

## Wird der Demenzpatient ein „Opfer“ der Ökonomie?

- zugleich ein Beitrag zur fragwürdigen Lehre „des typischen Lebensrisikos“ und der aktuellen Rechtsprechungsentwicklung

v. Lutz Barth, 24. Oktober 2006

Es mag der Eindruck täuschen, aber es fällt auf, dass neben der heftigen Debatte um die Problematik der Wachkoma-Patienten vermehrt der an einer Demenz erkrankte Patient in einem „Atemzuge“ genannt wird.

Dies erscheint auf den ersten Blick konsequent zu sein, geht es doch auch mit Blick auf den dementiell Erkrankten wie beim Wachkoma-Patienten um ihre grundrechtliche Stellung innerhalb unseres Gemeinwesens und die Bedeutung ihres „erheblichen“ Willens.

Gleichwohl muss nachdenklich stimmen, dass uns anhand von sicherlich beeindruckenden Zahlen demonstriert wird, dass gerade die Demenz eine der großen Herausforderungen der kommenden Jahrzehnte sein wird und dass zugleich eine Debatte um die begrenzten Ressourcen in unserem Gesundheitssystem geführt wird.

Es nährt sich der Verdacht, dass der Demenz eine ganz besondere gesundheitsökonomische Rolle beigemessen wird, die wohl nicht ohne Folgen im Recht bleiben wird.

Erste Anzeichen hierfür sind bereits im Zivilrecht mit Blick auf die sog. Aufsichtspflichten über einen Alterspatienten sichtbar geworden:

Spätestens mit der Entscheidung des BGH v. 28.04.05<sup>1</sup> wird in der Rechtsprechung der unteren Instanzgerichte<sup>2</sup> wohl regelmäßig davon ausgegangen, dass die Pflichten des Pflege-/Altenheims auf die in solchen Heimen üblichen Maßnahmen begrenzt sind, die mit einem **vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand** realisierbar sind. Maßstab müssen das **Erforderliche** und das für die Heimbewohner und das Pflegepersonal **Zumutbare** sein.

Ein wenig Hoffnung keimte auf, nachdem der derselbe Zivilsenat beim BGH unter dem 14.07.05<sup>3</sup> erneut die Gelegenheit hatte, zu den Obhuts- und damit Aufsichts- und Fürsorgepflichten einer stationären Pflegeeinrichtung Stellung zu nehmen.

Mit dieser Entscheidung schien der Weg dafür geebnet zu sein, dass der BGH in „Analogie“ zum medizinischen Standard berufsspezifische Sorgfaltspflichten für die Pflege in Gestalt der „Pflegestandards“ künftig entfalten wird, die quasi als „Leitlinien“ eine allgemeine, im Zweifel evidenzbasierte und im übrigen in der Profession konsentiertere „gute pflegerische Behandlung“ verbürgen.

Der Weg in die Standardisierung der pflegerischen Behandlung war somit vorgezeichnet. Dem multiprofessionellen Team im Rahmen eines geriatrischen Assessments kommt die Aufgabe zu, ihre Standards aufeinander abzustimmen resp. zu harmonisieren.

Dass der Expertenstandard Sturzprophylaxe nunmehr seine volle Bedeutung in der Praxis entfaltet, ergibt sich unzweifelhaft aus der Entscheidung des BGH v. 14.07.05.

*„Auch wenn im Verfahren nicht näher geklärt worden ist, auf welche genauen Ursachen die Stürze zurückzuführen waren, folgte allein aus der Häufung dieser Vorfälle, die sich alle im Zimmer der Geschädigten zur Nachtzeit ereigneten – wahrscheinlich, weil die Geschädigte die Toilette aufsuchen wollte -, ein besonderes Sturzrisiko, dem der Beklagte in einer der Situation*

<sup>1</sup> BGH, Urte. v. 28. April 2005 - III ZR 399/04 >>> [Zur Entscheidung im Volltext](#) (pdf) <<<

<sup>2</sup> Vgl. dazu jüngst **Landgericht Zweibrücken, Beschluss v. 07.06.2006 – Az. 3 S 43/06; bereits schon vorher [LG Essen VersR 2000, 893](#); [OLG Koblenz NJW-RR 2002, 867 f](#); [OLG München VersR 2004, 618](#)**

<sup>3</sup> BGH v. 14.07.05 >>> [Zur Entscheidung im Volltext](#) <<< (pdf.)

