

VON HASSELN-GRINDEL (Hrsg.)



Demenz Rechtsratgeber

Praxisleitfaden mit Handlungsempfehlungen
und Fallbeispielen

 BOORBERG

 Deutscher Verein
für öffentliche und
private Fürsorge e.V.

Demenz Rechtsratgeber

Praxisleitfaden mit Handlungsempfehlungen
und Fallbeispielen

Herausgegeben von

Sigrun von Hasseln-Grindel

Rechtsanwältin, Vors. Richterin am Landgericht a. D.

 **BOORBERG**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek | Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über www.dnb.de abrufbar.

1. Auflage, 2025

Print-ISBN 978-3-415-07668-6

EPUB-ISBN 978-3-415-07692-1

© 2025 Richard Boorberg Verlag

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlages. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die Nutzung sämtlicher Inhalte für das Text- und Data Mining ist ausschließlich dem Richard Boorberg Verlag GmbH & Co KG vorbehalten. Der Verlag untersagt eine Vervielfältigung gemäß § 44b Abs. 2 UrhG ausdrücklich.

Titelfoto: © stopabox – stock.adobe.com

eBook-Umsetzung: abavo GmbH, Nebelhornstraße 8, 86807 Buchloe

Richard Boorberg Verlag GmbH & Co KG | Scharrstraße 2 | 70563 Stuttgart
Stuttgart | München | Hannover | Berlin | Weimar | Dresden

www.boorberg.de

Grußwort

Wer eine ernste Diagnose erhält, dessen Welt gerät leicht aus den Fugen. Das gilt in besonderer Weise für Demenz. Für viele Betroffene und ihre Familien bricht zunächst eine Welt zusammen. Weltweit sind etwa 55 Millionen Menschen von Demenzerkrankungen betroffen. In Deutschland leben aktuell etwa 1,8 Millionen Demenzerkrankte und ihre Familien. Wie gehen wir als Gesellschaft mit den Betroffenen um? Ist uns bewusst, dass es jeden von uns treffen kann? Als Gesellschaft müssen wir dafür Sorge tragen, dass ein Leben in der Gemeinschaft für Menschen mit Demenz trotz Einschränkungen möglich bleibt. Dies geschieht dann, wenn Menschen mit Demenz, aber auch ihre Angehörigen, am Leben in der Nachbarschaft und im Quartier teilhaben können ohne Berührungsängste in der Begegnung auszulösen oder auf ihre Demenz reduziert zu werden. Noch zu oft werden Menschen mit Demenz und häufig auch ihre Angehörigen quasi „unsichtbar“, weil sie sich aus Angst oder Scham zurückziehen. Damit das anders werden kann, brauchen wir ein soziales Miteinander, das von Verständnis und Mitsorge geprägt ist. Neben Familie und aufgeschlossenen Freunden braucht es auch mutige Kommunen und zivilgesellschaftliche Akteure, die sich für die Weiterentwicklung bedarfsgerechter Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen einsetzen.

Darauf macht der Deutsche Verein u. a. in seiner Arbeit aufmerksam und unterstützt die Bundesregierung bei der Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie von Anfang an. In seinen Empfehlungspapieren verweist er auf die Notwendigkeit der weiteren Sensibilisierung der Öffentlichkeit, die Verbesserung der medizinischen Versorgung durch interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Verbesserung individueller häuslicher Versorgung

durch tragfähige Unterstützungssysteme und den Ausbau wohnortsnaher Beratungs- und Selbsthilfeangebote.

Erkrankt ein Familienmitglied oder ein Mensch aus dem nahen Umfeld an Demenz, stellen sich viele gesundheitliche und pflegerische, aber auch sozialrechtliche Fragen. Die verschiedenen Leistungsansprüche in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern bzw. korrespondierenden Rechtsgebieten sind dabei sowohl für die Betroffenen und deren Zu- und Angehörigen als auch für die damit befassten Berufsgruppen, nicht leicht zu überblicken.

Mit dem vorliegenden spezifischen Demenz Rechtsratgeber wird Familien, aber auch den professionellen Akteuren zentraler Versorgungsstrukturen sowie kommunalen Akteuren ein wichtiges Instrument zur rechtlichen Orientierung im Kontext von Demenz an die Hand gegeben.

Dr. Irme Stetter-Karp

Präsidentin des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V.

Geleitwort

Zu Demenziellen Syndromen gibt es umfangreiche medizinische Fachliteratur, zahllose Ratgeber für den Alltag von Patienten und Angehörigen, und viele gute Ansätze zur Diagnose und Therapie in Schwerpunktpraxen und Gedächtniszentren. Doch das Phänomen Demenz entzieht sich immer wieder auf eine besondere Art einer strukturierten Herangehensweise in der Gesundheitsversorgung, nicht nur, weil es viele ältere Menschen betrifft; es betrifft jeden unterschiedlich auf seine eigene Art und Weise.

Meine ersten Kontakte mit kranken Menschen hatte ich als Zivildienstleistender in einem städtischen Krankenhaus. Noch nicht für einen Beruf ausgebildet, war das „Phänomen Krankheit“ für mich als solches irritierend und herausfordernd. Nach 30 Jahren ärztlicher Tätigkeit in der universitären Neurologie sehe ich heute für viele neurologische Erkrankungen eine gute medizinische Praxis in der Diagnosestellung, Therapie und Versorgung. Bei dem Phänomen Demenz hingegen bin ich bis heute irritiert, ein Erleben, das viele meiner Kolleg:innen aus Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie teilen.

Das menschliche Gehirn ist in seiner Fähigkeit, ein Leben lang zu lernen, Träger grundlegender Funktionen der Wahrnehmung, Verarbeitung und Ausübung. In seinen neuronalen Netzwerken bildet sich die Person ab, die im ständigen dynamischen Austausch mit ihrer Umwelt steht. So leistet das Gehirn durch seine hohe Integrationskraft die Entwicklung und Pflege von Beziehungen, die vom engsten partnerschaftlichen und familiären Umfeld über Freundes- und Bekanntenkreise, bis in Beruf, Gesundheits- und Daseinsfürsorge reichen. Wie selbstverständlich gehen gesunde Menschen davon aus, dass sie in diesen Spielfeldern nicht nur funktionieren, sondern

auch lebenslang aktiv gestalten können. Genauso selbstverständlich akzeptieren sie die meisten gesellschaftlichen Normen und gesetzlichen Regelungen, die ihre Rechte und Pflichten beschreiben.

Menschen, die demenzielle Erkrankungen entwickeln, können in allen diesen Bereichen auf sehr unterschiedliche Weise die Fähigkeiten verlieren, konstruktiv an den vielen Bereichen ihres Daseins teilzunehmen. In den Frühphasen ist die Störung oft diskret ausgeprägt. So stellt sich bei den Mitmenschen der Betroffenen eher eine Irritation ein als ein Wahrnehmen von Krankheit. Diese Irritation wird durch eine Veränderung der Fähigkeiten und Fertigkeiten des Gehirns ausgelöst, die die ständige Bildung und Pflege von Beziehungen und Austausch zur Umwelt und den Mitmenschen beeinträchtigt. Oft sind tiefgreifende Zerwürfnisse und Verletzungen der Rechte der Betroffenen wie auch der Rechte anderer Personen mit zivilrechtlichen und möglicherweise strafrechtlichen Konsequenzen die Folge, bevor die zugrunde liegende Erkrankung erstmalig wahrgenommen wird. Doch auch nach einer Diagnosestellung ist es für Betreuende und Beratende nicht leicht, bei Veränderungen des Verhaltens der Betroffenen freie Willensentscheidungen von krankheitsbedingten Fehlhandlungen zu unterscheiden. Diese Schwierigkeit betrifft tatsächlich nicht so sehr Fragen der medizinischen Behandlung, sondern vielmehr die täglich stattfindenden Geschäfte, deren Wirksamkeit einer zunehmenden Unsicherheit unterliegen.

In meiner eigenen Praxis sticht die frontotemporale Demenz hervor, die Verhaltensstörungen mit einer Verminderung des planerischen Denkens beinhaltet und eine besondere Herausforderung für das Umfeld darstellt. So ist selbst beim Wissen um die Erkrankung das ständige, tägliche Ringen um die Abgrenzung zwischen residuellem freien Willen und krankheitsbedingter Verhaltensänderung enorm kraftraubend. Etwas anders

gelagert und doch nicht weniger belastend schreitet die Entfremdung bei der Alzheimer-Demenz durch Vergessen und Desorientierung fort. Die ärztliche Rolle ist dabei im Vergleich zu den Menschen, die die tägliche Unterstützung und Pflegearbeit an Demenz Erkrankten leisten, eher wenig belastend. Neue, in den USA bereits zugelassene Medikamente gegen die Alzheimer-Demenz lassen seit 2024 Patienten und Angehörige auf Heilung hoffen, realistischer ist eine Verlangsamung des Verlaufs. Dadurch ist eine Zunahme von mild bis moderat von Demenz Betroffenen zu erwarten, die im Alltag in nicht einfach zu definierenden Teilen durchaus geschäftsfähig handeln können. Umso drängender ist der Bedarf an fundiertem rechtlichem Rat für alle Personen, die mit an Demenz erkrankten Menschen direkt, in der Rechtsprechung oder in der Legislative zu tun haben.

Frau Sigrun von Hasseln-Grindel legt mit diesem Kompendium einen umfassenden Ratgeber vor, der aus grundlegenden Betrachtungen heraus über praktische Beispiele eine Reihe von bei Demenz zu beachtenden rechtlichen Fragen behandelt. Sie baut auf einem bewährten Konzept von rechtlichen Ratgebern im Jugend- und Verkehrsrecht auf, die weit verbreitet in der Versorgung, Pflege und Anwendung des Sozialrechts wirken. Ihre langjährige Erfahrung als Vorsitzende Richterin am Landgericht zeigt sich in der besonders ausgewogenen und feinfühligten Aufarbeitung von Demenzfolgen, die immer mehr Menschen der alternden Gesellschaft betreffen.

So konnte sie eine Reihe von herausragenden Persönlichkeiten gewinnen, die die ganze Bandbreite der Auswirkung von Demenz auf das persönliche Umfeld, pflegerische und ärztliche Versorgung, Sicherung von Grundrechten und das rechtliche Geflecht der Teilhabe am Alltagsleben beleuchten.

Dieses Werk verspricht in seinem Umfang und in seiner Tiefe ein sehr wertvoller Ratgeber für alle Menschen zu werden, die sich Betroffenen mit Demenz widmen.

Lübeck, im September 2024

Prof. Dr. med. Julian Grosskreutz

Universität zu Lübeck

Vorwort

Dieser Demenz Rechtsratgeber richtet sich an Angehörige und Berufsgruppen, die mit der Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz zu tun haben, wie Rechtliche Betreuer, Ärzte, Neuropsychologen, Therapeuten (z. B. Physio-, Ergo-, Kunst-, Musik- und Tanztherapeuten, Logopäden), Krankenhäuser, Pflegeheime, Hospize, ambulante Kranken- und Pflegedienste, Entscheidungs- und Kostenträger im Gesundheitswesen, MitarbeiterInnen in Ämtern, Gemeinde- und Stadträte, Behinderten- und Seniorenbeiräte.

Die Idee zu diesem Ratgeber wuchs in vielen Jahren, in denen ich immer wieder mit dem komplexen Themenfeld Demenz konfrontiert wurde.

So erlebte ich schon während meiner Semesterferien, in denen ich häufig in einem Seniorenpflegeheim in Stuttgart arbeitete, immer wieder, wie Menschen in teilweise hohen beruflichen Positionen von Weinkrämpfen geschüttelt vor der Tür ihrer Mutter oder ihres Vaters standen. „Das soll meine Mutter sein?“ Die an Demenz erkrankten Elternteile erkannten ihre Kinder nicht. Manchmal warfen sie gar mit Tassen, Besteckteilen, Nachttöpfen oder Kotkugeln nach ihren Kindern und brüllten unter Nutzung schlimmster Schimpfworte: „Hauen Sie nur ab und lassen sich nie wieder blicken.“

Lange fragte ich mich, was wäre, wenn einer meiner Elternteile an Demenz erkranken würde? Würde ich es physisch und psychisch schaffen, sie dann zu pflegen? Ich hatte Glück: Meine Eltern starben hochbetagt bei völlig klarem Verstand. Das ist nicht allen Kindern vergönnt. Im Kap. I.3.2. berichtet eine Juristin unter dem Titel: „Letztlich habe ich drei Therapien bei drei Therapeutinnen gemacht“ über ihren Schuldkomplex, der sich zu einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung ausgewachsen hatte,

weil sie es als Tochter einer dement gewesenen Mutter nicht geschafft hatte, diese zu pflegen.

In unserer alternden Gesellschaft ist Demenz inzwischen zur Volkskrankheit geworden [1] . Zehntausende von Menschen sehen sich in der Pflicht, ihre dementen Eltern zu Hause zu pflegen. Oftmals vernachlässigen sie ihre eigene Familie, zerreiben sich über viele Jahre zwischen Beruf, ihrem Partner und ihren Kindern sowie ihren fordernden Eltern. Teilweise beginnen die Probleme, bevor die Demenzerkrankung für jedermann sichtbar ist. Kann man Oma noch an der Familienfeier beteiligen, wenn sie wildfremden Gästen „böse Märchen“ über ihre angeblich lieblosen Kinder erzählt?

Das Leben mit einem demenzkranken Elternteil oder Ehepartner hat nicht nur auf die betroffenen Familien meist große psychische, physische, soziale, finanzielle und spirituelle Auswirkungen, sondern ist für die gesamte Gesellschaft eine enorme Herausforderung; auch in rechtlicher Hinsicht. Das habe ich immer wieder in meiner über 40-jährigen Dienstzeit als Richterin erlebt und werde in meinem jetzigen Beruf als Rechtsanwältin beinahe täglich zu diesen Fragen konsultiert.

Den Wenigsten ist die rechtliche Tragweite bewusst, die mit einer schon beginnenden Demenz verbunden sein kann. Keineswegs erschöpft sich das rechtliche Leben mit einer an Demenz erkrankten Person auf das Betreuungsverfahren. Vielmehr stellt das Phänomen Demenz unsere Rechtsordnung insgesamt vor neue Herausforderungen. Schließlich geht unser Recht von einem autonomen, mündigen Bürger aus, dessen Rechtsfähigkeit mit der Geburt beginnt und der systematisch auf ein Leben hingeführt wird, in dem er grundsätzlich für sich allein entscheidet und haftet, wenn er einem anderen Schaden zufügt (§§ 823 ff. BGB). Schon ein sieben Jahre altes Kind gilt i. d. R. als deliktsfähig und haftet nach § 828

BGB für einen von ihm verursachten Schaden; für Schäden im Straßenverkehr, wenn es 10 Jahre alt ist.

Erkrankt ein Mensch an Demenz, scheint vieles – sukzessive – wieder „rückwärts“ zu laufen. Nach und nach verliert er seine Geschäfts- und Testierfähigkeit, seine Deliktsfähigkeit, seine Verkehrsmündigkeit, seine Strafmündigkeit u. v. m.

Andererseits behält ein Mensch mit Demenz seinen starken Grundrechts- und Bürgerrechtsschutz. So behält er sein Wahlrecht (Art. 38 Abs. 2 GG), hat ein Recht auf Verwahrlosung (Art. 1 Abs. 1 GG) und darf nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts durch die Anbringung von Bettgittern und die Fixierung im Stuhl mittels eines Beckengurtes gesichert werden (Art. 2 Abs. 2, 104 Abs. 2 GG). Zudem ist ein demenzkranker Mensch durch die UN-Behindertenrechtskonvention, durch die Europäische Sozialcharta und die Charta der Grundrechte der Europäischen Union geschützt. Schließlich gilt Demenz als geistige Behinderung i. S. d. UN-Behindertenrechtskonvention. Damit eröffnen sich zahlreiche Anspruchsgrundlagen im Sozialrecht, wie etwa im Schwerbehindertenrecht. Mein Dank gilt zunächst allen, die zu diesem Demenz Rechtsratgeber auf ganzheitlicher Basis beigetragen haben:

- Im Kap. I. schildern Angehörige, Pflegepersonen, Betreuer, Therapeuten, praktizierende Fachärzte und ehrenamtlich Helfende durch Text- und Interviewbeiträge ihre Erfahrungen mit Demenzkranken aus ihrem praktischen Alltag.
- Im Kap. II. werden medizinische Fakten zur Demenzerkrankung von Prof. Dr. med. Karl-Jürgen Bär erläutert.
- In den Kap. III bis XI erläutern anerkannte Fachjuristen die wichtigsten rechtlichen Fragen rund um die Demenz, wobei auch rechtliche Interaktionen von Bezugsbeteiligten berücksichtigt werden, z. B.

Regelungen zwischen Angehörigen, Heim und Arzt.

- Im Kap. XII fragt die Pädagogin und Weiterbildungsdozentin Dr. phil. Silke Morche, in welchem Umfang der Persönlichkeitsschutz von demenzkranken Menschen und die rechtlichen Besonderheiten bei Demenz in der (neuen) Ausbildung von Pflegefachkräften berücksichtigt werden.
- Schließlich beschäftigt sich der Kulturphilosoph Prof. Dr. Hans Friesen im Kap. XIII mit der Frage, ob Serviceroboter in Altenpflege und Demenzbetreuung ein Beitrag zu einer menschenwürdigen Pflege im ethisch-moralischen Sinn und im Sinn der UN-Behindertenrechtskonvention sein können.

Neben den Autorinnen und Autoren dieses Buches haben auch weitere Fachleute aus Theorie und Praxis mit Rat und Tat geholfen. Auch Ihnen ein herzliches Dankeschön. Namentlich danke ich

Thomas Deharde, Gymnasiallehrer für Englisch und Geschichte sowie Projektleiter für die berufliche Weiterbildung, Fürstenwalde. Er hat viele Kapitel Korrektur gelesen. Dabei hat er stets darauf geachtet, dass die Sprache verständlich blieb, insbesondere kein unverständliches Juristendeutsch verwendet wurde. Das war eine riesige Hilfe.

Dr. sc. med. Bernhard Grindel, Master in Social Medicine and Public Health (WHO), hat nicht nur mit seinem Fachwissen als Arzt immer dann geholfen, wenn medizinische Fragen auftauchten, sondern er hat auch als Ehemann der Herausgeberin mit viel Geduld zum Gelingen dieses Buches beigetragen. Ergänzend zu diesem Demenz Rechtsratgeber wird die Lektüre der „S3-Leitlinie Demenzen“ empfohlen, die von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. herausgegeben wurde und in Abständen aktualisiert wird [2] .

Bad Saarow, im September 2024

Die Herausgeberin

Inhalt

Inhaltsübersicht

Cover

Titel

Impressum

Grußwort

Geleitwort

Vorwort

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

I. Schlaglichter Demenz. O-Töne aus dem Alltag beim Leben und Arbeiten mit Demenzkranken

1. Zwei Beispielfälle aus dem Leben, die uns durch das Buch begleiten

1.1 Schleichende Alzheimer-Demenz eines pensionierten Studiendirektors

1.2 Schockstarre nach Schicksalsschlag: mittelgradige geistige Behinderung einer verwitweten, alleinerziehenden berufstätigen Mutter nach Unfall

2. Diagnose Demenz – aus dem Alltag der psychiatrischen Arztpraxis

2.1 Demenz – eine unendliche Geschichte.

2.2 Gesichter der Demenz

3. Adieu auf Raten – Angehörige zwischen grenzenloser Erschöpfung und grenzenloser Trauer

3.1 Mein Mann sagte, er suche einen Bahnhof, von dem aus er einen Zug zu seinem Elternhaus fände

3.2 Letztlich habe ich drei Therapien bei drei Therapeutinnen gemacht

3.3 Nach seinem Tod bin ich in ein seelisches Loch gefallen

4. „Im schönsten Wiesengrunde“ – Seelsorge zwischen Patienten, Angehörigen und Krankenhaus/Pflegeheim/Hospiz

5. „Dann hat sie so geweint, weil sie alles vergessen hatte.“ – Aus der Basisarbeit der selbstständigen Hauswirtschafts-Dienstleisterin Cornelia Bartelt

6. „Wo sind die Juwelen?“ – Geronto-Alltagsbetreuerin und Demenz-Pflegekraft Silke Steffi Koschollek über verschwundene Schätze in Demenz-Heimen

7. „Für mich ist die Demenz-WG die beste Wohnform in der Zukunft.“ resümiert Demenz-Pflege-Expertin und Demenz-Lotsin Claudia Graef

7.1 Die Demenz-WGs der Diakonie in Storkow

7.2 Der Pflege-Stammtisch

8. „Nachdem wir für einen Bewohner eine Prostituierte bestellt hatten, hörten seine Übergriffe auf Heim-Mitbewohnerinnen auf.“ Pflegedienstleiterin a. D. Margret Kersten berichtet aus einem stationären Demenz-Pflegeheim

8.1 Die Arbeit mit Demenzkranken erfordert eine Struktur

8.2 Menschliche Bindung und Biografiearbeit

8.3 Körperpflege

8.4 Verbale und körperliche Aggressivität sowie sexuelle

Übergriffe durch Patienten gegenüber Heim-Mitbewohnerinnen.

9. „Stell dich nicht so an“ – Wie sozialer Druck zur Mobilisierung beitragen kann. Erfahrungen des Physiotherapeuten Frank

Freudenberg bei der Behandlung von Demenz-Patienten

10. Odyssee bei der Suche einer adäquaten Unterbringung eines geistig Behinderten und Analphabeten – Bericht von Sylvia Henning als private Betreuerin

11. Mangelnde Empathie – Regina Czarnikau über Klagen von Patienten und ihren Angehörigen

II. Medizinische Fakten zur Demenzerkrankung

1. Epidemiologie

2. Risikofaktoren für eine Demenz

3. Diagnostische Kriterien einer Demenz

4. Wesentliche Krankheitsbilder

4.1 Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT, ICD-10: F00.0 bis F00.9)

4.2 Die vaskuläre Demenz (VD)

4.3 Die Lewy-Körperchen-Demenz – ebenfalls eine Form der neurodegenerativen Demenz

4.4 Die Frontotemporale Lobärdegeneration (FTLD; ICD-10: F02.0)

4.5 Sekundäre Demenzen und Pseudodemenz

5. Behandlungsstandards

5.1 Pharmakologische Interventionsstrategien

5.2 Nicht-pharmakologische Interventionsstrategien

III. Grundrechtsschutz bei Demenz für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und professionelle Pflegekräfte

1. Wo in unserer Gesellschaft die Empathie fehlt, brauchen wir das Recht als Garant für eine humane Zivilgesellschaft
2. Unsere Rechtsordnung schützt die Schwachen und unsere Gerichte wachen darüber, dass die Rechtsordnung eingehalten wird
3. Überblick über wichtige rechtliche Regelungen zum Schutz der Menschenwürde von Pflegebedürftigen im Falle einer Demenz
 - 3.1 Schutz demenzkranker Menschen durch die UN-Behindertenrechtskonvention
 - 3.2 Schutz demenzkranker Menschen durch die Europäische Sozialcharta und die Charta der Grundrechte der Europäischen Union (EU)
 - 3.3 Starker Schutz demenzkranker Menschen durch Grund- und Bürgerrechte aus dem Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
 - 3.4 Beispiele für starke Grund- und Bürgerrechte bei Demenzkranken und ihre Schranken.
 - 3.5 Starker Schutz demenzkranker Menschen durch Gesetze und Verordnungen
 - 3.6 Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (sog. Pflege-Charta)
 - 3.7 Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland
4. Überblick über wichtige rechtliche Regelungen zum Schutz der Menschenrechte von pflegenden Angehörigen bei der Pflege von an Demenz erkrankten Personen
5. Wichtige rechtliche Regelungen zum Schutz der Menschenrechte von professionellen Pflegekräften bei Pflegefällen mit Demenz

IV. Rechtliche Folgen durch den sukzessiven Verlust von Geschäfts-, Schuld- und Deliktsfähigkeit bei Demenz – Aufsichtspflichten, Vollmachten zur Vorsorge und Betreuungsverfahren

1. Basics zur Geschäftsfähigkeit sowie zur Schuld- und Deliktsfähigkeit

1.1 Demenz bedeutet nicht automatisch Geschäfts- und Deliktsunfähigkeit

1.2 Wichtige gesetzliche Regeln

1.3 Anzeichen, dass Einschränkungen in der Geschäftsfähigkeit sowie bei der Schuld- und Deliktsfähigkeit bei einer Demenz 1. Grades bestehen könnten

1.4 Aufgaben von Angehörigen bei Anzeichen von Einschränkungen der Geschäfts- und Schuldfähigkeit bei einer Demenz 2. Grades

1.5 Hoffentlich gut vorbereitet, wenn beim Betroffenen eine Demenz 3. Grades eintritt

2. Die geregelte Vertretung – Vorsorge für den Fall einer unfall- oder krankheitsbedingten (auch vorübergehenden) Geschäftsunfähigkeit

2.1 Vorsorge durch die Erteilung einer oder mehrerer Vollmachten

2.2 Basic: die Erteilung einer Vollmacht (§ 167 BGB)

2.3 Die Erteilung einer Einzelvollmacht zur Erledigung bestimmter Rechtsgeschäfte

2.4 Die transmortale Vollmacht und die postmortale Vollmacht

2.5 Die Generalvollmacht

2.6 Vorsorgeverfügungen für eine geregelte Rechtliche Betreuung (§§ 1814–1881 BGB)

2.7 Die spezielle Vollmacht zur Vorsorge (Vorsorgevollmacht § 1820 BGB)

2.8 Wodurch unterscheiden sich Generalvollmacht und Vorsorgevollmacht?

2.9 Die Betreuungsverfügung (§ 1816 Abs. 2 BGB). Wünsche des Volljährigen in Bezug auf die Person des Betreuers

2.10 Patientenverfügung bei Demenz (§ 1827 BGB). Wünsche des Volljährigen in Bezug auf die Art der medizinischen Behandlung

2.11 Eine (Vorsorge-)Vollmacht kann i. d. R. nur im Vollbesitz der geistigen Kräfte erteilt werden

2.12 Wie funktioniert der Widerruf einer Vollmacht, wenn die Vollmacht gebende Person inzwischen geschäftsunfähig ist?

3. Wer entscheidet über rechtliche, medizinische und sonstige persönliche Angelegenheiten, wenn keine Vorsorgeregelung getroffen wurde?

3.1 Hilfe durch das Notvertretungsrecht der Ehegatten (§ 1358 BGB)

3.2 Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 677 ff. BGB)

3.3 Hilfe und Rechtssicherheit durch das Betreuungsverfahren (§ 1814 ff. BGB)

4. Das Betreuungsverfahren (§§ 1814 ff. BGB, §§ 271 bis 341 FamFG)

4.1 Ziele des Betreuungsverfahrens

4.2 Übersicht über die gesetzlichen Regelungen des BGB im Betreuungsverfahren

4.3 Ablauf eines Betreuungsverfahrens bei Demenz

4.4 Beteiligte eines Betreuungsverfahrens (§ 274 FamFG)

4.5 Anregung auf Einleitung eines Betreuungsverfahrens
(Betreuungsanregung)

4.6 Einholung eines Sachverständigengutachtens

4.7 Auswahl eines geeigneten Betreuers – Berücksichtigung der
Wünsche des Volljährigen – Aufgabengebiete des Betreuers

4.8 Persönliche Anhörung des Betroffenen

4.9 Betreuungsbeschluss (§ 286 FamFG) – Beschlussfassung

4.10 Genehmigungsbedürftige Einzel-Maßnahmen und
Rechtsgeschäfte des Betreuers

4.11 Beispiele zur freiheitsentziehenden Unterbringung und zu
freiheitsentziehenden Maßnahmen (§ 1831 BGB)

4.12 Ärztliche Zwangsmaßnahmen nur im Krankenhaus? – der
Bundesgerichtshof ruft das Bundesverfassungsgericht an

5. Interview mit Heiko Rehfeldt, Leiter des Betreuungsvereins des
DRK-Kreisverbandes Märkisch-Oder-Havel-Spree e. V.

6. Special: Haftung von Aufsichtspersonen, wenn der
Demenzkranke Schaden erleidet oder Dritten Schaden zufügt

6.1 Aufgaben aufsichtspflichtiger Personen und Einrichtungen
bei Demenzkranken

6.2 Wer ist eine aufsichtspflichtige Person oder Einrichtung bei
Demenzkranken?

6.3 Zivil- und deliktrechtliche Haftung von Aufsichtspersonen,
wenn der zu beaufsichtigende Demenzkranke Schaden erleidet

6.4 Zivil- und deliktrechtliche Haftung von Aufsichtspersonen,
wenn der Demenzkranke einem Dritten Schaden zufügt oder
eine Ordnungswidrigkeit oder eine Straftat begeht

6.5 Tipp für alle Betreuer: unbedingt eigenen
Versicherungsschutz prüfen

V. Die Auswirkungen einer Demenzerkrankung im Recht der familiären Bezüge und im Erbrecht

1. Spezielle Fragen im Familienrecht bei Demenz

1.1 Thema Eheschließung, Ehescheidung und Tod während des Scheidungsverfahrens bei Demenz eines Partners

1.2 Thema: Familienrechtliche Auswirkungen nach einem zur geistigen Behinderung führenden Unfall einer alleinerziehenden berufstätigen Mutter

1.3 Thema: Wenn sich ein Betreuungsgericht über den Willen der unter Betreuung stehenden Ehefrau und den Willen des Ehegatten hinwegsetzt und dadurch ein Ehepaar nach 65 Ehejahren wider Willen auseinandergerissen wird

2. Spezielle Fragen im Erbrecht bei Demenz

2.1 Verfügungen von Todes wegen bei Stufe 1 der Demenz. Dr. Fischer ist noch geschäfts- bzw. testierfähig.

2.2 Verfügungen von Todes wegen bei Stufe 2 der Demenz. Schleichender Übergang von Geschäftsfähigkeit zur Testierunfähigkeit

2.3 Verfügungen von Todes wegen bei Stufe 3 der Demenz. Dr. Fischer steht unter amtlicher Betreuung. Er ist weitgehend testierunfähig.

VI. Besonderheiten im Medizin-, Pflege- und Heimrecht bei Demenz

1. Patientenrecht bei Demenz

1.1 Das Recht der medizinischen Behandlung (u. a. im Krankenhaus)

1.2 Herausforderungen in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Demenz

2. Arzt- und Arzthaftungsrecht bei Demenz

2.1 Vertragsarztrecht (Aufklärungs- und Informationspflichten)

2.2 Beispiele für typische medizinische Behandlungsbereiche

2.3 Entscheidungsfindung bei der medizinischen Behandlung
von Menschen mit Demenz

3. Krankenversicherungsrecht bei Demenz

3.1 Anspruch

3.2 Heilmittel und Hilfsmittel

3.3 Häusliche Krankenpflege

3.4 Rehabilitationsmaßnahmen

3.5 Digitale Gesundheitsanwendungen

3.6 Zuzahlung und Belastungsgrenze

4. Pflege- und Heimrecht bei Demenz

4.1 Pflegeformen

4.2 Pflegegesetze

VII. Rechtliche Fragen bei Demenz im bürgerlichen Schuld- und
Schadensrecht

1. Die Grundsätze der Vertragsfreiheit und der
Schadenswiedergutmachung als Grundelemente des freien,
mündigen und Verantwortung tragen könnenden Bürgers

2. Basics zur Vertragsfreiheit, zum Schadensersatzrecht und zum
Vertragsschluss

2.1 Vertragsfreiheit und Vertragsschluss

2.2 Übernahme von Verantwortung für Schadensverursachung

2.3 Grenzen der Vertragsfreiheit

2.4 Die Grenzen der Vertragsfreiheit bei bedingter
Geschäftsfähigkeit und bei Geschäftsunfähigkeit

3. Verbraucherverträge

3.1 Was sind Verbraucherverträge?

3.2 Was sind Allgemeine Geschäftsbedingungen?

3.3 Das Widerrufsrecht bei Verbraucherverträgen

3.4 Fazit: Vorsicht bevor Menschen mit Demenz einen Verbrauchervertrag abschließen!

4. Verbraucherverträge im elektronischen Geschäftsverkehr.

Fernabsatzverträge. Online-Marktplätze

5. Kaufrechtliche Fragen bei Demenz

5.1 Kaufrechtliche Vertragsanbahnung bei beweglichen Sachen

5.2 Der Vertragsschluss: Angebot + Annahme = Vertrag

5.3 Ist der Kaufvertrag über das Fahrrad unwirksam, wenn einer der Vertragspartner unter Betreuung steht?

5.4 Hausverkauf trotz Demenz – geht das?

6. Geschäfte mit Bank und Sparkasse bei Demenz

7. Schenkungsrecht. Können der Betreuer und das Sozialamt

Schenkungen vom Beschenkten zurückfordern? Inhalt und

Gestaltung von Schuldverhältnissen. Was gilt bei Demenz?

7.1 Handschenkung und Schenkungsversprechen

7.2 „Mit warmer Hand schenken ist besser als mit kalter Hand.“
Oder?

7.3 Schenkungen an Minderjährige

7.4 Kann der Betreuer von „Sugardaddys“ Geliebter Larissa
Schenkungen zurückfordern und sogar das notarielle
Schenkungsversprechen wegen Demenz bedingter
Geschäftsunfähigkeit für unwirksam erklären lassen?

7.5 Kann das Sozialamt Schenkungen von Kindern und Enkeln
zurückfordern, wenn der Schenker später verarmt und
Sozialhilfe beziehen oder ins Pflegeheim muss?

8. Aus dem Werkvertragsrecht (§§ 631 ff. BGB). Der nicht funktionierende Treppenlift

9. Aus dem Pauschal-Reisevertragsrecht. Urlaubsreisen mit Handicap

9.1 Reisefreiheit als Grundrecht, als garantierte Teilhabe i. S. d. der UN-Behindertenrechtskonvention, als Übungsfeld Toleranz und als Therapie

9.2 Das Reisevertragsrecht

9.3 Behinderung kein Ablehnungsgrund für einen Reiseveranstalter

9.4 Anspruch auf Ersatz notwendiger, behinderungsbedingter Mehraufwendungen zur Durchführung einer Urlaubsreise nach SGB IX

10. Rechtliche Fragen bei Demenz im Schadensersatzrecht

10.1 Schadensersatzpflichten aus einem bestehenden oder aus einem bevorstehenden Vertragsverhältnis

10.2 Schadensersatzpflicht bei Unerlaubten Handlungen nach den §§ 823 ff. BGB

11. Zwangsvollstreckung: Kann das Pflegegeld beim Pflegebedürftigen oder bei der Pflegeperson gepfändet werden?

VIII. Spezielle Fragen im Miet-, Pacht- und Sachenrecht bei Demenz (einschließlich beim Betreuten Wohnen und Senioren-Wohngemeinschaften)

1. Mietrechtliche Fragen bei Demenz bei der Wohnraummiete

1.1 Demente Person ist alleiniger Vertragspartner

1.2 Demente Person ist Mieter

1.3 Demente Person ist Mitmieter

1.4 Unklare Personenlage

- 1.5 Wechsel der Mietvertragsparteien
- 2. Regelungen bzgl. der Rückgabe bei endgültiger Aufgabe der Mietwohnung
 - 2.1 Mietvertragsabwicklung/Rückübergabe und Schönheitsreparaturen
 - 2.2 Kautionsabrechnung/Schäden und Jahresabrechnung
- 3. Mietrechtliche Fragen beim „Betreuten Wohnen“
- 4. Haftungsfragen
 - 4.1 Vorübergehende Einschränkungen der Verstandes- und Willenskraft
 - 4.2 Rechtliche Betreuung, §§ 1814 ff. BGB
 - 4.3 Billigkeitshaftung Deliktsunfähiger nach § 829 BGB
 - 4.4 Aufsichtspflichtverletzung
 - 4.5 Versicherungsrechtliche Fragestellungen
 - 4.6 Haftpflichtfall aus der Demenz-Wohngemeinschaft
- 5. Erwerb, Verwaltung und Veräußerung von Immobilien (Haus-Grundstücke, Eigentumswohnungen)
- 6. WEG-Recht – Rechtliche Stellung des Sondereigentümers in der Gemeinschaft der Wohnungseigentümer
- 7. Schnittstellen Bau- und Versicherungsrecht/WEG-Recht
- IX. Rechtliche Auswirkungen von Demenz im Erwerbsleben
 - 1. Demenz im Arbeitsrecht
 - 1.1 Frage nach einer Offenbarungspflicht und Reaktionsmöglichkeiten für Arbeitgeber
 - 1.2 Gestaltung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes
 - 1.3 Krankschreibung wegen Demenz
 - 1.4 Anerkennung als schwerbehinderter Mensch und Rechtsfolgen

- 1.5 Erwerbsminderungsrente
- 1.6 Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit einem demenzkranken Menschen
- 2. Demenz im Beamten-, Richter- und Soldatenrecht
- 3. Demenz im Recht von Freiberuflern
 - 3.1 Freiberufler und deren übliche Absicherung
 - 3.2 Absicherung im Fall einer Demenzerkrankung
- 4. Demenz im Unternehmensrecht. Kann man als Demenzkranker ein Unternehmen führen?
 - 4.1 Demenz in Führungspositionen von Gesellschaften
 - 4.2 Demenz bei Einzelunternehmern
- 5. Weiterführende Informationen für Betroffene und für Unternehmen

X. Rechtliche Fragen bei Demenz im Verkehrsrecht

- 1. Das Recht auf Mobilität als grundrechtlich geschützte Mindestvoraussetzung für ein menschenwürdiges Dasein
- 2. Das Straßenverkehrsrecht als Regularium, damit Straßenverkehr funktionieren kann
 - 2.1 Ordnungsregeln im Straßenverkehr
 - 2.2 Die Ahndung von Verkehrsverstößen als Ordnungswidrigkeit
 - 2.3 Die Ahndung von Verkehrsverstößen als Verkehrsstraftat
- 3. Körperliche oder geistige Mängel als Schranke für die Teilnahme am Straßenverkehr
 - 3.1 Regelungen in der „Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr“ (Fahrerlaubnis-Verordnung – FeV)

3.2 Gesetzliche Schranken für die Zulassung zum Straßenverkehr

4. Regeln, Verkehrstüchtigkeit und Haftung, wenn demenzkranke Menschen als Fußgänger am Straßenverkehr teilnehmen

4.1 Wer zu der Gruppe der Fußgänger gehört

4.2 Wichtige Verkehrsregeln für Fußgänger

4.3 Welches Verhalten von Fußgängern wird generell als Ordnungswidrigkeit oder als Straftat verfolgt und wann haftet ein Fußgänger generell auf Schadensersatz?

4.4 Wie kann sich die Demenz eines Fußgängers auf seine Deliktsfähigkeit und auf seine Verkehrstüchtigkeit auswirken?

4.5 Die Regelung der Aufsichtspflicht im Falle von Verkehrsuntüchtigkeit des betroffenen Fußgängers

4.6 Der Umfang der Haftung von Aufsichtspflichtigen, wenn verkehrsuntüchtige Fußgänger ein Verkehrsdelikt begehen und/oder einen Unfall verursachen.

4.7 Beispielfälle zur zivilrechtlichen Haftung und deliktsrechtlichen Verantwortlichkeit von Aufsichtspflichtigen

5. Regeln, Verkehrstüchtigkeit und Haftung, wenn demenzkranke Menschen als Nutzer eines handbetriebenen Rollstuhls am Straßenverkehr teilnehmen

5.1 Geltung der Vorschriften für den Fußgängerverkehr

5.2 Weitergehende Verkehrsregeln für Nutzer von Krankenfahrrädern, Schiebe- und Greifrollstühlen und ihre Hilfspersonen

5.3 Verkehrstüchtigkeit. Wann ein demenzkranker Mensch wegen körperlicher oder geistiger Mängel nicht allein als Nutzer

eines handbetriebenen Rollstuhls am Straßenverkehr teilnehmen darf

5.4 Der Umfang der Aufsichtspflicht von Begleitpersonen, Angehörigen, Pflegeeinrichtungen und Betreuern

5.5 Beispielfälle zur zivilrechtlichen Haftung und deliktsrechtlichen Verantwortlichkeit von Aufsichtspflichtigen bei Verursachung durch den Nutzer eines handbetriebenen Rollstuhls

6. Regeln, Verkehrstüchtigkeit und Haftung, wenn demenzkranke Menschen als Führer eines elektrischen Rollstuhls bzw. eines Elektro-Mobils am Straßenverkehr teilnehmen

6.1 Der rechtliche Unterschied zwischen einem handbetriebenen Rollstuhl und einem Motor betriebenen Rollstuhl

6.2 Verkehrsregeln für Führer eines elektrischen Rollstuhls bzw. eines Elektro-Mobils und ihre Hilfspersonen

6.3 Verkehrstüchtigkeit – wann ein demenzkranker Mensch wegen körperlicher oder geistiger Mängel nicht allein als Führer eines elektrischen Rollstuhls bzw. eines Elektro-Mobils am Straßenverkehr teilnehmen darf

6.4 Der Umfang der Aufsichtspflicht von Begleitpersonen, Angehörigen, Pflegeeinrichtungen und Betreuern

6.5 Zivilrechtliche Haftungsfragen nach Verkehrsunfällen mit Elektrorollstühlen

6.6 Typische Verkehrsdelikte von Führern eines elektrischen Rollstuhls bzw. eines Elektro-Mobils im Straßenverkehr

6.7 Schwerpunktthema: Trunkenheit im Straßenverkehr als Rollstuhlfahrer

7. Regeln, Verkehrstüchtigkeit und Haftung, wenn demenzkranke Menschen als Radfahrende am Straßenverkehr teilnehmen

7.1 Übersicht über Fahrradtypen und ihre rechtliche Einordnung

7.2 Unfallvermeidung und wichtige Verkehrsregeln für Radfahrende

7.3 Verkehrstüchtigkeit. Wann ein demenzkranker Mensch wegen körperlicher oder geistiger Mängel nicht als Radfahrer am Straßenverkehr teilnehmen darf.

7.4 Der Umfang der Aufsichtspflicht von Begleitpersonen, Angehörigen, Pflegeeinrichtungen und Betreuern

7.5 Bußgeldrechtliche und strafrechtliche Folgen von Regelverstößen von Radfahrenden

7.6 Zivilrechtliche Haftungsfragen nach Verkehrsunfällen mit demenzkranken Radfahrern

8. Wie lange besteht Fahreignung bei Demenz zum Führen eines Kraftfahrzeugs (Mofa, Motorrad, Pkw, Wohnmobil, Lkw) im Straßenverkehr?

8.1 Die Fahrerlaubnis zum Führen eines Kraftfahrzeugs als Inbegriff gelebter Menschenwürde und Verwirklichung der Grundrechte auf Freiheit und Freizügigkeit

8.2 Was tun, wenn die Fahreignung eines älteren Patienten nachlässt oder er gar die Diagnose Demenz erhält?

8.3 Die Entziehung der Fahrerlaubnis, ihre Beschränkung oder Auflagen durch das Amt (§ 46 FeV)

8.4 Rechtswidrigkeit der Entziehung der Fahrerlaubnis

8.5 Zum Schluss. Ein Fall aus der psychiatrischen Gutachten-Praxis. Senior Schulzes „Feldzug“ durch das Verkehrsrecht als

Pkw-Fahrer mit fortgeschrittener Demenz

XI. Rechtliche Fragen bei Demenz im Sozialrecht (Gesetzliche Leistungen)

1. Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)
 - 1.1 Heil- und Hilfsmittel
 - 1.2 Häusliche Krankenpflege
 - 1.3 Rehabilitationsmaßnahmen
2. Schwerbehinderung (SGB IX)
 - 2.1 Der Grad der Behinderung bei Demenz
 - 2.2 Die Merkzeichen
3. Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)
4. Soziales Entschädigungsrecht (SGB XIV)
 - 4.1 Leistungen für Opfer von Gewalttaten
 - 4.2 Impfschäden
5. Sozialgerichtsprozess

XII. In welchem Umfang wird der Persönlichkeitsschutz von Menschen mit Demenz in der Ausbildung von Pflegefachkräften berücksichtigt?

1. Einblicke in die neue generalistische Pflegeausbildung
2. Führen die weitreichenden, gesellschaftlichen Reformen im Gesundheits- und Pflegesystem zur Benachteiligung (hoch-)betagter Menschen mit Demenz?
3. Wichtige Ausbildungsmodule, die den Persönlichkeitsschutz von Menschen mit Demenz berücksichtigen
 - 3.1 Fallbeispiel Frau Schell
 - 3.2 Betreuungs- und Pflegekonzepte bei Demenz
4. Fazit

XIII. Ausblick: Serviceroboter in der Altenpflege und Demenzbetreuung? – Könnten sie ein Beitrag zu einer

menschenwürdigen Pflege im ethisch-moralischen Sinn und im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention sein bzw. werden?

1. Künstliche Intelligenz und die Fragen der angewandten Ethik
2. Die demografische Entwicklung und das Problem der Altenpflege
3. Serviceroboter in der Demenz- und Altenpflege – Entlastung der Pflegekräfte?
4. Zum Problem der Ethik von Servicerobotern

Autorenverzeichnis

Stichwortverzeichnis

Anmerkungen

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	allgemeine ambulante Palliativversorgung
Abs.	Absatz
AEMR	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte
AFG	Arbeitsförderungsgesetz
AG	Amtsgericht
AGB	Allgemeine Geschäftsbedingungen
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AHundV	Assistenzhundeverordnung
AMVV	Arzneimittelverschreibungsverordnung
Anm.	Anmerkung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
APR	Allgemeines Persönlichkeitsrecht
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
ASD	Allgemeiner Sozialdienst
BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BAG	Bundesarbeitsgericht
BAK	Blutalkoholkonzentration
BBG	Bundesbeamtengesetz
BBiG	Berufsbildungsgesetz
Beck Online	Juristische Fachdatenbank aus dem Verlag C. H. Beck
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BeratungshilfeG	Beratungshilfegesetz
BerBiFG	Berufsbildungsförderungsgesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BFDG	Bundesfreiwilligendienstgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BGHZ	Entscheidungen des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen
BKat	Bußgeldkatalog
BliHG	Blindenhilfegesetz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSG	Bundessozialgericht
BT-Drucksache	Bundestags-Drucksache
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BuKSchG	Bundeskinderschutzgesetz
BurlG	Bundesurlaubsgesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVG	Bundesversorgungsgesetz
BWahlG	Bundeswahlgesetz
c. i. c.	Culpa in contrahendo (lateinisch: Verschulden bei Vertragsschluss)
DDG	Digitale-Dienste-Gesetz
DGN e. V.	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V.
DGPPN e. V.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DNotZ	Deutsche Notarzeitung
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
Dtsch Ärztebl	Deutsches Ärzteblatt
eKFV	Verordnung über die Teilnahme von Elektrokleinstfahrzeugen am Straßenverkehr (Elektrokleinstfahrzeuge-Verordnung)
EMRK	Europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten des Europarats aus dem Jahre 1950
EstG	Einkommensteuergesetz
EU	Europäische Union
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FeV	Fahrerlaubnis-Verordnung
FGG	Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FLINTA*	Frauen, Lesben, inter-, nicht-binäre, trans- und agender-Personen. Das Sternchen (Asterisk) am Ende soll zusätzlich weitere Variationen der Geschlechtervielfalt einbeziehen.
FPfZG	Familienpflegezeitgesetz

FZV	Fahrzeug-Zulassungsverordnung
GbR	Gesellschaft des Bürgerlichen Rechts
GdB	Grad der Behinderung
GdS	Grad der Schädigungsfolgen
GewO	Gewerbeordnung
GewSchG	Gewaltschutzgesetz
GG	Grundgesetz
Ggf.	gegebenenfalls
GOA	Geschäftsführung ohne Auftrag i. S. d. §§ 677 ff. BGB
Grüneberg (früher Palandt)	Kommentar zum BGB
GVG	Gerichtsverfassungsgesetz
GVGA	Geschäftsweisung für Gerichtsvollzieher
HPG	Hospiz- und Palliativgesetz
i. w. S.	im weiteren Sinn
IfSG	Infektionsschutzgesetz
JA	Jugendamt
JS	Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft in Strafsachen
Juris	Online-Portal für Rechts- und Praxiswissen in Deutschland
JuS	Juristische Schulung (Zeitschrift)
JuSchG	Jugendschutzgesetz
KRK	UN-Kinderrechtskonvention
LAG	Landesarbeitsgericht
LG	Landgericht
LV	Landesverband
MDR	Monatsschrift für deutsches Recht
MediationsG	Mediationsgesetz
MiLoG	Mindestlohnengesetz – Gesetz zur Regelung eines allgemeinen Mindestlohns
MoPeG	Gesetz zur Modernisierung des Personengesellschaftsrechts (Personengesellschaftsrechtsmodernisierungsgesetz)
MPU	medizinisch-psychologische Untersuchung
MRK	Menschenrechtskonvention
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
NJW-RR	

	Neue Juristische Wochenschrift –
	Rechtssprechungsreport Zivilrecht
NSZ	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
NZI	Neue Zeitschrift für Insolvenz- und Sanierungsrecht
OEG	Opferentschädigungsgesetz
OLG	Oberlandesgericht
OWiG	Ordnungswidrigkeitengesetz
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PfIBRefG	Pflegeberufereformgesetz, Gesetz über die Pflegeberufe
PflegeArbbV	6. Pflegearbeitsbedingungenverordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS).
Pflege-Charta	Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen
PflegeZG	Pflegezeitgesetz
PfIStudStG	Pflegestudiumstärkungsgesetz
PfIVG	Pflichtversicherungsgesetz
PfWG	Pflege Weiterentwicklungsgesetz
PKH	Prozesskostenhilfe
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
PSG	Pflegestärkungsgesetz (PSG I, II und III)
r+s	Recht und Schaden (Zeitschrift)
S	Berufungssache gegen Zivilurteil des Amtsgerichts beim Landgericht (Gerichtsaktenzeichen)
S.	Satz
s. o.	siehe oben
s. u.	siehe unten
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SchwarzArbG	Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB II	Sozialgesetzbuch II. Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB V	Sozialgesetzbuch V. Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch VI. Recht der gesetzlichen Rentenversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch VIII (Kinder- und Jugendhilfe)
SGB IX	Sozialgesetzbuch IX. Soziale Entschädigung
SGB XI	Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung

SGG	Sozialgerichtsgesetz
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
StrRehaG	Gesetz über die Rehabilitierung und Entschädigung von Opfern rechtsstaatswidriger Strafverfolgungsmaßnahmen im Beitrittsgebiet (Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz)
StVG	Straßenverkehrsgesetz
StVO	Straßenverkehrsordnung
StVZO	Straßenverkehrszulassungsverordnung
TOA	Täter-Opfer-Ausgleich
U	Berufung in Zivilprozesssachen beim Oberlandesgericht (Gerichtsaktenzeichen)
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
UN-KRK	UN-Kinderrechtskonvention
V	Verordnung
VersMedV	Versorgungsmedizin-Verordnung mit Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ (VG)
VGH	Verwaltungsgerichtshof
VMG	Versorgungsmedizinische Grundsätze
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WEG	Wohnungseigentumsgesetz
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WzS	Wege zur Sozialversicherung (Zeitschrift)
ZDG	Zivildienstgesetz
ZPO	Zivilprozessordnung

I. Schlaglichter Demenz. O-Töne aus dem Alltag beim Leben und Arbeiten mit Demenzkranken

Eine Demenzerkrankung kann jeden Menschen in jeder Bildungs- und Einkommensschicht treffen und verschiedene Ausprägungen haben. Zudem werden ihre Auswirkungen im Alltag oft unterschiedlich wahrgenommen, je nachdem, aus welcher Perspektive man sie erlebt. Ob als Betroffener, Angehöriger, Seelsorger, Arzt, ehrenamtliche, hauptberufliche – ambulante oder stationäre – Pflegekraft, (ehren-)amtlicher Betreuer, Nachbar, Vertragspartner oder Behördenvertreter.

Nach zwei typischen Beispielfällen aus dem Leben, die uns im Buch immer wieder begegnen, berichten Angehörige und Praktiker aus ihrem Alltag beim Leben mit Demenzkranken und den teilweise schwierigen Interaktionen bei der Kooperation mit Ämtern, Kranken- und Pflegeversicherungen. Leider mussten wir viele Beiträge aus Platzgründen – teilweise erheblich – kürzen.

1. Zwei Beispielfälle aus dem Leben, die uns durch das Buch begleiten

1.1 Schleichende Alzheimer-Demenz eines pensionierten Studiendirektors

Immer wieder berichten Ehepartner und Kinder über ein „Adieu auf Raten“, wenn eine Demenzerkrankung schleichend verläuft, wie die Alzheimer-Demenz beim pensionierten Studiendirektor Dr. Eberhard Fischer.

- Stufe 1 leichte Demenz: Vergesslichkeit, erste Defizite bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung, erste Schwierigkeiten im Alltag. Dr. Fischer kann noch arbeiten und Auto fahren.
- Stufe 2 mittelgradige Demenz: Gedächtnisaussetzer, motorische Schwächen beim Ankleiden, Körperpflege, Nahrungsaufnahme. Häufige, abrupte Stimmungswechsel bis hin zu aggressivem Verhalten. Dr. Fischer entwickelt einen Bestehlungswahn, lässt deshalb niemanden mehr in seine Wohnung, vernachlässigt seine Körperpflege, seine Wohnung verkommt zur „Messiwohnung“.
- Stufe 3 schwere Demenz: Angewiesensein auf eine dauerhafte, unterstützende Begleitung, Betreuung und Pflege. Nahe Angehörige werden oft nicht mehr erkannt. Die Sprache ist auf wenige Wörter reduziert. Einweisung ins Krankenhaus und Pflegeheim. Anregung einer amtlichen Betreuung. Umstellung von Verträgen.

Herr Dr. Fischer wird als Protagonist während der Stufen seiner Demenz durch diesen Rechtsratgeber begleitet.

1.2 Schockstarre nach Schicksalsschlag: mittelgradige geistige Behinderung einer verwitweten, alleinerziehenden berufstätigen Mutter nach Unfall [3]

Die verwitwete berufstätige Mutter Lena Schneider erleidet bei einem unverschuldeten Verkehrsunfall ein schweres Schädel-Hirn-Trauma. In der Folge entwickelt sich eine mittelgradige geistige Behinderung. Sie ist nicht

mehr in der Lage, sich und ihre beiden minderjährigen Kinder selbstständig zu versorgen, insbesondere die Personen- und Vermögenssorge für ihre Kinder zu übernehmen, und ihren Beruf auszuüben.

2. Diagnose Demenz – aus dem Alltag der psychiatrischen Arztpraxis

Wir beginnen mit Berichten der beiden Fachärztinnen Dr. Sabine Müller und Ruth Chudaska aus dem Praxisalltag, wo eine Demenzerkrankung i. d. R. zuerst festgestellt wird. Die „medizinischen Fakten zur Demenzerkrankung“ (Krankheitsbilder, Statistiken) sind in Hauptkapitel II. von Prof. Bär zusammengefasst.

2.1 Demenz – eine unendliche Geschichte.

Von Dr. med. Sabine Müller, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie i. R.

Jeder Laie meint, darüber Bescheid zu wissen. Ich behaupte, es gibt so viele Demenzen wie es Betroffene gibt.

Schon der Beginn hat viele Variationen. Der Verlauf wird am besten von den Angehörigen und den Pflegepersonen beschrieben. Hier ist ein Unterschied zwischen Stadt und Land im Umgang und der Handhabung der dementen Angehörigen. Im ländlichen Bereich finden sie sich besser zurecht und haben noch einfache Beschäftigungen, z. B. mit Haustieren, die ihnen emotional guttun. Im hektischen Großstadtmilieu und den

verwirrenden, teils betrügerischen Angeboten sind auch noch nicht Demente oft überfordert.

Ob früher oder später Beginn, am Ende läuft alles auf eine gemeinsame Endstrecke hinaus mit den bekannten Ausfällen des Gedächtnisses, des Denkens, sowie der erlernten Fähigkeiten, z. B. Schreiben oder feinere Handarbeiten wie Nähen. Auch frühere Routinearbeiten bspw. Kochen oder Körperhygiene und Bekleiden werden zunehmend beeinträchtigt. Dabei spielt es aber immer eine Rolle, welche hervorstechenden Charaktereigenschaften der Betroffene prämorbid hatte. Dadurch werden die Demenzsymptome modifiziert. In abgeschwächter Form beobachtet man im Laufe eines Lebens eine Zuspitzung von Charaktereigenschaften. Aus Sparsamkeit wird Geiz, aus Ordnungsliebe Zwanghaftigkeit und aus Misstrauen und Ängstlichkeit Bestehlungswahn, was für Angehörige oder fremde Pflegepersonen sehr belastend ist. Seltener ist der Ungezieferwahn, der zunächst Ärzte und Hygiene beschäftigt, bis die Diagnose klar ist.

Hier ist schon die Grenze zu psychiatrischen Erkrankungen. Wahnerkrankungen müssen aber nicht mit Demenz einhergehen. Sie sind chronisch und nur schwer medikamentös zu beherrschen. Für diese schwierigen Fälle ist die Gerontopsychiatrie zuständig, eine Unterabteilung der Geriatrie oder Psychiatrie.

Eine Form der **vorübergehenden Demenz** konnte ich beobachten bei Patienten nach einer großen Narkose. Die Patienten wurden nach einer schweren OP mit der Zusatzdiagnose Demenz entlassen, was mich sehr verwunderte. Waren sie doch vor der OP noch völlig orientiert.

Oder bei einer Patientin mit einer schweren Kohlenmonoxidvergiftung und einem Patienten mit einer wochenlangen unbemerkten Auspuffgasinhalation.

Sie alle zeigten typische Demenzsymptome, die monatelang anhielten und bei denen schon eine gerichtlich angeordnete Betreuung vorgesehen war.

Am wenigsten bekannt ist die **emotionale Demenz**, also Ausfälle im Gefühlsbereich. Sie sind den bestürzten Kontaktpersonen nicht erklärbar. Man kann nicht immer von der prämorbidem Persönlichkeit und ihrer Vergangenheit auf die späteren Persönlichkeitsveränderungen schließen. Beschimpfungen und Ablehnung der Angehörigen nehmen diese oft persönlich, obwohl sie die einzigen sind, die sich um die betreffende Person kümmern. Es kann plötzlich auftretender Hass oder Abwehr zu den zuvor geliebten Menschen die Atmosphäre in den Familien vergiften. Die Dunkelziffer von früheren unbewältigten Konflikten dürfte hoch sein. Die völlig ratlosen und sich keiner Schuld bewussten Angehörigen sind damit alleingelassen. Das ist schwerer zu ertragen als die pflegerische Tätigkeit selbst.

Von dem früher sehr sozialen liebevollen Menschen ist später nicht immer eine freundliche, pflegeleichte Demenz zu erwarten.

Natürlich gibt es auch positive emotionale Entwicklungen bei Dementen. Sie werden milder und Konflikte werden einfach vergessen.

Die Verkennung der Angehörigen als Fremde ist dagegen durch das erloschene Gedächtnis leichter zu verstehen. Mit Verständnis und mit Langmut, auch mit einer Portion Humor findet man sich damit ab, dass man jeden Morgen als neuer Besucher freundlich begrüßt wird.

Günstig wirkt sich bei der Betreuung von Dementen aus, dass sie in ihrer Schulzeit Gedichte und Lieder auswendig gelernt haben. Über diese emotional im Gehirn gespeicherten Erinnerungen sind sie meist noch gut ansprechbar. Gegenwärtig kommen durch die Kriege in der Welt eigene Erlebnisse und Ängste hoch, und schwere Traumatisierungen werden

wieder geweckt, die sich in nächtlicher Unruhe und depressiven Verstimmung äußern können.

Eine Sonderform der psychischen Veränderung gibt es bei Sterbenden in den letzten Lebenswochen oder -tagen. Die vorher noch harmonische voll orientierte Persönlichkeit ist plötzlich wie ausgetauscht. Ohne erkennbaren Anlass, z. B. einer organischen Gehirnerkrankung ist da plötzlich eine dämonische böse Persönlichkeit in dem schwachen Körper, die laut schreiend mit den schlimmsten Schimpfworten gezielt auf die liebsten Angehörigen um sich wirft. Eine Erklärung dafür sei ein gestörter Hirnstoffwechsel. Aber ist das ausreichend?

In dem Umkreis meiner Gleichaltrigen um die 80 Jahre, aber auch schon von Jüngeren, werde ich oft mit der bangen Frage konfrontiert, ob denn auch Demenz bei ihnen wie bei den Eltern auftreten könnte? Dazu können sich am besten Geriater äußern, die über lange Beobachtungszeiträume, eine gezielte Diagnostik und statistische Ergebnisse verfügen.

Ich habe die verschiedensten Beobachtungen in meiner Praxis für Neurologie und Psychiatrie machen können und kann keine Prognosen stellen.

Sicher ist der Bildungsstand, das Temperament, Bewegungsfreudigkeit, musikalische Aktivitäten und der Kontakt mit der Natur von Bedeutung und ein gewisser Schutz vor der Altersdemenz. Ich kenne aus meiner Praxis jedenfalls keinen Landwirt, Förster, Gärtner oder Imker mit Demenz. Der Motor eines jeden Menschen ist der Wille, der sich schon im Kleinkindalter zeigt und in jedem Lebensalter vom ICH gesteuert wird. Neue Aktivitäten im Alter probieren oder alte Hobbys wieder aufnehmen, Kontakte halten und seinen Tagen eine Struktur geben. Das sind so allgemeine gute Ratschläge. Eine große Hilfe ist für alte Menschen auch der gezielte Umgang mit Medien. Meine alte Mutter wollte ihren „Hausfreund“ den

Fernseher und die Hirntrainingsgruppe im Heim nicht vermissen und ich, in der nächsten Generation, nicht den Umgang mit dem Internet und dem Chor.

Ausblick

Der Vorteil der alten gegenüber der jetzigen jungen Generation ist nach meiner Meinung, dass sie sich in der Kindheit alles über Augen, Ohren, Hände, Nachahmen und Fantasie, sozusagen lebendig dreidimensional erarbeiten konnten. Dadurch haben wir gespeicherte Erfahrungen und Wissen, mit dem wir die Angebote aus dem Internet kritisch beurteilen und auswählen können.

Der **Neurowissenschaftler und Psychiater Prof. Dr. Manfred Spitzer** [4], hat sich mit dem medialen Konsum der kleinen Kinder beschäftigt und erschreckende Erkenntnisse gemacht. Durch das vor dem Bildschirm-Sitzen und die Bewegungsarmut, die fehlende Kommunikation mit echten Gegenübern und emotionalen Erfahrungen bleibt ein Lerneffekt fürs Leben unterentwickelt. Das Lernen über die Mattscheibe und nicht über alle Sinne hat bereits nachweisbar zu Veränderungen im kindlichen Gehirn geführt. Er sieht eine frühe „**digitale Demenz** [5]“ auf sie zukommen.

Die Auswirkungen bekommen wir schon heute zu spüren.

Meine persönliche Anmerkung: Die einzige Abhilfe ist, die junge Generation zum Lernen und zum Durchhalten zu motivieren, also Millionen, statt für Waffen für die Bildung auszugeben.

2.2 Gesichter der Demenz

*Von **Ruth Chudaska**, Fachärztin für Psychiatrie*

Es gibt nicht „DIE Demenz“, sondern viele Demenzen. Diese unterscheiden sich nicht nur aufgrund der Art der Entstehung und der klinischen Differenzierung, sondern auch ganz maßgeblich dahingehend, wie diese vielfältige und vielgesichtige Erkrankung auf die im Leben geprägte Grundpersönlichkeit trifft und wie Betroffene und Umwelt damit umgehen. Fünf unterschiedliche (anonymisierte) Fälle stelle ich aus meiner Praxis vor:

Fallbeispiel 1: Blackout nach dem Nagelstudio. Die Nachbarin mit vaskulärer bzw. gefäßbedingter Demenz (Arteriosklerose)

... Die Nachbarin läuft nur in Unterhose und BH bekleidet, barfuß durch den Garten, ihre Kleidungsstücke und die Schuhe sind über das gesamte, große Grundstück verteilt. ... Sie wirkt bei der ersten Ansprache ängstlich und desorientiert und versucht vergeblich, ihre Kleidungsstücke wieder einzusammeln und anzuziehen, was ihr aber nicht gelingt. Bei der Frage, was denn mit ihr los sei, erzählt sie freimütig, sie wisse nicht, wie sie nach Hause gekommen sei. Die letzte Erinnerung sei, dass sie vormittags mit dem Fahrrad in der Stadt beim Nagelstudio gewesen sei, aber sie könne sich nicht erinnern, wo das Fahrrad abgeblieben ist und vor allem habe sie Angst, weil sie ihre Handtasche mit allen Papieren und der Geldbörse im Fahrradkorb gelassen habe. Sie wisse auch nicht, wann sie das Nagelstudio wieder verlassen habe und welchen Weg zurück aus der Stadt sie gegangen sei. Sie wisse aber noch, dass sie ihr Fahrrad geschoben habe.

Gleichzeitig versucht sie vergeblich, Hose und Schuhe wieder anzuziehen, was ihr aber misslingt, weil sie sich vergeblich bemüht, beide Beine gleichzeitig in ein Hosenbein zu stecken und zudem simultan die Schuhe anzuziehen. „Ideatorische Apraxie“. ...

... Es beruhigt Frau Ullrich etwas, als sie mitbekommt, dass ihre Tochter gleich kommen wird und den Ersatzschlüssel für die Wohnung mitbringt. In der Zeit bis zum Eintreffen der Tochter wird behutsam versucht, die Geschehnisse bis zum aktuellen Zeitpunkt zu rekonstruieren, um Schadensbegrenzung zu betreiben und das Fahrrad mitsamt Tasche möglichst schnell wiederzufinden. ...

Das ist eine typische klinische Konstellation bei sogenannten vaskulären, das heißt gefäßbedingten Demenzen. Diese treten meist auf, wenn zusätzliche Zivilisationserkrankungen, vor allem Übergewicht, Diabetes mellitus Typ 2 und oft auch Bluthochdruck gleichzeitig vorhanden sind. Im Laufe des Lebens kommt es auf dieser Basis zunehmend zu Gefäßveränderungen, die in der früheren Nomenklatur als „Arteriosklerose“ bezeichnet wurden.

Fallbeispiel 2: Senior Schulzes „Feldzug“ durch das Verkehrsrecht als Pkw-Fahrer mit fortgeschrittener Alzheimer-Demenz

Verursachung von Blechschaden mit Pkw auf Supermarkt-Parkplatz. Unerlaubtes Entfernen vom Unfallort. Polizeiliche Sicherstellung von Führerschein und Pkw-Schlüssel. Versuchter Neukauf eines Pkws mit Abschluss eines Kredit-Vertrages

Symptome einer zunehmenden Demenz; Vergesslichkeit, Wesensveränderung wie „Altersstarrsinn“, Fehlhandlungen.

(Einzelheiten s. Kap. X 8.5. Rechtliche Fragen bei Demenz im Verkehrs-, Bußgeld- und Strafrecht.)

Fallbeispiel 3: „Drama im Schlafzimmer“: die frontotemporale Demenz und Umgang mit Wahnhalten Eifersuchtswahn, Bestehlungswahn

Herr Heinrich ist 86 Jahre alt und für sein Alter sowohl optisch als auch im Hinblick auf die Gedächtnisleistungen auf den ersten Blick bemerkenswert

agil. Aber: der erste Eindruck täuscht. Er macht seiner Frau heftige Vorwürfe, dass sie sogar in seiner Gegenwart, vor allem nachts, den Besuch fremder Männer im ehelichen Schlafzimmer nicht nur duldet, sondern noch aktiv befördert. Er habe ganz eindeutig gesehen, dass sich auch in der letzten Nacht wieder fremde Männer in dem ehelichen Schlafzimmer aufhielten und seine Frau habe ganz freiwillig in seiner Gegenwart mit diesen Männern Geschlechtsverkehr gehabt und habe sich von ihm davon nicht abhalten lassen. Sie seien ja jetzt schon über ein halbes Jahrhundert verheiratet und stünden kurz vor der diamantenen Hochzeit, aber einen solchen Verrat habe er ihr nicht zugetraut. Er werde daher die Konsequenzen ziehen und gleich am Folgetag einen Termin beim Scheidungsanwalt vereinbaren. Das werde er sich nicht von ihr bieten lassen. Alle Beteuerungen von Frau Heinrich, dass dies nicht den Tatsachen entspreche, verhallen – von ihm ungehört. Im Gegenteil, je mehr sie das dementiert und letztlich anfängt, verzweifelt zu weinen, desto wütender wird er und bezichtigt sie, die Unwahrheit zu sagen und ihn nur über ihre Untreue hinwegtäuschen zu wollen.

Was hier sehr dramatisch klingt, ist es in der Realität leider auch. Dieses Krankheitsbild mit massivem Eifersuchtswahn und szenischen Halluzinationen hat sich in der Realität als frontotemporale Demenz herausgestellt, die im Wesentlichen weniger durch den Verlust der Gedächtnisfähigkeiten und der körperlichen Beweglichkeit imponiert, sondern durch eine gravierende Wesensveränderung. Selbst vor Beginn der Erkrankung gutmütige und lebenswerte Menschen können sich auf diese Weise leider sehr negativ entwickeln. Diese Demenzform ist praktisch unbehandelbar. Es gibt keine Behandlungsmöglichkeiten. Lediglich kann durch vorsichtige Gabe von Psychopharmaka, die Stimmung und Antrieb verbessern, versucht werden, die Auswirkungen zu minimieren. Eines der

wesentlichen, aber nicht ausschließlichen Symptome dieser Demenzform sind **optische Halluzinationen**, die sehr lebhaften und szenischen Charakter annehmen können, sodass die Patienten sie für völlig real halten. **Akustische Halluzinationen**, (also Sinnestäuschungen), können ergänzend hinzukommen, sind aber nicht zwingend vorhanden. Allein die Vorstellung der oben genannten Inhalte reicht bei einem organisch bedingten Eifersuchtswahn, um diesen vermeintlichen Film, den die Patienten, wie gesagt für reale Erlebnisse und Wahrnehmungen halten, auch ohne Ton – quasi als Stummfilm – für unwiderlegbare Beweise zu halten. Während akustische Halluzinationen überwiegend bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis typisch sind, sind optische Halluzinationen, also Trugwahrnehmungen, charakteristisch für hirnorganische Veränderungen. Sie sind zwar nicht allein beweisend, aber doch richtungsweisend, um die Diagnose einer frontotemporalen Demenz zusammen mit anderen typischen Eigenschaften stellen zu können. Für die Angehörigen sind sie meist besonders belastend, weil sie sich ungerechtfertigten Anschuldigungen ausgesetzt sehen und fühlen, obwohl sie eigentlich alles dafür tun, um es ihren Angehörigen möglichst gut gehen zu lassen.

Generell sind Wahninhalte nicht nur für frontotemporale Demenzen typisch, sondern auch für alle anderen Demenzformen, auch wenn sie dort nicht so häufig auftreten.

Ein weiteres, sehr bekanntes Beispiel für wahnhafte Inhalte im Rahmen einer Demenz ist der **Bestehlungswahn**, der nicht nur innerhalb der Familie oder gegenüber Pflegediensten geäußert wird, sondern auch schon zahllose Polizeieinsätze wegen vermeintlich verschwundenen Eigentums ausgelöst hat. Dieser kann nicht nur dadurch ausgelöst werden, dass die Betroffenen selbst Gegenstände verlegen und sich nicht erinnern können,

wo sie diese hingetan haben, sondern auch durch ganz ausschließliche Wahnwahrnehmungen. Dabei ist es wie beim sonstigen Wahn auch typisch, dass solche Wahrnehmungen von außen nicht korrigierbar sind. Die Betroffenen sind völlig davon überzeugt, dass sie betrogen, bestohlen und übervorteilt werden. Es ist dann häufig zu erleben, dass die Angehörigen oder Freunde anfangen, dagegen zu argumentieren, weil sie sich keiner Schuld bewusst sind und sich zu Unrecht angegriffen fühlen, was den entsprechenden Streit bis zum unwiderruflichen Zerwürfnis steigern kann. Hier gibt es keine Patentlösung, außer der stetigen Erinnerung daran, dass es sich um krankhafte Prozesse im Rahmen der Demenz der Angehörigen handelt und diese keinen Bezug zur Realität haben.

Fallbeispiel 4: „Frau Doktor, heute habe ich nur ganz kurz Zeit, weil ich mich mit meiner Freundin in der Stadt zum Shoppen verabredet habe.“ Heilung von einer Pseudodemenz

Frau Neumann, eine ältere Patientin, nimmt im ärztlichen Wartezimmer wortlos Platz. Sie wirkt schon auf den ersten Blick sehr deprimiert und niedergeschlagen. Die Körperhaltung ist gebeugt. Sie wirkt verhärtet und belastet. Die Stimme ist sehr leise, verzagt und klagend. Sie berichtet über anhaltende und in letzter Zeit drastisch zunehmende Gedächtnisstörungen, aber auch über Probleme in der Familie, Einsamkeit und wirtschaftliche Schwierigkeiten wegen einer sehr geringen Rente. Sie schlafe schlecht und nicht durchgängig und habe nur wenig Appetit. Daher habe sie auch schon ungewollt 10 kg an Gewicht abgenommen. Eine konsumierende Erkrankung, wie eine Krebserkrankung sei aber schon von ihrem Hausarzt abgeklärt und ausgeschlossen worden. Im körperlichen Bereich seien nach dessen Information keine Gründe für diese Symptomatik vorhanden, er habe ihr aber den Besuch beim Psychiater empfohlen. ... Manchmal habe sie einfach auch keine Lust mehr, zu leben, weil das mit zunehmendem Alter so beschwerlich geworden sei. Auf Nachfrage verneint sie aber aktive

Todeswünsche und Suizidideen. Sie habe nur in letzter Zeit öfters keinen Sinn mehr im Leben gesehen.

Im weiteren empathischen Gespräch zeigt sich eine mittelschwere, tendenziell schwere Depression mit den typischen Symptomen des Verlustes der Fähigkeit, sich zu freuen (Anhedonie), Antriebsmangel und Schlafschwierigkeiten, sodass sie sich am Tag nicht mehr leistungsfähig fühlt und auch ihren Haushalt kaum noch schafft. Neben der rein psychiatrischen Diagnostik erfolgt auch eine zusätzliche Laboruntersuchung, bei der neben den Routineparametern wie dem kleinen Blutbild auch Vitamin B12 und die Schilddrüsenwerte bestimmt werden. Wenn hier ein Mangel oder schon eine Anämie oder eine Schilddrüsenunterfunktion bestehen, können auch Symptome mit Gedächtnisproblemen und Antriebsmangel auftreten, die einer Demenz täuschend ähnlich sehen, aber gut behandelbar sind. Da diese Werte bei Frau Neumann aber im Normbereich waren, konnten wir uns im zweiten Termin auf die rein psychiatrische Problematik fokussieren. Sie erhielt ein geeignetes Antidepressivum, das gerade für alte Menschen optimal ist, weil ... Frau Neumann ... sprach schon ab einer mittleren Dosierung gut auf die Wirkung an und fühlte sich von Termin zu Termin wohler. Das Gedächtnis hatte sich nicht nur subjektiv, sondern objektivierbar gebessert, auch die Stimmung war erfreulich aufgeheitert. Sie war emotional wieder schwingungsfähig und nicht wie „eingefroren“. Sie konnte auch wieder gut schlafen. Den besten Beweis für die Wirksamkeit der Behandlung lieferte sie eines Tages fast unfreiwillig, als sie gut gelaunt vermerkte: „Frau Doktor, heute habe ich nur ganz kurz Zeit, weil ich mich mit meiner Freundin in der Stadt zum Shoppen verabredet habe. Ich brauche mal wieder frischen Wind im Kleiderschrank“ – und weg war sie. ...

Das beschriebene Phänomen der gesteigerten Vergesslichkeit bei schweren Depressionen nennt man „Pseudodemenz“. Vieles scheint für das Vorliegen einer „echten“ Demenz zu sprechen, aber es ist im engeren Sinn keine.

Fallbeispiel 5: Schusseligkeit im Alltag

Manchmal fragen auch jüngere Menschen: „Ich habe in letzter Zeit den Eindruck, als würde ich alles vergessen. Ich drehe mich um und der Wagenschlüssel ist weg. Ich spreche mit Kunden über einen wichtigen Auftrag und kurze Zeit später habe ich die wichtigsten Inhalte schon wieder vergessen. Habe ich jetzt eine Demenz???“ Nein! Zu Ihrer Beruhigung: haben Sie nicht. Sie haben möglicherweise beruflichen Stress, sind chronisch überfordert, versuchen, zu viel in zu kurzer Zeit zu erledigen und Multitasking zu betreiben. Es kann auch sein, dass Ihr Zeitmanagement unzureichend ist und Sie mit den ... Gedanken schon bei der nächsten Aufgabe sind, bevor die vorhergehende abgeschlossen ist.

(Anmerkung: Die sehr ausführliche fachliche Erklärung konnte aus Platzgründen leider nicht abgedruckt werden.)

3. Adieu auf Raten – Angehörige zwischen grenzenloser Erschöpfung und grenzenloser Trauer

Viele Menschen kommen mit der Demenz-Erkrankung ihres Angehörigen nicht zurecht. Die Herausgeberin dieses Demenz Rechtsratgebers hat während ihrer Studienzeit häufig als Hilfskraft in einem Seniorenpflegeheim in Stuttgart erlebt, wie erwachsene Kinder in teilweise hohen Positionen von Weinkrämpfen geschüttelt vor der Tür ihrer Mutter

oder ihres Vaters standen. „Das soll meine Mutter sein?“ Zu diesen Fällen gehörte ein bekannter Ost- und Russlandexperte, der zahlreiche Bestsellerbücher geschrieben hatte. Seine Mutter, eine emeritierte Mathematikprofessorin, hatte wieder mit Kotkugeln nach ihm geworfen und unter Nutzung schlimmster Schimpfworte gebrüllt: „Hauen Sie nur ab und lassen sich nie wieder blicken.“

Die Betreuung von Demenzkranken hat auf Angehörige oft große psychische, physische, soziale, finanzielle und spirituelle Auswirkungen. Stützende und beratende Gespräche können für die Gesundheit von Angehörigen, für die Beziehung zum Demenzkranken sowie zur besseren Behandlung des Patienten beitragen. Leider aber finden pflegende Angehörigen oft keine emotionale Unterstützung in ihrem sozialen Umfeld, geraten gar in eine soziale Isolation. Kinder leiden zuweilen ein Leben lang unter Schuldgefühlen, weil sie es nicht ausgehalten haben, ihre demente Mutter oder ihren dementen Vater in einem „so unwürdigen und hilflosen Zustand“ zu erleben und den Kontakt abgebrochen haben. Immer wieder berichtet die Presse von extremen Verzweiflungstaten allein gelassener Angehöriger. [6]

Eindrucksvoll beschreibt Susanne Juhnke, die Witwe von Harald Juhnke, ihr Adieu auf Raten in dem Buch: Was bleibt, ist die Liebe: Wie ich meinen Mann an das Vergessen verlor. Erinnerungen an Harald Juhnke. Harald Juhnke, Volksschauspieler, Entertainer und Sänger, starb am 1. April 2005 mit 75 Jahren in einem Heim für Demenzkranke im engsten Familienkreis.

Weitere Berichte von Angehörigen findet man auf der Website der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft [7] . Besonders beeindruckend das Gedicht „Zu Zweit und doch allein“ nach 54 Ehejahren von Wera Heinert.

Eigens für diesen Rechtsratgeber Demenz berichten Angehörige, wie sie die Zeit der Pflege bewältigen und nicht bewältigen konnten. Wir sind als Redaktion dankbar für diese erschütternden Berichte, die einen Blick für die menschliche Dimension eröffnen, über die andere, oft fremde Menschen – in juristischen Dimensionen – Entscheidungen zu treffen haben.

3.1 Mein Mann sagte, er suche einen Bahnhof, von dem aus er einen Zug zu seinem Elternhaus fände

Hildegard Macke über den schleichenden Abschied von ihrem an Parkinson-Demenz erkrankten und verstorbenen Mann Peter Macke

Prof. Dr. Peter Macke war Präsident des Brandenburgischen Oberlandesgerichtes und Präsident des Verfassungsgerichts des Landes Brandenburg (jeweils von 1993 bis 2004) sowie Präsident des Deutschen Verkehrsgerichtstages (1997–2003).

„2004 ging mein Mann in den Ruhestand. Er behielt in Brandenburg seine kleine Wohnung und unterrichtete Rechtskunde an der Fachhochschule Brandenburg, bis sich seine Krankheit bemerkbar machte. Die typischen Anzeichen einer Parkinson Erkrankung kommen schleichend über Jahre und sind irreparabel.

2012 verabschiedete er sich von seinen Kollegen am Oberlandesgericht und der Fachhochschule und zog ganz zurück in unser Haus in Bretten in Baden-Württemberg. Die Krankheit machte sich trotz fachärztlicher Behandlung mit Medikamenten, Physiotherapie, Ergotherapie, Gymnastik usw. stärker bemerkbar. Hinzu kamen psychische Veränderungen. Sein Arbeitswille war aber ungebrochen. Seine Verehrung für Friedrich den

Großen ließ ihn nicht los. Er verfasste noch zwei Broschüren. Ein verständnisvoller Bekannter tippte die kaum leserliche Handschrift. Die Ausfallerscheinungen, die seine Krankheit mit sich brachten, wurden immer stärker, ebenso die körperlichen Einschränkungen. Die Halluzinationen nahmen zu, ebenso der gestörte Tag- und Nachtrhythmus. Ich musste uns einschließen, denn er lief oft weg und drohte mit Selbstmord. Medizin, Fachärzte und Rehaklinik Aufenthalte verzögerten nur langsamer den typischen Krankheitsverlauf.

Ich versuchte immer in seiner Nähe zu sein. So konnte ich einige Ausfallerscheinungen mildern oder verhindern. Manchmal war er sehr verwirrt und aggressiv. Ein anderes Mal konnte er folgerichtig denken und machte bei Kollegen und Arztbesuchen einen gesunden Eindruck.

Am 6. November 2013 lief mein Mann mir wieder einmal fort. Er sagte, er suche einen Bahnhof, von dem aus er einen Zug zu seinem Elternhaus fände. Beim Laufen konnte er nicht mehr abstoppen (Propulsionstendenz), stolperte und schlug mit der Stirn auf den Bürgersteig. Nach einer Woche Intensivstation riet man mir, ein Pflegeheim für meinen Mann zu suchen. Mein Mann hatte inzwischen die Pflegestufe 3 (das entspricht heutzutage dem Pflegegrad 5). Die Diagnose war Parkinson Rigor (Steifheit, schlurfender Gang, Maskengesicht, monotone Sprache, depressive Grundstimmung, Apathie, Schluckstörung (Dysphagie), Bewegungslosigkeit (Akinesie) usw).

