivisch (auch intraprofessionell) ausgestaltet werden können.

Klie selbst hat in der diesseits vertretenen Position verkannt, dass es mir nicht (!) um die betreuungsrechtliche (!) Frage geht, sondern schlicht um die Aufsichtspflicht nach § 832 Abs. 2 BGB und den Vertragspflichten zur Aufsichtsführung ggf. einer stationären Einrichtung. Dies ist eine gebotene Dis-

³ Hier bezieht sich Klie auf sein Lehrbuch „Das Recht der Pflege alter Menschen“.

⁴ Der Vorwurf von Klie, der Autor habe nicht ausreichend die Literatur verarbeitet, ist nicht begründet und im Gegenzuge hierzu darf vielmehr darauf hingewiesen werden, dass Klie nicht nur in seinem Lehrbuch nachhaltig dokumentiert, dass er offensichtlich ohne ein großes rechtswissenschaftliches Literaturstudium höchst brisante Rechtsfragen zu lösen gedenkt – so, als sei er an einem Ort, bei dem er von der verfügbaren Literatur abgeschnitten ist. Bereits anderweitig habe ich darauf hingewiesen, dass wir auch von einer **lex Klie** weit entfernt sind, vgl. dazu Editorial 02/2008 der Zeitschrift zum Altenpfl gerecht: Pfl gerechtler H. Böhme gerät erneut ins Visier seines Kollegen R. Roßbruch und L. Barth scheint das gleiche „Schicksal“ durch den Juristen Thomas Klie zu „erleiden“ (Quelle: Online – Zeitschrift zum Altenpfl gerecht - Das Dokument ist frei zugänglich! >>> [Pdf. Dokument aufrufen und drucken](#) <<<<)

kussion, die zunächst unabhängig vom Betreuungsrecht und ggf. den Pflichten eines Betreuers zu führen ist, zumal das „Wohl“ der Bewohner und damit auch der Demenzpatienten aus der Perspektive der einschlägigen Rechtsverhältnisse heraus zu bestimmen ist. Hiermit ist zugleich klargestellt, dass der physische und psychische Integritätsschutz nicht stets mit dem „Wohl“ nach dem Betreuungsrecht kongruent, geschweige denn aus ihm heraus zu bestimmen ist und sogleich die ggf. aus dem Heimvertrag heraus entspringenden Pflichten „präjudizieren“.

Überdies scheint auch Klie der allgemeinen „Leitlinien – Euphorie“ kaum widerstehen zu können, dergestalt, als dass er am Ende seines Beitrages meint, dass das, was in der Medizin inzwischen selbstverständlich sei, nämlich die Etablierung von ärztlichen Leitlinien, gleichsam auch für die Begleitung und Betreuung von Menschen mit Demenz Geltung beanspruche: Systematisch akquirierte Wissensbestände geben eine verbindliche Orientierung, wie wir letztlich Menschen mit Demenz gerecht werden können.

Hier scheint Klie abermals nicht „auf der Höhe der Zeit“ zu sein, ist doch die Frage nach der Verbindlichkeit von ärztlichen Leitlinien nach wie vor lebhaft umstritten, mal ganz abgesehen davon, dass nicht selten die Ärzteschaft eine Leitlinie zum „Gebrauch von Leitlinien“ bedarf.

Das was überhaupt eindeutig und klar zu sein scheint, ist der durchaus nachdenkliche „Befund“, dass Leitlinien regelmäßig mit einem Haftungsausschluss versehen werden und die Ursache hierfür ist mehr als **evident**: die begrenzte „Verbindlichkeit“ eben dieser Leitlinien, die im Zweifel auch innerhalb eines „akquirierten Wissensbestandes“ mit anderen Leitlinien, die sich des gleichen Themas angenommen haben, konkurrieren und sich gelegentlich auch widersprechen.

Mit Blick auf die Pflege scheint sich hier ein weiteres rechtliches Problemfeld auch nach (!) § 113 SGB XI anzubahnen, dass zumindest durch das Recht „vorfachlich“ abzuklären ist, zumal gute Gründe dafür streiten, dass das zivilrechtliche Haftungsrecht einstweilen durch eine Bestimmung im sozialen Leistungsrecht unberührt bleibt! Hier sind m.E. aus vielfältigen Erwägungen heraus der „intraprofessionellen Normsetzung“ Grenzen gesetzt – ein Thema, was sicherlich in naher Zukunft sowohl die Pflege- als auch die Pflegerechtswissenschaft beschäftigen wird.