*angepassten Weise nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse Rechnung zu tragen hatte*<sup>4</sup>.

Die Entscheidung des III. Senats ist insofern erfreulich, als dass hier entgegen der Entscheidung v. 28.04.05 durchaus Überlegungen im tatsächlichen Bereich angestellt werden, die sich insbesondere an der Schutzbedürftigkeit und damit in erster Linie an der physischen und psychischen Konstitution des Bewohners orientieren.

Es wurde **nicht (!)** das „typische Lebensrisiko“ eines Alterspatienten als Argument dafür bemüht, dass Stürze in einem von dem Träger oder Pflegepersonal „nicht voll beherrschbaren Bereich“ aufgrund der **Personal- und Kostensituation** als gegeben hinzunehmen sind<sup>5</sup>. Dies belegen die Ausführungen des Senats auf S. 8 ff. der Entscheidung.

Dem Revisionsverfahren vor dem III. Zivilsenat des BGH lag das Grundurteil des OLG Dresden v. 23.09.04 zugrunde. Dieses Grundurteil wurde vom BGH aufgehoben und zur erneuten Entscheidung und Verhandlung an das OLG Dresden zurückverwiesen. Zwischenzeitlich liegt das Urteil des OLG Dresden v. 17.01.2006 mit seinen Entscheidungsgründen vor und das Urteil überrascht.

Der 2. Zivilsenat kommt entgegen dem (ersten) Grundsatzurteil des 7. Senats zur Erkenntnis, dass vorliegend kein Verschulden der beklagten Einrichtung noch eine der Einrichtung zurechenbare Pflichtverletzung ihrer Erfüllungs- und Verrichtungsgehilfen festgestellt werden kann.

Nicht nur, dass die beiden Urteile des OLG Dresden zu einem völlig diametral entgegengesetzten Ergebnis kommen – dies mag zu tolerieren sein – muss verwundern, dass der 2. Zivilsenat des OLG Dresden in weiten Teilen eine völlig andere Begründung vorgenommen hat. Hierauf wird sogleich noch zurückzukommen sein.

Aus jüngster Zeit ist insbesondere auch der Beschluss des LG Zweibrücken zu erwähnen. Das LG Zweibrücken hat in seinem Beschluss v. 07.06.2006 darauf hingewiesen, dass die Pflichten der Einrichtungen auf solche Maßnahmen begrenzt seien, die mit einem vernünftigen finanziellen und personellen Aufwand zu realisieren sind und lehnt sich erkennbar an die Ausführungen des BGH in seiner Grundsatzentscheidung v. 28.04.2005 an.

Von daher steht zu befürchten an, dass ökonomische Überlegungen (des BGH) dazu führen werden, dass künftig der gerontopsychiatrisch erkrankte Bewohner seinem „Lebensrisiko“ ausgesetzt zu bleiben scheint, obgleich er sich doch aufgrund seiner besonderen Schutz- und Pflegebedürftigkeit in eine stationäre Alteneinrichtung begeben hat bzw. begeben musste!

Zu fragen bleibt also, ob die zivilgerichtliche Rechtsprechungsentwicklung mit den gerontopsychiatrischen und letztlich als wissenschaftlich gesichert anzusehenden Erkenntnissen korrespondiert und hinreichend Rechnung trägt. 2006

Mag auch für die Juristen ein „juristischer Krankheitsbegriff“ bei der Beurteilung der zur Aufsichtspflicht führenden psychischen Konstitution und deren Grad an Beeinträchtigung maßgeblich sein, so kann freilich der „medizinisch psychiatrische Krankheitsbegriff“ auch zu einer Verengung des juristischen Begriffs führen, zumal der zur Entscheidung berufene Richter in der Regel nicht ohne medizinischen, fachpsychiatrischen Sachverstand auskommen dürfte.

Bei der Vielzahl von (psychischen und psychiatrischen) Erkrankungsmöglichkeiten kann davon ausgegangen werden, dass die organischen Psychosyndrome überproportional häufig vertreten sind<sup>6</sup> und jedenfalls die Kriterien eines medizinischen Krankheitsbegriffs erfüllen dürften.