Im Pflegeheim baute er körperlich immer weiter ab, obwohl ich ihn zwei Mal täglich zu den Mahlzeiten besuchte und ihn danach im Rollstuhl spazieren fuhr. Er nahm nichts mehr wahr, lag im Bett bewegungslos, erkannte seine Familie nicht mehr und sprach auch kein Wort mehr. Am 17. September 2014 schlief er im Beisein seiner Kinder einfach ein.

Nach 50 Ehejahren, und davon etlichen mit Wochenendpendeleien, hätte

ich mir zwar einen schöneren Lebensabend gewünscht, aber bei der Erkrankung war ein Abschied voraussehbar. Wie ich damit zurechtgekommen bin? Da mein Mann in seinem aktiven Berufsleben viel unterwegs war, wir teilweise sogar eine Wochenendehe geführt haben, habe ich früh begonnen, mir eigene Standbeine aufzubauen. Als Lehrerin für Sport und Kunst habe ich in meiner Freizeit in Bretten eine Jugendkunstschule gegründet und junge Menschen an die Kunst geführt. Schon 1994 habe ich mich erfolgreich an der Bürgerinitiative gegen den geplanten „Müllglühofen“ Bretten beteiligt, und später am Protest gegen die menschenverachtende Fehlplanung des Bauvorhabens „Am Knittlinger Berg“ in Gölshausen. Außerdem war und bin ich in zahlreichen Vereinen ehrenamtlich tätig, wie etwa im „DAF-Internationaler Freundeskreis Bretten e. V.“, Kunstverein Bretten und im Freundeskreis Asyl. Als mein Mann erkrankte, war ich also schon gut in der Bevölkerung der Stadt Bretten eingebunden. Das hat mir während der Zeit seiner Pflege und nach seinem Tod sehr geholfen.

Ich kann jedem, der einen kranken, insbesondere einen dementen Partner pflegt, nur dringend raten, sich selbst Freiräume zu schaffen. Nur dadurch kann man sich die Stärke erhalten, die man für die Pflege des Partners, aber auch für andere Aufgaben, wie etwa für Kinder und Enkel, benötigt.“

Hildegard Macke, Bretten

3.2 Letztlich habe ich drei Therapien bei drei Therapeutinnen gemacht

Eine Juristin berichtet über ihre posttraumatische Belastungsstörung als Tochter einer dement gewordenen Mutter.

Ende der 1980er-Jahre erkrankte meine Mutter an Morbus Pick, heute als frontotemporale Demenz bezeichnet. Erst die Untersuchung in der Uniklinik brachte Gewissheit. Am 6. September 1997, am Tag der Trauerfeier für Prinzessin Diana, legte man ihr eine Magensonde für die künstliche Ernährung. Im März 2005 verstarb sie.

Mein Vater erkrankte Ende der 1960er-Jahre erstmals an einer Depression. Als ich etwa 12 Jahre alt war, habe ich erlebt, dass er nicht in der Lage war, morgens aufzustehen. Die Depressionen blieben sein Leben lang. Meine Leistungen in der Schule ließen nach. Die 10. Klasse absolvierte ich dreimal. Das dritte Mal habe ich dem Einsatz einer Lehrerin zu verdanken. Das Abitur schaffte ich nur, indem ich Mathematik abwählte. Zum Studium zog ich in eine andere Stadt und besuchte nur selten meine Eltern, vor allem wegen der Krankheit meines Vaters, die mich sehr belastete und runterzog.

Als die Krankheit meiner Mutter diagnostiziert wurde, suchte ich einen Spezialisten für Demenzerkrankungen im Max-Planck-Institut der Universität auf, um mich über die Krankheit aufklären zu lassen. Damals ging ich auch in eine Selbsthilfegruppe und traf mich einmal mit einer Frau, deren Vater auch diese Krankheit hatte.

Das Verhältnis zu meiner Mutter war eher schlecht gewesen. Sie war überfordert, hat mich als Kind geschlagen und mich mit Schweigen bestraft. Ironie des Schicksals: Bei dieser Demenz verliert man sein Sprachvermögen. Bisweilen litt ich an Stressübelkeit und konnte dann nicht arbeiten gehen. In solchen Momenten sagte ich mir immer, dass es mir gut gehen darf, auch wenn es meinen Eltern schlecht gehe.

Mein Vater hat mich nie einbezogen in die Pflege und Verantwortung, sondern alles selbst geregelt. So auch, dass meiner Mutter die Magensonde gelegt wurde, womit ich nie einverstanden gewesen wäre. Dahinter steckte

aber aus meiner Sicht ein Verhalten, das ihm endlich erlaubte, sie ganz für sich zu haben. Ihre Schwester ließ er nicht zu ihr. Wenn ich meine Mutter sehen wollte, sollte ich nur allein kommen dürfen. In einem Gespräch mit dem Hausarzt, bei dem ich dabei war, schlug dieser vor, dass meine Eltern in ein Heim gehen. Mein Vater lehnte ab. Er habe Depressionen, die Frau sei krank, nun wolle er nicht noch seine Wohnung verlieren. In diesem Augenblick war für mich klar, dass das seine Entscheidung war und ich keinen Einfluss hatte.

Das alles – und es hatte sich in den Jahren und Jahrzehnten eine Menge bei mir angesammelt – überstieg nun meine Kräfte. Als vollzeitbeschäftigte Frau ohne Geschwister oder sonstige verwandtschaftliche Unterstützung, sah ich nur die Möglichkeit, mich zurückzuziehen. Zudem hatte sich auch noch meine persönliche Situation geändert, weil mein Mann mich just wegen einer anderen Frau verließ. Ich sei stark genug, um mit allem fertig zu werden, meinte er.

Um mit der Situation überhaupt und insbesondere mit den Schuldgefühlen umgehen zu können, entschloss ich mich schon sehr früh zu einer Therapie. Letztlich habe ich drei Therapien bei drei Therapeutinnen gemacht. In diesen hat sich einiges geklärt. Die Schuldgefühle veränderten sich und belasteten mich nicht mehr in dem Maße wie noch zuvor. Denn vor allem die letzte Therapeutin war sehr verständnisvoll und hat mir bei den Schuldgefühlen sehr geholfen.

Heute kann ich sehr fürsorglich mit mir selbst umgehen. Ein schlechtes Gewissen habe ich nicht mehr. Bis dahin war es ein weiter Weg. Ob meine Entscheidung so richtig war, lasse ich dahin gestellt und ich bewerte das auch nicht mehr. Anfänglich hatten einige Freunde und Freundinnen Bedenken deswegen. Sie glaubten, dass es doch so schwierig nicht sein könne, sich um die Eltern zu kümmern. Eine von ihnen hat mir erst vor

einiger Zeit gesagt, dass sie es endlich verstehen könne. Denn für ihren Mann ist die Demenzerkrankung seiner hochaltrigen Mutter eine Bürde, weswegen sie – und nicht er – sich um diese kümmere.

In den entscheidenden Augenblicken hatte ich keine derartige Unterstützung, sondern war auf mich allein gestellt. Ich glaube, dass es anders ist, wenn es ein liebevolles Umfeld gibt und das Verhältnis zwischen Eltern und Tochter bzw. Sohn auch intakt ist. Für mich hätte es bedeutet, kein eigenes Leben mehr haben zu können, hätte ich mich auf meine Eltern und ihre Krankheiten eingelassen. Das war keine einfache Entscheidung, aber es war die richtige Entscheidung, das fühle ich und spüre ich immer noch.

Die Autorin wohnt in Köln und möchte anonym bleiben. Sie ist der Herausgeberin bekannt.

3.3 Nach seinem Tod bin ich in ein seelisches Loch gefallen

Dr. med. Angelika Otto über den 10 Jahre dauernden Abschied und über das Weiterleben-Können nach dem Tod ihres Mannes

Frau Dr. Otto hatte bis zu ihrem Eintritt in den Ruhestand 2018 eine eigene Hausarztpraxis in Bad Saarow. Mit ihrem Beitrag möchte sie Angehörigen Mut und Stärke geben.

Von 2009 bis 2019 habe ich meinen Mann zu Hause gepflegt.

Es war eine Zeit zwischen Verantwortung für meine Patienten in der Praxis und der 1. und 3. Schicht zu Hause für meinen Mann.

Es war die Fröhlichkeit, die mir die Musik, die Literatur und viele Freunde gegeben haben. So konnte ich die Tagesanstrengungen schaffen.

Ich habe mit meinem pflegebedürftigen Mann immer gesprochen, obwohl das oft schwierig war. So musste ich mich immer wieder mit den Suizidwünschen meines Mannes auseinandersetzen. Doch das gemeinsame Musikhören und das gemeinsame Singen von Liedern aus der Kindheit halfen. Wir haben oft Lieder gesungen, selbst wenn der Haushalt nicht akkurat erledigt war. Für mich sind so Kindheitserinnerungen lebendig geworden. Es war insgesamt eine schwere Zeit, jedoch im Miteinander für mich wertvoll.

Nach seinem Tod 2019 bin ich dann in ein seelisches Loch gefallen, aus dem ich mich mit einer Arbeitsstruktur – einen Tag in der Woche für neun Monate in meiner ehemaligen Praxis arbeiten – herausfinden konnte.

Kraft geben mir bis heute meine Kinder und Enkel.

Sehr geholfen hat mir auch, dass ich gut in der Bevölkerung der Gemeinde Bad Saarow mit einem großen Freundeskreis eingebunden bin und mich dort an zahlreichen künstlerischen Projekten beteilige. So habe ich die Gründung des Vereins „Künstlerische Bildung Bad Saarow e. V.“ initiiert. Wir planen schöne Projekte rund um Musik und Literatur, insbesondere mit jungen Menschen!

Dr. med. Angelika Otto, Bad Saarow

4. „Im schönsten Wiesengrunde“ – Seelsorge zwischen Patienten, Angehörigen und Krankenhaus/Pflegeheim/Hospiz

Einblick in die Seelsorge für Menschen mit demenziellen Erkrankungen

Ich gehe über die orthopädische Station und höre es aus einem Zimmer rufen: „Hilfe!“ Die Tür steht halb offen. Eine Frau liegt ganz alleine in dem Zimmer. Sie schaut erwartungsvoll zur Tür und beschwert sich: „Nie kommt jemand zu mir, alle haben es immer eilig!“ Ich signalisiere ihr, dass ich bleiben möchte und setze mich zu ihr. Sie versteht nicht alles, das Hörgerät ist nicht gut eingestellt. Aber es scheint, dass sie über das Akustische hinaus nicht versteht, wo sie eigentlich gelandet ist, was mit ihr los ist.... Sie klagt zuerst weiter über die Einsamkeit, über den Fingernagel, der eingerissen ist, darüber, dass niemand mit ihr spricht. Ich schließe die Tür, weil wir sehr laut miteinander sprechen. Es scheint so, als verstünde sie immer mehr, sie fragt nach der Zeit und nach dem Ort. Ein Lächeln huscht über ihr Gesicht. Wir versuchen, eine Fingernagelschere zu finden, um den eingerissenen Nagel zu verbessern, da kommt eine Schwester herein mit besorgtem Gesicht: warum ich die Tür zugemacht habe.... Die Tür bleibt normalerweise offen, damit die Schwestern immer mal hereinkommen können.

Ich bleibe noch eine Weile bei der alten Dame. Sie hat ein Buch mit alten Fotos auf dem Nachtschrank liegen. Aber die kennt sie schon, die interessieren sie im Moment nicht. Wir kommen ins Gespräch über das, was ihr Freude macht, was ihr gut tut, was sie im Leben trägt. Das kann sie sehr klar benennen: ihre Familie hat sie immer getragen. Am Ende bedankt sich die alte Dame für meinen Besuch, sie lächelt wieder, ich lasse die Tür wieder offen.

Als ich nach einer halben Stunde wieder an dem Zimmer vorbeischaue, ist sie wieder beunruhigt und ruft: „Warum kommt denn keiner zu mir?“ Ich

gehe noch einmal zu ihr. Wir sprechen wieder einen Moment. Ich frage sie, ob ich ihr das Fernsehen anmachen soll. Ob sie ein Lieblingslied hat. Ja: „Im schönsten Wiesengrunde“! Ich kann eine Strophe, sie kann auch die zweite fast ganz auswendig, wir lachen ob meiner Vergesslichkeit. Ich verabschiede mich. Aber sicherlich, wenn ich morgen wieder vorbeikomme, wird sie wieder einsam sein.

In der Seelsorge im Krankenhaus stoßen wir oft auf Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Oftmals sind diese Patienten und Patientinnen allerdings eher still, manchmal werden sie überhört. In der Pflege gibt es zum Glück auch außerhalb der Geriatrie sehr kompetente Mitarbeitende, die gelernt haben Orientierung zu geben, sich den Patienten und Patientinnen zuzuwenden und auch damit umzugehen, dass wir beim Thema Demenz immer wieder auf die Vergeblichkeit stoßen. Im Alltag einer Station ist aber oft nicht Zeit genug, immer wieder auf die Bedürfnisse nach Nähe und nach Zuwendung einzugehen.

Wir Seelsorgerinnen können uns manchmal Zeit nehmen. Und dann ist es erstaunlich, wie viel Tiefe in den Begegnungen mit demenziell Erkrankten ist. Natürlich zählt nur die Gegenwart, manchmal die Vergangenheit, wenn Erkrankte darauf noch zurückgreifen können, aber was bleibt, wissen wir nicht. Umso mehr lernen wir, diese Gegenwart in ihrer Kostbarkeit wahrzunehmen und werden beschenkt von gelingenden Augenblicken.

Als Seelsorgerinnen haben wir einen großen Schatz, der in der Gegenwart zählt, das sind Rituale des Glaubens, vertraute Gebete, Lieder, das Abendmahl, auch die Krankensalbung (leider im evangelischen Bereich wenig vertraut) und den Segen. Auch die helfen, wirken und tragen.

Anne Linden, Bad Saarow

5. „Dann hat sie so geweint, weil sie alles vergessen hatte.“ – Aus der Basisarbeit der selbstständigen Hauswirtschafts-Dienstleisterin Cornelia Bartelt

Cornelia Bartelt (Conni), Inhaberin eines Hauswirtschaftsdienstleistungs-Services im Gespräch mit der Herausgeberin (Sigrun)

Sigrun: Conni. Als junge Frau warst du lebensgefährlich erkrankt. Als du nach einer gefühlten Ewigkeit nach Hause zurückgekehrt bist, hast du statt Trost und Hilfe erlebt, dass dein damaliger Lebensgefährte weg war und dir kein Arbeitgeber eine feste Stelle geben wollte. Doch du wolltest kein Sozialfall sein. Mit unglaublicher Disziplin hast du es geschafft, dich mit einem Hauswirtschaftsdienstleistungs-Service für private Haushalte selbstständig zu machen. Hier arbeitest du täglich an der Basis und bist als „gelber Engel“ bekannt. Manchmal wirkst du zugleich als sog. ungelernte Pflegehilfskraft. [8]

Conni: Das ist richtig. Denn zu meinen Kunden gehören auch demente und bettlägerige Menschen, bei denen es nicht ausreicht, sie mal eben zum Arzt zu fahren. Sie müssen zuweilen gefüttert und gar gewindelt werden. Vielen fehlen eine Beratung und die mentale Kraft, um ihre sozialrechtlichen Ansprüche anmelden zu können.

Sigrun: Bitte teile unseren Lesern ein paar Erlebnisse mit, die du hattest, wenn du Dienst bei demenzkranken oder sonst geistig beeinträchtigten

Personen gemacht hast.

Conni: Fall 1: Eine Zeit lang habe ich bei einer ganz, ganz, ganz, ganz lieben Frau sauber gemacht. Als sie dann dement geworden ist, fing sie an, richtig böse zu werden. Sie hat Stühle und den Tisch aus dem Fenster geschmissen und gebissen und gekratzt. Man konnte nicht mehr mit ihr sprechen.

Fall 2: Mal hatte ich eine Kundin, die hatte zu Beginn ihrer Demenzerkrankung noch Kontakt zu anderen Menschen. Da war sie noch gut zu führen. Wenn man ihr was gesagt hat, hat sie das auch gemacht. Nach und nach hat sie mich aber nicht mehr erkannt und wurde richtig böse. Dennoch konnte ich sie in der 1. Zeit dieser Phase manchmal noch beruhigen. In diesem Moment kam ihr manchmal zu Bewusstsein, dass sie wieder alles vergessen hatte. Dann hat sie so geweint, weil sie alles vergessen hatte. Sie baute dann auch noch körperlich ab. In der letzten Phase war ihr Ehemann die einzige Bezugsperson für sie. Sie war auch zu ihm ganz doll böse. Als er nicht mehr konnte, hat er sie kurzzeitig in ein Heim gegeben. In dem Heim hat sich aber niemand um sie gekümmert. Dort wurde sie eigentlich nur mit irgendwelchen Tabletten beruhigt. Ihr Mann hatte ihr Essen und Trinken von zu Hause gebracht. Dann hat er sie wieder nach Hause genommen. Danach hat es nicht mehr lange gedauert, bis sie verstarb. Ich schätze, dass die Zeit, in der sie in der schlimmen Form dement war, bestimmt acht Jahre dauerte.

Sigrun: Du hast doch mal eine Gerda betreut. War das eine, die böse wurde?

Conni: Gerda hatte nicht Demenz, sondern war manisch-depressiv. Sie lebte in ihrer Wohnung. Es war sehr schwierig, weil sich niemand um sie

richtig kümmerte. War sie depressiv, war sie böartig. Mal wurde sie auf Veranlassung ihres Betreuers nach Rüdersdorf in die Psychiatrie gebracht. Es verging nicht lange Zeit, da war sie wieder zu Hause. Eigentlich hätte sie Medikamente nehmen müssen, aber es war niemand da, der ihr die Medikamente verabreichte.

Sigrun: Sie war, wie du mal berichtet hast, teilweise auch harn- und stuhlinkontinent. Und du solltest das alles wegmachen?

Conni: Ja, sie hat von mir verlangt, dass ich das wegmachen soll. Dabei hatte sie einen Toilettenstuhl. Diesen wollte Sie aber nicht benutzen und sie wollte auch keine Windeln tragen. Sie wollte nur ihren Willen durchsetzen und nahm in Kauf, dass unter Umständen etwas daneben geht. Manchmal hat sie auch Sachen nach mir geworfen. Wenn ihre Kinder oder Pflegepersonen da waren, hat sie diese sehr, sehr beschimpft. Ich fühlte mich besonders dann traktiert, wenn sie ihre manische Phase hatte. Dann wollte sie, dass ich gleich 100 Sachen auf einmal mache. Dann musste ich schnell mal etwas in die Küche wegbringen, im nächsten Moment hat sie schon geschrien, sie will ein anderes Kissen haben, oder, oder ...

Sigrun: Sie wirft Sachen nach dir, sie beschimpft dich, sie kotet und uriniert ein und verlangt, dass du das beseitigst. Wie kommst du damit zurecht?

Conni: Also das ist nicht so einfach. Es geht mir ganz schön an die Nieren. Ich finde das alles sehr traurig, dass sich ein Mensch so verändern kann, wofür er im Grunde selbst nichts kann. Da muss ich weinen und so. Aber wenn ich da bin, dann bin ich ja eine große Hilfe sozusagen und dann reiße ich mich auch ein bisschen zusammen.

Sigrun: Hast du dir schon spontane Hilfe geholt?

Conni: Ja. Komme ich mit irgendetwas gar nicht klar, dann rufe ich meine Schwester an und die hilft mir dann. Manchmal kommt auch mein Neffe mit.

Es gab schon Fälle, in denen ich keinen anderen Ausweg wusste, und bin zu einem befreundeten Arzt gegangen. Denn ich wollte, dass der Arzt den Grund für das Verhalten findet und möglichst zum Hausbesuch kommt. Doch es ist heute schwierig, dass ein Arzt kommt. Mal kam ein Hausarzt gleich und der hat dann auch ein paar Maßnahmen angeschoben. So hat er Physiotherapie verordnet, weil die Patientin kaum laufen konnte. Doch der Physiotherapeut kam nur einmal, weil er von Ihr so beschimpft wurde. Sie wollte nicht als Patientin bezeichnet werden.

Sigrun: Du bist ja nicht amtlich bestellte Betreuerin. Hast du mit Betreuern auch zu tun? Helfen sie dir, wenn du da Probleme hast oder wirst du alleine gelassen?

Conni: Bei Gerda habe ich in der Zeit von 2 Jahren nur 2 mal mit dem Betreuer zu tun gehabt. Man wird abgewimmelt. Manchmal gehen die Betreuer auch nicht an das Telefon. Manchmal wird gesagt, sie hat Angehörige, die können sich kümmern. Dabei wohnen Gerdas Kinder zu weit weg. Die Tochter wohnt in Stuttgart, der Sohn in Berlin. Aber der hat so ne Arbeit, wo er ganz schlecht wekommt.

Auch die Umwelt ist oft rücksichtslos. Einmal habe ich eine demenzkranke Frau, die nur sehr schwer gehen konnte, in meinem Auto zu Edeka gefahren und das Auto im vorderen Bereich abgestellt, damit sie keinen Schritt zu weit laufen muss. Daraufhin schimpften andere Verkehrsteilnehmer. Ein

besonders unverschämter Verkehrsteilnehmer hupte und schimpfte laut. Dabei wäre eine andere Lösung möglich gewesen, z. B. wenn er den Rückwärtsgang eingeschaltet hätte und auf die andere Straßenseite rüber gefahren wäre, wäre alles gut gewesen. Aber das war ihm wohl zu langsam. Außerdem wollte er unbedingt dort vorbei, wo ich stand. Ja, es ist wirklich typisch in unserer Gesellschaft, dass kein Mensch mehr richtig Verständnis dafür hat, wenn ein anderer behindert oder auf irgendeine andere Art krank ist.

In einem anderen Fall wurde ich selbst beschimpft und habe sogar eine Anzeige bei der Polizei wegen Beleidigung erstattet. Nachdem ich mit einer Frau vom Einkauf zurückgekommen war, musste ich sie wieder über die Treppenstufen zu Fuß in ihre Wohnung in den 2. Stock bringen. Natürlich hat es ewig gedauert, bis sie ein oder 2 Treppen geschafft hat. Ein anderer Mann wollte unbedingt an uns vorbei, was er aber nicht geschafft hat. Ich habe ihm freundlich gesagt „Sehen Sie nicht, was hier los ist? Sie ist eine kranke Frau. Ich kann sie nicht alleine lassen. Sie fällt hier um.“ Das interessierte ihn nicht. Vielmehr beschimpfte er mich oft ganz doll mit Sätzen wie „Na du blöde Kuh“ und „Du hast nicht alle Tassen im Schrank“.

Sigrun: Sind das nicht eigentlich Situationen, die dich überfordern?

Conni: Ja manchmal schon, denn mit Hilfen ist es eben nicht weit her. Es gibt nur noch wenige Menschen, die helfen wollen, die haben aber manchmal selbst keine Zeit. Es gibt aber auch Familien, die selbst nicht arbeiten müssen. Die könnten z. B. helfen.

Was ich durch meine Tätigkeit als selbstständige Dienstleisterin im Dienst für ältere, Kranke und demente Menschen in den vielen Jahren erfahren habe, ist, dass es wirklich ganz schwierig ist, wenn du in diesem Staat müde,

krank oder alt bist. Ist jemand alt, da will man nicht mehr viel für und mit ihm machen.

6. „Wo sind die Juwelen?“ – Geronto- Alltagsbetreuerin und Demenz- Pflegerkraft Silke Steffi Koschollek über verschwundene Schätze in Demenz- Heimen

Ich bin gelernte Gesundheitspflegerin mit Schwerpunkt Gerontologie. Aktuell arbeite ich als Alltagsbetreuerin bei der Häuslichen Krankenpflege und Seniorenbetreuung Anke Reincke in Bad Saarow. Meist betreue ich eine Altersgruppe von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in der Altersgruppe von 20 bis 98. Ich bin sehr zufrieden mit meiner Arbeit, denn meine Klienten/Patienten geben mir viel. Sie sind oft sehr mitteilsam. Teilweise gibt es regelrechte Zeitzeugengeschichten, die sehr spannend sind. Mich erfüllt auch der Gedankenaustausch. Manchmal ist einfach „nur zuhören“ regelrecht Gold. Wenn ich mal im Urlaub war, wünsche sich meine Patienten ebenfalls, dass ich von der Ferne berichte. Ich bin dann stolz, wenn sich meine Klienten freuen, mich wieder zu sehen. Das tut sehr gut.

Zuvor habe ich Jahrzehnte in speziellen Demenz-Heimen, vor allem in Berlin, gearbeitet. Ich möchte ein wichtiges Thema ansprechen, das vielen Außenstehende unbekannt sein dürfte: „Verschwundene Schätze in Demenz-Heimen“.

Leider geraten immer wieder Pflegekräfte, Mitbewohner und Besucher in den Verdacht, einem dementen Heimbewohner wertvollen Schmuck oder teure Kleidung entwendet zu haben. Bei den – teilweise auch durch staatliche Strafverfolgungsbehörden – durchgeführten Ermittlungen wird zuweilen übersehen, dass Demenzkranke oftmals einen anderen Umgang mit wertvollem Schmuck oder teurer Kleidung pflegen, als wir es vielleicht vermuten.

Ich erinnere mich an einen Patienten, der war Hahn im Korb mit einer leichteren Demenz. Er hatte alten Familienschmuck. Um bei Frauen zu punkten, schenkte er verschiedenen Frauen immer mal wieder Schmuck. Einer Frau schenkte er seinen Ehering, egal wie dieser auf den Finger passte. Diese konnte aufgrund ihrer mittleren Demenz damit nicht wirklich etwas anfangen, gab ihn entweder weiter oder warf ihn einfach weg, weil er ihr lästig war. Nach und nach ging der Familienschmuck vom „Hahn im Korb“ durch 2 Häuser und keiner wusste am Ende, wo das Ganze herkam. Denn im Kreise von Demenzkranken ist die Zurückverfolgung i. d. R. schwierig.

Einmal hatten wir eine Patientin, die früher als Filmassistentin tätig war. Zum Abschied waren ihr 2 sehr wertvolle Ringe geschenkt worden. Diese nahm sie mit in unser Senioren-Pflegeheim. Sie trug die Ringe auch eine Zeit lang, aber irgendwann fehlten die Ringe an ihren Händen. Ich dachte, die Angehörigen hätten sie mitgenommen. Eines Tages fiel das Kissen hinters Bett an die Wand. Ich wollte das Bett verschieben. Das ging zunächst nicht. Die Bremsen ließen sich nicht lösen, blockierten. Ich bückte mich dann und fand beide Ringe, einen links und einen rechts unter dem Bett befestigt. Die Dame hatte ihre Ringe dort versteckt. Wir haben sie ihr dann weggenommen, damit sie nicht verschwinden und sie den Kindern gegeben.

Manche demenzkranke Menschen setzen hingegen andere Wertigkeiten. Alles, was Demenzkranke stört, wird sofort entsorgt. Drücken Schuhe, müssen die weg. Es kann passieren, dass neue, teure Lederschuhe abends einfach im Abfall zu finden sind, weil sie gedrückt haben.

Stören die Ohrringe, wird so lange am Ohrläppchen gezogen, bis der Ohrring raus ist. Dann ist das Ohrläppchen natürlich aufgerissen.

Einmal beobachtete ich eine Patientin, die einen wunderschönen großen Ring trug. Da sah ich, wie sie den Ring vom Finger nahm und ihn einfach auf den Boden warf. Jemand anderes bückte sich und ich war im Klärungszwang, wo der Ring ist. Das ist immer sehr schwierig, denn in einem Wohnbereich wohnen bis zu 20 verschiedene Leute und manchmal passiert es, dass Schmuck in die Toilette geworfen wird. Auch andere Sachen werden oft in die Toilette geworfen und sind dann nicht mehr auffindbar. Ich finde das sehr traurig, aber so etwas sollte immer bedacht werden, wenn die Erben kommen. Ich sage Angehörigen, dass sie keine Wertsachen mitbringen sollen. Weder „Kronjuwelen“ noch neue, teure Konfektion, wie z. B. neue Schuhe. Denn die neuen Sachen werden nicht getragen, wenn sie vom Demenzpatienten nicht akzeptiert werden. Diese laufen lieber nackt durch die Gegend, als dass sie Sachen tragen, die Sie nicht kennen oder die Sie beengen.

Es verschwinden manchmal auch eigenartige Sachen, wie z. B. beim Essen die Gebisse, weil sie störend sind. Da Gebisse nicht beschriftet werden, ist es oft schwierig, sie zuzuordnen.

Es ist wichtig zu erfahren, was ein Demenzpatient möchte. Es gibt Frauen, die möchten sich ihrer Haare schön machen und auch ihre Fingernägel lackieren. Dann fühlen sie sich wirklich wohl. Menschen, die an Demenz erkrankt sind, sind Menschen wie wir. Sie haben aber oft eine viel feinere Seele oder ein besseres Gespür für Gut und Böse, als wir es jemals haben.

7. „Für mich ist die Demenz-WG die beste Wohnform in der Zukunft.“ resümiert Demenz-Pflege-Expertin und Demenz-Lotsin Claudia Graef

In den letzten 20 Jahren sind in Deutschland zahlreiche ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz entstanden. Was Demenz-WGs rechtlich sind, erklärt Rechtsanwalt Christian Wagner, Fachanwalt für Medizinrecht und für Sozialrecht, im Kap. VI 4.1.3.5 „Demenzwohngemeinschaften“

Über ihre langjährigen praktischen Erfahrungen der von ihr betreuten beiden Demenzwohngemeinschaften sowie über den von ihr ins Leben gerufenen Demenzstammtisch berichtet Demenz-Pflege-Expertin Claudia Graef hier. Claudia Graef ist Pflegedienstleiterin der Diakonie Storkow und Demenz-Lotsin der Stadt Storkow.

7.1 Die Demenz-WGs der Diakonie in Storkow

Wir als Diakonie betreuen in Zusammenarbeit mit einem Mehrgenerationenprojekt vier Demenz-Wohngemeinschaften. Beide Wohngemeinschaften bieten jeweils Platz für bis zu 8 demenziell erkrankte Menschen. Räumlich ist jede WG eine große Wohnung, in der jeder Bewohner sein eigenes Zimmer mit den eigenen privaten Möbeln und einem eigenen Bad bewohnt. Jeder Bewohner hat für seinen individuellen Wohnraum einen eigenen Mietvertrag mit dem Eigentümer der Immobilie

geschlossen. Dafür zahlt er Miete sowie anteilig für gemeinsam genutzte Räume (Gemeinschaftsraum, Küche, Bäder). Die Preise differieren ein bisschen, einfach weil die Zimmergrößen auch verschieden sind. Jeder Mieter hat Hausrecht und Schlüsselgewalt. Die Bewohner werden von einem ambulanten Pflegedienst betreut. Anders als in stationären Pflegeeinrichtungen planen und bestimmen die Bewohner mit ihren Angehörigen den Tagesablauf.

Jede WG kocht täglich frisch nach den Wünschen der Bewohner. Darüber hinaus kann jeder Bewohner individuell mit seinen Angehörigen kochen. Er kann aber auch Essen über die Diakonie bestellen. Je nach Ausgestaltung der Vertretungsverhältnisse werden die Bewohner durch Angehörige, rechtliche Betreuer oder Bevollmächtigte vertreten. Steht ein Bewohner unter Betreuung, ist der Betreuer zu beteiligen.

Wir als Diakonie sind nur Betreiber und haben keinerlei Sprachrecht. Nach meiner Meinung ist das die größte Form der Selbstbestimmung, die man erlangen kann, wenn man – aus welchen Grund auch immer – nicht mehr zu Hause leben kann. Wir sind tatsächlich auf diese Art und Weise zu unserer 1. Wohngemeinschaft gekommen. Da hatten die Angehörigen schlichtweg den Pflegedienst abgewählt. Sie waren nicht zufrieden mit ihm. Also ich bin immer noch begeistert.

Die Wohngemeinschaften sind rund um die Uhr (24 h) durch unser Personal besetzt.

Wir haben in allen Wohngemeinschaften Präsenzkkräfte. Präsenzkkräfte sind ausschließlich dazu da, die Leute adäquat zu beschäftigen.

Angehörige kommen zu Besuch. Für die Angehörigen ist das eine riesige Entlastung. Vor allem für berufstätige Angehörige, die fürchten müssen, dass sie ihren Beruf verlieren. So hat mich ein Schicksal sehr betroffen

gemacht. Eine Tochter hat ihre beiden hochbetagten Eltern gepflegt. Die Mutter war gar Schwerstpflegefall. Die Tochter konnte also definitiv nicht arbeiten. Was war das Ende vom Lied? Sie war per sofort aus allem raus. Sie war nicht mehr krankenversichert; das Arbeitsamt sagte, sie könne keine Bezüge bekommen. Ich denke, hier müsste der Gesetzgeber irgendwie nachbessern. Jedenfalls können Angehörige, wenn ein krankes Familienmitglied in eine Demenz-WG zieht, ihrem Beruf nachgehen und dann trotzdem noch Privatheit mit ihrem Angehörigen in der Freizeit genießen.

Noch nicht ganz geklärt sind Schadensfälle, die durch hochgradig demente Bewohner ausgelöst werden. So hat einer unserer Bewohner (Demenz 3. Grades und unter Betreuung stehend) dadurch, dass er immer wieder seine Toilette nachhaltig mit Toilettenpapierrollen, Kleidung und wohl auch vollen Windeln verstopft hatte, im Ergebnis einen riesigen Schaden (im vierstelligen Bereich) verursacht, weil irgendwann ein Rohr brach und die untere Wohnung über Wochen fast unbewohnbar war. Der Vermieter möchte Schadensersatz. Wie ist die Rechtslage?

(Anmerkung: Diesen Fall behandelt Frau Rechtsanwältin Helene Monika Filiz, Präsidentin des VBMI – Verband deutscher Bau-, Miet- und Immobilienanwälte e. V., in Kap. VIII 4.6. „Haftplichtfall aus der Demenz-Wohngemeinschaft“.)

7.2 Der Pflege-Stammtisch

Seit dem 1. Mai 2022 ist Claudia Graef die Demenzlotsin der Stadt Storkow (Mark). Im Jahr 2023 wurde der Demenz-Stammtisch ins Leben gerufen.

Claudia Graef hatte dazu Angehörige und Betroffene eingeladen. Weil dieser Demenz-Stammtisch sehr gut angenommen wurde, wurde er auch im Jahr 2024 weitergeführt [9] .

Claudia Graef: Angehörige betreuen Erkrankte bis zur Erschöpfung. Ihre Welt wird dadurch sehr klein, denn sie sind gebunden und Freunde wenden sich ab. Beim Demenzstammtisch treffen sich Leute, die wissen, wovon sie reden. Die Pflegenden können dann mal entspannen. Es gibt schönes Essen und zu jedem Treffen bereite ich ein kleines Thema vor.

Claudia Graef, Storkow

Leider können wir aus Platzgründen nicht das gesamte Interview mit Claudia Graef abdrucken. Sie hat zu allen wichtigen Themen, die beim Zusammenleben und bei der Arbeit mit Menschen mit Demenz wesentlich sind, sehr gute Ratschläge gegeben.

Einige Infos über das Engagement von Claudia Graef als Demenz-Pflege-Expertin kann man in der Märkische Oderzeitung nachlesen:

- Monika Rassek. Pflege in Storkow: Demenz – welche Hilfe pflegende Angehörige bekommen können. In: Märkische Oderzeitung vom 13. März 2024
- Bernhard Schwiete. Alter und Demenz: Wenn die Eltern zu kleinen Kindern werden – Expertin aus Storkow gibt Tipps für Angehörige. In: Märkische Oderzeitung vom 30. Mai 2022

8. „Nachdem wir für einen Bewohner eine Prostituierte bestellt hatten, hörten

seine Übergriffe auf Heim-Mitbewohnerinnen auf.“

Pflegedienstleiterin a. D. Margret Kersten berichtet aus einem stationären Demenz-Pflegeheim

Als ich Mitte der 90er-Jahre in der Demenz-Pflege angefangen habe, musste ich mich erst mit dem Thema Demenz befassen. Ich habe Bücher gelesen und einen Erklärungsfilm gesehen. Dann habe ich viele, viele Jahre in der ambulanten und stationären Pflege, u. a. in einer Pflegeeinrichtung des DRK mit Demenzkranken in Schleswig-Holstein gearbeitet. Am Anfang bin ich schnell an meine Grenzen gestoßen. Doch mit der Zeit habe ich gelernt, worauf es ankommt.

8.1 Die Arbeit mit Demenzkranken erfordert eine Struktur

Wichtig ist es, bei der Arbeit mit Demenzkranken eine Struktur einzuhalten. Es darf zwar kein zeitlicher Zwang entstehen, aber trotzdem muss man eine Struktur einhalten. Ein Demenzkranker darf nie das Gefühl bekommen, dass man keine Zeit für ihn hat. Dann wird er sehr schnell ablehnend. Das ist heute besonders schwierig, weil einfach nicht genügend Personal vorhanden ist. Da ist der Staat gefordert.

8.2 Menschliche Bindung und Biografiearbeit

Unabdingbar: Demenz braucht Bindung von Mensch zu Mensch. Und Bindung des Demenzkranken an seine eigene Biografie. [10] Denn demenzkranke Menschen erinnern sich oft im Langzeitgedächtnis. Und wenn sie vertraute Szenen von früher wiedererkennen, können sie regelrecht aufblühen. Das ist sehr gut in dem Buch: „Demenz braucht Bindung: Wie man Biographiearbeit in der Altenpflege einsetzt.“ (Reinhardts Gerontologische Reihe) [11] beschrieben.

Optimal ist es, wenn sich die Einrichtung, in die der Patient zieht, im Vorfeld nach Einzelheiten aus der Biografie des Patienten erkundigt. Möglich sind Gespräche mit Angehörigen, das Ansehen alter Fotos, Berichte des Patienten selbst. Denn diese haben oft klare Momente und können aus ihrer Vergangenheit berichten. Wenn der Bewohner dann in einer Einrichtung lebt, kann man ihn immer wieder von seiner früheren Situation abholen. Meistens hatte er über sehr lange Zeit einen Beruf und oder Hobbys. Wenn man das weiß, kann man ihn eben dort abholen, wie etwa unseren „Lokführer“ Tom.

Wir hatten einen Patienten, der war mit nichts zufriedenzustellen. Wir konnten ihn mit nichts beschäftigen, für nichts begeistern. Irgendwann erfuhren wir von Angehörigen, dass er früher im Beruf ein begeisterter Lokführer war. Daraufhin kauften wir ihm eine Lokführermütze, eine Kelle und eine Pfeife. Der Mann ist dann auf das Grundstück unserer Einrichtung gegangen und hat jeweils mit seiner Mütze, Kelle und Pfeife stundenlang Züge abfahren und halten lassen. Nun hatten wir den glücklichsten Bewohner. Tom hat selbst nachts im Bett die Mütze getragen und sie nicht mehr abgesetzt.

Eine andere Patientin mäkelte an allem rum. Insbesondere mochte sie nichts essen. Irgendwann fanden wir durch ihre Fotos heraus, dass sie früher als Model gearbeitet hatte. Sie wollte, wie früher, einfach nicht essen, weil sie

nicht zunehmen wollte. So wurden ihr nur noch ganz kleine Portionen, viel Gemüse und Miniportionen Salat serviert. Seither war sie wirklich zufrieden. Wir haben das in ihrer Akte festgehalten.

8.3 Körperpflege

Ein sensibles Thema ist häufig die Körperpflege. Es gibt Patienten, die sich nicht waschen bzw. waschen lassen wollen. Man muss dann ergründen, warum.

Manche Patienten, so etwa vom Land, haben früher nicht täglich geduscht. Das war noch so im Kopf gespeichert.

Andere Patienten bekommen unter der Dusche Angst. Wir haben in solchen Fällen jemanden dann nur mit der Brause abgewaschen.

Wichtig ist für Pfleger auch Kenntnis von den kulturellen Wurzeln des Patienten. So lässt sich eine Muslima nicht durch eine männliche Pflegeperson im Intimbereich waschen.

Ein häufiges Problem ist, dass Demenzkranke überhaupt keine Körperpflege bei sich durchführen und sich auch weigern, dass andere das tun. In diesen Fällen müssen Absprachen mit den Angehörigen und mit dem Hausarzt getroffen werden.

8.4 Verbale und körperliche Aggressivität sowie sexuelle Übergriffe durch Patienten gegenüber Heim-Mitbewohnerinnen.

Immer wieder fallen Patienten durch verbale und körperliche Aggressivität sowie durch sexuelle Übergriffe auf.

Wir hatten eine Demenzpatientin, die sehr böse Schimpfworte benutzt hat und teilweise sogar handgreiflich wurde, sodass wir einen Arzt dazu holen mussten. Zunächst waren die Mitarbeiter irritiert. Es war die Witwe eines angesehenen Oberstudienrates aus sogenannten gehobenen Verhältnissen. Von Angehörigen erfuhren wir, dass die Patientin selbst früher aus ganz einfachen Verhältnissen gekommen war. Nachdem sie in die „vornehme“ Familie eingeheiratet hatte, musste sie sich auch vornehm benehmen. Sie durfte keine ihrer früheren Ausdrücke benutzen. Nachdem ihr Ehemann aus „vornehmem Haus“ gestorben war, erfolgte ein – demenzbedingter – Rückfall in frühere ordinäre Ausdrucksweisen. Wenn man versuchte, das zu unterbinden, wurde sie sehr aggressiv.

Einer unserer Demenzbewohner belästigte Mitbewohnerinnen sexuell. Interventionen durch einen Psychologen und einen Hausarzt nutzten nichts. Das bedeutete, dass er hätte ausziehen müssen. Wir haben dann lange mit den Angehörigen beraten. Diese waren einverstanden, dass wir für ihn regelmäßig eine Prostituierte ins Haus bestellen. Sie haben auch die Kosten für die Prostituierte getragen. Seitdem diese einmal in der Woche kam, war unser Patient nicht mehr aggressiv und hat keine Mitpatientinnen mehr belästigt.

Margret Kersten; Bad Saarow

9. „Stell dich nicht so an“ – Wie sozialer Druck zur Mobilisierung beitragen kann. Erfahrungen des Physiotherapeuten Frank Freudenberg bei der Behandlung von Demenz-Patienten

Ich bin seit ca. 36 Jahren Physiotherapeut mit dem Schwerpunkt manuelle Therapie. Ich behandle in der Physiotherapie-Praxis und führe Hausbesuche sowie Besuche in Senioren- und Pflegeheimen durch. Zu meinem Patientenkreis gehören auch Menschen mit Demenz. Im Lauf der Zeit habe ich gelernt, bei dieser Patientengruppe wachsam zu sein. Denn Demenzkranke überraschen mit Verhaltensweisen, die man so nicht erwartet.

Fall 1: Ausgetrickst durch demente Dame, die zu Hause die Nachrichten zwischen Pflegediensten und Angehörigen boykottierte

In einem Fall behandelte ich eine Patientin mit leichter bis mittelgradiger Demenz im Hausbesuch. Sie lebte mit ihrer Familie zusammen und konnte sich gut in ihrem gewohnten Bereich orientieren. In ihrem Haus und auf dem Grundstück war sie stundenweise allein. Eines Tages erlitt sie einen Schenkelhalsbruch. Nach der Operation behandelte ich sie als Physiotherapeut zu Hause, bis sie wieder ohne Hilfsmittel laufen konnte. Wie mit ihrer Tochter ausgemacht, teilte ich jeweils auf einem kleinen Zettel am Brett in der Küche den Stand der Behandlung der Mutter mit. Kurz vor meinem Urlaub schrieb ich, dass ich wahrscheinlich zum letzten Mal da war, weil die Mutter nun wieder gut laufen könne. Ich verabschiedete mich von meiner Patientin und bin in die Praxis. Kurze Zeit später stand plötzlich die Tochter in unserer Praxis und erklärte: „Herr Freudenberg. Das mit dem Urlaub ist ok, aber wie können Sie denn sagen, danach machen wir nicht mehr weiter?“ Ich erwiderte, dass mit ihrer Mutter doch jetzt alles in Ordnung sei und ich nicht glaube, dass sie ein weiteres Physiotherapie-Rezept erhalte. Die Tochter erwiderte: „Na, mit meiner Mutter ist überhaupt noch nicht alles in Ordnung. Sie kann mal ein bisschen mit dem Rollator in der Wohnung umhergehen, mehr aber nicht.“ Ich erwiderte, wir sind doch im Haus die Treppe hochgelaufen, wir waren

draußen im Grundstück und sind die 70 m bis zur Bushaltestelle gelaufen und wieder zurück. Ich habe doch stets auf dem Zettel am Brett in der Küche den Stand der Behandlung ihrer Mutter mitgeteilt. Die Tochter erwiderte, sie habe nie einen Zettel gesehen; auch nicht von den anderen Hilfsdiensten.

Am nächsten Tag erschien die Tochter erneut. Sie habe herausgefunden, dass ihre Mutter die Zettel immer abgemacht hat, weil sie es so schön fand, dass ich zweimal in der Woche zu ihr kam, ein bisschen Sport mit ihr gemacht und mich mit ihr unterhalten habe. Das wollte sie unbedingt weiterführen. Deshalb hat sie die Zettel abgemacht. Auch den Pflegedienst habe sie ausgetrickst. Sie habe diesem mitgeteilt, er brauche nicht mehr zu kommen. Sie sollten das Essen nur auf die Terrasse stellen. Sie habe alle ausgetrickst, indem sie jeweils alle Zettel weggenommen habe.

Die alte Dame wusste zwar nicht mehr, wie ihre Enkel hießen, welcher Tag und welche Tageszeit war. Aber auf ihrem Grundstück war sie räumlich orientiert. Sie wusste auch, was im Schuppen lag und wie man die Heizung im Heizungskeller bedient. Ihr verstorbener Mann war Heizungsmonteur.

Für mich war das ein Beispiel, dafür, wie wichtig die Kommunikation zwischen Angehörigen, Pflegedienst, Physiotherapie und weiteren Hilfsdiensten ist, damit die Betreuung eines Patienten mit leichter bis mittelgradiger Demenz auch funktioniert.

Fall 2: Bewegungsunfähigkeit durch Kopfkino, Angst bei einer Demenz-Patientin

In einem anderen Fall war es genau umgekehrt. Die demente Patientin war im Heim untergebracht. Wenn ich kam, saß sie immer im Rollstuhl oder lag auf dem Bett. Ich versuchte, sie etwas zu mobilisieren, damit sie wenigstens zum Stehen kam. Es ging nicht. Ich erfuhr, dass die Patientin auch sonst nicht zu bewegen sei. Es seien drei Personen notwendig, um sie auf die

Toilette zu setzen, weil sie sich so steif mache, so klammere. Auch Familienangehörige konnten nichts bewirken; weder die Tochter noch der Sohn noch die Enkeltochter noch die Urenkeltochter. Als ich eines Tages wieder im Heim zu tun hatte, sah ich zufällig, dass die Patientin mit einer Schwester am Arm über den Flur lief. Offenbar hatte nur diese eine Schwester es geschafft, ihr die offenbar riesige Angst vor Bewegung zu nehmen.

Angst spielt bei vielen Demenzkranken eine große Rolle. Wenn man das weiß, muss man versuchen, den Patienten so zu motivieren, dass er sich trotzdem bewegt. Wenn der 1. Versuch nicht funktioniert, dann kann man es etwa 2 Minuten später noch einmal versuchen. Denn viele haben vergessen, dass es beim 1. Mal nicht funktioniert hat.

Auch in diesen Fällen ist die Kommunikation zwischen allen betreuenden Beteiligten wichtig; insbesondere bei Patienten mit partieller Demenz, damit diese nicht alle gegeneinander ausspielen.

Fall 3. „Stell dich nicht so an.“ – Wie sozialer Druck zur Mobilisierung beitragen kann

In einem weiteren Fall sollte ich auch in einem Heim Physiotherapie durchführen. Der Patient saß im Rollstuhl. Er wollte überhaupt nicht mitarbeiten, solange wir in seinem Zimmer waren. Da schob ich ihn auf den Flur bzw. in den Aufenthaltsbereich. Dort saßen auch zwei Mitbewohner. Als sie sahen, dass mein Patient nicht mitwirkte, riefen sie: „Stell dich nicht so an. Streng dich ein bisschen an, das wird schon.“ Tatsächlich begann der Patient sich zu bewegen und ich konnte ihn mobilisieren. Seither mache ich die Therapie oft auf dem Flur. Das funktioniert meistens besser als eine Therapie im Zimmer. Denn selbst bei Demenz kann sozialer Druck motivieren, dass sich Patienten mehr anstrengen.

Fall 4. Pflege, Therapie und Gewalt

Pflege, Therapie und Gewalt ist ein wichtiges Thema. Es gibt Patienten, die werfen Gegenstände nach dem Pflegepersonal oder nach uns Therapeuten. Umgekehrt berichten manche Patienten von Gewalt durch Pflegepersonal. Es ist schwierig, die Wahrheit herauszufinden, vor allem bei Demenzpatienten. Aber ich meine, dass ein Funken Wahrheit bei diesen Erzählungen eine Rolle spielt.

Wenn ich einen Patienten habe, kann es auch passieren, dass er hinterher sagt, ich habe ihn gezwungen, sich wieder hinzusetzen.

Gerade weil die Kommunikation mit einer dementen Person oft schwierig ist, ist es so wichtig, dass die anderen Beteiligten ständig miteinander kommunizieren.

Frank Freudenberg, Bad Saarow

10. Odyssee bei der Suche einer adäquaten Unterbringung eines geistig Behinderten und Analphabeten – Bericht von Sylvia Henning als private Betreuerin

Frank ist geistig behindert, Analphabet und wiegt 270 kg. Zudem hat er offene Beine und muss täglich medizinisch versorgt werden. Solange Franks Vater lebte, bildeten beide eine tragbare Symbiose. Sie wohnten in einem Einfamilienhaus in Berlin. Der Vater saß im Rollstuhl und verbrachte den Tag vor dem Fernseher. Das Mittagessen wurde geliefert, den Rest kauften Mitarbeiter vom Pflegedienst des Vaters ein.

Leider starb Franks Vater überraschend und Frank war auf sich allein gestellt. Da es für ihn unmöglich war, sich auf die neue Situation

einzustellen, sprangen sofort die beiden Geschwister ein. Aber keiner konnte Frank regelmäßig in der Wohnung versorgen. Sein Bruder lebt in Potsdam, seine Schwester in Stuttgart. Beide haben eigene Familien. Die Schwester verlängerte ihren Aufenthalt um mehrere Wochen, um das neue Leben für Frank zu organisieren.

Das schwierigste war, Frank klarzumachen, dass er in dem Einfamilienhaus nicht bleiben konnte, obwohl die Eltern im Testament festgelegt hatten, dass er ein lebenslanges Wohnrecht hat. Dies war aber aufgrund der inzwischen fortschreitenden Erkrankung illusorisch. Er kam nicht mehr die Treppe hoch in sein eigentliches Wohn- und Schlafzimmer und vegetierte in der Küche in der unteren Etage auf zwei großen Hockern, auf denen er es sich „bequem“ gemacht hatte. Also musste schnellstens eine Wohnmöglichkeit entsprechend seinen Behinderungen gesucht werden. Wie aber macht man es einem geistig Behinderten klar, dass er nicht auf dem Anspruch beharren kann, weiter im Haus zu wohnen? Für Frank war von den Geschwistern bewusst kein staatliches Betreuungsverfahren angeregt worden, um ihrem Bruder nicht das letzte bisschen Selbstbestimmung zu nehmen. Die Geschwister wandelten mit dieser Entscheidung auf einem schmalen Grat zwischen Amtsbetreuung und Katastrophe. Eine Freundin riet sogar, sich einen Anwalt zu nehmen.

Während Pflegegrad (3), GdB (70 %) und die volle Erwerbsminderungsrente geregelt werden konnten, nahm die über einjährige Odyssee bei der Suche einer adäquaten Unterbringung für Frank ihren Lauf.

Es wurden zahllose Pflegeheime und Betreute Wohneinrichtungen in ganz Deutschland angeschrieben. Fast alle lehnten ab, als sie von seinem Gewicht erfuhren. 270 kg sind nicht so leicht zu händeln. Zur Überbrückung der Wartezeit im Einfamilienhaus wurden Pflege- und Betreuungsdienste organisiert. Nach über einem Jahr wurde eine behindertengerechte

Wohnung gefunden. Wieder Großeinsatz der Geschwister in Berlin. Das XXL-Pflegebett, der Rollator und der Toilettenstuhl wurden geliefert und die Wohnung eingerichtet. Der Umzug konnte erfolgen. Ein fast neues Problem: Kein Taxi-Unternehmen war bereit, ihn mit 270 kg zu transportieren. Nach vielen Telefonaten war die Feuerwehr dazu bereit.

Glücklich in der neuen Wohnung angekommen, musste er die neuen Lebensumstände erlernen. Mit dem Pflegebett kam er nicht klar, die Haltestange war zu schwach und er kam nicht von alleine hoch. Er schlief wieder auf seinem Hocker. Alle vorherigen Dienste betreuten ihn weiterhin. Nach zwei Monaten konnte er überhaupt nicht mehr allein laufen. Nun wurde das Pflegebett zu seinem Lebensmittelpunkt.

Das war für ihn eine unbefriedigende Situation. Die meiste Zeit des Tages schlief er oder schaute Fernsehen, ab und zu spielte er am Laptop. Die Dienste waren für ihn eine kurze Unterbrechung in der Einsamkeit, jedoch waren die Betreuer nicht immer gewillt, mit ihm zu kommunizieren. Fast täglich rief er seine Geschwister an, um mal eine andere Stimme zu hören. Zwischendurch spielten sich ständig Dramen ab. Er fiel mehrfach aus dem Bett und lag dort – wenn er sein Notfallarmband der Johanniter nicht trug, bis zum ersten Pflegedienst (die im Übrigen alle einen Schlüssel zur Wohnung hatten). Nachdem zum dritten Mal die Feuerwehr ihn retten musste, wurden mit seinem Einverständnis die Gitter des Pflegebettes hochgezogen. Er konnte nicht allein zur Toilette und kotete unter sich. In diesem Zustand musste er oft stundenlang warten, bis er Hilfe bekam. Der Pflegedienst streikte langsam, da sie ihn allein nicht mehr drehen konnten und zumindest zu zweit kommen mussten. Er selbst hatte kaum noch Kraft. Die Entzündungen an seinem Körper wurden langsam lebensbedrohlich. Die Beine waren ohnehin ein Problem und das ständige Liegen förderte den Dekubitus. Er musste in ein Krankenhaus. Der Transport dorthin erfolgte

wieder durch die Feuerwehr, die mit 16 Mann anrückten, um das Schwergewicht zu transportieren.

Jetzt musste Tabula rasa gemacht werden. Der Pflege- und Betreuungsdienst beendete seinen Dienst, das Krankenhaus setzte ihn auf eine strikte und erfolgreiche Diät. Mit 60 kg weniger suchten die Geschwister wieder eine betreute Unterbringung und fanden sie im Land Brandenburg. In Berlin gab es einen funktionierenden Schwerlastkrankentransport, der ihn zu zweit in die neue Einrichtung schaffte.

Heute ist er noch immer dort. Zwar langweilt er sich weiterhin, wird aber motiviert, wieder rollstuhlfähig zu werden. Dann könne er zumindest in den Gemeinschaftsbereich und sich mit anderen Bewohnern unterhalten. Er bekommt Physiotherapie, die Diät wird fortgesetzt und er kann im Notfall selbst um Hilfe bitten. Es ist ein Lichtblick für alle!

Nur viel Geduld, aber auch Energie gegenüber Behörden führten nach weit über einem Jahr zu einer befriedigenden Lösung für alle.

Sylvia Henning, Neulingen

11. Mangelnde Empathie – Regina Czarnikau über Klagen von Patienten und ihren Angehörigen

Von Regina Czarnikau, ehrenamtliche Sorgenstation und Klagemauer für Patienten und Angehörige

Seit über 30 Jahren bin ich im Bereich der Hotelleitung eines 4-Sterne-Hotels tätig. Stets sind wir darauf bedacht, dass sich unsere Gäste wohlfühlen. Wir sind höflich und hilfsbereit und gehen, soweit es irgendwie geht, auf die Wünsche unserer Gäste einfühlsam ein.

Als ich mich mit Beginn meines Renteneintritts für das ehrenamtliche Engagement in der Altenpflege und -betreuung entschieden habe, war ich der Meinung, ergänzend zu Krankenhaus, Seniorenheim, ambulanten Pflegediensten und Hospiz Menschen etwas bei kleinen Besorgungen des täglichen Lebens, bei der Freizeitgestaltung und bei der mentalen Bewältigung ihrer Erkrankung oder ihrer Einsamkeit unterstützen zu können.

Niemals aber hatte ich damit gerechnet, de facto zur Sorgenstation und Klagemauer für Patienten und Angehörige zu werden, die wegen Fehlbehandlungen und Desinteresse bis hin zu dramatischer Lieblosigkeit von Pflegepersonal und Ärzten mit ihrem Schicksal hadern. Die täglichen Geschichten über den empathielosen Umgang mit kranken, dementen und hilflosen Menschen im Bereich der Heilberufe habe ich zwar meist nicht überprüft. Doch stimmen die Berichte unterschiedlichster Menschen weitgehend überein und sind so authentisch, dass ich sie hier (auf jeweils 1–2 Sätze verkürzt) als Denkanstöße weitergebe. Jeder, der mit der Behandlung/Pflege/Betreuung von alten, dementen und hilflosen Menschen zu tun hat, möge sich, auch wenn seine Tätigkeit noch so stressreich ist, daran erinnern, dass wir es mit „vulnerablen“ Patienten zu tun haben, deren Menschenwürde besonders zu schützen ist, auch, wenn sie sich nicht zufällig im 4-Sterne-Hotel befinden [12]. Diese Fälle wurden in den letzten Tagen an mich herangetragen:

Mangelhafte Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Patient.

(Pflegegrad 4, Demenz 1. Grades) beklagt sich, dass sich die Pflegepersonen

beim Bettenmachen immer über ihren Kopf weg untereinander unterhalten (z. B. über die Wochenend-Party), aber nicht mit ihr selbst.

Fristlose Kündigung eines Pflegevertrages durch den Pflegedienst zur Unzeit. Beim Heben vom Bett in den Rollstuhl durch Pflegekräfte eines ambulanten Pflegedienstes, stürzte die Patientin (Demenz 2. Grades). Nach einer Stunde wurde sie zwar mit Verstärkung durch eine 2. Pflegekraft in den Rollstuhl gesetzt. Doch erhielt sie einen Tag später per Einschreiben die fristlose Kündigung durch den Pflegedienst und blieb vier Tage und Nächte lang im Rollstuhl sitzen (mit Windel usw.). Nur der Essenslieferdienst kam.

Seit 5 Jahren im Pflegeheim vergessen. Patient, ca. 60 Jahre alt, schwergewichtig, fast 2 m Körperlänge (Pflegegrad 3 oder 4, Demenz 1.–2. Grades), erlitt vor ca. 5 Jahren einen Schlaganfall und steht seither unter amtlicher Betreuung. Niemand kümmert sich darum, dass er ein passendes Bett, einen passenden Rollstuhl, Ausfahrten an der frischen Luft und Kontakt zu anderen erhält. Sein Betreuer lässt sich äußerst selten blicken.

Schwerhörigkeit ist auch zu berücksichtigen. Eine ältere Patientin (Demenz 2. Grades) hört sehr schlecht. Auf ihre Bitte, lauter zu sprechen, antwortete der Pfleger: „Ich habe keine Lust, hier herumzuschreien.“

Weitere fristlose Kündigung eines Pflegevertrages durch den Pflegedienst. Der Pflegevertrag wurde gegenüber einem älteren Herrn (Demenz 2. Grades) ohne Angabe von Gründen gekündigt. Es waren auch keine Gründe ersichtlich.

Klinikpatient (Demenz 1. Grades) erhielt kein Frühstück. Als er der Schwester das gegen 10.00 Uhr sagte, meinte sie, er würde schon nicht verhungern, es gäbe bald Mittag.

Nichteinhaltung der Privatsphäre von (nicht nur dementen) Patienten durch Ärzte. Diese breiten in Anwesenheit von 2–4 weiteren

Zimmergenossen die Diagnose aus.

Falsche Medikation. Tochter einer Patientin (Demenz 3. Grades) entdeckte unbekannte Tablette im Pillenbehälter ihrer Mutter. Rückfrage bei Schwestern ergab, dass die Patientin eine falsche Medikation erhalten hatte. O-Ton Schwester: „Na, daran wäre sie nicht gestorben.“

Regina Czarnikau, Bad Saarow

II. Medizinische Fakten zur Demenzerkrankung

Karl-Jürgen Bär

1. Epidemiologie

In den vergangenen 30 Jahren erhöhte sich die Lebenserwartung von Menschen in Deutschland im Alter von 65 Jahren bei Frauen im Durchschnitt um 21,1 Jahre und bei Männern um 17,8 Jahre (Georges, 2023; Thyrian et al., 2020). Aus einem rein medizinischen Versorgungsgesichtspunkt ist ein hohes Lebensalter ein bedeutendes Gesundheitsrisiko. Dies gilt insbesondere für Demenzen, da sie zu den häufigsten altersassoziierten Erkrankungen gehören. Demenzerkrankungen sind eines der zentralen Gesundheitsprobleme in Deutschland und stellen nicht nur für Individuen, sondern auch für die Gesellschaft, Pflege und medizinische Versorgung eine große Herausforderung dar. Im Jahr 2019 lebten in Deutschland etwa 1,7 Millionen Menschen, die an einer Demenz erkrankt waren und Prognosen deuten auf einen weiteren Anstieg hin. Bei Menschen in der Altersgruppe von 65 Jahren und älter betrug die Gesamtprävalenz der Demenz im Jahr 2014 etwa 10,3 %. Diese Gesamtprävalenz errechnet sich aus den altersabhängigen Prävalenzraten. So liegen diese bei den 65–69-jährigen bei 1,7 % und bei den über 95-jährigen schon bei 42,1 %. Es wird vermutet, dass die Prävalenz der Demenz ab dem 95. Lebensjahr nicht weiter steigt (Zhang et al., 2021).

Es ist weiterhin nicht verwunderlich, dass Menschen mit einer Demenz eine deutlich reduzierte Lebenserwartung aufweisen. Zum einen zeigen die verschiedenen Demenzerkrankungen sehr unterschiedliche Verläufe. Zum anderen erhöhen die mit dem Krankheitsverlauf einhergehenden Veränderungen das Risiko für Stürze, für Multimorbidität oder Infektionen. So treten Lungenentzündungen, Harnwegsinfekte, Knochenbrüche oder Organversagen bei Menschen mit Demenz deutlich häufiger auf und erhöhen das Mortalitätsrisiko. Die Lebenserwartung wird also hauptsächlich durch die Begleiterkrankungen bestimmt.

Aufgrund des hohen Pflegebedarfs und der Begleiterkrankungen zählen Demenzen zu den teuersten Erkrankungsgruppen ab dem 65. Lebensjahr. 90 % der Demenzpatientinnen und -patienten müssen aufgrund des erkrankungsbedingten Funktionsverlustes am Ende ihres Lebens gepflegt werden. Die Mehrheit der Patienten lebt in der häuslichen Umgebung, davon werden etwa zwei Drittel informell, durch nahe Angehörige, gepflegt. Interessanterweise verursachen die direkten medizinischen und nicht-medizinischen Krankheitskosten nur einen kleinen Teil der Gesamtkosten. Von großer Bedeutung sind hingegen die indirekten Kosten. Auf die Betreuung und Pflege entfallen 75–80 % der Krankheitskosten von Demenzpatienten. Diese entstehen u. a. durch entgangene Einkommen und Steuerverluste während der informellen Pflege von pflegenden Angehörigen.

2. Risikofaktoren für eine Demenz

Derzeit geht man davon aus, dass durch die Heterogenität des Krankheitsbildes etwa 60 % der Demenzen auf bisher unbestimmte Faktoren

zurückzuführen sind. Etwa 40 % basieren auf Risikofaktoren, die über den gesamten Lebenslauf entstehen und somit vermieden werden könnten. Neben der Abhängigkeit von Alter und Geschlecht kommen sozialen, lebensbedingten und gesundheitsbezogenen Faktoren eine wichtige Rolle zu (Killin, Starr, Shiue, & Russ, 2016). So ist das Bildungsniveau ein wichtiger Prädiktor der Gesamtgesundheit. Menschen mit einem hohen Bildungsniveau haben auch ein niedrigeres Demenzrisiko. Neben der erhöhten kognitiven Reservefähigkeit, den kognitiven Abbau auszugleichen, ist das Gesundheitsverhalten auch stark vom Bildungsniveau abhängig und beeinflusst das Demenzrisiko. Interessanterweise stellt eine Hörminderung im mittleren Lebensalter das größte vermeidbare Demenzrisiko dar (etwa 8 %). Es wird vermutet, dass Folgeerscheinungen wie beispielsweise eine Depression oder eine soziale Isolation diese Zusammenhänge partiell erklären. Weiterhin werden Schädelhirntraumata, Bluthochdruck, starker Alkoholkonsum und Adipositas als relevante Faktoren beschrieben. Auch komorbide Erkrankungen wie eine Depression, Einschränkungen der Mobilität oder Stoffwechselerkrankungen stellen vermeidbare Risikofaktoren dar. Daher ist eine effektive Demenzprävention vor allem in einer Reduktion lebensbedingter Risikofaktoren zu realisieren. Als wichtigste Einflussfaktoren werden derzeit neben einer gesunden Ernährung mit Fastenepisoden regelmäßige sportliche Aktivitäten intensiv untersucht (Escher & Jessen, 2019). Dennoch muss hier vor monokausalen Denkansätzen gewarnt werden, da eine sich chronisch entwickelnde Erkrankung naturgemäß vielen verschiedenen Einflussfaktoren unterliegt.

3. Diagnostische Kriterien einer Demenz

In der internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) wird die Demenz wie folgt definiert: „Die Demenz (ICD-10-Code: F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD-10 über mindestens 6 Monate bestanden haben. Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf.“ In der Regel wird je nach Klinik eine leichtgradige, eine mittelschwere und schwere Demenz unterschieden.

Zusammenfassend sind vor allem drei Merkmale wesentlich. Erstens, es liegt eine chronische Erkrankung vor, die in der Regel progredient verläuft. Zweitens, es können sehr unterschiedliche kognitive Domänen betroffen sein und nicht nur wie oft angenommen das Gedächtnis. Drittens, eine Einschränkung mit alltagspraktischen Fähigkeiten ist erforderlich. Das heißt, eine vergessene Telefonnummer lässt nicht automatisch auf eine Demenz schließen, aber den Weg in einer bekannten Umgebung nicht wieder zu finden, sollte ein Alarmsignal darstellen.

4. Wesentliche Krankheitsbilder

4.1 Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT, ICD-10: F00.0 bis F00.9)

Die Diagnose Alzheimer-Demenz wird bei etwa zwei Drittel der klinisch untersuchten dementen Patienten gestellt und ist die bekannteste Demenzunterform. Ihre genaue Ätiologie (Ursache) ist noch unbekannt (Masters et al., 2015; Scheltens et al., 2021). Sie beginnt meist schleichend. Eine definitive Diagnose lässt sich nur anhand einer histopathologischen Untersuchung des Gehirns nach dem Tod stellen. In der Regel wird eine Diagnose anhand des klinischen Bildes und des Verlaufes der Erkrankung, anhand bildgebender Verfahren und der Untersuchung des Nervenwassers gestellt. Streng genommen müsste man immer von einer wahrscheinlichen DAT sprechen. Die typischen Veränderungen im Gehirn sind die sogenannten Plaques, die Neurofibrillen und ein Verlust funktionsfähiger Neurone. Diese Veränderungen werden in meist geringerer Ausprägung auch bei anderen Demenzformen und bei nichtdementen alten Menschen nachgewiesen. Das Lebensalter ist der Hauptrisikofaktor für die Manifestation einer DAT. Die seltenen, vor dem 65. Lebensjahr auftretenden Alzheimer-Erkrankungen beruhen z. T. auf bereits bekannten autosomal-dominanten Mutationen. Die Erkrankung führt nach etwa acht Jahren zum Tode. Im zeitlichen Verlauf kann man zu Beginn geringe Auffälligkeiten der Sprache und Orientierung feststellen. Eine gedrückte Stimmung ist gerade zu Beginn häufig zu beobachten. Im mittleren Stadium verstärken sich die Symptome und sind mit weiteren Veränderungen (z. B. zunehmende Merkfähigkeitsstörungen) verbunden. Häufig werden die Symptome von den Patienten bagatellisiert. Die Persönlichkeitseigenschaften bleiben bei der DAT lange stabil. Im dritten Stadium sind dann Verhaltensauffälligkeiten sehr häufig, die sich ganz unterschiedlich äußern können (Zhao et al., 2016). So können z. B. Unruhe, die Störung des Tag-Nacht-Rhythmus, zeitweise Nahrungsverweigerung oder auch Aggressionen und Verfolgungserleben das klinische Bild dominieren. Am

Ende der Erkrankung sind die Patienten häufig bettlägerig und immobil und versterben an einer zusätzlichen Erkrankung.

4.2 Die vaskuläre Demenz (VD)

Viele Patienten, die an einer Alzheimer-Demenz leiden, haben zusätzliche Gefäßveränderungen, die die Versorgung des Gehirns beeinflussen. Man spricht dann von einer gemischten Demenz (DAT und VD).

Davon sind reine vaskuläre Demenzen abzugrenzen. Sie sind nach der Alzheimer-Krankheit eine der häufigsten Demenzursachen und bedingen etwa 15 % der Fälle (O'Brien & Thomas, 2015; Roman, 2003). In der ICD-10 werden die vaskulären Demenzen als das Ergebnis eines Prozesses beschrieben, bei dem kleine Infarkte im Gehirn stattfinden. Sind Blutgefäße, die das Gehirn versorgen, verengt oder sogar verschlossen, führt das dazu, dass die Gehirnzellen nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt werden.

Die klinische Diagnose einer wahrscheinlichen VD erfordert das Vorliegen eines demenziellen Syndroms und den Bildgebungsnachweis einer relevanten Veränderung im Gehirn. Ein kausaler Zusammenhang zwischen beiden ist wichtig und kann z. B. in klinisch-neurologischen Zeichen in der körperlichen Untersuchung gezeigt werden. Je nach betroffenem Hirnanteil und dem Ausmaß ist das klinische Bild und der Verlauf sehr heterogen. Eine häufig verwendete Einteilung ist die in kortikale und subkortikale vaskuläre Demenzsyndrome. Das klinische Syndrom der kortikalen vaskulären Demenz ist durch das Vorherrschen sensomotorischer Defizite und durch einen abrupten Beginn der Symptomatik charakterisiert (z. B. nach Schlaganfall). Das klinische Syndrom der subkortikalen Demenz besteht aus kognitivem Syndrom (dysexekutives Syndrom und Gedächtnisdefizite) und

einer Wesensveränderung (Depressivität, Persönlichkeitsveränderungen, Affektlabilität, psychomotorische Verlangsamung). Der Verlauf von Letzterem ist oft schleichend progredient. Es gibt keine kausale Therapie der VD. Ein großes Augenmerk liegt auch hier auf Präventionsstrategien insbesondere in der Kontrolle und Behandlung der vaskulären Risikofaktoren (z. B. Optimierung des Fett- und Zuckerstoffwechsels oder Einstellung des Blutdrucks).

4.3 Die Lewy-Körperchen-Demenz – ebenfalls eine Form der neurodegenerativen Demenz

Die Lewy-Körperchen-Demenz ist ebenfalls eine häufige Form der neurodegenerativen Demenz. Nach dem lange angenommen wurde, dass sie die zweithäufigste Demenzform ist, gehen neuere Untersuchungen von einem Anteil von etwa 5 % aller Demenzfälle aus (Dodel et al., 2024; Hogan et al., 2016). Diagnostische Klassifikationssysteme unterscheiden zwischen Lewy-Körperchen-Demenz und Parkinson-Demenz. Letztere entwickelt sich immer sekundär zur Parkinson-Krankheit. Die Lewy-Körperchen-Demenz beginnt weniger einheitlich. Die typische klinische Triade umfasst Parkinson-Symptome, fluktuierende kognitive Leistungen mit ausgesprochenen Schwankungen der Aufmerksamkeit und Vigilanz und rezidivierende visuelle Halluzinationen (Mosimanna, 2011). Bei der Hälfte der Patienten mit Lewy-Körperchen-Demenz tritt eine neuroleptische Überempfindlichkeit auf, d. h. sie reagieren bei der Verabreichung von typischen und atypischen Neuroleptika (Dopaminantagonisten) mit einem Parkinsonismus oder einer Bewusstseinsstrübung. Es ist daher wesentlich, dass diese Erkrankung von anderen Demenzerkrankungen unterschieden wird.

4.4 Die Frontotemporale Lobärdegeneration (FTLD; ICD-10: F02.0)

Frontotemporale Lobärdegeneration oder auch früher frontotemporale Demenz genannt, ist ein klinischer Oberbegriff, der eine Gruppe neurodegenerativer Erkrankungen umfasst, die durch fortschreitende Defizite im Verhalten, in der Exekutivfunktion oder in der Sprache gekennzeichnet sind (Bang, Spina, & Miller, 2015). FTLD ist eine häufige Demenzform, insbesondere bei Patienten unter 65 Jahren. Aufgrund der ausgeprägten Verhaltensmerkmale kann die Krankheit viele psychiatrische Störungen (z. B. Zwangserkrankungen, Angststörungen, bipolare Erkrankungen) imitieren. Nicht selten stehen Gedächtnisdefizite am Anfang nicht im Mittelpunkt der Erkrankung, sondern die Persönlichkeitsveränderungen. Verschiedene zugrunde liegende neuropathologische Entitäten führen zum klinischen Phänotyp der frontotemporalen Demenz, die alle durch die selektive Degeneration des frontalen und temporalen Kortex gekennzeichnet sind. Genetische Veränderungen sind ein wichtiger Risikofaktor für die Erkrankung. Fortschritte in der klinischen, bildgebenden und molekularen Charakterisierung haben die Genauigkeit der Diagnose der frontotemporalen Demenz erhöht und ermöglichen so eine genauere Unterscheidung dieser Syndrome von psychiatrischen Störungen.

Durch die Heterogenität degenerierender Hirnteile können zu Beginn der Erkrankung zwei Gruppen unterschieden werden: die Frontotemporale Demenz (FTD) mit führender Wesensveränderung und die Gruppe der Aphasien mit Sprachstörungen.

Zusammenfassend sollte bei deutlichen Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens, welches stark von bekannten Mustern abweicht an eine

solche Demenz gedacht werden. Nicht selten entwickeln die Patienten eigenartige Rituale, haben kaum Krankheitseinsicht oder werden delinquent ohne eine entsprechende Wahrnehmung. Die Diagnose kann neuropsychologisch und durch Nachweis der Veränderungen im Fronto- und Temporallappen in der radiologischen Bildgebung gestellt werden.

4.5 Sekundäre Demenzen und Pseudodemenz

Der Oberbegriff sekundäre Demenz wird kontrovers diskutiert. Er wird hier verwendet, um darauf hinzuweisen, dass einzelne Demenzentitäten auch im Rahmen einer anderen Erkrankung auftreten können. Als sekundäre Demenzen werden Erkrankungen bezeichnet, die als Folge struktureller, entzündlicher oder metabolischer Hirnerkrankungen auftreten, z. B. Demenz bei limbischer Enzephalitis, intrakraniell raumfordernden Prozessen, AIDS, Vitaminmangelzuständen, Alkoholabhängigkeitssyndromen oder auch bei einem Normaldruckhydrozephalus (Iglseder, 2014). Die symptomatische Natur dieser Erkrankungen ermöglicht potenziell eine kausale Therapie.

Kognitive Störungen, die im Rahmen von schweren Depressionen auftreten, werden manchmal als Pseudodemenz bezeichnet, um auszudrücken, dass nach Abklingen der Depression kognitive Fähigkeiten wiedererlangt werden. Auch dieser Begriff ist nicht unumstritten. In der Literatur wird der Anteil an reversiblen Demenzen mit 10 % angegeben. Das entspricht nicht der klinischen Erfahrung des Autors.

5. Behandlungsstandards

Die klinische Diagnose einer Demenz im fortgeschrittenen Stadium ist offensichtlich, da die kognitiven Störungen kaum kaschiert werden können. Am Beginn der Erkrankung ist die Diagnose deutlich schwieriger zu stellen und kann mitunter auch erst im Verlauf definitiv festgelegt werden.

Als Standardprozeduren sollen hier das ärztliche Anamnesegespräch (einschließlich Fremdanamnese der Familienangehörigen), die klinische Untersuchung, die Bildgebung des Gehirns, eine neuropsychologische Untersuchung der kognitiven Fähigkeiten des Patienten sowie die Laboruntersuchungen von Blut und Nervenwasser des Gehirns genannt werden. In welchem Ausmaß die unterschiedlichen Verfahren eingesetzt werden, hängt sowohl vom klinischen Bild als auch vom Untersucher ab. Wie oben dargestellt, können definitive Diagnosen in der Regel erst post mortem gestellt werden.

Die Behandlung von primären Demenzen (4.1–4.4) ist bisher nicht kausal möglich. Prinzipiell werden pharmakologische von nicht-pharmakologischen Interventionsstrategien unterschieden. Es sollte vor der Behandlung mit den Patienten und gegebenenfalls mit den Angehörigen das Ziel der Behandlung festgelegt werden.

5.1 Pharmakologische Interventionsstrategien

Für die DAT gilt, dass der Verlauf und die Symptome durch verschiedene Medikamente modifiziert werden können. So zeigen Studien, dass Medikamente, die den Neurotransmitter Acetylcholin erhöhen (Acetylcholinesteraseinhibitoren), den Verlauf um einige Monate verzögern können. Diese Medikamente scheinen auch die Symptomatik der Lewy-Körperchen-Demenz positiv zu beeinflussen. Sie sind allerdings nur für die leichte und mittelschwere DAT zugelassen und die Wirksamkeit scheint in

früheren Stadien auch höher zu sein. Für die vaskuläre Demenz und die Frontotemporale Demenz gibt es keine zugelassene pharmakologische Therapie.

Inwieweit die verschiedenen Antikörpertherapien zur Behandlung der Alzheimerdemenz in den nächsten Jahren klinische Routineanwendung finden werden, wird von den Studienergebnissen maßgeblich abhängen (Frolich & Hausner, 2021). Trotz intensiver Forschung sind diese Therapien zurzeit noch mit einem hohen Nebenwirkungsrisiko verbunden.

In den späteren Stadien werden vor allem die Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzpatienten pharmakologisch behandelt. So können Unruhe, Depressivität und Angst, Schlafstörungen, Aggressivität oder Halluzinationen mit Psychopharmaka erfolgreich behandelt werden.

5.2 Nicht-pharmakologische Interventionsstrategien

Diese Therapien sollen helfen, kognitive Fähigkeiten aufrechtzuerhalten, die Lebenszufriedenheit zu erhöhen und somit das Wohlbefinden der Patienten zu fördern. Eine ganze Reihe therapeutischer Möglichkeiten stehen zu Verfügung, die z. T. im vorliegenden Buch Erwähnung finden. Zu nennen wären z. B. das Gedächtnistraining, die Ergotherapie, die Logotherapie, die Musiktherapie oder auch Bewegungstherapie. Es gibt noch viele weitere Behandlungsmöglichkeiten. So kann in sehr frühen Stadien auch eine Psychotherapie die Krankheitsverarbeitung positiv beeinflussen. Allerdings sollte auch hier das Behandlungsziel klar festgelegt werden. Jedwede Überforderung muss strikt vermieden werden. Nicht-pharmakologische Interventionsstrategien sollten für einzelne Symptome zum Einsatz kommen, um diese zu lindern beziehungsweise die Lebenszufriedenheit zu erhöhen. Grundsätzlich lässt sich der Verlauf der Erkrankung nur sehr

eingeschränkt mit diesen Behandlungen beeinflussen. Im täglichen Umgang mit den Patienten spielen sie dennoch eine sehr wichtige Rolle.

Literatur

- Bang, J., Spina, S., & Miller, B. L. (2015). Frontotemporal dementia. *Lancet*, 386(10004), 1672–1682. doi:10.1016/S0140-6736(15)00461-4
- Dodel, R., Berg, D., Duning, T., Kalbe, E., Meyer, P. T., Ramirez, A., ... Jessen, F. (2024). [Dementia with Lewy bodies: old and new knowledge – Part 2: treatment]. *Nervenarzt*, 95(4), 362–367. doi:10.1007/s00115-023-01577-2
- Escher, C., & Jessen, F. (2019). [Prevention of cognitive decline and dementia by treatment of risk factors]. *Nervenarzt*, 90(9), 921–925. doi:10.1007/s00115-019-0759-6
- Frolich, L., & Hausner, L. (2021). [Disease-modifying treatment approaches for Alzheimer's disease]. *Nervenarzt*, 92(12), 1239–1248. doi:10.1007/s00115-021-01222-w
- Georges, D. (2023). Demenzerkrankungen in Deutschland: Epidemiologie, Trends und Herausforderungen. *Journal of Health Monitoring*, 8(23), 20.
- Hogan, D. B., Fiest, K. M., Roberts, J. I., Maxwell, C. J., Dykeman, J., Pringsheim, T., ... Jette, N. (2016). The Prevalence and Incidence of Dementia with Lewy Bodies: a Systematic Review. *Can J Neurol Sci*, 43 Suppl 1, S83–95. doi:10.1017/cjn.2016.2
- Iglseder, B. (2014). Sekundäre Demenzen. *Psychopraxis.Neuropsychopraxis*, 17, 5.
- Killin, L. O., Starr, J. M., Shiue, I. J., & Russ, T. C. (2016). Environmental risk factors for dementia: a systematic review. *BMC Geriatr*, 16(1), 175. doi:10.1186/s12877-016-0342-y
- Masters, C. L., Bateman, R., Blennow, K., Rowe, C. C., Sperling, R. A., & Cummings, J. L. (2015). Alzheimer's disease. *Nat Rev Dis Primers*, 1, 15056. doi:10.1038/nrdp.2015.56

- Mosimanna, U. P. M., R. M. (2011). Lewy-Körperchen-Demenz – ein Update. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 162(2), 5.
- O'Brien, J. T., & Thomas, A. (2015). Vascular dementia. *Lancet*, 386(10004), 1698–1706. doi:10.1016/S0140-6736(15)00463-8
- Roman, G. C. (2003). Vascular dementia: distinguishing characteristics, treatment, and prevention. *J Am Geriatr Soc*, 51(5 Suppl Dementia), S296–304. doi:10.1046/j.1532-5415.5155.x
- Scheltens, P., De Strooper, B., Kivipelto, M., Holstege, H., Chetelat, G., Teunissen, C. E., ... van der Flier, W. M. (2021). Alzheimer's disease. *Lancet*, 397(10284), 1577–1590. doi:10.1016/S0140-6736(20)32205-4
- Thyrian, J. R., Boekholt, M., Hoffmann, W., Leiz, M., Monsees, J., Schmachtenberg, T., ... Stentzel, U. (2020). [The prevalence of people with dementia in Germany – A nationwide analysis at the district level]. *Nervenarzt*, 91(11), 1058–1061. doi:10.1007/s00115-020-00923-y
- Zhang, X. X., Tian, Y., Wang, Z. T., Ma, Y. H., Tan, L., & Yu, J. T. (2021). The Epidemiology of Alzheimer's Disease Modifiable Risk Factors and Prevention. *J Prev Alzheimers Dis*, 8(3), 313–321. doi:10.14283/jpad.2021.15
- Zhao, Q. F., Tan, L., Wang, H. F., Jiang, T., Tan, M. S., Tan, L., ... Yu, J. T. (2016). The prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 190, 264–271. doi:10.1016/j.jad.2015.09.069

III. Grundrechtsschutz bei Demenz für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und professionelle Pflegekräfte

Sigrun von Hasseln-Grindel

1. Wo in unserer Gesellschaft die Empathie fehlt, brauchen wir das Recht als Garant für eine humane Zivilgesellschaft

Die meisten Menschen haben Angst, im Alter an schwerer Demenz zu erkranken und dann rechtlos und der Willkür fremder Menschen wehrlos ausgeliefert zu sein. Sie fürchten sich vor Gedächtnisverlust bis dahin, dass sie die eigenen Kinder nicht mehr erkennen, vor Wesensveränderungen, vor Sprachlosigkeit, vor dem Angewiesensein auf eine dauerhafte, unterstützende Begleitung, Betreuung und Pflege, vor dem Verlust von Freiheits- und von Selbstbestimmungsrechten, vor der Abschiebung in ein Heim, vor Entsorgung ihrer Wohnungseinrichtung, vor Plünderung ihres Kontos, vor Trennung von ihrem Partner, vor herablassender, entwürdigender Behandlung durch überlastetes, frustriertes und/oder empathieloses Personal. Manche Pflegebedürftige fürchten gar, selbst „entsorgt“ zu werden, wenn sie „niemanden mehr nutzen“, sondern „anderen nur zur Last fallen“ und „unnötige (Heim-)Kosten verursachen“. Sie haben Angst vor Isolation, vor falscher Behandlung, vor falschen

Medikamenten, vor überdosierten Narkosen, manchmal gar vor Giftbeimengungen in der Nahrung.