Deutlich muss in diesem Kontext stehend allerdings werden, dass es nicht zureichend sein dürfte, wie häufig in der Vergangenheit geschehen, einer Art „Ideen-Plagiat-Kultur“ zu frönen, in dem das Arztrecht im weitesten Sinne im Verhältnis 1:1 auf die pflegerechtlichen Fragestellungen mit ihren besonderen rechtlichen Implikationen übertragen wird. Die unreflektierte Übernahme dieser scheinbar gesicherten arztrechtlichen Standards münden nicht selten in höchst problematische Haftungsrisiken, die entweder nicht erkannt oder – provokant und thesenartig formuliert – nicht erkannt werden sollen, weil ggf. die Norminterpreten sich in besonderem Maße bestimmten Interessen (entweder aus der Sicht des Trägers oder alternativ dazu der Pflegenden) verpflichtet fühlen und nicht selten hierbei sich veranlasst sehen, ihre Fahne in den ideologischen Wind einer bestimmten Profession oder – was im Zweifel gravierender und durchaus bedenklicher erscheint – in den Dienst einer höheren transzendenten Macht „zu hängen“, um so einen aktiven Beitrag zur konservativen Werteerziehung leisten zu können. Ein solches ergibt sich unschwer aus der unseligen Debatte zur Patientenverfügung, die anstelle eines nach wie vor geforderten rationellen Diskurses sich in nebulöse transzendente Schemen verhüllt, so dass die Diskussion hierüber gelegentlich einem Blick in die diesseits gern in Erinnerung gerufene „Glaskugel“ gleichkommt und sich die Normexergeten in letzter Konsequenz als „Sendboten“ - und damit verbunden die (selbsttrügerische) Hoffnung, in der Öffentlichkeit als „Heilsbringer“ wahrgenommen zu werden - erweisen.

Der Diskurs hierüber ist nicht „herrschaftsfrei“ und dies mögen wir zuvörderst erkennen, wenn es darum geht, die Debatte um die Demenz und Ethik zu enttabuisieren.

Ob die Notwendigkeit einer Enttabuisierung allerdings im Interesse bestimmter Gruppen, Verbände und öffentlichrechtlichen Körperschaften (hier insbesondere der Kirchen) liegt, steht nachhaltig zu bezweifeln an, müssen diese doch letztlich Abschied von ihren neopaternalistischen und transzendenten Wertvorstellungen nehmen und sich einer Tugendethik annähern, die zumindest ein Garant dafür zu sein scheint, dass das Selbstbestimmungsrecht (gerade auch eines Dementen aus früheren „gesunden Tagen“) respektiert wird, ohne dass es eines Rückgriffs auf das „typische Lebensrisiko“ eines Demenzpatienten bedarf, dass zudem maßgeblich von „Zumutbarkeitskriterien“ entweder der Träger aus wirtschaftlicher oder aber der Pflegenden aus personeller Perspektive abzuhängen scheint.

Der künftige Demenzpatient sollte also durchaus in Erwägung ziehen, bereits in den Zeiten, wo er frei von kognitiven Defiziten ist, für die Modalitäten seines Fürsorgewunsches und damit im Zweifel einer gebotenen Aufsichtspflicht in einer gesonderten schriftlichen Erklärung hinreichend Sorge zu tragen, um so der Vernunfttheorie entweder der Philosophen und Berufsethiker, aber auch engagierter und zuweilen übereifriger Pflegerechter Grenzen setzen zu können, die im Begriff sind, die Krankheit als solche zu „verklären“. So wenig wie wir das Leid als Ganzes annehmen müssen, müssen wir auch nicht die Demenz als Krankheit dergestalt „annehmen“, als dass wir darauf hoffen dürfen, im Zweifel ein „glückliches und sinnerfülltes Leben“ führen zu können. Hierüber entscheidet der Einzelne, so wie ihm auch die selbstbestimmte Entscheidung und die damit getroffene Wertentscheidung gestattet ist, seinen Angehörigen „nicht zur Last fallen“ zu wollen.