<sup>4</sup> BGH v. 14.07.05, aaO., S. 6

<sup>5</sup> So aber noch in der Entscheidung v. 28.04.05, aaO.

<sup>6</sup> Vgl. hierzu bereits Böger / Kanowski, Gerontologie..., S. 281 – Tabelle 27 zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Alter; siehe dazu auch Hoffmann/Korte, Betreuungsrechtliche Praxis..., aaO. (Fn.88), S. 13 für die medizinische Diagnose in den Betreuungsakten der Amtsgerichte

**Medizinische Diagnosen aus den Betreuungsakten**

Krankheitsbild	München	Erfurt	Herne	Ribnitz-D.	Gesamt
Senile Demenz und Alzheimer	26	15	20	20	81
Vaskulär bedingte Hirnleistungsstörungen	11	16	14	16	57
"Hirnorganisches Psychosyndrom"	9	3	18	3	33
Psychiatrische Erkrankungen	7	13	4	5	29
davon: Paranoia					12
Depression					10
sonstige					7
Intelligenzstörung	1	8	2	8	19
Neurologische Erkrankungen	1	9	6	0	16
Suchtkrankheit (Alkohol)	1	0	2	3	6
Altersgebrechlichkeit	0	2	4	0	6

Quelle: Hoffmann/Korte, *Betreuungsrechtliche Praxis...*, aaO. (Fn.88), S. 13

Es geht weniger um die Abklärung der Ursachen für die hirnorganischen Faktoren, als vielmehr um den psychopathologischen Aufbau und den klinischen Erscheinungsbildern der organischen Psychosyndrome, die neben dem eigenspezifischen Krankheitswert zugleich auch Beurteilungsmaßstab für den Grund und die Reichweite des juristischen Krankheitsbegriffes sein können und müssen.

Die Exploration – das ärztliche Zwiegespräch also<sup>7</sup> - ist eine Grundvoraussetzung dafür, dass die psychische (psychiatrische) Krankheit überhaupt erst erkannt werden kann.

Der psychiatrisch geschulte Arzt versucht hierbei, ein systematisches Bild von dem Patienten zu erhalten, mithin also alle geistig-seelischen Funktionsbereiche zu explorieren. Zugleich schöpft er hierbei alle ihm zugänglichen Informationsquellen aus, denn erst aus der eigenen Beobachtung des Arztes, den eigenen Angaben des Patienten und von fremdanamnestischen Angaben seiner Bezugspersonen lässt sich eine halbwegs gesicherte psychiatrische Diagnose stellen<sup>8</sup>. Zugleich fahndet der Arzt in der psychiatrischen Exploration nach psychopathologischen Symptomen, also nach Erlebens- und Verhaltensweisen, die als sicher abnorm oder krankhaft anzusehen sind.

Die psychiatrische Befunderhebung<sup>9</sup> könnte sich wie folgt gliedern<sup>10</sup>:

- Wahrnehmung
- Auffassung
- Orientierung
- Gedächtnis
- Denken
- Affektivität
- Antrieb

<sup>7</sup> Böger / Kanowski, *Gerontologie...*, S. 267

<sup>8</sup> Böger / Kanowski, *ebenda*, S. 267

<sup>9</sup> Vgl. im übrigen dazu das geriatrische Basisassessment – Testpsychometrie (EBM 2000 Plus Ziff. 03341): Timed up and go Test / Barthel-Index / Uhrentest

<sup>10</sup> Baer, *Psychiatrie*, S. 15; vgl. aber auch Böger / Kanowski, *ebenda*, S. 268 ff.: Äußeres Erscheinungsbild / Psychomotorik / Mitmenschliches Verhalten / Bewusstseinszustand / Gedächtnisfunktionen / Denken / Wahrnehmung / Stimmung und Affekt / Antrieb

Bei der Wahrnehmung, definiert als ein Vorgang, durch den mittels der Sinne Informationen aus der äußeren Welt wahrgenommen werden, kommt es als Folge eines schweren organischen Psychosyndroms häufig zur **Störung der Orientierung**, wobei zunächst Störungen der zeitlichen und örtlichen Orientierung festgestellt werden können.