Auch **Angehörige**, die demente Menschen – oft jahrelang – aufopferungsvoll pflegen, kommen häufig an ihre physischen und psychischen Grenzen. Dazu tragen oft auch nervenaufreibende Kämpfe gegen Ämter, Kranken- und Pflegeversicherungen bei, die die häufig selbst älteren und rechtsunkundigen Angehörigen überfordern. Viele der pflegenden Angehörigen finden zudem keine emotionale Unterstützung in ihrem sozialen Umfeld, geraten oft in eine soziale Isolation. Einige begehen im Extremfall eine Verzweiflungstat. [13] Kinder leiden zuweilen ein Leben lang unter Schuldgefühlen, weil sie es nicht ausgehalten haben, ihre demente Mutter oder ihren dementen Vater in einem „so unwürdigen und hilflosen Zustand“ zu erleben und den Kontakt abgebrochen haben.

Selbst **professionelle Pflegekräfte**, die mit viel Enthusiasmus ihren Beruf erlernt haben, entwickeln zuweilen aufgrund der Arbeit mit dementen Patienten ein Überforderungssyndrom. [14]

Es soll hier nicht geprüft werden, ob die Ängste vieler Pflegebedürftiger real oder auf eine Angststörung (mit oder ohne konkreten Auslöser) zurückzuführen sind. [15] Es soll auch nicht erörtert werden, ob manche Angehörige bei besserer Organisation sowie mehr physischer und psychischer Entlastung und Pflegekräfte bei gezielterer Berufsvorbereitung [16] und Coaching für die Arbeit mit dementen Menschen nicht so schnell ausbrennen würden.

Es geht vielmehr um die Feststellung, dass es in unserer Gesellschaft überhaupt so massive Ängste und Burnouts auf allen Seiten im Zusammenhang mit der Pflege dementer Menschen gibt. Denn das wiederum vermittelt im Rückschluss das Bild einer leistungs- und

gewinnorientierten und zugleich einer von Gleichgültigkeit und Lieblosigkeit geprägten Gesellschaft, in der für ältere und erst recht demente Menschen kein Platz vorgesehen ist, weil sie keinen (Markt-)Wert mehr haben und allenfalls als lästiger Kostenfaktor wahrgenommen werden. [17]

Auch Menschen, die täglich an der Basis mit alten, kranken und dementen Menschen arbeiten, wie unsere Inputautorin Cornelia Bartelt, nehmen Gesellschaft genau so wahr: „Was ich durch meine Tätigkeit als selbstständige Dienstleisterin im Dienst für ältere, kranke und demente Menschen in den vielen Jahren erfahren habe, ist, dass es wirklich ganz schwierig ist, wenn du in diesem Staat müde, krank oder alt bist. Ist jemand alt, da will man nicht mehr viel mit ihm machen,“ resümiert Cornelia Bartelt in ihrem Interview für dieses Buch am 2. Juli 2024.

Das ist nicht in allen Kulturen so. So spielen in der japanischen Kultur ältere Menschen eine entscheidende Rolle in der Gesellschaft, da sie als Hüterinnen und Hüter des kulturellen Erbes gelten. Respekt Älteren gegenüber ist in der japanischen Kultur tief verwurzelt. „In vielen ländlichen Gemeinden und kleineren Städten Japans gibt es enge Nachbarschaftsgemeinschaften, in denen sich Seniorinnen und Senioren gegenseitig unterstützen. Diese Gemeinschaften bieten nicht nur praktische Hilfe im Alltag, sondern auch soziale Kontakte und emotionale Unterstützung. Die älteren Generationen sind oft aktiv in lokale Aktivitäten, kulturelle Veranstaltungen und Gemeinschaftsprojekte involviert.“ [18]

Leider aber werden wir das Bewusstsein unserer westlichen, teilweise als geschichtslos bezeichneten, [19] und vom „Jugendwahn“ geprägten Gesellschaft [20] nicht (so schnell) ändern können. Deshalb brauchen wir

dort, wo in unserer Gesellschaft die Empathie fehlt, ein schützendes Recht als Kennzeichen einer (trotzdem) humanen Zivilgesellschaft.

Und in der Tat ist jeder Mensch in unserer Gesellschaft in ein engmaschiges Netz rechtlicher Vorschriften eingebettet, die seine Würde erhalten und schützen sollen, selbst wenn er an schwerer Demenz erkranken sollte. [21]

Zu diesem starken Rechtsschutznetz gehören UN-Konventionen, Charta, Menschen-, Grund- und Bürgerrechte, Gesetze und Verordnungen.

2. Unsere Rechtsordnung schützt die Schwachen und unsere Gerichte wachen darüber, dass die Rechtsordnung eingehalten wird

Es ist – auch für einen Juristen – unmöglich, alle Gesetze zu kennen, zumal sich Einzelvorschriften immer wieder ändern. Um dennoch Rechte und Pflichten aller Beteiligten zu kennen und keine wesentlichen Fehler zu machen, ist es wichtig, dass Betroffene (im ersten Stadium ihrer Demenzerkrankung), Angehörige, Betreuer, medizinisches und pflegerisches Personal, Mitarbeiter in Behörden und Dienstleistungsunternehmen die Grundstrukturen unserer Rechtsordnung erfassen und sich täglich – auch unter dem Gesichtspunkt der Verantwortungsethik [22] – bewusst machen. Wer diese verinnerlicht hat, braucht, auch wenn er eine Einzelvorschrift nicht kennt, nur zu überprüfen, ob die beabsichtigte Tätigkeit höherrangigem Recht, so etwa dem Grundgesetz oder der UN-Behindertenrechtskonvention, widerspricht.

3. Überblick über wichtige rechtliche Regelungen zum Schutz der Menschenwürde von Pflegebedürftigen im Falle einer Demenz

3.1 Schutz demenzkranker Menschen durch die UN-Behindertenrechtskonvention

Demenz gilt als geistige Behinderung i. S. d. UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK).

Art. 1 UN-BRK bezieht alle Menschen ein, die langfristige

- Körperliche Beeinträchtigungen,
- Seelische Beeinträchtigungen,
- **Geistige Beeinträchtigungen** oder
- Sinnesbeeinträchtigungen (Gehörsinn, Gesichtssinn, Geruchssinn, Geschmackssinn)

haben, die sie in Wechselwirkung mit verschiedenen (einstellungs- und umweltbedingten) Barrieren am vollen und gleichberechtigten Gebrauch ihrer fundamentalen Rechte hindern. Diese Feststellung ist wichtig, weil sich daraus weitere Rechtsfolgen zum Schutz von Demenzkranken ergeben.

So stellt Artikel 12 Abs. 1 UN-BRK klar, „dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden“.

Artikel 18 UN-BRK regelt die Freizügigkeit für Menschen mit Behinderungen.

Artikel 20 UN-BRK sagt: „Die Vertragsstaaten treffen wirksame Maßnahmen, um für Menschen mit Behinderungen persönliche Mobilität

mit größtmöglicher Unabhängigkeit sicherzustellen, indem sie unter anderem

- die persönliche Mobilität von Menschen mit Behinderungen in der Art und Weise und zum Zeitpunkt ihrer Wahl und zu erschwinglichen Kosten erleichtern;
- den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu hochwertigen Mobilitätshilfen, Geräten, unterstützenden Technologien und menschlicher und tierischer Hilfe sowie Mittelspersonen erleichtern, auch durch deren Bereitstellung zu erschwinglichen Kosten;
- Menschen mit Behinderungen und Fachkräften, die mit Menschen mit Behinderungen arbeiten, Schulungen in Mobilitätsfertigkeiten anbieten;
- Hersteller von Mobilitätshilfen, Geräten und unterstützenden Technologien ermutigen, alle Aspekte der Mobilität für Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.“

Den vollständigen Text der UN-BRK findet man auf der Website des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. [23]

3.2 Schutz demenzkranker Menschen durch die Europäische Sozialcharta und die Charta der Grundrechte der Europäischen Union (EU)

Menschen mit geistiger Behinderung/Demenz werden auch durch die Europäische Sozialcharta und die Charta der Grundrechte der Europäischen Union geschützt.

Beispiele aus der **Charta der Grundrechte der Europäischen Union** [24] :

- Artikel 25. Rechte älterer Menschen. Die Union anerkennt und achtet das Recht älterer Menschen auf ein würdiges und unabhängiges Leben und auf Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben.
- Artikel 26. Integration von Menschen mit Behinderung. Die Union anerkennt und achtet den Anspruch von Menschen mit Behinderung auf Maßnahmen zur Gewährleistung ihrer Eigenständigkeit, ihrer sozialen und beruflichen Eingliederung und ihrer Teilnahme am Leben der Gemeinschaft.
- Artikel 34. Soziale Sicherheit und soziale Unterstützung. Die Union anerkennt und achtet das Recht auf Zugang zu den Leistungen der sozialen Sicherheit und zu den sozialen Diensten, die in Fällen wie Mutterschaft, Krankheit, Arbeitsunfall, **Pflegebedürftigkeit oder im Alter** sowie bei Verlust des Arbeitsplatzes Schutz gewährleisten, nach Maßgabe des Unionsrechts und der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten.

3.3 **Starker Schutz demenzkranker Menschen durch Grund- und Bürgerrechte aus dem Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland**

Aus dem Grundgesetz (GG) hat jeder Mensch ein Grundrecht auf

- Menschenwürde (Art. 1 GG).
- Freie Entfaltung seiner Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG).
- Leben (Art. 2 Abs. 2 GG).
- Körperliche Unversehrtheit, Schutz vor Gewalt (Art. 2 Abs. 2 GG).
- Freiheit (Art. 2 Abs. 2 GG); physische, psychische und gedankliche Freiheit z. B. Schutz vor Freiheitsberaubung, (auch durch geschlossene Einrichtung, Bettgitter), Schutz vor Beeinflussung des Willens, z. B.

durch Verabreichung psychoaktiver Substanzen; Gedanken- u. Vertragsfreiheit.

- Gleichheit (Art. 3 GG), Schutz vor Diskriminierung.
- Glaubens- und Religionsfreiheit (Art. 4 GG).
- Meinungs- und Informationsfreiheit (Art. 5 GG).
- Unverletzlichkeit des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses (Art. 10 GG).
- Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 GG).
- Eigentum und Erbrecht (Art. 14 GG).

Zudem hat jeder Bürger aus dem Grundgesetz ein Bürgerrecht auf

- Wahlrecht (Art. 38 Abs. 2 GG).
- Freizügigkeit (Art. 11 GG).
- Vereinigungsfreiheit (Art. 9 GG).
- Versammlungsfreiheit (Art. 8 GG).
- Freie Berufswahl (Art. 12 GG).
- Gleicher Zugang zu öffentlichen Ämtern (Art. 33 GG).

Vielfach wird auch über ein Grundrecht auf Pflege diskutiert. Einzelheiten ergeben sich aus dem Essay von Thomas Noetzel: „Grundrecht auf Pflege? Ein Plädoyer für Selbstbestimmung und Autonomie in schwieriger Lebenslage.“ [25]

Es ist wichtig, sich die Grund- und Bürgerrechte gut einzuprägen. Denn sie stehen einem Menschen grundsätzlich auch dann zu, wenn er dement ist! Der demenzkranke Mensch ist also stets Träger aller Grundrechte, der demenzkranke Bürger stets auch Träger aller Bürgerrechte.

Das bedeutet, dass Menschen mit Demenz zwar zu schützen sind, sie rechtlich aber weiterhin im vollen Umfang am gesamten Rechtsleben teilnehmen, also Träger eigener Rechte und Pflichten sind, insbesondere auch klagen und verklagt werden können.

Da sie aber – je nach dem Grad der Demenz – nur vermindert oder gar völlig geschäftsunfähig sind, werden sie i. d. R. durch einen Vorsorgebevollmächtigten oder durch einen gerichtlich bestellten Betreuer (§§ 1814 ff. BGB) vertreten, soweit sie ihre Rechte nicht höchstpersönlich ausüben müssen, wie etwa das Mitgliedschaftsrecht, das Wahlrecht, das Recht, ein Testament aufzusetzen. Die Teilhabe am „gesamten Rechtsleben“ heißt insbesondere Teilnahme am Zivilrecht, am Öffentlichen Recht sowie am Straf- und Bußgeldrecht. [26]

Grundsätzlich gehen Grund- und Bürgerrechte vor. Es gibt aber auch Schranken. Die beginnen dort, wo die Freiheit des anderen beginnt, oder bei Gefahren. Im Einzelfall ist zu prüfen, ob es ein Gesetz gibt, das Schranken setzt. Vielfach muss das Gericht entscheiden.

3.4 Beispiele für starke Grund- und Bürgerrechte bei Demenzkranken und ihre Schranken.

3.4.1 Beispiel 1: Anspruch auf Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein (Art. 1 Abs. 1 GG). Eine fast vollständig gelähmte Frau obsiegt beim Bundesverfassungsgericht (BVerfG) mit ihrer Verfassungsbeschwerde gegen die Verweigerung eines Spezialrollstuhls

Dazu hat das BVerfG am 25.02.2009 [27] ausgeführt: Die Fachgerichte hätten nicht ausreichend berücksichtigt, dass bei einem unter amyotropher Lateralsklerose leidenden Menschen mit völligem Verlust der eigenen Mobilität der Zwang zum Verharren in einer Situation der Hilflosigkeit eine schwerwiegende Einschränkung darstelle, die seine Persönlichkeitsrechte

berühre. Dabei sei zu berücksichtigen, dass aus Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip ein Anspruch auf die Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein folge. Dazu gehöre auch das Interesse der Beschwerdeführerin, im Rahmen ihrer krankheitsbedingt sehr eingeschränkten Möglichkeiten im Wohnumfeld einen Rest an Mobilität zu erhalten.

3.4.2 Beispiel 2: Das Grundrecht auf Leben geht stets vor (Art. 2 Abs. 2 GG). Lebenserhaltende Maßnahmen eines Arztes können kein Schmerzensgeld und keine Ersatzansprüche für Erben auslösen.

Aus dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 02.04.2019 (Az.: VI ZR 13/18)
[28]

1. Der Fall: Schwerkranker wurde 5 Jahre lang bis zum Tod künstlich ernährt

Der 1929 geborene Vater des Klägers litt an fortgeschrittener Demenz und war multimorbide. Bereits im Jahr 2003 war die Demenz weit fortgeschritten und es wurde eine mutistische Störung diagnostiziert, aufgrund derer seit jedenfalls 2008 eine Kommunikation gänzlich unmöglich war. Im Zustand der Bewegungs- und Kommunikationsunfähigkeit wurde er von September 2006 bis zu seinem Tod im Jahr 2011 mittels einer PEG-Magensonde künstlich ernährt. Eine Betreuung war eingerichtet. Der beklagte Allgemeinmediziner stellte die Durchführung der künstlichen Ernährung nicht infrage, da keine Patientenverfügung vorlag und sich der Wille des Patienten hinsichtlich des Einsatzes lebenserhaltender Maßnahmen nicht anderweitig feststellen ließ. Sohn forderte Schmerzensgeld wegen sinnloser Lebensverlängerung

Der klagende Sohn machte geltend, die künstliche Ernährung habe spätestens seit Anfang 2010 nur noch zu einer sinnlosen Verlängerung des krankheitsbedingten Leidens seines Vaters geführt. Der beklagte Arzt sei daher verpflichtet gewesen, das Therapieziel dahingehend zu ändern, dass das Sterben des Patienten durch Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen zugelassen werde. Der Kläger verlangte als Erbe Schmerzensgeld i. H. v. 40.000 € sowie Ersatz für Behandlungs- und Pflegeaufwendungen i.H.v 52.952 Euro, die ohne die Behandlung nicht entstanden wären.

2. Aus der Entscheidung des BGH:

Der BGH hat die Klage im Ergebnis abgewiesen. Dem klagenden Sohn stehe kein Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgeldes und kein Ersatz für Behandlungs- und Pflegeaufwendungen zu.

1. Das menschliche Leben sei ein höchstrangiges Rechtsgut und absolut erhaltungswürdig. Das Urteil über seinen Wert stehe keinem Dritten zu. Deshalb verbiete es sich, das Leben – auch ein leidensbehaftetes Weiterleben – als Schaden anzusehen (Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG). Auch wenn ein Patient selbst sein Leben als lebensunwert erachte, mit der Folge, dass eine lebenserhaltende Maßnahme gegen seinen Willen zu unterbleiben habe, verbiete die Verfassungsordnung aller staatlichen Gewalt einschließlich der Rechtsprechung ein solches Urteil über das Leben des betroffenen Patienten mit der Schlussfolgerung, dieses Leben sei ein Schaden. Aus dem durch lebenserhaltende Maßnahmen ermöglichten Weiterleben eines Patienten lasse sich daher ein Anspruch auf Zahlung von Schmerzensgeld nicht herleiten.
2. Schutzzweck etwaiger Aufklärungs- und Behandlungspflichten im Zusammenhang mit lebenserhaltenden Maßnahmen sei es nicht,

wirtschaftliche Belastungen, die mit dem Weiterleben und den dem Leben anhaftenden krankheitsbedingten Leiden verbunden sind, zu verhindern. Insbesondere dienten diese Pflichten nicht dazu, den Erben das Vermögen des Patienten möglichst ungeschmälert zu erhalten.

3.4.3 Beispiel 3: Das Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und seine Schranken (Art. 2 Abs. 1 GG) oder: Der schmale Grat zwischen dem Recht auf Verwahrlosung und dem Recht auf Schutz

„Unser“ an einer schleichenden Alzheimer-Demenz erkrankte Protagonist, der pensionierte Studiendirektor Dr. Eberhard Fischer, befindet sich im Übergangsstadium zwischen mittelgradiger und schwerer Demenz. Seine Gedächtnisaussetzer, motorische Schwächen beim Ankleiden, Körperpflege, Nahrungsaufnahme nehmen weiter zu. Da er inzwischen einen Bestehlungswahn entwickelt hat, lässt er fast niemanden mehr in seine Wohnung. Auch seine langjährige Haushälterin hat er abrupt und unter aggressiven Beschimpfungen entlassen.

Alternative 1: Als der Hausmeister einmal Zugang zur Wohnung Dr. Fischer hatte, nachdem dieser ihn gebeten hatte, eine Glühbirne auszutauschen, stellte er fest, dass Dr. Fischer unter starker Vernachlässigung von Körperpflege und unter Auslassung jeglicher hygienischen Maßnahmen in einer Messi-Wohnung hauste. Erstaunlicherweise war von außen nichts zu riechen. Als er Dr. Fischer vorsichtig fragte, ob dieser nicht besser in ein Heim umziehen möchte, reagierte er sehr erbost und warf den Hausmeister raus.

Alternative 2: Einige Wochen später beschwerten sich Mitbewohner des Hauses beim Hausmeister, dass sie Mäuse und einmal eine Ratte aus der

Wohnung von Dr. Fischer hätten kommen sehen. Außerdem leere er nicht seinen Briefkasten, sein Fernseher laufe Tag und Nacht extrem laut. Er reagiere nicht auf Klingeln und im Hausflur stinke es aus seiner Wohnung. Der Hausmeister informierte den 500 km entfernt wohnenden Sohn. Dieser erklärte sich einverstanden, dass der Hausmeister die Wohnung betritt. Dort fand er Dr. Fischer fast nicht ansprechbar auf dem Sofa, stark dehydriert; er hatte eingenässt und eingekotet und war nicht in der Lage, sich selbst zu helfen. Hausmeister und Sohn veranlassten eine Einweisung ins Krankenhaus und, nachdem sich der Zustand von Dr. Fischer nicht verbessert hatte, eine Verlegung ins Pflegeheim.

Bei Alternative 1 durften weder der Hausmeister noch ein anderer Mensch den verwahrlosten Dr. Fischer aus seiner Messi-Wohnung „befreien“. Denn das Recht auf Selbstbestimmung ist – auch bei Demenzerkrankungen – ein grundlegendes Menschen- bzw. Grundrecht. Es umfasst die freie Entfaltung der Persönlichkeit, das Recht, eigene Entscheidungen zu treffen und das Recht auf eigene Lebensgestaltung einschließlich des Rechtes auf Verwahrlosung [29], ohne unzulässige Einmischung von anderen Personen oder des Staates befürchten zu müssen; jedenfalls dann, solange die Rechte anderer oder die anerkannten Regeln der Gemeinschaft nicht verletzt werden (Artikel 2 Grundgesetz). Dieses Recht bleibt auch bei einer Demenzerkrankung bestehen, solange die Person in der Lage ist, eigene Entscheidungen zu treffen und diese zu kommunizieren. Dies kann auch durch Körpersprache, Mimik oder Verhaltensänderungen geschehen. Der gegenwärtige Wille hat Vorrang vor früheren Willensbekundungen. Menschen mit Demenz sind oft noch lange in der Lage, in bestimmten Lebensbereichen eigene Entscheidungen zu treffen. Möchte der Betroffene beispielsweise nicht vom Angehörigen oder vom gesetzlichen Betreuer geduscht oder gewaschen werden, muss diesem

selbstbestimmten Wunsch entsprochen werden. Solange sich der Betroffene damit nicht selbst schadet, ist seine Entscheidung zu respektieren. Finden jedoch gar keine Hygienemaßnahmen mehr statt, sollte noch einmal versucht werden, ganz in Ruhe mit dem Betroffenen zu sprechen. Reagiert er nicht darauf, sollten Hausarzt oder Sozialdienst befragt und die Anregung einer Betreuung erörtert werden.

Bei Alternative 2 hingegen hatte der inzwischen hochdemente Dr. Fischer Regeln der Gemeinschaft verletzt und war nicht in der Lage, eigene Entscheidungen zu treffen und diese zu kommunizieren. Vor allem war seine Gesundheit ernsthaft gefährdet. In solchen Fällen schreibt unsere Rechtsordnung vor, dass Menschen, die Schutz und Hilfe brauchen, diese auch erhalten müssen. Der Hausmeister hat sich also pflichtgemäß verhalten.

In der Folge wird der Sohn von Dr. Fischer beim Betreuungsgericht eine „Anregung auf Einleitung eines Betreuungsverfahrens“ geben (Kap. IV. 4.5. „Anregung auf Einleitung eines Betreuungsverfahrens“).

3.4.4 Beispiel 4: Eingriff in das Grundrecht auf Freiheit bei Anbringung von Bettgittern und Fixierung im Stuhl?

BVerfG

Die Fixierung eines Patienten stellt einen Eingriff in dessen Grundrecht auf Freiheit der Person iSd Art. 2 Abs. 2 S. 2 i. V. m. Art. 104 GG dar, zu dessen Rechtfertigung das BVerfG strenge Anforderungen aufgestellt hat. (BVerfG, Beschluss vom 16.01.2024 – BVERFG Aktenzeichen 2 BvR 1114/23)

BGH

Die Anbringung von Bettgittern und die Fixierung im Stuhl mittels eines Beckengurtes berühren das Grundrecht auf körperliche Freiheit (Art. 2 Abs. 2, 104 Abs. 2 GG). Sie bedürfen immer der Genehmigung des Betreuungsgerichts, auch wenn die pflegebedürftige Person vorher eingewilligt hat. (Aus dem Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 27.06.2012 – XII ZB 24/12.).

Einzelheiten in Kap. IV 4.10. „Genehmigungsbedürftige Einzel-Maßnahmen und Rechtsgeschäfte des Betreuers.“

3.4.5 Beispiel 5. Der Schutz von Ehe und Familie (Art. 6 Abs. 1 GG). Darf eine partiell geschäftsunfähige Person heiraten?

BVerfG

Im Hinblick auf die in Art. 6 GG geschützten Eheschließungsfreiheit, kann ein Heiratswilliger, der geschäftsunfähig ist, hinsichtlich der Eheschließung i. S. § 104 Nr. 2 BGB partiell geschäftsfähig sein. Für ihn kann das Gericht eine Betreuung anordnen.

(Beschluss vom 18.12.2002 – 1 BvL 14/02, NJW 2003, 1382)

3.4.6 Beispiel 6: Das Bürgerrecht auf eine freie Wahl (Art. 38 Abs. 2 GG). Sind Menschen mit Demenz uneingeschränkt wahlberechtigt?

„Unser“ Alzheimer Patient, der pensionierte Studiendirektor Dr. Eberhard Fischer, hat inzwischen Stufe 3 – schwere Demenz – erreicht und lebt im

Pflegeheim. Er und die meisten seiner ebenfalls wegen Demenz unter Betreuung stehenden Mitbewohner erhalten vom Amt eine Wahlbenachrichtigungskarte zur nächsten Landtagswahl. Die Heimleitung ist der Auffassung, dass die unter Betreuung stehenden Bewohner vom Wahlrecht ausgeschlossen sind und entsorgen die Wahlbenachrichtigungen. Korrekt?

Nein! Zwar waren Personen, die unter Betreuung standen, bis zum 30.6.2019 nach § 13 Abs. 2 Bundeswahlgesetz (BWahlG) vom Wahlrecht ausgeschlossen; so etwa bei der Bundestagswahl 2013. Diese Bestimmung erklärte das Bundesverfassungsgericht aber durch Beschluss vom 29. Januar 2019 (2 BvC 62/14; BGBl. I S. 368) mit Art. 38 Abs. 2 des Grundgesetzes für unvereinbar. Das Wahlrecht gehöre als elementares Bürgerrecht zu den tragenden Säulen unserer Demokratie und bleibe selbst bei einer festgestellten Demenzerkrankung bestehen.

Doch beim besten Willen: Dr. Fischer kann nicht mehr erfassen, um was es bei der Wahl geht. Kann eine andere Person für ihn wählen, z. B. sein Betreuer, der ihn auch sonst in allen Belangen vertritt?

Nein! Das Wahlrecht kann nicht auf eine andere Person übertragen werden. § 14 Abs. 4 BWahlG bestimmt: „Eine Ausübung des Wahlrechts durch einen Vertreter anstelle des Wahlberechtigten ist unzulässig.“

§ 14 Abs. 5 BWahlG lässt nur eine Hilfestellung zu, die auf technische Hilfe bei der Kundgabe einer vom Wahlberechtigten selbst getroffenen und geäußerten Wahlentscheidung beschränkt ist. Es darf keine missbräuchliche Einflussnahme erfolgen. Wenn eine Hilfsperson mit in die Wahlkabine kommen muss, ist sie zur Geheimhaltung der Kenntnisse verpflichtet, die sie bei der Hilfeleistung von der Wahl einer anderen Person erlangt hat (§ 33 Abs. 2 BWahlG Bundeswahlgesetz und § 57 Bundeswahlordnung (BWO)).

Wahlmanipulation, sei es durch die Begleitperson oder einen rechtlichen Betreuer, stellt nach § 107a StGB (Wahlfälschung) sogar eine Straftat dar. „Wer unbefugt wählt oder sonst ein unrichtiges Ergebnis einer Wahl herbeiführt oder das Ergebnis verfälscht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Unbefugt wählt auch, wer im Rahmen zulässiger Assistenz entgegen der Wahlentscheidung des Wahlberechtigten oder ohne eine geäußerte Wahlentscheidung des Wahlberechtigten eine Stimme abgibt.“

3.5 Starker Schutz demenzkranker Menschen durch Gesetze und Verordnungen

Nicht nur auf Verfassungsebene, sondern auch in einfachen Bundes- und Landesgesetzen, Rechtsverordnungen, Satzungen und allgemeinen Verwaltungsvorschriften gibt es einen starken Rechtsschutz für demenzkranke Menschen. Dazu gehören

- Behindertengleichstellungsgesetz [30]
- Sozialgesetzbuch (SGB)
 - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)
 - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft (SGB IX) i. V. m. Bundesteilhabegesetz (BTHG) [31]
 - Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) [32]
 - Recht auf Selbstbestimmung und Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen (§ 2 SGB XI),
 - Vorrang der häuslichen Pflege (§ 3 SGB XI),
 - Vorrang der Prävention und Rehabilitation (§ 5 SGB XI),

- Aufklärung und Beratung (§§ 7 und 7a SGB XI)
 - Soziales Entschädigungsrecht (SGB XIV)
- Familienrecht (mit Betreuungsrecht; BGB)
- Arbeitsrecht
 - Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) [33]

3.6 **Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (sog. Pflege-Charta)**

Die von den Bundesministerien für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie Gesundheit herausgegebene Broschüre „Pflege-Charta“ fasst in 10 Artikeln übersichtlich die wichtigsten Rechte für hilfe- und pflegebedürftige Menschen aus internationalen und europäischen Texten zusammen. Dazu gehören Rechte aus der UN-Behindertenrechtskonvention, der Europäischen Sozialcharta und der Charta der Grundrechte der EU sowie wichtige im deutschen Recht garantierten Rechte, wie die Grundrechte des Grundgesetzes und die o. a. Rechte aus §§ 33, 33c SGB I, SGB IX und XI. Die Pflege-Charta besteht aus insgesamt folgenden acht Artikeln:

Pflege-Charta

Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können.

Artikel 2: Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

Artikel 3: Privatheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe und Pflege sowie der Behandlung.

Artikel 6: Wertschätzung, Kommunikation und Teilhabe an der Gesellschaft

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.

3.7 Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Die von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., dem Deutschen Hospiz- und Palliativ Verband e. V. sowie der Bundesärztekammer in Kooperation mit zahlreichen Institutionen am „Runden Tisch“ erarbeitete Charta zur Betreuung schwerstkranker und

sterbender Menschen in Deutschland [34] setzt sich für Menschen ein, die aufgrund einer fortschreitenden, lebensbegrenzenden Erkrankung mit Sterben und Tod konfrontiert sind. Die fünf Leitsätze der Charta formulieren Aufgaben, Ziele und Handlungsbedarfe, um die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland zu verbessern:

1. Gesellschaftspolitische Herausforderungen – Ethik, Recht und öffentliche Kommunikation
2. Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen.
3. Bedürfnisse der Betroffenen – Anforderungen an die Versorgungsstrukturen.
4. Jeder schwerstkranker und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung, die seiner individuellen Lebenssituation und seinem hospizlich-palliativen Versorgungsbedarf Rechnung trägt.
5. Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung
6. Jeder schwerstkranker und sterbende Mensch hat ein Recht auf eine angemessene, qualifizierte und bei Bedarf multiprofessionelle Behandlung und Begleitung.
7. Entwicklungsperspektiven und Forschung
8. Jeder schwerstkranker und sterbende Mensch hat ein Recht darauf, nach dem allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse behandelt und betreut zu werden.
9. Die europäische und internationale Dimension
10. Jeder schwerstkranker und sterbende Mensch hat ein Recht darauf, dass etablierte und anerkannte internationale Empfehlungen und Standards zur Palliativversorgung zu seinem Wohl angemessen berücksichtigt werden.

4. Überblick über wichtige rechtliche Regelungen zum Schutz der Menschenrechte von pflegenden Angehörigen bei der Pflege von an Demenz erkrankten Personen

Immer mehr Menschen sind in Deutschland im Zuge der Alterung der Gesellschaft von Pflegebedürftigkeit betroffen. Im Dezember 2021 gab es 4,96 Mio. pflegebedürftige Personen. 4,17 Millionen Pflegebedürftige beziehungsweise 84 % wurden 2021 zu Hause versorgt, und zwar überwiegend von Angehörigen. Aufgrund der weiteren Alterung der Gesellschaft erwarten Prognosen und Vorausberechnungen auch für die nächsten Jahre eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen und weiter steigenden Versorgungsbedarf. [35]

Die flächendeckende Sicherstellung einer menschenwürdigen Pflege ist damit nur möglich, wenn es auch eine ausreichende Unterstützung pflegender Familienangehöriger gibt. Umso wichtiger ist es, dass es auch rechtliche Regelungen zum Schutz der Menschenwürde pflegender Angehöriger gibt.

Im Lauf der Zeit wurden Regelungen getroffen, die pflegende Angehörige unterstützen.

Rentenansprüche für pflegende Angehöriger

So besteht die Möglichkeit, auch ohne eigene Beitragszahlung einen Rentenanspruch zu erwerben [36] .

Freistellungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige

Beschäftigte sind von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freizustellen, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen (Pflegezeit). Dieser Anspruch besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit 15 oder weniger Beschäftigten (§ 1 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) [37] ; Familienpflegezeitgesetz (FPfZG [38])). Pflegende Angehörige dürfen nicht wegen der Inanspruchnahme und Beantragung von Rechten nach dem Pflegezeitgesetz oder dem Familienpflegezeitgesetz durch ihren Arbeitgeber benachteiligt werden.

Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung für pflegende Angehörige

Bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (§ 2 Abs. 1 PflegeZG) können Beschäftigte gem. § 44a Abs. 3 SGB XI u. a. maximal zehn Arbeitstage im Jahr Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld haben, sofern kein Entgeltfortzahlungsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber besteht.

Indirekte Leistung durch Zahlung von Pflegegeldleistungen an die pflegebedürftige Person

Darüber hinaus bietet das SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) zur Entlastung pflegender Angehöriger – und damit auch zur Sicherstellung einer menschenwürdigen Pflege in häuslicher Umgebung – mehrere Leistungen an. Die – an die Pflegekassen zu stellenden Anträge – bestehen zwar für den Pflegebedürftigen. Dieser aber hat die entsprechenden Leistungen für die Entlastung der Pflegepersonen einzusetzen. Dazu gehören:

- Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI);
- Kosten einer notwendigen Ersatzpflege, wenn eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist. (§ 39 SGB XI);
- Kosten für die sog. Verhinderungspflege für einen Zeitraum von maximal sechs Wochen je Kalenderjahr;

- Zusätzlich haben Pflegebedürftige in häuslicher Pflege Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von monatlich 125 Euro (§ 45b SGB XI).

Einzelheiten kann man dem Online-Ratgeber Pflege des Bundesministeriums für Gesundheit entnehmen.

5. Wichtige rechtliche Regelungen zum Schutz der Menschenrechte von professionellen Pflegekräften bei Pflegefällen mit Demenz

Pflegekräfte in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen müssen eine adäquate Ausbildung und menschenwürdige Arbeitsbedingungen haben.

Im Hinblick auf die Ausbildung von Pflegekräften, insbesondere von Pflegekräften, die in der Alten- und Demenzpflege tätig sind, wird auf die Ausführungen von Dr. Silke Morche im Kap. XII. „In welchem Umfang werden der Persönlichkeitsschutz von demenzkranken Menschen und die rechtlichen Besonderheiten bei Demenz in der Ausbildung von Pflegefachkräften berücksichtigt?“ Bezug genommen. Sie erläutert darin auch das Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG), Gesetz über die Pflegeberufe [39]

Es gibt zahlreiche gesetzliche Regelungen und Verordnungen zu den Arbeitsbedingungen, so etwa die seit dem 1. Februar 2024 gültige 6. Pflegearbeitsbedingungenverordnung (PflegeArbbV) des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS).

- Die Gleichbehandlung im Arbeitsleben wird vor allem durch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) [40] geregelt.
- Die Festlegung von Arbeitszeiten, die zum Schutz von Arbeitnehmern eine Vereinbarung von Familie und Beruf ermöglichen, findet man im Arbeitszeitgesetz (ArbZG) [41]
- Adäquate Entlohnung der erbrachten Leistungen regelt z. B. das Gesetz zur Regelung eines allgemeinen Mindestlohns (Mindestlohngesetz – MiLoG [42])

IV. Rechtliche Folgen durch den sukzessiven Verlust von Geschäfts-, Schuld- und Deliktsfähigkeit bei Demenz – Aufsichtspflichten, Vollmachten zur Vorsorge und Betreuungsverfahren

Sigrun von Hasseln-Grindel

1. Basics zur Geschäftsfähigkeit sowie zur Schuld- und Deliktsfähigkeit

1.1 Demenz bedeutet nicht automatisch Geschäfts- und Deliktsunfähigkeit

Je weiter eine Demenz fortschreitet, desto weniger sind Demenz-Patienten in der Lage, die Tragweite ihres Handelns richtig einzuordnen.

Das kann große Folgen für die Beurteilung ihrer Geschäftsfähigkeit sowie ihrer Schuld- und Deliktsfähigkeit haben.

Geschäftsfähigkeit ist die Fähigkeit, selbstständig eine Willenserklärung abgeben und ein Rechtsgeschäft vollwirksam vornehmen zu können/dürfen, ohne dass es dazu fremder Hilfe durch Einwilligung oder durch Genehmigung einer dritten Person bedarf. Nach allgemeiner Auffassung ist bei einem Volljährigen die Geschäftsfähigkeit als Regel zu unterstellen. Ihr

Fehlen ist die Ausnahme. Wer sich auf Geschäftsunfähigkeit beruft, hat daher ihre Voraussetzungen zu beweisen. [43]

Schuld- und Deliktsfähigkeit: Schuldhaft handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig einen Schaden anrichtet und die Fähigkeit hat, das Unrecht dieser Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln. Er ist i. d. R. damit zugleich deliktfähig [44] . Auch insoweit unterstellt man nach allgemeiner Auffassung die Schuld- und Deliktsfähigkeit eines Volljährigen als Regel.

Das kann bei Demenzzkranken anders sein, muss es aber nicht. Denn – anders als im früheren Entmündigungsrecht [45] – bedeutet Demenz nicht automatisch Geschäftsunfähigkeit (§ 104 BGB) und Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB). Vielmehr entspricht es dem Willen des Gesetzgebers, Menschen mit Demenz so viel wie möglich Selbstständigkeit zu erhalten. Ob eine Geschäfts- und Schuldfähigkeit gegeben ist, richtet sich deshalb individuell nach dem jeweiligen geistigen Zustand des Erkrankten. Zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit sollen die Bereiche Informationsverständnis, Krankheits- und Behandlungseinsicht, Urteilsvermögen und Kommunizieren einer Entscheidung bei der betroffenen Person beurteilt und diese Bewertungen in das Gesamturteil mit einbezogen werden [46] .

Beispiel: Beim Wohnungsputz wirft ein gesunder Bewohner der 2. Etage einen lästigen Blumentopf aus dem Fenster.

- Denkt er nicht darüber nach, dass dieser einen Passanten treffen könnte, handelt er fahrlässig.
- Wirft er den Blumentopf runter, weil er sieht, dass sein verhasster Nachbar dort langgeht und will diesen verletzen, handelt er vorsätzlich.

In beiden Fällen hat er schuldhaft gehandelt und wird, wenn ein Mensch verletzt wurde, zur Verantwortung gezogen:

- im Zivilrecht muss er Schadensersatz (und evtl. Schmerzensgeld) leisten und
- im Strafrecht wird er wegen fahrlässiger oder vorsätzlicher Körperverletzung betrafft.

Abwandlung: Der Bewohner der 2. Etage leidet unter einer Demenz. Hier ist zu prüfen, ob er für sein Handeln verantwortlich ist und folglich für den Schaden zivil- und strafrechtlich haftet. Das ist i. d. R. durch einen Sachverständigen festzustellen. Dieser prüft, ob der Betroffene zum Zeitpunkt der Tat fähig war, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln. War die Fähigkeit nur vermindert vorhanden, haftet er nur zum Teil; war sie ausgeschlossen, haftet er weder zivil- noch strafrechtlich.

1.2 Wichtige gesetzliche Regeln

Bei der Frage, ob eine an Demenz oder an einer sonstigen, die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigenden Erkrankung, leidende Person geschäfts- und deliktsfähig ist, spielen die nachstehenden Rechtsvorschriften stets eine zentrale Rolle.

1.2.1 Wichtige gesetzliche Regeln zur Geschäftsfähigkeit

Die wichtigsten gesetzlichen Regeln rund um die Geschäftsfähigkeit findet man im Allgemeinen Teil des Bürgerlichen Gesetzbuches unter §§ 104–113 BGB.

§ 104 BGB (Geschäftsunfähigkeit)

Geschäftsunfähig ist:

- (1) wer nicht das siebente Lebensjahr vollendet hat,
- (2) wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist.

§ 105 BGB (Nichtigkeit der Willenserklärung)

- (1) Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig.
- (2) Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustand der Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird.

§ 105a BGB (Geschäfte des täglichen Lebens)

- (1) Tätigt ein volljähriger Geschäftsunfähiger ein Geschäft des täglichen Lebens, das mit geringwertigen Mitteln bewirkt werden kann, so gilt der von ihm geschlossene Vertrag in Ansehung von Leistung und, soweit vereinbart, Gegenleistung als wirksam, sobald Leistung und Gegenleistung bewirkt sind.
- (2) Satz 1 gilt nicht bei einer erheblichen Gefahr für die Person oder das Vermögen des Geschäftsunfähigen.

§ 106 BGB (Beschränkte Geschäftsfähigkeit Minderjähriger)

Ein Minderjähriger, der das siebente Lebensjahr vollendet hat, ist nach Maßgabe der §§ 107 bis 113 in der Geschäftsfähigkeit beschränkt.

§ 107 BGB (Einwilligung des gesetzlichen Vertreters)

Der Minderjährige bedarf zu einer Willenserklärung, durch die er nicht lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangt, der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters.

§ 108 BGB (Vertragsschluss ohne Einwilligung)

(1) Schließt der Minderjährige einen Vertrag ohne die erforderliche Einwilligung des gesetzlichen Vertreters, so hängt die Wirksamkeit des Vertrags von der Genehmigung des Vertreters ab.

(2) 1Fordert der andere Teil den Vertreter zur Erklärung über die Genehmigung auf, so kann die Erklärung nur ihm gegenüber erfolgen; eine vor der Aufforderung dem Minderjährigen gegenüber erklärte Genehmigung oder Verweigerung der Genehmigung wird unwirksam. 2Die Genehmigung kann nur bis zum Ablauf von zwei Wochen nach dem Empfang der Aufforderung erklärt werden; wird sie nicht erklärt, so gilt sie als verweigert.

(3) Ist der Minderjährige unbeschränkt geschäftsfähig geworden, so tritt seine Genehmigung an die Stelle der Genehmigung des Vertreters.

§ 109 BGB (Widerrufsrecht des anderen Teils)

(1) 1Bis zur Genehmigung des Vertrags ist der andere Teil zum Widerruf berechtigt. 2Der Widerruf kann auch dem Minderjährigen gegenüber erklärt werden.

(2) Hat der andere Teil die Minderjährigkeit gekannt, so kann er nur widerrufen, wenn der Minderjährige der Wahrheit zuwider die Einwilligung des Vertreters behauptet hat; er kann auch in diesem Falle nicht widerrufen, wenn ihm das Fehlen der Einwilligung bei dem Abschluss des Vertrags bekannt war.

§ 110 BGB (Bewirken der Leistung mit eigenen Mitteln)

Ein von dem Minderjährigen ohne Zustimmung des gesetzlichen Vertreters geschlossener Vertrag gilt als von Anfang an wirksam, wenn der Minderjährige die vertragsmäßige Leistung mit Mitteln bewirkt, die ihm zu diesem Zweck oder zu freier Verfügung von dem Vertreter oder mit dessen Zustimmung von einem Dritten überlassen worden sind.

§ 111 BGB (Einseitige Rechtsgeschäfte)

1Ein einseitiges Rechtsgeschäft, das der Minderjährige ohne die erforderliche Einwilligung des gesetzlichen Vertreters vornimmt, ist unwirksam. 2Nimmt der Minderjährige mit dieser Einwilligung ein solches Rechtsgeschäft einem anderen gegenüber vor, so ist das Rechtsgeschäft unwirksam, wenn der Minderjährige die Einwilligung nicht in schriftlicher Form vorlegt und der andere das Rechtsgeschäft aus diesem Grunde unverzüglich zurückweist. 3Die Zurückweisung ist ausgeschlossen, wenn der Vertreter den anderen von der Einwilligung in Kenntnis gesetzt hatte.

1.2.2 Wichtige gesetzliche Regeln zur Schuld- und Deliktsfähigkeit

§ 276 BGB (Verantwortlichkeit des Schuldners)

(1) Der Schuldner hat Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten, wenn eine strengere oder mildere Haftung weder bestimmt noch aus dem sonstigen Inhalt des Schuldverhältnisses, insbesondere aus der Übernahme einer Garantie oder eines Beschaffungsrisikos, zu entnehmen ist. Die Vorschriften der §§ 827 und 828 finden entsprechende Anwendung.

(2) Fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt.

(3) Die Haftung wegen Vorsatzes kann dem Schuldner nicht im Voraus erlassen werden.

§ 823 BGB (Schadensersatzpflicht)

(1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

(2) Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalt des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

§ 827 BGB (Ausschluss und Minderung der Verantwortlichkeit)

Wer im Zustand der Bewusstlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit einem anderen Schaden zufügt, ist für den Schaden nicht verantwortlich.

§ 20 StGB (Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen)

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer Intelligenzminderung oder einer schweren anderen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

§ 21 StGB (Verminderte Schuldfähigkeit)

Ist die Fähigkeit des Täters, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, aus einem der in § 20 bezeichneten Gründe bei Begehung der Tat erheblich vermindert, so kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden.

1.3 Anzeichen, dass Einschränkungen in der Geschäftsfähigkeit sowie bei der Schuld- und Deliktsfähigkeit bei einer Demenz 1. Grades bestehen könnten

In der Regel bleiben bei einer Demenz 1. Grades Geschäftsfähigkeit sowie Schuld- und Deliktsfähigkeit vollen Umfangs erhalten.

So leidet unser Protagonist, der pensionierte Studiendirektor Dr. Eberhard Fischer, in der ersten Stufe seiner festgestellten Alzheimer-Demenz zunächst nur unter Vergesslichkeit, ersten Defiziten bei der örtlichen und zeitlichen Orientierung und ersten Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags. Er kann aber noch arbeiten und Auto fahren. Es ist deshalb davon auszugehen, dass er in seiner Geschäftsfähigkeit nicht eingeschränkt ist und Recht und Unrecht noch gut unterscheiden kann.

1.3.1 Einmalige Fehlausgabe meist kein Hinweis auf eingeschränkte Geschäftsfähigkeit

Schließt Dr. Fischer in einem Anfall von Selbstmitleid über verpasste Chancen im Leben einen Kaufvertrag über ein teures Auto, dürfte dieser im Zweifel wirksam sein, es sei denn, es gelingt ihm der Nachweis, dass er

aufgrund seiner Erkrankung an diesem Tag geschäftsunfähig war. Damit sollte er jedoch vorsichtig sein, denn die Führerscheinstelle könnte, wenn sie davon erfährt, eine MPU anfordern, und auch der Arbeitgeber von Dr. Fischer könnte – schon aus seiner Fürsorge- und Aufsichtspflicht – darüber nachdenken, ob er seinen Arbeitnehmer amtsärztlich auf seine Arbeitsfähigkeit untersuchen lässt.

1.3.2 Zunehmende neuartige und unvernünftige Verhaltensweisen des Betroffenen fordern vermehrte Aufmerksamkeit des sozialen Umfeldes

Als Angehöriger, Pflegeperson oder behandelnder Arzt sollte man, sobald die Diagnose Demenz im Raum steht, stets aufmerksam verfolgen, wie sich die Krankheit des Betroffenen fortentwickelt.

So sollte in Bezug auf seine **Geschäftsfähigkeit** darauf geachtet werden, ob der Patient plötzlich häufig unsinnige Geldausgaben oder Geschenke macht, insbesondere wenn er vorher geizig war. So entdecken ältere Menschen – gerade bei Demenz 1. Grades – nicht selten ihre Leidenschaft zu Glücksspielen, die zur Spielsucht ausarten kann und verlieren dabei – meist unwiederbringlich – viel Geld. [47] Bedenklich auch, wenn der Patient häufiger bei Verkaufsveranstaltungen, wie sog. Kaffeefahrten, wertlose Gegenstände zu Wucherpreisen erwirbt, Online-Mitgliedschaften für viel Geld eingeht, mit der Kreditkarte bis zum Anschlag Bitcoins kauft, ohne zu wissen, was man damit macht, der Haushaltshilfe plötzlich 5.000 € für ihr Kind gibt, und in einer solchen Serie von Gelddrausschmeißen noch einen flippigen Sportwagen zur vermeintlichen Verlängerung der Manneskraft kauft, obwohl er sich mit seiner Arthrose und 130 kg Körpergewicht, niemals in das Auto zwängen kann. Denn in solchen Fällen

(Kaufsucht, Verschwendungssucht, unverhältnismäßiges und selbstschädigendes Verschenken) vollzieht sich manchmal unmerklich der Übergang von der leichten Demenz zur mittelgradigen Demenz, die auch mit nachlassendem Realitätssinn einhergehen kann.

Auch im Hinblick auf die – bei einer Demenz 1. Grades i. d. R. nicht eingeschränkten – **Schuld- und Deliktsfähigkeit** sollte man als Angehöriger ebenfalls darauf achten, ob der Patient vermehrt Vorsichtsmaßnahmen außer Acht lässt, etwa im Straßenverkehr oder zu Hause beim Umgang mit Herdplatten und Wasserzuläufen oder andere Menschen beleidigt oder bedroht.

Wenn man als Angehöriger derartige Auffälligkeiten bemerkt, muss man dringend mit dem Patienten darüber sprechen und die Sache aufklären. Denn man kann als Angehöriger – z. B. als Ehegatte oder als Kind – eine Garantenstellung oder Aufsichtspflicht haben, aus der man möglicherweise selbst haftet (vgl. unten 7. „Special: Haftung von Aufsichtspersonen, wenn der Demenzkranke Schaden erleidet oder Dritten Schaden zufügt“).

Optimal ist es, wenn man als Angehöriger den Demenzpatienten zum Arzt begleitet, diesen über Auffälligkeiten informiert und gemeinsam weitere Schritte plant. Voraussetzung ist, dass der Patient einwilligt.

1.4 Aufgaben von Angehörigen bei Anzeichen von Einschränkungen der Geschäfts- und Schuldfähigkeit bei einer Demenz 2. Grades

Das Vorliegen einer Demenz 2. Grades ist für Angehörige und das soziale Umfeld des Patienten meist die schwierigste Stufe. Da die Demenzerkrankung schleichend verläuft, bemerkt man als Angehöriger zunächst nicht immer rechtzeitig den sukzessiven Verlust von Geschäfts-,

Schuld- und Deliktsfähigkeit. Wenn sich aber im Lauf der Zeit Auffälligkeiten wie gravierendere Gedächtnisaussetzer, motorische Schwächen beim Ankleiden, Vernachlässigung der Körperpflege, unkoordinierte Nahrungsaufnahme, Verkommenlassen der Wohnung zur Messiwohnung, nachlassendem Realitätssinn, Bestehlungswahn, auffälliges Verhalten im Straßenverkehr, häufige, abrupte Stimmungswechsel bis hin zu aggressivem Verhalten entwickeln, wendet man sich als Angehöriger am besten an eine Demenz-Beratungsstelle, wie etwa die Alzheimer-Gesellschaft, die weiterhelfen kann.

Denn häufig entsteht ein rechtliches Vakuum. Ist jetzt der Fall eingetreten, in der die private Vorsorgevollmacht gilt, also der dort eingesetzte Vorsorgebevollmächtigte mit Vertretungsmacht für den Demenzkranken handeln darf? Oder, wenn es keine Vorsorgevollmacht gibt, muss beim Betreuungsgericht eine Anregung auf Einleitung eines Betreuungsverfahrens gegeben werden? Sind die vom Demenzkranken abgeschlossenen Verträge gültig, kann man sie rückgängig machen? Was ist, wenn der Demenzkranke einen Verkehrsunfall verursacht hat?

1.5 Hoffentlich gut vorbereitet, wenn beim Betroffenen eine Demenz 3. Grades eintritt

Stufe 3 schwere Demenz: Angewiesensein auf eine dauerhafte, unterstützende Begleitung, Betreuung und Pflege. Nahe Angehörige werden oft nicht mehr erkannt. Die Sprache ist auf wenige Wörter reduziert. Einweisung ins Krankenhaus und Pflegeheim. Anregung einer amtlichen Betreuung. Umstellung von Verträgen.

2. Die geregelte Vertretung – Vorsorge für den Fall einer unfall- oder krankheitsbedingten (auch vorübergehenden) Geschäftsunfähigkeit

2.1 Vorsorge durch die Erteilung einer oder mehrerer Vollmachten

Jeden kann plötzlich ein schwerer Unfall oder eine schwere Erkrankung (z. B. ein Schlaganfall) treffen. Niemand ist vor dem Nachlassen seiner geistigen Fähigkeiten, wie etwa bei einer sich schleichend entwickelnden Alzheimerdemenz gefeit. Kurzum: Es kann passieren, dass man nicht mehr die eigenen rechtlichen und medizinischen Angelegenheiten regeln kann.

Weitverbreiteter Irrtum: Weder der Ehepartner noch ein naher Verwandter (Kind, Geschwister, Elternteil) haben im Ernstfall ein gesetzliches Vertretungsrecht; er/sie darf also nicht automatisch den jeweils anderen Ehepartner und/oder Elternteil vertreten und in seinem Namen handeln. Dafür wird ebenfalls eine Vollmacht benötigt (Ausnahme: das 6-monatige Notvertretungsrecht der Ehegatten; § 1358 BGB). Liegt eine solche Vollmacht nicht vor, muss – wie bei Fremden – ein gerichtliches Betreuungsverfahren durchgeführt werden.

Um das zu vermeiden, sollte jeder Mensch frühzeitig vorsorgen und einen oder mehrere Menschen des Vertrauens für bestimmte Rechtsgeschäfte bevollmächtigen. Es gibt verschiedene Möglichkeiten einer Bevollmächtigung, je nachdem, für welchen Zweck sie vorgesehen ist.

Vertretung und Vollmacht sind in den §§ 164–181 BGB geregelt, Vorsorgevollmacht (§ 1820 BGB), Betreuungsverfügung (§ 1816 BGB) und

Patientenverfügung (§ 1827 BGB) überdies innerhalb der Vorschriften über die Rechtliche Betreuung (§§ 1814–1881 BGB).

2.2 Basic: die Erteilung einer Vollmacht (§ 167 BGB)

§ 167 BGB

(1) Die Erteilung der Vollmacht erfolgt durch Erklärung gegenüber dem zu Bevollmächtigten oder dem Dritten, dem gegenüber die Vertretung stattfinden soll.

(2) Die Erklärung bedarf nicht der Form, welche für das Rechtsgeschäft bestimmt ist, auf das sich die Vollmacht bezieht.

- Empfehlenswert ist zwecks Rechtssicherheit aber mindestens die Schriftform oder die elektronische Form (§§ 126, 126a BGB).
- Zudem kann sich der Bevollmächtigte einem Dritten gegenüber besser durch eine schriftliche Vollmachtsurkunde ausweisen (§ 172 BGB).
- Wird eine Vollmacht zum Grundstücksverkauf erteilt, muss diese öffentlich beglaubigt sein, also schriftlich oder elektronisch abgefasst und vom Notar (auch durch qualifizierte elektronische Signatur) beglaubigt werden (§§ 29 Abs. 1 GBO, 129 BGB).
- Besonderheiten sind auch bei der Vorsorgevollmacht zu beachten; vgl. § 1820 BGB.

2.3 Die Erteilung einer Einzelvollmacht zur Erledigung bestimmter Rechtsgeschäfte

Eine Vollmacht kann für die Vertretung eines einzelnen Rechtsgeschäfts erteilt werden, z. B. zur Abholung eines Paketes von der Post oder zum

Verkauf eines Gegenstandes. Dr. Fischer könnte, solange er noch geschäftsfähig ist, seine Kumpeline Martha bevollmächtigen, für ihn einmal im Monat seinen geliebten englischen Orangentee zu bestellen, diesen von seinem Konto zu bezahlen (Kontovollmacht). Selbst wenn Dr. Fischer später geschäftsunfähig wird, bleibt die Vollmacht gültig und er kann sogar im Pflegeheim seinen Tee empfangen.

2.4 Die transmortale Vollmacht und die postmortale Vollmacht

Eine Vollmacht erlischt nicht stets mit dem Tod des Vollmachtgebers. Vielmehr kann der Vollmachtgeber einer dritten Person eine Generalvollmacht oder eine zur Durchführung eines bestimmten Rechtsgeschäfts bestimmte Vollmacht erteilen (z. B. Geschäftsbesorgungsvertrag, § 675 BGB), die über den Tod hinaus gelten soll.

Dabei hat die **Transmortale Vollmacht** Wirkung sowohl für die Zeit des Lebens des Vollmachtgebers als auch für die Zeit nach seinem Tod. Diese macht im Fall von Demenz besonders Sinn. So könnte Studiendirektor Dr. Fischer durch eine Transmortale Vollmacht bestimmen, dass sein jüngerer literarischer Freund Helge Buch dem örtlichen Stadtarchiv nach und nach sein literarisches Werk übereignet, wenn er (Dr. Fischer) selbst nicht mehr geschäftsfähig oder verstorben ist.

Hingegen wird die **Postmortale Vollmacht** erst mit dem Tod des Vollmachtgebers wirksam. Eine Postmortale Vollmacht kann etwa für bestimmte Bankgeschäfte oder eine Bestattungsverfügung ausgestellt werden, wenn es keine Erben gibt, diese weit weg wohnen oder sich – voraussehbar – nicht einigen können.

Besteht eine Vollmacht – nebst dem zugrunde liegenden Auftrag – über den Tod des Vollmachtgebers hinaus weiter, dann bedarf der Bevollmächtigte grundsätzlich zu Rechtsgeschäften, die er nach dem Erbfall vornimmt, solange keiner Zustimmung des Erben, als dieser nicht Vollmacht oder Auftrag widerruft; er braucht sich auch nicht jeweils erst zu vergewissern, ob der Erbe mit dem beabsichtigten Geschäft einverstanden ist. Dieser Grundsatz gilt nicht, wenn sich das Handeln des Bevollmächtigten ausnahmsweise als unzulässige Rechtsausübung darstellt oder gegen die guten Sitten verstößt. [48]

2.5 Die Generalvollmacht

Bei der Generalvollmacht wird der bevollmächtigten Person eine unbeschränkte Vertretungsmacht „zur Vertretung in allen Angelegenheiten“ des Vollmachtgebers eingeräumt, bei denen eine Vertretung zulässig ist. Die bevollmächtigte Person hat z. B. das Recht, im Namen des Vollmachtgebers Verträge zu schließen und zu kündigen, Prozesse zu führen und Bankgeschäfte zu tätigen.

Ausgeschlossen ist bei der unbeschränkten Generalvollmacht die Vertretung in höchstpersönlichen Angelegenheiten. Dazu gehören Eheschließung, Scheidung, Wahlrecht oder das Aufsetzen eines Testaments. Häufig stellen Ehepartner für den jeweils anderen eine Generalvollmacht aus, damit dieser im Alltag und im Notfall bestimmte Dinge regeln kann. Bei der unbeschränkten Vertretungsmacht darf der Partner auch mit Ärzten, Krankenhäusern, öffentlichen Stellen, Versicherungen und Geschäftspartnern verhandeln und über alle Bereiche des ehelichen Vermögens verfügen.

Die Generalvollmacht hat, wenn sie nur allgemein erteilt ist, allerdings Grenzen. So darf die bevollmächtigte Person

1. **nicht** in eine ärztliche Untersuchung, eine Heilbehandlung oder einen medizinischen Eingriff einwilligen, wenn hierbei Lebensgefahr besteht (etwa bei einer Herzoperation) oder ein schwerer, länger andauernder Gesundheitsschaden zu erwarten ist (z. B. bei einer Amputation), es sei denn, dass aus der Vollmacht selbst deutlich wird, dass die jeweilige Entscheidung mit der begründeten Gefahr des Todes oder eines schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens verbunden sein kann.
2. **nicht** die Ablehnung oder den Widerruf der Einwilligung in eine ärztliche Untersuchung, eine Heilbehandlung oder einen medizinischen Eingriff erklären, wenn hierbei Lebensgefahr besteht oder ein schwerer, länger andauernder Gesundheitsschaden zu erwarten ist. Der Vertreter kann also nicht die Fortsetzung lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen ablehnen und damit den Abbruch dieser Maßnahmen herbeiführen. Ausnahme auch hier, dass der Fall bereits in der Vollmachtsurkunde erfasst ist.
3. **nicht** in eine zu ihrem Schutz notwendige freiheitsentziehende Unterbringung (z. B. Psychiatrie), in eine ärztliche Zwangsmaßnahme oder in eine andere freiheitseinschränkende Maßnahme (etwa ein Bettgitter) einwilligen.
4. **nicht** in eine Organspende einwilligen.

Außerdem braucht die bevollmächtigte Person in den Fällen 1–3 für ihre Entscheidung die Genehmigung des Betreuungsgerichts. Diese ist in den Fällen 1 und 2 wiederum nicht erforderlich, wenn zwischen der bevollmächtigten Person und dem behandelnden Arzt Einvernehmen

darüber besteht, dass die im konkreten Fall beabsichtigte Entscheidung dem Willen des Vollmachtgebers entspricht.

Man kann allerdings auch eine Generalvollmacht für einen bestimmten Zeitraum erteilen oder auf bestimmte Lebensbereiche (z. B. auf die Fortsetzung des Gewerbebetriebes) beschränken.

2.6 **Vorsorgeverfügungen für eine geregelte Rechtliche Betreuung (§§ 1814–1881 BGB)**

Vorsorgevollmacht (§ 1820 BGB), Betreuungsverfügung (§ 1816 BGB) und Patientenverfügung (§ 1827 BGB)

Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung ermöglichen eine vorausschauende Festlegung individueller Wünsche, für den Fall, dass man seine Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann. Fehlen diese Vorsorgedokumente, ordnet das Betreuungsgericht eine gesetzliche Betreuung an, die sich an den Bedürfnissen der betroffenen Person orientiert. [49]

Vorsorgeverfügungen für eine geregelte Rechtliche Betreuung (§§ 1814–1881 BGB)

Vorsorgevollmacht	Betreuungsverfügung	Patientenverfügung
§ 1820 BGB	§ 1816 BGB	§ 1827 BGB
Die verfügende Person erteilt einem anderen eine Vollmacht für den Fall, dass sie ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann , sie in allen im Einzelnen benannten Angelegenheiten zu vertreten. (s. u. 2.7)	Die verfügende Person teilt mit, welche Person(en) (nicht) ihr Betreuer werden soll(en). (s.u. 2.9)	Die verfügende Person teilt mit, welche Behandlung sie (nicht) wünscht. (s. u. 2.10)

2.7 Die spezielle Vollmacht zur Vorsorge (Vorsorgevollmacht § 1820 BGB)

Bei einer Vorsorgevollmacht erteilt der Vollmachtgeber einem anderen – schriftlich, notariell beglaubigt und notariell verwahrt – eine Vollmacht, für den Fall, dass er (der Vollmachtgeber) aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr in der Lage sein sollte, seine Angelegenheiten selbst zu regeln, ihn in den im Einzelnen benannten Angelegenheiten zu vertreten. Dies gilt sowohl für rechtliche Fragen bei einer Demenzerkrankung als auch für alle anderen Erkrankungen, die zu einer Einschränkung oder dem Verlust der Geschäftsfähigkeit führen.

Der Vorteil einer Vorsorgevollmacht ist, dass kein (fremder) rechtlicher Betreuer durch ein Gericht ermächtigt werden muss, Entscheidungen für die handlungsunfähige Person zu treffen. Wie auch bei der Generalvollmacht kann genau definiert werden, welche Arten von Entscheidungen im Rahmen der Vorsorgevollmacht durch den Bevollmächtigten getroffen werden dürfen. So kann im Vorfeld genau festgelegt werden, in welchen Bereichen eingegriffen werden darf und in welchen nicht, z. B.

- in Angelegenheiten der Gesundheitssorge und der Pflege,
- in Aufenthalts- und Wohnungsangelegenheiten,
- in der Vermögenssorge,
- in Behördenangelegenheiten,
- vor Gericht,
- im Post- und Fernmeldeverkehr.

Nach § 1820 Abs. 2 BGB setzen folgende Maßnahmen eines Bevollmächtigten voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und diese

Maßnahmen ausdrücklich umfasst:

§ 1820 Abs. 2 BGB

- (1) die Einwilligung sowie ihr Widerruf oder die Nichteinwilligung in Maßnahmen nach § 1829 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 BGB (gefährliche ärztliche Maßnahmen),
- (2) die Unterbringung nach § 1831 BGB und die Einwilligung in Maßnahmen nach § 1831 Abs. 4 BGB
- (3) die Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme nach § 1832 BGB und die Verbringung nach § 1832 Abs. 4 BGB

Keine Rechenschaftspflicht des durch eine Vorsorgevollmacht bestimmten Betreuers

Anders als ein gesetzlicher Betreuer ist der durch eine Vorsorgevollmacht Bevollmächtigte dem Betreuungsgericht gegenüber nicht rechenschaftspflichtig.

Das **Betreuungsgericht** bestellt aber einen sog. Kontrollbetreuer (§ 1820 Abs. 3 BGB) , wenn

- der Vollmachtgeber aufgrund einer Krankheit oder Behinderung nicht mehr in der Lage ist, seine Rechte gegenüber dem Bevollmächtigten auszuüben, und
- aufgrund konkreter Anhaltspunkte davon auszugehen ist, dass der Bevollmächtigte die Angelegenheiten des Vollmachtgebers nicht entsprechend der Vereinbarung oder dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Vollmachtgebers besorgt.

Aus Platzgründen kann hier kein Muster einer Vorsorgevollmacht eingefügt werden. Insoweit wird Bezug genommen auf die sehr informative Broschüre „Betreuungsrecht. Mit ausführlichen Informationen zur Vorsorgevollmacht“ des Bundesministeriums der Justiz. Diese enthält ein Muster-Formular einer

Vorsorgevollmacht und zahlreiche weitere Formulare und Tipps. Man kann die Broschüre Betreuungsrecht downloaden oder in Papierform online per Post anfordern.

Registrierung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer

Die Vorsorgevollmacht kann im Vorsorgeregister registriert werden. Auch Ärzte haben ein Einsichtsrecht, wenn die Auskunft für die Entscheidung über eine dringende medizinische Behandlung erforderlich ist. Gerade in Notfallsituationen ist die Kenntnis wichtig, ob es einen bestimmten Patientenwillen zu berücksichtigen gibt oder ob der Patient andere Person mit seiner Vertretung in gesundheitlichen Angelegenheiten bevollmächtigt hat.

Einzelheiten: Bundesnotarkammer, Zentrales Vorsorgeregister, Postfach 08 01 51, 10001 Berlin. <https://www.vorsorgeregister.de> .

2.8 Wodurch unterscheiden sich Generalvollmacht und Vorsorgevollmacht?

Die Begriffe Generalvollmacht und Vorsorgevollmacht werden zwar häufig synonym verwendet, unterscheiden sich aber.

Beginn der Gültigkeit

Während die Generalvollmacht ab dem Zeitpunkt der Erteilung gilt und nicht zwingend voraussetzt, dass der Vollmachtgeber geschäftsunfähig ist, kommt die Vorsorgevollmacht erst dann zum Einsatz, wenn der Vollmachtgeber nicht mehr in der Lage ist, eigene Entscheidungen zu treffen – also geschäftsunfähig ist.

Dauer der Gültigkeit

Ein weiterer wichtiger Unterschied betrifft die Dauer der Gültigkeit dieser beiden Vollmachten:

- Eine Generalvollmacht kann **über den Tod des Vollmachtgebers hinaus gültig** sein und ermöglicht es dem Bevollmächtigten, weiterhin Geschäfte durchzuführen, solange dieses Recht nicht von den rechtmäßigen Erben widerrufen wird. (Transmortale Generalvollmacht)
- Eine Vorsorgevollmacht, die von einer Betreuungsbehörde beglaubigt worden ist, ist hingegen nach § 7 Abs. 1 des Betreuungsorganisationsgesetzes **mit dem Tod des Vollmachtgebers wirkungslos**.

Missbrauchsmöglichkeit bei der Generalvollmacht

Nachteile der Generalvollmacht werden zuweilen gesehen: Es besteht die Gefahr von Missbrauch, da es keine Kontrollinstanz gibt. Das zeigt das Beispiel von Rechtsanwältin Christel Henk in Kap.V.2 „Missbrauch einer notariellen Generalvollmacht und erbrechtliches Chaos nach unterschiedlichen Gutachten zur Frage der Geschäftsfähigkeit der Vollmachtgeberin“.

Oft ist keine Entschädigung des Bevollmächtigten geregelt. Zudem gibt es für den Bevollmächtigten weder eine Beratungsstelle noch Versicherungsschutz.

2.9 Die Betreuungsverfügung (§ 1816 Abs. 2 BGB). Wünsche des Volljährigen in Bezug auf die Person des Betreuers

Wünscht der Volljährige eine Person als Betreuer, so hat das Betreuungsgericht diesem Wunsch zu entsprechen, es sei denn, die

gewünschte Person ist zur Führung der Betreuung nicht geeignet.

Ebenfalls hat das Betreuungsgericht dem Wunsch des Volljährigen zu entsprechen, wenn der eine bestimmte Person als Betreuer ablehnt.

Bei der Betreuungsverfügung geht es also – anders als bei der Vorsorgevollmacht – nicht darum, eine gerichtliche Betreuung zu vermeiden, sondern diese, insbesondere durch die Auswahl des Betreuers und dessen Betreuerpflichten zu beeinflussen.

Es können auch Wünsche geäußert werden, die ein gesetzlicher Betreuer berücksichtigen soll, so etwa, ob der Demenzkranke zu Hause oder im Pflegeheim versorgt werden möchte, und welches Pflegeheim er bevorzugt.

Außerdem steht der im Rahmen der Betreuungsverfügung bestellte Betreuer im Unterschied zur Vorsorgevollmacht unter gerichtlicher Aufsicht. Das Gericht überwacht also die Tätigkeiten des Betreuers, um sicherzustellen, dass er im Interesse des Betreuten handelt.

Schließlich ist für die **Erstellung einer Betreuungsverfügung nicht unbedingt eine volle Geschäftsfähigkeit nötig**. Das Gericht berücksichtigt die in der Betreuungsverfügung geäußerten Wünsche auch dann, wenn sie von einer Person stammen, die zum Zeitpunkt der Erstellung nicht voll geschäftsfähig war.

Muster

Betreuungsverfügung

Ich

Name, Vorname: Mustermann, Axel

Geburtsdatum: 31.08.1945

Geburtsort: Dortmund

Adresse: Goetheallee 3, Musterstadt

Telefon, Telefax, E-Mail: ...

lege hiermit für den Fall, dass ich infolge Krankheit oder Behinderung meine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst besorgen kann und deshalb ein Betreuer für mich bestellt werden muss, Folgendes fest:

Zu meinem Betreuer soll bestellt werden:

Mein Neffe: Herr Daniel Groß, geb. am 05.02.1965, Schillerstr. 5, Neustadt (bei Musterstadt)

Falls die vorstehende Person nicht zum Betreuer bestellt werden kann, soll folgende Person bestellt werden:

Meine Nichte: Frau Ricarda Richater, geb. am 09.06.1970, Hölderlinstr. 5, Siegen

Auf keinen Fall soll zum Betreuer bestellt werden:

Mein Sohn: Detlev Mustermann, geb. am 30.09.1975, Adresse unbekannt, vermutlich Australien

Zur Wahrnehmung meiner Angelegenheiten durch den Betreuer habe ich folgende Wünsche:

- Ich habe jetzt Pflegegrad 3 und kann mir, da regelmäßig der Pflegedienst und eine Hilfskraft für den Haushalt kommen, ganz gut allein zu Hause helfen. Sollte ich einen höheren Pflegegrad erhalten oder sich meine begonnene Demenz so verschlechtern, dass ein Betreuer bestellt werden muss, möchte ich trotzdem so lange wie möglich zu Hause bleiben.
- Wenn ich nicht mehr in der Lage bin, allein zu Hause zu wohnen, möchte ich in ein Einzelzimmer im Pflegeheim „Glückliches Alter“ beziehen. Dort habe ich mich vorsorglich angemeldet. Ich lege allergrößten Wert auf ein Einzelzimmer. Falls im Pflegeheim kein Einzelzimmer frei ist, bin ich mit einer vorübergehenden Einzelzimmer-Unterbringung in einem anderen Heim in gleicher Preislage einverstanden.

- Mein treuer Hund Wolfi soll so lange wie möglich bei mir bleiben. Ich bitte, eine Hilfskraft mit Ernährung, Pflege und dem regelmäßigen Gassigehen zu betrauen und sie dafür ordnungsgemäß von meinem Konto zu vergüten und darüber abzurechnen.

Im Übrigen habe ich meine Einstellung zu Krankheit und Sterben in der beigefügten Patientenverfügung niedergelegt. Diese soll der Betreuer beachten.

Musterstadt, den ...

Unterschrift: Axel Mustermann

2.10 Patientenverfügung bei Demenz (§ 1827 BGB). Wünsche des Volljährigen in Bezug auf die Art der medizinischen Behandlung

In einer Patientenverfügung kann man als volljährige Person schriftlich für den Fall der eigenen Entscheidungsunfähigkeit im Voraus festlegen, ob und wie man in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden möchte. Ärzte und Pflegepersonal sind verpflichtet, sich an die in der Patientenverfügung festgelegten Wünsche zu halten, um die Selbstständigkeit und den Willen der Person mit Demenz auch in fortgeschrittenen Stadien der Krankheit zu wahren.

Das Bundesministerium der Justiz empfiehlt in der Broschüre „Patientenverfügung. Wie sichere ich meine Selbstbestimmung in gesundheitlichen Angelegenheiten“ folgenden Aufbau der Patientenverfügung.

- Eingangsformel
- Situationen, für die die Patientenverfügung gelten soll

- Festlegungen zu ärztlichen/pflegerischen Maßnahmen
- Wünsche zu Ort und Begleitung
- Aussagen zur Verbindlichkeit
- Hinweise auf weitere Vorsorgeverfügungen
- Hinweis auf beigefügte Erläuterungen zur Patientenverfügung
- Aussagen zur Organspende
- Schlussformel
- Schlussbemerkungen
- Datum, Unterschrift
- Aktualisierung(en), Datum,
- Unterschrift
- Anhang: Wertvorstellungen

Aus Platzgründen kann hier kein Muster einer Patientenverfügung eingefügt werden. Insoweit wird Bezug genommen auf die o. a. sehr informative Broschüre Patientenverfügung des Bundesministeriums der Justiz. Diese enthält auf S. 23 ff. ein Muster-Formular einer Patientenverfügung und zahlreiche weitere Formulare und Tipps. Man kann die Broschüre Patientenverfügung downloaden oder in Papierform online per Post anfordern.

Registrierung im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer

Ein Hinweis auf das Vorliegen einer Patientenverfügung kann auch im Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer registriert werden.

Einzelheiten: Bundesnotarkammer, Zentrales Vorsorgeregister, Postfach 08 01 51, 10001 Berlin. <https://www.vorsorgeregister.de> .

Außerdem können Hinweise auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort einer Patientenverfügung auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden.

2.11 Eine (Vorsorge-)Vollmacht kann i. d. R. nur im Vollbesitz der geistigen Kräfte erteilt werden

Stets gilt: Da eine Vollmacht/Verfügung eine Willenserklärung ist, durch die der Vollmachtgeber sein Recht, eine bestimmte Tätigkeit auszuführen, auf eine andere Person überträgt, muss sie erteilt worden sein, solange er (noch) selbstbestimmt entscheiden kann (vgl. §§ 104, 105 BGB).

Wenn die Diagnose Demenz erst einmal gestellt ist, kann die betroffene Person im Anfangsstadium zwar meist noch Vollmachten erteilen. Um aber nicht das Risiko einzugehen, dass eine solche Vollmacht später durch das Gericht für unwirksam erklärt wird [50], sollte eine schriftliche und notariell beglaubigte Vollmachtsurkunde ausgestellt werden. Denn die notarielle Beurkundung enthält nicht nur einen Identitätsnachweis, sondern auch den Nachweis der Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers zum Zeitpunkt der Bevollmächtigung. Der Notar ist gemäß § 11 BeurkG verpflichtet, sich von der Geschäftsfähigkeit des Vollmachtgebers zu überzeugen und eine Beurkundung gegebenenfalls abzulehnen. Bestehen – etwa bei einer fortgeschrittenen Demenz mit einer nur noch partiellen Geschäftsfähigkeit –, Unsicherheiten, ob der Vollmachtgeber speziell zu dem Thema, das Gegenstand der Erklärung vor dem Notar ist, noch ausreichend geschäftsfähig ist, sollte zwecks Vermeidung späterer Prozesse zusätzlich eine ärztliche Bescheinigung in die notariell beglaubigte Vollmachtsurkunde eingebunden werden, aus der sich ergibt, dass die betroffene Person ihre Entscheidung zu dem bestimmten Thema im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte getroffen hat. Optimal, wenn der Arzt der notariellen Beurkundung beiwohnt, z. B. in der Klinik oder im Pflegeheim.

Immer wieder werden Prozesse über die Frage geführt, ob die Vollmacht gebende Person zum Zeitpunkt der Vollmachtserteilung noch ausreichend

geschäftsfähig war.

Zur Frage einer partiellen Geschäftsfähigkeit bei Vollmachtserteilung (§§ 104, 164, 1896 bzw. 1814 ff. BGB) hat das Oberlandesgericht München durch Beschluss vom 05. Juni 2009 [51] entschieden:

- a) Die Diagnose einer fortschreitenden Demenz steht der Wirksamkeit einer früher erteilten notariellen Vorsorgevollmacht nicht entgegen, solange nicht die Geschäftsunfähigkeit des Betroffenen bereits zum Zeitpunkt der Beurkundung hinreichend sicher feststeht. Hat der Betroffene bewusst und in freier Willensentschließung eine Vertrauensperson bevollmächtigt, kann jedenfalls eine hierauf bezogene (partielle) Geschäftsfähigkeit selbst dann zu bejahen sein, wenn nicht auszuschließende leichtere kognitive Defizite zu Bedenken gegen die Wirksamkeit anderweitiger Willenserklärungen Anlass geben können.
- b) Zweifel an der Geschäftsfähigkeit zum Zeitpunkt einer Vollmachtserteilung beeinträchtigen die Eignung der Vollmacht als Alternative zur Betreuung nur dann, wenn sie konkrete Schwierigkeiten des Bevollmächtigten im Rechtsverkehr erwarten lassen.

In einem anderen Fall, in dem die Vollmachtgeberin ihre Vollmacht erteilt hat, als sie bereits dement war, hat das Landgericht Oldenburg durch Beschluss vom 16.12.2016 [52] entschieden: „... Die der Tochter J. am 30.06.2014 erteilte Vollmacht ist gem. §§ 105, 104 Nr. 2 BGB nichtig, weil die betroffene (Mutter) sie in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit abgegeben hat, sie somit geschäftsunfähig war. Dem Gutachten des Prof. H. vom 14.01.2016 zufolge, der die Verfahrensakten, die Krankenunterlagen und die Pflegeberichte mit Beginn des Krankenhausaufenthalts im Oktober

2012 ausgewertet hat, leidet die Betroffene unter einer vaskulären Demenz und vermutlich einer Alzheimer Demenz. Bereits im Juni 2010 sei durch MRT eine generalisierte Hirnatrophie festgestellt worden. Mitte 2011 seien echte kognitive Störungen neuropsychologisch nachgewiesen worden. Im Jahr 2014 hätten sich tiefgreifende kognitive Störungen in allen Bereichen des täglichen Lebens offenbart. Am 30.06.2014 habe die Betroffene sich nach Auswertung aller Befunde in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden. Die neuroradiologischen Befunde korrelierten mit der geschilderten klinischen Symptomatik und seien typisch für eine schwere demenzielle Entwicklung. Bei seiner ergänzenden Befragung am 08.07.2016 hat der Sachverständige angesichts der genannten Befunde – MRT sowie Pflegeberichte, die von Zuständen hochgradiger Verwirrung, Desorientierung und Aggressivität seit Ende Mai 2014 zeugen – ausgeschlossen, dass die Betroffene die Vollmacht in einem lichten Moment erteilt haben könne ...“

2.12 Wie funktioniert der Widerruf einer Vollmacht, wenn die Vollmacht gebende Person inzwischen geschäftsunfähig ist?

Eine Vollmacht kann widerrufen werden.

Der Widerruf hat – als einseitige, empfangsbedürftige – Willenserklärung gegenüber demjenigen zu erfolgen, dem gegenüber die Vollmacht erteilt wurde (§§ 168 S. 3, 167 Abs. 1 BGB).

- Bei dem Vorliegen einer sog. Innenvollmacht ist der Widerruf dem Bevollmächtigten gegenüber zu erklären.

■

Beim Vorliegen einer Außenvollmacht ist der Widerruf dem Dritten gegenüber zu erklären (§ 170 BGB).