Mit Blick auf die gescholtene „Aufsichtspflicht“ wird dem Umstand, dass gerade Menschen, die der besonderen Fürsorge, Hilfe und ggf. auch einer punktuellen Korrektur ihres potentiellen Wunsches zur Fortbewegung bedürfen, sich exakt aus diesen Gründen dazu entschließen, ihren Lebensabend in einer Alteneinrichtung zu verbringen, keine hinreichende Bedeutung beigemessen. Es steht jedenfalls für mich nachhaltig zu bezweifeln an, ob es dem Wunsch des Demenzpatienten entsprechen würde, in einem Moment der kognitiven Beeinträchtigung seines „Willens“ unversehens ein Opfer seines „typischen Lebensrisikos“ zu werden, um nach der kurzzeitig genossenen „Freiheit“ für eine gewisse Zeit – wenn nicht gar auf Dauer – seiner „Lebensqualität im Übrigen“ beraubt zu werden. Die Frage also, in welchem Maße bei welchen kognitiven Defiziten Freiheitsgewährungen vertretbar erscheinen und ggf. vom späteren Demenzpatienten gewünscht werden. Die damit verbundenen Probleme werden nicht dadurch kurzer Hand gelöst, in dem wir die aus der kognitiven Beeinträchtigung des Demenzpatienten resultierenden Handlungen als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnen. Die dahinter stehende Frage muss vielmehr lauten, ob wir nach wie vor gewillt sind, die Tatsache fehlplazierter chronisch psychisch kranker Älterer in den „klassischen Heimen“ zu negieren und gleichsam „schön zu färben“, in dem gleichsam die Debatte aus einer vermeintlich „fachfernen und komplexen haftungsrechtlichen Diskussion“ herausgeholt wird?

Zugegeben: eine Debatte könnte durchaus „harmonischer“ verlaufen, wenn und soweit die Demenzpatienten nicht (!) unversehens ein Opfer willkürlicher gesundheitsökonomischer Betrachtungen geworden sind. Mit der nach wie vor zu kritisierenden Rechtsprechung des BGH (Stichwort: Sturzprophylaxe) sind ohne erkennbare Not Zumutbarkeitskriterien eingeführt worden, die einstweilen die scheinbar eröffneten „Freiheitsräume“ eines Demenzpatienten auch unter der fachlich gebotenen Änderung sog. Milieubedingungen zur Makulatur werden lassen. Die Urteilschelte ist daher nicht „unangemessen“, wie Klie meint, feststellen zu müssen, sondern besonders dringlich, denn die Frage, was es unserer Gesellschaft „wert“ ist, den nachhaltig psychisch veränderten Patienten eine umfassende und fachlich ohne Frage gebotene Betreuung und Pflege zuteil werden zu lassen, kann nicht ernsthaft nach dem Ergebnis einer Gewinn- und Verlustrechnung eines Trägers bestimmt werden. Hier hätte ich mir eine konstruktive und nachhaltige Kritik nicht nur des Rechtswissenschaftlers, sondern vor allem des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. gewünscht, da gerade die Altenpflege im Begriff ist, sich in der Gänze ihres sozialpflegerischen Profils dauerhaft zu begeben, um im Zweifel mehr medizinische Behandlungspflege leisten zu können.⁵

Stattdessen räsoniert man/frau über Begrifflichkeiten, die zumindest aus dogmatischer Sicht geeignet sind, dass dahinter stehende Problem der „Aufsichtspflicht“ (!) etwas milder zu umschreiben; der Hinweis auf „Obhutspflichten“ oder „Sorgfaltsmaßstäbe“ verkürzen aber nicht die Rechtsprobleme, mit der die Praxis nach wie vor konfrontiert ist.