Die fehlende Orientierungsmöglichkeit wird in der Psychiatrie hierbei als „zentrales Symptom“ eines organischen Psychosyndroms bezeichnet, so dass aus dieser „medizinisch-psychiatrischen“ Erkenntnis der Schluss folgt, dass dem Bewohner schon nach dem Stellen der Erstdiagnose eine besondere Aufmerksamkeit zuteil werden sollte<sup>11</sup> und erst recht nach einer erfolgten Eingangsanamnese, wenn und soweit der Bewohner als potentieller Bewohner sich der stationären Alteinrichtung präsentiert.

Wenn die Frage der „Orientierung“ in ihrer Allgemeinheit zur klinischen Symptomatik etwa der Demenz des Typs Alzheimer gehört<sup>12</sup>, und im Zweifel auch die situative Orientierung beeinträchtigt ist, stellt sich an dieser Stelle die Frage, ob bei dem Verlust der Orientierungsfähigkeit der Alterspatient bereits im juristischen Sinne „krank“ ist.

Auch wenn *Österreich* darauf hinweist, dass im fortgeschrittenen Stadium schwerster Krankheitszustände die Pflegebedürftigkeit<sup>13</sup> eintritt<sup>14</sup>, kann hieraus noch nicht der zwingende Schluss geboten sein, dass der Bewohner als „krank im Rechtssinne“ zu gelten hat. Diese Erkenntnis basiert primär auf dem Umstand, dass die „Pflegebedürftigkeit“<sup>15</sup> vom Begriff her nicht deckungsgleich mit dem medizinischen bzw. juristischen Krankheitsbegriff ist, der nach der herrschenden Lehre und Rechtsprechung als Beurteilungsmaßstab für gesteigerte Schutzpflichten gegenüber einem psychisch veränderten Bewohner zugrunde zu legen ist. Die Pflegebedürftigkeit steht nicht in linearer Beziehung zu Krankheiten oder Körperschädigungen, so dass vorhandene Krankheiten und Behinderungen auch ohne eine Pflegebedürftigkeit vorkommen können<sup>16</sup>, während demgegenüber es durchaus Pflegebedürftigkeiten gibt, die auf medizinische Diagnosen zurückgehen können<sup>17</sup>.

Andererseits kann hier aber davon ausgegangen werden, dass gerade die Demenz mit ihrer progredienten Verlaufssymptomatik (spätestens!) im Endstadium ein Ausmaß angenommen hat, dass keinen vernünftigen Zweifel (auch) an einem juristischen Krankheitsbegriff aufkommen lässt. § 832 BGB weist jedenfalls nach seinem grammatikalischen Wortlaut für das Zivilrecht in diese Richtung und es ist unerklärlich, weshalb die Demenz nicht auch ihre besondere Berücksichtigung in den allgemeinen Verkehrs- und damit Aufsichts- und Fürsorgenpflichten des § 823 BGB finden soll<sup>18</sup>.

Es ist mittlerweile keine Hypothese mehr, *„dass alte psychisch kranke Patienten, die im Prinzip der stationären Aufnahme in der Psychiatrie bedürfen, an den Krankenhäusern vorbei unmittelbar in die Heime transferiert werden, ohne vorher fachliche Diagnose oder Therapie zu erfahren. Man muss die*

<sup>11</sup> Dies gilt insbesondere im Hinblick auf eine Verpflichtung zur Aufsichtsführung (§ 832 BGB) bzw. Fürsorgepflicht: Vgl. hierzu Barth L., Haftungsrechtliche Probleme bei der Betreuung von psychisch veränderten Bewohnern, in Gerontopsychiatrische Betreuung im Rahmen der Pflegeversicherung, Hrsg. Uwe Reuter, ESI, S. 67 ff. (überarbeiteter Vortrag für das Erwin-Stauss-Institut) 2000

<sup>12</sup> Vgl. Oesterreich, aaO., S. 30; Baer, aaO., S. 16ff.