Form des Widerrufs. Der Widerruf einer Vollmacht kann zwar formlos erklärt werden. Dies gilt unabhängig davon, ob die Erteilung der Vollmacht in Teilbereichen der Schriftform oder notariellen Beurkundung bedurfte. Dennoch sollte der Widerruf zu Beweis Zwecken stets schriftlich erfolgen.

Widerruf einer Vorsorgevollmacht. Handelt es sich um eine Vorsorgevollmacht, sollte man bei der Bundesnotarkammer einen Antrag auf Registrierung des vollständigen Widerrufs stellen. Außerdem ist es – wenn ein Missbrauch der Vorsorgevollmacht befürchtet wird – ratsam, den Widerruf der Vorsorgevollmacht nicht nur den Dritten gegenüber zu erklären, denen die Vollmacht bereits vorgelegt wurde, sondern auch gegenüber denjenigen, denen sie möglicherweise noch vorgelegt werden könnte. Denn solange die widerrufene Vollmachtsurkunde noch im Besitz des Bevollmächtigten ist, könnte er sie noch rechtsmissbräuchlich – einsetzen. Ist die Vollmacht widerrufen, sollten alle Originale und Kopien an den Vollmachtgeber zurückgegeben werden

Was ist, wenn der Vollmachtgeber inzwischen dement ist?

Eine erteilte Vollmacht kann man zwar grundsätzlich jederzeit widerrufen, solange man geschäftsfähig ist. Liegt aufgrund der Demenz eine Geschäftsunfähigkeit vor, dann kann der Vollmachtgeber seine Vollmacht nicht mehr widerrufen.

In derartigen Fällen kann vom Betreuungsgericht ein Kontrollbetreuer zum Widerruf einer Vorsorgevollmacht bestellt werden. Das ist allerdings nicht immer möglich und kompliziert. Vor dem Hintergrund der dazu ergangenen Rechtsprechung wird beispielhaft auf den Beschluss des BGH vom 14.10.2015 – XII ZB 177/15 über die „Voraussetzungen für die Bestellung

eines Kontrollbetreuers mit dem Aufgabenkreis „Widerruf einer Vorsorgevollmacht“ Bezug genommen. [53]

3. Wer entscheidet über rechtliche, medizinische und sonstige persönliche Angelegenheiten, wenn keine Vorsorgeregelerung getroffen wurde?

Viele Menschen möchten sich nicht mit Themen rund um eine Vorsorgeregelerung befassen und schieben das Thema mit Sätzen: „Es wird schon nichts passieren“, „warum sollte es gerade uns treffen“, „wir können das immer noch machen“ vor sich her. Doch leider kann das Schicksal unverhofft zuschlagen, wie etwa im Fall der verwitweten, berufstätigen Mutter Lena Schneider, bei der sich in der Folge eines unverschuldeten Verkehrsunfalls eine mittelgradige geistige Behinderung entwickelt hatte. (vgl. Kap.1, 2.1.6). Es gibt folgende Möglichkeiten der Hilfe.

Notfallhilfen, wenn keine Vorsorgeverfügung getroffen wurde

Notvertretungsrecht der Ehegatten	Geschäftsführung ohne Auftrag	Betreuungsverfahren
§ 1358 BGB	§§ 677 ff. BGB	§§ 1814 ff. BGB, §§ 271–341 FamFG
Voraussetzungen. Es liegt keine Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung oder eine der unten aufgeführten sonstigen Ausnahmen vor. (s. u.)	Notfallsituation, bei der ein Mensch viel Schaden erleiden würde, wenn nicht ein anderer für ihn handelt, z. B. Feuerwehr bestellt, die Keller auspumpt.	Antrag auf Einleitung eines Betreuungsverfahrens beim zuständigen Amtsgericht

3.1 Hilfe durch das Notvertretungsrecht der Ehegatten (§ 1358 BGB)

Ehegatten und eingetragene Lebenspartner können sich in Angelegenheiten der Gesundheitssorge gegenseitig vertreten, wenn aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit der Partner nicht mehr selbst Entscheidungen zur medizinischen Behandlung oder zur Unterbringung treffen kann (Geschäftsunfähigkeit).

Voraussetzungen

Es liegt keine Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung oder eine der unten aufgeführten sonstigen Ausnahmen vor.

Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, von dem vertretenden Ehepartner eine schriftliche Bestätigung zu verlangen, die besagt, dass kein anderer Betreuer bereits eingesetzt wurde und das Vertretungsrecht nicht bereits an anderer Stelle (möglicherweise zu einem früheren Zeitpunkt) in Anspruch genommen wurde.

Sobald der Notvertretungsfall (Unfall, Schlaganfall) eingetreten ist, ist der Arzt verpflichtet, dem vertretenden Ehepartner schriftlich zu bestätigen, dass ein Notvertretungsrecht vorliegt. Dieses Dokument sollte immer griffbereit sein, um handlungsfähig zu sein.

Das Notvertretungsrecht gilt ab dem Ausstellungsdatum des Arztes für **sechs Monate**.

Wird danach weiterhin eine Betreuung benötigt, **muss** ein Betreuer vom **Betreuungsgericht** bestimmt werden (s. u.).

Ausnahmen vom Notvertretungsrecht für Ehegatten:

- Die Ehegatten leben nachweislich getrennt.

- Dem behandelnden Arzt ist bekannt, dass der erkrankte Ehegatte eine Betreuung durch den Ehepartner ablehnt.
- Es liegt bereits eine **Vorsorgevollmacht** vor, in der für die Gesundheitsvorsorge eine andere Person, beispielsweise der Sohn oder die Tochter, als Bevollmächtigte bestimmt wurde.
- Die Ehegatten haben vorab einen Widerspruch zum Notvertretungsrecht eingelegt (u. dieses Dokument beim Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer gegen eine geringe Gebühr hinterlegt).

Alle Ärzte haben auf das **Vorsorgeregister** Zugriff und sollten im Notfall prüfen, ob ein entsprechendes Dokument hinterlegt wurde.

3.2 Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 677 ff. BGB)

Manchen Menschen verbleibt nicht die Zeit, ihre Entscheidung im Hinblick auf eine Vorsorgeregung auf den St. Nimmerleinstag zu verschieben. Jeden von uns kann heute ein Schicksalsschlag ereilen. So hat auch die verwitwete, alleinerziehende, berufstätige Mutter Lena Schneider [54] angesichts ihrer zahlreichen Gegenwartsaufgaben nicht einmal daran gedacht, eine Vorsorgeregung zu treffen, falls ihr mal etwas passiert. Doch erlitt sie bei einem unverschuldeten Verkehrsunfall ein schweres Schädel-Hirn-Trauma, in dessen Folge sich eine dauerhafte mittelgradige geistige Behinderung entwickelte. Nichts war mehr, wie es vorher war. Auf Anregung des Krankenhauses wurde für sie eine rechtliche Betreuung eingerichtet. Soweit es dabei um die Personen- und Vermögenssorge für ihre Kinder ging, wird auf die Ausführungen von Rechtsanwältin Christel Henk Bezug genommen [55] .

Da Lena Schneider aber niemanden bevollmächtigt hatte, sie in allen oder bestimmten Dingen zu vertreten, wenn sie selbst dazu nicht in der Lage ist, gab es in den ersten Stunden und Tagen nach ihrem Unfall ein rechtliches Vakuum. Denn Lena lag – ins künstliche Koma versetzt – auf der Intensivstation und niemand hatte die Vollmacht, sich um ihre notwendigen Belange zu kümmern.

Doch Lena hatte eine zupackende Nachbarin, Frau Zimmermann. Diese verständigte das Jugendamt, damit die Kinder untergebracht oder zu Hause betreut werden konnten, und die Hausverwaltung, um Zugang zur Wohnung Schneider zu bekommen. Dort regelte sie – in Anwesenheit eines weiteren Nachbarn – die wichtigsten Dinge für Frau Schneider.

Sie informierte den Arbeitgeber von Frau Schneider, ihre Rechtsschutzversicherung zur Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen aus dem Unfall, ihre Krankenversicherung, ihre Unfallversicherung und holte die Post aus dem Briefkasten. Nach längerem Überlegen öffnete sie auch einen vom Amtsgericht Hünfeld, Abt. Mahnverfahren – zugestellten Brief. Der darin befindliche Mahnbescheid war vom Vermieter beantragt worden, der rückständige Nebenkosten in Höhe von 633 € sowie eine rückständige Monatsmiete in Höhe von 750 € einforderte. Wenn Frau Schneider darauf nicht binnen 2 Wochen antworten würde, würde gegen sie ein Vollstreckungsbescheid ergehen, aus dem der Vermieter 30 Jahre vollstrecken konnte. Außerdem bestand die Gefahr einer fristlosen Kündigung des Mietvertrages. Als Frau Zimmermann mit ihrem Nachbarn überlegte, wie sie sich jetzt verhalten sollte, hörten beide leise Wasser in der Küche laufen. Es war der Wasserhahn, den sie nicht abstellen konnten, und der Abfluss war offensichtlich verstopft, denn das Wasser aus dem undichten Hahn lief nicht richtig ab. Sicherlich würde die Küche am

kommenden Morgen unter Wasser stehen, wenn man nicht sofort den Installateur-Notdienst verständigte.

Im Ergebnis erledigte Frau Zimmermann alle Aufgaben im Namen und für Rechnung von Frau Schneider. Sie handelte damit als Geschäftsführerin ohne Auftrag i. S. d. §§ 677 ff. BGB. Eine Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA) liegt vor, wenn jemand (Geschäftsführer) ein Geschäft für einen anderen (Geschäftsherrn) besorgt, ohne von ihm beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein. Nicht nur ein Auftragsvertrag, sondern jedwedes Rechtsverhältnis zwischen Geschäftsführer und Geschäftsherrn muss, wie hier, fehlen, damit eine GoA vorliegt. Die Geschäftsführung „für einen anderen“ erfordert dabei stets auch den Willen des Geschäftsführers, das Geschäft für den anderen zu führen (Fremdgeschäftsführungswille).

Die Geschäftsführung ohne Auftrag ist jedenfalls eine gute Möglichkeit, um im Notfall, in welchem noch keine Regelung getroffen werden konnte, wichtige Dinge für einen anderen zu erledigen.

3.3 Hilfe und Rechtssicherheit durch das Betreuungsverfahren (§ 1814 ff. BGB)

Wenn nichts mehr zu gehen scheint, Angehörige völlig überfordert oder bereits traumatisiert sind [56], Pflegekräfte am Limit stehen und gewährleistet werden muss, dass der Patient vor Selbstgefährdung (z. B. Verschuldung, körperlicher Verwahrlosung bis zur Lebensgefahr) oder seine Umgebung vor einer von ihm ausgehenden Fremdgefährdung geschützt werden müssen, kann die rechtliche Betreuung [57] große Hilfe leisten. Unterstützung, Hilfe und Schutz können Erwachsene durch die rechtliche Betreuung erhalten, wenn sie wegen psychischer Störungen oder

körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderungen ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht selbst regeln können.

4. **Das Betreuungsverfahren (§§ 1814 ff. BGB, §§ 271 bis 341 FamFG) [58]**

§ 1814 BGB Voraussetzungen

- (1) Kann ein Volljähriger seine Angelegenheiten ganz oder teilweise rechtlich nicht besorgen und beruht dies auf einer Krankheit oder Behinderung, so bestellt das Betreuungsgericht für ihn einen rechtlichen Betreuer (Betreuer).
- (2) Gegen den freien Willen des Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden.

4.1 Ziele des Betreuungsverfahrens

Durch die rechtliche Betreuung kann einem hilfebedürftigen Erwachsenen ohne Rücksicht auf seine Geschäftsfähigkeit eine Hilfsperson (sog. amtlich bestellter Betreuer) beigeordnet werden, die ihn unter gerichtlicher Aufsicht im Rechtsverkehr vertritt. Dabei ist Ziel einer Betreuung **nicht**, dass dem Betroffenen alles abgenommen wird und er nichts mehr selbst tun muss. Vielmehr soll es die betreuende Person dem Patienten ermöglichen, so viel wie möglich, selbst zu regeln. Es gehört auch zu den Zielen der Betreuung, dass der Patient die Aufgaben langfristig wieder selbst übernehmen kann.

- Der gerichtlich bestellte Betreuer kann i. d. R. selbst gewählt werden.
-

Er unterstützt den Patienten in einem gerichtlich genau festgelegten Aufgabenkreis dabei, seine Angelegenheiten rechtlich selbst zu besorgen und sein Selbstbestimmungsrecht zu wahren.

- Die rechtliche Betreuung ist strikt am individuellen Bedarf des kranken oder behinderten Menschen ausgerichtet, berücksichtigt seine verbliebenen Fähigkeiten und wahrt seine Selbstbestimmung. Der Aufgabenkreis des Betreuers darf also nicht weiter zugeschnitten werden, als es die Krankheit oder Behinderung erfordert (vgl. § 1815 Abs. 1), sodass staatliche Eingriffe auf das erforderliche Maß beschränkt werden.
- Die Bestellung des Betreuers hat keinen Einfluss auf die Geschäftsfähigkeit des Betroffenen. Falls erforderlich, kann aber zusätzlich zur Betreuung ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet werden. Dadurch erhält der Betroffene dann eine Stellung, die in etwa derjenigen eines beschränkt Geschäftsfähigen entspricht (§ 1825 Abs. 1 S. 2). Im Gegensatz zu diesen können die unter Einwilligungsvorbehalt stehenden Personen aber auch rechtlich nachteilige Geschäfte abschließen, wenn diese zu den geringfügigen Angelegenheiten des täglichen Lebens gehören (§ 1825 Abs. 3 BGB).

4.2 Übersicht über die gesetzlichen Regelungen des BGB im Betreuungsverfahren

Das gerichtliche Betreuungsverfahren gehört zur freiwilligen Gerichtsbarkeit. Es ist in den §§ 271 bis 341 FamFG [59] geregelt [60]. Es gilt Amtsermittlungsgrundsatz, d. h. das Gericht muss von Amts wegen alle Fakten ermitteln, die für und gegen die Anordnung einer Betreuung sprechen und sich vor allem selbst ein Bild von dem Betroffenen machen.

Der Betroffene ist ohne Rücksicht auf seine Geschäftsfähigkeit verfahrensfähig (§ 275 FamFG). Kann er nicht persönlich angehört werden oder soll die Bestellung eines Betreuers oder die Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts gegen den erklärten Willen des Betroffenen erfolgen, bestellt ihm das Gericht zur Wahrnehmung seiner Interessen einen Verfahrenspfleger (§ 276 FamFG).

Inhaltlich ist die rechtliche Betreuung im Buch 4 (Familienrecht) des Bürgerlichen Gesetzbuches in den §§ 1814–1881 BGB [61] wie folgt geregelt:

1. Betreuerbestellung (§§ 1814–1820 BGB)

- § 1814 Voraussetzungen
- § 1815 Umfang der Betreuung
- § 1816 Eignung u. Auswahl des Betreuers, Berücksichtigung Wünsche des Volljährigen
- § 1817 Mehrere Betreuer; Verhinderungsbetreuer; Ergänzungsbetreuer
- § 1818 Betreuung durch Betreuungsverein oder Betreuungsbehörde
- § 1819 Übernahmepflicht; weitere Bestellungs Voraussetzungen
- § 1820 Vorsorgevollmacht und Kontrollbetreuung

2. Führung Betreuung (§§ 1821–1860 BGB)

Kap. 1. Allg. Vorschriften (§§ 1821–1826)

- § 1821 Pflichten des Betreuers; Wünsche des Betreuten
- § 1822 Auskunftspflicht gegenüber Angehörigen
- § 1823 Vertretungsmacht des Betreuers
- § 1824 Ausschluss der Vertretungsmacht
- § 1825 Einwilligungsvorbehalt
- § 1826 Haftung des Betreuers

Kap. 2. Personenangelegenheiten (§§ 1827–1834)

Kap. 3. Vermögensangelegenheiten

- U 1. Allgemeine Vorschriften (§ 1835–§ 1837)
- U 2. Verwaltung von Geld, Wertpapieren und Wertgegenständen (§ 1838–§ 1845)
- U 3. Anzeigepflichten (§ 1846–§ 1847)
- U 4. Genehmigungsbedürftige Rechtsgeschäfte (§ 1848–§ 1854)
- U 5. Genehmigungserklärung (§ 1855–§ 1858)
- U 6. Befreiungen (§ 1859–§ 1860)

3. **Beratung und Aufsicht durch das Betreuungsgericht (§§ 1861–1874 BGB)**
4. **Beendigung, Aufhebung oder Änderung von Betreuung und Einwilligungsvorbehalt (§§ 1868–1844 BGB)**
5. **Vergütung und Aufwendungsersatz (§§ 1875–1881 BGB)**

4.3 Ablauf eines Betreuungsverfahrens bei Demenz

1. Betreuungsanregung
2. Sachverständigengutachten
3. Auswahl eines geeigneten Betreuers
4. Stellungnahme der Betreuungsstelle/Betreuungsbehörde
5. Richterliche Anhörung
6. Beschlussfassung
7. Verpflichtungsgespräch
8. Kostenträger des Betreuungsverfahrens

4.4 Beteiligte eines Betreuungsverfahrens (§ 274 FamFG)

Gemäß § 274 FamFG hat das Familiengericht folgenden Personenkreis im Betreuungsverfahren zu berücksichtigen:

1. Zu beteiligen sind
 - a) der Betroffene,
 - b) der Betreuer, sofern sein Aufgabenkreis betroffen ist,
 - c) der Bevollmächtigte im Sinne des § 1814 Abs. 3 S. 2 Nr. 1 BGB, sofern sein Aufgabenkreis betroffen ist.
2. Der Verfahrenspfleger wird durch seine Bestellung als Beteiligter zum Verfahren hinzugezogen.
3. Die zuständige Behörde ist auf ihren Antrag als Beteiligte in Verfahren über
 - a) die Bestellung eines Betreuers oder die Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts,
 - b) Umfang, Inhalt oder Bestand von Entscheidungen der in Nummer 1 genannten Arthinzuzuziehen.
4. Beteiligt werden können
 - a) in den in Absatz 3 genannten Verfahren im Interesse des Betroffenen dessen Ehegatte oder Lebenspartner, wenn die Ehegatten oder Lebenspartner nicht dauernd getrennt leben, sowie dessen Eltern, Pflegeeltern, Großeltern, Abkömmlinge, Geschwister und eine Person seines Vertrauens,
 - b) der Vertreter der Staatskasse, soweit das Interesse der Staatskasse durch den Ausgang des Verfahrens betroffen sein kann.

4.5 **Anregung auf Einleitung eines Betreuungsverfahrens (Betreuungsanregung)**

Ein Betreuungsverfahren kann von jedermann angeregt werden, wenn eine volljährige Person infolge einer Krankheit oder Behinderung ihre rechtlichen Angelegenheiten nicht mehr selbstständig erledigen kann (§ 1814 BGB). So kann eine Anregung zur Betreuerbestellung durch nahe Angehörige, Nachbarn, Rechtsanwälte, Ärzte, Krankenhaus, Pflegeheim oder den Betroffenen selbst erfolgen. Zuständig ist das Amtsgericht, in dessen Bezirk die betroffene Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Muster der Anregung auf Einleitung eines Betreuungsverfahrens durch einen nahen Angehörigen

Absender: Markus Fischer, Münchner Str. 37, 87654 Kuhdorf bei München

An das Amtsgericht

– Betreuungsgericht –

Gerichtsplatz 3

12345 Musterstadt

Anregung einer neuen Betreuung für Herrn Dr. Eberhard Fischer, Musterstadt,

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit rege ich für meinen Vater,

Herrn Dr. Eberhard Fischer,

geboren am 30. Oktober 1945 in Musterstadt,

wohnhaft Goethestr. 23, 12345 Musterstadt,

z. Zt. aufhältig im Pflegeheim St. Gertrauden, Lindenallee 17, 12345 Musterstadt,

die Einrichtung einer Betreuung mit folgenden Aufgabenbereichen an:

- Vermögenssorge
- Personensorge
- Aufenthaltsbestimmung
- Gesundheitssorge
- Regelung der Wohnungsangelegenheiten
- Kontrolle über die Post und den Fernmeldeverkehr.

Begründung:

Ich bin der Sohn des pensionierten Studiendirektor Dr. Eberhard Fischer.

Mein Vater bewohnt seit Jahrzehnten in der Goethestr. 23 in 12345 Musterstadt eine 3-Zimmer-Wohnung; seit dem Tod meiner Mutter vor fünf Jahren, allein.

Mein Vater ist an einer Alzheimer-Demenz erkrankt. Inzwischen müssen wir wohl davon ausgehen, dass er das Stadium einer schweren Demenz erreicht hat.

Er ist völlig desorientiert und erkennt mich als Sohn in 50 % der Fälle nicht. Seine Sprache ist auf wenige Wörter reduziert. Aufgrund seiner Verwirrtheit bei den einfachsten Dingen des täglichen Lebens ist er auf fremde Hilfe angewiesen. Im Moment befindet er sich im Pflegeheim St. Gertrauden in Musterstadt.

Mein Vater kann voraussichtlich nicht mehr in seine Wohnung zurück, weil er nicht in der Lage ist, allein für sich zu sorgen. Bevor er ins Heim kam, hauste er dort regelrecht. Offenbar fand Körperpflege nicht mehr statt. Die Wohnung war – unter Auslassung jeglicher hygienischer Maßnahmen – zu einer Messi-Wohnung verkommen. Vor Kurzem hatten sich Mitbewohner des Hauses beim Hausmeister beschwert, dass sie Mäuse und einmal eine Ratte aus der Wohnung meines Vaters hätten kommen sehen. Außerdem leere er nicht seinen Briefkasten, sein Fernseher laufe Tag und Nacht extrem laut. Er reagiere nicht auf Klingeln und im Hausflur stinke es aus seiner Wohnung. Daraufhin informierte mich der Hausmeister, der mit meinem Einverständnis die Wohnung meines Vaters öffnete. Dort fand er meinen Vater fast nicht ansprechbar auf dem Sofa, stark dehydriert; er hatte eingenässt und eingekotet und war nicht in der Lage, sich selbst zu

helfen. Wir veranlassten sofort eine Einweisung ins Krankenhaus. Dort war er nicht in der Lage, die Bedeutung und Tragweite ärztlicher Behandlungen und Eingriffe zu verstehen, auch wenn versucht wurde, sie ihm zu erklären.

Nachdem sich trotz ordentlicher Krankenhausbehandlung der Zustand der Verwirrtheit und Desorientierung meines Vaters nach einer Woche nicht verbessert hatte, veranlasste ich eine vorläufige Verlegung ins Pflegeheim, wo er sich jetzt befindet. Er wird nicht mehr in seine Wohnung zurückkehren können, weil er sich nicht ansatzweise selbst versorgen kann.

Das bedeutet, das u. a. folgende Maßnahmen zu treffen sind:

- Abschluss eines Heimvertrages und von Arztverträgen
- Etwaige Vertragsanpassungen bei Kranken- und Pflegeversicherung
- Stellung von Anträgen im Sozialrecht, wie Anträge auf Anerkennung einer Schwerbehinderung und eines Pflegegrades
- Regelung seiner Bankgeschäfte
- Entscheidung über die Wohnungsauflösung und ihre Abwicklung
- Kündigung des Wohnraummietvertrages und Rückgabe der Mietwohnung im vertragsgemäßen Zustand
- Kündigung und Abrechnung der (Energie-)Versorgungsverträge
- Etwaige Vertragsanpassungen/ggf. Kündigungen anderer Verträge, wie Versicherungsverträge, (Zeitungs-)Abonnements
- Regelungen mit Ämtern, u. a. dem Finanzamt
- Kontrolle über seine Post und seinen Fernmeldeverkehr.

Diese Angelegenheiten kann mein Vater krankheitsbedingt nicht mehr selbst leisten.

Soweit ich informiert bin, hat mein Vater niemandem eine Vollmacht erteilt. Meines Wissens hat er auch keine Vorsorgevollmacht und keine Patientenverfügung erstellt. Dazu war er viel zu misstrauisch.

Zur Wahrnehmung seiner Interessen dürfte ein Betreuer bzw. ein Verfahrenspfleger notwendig sein, der sich um alle Angelegenheiten meines Vaters kümmert.

Ich habe die Betreuungsanregung mit meiner Schwester abgesprochen. Sie ist damit einverstanden. Weder ich noch meine Schwester können die Betreuung unseres Vaters übernehmen

- Ich selbst wohne ca. 500 km von Musterstadt entfernt. Dort ist mein Lebensmittelpunkt mit meinem Arbeitsplatz und meiner sozial eingebundenen fünfköpfigen Familie.
- Meine Schwester, Birgit Kristiansen, geb. Fischer, lebt seit ca. 15 Jahren in Stavanger in Norwegen. Dort hat sie ihren Lebensmittelpunkt. Sie ist mit einem Norweger verheiratet und hat zwei Kinder. Sie arbeitet dort als Deutschlehrerin.

Wir regen deshalb an, dass das Gericht eine Person als Verfahrenspfleger einsetzt. Ich beantrage allerdings, mich an dem Verfahren zu beteiligen. Meine Beteiligung liegt im Interesse des Betroffenen, den wohl niemand so gut kennt wie ich. Meiner Schwester und mir liegt es sehr am Herzen, mit dem/der künftigen Betreuer/Betreuerin unseres Vaters vertrauensvoll zusammenarbeiten zu können. Schließlich war unser Vater immer für uns da.

Eine sinnvolle Verständigung mit meinem Vater ist nach meiner Einschätzung nicht mehr möglich. Seine Anhörung kann im Pflegeheim St. Gertrauden erfolgen. Ich bitte darum, den Termin mit dem Heim abzustimmen und mich davon in Kenntnis zu setzen.

4.6 Einholung eines Sachverständigengutachtens

Sobald der Antrag von Markus Fischer beim Betreuungsgericht eingegangen ist, legt die Geschäftsstelle eine Akte an, teilt dem Antragsteller, dem Betroffenen, der Betreuungsbehörde (meist beim Landkreis), eventuell der Einrichtung, in der er sich aufhält (Pflegeheim), und sonstigen Beteiligten das Geschäftszeichen mit, bestellt möglicherweise einen Verfahrenspfleger, benachrichtigt eine als Betreuer in Betracht kommende Person und beauftragt einen psychiatrischen Sachverständigen mit der Erstellung des Gutachtens. Da zu ergeben sich Einzelheiten aus § 280 FamFG.

§ 280 FamFG (Einholung eines Gutachtens)

(1) 1Vor der Bestellung eines Betreuers oder der Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts hat eine förmliche Beweisaufnahme durch Einholung eines Gutachtens über die Notwendigkeit der Maßnahme stattzufinden. 2Der Sachverständige soll Arzt für Psychiatrie oder Arzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie sein.

(2) 1Der Sachverständige hat den Betroffenen vor der Erstattung des Gutachtens persönlich zu untersuchen oder zu befragen. 2Das Ergebnis einer Anhörung nach § 279 Abs. 2 hat der Sachverständige zu berücksichtigen, wenn es ihm bei Erstellung seines Gutachtens vorliegt.

(3) Das Gutachten hat sich auf folgende Bereiche zu erstrecken:

1. das Krankheits- oder Behinderungsbild einschließlich dessen Entwicklung,
2. die durchgeführten Untersuchungen und die diesen zugrunde gelegten Forschungserkenntnisse,
3. den körperlichen und psychischen Zustand des Betroffenen,
4. den aus medizinischer Sicht aufgrund der Krankheit oder Behinderung erforderlichen Unterstützungsbedarf und
5. die voraussichtliche Dauer der Maßnahme.

4.7 Auswahl eines geeigneten Betreuers – Berücksichtigung der Wünsche des Volljährigen – Aufgabengebiete des Betreuers

Die Auswahl des Betreuers hat das Gericht nach Maßgabe des § 1816 BGB vorzunehmen. Schlägt, wie hier, der Betroffene Dr. Fischer keinen Betreuer vor und stehen keine Familienangehörigen als Betreuer zur Verfügung, wählt das Gericht eine Person aus der dem Amtsgericht vorliegenden Liste der zertifizierten und von der Betreuungsbehörde bestellten Berufsbetreuer [62] .

§ 1816 BGB. Eignung und Auswahl des Betreuers, Berücksichtigung der Wünsche des Volljährigen

(1) Das Betreuungsgericht bestellt einen Betreuer, der geeignet ist, in dem gerichtlich angeordneten Aufgabenkreis die Angelegenheiten des Betreuten nach Maßgabe des § 1821 rechtlich zu besorgen und insbesondere in dem hierfür erforderlichen Umfang persönlichen Kontakt mit dem Betreuten zu halten.

(2) 1Wünscht der Volljährige eine Person als Betreuer, so ist diesem Wunsch zu entsprechen, es sei denn, die gewünschte Person ist zur Führung der Betreuung nach Absatz 1 nicht geeignet. 2Lehnt der Volljährige eine bestimmte Person als Betreuer ab, so ist diesem Wunsch zu entsprechen, es sei denn, die Ablehnung bezieht sich nicht auf die Person des Betreuers, sondern auf die Bestellung eines Betreuers als solche. 3Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Wünsche, die der Volljährige vor Einleitung des Betreuungsverfahrens geäußert hat, es sei denn, dass er an diesen erkennbar nicht festhalten will. 4Wer von der Einleitung eines Verfahrens über die Bestellung eines Betreuers für einen Volljährigen Kenntnis erlangt und ein Dokument besitzt, in dem der Volljährige für den Fall, dass für ihn

ein Betreuer bestellt werden muss, Wünsche zur Auswahl des Betreuers oder zur Wahrnehmung der Betreuung geäußert hat (Betreuungsverfügung), hat die Betreuungsverfügung dem Betreuungsgericht zu übermitteln.

(3) Schlägt der Volljährige niemanden vor, der zum Betreuer bestellt werden kann oder ist die gewünschte Person nicht geeignet, so sind bei der Auswahl des Betreuers die familiären Beziehungen des Volljährigen, insbesondere zum Ehegatten, zu Eltern und zu Kindern, seine persönlichen Bindungen sowie die Gefahr von Interessenkonflikten zu berücksichtigen.

(4) Eine Person, die keine familiäre Beziehung oder persönliche Bindung zu dem Volljährigen hat, soll nur dann zum ehrenamtlichen Betreuer bestellt werden, wenn sie mit einem nach § 14 des Betreuungsorganisationsgesetzes anerkannten Betreuungsverein oder mit der zuständigen Behörde eine Vereinbarung über eine Begleitung und Unterstützung gemäß § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 oder § 5 Absatz 2 Satz 3 des Betreuungsorganisationsgesetzes geschlossen hat.

(5) 1Ein beruflicher Betreuer nach § 19 Absatz 2 des Betreuungsorganisationsgesetzes soll nur dann zum Betreuer bestellt werden, wenn keine geeignete Person für die ehrenamtliche Führung der Betreuung zur Verfügung steht. 2Bei der Entscheidung, ob ein bestimmter beruflicher Betreuer bestellt wird, sind die Anzahl und der Umfang der bereits von diesem zu führenden Betreuungen zu berücksichtigen.

(6) 1Eine Person, die zu einem Träger von Einrichtungen oder Diensten, der in der Versorgung des Volljährigen tätig ist, in einem Abhängigkeitsverhältnis oder in einer anderen engen Beziehung steht, darf nicht zum Betreuer bestellt werden. 2Dies gilt nicht, wenn im Einzelfall die konkrete Gefahr einer Interessenkollision nicht besteht.

Aufgabengebiete des Betreuers

Zu den vom Betreuungsgericht festzusetzenden Aufgaben des Betreuers können gehören:

- Gesundheitssorge
 - Ärztliche Behandlungen sicherstellen
 - Behandlungen im Krankenhaus veranlassen
 - Pflegedienste beauftragen
 - Reha-Maßnahmen einleiten
- Vermögenssorge
 - Renten, Sozialhilfe oder Einkünfte geltend machen
 - Unterhaltspflichten prüfen
 - Schuldenregulierung einleiten
 - Erbangelegenheiten regeln
 - Vermögen und Finanzen wirtschaftlich sinnvoll verwalten
- Aufenthaltsbestimmung
 - geeigneten Wohnort finden
 - Leben in der eigenen Wohnung sichern
 - Interessen gegenüber einer Einrichtung vertreten
 - Miet- u. Heimverträge prüfen und abschließen
- Behördenangelegenheiten
 - Interessen der Betreuten vertreten
 - Aufenthaltsrechte für Menschen nicht deutscher Herkunft sichern
 - Ansprüche durchsetzen

4.8 Persönliche Anhörung des Betroffenen

Nach Eingang des Gutachtens setzt das Gericht einen Anhörungstermin mit der persönlichen Anhörung des Betroffenen Dr. Fischer sowie der

Anhörung der sonstigen Beteiligten, der Betreuungsbehörde und des Verfahrenspflegers an (§ 279 FamFG).

§ 278 FamFG. Persönliche Anhörung des Betroffenen

(1) 1Das Gericht hat den Betroffenen vor der Bestellung eines Betreuers oder der Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts persönlich anzuhören und dessen Wünsche zu erfragen. 2Es hat sich einen persönlichen Eindruck von dem Betroffenen zu verschaffen. 3Diesen persönlichen Eindruck soll sich das Gericht in dessen üblicher Umgebung verschaffen, wenn es der Betroffene verlangt oder wenn es der Sachaufklärung dient und der Betroffene nicht widerspricht.

(2) 1In der Anhörung erörtert das Gericht mit dem Betroffenen das Verfahren, das Ergebnis des übermittelten Gutachtens, die Person oder Stelle, die als Betreuer in Betracht kommt, den Umfang des Aufgabenkreises und den Zeitpunkt, bis zu dem das Gericht über eine Aufhebung oder Verlängerung der Betreuung oder der Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts zu entscheiden hat. 2In geeigneten Fällen hat es den Betroffenen auf die Möglichkeit der Vorsorgevollmacht, deren Inhalt sowie auf die Möglichkeit ihrer Registrierung bei dem zentralen Vorsorgeregister nach § 78a Abs. 2 der Bundesnotarordnung hinzuweisen. 3Hat das Gericht dem Betroffenen nach § 276 § FamFG einen Verfahrenspfleger bestellt, soll die persönliche Anhörung in dessen Anwesenheit stattfinden.

Der Bundesgerichtshof hat die gesetzlichen Vorgaben u. a. in seinem Beschluss vom 6. Dezember 2023 wie folgt konkretisiert [63] :

1. Das Betreuungsgericht hat durch die rechtzeitige Benachrichtigung des Verfahrenspflegers vom Anhörungstermin sicherzustellen, dass dieser an der Anhörung des Betroffenen teilnehmen kann.
2. Die nach § 278 Abs. 1 FamFG erforderliche Anhörung des Betroffenen ist grundsätzlich durchzuführen, nachdem ihm das nach § 280 Abs. 1

FamFG einzuholende Sachverständigengutachten rechtzeitig bekannt gegeben worden ist. Entsprechendes gilt für ein nach § 295 Abs. 1 FamFG einzuholendes ärztliches Zeugnis.

4.9 Betreuungsbeschluss (§ 286 FamFG) – Beschlussfassung

Nach Durchführung des Anhörungstermins fasst das Amtsgericht –
Betreuungsgericht – in der Betreuungssache betr. Dr. Eberhard Fischer den
sog. **Betreuungsbeschluss**.

In diesem Beschluss werden

- die **Einrichtung einer Berufsbetreuung** angeordnet,
- die **Person des Betreuers** bestimmt; hier Jochen Kleiniger vom
Betreuungsverein Musterstadt,
- festgelegt, welcher **Aufgabenkreis** dem Betreuer zugewiesen wird.

Hier:

- Vermögenssorge
- Personensorge
- Aufenthaltsbestimmung
- Gesundheitssorge
- Regelung der Wohnungsangelegenheiten
- Kontrolle über die Post und den Fernmeldeverkehr.

Gleichzeitig legt das Gericht in dem Beschluss fest, zu welchen
Willenserklärungen der Hilfsbedürftige zwingend der Zustimmung durch
den Betreuer bedarf, damit die Erklärung der unter Betreuung stehenden
Person rechtlich wirksam ist, sog. **Einwilligungsvorbehalt** (§ 1825 BGB).
In unserem Fall ist Dr. Fischer im Spätstadium der Demenz zwar als
Geschäftsunfähiger schon dadurch geschützt, dass eine von ihm abgegebene

Willenserklärung nach § 105 Abs. 1 BGB nichtig ist. Der Einwilligungsvorbehalt für einen geschäftsunfähigen Betroffenen wird aber als sinnvoll angesehen, weil der Übergang von Geschäftsfähigkeit zur Geschäftsunfähigkeit oft fließend und im Rahmen des Geschäftsverkehrs nicht sofort offensichtlich oder sicher feststellbar ist, was für den (evtl. auch nur zeitweise) geschäftsunfähigen Betroffenen mit erheblichen Risiken verbunden sein kann. [64] Der Einwilligungsvorbehalt stellt dann klar, dass der Betroffene jedenfalls und unabhängig von seinem augenblicklichen Befinden keine wirksame Erklärung ohne Zustimmung des Betreuers abgeben oder empfangen kann. Im Streitfall verbessert der Einwilligungsvorbehalt die Beweislage desjenigen Betreuten, der sich auf die Unwirksamkeit seiner Erklärung beruft. [65]

Aber:

- Ein Einwilligungsvorbehalt kann nicht gegen den freien Willen des Betroffenen angeordnet werden [66] .
- Ein Einwilligungsvorbehalt darf nur angeordnet werden, wenn dieser auch erforderlich ist, also konkrete Anhaltspunkte für eine Vermögensgefährdung erheblicher Art vorliegen [67] .

Das Betreuungsgericht wird hier unter Abwägung aller Faktoren und unter zusammenfassender Würdigung zu dem Ergebnis kommen, in seinem Betreuungsbeschluss keinen Einwilligungsvorbehalt anzuordnen. Denn im Fall von Dr. Fischer dürfte seine Demenz inzwischen für jedermann so offensichtlich sein, dass es für niemanden einen vernünftigen Zweifel an seiner Geschäftsunfähigkeit geben kann. So wie es aussieht, ist er auch nicht in der Lage, sich eine Meinung zu einem Einwilligungsvorbehalt zu bilden. Zudem gibt es keine konkreten Anhaltspunkte für eine Vermögensgefährdung erheblicher Art.

4.10 Genehmigungsbedürftige Einzel-Maßnahmen und Rechtsgeschäfte des Betreuers

Folgende Maßnahmen und Rechtsgeschäfte darf der Betreuer im Rahmen einer laufenden Betreuung nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts durchführen:

Genehmigungsbedürftige Einzel-Maßnahmen

- Die Einwilligung/Nichteinwilligung des Betreuers in Untersuchungen des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff in schwerwiegenden Fällen (§ 1829 BGB)
- Die Einwilligung eines Sterilisationsbetreuers in eine Sterilisation des Betreuten, in die dieser nicht selbst einwilligen kann (§ 1830 BGB)
- Die Einwilligung zu einer freiheitsentziehenden Unterbringung und zu freiheitsentziehenden Maßnahmen (§ 1831 BGB)
- Die Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme (§ 1832 BGB)
- Die Einwilligung zur beabsichtigten Aufgabe von Wohnraum des Betreuten (§ 1833 BGB)
- Bestimmung des Umgangs und des Aufenthalts des Betreuten (§ 1834 BGB)

Genehmigungsbedürftige Rechtsgeschäfte (§ 1848–§ 1854 BGB).

Genehmigungsvorbehalte existieren für

- eine andere Anlegung von Geld (§ 1848),
- die Verfügung über Rechte und Wertpapiere (§ 1849),
- Rechtsgeschäfte über Grundstücke und Schiffe (§ 1850),
- erbrechtliche Geschäfte (§ 1851),
- handels- und gesellschaftsrechtliche Rechtsgeschäfte (§ 1852),
- Verträge über wiederkehrende Leistungen (§ 1853) und

- bestimmte sonstige Rechtsgeschäfte (§ 1854).

4.11 Beispiele zur freiheitsentziehenden Unterbringung und zu freiheitsentziehenden Maßnahmen (§ 1831 BGB)

Die freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen i. S. d. 1831 BGB müssen der Abwendung einer **Selbstgefährdung** des Betroffenen dienen. Bei Fremdgefährdung sind die öffentlich-rechtlichen Bestimmungen einschlägig. [68]

Genehmigungspflichtig sind freiheitsentziehende Maßnahmen

- durch mechanische Vorrichtungen, wie
 - das stundenweise Einschließen, z. B. in der Nachtzeit
 - das Anbringen von Bettgittern und Bauchgurten
 - die Fixierung der Extremitäten zur Durchführung der Körperpflege
- durch Medikamente oder auf andere Weise, wie z. B. durch Gewalt
- durch das Anbringen von Personenortungsanlagen wie z. B. die Ausstattung des Betreuten mit einem Funkchip (RFID-Technik)

Freiheitsentziehend sind diese Maßnahmen nur, wenn sie gegen den Willen des einsichtsfähigen Betroffenen vorgenommen werden und darauf abzielen, den Betroffenen in seiner Bewegungsfreiheit einzuschränken. Dies ist besonders hinsichtlich Medikationen von Bedeutung, die nicht genehmigungspflichtig sind, wenn lediglich als Nebenwirkung der Bewegungsdrang des Betroffenen eingeschränkt wird.

4.11.1 Beispiel 1: Ablehnung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme durch Medikamente (§ 1832 BGB)

Beschluss des Amtsgerichts Ratzeburg vom ...

In dem Betreuungsverfahren

betr. Herrn D. W., geb. am ..., wohnh. im Alten- und Pflegeheim B.

Verfahrenspflegerin: Rechtsanwältin C.

Betreuer: Herr C. K.

wird eine betreuungsgerichtliche Genehmigung zur Durchführung einer ärztlichen **Zwangsmaßnahme** in Form der verdeckten Gabe von (somatisch wie neuroleptisch wirkenden) Medikamenten in der vom Betroffenen bewohnten Einrichtung nicht erteilt. [69]

4.11.2 **Beispiel 2: Erfordernis der Genehmigung des Betreuungsgerichts zur Anbringung von Bettgittern und zur Fixierung im Stuhl mittels eines Beckengurtes, auch wenn die pflegebedürftige Person vorher eingewilligt hatte (§ 1833 BGB)**

Aus dem Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 27.06.2012 – XII ZB 24/12 [70]

Der Fall: Die 1922 geborene Betroffene hatte ihrem Sohn und ihrer Tochter eine umfassende General- und Vorsorgevollmacht erteilt. Die Generalvollmacht umfasste auch die Befugnis zu Unterbringungsmaßnahmen i. S. von § 1906 BGB (Anm. der Red. jetzt § 1833 BGB), insbesondere zu einer Unterbringung, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, zur sonstigen Unterbringung in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung sowie zur Vornahme von sonstigen Freiheitsentziehungsmaßnahmen durch mechanische Vorrichtungen. In Ausübung der Vollmacht willigte der Sohn ein, Bettgitter

am Bett der Betroffenen anzubringen und sie tagsüber im Stuhl mittels eines Beckengurts zu fixieren, nachdem die Betroffene mehrfach gestürzt war und sich dabei auch einen Kieferbruch zugezogen hatte.

Die Entscheidung des BGH: Mit ihrer General- und Vorsorgevollmacht habe die Betroffene nicht auf das betreuungsgerichtliche Verfahren zur Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen verzichtet. Die Regelung des § 1906 Absatz II BGB, auf die § 1906 Abs. 2 BGB (Anm. der Red. jetzt § 1833 BGB) Bezug nehme, konkretisiere die Verfahrensgarantie des Artikel 104 Abs. 2 GG. Über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung habe danach ein Richter zu entscheiden. Dieser formale Schutz der Freiheit könne nicht durch rechtsgeschäftliche Erklärung eines Betroffenen aufgegeben werden. Es könne auch nicht angenommen werden, dass mit der notariellen General- und Vorsorgevollmacht auf diesen Schutz verzichtet werden sollte. Vermieden werden sollte durch die Vollmacht nur die Einrichtung einer Betreuung.

4.12 Ärztliche Zwangsmaßnahmen nur im Krankenhaus? – der Bundesgerichtshof ruft das Bundesverfassungsgericht an

§ 1833 Abs. 1 Nr. 7 BGB

Widerspricht eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in die ärztliche Zwangsmaßnahme [71] nur einwilligen, wenn

(1) – (6) ...

(7) die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, in dem die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist, durchgeführt wird.

Der Bundesgerichtshof hält die Zwangsmedikation nur in einem Krankenhaus für verfassungswidrig.

In der Tagesschau vom 16. Juli 2024 wurde berichtet, dass der Bundesgerichtshof das Bundesverfassungsgericht angerufen habe. Die Richter am Bundesgerichtshof (BGH) meinen, die Regelung zur Zwangsmedikation **nur** in einem Krankenhaus sei verfassungswidrig. Sie solle zwar die Patienten schützen. Wenn es für Patienten im Einzelfall aber besser wäre, die Medikamente in der Pflegeeinrichtung oder gar zu Hause zu bekommen, sei das momentan nicht möglich. Damit verletze die Regelung das Grundgesetz. Der BGH legte den Fall dem Bundesverfassungsgericht zur Entscheidung vor.

Forderung nach Prüfung von Einzelfällen

Auch aus medizinischer Sicht sei es wichtig, je nach Einzelfall entscheiden zu können, sagt Psychiater und DGPPN-Vorstandsmitglied Pollmächer. „Die Frage: Wie und auf welchem Wege sollte weniger von der Diagnose abhängen, sondern in jedem einzelnen Fall geprüft und erwogen werden. Immer unter dem Bild des geringsten möglichen Eingriffs, also das mildeste Mittel, das überhaupt zur Verfügung steht.“

Da das aktuell nicht geht, muss das Bundesverfassungsgericht entscheiden. Ein Urteil wird frühestens in einigen Monaten fallen. [72]

5. Interview mit Heiko Rehfeldt, Leiter des Betreuungsvereins des DRK-Kreisverbandes Märkisch-Oder-Havel-Spree e. V.

Hrsg.: Herr Rehfeldt, Sie sind Leiter des Betreuungsvereins des DRK-Kreisverbandes Märkisch-Oder-Havel-Spree e. V. in Fürstenwalde/Spree.

Heiko Rehfeldt: ja

Hrsg.: Laut Website gehören zu Ihren Aufgaben insbesondere die Querschnittsarbeit und die Unterstützung der gerichtlich bestellten ehrenamtlichen Betreuer. Ist das richtig?

H. R.: Der Begriff „Querschnittsarbeit“ bezieht sich in der Regel auf eine Reihe von Aufgaben, die über verschiedene Bereiche hinweg ausgeführt werden und oft eine übergreifende Bedeutung haben. Im Kontext eines Betreuungsvereins bezeichnet „Querschnittsarbeit“ die Tätigkeiten, die neben dem Führen von rechtlichen Betreuungen ausgeführt werden.

Die Aufgaben eines Betreuungsvereins waren bis zur Reform am 01.01.2023 im § 1908 f. BGB geregelt. Nun sind sie im neu geschaffenen Betreuungsorganisationsgesetz (BtOG) zu finden, das alle öffentlich-rechtlichen Vorschriften des Betreuungsrechts zusammenfasst. Die umfangreichen Aufgaben eines Betreuungsvereins lassen sich anhand der Adressaten unterscheiden. So soll der Betreuungsverein alle **ratsuchenden Bürger** planmäßig zu allgemeinen betreuungsrechtlichen Fragen, zu Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen und Patientenverfügungen informieren. Zu Vorsorgevollmachten, Betreuungsfragen und Hilfen, bei

denen kein Betreuer bestellt wird, kann der Betreuungsverein im Einzelfall auch beraten. Zweite Zielgruppe der gesetzlichen Aufgaben sind die **ehrenamtlichen Betreuer**. Die vom Gericht bestellten ehrenamtlichen Betreuer soll der Verein in ihre Aufgaben einführen und fortbilden, bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben beraten sowie unterstützen und mit ihnen eine Vereinbarung zur Begleitung und Unterstützung schließen, wenn dies gewünscht wird von ehrenamtlichen Betreuern mit einem Näheverhältnis zum Betreuten oder es erforderlich ist bei ehrenamtlichen Betreuern, die vor der Betreuung in keinem Näheverhältnis standen. Um die Gewinnung ehrenamtlicher Betreuer soll sich der Verein planmäßig bemühen. Die dritte Zielgruppe sind die **Bevollmächtigten** einer Vorsorgevollmacht. Diese soll der Verein bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben beraten und unterstützen.

Hrsg.: Mit welchen Fragen/Problemen wenden sich ehrenamtliche Betreuer und Bevollmächtigte an Sie?

H. R.: Da ehrenamtliche Betreuer unter Aufsicht des Gerichts stehen, kommt es hier oftmals zu Konflikten bei der Führung der Betreuung mit dem Gericht, in persona dem Rechtspfleger oder der Rechtspflegerin, denen diese Beaufsichtigung überwiegend zugeordnet ist. So erwartet das Gericht z. B. im Aufgabenbereich Vermögenssorge eine lückenlose und nachvollziehbare Aufstellung der Einnahmen und Ausgaben. Für viele ehrenamtliche Betreuer, vor allem, wenn sie Angehörige betreuen, ist eine solche „Buchführung“ herausfordernd, wenn sie z. B. nie ein Haushaltsbuch geführt haben. Viele Fragen kommen auch im Zusammenhang mit der Unterbringung in einem Heim. Hier reichen die Anfragen von der Heimplatzsuche bis hin zum Antrag auf Hilfe zur Pflege beim Sozialamt,

wenn das Einkommen und Vermögen nicht ausreichen für die Finanzierung.

Hrsg.: Kommen wir zur **Unterstützung der amtlich bestellten Betreuer**. Welche Aufgaben obliegen Ihnen als Koordinator der ehrenamtlichen Betreuer?

H. R.: Wie die obige Aufzählung der Aufgaben gezeigt hat, besteht ein großer Teil unserer Arbeit in der Einführung, Fortbildung, Beratung, Begleitung und Unterstützung der vom Gericht bestellten ehrenamtlichen Betreuer. Praktisch bieten wir z. B. Fortbildungsveranstaltungen zu den Aufgabenbereichen an. Im Vortrag zur Gesundheitsfürsorge informieren wir beispielsweise, wann der Betreuer in eine Untersuchung oder Operation einwilligen muss. In der Einführungsveranstaltung informieren wir über die Pflichten eines Betreuers, insbesondere darüber, dass nunmehr ausschließlich der Wunsch des Betreuten Maßstab für das Handeln eines Betreuers ist. Wir bieten aber auch einen Stammtisch an, in dem die Betreuer ihre Erfahrungen austauschen können, die sie in ihrer Arbeit machen.

Hrsg.: Wie findet man Personen, die sich als ehrenamtliche Betreuer eignen? Muss man lange suchen?

H. R.: Ja, man muss lange suchen – und viele springen nach einem Gespräch von dem Vorhaben, Betreuer werden zu wollen, auch wieder ab, weil sie sich unter der Tätigkeit etwas anderes vorstellen. Die meisten, die zu uns kommen, wollen sozial helfen, d. h. einsame Menschen besuchen, sie ausfahren, Kaffee trinken, mit ihnen reden. Wenn sie hören, dass ein

rechtlicher Betreuer aber einer ist, der sich „nur“ um die **rechtlichen** Angelegenheiten eines Betreuten zu kümmern hat und hauptsächlich Anträge stellen und mit Behörden telefonieren muss, Rechnungen bezahlen soll, Wohnungen kündigen und vielleicht auch noch die Räumung zu organisieren hat, dann wird ihnen klar, dass das ganz andere Aufgaben sind, als die, die sie erledigen wollen.

Hrsg.: Aus welchen Berufsgruppen rekrutieren sich die ehrenamtlichen Betreuer?

H. R.: Meist sind es Menschen, die im Seniorenalter nach einer neuen Aufgabe suchen: ehemalige Ärzte, Bankangestellte, Sozialberater. Jedoch sind ehrenamtliche Betreuer, die keine Angehörigen rechtlich betreuen, sehr selten zu gewinnen wegen der umfangreichen Aufgaben, aber auch wegen der Herausforderungen mit der Krankheit des Betreuten. Denn eine Betreuung wird nur aufgrund einer Krankheit oder Behinderung eingerichtet. Und auch nur dann, wenn diese ursächlich dafür ist, dass jemand deshalb seine rechtlichen Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann. Neben einer „Alltagserfahrenheit“ muss also auch noch eine Bereitschaft zum Umgang mit Erkrankten hinzutreten. Davor schrecken dann letztlich viele zurück.

Hrsg.: Können sich interessierte Personen bei Ihnen bewerben? Welche Voraussetzungen müssen die Bewerber mitbringen?

H. R.: Interessierte können einen Termin zu einem Kennenlerngespräch bei uns vereinbaren. Wir besprechen dann die Erwartungen, die ein Bewerber hat und die Aufgaben, die auf ihn zukommen werden, aber auch, wie wir sie

dabei unterstützen werden. Als Voraussetzung müssen sie die Fähigkeit mitbringen, die rechtlichen Angelegenheiten so zu besorgen, dass die erkrankte oder behinderte Person im Rahmen ihrer Möglichkeiten ihr Leben nach ihren Wünschen gestalten kann.

Hrsg.: Werden geeignete Bewerber von Ihnen dem Betreuungsgericht vorgeschlagen?

H. R.: Über geeignete Bewerber informieren wir dann die Betreuungsbehörde, die die Bewerber dann ebenfalls noch einmal zu einem Kennenlerngespräch einlädt. Auch bei der Betreuungsbehörde kann man sich bewerben.

Hrsg.: Wie viele Betreuungsfälle darf ein ehrenamtlicher Betreuer haben?

H. R.: Es gibt kein Maß für die Anzahl an Betreuungen, die ein Betreuer führen darf.

Hrsg.: Wir haben von Menschen, die unter Betreuung stehen, und ihren Angehörigen, gehört, dass ihr Betreuer 94 weitere Personen betreut. Kann das sein? Ist das nicht zu viel?

H. R.: Diese Zahl halte ich für zu hoch. Hier kann ich mir nicht vorstellen, wie ein Betreuer den persönlichen Kontakt zum Betreuten halten kann, zu dem er verpflichtet ist. Bei uns im Verein gilt das Verhältnis einer Betreuung pro Wochenarbeitszeitstunde mit Abweichungen nach oben oder unten, je nach Umfang der Aufgabenbereiche und Lebensumstände der Betreuten.

Hrsg.: Immer wieder klagen Betroffene, ihre Angehörigen, Pflegedienste und die Verwaltungen von Pflegeheimen, dass ihr Betreuer fast nie Zeit für sie hat. Häufig wird berichtet, dass der Betreuer sich alle zwei Jahre oder maximal einmal im Jahr „blicken“ lässt. Meist sei er dann schlecht informiert. Können Sie solche Aussagen aus Ihrem Geschäftsbereich bestätigen?

H. R.: Ich kenne solche Aussagen. Die meisten stammen aus der Zeit von Corona, in der auch Betreuern das Betreten von Heimen verboten war. Mit der Reform 2023 wurde eingeführt, dass der Betreuer einen persönlichen Kontakt zum Betreuten halten muss. Auch wenn der Gesetzgeber keine Zeitabstände und Intervalle vorschlägt, sind nach dieser Regelung Besuche alle zwei Jahre nicht rechtens. Zu beachten ist allerdings auch, dass die Besuchserwartungen von einer Vorstellung einer sozialen Betreuung geprägt sind. Der Kontakt dient nicht – auch wenn es jetzt sehr unsozial klingt – dazu, die Angehörigen oder Verwandten zu ersetzen, die einem Betreuten fehlen. Der Besuch dient vielmehr nur dazu festzustellen, welche (neuen) Wünsche der Betreute hat, ob sich sein Gesundheitszustand oder seine Lebensumstände geändert haben und ob der Betreuer Angelegenheiten zu besorgen hat. Allerdings gilt hier der – ungeschriebene – Grundsatz, dass es einem Erwachsenen mit einem Betreuer nicht besser gehen kann als einem Erwachsenen ohne Betreuer.

Thema Demenz

Hrsg.: Können Sie in etwa sagen, wieviel Prozent der Betroffenen aus Ihrem Geschäftsbereich wegen einer Demenzerkrankung unter rechtliche Betreuung gestellt werden?

H. R.: Nein, dazu kann ich nichts sagen. Hierzu liegen mir keine Zahlen vor. Wir betreuen viele Menschen mit unterschiedlichen Erkrankungen und Behinderungen.

Hrsg.: Welche Aufgabenkreise werden vom Betreuungsgericht im Falle von Demenz hauptsächlich zugewiesen?

H. R.: Auch hierzu liegen mir keine konkreten Untersuchungen vor. Vermögenssorge und Gesundheitssorge dürften aber die zwei Hauptaufgabenbereiche sein, daneben eventuell noch Heimangelegenheiten.

Hrsg.: Wie berücksichtigen „Ihre“ Betreuer die Wünsche und Bedürfnisse von Betroffenen im Rahmen der ihnen zugewiesenen Aufgabenkreise? Wird vom Betreuer mit den Betroffenen (und ihren Angehörigen) über ihre Wünsche gesprochen?

H. R.: Ja, da diese Wünsche den Maßstab für die Arbeit bilden. Die Wünsche des Betreuten werden gezielt erfragt und besprochen.

Beispiele für Wünsche von unter Betreuung stehender Klienten

Hrsg.: Wunsch, zu Hause wohnen zu bleiben, obwohl sich der alleine lebende Betroffene nicht mehr selbst versorgen kann.

H. R.: Hier wäre zu schauen, ob z. B. ein Pflegedienst die Versorgung übernehmen kann.

Hrsg.: Wunsch, eine Urlaubsreise zu machen.

H. R.: Das hängt davon ab, ob der Betreute die finanziellen Mittel für eine Reise hat bzw. wenn er (professionelle) Begleitung braucht, diese eventuell selbst bezahlen kann bzw. ihm diese zu besorgen.

Hrsg.: Wunsch, sich an Gewinnspielen zu beteiligen.

H. R.: Ein solcher Wunsch dürfte nur versagt werden, wenn dadurch das Vermögen des Betreuten erheblich gefährdet wird und er diese Gefahr aufgrund seiner Krankheit oder Behinderung nicht erkennt.

Hrsg.: Wunsch, einer Freundin, das Hausgrundstück zu schenken, obwohl es Kinder als gesetzliche Erben gibt.

H. R.: Wenn er dadurch nicht obdachlos wird bzw. ein Sozialfall, dann steht dem Geschenk des Hauses an die Freundin nichts entgegen. Ein Betreuer hat nicht die Aufgabe, ein mögliches Erbe für Kinder zu „retten“.

Hrsg.: Wunsch, eine lebenswichtige ärztliche Behandlung nicht durchführen zu lassen (z. B. Dialyse).

H. R.: Mit diesem Wunsch sind wir im Bereich der ärztlichen Zwangsmaßnahmen, in die der Betreuer nur mit Genehmigung des Gerichts einwilligen kann. Äußert ein Betreuer den Wunsch, eine ärztlich notwendige Behandlung nicht durchführen zu lassen, dann muss der Betreuer prüfen (lassen), ob der Betreute einsichts- und einwilligungsfähig ist und die Entscheidung nicht auf einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung beruht.

Hrsg.: Herr Rehfeldt, ich danke Ihnen für dieses Interview.

Dieses Interview führte die Herausgeberin Sigrun von Hasseln-Grindel im Juli 2024

6. Special: Haftung von Aufsichtspersonen, wenn der Demenzkranke Schaden erleidet oder Dritten Schaden zufügt

6.1 Aufgaben aufsichtspflichtiger Personen und Einrichtungen bei Demenzkranken

Die Aufsichtspflicht beinhaltet:

- das Bewahren des Demenzkranken vor Schäden an sich selbst oder durch Dritte
- das Verhindern von Schäden durch die anvertraute demenzkranke Person an Dritten

Der Umfang der Aufsichtspflicht richtet sich nach dem Einzelfall, d. h. dem Grad der geistigen Verwirrung des Demenzkranken, seiner (verbliebenen) Einsichtsfähigkeit, der Gefährlichkeit der Beschäftigung (z. B. Gemüse schneiden mit scharfem Messer), der örtlichen Umgebung (z. B. belebte Straße) und anderen Gegebenheiten.

6.2 Wer ist eine aufsichtspflichtige Person oder Einrichtung bei Demenzkranken?

Eine Aufsichtspflicht für demenzkranke Menschen kann sich aus einer gesetzlichen Garantenpflicht, aus gerichtlicher oder sonst amtlicher

Anordnung oder aus Vertrag ergeben.

Gesetzliche Aufsichtspflicht	Aufsichtspflicht durch Gerichtsbeschluss	Vertragliche Aufsichtspflicht
nahe Angehörige ■ Ehe- oder Lebenspartner ■ Erwachsene Kinder	Amtlich bestellter Betreuer	„Omasitterin“ Altenbetreuerin Pflegeperson ambulanter Pflegedienst Krankenhaus Pflegeheim

Grundlage der Aufsichtspflicht:

Gesetzliche Garantenpflicht	§ 1826 BGB	Vertrag

Grundlage der zivilrechtlichen Haftung:

§ 832 BGB § 823 Abs. 2 i. V. m. § 323c StGB	§ 832 BGB § 823 Abs. 2 i. V. m. § 323c StGB	§§ 832, 823 ff. BGB §§ 280, 278 BGB §§ 823, 831 BGB § 823 Abs. 2 i. V. m. § 323c StGB

Grundlagen der bußgeld- u. strafrechtlichen Verantwortlichkeit:

- Direkte Verletzungen des Betreuten durch den Betreuer, z. B. Beleidigung, Körperverletzung
- Bußgeld- u. strafrechtliche Verantwortung des Betreuers, wenn der Betreute eine Ordnungswidrigkeit oder eine Straftat begeht.
- § 8 OWiG Begehen durch Unterlassen und § 13 StGB Begehen durch Unterlassen

Keine rechtliche Aufsichtspflicht bei sog. Gefälligkeitsaufsicht. Diese liegt vor, wenn sie nur gelegentlich, für kurze Zeit, aus reiner Gefälligkeit und unentgeltlich geschieht (z. B. durch Nachbarn, Bekannten, weitläufigen Verwandten). Sie besteht vor allem dann, wenn die Aufsichtsperson erkennbar nicht den Willen zur rechtlichen Bindung hat. Sie übernimmt nur die Aufsicht, nicht aber die Aufsichtspflicht.

Anders kann es sein, wenn eine Person die Aufsicht als „Omasitterin“ gegen Entgelt übernimmt, z. B. weil die Kinder der demenzkranken Oma abends

mal weggehen wollen, Hier ist vorab zu klären, inwieweit – je nach Umfang der Betreuungsbedürftigkeit – auch die Aufsichtspflicht übernommen werden soll. Soll die „Omasitterin“ nur das Babyphon ersetzen, also die Kinder benachrichtigen, wenn irgendetwas Auffälliges mit Oma ist, übernimmt sie auch nur die Aufsicht, nicht aber die Aufsichtspflicht.

Aber: Geht es der demenzkranken Person plötzlich schlecht, muss auch eine Gefälligkeitsaufsicht Hilfe (evtl. RTW) holen. Sonst kann sie sich wegen „Unterlassener Hilfeleistung“ (§ 323c StGB) strafbar machen.

Eine vertragliche Übernahme ist regelmäßig bei einer weitreichenden Obhut von längerer Dauer und weitgehender Einwirkungsmöglichkeit anzunehmen, z. B. bei Unterbringung in einem Heim, Krankenhaus oder Anstalt. [73]

6.3 Zivil- und deliktrechtliche Haftung von Aufsichtspersonen, wenn der zu beaufsichtigende Demenzkranke Schaden erleidet

Erleidet eine an Demenz erkrankte Person Schaden durch falsche Behandlung, Verletzung der Aufsichtspflicht, ein Körperverletzungsdelikt oder durch andere Handlungen oder Unterlassungen, haften Aufsichtspersonen nach den allgemeinen Regeln [74]. Der rechtliche Betreuer haftet für vorsätzlich und fahrlässig verursachte Schäden beim Betreuten, wenn sich diese als Pflichtverletzung darstellt (§ 1826 BGB).

Beispiel 1: Haftung wegen unterlassener Dekubitusprophylaxe oder unterlassener Dehydrationsprophylaxe?

Werden in einem Pflegeheim gebotene Maßnahmen, wie etwa eine Dekubitusprophylaxe oder eine Dehydrationsprophylaxe, pflichtwidrig

unterlassen, so kann sich die dafür zuständige Pflegekraft (und ihre Aufsicht) wegen Körperverletzung durch Unterlassen gemäß § 223 StGB in Verbindung mit § 13 StGB strafbar machen und muss möglicherweise gemäß § 280 (823) BGB-Schadensersatz und Schmerzensgeld zahlen.

Beispiel 2: Haftung wegen Sturz eines an Demenz erkrankten Bewohners beim

Toilettengang?

Unser an Demenz erkrankter Protagonist, Dr. Eberhard Fischer, ist seit ein paar Wochen Heimbewohner des Pflegeheims St. Gertrauden. Einmal stürzte er, als er versuchte, bei einem Toilettengang ohne Hilfe aufzustehen und erlitt eine Oberschenkelhalsfraktur.

Daraufhin verklagte seine in Vorleistung getretene Krankenkasse die Trägerin des Pflegeheims und machte Schadensersatzansprüche aus übergegangenem Recht für die aufgrund des Unfalls geleisteten Krankenversicherungsleistungen geltend. Die Krankenkasse vertrat die Auffassung, das Pflegeheim habe seine Sorgfaltspflicht verletzt. Der Patient hätte dauerbeaufsichtigt werden müssen.

In der Rechtsprechung hat sich die Meinung durchgesetzt, dass ein Pflegeheim einen Demenzkranken nur bei Anhaltspunkten für ein hohes Sturzrisiko lückenlos beaufsichtigen muss.

Urteil 1: So hat das Oberlandesgericht Karlsruhe im Fall des Sturzes einer demenziell erkrankten Heimbewohnerin beim Toilettengang die Klage ihrer Krankenversicherung gegen die Trägerin des Pflegeheimes abgewiesen [75]: Die Beklagte hafte der Klägerin nicht wegen der Verletzung von Pflichten aus dem Pflegevertrag nach §§ BGB § 280, BGB § 278 BGB bzw. §§ BGB § 823, BGB § 831 BGB, jeweils i. V. m. § SGB X § 116 SGB X. Zwar bestehe grundsätzlich eine Verpflichtung des Pflegeheims, Patienten nach Möglichkeit vor Stürzen zu bewahren. Der Umfang der zu

treffenden Sicherungsmaßnahmen richte sich aber danach, ob und inwieweit sich ein Sturzrisiko absehen lässt. Für eine lückenlose Beaufsichtigung beim Toilettengang müsse ein konkreter Grund bestanden haben. Das sei hier nicht der Fall. So komme auch der Sachverständige nach intensiver Auseinandersetzung mit der Pflegedokumentation nachvollziehbar zu dem Ergebnis, dass im Unfallzeitpunkt seitens der Versicherten zwar ein erhöhtes Sturzrisiko bestanden habe, das aber nicht die Annahme gerechtfertigt habe, sie würde aufstehen und sofort stürzen. Sie sei eher als ängstlich und kooperativ beschrieben worden. Die Entscheidung, die Intimsphäre zu wahren, sei deshalb pflegfachlich nachvollziehbar.

Zudem habe der Sachverständige erläutert, dass bei der Abwägung zwischen Sicherheitsbedürfnis und Intimsphäre aufgrund der Demenzerkrankung keine Besonderheiten bestehen würden, da auch fortgeschritten Demenzkranke regelmäßig noch Scham empfinden würden und dies unter Umständen nur nicht mehr ausdrücken könnten.

Urteil 2: In einem anderen Fall hat das Landgericht Stuttgart den Träger des Pflegeheims zur Zahlung von Schadensersatz in Höhe von 5.836,12 € aus übergegangenem Recht auf Grund der Verletzung der Aufsichtspflicht im Rahmen des Heimpflegevertrags mit der Geschädigten Frau T. verurteilt.

[76]

Die Geschädigte Frau T., die sich mit Alzheimer im letzten Stadium befand, hatte im Pflegeheim eine distale Femurfraktur erlitten, nachdem sie von der angestellten Pflegerin auf die Toilette ihres Zimmers gesetzt worden war, indem sie auf den Boden fiel. Das Gericht hatte dazu ausgeführt: „Es liegt eine Aufsichtspflichtverletzung durch die Zeugin G vor, weil sie die Geschädigte nicht zugriffsbereit im Auge behielt, sondern sich vollständig abwandte, um einer anderen Beschäftigung, dem Reinigen des Gebisses,

nachzugehen. Dabei entfernte sie sich auf ca. 1 m von der Geschädigten. Ein sofortiges Zugreifen für den Fall, dass sich die Geschädigte in ihrer Position auf der Toilette verändert, war ihr dadurch nicht mehr möglich. Dies wäre aber notwendig gewesen, nachdem die Geschädigte körperlich noch verhältnismäßig kräftig und mobil war und dafür bekannt war, dass sie sich im Speisesaal am Tisch aus dem Rollstuhl heraus immer wieder aufrichtete und umschaute.“

6.4 Zivil- und deliktrechtliche Haftung von Aufsichtspersonen, wenn der Demenzkranke einem Dritten Schaden zufügt oder eine Ordnungswidrigkeit oder eine Straftat begeht

Große Unsicherheiten bestehen häufig bei der Frage, ob eine Aufsichtsperson

- für Schäden haftet, die der von ihr zu betreuende, an Demenz erkrankte, deliktsunfähige Klient einem Dritten zugefügt hat, und
- selbst wegen einer Ordnungswidrigkeit oder gar wegen einer Straftat zur Rechenschaft gezogen werden kann, wenn ihr Klient eine solche begeht.

6.4.1 Zivilrechtliche Haftung aus dem Gesichtspunkt der Verletzung der Aufsichtspflicht (§ 832 BGB)

Soweit zur Aufsichtspflicht auch das Verhindern von Schäden durch die anvertraute demenzkranke Person an Dritten gehört, ist die Aufsichtspflicht dann verletzt, wenn die aufsichtspflichtige Person genau dieser Pflicht nachweislich nicht nachkommt. Für Schäden, die während der Aufsichtszeit

entstanden sind oder Dritten zugefügt wurden, haftet die aufsichtspflichtige Person gem. § 832 BGB.

§ 832 BGB. Verletzung der Aufsichtspflicht

(1) 1Wer kraft Gesetzes zur Führung der Aufsicht über eine Person verpflichtet ist, die wegen Minderjährigkeit oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustands der Beaufsichtigung bedarf, ist zum Ersatz des Schadens verpflichtet, den diese Person einem Dritten widerrechtlich zufügt. 2Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn er seiner Aufsichtspflicht genügt oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtsführung entstanden sein würde.

(2) Die gleiche Verantwortlichkeit trifft denjenigen, welcher die Führung der Aufsicht durch Vertrag übernimmt.

6.4.2 Haftung des Aufsichtspflichtigen aus dem Gesichtspunkt der Verletzung der Verkehrssicherungspflicht

Wer eine Gefahrenquelle schafft oder unterhält, z. B. ein Kfz (§ 7 StVG), ein Grundstück (§§ 837, 838 BGB), ein Tier (§§ 833, 834 BGB), eine gefährliche Veranstaltung, ist verpflichtet, die notwendigen und zumutbaren Vorkehrungen zu treffen, um andere vor Schäden zu bewahren (sog. Verkehrssicherungspflicht). In der Rechtsprechung wird eine Verkehrssicherungspflicht auch für Seniorenheime angenommen. So müssen dritte Verkehrsteilnehmer darauf vertrauen dürfen, dass aus einem Seniorenheim nicht plötzlich ein geistig verwirrter Bewohner auf die Straße läuft. [77]

6.4.3 Kann ein Aufsichtspflichtiger eine Ordnungswidrigkeit begehen oder sich strafbar machen, wenn der an Demenz erkrankte Klient eine Ordnungswidrigkeit oder eine Straftat begeht?

Ja. In der Regel kann ein Aufsichtspflichtiger bußgeldrechtlich oder strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden, wenn er nicht alles Zumutbare unternimmt, um eine Ordnungswidrigkeit oder eine Straftat seines Klienten zu verhindern, obwohl er rechtlich dafür einzustehen hatte (strafrechtliche Garantenpflicht). Das ist in § 8 OWiG und in § 13 StGB geregelt.

§ 8 OWiG. Begehen durch Unterlassen

Wer es unterlässt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand einer Bußgeldvorschrift gehört, handelt nach dieser Vorschrift nur dann ordnungswidrig, wenn er rechtlich dafür einzustehen hat, dass der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht.

Beispiel

Schwer demenzkranker Betreuer geht bei Rot über die Straße. Die aufsichtspflichtige Person steht daneben und unternimmt nichts.

§ 13 StGB. Begehen durch Unterlassen

(1) Wer es unterlässt, einen Erfolg abzuwenden, der zum Tatbestand eines Strafgesetzes gehört, ist nach diesem Gesetz nur dann strafbar, wenn er rechtlich

dafür einzustehen hat, dass der Erfolg nicht eintritt, und wenn das Unterlassen der Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes durch ein Tun entspricht.

Ein Betreuer hat die strafrechtliche Garantenpflicht, Straftaten des Betreuten zu verhindern, wenn der Betreute selbst für sein Verhalten nicht verantwortlich ist und dem Betreuer gerade deshalb von der Rechtsordnung die Aufsicht über den Betreuten auferlegt worden ist.

Beispiel 1: Verurteilung eines Aufsichtspflichtigen wegen Tierquälerei durch Unterlassen.

Ein Betreuer wurde wegen Tierquälerei durch Unterlassen in 49 Fällen verurteilt (§ 17 Nr. 2 Tierschutzgesetz, § 13 StGB, § 1826 BGB). Er hatte es als Betreuer der Frau M. unterlassen, deren Tierhaltung persönlich zu kontrollieren, sodass 49 Kaninchen verschiedener Rassen nicht artgerecht in der stark verwahrlosten Wohnung von Frau M. untergebracht worden und auf Grund unzureichender Pflege erkrankt waren. Dadurch seien den Tieren länger anhaltende erhebliche Schmerzen und Leiden zugefügt worden. Dazu hat das OLG Celle ausgeführt [78]: Ausgangspunkt und Voraussetzung für die Bejahung einer strafrechtlichen Verantwortlichkeit des angeklagten Betreuers wegen eines Verstoßes der von ihm betreuten Frau M. gegen das Tierschutzgesetz sei die Frage, ob den Angeklagten als Betreuer eine Garantenpflicht zur Verhinderung solcher Verstöße trifft. Dies wurde vom Senat bejaht.

Zwar gelte im Strafrecht das Prinzip der Eigenverantwortlichkeit, wonach es grundsätzlich ausgeschlossen sei, für das rechtswidrige Verhalten eines Menschen einen anderen zur Verantwortung zu ziehen. Deshalb bestehe grundsätzlich keine Überwachungspflicht hinsichtlich des Verhaltens anderer erwachsener Personen. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz werde aber dort

gemacht, wo die Verantwortung für das rechtswidrige Verhalten eines Menschen durch die Rechtsordnung eben gerade einem Dritten auferlegt sei.

Beispiel 2: Verurteilung eines Aufsichtspflichtigen wegen Diebstahls durch Unterlassen.

Betreuer mit mittelgradiger Demenz stiehlt mehrere Flaschen alkoholische Getränke im Laden. Sein Betreuer, der vor allem verhindern soll, dass sein Klient stiehlt, sieht das, unternimmt aber nichts.

Beispiel 3: Verurteilung eines Aufsichtspflichtigen wegen vorsätzlicher Körperverletzung durch Unterlassen?

Der wegen mittelgradiger Demenz und wegen Kontrollverlusten unter Betreuung stehende ehemalige Boxer Siegfried fühlt sich von einem 12-jährigen Jungen auf dem Hof des Mehrfamilienhauses provoziert, der ihm zuruft: „Verschwinde du alter Sack, kriegst ja doch keinen mehr hoch“. Als Siegfried leicht zeitversetzt begreift, welch ungeheuerliche Beleidigung der Junge – für alle laut vernehmlich – losgelassen hat, versetzt er dem Jungen einen gezielten Faustschlag ins Gesicht, wodurch dieser erheblich verletzt wird. Ob Siegfrieds männlicher Betreuer mit Judoausbildung noch hätte eingreifen können, wird eine Beweisaufnahme klären müssen.

6.5 Tipp für alle Betreuer: unbedingt eigenen Versicherungsschutz prüfen

Wie dargestellt, kann es in der täglichen Arbeit des Betreuers zu zahlreichen unterschiedlichen Vorgängen kommen, die Haftungsansprüche auslösen. Deshalb sollte man als Betreuer unbedingt abklären, ob man ausreichend gegen mögliche Haftungsfälle versichert ist.

Ehrenamtliche Betreuer sind zwar in den meisten Bundesländern vom Land ab ihrer Bestellung sowohl für Personen- und Sachschäden als auch für Vermögensschäden automatisch mitversichert. Auch Betreuungsvereine bieten oft kostenlose Versicherungen für Vereinsmitglieder an. Jeder ehrenamtliche Betreuer sollte aber unbedingt hinterfragen, ob und für welche Fälle er versichert ist und sich das schriftlich bestätigen lassen!

Seit dem 1. Januar 2023 besteht für Berufsbetreuer die Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung zur Deckung der sich aus der Berufstätigkeit ergebenden Haftpflichtgefahren für Vermögensschäden (§ 23 Abs. 1 Nr. 3 Betreuungsorganisationsgesetz; BtOG). Wird der Abschluss der Versicherung gegenüber der Stammbehörde nicht nachgewiesen, erfolgt keine Registrierung als Berufsbetreuer und es können keine Vergütungsanspruch geltend gemacht werden. Diese Versicherung soll vor Haftpflicht-Ansprüchen von Betreuten, Angehörigen und Krankenkassen schützen.

Auch bzgl. des Betreuten sollte geprüft werden, ob eine Haftpflichtversicherung besteht. Wenn nicht, sollte eine solche abgeschlossen werden, sofern der Betreute nicht deliktunfähig ist (§ 827 BGB).

V. Die Auswirkungen einer Demenzerkrankung im Recht der familiären Bezüge und im Erbrecht

Christel Henk im Gespräch mit Herausgeberin Sigrun von Hasseln-Grindel

Hrsg.: Frau Henk. Sie sind Fachanwältin für Familienrecht und Fachanwältin für Erbrecht in Königs Wusterhausen (bei Berlin). Zu Ihnen kommen Mandanten aus ganz Deutschland. Welche Erfahrungen machen Sie generell, wenn der Faktor Demenz in ein Beratungsgespräch eingebracht wird?

Rechtsanwältin Henk: In der anwaltlichen Tätigkeit stoßen nicht selten die anwaltliche Beratung und Vertretung an juristische Grenzen, sobald der Anschein einer Demenzerkrankung von Familienangehörigen behauptet wird. Ich stelle sowohl zum Thema familienrechtliche Beratung als auch zum Thema erbrechtliche Beratung jeweils einen Fall aus der Praxis vor, die Spezifik und Sensibilität bei der anwaltlichen Tätigkeit besonders hervorheben.

1. Spezielle Fragen im Familienrecht bei Demenz

(ohne Vormundschafts- und Betreuungsrecht)

Das Familienrecht ist im Buch 4 des BGB (§§ 1297–1921) geregelt

- Abschnitt 1. Bürgerliche Ehe (§§ 1297–1588)
- Abschnitt 2. Verwandtschaft (§§ 1589–1772)
- Abschnitt 3. Vormundschaft, Pflegschaft für Minderjährige, rechtliche Betreuung, sonstige Pflegschaft (§§ 1773–1921)

Hrsg.: Frau Henk. Kommen wir zunächst zum Familienrecht. Gibt es **generell** Auswirkungen für die Ehe, für das Eltern-Kind-Verhältnis, im Kindschaftsrecht und sonst im **Familienrecht**, wenn ein Familienmitglied an Demenz erkrankt?

Rechtsanwältin Henk: Die Demenzerkrankung zieht nicht automatisch eine Geschäftsunfähigkeit nach sich. Sobald die Geschäftsfähigkeit aufgrund der Demenz nicht mehr gegeben ist, wird in der Regel ein rechtlicher Betreuer bestellt. Dieser regelt die finanziellen Angelegenheiten im Sinne des Betroffenen, d. h., auch zutreffend im Kindesunterhaltsverfahren und beim Ehegattenunterhalt. Das zuständige Gericht überwacht die Tätigkeit des rechtlichen Betreuers, der auch über Bankgeschäfte Rechenschaft abzulegen hat.

1.1 Thema Eheschließung, Ehescheidung und Tod während des Scheidungsverfahrens bei Demenz eines Partners

1.1.1 Frage 1: Ist eine Eheschließung trotz Demenzerkrankung möglich?

Rechtsanwältin Henk: Das kommt drauf an:

- Wer in jeder Hinsicht geschäftsunfähig ist, kann eine Ehe nicht eingehen (§ 1304 BGB).
- Ausnahme: Das Bundesverfassungsgericht hat durch Beschluss vom 18.12.2002 (1 BvL 14/02, NJW 2003, 1382) entschieden, dass eine heiratswillige Person, die geschäftsunfähig ist, hinsichtlich der Eheschließung partiell geschäftsfähig i. S. § 104 Nr. 2 BGB sein kann. In dem zugrundeliegenden Fall stellte der Sachverständige in dem vom Gericht eingeholten ergänzenden psychiatrischen Gutachtens zwar erneut die Geschäftsunfähigkeit der Betroffenen fest. Sie verfüge allerdings über lebenspraktische Fertigkeiten zur Selbstversorgung und zur Versorgung ihres Haushalts. Auch sei sie in der Lage, im Rahmen einer natürlichen Willensbildung dezidiert Wünsche zu äußern oder auf die Erfüllung von Bedürfnissen hinzuwirken. So äußere sie schon seit geraumer Zeit den Wunsch, eine langjährig bestehende Partnerschaft in die Rechtsform der Ehe überführen zu wollen. Ihrem Wunsch sollte Rechnung getragen werden. Zum Schutz kann das Gericht eine Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt anordnen, sofern dies zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für die Person oder das Vermögen der Betreuten erforderlich ist.

1.1.2 Frage 2: Ist eine Ehescheidung bei einer Demenzerkrankung möglich?

Rechtsanwältin Henk: Eine Scheidung ist auch bei schwerer Erkrankung möglich. Das Gericht prüft die Voraussetzungen für die Scheidung und versucht, den Willen des Antragstellers festzustellen. Es könnte hierbei zu Problemen kommen, wenn sich der Antragsteller nicht mehr äußern kann. Sofern die Eheleute aber seit mehr als einem Jahr getrennt leben und mehrfach gegenüber Dritten von dem Schwererkrankten geäußert wurde,

dass er die Scheidung unbedingt wolle, so ist die Ehe zerrüttet, auch wenn zum Zeitpunkt der Scheidung kein Scheidungswillen mehr geäußert wird. Nach der Rechtsprechung des OLG Hamm vom 16. August 2013 (3 UF 43/13) habe der Ehemann wegen der Demenz das Wesen der Ehe nicht mehr erfassen können, die Ehe müsse dennoch geschieden werden. Damit ist auszuschließen, dass Menschen mit Demenzerkrankungen oder bei Unfallfolgen nicht mehr geschieden werden können.