Es geht also nicht um eine „Aufsichtspflicht-Dramatisierung“, sondern um eine längst überfällige und bis dato nur halbherzig geführte Diskussion über die Pflichten einer stationären Einrichtung, die zunächst unabhängig von fragwürdigen gesundheitsökonomischen Zwängen oder irgendwelchen „Last-

⁵ An dieser Stelle soll freilich nicht verschwiegen werden, dass Klie mit seinen Beiträgen – auch mit seinem didaktisch ausgerichteten Lehrbuch zum Recht der Pflege alter Menschen – hierzu einen durchaus erheblichen Beitrag geleistet hat. Dies gilt in erster Linie für die Delegationsproblematik von ärztlichen Leistungen auf nichtärztliches Assistenzpersonal speziell in stationären Alteneinrichtungen, wo Klie meint, bestimmte behandlungspflegerische Aufgaben seien zu den „Pflichtaufgaben“ der Pflegekräfte zu zählen, obgleich vielfach kein Arzt in den Einrichtungen „in Sicht“ ist.

diskursen“ zu führen ist. Offensichtlich entspricht es einer landläufigen Meinung, dass das zivilrechtliche Haftungsrecht nur ein ethisches Minimum abzusichern in der Lage ist und selbst unter der Annahme, dass dies zutreffend sein sollte, ist es für unsere Gesellschaft beschämend, den Demenzpatienten seinem typischen Lebensrisiko zu „überantworten“. Wünschenswerte gerontopsychiatrische Versorgungskonzepte müssen ohne Frage eingefordert werden und hierfür sollten wir in der Tat „streiten“. Wenig hilfreich erscheint mir in diesem Zusammenhang allerdings zu sein, allzu phantasievoll auf der Klaviatur des Haftungsrechts (oder mit Blick auf die Patientenverfügung des Verfassungsrechts) spielen zu müssen, ohne hierbei zu erkennen, dass vielfach nur Disharmonien komponiert werden. Die Diskussion um die „Aufsichtspflichten“ kann kurzer Hand in dem Fall beendet werden, wenn es der Praxis gelingt oder schlicht dieser zugemutet werden kann (oder darf), einen Demenzpatienten in einem Zustande seiner kognitiven Bewusstseinsbeeinträchtigung vor Schäden oder vorhersehbaren Risiken zu schützen. Im Kern müssen wir uns alle die Frage beantworten: Was ist im Zusammenhang mit der Betreuung Demenzkranker zumutbar und ist es gleichsam eine notwendige Folge des „Rechts auf psychische Krankheit“, dass der Patient stets sein typisches Lebensrisiko zu tragen hat?

Wenn dem so sein sollte, mag es sinnvoll sein, kurzfristig – jedenfalls vor Eintritt möglicher kognitiver Einbußen – auf das „Recht“ der psychischen resp. psychiatrischen Erkrankung zu verzichten.

Thomas Klie mag mir die vorliegende Stellungnahme nachsehen, aber die Diskussion ist auch nach seinem aktuellen Beitrag zwingender denn je geboten, zumal es gilt, die noch offene Frage abzuklären, wo denn die „psychisch veränderten hochaltrigen Patienten“ verblieben sind? Ist nicht schon längst die „Gerontopsychiatrie“ in dem von Klie in Bezug genommenen „klassischen Heim“ eingezogen?

Dies ist der neuralgische Punkt in der Diskussion: Klie stellt sich nicht wahrhaftig dem Problem, sondern spielt den „Ball“ schlicht weiter, ohne sich den Rechtsproblemen der progredienten Verlaufssymptomatik der Demenzerkrankung zu stellen! Die Vorstellung von einem „klassischen Heim“ ist desillusioniert worden, wie sich unschwer aus den Belegungszahlen einer stationären Alteinrichtung ablesen lassen dürfte. Schätzungen zufolge besteht die Klientel der Pflegeheime zu 60 bis 70 Prozent aus Demenzkranken⁶ und da ist es schon ein wenig verwunderlich, wenn Klie meint ausführen zu müssen, dass hier die Gerontopsychiatrie gefragt sei⁷ und im Übrigen es „fachlich und juristisch“ nicht korrekt sei, vermögedenen die Aufsichtspflichtdebatte eine „unreflektierte“ sei und dadurch die Grenzen zur psychiatrischen Einrichtung „fließend“ werden. Hier verschließt Klie offensichtlich die Augen vor der Realität in den stationären Einrichtungen und da nimmt es nicht wunder, dass er sich nicht einer dogmatischen – und sofern gewünscht – ethischen Diskussion stellt.