<sup>13</sup> Nach § 14 SGB XI sind solche Personen pflegebedürftig, die bei „gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens“ Hilfe benötigen, welche auf Krankheiten, sowohl somatische als auch psychische, sowie Behinderungen zurückzuführen sind, vgl. auch 4. Altenbericht, S. 272

<sup>14</sup> Oesterreich, ebenda, S. 30

<sup>15</sup> Pflegebedürftigkeit beschreibt den pflegerelevanten Zustand eines Menschen und ist ein Kriterium, das ausschließlich dem betroffenen Individuum zuzuordnen ist (vgl. auch die Abgrenzung zum Pflegebedarf), 4. Altenbericht, S. 273

<sup>16</sup> 4. Altenbericht, S. 273

<sup>17</sup> 4. Altenbericht, ebenda

<sup>18</sup> Vgl. dazu ausführlich L. Barth, jeweils mit weiteren Nachweisen aus Rechtsprechung und Literatur, [Die Aufsichtspflicht über einen psychisch veränderten Bewohner im Spiegelbild der Rechtsprechung](#); ders. in [Das "Recht" des Bewohners zum "Sturz"?? Der BGH hat unter dem 28.04.05 zu den Aufsichtspflichten einer stationären Alteinrichtung Stellung genommen.](#)

*kritische Frage aufwerfen, ob die Schwelle zur stationären Aufnahme für diese Patienten in der Abteilungspsychiatrie nicht oft zu hoch ist<sup>19</sup>.*

Dem ist zuzustimmen, zumal auch im Recht der Pflege alter Menschen aus nicht erklärbaren Gründen der Umstand negiert wird, dass trotz – besser wegen - der Würde und der Grundrechtsstellung des psychisch veränderten Bewohners um seiner persönlichen und körperlichen Integritätsinteressen willen im Zweifel ein Eingriff in seine Freiheitsrechte geboten sein kann. Wenig hilfreich ist in diesem Zusammenhang der Hinweis mancher Pflegerechter, wonach es gerontologischen und gerontopsychiatrischen Erkenntnissen widerspricht und dass es insoweit inhuman sei, die Bewohner in ständiger Isolierung zu halten und das demzufolge die Haftungsanforderungen nicht überspannt werden dürfen<sup>20</sup>.

Es geht nicht (!) um die Isolierung des psychisch veränderten Bewohners<sup>21</sup>, sondern um die Einforderung eines therapeutischen Gesamtkonzepts, innerhalb dessen auch die therapeutisch gebotene Aufsichtspflicht als integraler Bestandteil den Bewohner einerseits erst in den Stand versetzen kann, am allgemeinen gesellschaftlichen Leben im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten teilzunehmen und dass andererseits die Aufsichtspflicht ihm diese Möglichkeit weitestgehend erhält:

Wem nützt es – pointiert zugespitzt -, wenn der Bewohner vorbehaltlos sein Freiheitsrecht „aktivieren kann“, gleichwohl dieses „Freiheitsrecht“ als Ausdruck seines „natürlichen“ – aber im Ergebnis fehlgesteuerten - Willens in einem temporären Moment der Desorientiertheit dazu führen kann, dass er in der Folge aufgrund eines (vermeidbaren) Sturzes für Wochen, wenn nicht gar für Monate oder Jahre sich seiner wohlverstandenen und notwendigen Freiheit begibt?

Mit dem Hinweis auf das „typische Lebensrisiko“ entziehen sich in Teilen nicht nur die Pflegekundler, sondern auch die Gerichte einer fundierten Diskussion um den Grund und die Grenzen der Aufsichtspflicht.

Der BGH hat diesbezüglich mit seiner Entscheidung v. 28.04.05 durchaus einen bedenklichen Weg vorgezeichnet: Er hat bei der Aufsichtspflicht über einen gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohner das ungeschriebene Tatbestandsmerkmal des ökonomisch Zumutbaren eingeführt und es scheint, dass so der Patient in sein nicht näher definiertes Lebensrisiko entlassen wurde.

Vollends problematisch hingegen wird es aber, wenn der BGH und ihm folgend die unteren Instanzgerichte meinen, dass sich das nur in ihr Ohr einschleichende Argument von dem finanziell und personell Zumutbaren zugleich mit grundrechtlichen Erwägungen absichern zu müssen. Es wird vereinzelt unter Rekurs auf das „Recht zur psychischen Krankheit“ zunächst das schlüssige Argument von der allgemeinen Handlungsfreiheit und damit der Fortbewegungsfreiheit bemüht.