Der Scheidungsantrag ist dann vom gesetzlich bestellten Betreuer zu stellen (OLG Hamm, Beschl. v. 16.08.2013 – 3 UF 43/13). Der Scheidungsantrag ist vom Betreuungsgericht zu genehmigen.

1.1.3 Frage 3: Was ist, wenn ein Partner während des Scheidungsverfahrens stirbt?

Rechtsanwältin Henk: Verstirbt ein Partner vor der Rechtskraft der Ehescheidung, dann ist und bleibt die Ehe nicht geschieden. Das Erbrecht des überlebenden Partners besteht. Die Ehe gilt auch nicht als geschieden, wenn die Scheidung der Ehe mit Beschluss ausgesprochen wurde, die Parteien aber nicht auf Rechtsmittel gegen die Entscheidung verzichtet haben und die Beschwerdefrist noch nicht abgelaufen ist. Dann gelten ebenfalls die erbrechtlichen Regelungen.

Ist jedoch zwischen den Parteien unstreitig, dass der Scheidungswille nach wie vor besteht, ein Scheidungsantrag vorliegt, dieser der Gegenpartei zugestellt wurde und diese gegenüber dem Gericht ihr Einverständnis zum Scheidungsbegehren erklärt, dann entfällt das Erbrecht des überlebenden Ehegatten.

1.2 **Thema: Familienrechtliche Auswirkungen nach einem zur geistigen Behinderung führenden Unfall einer alleinerziehenden berufstätigen Mutter**

Hrsg.: Frau Henk. Ich knüpfe an unseren Fall an, in dem die verwitwete, alleinerziehende, berufstätige Mutter Lena Schneider [79] aufgrund eines unverschuldeten Verkehrsunfalls nicht mehr in der Lage war, die Personen- und Vermögenssorge für ihre beiden minderjährigen Kinder zu bewältigen. Auf Anregung des Krankenhauses war für sie eine rechtliche Betreuung eingerichtet worden. Was gilt jetzt aber hinsichtlich der Kinder, nachdem deren Vater und die Großeltern bereits verstorben sind?

Rechtsanwältin Henk: Da die beiden minderjährigen Kinder ohne Aufsicht in der Wohnung waren und deshalb eine dringende Gefahr für das Wohl der Kinder bestand, war eine sofortige Inobhutnahme der Kinder durch das – von der Nachbarin Zimmermann informierte – Jugendamt erforderlich (§ 42 SGB VIII). Die Inobhutnahme umfasst die Befugnis, ein Kind bei einer geeigneten Person, in einer geeigneten Einrichtung oder in einer sonstigen Wohnform vorläufig unterzubringen.

Das Jugendamt war außerdem verpflichtet, die Sache unverzüglich dem Familiengericht vorzulegen, das gemäß § 1666 BGB Maßnahmen zu treffen hatte, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich waren, weil die Kindsmutter als Sorgeberechtigte dazu nicht in der Lage war. Das Familiengericht konnte einen Verfahrensbeistand (vormals Verfahrenspfleger) gemäß § 158 FamFG beauftragen.

Denkbar ist, dass, falls sich die Kinder in der mütterlichen Wohnung aufhalten und dies auch weiterhin wollen, da sich dort ihr Freundeskreis befindet und die Schulnähe abgesichert ist, als gerichtliche Maßnahme eine

Familienhilfe angeordnet wird, die sich um die Nutzung der von den Kindern mitbewohnten Wohnung kümmert.

In einem solchen Fall sind die notwendigen öffentlichen Hilfen in Anspruch zu nehmen, die beim Jugendamt zu beantragen sind. Wenn sich herausstellt, dass die Mutter ihr Sorgerecht für eine unbestimmte Zeit oder dauerhaft nicht mehr wahrnehmen kann, bestellt das Familiengericht gemäß § 1774 BGB einen Vormund für die Kinder. Häufig wird das Jugendamt zum Vormund bestellt.

Lassen Sie mich diesen Fall durch 2 Alternativen ergänzen:

■ **Alternative 1**

Sollte das gemeinsame Sorgerecht der Eltern bestehen, d. h., sollte die Mutter nach der Geburt des Kindes dem Erzeuger das Sorgerecht mitübertragen haben, kann der andere Elternteil beim Familiengericht einen entsprechenden Antrag stellen, um bspw. die alleinige elterliche Sorge oder einen Teil der elterlichen Sorge (z. B. Gesundheitsfürsorge), eine bestimmte Entscheidungsbefugnis wie die Schulwahl übertragen zu bekommen.

Die gerichtlichen Maßnahmen können sich durchaus auch auf die Geltendmachung und Durchsetzung der Kindesunterhaltsansprüche gegenüber dem Kindesvater erstrecken. Hierbei ist die Mitwirkung des Jugendamtes gemäß § 1851 BGB erforderlich. Sollte sich der Aufenthalt des Mündels ändern, so hat der Vormund dem dann zuständigen Jugendamt hierüber zu berichten, um die weitere Sicherung der Vertretung des Mündels zu gewährleisten.

■ **Alternative 2:**

Sollte die Mutter alleinige Sorgeberechtigte sein, könnte das Sorgerecht antragsgemäß auf die Großeltern übertragen werden, wenn dies im

Interesse des Kindeswohls ist und eine enge Bindung zu den Kindern bestand und besteht. Sollte jedoch infolge der Situation eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, können gerichtliche Maßnahmen gemäß § 1666 BGB greifen und das Gericht demzufolge veranlassen, dass die minderjährigen Kinder vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit entweder die Familienwohnung oder eine andere Wohnung nutzen oder in eine sogenannte Pflegefamilie integriert werden.

1.3 Thema: Wenn sich ein Betreuungsgericht über den Willen der unter Betreuung stehenden Ehefrau und den Willen des Ehegatten hinwegsetzt und dadurch ein Ehepaar nach 65 Ehejahren wider Willen auseinandergerissen wird

Zu welcher Familienzerrüttung es kommen kann, sofern Kinder in wirtschaftliche Not geraten und ihr Erbe nicht abwarten können, zeigt ein aktueller Fall. Die Mutter hatte einen Hausunfall erlitten, befand sich in stationärer Behandlung und wurde unmittelbar danach auf Veranlassung des Sohnes in ein ca. 80 km entferntes Altenheim eingewiesen, ohne dies mit dem Ehemann abzustimmen.

Die Eheleute sind seit 65 Jahren verheiratet, beide über 90 Jahre alt. Dem Sohn wurde zunächst die Gesundheitsfürsorge zuerkannt und ein Berufsbetreuer eingesetzt, der Vermögenssorge und das Aufenthaltsbestimmung innehat.

Obwohl der Ehemann die gesundheitliche Betreuung im ehelichen Haushalt organisiert hat, gelang es im Beschwerdeverfahren nicht, den Aufenthalt der Ehefrau in die eheliche Wohnung zu entscheiden.

Es entwickelte sich ein familiärer Streit zwischen dem Sohn und dem Vater, da der Sohn alles unternahm, um zu verhindern, dass die Mutter wieder in den ehelichen Haushalt zurückkehrt, obwohl die Mutter immer wieder betont hat, nach Hause zu wollen.

Nach dem seit dem 01. Januar 2023 geltenden Betreuungsrecht kommt es nicht primär auf das Wohl des Betreuten, sondern auf seinen Willen an. „Die Wünsche des Betreuten sind die Maxime des Betreuerhandelns [80]“, nach denen sich auch das Betreuungsgericht richten muss (vgl. § 278 FamFG), insbesondere wenn, wie hier, massiv in das Grundrecht auf Ehe und Familie (Art. 6 GG) eingegriffen wird [81].

In diesem jüngsten Fall ging und geht das Gericht dem Willen der Betreuten nicht nach. Die Betreute befindet sich bereits seit Monaten in dem Altenheim/nicht Pflegeheim. Ein aktuelles Gutachten diagnostiziert inzwischen eine Demenzerkrankung.

Es ist durchaus denkbar, dass die fehlende häusliche Umgebung und der fehlende enge Kontakt zum Ehepartner nach 65 Ehejahren dazu geführt haben, dass die Betreute nunmehr unter Demenz leidet.

Aus beiden Verfahren drängt sich der Eindruck auf, dass die Spruchpraxis der Gerichte diesen neuen Entwicklungen nicht angepasst ist und demzufolge empfohlen wird, auch zum Betreuungsrecht und zur Spezifik bei langjährigen Ehen Weiterbildungsmaßnahmen anzubieten.

2. Spezielle Fragen im Erbrecht bei Demenz

Das Erbrecht ist im 5. Buch des BGB in den §§ 1922–2385 geregelt.

Hrsg.: Frau Henk. Kommen wir zum Erbrecht, insbesondere zu der Frage, ob es erbrechtliche Auswirkungen gibt, wenn ein Familienmitglied an Demenz erkrankt. Am Beispiel unseres Protagonisten, Dr. Eberhard Fischer, wollen wir ein paar Alternativen durchsprechen, die es im Erbrecht geben kann, wenn ein Mensch mit beginnender, mit mittlerer oder mit schwerer Demenz durch Testament oder durch Vermächtnis Verfügungen trifft. Dr. Fischer hat 2 erwachsene Kinder und 5 Enkel.

2.1 Verfügungen von Todes wegen bei Stufe 1 der Demenz. Dr. Fischer ist noch geschäfts- bzw. testierfähig.

Art der Verfügung von Todes wegen	Antwort Rechtsanwältin Henk
Alt. 1.1.: Dr. Fischer macht kein Testament.	Dann gilt die gesetzliche Erbfolge. Die beiden Kinder von Dr. Fischer erben jeweils 50 %.
Alt. 1.2.: Dr. Fischer verfasst ein handschriftliches Testament und vererbt sein Vermögen dem Tierschutzbund.	Dieses Testament ist wirksam. Wenn kein weiteres Testament folgen würde, wäre der Tierschutzbund Alleinerbe. Seine beiden Kinder würden als Pflichtteilsberechtigte zusammen 50 % des Erbes, also jeder 25 % erhalten.
Alt. 1.3.: Dr. Fischer errichtet 2 Wochen später ein notarielles Testament und setzt seine 5 Enkel als Erben ein.	Auch dieses Testament ist wirksam. Da es später aufgesetzt wurde als das Testament zugunsten des Tierschutzbundes, erbt der Tierschutzbund nichts, sondern seine Enkel alles. Seine beiden Kinder erhalten aber als Pflichtteilsberechtigte zusammen 50 % des Erbes, also jeder 25 %. Seine Enkel als Erbe jeweils 1/5 der restlichen 50 %, also jeweils 10 % des Erbes.
Alt. 1.4.: Dr. Fischer vermacht sein wertvolles Sternen-Teleskop an das Kopernikus-Gymnasium.	Dieses Vermächtnis ist wirksam. Nach § 1939 BGB kann der Erblasser durch Testament einem anderen, ohne ihn als Erben

einzusetzen, einen Vermögensvorteil zuwenden.

2.2 Verfügungen von Todes wegen bei Stufe 2 der Demenz. Schleicher Übergang von Geschäftsfähigkeit zur Testierunfähigkeit

Art der Verfügung von Todes wegen

Antwort Rechtsanwältin Henk

Alt. 2.1.: Dr. Fischer macht kein Testament.

Dann gilt die gesetzliche Erbfolge. Seine beiden Kinder erben jeweils 50 %.

Alt. 2.2.: Dr. Fischer verfasst ein handschriftliches Testament und vererbt sein Vermögen dem Tierschutzbund.

Da Dr. Fischer danach noch zwei weitere Testamente verfasst hat, entfaltet das Testament zugunsten des Tierschutzbundes keine Wirkung mehr.

Alt. 2.3.: Dr. Fischer errichtet 2 Wochen später ein notarielles Testament und setzt seine 5 Enkel als Erben ein.

Was passiert, wenn die Kinder von Dr. Fischer dieses Testament mit der Begründung anfechten, dass ihr Vater zum Zeitpunkt der Errichtung des Testaments geschäftsunfähig war?

s. u. „Antwort zur Alternative 2.3.“

Alt. 2.4.: Dr. Fischer schreibt im Anschluss von 2.1. bis 2.3. ein neues, handgeschriebenes Testament und setzt seine Nachbarin als Alleinerbin ein. Begründung: Er habe beobachtet, wie seine Kinder nachts in seine Wohnung geschlichen seien und ihm seine Briefmarkensammlung gestohlen hätten.

Die Kinder von Dr. Fischer könnten dieses Testament als gesetzliche Erben mit der Begründung anfechten, dass ihr Vater zum Zeitpunkt der Abfassung des Testamentes geschäftsunfähig war. Dazu müsste ein postmortales psychiatrisches Gutachten eingeholt werden. Es spricht angesichts der von Dr. Fischer gegebenen Begründung viel dafür, dass er bei der Abfassung des Testamentes verwirrt war.

Antwort zur Alternative 2.3.: Fechten die Kinder von Dr. Fischer das notarielle Testament wegen Geschäftsunfähigkeit ihres Vaters an, so spricht zunächst eine Vermutung dafür, dass ihr Vater zum Zeitpunkt der Errichtung des Testamentes geschäftsfähig war.

Denn der Notar hat gemäß § 11 Abs. 1 S. 2, § 28 Abs. 3 BeurkG die Amtspflicht, Feststellungen über die Geschäftsfähigkeit zu treffen. Sofern der Notar feststellt, dass der Testator keinen eigenen Willen kundtut, muss dieser wegen fehlender Einsichtsfähigkeit die Beurkundung ablehnen. Bei beiden Vorschriften handelt es sich um echte Amtspflichten des Notars im Beurkundungsverfahren [82]. Verstößt er fahrlässig oder vorsätzlich gegen diese Amtspflichten, hat die Aufsichtsbehörde gemäß § 95 BNotO gegen ihn ein Disziplinarverfahren einzuleiten. Erkennt der Notar, dass einem Beteiligten die erforderliche Geschäftsfähigkeit fehlt und beurkundet er dennoch, kann er sich sogar wegen Beihilfe zum Betrug (§§ 263, 27 StGB) strafbar machen. [83]

Angesichts der strengen Regeln, die der Notar also bei der Beurkundung im Hinblick auf die Beurteilung der Geschäfts- bzw. Testierfähigkeit zu beachten hat, dürfte es für die Kinder von Dr. Fischer zwar nicht einfach sein, die aus dem notariellen Testament sprechende Vermutung, dass ihr Vater bei der Errichtung des Testaments geschäftsfähig war, zu widerlegen. Es ist aber nicht unmöglich, wie die Rechtsprechung zeigt, auf die teilweise bereits im Kap. IV hingewiesen wurde. [84]

In dem Gerichtsverfahren würden sämtliche Beweismittel erhoben werden; Zeugen, wie der Betreuer, die über die Lebensumstände von Dr. Fischer in der letzten Phase seiner Demenz bekunden können, die Betreuungsakte mit der Anregung des Sohnes auf Einrichtung einer Betreuung, die behandelnden Ärzte, sofern diese von den Kinder als gesetzliche Erben von der Schweigepflicht entbunden werden, die Heimbewohner und das

Pflegepersonal. Zudem sollen alle Erkenntnisse in einem postmortalen psychiatrischen Gutachten zusammengeführt und abschließend gewürdigt werden. Darin fließen die ärztlichen Dokumentationen bis zum Ableben mit der Frage ein, ob der Testator zum Zeitpunkt der Abfassung des Testamentes an einer psychischen oder geistigen Anomalie gelitten hat. Wird das im Ergebnis bestätigt, wird auch das erkennende Gericht davon ausgehen, dass die freie Willensbestimmung zum Zeitpunkt der Errichtung des notariellen Testamentes aufgehoben war und das Testament zugunsten der Enkel nicht wirksam ist. Diese Erkenntnisse werden auch für das zwei Wochen zuvor geschriebene handschriftliche Testament von Dr. Fischer zugunsten des Tierschutzbundes gelten. Im Ergebnis gibt es dann kein wirksames Testament, sodass gesetzliche Erbfolge zugunsten der beiden Kinder von Dr. Fischer besteht.

2.3 Verfügungen von Todes wegen bei Stufe 3 der Demenz. Dr. Fischer steht unter amtlicher Betreuung. Er ist weitgehend testierunfähig.

Art der Verfügung von Todes wegen	Antwort Rechtsanwältin Henk
Alt. 3.1.: Dr. Fischer macht kein Testament.	Dann gilt die gesetzliche Erbfolge. Seine beiden Kinder erben jeweils 50 %.
Alt. 3.2.: Dr. Fischer schreibt ein handschriftliches Testament und vererbt sein Vermögen dem Tierschutzbund.	Da Dr. Fischer zum Zeitpunkt der Abfassung seines Testamentes nicht mehr geschäftsfähig war, ist das Testament ungültig. Es bleibt bei der gesetzlichen Erbfolge.
Alt. 3.3.: Dr. Fischer schreibt ein neues handschriftliches Testament und vererbt alles den Obdachlosen.	Hier gilt das Gleiche wie zuvor.

Hrsg.: Frau Henk. Das waren aufschlussreiche Alternativen. Können Sie uns nun aus Ihrer Anwaltspraxis noch einen Fall schildern, bei dem Angehörige mit unlauteren Mitteln versucht haben, noch zu Lebzeiten widerrechtlich an das Vermögen des Betroffenen zu kommen?

Rechtsanwältin Henk: Ja, da fällt mir ein besonders perfider Fall ein:

2.3.1 Missbrauch einer notariellen Generalvollmacht und erbrechtliches Chaos nach unterschiedlichen Gutachten zur Frage der Geschäftsfähigkeit der Vollmachtgeberin

In dem einen Fall hat die mit der **notariellen Generalvollmacht** betraute Enkelin unter Befreiung des § 181 BGB den gesamten Grundbesitz mit notariellem Vertrag auf sich selbst übertragen und danach die Betreuung beim zuständigen Amtsgericht angeregt. Daraufhin erschien der Betreuungsrichter unangemeldet bei der älteren Dame und es wurde ein ärztliches Gutachten veranlasst, das zu dem Ergebnis kam, dass die Dame nicht mehr im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte ist und demzufolge die Betreuung anzuordnen ist. Dem ging das Amtsgericht nach, ordnete eine Betreuung an und bestellte unmittelbar danach eine Rechtsanwältin zur Betreuerin, die sodann im Haushalt erschien und sofort Auskunft über die Vermögensverhältnisse forderte.

Zwei Jahre zuvor hatte die ältere Dame ein notarielles Testament errichtet, alle letztwilligen Verfügungen widerrufen und ihren einzigen Sohn als Alleinerben eingesetzt.

Gegen die Anordnung der Betreuung wurde Rechtsmittel eingelegt, vom Amtsgericht ein erneutes Sachverständigengutachten in Auftrag gegeben. Der Sachverständige kam zu dem Ergebnis, dass die „Betreute“ sehr wohl im

Besitz ihrer geistigen Kräfte und sehr wohl ihre Entscheidungen auch überblicken kann.

Unmittelbar danach starb die „Betreute“. Das Beschwerdeverfahren war noch nicht abgeschlossen, sodass von der Enkelin nunmehr auch das eröffnete notarielle Testament angegriffen wurde mit der Begründung, die Testatorin sei nicht testierfähig gewesen.

Das Nachlassgericht ordnete daraufhin eine Nachlasspflegschaft an mit dem Wirkungskreis der Ermittlung der unbekannten Erben.

Zwangsläufig stellte der **Sohn als testamentarischer Alleinerbe** einen Erbscheinsantrag. Im Prüfungsverfahren wurde der vom Nachlassgericht bestellte Obergutachter gehört, der zu dem Ergebnis kam, dass die Testatorin sehr wohl im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte war und somit ihren Willen auch wirksam kundtun konnte.

Das Nachlassgericht half der Beschwerde nicht ab, sondern verwies nach über einem Jahr die Sache an das Oberlandesgericht Brandenburg.

Aus hiesiger Sicht dürfte das Beschwerdeverfahren keine Aussicht auf Erfolg haben, jedoch ist die Entscheidung des OLG noch offen.

In der Sache bedeutet das konkret, dass bei positivem Ausgang der Erbschein zugunsten des testamentarischen Erben zu erteilen ist, die Nachlasspflegschaft aufzuheben ist.

Im Berufungsverfahren befindet sich eine Klage **gegen die ehemalige Bevollmächtigte wegen Veruntreuung von Geldern der Betreuten**.

Das Landgericht hat wegen fehlender Prozessfähigkeit (die Betreuung war seinerzeit angeordnet) die Klage zurückgewiesen. Demzufolge befindet sich das Verfahren nach wie vor in der Berufungsinstanz. Der Ausgang des Beschwerdeverfahrens im Erbscheinsverfahren wird demzufolge auch hier Auswirkungen haben.

Inzwischen ist der **testamentarische Alleinerbe verstorben**, sodass seine Erben die Rechtsverfolgung aufnehmen werden.

Abgesehen von der enormen psychischen Belastung, die der Familie der Betreuten zuteilwurde, sind bislang Anwaltskosten entstanden, die von der Enkelin der ehemaligen Betreuten zu übernehmen sein werden.

VI. Besonderheiten im Medizin-, Pflege- und Heimrecht bei Demenz

Christian Wagner

1. Patientenrecht bei Demenz

Jeder Mensch, unabhängig von seinem Gesundheitszustand, verdient eine angemessene medizinische Betreuung und hat das Recht, Entscheidungen über seine eigene Behandlung zu treffen. Dieses grundlegende Recht wird durch wichtige rechtliche Dokumente wie das Grundgesetz, das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) und die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN) geschützt.

In vielen Fällen müssen jedoch Familienmitglieder oder nahestehende Personen Entscheidungen über medizinische Maßnahmen treffen, insbesondere wenn es um Menschen mit Demenz geht. Diese Entscheidungen können schwierig sein, da sie nicht nur das Wohl des Patienten, sondern auch ethische und moralische Fragen berühren.

Eine zentrale Frage bei der Abwägung von medizinischen Behandlungen [85] ist immer, ob sie tatsächlich dazu beitragen, das Leben des Betroffenen zu verbessern oder sein Leiden zu lindern. Manchmal kann eine Behandlung mehr Schaden als Nutzen bringen oder die Lebensqualität beeinträchtigen. In solchen Fällen ist es wichtig, alternative Ansätze zu prüfen, die dem individuellen Bedarf und den Wünschen des Patienten besser entsprechen.

Um zu einer guten Entscheidung zu gelangen, ist es hilfreich, die Perspektiven aller beteiligten Personen einzubeziehen. Das bedeutet, nicht nur die Meinungen der Ärzte, sondern auch die der Pflegekräfte, Therapeuten und vor allem die des Patienten selbst [86] zu berücksichtigen. Ein offener und respektvoller Dialog zwischen allen Beteiligten kann dazu beitragen, die bestmögliche Entscheidung für die Gesundheit und das Wohlbefinden des Patienten zu treffen.

1.1 Das Recht der medizinischen Behandlung (u. a. im Krankenhaus)

In Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 Grundgesetz [87] ist festgehalten, dass niemand aufgrund seiner Behinderung benachteiligt werden darf. Gleichzeitig betont Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention das Recht von Menschen mit Behinderungen auf ein erreichbares Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung. Dies bedeutet, dass Menschen mit Demenz das gleiche Recht auf medizinische Behandlung haben wie jeder andere Bürger auch.

Das Recht auf körperliche Unversehrtheit, wie es in Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 Grundgesetz verankert ist, garantiert jedem Menschen das Recht, medizinische Eingriffe abzulehnen [88]. Die Zustimmung des Betroffenen ist für jede Behandlung notwendig. Wenn die betroffene Person nicht in der Lage ist, ihre Einwilligung zu geben, müssen Bevollmächtigte oder rechtliche Betreuer entscheiden. Dabei sollten sie den früher geäußerten oder aktuellen oder in der Patientenverfügung niedergelegten Willen der betroffenen Person berücksichtigen.

Besonders bei medizinischen Maßnahmen, die schwerwiegende Folgen haben könnten, wie z. B. Lebensgefahr oder langfristige Gesundheitsschäden, ist die Zustimmung des Betreuungsgerichts

erforderlich. Es gibt jedoch Ausnahmen, wenn der Betreuer und der behandelnde Arzt sich einig sind und den Willen des Betreuten verstehen.

[89] Diese Regelungen gelten auch für den Fall, dass der gesetzliche Betreuer eine ärztlich empfohlene Maßnahme ablehnt oder eine in einer Patientenverfügung festgelegte Maßnahme nicht durchführen lassen möchte.

1.2 Herausforderungen in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Demenz

Trotz einiger Fortschritte in den letzten Jahren sind die Rahmenbedingungen für die angemessene Versorgung von Menschen mit Demenz immer noch nicht zufriedenstellend. Dies betrifft nicht nur die hausärztliche Betreuung, sondern insbesondere auch die Beratung und Behandlung durch spezialisierte Fachärzte. In vielen Fällen fehlt es sogar ganz an einer solchen spezialisierten Versorgung, unabhängig davon, ob die betroffene Person zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung lebt. Viele Krankenhäuser sind noch nicht ausreichend auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz eingestellt.

Die unzureichende medizinische Versorgung kann verschiedene Ursachen haben:

- Menschen mit Demenz können ihre Beschwerden und Schmerzen oft nur schwer ausdrücken, insbesondere wenn die Demenz bereits fortgeschritten ist.
- Die beteiligten Pflegekräfte und Ärzte verfügen möglicherweise nicht über ausreichende Kenntnisse, um die Äußerungen der Patienten richtig zu interpretieren.

■

Pflegekräfte nehmen Verhaltensänderungen bei demenzkranken Personen oft ausschließlich als Folge der Demenz wahr und erkennen nicht die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung.

- Viele Menschen mit Demenz meiden den Gang zur Arztpraxis oder ins Krankenhaus.
- Manche Hausärzte überweisen zu selten an spezialisierte Fachärzte.
- Fachärzte haben oft lange Wartezeiten für Termine und bieten selten Hausbesuche an.
- Eine unzureichende Vernetzung zwischen den beteiligten Ärzten und Fachärzten erschwert eine koordinierte Versorgung.

Die Herausforderung, Menschen mit Demenz in der medizinischen Versorgung beizustehen, zu unterstützen und eine für den Patienten in seinem Sinne hilfreiche Entscheidung zu finden, ist der gemeinsame Austausch aller Beteiligten.

Aber auch die notwendige und frühzeitig ärztliche oder anwaltliche Beratung von Demenzpatienten bei Erstellung einer Vorsorgevollmacht, einer Patientenverfügung oder anderer vorsorglicher Willensbekundungen ist ein zentrales Thema, den Herausforderungen zu begegnen. Bei einer solchen Beratung stellt sich die Frage nach einer Vertrauensperson, die in Zukunft für den Patienten spricht und für ihn entscheidet, wenn er einwilligungsunfähig werden sollte. Gleichzeitig geht es um die Klärung von Vorstellungen und Wünschen des Patienten bezüglich seiner weiteren medizinischen und pflegerischen Behandlung, soweit sie aus aktuellen und früheren Willensäußerungen ermittelbar sind. Um diese Beratung möglichst strukturiert und effektiv zu gestalten, empfiehlt sich die gemeinsame Vorausplanung der Behandlung des Patienten (Advance Care Planing/ACP). [90]

2. Arzt- und Arzthaftungsrecht bei Demenz

2.1 Vertragsarztrecht (Aufklärungs- und Informationspflichten)

Damit eine Person einer medizinischen Behandlung zustimmen kann, muss sie im Voraus über die Behandlung, ihre Konsequenzen und mögliche Alternativen informiert werden. Diese Informationen sollten klar und verständlich sein, auch wenn jemand an Demenz leidet. Auch wenn eine dauernde Einwilligungsunfähigkeit vorliegt, ist der Arzt verpflichtet, sich auf die Durchführung der dringend gebotenen und dem mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechenden Maßnahmen zu beschränken. [91] Es liegt in der Verantwortung von Ärzten und Ärztinnen, die Kommunikation an die Fähigkeiten der Person mit Demenz anzupassen. Darüber hinaus sollte er sich darum bemühen, in Erfahrung zu bringen, ob ein Betreuer bestellt ist, ob der Patient eine Vorsorgevollmacht erteilt hat bzw. eine wirksame Patientenverfügung vorliegt. [92]

Oft treffen Angehörige von Menschen mit Demenz Entscheidungen über ihre medizinische Behandlung im Rahmen einer Vorsorgevollmacht oder rechtlichen Betreuung. Damit sie diese Entscheidungen treffen können, müssen auch die Angehörigen über die Behandlungsoptionen und die Konsequenzen, einschließlich der Nicht-Behandlung, informiert sein. Es ist die Aufgabe der behandelnden Ärzte und Ärztinnen, diese Aufklärung zu gewährleisten, ebenso wie von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Nach § 1901b Abs. 2 BGB soll diesen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist. Ziel des am 1.9.2009 in Kraft getretenen 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetzes war es,

durch eine gesetzliche Regelung für alle Beteiligten mehr Rechtssicherheit im Hinblick auf die Ablehnung lebensverlängernder oder -erhaltender Maßnahmen im Vorfeld des Sterbens (Behandlungsverzicht) zu schaffen. Eine Patientenverfügung kann gem. § 1901a Abs. 1 S. 3 BGB jederzeit formlos widerrufen werden.

Der beste Weg, um zu guten Entscheidungen zu gelangen, wenn die Person mit Demenz nicht mehr oder nicht ausreichend kommunizieren kann, ist der Dialog zwischen allen beteiligten Parteien, einschließlich des gesetzlichen Betreuers, der Angehörigen, der Ärzte und Pflegenden. Auf diese Weise können verschiedene Perspektiven berücksichtigt werden. Selbst bei Vorhandensein einer Patientenverfügung ist es wichtig, die konkrete Situation individuell zu betrachten.

Idealerweise werden schwierige Entscheidungen im Rahmen eines Ethik-Komitees [93] oder ethischer Fallbesprechungen getroffen. In diesen Gremien kommen alle beteiligten Personen zusammen, darunter Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Seelsorger, Angehörige und die Betroffenen selbst, sofern sie noch in der Lage sind, sich zu äußern. Gemeinsam wird eine Entscheidung getroffen, die dem Wohl der betroffenen Person und ihrem mutmaßlichen Willen oberste Priorität einräumt. Durch ethische Fallbesprechungen werden schwerwiegende Entscheidungen wie Therapiebegrenzungen auf mehrere Schultern verteilt.

2.2 Beispiele für typische medizinische Behandlungsbereiche

Für Menschen mit Demenz wird es im Verlauf ihrer Erkrankung zunehmend schwieriger, ihre Bedürfnisse zu äußern und sich ihrer Situation bewusst zu sein. Besonders in fortgeschrittenen Stadien ist diese

Herausforderung von besonderer Bedeutung und muss bei sämtlichen medizinischen Maßnahmen berücksichtigt werden. Aus diesem Grund gestaltet sich die ärztliche und zahnärztliche Versorgung von Demenzkranken oft als äußerst anspruchsvoll.

Die möglichen Konsequenzen einer fehlenden Patientenverfügung macht die Entscheidung des BGH vom 2.4.2019 – VI ZR 13/18 über die zivilrechtliche Haftung wegen Lebenserhaltung durch künstliche Ernährung deutlich:

Ein 1929 geborener Patient litt an fortgeschrittener Demenz, war bewegungs- und kommunikationsunfähig und wurde von 2006 bis 2011 per PEG-Magensonde künstlich ernährt. Er hatte keine Patientenverfügung und keinen feststellbaren Willen zu lebenserhaltenden Maßnahmen. Der Sohn des Patienten klagte, die künstliche Ernährung habe ab 2010 das Leiden seines Vaters sinnlos verlängert und forderte Schmerzensgeld sowie Ersatz für Behandlungs- und Pflegekosten. Das Landgericht wies die Klage zunächst ab, während das Oberlandesgericht dem Kläger 40.000 EUR Schmerzensgeld zusprach, da der behandelnde Arzt es im Rahmen seiner Aufklärungspflicht versäumt habe, mit dem Betreuer die Frage der Fortsetzung oder Beendigung der Sondenernährung zu erörtern, was er unterlassen habe. Diese Pflichtverletzung habe zur Verlängerung des Leidens geführt.

Der Bundesgerichtshof stellte das Urteil des Landgerichts wieder her und entschied, dass kein Schmerzensgeldanspruch bestehe, da der künstlichen Ernährung ein höchststrangiges Rechtsgut zugrunde liege: das Leben. Das menschliche Leben dürfe nicht als Schaden angesehen werden, selbst wenn es leidensbehaftet sei. Zudem seien etwaige Aufklärungs- und Behandlungspflichten nicht dazu bestimmt, wirtschaftliche Belastungen durch

das Weiterleben zu verhindern oder das Vermögen des Patienten ungeschmälert zu erhalten.

Inzwischen findet sich der Grundsatz, dass in einem dringenden Notfall, in dem es nicht mehr möglich ist, die ordentliche Einwilligung des Patienten oder eines gesetzlichen Vertreters einzuholen, auf den mutmaßlichen Willen des Patienten abgestellt wird, in § 630d Abs. 1 S. 4 BGB.

2.2.1 Vorsorgemaßnahmen

Auch für demenzkranke Menschen ist eine regelmäßige Überprüfung der Mund- und Zahnhygiene unerlässlich. Eine Behandlung gestaltet sich oft einfacher in einer ruhigen Umgebung außerhalb der regulären Sprechzeiten. Andernfalls kann eine Behandlung unter Narkose erforderlich werden. Dies gilt ebenso für augen- und ohrenärztliche Untersuchungen sowie gynäkologische bzw. urologische Versorgung. Die Grippeimpfung ist für Demenzkranke ebenso wichtig wie für andere ältere Menschen.

„Um das Sicherheitsgefühl der Menschen mit Demenz zu erhöhen und eine förderliche Kommunikationsatmosphäre zu schaffen, sollten äußere räumliche (z. B. ungestörte Atmosphäre, ausreichende Beleuchtung, bekannte Orte) und soziale Bedingungen (z. B. Anwesenheit von Vertrauenspersonen) berücksichtigt werden.“ [94]

2.2.2 Bewältigung von chronischen und akuten Krankheiten

Viele Demenzkranke leiden unter Schmerzen, die sie in fortgeschrittenen Stadien oft nicht verbal äußern können. Manche zeigen ihre Schmerzen durch Schreien oder Stöhnen, was für das Umfeld nicht immer leicht zu interpretieren ist. Es ist wichtig, die Ursachen für diese Äußerungen

gründlich zu erforschen, anstatt sie automatisch auf die Demenzerkrankung zurückzuführen. Eine umfassende Diagnostik ist bei Demenzkranken zwar herausfordernd, sollte jedoch dennoch durchgeführt werden. [95] Bei Verdacht auf Schmerzen sollten Schmerzmittel in Absprache mit dem behandelnden Arzt oder der Ärztin probeweise verabreicht werden.

2.2.3 Behandlung von Begleiterkrankungen

Da die meisten Demenzkranken aufgrund ihres Alters unter mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden, ist besonders auf mögliche Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Medikamenten zu achten.

2.2.4 Psychopharmaka

Psychopharmaka können auch für Menschen mit Demenz eine sinnvolle Behandlungsoption sein, um beispielsweise Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder Angstzustände zu lindern. Leider werden sie jedoch oft zur Ruhigstellung eingesetzt, ohne dass eine medizinische Indikation vorliegt. Ein solcher unkritischer Einsatz ist weder medizinisch noch ethisch vertretbar. [96] Zwar führt der Griff zu beruhigenden Medikamenten, welche die herausfordernden Verhaltensweisen von demenzkranken Menschen (z. B. Unruhe, Schlafstörungen, aggressive Reaktionen) rasch lindern und zu einer Entlastung aller Beteiligten führt, was in diesem Moment richtig und sinnvoll ist. Als langfristige Lösung sind Antipsychotika jedoch nicht geeignet, da sie unter anderem mit Risiken wie einer erhöhten Schlaganfallgefährdung einhergehen. Vielmehr sollte überprüft werden, ob die Verhaltenssymptome anderweitig behandelt werden können.

2.2.5 Chirurgische Eingriffe

Chirurgische Eingriffe wie die Implantation eines künstlichen Hüftgelenks nach einem Oberschenkelhalsbruch sind auch für Menschen mit Demenz gerechtfertigt, sofern sie medizinisch notwendig sind. Beispielsweise für einen hohen medizinischen Nutzwert ist eine Operation, die das Überleben des Patienten sichert. Hierzu gehört z. B. die Anlage einer Magensonde zur künstlichen Ernährung. Es ist jedoch wichtig, die Belastungen der Operation im Verhältnis zu den potenziellen Verbesserungen der Lebensqualität sorgfältig abzuwägen. Demgegenüber haben Operationen, die aus rein ästhetischen Gründen (z. B. Facelifting) durchgeführt werden, lediglich einen niedrigen medizinischen Nutzwert.

2.3 Entscheidungsfindung bei der medizinischen Behandlung von Menschen mit Demenz

Bei der Entscheidung über die medizinische Behandlung von Menschen mit Demenz sollten vorrangig die Lebensqualität der Betroffenen und die Linderung ihres Leidens im Mittelpunkt stehen. Wenn Angehörige an der Entscheidungsfindung beteiligt sind, ist es wichtig, kontinuierlich zu überprüfen, ob eine bestimmte Behandlung tatsächlich dazu beiträgt, das Leben der betroffenen Person zu verbessern oder ihr Leiden zu mindern. Dabei müssen Angehörige berücksichtigen, dass Lebensqualität für die Betroffenen möglicherweise anders definiert ist als für sie selbst. Zudem können sich die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen im Verlauf der Erkrankung verändern. In solchen Fällen müssen Angehörige möglicherweise zwischen früher geäußerten Wünschen und den aktuellen Bedürfnissen der betroffenen Person abwägen.

Beispiele

1. Eine Frau mit fortgeschrittener Demenz, die seit Jahren bettlägerig ist, entwickelt eine Lungenentzündung. Die Hausärztin geht davon aus, dass eine vollständige Genesung unwahrscheinlich ist. Die Angehörigen entscheiden, dass das Hauptziel der Behandlung nicht die Heilung der Erkrankung ist, sondern die Schmerzlinderung und das Wohlbefinden ihrer Mutter. Trotzdem erhält die Frau Antibiotika, um ihre Beschwerden zu lindern und ihre Lebensqualität zu verbessern.
2. Ein demenzkranker Mann, der seit Jahren im Rollstuhl sitzt, stürzt und erleidet einen Oberschenkelhalsbruch. Obwohl er nach der Operation nicht mehr gehen können wird, wird er operiert und erhält ein künstliches Hüftgelenk, um dauerhafte Schmerzen zu vermeiden.
3. Eine demenzkranke Frau mit schwerer Hörbeeinträchtigung trägt trotz ihrer geringen Sprachfähigkeit ein Hörgerät. Das Gerät wird regelmäßig gewartet und gegebenenfalls ausgetauscht. Die Angehörigen beobachten, dass das Hörgerät dazu beiträgt, dass die Frau aktiver am Leben in ihrer Pflegeeinrichtung teilnehmen kann. Sie wirkt lebendiger und weniger isoliert.
4. Eine demenzkranke Frau wird aufgrund von Brustkrebs einer Chemotherapie unterzogen. Die Therapie ist sehr belastend für die Frau. Nach Absprache mit dem Ethik-Komitee entscheidet ihr Sohn als rechtlicher Betreuer, die Behandlung abubrechen.

Entscheidungen über medizinische Behandlungen im Zusammenhang mit Demenz sind häufig komplex und erfordern Zeit für sorgfältige Abwägungen. Angehörige, die vor solchen Entscheidungen stehen, können von Gesprächen mit anderen an der Versorgung Beteiligten profitieren, beispielsweise mit dem langjährigen Hausarzt oder der Bezugspflegekraft

im Pflegeheim [97] . Durch die Einbeziehung verschiedener Perspektiven können die Betroffenen die Situation oft besser einschätzen, und mit der Unterstützung anderer lassen sich auch schwierige Entscheidungen leichter bewältigen.

3. Krankenversicherungsrecht bei Demenz

Das soziale Sicherungssystem sieht für Menschen mit Demenz bestimmte Leistungen vor, die ihre Behandlung, Betreuung und Pflege ermöglichen. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen dabei die Kosten für die Behandlung von Krankheiten, für viele Vor- und Nachsorgeuntersuchungen, Hilfs- und Heilmittel sowie temporäre Pflegeleistungen.

Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist in der Regel, dass ein Arzt die Leistungen aus dem Leistungskatalog verordnet hat. Die Erstverordnung wird über 14 Tage ausgestellt und kann längstens bis zu 4 Monaten verlängert werden. Sind längere Hilfen notwendig, können diese eventuell durch die Pflegeversicherung (SGB XI) oder durch Leistungen des Sozialamtes, wie Eingliederungshilfe (SGB IX) und Hilfe zur Pflege (SGB XII), erbracht werden.

3.1 Anspruch

Jeder Mensch, der in einer gesetzlichen Krankenkasse beziehungsweise einer Ersatzkrankenkasse versichert ist, hat Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende medizinische

Krankenbehandlung. [98] Zu den Leistungen der Krankenkasse gehören u. a. die häusliche Krankenpflege, die Kurzzeitpflege sowie die Übergangspflege im Krankenhaus, § 39e SGB V. Diese neue Form der Pflege wurde mit dem Gesundheitsversorgungsgesetz eingeführt. Wenn Patienten nach einer schweren Erkrankung nicht sofort aus dem Krankenhaus entlassen werden können, gewährt die Krankenkasse unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen der Übergangspflege. Die Voraussetzung für Übergangspflege ist, dass erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können und der Versicherte bei Entlassung schlicht unversorgt wäre. Es besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Übergangspflege für längstens 10 Tage pro Krankenhausbehandlung.

3.2 Heilmittel und Hilfsmittel

Neben den Kosten für die Diagnose, Behandlung und Medikamente kommt die Krankenkasse für alle wichtigen Heil- und Hilfsmittel auf, die Menschen mit Demenz benötigen. Als **Heilmittel** gelten ärztlich verordnete medizinische Dienstleistungen wie beispielsweise Massagen, Bäder oder Krankengymnastik. Auch Leistungen aus den Bereichen der Logopädie und Ergotherapie fallen in diesen Bereich. Welche Heilmittel Verordnungsfähig sind, ist in der Heilmittel-Richtlinie des G-BA festgelegt (§ 32 SGB V) [99] .

Sofern Patienten unter schweren funktionellen oder strukturellen Schädigungen leiden und einen Therapiebedarf von mindestens einem Jahr benötigen, kann der Verordner einen „langfristigen Heilmittelbedarf“ feststellen. [100]

Die Zuzahlung bei Heilmitteln beträgt für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zehn Prozent der Kosten des Heilmittels zuzüglich zehn Euro je Verordnung, wobei diese mehrere Anwendungen umfassen kann.

Hilfsmittel unterstützen Patienten im Alltag. Krankenkasse bezahlen Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine bereits vorhandene Behinderung auszugleichen. Dazu zählen Seh- und Hörhilfen, Prothesen, orthopädische und andere Hilfsmittel von Inkontinenzhilfen über Kompressionsstrümpfe bis hin zu Rollstühlen, Haltegriffe oder Spezialmatratzen (§ 33 SGB V) [101]. Das Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenkassen ist beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhältlich. [102]

Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind – das sind z. B. Inkontinenzhilfen, Bettschutzeinlagen, Stomaartikel, Sonden oder Spritzen –, zahlen Versicherte zehn Prozent der Kosten pro Packung dazu, maximal aber zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf an solchen Hilfsmitteln.

Für alle anderen Hilfsmittel gilt die Zuzahlungsregel von zehn Prozent des von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags – jedoch mindestens fünf Euro und maximal zehn Euro. In jedem Fall zahlen Mitglieder nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels. Die Preise für Hilfsmittel werden zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern vereinbart.

3.3 Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege beinhaltet behandlungspflegerische Leistungen, die durch einen anerkannten Pflegedienst durchgeführt werden, beispielsweise Verbandswechsel oder Medikamentengabe. Häusliche

Krankenpflege muss vom Hausarzt verordnet und von der Krankenkasse genehmigt werden.

Versicherte haben nach § 37 SGB V Anspruch auf häusliche Krankenpflege,

- wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, diese aber nicht ausführbar ist oder wenn sich mit häuslicher Krankenpflege eine stationäre Krankenhausbehandlung vermeiden oder verkürzen lässt (Krankenhausvermeidungspflege),
- wenn die Krankenpflege das Ziel der ärztlichen Behandlung sichern soll (Sicherungspflege),
- wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung (Unterstützungspflege).

Voraussetzung für alle Leistungen der häuslichen Krankenpflege ist, dass die Patientin oder der Patient die notwendigen Pflegemaßnahmen nicht selbst leisten kann, aber auch keine andere im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. Zudem muss eine von der Krankenkasse genehmigte ärztliche Verordnung vorliegen. Die häusliche Krankenpflege beinhaltet Grundpflege, Behandlungspflege und die hauswirtschaftliche Versorgung.

Den Schwerpunkt bilden behandlungspflegerische Leistungen. Behandlungspflege kann z. B. notwendig sein, wenn Wunden regelmäßig professionell versorgt werden müssen oder Patienten aufgrund von Gedächtnisstörungen vergessen, ihre Medikamente regelmäßig einzunehmen. Wichtig ist, dass ein zugelassener Pflegedienst die Leistungen durchführt.

3.4 Rehabilitationsmaßnahmen

Rehabilitationsmaßnahmen (§ 40 SGB V) können für Menschen mit Alzheimer oder einer anderen Form der Demenz sinnvoll sein, um bestimmte Alltagsroutinen zu erhalten oder neu zu erlernen. Die speziell auf ältere Menschen abgestimmten Übungen reichen vom Treppensteigen bis zum Sprach- und Gedächtnistraining und werden beispielsweise durch physiotherapeutische oder logopädische Leistungen unterstützt. Neben den Menschen mit Demenz selbst können Angehörige in Patientenschulungsmaßnahmen (§ 43 Absatz 1 Nummer 1 SGB V) einbezogen werden. Ziel ist, die Pflege, so lange es geht, im eigenen Zuhause zu ermöglichen.

Für Menschen mit Demenz werden in der Regel nur stationäre Vorsorge- und Reha-Maßnahmen oder geriatrische Rehabilitationen genehmigt. Da es bei primären Demenzerkrankungen keine Heilungschancen gibt, ist es für Versicherte oft schwer, eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu erreichen. Dennoch sollten die Angehörigen gemeinsam mit dem behandelnden Arzt eine Reha beantragen. Wichtig ist eine ausführliche Begründung, warum die medizinische Reha auch bei Demenz notwendig und erfolgversprechend ist. Zudem sollte bereits im Antrag auf eine spezialisierte Einrichtung für Demenzerkrankungen verwiesen werden.

Manchmal kann der Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik nötig sein. Für Demenzerkrankungen gibt es spezielle Einrichtungen, die in der Regel an neurologische Reha-Kliniken angeschlossen sind. Diese nennen sich z. B. „Alzheimer Therapie Zentrum“. Dort werden Menschen mit Demenz, bei medizinischer Notwendigkeit auch eine Begleitperson aufgenommen. Die Krankenkasse ist Kostenträger der stationären Reha-Maßnahme.

3.5 Digitale Gesundheitsanwendungen

Bereits seit Oktober 2020 können digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) von Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verordnet werden. Anwendungsfelder wie Diabetologie, Gynäkologie, Kardiologie, Logopädie, Psychotherapie oder Physiotherapie vermitteln nur einen kleinen Überblick über die Vielzahl der Einsatzgebiete. Bei diesen digitalen Medizinprodukten handelt es sich um Apps oder browserbasierte Anwendungen, die Versicherte auf ihren Endgeräten (Mobiltelefon, Tablet oder auch auf PC oder Laptop) nutzen können. Die DiGA sollen dabei helfen, Krankheiten zu erkennen, zu überwachen, zu behandeln oder Verletzungen zu lindern und Beeinträchtigungen zu kompensieren.

Beispielsweise können bei psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Burn-out oder Panikstörungen, aber auch bei chronischen Schmerzen und einer Vielzahl weiterer Erkrankungen entsprechende DiGA verordnet werden.

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für DiGA, die bereits vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) [103] geprüft und in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen wurden. Die Kosten für die DiGA werden von der Krankenkasse direkt mit dem Anbieter abgerechnet. Für die Versicherten sind sie zuzahlungsfrei.

Es gibt zwei Möglichkeiten, die Kostenübernahme für eine anerkannte DiGA von der Krankenkasse zu erhalten:

1. Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellen eine Verordnung aus, wenn diese zur Krankenbehandlung erforderlich ist. Die Versicherten wenden sich dann mit der Verordnung an die Krankenkasse, die den Versicherten einen „Freischaltcode“ bereitstellt.

2. Versicherte können auch direkt einen Antrag auf Genehmigung bei ihrer Krankenkasse stellen. Wenn eine entsprechende Indikation vorliegt, kann die beantragte App direkt von der Krankenkasse genehmigt werden. Einer Verordnung bedarf es in diesem Fall nicht.

3.6 Zuzahlung und Belastungsgrenze

Je nach Art der Behandlung müssen Versicherte pro Kalenderjahr einen Teil der Kosten selbst übernehmen – z. B. Zuzahlungen zu Medikamenten. [104]

Um unzumutbar hohe Belastungen zu vermeiden, gibt es jedoch eine jährliche Belastungsgrenze. Diese Grenze liegt bei zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens [105]. Bei chronisch Kranken kann die Zuzahlungsgrenze auf ein Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens reduziert werden (§ 62 SGB V). Dies ist der Fall, wer mindestens ein Jahr lang einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit nachweisen kann und zusätzlich eines der folgenden drei Kriterien erfüllt:

- es liegt eine anerkannte Schwerbehinderung mit einem Grad der Behinderung von mindestens 60 vor.
- es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 vor.
- es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie oder die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) notwendig, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Krankenkassen benachrichtigen ihre Versicherten nicht automatisch, sobald diese ihre Belastungsgrenze erreicht haben. Deshalb sollten Versicherte ihre

Zuzahlungen selbst im Auge behalten und die Quittungen sammeln. Zum Beispiel gibt es in Apotheken Unterlagen, Computerausdrucke oder auch Hefte, in denen die Zuzahlungen quittiert werden können. Übersteigen die Zuzahlungen die Belastungsgrenze, können Sie für das restliche Jahr eine Zuzahlungsbefreiung beantragen. Hierfür sind mit dem Antragsformular alle Belege einzureichen. Die Krankenkasse erstattet die zu viel gezahlten Zuzahlungen. Viele Krankenkassen bieten insbesondere Rentnern die Möglichkeit, eine Vorauszahlung zu leisten und dann für das gesamte folgende Jahr eine Befreiungskarte zu erhalten.

4. Pflege- und Heimrecht bei Demenz

4.1 Pflegeformen

In Deutschland gibt es eine Vielzahl von Pflegeformen, die speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz ausgerichtet sind. Diese Formen unterscheiden sich in der Art der Betreuung, der Intensität der Pflege und den jeweiligen rechtlichen Rahmenbedingungen.

Die **häusliche Pflege** stellt eine der am häufigsten gewählten Betreuungsformen dar. Hierbei übernehmen meist Angehörige die Pflege zu Hause. Diese Form der Pflege ermöglicht es den Betroffenen, in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben, was besonders bei Demenz von großer Bedeutung sein kann. Pflegende Angehörige können finanzielle Unterstützung und Sachleistungen von der Pflegeversicherung erhalten. Eine weitere wichtige Pflegeform sind **ambulante Pflegedienste**. Diese bieten professionelle Unterstützung zu Hause, übernehmen pflegerische und medizinische Aufgaben und entlasten damit die Angehörigen. Sie kommen

regelmäßig ins Haus und helfen bei der Körperpflege, der Medikamentengabe und anderen täglichen Aufgaben, was eine flexible Anpassung der Pflege an den individuellen Bedarf der Betroffenen ermöglicht.

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind darauf spezialisiert, Menschen mit Demenz eine umfassende Betreuung zu bieten. Diese Einrichtungen sind oft auf die besonderen Bedürfnisse von Demenzkranken ausgerichtet und bieten ein sicheres Umfeld mit spezieller Betreuung und Aktivierungsprogrammen, wodurch eine 24-Stunden-Betreuung sichergestellt wird. **Seniorenheime** mit beschützenden und geschlossenen Wohnkonzepten legen besonderen Wert auf die Sicherheit und den Schutz der Bewohner. Diese Einrichtungen sind für Menschen mit fortgeschrittener Demenz konzipiert, die eine erhöhte Aufsicht benötigen. Der Zugang zu diesen Bereichen ist kontrolliert, um die Bewohner vor Gefahren zu schützen und ein sicheres Lebensumfeld zu gewährleisten.

Pflegeheime bieten eine umfassende Betreuung für pflegebedürftige Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, alleine zu leben. Hier erhalten die Bewohner rund um die Uhr Pflege und Unterstützung. Pflegeheime sind auf die unterschiedlichen Pflegegrade eingestellt und bieten sowohl pflegerische als auch soziale Betreuung an. Die **Kurzzeitpflege** bietet eine vorübergehende Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt oder zur Entlastung der pflegenden Angehörigen. Diese Form der Pflege ist zeitlich begrenzt und dient der Überbrückung sowie der kurzfristigen Intensivbetreuung.

Die **stationäre Vollzeitpflege** umfasst die dauerhafte Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung. Diese Form der Pflege richtet sich an Personen, die eine kontinuierliche Betreuung und Pflege benötigen, die zu Hause nicht gewährleistet werden kann. Hier werden umfassende Pflegeleistungen und

medizinische Betreuung geboten. Eine alternative Wohnform bieten **Demenzwohngemeinschaften**, in denen mehrere demenzkranke Menschen gemeinsam in einer Wohnung leben. Diese Wohngemeinschaften werden meist von ambulanten Pflegediensten betreut und bieten eine familiäre Atmosphäre. Die Bewohner haben mehr individuelle Freiheit und werden dennoch professionell unterstützt.

Diese Übersicht gibt einen ersten Einblick in die vielfältigen Pflegeformen in Deutschland, die speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz abgestimmt sind. In den folgenden Abschnitten werden diese Pflegeformen detailliert beleuchtet, um die spezifischen Anforderungen und rechtlichen Rahmenbedingungen besser zu verstehen.

4.1.1 Häusliche Pflege durch Angehörige bei Demenz

Etwa 70 % aller an Demenz erkrankten Menschen nehmen häusliche Pflege vor allem in der eigenen Wohnung in Anspruch. Sie ermöglicht es den Betroffenen, in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben, was für das Wohlbefinden und die Stabilität der demenzkranken Person von großer Bedeutung sein kann. Nach der Studie „D80+ – Hohes Alter in Deutschland“ haben hochaltrige Menschen mit Demenz, die in ihren eigenen vier Wänden leben, im Schnitt eine höhere Lebenszufriedenheit und weniger Depressionen als gleichaltrige Demenzerkrankte in stationären Pflegeeinrichtungen. [106] Diese Pflegeform erfordert jedoch ein hohes Maß an Engagement, Zeit und oft auch körperlicher und emotionaler Belastung seitens der pflegenden Angehörigen.

Angehörige übernehmen bei der häuslichen Pflege vielfältige Aufgaben. Dazu gehören die **Körperpflege**, wie Unterstützung bei der täglichen Hygiene, beim An- und Auskleiden sowie bei der Mobilität, die

medizinische Versorgung, also Verabreichung von Medikamenten, Überwachung der Gesundheit und Begleitung zu Arztterminen, die **Haushaltsführung**, wie Zubereitung von Mahlzeiten, Reinigung der Wohnung und Einkäufe, sowie die **soziale Betreuung**, also Gesprächsangebote, Förderung von Aktivitäten und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte.

Die pflegebedürftige Person hat Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, sobald ein Pflegegrad (früher Pflegestufe) festgestellt wurde. Die wichtigsten Unterstützungsformen sind:

- **Pflegegeld** [107] : Finanzielle Unterstützung, die direkt an die pflegebedürftige Person zur freien Verwendung ausbezahlt wird.
- **Pflegesachleistungen**: Finanzierung von professionellen Pflegekräften, die zur Entlastung der Angehörigen regelmäßig ins Haus kommen.
- **Kombinationsleistungen**: Eine Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistungen.
- **Verhinderungspflege**: Finanzierung einer Ersatzpflege, wenn die pflegende Person beispielsweise wegen Krankheit oder Urlaub verhindert ist.
- **Kurzzeitpflege**: Zeitweise stationäre Pflege zur Entlastung der Angehörigen oder in Krisensituationen.

Pflegende Angehörige haben nicht nur Rechte, sondern auch bestimmte Pflichten. Diese werden im Sozialgesetzbuch (SGB XI) geregelt. Zu den wichtigsten gesetzlichen Regelungen gehören das **Pflegezeitgesetz (PflegeZG)**, das Arbeitnehmer berechtigt, bis zu sechs Monate vollständig oder teilweise aus dem Beruf auszusteigen, um einen Angehörigen zu pflegen. Während dieser Zeit besteht Kündigungsschutz. Das **Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)** ermöglicht eine teilweise Freistellung

von bis zu 24 Monaten, bei der mindestens 15 Stunden pro Woche gearbeitet werden muss. **Pflegeversicherung:** Angehörige, die mindestens zehn Stunden pro Woche über mindestens zwei Tage hinweg pflegen, sind in der Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung abgesichert. [108]

Pflegende Angehörige sind zudem verpflichtet, eine angemessene und fachgerechte Pflege sicherzustellen. Dazu gehört auch die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten und Schulungen, die von Pflegekassen und Wohlfahrtsverbänden angeboten werden. Diese Schulungen sind wichtig, um die Pflegequalität zu gewährleisten und die pflegenden Angehörigen zu entlasten.

Die Pflege eines demenzkranken Angehörigen stellt pflegende Personen vor vielfältige Herausforderungen. Emotionale Belastungen, körperliche Anstrengung und soziale Isolation sind häufige Begleiterscheinungen. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, stehen verschiedene Unterstützungsangebote zur Verfügung:

- Selbsthilfegruppen: Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen.
- Pflegeberatungsstellen: professionelle Beratung zu pflegerischen und rechtlichen Fragen.
- Entlastungsangebote: Tagespflegeeinrichtungen, ambulante Dienste und ehrenamtliche Helfer.

Zusammenfassend bietet die häusliche Pflege durch Angehörige eine wertvolle Möglichkeit, Menschen mit Demenz in ihrer vertrauten Umgebung zu unterstützen. Sie erfordert jedoch umfassende Unterstützung und Anerkennung, um die Herausforderungen zu bewältigen und eine qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten.

4.1.2 Ambulante Pflegedienste (u. a. vertragliche Gestaltung bei Demenz)

Ambulante Pflegedienste bieten eine professionelle Unterstützung für Menschen mit Demenz in ihrem Zuhause. Diese Dienste übernehmen pflegerische und medizinische Aufgaben und entlasten damit die Angehörigen. Sie kommen regelmäßig ins Haus und helfen bei der Körperpflege, der Medikamentengabe und anderen täglichen Aufgaben, was eine flexible Anpassung der Pflege an den individuellen Bedarf der Betroffenen ermöglicht.

Ambulante Pflegedienste umfassen eine Vielzahl von Leistungen, darunter:

- **Grundpflege:** Unterstützung bei der Körperpflege, Ernährung und Mobilität.
- **Behandlungspflege:** medizinische Leistungen wie das Verabreichen von Medikamenten, Wundversorgung oder Blutzuckermessungen.
- **Hauswirtschaftliche Versorgung:** Hilfe bei der Haushaltsführung, z. B. Reinigung, Kochen und Einkaufen.
- **Betreuungs- und Entlastungsleistungen:** Begleitung zu Arztterminen, Spaziergängen und soziale Betreuung.

Pflegedienste bieten die Möglichkeit, dass Menschen mit Demenz länger in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können, was sich positiv auf ihr Wohlbefinden und ihre Lebensqualität auswirkt. Die Pflegeversicherung übernimmt je nach Pflegegrad die Kosten für die Pflegesachleistungen bis zu einem bestimmten Betrag. Darüber hinaus können zusätzliche Leistungen in Anspruch genommen werden, die dann privat finanziert werden müssen.

Die vertragliche Gestaltung der Pflegeverträge ist bei der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegediensten besonders wichtig. Ein **Pflegevertrag** [109] regelt die Rechte und Pflichten beider Parteien – des Pflegedienstes und des Pflegebedürftigen bzw. seiner Angehörigen. Folgende Punkte sollten im Pflegevertrag klar definiert sein:

- **Pflegeleistungen:** Viele verschiedene Leistungen werden in der Regel zusammengefasst und mit Überbegriffen beschrieben, z. B. „Pflege gemäß Pflegegrad 2“. Dies kann diverse Einzelmaßnahmen enthalten. Der Begriff Grundpflege ist ebenfalls ungenau, da die Grundpflege aus mehreren Modulen besteht. Die Maßnahmen sollten so genau wie möglich beschrieben werden. Wenn Überbegriffe oder Module genannt werden, so ist eine Erläuterung der Begriffe z. B. im Anhang oder der Fußnote empfehlenswert. Üblich sind auch Verweise auf die Landesrahmenverträge, die einzelne Leistungen auflisten. Je genauer eine Tätigkeit beschrieben wird, desto weniger Spielraum bleibt für eigene Interpretationen.
- **Dokumentation:** Alle durchgeführten Pflegeleistungen müssen jedes Mal in einer Pflegedokumentation/Leistungsnachweis aufgeschrieben werden. Diese Dokumentation ist wichtig, damit geprüft werden kann, ob die vereinbarten Leistungen getätigt wurden. Da dieser Nachweis für die Rechnungsstellung entscheidend ist, sollten immer eine Kopie des unterschriebenen Leistungsnachweises vorliegen. Es ist zu prüfen, ob die aufgeführten Leistungen mit den tatsächlich erbrachten Leistungen übereinstimmen oder ob einfach nur die einzelnen Positionen abgehakt, aber nicht erbracht wurden. Am Monatsende wird auf Basis dieser Pflegedokumentation dann ein Leistungsnachweis erstellt. Auch hier sollte wieder geprüft werden, ob dieser mit den täglichen Nachweisen übereinstimmt. Diese Kontrolle ist zwar sehr zeitaufwendig, kann aber Betrugereien im Vorfeld unterbinden.
- **Regelungen für den Haushalt und Haftung:** Es sollte einwandfrei geklärt werden, was der Pfleger im Haus machen darf und was nicht. Es ist im Zweifelsfall zu dokumentieren, welche Räume betreten

werden dürfen, welche Wohnungseinrichtungen benutzt werden dürfen (z. B. Toilette, Tisch, Waschgelegenheiten, Küche o. Ä.). Zu klären ist auch, wer einen Wohnungs- oder Haustürschlüssel bekommt und das dieser nicht weitergegeben werden darf. Zusätzlich muss geregelt sein, wer die Haftung für einen Schaden übernimmt, falls etwas kaputtgeht. Der Pflegedienst ist über bestehende Versicherungen auf Nachfrage informationspflichtig.

- **Kosten und Abrechnung:** Im Vertrag müssen alle Kosten genau aufgeführt sein. Es sollte aufgelistet werden, welche Kosten für die jeweiligen Leistungen anfallen und wer diese Kosten zu tragen hat (z. B. die Pflegekassen, der Pflegebedürftige oder andere Institutionen). Extrakosten wie Sonn- und Feiertagszuschläge müssen separat aufgeführt werden. Änderungen an den Kosten sollten schriftlich vorangekündigt werden und ggf. einer Zustimmung bedürfen. Werden Investitionskosten berechnet, muss auch dies im Vertrag aufgeführt werden, denn diese werden nicht von der Pflegekasse übernommen. Neben den aufgeschlüsselten Kosten müssen die Gesamtkosten ersichtlich sein.
- Die Rechnungserstellung erfolgt immer nach der Leistungserbringung. Der Pflegebedürftige muss nicht in Vorleistung gehen.
- **Vertragslaufzeit und Kündigung:** Die genaue Vertragslaufzeit inkl. einer Kündigungsfrist sollte im Vertrag definiert sein. Die Kündigungsfrist für den Pflegedienst sollte mehrere Wochen betragen, damit der Patient im Notfall nicht ohne Pflegemöglichkeit dasteht. Empfehlenswert sind hierbei sechs Wochen. Nur in Ausnahmen, wenn eine weitere Pflege unzumutbar ist, kann ein Pflegedienst unter Beachtung der Fürsorgepflicht fristlos kündigen. Anders ist es jedoch bei Kündigung durch den Pflegebedürftigen/Angehörige. Hier ist eine

fristlose Kündigung möglich und das sollte auch im Vertrag unbedingt festgehalten werden. Gemäß einem Urteil des Bundesgerichtshofs kann der Pflegebedürftige dem Pflegedienst fristlos kündigen, z. B. wegen Vertrauensverlusts. Außerdem muss der Vertrag sofort mit Eintritt des Todes erloschen sein. Falls der Pflegebedürftige zeitweise in eine Einrichtung (z. B. Reha oder Krankenhaus) muss, ruht die Pflegetätigkeit, bis er wieder Pflege nötig hat.

- **Termine absagen:** Aus dem Vertrag muss hervorgehen, bis zu welchem Zeitpunkt ein Besuch des Pflegediensts abgesagt werden kann, ohne dass Kosten entstehen. Schwammige Formulierungen wie „muss rechtzeitig abgesagt werden“ sollte unbedingt konkretisiert werden, um Streitigkeiten vorzubeugen.
- **Schlüssel:** Oftmals ist es notwendig, dass dem Pflegedienst ein Haus-/Wohnungsschlüssel übergeben wird. Dies sollte schriftlich festgehalten werden. Die Schlüssel dürfen von den Pflegedienstmitarbeitern nicht an Personen weitergegeben werden, die nicht beim Pflegedienst arbeiten. Auch andere Regelungen über den Zugang zur Wohnung sollten schriftlich vermerkt werden.
- **Vertretungsregelungen:** Was passiert im Krankheitsfall der Pflegekräfte? Der Vertrag sollte Regelungen enthalten, wie die Vertretung organisiert wird, um eine kontinuierliche Pflege sicherzustellen.

Bei Demenz ist es besonders wichtig, dass der Vertrag auch die spezifischen Bedürfnisse und eventuellen Verschlechterungen des Gesundheitszustandes berücksichtigt. Angehörige und Pflegedienste sollten regelmäßig den Pflegebedarf evaluieren und den Vertrag entsprechend anpassen.

Eine umfassende Beratung vor Vertragsabschluss ist unerlässlich. Rechtsanwälte, Pflegeberatungsstellen und Verbraucherzentralen können

dabei helfen, den passenden Pflegedienst zu finden und den Vertrag korrekt zu gestalten.

Insgesamt bieten ambulante Pflegedienste eine flexible und professionelle Lösung für die Betreuung von Menschen mit Demenz zu Hause. Sie ermöglichen eine individuelle Anpassung der Pflege und entlasten die Angehörigen, wobei eine klare vertragliche Grundlage die Qualität und Verlässlichkeit der Pflege sicherstellt.

4.1.3 Stationäre Pflegeeinrichtungen bei Demenz (u. a. vertragliche Gestaltung, Rechte und Pflichten der Beteiligten. Wohngemeinschaften, Stationen mit beschützend-geschlossenen Wohnkonzepten, Pflegeheim, Palliative Geriatrie, Hospiz; Kostentragung)

4.1.3.1 Seniorenheim mit Station mit beschützend-geschlossenen Wohnkonzepten bei Demenz

Seniorenheime mit beschützend-geschlossenen Wohnkonzepten bieten eine spezialisierte Betreuung für Menschen mit fortgeschrittener Demenz, die eine erhöhte Aufsicht und Sicherheit benötigen. In diesen Einrichtungen wird besonderer Wert darauf gelegt, dass die Bewohner in einem sicheren Umfeld leben, das gleichzeitig auf ihre speziellen Bedürfnisse zugeschnitten ist. Der Zugang zu diesen Bereichen ist kontrolliert, um die Bewohner vor Gefahren zu schützen und ein sicheres Lebensumfeld zu gewährleisten.

In beschützend-geschlossenen Wohnkonzepten sind folgende Aspekte zentral:

- **Sicherheitsmaßnahmen:** Zugangskontrollen, alarmgesicherte Türen und Fenster sowie ein geschützter Außenbereich, um ein unbeabsichtigtes Verlassen der Einrichtung zu verhindern.
- **Spezielle Betreuung:** Pflegekräfte sind speziell für den Umgang mit Demenzkranken geschult und bieten individuelle Betreuung und Aktivierungsprogramme an.
- **Therapeutische Angebote:** Es werden regelmäßig therapeutische Aktivitäten angeboten, die auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Bewohner abgestimmt sind, wie Musik-, Kunst- und Bewegungstherapie.
- **Strukturierter Alltag:** Feste Tagesabläufe und Routinen, die den Bewohnern Orientierung und Sicherheit bieten.

Die **Rechte und Pflichten der Beteiligten** in einem Seniorenheim mit beschützend-geschlossenen Wohnkonzepten sind klar geregelt. Bewohner haben das Recht auf:

- **Würde und Respekt:** Eine würdevolle und respektvolle Behandlung ist oberstes Gebot.
- **Pflege und Betreuung:** Anspruch auf eine umfassende pflegerische und medizinische Versorgung entsprechend ihrem individuellen Bedarf.
- **Mitbestimmung:** Möglichkeit zur Mitbestimmung und Beteiligung am Alltag in der Einrichtung, soweit dies möglich und sinnvoll ist.
- **Besuchsrechte:** freie Wahl des Besuchs, unter Berücksichtigung der Sicherheitsaspekte und organisatorischen Möglichkeiten der Einrichtung.

Die **Pflichten der Einrichtung** umfassen:

- **Sicherstellung der Pflege:** Bereitstellung einer angemessenen pflegerischen und medizinischen Versorgung.
- **Sicherheitsmaßnahmen:** Implementierung und Aufrechterhaltung aller notwendigen Sicherheitsvorkehrungen.
- **Transparente Kommunikation:** regelmäßige Information und Einbeziehung der Angehörigen und rechtlichen Betreuer.
- **Fortbildung des Personals:** Sicherstellung, dass das Personal regelmäßig geschult wird und über aktuelle Kenntnisse im Umgang mit Demenzkranken verfügt.

Das **Heimrecht** ist dabei ein wichtiger rechtlicher Rahmen, der für Seniorenheime mit beschützend-geschlossenen Wohnkonzepten gilt. Es regelt die Voraussetzungen für den Betrieb von Pflegeeinrichtungen, den Schutz der Rechte der Bewohner und die Qualität der Pflege. Kernpunkte des Heimrechts sind:

- **Betriebserlaubnis:** Pflegeeinrichtungen benötigen eine staatliche Betriebserlaubnis, die sicherstellt, dass alle gesetzlichen Anforderungen erfüllt sind.
- **Qualitätsstandards:** Einhaltung hoher Qualitätsstandards in der Pflege und Betreuung.
- **Beschwerdemanagement:** Einrichtung eines wirksamen Beschwerdemanagements, das es Bewohnern und Angehörigen ermöglicht, Anliegen und Beschwerden vorzubringen und Lösungen zu finden.

Die **vertragliche Gestaltung der Pflegeverträge** in einem Seniorenheim mit beschützend-geschlossenen Wohnkonzepten muss klar und umfassend sein. Wichtige Inhalte eines solchen Vertrags sind:

- **Leistungsbeschreibung:** detaillierte Beschreibung der Pflege-, Betreuungs- und Sicherheitsleistungen, die erbracht werden.
- **Kosten und Abrechnung:** klar definierte Kostenstruktur und Abrechnungsmodalitäten, einschließlich der Abwicklung mit Pflegekassen und möglichen Eigenanteilen.
- **Kündigungsfristen:** faire und transparente Regelungen zu Kündigungsfristen und Bedingungen für beide Parteien.
- **Rechte und Pflichten:** ausführliche Darstellung der Rechte und Pflichten sowohl der Bewohner als auch der Einrichtung.
- **Zusatzleistungen:** Beschreibung eventuell angebotener Zusatzleistungen, die über die reguläre Pflege hinausgehen, wie spezielle Therapien oder Freizeitangebote.

Die vertragliche Gestaltung sollte stets die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz berücksichtigen und regelmäßige Überprüfungen und Anpassungen ermöglichen, um den sich verändernden Bedürfnissen gerecht zu werden. Eine gründliche Beratung durch Pflegeberatungsstellen und gegebenenfalls rechtliche Beratung vor Vertragsabschluss ist ratsam, um sicherzustellen, dass alle Aspekte klar und fair geregelt sind.

Insgesamt bieten Seniorenheime mit beschützend-geschlossenen Wohnkonzepten eine spezialisierte und sichere Umgebung für Menschen mit fortgeschrittener Demenz. Sie kombinieren umfassende Pflege und Betreuung mit strengen Sicherheitsmaßnahmen, um das Wohl und die Sicherheit der Bewohner zu gewährleisten, während klare rechtliche und

vertragliche Rahmenbedingungen die Rechte und Pflichten aller Beteiligten regeln.

4.1.3.2 Pflegeheim

Pflegeheime bieten umfassende Betreuung für pflegebedürftige Menschen, die nicht mehr alleine leben können. Sie gewährleisten eine 24-Stunden-Pflege und -Betreuung, die sowohl Grundpflege als auch medizinische Versorgung umfasst. Pflegeheime sind auf unterschiedliche Pflegegrade eingestellt und fördern die Lebensqualität der Bewohner durch pflegerische und soziale Betreuung.

In Pflegeheimen umfassen die Aufgaben der Pflegekräfte die Unterstützung bei der täglichen Hygiene, Ernährung und Mobilität, die medizinische Versorgung, die Durchführung sozialer Aktivitäten sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Bewohner haben das Recht auf würdevolle Behandlung, individuelle Pflege, Mitbestimmung im Alltag und freie Wahl ihrer Besucher. Die Einrichtungen müssen eine umfassende Pflege sicherstellen, transparent kommunizieren und hohe Qualitätsstandards einhalten.

Das **Heimrecht** garantiert die Einhaltung gesetzlicher Anforderungen, Qualitätskontrollen und die Einrichtung einer Bewohnervertretung. Pflegeverträge in Pflegeheimen sollten eine detaillierte Leistungsbeschreibung, transparente Kosten- und Abrechnungsmodalitäten, faire Kündigungsfristen sowie die Darstellung von Rechten und Pflichten enthalten.

Tagespflege ist eine Alternative zur vollstationären Pflege. Sie bietet tagsüber Betreuung und Pflege für Menschen, die ansonsten zu Hause leben, was Angehörige entlastet und den Pflegebedürftigen soziale und therapeutische Aktivitäten ermöglicht. Die Tagespflege umfasst feste

Tagesabläufe, Unterstützung bei der Körperpflege, medizinische Versorgung und therapeutische Angebote. Viele Einrichtungen bieten zudem einen Transportservice an.

Die vertragliche Gestaltung der Tagespflege ähnelt der in Pflegeheimen, jedoch spezifisch für die Tagespflege. Verträge sollten die angebotenen Leistungen und Aktivitäten, die Kostenstruktur, Teilnahmebedingungen und Kündigungsfristen klar darlegen.

Zusammenfassend bieten Pflegeheime eine umfassende Rund-um-die-Uhr-Betreuung, während die Tagespflege eine flexible, tageweise Betreuung ermöglicht, die sowohl die pflegebedürftigen Personen als auch ihre Angehörigen entlastet. Beide Pflegeformen haben klare rechtliche und vertragliche Rahmenbedingungen, die die Rechte und Pflichten aller Beteiligten regeln und die Qualität der Pflege sicherstellen.

4.1.3.3 Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege bietet eine temporäre Betreuung für pflegebedürftige Menschen, die normalerweise zu Hause versorgt werden. Diese Pflegeform kommt infrage, wenn die häusliche Pflege vorübergehend nicht gewährleistet werden kann, etwa wegen Krankheit oder Urlaub der pflegenden Angehörigen, oder nach einem Krankenhausaufenthalt zur Überbrückung.

Die Kurzzeitpflege umfasst alle wesentlichen pflegerischen und medizinischen Leistungen, die auch in der stationären Pflege erbracht werden. Dazu gehören:

- Unterstützung bei der täglichen Hygiene, Ernährung und Mobilität.
- Medizinische Versorgung und Rehabilitation.
- Soziale Betreuung und Freizeitgestaltung.

Die Rechte und Pflichten der Beteiligten sind auch hier klar geregelt. Pflegebedürftige haben Anspruch auf eine respektvolle und angemessene Pflege. Die Einrichtungen sind verpflichtet, eine umfassende und fachgerechte Versorgung sicherzustellen, regelmäßige Informationen zu geben und hohe Qualitätsstandards zu wahren.

Das **Heimrecht** gilt auch für die Kurzzeitpflege. Es regelt die Betriebserlaubnis, Qualitätskontrollen und den Schutz der Rechte der Bewohner. Kurzzeitpflegeeinrichtungen müssen alle gesetzlichen Vorgaben erfüllen, um eine hohe Qualität der Pflege zu gewährleisten.

Zusammenfassend bietet die Kurzzeitpflege eine wichtige Entlastung für pflegende Angehörige und eine vorübergehende intensive Betreuung für Pflegebedürftige. Sie stellt sicher, dass auch in Übergangs- oder Krisenzeiten eine hochwertige Pflege und Betreuung gewährleistet ist. Die rechtlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen regeln dabei die Rechte und Pflichten aller Beteiligten und sichern die Qualität der Pflege.

4.1.3.4 Stationäre Vollzeitpflege

Die Stationäre Vollzeitpflege ist für Menschen gedacht, die eine kontinuierliche und umfassende Betreuung benötigen und nicht mehr in der Lage sind, allein oder mit ambulanter Unterstützung zu Hause zu leben. Diese Form der Pflege unterscheidet sich von anderen Pflegeformen durch die Dauerhaftigkeit und Intensität der Betreuung.

Im Gegensatz zur Kurzzeitpflege, die nur für einen begrenzten Zeitraum vorgesehen ist, und zur Tagespflege, die lediglich tageweise Betreuung bietet, ist die stationäre Vollzeitpflege auf eine dauerhafte Unterbringung und Betreuung ausgelegt. Die Bewohner leben dauerhaft in der Einrichtung und erhalten rund um die Uhr Pflege und Betreuung. Dies beinhaltet nicht

nur die Grundpflege und medizinische Versorgung, sondern auch eine intensive soziale Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung.

Besonderheiten und Unterschiede der stationären Vollzeitpflege:

- **Dauerhafte Unterbringung:** Im Gegensatz zu anderen Pflegeformen, die auf temporäre oder tageweise Betreuung abzielen, bietet die stationäre Vollzeitpflege eine permanente Wohnmöglichkeit.
- **Umfassende Betreuung rund um die Uhr:** Die Pflege und Betreuung erfolgt 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche, was insbesondere für Menschen mit hohem Pflegebedarf oder fortgeschrittener Demenz wichtig ist.
- **Intensive soziale Betreuung:** Neben der pflegerischen und medizinischen Versorgung wird großer Wert auf soziale Aktivitäten und die Integration der Bewohner in eine Gemeinschaft gelegt. Dies hilft, Vereinsamung zu verhindern und die Lebensqualität zu steigern.
- **Strukturierter Alltag:** Der Alltag in der stationären Vollzeitpflege ist strukturiert, mit festen Tagesabläufen, die den Bewohnern Orientierung und Sicherheit bieten. Dies ist besonders wichtig für Menschen mit Demenz.
- **Erhöhte Sicherheitsmaßnahmen:** Ähnlich wie in Seniorenheimen mit beschützend-geschlossenen Wohnkonzepten, aber in der Regel weniger restriktiv, sorgen Sicherheitsmaßnahmen dafür, dass Bewohner, insbesondere solche mit Demenz, in einer sicheren Umgebung leben.

Für die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Rechte und Pflichten der Beteiligten, die Pflichten der Einrichtung, das Heimrecht sowie die vertragliche Gestaltung gelten die gleichen Regelungen wie bei anderen stationären Pflegeformen.

Die Pflegeversicherung zahlt je nach Pflegegrad in der Regel bis zu 2.005 Euro im Monat für die Pflege im Pflegeheim (sog. vollstationäre Pflege). Diese deckt in der Regel nur einen großen Anteil der Kosten für die Pflege und Betreuung, nicht jedoch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (die sog. Hotelkosten), die Investitionskosten und den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) für pflegebedingte Kosten. Die Hotelkosten, die Investitionskosten und den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil trägt die pflegebedürftige Person selbst, § 87 SGB XI.

Zusammenfassend bietet die stationäre Vollzeitpflege eine umfassende, kontinuierliche Betreuung und Versorgung für Menschen mit hohem Pflegebedarf. Diese Pflegeform stellt sicher, dass die Bewohner in einem sicheren und strukturierten Umfeld leben, wobei ihre individuellen Pflegebedürfnisse rund um die Uhr erfüllt werden. Die besondere Stärke der stationären Vollzeitpflege liegt in ihrer Dauerhaftigkeit und der intensiven Betreuung, die über das hinausgeht, was andere Pflegeformen bieten können.

4.1.3.5 Demenzwohngemeinschaften

Demenzwohngemeinschaften bieten eine alternative Wohn- und Betreuungsform für Menschen mit Demenz, die ein familiäres und häusliches Umfeld bevorzugen. Im Gegensatz zu Pflegeheimen oder stationärer Vollzeitpflege leben die Bewohner in einer kleineren, wohnlichen Gemeinschaft, die mehr an ein privates Zuhause erinnert.

Die Hauptmerkmale und Unterschiede der Demenzwohngemeinschaften im Vergleich zu anderen Pflegeformen sind:

- **Kleines, familiäres Umfeld:** Demenzwohngemeinschaften bestehen meist aus wenigen Bewohnern, was eine familiäre Atmosphäre schafft und individuelle Betreuung erleichtert. Diese Gemeinschaften sind oft

in normalen Wohnhäusern untergebracht, was eine häusliche Umgebung bietet.

- **Individualität und Selbstbestimmung:** In einer Demenzwohngemeinschaft haben die Bewohner mehr Mitspracherecht und können ihren Alltag aktiver mitgestalten. Sie beteiligen sich, so weit wie möglich, an Alltagsaufgaben wie Kochen oder Gartenarbeit, was ihre Selbstständigkeit fördert und ihr Selbstwertgefühl stärkt.
- **Gemeinschaftliches Leben:** Der Fokus liegt auf gemeinschaftlichen Aktivitäten und sozialen Interaktionen. Dies hilft, Einsamkeit zu vermeiden und das Wohlbefinden der Bewohner zu steigern. Tagesabläufe sind weniger streng strukturiert als in Pflegeheimen, was den individuellen Bedürfnissen der Bewohner besser gerecht wird.
- **Angehörigenbeteiligung:** Angehörige spielen eine zentrale Rolle und sind oft stärker in die Betreuung eingebunden als in traditionellen Pflegeeinrichtungen. Sie können regelmäßig an den Aktivitäten teilnehmen und Einfluss auf die Gestaltung des Alltags nehmen.