Der multimorbide und zudem psychisch veränderte und erkrankte Geriatriepatient hat in den letzten Jahren eine seltsame Metamorphose vom Patienten hin zu einem „Kunden“ vollzogen und es scheint an der Zeit zu sein, daran zu erinnern, dass er in erster Linie ein Patient war und ist, der sich eben nicht linienkonform in einem „klassischen Heim“ gerieren wird, wie vielleicht von der Praxis erwartet oder besser „gewünscht“ wird.

In diesem Zusammenhang stehend darf denn auch abschließend darauf hingewiesen werden, dass es für die Diskussion nicht förderlich ist, einen weiteren und im Zweifel gar höheren Sinn in die Demenz als Krankheit hineinzuzinterpretieren oder „zu lesen“: Demenz ist und bleibt eine Krankheit und diese wird nicht dadurch enttabuisiert und vor allem „gesünder“ und annehmbarer, wenn wir – wie etwa von dem Palliativmediziner Student behauptet – in Folge der Krankheit Demenz eine „andere Person“ werden.

Die Entscheidung darüber, wie wir als „potentielle Demenzkranke“ u.a. unseren Lebensabend verbringen wollen – ob mit oder ohne Familie – ist eine höchst individuelle Entscheidung, so wie es uns überlassen bleibt, rechtzeitig Vorsorge darüber zu treffen, nicht unversehens ein Opfer unseres „Lebensrisikos“ zu werden, mal ganz davon abgesehen, dass in der Tat entgegen dem allgemeinen Trend der

⁶ M. Schleede-Gebert, Leben mit Demenz – Institutionelle Rahmen zur Sicherung der Lebensqualität, in Hess. Ärzteblatt 12/2006, S. 640 ff. m.w.N. aus der Literatur

⁷ Klie, aaO., S. 373

Ambulantisierung gerade diese Versorgungsform bei Demenzkranken schnell an ihre Grenzen stößt und im Übrigen die Angehörigen enormen Belastungen ausgesetzt sind.⁸

Ist es da anrühlich, wenn wir in „gesunden Tagen“ meinen, unsere Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen?

„Machen Sie sich bewusst: Ein gutes Heim bietet mehr, als Sie Ihrer Mutter je zu Hause bieten können“, rät er. „Und sprechen Sie mit Ihrer Mutter ausführlich darüber.“ Mit dem Umzug wird die äußere Distanz größer, die innere Nähe muss darunter aber nicht leiden. Im Gegenteil: Statt Pflegerin kann die Tochter wieder einfach nur Tochter sein. „Machen Sie Ihrer Mutter klar: Ich schiebe dich nicht ab, ich werde dich regelmäßig besuchen“, empfiehlt Wennemar. Täglich zu kommen, davor warnt er dagegen. „Jeder Angehörige sollte sich selbst Freiräume zugestehen.“ Wer sich ganz für die Mutter aufopfert, erschöpft schnell und braucht dann selbst Hilfe. Wichtiger findet Wennemar, etwa Nachbarn zu Besuchen einzuladen. Denn das soziale Umfeld ist auch durch gute Angebote im Heim nicht zu ersetzen. Die Eingewöhnung fällt leichter, wenn bestehende Kontakte weiterleben⁹

Hartwig Wennemar, Psychologe und Psychotherapeut (in GesundheitPro.de)

Ein Votum eines renommierten Psychologen, dass im Kern überzeugt und wir bleiben insofern aufgerufen, ggf. hieraus Folgerungen zu ziehen.

Die Demenz als Krankheit muss indes nicht „verklärt“ werden, um die rechtlichen und ethischen Bezugspunkte markieren und diskutieren zu können.

Lutz Barth (12.09.08)

© IQB 2008

Für Anregungen und Kritik ist in der Verfasser verbunden.

>>> E-mail: webmaster@iqb-info.de

>>> home: Zur Webpräsenz: <http://www.iqb-info.de/>

© 2008

⁸ Vgl. dazu Schleede-Gebert. ebenda; ferner C. Wächter, Gerontopsychiatrische Versorgungskonzepte für Demenzkranke, in Hess. Ärzteblatt 12/2006, S. 632 ff.

⁹ Quelle: GesundheitPro.de >>> <http://www.seniorenpro.de/Angehoerige-Eine-Stuetze-im-Heim-Pflege-A070625FLGOR051531.html> <<< (html)