Selbstverständlich kommt dem psychisch veränderten Alterspatienten ein Höchstmaß an Grundrechtsschutz zu, wobei hier der Konflikt ein anderer ist. Die Frage lautet vielmehr, ob die besonderen Risiken des Lebens es rechtfertigen, auch zugunsten des psychisch Erkrankten einen Eingriff in seine wohlverstandenen Fortbewegungsinteressen unter besonderer Aufsicht und Fürsorge zu rechtfertigen?

Ich meine ja, denn die Betreuung und die Begleitung des kognitiv beeinträchtigten Alterspatienten setzen lediglich voraus, dass wir bereit sind, ihm diese Freiheit zu ermöglichen. Es stellt sich nicht die Frage, ob es ökonomisch oder personell zumutbar oder vertretbar ist, den Alterspatienten bei der Wahrnehmung seiner Fortbewegungsfreiheit hilfreich zur Seite zu stehen, sondern lediglich die Frage, ob wir es ernst nehmen, wenn wir behaupten, den Alterspatienten einen würdevollen Lebensabend zu gestalten und so einen Beitrag zur Lebensqualität leisten zu wollen?

<sup>19</sup> Gutzmann, ebenda, S. 7

<sup>20</sup> Vgl. Klie, Das Recht der Pflege alter Menschen, 7. Aufl. 2001, S. 182

<sup>21</sup> Vgl. hierzu die Stellungnahme von L. Barth, Gibt es eine Aufsichtspflicht i.S. des § 832 BGB über den psychisch veränderten Bewohner? – Eine Stellungnahme zu Klie..., in [http://www.iqb-info.de/Aufsicht\\_2005.pdf](http://www.iqb-info.de/Aufsicht_2005.pdf)

Erinnern wir uns gemeinsam an das traditionelle Berufsbild der Altenpflege: waren es nicht die Aktivitäten (und das Erleben) des täglichen Lebens, die wir erhalten und fördern wollten? Waren es nicht die Elemente der sozialen und sozialkommunikativen Chancengleichheit des Alterspatienten, die ganz maßgeblich unseren Arbeitsalltag bestimmen sollten, um ihnen diese Möglichkeiten zu eröffnen? Nun reden viele das Wort von dem Pflegenotstand, den begrenzten Ressourcen, der Fehlallokation und die Debatte mündet zwangsläufig in eine Priorisierungsdebatte.

Die Frage bleibt also, ob der an Demenz erkrankte Alterspatient ein **Opfer der Ökonomie** wird?

Ich möchte an dieser Stelle eine Antwort nicht schuldig bleiben: ja, er wird ein „Bauernopfer“ in unserer von einer vermeintlich gesundheitsökonomischen Krise heimgesuchten Gesellschaft sein, wenn wir nicht die Zeichen der Zeit erkennen.

Unsere Gesellschaft ist nach dem erklärten Willen der politisch Verantwortlichen nicht in der Lage, auf Dauer die mit dieser Patientengruppe auf das Gesundheitswesen zukommenden Lasten zu tragen und es muss nachdenklich stimmen, wenn in einem höchst bedeutsamen ethischen Wertediskurs über die Sterbehilfe neben den Wachkoma-Patienten die Demenzkranken zumindest im dritten Stadium ihrer Krankheit erwähnt werden.

Wohlgemerkt: es geht nicht um die patientenautonome Entscheidung des Alterspatienten für einen selbstbestimmten Tod, sondern um die Bereitschaft unserer Gesellschaft, am scheinbar willenslosen Leben des Alterspatienten teilzunehmen und auch zu fördern, auch wenn wir nichts mehr von ihm fordern können.

Die stereotype Wiederholung von der gesundheitsökonomischen Krise wird m.E. nicht folgenlos bleiben: wir werden langsam aber stetig darauf vorbereitet, dass künftig medizinische Leistungen rationiert werden und da liegt es nahe, sich eine Patientengruppe herauszusuchen, bei der aufgrund ihrer Verlaufssymptomatik die Subjektqualität mit Blick auf den Personenbegriff in Frage gestellt werden kann. Zwar kommt ihnen Würde zu, aber die Quadratur des Menschseins schließt sich auf beängstigende Weise: so wie dem pränatalen Leben kommt dann dem Dementen ein relativer Grundrechtsschutz zu und unsere Gesellschaft tröstet sich mit dem Gedanken, dass ein Mensch eigentlich nur derjenige sei, der einen Willen hat und ihn tunlichst auch noch äußern kann – schließlich sei er ja ein kommunikatives Wesen und zwingend auf die Kommunikationsgesellschaft angewiesen.