Die **Rechte und Pflichten der Beteiligten**, das **Heimrecht** und die **vertragliche Gestaltung** von Pflegeverträgen in Demenzwohngemeinschaften folgen grundsätzlich den gleichen rechtlichen Rahmenbedingungen wie in anderen Pflegeformen. Es gelten die üblichen Regelungen für Pflegeeinrichtungen, einschließlich der Sicherstellung einer umfassenden pflegerischen und medizinischen Versorgung, hoher Qualitätsstandards und des Schutzes der Bewohnerrechte.

Zusammenfassend bieten Demenzwohngemeinschaften eine betreute Wohnform, die durch ihre familiäre Atmosphäre und höhere Individualität besticht. Sie ermöglichen es den Bewohnern, in einer häuslichen Umgebung zu leben, die Selbstbestimmung zu fördern und enge soziale Kontakte zu pflegen. Diese Wohnform ist besonders geeignet für Menschen mit Demenz,

die in einer kleineren, weniger institutionalisierten Umgebung besser zurechtkommen und davon profitieren, in den Alltag eingebunden zu sein.

4.1.3.6 Palliative Geriatrie und Hospiz

Palliative Geriatrie und Hospiz bieten spezialisierte Betreuung und Unterstützung für ältere Menschen in fortgeschrittenen Stadien unheilbarer Krankheiten, wobei der Fokus auf der Linderung von Schmerzen und Symptomen sowie auf der Verbesserung der Lebensqualität liegt. Diese Pflegeformen unterscheiden sich erheblich von anderen durch ihren ganzheitlichen Ansatz und die spezialisierte Betreuung am Lebensende.

Palliative Geriatrie und Hospize sind darauf ausgerichtet, sowohl körperliche als auch emotionale, soziale und spirituelle Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen zu berücksichtigen. Im Unterschied zu anderen Pflegeformen konzentrieren sie sich nicht auf Heilung oder Rehabilitation, sondern auf symptomlindernde Maßnahmen und eine würdige Begleitung im letzten Lebensabschnitt.

Besonderheiten und Unterschiede der palliativen Geriatrie und Hospizpflege:

- **Ganzheitliche Betreuung:** Beide Pflegeformen verfolgen einen interdisziplinären Ansatz, der Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Seelsorger und Sozialarbeiter umfasst. Ziel ist es, die Lebensqualität zu verbessern und Leiden zu lindern.
- **Symptommanagement:** Im Mittelpunkt steht die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Übelkeit oder Angst. Dies erfordert spezialisierte medizinische und pflegerische Maßnahmen.
- **Psychosoziale Unterstützung:** Patienten und ihre Angehörigen erhalten umfassende psychosoziale Unterstützung, einschließlich Beratung und Begleitung in emotionalen und spirituellen Fragen. Dies

hilft, die psychische Belastung zu mindern und bietet Trost und Unterstützung.

- **Individuelle Pflegeplanung:** Die Pflege und Betreuung werden individuell auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten abgestimmt. Regelmäßige Gespräche und Pflegeanpassungen sind Teil des Betreuungsprozesses.
- **Unterstützung der Angehörigen:** Angehörige werden intensiv einbezogen und unterstützt. Dies schließt sowohl praktische Hilfe als auch emotionale und psychologische Unterstützung ein, um den Belastungen des Pflegeprozesses besser begegnen zu können.

Palliative Geriatrie kann sowohl in spezialisierten Einrichtungen als auch im häuslichen Umfeld stattfinden, oft mit Unterstützung durch ambulante Palliativdienste. **Hospize** hingegen bieten meist eine stationäre Betreuung, die speziell für die Bedürfnisse schwerstkranker und sterbender Menschen eingerichtet ist. Hospize bieten eine ruhige und würdevolle Umgebung, die auf die besonderen Bedürfnisse der Patienten abgestimmt ist.

Zusammenfassend bieten die palliative Geriatrie und die Hospizpflege spezialisierte Betreuung für ältere Menschen mit unheilbaren Krankheiten. Durch ihren ganzheitlichen und symptomorientierten Ansatz tragen sie entscheidend zur Lebensqualität und Würde der Patienten in ihren letzten Lebensphasen bei. Die intensive Einbeziehung und Unterstützung der Angehörigen sind dabei ein weiterer zentraler Aspekt, der diese Pflegeformen von anderen unterscheidet.

4.2 Pflegegesetze

Ein einheitliches Pflegegesetz gibt es nicht. Die vielfältigen rechtlichen Aspekte der Pflege werden durch zahlreiche Paragraphen abgedeckt, die in

den insgesamt zwölf Sozialgesetzbüchern (SGB) und weiteren Gesetzen verstreut sind. Dadurch kann es schwierig sein, den Überblick über die Pflegegesetze zu behalten. Dennoch ist es wichtig, sich mit den Grundlagen dieser Gesetze auseinanderzusetzen, da sie die Ansprüche und Rechte von Pflegebedürftigen regeln. Ein fundiertes Verständnis der gesetzlichen Bestimmungen hilft, die verfügbaren Leistungen besser zu nutzen und die Rechte der Pflegebedürftigen zu wahren.

4.2.1 Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) [110]

Das Pflegeversicherungsgesetz, das dem elften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) entspricht, wurde 1995 eingeführt, um die Pflegelandschaft und die Pflegeversicherungen besser zu organisieren. Dieses Gesetz sichert die Finanzierung der Versorgungsleistungen, die Pflegebedürftige in Anspruch nehmen können. Ein zentraler Bestandteil des Pflegeversicherungsgesetzes ist die Regelung der Pflegegrade. Das Gesetz enthält detaillierte Informationen zur Einstufung in diese Pflegegrade und hat das Begutachtungsverfahren eingeführt, das zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs dient.

4.2.2 Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

Das Hospiz- und Palliativversorgungsgesetz zielt darauf ab, die medizinische Betreuung in der Hospiz- und Palliativpflege zu verbessern. Ziel ist es, Menschen in der letzten Lebensphase jegliche medizinische, pflegerische, psychologische und seelsorgerische Hilfe zur Verfügung zu stellen, die sie benötigen. Dazu gehört auch, die Versorgung in diesen Bereichen auszuweiten und flächendeckend auszubauen.

Ein zentraler Satz im HPG lautet: „Zur Krankenbehandlung gehört auch die palliative Versorgung der Versicherten.“ Damit wird klargestellt, dass Versicherte einen Rechtsanspruch auf eine palliative Versorgung als Teil der Krankenbehandlung haben [111] und sie damit Bestandteil der sogenannten Regelversorgung ist.

Schwerstkranke und sterbende Menschen haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die ein breites Spektrum palliativmedizinischer und palliativpflegerischer Leistungen bietet. Ziel ist eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung in der vertrauten häuslichen Umgebung.

4.2.3 Krankenversicherungsgesetz (SGB V)

Das Krankenversicherungsgesetz regelt die medizinische stationäre und ambulante Pflege und wird im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) behandelt. Ein zentraler Bestandteil dieses Gesetzes ist, dass die Krankenversicherung für jeden versicherten deutschen Bürger die medizinische Versorgung übernimmt. Besonders relevant ist das Krankenversicherungsgesetz für Pflegebedürftige, da es die medizinische Behandlungspflege regelt und somit sicherstellt, dass notwendige medizinische Leistungen auch im Pflegefall abgedeckt sind.

4.2.4 Patientenrechtegesetz

Das Patientenrechtegesetz zielt darauf ab, Pflegebedürftige stärker in das Behandlungsgeschehen einzubeziehen. Im Mittelpunkt steht dabei das Verhältnis zwischen Arzt und Patient, das durch eine umfassende und zeitnahe Aufklärung über bevorstehende Behandlungen und medizinische Aspekte gekennzeichnet ist.

Diese Rechte gelten aber nicht nur gegenüber Ärzten, sondern in jedem Behandlungsverhältnis, also z. B. auch gegenüber Heilpraktikern, Hebammen, Psycho- oder Physiotherapeuten. Zu den Rechten gehören unter anderem:

- das Einsichtsrecht in die Behandlungsunterlagen,
- das Recht auf Information und Aufklärung,
- das Recht auf Selbstbestimmung, das bedeutet, dass eine medizinische Maßnahme grundsätzlich nur mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten erfolgen darf.

Besonders berücksichtigt werden auch Personen, die einwilligungsunfähig sind, was bei Pflegebedürftigen häufig der Fall ist. Diese Personen sollen im Rahmen ihrer Möglichkeiten umfassend informiert werden, um ihre Würde und Autonomie zu wahren. Das Patientenrechtegesetz stärkt somit die Rechte der Pflegebedürftigen und fördert eine patientenzentrierte Versorgung.

4.2.5 Pflegestärkungsgesetz (PSG I, II und III)

Die Pflegestärkungsgesetze arbeiten eng zusammen, um die Pflegeversicherung und -versorgung umfassend zu verbessern.

1. Das **erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I)** hatte das Ziel, die gesetzliche Pflegeversicherung zu modernisieren, um den veränderten Anforderungen der Pflegelandschaft gerecht zu werden. Mit diesem Gesetz wurden die Leistungen für die Pflegestufen 0, 1, 2 und 3 erhöht, was insbesondere den steigenden Zahlen von Pflegebedürftigen Rechnung trägt. Auch Menschen mit Demenz profitierten von erweiterten Leistungen. Zusätzlich fördert das PSG I den seniorengerechten Umbau von Wohnräumen finanziell, um ein altersgerechtes Wohnen zu ermöglichen.

2. Das **zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)** führte das neue Begutachtungsassessment (NBA) ein, das die Grundlage für die Einteilung in Pflegegrade bildet. Die bisherigen Pflegestufen wurden durch die Pflegegrade ersetzt, wodurch eine differenziertere und gerechtere Einstufung des Pflegebedarfs möglich ist.
3. Das **dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III)** stellt eine weitere Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen dar. Es konkretisiert wichtige Aspekte wie die Sicherstellung der Versorgung, umfassende Beratung und Empfehlungen zu Betreuungs- und Entlastungsleistungen der Pflegeversicherung. Zudem enthält das PSG III ein Maßnahmenpaket zur Optimierung der Prävention in der Pflege und zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug.

Diese Gesetze zusammen tragen wesentlich dazu bei, die Pflegeversicherung zu stärken und die Versorgung von Pflegebedürftigen zu verbessern. Sie berücksichtigen die aktuellen Herausforderungen der Pflege und schaffen Rahmenbedingungen, die eine umfassende und bedarfsgerechte Unterstützung gewährleisten.

4.2.6 Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG)

Da sich die Pflegesituation ständig weiterentwickelt, hat der Gesetzgeber mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz darauf reagiert. Dieses Gesetz zielt darauf ab, die Pflegeversicherung strukturell zu verbessern, indem es den Betreuungsbedarf stärker berücksichtigt – ein besonders wichtiger Aspekt für Menschen mit geistigen oder psychischen Einschränkungen.

Ein zentraler Punkt des Gesetzes ist die Förderung wohnortnaher Versorgungsstrukturen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Dies bedeutet, dass Menschen leichter Zugang zu

Pflegeeinrichtungen und -diensten in ihrer Nähe haben sollen. Ein weiteres Ziel ist die Einrichtung von Pflegestützpunkten, die als zentrale Anlaufstellen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen fungieren.

Zusätzlich beschäftigt sich das Gesetz mit der Anhebung der Leistungsbeiträge und der Verbesserung der Pflegeberatung. Diese Maßnahmen sollen sicherstellen, dass Pflegebedürftige und ihre Familien besser unterstützt werden und ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, um eine qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten.

4.2.7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

Das Pflegezeitgesetz bietet Beschäftigten die Möglichkeit, sich für die Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen vollständig für bis zu sechs Monate von der Arbeit freistellen zu lassen.

Das Pflegezeitgesetz spielt eine zentrale Rolle für Angehörige von Pflegebedürftigen, da es darauf abzielt, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu verbessern. Dieses Gesetz ermöglicht es Angehörigen, eine Pflegezeit zu beantragen, um sich intensiv um die häusliche Pflege ihrer Angehörigen kümmern zu können.

Wenn die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind, haben Angehörige die Option, eine befristete Freistellung von der Arbeit zu nehmen oder ihre Arbeitszeit bis zu zwei Jahre lang auf Teilzeit zu reduzieren. Während dieser Zeit haben sie die Möglichkeit, sich umfassend und intensiv um ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder zu kümmern.

Die Pflegezeit kann bis zu sechs Monate in Anspruch genommen werden und bietet die Möglichkeit, vollständig von der Arbeit freigestellt zu werden. Alternativ ermöglicht das Gesetz auch eine langfristige Reduzierung der Arbeitszeit, um eine kontinuierliche Pflege zu

gewährleisten. Wichtig ist, dass während der Pflegezeit ein besonderer Kündigungsschutz besteht, der die Angehörigen vor dem Verlust ihres Arbeitsplatzes schützt.

Neben der längerfristigen Pflegezeit ermöglicht das Pflegezeitgesetz auch eine **kurzzeitige Freistellung** von bis zu zehn Tagen, um unvorhergesehene pflegerische Herausforderungen zu bewältigen.

Arbeitnehmer haben darüber hinaus das Recht, sich bis zu drei Monate von der Arbeit freistellen zu lassen, um einen nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase zu begleiten. Diese Freistellung ermöglicht es, dem Angehörigen in dieser schweren Zeit Beistand zu leisten und bei ihm zu sein. Um diese Freistellung in Anspruch nehmen zu können, muss ein ärztliches Attest über den Gesundheitszustand des Angehörigen vorgelegt werden.

Während der Pflegezeit besteht grundsätzlich **kein Anspruch auf Lohnfortzahlung** durch den Arbeitgeber. Es gibt jedoch Ausnahmen, wenn es tarifvertragliche oder individuelle Vereinbarungen zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber gibt, die eine teilweise oder vollständige Lohnfortzahlung während der Pflegezeit vorsehen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, für die Pflegezeit ein **zinsloses Darlehen vom Bundesamt für Familie** in Anspruch zu nehmen.

Durch diese Regelungen bietet das Pflegezeitgesetz eine flexible und rechtlich abgesicherte Möglichkeit, die Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds mit den beruflichen Verpflichtungen zu vereinbaren und so die familiäre Pflege zu unterstützen.

4.2.8 Familienpflegezeitgesetz (FPfZG)

Das Familienpflegezeitgesetz ermöglicht es ähnlich wie das Pflegezeitgesetz, Beruf und Pflege besser zu vereinbaren. Mit der Familienpflegezeit kann der Berufstätige seine Arbeitszeit in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten auf bis zu 15 Stunden pro Woche reduzieren. Auch hier besteht kein Anspruch auf Lohnfortzahlung, es kann aber ein zinsloses Darlehen des Bundes in Anspruch nehmen. Der pflegende Familienangehörige bleibt sozialversichert und genießt Kündigungsschutz.

Wichtig zu beachten ist, dass es keinen rechtlichen Anspruch auf Familienpflegezeit gibt; die Zustimmung des Arbeitgebers ist erforderlich. Der wesentliche Unterschied zwischen Familienpflegezeit und Pflegezeit liegt in der Dauer: Die Familienpflegezeit kann bis zu zwei Jahre in Anspruch genommen werden, während die Pflegezeit auf sechs Monate begrenzt ist.

VII. Rechtliche Fragen bei Demenz im bürgerlichen Schuld- und Schadensrecht

Sigrun von Hasseln-Grindel

1. Die Grundsätze der Vertragsfreiheit und der Schadenswiedergutmachung als Grundelemente des freien, mündigen und Verantwortung tragen könnenden Bürgers

Unser bürgerliches Zivilrecht setzt im Grundsatz einen im vollen Umfang geschäftsfähigen und selbst bestimmten Menschen als Ausdruck eines freiheitlichen Rechtsstaats voraus. Die Grundsätze der Vertragsfreiheit und der Schadenswiedergutmachung gelten deshalb als Grundelemente des Zusammenlebens von freien, mündigen und Verantwortung tragen könnenden Bürgern.

Dieses Selbstbestimmungsrecht birgt leider auch Gefahren für Menschen, die aufgrund einer Demenz oder einer sonstigen Erkrankung, die mit dem sukzessiven Verlust ihrer geistigen Fähigkeiten verbunden ist, in dieser Ellbogengesellschaft in Gefahr geraten, übervorteilt zu werden. Zwar ist es im Umgang mit Demenzerkrankten wichtig, ihren aktuellen Willen zu verstehen und ihre Selbstbestimmung trotz Demenz zu respektieren. Denn selbst wenn die Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt ist, können Wünsche und Bedürfnisse geäußert und vom anderen erfasst werden. Dies

kann auch durch Körpersprache, Mimik oder Verhaltensänderungen geschehen. Doch ist es auch ein Gebot der Menschenwürde, darauf zu achten, dass jemand, der in seiner Geschäfts- und Deliktsfähigkeit eingeschränkt ist, vor Übervorteilung geschützt wird.

So ist gerade im bürgerlichen Schuld- und Schadensrecht im Einzelfall – manchmal auch ex post mithilfe eines medizinischen Sachverständigen – abzuwägen, was der Demenzpatient im Rahmen seines Selbstbestimmungsrechts noch zurechenbar und damit rechtlich wirksam bewältigen konnte und wo die Entscheidung einer Aufsichtsperson [112] , wie etwa der Einwilligungsvorbehalt (§ 1825 BGB) notwendig gewesen wäre.

In diesem Demenz Rechtsratgeber werden einige Schwerpunkte aus dem Schuld- und Schadensrecht des bürgerlichen Rechts angesprochen, die im Alltag mit Demenzpatienten häufig eine wichtige Rolle spielen.

2. Basics zur Vertragsfreiheit, zum Schadensersatzrecht und zum Vertragsschluss

2.1 Vertragsfreiheit und Vertragsschluss

Die Vertragsfreiheit

Das Schuldrecht (§§ 241–835 BGB) regelt in erster Linie die vertraglichen Beziehungen zwischen zwei oder mehr Bürgern im Gleichordnungsverhältnis bzw. auf Augenhöhe. Ein entscheidendes

Merkmal ist die Vertragsfreiheit. Sie bedeutet, dass jeder Mensch mit einem anderen Menschen (oder Unternehmen) einen Vertrag schließen kann,

- mit **Wem** er will,
- über **Was** er will,
- **Wann** er will.

Wie wird ein Vertrag geschlossen?

Der Vertrag kommt durch Angebot und Annahme zustande.

- Marie kommt zum Bäcker und sagt: 5 Brötchen (= Angebot)
- Bäcker überreicht die 5 Brötchen und sagt: 2 € (= Annahme)
- Marie legt die 2 € auf den Ladentisch.

Damit wurden ein Kaufvertrag und zwei Übereignungsverträge geschlossen [113] .

Ein Kaufvertrag kann auch stillschweigend geschlossen werden.

- Marie kommt, wie fast jeden Morgen, zum Bäcker und legt wortlos ein 2 €-Stück auf die Theke.
- Der Bäcker packt 5 Brötchen ein und übergibt sie ihr wortlos.

Da ein Kaufvertrag so einfach geschlossen und vollzogen werden kann, dürfte es selbst für Demenz-Patienten 2. Grades noch möglich sein, ein Stück weit am täglichen Einkaufsleben teilzunehmen. Zudem erlaubt § 105a BGB selbst Menschen, die unter Betreuung stehen, Geschäfte des täglichen Lebens mit eigenen Mitteln wirksam bewirken zu können.

Weitere Infos zum Vertragsschluss

Verträge können also mündlich, per Handschlag, stillschweigend, durch bloßes Handeln, in Schriftform (§ 126 BGB), in elektronischer Form (§ 126a BGB), in Textform (§ 126b BGB), per E-Mail, SMS und per Onlineformular geschlossen werden. Nur für einige Ausnahmen ist die Schriftform (§ 126 BGB), also eine handschriftliche Unterschrift unter dem Vertrag, gesetzlich

vorgeschrieben, z. B. beim Arbeitnehmerüberlassungsvertrag, bei der Abtretung von Rechten, beim Schuldanerkenntnis, bei Verbraucherdarlehen- und Ratenlieferungsverträge sowie bei Fernunterrichtsverträgen. Eine notarielle Beurkundung ist nur für einzelne, im Gesetz vorgeschriebene Verträge notwendig (§ 128 BGB), wie etwa beim Schenkungsvertrag (§ 518 BGB) und beim Grundstückskaufvertrag.

2.2 Übernahme von Verantwortung für Schadensverursachung

Zum Schuldrecht gehört auch das Schadensersatzrecht. Dieses regelt die Verschuldenshaftung bei und nach Vertragsschluss und die sog. „Unerlaubten Handlungen“, wenn kein Vertragsverhältnis besteht, aber jemand für einen Schaden eintreten muss, so etwa als Unfallverursacher, als Aufsichtspflichtiger, als Tierhalter, als Gebäudebesitzer oder als Straftäter für seine Tat (§§ 823–853 BGB). Auch die Verpflichtung, Schadensersatz zu zahlen, setzt meist voraus, dass die schädigende Person deliktstfähig ist. Deshalb wird im Einzelfall meist geprüft, ob eine Aufsichtsperson eines Demenzkranken haftet (§ 823 BGB).

2.3 Grenzen der Vertragsfreiheit

Das Prinzip von Treu und Glauben

- (1) Der Schuldner ist verpflichtet, die Leistung so zu bewirken, wie Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte es erfordern (§ 242 BGB).
- (2) Hat einer der Vertragspartner eine große wirtschaftliche Übermacht, wie große Handelskonzerne, gibt es zum Schutz des Kunden Sonderregelungen im Verbraucherrecht (vgl. unten).

(3) Außerdem hat der Gesetzgeber besonders häufig vorkommende Vertragstypen mit teilweise verbindlichen Bestimmungen so geregelt, dass möglichst wenig Streit aufkommt. Dazu gehören der Kaufvertrag (§§ 433–480 BGB), der Mietvertrag (§§ 535–597 BGB), der Werk- und Reisevertrag (§§ 631–651m BGB), der Schenkungsvertrag (§§ 516–534 BGB) sowie der Dienst- und der Arbeitsvertrag (§§ 611–603h BGB).

(4) Generell bestehen Grenzen der Vertragsfreiheit, wenn ein Vertrag anfechtbar ist. Das ist der Fall bei

1. Arglistiger Täuschung (§ 123 BGB)
2. Drohung (§ 123 BGB)
3. Sittenwidrigkeit (§ 138 Abs. 1 BGB)
4. Wucher (§ 138 Abs. 2 BGB, § 291 StGB; z. B. Mietwucher, Kreditzinswucher)
5. Verstoß gegen ein gesetzliches Verbot (§ 134 BGB; z. B. Drogenhandel § 29 Betäubungsmittelgesetz (BtMG)); Verstoß gegen das Schwarzarbeitsbekämpfungsgesetz (§§ 10–11 SchwarzArbG).
6. Verstoß gegen Formvorschriften (§ 125 BGB)
7. Vertragsschluss unter Alkohol, Drogen oder Medikamenten (§ 105 Abs. 2 BGB)

Nach § 142 Abs. 1 BGB führt die Anfechtung des Vertrages zur Nichtigkeit der Willenserklärung von Anfang an und damit auch des mit ihr verbundenen Rechtsgeschäftes. Grundsätzlich sind sowohl das Verpflichtungsgeschäft, also z. B. der Kaufvertrag, als auch das Verfügungsgeschäft, z. B. die Übereignung des Fahrrades, anfechtbar.

2.4 Die Grenzen der Vertragsfreiheit bei bedingter Geschäftsfähigkeit und bei Geschäftsunfähigkeit

Die Vertragsfreiheit setzt einen mündigen Bürger voraus. Ist ein Bürger nur noch bedingt geschäftsfähig oder gar geschäftsunfähig, kann das Folgen für die Abwicklung schon begonnener und für die Begründung neuer Vertragsverhältnisse haben.

Manchmal wissen Demenzpatienten nichts mehr davon, dass sie einen Vertrag unterschrieben haben. Es gibt auch Fälle, da werden ihnen Verträge untergeschoben, wie etwa Mobilfunkverträge oder Zeitschriftenabos.

Im Übrigen wird auf Kap. IV. „Rechtliche Folgen durch den sukzessiven Verlust von Geschäfts- und Deliktsfähigkeit. Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfahren.“ Bezug genommen.

3. Verbraucherverträge

3.1 Was sind Verbraucherverträge?

Ein Verbrauchervertrag ist ein Vertrag zwischen einem Unternehmer (§ 14 BGB) und einem Verbraucher (§ 13 BGB). Es spielt für die Annahme eines Verbrauchervertrags keine Rolle, ob es dabei um die Lieferung einer neuen oder einer gebrauchten Sache oder einer Immobilie geht. [114]

3.2 Was sind Allgemeine Geschäftsbedingungen?

In Verbraucherverträgen spielen Allgemeine Geschäftsbedingungen (das Kleingedruckte) eine wichtige Rolle. Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB) sind alle für eine Vielzahl von Verträgen vorformulierte Vertragsbedingungen, die eine Vertragspartei (meist der Unternehmer) der anderen (meist der Verbraucher) bei Vertragsabschluss stellt (§ 305 Abs. 1

BGB). Durch die AGB sollen Pflichten und Rechte zwischen dem Unternehmen und dem Verbraucher (oft branchenspezifisch) eindeutiger geregelt werden, um Unklarheiten und Missverständnisse besser vermeiden zu können. Da wir Vertragsfreiheit haben, muss der Unternehmer als Verwender der AGB den Verbraucher als andere Vertragspartei vor Vertragsschluss ausdrücklich darauf hinweisen, dass er seine AGB benutzen möchte, und ihr die Möglichkeit geben, von ihrem Inhalt Kenntnis zu nehmen. Durch das Akzeptieren der AGB bei Vertragsabschluss stimmt der Verbraucher den Bedingungen und Regeln zu und bindet sich somit an diese.

AGB sind rechtsverbindlich, solange sie nicht gegen geltendes Recht oder Gesetze verstoßen. Einzelheiten dazu werden in den §§ 305 ff. BGB geregelt. Danach

- sind solche Klauseln unwirksam, die den Vertragspartner entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen benachteiligen und
- dürfen Klauseln nicht derart ungewöhnlich sein, dass die andere Vertragspartei nicht damit rechnen muss.

Wenn Klauseln in AGB unwirksam sind, treten an deren Stelle die gesetzlichen Vorschriften, aber der übrige Vertrag behält seine Gültigkeit.

3.3 Das Widerrufsrecht bei Verbraucherverträgen

Ein Widerrufsrecht bei Verbraucherverträgen (§§ 355 ff. BGB) besteht nur dann, wenn es

- vertraglich vereinbart wurde oder
- gesetzlich geregelt ist.

Das gesetzlich geregelte Widerrufsrecht setzt voraus:

- Abschluss

- eines Verbrauchervertrages (d. h. Vertrag zwischen einem Unternehmer und einem Verbraucher, z. B. Möbelhaus und Rentner; § 310 Abs. 3 BGB) oder
- eines Fernabsatzvertrages (§ 312c BGB; d. h. Vertrag zwischen Unternehmer und einem Verbraucher über Fernkommunikationsmittel, z. B. Online-Portal, Telefon, Mobilfunk, Telekopie, E-Mails, SMS).
- Der Vertrag muss außerhalb von Geschäftsräumen geschlossen worden sein (also nicht im Küchenstudio, vgl. § 312b BGB).
- Die Art des Vertrages darf nicht gemäß § 312g Abs. 2 BGB (Liste) für einen Widerruf ausgeschlossen sein. Kein gesetzliches Widerrufsrecht besteht z. B. bei Waren, die individuell hergestellt wurden (Tasse mit individuellem Foto), leicht verderblich sind (Pizzalieferung), bei Gesundheits- oder Hygieneartikeln, deren Versiegelung bereits geöffnet wurde, bei Strom- und Gaslieferungen, Zeitungen, Zeitschriften oder Illustrierten (ausgenommen Abonnement-Verträge), Verträgen über Warenbeförderung, Beherbergungen, Kfz-Vermietungen und Speisen- und Getränkelieferungen.
- Im Rahmen der Vertragsfreiheit können die Parteien dennoch ein Widerrufsrecht vereinbaren.

Wenn man beabsichtigt, einen Vertrag zu widerrufen, sollte man sich also zunächst genau vergewissern, ob ein Widerrufsrecht überhaupt möglich ist. Ist das der Fall, ergeben sich die weiteren Einzelheiten aus § 355 BGB: Eindeutige Erklärung gegenüber dem Unternehmer, die nicht begründet werden muss. Frist: 14 Tage, die mit dem Vertragsschluss beginnt. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Beispiel: Manchmal finden Angehörige bei dem Betroffenen Unterlagen über einen Verbrauchervertrag. So fand der Sohn unseres Protagonisten Dr.

Fischer (inzwischen Demenz 2. Grade) beim Sonntagsbesuch zufällig auf dem Fußboden die Bestätigung über einen vor 10 Tagen telefonisch erfolgten Kauf eines Riesen-Fernsehers mit großer Spielekonsole und Nintendo Switch Sports Set für 1.650 €. Es war vermerkt, dass Dr. Fischer ordnungsgemäß über sein Widerrufsrecht belehrt worden war. Darauf von seinem Sohn angesprochen, wusste sein Vater nichts von einem Kauf. „Was soll so’n Quatsch. Ich habe doch’n Fernseher.“ Als Dr. Fischer auf Bitten seines Sohns sein Konto prüfte, stellte er erschüttert fest, dass jemand sein Konto in Höhe des Kaufpreises „geplündert“ hatte. Dr. Fischer stand noch nicht unter Betreuung. Bislang war von seiner Erkrankung nichts bekannt, sodass er als geschäftsfähig angesehen wurde und den Vertrag selbst widerrufen musste. Doch dafür brauchte sein Sohn die Unterschrift seines Vaters. Dieser hatte es stets abgelehnt, seinen Sohn jemals in irgendeiner Art zu bevollmächtigen. Der Sohn musste also sehr behutsam versuchen, seinen Vater davon zu überzeugen, das Widerrufsschreiben zu unterschreiben. Er hatte Glück und konnte das von seinem Vater unterschriebene Widerrufsschreiben vor Ablauf der 14 Tage Widerrufsfrist ohne Angabe von Gründen per Einschreiben/Rückschein an den Fernsehverkäufer senden. Der Widerruf führte zur rückwirkenden Auflösung des – völlig unsinnigen – Vertrages und Rückzahlung des Kaufpreises.

Bei nicht ordnungsgemäßer Belehrung kann sich die Widerrufsfrist unter Umständen verlängern.

Hätte der Sohn von Dr. Fischer die Vertragsbestätigung erst nach Ablauf der Widerrufsfrist entdeckt oder wäre der Fernseher schon geliefert gewesen, hätte er versuchen müssen, diesen im Rahmen einer Geschäftsführung ohne Auftrag wegen Demenz bedingter Geschäftsunfähigkeit seines Vaters zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses

anzufechten oder aus wichtigem Grund zu kündigen. Für die Geschäftsunfähigkeit trifft ihn die vollständige Beweislast. I. d. R. muss er dafür ein ärztliches Attest oder Gutachten vorlegen. Manchmal zeigen sich Vertragspartner bei entsprechender Darlegung kulant, stornieren Verträge und zahlen geleistete Beträge zurück.

Weitere Einzelheiten zum Widerruf findet man in den §§ 355, 361 BGB.

3.4 Fazit: Vorsicht bevor Menschen mit Demenz einen Verbrauchervertrag abschließen!

Im Hinblick darauf, dass

- der Abschluss eines Verbrauchervertrages recht kompliziert und folgenreich sein kann und
 - oft nicht klar ist, ob ein Widerrufsrecht besteht, zumal dieses oft dadurch erschwert wird, dass die Vertragsbestätigung mit der Adresse, wo man widerrufen kann, erst nach Ablauf derselben eintrifft,
- sollten Menschen, die unter einer Verminderung ihrer kognitiven Fähigkeiten leiden, sich schon frühzeitig beraten lassen (z. B. in einer Verbraucherzentrale), bevor sie einen Vertrag unterschreiben. Denn eine spätere Anfechtung wegen verminderter Geschäftsfähigkeit oder Geschäftsunfähigkeit ist meist aufwendig, und da der Verbraucher dazu den vollen Beweis führen muss, nicht immer erfolgreich.

4. Verbraucherverträge im elektronischen Geschäftsverkehr. Fernabsatzverträge. Online-Marktplätze

Besondere Schwierigkeiten bestehen für ältere und erst recht für Menschen mit Demenz, wenn sie Verträge mittels moderner Kommunikationstechnik abschließen. Da es oft ausreicht, eine falsche Taste auf dem PC zu drücken, wodurch man angeblich einen Vertrag geschlossen hat (sog. Abofalle), besteht hier auch ein großes Einfallstor für Betrüger: Seien es Glücksspiele, Abonnements, Mitgliedschaften in unseriösen Partnerbörsen oder teure Gesundheitsartikel. Derartige Betrüger sind oft recht hartnäckig beim Versuch, Forderungen für derartige Dienste einzutreiben. Oft stecken sie mit unsoliden Inkassobüros und unseriösen Anwaltskanzleien unter einer Decke, die nicht davor zurückschrecken, ältere und kranke Menschen, die in solche Abofallen getappt sind, durch eine Flut von einschüchternden Mahnschreiben plus Inkassogebühren und zusätzlichen Anwaltskosten zu nötigen, teilweise horrende Summen an sie zu zahlen. Denn ältere Menschen schämen sich oft, ihren Fauxpas in der Familie oder bei guten Freunden einzugestehen und sich fachkundig beraten zu lassen. Manchmal scheuen sie auch den Gang zum Anwalt, weil sie – zu Recht – fürchten, auch noch dessen Gebührenrechnung zahlen zu müssen.

Nachstehend einige Infos zum Thema Verbraucherverträge im elektronischen Geschäftsverkehr, die rechtlich als Fernabsatzverträge (§ 312c BGB) bezeichnet werden.

§ 312c BGB. Fernabsatzverträge

(1) Fernabsatzverträge sind Verträge, bei denen der Unternehmer oder eine in seinem Namen oder Auftrag handelnde Person und der Verbraucher für die Vertragsverhandlungen und den Vertragsschluss ausschließlich Fernkommunikationsmittel verwenden, es sei denn, dass der Vertragsschluss nicht im Rahmen eines für den Fernabsatz organisierten Vertriebs- oder Dienstleistungssystems erfolgt.

(2) Fernkommunikationsmittel im Sinne dieses Gesetzes sind alle Kommunikationsmittel, die zur Anbahnung oder zum Abschluss eines Vertrags eingesetzt werden können, ohne dass die Vertragsparteien gleichzeitig körperlich anwesend sind, wie Briefe, Kataloge, Telefonanrufe, Telekopien, E-Mails, über den Mobilfunkdienst versendete Nachrichten (SMS) sowie Rundfunk und digitale Dienste nach § DDG § 1 Absatz DDG § 1 Absatz 4 Nummer 1 des Digitale-Dienste-Gesetzes [115] .

Typisches Beispiel: Unser Protagonist Dr. Fischer bestellt im ersten Stadium seiner Demenzerkrankung im Internet bei Amazon eine Lupe, damit er die Tageszeitung besser lesen kann. Es handelt sich hier um einen wirksamen Fernabsatz-Kaufvertrag.

Da Dr. Fischer einen wirksamen Fernabsatzvertrag geschlossen hat und es sich bei der Lupe nicht um ein verderbliches Produkt handelt, hat er gemäß § 312g Abs. 1 BGB ein gesetzliches Widerrufsrecht (§ 355 BGB). Die Widerrufsfrist von Fernabsatzverträgen beträgt 14 Tage. Diese Frist beginnt bei Warenlieferungen erst, wenn der Verbraucher die Ware erhalten hat (§ 356 Abs. 2 BGB).

Anmerkung: Fernabsatzverträge können sowohl zur Lieferung von Waren als auch zur Erbringung von Dienstleistungen und weiteren Leistungen abgeschlossen werden. Wegen vertiefender Informationen werden die Ausführungen der IHK Hamburg „Fernkommunikationsmittel. Die Verordnung über Informationspflichten“ auf ihrer Website empfohlen. [116]

5. Kaufrechtliche Fragen bei Demenz

Der Kaufvertrag (§§ 433–480 BGB) ist das häufigste Umsatzgeschäft in der Gesellschaft. Die Vertragsparteien einigen sich über einen Kaufgegenstand (z. B. 1 Lexikon) und den dafür zu zahlenden Kaufpreis (z. B. 15 €), der aber nur zu zahlen ist, wenn auch das Lexikon übergeben wird.

Beispiel: Gerhard Meier kauft ein gebrauchtes Fahrrad von Seniorin Monika Müller

5.1 Kaufrechtliche Vertragsanbahnung bei beweglichen Sachen

Passant Gerhard Meier trägt sich schon länger mit dem Gedanken, ein preiswertes Rad für die Stadt zu kaufen. Da trifft er zufällig Seniorin Monika Müller, die Mühe hat, mit ihrem Rollator die Stufe zur Buchhandlung zu überwinden. Er hilft ihr und beide kommen ins Gespräch.

Frau Müller berichtet, dass sie sich nur noch langsam fortbewegen kann. Früher sei sie stets mit dem Rad gefahren. Das ginge jetzt nicht mehr. Das Rad stehe seit längerer Zeit ungenutzt im Schuppen.

5.2 Der Vertragsschluss: Angebot + Annahme = Vertrag

Herr Meier fragt Frau Müller, ob sie ihr Rad verkaufen möchte, wie alt es ist und wie viel sie dafür haben möchte.

Nach kurzem Nachdenken nickt Frau Müller und sagt: Das Rad ist 3 Jahre alt. Ich verkaufe es für 75 €. (= Angebot)

Herr Meier sagt: ok. (= Annahme)

Damit ist zwischen Gerhard Meier und Seniorin Monika Müller ein Kaufvertrag über das gebrauchte Fahrrad zum Preis von 75 € geschlossen worden.

Beiden ist klar, dass Frau Müller die 75 € nur erhält, wenn sie Herrn Meier das Fahrrad überlässt. [117]

Der Vertrag ist gültig, wenn beide Vertragspartner voll geschäftsfähig sind.

Ist einer der Vertragspartner oder sind beide nur beschränkt geschäftsfähig oder gar geschäftsunfähig, wird er durch unser Recht geschützt.

5.3 Ist der Kaufvertrag über das Fahrrad unwirksam, wenn einer der Vertragspartner unter Betreuung steht?

„Das kommt drauf an“, sagt der Jurist.

Wurde eine Betreuung vom Betreuungsgericht *nicht* für den Aufgabenbereich „Vermögenssorge“ angeordnet, ist der zwischen Gerhard Meier und Monika Müller geschlossene Kaufvertrag über das gebrauchte Fahrrad zum Preis von 75 € von Anfang an wirksam.

Wurde vom Betreuungsgericht eine Betreuung für den Aufgabenbereich „Vermögenssorge“ mit Einwilligungsvorbehalt angeordnet (§ 1825 Abs. 1 BGB), könnte der Kaufvertrag so lange schwebend unwirksam sein, bis der Betreuer in den Vertrag einwilligt.

5.3.1 War der Kaufvertrag über ein gebrauchtes Fahrrad eine Angelegenheit des täglichen Lebens?

Der Einwilligung des Betreuers bedarf es jedoch nicht,

- wenn die Willenserklärung dem Betreuten lediglich einen rechtlichen Vorteil bringt *oder*
- wenn die Willenserklärung eine geringfügige Angelegenheit bzw. ein Geschäft des täglichen Lebens betrifft (§§ 1825 Abs. 3, 105a BGB).

(1) Prüfung, ob Fahrradkaufvertrag lediglich einen rechtlichen Vorteil hatte

Ihre Willenserklärungen bringen hier weder der Verkäuferin Monika Müller noch dem Käufer Gerhard Meier einen rechtlichen Vorteil:

- So ist nicht klar, ob die Verkäuferin ihr Fahrrad weit unter Wert verkauft hat. Zudem haftet die Verkäuferin aus dem abgeschlossenen Kaufvertrag auf Rechts- und Sachmängel einschließlich etwaiger Mangelfolgeschäden.
- Der Käufer wiederum haftet auf Sicherstellung seiner Kaufpreiszahlung.

(2) Prüfung, ob Fahrradkaufvertrag ein Geschäft des täglichen Lebens war

Die Frage, ob die Willenserklärungen von Monika Müller und Gerhard Meier eine Angelegenheit des täglichen Lebens betreffen, kann nicht einfach mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Vielmehr ist zu prüfen, ob es sich

- nach der allgemeinen Verkehrsauffassung und
- nach dem individuellen Lebensstil der Vertragspartner um ein Alltagsgeschäft gehandelt hat.

Handelte es sich um ein Alltagsgeschäft nach der allgemeinen Verkehrsauffassung?

Dabei kommt es nicht darauf an, ob das Rechtsgeschäft üblicherweise jeden Tag vorgenommen wird, sondern danach, ob es die Verkehrsauffassung zu den Alltagsgeschäften zählt [118]. Zu den Alltagsgeschäften gehören die alltäglichen Bargeschäfte über geringwertige Gegenstände, wie z. B. der Kauf von Lebensmitteln und Hygieneartikeln in kleineren Mengen sowie der Erwerb geringer Mengen Alkoholika [119], der Erwerb einer

Eintrittskarte für eine Kinovorstellung, der Kauf einer Zeitung oder das Lösen eines Zug- oder Busfahr Scheins für den Personennahverkehr. Nach dem Schutzzweck der Norm hat sich die Frage der „Geringfügigkeit“ dabei auch an den finanziellen Verhältnissen des Betreuten auszurichten [120]. Eine absolute Wertgrenze existiert nicht.

So hat das Landgericht Gießen entschieden [121]: Nimmt etwa ein geschäftsfähiger, unter Betreuung stehender Rollstuhlfahrer, für den in vermögensrechtlichen Angelegenheiten ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet wurde, für Ausflugsfahrten zu Gaststätten einen Krankentransportwagen eines Rettungsdienstes in Anspruch, stellen die damit verbundenen Fahrtkosten (von jeweils zwischen 20 und 60 Euro, insgesamt 369,35 €) keine einwilligungsfreien, geringfügigen Angelegenheiten des täglichen Lebens dar.

Gleiches gilt für den Abschluss eines Mobilfunkvertrages mit einer zweijährigen Mindestlaufzeit. [122]

Vor diesem Hintergrund dürfte nach der Verkehrsauffassung der Kaufvertrag über ein gebrauchtes Fahrrad eher keine Angelegenheit des täglichen Lebens betreffen.

Handelte es sich um ein Alltagsgeschäft nach dem individuellen Lebensstil der beiden Vertragspartner?

Der individuelle Lebensstil von Vertragspartnern wird teilweise auch von den wirtschaftlichen Möglichkeiten bestimmt.

Alternative 1: Seniorin Monika Müller steht unter Betreuung. Für sie wurde in vermögensrechtlichen Angelegenheiten ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet.

- a) Frau Müller ist Millionärin. Sie hat ein monatliches „Taschengeldbudget“ von 1.000 € für Geschäfte des täglichen Lebens zur freien Verfügung (§ 105a BGB). In diesem Fall durfte sie ihr Fahrrad an Gerhard Meier verkaufen. Der Kaufvertrag ist wirksam.
- b) Frau Müller ist Sozialhilfeempfängerin. Für sie ist eine zusätzliche Geldeinnahme von 75 € zwar sehr viel Geld. In diesem Fall müsste aber, selbst wenn hier schon Leistung und Gegenleistung bewirkt wären (§ 105a BGB), geprüft werden, ob sie ihr Fahrrad unter Wert verkauft hat. Zudem ist der Verkauf des Fahrrades kein rechtlicher Vorteil, sondern birgt die Gefahr einer Haftung. In diesem Fall ist der Kaufvertrag „schwebend unwirksam“ und wird erst wirksam, wenn ihr Betreuer einwilligt.

Alternative 2: Gerhard Meier steht wegen einer psychiatrischen Erkrankung unter Betreuung. Für ihn wurde ein Einwilligungsvorbehalt in vermögensrechtlichen Angelegenheiten angeordnet.

- a) Gerhard Meier ist Sohn vermögender Eltern. Er erhält monatlich ein Taschengeld (§ 105a BGB) von 600 € zur freien Verfügung und zahlt das Fahrrad bar. In diesem Fall ist der Kaufvertrag wirksam.
- b) Gerhard Meier ist auf staatliche Fürsorge angewiesen. Eine Ausgabe von 75 € ist für ihn sehr viel Geld, das er nur in Raten aufbringen kann. Zudem ist der Kauf eines gebrauchten Fahrrades immer ein Risiko und kein rechtlicher Vorteil. In diesem Fall ist der Kaufvertrag erst wirksam, wenn sein Betreuer einwilligt.

5.3.2 Was passiert, wenn der Kaufvertrag über ein gebrauchtes Fahrrad keine Angelegenheit des täglichen Lebens war und der Betreuer den Vertrag nicht bewilligt?

Hat das Vormundschaftsgericht einen Einwilligungsvorbehalt (§ 1825 Abs. 1 BGB) angeordnet, dann muss die betreute Person (hier Monika Müller oder Gerhard Meier oder beide) ihre Willenserklärungen vom Betreuer, in dessen Aufgabenbereich die Willenserklärung fällt, genehmigen lassen.

Denn die betreute Person ist, wenn ihr gegenüber der Einwilligungsvorbehalt angeordnet wurde, – ebenso wie ein Minderjähriger zwischen 7 und 18 Jahren – nur beschränkt geschäftsfähig. Bis der Betreuer seine Genehmigung erteilt, ist das Rechtsgeschäft bzw. die Willenserklärung, die der Betreute abgegeben hat, schwebend unwirksam. Die Wirksamkeit hängt von der Genehmigung des Betreuers ab.

Fordert der Vertragspartner des Betreuten den Betreuer auf, den Vertrag zu genehmigen, dann läuft eine 14-tägige Frist. Verstreicht diese Frist, gilt der Vertrag als nicht genehmigt und ist daher von Anfang an nichtig. Dies bedeutet, dass der Vertrag behandelt wird, als ob er nie geschlossen worden wäre. Beide Parteien müssen ihre Leistungen zurückgeben.

Gerhard Meier müsste das Fahrrad an Monika Müller zurückgeben und Monika Müller müsste die 75 € an Gerhard Meier zurückzahlen.

5.4 Hausverkauf trotz Demenz – geht das?

Klara Groß, 80 Jahre alt, wohnt seit ihrer Geburt in ihrem alten Haus auf einem 2000 qm Grundstück auf dem Lande nahe der Hauptstadt. Sie hat keine Kinder, nur eine Nichte, die sich für das Haus nicht interessiert. „Die alte Bruchbude muss weg. Versuche das Hausgrundstück zu verkaufen. Die Grundstückpreise sind in den letzten Jahren explodiert. Lass dir ein lebenslanges Wohnrecht ins Grundbuch eintragen. Dann kassierst du das Geld und kannst trotzdem hier wohnen bleiben.“

Alternative 1: Klara, voll geschäftsfähig, folgt dem Vorschlag. Durch Vermittlung eines Maklers ist schnell ein Käufer gefunden, der sich die relativ günstige Immobilie für später anschaffen will. Es wird ein notarieller Grundstückskaufvertrag geschlossen. Das Grundstück bringt Klara zwar nicht so viel Geld, weil es mit einem lebenslangem Wohnrecht belastet ist. Dennoch kann sie im Haus wohnen bleiben. Den Kaufpreis hat sie „auf die hohe Kante“ gelegt. Als sie irgendwann körperlich und geistig so abbaut, dass sie nicht mehr allein wohnen kann und in ein Pflegeheim muss, ist alles geregelt. Der amtlich bestellte Betreuer zahlt das Pflegeheim aus ihrem kleinen Vermögen und rechnet damit ab.

Alternative 2: Klara, voll geschäftsfähig, lehnt den Vorschlag ab. Sie möchte nicht erleben, dass ihr Haus in die Hände fremder Spekulanten fällt. Kurze Zeit später wird sie geschäftsunfähig und muss ins Pflegeheim. Das Haus muss verkauft werden, um die Pflegekosten zu decken. Nun darf sie ihr Haus nicht mehr verkaufen. Der notarielle Grundstückskaufvertrag wird jetzt von ihrem amtlich bestellten Betreuer geschlossen.

Alternative 3: Klara will dem Rat ihrer Nichte nicht folgen und unternimmt nichts, bis sie vom Arzt überzeugt wird, dass sie nur noch im Heim leben könne und ihr Haus nun verkaufen sollte. Bei der Beauftragung des Maklers und im späteren Notartermin war unsicher, ob Klara noch voll geschäftsfähig ist. Da ihre Geschäftsfähigkeit auf der Kippe steht und ihre einzige Angehörige keine Vollmacht besitzt, wird auf Anregung des Notars über das Betreuungsgericht ein rechtlicher Betreuer hinzugezogen.

Alternative 4: Klara hatte, bevor sie dement wurde, ihrem Nachbarn eine von ihr unterschriebene und notariell beglaubigte Generalvollmacht sowie eine Betreuungs- und Vorsorgevollmacht ausgestellt. Dieser Nachbar ist, wenn sie ins Pflegeheim verlegt werden muss, berechtigt, das Hausanwesen für sie zu verkaufen.

Dringender Rat. Jeder kann jeden Tag in den Zustand der Geschäftsunfähigkeit geraten; z. B. durch einen Unfall. Sobald man geschäftsunfähig ist, kann man seine Angelegenheiten ab sofort nicht mehr regeln. Deshalb sollte man im Vorfeld einer vertrauten Person eine Vollmacht ausstellen.

6. Geschäfte mit Bank und Sparkasse bei Demenz

Die wichtigsten Vorschriften des privaten Bankrechts, das die Beziehungen zwischen Bank und Kunden regelt, findet man im BGB unter „Titel 3 Darlehensvertrag; Finanzierungshilfen und Ratenlieferungsverträge zwischen einem Unternehmer und einem Verbraucher“ (§§ 488–515 BGB).

[123]

Bei Demenz gilt:

Solange ein an Demenz erkrankter Kunde voll geschäftsfähig ist, kann er frei über sein Geld verfügen und alle Bankgeschäfte selbstständig erledigen. Die Geschäftsfähigkeit bleibt so lange erhalten, bis ärztlich festgestellt wird, dass die Demenz zu einer Beeinträchtigung der Fähigkeit geführt hat, eigenverantwortlich finanzielle Entscheidungen zu treffen.

Ist die Geschäftsfähigkeit des Betroffenen aufgrund der Demenz nicht mehr gegeben, wird meist ein rechtlicher Betreuer bestellt, der die finanziellen Angelegenheiten im Sinne des Betroffenen regelt. Das zuständige Gericht überwacht die Tätigkeit des rechtlichen Betreuers und seine Abrechnungen.

Möglich ist auch, dass der Betroffene vor Eintritt seiner Geschäftsunfähigkeit eine Person bevollmächtigt. Allerdings reichen für Bankgeschäfte oft weder eine Generalvollmacht noch eine Vorsorgevollmacht. Vielmehr verlangen die Banken i. d. R. eine spezielle Bankvollmacht für finanzielle Transaktionen. Es ist daher ratsam, sich vorher bei der Bank zu informieren, welche notwendigen Unterlagen – etwa im Rahmen einer Vorsorgevollmacht – für die Abwicklung von Bankgeschäften durch die bevollmächtigte Person notwendig sind.

7. Schenkungsrecht. Können der Betreuer und das Sozialamt Schenkungen vom Beschenkten zurückfordern? Inhalt und Gestaltung von Schuldverhältnissen. Was gilt bei Demenz?

7.1 Handschenkung und Schenkungsversprechen

Das Schenkungsrecht ist in den §§ 516–534 BGB geregelt.

Man unterscheidet die sog. Handschenkung (§ 516 BGB) und das Schenkungsversprechen (§ 518 BGB).

Bei der **Handschenkung** nimmt der Schenkende meist die Übergabe des Schenkungsgegenstandes an die beschenkte Person sofort vor, so etwa Geldgeschenke an die Enkel zu Weihnachten oder ein T-Shirt zum Geburtstag.

Das **Schenkungsversprechen** ist hingegen nur gültig, wenn es notariell beglaubigt wurde (§ 518 BGB).

Beispiel:

Nenn-Opa Heinz verspricht Oliver in einem Brief, ihm zum 20. Geburtstag sein kostbares, drei Jahre altes Mountain-Bike zu schenken.

- Alternative 1: Nenn-Opa Heinz stirbt 3 Tage vor Olivers 20. Geburtstag. Oliver legt den Erben den Brief seines Nenn-Opas vor. Diese weigern sich, Oliver das Mountain-Bike auszuhändigen. Da das Schenkungsversprechen nicht notariell beglaubigt wurde, geht Oliver leer aus.
- Alternative 2: Nenn-Opa Heinz stirbt nicht, sondern bringt Oliver das Mountain-Bike zu dessen 20. Geburtstag mit. Dann ist die Schenkung wirksam; die fehlende notarielle Beglaubigung geheilt.

7.2 „Mit warmer Hand schenken ist besser als mit kalter Hand.“ Oder?

Viele ältere Menschen schenken ihren Kindern und Enkeln im Lauf der Zeit Geldbeträge, geldwerte Beteiligungen, wertvolle Sachen und Immobilien. Häufig wird das von dem Spruch begleitet: „Mit warmer Hand schenken ist besser als mit kalter Hand.“

Doch können derartige Schenkungen aus mehreren Gründen problematisch sein.

1. Als Schenker kann man auf Schadensersatz und Schmerzensgeld haften, wenn die verschenkte Sache einen Mangel hatte, wodurch Personen- oder Sachschaden verursacht wurde (vgl. §§ 521–524 BGB).
2. Schenkungen an Minderjährige können problematisch sein, wenn sie für die beschenkte Person nicht nur rechtlichen Vorteil haben.
3. Wenn die schenkende Person zum Zeitpunkt der Erbringung der Geschenke oder zum Zeitpunkt eines notariellen

Schenkungsversprechens aufgrund einer Demenz (oder sonstigen Erkrankung) eingeschränkt geschäftsfähig oder geschäftsunfähig war, kann der Betreuer die Schenkungen der letzten 10 Jahre vom Beschenkten zurückfordern.

4. Wenn der Schenker später verarmt und Sozialhilfe beziehen oder ins Pflegeheim muss, kann er selbst oder das Sozialamt die Schenkungen der letzten 10 Jahre vom Beschenkten zurückfordern.

Aufgrund dieser und weiterer Unwägbarkeiten sollten Menschen genau prüfen, bevor sie Schenkungen zu Lebzeiten bewirken. Eine gute Alternative ist das Schenkungsversprechen von Todes wegen (§ 2301 BGB).

7.3 Schenkungen an Minderjährige

Wenn mit dem Geschenk an Minderjährige keine Verbindlichkeiten einhergehen, so etwa bei Bargeld, stellt sich die Schenkung als lediglich rechtlich vorteilhaft für den Beschenkten dar. In einem derartigen Fall darf der Minderjährige selbst entscheiden, ob er das Geschenk annehmen oder ablehnen möchte (§ 516 Abs 2 BGB).

Dann aber, wenn das Geschenk zugleich besondere Verbindlichkeiten mit sich bringt, müssen die Eltern des Minderjährigen der Schenkung zustimmen.

Beispiel: Großmutter Hannelore möchte ihre vermietete Eigentumswohnung auf Föhr ihrer 14 Jahre alten Enkeltochter Emma zur Konfirmation schenken. Da die Minderjährige damit auch alle Verpflichtungen eines Wohnungseigentümers nach dem WEG und eines Vermieters übernehmen müsste, handelt es sich um eine nicht lediglich rechtlich vorteilhafte Schenkung. Deshalb bedarf es der Zustimmung ihrer gesetzlichen Vertreter.

Die Regel, dass Minderjährige die Zustimmung ihrer gesetzlichen Vertreter benötigen, wenn sie durch die Schenkung nicht nur Vorteile haben, ist im Interesse der Minderjährigen getroffen worden, um sie vor unvorteilhaften Auswirkungen ihrer Handlungen zu schützen, die sie aufgrund ihres Alters noch nicht überblicken können.

7.4 Kann der Betreuer von „Sugardaddys“ Geliebter Larissa Schenkungen zurückfordern und sogar das notarielle Schenkungsversprechen wegen Demenz bedingter Geschäftsunfähigkeit für unwirksam erklären lassen?

Vor 10 Jahren hat bei „Sugardaddy“ schleichend eine Demenz begonnen, die jetzt etwa bei Stufe 2–3 ist. In den letzten 10 Jahren hat er seine um 40 Jahre jüngere schicke Lebensgefährtin Larissa immer wieder großzügig beschenkt: Schmuck, Modeartikel, seine Segeljacht, einen Porsche, sein Aktienpaket, eine Eigentumswohnung. Vor Kurzem hat er in einem notariellen Schenkungsversprechen zugesagt, ihr „aus Liebe“ sein Haus und seinen Reiterhof zu schenken.

Als seine 4 Kinder das mitbekamen, regten sie erfolgreich ein Betreuungsverfahren an. Der amtlich bestellte Betreuer mit dem Aufgabenbereich „Vermögenssorge“ verwaltet nun das Vermögen von „Sugardaddy“. Insbesondere prüft er, ob er – zumindest große – Schenkungen von Larissa zurückfordern kann.

Das geht nur, wenn er – anwaltlich unterstützt – durch Urkunden-, Sachverständigen- und Zeugenbeweis nachweisen kann, dass „Sugardaddy“ zu den einzelnen Schenkungszeiträumen jeweils nicht geschäftsfähig war und deshalb seine Schenkungen sowie der notarielle Schenkungsvertrag

unwirksam waren bzw. sind. Wenn ihm diese Beweise gelingen, kann er die Geschenke der letzten 10 Jahre zurückfordern (§ 529 Abs. 1 BGB).

Ein solches Verfahren ist zwar äußerst kleinteilig, zeitaufwendig und teuer. Es kann aber gelingen, wie das Urteil des Hanseatischen Oberlandesgerichts Hamburg vom 22. April 2016 zeigt: [124] Die Klägerin, vertreten durch ihren Betreuer, war die Witwe und Alleinerbin eines am 5. Februar 2006 verstorbenen Kunstsammlers. Die Klägerin und ihr Ehemann hatten im Lauf der Jahre eine umfangreiche Kunstsammlung im Wert von mind. ½ Mio. € errichtet. Diese Sammlung hatte die Klägerin nach dem Tod ihres Mannes aufgrund eines von ihr unterschriebenen notariellen Vermächtniserfüllungs- und Schenkungsvertrages an eine Galerie ohne Gegenleistung verschenkt.

Auf ihre Klage hatte das Gericht festgestellt, dass der Vermächtniserfüllungs- und Schenkungsvertrag vom 31. Mai 2006 unwirksam sei. Der Vermächtniserfüllungs- und Schenkungsvertrag sei nichtig, weil sich die Klägerin zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses in einem die freie Willensbildung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden habe (§§ 104 Nr. 2, 105 BGB). Aufgrund der Aussagen der am ... vernommenen Zeugen und aufgrund des Gutachtens des Sachverständigen Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. M. war das Gericht überzeugt, dass die Klägerin am 31. Mai 2006 an einer alkoholbedingten Enzephalopathie bzw. an einer alkoholbedingten Demenz gelitten habe, und dass die damit einhergehenden Störungen des Gedächtnisses und des Denkvermögens dazu geführt hätten, dass die Klägerin bei Vertragsabschluss nicht mehr über die Fähigkeit zu vernünftigem Urteilen und über die Möglichkeit zur freien Willensbestimmung verfügt habe. Es komme bei der Nichtigkeit einer Willenserklärung nicht entscheidungserheblich darauf an, ob die vom

Sachverständigen diagnostizierte Erkrankung zu einer dauerhaften oder nur zu einer vorübergehenden, die freie Willensbestimmung ausschließende Störung der Geistestätigkeit geführt habe.

7.5 Kann das Sozialamt Schenkungen von Kindern und Enkeln zurückfordern, wenn der Schenker später verarmt und Sozialhilfe beziehen oder ins Pflegeheim muss?

Haben ältere Menschen ihren Kindern und Enkeln im Lauf der Zeit Geldbeträge, geldwerte Beteiligungen, wertvolle Sachen und Immobilien geschenkt, und dabei nicht bedacht, dass im Alter etwas Unvorhersehbares passieren kann, sie vielleicht Pflegefall werden oder gar dauerhaft in einem teuren Pflegeheim leben müssen, kann es passieren, dass sie, wenn sie nicht über entsprechende Rücklagen verfügen und die Angehörigen nicht helfen, in die Armut und in die Mindestversorgung absteigen. Denn die Kosten für ein Pflegeheim sind in der Regel so hoch, dass die Einkünfte aus Rente oder Pension nicht reichen und deshalb Geld von den Rücklagen genommen werden muss.

Hat man als Pflegefall keine Rücklagen, schießt zwar das Sozialamt im Wege der Vorleistung die fehlenden Kosten vor. Dieses Geld holt sich das Sozialamt aber – aus übergegangenem Recht der schenkenden Person – im Rückgriff von dem Patienten bzw. wenn kein Geld mehr da ist, weil der Patient nach und nach alles an seine Kinder, Enkel, sonstige Personen oder Organisationen (z. B. Tierheim) verschenkt hat, von den Beschenkten zurück. Denn die schenkende Person (und für sie das Sozialamt) könnte im Fall ihrer Verarmung ihre Schenkungen der letzten zehn Jahre nach Maßgabe der §§ 528, 529 BGB zurückfordern.

§ 528 BGB. Rückforderung wegen Verarmung des Schenkers

(1) Soweit der Schenker nach der Vollziehung der Schenkung außerstande ist, seinen angemessenen Unterhalt zu bestreiten und die ihm seinen Verwandten, seinem Ehegatten, seinem Lebenspartner oder seinem früheren Ehegatten oder Lebenspartner gegenüber gesetzlich obliegende Unterhaltspflicht zu erfüllen, kann er von dem Beschenkten die Herausgabe des Geschenkes nach den Vorschriften über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung fordern.

2Der Beschenkte kann die Herausgabe durch Zahlung des für den Unterhalt erforderlichen Betrags abwenden.

§ 529 BGB. Ausschluss des Rückforderungsanspruchs

(1) Der Anspruch auf Herausgabe des Geschenkes ist ausgeschlossen, wenn der Schenker seine Bedürftigkeit vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeigeführt hat oder wenn zur Zeit des Eintritts seiner Bedürftigkeit seit der Leistung des geschenkten Gegenstandes zehn Jahre verstrichen sind ...

Der Rückforderungsanspruch des Sozialamtes gegenüber Beschenkten erlischt nicht nach dem Tod des Schenkers

Der Rückforderungsanspruch des Sozialamtes gegenüber Beschenkten ist auch noch nach dem Tod des Schenkers möglich. Mit seinem Urteil vom 23.2.2023 ist das Bundessozialgericht Bemühungen von Sozialhilfeempfängern, ihre Grundstücke durch Schenkungen unter Lebenden für ihre Angehörigen zu erhalten, entgegengetreten [125] .

8. **Aus dem Werkvertragsrecht (§§ 631 ff. BGB). Der nicht funktionierende Treppenlift**

Der Betreuer Gernot F. hatte für seine – an mittelgradiger Demenz leidende – Betreuungsperson und Rollstuhlfahrerin Brigitte mit einer Fachfirma für Treppenlift-Bau einen Werkvertrag [126] über den Einbau eines Treppenliftes in ihrem Einfamilienhaus geschlossen. Dadurch war zwischen Brigitte als Verbraucherin und der Treppenlift-Firma als Unternehmerin ein Werkvertrag gem. §§ 631 ff. BGB zustande gekommen, der zugleich Verbrauchervertrag ist (s. o. Kap.3). Zudem gelten auch die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Treppenlift-Firma.

Eine Freundin von Brigitte schreibt ganz enttäuscht eine WhatsApp an den Betreuer:

„Hilfe! Der eingebaute Treppenlift ist jetzt zum zweiten Mal kaputt. Die erste Reparatur war fehlerhaft. Brigitte konnte ihn zwar nutzen, jedoch lief er unruhig. Eine zweimalige Zusage zu einem Reparaturtermin wurde zugesichert, jedoch ohne Angabe von Gründen nicht eingehalten. Es erfolgte auch keine Absage. Inzwischen geht er seit 2 Wochen gar nicht mehr. Termin zur Reparatur konnte mir nicht genannt werden. Ich hatte für Brigitte eine Mail mit dem Verlauf an die Firma geschrieben und eine Frist bis zum 15. Juli gesetzt. Keinerlei Reaktion. Bitte helfen Sie Brigitte. Als Rollstuhlfahrerin kommt sie nicht in ihr Schlafzimmer und muss wieder unten auf dem Sofa schlafen.“

Musterschreiben: Anmahnung der Reparatur eines Treppenliftes

Der Betreuer Gernot F. schrieb daraufhin mit **Einschreiben/Rückschein** an die Treppenlift-Bau Firma:

Ich melde mich erneut als Betreuer der Frau Brigitte ..., wohnhaft ..., in deren Einfamilienhaus Sie vor ca. einem Monat einen Treppenlift eingebaut haben.

Leider funktionierte der Treppenlift schon nach wenigen Tagen nicht mehr.

Ihre Firma hat zwar eine Reparatur vorgenommen.

Diese war aber fehlerhaft. Frau Brigitte konnte den Treppenlift zwar zunächst nutzen, jedoch lief er unruhig. Daraufhin haben Sie der Freundin von Frau Brigitte zwar zweimal einen neuen Reparaturtermin zugesichert. Dieser wurde jedoch beide Male ohne Angabe von Gründen nicht eingehalten. Es erfolgte nicht einmal eine Absage!

Seit ca. 2 Wochen funktioniert der Treppenlift gar nicht mehr. Frau Brigitte, die, wie Sie wissen, auch an den Rollstuhl gebunden ist, kommt nicht in ihr Schlafzimmer und muss wieder unten auf dem unbequemen Sofa im Wohnzimmer schlafen.

Trotz weiterer Telefonanrufe der Freundin von Brigitte und ihrer Ihnen bis zum 15. Juli per Mail gesetzten Frist zur Reparatur des Treppenlifts haben Sie es bisher nicht für nötig befunden, überhaupt zu reagieren.

Ich fordere Sie hiermit namens der von mir betreuten Frau Brigitte auf, die Reparatur des Treppenliftes

bis zum 10. August

gemäß § 635 Abs. 1 BGB fachgerecht als Nacherfüllung durchzuführen.

Sollten Sie auch diese Frist fruchtlos verstreichen lassen oder die Reparatur nicht ordnungsgemäß erbringen, behalten wir uns folgende Maßnahmen vor:

- Die Beseitigung des Mangels durch einen anderen Unternehmer nach § 637 BGB auf Ihre Kosten. Das heißt, wir werden Ihnen die erforderlichen Aufwendungen in Rechnung stellen.

■

Rücktritt vom Vertrag gemäß §§ 636, 323, 326 Absatz 5 BGB oder Minderung Ihrer Vergütung nach § 638 BGB.

- Geltendmachung von Schadensersatz nach den §§ 636, 280, 281, 283 und § 311a BGB oder von Ersatz vergeblicher Aufwendungen nach § 284 BGB.

Außerdem wird die Pflegekasse von Frau Brigitte informiert, die schließlich einen Zuschuss als verbessernde Maßnahme des Wohnumfeldes zahlt.

Ich weise bereits jetzt schon darauf hin, dass Frau Brigitte Rechtsschutz versichert ist.

Mit freundlichen Grüßen

Gernot F.

als Betreuer von Frau Brigitte

9. Aus dem Pauschal-Reisevertragsrecht. Urlaubsreisen mit Handicap

9.1 Reisefreiheit als Grundrecht, als garantierte Teilhabe i. S. d. der UN- Behindertenrechtskonvention, als Übungsfeld Toleranz und als Therapie

Die Reisefreiheit gehört zu den Bürgerrechten im Grundgesetz (Art. 11 GG Freizügigkeit). Sie ist elementarer Bestandteil der in Art. 18, 3 UN-BRK garantierten Teilhabe an der Gesellschaft. Nach Art. 20 UN-BRK ist die persönliche Mobilität sicherzustellen; nach Art. 29 UN-BRK explizit die Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben.

Die gesetzliche Lage entspricht dem politischen Willen zu mehr Völkerverständigung und therapeutischen Ansätzen. Reisen erweitert den Horizont, stärkt unsere Persönlichkeit und unser Umweltbewusstsein, macht uns toleranter, empathischer, gar glücklich. Sowohl beim aktiven Bewegen als auch beim passiven Bewegtwerden kommen Denken, Fantasien und Kreativität in Gang, so der Psychologe Prof. Dr. Rainer Schönhammer [127]. Selbst bei chronischen psychischen Leiden können meist positive Effekte von Reisen festgestellt werden. „Gäbe es keinen Tourismus, bräuchten wir viel mehr Sanatorien und Krankenhäuser“, ergänzte der frühere Schweizer Tourismusforscher Jost Krippendorf [128].

9.2 Das Reisevertragsrecht

Das Reiserecht ist in einer Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen geregelt. Man unterscheidet insbesondere

- die Individualreise. Dies ist eine Reise, bei welcher der Reisende entweder lediglich eine Reiseleistung bei einem Reisevermittler bucht oder die Reise antritt, ohne zuvor Reiseleistungen zu buchen.
- die Pauschalreise. Der Pauschalreisevertrag (§§ 651a–651y BGB) ist ein Werkvertrag eigener Art zwischen einem Reisenden und einem Unternehmer (Reiseveranstalter) über ein „Reisepaket“ von mindestens zwei verschiedenen Arten von Reiseleistungen (z. B. Beförderung + Beherbergung). Der Reiseveranstalter ist alleiniger Vertragspartner des Reisenden und schuldet diesem eine Pauschalreise frei von Reisemängeln (§ 651i BGB).

9.3 Behinderung kein Ablehnungsgrund für einen Reiseveranstalter

Da die Pflicht, Reisefreiheit und persönliche Mobilität sicherstellen zu müssen, Verfassungsrang hat, werden sowohl staatliche Verwaltungen als auch private Reiseveranstaltungs- und Verkehrsunternehmen in besonderer Weise gebunden. So dürfen Reiseveranstaltungs- und Verkehrsunternehmen die Beförderung von Personen und die Buchung einer Reise oder einer Beherbergung nicht wegen einer – auch geistigen – Behinderung oder wegen des Alters ablehnen; ausgenommen sind ganz wenige Fälle in europarechtlichen Regelungen. Außerdem müssen sie bestimmte Unterstützungs- und Informationsleistungen erbringen.

Es gilt das allgemeine Reisevertrags- und Beförderungsrecht

Auch bei einer Reise mit Handicap gilt stets das in den §§ 651a bis 651y BGB geregelte Recht über „Pauschalreisevertrag, Reisevermittlung und Vermittlung verbundener Reiseleistungen“ sowie das Beförderungsrecht. Dazu kann man die Broschüren „Pauschalreiserecht“ und „Reisezeit – Ihre Rechte“ des Bundesministeriums der Justiz bestellen oder downloaden (<https://www.bmj.de>).

Handicap bedingte Wünsche müssen frühzeitig angemeldet und genau konkretisiert werden

Nachdem die Tourismusbranche Reisen für ältere, demente und sonst behinderte Menschen als neuen Wirtschaftsfaktor entdeckt hat, werden zwar speziell Reisen für Menschen mit Handicap angeboten; ob mit Fernbus, Bahn, Flugzeug, Hochsee- oder Flusskreuzfahrt. Behindertengerechte Ferienwohnungen, barrierefreie Hotelzimmer oder rollstuhlgerechte Pflegehotels.

Doch Vorsicht! Die Bezeichnung eines Reiseangebotes als „barrierearm“, „schwellenarm“, „barrierereduziert“ oder „behindertengerecht“ garantiert keinen Aufzug, Treppenlift, schwellenlosen Zugang oder eine bodengleiche

Dusche. Selbst eine als „barrierefrei“ i. S. von § 4 Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) ausgewiesene Ferienunterkunft heißt nicht, dass sie vollständig mit dem Rollstuhl zugänglich ist, Tische, Herd und Arbeitsplatten unterfahrbar sind oder die Toilette erhöht sowie mit einer Stützhilfe ausgestattet ist.

Nur von einer ausdrücklich als „rollstuhlgerecht“ angebotenen Unterkunft können rollstuhlgerechte Merkmale, die nach DIN 18040-2 zusätzlich zu den barrierefreien Merkmalen erforderlich sind, erwartet werden. So müssen Türen in einer „barrierefreien“ Wohnung 80 cm breit $\times$ 2,05 m hoch und in einer „rollstuhlgerechten“ Wohnung 90 cm breit $\times$ 2,05 m hoch sein und einen Türspion in 1,20 m Höhe haben. Bewegungsflächen in Fluren, Räumen und auf Balkon/Terrasse müssen in der barrierefreien Variante 1,20 m $\times$ 1,20 m betragen, in der rollstuhlgerechten 1,50 m $\times$ 1,50 m. Ebenso gibt es unterschiedliche Regelungen für Küche, Bad, Schließmechanismen für Fenster und Türen. Zu einer rollstuhlgerechten Wohnung gehört ein Rollstuhlstellplatz von 1,80 m $\times$ 1,50 m.

Damit Missverständnisse vermieden werden, sollten Angehörige oder Betreuer dem Reiseanbieter **vor** Abschluss des Vertrages den Grad der Demenz und die Art der körperlichen Behinderung, den Pflegegrad, evtl. eine ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung, die genauen Maße und das Gewicht des Rollstuhls oder Rollators angeben (Herstellerbeschreibung), mitteilen, ob das Hilfsmittel klappbar ist, ob der Betroffene mit Begleitperson reist und welche Hilfe(n) benötigt werden (z. B. Kofferservice). Sonst kann eine behinderten- oder „rollstuhlgerechte“ Pauschalreise mit Bahn- und Bustransfer, Flug, Schiffs-Kreuzfahrt, Landgängen, Stadtvisiten und Hotelaufenthalten schnell zu Ende sein, wenn nicht jedes Detail einer solchen – mit viel Umsteigen verbundenen – Reise exakt durchgeplant ist. Je konkreter die vertraglichen Leistungen vereinbart

sind, umso leichter können Gewährleistungsansprüche durchgesetzt werden, wenn die Reise doch Anlass zu Reklamationen gibt. Mängel müssen möglichst sofort am Urlaubsort reklamiert und dokumentiert werden. Zudem sollte ein Reiseveranstalter mit Sitz im Inland gewählt werden, damit die Vorschriften zum Pauschalreisevertrag zwingend gelten.

Tipp: Nützlich für Reisen mit Handicap sind auch die Mitgliedschaft in einem Verkehrsclub (z. B. ADAC [129]) sowie der Abschluss einer Auslandsranken- und einer Reiserücktrittsversicherung.

9.4 Anspruch auf Ersatz notwendiger, behinderungsbedingter Mehraufwendungen zur Durchführung einer Urlaubsreise nach SGB IX

In einigen Fällen kann der Betroffene bei seinem zuständigen Sozialleistungsträger Erstattung von behinderungsbedingten Mehraufwendungen als Eingliederungshilfeleistung i. S. d. § 4 Absatz 1 SGB IX [130] verlangen, die aufgrund der Behinderung zur Durchführung einer Urlaubsreise notwendig sind, wie etwa Reisekosten für eine Begleitperson [131] .

10. Rechtliche Fragen bei Demenz im Schadensersatzrecht

Im **Schadensersatzrecht** muss derjenige, der dem anderen im Rahmen eines Vertragsverhältnisses oder aus Delikt schuldhaft (= vorsätzlich oder fahrlässig) einen Schaden zufügt, diesem den daraus entstandenen Schaden ersetzen.

10.1 Schadensersatzpflichten aus einem bestehenden oder aus einem bevorstehenden Vertragsverhältnis

Wer schuldhaft eine vertragliche oder eine vorvertragliche Pflicht verletzt, ist, wenn dem Vertragspartner dadurch ein Schaden entsteht, diesem zum Schadensersatz verpflichtet (§§ 249 ff. BGB).

§ 280 BGB. „Schadensersatz wegen Pflichtverletzung aus dem Schuldverhältnis“ bestimmt: „Verletzt der Schuldner eine Pflicht aus dem Schuldverhältnis, so kann der Gläubiger Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Schuldner die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.“

Wäre es bei pflichtgemäßem Verhalten des anderen Teils überhaupt nicht zu einem Vertragsabschluss gekommen, kann der Geschädigte die Rückabwicklung des Vertrages verlangen.

Doch auch derjenige, der schuldhaft eine sog. vorvertragliche Pflicht verletzt, ist, ebenso wie der Verletzer einer vertraglichen Pflicht, zum Schadensersatz nach den §§ 249 ff. BGB verpflichtet. [132] Unabhängig davon, ob später ein Vertrag geschlossen wurde, kann der Geschädigte verlangen, so gestellt zu werden, wie er ohne die Pflichtverletzung während der Vertragsverhandlungen stünde. Diese Regelung hat in der Praxis große Bedeutung.

Beispiel

Unser Protagonist, Dr. Eberhard Fischer, rutscht beim Betreten des Supermarktes mit seinem Rollator auf einem Salatblatt aus. Der Supermarkt muss ihm Schadensersatz (Taxikosten zum Arzt, Behandlungskosten, Kosten für Reinigung der verschmutzten Kleidung) und, wenn er eine größere Verletzung, wie eine

Gehirnerschütterung erlitten hat, ein Schmerzensgeld zahlen. Dabei kommt es nicht darauf an, ob Dr. Fischer etwas kaufen oder „nur mal schauen“ wollte.

Das Gleiche gilt auch, wenn das Verkaufspersonal Ware unsachgemäß in einem Hochregal gelagert hat (sogenannter Linoleumrollen-Fall). Auch hier ist eine vorvertragliche Haftung des Kaufhausbetreibers eröffnet. Nachrangig greift zwar daneben die deliktische Haftung. Im Deliktsrecht kann sich der Geschäftsherr jedoch (anders als im Bereich des vertraglichen Schadensersatzes) gegebenenfalls von der Verantwortung für das Fehlverhalten der Angestellten exkulpieren (§ 831 BGB).

Wegen weiterer Schadensersatz-Fälle wird Bezug genommen auf das Kap. VIII. „Spezielle Fragen im Miet-, Pacht- und Sachenrecht bei Demenz; einschließlich beim Betreuten Wohnen und Senioren-WGs.“ Da geht es u. a. um Verletzungen von Pflichten aus dem Mietvertrag durch den dementen Mieter:

- Wer haftet, wenn der Demenzkranke vergisst, den Herd auszuschalten, es brennt und Personen – und Sachschaden entsteht?
- Wer haftet, wenn der Bewohner einer Demenz-AG ständig die Toilette mit Toilettenpapierrollen verstopft?

10.2 Schadensersatzpflicht bei Unerlaubten Handlungen nach den §§ 823 ff. BGB

Besteht zwischen dem Schädiger und dem Geschädigten kein vertragliches Verhältnis, hält das Recht der Unerlaubten Handlungen nach den §§ 823 ff. BGB einschließlich der dazu ergangenen Rechtsprechung umfassende Regeln vor.

§ 823 BGB Schadensersatzpflicht

(1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

(2) Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalt des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

11. Zwangsvollstreckung: Kann das Pflegegeld beim Pflegebedürftigen oder bei der Pflegeperson gepfändet werden?

Das an die pflegebedürftige Person gezahlte Pflegegeld und das an die Pflegeperson weitergeleitete Pflegegeld sind unpfändbar

Der aufgrund einer geistigen Behinderung pflegebedürftige Frank wurde durch seine Mutter Evelin gepflegt. Evelin war Pflegeperson i. S. d. § 19 SGB XI (Soziale Pflegeversicherung), also eine Person, „die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI in seiner häuslichen Umgebung pflegt“. Das Pflegegeld, welches Frank zustand, wurde an seine Mutter Evelin weitergeleitet.

Über das Vermögen von Evelin war das Insolvenzverfahren eröffnet worden. Der Insolvenzverwalter hatte beim Insolvenzgericht beantragt, bei

der Berechnung des pfändbaren Arbeitseinkommens das Arbeitseinkommen mit dem Pflegegeld zusammenzurechnen, welches Evelin für die Versorgung des bei ihr wohnenden behinderten Sohnes erhält.

Dieser Antrag des Insolvenzverwalters hatte im Ergebnis keinen Erfolg. Der Bundesgerichtshof verwies in seinem Beschluss vom 20.10.2022 u. a. auf § 13 Abs. 6 SGB XI, wonach Pflegegeld, welches nach § 37 SGB XI an eine Pflegeperson weitergeleitet wird, bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen und Unterhaltsverpflichtungen der Pflegeperson, hier also von Evelin, grundsätzlich unberücksichtigt bleibe.

Weiter führt er aus: „Die genannten Ziele des Pflegegeldes, die Autonomie des Pflegebedürftigen zu stärken und einen Anreiz für die Aufnahme und Fortsetzung einer häuslichen Pflege zu schaffen, würden nicht erreicht, wenn das Pflegegeld zwar beim Pflegebedürftigen unpfändbar bliebe, bei der Pflegeperson aber als nach den allgemeinen Vorschriften pfändbares Arbeitseinkommen behandelt würde. Der Pflegebedürftige will die Pflegeperson für ihren Einsatz belohnen, nicht aber deren Gläubiger befriedigen oder in anderer Weise begünstigen. Dieses Interesse ist rechtlich schutzwürdig. Bei dem weitergeleiteten Pflegegeld handelt es sich um eine freiwillige Leistung des Pflegebedürftigen an die Pflegeperson. Diese hat weder gegen den Pflegebedürftigen noch gegen die Pflegekasse einen Anspruch auf Zahlung oder Weiterleitung von Pflegegeld. Im Falle einer Pfändung durch Gläubiger der Pflegeperson könnte der Pflegebedürftige die Weiterleitung beenden und das Pflegegeld anderweitig einsetzen. Das Pflegegeld stellt keine zweckbezogene Geldleistung dar, die zwangsläufig der Pflegeperson zufließen muss. Der Pflegebedürftige ist folglich in seiner Entscheidung über die Verwendung des Pflegegeldes frei. Auch dieser Umstand steht einer Pfändbarkeit des Pflegegeldes entgegen.“

BGH, Beschluss vom 20.10.2022 – IX ZB 12/22; u. a. abgedruckt in Neue Zeitschrift für Insolvenz- und Sanierungsrecht (NZI) 2023, 221

VIII. Spezielle Fragen im Miet-, Pacht- und Sachenrecht bei Demenz (einschließlich beim Betreuten Wohnen und Senioren-Wohngemeinschaften)

Helene-Monika Filiz

1. Mietrechtliche Fragen bei Demenz bei der Wohnraummiete

Im Falle einer fortschreitenden Demenz stellt sich die Frage, wie mit der Wohnung weiter verfahren werden kann. Dementsprechend wird zu überlegen sein, ob eine vorübergehende Regelung ausreichend ist (z. B. längerer Krankenhausaufenthalt gegebenenfalls mit Rehabilitationsmaßnahmen) oder ob sich die demenzielle Veränderung bereits derart verfestigt hat, dass ein eigenständiges Leben in der Wohnung nicht mehr möglich erscheint und eine zeitnahe Aufgabe der Wohnung erforderlich wird.

Im ersten Fall hat die vorübergehende Verhinderung der Nutzung der Wohnung grundsätzlich keine Auswirkung auf das Mietverhältnis. Die mietvertraglichen Pflichten, insbesondere die Pflicht zur Zahlung von Mietzins und der Vorauszahlung der Nebenkosten, sind zu erfüllen [133]. § 537 Abs. 1 BGB bestimmt ausdrücklich, dass der Mieter zur Entrichtung des Mietzinses nicht dadurch befreit ist, dass er durch einen, in seiner Person

liegenden Grund (z. B. krankheitsbedingte Abwesenheit), an der Ausübung seines Gebrauchsrechts gehindert ist.

Im Hinblick auf Obhutspflichten hat der Mieter zudem dafür Sorge zu tragen, dass regelmäßig der Zustand der Wohnung inspiziert wird. Dies dient der Vermeidung beispielsweise von Leitungswasser- und/oder Schimmelschäden am Mietobjekt. Für die Zeit der Wohnungsabwesenheit ist eine Vertrauensperson mit der Überwachung und Beantwortung der Eingangskorrespondenz zu beauftragen.

Sofern keine eigenständige Lebensführung durch die demente Person in den Räumlichkeiten mehr möglich ist, ist zu prüfen, ob, unter welchen Bedingungen und zu welchem Termin, eine Beendigung des Mietverhältnisses erfolgen kann.

Die genaue Beurteilung der Rechtslage hängt mithin davon ab, in welchem Rechtsverhältnis sich die demente Person bezüglich des Wohnraumes befindet.

1.1 Demente Person ist alleiniger Vertragspartner

Als problematisch im Hinblick auf Vertragsverhältnisse stellt sich der Umstand dar, dass bei einer fortschreitenden Demenz der Übergang zwischen der Geschäftsfähigkeit einerseits sowie der Geschäftsunfähigkeit andererseits schleichend ist. Erschwerend kommt hinzu, dass selbst in Fällen einer zum Teil bestehenden Geschäftsunfähigkeit, durchaus „lichte Momente“, sog. „lucida intervalla“ vorliegen können, die im Einzelfall dazu führen können, dass die entsprechende rechtsgeschäftliche Willenserklärung rechtswirksam ist. Der (ehemals voll zurechnungsfähige) Mieter wird im Laufe der Zeit „dementiger“. Dieser stetigen Veränderung gilt es im Rechtsverkehr Rechnung zu tragen.

In derartigen Fallkonstellationen ist im Rahmen rechtsgeschäftlicher Handlungen der stets dementer werdenden Person unbedingt darauf zu achten, dass dieselbe nicht mehr allein, sondern nur im Beisein (möglichst neutraler) Zeugen agiert. Hilfreich für Beweis Zwecke sind Dokumentationen bezüglich Zeit, Ort und Inhalt von rechtsgeschäftlichen Erklärungen.

1.1.1 Betreuung (§ 1814 BGB)

Wenn die demente Person alleiniger Vertragspartner ist und bereits Geschäftsunfähigkeit vorliegt, wird ein Betreuer durch das Betreuungsgericht eingesetzt. Ein Betreuer wird nach dem neuen Betreuungsrecht ^[134] (§ 1814 Abs. 3 BGB) nur dann bestellt, wenn dies zur rechtsgeschäftlichen Vertretung der betroffenen Person erforderlich ist. Dies ist regelmäßig nicht der Fall, wenn die Person einer Vertrauensperson eine Vorsorgevollmacht erteilt hat.

Grundsätzlich soll der Betreuer die Angelegenheiten der betreuten Person so besorgen, dass diese im Rahmen ihrer Möglichkeiten ihr Leben nach ihren Wünschen gestalten kann. Von seiner Vertretungsmacht soll der Betreuer nur dann Gebrauch machen, wenn dies – im Sinne des Betreuten – erforderlich ist. Das Betreuungsgericht hat die Wünsche der zu betreuenden Person bei der Auswahl des Betreuers nach § 1816 Abs. 2 BGB zu berücksichtigen.

1.1.2 Kündigung selbst genutzten Wohnraums (§ 1833 Abs. 1 BGB)

Der von der betreuten Person selbst genutzte Wohnraum unterliegt zudem einem besonderen Schutz (§ 1833 Abs. 1 BGB). Die Aufgabe des selbst

genutzten Wohnraums [135] durch den Betreuer kann nur erfolgen, wenn eine Gefährdung des Betreuten oder dessen Vermögen zu besorgen ist (§ 1821 Abs. 3 Ziff. 1 BGB). Eine Gefährdung liegt insbesondere dann vor, wenn eine Finanzierung des Wohnraums, trotz Ausschöpfung aller dem Betreuten zur Verfügung stehenden Ressourcen, nicht möglich ist oder eine häusliche Versorgung, trotz umfassender Zuhilfenahme aller ambulanten Dienste, zu einer erheblichen gesundheitlichen Gefährdung des Betreuten führen würde.

Der Betreuer muss die Absicht, den Wohnraum aufzugeben, unverzüglich dem Betreuungsgericht anzeigen. Er muss hierbei die Gründe und die Sichtweise des Betreuten dem Gericht mitteilen (§ 1833 Abs. 2 BGB).

Bei selbst genutztem Wohnraum benötigt der Betreuer die Genehmigung des Betreuungsgerichts zur Kündigung des Mietverhältnisses (§ 1833 Abs. 3 Ziff. 1 BGB), zur Aufhebung des Mietverhältnisses (§ 1833 Abs. 3 Ziff. 2 BGB), zur Vermietung solchen Wohnraums (§ 1833 Abs. 3 Ziff. 3 BGB) und zur Verfügung über ein Grundstück oder über ein Recht an einem Grundstück, sofern dies mit der Aufgabe des Wohnraums verbunden ist (§ 1833 Abs. 3 Ziff. 4 BGB).

Die Genehmigungserklärung des Gerichts ist gegenüber dem Betreuer zu erklären (§ 1855 BGB). Sollte der Betreuer einen Vertrag ohne die vorherige Erlaubnis des Betreuungsgerichts abgeschlossen haben, so hängt die Wirksamkeit des Vertrages von der nachträglichen Genehmigung des Betreuungsgerichts ab. Sollte dieselbe versagt werden, ist das Rechtsgeschäft rechtlich unwirksam.

Ein einseitiges Rechtsgeschäft (z. B. Kündigung), welches ohne die erforderliche Genehmigung des Betreuungsgerichts vorgenommen wird, ist unwirksam (§ 1858 BGB).

Fall 1: Alzheimer-Demenz eines pensionierten Studiendirektors

Eine Kündigung des selbst bewohnten Wohnraums ist nur mit Erlaubnis [136] des Betreuungsgerichts möglich. Wird die Kündigung ohne die gerichtliche Erlaubnis ausgesprochen, ist dieselbe unwirksam (§ 1858 BGB).

Fall 2: Mittelgradige geistige Behinderung einer alleinerziehenden berufstätigen Mutter nach Unfall

Eine Kündigung bedarf der Erlaubnis des Betreuungsgerichtes, anderenfalls ist dieselbe unwirksam.

1.2 Demente Person ist Mieter

Mieter einer Immobilie können sein:

- natürliche Personen
- Personenhandelsgesellschaften
- juristische Personen
- BGB-Gesellschaft.

1.2.1 Wohngemeinschaft

Die Mitglieder einer Wohngemeinschaft begründen regelmäßig eine BGB-Gesellschaft [137] und können daher Mieter sein (§§ 705 ff. BGB). Seit dem 01.01.2024 [138] kann die BGB-Gesellschaft eigenständig Grundstücksrechte erwerben, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass dieselbe im Gesellschaftsregister eingetragen ist.

Modell: 8 Bewohner (Tag und Nacht) als Hauptmieter in einer WG.

In einer derartigen Fallgestaltung müssen zwingend alle Wohngemeinschafts-Mitglieder jeder Vertragsänderung zustimmen. Das

bedeutet, dass alle 8 Mieter nur gemeinschaftlich eine Kündigung erklären bzw. einer Mietaufhebung zustimmen können.

Wenn ein Wohngemeinschafts-Mitglied dement (geworden) ist, muss die entsprechende Erklärung durch einen Betreuer (nach Erlaubnis durch das Betreuungsgericht) abgegeben werden.

Insoweit ist eine „Wohngemeinschaft“ als Mieter im Hinblick auf (potenziell) demente Mieter unflexibel. Die Gefahr der Missachtung von Formvorgaben (Schriftlichkeit durch alle Mietvertragsparteien) ist in der Praxis sehr hoch, zumal das Risiko der Abgabe einer formunwirksamen (Kündigungs-)Erklärung häufig nicht erkannt wird.

Für den Fall, dass die Mitglieder der Wohngemeinschaft bei Abschluss des Vertrages sämtlich voll geschäftsfähig gewesen waren und die Einschränkung der Geschäftsfähigkeit sich erst im Verlaufe des Mietverhältnisses ergeben hat, muss zwingend darauf geachtet werden, dass die Vertretungs- und Formvorschriften (Schriftlichkeit der Kündigung) eingehalten werden.

Insoweit lohnt es sich in derartigen Konstellationen unbedingt (vorherigen) anwaltlichen Rechtsrat einzuholen. Sofern unwirksame (Kündigungs-)Erklärungen abgegeben werden, wird das Mietverhältnis zunächst unverändert fortgesetzt. Verzögerungen bezüglich einer Kündigung sind allerdings mit zusätzlichem wirtschaftlichem Aufwand verbunden.

1.2.2 Gestaltungsmöglichkeiten

Als Alternative kann erwogen werden, dass ein Mieter die Wohnung anmietet und im Rahmen von Untermietverhältnissen, die einzelnen Zimmer einer Vermietung zuführt. Dies setzt allerdings einerseits eine entsprechende Zustimmung des Vermieters voraus. Andererseits muss jeder

Mieterwechsel eigenständig abgewickelt werden. Zudem besteht das Risiko, dass im Fall der Kündigung des Hauptmietvertrages, dies zu der automatischen Beendigung des/r Untermietverhältnisse führt.

Das Risiko, dass der Hauptmieter im Laufe des Mietverhältnisses dement wird, sollte in einer solchen Fallgestaltung ausdrücklich mit bedacht werden und entsprechende vorsorgende Regelungen hierfür getroffen werden. Insoweit wären Fallgestaltungen mit Mietern unterschiedlicher Altersklassen bzw. unterschiedlicher Gesundheitseinschränkungen praktisch denkbar.

Alternativ könnte eine BGB-Gesellschaft gegründet werden, die die Anmietung zum Zwecke der Vermietung an deren Gesellschafter vornimmt. In diesem Fall müsste allerdings im Gesellschaftsvertrag die Rechte und Pflichten der Gesellschafter, beispielsweise hinsichtlich Ausscheidens, Neuaufnahme von Gesellschaftern, präzise geregelt werden. Voraussetzung ist auch hier, dass der Vermieter einem solchen Konstrukt zustimmt.

Die zusätzlichen Pflegeleistungen, sei es durch Angehörige in Eigenregie, sei es durch Pflege im Rahmen der Beauftragung von Pflegediensten haben grundsätzlich [139] keine rechtlichen Auswirkungen auf das Mietverhältnis.

Die einzelnen Verträge bezüglich Pflege- und/oder Versorgungsleistungen sind jeweils separat zu betrachten und ggf. auch jeweils eigenständig einer Beendigung zuzuführen.

Die Betreuung führt dazu, dass der demente Vertragspartner keine diesbezüglichen Willenserklärungen abgeben kann, sondern dies durch den Betreuer erfolgen muss. Dies gilt gleichermaßen für jedes Vertragsverhältnis, gleich ob das Mietverhältnis, das Pflege- und/oder sonstige Versorgungsverhältnis hiervon betroffen ist.

1.3 Demente Person ist Mitmieter

Alle Mietparteien müssen sowohl die Eingehung des Mietverhältnisses als auch die Kündigung formwirksam erklären. Hierbei ist zwingend das Schriftformerfordernis des § 125 BGB einzuhalten.

Der demente Mitmieter muss sich hierbei durch den Betreuer vertreten lassen.

Praxistipp

- Vertretungsverhältnisse klären und gegebenenfalls die Erlaubnis des Betreuungsgerichts vor Abgabe der Kündigungserklärung einholen;
- Schreiben durch alle Beteiligten unterschreiben lassen;
- per Einwurfeinschreiben an den Vertragspartner zustellen und die Zustellungsnachricht rechtssicher dokumentieren.

1.4 Unklare Personenlage

Sofern die Bezeichnungen der Mietvertragsparteien im Rubrum und in der Unterschriftenleiste voneinander abweichen ist eine genaue Prüfung vorzunehmen, wer Vertragspartner des Mietvertrages geworden ist. Eine Stellvertretung kann nur dann angenommen werden, wenn sich dies aus einem Zusatz zur Unterschrift oder den sonstigen Umständen ergibt.

In den Schutzbereich eines Mietvertrages, als Vertrag mit Schutzwirkung für Dritte gemäß § 328 BGB, ist jede zur Hausgemeinschaft des Mieters gehörende Person, insbesondere seine Familienangehörigen und Hausangestellte, der Partner einer ehelichen Lebensgemeinschaft, die Gesellschafter bei einem Mietvertrag mit einer Gesellschaft etc., mit einbezogen.

Aus dem Grundsatz der Einheitlichkeit des Mietverhältnisses folgt, dass der Kreis der Rechte und Pflichten, auch bei einer Mehrheit von Vermietern und Mietern, unteilbar ist. Die Einheitlichkeit des Mietverhältnisses erfordert beispielsweise, dass eine Kündigung oder eine Mieterhöhung von sämtlichen Personen der einen Vertragsseite gegenüber allen Personen der anderen Vertragsseite zu erklären ist. Jeder einzelne Mieter bzw. Vermieter ist Gesamtschuldner und Mitgläubiger. Die Gefahr rechtsunwirksamer Willenserklärungen ist in diesem Bereich besonders groß.

1.5 Wechsel der Mietvertragsparteien

Während des Mietverhältnisses kann es auch zum Wechsel der Mietvertragsparteien kommen. Dies kann sowohl auf Vermieter- als auch auf Mieterseite der Fall sein.

1.5.1 Wechsel auf Vermieterseite

Durch eine Vereinbarung zwischen dem früheren und dem neuen Vermieter mit dem Mieter kann ein Vermieterwechsel rechtswirksam herbeigeführt werden. Der Vermieterwechsel kann auch durch eine sog. Vertragsübernahme realisiert werden.

Durch Erbfolge kann es automatisch zu einem Vermieterwechsel kommen. Denn der Erbe tritt im Wege der sog. Universalsukzession gem. § 1922 Abs. 1 BGB in alle Rechte und Pflichten des Mietvertrages ein.

Wichtig

Im Falle eines Verkaufes entsteht mit Eigentumsübergang gem. § 566 Abs. 1 BGB ein neues Mietverhältnis zwischen dem Erwerber und dem Mieter, allerdings mit dem

gleichen Inhalt mit dem es zuvor mit dem Veräußerer/Voreigentümer der Immobilie bestanden hat.

Das bedeutet weiterhin, dass der Erwerber eines Grundstücks erst nach Eintragung im Grundbuch eine Kündigung rechtswirksam erklären kann.

Sofern der Erwerber eines Grundstücks vor Eintragung im Grundbuch bereits Mietzahlungen an sich verlangt, so muss er sich die Mietforderungen vom Veräußerer ausdrücklich abtreten lassen.

Praxistipp

Gemeinsame Mitteilung an den Mieter durch Verkäufer und Käufer

1.5.2 Wechsel auf Mieterseite

1.5.2.1 Vertragliche Vereinbarungen

Auf Mieterseite kann zunächst ein Mieterwechsel aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung zwischen dem ursprünglichen Mieter, dem Nachfolgemmieter und dem Vermieter bzw. durch Vereinbarung zwischen den Mietern mit Zustimmung des Vermieters, der sog. Vertragsübernahme, erfolgen.

1.5.2.2 Eintrittsrecht aufgrund Todes des Mieters

Nach Maßgabe des § 563 Abs. 1 und 2 BGB tritt mit dem Tod des alleinigen Mieters automatisch in das Mietverhältnis ein:

- der Ehegatte,
- der nichteheliche Lebenspartner
- Kinder des Mieters, sofern nicht bereits ein Ehegatte (nichtehelicher Partner) vorrangig eingetreten ist;
- andere Familienangehörige, möglicherweise auch neben den Kindern, sofern nicht ein Ehegatte oder ein Lebenspartner eintritt

und

- Personen, die mit dem Mieter eine auf Dauer angelegten gemeinsamen Haushalt führen.

Mithin ist die Voraussetzung eines Eintrittsrechts von Angehörigen, dass mit dem verstorbenen Mieter ein „gemeinsamer Haushalt“ geführt wurde. Hierunter versteht man eine gemeinsame Wirtschafts- und Lebensgemeinschaft.

Sofern dies der Fall ist, tritt der Mieterwechsel gem. § 563 BGB kraft Gesetzes, also automatisch, ein. Das bedeutet, dass weder eine Mitwirkung des Vermieters noch eine Mitteilung an den Vermieter erforderlich ist. Das bisherige Mietverhältnis wird – ohne inhaltliche Änderung – mit dem neuen Mieter fortgesetzt.

Des Weiteren ist es auch nicht notwendig, dass der Vermieter oder der eintretende Mieter Kenntnis von dem Tod des alleinigen Mieters haben, da sich die Rechtsfolge automatisch ergibt.

Der neue (eintretende) Mieter hat die Möglichkeit, nach Maßgabe des § 563 Abs. 3 BGB dem Eintritt gegenüber dem Vermieter abzulehnen. Diese Ablehnungserklärung muss innerhalb 1 Monats nach Kenntnis des Eintretenden vom Tod des Mieters dem Vermieter zugegangen sein.

Sofern sich kein Eintretender ergibt, muss auf alle Fälle der Erbe ermittelt werden.

Für den Fall, dass auch kein Erbe vorhanden oder ermittelbar ist, ist zu erwägen, ob ein Antrag auf Einrichtung einer Nachlasspflegschaft gegenüber dem zuständigen Nachlassgericht gestellt wird.

Dem Vermieter steht ein Recht zur außerordentlichen Kündigung des Mietverhältnisses nach § 563 Abs. 4 BGB zu, wenn in der Person des Mieters

ein wichtiger Grund vorliegt, der die Fortsetzung des Mietverhältnisses als unzumutbar erscheinen lässt. Die Kündigung des Vermieters muss innerhalb eines Monats, nachdem er von dem endgültigen Eintritt des Dritten in das Mietverhältnis Kenntnis erlangt hat, ausgesprochen werden.

Hiervon zu differenzieren ist die Erbenhaftung. Sofern keine anderweitige Regelung besteht, haften die Erben als Gesamtschuldner für alle zum Todeszeitpunkt fälligen Verbindlichkeiten. Dies können beispielsweise rückständige Miete, fällige Schönheitsreparaturen oder Ähnliches sein.

Demgegenüber stehen dem Erben auch die fälligen Ansprüche, die der Mieter hätte geltend machen können, zu. Beispielsweise könnten dies Aufwendungsersatzansprüche sein.

Für den Fall, dass der verstorbene Mieter keine Sicherheit geleistet hat, kann der Vermieter dies gegenüber dem Eintretenden geltend machen (§ 551 BGB).

1.5.2.3 Mieterwechsel aufgrund Erbfolge

Das Mietverhältnis wird mit den Erben fortgesetzt, sofern keine vorrangige häusliche Gemeinschaft mit dem Erblasser bestanden hat. Der Erbe kann innerhalb von 6 Wochen ab Kenntnis des Erbfalls nach § 1944 Abs. 2 BGB die Erbschaft ausschlagen.

In diesem Fall gilt der Eintritt in das Mietverhältnis als nicht erfolgt, § 1953 Abs. 1 BGB. Die 6-wöchige Ausschlagungsfrist beginnt in dem Zeitpunkt, zu dem der Erbe erfährt, dass er Erbe geworden ist.

Die Ausschlagung hat gegenüber dem Nachlassgericht [140] zu erfolgen. Dies hat dann zur Folge, dass die Erbschaft bei derjenigen Person anfällt, die in der Erbfolge als nächste kommt. Sofern alle natürlichen Personen ausschlagen, erbt der Fiskus nach § 1936 BGB.

Dem Vermieter sowie dem Erben steht nach § 542 S. 2 BGB ein Sonderkündigungsrecht zu. Es handelt sich um ein außerordentliches Kündigungsrecht unter Beachtung der gesetzlichen Kündigungsfrist i. S. d. § 573d Abs. 2 BGB.

Die Kündigung muss innerhalb eines Monats nach Kenntnis der Erbenstellung und davon, dass ein Eintritt in das Mietverhältnis gem. § 563 BGB oder eine Fortsetzung des Mietverhältnisses mit den überlebenden Mietern gem. § 563a BGB nicht erfolgt ist, ausgesprochen werden.

1.5.2.4 Mehrere Mieter

Sofern einer von mehreren Mietern verstirbt, der mit anderen Personen einen Hausstand geführt hat, so kann der andere (überlebende) Mieter allein das Mietverhältnis fortsetzen. Diese Sonderrechtsnachfolge gem. § 563a BGB mit dem überlebenden Mieter geht insoweit dem Erbe vor. Die Erben sind in diesem Fall von dem Eintritt in das Mietverhältnis ausgeschlossen.

Diese Fallkonstellation ist von Wohngemeinschaften, die jeweils eine getrennte Wirtschaftsführung betreiben, zu unterscheiden. Das Mietverhältnis des Überlebenden durch den Tod des anderen Mieters wird bei der Anmietung als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (= Wohngemeinschaft) nicht berührt. Demzufolge treten die Erben des verstorbenen Mieters in das Mietverhältnis ein.

2. Regelungen bzgl. der Rückgabe bei endgültiger Aufgabe der Mietwohnung

2.1 Mietvertragsabwicklung/Rückübergabe und Schönheitsreparaturen

Schönheitsreparaturklauseln sind häufig (aber nicht immer!) wegen eines Verstoßes gegen das Transparenzgebot unwirksam. Seit der grundlegenden Rechtsprechung des BGH (BGH VIII ZR 185/14 und VIII ZR 242/13 vom 18.03.2015) aus dem Jahre 2013/2014 hat der BGH einen erheblichen Rechtsprechungswechsel zur formularmäßigen Überwälzung von Schönheitsreparaturen vollzogen, und zwar sowohl bei den sog. Abwälzungsklauseln (Renovierungsklauseln) als auch bei (Quoten-)Abgeltungsklauseln im Hinblick auf die Kosten einer Wohnungsrenovierung.

Die hierzu ergangene Rechtsprechung ist sehr komplex und diffizil, weil die Regelungen im Einzelfall sehr unterschiedlich sein können. Im Ergebnis wird man jeden einzelnen Vertrag im Hinblick auf die konkrete Klausel rechtlich zu überprüfen und zu bewerten haben.

Die Rechtsprechung geht davon aus, dass Mietverträge häufig vorformuliert sind und einseitig von einer Partei, meist dem Vermieter, gestellt werden. Die hiernach einseitig gestellten Vertragsklauseln können wegen eines Verstoßes gegen das Transparenzgebot unwirksam sein.

Die Unklarheitenregelung des § 305c Abs. 2 BGB bestimmt, dass im Falle von Zweifeln bei der Auslegung der Allgemeinen Geschäftsbedingungen dies zu Lasten des Verwenders geht. Sofern die objektive Auslegung der vorformulierten Vertragsklausel zu einer Mehrdeutigkeit führt, so gilt stets die dem Vertragspartner des Verwenders günstigste Deutung.

Wenn eine unangemessene Benachteiligung des Vertragspartners vorliegt gilt grundsätzlich, dass die Klausel unwirksam ist. Dies hat das Gericht von Amts wegen zu beachten.

Aufgrund der Vielgestaltigkeit mietvertraglicher Regelungen, die im Hinblick auf deren Vereinbarkeit mit den einschlägigen Vorgaben in Gesetz

und Rechtsprechung in Einklang zu bringen sind, ist in diesem Kontext unbedingt die Einholung speziellen Rechtsrates zu empfehlen.

Bei der sog. Kleinreparaturklausel ist grundsätzlich darauf abzustellen, dass im Regelfall Reparaturkosten bis € 75,00 und maximal 8 % der Jahresnettomiete vom Mieter zu tragen sind. Eine Einzelfallprüfung im Hinblick auf den tatsächlichen Zustand ist allerdings unabdingbar.

Betriebskosten sind innerhalb von 12 Monaten nach Beendigung des Abrechnungszeitraumes abzurechnen. Innerhalb dieser Frist muss die Abrechnung dem Mieter zugegangen sein. Das fristgerechte Absenden der Abrechnung ist nicht ausreichend. Sollte der Vermieter dies verabsäumen, ist er mit Nachforderungen aus der Betriebskostenabrechnung ausgeschlossen.

2.2 Kautionsabrechnung/Schäden und Jahresabrechnung

Die Kautionsabrechnung nach Beendigung des Mietverhältnisses hat unverzüglich zu erfolgen. Eine gesetzliche Frist besteht allerdings nicht. Hinsichtlich der Betriebskosten des laufenden Jahres kann – unter Zugrundelegung der Schätzungen des vorperiodischen Verbrauchs – ein angemessener Einbehalt erfolgen.

Ansprüche des Vermieters wegen Veränderungen oder Verschlechterung der Mietsache verjähren in sechs Monaten (§ 548 Abs. 1 BGB). Desgleichen verjähren Ansprüche des Mieters auf Ersatz von Aufwendungen oder auf Gestattung der Wegnahme einer Einrichtung in sechs Monaten nach Beendigung des Mietverhältnisses.

Diese kurze mietvertragliche Verjährungsfrist im Hinblick auf Beschädigungen der Mietsache wird häufig übersehen. In einem Prozess

können, sofern keine Aufrechnungsmöglichkeit (mehr) besteht, verjährte Ansprüche nicht mehr erfolgreich durchgesetzt werden.

Für sämtliche Ansprüche ist im Kontext mit einem Mietvertrag auf die fristwahrende Geltendmachung, lediglich 6 Monate nach Übergabe der Mieträume, zu achten.

3. Mietrechtliche Fragen beim „Betreuten Wohnen“

Bei dem „Betreuten Wohnen“ sind die Verträge in der Regel derart gestaltet, dass ein Teil des Vertrages die rein mietvertraglichen Regelungen betrifft. Ein weiterer Teil bezieht sich auf vordefinierte zusätzliche Leistungen, die im Bedarfsfalle „hinzugebucht“ werden können. Insoweit wird über den Grundvertrag, die Rahmenvereinbarung beinhaltend, die Möglichkeit eröffnet, zusätzliche vordefinierte Erweiterungen in Anspruch zu nehmen.

Die entsprechenden vertraglichen Ansprüche im Falle eines Verstoßes ergeben sich aus den individuellen Regelungen.

Daneben bestehen gesetzliche Haftungsansprüche bei Verletzung von Eigentum, Vermögen und Leib/Leben dritter Personen.

4. Haftungsfragen

Im Falle einer widerrechtlichen Verletzung eines Rechtsgutes eines anderen ist der Schädiger grundsätzlich zum Ersatz des hieraus entstehenden Schadens nach Maßgabe des § 823 Abs. 1 BGB verpflichtet. Gemäß § 827

BGB haften Personen grundsätzlich nicht, wenn sie sich in einem unzurechnungsfähigen Zustand, den sie nicht selbst verursacht haben [141] , eine entsprechende Schädigung von Rechtsgütern anderer Personen herbeigeführt haben.

4.1 Vorübergehende Einschränkungen der Verstandes- und Willenskraft

Eine (vorübergehende) Minderung der Verstandes- und Willenskraft genügt nicht. Der Schädiger darf vielmehr nicht in der Lage sein, sein Verhalten von vernünftigen Erwägungen leiten zu lassen, was insbesondere im Falle einer Wahnsymptomatik gegeben sein kann.

„Lichte Momente“ („lucida intervalla“) schließen die Deliktsunfähigkeit zwar kurzzeitig aus. Bei selbst verursachten Rauschzuständen, insbesondere durch Alkohol und/oder Drogen, scheidet gem. § 827 Satz 2 BGB nur eine Haftung wegen Vorsatzes aus, nicht aber für die Schadenszufügung selbst.

Deshalb besteht eine zivilrechtliche Verantwortlichkeit nur dann, wenn die begangene unerlaubte Handlung auch bei fahrlässiger Begehung zum Ersatz verpflichtet (beispielsweise eine fahrlässige Körperverletzung), nicht hingegen für Handlungen, die Vorsatz voraussetzen, wie das bei einer Haftung wegen vorsätzlicher sittenwidriger Schädigung nach § 826 BGB der Fall ist. Die Beweislast für seine Unzurechnungsfähigkeit trägt der Schädiger, etwa durch Vorlage ärztlicher Gutachten und Atteste.

4.2 Rechtliche Betreuung, §§ 1814 ff. BGB

Auch Personen, die unter rechtlicher Betreuung (§§ 1814 ff. BGB) stehen, haften grundsätzlich selbst für Schäden, die sie anderen zufügen. Die

Bestellung eines gesetzlichen Betreuers führt den Ausschluss der Verantwortlichkeit nicht herbei.

Der Betreute haftet nur dann nicht, wenn er den Schaden im Zustand der Unzurechnungsfähigkeit verursacht hat.

Gem. § 827 BGB kommt es ausschließlich auf den konkreten psychischen Zustand zum Zeitpunkt der Schadensverursachung an. Möglich ist jedoch eine Haftung des Betreuers wegen Verletzung seiner Aufsichtspflicht gem. § 832 BGB.

4.3 Billigkeitshaftung Deliktsunfähiger nach § 829 BGB

Eine Schadensersatzpflicht Deliktsunfähiger kann allerdings nach Maßgabe des § 829 BGB in Betracht kommen, wenn dies die Billigkeit, unter Zugrundelegung der Verhältnisse der Beteiligten, erfordert. Diese Schadensersatzpflicht umfasst als Billigkeitsregelungen die Haftung von besonders gut situierten Schädigern, die – ohne Außerachtlassung ihrer eigenen Unterhaltsverpflichtungen – über Geldmittel verfügen, die sie zur Leistung des Schadensersatzes, ohne wesentliche Beeinträchtigung, befähigen.

4.4 Aufsichtspflichtverletzung

Eine Billigkeitshaftung nach Maßgabe des § 829 BGB scheidet aus, wenn Schadensersatz von einem aufsichtspflichtigen Dritten infolge seiner Aufsichtspflichtverletzung nach § 832 BGB erlangt werden kann.

Der Pflegedienst hat für die Zeit der tatsächlichen Betreuung, mithin für den Zeitraum der tatsächlichen Durchführung der ambulanten Pflege, die Aufsicht und haftet hiernach bei möglichen Aufsichtspflichtverletzungen.

Für Zeiten, in denen vertragsgemäß keine entsprechenden Pflegeleistungen erbracht werden, besteht keine Aufsichtspflicht des Pflegedienstes, mithin auch keine Haftung. Insoweit ist unbedingt darauf zu achten, dass die jeweiligen Pflege- und sonstigen Verträge konkret den Umfang der zu erbringenden Leistung, möglichst auch nach zeitlichem Umfang, bezeichnen, um eine entsprechende Abgrenzung der einzelnen Haftpflichtbereiche vornehmen zu können.

Der Nachweis von Aufsichtspflichtverletzungen ist grundsätzlich problematisch. Es bedarf der detaillierten Darlegung hinsichtlich der vertraglichen Pflichten, der konkreten Verstöße sowie des Verschuldens. Eine umfängliche, detaillierte Dokumentation ist unerlässlich.

4.5 Versicherungsrechtliche Fragestellungen

Mangels Haftung des Deliktsunfähigen besteht auch kein versicherungsrechtlicher Anspruch aus dessen Haftpflichtversicherung.

Eine Ausnahme kann nur dann eingreifen, wenn eine entsprechende Klausel für den Fall von Demenz im Haftpflichtversicherungsvertrag aufgenommen wird.

Im Rahmen der Betreuung von Deliktsunfähigen ist daher unbedingt auf eine entsprechende vertragliche Regelung im Haftpflichtversicherungsvertrag zu achten.

Bereits geschlossene Verträge sind zudem in regelmäßigen Abständen daraufhin zu überprüfen, ob die Sachlage, die bei Abschluss des Vertrages gegolten hat, noch unverändert weiterbesteht oder ob sich Änderungen ergeben haben, die für das Versicherungsverhältnis von Relevanz sein könnten. Mögliche Änderungen sind den beteiligten Versicherungen unverzüglich mitzuteilen.

Bei einem Schaden eines einzelnen Mitglieds der Gesellschaft bürgerlichen Rechts, haftet die entsprechende Gesellschaft gegenüber dem Vermieter. Das bedeutet, dass die Gesellschaft bürgerlichen Rechts entsprechend derartige Haftpflichtrisiken absichern muss.

4.6 Haftpflichtfall aus der Demenz- Wohngemeinschaft [142]

Bewohner (Demenz 3. Grades und unter Betreuung stehend) hat dadurch, dass er immer wieder seine Toilette nachhaltig mit Toilettenpapierrollen, Kleidung und wohl auch vollen Windeln verstopft hatte, im Ergebnis einen riesigen Schaden (im vierstelligen Bereich) verursacht, weil irgendwann ein Rohr brach und die untere Wohnung über Wochen fast unbewohnbar war. Der Vermieter möchte Schadensersatz.

Der deliktunfähige Hauptmieter ist selbst für sein Handeln nicht verantwortlich. Er haftet bei Deliktsunfähigkeit grundsätzlich nicht auf Schadensersatz. Es sei denn, es handelt sich um einen Billigkeitsanspruch nach § 829 BGB [143] .

Mangels Haftung des Deliktunfähigen tritt auch seine Haftpflichtversicherung nicht ein. Eine Ausnahme könnte dann eingreifen, wenn eine sog. „Demenzklausel“ im Haftpflichtversicherungsvertrag vereinbart worden wäre.

Eine Haftung der Ehefrau für fremdes Verschulden wird nicht, auch nicht durch eine Ehe, begründet.

Gegebenenfalls könnte sich eine Haftung unter Aspekten der Aufsichtspflichtverletzung ergeben.

Vorliegend ist wegen der Demenz des Ehemannes derselbe in einer Demenz-Wohngemeinschaft untergebracht worden. Die Wohngemeinschaft an sich haftet als Gesellschaft bürgerlichen Rechts nur bei einer ausdrücklichen Haftungsübernahme. Dies wird ausdrücklich vertraglich praktisch kaum vereinbart werden. Eine konkludente (wechselseitige) Haftungsübernahme durch die Wohngemeinschaftsmitglieder wird im Regelfall nicht gewollt sein. Jedenfalls wird der entsprechende Nachweis schwer zu führen sein.

Möglicherweise wird ein Mitverschulden gem. § 254 BGB der übrigen Wohngemeinschaftsmitglieder anzunehmen sein, wenn die konkrete Überwachung und Anzeige wiederholter Handlungen (z. B. Verstopfen der Toilette mit Toilettenpapier) nicht an den Betreuer mitgeteilt wird, sodass keine Vorsorge für derartige Handlungsweisen, z. B. durch eine engmaschigere Betreuung, getroffen werden konnte.

Der Pflegedienst haftet nur für eigenes Verschulden im Zusammenhang mit übernommenen pflegerischen Tätigkeiten. Möglicherweise könnte ein Mitverschulden, bei greifbaren Anhaltspunkten vorliegen.

5. Erwerb, Verwaltung und Veräußerung von Immobilien (Haus-Grundstücke, Eigentumswohnungen)

Für den Erwerb und die Veräußerung von Immobilien gelten die vorstehenden Ausführungen im gleichen Maße. Zusätzlich bedürfen Grundstücksgeschäfte einer notariellen Beurkundung (§ 311b Abs. 1 BGB). Die wesentlichen Elemente des Immobilienkaufvertrages sind

beurkundungsbedürftig. Bei einem Verstoß gegen das Beurkundungserfordernis ist der Vertrag nichtig.

Geschäftsunfähige müssen sich vertreten lassen. Bei Betreuung besteht das Erfordernis einer entsprechenden Erlaubnis des Betreuungsgerichts. Ohne eine derartige Zustimmung ist das Immobiliengeschäft unwirksam.

Notare sind gesetzlich verpflichtet, die entsprechenden gesetzlichen Vorschriften im Rahmen von Immobilienübertragung einzuhalten. Insoweit besteht in diesem Bereich ein zusätzlicher Schutz der Beteiligten.

6. WEG-Recht – Rechtliche Stellung des Sondereigentümers in der Gemeinschaft der Wohnungseigentümer

Bezüglich der Rechte und Pflichten aus dem Gemeinschaftsverhältnis bestehen grundsätzlich keine Besonderheiten. Sofern der demente Sondereigentümer vertreten wird, muss der Vertreter bzw. der Betreuer des Sondereigentümers dafür Sorge tragen, dass die entsprechenden Pflichten aus dem Sondereigentum erfüllt werden.

Diese Pflichten ergeben sich einerseits aus dem Wohnungseigentumsgesetz (WEG), andererseits aus der Teilungserklärung und den durch die Gemeinschaft der Wohnungseigentümer gefassten Beschlüssen.

Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um:

- Rücksichtnahmepflichten aus dem Gemeinschaftsverhältnis;
- Anteilige Kostentragungspflicht, z. B. für die Instandhaltung und Verwaltung des gemeinsamen Eigentums sowie für Versicherungen, Steuern;

- Befolgung der Beschlüsse der Eigentümerversammlung, insbesondere bezüglich der Durchführung von Instandhaltungsmaßnahmen oder die Zahlung des Hausgeldes;
- Meldepflicht bei Schäden oder Mängel, die das Gemeinschaftseigentum betreffen;
- Einhaltung gesetzlicher Normen und behördlicher Auflagen, z. B. Bauvorschriften, Brandschutzbestimmungen, energetische Anforderungen etc.

In diesem Kontext gelten gleichfalls die vorstehend erörterten Regelungen zur Vertretung im Hinblick auf Abgabe rechtswirksamer Willenserklärungen.

7. **Schnittstellen Bau- und Versicherungsrecht/WEG-Recht**

Wasserschäden sind ein häufiger Streitfall zwischen den Beteiligten. Jeder vierte Schaden entsteht durch marode Rohrverbindungen.

Die Wohngebäudeversicherung zahlt Wasserschäden am Haus, allerdings nur bei Leitungslecks. Hierbei ist es unerheblich, ob es sich um Trinkwasserleitungen oder Abwasserrohre handelt.

Dazu gehören angeschlossene Schläuche (z. B. Waschmaschine). Auch Heizungsrohre, Heizkörper und Boiler sind mitversichert, ebenso Rohre von Klimaanlage.

Nicht versichert sind Regenrinnen, Badewasser, ebenso wenig Hochwasser oder Rückstau, wenn nach einem Starkregen die Kanalisation so überflutet

wird, dass Abwasser von dort ins Haus eindringt. Für solche Schäden ist eine Elementarschadenpolice zuständig.

Nicht versichert ist auch, wenn Wasser vom Balkon oder der Terrasse ins Haus läuft, z. B., weil das Abflussloch mit Blättern und Schmutz verstopft ist. In dem Fall greift auch ein Elementarschadenschutz meist nicht. Außerdem leisten viele Tarife nur bei Schäden im Haus, nicht aber wenn Rohre undicht sind, die außerhalb des Hauses liegen.

Die Hausratpolice greift ebenfalls **nur** bei Lecks in Rohren und Leitungen, auch der Heizungsanlage, sowie angeschlossenen Schläuchen. Nicht versichert ist Reinigungswasser, aufsteigendes Grundwasser oder Rückstau. Die Deckung gilt nur für bewegliche Sachen: Teppiche, Möbel, Elektrogeräte, Bücher, Gardinen – im Prinzip alles, was man bei einem Umzug mitnehmen kann. Dazu gehören auch Teppichböden, die lose verlegt und nicht verklebt sind. Die meisten Einbauküchen zählen ebenfalls dazu, solange sie aus vorgefertigten Modulen bestehen. Individuell angefertigte, fest eingebaute Küchen hingegen sind grundsätzlich meist über die Gebäudeversicherung abgedeckt.

Haftpflichtversicherung: Schäden beim Nachbarn

Der Unterschied zwischen Hausrat- und Haftpflichtpolice ist vielen Versicherten nicht klar. Die Hausratpolice greift für Wasserschäden am eigenen Inventar, auch wenn man selbst schuld ist. Die Privathaftpflicht hingegen bezahlt Schäden, die man anderen zufügt. Wenn z. B. der Schlauch der Waschmaschine platzt und Wasser aufs Sofa der Nachbarin in der Wohnung darunter läuft, kann sie ihre Schäden geltend machen. Besser ist es allerdings für die Nachbarin, wenn sie ihre eigene Hausratpolice nutzt. Denn die Hausratversicherung ersetzt den Wiederbeschaffungswert der kaputten Sachen, die Haftpflichtversicherung des Verursachenden hingegen

nur den Zeitwert, der meist geringer ist. Das kann einige Hundert Euro und mehr ausmachen.

Mieter sind beispielsweise verpflichtet, den Abfluss auf ihrem Balkon von Laub und Eis freizuhalten. Sonst haften sie, wenn es durch eine Verstopfung zu einem Schaden kommt (Amtsgericht Berlin-Neukölln, Az. 13 C 197/11).

Elementarschadenversicherung: Überschwemmung

Führt eine Überschwemmung durch Hochwasser oder Starkregen dazu, dass der Keller voller Wasser läuft, zahlen weder Gebäude- noch Hausratversicherung. Beide Verträge kann man aber um den Elementarschutz erweitern. Dann zahlt der Versicherer die Reparaturkosten am Haus und für Hausrat, der z. B. im Keller lagerte. Diese Deckung wird auch Naturgefahrenschutz genannt.

Bei der Ahrtal-Katastrophe z. B. waren viele Häuser nicht versichert. Dies kann für die Betroffenen wirtschaftlich ruinöse Folgen entfalten.

Entgegen anderweitiger Zusagen waren auch Bund- und Länderhilfen häufig nicht zeitnah und v. a. nicht unbürokratisch zu erhalten.

Kein Geld bei grober Fahrlässigkeit

Gebäude-, Hausrat- und Elementarschadenversicherung dürfen ihre Zahlung kürzen oder sogar komplett streichen, wenn Versicherte den Schaden grob fahrlässig mitverursacht haben.

Diese Einwendungen werden bei einer mangelnden Beheizung, sofern Leitungen einfrieren oder trotz Frost ein Außenwasserhahn nicht entleert wird oder bei Offenstehenlassen von Fenstern Schädigungen erfolgen, seitens der Versicherer vorgebracht.

Das gilt auch, wenn Aquariumfreunde den Zulaufschlauch zum Becken ohne weitere Sicherung nur mit Schlauchschellen am Wasserhahn

installieren.

Problematische Sachverhalte

Problematisch sind vor allem alte Wasch- und Spülmaschinen ohne Aquastopp. Viele Menschen machen sich nicht die Mühe, den Zulaufhahn bei jedem Waschgang auf- und wieder zuzudrehen. So steht der Schlauch ständig unter Druck. Wird er nach Jahren spröde, kann er undicht werden, abrutschen oder gar brechen. Daher gilt es als grob fahrlässig, den Hahn nicht nach jedem Waschgang zuzusperren. Dann dürfen Hausrat- und Gebäudeversicherung ihre Zahlung kürzen oder gar komplett ablehnen.

Anders ist das bei Geräten mit Aquastopp. Da muss niemand damit rechnen, dass das Absperrventil versagt. Doch auch da gilt: Wer sichergehen will, sollte zumindest dann den Wasserhahn abdrehen, wenn er mehrere Tage außer Haus ist (siehe auch Unser Rat oben).

Schaden in der Mietwohnung:

Deckung über Gebäudeversicherung des Vermieters. Mieter müssen einen Wasserschaden umgehend melden, auch wenn sie ihn auf eigene Kosten beseitigen wollen, z. B. weil sie ihn selbst verursacht haben. Ohnehin bezahlt eventuell die Gebäudeversicherung die Reparatur: Legen Vermieter die jährlichen Kosten für die Police auf die Miete um, muss die Versicherung zahlen und darf Mietende nicht in Regress nehmen, wenn sie nicht grob fahrlässig waren (Bundesgerichtshof, Az. VIII ZR 28/04).

Deckung über Privathaftpflichtversicherung der Mietenden. Werden die Kosten nicht umgelegt, haften Mietende, wenn sie einen Wasserschaden anrichten. Es zahlt aber ihre Privathaftpflichtversicherung – wenn sie eine haben. Zwar nehmen viele Vermietende zunächst ihre Gebäudepolice in Anspruch. Doch die wiederum kann dann Regress von den Mietenden einfordern.

Schadensumfang/-bestimmung

Wenn Fußböden oder Mauern durchfeuchtet sind, ist der Einsatz von Trocknungsgeräten meist unvermeidlich.

Die Kosten der fortlaufenden Trocknung können, je nach Dauer, im Einzelfall mehrere tausend Euro bedingen. Insoweit soll dem Stromversorger Bescheid gegeben werden, damit diese Sonderkonstellation im Rahmen zukünftiger Stromabschläge in angemessener Art und Weise berücksichtigt werden kann.

Zwingend ist eine chronologische sowie detaillierte Dokumentation des Schadens, möglichst unter Zeugen. Unter Umständen ist die Einholung eines Privatsachverständigen in Erwägung zu ziehen. Die Kosten des Sachverständigen können als Schadensersatzposition geltend gemacht werden.

Mietminderung möglich

Die Lärmbelästigung durch die Geräte liegt teils bei 50 dB(A) – nicht mehr als leise Radiomusik oder ein leises Gespräch. Aber weil die Geräte stundenlang laufen, ist Schlafen oder konzentriertes Arbeiten für viele Betroffene unmöglich. Mietende haben daher das Recht auf eine Mietminderung, wenn sie den Schaden nicht selbst verursacht haben. Das Amtsgericht Berlin-Schöneberg hielt sogar 100 Prozent für gerechtfertigt (Az. 109 C 256/07). Eine Mietminderung ist auch möglich, wenn die Vermietenden keine Schuld trifft, weil der Schaden in einer Nachbarwohnung seine Ursache hatte (Amtsgericht Köln, Az. 227 C 6/17).

Kosten einer anderweitigen Unterbringung

Wer eine Wohnung mietet, darf erwarten, dass sie keine Mängel aufweist. Bei einer nassen Zimmerdecke ließ das Landgericht Hamburg 8 Prozent Mietminderung (Az. 11 S 86/71), das Amtsgericht Osnabrück sogar 25

Prozent (Az. 14 C 231/94) zu. Müssen Mietende vorübergehend aus ihrer unbewohnbaren Wohnung ausziehen, können sie vom Vermietenden auch die angemessenen Kosten für das Ausweichquartier verlangen, z. B. für ein Hotel.

Schadensumfang

Besonders ärgerlich ist es, wenn das Leck an einer Stelle auftritt, wo die Wasserleitung unter Fliesen liegt. Dann müssen Fachleute die Wand aufstemmen und die Fliesen abschlagen. Neue Fliesen gibt es aber oft nicht mehr im selben Farbton. Die Versicherer erstatten dann in der Regel nur das Neuverfliesen der betroffenen Schadensstelle – nicht des ganzen Badezimmers.

Kleine farbliche Abweichungen der neuen Fliesen müssen die Betroffenen hinnehmen, z. B., wenn nur der beschädigte Fußboden neu verflieset wird (OLG Düsseldorf, Az. 4 U 111/05) oder wenn nur Frontschürze und Seitenränder der Badewanne sowie ein kleiner Bereich unterhalb der Toilette beschädigt ist und insgesamt nur eineinhalb Quadratmeter betroffen sind (Landgericht Düsseldorf, Az. 11 O 614/03). Maßstab ist, was Menschen zur Schadenbeseitigung investieren würden, die keine Versicherung haben.

Obliegenheiten/Pflichten/versuchter Versicherungsbetrug

Sofern im Rahmen aufwendiger Reparaturen etwas „mitgemacht“ wird und der Versicherung als Schaden angezeigt wird, kann dies im Rahmen eines Versicherungsbetruges dazu führen, dass der Versicherungsschutz in Gänze entfällt.

Der Versicherer muss dann nichts zahlen, entschied das Oberlandesgericht Celle (Az. 8 U 86/09). In dem Fall hatte der Eigentümer eines Altbaus Rechnungen über 12.000 Euro eingereicht. Davon entfielen fast 1.900 Euro

auf den Austausch zweier verrosteter Heizkörper und einer Duschwanne. Beide waren vom Wasserschaden aber gar nicht betroffen, sondern schon vorher marode. Das wertete das Gericht als arglistige Täuschung. Der Mann blieb auf dem vollen Schaden sitzen.

Kündungsrisiko?

Gebäudeversicherer kündigen nach einem Wasserschaden gern den Vertrag. Hintergrund: Solche Schäden häufen sich mit zunehmendem Alter des Hauses. Wer sich deshalb anderswo einen neuen Vertrag sucht, muss angeben, dass der bisherige Versicherer gekündigt hat. Dann ist es schwierig, einen neuen Anbieter zu finden. Als Alternative bieten einige Versicherer an, den Vertrag zu einem höheren Preis oder mit einer höheren Selbstbeteiligung weiterzuführen. Das ist meist der vorteilhaftere Weg. Oder: Bei einer eher kleinen Reparatursumme sollte man überlegen, das Ganze aus eigener Tasche zu bezahlen.

Ein Wasserschaden ist nicht nur ärgerlich – egal ob das Wasser aus einer Leitung oder einer natürlichen Quelle stammt, egal ob man als Eigentümer, Mieter oder sonstiger Bewohner betroffen ist. Ein Wasserschaden kann auch wirtschaftlich existenzbedrohende Dimensionen einnehmen. Der Umstand, dass die meisten Schäden versichert sind, begrenzt zwar in vielen Fällen die materiellen Verluste. Andererseits sind – wie in jedem Mehrparteienverhältnis – die Vertragsverhältnisse voneinander abzugrenzen.

Sowohl die Auseinandersetzung mit der Versicherung als auch die Korrespondenz mit sonstigen Beteiligten (Hausverwaltung/Unternehmer/weitere Versicherungen) kostet nicht selten zusätzlich Zeit und Nerven. Darüber hinaus werden – bei unsachgemäßer Abwicklung – weitere Schäden bedingt.

Versicherter Leitungswasserschaden in einer Wohnungseigentümergeinschaft

Wer aber „mal richtig Spaß“ haben will, der bekommt den mit einem Wasserschaden in einer Wohnungseigentümergeinschaft. Denn nur in den seltensten Fällen tut einem das kühle Nass den Gefallen, nur das Gemeinschaftseigentum oder nur das Sondereigentum zu beschädigen. Eigentlich immer sind Gebäudeteile betroffen, die sowohl im Eigentum eines einzelnen Mitglieds der WEG stehen als auch der Gemeinschaft insgesamt zugeordnet werden.

In vielen Gebäudeversicherungsverträgen findet sich die Klausel, dass nur **die Gemeinschaft als Ganzes** den Schaden mit der Versicherung regulieren kann. Zumindest bis zu einer Neufassung der allgemeinen Wohngebäudeversicherungsbedingungen im Jahr 2016 (VGB 2016) war das praktisch immer der Fall.

Diese Regelung, die auch heute immer noch in Versicherungsverträgen vereinbart werden kann, birgt für die Beziehungen innerhalb der Gemeinschaft jede Menge Sprengstoff. Denn praktisch immer ist von dem Schaden zum größten Teil das Sondereigentum betroffen. Dementsprechend entstehen auch die meisten Konfliktlinien zwischen der Versicherung und dem geschädigten Eigentümer – beispielsweise, wenn es darum geht, in welchem Umfang Schadensbeseitigungsarbeiten durchzuführen sind, ob es einen „Abzug neu für alt“ geben muss oder die beauftragten Handwerker mangelhafte Arbeit geleistet haben.

Versicherung will nicht mit dem Sondereigentümer verhandeln

In diesen Fällen weigern sich Versicherungen regelmäßig mit Verweis auf die entsprechende **Klausel** im Versicherungsvertrag, mit dem Sondereigentümer direkt den Schaden zu regulieren. Sie will nur mit der Gemeinschaft insgesamt reden, deren Mitglieder ihrerseits

erfahrungsgemäß nur ein sehr geringes Bedürfnis haben, mit dem Gebäudeversicherer über Schäden zu verhandeln, die sie überhaupt nicht betreffen.

Das Ergebnis ist dann, dass der Sondereigentümer seine Gemeinschaft „zum Jagen tragen“ muss, damit diese seine **Ersatzansprüche** gegenüber der **Versicherung** geltend macht und gegebenenfalls auch einklagt. Folgt die WEG ihm nicht und beschließt kein entsprechendes Vorgehen, bliebe dem einzelnen Eigentümer nur noch ein gerichtliches **Beschlussersetzungsverfahren** gegen die anderen Eigentümer, um im nächsten Schritt gegen die Versicherung vorgehen zu können.

Faktische Problemstellung: „Das Schweigen im Wald“

Mögliche Vorgehensweise: Gemeinschaft ermächtigt den Sondereigentümer

Es gibt allerdings einen Ausweg aus dieser Misere, der vom Landgericht Münster als zulässig entschieden wurde. Danach ermächtigt die WEG den Sondereigentümer **durch Beschluss, seine Entschädigungsansprüche im eigenen Namen gegenüber dem Versicherer geltend zu machen und tritt diese Ansprüche ihm gegenüber ab.**

Auch hier verwies die Versicherung zunächst auf die Klausel, dass nur die Eigentümergeinschaft die Rechte geltend machen kann. Das sah das Gericht jedoch anders und urteilte, dass sich die Versicherung nicht auf diese Regelung im Versicherungsvertrag berufen könne, wenn die Gemeinschaft einen entsprechenden Beschluss gefasst habe (LG Münster, Urteil vom 19. September 2019 – 15 S 23/15).

Sofern die Gemeinschaft nicht abtreten will bzw. die beauftragte Hausverwaltung nicht oder nur sehr zurückhaltend kommuniziert stellt sich die Frage der entsprechend möglichen Vorgehensweise.

Gebäudeversicherung – Rechte des Versicherten

Bei der Gebäudeversicherung handelt es sich um einen sog. Vertrag mit Schutzwirkung für Dritte. Versicherungsnehmer ist die Gemeinschaft der Wohnungseigentümer, vertreten durch die Hausverwaltung.

§ 44 Abs. 1 S. 1 VVG

Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu.

Dem Versicherten steht der Anspruch auf die Versicherungsleistung und alle Rechte, die mit der Entschädigung zusammenhängen (Celle VersR 2008, 1537; OGH VersR 2013, 651), also auch der Anspruch auf Zinsen, auf Ersatz des Verzugsschadens, auf Aufwendungsersatz (§§ 83, 85 VVG), soweit der Aufwand dem Versicherten zur Last fällt, und der Anspruch aus einer Kulanzzusage des Versicherers, zu.

Der Versicherte kann verlangen, dass ihm der Versicherer auf Verlangen Einsicht in den Versicherungsschein gewährt und ihm gestattet Abschriften oder Kopien anzufertigen.

Erleichterte Geltendmachung durch den Versicherten

Versicherungsnehmer (GdWE) und Versicherer können die Geltendmachung durch den Versicherten auch erleichtern, also insbesondere vereinbaren, dass die Geltendmachung durch den Versicherten ohne Rücksicht auf § 44 Abs. 2 VVG zulässig ist (BGH NJW 2017, 2466; LG München VersR 2005, 593; LG Wiesbaden VersR 2005, 545).

Zudem ist der Versicherte meist zur alleinigen Geltendmachung befugt, wenn ihm ein Sicherungsschein erteilt wird.

Als Abbedingung der §§ 44 Abs. 2, 45 Abs. 1 VVG ist auch eine Klausel in den Bedingungen einer D & O Versicherung (Vermögensschadenhaftpflichtversicherung) auszulegen, nach der allein der Versicherte Ansprüche auf Versicherungsschutz „geltend machen“ kann.

Besondere Informations- und Fürsorgepflichten im Kontext mit dem Vertrag mit Schutzwirkung für Dritte

Grundsätzlich gilt die Relativität der Schuldverhältnisse. Ein Vertrag berechtigt und verpflichtet immer nur die direkten Vertragsparteien. Eine Ausnahme hiervon kann der Vertrag mit Schutzwirkung zugunsten Dritter sein. Dann wird die Schutzwirkung der vertraglichen Pflichten auf einen Dritten übertragen, die vertragliche Haftung wird zugunsten eines Dritten ausgeweitet. Damit dies aber möglich ist, müssen strenge Voraussetzungen erfüllt sein.

Der Vertrag mit Schutzwirkung zugunsten Dritter ist eine Rechtskonstruktion, die sich nicht direkt aus dem Gesetz ableiten lässt und dennoch eine hohe Relevanz hat. Bei einem Vertrag mit Schutzwirkung zugunsten Dritter (VSD) sind drei Parteien beteiligt, neben Schuldner und Gläubiger kommt noch ein Dritter hinzu.

Wenn nun der Schuldner dem Dritten einen Schaden zufügen würde, würden diesem keine eigenen vertraglichen Ansprüche gegen den Schuldner zustehen, da Dritter und Schuldner nicht in einer vertraglichen Beziehung zueinanderstehen. Eine Vertragsbeziehung gibt es nur zwischen Schuldner und Gläubiger. Für den Dritten blieben in diesem Fall allein deliktische Ansprüche. Die deliktische Haftung ist jedoch nicht so vorteilhaft wie die vertragliche Haftung.

Beispielsweise werden durch § 823 Absatz 1 BGB nur bestimmte Rechtsgüter geschützt und eben nicht das Vermögen an sich. Für den

Dritten besteht also durchaus ein berechtigtes Interesse daran, auf vertraglicher Basis gegen den Schuldner vorgehen zu können, und das, obwohl zwischen ihm selbst und dem Schuldner kein Vertrag besteht.

Diesem Interesse gegenüber steht aber die Relativität der Schuldverhältnisse. Durch einen Vertrag sind eben immer nur die Vertragsparteien selbst berechtigt und verpflichtet, aber nicht Dritte.

Das Gesetz kennt aber auch eine Ausnahme von diesem Grundsatz der Relativität der Schuldverhältnisse, nämlich den Vertrag zugunsten Dritter nach §§ 328 ff. BGB. Die Regelungen wurden von der Rechtsprechung als dogmatische Grundlage für den Vertrag mit Schutzwirkung zugunsten Dritter verwendet.

Schutz-, Fürsorge- und Informationspflichten sind wichtige Aspekte in Vertragsverhältnissen. Sie dienen dazu, die Interessen der Vertragsparteien zu wahren und ein faires und transparentes Vertragsverhältnis zu gewährleisten.

Informationspflichten sind gesetzlich festgelegte Verpflichtungen von Vertragspartnern, bestimmte Informationen zur Verfügung zu stellen. Diese Pflichten sollen Transparenz und Fairness im Vertragsverhältnis gewährleisten und insbesondere Verbraucher vor unangemessenen Geschäftsbedingungen schützen.

Fürsorgepflichten beziehen sich auf die Verpflichtung des Arbeitgebers, die Gesundheit und das Wohlbefinden seiner Arbeitnehmer zu schützen. Sie können sich aus verschiedenen Gesetzen und Regelungen ergeben, wie dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), dem Handelsgesetzbuch (HGB), dem Telemediengesetz (TMG), dem Unterlassungsklagengesetz (UKlaG), dem Verbraucherinformationsgesetz (VIG) und den EU-Verbraucherschutzrichtlinien.

Ein **Vertrag mit Schutzwirkung zugunsten Dritter** ist eine rechtliche Konstruktion, in der zwei Vertragsparteien Vereinbarungen treffen, die im Interesse einer dritten Person liegen. Diese dritte Person ist zwar nicht Vertragspartei, kann aber dennoch Rechte aus dem Vertrag ableiten.

Ein Beispiel für einen Vertrag mit Schutzwirkung zugunsten Dritter ist die Beauftragung eines Architekten durch einen Bauherrn. Der Architekt schuldet dem Bauherrn seine Planungsleistungen und trägt die Verantwortung für eventuelle Planungsfehler. Ein späterer Erwerber des Gebäudes, der selbst keine Vertragspartei ist, kann jedoch aufgrund der Schutzwirkung des Vertrags Ansprüche gegen den Architekten geltend machen, wenn er durch die Planungsfehler geschädigt wird.

IX. Rechtliche Auswirkungen von Demenz im Erwerbsleben

Jessica Jacobi

Fälle von Demenz im Arbeitsleben sind eher selten; Demenz tritt in den meisten Fällen erst mit höherem Alter auf. Allerdings wächst die Zahl der sog. Früherkrankungen, womöglich auch deshalb, weil mehr Diagnosen gestellt werden. Viele Fragen ergeben sich, wenn ein an Demenz erkrankter Mensch weiterhin berufstätig sein möchte. Wie lange ist eine Berufstätigkeit bei Demenz oder einer sonstigen geistigen Beeinträchtigung möglich? Wann muss ein Ausstieg aus dem Beruf oder überhaupt aus der Erwerbstätigkeit teilweise oder ganz erfolgen?

Immerhin sind sowohl das Recht auf Teilnahme am Erwerbsleben als auch das Recht auf Teilhabe als schwerbehinderter Mensch grundrechtlich geschützt. So heißt es in Art. 12 GG: „Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. ...“ Art. 3 Abs. 2 S. 2 GG lautet: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ Das bedeutet, dass ein Mensch, solange er noch – auch eingeschränkt – erwerbsfähig (§ 8 SGB II) sein kann, nicht gegen seinen Willen von der Teilhabe am Erwerbsleben ausgeschlossen werden darf. Nach § 8 Abs. 1 SGB II ist „erwerbsfähig, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“ Zudem steht dem demenzkranken Menschen, sofern er denn als Schwerbehinderter einzustufen ist, ein Recht auf Teilhabe i. S. der UN-Behindertenrechtskonvention zu.

Wie alle Grundrechte können auch das Recht auf Teilnahme am Erwerbsleben und das Recht auf Teilhabe nicht schrankenlos gewährt werden. Sie sind vielmehr einzuschränken, wenn ein an Demenz erkrankter Mensch aufgrund seiner Krankheit seine Arbeitsleistung nicht mehr wie vereinbart erbringen kann. Nachstehend werden einige Fallkonstellationen besprochen.

1. Demenz im Arbeitsrecht

1.1 Frage nach einer Offenbarungspflicht und Reaktionsmöglichkeiten für Arbeitgeber

Die Personalerin eines größeren Unternehmens berichtete von einem tragischen Fall, in welchem die Demenz einer Arbeitnehmerin lange Zeit unerkannt blieb. Unerledigte Aufgaben wurden erst nach langer Zeit zufällig entdeckt. Dabei ist es nicht ungewöhnlich, dass Betroffene sich zahlreiche Hilfsstrategien überlegen, um das schwindende Gedächtnis zu ersetzen. So fällt die Krankheit erst spät auf.

Erst wenn sich die Ausfälle häufen, bemerken Kollegen oder Vorgesetzte, dass etwas nicht stimmt. Betroffene reagieren oft zurückhaltend bis abweisend, wenn sie darauf angesprochen werden. Es kann daher helfen, das Arbeitsverhalten und etwaige Ausfälle über einige Zeit zu dokumentieren. Solche Notizen können dann eine sachliche Grundlage bieten für ein Gespräch mit dem oder der Betroffenen. Ziel eines solchen Gesprächs könnte es sein, das Problem offen zu besprechen, einen Arztbesuch naheulegen, womöglich einen leidensgerechten Arbeitsplatz zu schaffen (hierzu im Folgenden).

Aber gibt es eine Verpflichtung der Betroffenen zur Offenlegung? Grundsätzlich nein. Aus der sog. Treuepflicht der Arbeitnehmer ergibt sich allerdings eine allgemeine Pflicht vermeidbare Schäden vom Unternehmen abzuwenden. Mindestens also dann, wenn Personenschäden oder Sicherheitsrisiken zu befürchten sind, ist eine solche Pflicht zur Offenlegung naheliegend. Das könnte etwa zutreffen für medizinisches Personal oder für Busfahrer. Eine andere Frage ist aber, ob es nicht sogar ratsam sein könnte, angesichts ohnehin bevorstehender Schwierigkeiten proaktiv mit der Erkrankung umzugehen, und gemeinsam nach einer Lösung zu suchen.

1.2 Gestaltung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes

Ein positives Beispiel für einen offensiv-positiven Umgang mit Demenz: Im japanischen „Restaurant of Mistaken Orders“ arbeiten Kellner und Kellnerinnen, die an Demenz erkrankt sind. Das Restaurant möchte so den Betroffenen ermöglichen, weiterhin aktiv am Leben teilzunehmen. Nicht immer bekommen die Gäste dort also das, was sie bestellt hatten. Dennoch ist dies, ähnlich wie von Blinden betriebene Restaurants in völliger Dunkelheit, ein schönes Beispiel für eine positive Integration.

Nicht in allen Tätigkeiten lässt sich ein leidensgerechter Arbeitsplatz leicht gestalten, aber der Versuch sollte gemacht werden. Arbeitgeber sind verpflichtet, bei umfangreicheren Krankheitszeiten ein sogenanntes betriebliches Eingliederungsmanagement, kurz: BEM, durchzuführen (§ 167 SGB IX). Dieses Verfahren, in der Regel unter Beteiligung von Betroffenen, Personalabteilung, Betriebs- oder Personalrat sowie ggf. dem oder der Betriebsärztin, dient dazu Ursachen von Erkrankungen zu erforschen und nach Lösungen zu suchen.

Bei Demenz besteht die Besonderheit, dass es sich um eine degressive Krankheit handelt, bei der sich das Krankheitsbild im Laufe der Zeit verändert. Es kann also erforderlich sein, die Aufgaben stets dem Krankheitsverlauf anzupassen, soweit dies betrieblich möglich ist.

In der Anfangszeit einer Demenz mag auch eine Teilzeittätigkeit eine Lösung sein, um eine hohe Stressbelastung und damit zusätzliche Krankheitsschübe zu vermeiden. Weitere Varianten sind vor allem die Umverteilung von Aufgaben. Routinetätigkeiten, die vor langer Zeit erlernt wurden, mögen noch deutlich länger möglich sein als neuartige Aufgaben, bei denen man sich viele Details merken muss.

Sicherheitsrelevante Tätigkeiten, oder besonders anstrengende oder neuartige Aufgaben, sind zu vermeiden. So hat das Sozialgericht Mainz mit Urteil vom 20.01.2022 – S 3 KA 9720 – entschieden, dass eine Fachärztin mit beginnender Demenz vom vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst zu befreien ist, auch wenn sie ihre Praxis im Übrigen mit personeller Unterstützung noch weiter führt. Zur Begründung führte das Gericht aus, die Klägerin, eine Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, sei mit den teilweise fachfremden und unvorhersehbaren Aufgaben im Bereitschaftsdienst eher überfordert als mit dem eigenen Praxisbetrieb. Es entspräche gerade dem Krankheitsbild, dass jahrelang ausgeübte Routinearbeiten mit Unterstützung durch das Praxispersonal noch adäquat bewältigt werden können.

Durch eine Umgestaltung der Tätigkeit kann auch vermieden werden, dass es infolge der Demenz zu Schäden kommt. Eine Haftung auf Arbeitnehmerseite ist generell selten, da sie von der Rechtsprechung auf vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten beschränkt ist. Denkbar ist aber eine Haftung des Arbeitgebers im Außenverhältnis. Diese ist

typischerweise durch eine Unternehmenshaftpflichtversicherung abgedeckt, sei es für Unfallschäden, für Fehlberatung etc.

1.3 Krankschreibung wegen Demenz

1.3.1 Krankschreibung

Demenzkranken Menschen sind dann krankzuschreiben, wenn sie „arbeitsunfähig“ erkrankt sind. Nicht jede Erkrankung führt zwingend zur Arbeitsunfähigkeit. Die Einschätzung erfolgt durch den betreuenden Arzt im Gespräch mit dem Betroffenen. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung hat einen hohen Beweiswert. Betroffene haben Anspruch auf Entgeltfortzahlung für bis zu sechs Wochen je Krankheitsfall.

Dennoch kann es ratsam sein, nicht allzu früh aus dem aktiven Arbeitsleben auszuscheiden. Dafür gibt es wirtschaftliche ebenso wie medizinische Gründe. Das schon erwähnte Instrument des sog. BEM (s. o.) kann Betroffene maßgeblich darin unterstützen, ihren Arbeitsplatz möglichst lange zu erhalten und finanzielle Nachteile abzufedern. Ist der Demenzkranke als schwerbehinderter Mensch anerkannt, so kann der Integrationsfachdienst (§ 192 SGB IX) Arbeitgeber und Arbeitnehmer wie folgt unterstützen:

- Einschätzung von Interessen, Bedürfnissen und Fähigkeiten der Erkrankten
- qualifizierte Begleitung von Erkrankten
- Aufklärung und Beratung von Unternehmen zu Art und Auswirkungen der Erkrankung
- Nachbetreuung
- Krisenintervention

- psychosoziale Beratung.

1.3.2 Krankengeld

Endet die Entgeltfortzahlung, so besteht für gesetzlich Versicherte ein Anspruch auf Krankengeld für bis zu 78 Wochen, § 48 SGB V. Während des Krankengeldbezuges werden weiter Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt. Damit können Betroffene später auf eine höhere Rente zurückgreifen. In der privaten Krankenversicherung besteht je nach Art der abgeschlossenen Versicherung ein Anspruch auf Krankentagegeld. Nach dem Ende des Krankengeldbezugs bleibt, sofern die Rückkehr an den Arbeitsplatz ausgeschlossen ist, oft nur der Wechsel in das sog. Bürgergeld nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) II, oder die Erwerbsminderungsrente (siehe hierzu im Folgenden).

1.3.3 Rehabilitationsmaßnahmen/Kur

Betroffene im frühen und mittleren Stadium einer Demenz können von einem Reha-Angebot profitieren, das gezielt auf ihre Symptome eingeht. Dies gilt unabhängig davon, ob eine Reha-Maßnahme wegen der Demenz selbst oder wegen einer anderen Erkrankung notwendig wird. Da es bei Demenzerkrankungen aber derzeit keine Heilungschancen gibt, ist es oft schwierig eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse zu erreichen.

1.4 Anerkennung als schwerbehinderter Mensch und Rechtsfolgen

1.4.1 Anerkennung durch das Versorgungsamt

Die Anerkennung als schwerbehinderter Mensch erfolgt grundsätzlich durch die nach Landesrecht zuständige Behörde, in vielen Fällen das sog. Versorgungsamt, § 152 SGB IX. Je nach Schwere der Erkrankung wird der Grad der Behinderung bei Demenz in mittleren Fällen in der Regel mit 50 oder 60 %, in schweren Fällen mit 70 bis 100 % anerkannt.

Schwerbehinderte Menschen haben Anspruch auf eine Woche zusätzlichen Erholungsurlaub im Jahr, § 208 SGB IX.

1.4.2 Sonderkündigungsschutz

Sofern die Demenz als eine Schwerbehinderung anerkannt ist, haben die betroffenen Menschen einen Anspruch auf einen leidensgerechten Arbeitsplatz. Sie sind überdies besonders gegen Kündigung geschützt. Die Kündigung des schwerbehinderten Menschen bedarf der vorherigen Zustimmung des Integrationsamts.

1.4.3 Unterstützung durch das Integrationsamt

Unterstützung bietet auch das Integrationsamt. Angestellte des Integrationsamtes können den Arbeitsplatz des Betroffenen aufsuchen, um sich dort ein Bild von den Anforderungen zu machen. Gemeinsam werden sodann die Fähigkeiten und Grenzen ermittelt. So kann im Idealfall ein Arbeitsplatz gefunden werden, die der jeweils aktuellen Leistungsfähigkeit entspricht und insgesamt weniger belastend ist.

1.4.4 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Schwerbehinderte haben Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 49 SGB IX). Hierzu gehört vor allem eine Erstattung der

Kosten für eine notwendige Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen, aber auch Kosten für notwendige Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen sowie das Training motorischer Fähigkeiten. Die Kosten erforderlicher Leistungen werden durch die Rentenversicherung übernommen.

1.4.5 Vorgezogene Altersrente

Wer als schwerbehinderter Mensch anerkannt ist, hat das Recht, vorzeitig in Altersrente zu gehen (mit Vollendung des 62. Lebensjahrs mit Abschlägen oder mit Vollendung des 65. Lebensjahres ohne Abschläge, §§ 37, 236a SGB VI).

1.4.6 Integrationsvereinbarung mit der Schwerbehindertenvertretung

Ist bei dem Arbeitgeber eine Schwerbehindertenvertretung gebildet, so trifft er mit dem Arbeitgeber eine Integrationsvereinbarung (künftig: Inklusionsvereinbarung), § 166 SGB IX. Darin können insbesondere auch Regelungen getroffen werden

- zur angemessenen Berücksichtigung schwerbehinderter Menschen bei der Besetzung freier, frei werdender oder neuer Stellen,
- zu einer anzustrebenden Beschäftigungsquote, einschließlich eines angemessenen Anteils schwerbehinderter Frauen,
- zu Teilzeitarbeit,
- zur Ausbildung behinderter Jugendlicher,
- zur Durchführung der betrieblichen Prävention (betriebliches Eingliederungsmanagement) und zur Gesundheitsförderung,
-

über die Hinzuziehung des Werks- oder Betriebsarztes auch für Beratungen über Leistungen zur Teilhabe sowie über besondere Hilfen im Arbeitsleben.

Ferner dient die Schwerbehindertenvertretung als weitere Anlaufstelle für die betroffenen Menschen.

1.5 Erwerbsminderungsrente

Versicherte in der gesetzlichen Rentenversicherung haben Anspruch auf Erwerbsminderungsrente, soweit sie erwerbsgemindert sind und bestimmte Wartezeiten erfüllen (in den letzten fünf Jahren wenigstens drei Jahre lang Pflichtbeiträge entrichtet plus Erfüllung der allg. Wartezeit). Voll erwerbsgemindert ist, wer nicht imstande ist, unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarkts wenigstens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein, § 43 SGB VI.

Die Höhe der Erwerbsminderungsrente ist abhängig von verschiedenen Faktoren, Beitragszeiten in der Deutschen Rentenversicherung, Höhe des Verdienstes und dem Lebensalter der Betroffenen.

1.6 Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit einem demenzkranken Menschen

Das Arbeitsverhältnis kann einvernehmlich oder einseitig durch Kündigung beendet werden. In der Beratungspraxis kommen immer wieder Fälle vor, in denen der Arbeitgeber uns um einen Vorschlag für eine einvernehmliche Beendigung bittet, die den nicht mehr arbeitsfähigen Arbeitnehmer bestmöglich absichert und „in die Rente hinüberrettet“. Das betrifft nicht nur Fälle von Demenzerkrankung, sondern auch andere Fälle, in denen der

Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin nicht mehr imstande ist, den vereinbarten Beruf auszuüben. Je nach Lebensalter des oder der Beschäftigten versuchen wir dann aus verschiedenen Optionen etwas zu gestalten:

- Krankheit und Krankengeld
- Erwerbsminderungsrente
- Arbeitslosigkeit (bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit nur bedingt geeignet)
- Ggf. vorgezogene Altersrente als schwerbehinderter Mensch
- Ggf. auch eine Einmalzahlung des Arbeitgebers (Abfindung), der als zusätzlicher „freiwilliger“ Beitrag in die gesetzliche Rentenversicherung oder in eine private Zusatzrentenversicherung eingezahlt wird

Einseitig kann das Arbeitsverhältnis durch eine Kündigung beendet werden. Die arbeitnehmerseitige Kündigung ist selten ratsam, auch wenn sie in Fällen von krankheitsbedingter Unzumutbarkeit nicht immer zu Nachteilen beim Arbeitslosengeld führen muss (§ 159 SGB III).

Die arbeitgeberseitige Kündigung wegen Krankheit (personenbedingte Kündigung) gliedert sich im Wesentlichen in zwei Fallgruppen:

- Häufige krankheitsbedingte Fehlzeiten über sechs Wochen im Jahr und einen Zeitraum von etwa drei Jahren bei resultierenden betrieblichen Beeinträchtigungen, oder
- Langzeiterkrankung von mindestens eineinhalb Jahren.

In beiden Fällen muss der Kündigung ein oder meist mehrere BEMs (s. o.) vorausgehen. Ferner ist der Betriebsrat und – soweit vorhanden – die Schwerbehindertenvertretung vor Ausspruch der Kündigung zu beteiligen. Im Rechtsstreit muss der oder die Betroffene eine positive Zukunftsprognose aufzeigen, typischerweise durch Entbindung der Ärzte

von der Schweigepflicht. Die große Mehrzahl der Kündigungsschutzprozesse, nicht nur der krankheitsbedingten, endet in einem Prozessvergleich, wonach das Arbeitsverhältnis gegen Zahlung einer Abfindung – und/oder einer längeren bezahlten Freistellung – beendet wird.

2. Demenz im Beamten-, Richter- und Soldatenrecht

Im öffentlichen Dienst sind schwerbehinderte Bewerber bevorzugt einzustellen, § 165 SGB IX. Diese Verpflichtung gilt für Beamte, aber auch für Angestellte im öffentlichen Dienst, deren Arbeitsverhältnis durch die Tarifverträge des Bundes oder der Länder geregelt ist, deren Absicherung im Übrigen aber eher der von Arbeitnehmern (s. o.) entspricht. Ferner sind die besonderen Vorschriften für die Besetzung der Beamtenstellen auch für schwerbehinderte Beamte so zu gestalten, dass die Einstellung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen gefördert und ein angemessener Anteil schwerbehinderter Menschen unter den Beamten und Beamtinnen erreicht wird, § 211 SGB IX. Dasselbe gilt für Richter und auch für Soldaten, bei Letzteren, soweit es mit den Besonderheiten des Dienstverhältnisses vereinbar ist.

Der Amtsarzt überprüft Beamte, Soldaten und Richter vor der Einstellung auf deren berufliche Eignung, § 44 BBG. Angesichts der Altersgrenze für die Verbeamtung von – je nach Bundesland – derzeit 42 bis 52 Jahren sind Fälle von Demenz in diesem Zeitpunkt selten. Bei Zweifeln an der Dienstfähigkeit eines Beamten kann dieser auch später noch zu einer amtsärztlichen Untersuchung verpflichtet sein. Dienstunfähige Beamte

haben in der Regel Anspruch auf Versetzung in den vorzeitigen Ruhestand und auf Versorgung durch den Dienstherrn (§ 44 ff. BBG).

3. Demenz im Recht von Freiberuflern

3.1 Freiberufler und deren übliche Absicherung

Freiberufler sind Personen, die eine wissenschaftliche, künstlerische, schriftstellerische, unterrichtende oder erzieherische Tätigkeit selbstständig ausüben, § 18 EStG. Dazu gehören Ärzte, Therapeuten, Rechtsanwälte, Steuerberater, Notare, Architekten oder Dolmetscher. Anders als Arbeitnehmer sind sie befreit von der Pflichtmitgliedschaft in der Sozialversicherung – aber auch entsprechend weniger abgesichert.

Im Hinblick auf ihre Altersvorsorge sind die Mitglieder dieser sog. verkammerten Berufe in der Regel Mitglied im Versorgungswerk und von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit, § 6 SGB VI. Das gilt für selbstständige, aber auch für angestellte Mitglieder dieser Berufe.

Selbstständige Freiberufler sind in der Regel Mitglieder in einer privaten Krankenversicherung oder freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung. Angestellte Freiberufler können sich von der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung befreien lassen, wenn ihr jährliches Bruttoeinkommen über der sog. Jahresarbeitsentgeltgrenze (im Jahr 2024: Euro 69.300) liegt, § 6 SGB V.

Selbstständige Freiberufler können in die freiwillige Arbeitslosenversicherung einzahlen, was aber in der Praxis selten vorkommt.

3.2 Absicherung im Fall einer Demenzerkrankung

Große Probleme können entstehen, wenn ein Vertreter eines freien Berufes erkrankt. Ein Beispiel hierfür ist die Demenzerkrankung eines selbstständigen Rechtsanwalts in Einzelkanzlei. Entscheidend für die Frage der Berufsunfähigkeit ist insoweit, ob bei ihm gesundheitliche Gründe vorliegen, die ihm nach ihrer Art und ihrem Gewicht die ordnungsmäßige Ausübung des Berufs des Rechtsanwalts, insbesondere die sachgemäße und sorgfältige Wahrnehmung der Interessen der Rechtsuchenden dauernd unmöglich machen.

Ist dies der Fall, so ist zunächst zu prüfen, ob und inwieweit eine Absicherung in seiner Krankenversicherung besteht, sei diese privat oder gesetzlich. Sodann greift in der Regel die Berufsunfähigkeitsabsicherung seines örtlichen Versorgungswerks. Diese Leistungen werden erst ausgezahlt, wenn die Anwaltszulassung zurückgegeben wird, wenn also eine Berufsunfähigkeit von 100 % vorliegt (OVG NRW, Urteil v. 14.12.2011 – 17 A 395/10 zum ähnlich gelagerten Fall eines unter Panikanfällen leidenden Strafverteidigers). Die Absicherung im Versorgungswerk ist ein bestimmter Prozentsatz der späteren Altersrente, in Berlin z. B. etwa 70 %. Die durchschnittliche Altersrente aus dem Rechtsanwaltsversorgungswerk in Berlin lag 2023 bei Euro 2.092. Wenn der an Demenz erkrankte Rechtsanwalt hiervon 70 % bekommt, ist naheliegend, dass dies zur Beibehaltung des vorherigen Lebensstandards nicht ausreichen wird. Private Vorsorge (wie der Name schon sagt: im Vorhinein) wäre daher ratsam gewesen.

4. Demenz im Unternehmensrecht. Kann man als Demenzkranker ein Unternehmen führen?

Solange der oder die Demenzkranke volljährig und nicht unter Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt gestellt ist, kann er oder sie grundsätzlich ein Unternehmen führen. Das ist Ausdruck der grundgesetzlich verankerten allgemeinen Handlungsfreiheit. Eine Betreuung gegen den Willen des Betreuten kann nur angeordnet werden, wenn dem Betroffenen die Fähigkeit fehlt, seinen Willen frei zu bilden und die Bedeutung der Betreuung für seine Lebensgestaltung zu erkennen (§ 1814 Abs. 1a BGB). Eine Unternehmensführung geschieht generell auf eigenes Risiko, und es fällt in das allgemeine Lebensrisiko der Vertragspartner des Demenzkranken, dass dieser infolge der Erkrankung Fehler machen könnte.