Die Schutzbedürftigkeit des menschlichen Lebens wird zur Diskussion gestellt und zwar nicht nur vor dem Hintergrund der Debatte um die verbrauchende Embryonenforschung. Uns muss nachdenklich stimmen, dass allen Wunschen denks widersprechend, die Interpretationsherrschaft über den Wert des Lebens per se nicht bei den Juristen liegt. Völlig zu Recht weist Habermas darauf hin, dass die Verfassungsinterpretation ein langfristiger Lernprozess ist, der die obersten Gerichte immer wieder zu Korrekturen eigener früherer Entscheidungen bewogen hat. „Wenn der Fall eintritt, dass im Lichte anderer historischer Umstände neue moralische Gründe auf bestehende Rechtslagen treffen, fordern die – ja selbst moralisch begründeten – Verfassungsprinzipien, dass das Recht den moralischen Einsichten folgt“<sup>22</sup>.

Machen wir uns diese bedeutsamen Aussagen zu Eigen und richten den Fokus auf die „moralischen Einsichten“. Will der dementiell erkrankte Alterspatient tatsächlich in seine wohlverstandene Freiheit entlassen werden, auch wenn ihm dadurch erhebliche körperliche Integritätsverletzungen drohen? Will er tatsächlich in einem Zustande örtlicher Desorientiertheit sich den Gefahren des Straßenverkehrs aussetzen? Und wenn er zur Äußerung eines erheblichen Willens nicht mehr in der Lage ist, folgen dann die ihn Betreuenden den moralischen und ethischen Einsichten der Profession, seinen vermuteten resp. mutmaßlichen Willen mit den allgemeinen Wertvorstellungen der Lebensqualität gleichzusetzen, da ja die Lebensqualität als Ausdruck allgemeiner Würde- und damit Wertvorstellungen ohne Frage eine moralisch bedeutsame Maxime ist?

---

<sup>22</sup> J. Habermas, Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?, erweiterte Auflage (2005), S. 56 in Fn. 33

Es mutet seltsam an, wenn der Alterspatient um den Preis einer bedeutsamen moralischen und ethischen Kategorie, namentlich der Lebensqualität, sich dem allgemeinen Lebensrisiko auszusetzen hat, bei dem er dann im Zweifel erhebliche Verletzungen davon trägt.

In diesem Sinne wäre es daher wesentlich überzeugender, wenn die Rechtsprechung ausnahmslos sich zur ökonomischen Analyse des Rechts bekennt, anstatt zusätzlich noch die grundrechtliche Stellung des Alterspatienten zu bemühen. Denn diese Argumentation überzeugt m.E. nach nicht, zumindest dann nicht, wenn wir unterstellen dürfen, dass der Demenzkranke eben nicht seinem Lebensrisiko ausgesetzt sein möchte, zumal er nicht mehr über die kognitiven Fähigkeiten verfügt und ihm demzufolge nach ein zielgesteuertes Verhalten versagt bleibt.

Der Alterspatient bedarf dann Fürsorge und Aufsicht im wohlverstandenen Sinne und es scheint, dass hier die Rechtsprechung geneigt ist, der Prioritätensetzung der für das Gesundheitssystem politisch Verantwortlichen zuvor zu kommen. Ohne Not freilich, weil das Gesetz ohne weiteres Aufsichtspflichten kennt, wie gerade § 832 BGB überdeutlich zeigt.

Es muss nachdenklich stimmen, wenn unter dem Deckmantel des Grundrechtsschutzes eigentlich eine Diskussion beendet wird, die im Kern noch gar nicht richtig geführt wurde. Sicherlich wird keiner bestreiten wollen, dass das Gesundheitssystem Reformen bedarf und dass auch bei den stationären Alteinrichtungen der Finanzrahmen äußerst knapp abgesteckt ist.

Aber wollen wir tatsächlich die Diskussion um das gesundheitsökonomische Desaster auf dem Rücken gerade der Patienten austragen, denen nicht mehr die Möglichkeit zur aktiven Teilnahme an dieser leidigen Debatte gegeben ist, weil sie keinen Willen mehr haben resp. diesen nicht mehr adäquat äußern können?

Was ist, wenn wir als künftige Demenzpatienten gehalten wären, den „moralischen Einsichten“ einer neuen Generation Folge zu leisten, wonach wir uns in den moralisch und ethisch nicht verwerflichen Dienst eben dieser neuen Generation zu stellen haben, wonach wir tunlichst wenig, besser keine Finanzmittel mehr beanspruchen, weil es nicht ökonomisch oder zumutbar sei?

Jahr für Jahr können wir im sog. Schwarzbuch nachlesen, in welchen Größenordnungen die Milliarden zu Grabe getragen werden; ein Bruchteil dessen würde genügen, um der pflegenden Profession einen vernünftigen finanziellen Rahmen zur Verfügung zu stellen, damit diese ihre anvertrauten Bewohner und Patienten nicht ihrem haftungsrechtlich bedeutsamen und von der Rechtsprechung zunehmend abgesicherten Lebensrisiko aussetzen müssen.

Nicht der Pflegenotstand ist das Problem, sondern die permanente Fehlallokation der zur Verfügung stehenden Finanzmittel – sei es beitrags- oder steuerfinanziert – durch die politisch Verantwortlichen.

In so manchen Diskussionen ist denn auch die Resignation überdeutlich spürbar und mündet nicht selten in dem Wunsch, so nicht „enden“ oder „leben“ zu wollen. Dies mag eine Erklärung dafür sein, dass neben den Schwerstkranken und den Wachkoma-Patienten nunmehr auch der dementiell Erkrankte den moralischen Einsichten folgend sich zu einer Patientenverfügung durchringen wird, der künftigen Generation nicht mehr zur Last fallen zu wollen.

Hierbei wird natürlich der autonome Wille des Patienten zu respektieren sein, aber dieser Wille ist gleichsam ein Spiegelbild der herrschenden moralischen und ethischen Einsichten, den er sich kaum zu widersetzen mag, jedenfalls nicht in den Zeiten, wo er noch über einen entsprechenden Willen verfügt. Er selbst ist eingepasst in das System und nimmt lebhaft an der Wertediskussion teil. Auch er – der künftige Alterspatient – macht sich Sorgen um die Finanzierbarkeit der sozialen Sicherungssysteme und im Eifer des ethischen Diskurses rückt das eigene, aber biologisch unweigerliche Schicksal des Alterns und einer hohen Wahrscheinlichkeit, auch an Demenz zu erkranken, in eine weite Ferne.

Den herrschenden moralischen Einsichten folgt dann in der konkreten Situation das Prinzip Hoffnung – hoffen darauf, am Ende eines verlöschenden und nicht den kommunikativen Anforderungen entsprechenden und vor allem gerecht werdenden Willens doch noch ein Stück Weg des Lebens

gehen zu können, ohne dem individuellen Lebensrisiko einer gefahrenträchtigen Situation ausgeliefert zu sein, bei dem wir dann als künftige Alterspatienten unser Leben verlieren, weil es der Gesellschaft nicht zumutbar war, einen finanziellen Rahmen etwa zur Begleitung einer Pflegeperson auf einen Spaziergang zur Verfügung zu stellen.

Sehenden Auges schauen wir aber lieber zu, wie die Milliarden zu Grabe getragen werden und solange es uns nicht ganz konkret betrifft, gewöhnen wir uns langsam aber sicher an die neuen moralischen Einsichten: die Inpflichtnahme des Alterspatienten im Interesse des übergeordneten Gemeinwohls und der verbleibenden Gattung Mensch.

Lutz Barth

© IQB 2006

Impressum

Institut zur Qualifizierung und Beratung von Mitarbeitern  
und Gesundheitseinrichtungen - IQB.  
27570 Bremerhaven - Anholtstr. 7  
Tel.: 0471 / 50 40 541

Inhaltlich Verantwortlicher gemäß § 6 MDStV für die Webpräsenz des IQB unter der Adresse [www.iqb-info.de](http://www.iqb-info.de) : Lutz Barth

Email >>> [webmaster@iqb-info.de](mailto:webmaster@iqb-info.de)

Zurück zur Webpräsenz des IQB

[www.iqb-info.de](http://www.iqb-info.de)

>>> [Impressum/Haftungsausschluss](#) <<<

**IQB**

© 2006