4.1 Demenz in Führungspositionen von Gesellschaften

Zu den Führungspositionen in Gesellschaften gehören vor allem die Mitglieder des Vorstands einer Aktiengesellschaft sowie die Geschäftsführer einer GmbH (sog. Organmitglieder). Beide sind keine Arbeitnehmer. Für Vorstandsmitglieder sind keine Sozialversicherungsabgaben abzuführen, für GmbH-Geschäftsführer in der Regel ja, es sei denn, sie verfügen über eine sog. Sperrminorität als Gesellschafter. Dementsprechend geringer ist die Absicherung, sodass häufig private Versicherungen als Alternative genutzt werden.

Bei Erkrankung gilt bei beiden nicht die arbeitsrechtliche Pflicht zur Entgeltfortzahlung der Vergütung für sechs Wochen je Krankheit. Stattdessen enthalten die Dienstverträge typischerweise eine Klausel,

wonach im Krankheitsfall die Vergütung, jedenfalls das Festgehalt, für einen vereinbarten Zeitraum fortgezahlt wird, in der Regel zwischen sechs Wochen und einem Jahr.

Vorstandsmitglieder und Geschäftsführer trifft eine erhöhte Verantwortung und anders als Arbeitnehmer ein durchaus reales Haftungsrisiko. Der Gesetzgeber hat daher für erkrankte Organe von größeren Gesellschaften die Möglichkeit eingeführt, sich für eine Dauer von in der Regel drei Monaten aus dem Amt abberufen zu lassen, § 38 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 GmbHG bzw. § 84 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 AktG. Eine solche kurzfristige Freistellung ist keine Dauerlösung. Sie mag aber in der schwierigen Anfangsphase bei Symptomen bis zu einer verlässlichen Diagnose eine Gestaltungsmöglichkeit sein.

Daneben trifft Organmitglieder eine erhöhte Treuepflicht gegenüber der Gesellschaft. Je nach Fallgestaltung kann sich daraus eine Verpflichtung ergeben, den Aufsichtsrat oder die Gesellschafterversammlung über eine Demenzerkrankung zu informieren.

4.2 Demenz bei Einzelunternehmern

Sehr schwierig ist auch die Situation bei Einzelunternehmern, wenn diese krank werden. Gerade Selbstständige mit kleinem Einkommen versäumen es oft beizeiten für die eigene Absicherung zu sorgen. Als Selbstständige sind sie grundsätzlich nicht sozialversicherungspflichtig. Eine Ausnahme bildet die Rentenversicherungspflicht der arbeitnehmerähnlichen Person mit einem Hauptauftraggeber, § 2 S. 1 Nr. 9 SGB VI.

Gerade junge Selbstständige lehnen häufig eine Arbeitnehmerstellung bewusst ab, weil sie die – kurzfristigen – Vorteile der Selbstständigkeit schätzen. In den letzten Jahren war es oft schwierig einen IT-Experten zu

finden, der zu einer Anstellung bereit war. Aber es gibt auch Unternehmen, die es bevorzugen einige Aufgaben an Freelancer auszulagern, trotz des Risikos einer sog. Scheinselbstständigkeit.

Inwieweit sich der oder die Selbstständige oder Freelancer im Fall einer Demenzerkrankung noch über das Argument der Scheinselbstständigkeit in das Angestelltenverhältnis „retten“ kann, hängt vom Vertrag und der tatsächlich gelebten Zusammenarbeit ab: Wer jeden Tag von 9:00 bis 17:00 Uhr im Betrieb des Auftraggebers kleinteilige Aufgaben nach Weisung erfüllt, und jeden Monat denselben Fixbetrag bezahlt bekommt, ist höchstwahrscheinlich eher Arbeitnehmer.

Die Folge des Status als Selbstständiger ist, dass diese wenig oder gar keine Absicherung in der Sozialversicherung haben. Das gilt insbesondere dann, wenn der oder die Selbstständige es auch versäumt haben, eine private Krankenversicherung abzuschließen. Die Anerkennung als schwerbehinderter Mensch mit den dazugehörigen Vorteilen steht auch Einzelunternehmern offen.

5. Weiterführende Informationen für Betroffene und für Unternehmen

Sehr empfehlenswert ist die 2024 erschienene Broschüre „Demenz und Berufstätigkeit. Neue Perspektiven für Unternehmen und Behörden“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für Unternehmen und für Demenzkranke und deren Angehörige: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/236350/03183f2768fd79b7eb319c81b001und-berufstaetigkeit-data.pdf> .

Ebenfalls hilfreich ist die Anlaufstelle für Demenzkranke in jüngeren Jahren: <https://demenz-vor-65.de/> .

X. Rechtliche Fragen bei Demenz im Verkehrsrecht

Sigrun von Hasseln-Grindel

1. Das Recht auf Mobilität als grundrechtlich geschützte Mindestvoraussetzung für ein menschenwürdiges Dasein

Das Recht auf Teilnahme am Straßenverkehr eines jeden Menschen und die damit verbundene Pflicht auf Sicherstellung der persönlichen Mobilität durch den Staat und Einrichtungen der Daseinsvorsorge haben als „Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein“ [144] in unserem Rechtsstaat Verfassungsrang. Jedem Menschen ist sein durch das Grundgesetz geschütztes Recht auf Mobilität – auch geregelt in Artikel 20 UN-BRK [145] – zu gewähren. Mobilität hat Grundrechtscharakter, sei es über die grundgesetzlich garantierte Achtung der Menschenwürde (Art. 1 GG), Freiheitsrechte (Art. 2 GG), das Gleichheitsgebot (Art. 3 GG), die Versammlungsfreiheit (Art. 8 GG), die Freizügigkeit (Art. 11 GG) oder die Berufsfreiheit (Art. 12).

So hat das Bundesverfassungsgericht in dem Beschluss vom 25.02.2009 (1 BvR 120/09) entschieden, dass einer an ALS leidenden, fast vollständig gelähmten Frau ein Spezialrollstuhl nicht verweigert werden dürfe. Aus Art. 1 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip folge ein

Anspruch auf die Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein. Dazu gehöre auch das Interesse der Beschwerdeführerin, im Rahmen ihrer krankheitsbedingt sehr eingeschränkten Möglichkeiten im Wohnumfeld einen Rest an Mobilität zu erhalten.

Ebenso hat das Bundessozialgericht (BSG) am 18. April 2024 [146] entschieden, dass die Krankenversicherung, wenn ein Mitglied schwerbehindert an den Rollstuhl gefesselt ist, im Rahmen des mittelbaren Behinderungsausgleichs auch für mechanische Hilfsmittel aufkommen muss, die zur Überwindung von weiteren Entfernungen als nur „fußläufigen Entfernungen“ konstruiert sind, um dem „Recht auf Mobilität“ (Art. 20 UN-Behindertenrechtskonvention) zu entsprechen. Denn um ein selbstbestimmtes und auch selbstständiges Leben als Schwerbehinderter führen zu können, müsse man in der Lage sein, trotz Einschränkungen alle für das Alltagsleben maßgeblichen Orte erreichen zu können. Je nach den örtlichen Gegebenheiten könne dies dazu führen, dass ein Anspruch auf ein motorisiertes Rollstuhlgerät entstehen könne.

Kaum ein Mensch möchte die starke Rechtsposition, die das Recht auf Teilnahme am Straßenverkehr hat, missen. Denn fast jeder Mensch ist Verkehrsteilnehmer. Die Straße ist jener Bereich, in der alle Mitglieder einer Gesellschaft zusammentreffen, ob sie wollen oder nicht. Jeder muss Straßen, Wege und Plätze benutzen, wenn er zum Arzt, zur Apotheke, zum Supermarkt, zum Seniorentreff, zur eigenen Familie, zu Freunden gelangen oder sich Dinge des täglichen Lebensbedarfes besorgen möchte. Auch Menschen, die an Demenz erkrankt sind, gehören zu unseren Verkehrsteilnehmern: sei es als Fußgänger, als Rollstuhlbenutzer, als Elektro-Mobil-Fahrer, als Radfahrer, als Mofafahrer, als Autofahrer.

„Verkehrsrecht ist gelebtes Recht: Die Menschen erleben das Verkehrsrecht im wahrsten Sinne des Wortes Tag für Tag auf der Straße. So ist es nicht

zuletzt das Verkehrsrecht, welches das Bild prägt, das sich die Menschen von der Welt des Rechts machen. Insofern kommt die Akzeptanz des Verkehrsrechts zugleich der Akzeptanz des Rechts im Allgemeinen zugute.

[147] “

2. Das Straßenverkehrsrecht als Regularium, damit Straßenverkehr funktionieren kann

Straßenverkehr kann nur funktionieren, wenn bestimmte Regeln des Miteinander eingehalten werden. So lautet § 1 Abs. 2 Straßenverkehrsordnung (StVO) als Generalklausel: „Jeder Verkehrsteilnehmer hat sich so zu verhalten, dass kein anderer geschädigt, gefährdet oder mehr, als nach den Umständen unvermeidbar, behindert oder belästigt wird.“

2.1 Ordnungsregeln im Straßenverkehr

Ordnungsregeln, die sich auf den Straßenverkehr beziehen, sind enthalten in der StVO, FeV, StVZO, § 24a und c StVG, Elektrokleinfahrzeuge-Verordnung, Fahrzeug-Zulassungsverordnung (FZV). Diese sind von jedermann einzuhalten.

Wer dagegen verstößt, begeht eine Verkehrs-Ordnungswidrigkeit oder eine Straftat.

2.2 Die Ahndung von Verkehrsverstößen als Ordnungswidrigkeit

Eine Verkehrsordnungswidrigkeit ist eine eher geringfügige Verletzung von Ordnungsregeln, die mit einer Geldbuße – als nachdrückliche Pflichtenmahnung – geahndet wird. Zudem können die Anordnung eines Fahrverbotes und eine Punkte-Eintragung beim Fahreignungsregister in Flensburg dazu kommen. Einen detaillierten Überblick findet man im Bundeseinheitlichen Tatbestandskatalog betr. Straßenverkehrsordnungswidrigkeiten des Kraftfahrtbundesamtes, [148] der die Tatbestände aus dem Bußgeldkatalog [149] übersichtlich erfasst.

2.3 Die Ahndung von Verkehrsverstößen als Verkehrsstraftat

Verkehrsstraftaten sind Verkehrsverstöße auf öffentlichem Grund, die wegen ihrer Schwere nicht als Verkehrsordnungswidrigkeit geahndet, sondern als Vergehen oder Verbrechen bestraft werden. Strafvorschriften finden sich u. a. im Strafgesetzbuch (StGB), im Straßenverkehrsgesetz (StVG) und im Pflichtversicherungsgesetz (PflVG). Dazu gehören:

- Fahren ohne Fahrerlaubnis bzw. Fahren trotz Fahrverbot (§ 21 StVG)
- Fahren ohne Haftpflichtversicherungsschutz (§ 6 PflVG)
- Fahren unter Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten (§ 316 StGB)
- Fahrlässige Körperverletzung (§ 229 StGB)
- Fahrlässige Tötung (§ 222 StGB)
- Gefährdung des Straßenverkehrs (§ 315c StGB)
- Gefährlicher Eingriff in den Straßenverkehr (§ 315b StGB)
- Kennzeichenmissbrauch (§ 22 StVG)

- Nötigung, wenn die Zwangsausübung durch ein Kraftfahrzeug erfolgt (z. B. vorsätzlicher Abstandsverstoß unter Betätigung der Lichthupe) (§ 240 StGB)
- Unbefugter Gebrauch eines Fahrzeugs (§ 248b StGB)
- Unerlaubtes Entfernen vom Unfallort (§ 142 StGB)
- Unterlassene Hilfeleistung als Verkehrsteilnehmer (§ 323c StGB)
- Verbotene Kraftfahrzeugrennen (§ 315d StGB)
- Vollrausch (§ 323a StGB), wenn sich der Täter vorsätzlich oder fahrlässig durch alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel in einen Rausch versetzt und infolgedessen nicht bestraft werden kann, weil er infolge des Rausches schuldunfähig war oder weil dies nicht auszuschließen ist.

Verkehrsstraftaten können mit Geld- oder mit Freiheitsstrafe sowie mit Fahrverbot, Entzug der Fahrerlaubnis, Einziehung des Fahrzeugs geahndet werden. Außerdem werden sie in das Strafregister und in das Fahreignisregister eingetragen.

3. Körperliche oder geistige Mängel als Schranke für die Teilnahme am Straßenverkehr

3.1 Regelungen in der „Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr“ (Fahrerlaubnis-Verordnung – FeV)

Damit Straßenverkehr funktioniert, muss man als Verkehrsteilnehmer auch verkehrstüchtig, also in der Lage sein, Verkehrsregeln einzuhalten,

insbesondere darf man andere nicht gefährden.

So wird auf der Basis des starken Grundrechtsschutzes in § 1 „Grundregel der Zulassung“ der FeV zwar bestimmt: „Zum Verkehr auf öffentlichen Straßen ist jeder zugelassen, soweit nicht für die Zulassung zu einzelnen Verkehrsarten eine Erlaubnis (z. B. Fahrerlaubnis) vorgeschrieben ist.“

Zugleich wird aber durch § 2 FeV „Eingeschränkte Zulassung“ relativiert:

§ 2 FeV

(1) Wer sich infolge körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen nicht sicher im Verkehr bewegen kann, darf am Verkehr nur teilnehmen, wenn Vorsorge getroffen ist, dass er andere nicht gefährdet.

Die Pflicht zur Vorsorge, namentlich durch das Anbringen geeigneter Einrichtungen an Fahrzeugen, durch den Ersatz fehlender Gliedmaßen mittels künstlicher Glieder, durch Begleitung oder durch das Tragen von Abzeichen oder Kennzeichen, obliegt dem Verkehrsteilnehmer selbst oder einem für ihn Verantwortlichen.

(2) Körperlich Behinderte können ihre Behinderung durch ... geeignete, deutlich sichtbare ... Abzeichen ... kenntlich machen.

3.2 Gesetzliche Schranken für die Zulassung zum Straßenverkehr

Trotz des starken Grundrechtsschutzes wird die Zulassung zum Straßenverkehr also u. a. an folgende Bedingungen geknüpft:

1. Für die Zulassung zu einzelnen Verkehrsarten kann eine Erlaubnis (z. B. Betriebs- oder Fahrerlaubnis) vorgeschrieben sein, (§ 1 2.HS FeV).
- 2.

Es darf nur der am Verkehr teilnehmen, wenn verantwortlich Vorsorge dafür getragen wurde, dass er sich trotz körperlicher oder geistiger Beeinträchtigungen so sicher im Verkehr bewegen kann, dass er andere nicht gefährdet, (§ 2 FeV).

Der starke Grundrechtsschutz im Verkehrsrecht bedeutet, dass im Einzelfall sehr genau abzuwägen ist, ob sich ein Mensch, auch wenn er dement ist, noch frei im Verkehr bewegen darf oder eine Schranke zum Schutz seiner eigenen Person und zum Schutz anderer Verkehrsteilnehmer greift. [150]

[151]

4. Regeln, Verkehrstüchtigkeit und Haftung, wenn demenzkranke Menschen als Fußgänger am Straßenverkehr teilnehmen

4.1 Wer zu der Gruppe der Fußgänger gehört

Fußgänger ist auch, wer einen Rollator, Kinderwagen, Einkaufswagen, ein Fahrrad oder ein ähnliches Fortbewegungsmittel schiebt oder sonst im öffentlichen Verkehr mit sich führt.

4.2 Wichtige Verkehrsregeln für Fußgänger

Jeder Fußgänger muss bestimmte Regeln im Straßenverkehr einhalten, die u. a. in § 25 StVO niedergelegt sind.

- So müssen Fußgänger die Gehwege benutzen, es sei denn, sie führen ein Fahrzeug (schieben etwa ein Fahrrad) oder sperrige Gegenstände

(Leiter, Stange, Sportgerät) mit.

- Gibt es keinen Gehweg, müssen sie in geschlossenen Ortschaften am linken oder am rechten Fahrbahnrand, außerhalb geschlossener Ortschaften am linken Fahrbahnrand gehen.
- Bei Dunkelheit müssen Fußgänger einzeln hintereinander gehen.
- Wer zu Fuß geht, hat Fahrbahnen unter Beachtung des Fahrzeugverkehrs zügig auf dem kürzesten Weg quer zur Fahrtrichtung zu überschreiten. Wenn die Verkehrsdichte, Fahrgeschwindigkeit, Sichtverhältnisse oder der Verkehrsablauf es erfordern, ist eine Fahrbahn nur an Kreuzungen oder Einmündungen, an Lichtzeichenanlagen innerhalb von Markierungen, an Fußgängerquerungshilfen oder auf Fußgängerüberwegen (Zeichen 293) zu überschreiten. Wird die Fahrbahn an Kreuzungen oder Einmündungen überschritten, sind dort vorhandene Fußgängerüberwege oder Markierungen an Lichtzeichenanlagen stets zu benutzen.
- § 18 Abs. 9 StVO bestimmt zudem: Zu Fuß Gehende dürfen Autobahnen nicht betreten. Kraftfahrstraßen dürfen sie nur an Kreuzungen, Einmündungen oder sonstigen dafür vorgesehenen Stellen überschreiten; sonst ist jedes Betreten verboten.

4.3 Welches Verhalten von Fußgängern wird generell als Ordnungswidrigkeit oder als Straftat verfolgt und wann haftet ein Fußgänger generell auf Schadensersatz?

Generell kann ein Fußgänger, der fahrlässig oder vorsätzlich gegen eine in § 25 StVO niedergelegte Verkehrsregel verstößt, z. B. trotz roter Ampel die

Fahrbahn überquert, wegen einer Ordnungswidrigkeit zur Verantwortung gezogen, insbesondere mit einem Verwarnungsgeld belegt werden (§§ 24 StVG, 49 Abs. 1 Ziff. 24 StVO, § 2 Abs. 4 BKatV).

Ebenso kann ein Fußgänger, der eine Verkehrsstraftat begeht, zu einer Geld- oder Freiheitsstrafe verurteilt werden.

Hat ein Fußgänger durch seinen Verkehrsverstoß einen Schaden angerichtet, muss er dem Verletzten auch Schadensersatz (§ 823 BGB) leisten. [152]

4.4 Wie kann sich die Demenz eines Fußgängers auf seine Deliktsfähigkeit und auf seine Verkehrstüchtigkeit auswirken?

Ein großes Problem besteht, wenn ein an Demenz erkrankter Fußgänger einen Verkehrsverstoß begeht. Es muss – zumindest bei einer Demenz 1. Grades – geprüft werden, inwieweit er zum Zeitpunkt der Tat schuldfähig war. Kommt die Behörde oder das Gericht – unterstützt durch ein ärztliches Gutachten – zu dem Ergebnis, dass die Demenz inzwischen so weit fortgeschritten ist, dass der Betroffene schuldunfähig war, wird er zwar wegen des Verkehrsverstoßes freigesprochen (§§ 20, 21 StGB). Ebenso wird, falls der Fußgänger einen Unfall verursacht hatte, die Klage des Unfallgegners wegen Ausschluss oder Minderung der Verantwortlichkeit abgewiesen (§ 827 BGB). Der Geschädigte bleibt in einem solchen Fall oft auf seinem Schaden „sitzen“.

In der Regel wird in einem solchen Fall auch geprüft, ob der an Demenz erkrankte Fußgänger überhaupt noch verkehrstüchtig ist, also noch allein als Fußgänger am Straßenverkehr teilnehmen darf.

Wichtige Faktoren zur Beurteilung der Verkehrstüchtigkeit eines Fußgängers

- ist die Frage, ob die Person in der Lage ist, die – zumindest – wichtigsten Verkehrsregeln für Fußgänger (einschließlich wichtiger Bußgeld- und Strafvorschriften) zu erfassen, zu verstehen, zu behalten und zu befolgen.
- sind medizinische Symptome und der Grad ihrer Ausprägung: etwa stärker ausgeprägte räumliche Orientierungsprobleme und/oder Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsdefizite, Beeinträchtigungen des Arbeitsgedächtnisses, Störungen der motorischen Koordination sowie eine unzureichende Inhibition (Fähigkeit, impulsives oder auch automatisiertes Verhalten zu kontrollieren und zugunsten einer situationsangemessenen Reaktion zu unterdrücken).

4.5 Die Regelung der Aufsichtspflicht im Falle von Verkehrsuntüchtigkeit des betroffenen Fußgängers

Beobachten Angehörige, Freunde und Pflegepersonal, dass Defizite im Bereich der Verkehrstüchtigkeit bestehen, und bestätigt der eventuell zu Rat gezogene Arzt dies, müssen zunächst die Angehörigen (Ehegatten, Lebensgefährten, Kinder) dafür sorgen, dass die betroffene Person nicht mehr allein als Fußgänger am Straßenverkehr teilnimmt [153] . Das gilt erst recht, wenn – aus Anlass eines Verkehrsunfalls – die zuständige Behörde oder das Gericht zu dem Ergebnis kommen, dass der betroffene Fußgänger wegen körperlicher oder geistiger Mängel nicht mehr verkehrstüchtig ist. Es muss dann dringend geregelt werden, wer den Betroffenen wann wohin begleitet. Schaffen die Angehörigen das nicht aus eigener Kraft, sollten sie

erwägen, einen Pflegedienst einzuschalten, der stundenweise die Begleitung des Betroffenen – auch zum Einkaufen und zu Ärzten übernimmt. Im weiteren Verlauf der Erkrankung ist zu diskutieren, ob der Fall eingetreten ist, dass ein (privater oder amtlicher) Betreuer tätig werden muss.

4.6 Der Umfang der Haftung von Aufsichtspflichtigen, wenn verkehrsuntüchtige Fußgänger ein Verkehrsdelikt begehen und/oder einen Unfall verursachen.

Wie in Kap. IV.8. [154] beschrieben, können Aufsichtspersonen grundsätzlich zivilrechtlich (§§ 832, 823 ff. BGB) und deliktrechtlich (§ 8 OWiG, § 13 StGB) haften, wenn die von ihnen zu beaufsichtigende demenzkranke Person Schaden anrichtet oder eine Ordnungswidrigkeit oder eine Straftat begeht. Diese Vorschriften sind deshalb für geschädigte Verkehrsteilnehmer besonders wichtig, weil sie nach einem Unfall sonst oft leer ausgehen würden. Denn hat ein an Demenz erkrankter, nicht schulfähiger Fußgänger als Verkehrsteilnehmer im Straßenverkehr einen Schaden verursacht, ist seine Haftung gem. § 827 BGB ausgeschlossen [155]. Ob eine Aufsichtsperson dann tatsächlich haftet, hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Nachstehend einige Beispielfälle.

4.7 Beispielfälle zur zivilrechtlichen Haftung und deliktsrechtlichen Verantwortlichkeit von Aufsichtspflichtigen

4.7.1 Beispiel 1: Handelt eine Aufsichtsperson ordnungswidrig, wenn der demenzkranke Fußgänger entgegen § 25 StVO

den Gehweg nicht benutzt?

Hat es die Aufsichtsperson unterlassen, ihren Patienten zu „motivieren“, auf dem Gehweg zu bleiben oder wieder auf diesen zu kommen, liegt an sich eine Ordnungswidrigkeit durch Unterlassen nach §§ 25 StVO, 8 OWiG vor. Das wird in der Praxis sicherlich nicht geahndet; jedenfalls nicht, solange nichts passiert.

Wird der auf der Fahrbahn einer viel befahrenen Straße laufende Patient jedoch von einem Auto übersehen, angefahren und verletzt, kommt es zu einer Schadensquotelung zwischen Pkw-Fahrer und der Aufsichtsperson auf 50 %. Der Autofahrer haftet als Halter und Fahrer aus §§ 7, 18 StVG, § 823 BGB; der Fußgänger, der sich eigentlich ein Mitverschulden (§ 9 StVG, 846 BGB) anrechnen lassen muss, haftet nicht, da er schuldunfähig ist. Für ihn haftet nun aber seine Aufsichtsperson wegen Verletzung der Aufsichtspflicht nach § 832 Abs. 1 BGB. Die Pflichtverletzung besteht hier darin, dass sie es als Aufsichtspflichtige unterlassen hat, ihren „Pflegling“ davon abzuhalten, die Fahrbahn zu betreten, was eben eine Ordnungswidrigkeit durch Unterlassen nach §§ 25 StVO, 8 OWiG ist.

4.7.2 Beispiel 2: Muss sich eine Aufsichtsperson ein Mitverschulden anrechnen lassen, wenn der demenzkranke Fußgänger in der Dunkelheit dunkle Kleidung trägt und von einem Auto nicht rechtzeitig gesehen und angefahren wird?

Läuft ein dunkel gekleideter Fußgänger bei Dunkelheit und Nebel mitten auf der Fahrbahn einer engen und kurvenreichen Straße und wird vom Autofahrer, der ihn praktisch nicht gesehen hat, angefahren, so haftet der Fußgänger eigentlich wegen Mitverschuldens zu 50–60 % für die

entstandenen Schäden mit. Hier entfällt seine Mithaftung, da er schuldunfähig ist. Stattdessen würde seine Aufsichtsperson wegen Verletzung der Aufsichtspflicht nach § 832 Abs. 1 BGB haften. Wenn sie nachweisen kann, dass sie alles getan hat, damit ihr „Pflegling“ hell, sogar reflektierende Kleidung trägt und nicht mitten auf der Fahrbahn laufen soll, trifft sie kein Verschulden. Ihre Mithaftung entfällt.

4.7.3 Beispiel 3: die zivilrechtliche Haftungsverteilung, wenn dementer Fußgänger beim Lenken eines Rollators einen Passanten anfährt und verletzt.

Es ist nicht immer einfach, als Fußgänger einen Rollator sicher durch sämtliches Gewühl zu lenken. Hier müssen alle anderen Verkehrsteilnehmer etwas mitdenken und am besten ausweichen, wenn sie merken, dass der Rollatorenlenker mit seinem Rollator nicht zurechtkommt. Wird ein Passant angefahren, haftet zwar eigentlich der Rollatorenlenker – eventuell unter Berücksichtigung eines Mitverschuldens (§ 846 BGB) des Passanten. Da die Haftung des dementen Rollatorenlenkers wegen dessen Schuldunfähigkeit entfällt, geht der Passant leer aus, wenn sich nicht die Aufsichtsperson ein Mitverschulden wegen Verletzung der Aufsichtspflicht des Rollatorenlenkers nach § 832 Abs. 1 BGB anrechnen lassen muss. Ob das der Fall ist, muss aufgeklärt werden.

4.7.4 Beispiel 4: strafrechtliche Mithaftung der Aufsichtsperson wegen Unfallflucht ihres „Pfleblings“ mit dem Einkaufswagen oder nach der Kollision mit einem Radfahrer?

Täglich stoßen Fußgänger mit ihrem Einkaufswagen auf dem Parkplatz des Supermarktes gegen einen fremden Pkw und beschädigen ihn. Selbstverständlich muss der Einkaufswagenfahrer als Unfallverursacher für den Schaden am fremden Pkw aufkommen.

Nicht selten aber entfernen sich diejenigen, die mit dem Einkaufswagen oder dem Rollator eine Beule am Fahrzeug eines anderen verursacht haben, einfach von der Unfallstelle, ohne die Feststellung ihrer Person, des Schadens und der Art ihrer Beteiligung ermöglicht zu haben. Sie machen sich wegen unerlaubten Entfernens vom Unfallort strafbar (§ 142 StGB [156]).

Das Gleiche gilt, wenn sich ein Fußgänger von der Unfallstelle entfernt, z. B. nach einer Kollision mit einem Radfahrer, der verletzt wurde. Auch er macht sich wegen unerlaubten Entfernens vom Unfallort strafbar (§ 142 StGB).

Da hier jeweils die zivilrechtliche Haftung und die strafrechtliche Verfolgung des wegen Demenz schuldunfähigen Fußgängers entfallen, kommen eine zivilrechtliche Haftung der Aufsichtsperson wegen Verletzung der Aufsichtspflicht aus § 832 BGB und ihre jeweilige Bestrafung wegen unerlaubten Entfernens vom Unfallort durch Unterlassen oder durch Beihilfe (§§ 142, 13, 27 StGB) in Betracht. Dazu müssen die Umstände des Einzelfalls genau geklärt werden. In einem nicht ganz vergleichbaren Fall hatte das Oberlandesgericht Bremen entschieden [157] , dass dann, wenn der Beifahrer des Unfallfahrzeuges die Fahrzeugführerin nicht daran hindert, sich nach dem Unfall unerlaubt vom Unfallort zu entfernen, keine Beihilfe zum unerlaubten Entfernens vom Unfallort durch Unterlassen vorliege.

4.7.5 Beispiel 5: Haftung von Aufsichtsperson und Heim, wenn demenzkranke Bewohner weglaufen

Die Polizei Dortmund weist auf ihrer Website darauf hin, dass Demenz auch ein Thema im polizeilichen Berufsalltag sei. Immer wieder erreichten Vermisstenmeldungen von Familien und Pflegeheimen die Polizei, weil an Demenz erkrankte Verwandte, zu Betreuende oder Freunde von ihrem Wohnort abgängig seien und nicht mehr zurückkehrten. Die Polizei habe dann verschiedene Möglichkeiten, die Person zu suchen und sie wieder nach Hause zu bringen. Oftmals führten auch Hinweise von aufmerksamen Bürgerinnen und Bürgern zum Auffinden der vermissten Person. Gerade auf diese Hinweise sei die Polizei angewiesen.

In einer offenen Einrichtung für geistig Behinderte Menschen in Brandenburg läuft einer der Bewohner jeden Morgen gegen 6.00 Uhr weg und legt mehrere km zu Fuß zurück. Bisher ist noch nichts passiert. Wenn der Patient aber einen Unfall verursachen oder selbst unter ein Auto geraten würde, müssten die Verantwortlichen des Heims mit einer zivilrechtlichen Haftung wegen Verletzung der Aufsichtspflicht (§ 832 Abs. 1 BGB) oder wegen Verletzung der Verkehrssicherungspflicht (§ 823 Abs. 1 BGB) wie im folgenden Beispiel rechnen.

4.7.6 Beispiel 6: Tod einer weggelaufenen Heimbewohnerin auf der Straße durch Pkw. Gesamtschuldnerische Haftung von Seniorenheim und Betreuer auf Schadensersatz gegenüber Halter des Pkw.

Das Landgericht Frankfurt/Oder hat durch Grundurteil vom 01.11.2017 [158] : entschieden, dass der Betreiber eines Altenpflegeheimes wegen Verletzung der Verkehrssicherungspflicht (§ 823 Abs. 1 BGB) und

der Betreuer einer Bewohnerin wegen Verletzung der Aufsichtspflicht (§ 832 Abs. 1 BGB) als Gesamtschuldner auf Schadensersatz gegenüber dem Halter des Pkw haften, wenn die weggelaufene Heimbewohnerin einen Verkehrsunfall verursacht.

Die Heimbewohnerin wohnte aufgrund eines privaten Vertrages in dem Seniorenpflegeheim. In § 11 Abs. 1 war unter der Überschrift „Haftung“ geregelt: „Die Seniorenresidenz ist eine offene Einrichtung. Die Einrichtung übernimmt deshalb keine Verantwortung für das Verhalten oder das Wohlergehen des Bewohners, wenn dieser das Grundstück der Einrichtung verlässt.“

Die Heimbewohnerin stand aufgrund eines Beschlusses des Amtsgerichts Köpenick wegen einer Demenzerkrankung unter der Betreuung ihres Sohnes, u. a. mit dem Aufgabenkreis Vermögenssorge und Aufenthaltsbestimmung. Die noch mobile Heimbewohnerin verließ das Heim am 06.08., 17.09., 19.09., 24.09. und 27.09. ohne Rücksprache mit dem Pflegepersonal. Sie wurde daraufhin mehrfach vom Pflegepersonal gesucht und in der Stadt, zumeist am Bahnhof, aufgefunden. Sie konnte jeweils zur Rückkehr ins Heim bewegt werden. Am 27.09. wurde bei der Suche die Polizei eingeschaltet, die die Heimbewohnerin in der Nähe des Rathauses antraf. Mit Unterstützung der ebenfalls verständigten Tochter der Heimbewohnerin konnte sie zur Rückkehr in das Heim überredet werden.

Am 1.10. verließ die Heimbewohnerin das Heim erneut. Gegen 20.10 Uhr trat sie überraschend auf die Fahrbahn der Kreisstraße, wurde vom Fahrzeug des Klägers erfasst und starb. Das Fahrzeug wurde hierbei beschädigt. Der Kläger macht mit seiner Klage den Wiederbeschaffungsaufwand für den Pkw sowie Nutzungsausfall geltend. Dieser wurde ihm vom Landgericht Frankfurt/Oder dem Grunde nach zuerkannt.

5. Regeln, Verkehrstüchtigkeit und Haftung, wenn demenzkranke Menschen als Nutzer eines handbetriebenen Rollstuhls am Straßenverkehr teilnehmen

5.1 Geltung der Vorschriften für den Fußgängerverkehr

Handbetriebene Rollstühle, auch Schiebe- und Greifreifenrollstühle genannt, gelten nicht als Fahrzeuge, sondern als „Besondere Fortbewegungsmittel“. Dazu bestimmt

§ 24 Abs. 1 StVO. Besondere Fortbewegungsmittel

Schiebe- und Greifreifenrollstühle, Rodelschlitten, Kinderwagen, Roller, Kinderfahrräder, Inline-Skates, Rollschuhe und ähnliche nicht motorbetriebene Fortbewegungsmittel sind nicht Fahrzeuge im Sinne der Verordnung. Für den Verkehr mit diesen Fortbewegungsmitteln gelten die **Vorschriften für den Fußgängerverkehr** entsprechend.

5.2 Weitergehende Verkehrsregeln für Nutzer von Krankenfahrstühlen, Schiebe- und Greifrollstühlen und ihre Hilfspersonen

§ 24 Abs. 2 StVO: Mit Krankenfahrstühlen oder mit anderen als in Absatz 1 genannten Rollstühlen darf dort, wo Fußgängerverkehr zulässig ist, gefahren werden, jedoch nur mit Schrittgeschwindigkeit.

Gemäß § 66a StVZO sind Krankenfahrstühle mit ausreichenden lichttechnischen Einrichtungen auszustatten, die bei Dunkelheit zu benutzen sind.

5.3 Verkehrstüchtigkeit. Wann ein demenzkranker Mensch wegen körperlicher oder geistiger Mängel nicht allein als Nutzer eines handbetriebenen Rollstuhls am Straßenverkehr teilnehmen darf

Grundsätzlich gelten die gleichen Kriterien wie bei einem Fußgänger.

5.4 Der Umfang der Aufsichtspflicht von Begleitpersonen, Angehörigen, Pflegeeinrichtungen und Betreuern

Umfang der Aufsichtspflicht eines Pflegeheims bei Fortbewegung eines Bewohners mit dem Rollstuhl im Außengelände

Das Oberlandesgericht Saarbrücken hat zum Sturz eines Heimbewohners aus dem Rollstuhl im Außenbereich eines Heimes entschieden [159] : Hat sich das Pflegepersonal davon überzeugt, dass ein halbseitig gelähmter Heimbewohner noch dazu in der Lage ist, sich im Außengelände ohne fremde Hilfe aktiv im Rollstuhl fortzubewegen, besteht keine Veranlassung für ein Verbot, das Heim mit dem Rollstuhl unbegleitet zu verlassen; auch ist die Heimleitung nicht gehalten, den Heimbewohner beim oder nach dem Verlassen des Gebäudes ständig zu beobachten.

5.5 Beispielfälle zur zivilrechtlichen Haftung und deliktsrechtlichen Verantwortlichkeit von

Aufsichtspflichtigen bei Verursachung durch den Nutzer eines handbetriebenen Rollstuhls

Bei den nachstehenden Beispielen entfallen jeweils die zivilrechtliche Haftung und die strafrechtliche Verfolgung des wegen Demenz schuldunfähigen Nutzers eines handbetriebenen Rollstuhls.

In Betracht kommen aber jeweils eine zivilrechtliche Haftung der Aufsichtsperson wegen Verletzung der Aufsichtspflicht aus § 832 BGB und ihre jeweilige mögliche Bestrafung wegen Unterlassen oder Beihilfe (§§ 13, 27 StGB). Dazu müssen die Umstände des Einzelfalls genau geklärt werden.

5.5.1 Beispiel 1: Weinregal wird vom dementen Rollifahrer umgeworfen

Der schuldunfähige Rollstuhlfahrer streifte mit seinem handbetriebenen Rollstuhl im Supermarkt ein mittig aufgestelltes Weinregal. Dabei fiel das Regal um und zahlreiche Flaschen gingen zu Bruch. Der Supermarkt verlangt von ihm, ersatzweise von seiner begleitenden Pflegekraft gemäß § 832 BGB 78 € Schadensersatz. Zu Recht? Nein. Zum einen ist keine Aufsichtspflicht zu erkennen. Zudem dürfte das Mitverschulden des Supermarktes so stark überwiegen, dass kein Raum mehr für eine Haftung durch die Seite des Schädigers besteht.

5.5.2 Beispiel 2: Haftung, wenn sich der Demenz-Assistenzhund [160] des Rollifahrers beim Gassi gehen losreißt und eine Person verletzt oder eine Sache beschädigt

Eine persönliche Haftung des Rollifahrers entfällt. Auch eine Aufsichtspflichtverletzung kann nicht festgestellt werden. In Betracht kommen die Tierhalterhaftung nach §§ 833, 834 BGB, die i. d. R. von der Privat-Haftpflichtversicherung oder der Tierhalterhaftpflicht des Rollifahrers abgedeckt sein dürfte.

5.5.3 Beispiel 3: strafrechtliche Mithaftung der Aufsichtsperson wegen unerlaubten Entfernens vom Unfallort mit dem Rollstuhl durch ihren Klienten?

Stößt ein Rollstuhlfahrer mit seinem Rollstuhl gegen ein parkendes Fahrzeug, verursacht einen Sach- oder Personenschaden und entfernt sich unerlaubt von der Unfallstelle, gelten die gleichen Grundsätze wie bei derartigen Delikten durch einen deliktsunfähigen Fußgänger.

5.5.4 Beispiel 4: Muss sich ein an Demenz leidender Rollstuhlfahrer oder seine Aufsichtsperson beim Unfall im Straßenverkehr ein Mitverschulden anrechnen lassen, wenn er nicht angeschnallt war?

Immer wieder werden Rollstuhlfahrer von Autos angefahren und verletzt. Meist nehmen die Geschädigten oder ihre Betreuer den gegnerischen Fahrer, den Halter des Fahrzeugs und dessen Kfz-Haftpflichtversicherung als Gesamtschuldner auf Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld in Anspruch. In der Regel prüfen die Unfallgegner, ob ein mitwirkendes Verschulden des Rollstuhlfahrers oder des Aufsichtspflichtigen an dem Unfall vorliegt. Denn je höher die Mitverschuldensquote des Rollstuhlfahrers, umso mehr können dessen Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche gekürzt werden. Es ging in dem vom BVerfG

entschiedenen Fall um die Frage, ob sich der Rollstuhlfahrer ein Mitverschulden anrechnen lassen muss, weil er nicht mit dem Beckengurt im Rollstuhl angeschnallt war und deshalb bei der Kollision mit dem Pkw auf dem Fußgängerüberweg aus dem Rollstuhl fiel und sich schwerwiegend verletzte. Der dazu ergangene Beschluss des Bundesverfassungsgerichts befasst sich insgesamt mit der Ausstrahlung des Behindertengrundrechts bei Würdigung des Mitverschuldens. [161]

Diese Entscheidung wird immer wieder diskutiert. Denn anders als oft angenommen, bedeutet sie nicht, dass einem Rollstuhlfahrer (bzw. seinen Betreuer) grundsätzlich kein Mitverschulden § 254 BGB bei einem Unfall im Straßenverkehr zugerechnet werden kann, wenn er den Beckengurt seines Rollstuhls nicht angelegt hatte. Vielmehr ist im Einzelfall zu prüfen, ob der Rollstuhlfahrer bzw. sein Betreuer „diejenige Sorgfalt außer Acht gelassen hat, die ein ordentlicher und verständiger Mensch zur Vermeidung eigenen Schadens anzuwenden pflegt“. Bezogen auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts kann also (nur) dann ein beachtliches Mitverschulden eines verletzten Rollstuhlfahrers im Sinne des § 254 BGB angerechnet werden, wenn das Anlegen des Beckengurtes auch bei der eigenständigen Teilnahme am öffentlichen Straßenverkehr, nicht nur bei der Beförderung in einem Fahrzeug, nach allgemeinem Verkehrsbewusstsein zum eigenen Schutz geboten war.

5.5.5 Beispiel 5: Haftungsverteilung zwischen Busunternehmer und Aufsichtsperson bei Rollstuhlunfällen eines an schwerer Demenz erkrankten Patienten im Zusammenhang mit dem Busverkehr.

Schwere Unfälle mit dem Rollstuhl im Bus

- Eine 23-jährige Frau kippte während einer Fahrt im BVG-Bus Berlin in ihrem Rollstuhl um und wurde schwer verletzt. Sie hatte nicht den im Bus vorhandenen Anschnallgurt benutzt. Ihr Betreuer hatte nicht darauf geachtet. Der Bus-Fahrer hatte aufgrund der Verkehrslage abrupt bremsen müssen.
- Als ein Busfahrer in Esslingen bei Zufahrt in den Busbahnhof links abbog, kippte der 55-jährige Rollstuhlfahrer samt Rollstuhl in dem Bus nach vorne um. Er hatte sich nicht auf dem für Rollstuhlfahrer vorgesehenen Platz, sondern vor dem hinteren Ausstieg befunden. Beim Umkippen durchbrach der Rollstuhl mit der Beinstütze die Glasscheibe der Tür. Der Mann stürzte mit seinem Rollstuhl durch die Scheibe auf die Straße und wurde verletzt.
- In Berlin war eine Rollstuhlfahrerin, die an der Glasknochenkrankheit litt, nach einem Sturz mit dem Rollstuhl im Bus so schwer verletzt worden, dass sie wenige Tage danach verstarb. Der Busfahrer war von einem Auto geschnitten worden und musste stark bremsen. Der Autofahrer flüchtete.

Gefährdungshaftung des Busunternehmens als Halter

Fast immer stellt sich nach einem solchen Unfall die Frage, wer für Schadensersatz und Schmerzensgeld aufkommt.

Zwar haftet das Busunternehmen als Halter nach § 7 Abs. 1 Straßenverkehrsgesetz (StVG) aufgrund seiner verschuldensunabhängigen Gefährdungshaftung grundsätzlich immer, wenn bei dem Betrieb des Busses ein Mensch getötet, der Körper oder die Gesundheit eines Menschen verletzt oder eine Sache beschädigt wird. Hat der Busfahrer einen Fahrfehler gemacht, kommt auch seine Fahrer-Mithaftung nach § 18 Abs. 1 Satz 1 StVG in Betracht.

Anrechnung von Mitverschulden des Rollstuhlfahrers

Aber: Hat bei der Entstehung des Schadens ein Verschulden des geschädigten Rollstuhlfahrers oder seiner Aufsichtsperson mitgewirkt, so muss sich diese gemäß § 832 BGB (i. V. m. §§ 9 StVG, 254 BGB) oft ein Mitverschulden anrechnen lassen. Wie hoch der Haftungsanteil ist, hängt von den Umständen des Einzelfalls ab.

Haftungsteilung zwischen Busunternehmer und Rollstuhlfahrer

So hatte das Oberlandesgericht Saarbrücken im Urteil vom 03.04.2014 (4 U 484/11) eine Haftungsverteilung von 50 % aus Halterhaftung des Busunternehmens (§§ 17 Abs. 1, 9 StVG) und Mitverschulden eines Rollstuhlfahrers (§ 254 BGB) vorgenommen. In Völklingen war ein Mann im Linienbus mit seinem Elektrorollstuhl umgekippt und verletzt worden, als der Fahrer den Linienbus verkehrsbedingt stärker abbremste. Der Rollstuhlfahrer hatte sich nicht in dem für Rollstuhlfahrer vorgesehenen Platz positioniert.

Alleinhaftung des Rollstuhlfahrers

Das Landgericht Berlin hat im Beschluss vom 07.06.2011 (57 S 110/11) sogar auf ein Mitverschulden des Rollstuhlfahrers von 100 % erkannt und die Klage abgewiesen: Der Rollstuhlfahrer, der sich nicht selbst in zumutbarer Weise um die Sicherung des Rollstuhls gekümmert habe, hafte allein, wenn der Rollstuhl bei einem Bremsmanöver des Busses umkippe, beschädigt werde und der Fahrgast sich dabei verletze. Er allein sei dazu verpflichtet, für die Sicherheit und Standfestigkeit seines Rollstuhls im Linienbus des öffentlichen Personennahverkehrs zu sorgen. Den Busfahrer, der dem Rollstuhlfahrer die Einfahrt in den Bus durch Herunterlassen der Rampe ermögliche und sich danach wieder auf seinen Fahrersitz begibt, treffe keine Verpflichtung, für das Anschnallen des Rollstuhls zu sorgen, weil er

angesichts der inzwischen vergangenen Zeit davon ausgehen durfte, dass sich der Rollstuhlfahrer selbst in zumutbarer Weise um die Sicherung des Rollstuhls gekümmert hat. Das gilt, wenn der Rollstuhlfahrer dement ist, auch für seine Aufsichtsperson.

Vermeidung von Mitverschulden als Rollstuhlfahrer bzw. als betreuende Person

Um zu verhindern, dass man in einem etwaigen Schadensfall einen Abzug wegen Mitverschuldens hinnehmen muss, sollte man sich als Aufsichtspflichtige Person, bevor man ein öffentliches Verkehrsmittel (wie Bus, Bahn, Fähre) benutzt, danach erkundigen, welche Regelungen für Rollstuhlfahrer vorgesehen sind und diese einhalten. Also den Rollstuhl des dementen Patienten auf den dafür vorgesehenen Platz positionieren, den Anschnallgurt benutzen (falls vorhanden), sich unbedingt an den Haltegriffen festhalten und am besten zuvor mit dem Busfahrer in Kontakt treten.

6. Regeln, Verkehrstüchtigkeit und Haftung, wenn demenzkranke Menschen als Führer eines elektrischen Rollstuhls bzw. eines Elektro-Mobils am Straßenverkehr teilnehmen

6.1 Der rechtliche Unterschied zwischen einem handbetriebenen Rollstuhl und einem Motor betriebenen Rollstuhl

Während die handbetriebenen Rollstühle nicht als Fahrzeuge gelten (§§ 24 Abs. 1 StVO, 16 StVZO), handelt es sich bei Elektrorollstühlen bzw. bei motorisierten Krankenfahrstühlen immer um **Kraftfahrzeuge** i. S. von § 4 FeV, selbst ein Zimmer-Elektrorollstuhl, der auf öffentlichen Wegen verwendet wird! [162]

Auch der Elektrorollstuhl ist ein Roll- oder Krankenfahrstuhl, also ein Transportmittel für gehschwache oder gehbehinderte Menschen.

Der größte rechtliche Unterschied zwischen den Fahrzeugen besteht zwischen Elektrorollstuhl mit einer maximal erlaubten Geschwindigkeit von 6 km/h und einer erlaubten Geschwindigkeit von mehr als 6 km/h.

Elektrorollstuhl bis maximal 6 km/h	Elektrorollstuhl mit mehr als 6 km/h. Betriebserlaubnis erforderlich
Private Haftpflichtversicherung reicht.	Separate Kfz-Haftpflichtversicherung wie für ein Mofa oder E-Bike ist Pflicht.
Dann sind Schäden versichert, die der Fahrer mit dem Hilfsmittel anderen zufügt. Nutzer sollten vorsichtshalber bei ihrem Privat-Haftpflichtversicherer nachfragen, ob der E-Rollstuhl versichert ist.	Versicherungskennzeichen erforderlich.

6.2 Verkehrsregeln für Führer eines elektrischen Rollstuhls bzw. eines Elektro-Mobils und ihre Hilfspersonen

Für Elektrorollstuhl bzw. Elektro-Scooter gelten die Allgemeinen Straßenverkehrsvorschriften.

Man darf, wie mit dem handbetriebenen Rollstuhl, auch mit dem Elektrorollstuhl auf Bürgersteigen und in Fußgängerbereichen fahren, allerdings nur in Schrittgeschwindigkeit. Ist man außerhalb einer verkehrsberuhigten Zone unterwegs, dort aber kein Gehweg vorhanden, ist es erlaubt, die Straße zu benutzen.

Außerhalb geschlossener Ortschaften darf der Elektrorollstuhl auf kombinierten Rad- und Fußwegen gefahren werden.

Das Elektromobil darf nur von Personen benutzt werden, die mindestens 15 Jahre alt und körperlich in der Lage sind, sich mit dem Scooter im öffentlichen Verkehrsbereich aufzuhalten, ohne dabei andere Menschen zu gefährden (§ 2 FeV).

6.3 Verkehrstüchtigkeit – wann ein demenzkranker Mensch wegen körperlicher oder geistiger Mängel nicht allein als Führer eines elektrischen Rollstuhls bzw. eines Elektro-Mobils am Straßenverkehr teilnehmen darf

Die Verkehrstüchtigkeit kann untersucht werden. Neben medizinischen Untersuchungen werden vor allem Orientierungsleistung, die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung sowie Belastbarkeit und Reaktionsfähigkeit erfasst. So braucht man genügend Arm- und Handkraft, um den Lenker greifen und sicher führen zu können; die Fähigkeit, allein in das Elektromobil ein- und aussteigen zu können, ohne zu stürzen; die Kenntnis und Einhaltung der Straßenverkehrsregeln und man darf keine körperlichen oder geistigen Einschränkungen haben, die eine Steuerung des Elektromobils unmöglich machen. Diese Fähigkeiten hat ein Patient mit einer Demenz 1. Grades meist noch.

6.4 Der Umfang der Aufsichtspflicht von Begleitpersonen, Angehörigen, Pflegeeinrichtungen und Betreuern

Im Hinblick auf eine Aufsichtspflicht kommen bei Elektrorollstuhlfahrern weniger Begleitpersonen in Betracht, die beobachten, ob der Patient richtig fährt, ohne sich und andere zu gefährden. Denn das ist fast nicht als Dauerleistung zu realisieren, weil der Rollstuhlfahrer ja nicht wirksam aufgehalten werden kann, wenn er Fahrfehler macht oder die Kontrolle über den Elektrorollstuhl verliert. So erfolgt meist nur eine kurze Fahrfähigkeits-Kontrolle bei der Übergabe des Fahrzeugs durch das Sanitätshaus.

Generelle Aufsichtspflichten beziehen sich allerdings auf die technische Verkehrssicherheit des Elektrorollstuhls.

So ist, wenn es darum geht, dass der Patient mit seinem Elektrorollstuhl in einem Kraftfahrzeug oder in der Bahn transportiert werden soll, vom Aufsichtspflichtigen darauf zu achten, dass der Rollstuhl verkehrssicher ist, insbesondere über ein funktionierendes Personenrückhaltesystem verfügt [163] .

Insbesondere muss das Personal von Kraft- bzw. Krankentransportfahrzeugen, die den Patienten in seinem Elektrorollstuhl sitzend befördern, darauf achten, dass alle – auch technische – Sicherheitsvorschriften eingehalten werden [164] , sodass eine rechtssichere Beförderung von Rollstuhlfahrenden gesichert ist. [165]

6.5 Zivilrechtliche Haftungsfragen nach Verkehrsunfällen mit Elektrorollstühlen

Da Elektrorollstühle Kraftfahrzeuge sind, werden Verkehrsunfälle im Zusammenhang mit Elektrorollstühlen wie andere Verkehrsunfälle im Straßenverkehr abgewickelt.

Die Besonderheit ist, dass der Fahrer eines Elektrorollstuhls mit einer max. Geschwindigkeit von 6 km/h i. d. R. für dieses Fahrzeug keine Kfz-Haftpflicht hat, sondern im Falle eines Unfalls seine Privathaftpflicht informieren muss.

6.6 Typische Verkehrsdelikte von Führern eines elektrischen Rollstuhls bzw. eines Elektro-Mobils im Straßenverkehr

Da Elektrorollstuhlfahrer i. d. R. keine fortgeschrittene Demenz haben dürfen, sind sie noch vollen Umfangs schulfähig und können bei Verkehrsdelikten [166] zur Rechenschaft gezogen werden.

Beispiel: strafbar wegen Fahrens ohne gültigen Pflichtversicherungsvertrag bei einer Fahrt mit dem Elektrorollstuhl ohne gültiges Versicherungskennzeichen (§ 6 Abs. 1 PflVG)

Die erst vor Kurzem an Alzheimer erkrankte Rollstuhlfahrerin Jutta hatte sich von ihrer Freundin am 15. März einen Elektrorollstuhl ausgeliehen, um ihren Vater im Seniorenheim zu besuchen. Als sie von der Polizei angehalten und nach der Betriebserlaubnis und dem Versicherungsschein gefragt wurde, fiel sie aus allen Wolken. Hat sie sich strafbar gemacht? Mit welcher Strafe muss sie rechnen?

Da der ausgeliehene Elektrorollstuhl schneller als 6 km/h fahren konnte, benötigte dieser als Kraftfahrzeug gemäß § 1 Pflichtversicherungsgesetz (PflVG) eine separate Kfz-Haftpflichtversicherung wie für ein Mofa oder E-Bike. Außerdem brauchte der Elektrorollstuhl ein gültiges

Versicherungskennzeichen, das am Heck angebracht sein musste. Das Schild gibt der Versicherer aus, sobald der Vertrag geschlossen und der (Folge-)Beitrag bezahlt ist. Das Versicherungskennzeichen ist grundsätzlich immer bis zum 28. Februar des Folgejahres gültig – unabhängig davon, wann man es im aktuellen Kalenderjahr bekommt. Die Freundin von Jutta hatte es als Halterin offenbar versäumt, rechtzeitig den Pflichtversicherungsbeitrag für das neue Jahr zu zahlen und hatte deshalb noch nicht das ab dem 1. März gültige neue Versicherungskennzeichen erhalten.

Nach § 6 PflVG kann mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft werden, wer im öffentlichen Straßenverkehr ein Kfz gebraucht oder den Gebrauch gestattet, obwohl für das Fahrzeug der nach § 1 erforderliche Haftpflichtversicherungsvertrag nicht oder nicht mehr besteht. Ihre Unwissenheit, dass ein Elektrorollstuhl ein Versicherungskennzeichen braucht und dass das Kennzeichen nicht mehr gültig war, schützt Jutta nicht vor Strafe. Denn der Gesetzgeber setzt voraus, dass sich jeder über die Gesetzeslage kundig macht. Allerdings kommt dann lediglich eine Bestrafung wegen fahrlässigen Fahrens ohne Pflichtversicherungsschutz in Betracht, die mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu einhundertachtzig Tagessätzen geahndet wird. Doch keine Sorge: Wenn Jutta noch keine Eintragungen im Verkehrsregister und im Strafregister hat, die Tat einräumt und sich entschuldigt, wird das Strafverfahren i. d. R. wegen geringen Verschuldens nach § 153a StPO gegen Zahlung einer Geldauflage eingestellt werden.

Auch Juttas Freundin muss damit rechnen, als Halterin des Elektrorollstuhls wegen Zulassens des Fahrens ohne Pflichtversicherungsschutz bestraft zu werden.

6.7 Schwerpunktthema: Trunkenheit im Straßenverkehr als Rollstuhlfahrer

„Einsamkeit, Gewohnheit, Trauer – es gibt viele Gründe, warum Menschen im Alter häufiger zu Alkohol greifen“. [167] Alkohol kann Demenz begünstigen und zur Alkoholdemenz führen. Vielfach führt die Kombination Demenz und Alkohol neben einem schnelleren Abbau kognitiver Fähigkeit auch zum raschen körperlichen Abbau, sodass diese Patienten auf einen Rollstuhl angewiesen sind. Es kann dann passieren, dass sie immer wieder mit Trunkenheit im Verkehr auffallen. Das kann sowohl jeweils zu einer Verurteilung als zur dauerhaften Untersagung des Führens eines fahrerlaubnisfreien Elektrorollstuhls führen.

6.7.1 Beim Führen eines Elektrorollstuhls gelten die gleichen Promillegrenzen und strafrechtlichen Folgen wie bei einem Autofahrer: Geld- oder Freiheitsstrafe, Führerscheinsperre, Fahrverbot und 3 Punkte in Flensburg.

Gut gelaunt mit 1,12 Promille auf dem E-Rolli von der Skatrunde in die Polizeikontrolle

Xander, Anfang 60, fuhr mit seinem E-Rollstuhl (6 km/h max. Höchstgeschwindigkeit) von seiner Skatrunde kommend ordnungsgemäß mit Schrittgeschwindigkeit auf dem Fußgängerweg 300 m nach Hause. Er hat einige Bierchen und 2 Schnäpse getrunken. Obwohl er keinen Fahrfehler machte, stoppte ihn eine Polizeistreife. Der Alkoholtest wies einen Blutalkoholgehalt von 1,12 Promille aus.

Das Urteil des Amtsgerichts

Aufgrund dieser Fahrt wurde Xander vom Amtsgericht wegen fahrlässiger Trunkenheit im Verkehr (§ 316 StGB) zu einer Geldstrafe von 20 Tagessätzen zu je 35 € verurteilt. Zudem verhängte das Amtsgericht gegen Xander ein Fahrverbot von 3 Monaten (§ 44 StGB) für Kraftfahrzeuge aller Art und entzog ihm die Fahrerlaubnis mit einer Sperre für die Wiedererteilung vor Ablauf von 7 Monaten (§§ 69, 69a StGB) unter Einziehung des Führerscheins.

Xander, der aufgrund einer Demenz ersten Grades zu einem impulsiven Verhalten neigte, brüllte im Gerichtssaal: Das Urteil sei ein Urteil der Schande, durch das er als Behinderter diskriminiert werden solle. Er gehe bis zum höchsten Gericht, damit er Gerechtigkeit bekomme. Hat Xander recht oder ist das Urteil des Amtsgerichts korrekt?

Die Überprüfung des amtsgerichtlichen Urteils

Ein Elektrorollstuhl ist als motorisierter Krankenfahrstuhl ein Fahrzeug im Sinne des § 316 Strafgesetzbuch (Trunkenheit im Verkehr). Zu den Fahrzeugen gehören insbesondere Kraftfahrzeuge im Sinne des § 1 Absatz 2 StVG i. V. m. § 2 Nr. 1 Fahrzeugzulassungsverordnung (FZV). Nach § 316 StGB macht sich strafbar, wer im Verkehr ein Fahrzeug führt, obwohl er infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen.

Das Amtsgericht ist auch zutreffend davon ausgegangen, dass es sich bei dem festgestellten Blutalkoholgehalt von 1,12 Promille um eine alkoholbedingt absolute Fahrunsicherheit handelt. Den Grenzwert für die absolute Fahruntüchtigkeit eines Kraftfahrers hatte der BGH mit 1,1 Promille festgelegt [168] und dabei zugleich ausdrücklich ausgesprochen, dass dieser Wert für alle Führer von Kraftfahrzeugen gilt. Es besteht kein Anlass, von dem Grundsatz, dass die Promillegrenze von 1,1 Promille für

alle Kraftfahrzeugarten gilt, im Falle eines Elektrorollstuhls bzw. E-Scooters abzuweichen, und zwar auch dann nicht, wenn er nur eine Höchstgeschwindigkeit von 6 km/h. fahren kann. [169]

Zur Höhe der Strafe:

- Die Höhe der Geldstrafe ist für einen Ersttäter in Ordnung. Die Höhe eines Tagessatzes entspricht 1/30 seines Monatseinkommens (vgl. § 40 StGB). Wäre Xander verkehrsrechtlich schon in Erscheinung getreten, wäre die Geldstrafe höher; je nach den Umständen des Einzelfalls könnte auch die Verhängung einer Freiheitsstrafe erwogen werden.

Zu den weiteren Maßnahmen:

- Entzug der Fahrerlaubnis (bzw. Führerscheinsperre §§ 69,69a StGB): Eine Trunkenheitsfahrt (§ 316 StGB) mit einem E-Scooter begründet die Regelvermutung der Ungeeignetheit des Täters zum Führen eines Kfz. [170] Von der Entziehung der Fahrerlaubnis kann zwar in Ausnahmefällen abgesehen werden. Diese wird aber nur in seltenen Fällen angenommen. [171]
- Mit dem Fahrverbot (§ 44 StGB) wird – als Nebenstrafe – einem Angeklagten verboten, für die Dauer von einem Monat bis zu sechs Monaten im Straßenverkehr Kraftfahrzeuge jeder oder einer bestimmten Art zu führen. Das bedeutet, dass Xander für die Dauer von drei Monaten auch seinen Elektrorollstuhl nicht im Straßenverkehr fahren darf. Die Anordnung eines Fahrverbotes darf nach h. M. dann nicht angeordnet werden, wenn der Betroffene sich nicht wenigstens mit einem handbetriebenen Rollstuhl fortbewegen kann; so etwa, wenn seine Beine und seine Arme gelähmt sind (Tetraparese). Sollte Xander aus medizinischen Gründen so elementar auf seine Elektrorollstuhl angewiesen sein, sollte er tatsächlich Berufung mit dem Ziel einlegen, dass das Fahrverbot aufgehoben wird.

Xander wird auch mit 3 Punkten in das Verkehrszentralregister in Flensburg eingetragen.

Bei einem BAK von 1,12 Promille muss Xander als Ersttäter nicht mit einer MPU rechnen.

Abwandlung: Fahrt mit einem handbetriebenen Rollstuhl

Was wäre, wenn Xander mit einem handbetriebenen Rollstuhl unterwegs gewesen wäre?

Bei Rollstühlen mit Handantrieb gilt wie bei Fußgängern keine starre Promillegrenze. Doch sobald Xander aufgrund von Alkohol (eventuell wegen verstärkter Wirkung bei gleichzeitigem Tablettenkonsum) andere Verkehrsteilnehmer gefährdet, kann er ebenfalls wegen Trunkenheit im Verkehr (§ 316 StGB) bzw. wegen Straßenverkehrsgefährdung (§ 315c StGB) bestraft werden.

6.7.2 Überblick über die Folgen einer Alkoholfahrt für Kraftfahrer – einschließlich der Fahrer von Elektrorollstühlen

Fahren oder Trinken! Denn Fahrern von Elektrorollstühlen treffen, wenn sie unter Alkoholeinfluss fahren, i. d. R. die gleichen Rechtsfolgen wie einen Autofahrer. Manchmal kann man schon nach einem Glas Sekt bzw. mit 0,3 Promille Blutalkoholgehalt (BAK) bestraft werden. Im Einzelnen:

0,3–0,49 Promille. Mögliche relative Fahruntüchtigkeit ab 0,3 Promille

Hat man alkoholbedingt schon nach einem Gläschen Alkohol (eventuell in Kombination mit Medikamenten) so erhebliche Ausfallerscheinungen, dass man grobe Verkehrsfehler begeht oder gar einen Unfall verursacht, kann man wegen Gefährdung des Straßenverkehrs nach § 315c Strafgesetzbuch (StGB) zu einer

Geld- oder Freiheitsstrafe verurteilt und es können eine Fahrerlaubnisperre oder/und ein Fahrverbot bis zu 6 Monaten (§ 44 StGB) verhängt werden. Das uneingeschränkte Fahrverbot bedeutet das Verbot, im Straßenverkehr Kraftfahrzeuge jeder Art zu führen. Ist der E-Rollstuhlfahrer nicht in der Lage, sich auch mit einem handbetriebenen Rollstuhl fortzubewegen, kann das Führen eines Elektrorollstuhls vom Fahrverbot ausgenommen oder auf bestimmte Strecken (z. B. zum Arzt) beschränkt werden.

0,5 bis 1,09 Promille. Ordnungswidrigkeit gemäß § 24a Straßenverkehrsgesetz (StVG)

Beim Verstoß gegen das 0,5-Promille-Verbot drohen beim Erstverstoß 500 € Geldbuße, zwei Punkte, ein Monat Fahrverbot (§ 25 StVG); bei Mehrfachverstößen bis zu 1.500 € Geldbuße, zwei Punkte, drei Monate Fahrverbot.

Ab 1,10 oder ab 1,6 Promille. Straftat gemäß § 316 Strafgesetzbuch

Der Grenzwert für die absolute Fahruntüchtigkeit von Fahrern motorisierter Krankenfahrstühle (§ 4 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV)), die nach § 1 Pflichtversicherungsgesetz (PflVG) zu versichern und mit einem Versicherungskennzeichen gemäß § 26 Abs. 1 Satz 1 der Verordnung über die Zulassung von Fahrzeugen zum Straßenverkehr (FZV) zu versehen sind, beträgt 1,10 Promille (vgl. OLG Nürnberg, Beschluss v. 13.12.2010 – 2 St OLG Ss 230/10). Selbst wenn kein Unfall passiert, werden sie wegen Trunkenheit im Verkehr (§ 316 StGB) zu einer Geld- oder Freiheitsstrafe verurteilt. Zudem drohen Entzug der Fahrerlaubnis und Fahrverbot.

Unterschiedlich wird der Grenzwert für die absolute Fahruntüchtigkeit bei Fahrern von Elektrorollstühlen beurteilt, die bauartbedingt nicht schneller als 6 km/h

fahren (§ 2 Abs. 1 Nr. 6a PflVG). Für die meisten Gerichte gilt auch hier die 1,10-Promille-Grenze. Andere stellen den Vergleich zu einem Radfahrer an, der erst ab einer BAK von 1,6 Promille als absolut fahruntüchtig gilt. Wer mit 1,6 Promille Rad oder E-Rollstuhl fährt, begeht auf jeden Fall eine Straftat und muss i. d. R. an einer medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU) teilnehmen.

6.7.3 Darf das Führen eines fahrerlaubnisfreien Elektrorollstuhls dauerhaft durch die Fahrerlaubnisbehörde untersagt werden, wenn der Rollstuhlfahrer bereits mehrfach wegen Trunkenheit im Verkehr verurteilt worden ist?

Diese Frage wird in der Rechtsprechung kontrovers entschieden. Nachstehend die Entscheidungen der Verwaltungsgerichte Bayreuth vom 20.12.2022 und Stuttgart vom 06.04.2016.

(1) Verwaltungsgericht Bayreuth vom 20.12.2022 [172] : für die Untersagung des Führens eines fahrerlaubnisfreien Elektrorollstuhls durch die Fahrerlaubnisbehörde nach Alkohol- und Amphetamin/Methamphetamin-Genuss im Straßenverkehr. Erforderlichkeit einer MPU.

Der betroffene Rollstuhlfahrer war mehrfach – jeweils im Abstand von ein paar Wochen – von der Polizei in seinem fahrerlaubnisfreien Elektrorollstuhl (E-Scooter) durch das Fahren von Schlangenlinien aufgefallen. Die jeweils entnommenen Blutproben ergaben Blutalkoholkonzentrationen von bis zu 2,78 ‰. Die chemisch-toxikologischen Untersuchungen wiesen jeweils einen erheblichen Drogenkonsum nach (z. B. Crystal Meth, Amphetamin und eine Methamphetaminkonzentration oberhalb von 250 ng/ml) .

Daraufhin untersagte die zuständige Behörde der Stadt dem Betroffenen mit sofortiger Wirkung das Führen von E-Scootern, Mofas und anderen fahrerlaubnisfreien Kraftfahrzeugen (i. S. v. § 4 Absatz 1 Fahrerlaubnisverordnung; FEV). Der sofortige Vollzug dieses Bescheids wurde angeordnet. Aufgrund der vorliegenden Befundkonstellation im Rahmen des Vorfalls am könne ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass der Betroffene zum Zeitpunkt der Blutentnahme und damit zum Zeitpunkt des Vorfalls unter den nachgewiesenen berauschenden Mitteln (Alkohol, Crystal Meth/Methamphetamin, Amphetamin) stand. Am habe sich der Antragsteller gemäß des erstellten Gutachtens zum Zeitpunkt der Kontrolle unter Einfluss von Alkohol sowie Crystal Meth befunden und sei damit im Zustand der absoluten Fahruntüchtigkeit gewesen.

Aufgrund des Konsums von harten Drogen habe sich der Betroffene auch ohne zusätzliche Begutachtung der Fahreignung im Rahmen der medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU) als ungeeignet zum Führen von fahrerlaubnisfreien Fahrzeugen i. S. v. § 4 Absatz 1 FeV erwiesen.

Die sofortige Vollziehung des Bescheids liege gemäß § 80 Absatz 2 Nummer 4 VwGO im öffentlichen Interesse. Seit der Zustellung des Bescheids bestehe für den Betroffenen keine Berechtigung mehr zum Führen fahrerlaubnisfreier Fahrzeuge. Das besondere öffentliche Interesse verlange, dass zum Führen von Kraftfahrzeugen ungeeignete Personen sofort an der weiteren Teilnahme am Straßenverkehr gehindert würden. Die Teilnahme des Betroffenen am öffentlichen Straßenverkehr mit fahrerlaubnisfreien Fahrzeugen würde aufgrund seiner Ungeeignetheit eine Gefahr für die Gesundheit und das Eigentum anderer Verkehrsteilnehmer bedeuten, sodass der sofortige Vollzug der Untersagung erforderlich sei.

Die dagegen erhobene Klage des Antragstellers wurde abgewiesen.

(2) Verwaltungsgericht Stuttgart vom 06.04.2016 [173] : gegen die Untersagung des Führens eines führerscheinfreien Elektrorollstuhls ohne Begleitperson, wenn der Kläger einen Rollstuhl ohne Motor aufgrund seiner Erkrankung nicht nutzen kann.

Der klagende Rollstuhlfahrer wendet sich gegen eine Untersagungsverfügung der Fahrerlaubnisbehörde, mit der ihm das Führen von führerscheinfreien Fahrzeugen – Elektrorollstuhl – ohne Begleitperson versagt wird. Er war innerhalb von 13 Jahren dreimal wegen Trunkenheit im Verkehr mit seinem Elektrorollstuhl (BAK jeweils zwischen 1,6 ‰ und 2,0 ‰ und Fahren von Schlangenlinien) unter Entzug der Fahrerlaubnis verurteilt worden.

Das Verwaltungsgericht Stuttgart hatte die Untersagungsverfügung der Fahrerlaubnisbehörde zwar dem Grunde nach für korrekt angesehen. Es war jedoch der Meinung, dass die Fahrerlaubnisbehörde den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz im Rahmen des § 3 Abs. 1 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) nicht ausreichend beachtet habe. Deshalb sei ihre Untersagungsverfügung rechtswidrig und verletze den klagenden Rollstuhlfahrer in seinen Rechten (vgl. § 113 Abs. 1 Satz 1 VwGO). Das Gericht hat dazu ausgeführt:

Rechtsgrundlage für die Untersagungsverfügung ist § 3 Abs. 1 FeV. Wenn sich jemand als ungeeignet oder nur noch bedingt geeignet zum Führen von Fahrzeugen erweist, hat die Fahrerlaubnisbehörde nach § 3 Abs. 1 Satz 1 FeV ihm das Führen von führerscheinfreien Fahrzeugen zu untersagen, zu beschränken oder die erforderlichen Auflagen anzuordnen. Der Elektrorollstuhl ist ein führerscheinfreies Fahrzeug im Sinne dieser Vorschrift. Nach § 3 Abs. 2 FeV finden die Vorschriften der §§ 11 bis 14 entsprechende Anwendung, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen,

dass der Führer eines Fahrzeuges zum Führen ungeeignet oder nur noch bedingt geeignet ist.

Gemäß § 11 Abs. 8 FeV darf die Fahrerlaubnisbehörde bei ihrer Entscheidung auf die Nichteignung des Betroffenen schließen, wenn dieser ein zu Recht von ihr gefordertes Gutachten nicht fristgerecht beibringt. Der Schluss auf die Nichteignung ist nur zulässig, wenn die Anordnung des Gutachtens formell und materiell rechtmäßig ist, insbesondere anlassbezogen und verhältnismäßig (vgl. BVerwG, Urteil vom 05.07.2001 – 3 C 13/01 –, juris).

Zwar hat die Fahrerlaubnisbehörde zu Recht entsprechend § 13 Nr. 2b und c FeV die Vorlage eines medizinisch-psychologischen Gutachtens angeordnet. Nach § 13 Nr. 2c FeV ist dies erforderlich, wenn, wie hier, ein Fahrzeug im Straßenverkehr bei einer Blutalkoholkonzentration von 1,6 Promille oder mehr geführt wurde. ... Nach § 13 Nr. 2b FeV ist die Anordnung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens zudem erforderlich, wenn, wie hier, wiederholt Zuwiderhandlungen im Straßenverkehr unter Alkoholeinfluss begangen wurden. Allerdings bestehen Zweifel, ob der Schluss auf die Ungeeignetheit (§ 11 Abs. 8 FeV) vorliegend aufgrund des finanziellen Unvermögens des Klägers, ein Gutachten zu bezahlen, einer Relativierung bedarf. ... Es mag gleichwohl aus Gründen des Sachzusammenhanges angebracht sein, das gefahrenabwehrrechtliche Instrumentarium der Fahrerlaubnis-Verordnung anzuwenden, wenn die üblicherweise auf den Fußgängerbereich beschränkte Benutzung eines Elektrorollstuhles Gefahren (auch) für Dritte verursacht.

„Jedenfalls genügt die Untersagungsverfügung mit den gemachten Auflagen nicht dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Die Anwendung des § 3 Abs. 1 Satz 1 FeV hat sich am Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu orientieren. Die Fahrerlaubnisbehörde hat die Möglichkeit, das Führen zu untersagen, zu

beschränken oder die erforderlichen Auflagen anzuordnen. Durch die gemachten Auflagen (Begleitperson zum Führen des Elektrorollstuhls) wird der Aktionsradius des Klägers im Kontakt zur Außenwelt stark eingeschränkt und dem öffentlichen Interesse an der Verkehrssicherheit der Vorrang eingeräumt gegenüber seinem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit. Faktisch hat die Fahrerlaubnisbehörde dem Kläger durch die gemachte Auflage seine eigenständige Mobilität gänzlich genommen. Soweit die Fahrerlaubnisbehörde die Auflage einer Begleitperson zur Benutzung des Elektrorollstuhles macht, hat der Kläger keine Verwandte in der Nähe, die dies übernehmen könnten, und die Finanzierung einer sonstigen Begleitperson ist nicht gesichert. Soweit die Fahrerlaubnisbehörde den Kläger auf die Benutzung eines handbetriebenen Rollstuhls verweist, reicht dies nicht aus, um seine Rechte zu wahren. Denn – unabhängig von der nicht gesicherten Finanzierung der Anschaffung eines solchen Rollstuhls – würde dies zu einer Erhöhung des Gefährdungsrisikos führen. Die Gefäßerkrankung, an der der Kläger leidet, hat bereits zur Amputation beider Unterschenkel und eines Fingers geführt. Ausweislich des Attestes des Dr. C. vom ... leidet der Kläger an Durchblutungsstörungen in den Händen, die zu Krämpfen in den Händen führen, wenn der Kläger einen Rollstuhl ohne Motor benutzt. Die Gefahr für ihn und für andere Verkehrsteilnehmer würde sich erhöhen, wenn er sich mit einem handbetriebenen Rollstuhl im Straßenverkehr bewegt.“

(3) VGH München vom 17.04.2023

Der VGH München hat wiederum durch Urteil vom 17.04.2023 [174] entschieden, dass § 3 der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) die Anforderungen an die Eignung zum Führen von fahrerlaubnisfreien Fahrzeugen nicht hinreichend bestimmt und daher als Rechtsgrundlage für behördliche Untersagungen nicht herangezogen werden kann.

7. Regeln, Verkehrstüchtigkeit und Haftung, wenn demenzkranke Menschen als Radfahrende am Straßenverkehr teilnehmen

7.1 Übersicht über Fahrradtypen und ihre rechtliche Einordnung

Gibt man bei Wikipedia das Stichwort „Fahrradtypen“ ein, findet man eine sehr lange und lesenswerte Liste. Wir wollen uns bei der Frage, inwieweit sich demenzkranke Menschen als Radfahrer am Straßenverkehr beteiligen können, auf Unterschiede zwischen dem herkömmlichen Fahrrad ohne Hilfsantrieb und Fahrrädern mit Hilfsantrieb beschränken.

Fahrradtyp	rechtliche Einordnung	Maximal km/h	Kfz-Haftpflicht	Helmpflicht	Fahrerlaubnisklass § 6 FeV
Fahrrad ohne Hilfsantrieb	Fahrrad	Muskelkraft	nein	nein	Keine
Pedelec. Unterstützendes Elektrofahrrad	Fahrrad	25 km/h	nein	nein	Keine
S-Pedelec	Kleinkrafttrad	45 km/h	ja	ja	Mind. FE-Klasse AM (in Pkw-FE Klasse B enthalten)
E-Bike bis 20 km/h	Leichtmofa	20 km/h	ja	nein	FE od. Mofa-Prüfbescheinigung oder Personalausweis (nur bei Geburtsdatum vor 1.4.1965)
					FE od. Mofa-Prüfbescheinigung

E-Bike bis 25 km/h	Mofa	25 km/h	ja	ja	oder Personalausweis (nur bei Geburtsdatum vor 1.4.1965)
E-Bike bis 45 km/h	Kleinkrafttrad	45 km/h	ja	ja	Mind. FE-Klasse AM (in Pkw-FE Klasse B enthalten)
Mofa	Mofa	25 km/h	ja	ja	Mofa-Prüfbescheinigung (§ 5 FeV)
Leichtmofa	Leichtmofa	20 km/h	ja	nein	FE od. Mofa-Prüfbescheinigung oder Personalausweis (nur bei Geburtsdatum vor 1.4.1965)

Mehr Einzelheiten, worin sich die verschiedenen Arten von Fahrrädern unterscheiden, findet man auf den Websites des ADAC [175] und der ARAG-Rechtsschutzversicherung [176]

7.2 Unfallvermeidung und wichtige Verkehrsregeln für Radfahrende

An erster Stelle steht die Vermeidung eines Unfalls

Fahrradunfälle führen häufig zu schwerwiegenden Verletzungen. Jeder Radfahrende sollte deshalb versuchen, Unfälle zu vermeiden.

Einen besonders wirksamen Schutz gewähren das Einhalten einer angemessenen Geschwindigkeit – insbesondere bei unklarer Verkehrslage –, das Tragen eines Fahrradhelms, reflektierende Kleidung, Abstandhalter und der Verzicht auf Alkohol und Drogen vor einer Fahrradfahrt.

Außerdem sollte sich jeder Radfahrende fragen:

- Können mich andere Verkehrsteilnehmer sehen?
- Funktioniert die Beleuchtung?
- Habe ich die Beleuchtung eingeschaltet?
- Habe ich Blickkontakt mit anderen Verkehrsteilnehmern aufgenommen?
- Nehme ich Rücksicht auf andere?
- Halte ich mich an die Verkehrsregeln?

Wichtige Verkehrsregeln

Generell gelten für Radfahrende die allgemeinen Regeln der StVO und der StVZO, in denen es wiederum zahlreiche Vorschriften gibt, die sich speziell auf Radfahrer beziehen. Im Einzelnen kann man sich gut im Infoblatt „Verkehrsrecht für Radfahrende“ des Allgemeinen Deutschen Fahrrad-Club e. V. informieren, welches man kostenlos als PDF-Datei downloaden kann.

[177]

7.3 Verkehrstüchtigkeit. Wann ein demenzkranker Mensch wegen körperlicher oder geistiger Mängel nicht als Radfahrer am Straßenverkehr teilnehmen darf.

Schon das Radfahren ohne Hilfsantrieb stellt an einen Verkehrsteilnehmer erheblich mehr Anforderungen an Gleichgewichtssinn, Orientierungs- und schnelle Reaktionsfähigkeit als die Teilnahme am Straßenverkehr als Fußgänger, Nutzer eines handbetriebenen Rollstuhls oder eines bis max. 6 km/h zugelassenen Elektrorollstuhls.

Zur Nutzung elektromotorisierter Fahrräder liegen im Hinblick auf Demenz zwar bislang keine Studien vor. [178] Doch liegt es auf der Hand, dass die

Anforderungen an Gleichgewichtssinn, Orientierungs- und schnelle Reaktionsfähigkeit steigen, wenn ein Fahrrad aufgrund der Unterstützung durch Hilfsantrieb schneller wird.

7.4 Der Umfang der Aufsichtspflicht von Begleitpersonen, Angehörigen, Pflegeeinrichtungen und Betreuern

Begleitpersonen, Angehörige, Pflegeeinrichtungen und Betreuer müssen nicht warten, bis ein Arzt bescheinigt, dass die betroffene Person aufgrund ihrer Demenz (und/oder) eines sonstigen/weiteren Leidens nur begrenzt oder gar nicht in der Lage ist, ein Fahrrad im Straßenverkehr sicher zu führen.

Wenn man Ausfallerscheinungen feststellt oder von Dritten berichtet wird, dass der Betroffene (fast) einen Unfall verursacht hat, muss man mit ihm sprechen und ihn bitten, im Sinne seiner eigenen Sicherheit so lange kein Fahrrad zu fahren, bis der Arzt seine Fahrtüchtigkeit geprüft hat.

Sicherheitshalber sollte der Fahrradschlüssel des Betroffenen in Gewahrsam genommen oder das Rad weggeschlossen werden.

7.5 Bußgeldrechtliche und strafrechtliche Folgen von Regelverstößen von Radfahrenden

Ordnungswidrigkeiten (§§ 49 StVO, 24 StVG)

Verstößt ein Radfahrer (auch mit einer beginnenden Demenz) vorsätzlich oder fahrlässig gegen eine der allgemeinen Verkehrsregeln oder gegen eine spezielle Ordnungsregel für Radfahrer, handelt er ordnungswidrig und muss mit einer Geldbuße aus dem Bußgeldkatalog (BKatV) rechnen. Beispiele:

- Vorschriftswidrig Gehweg benutzt (ohne Zeichen 239) 55 €, bei Behinderung Dritter 70 €, bei Gefährdung Dritter 80 €, mit Unfallfolge oder Sachbeschädigung 100 €
- Befahren einer nicht freigegebenen Fußgängerzone. 25 €, bei Behinderung Dritter 30 €, bei Gefährdung Dritter 35 €, mit Unfallfolge oder Sachbeschädigung 40 €
- Beim Rechtsabbiegen mit Grünpfeil vor dem Abbiegen nicht angehalten, 35 €, mit Behinderung Dritter 50 €
- Linksseitigen Radweg vorschriftswidrig benutzt. 55 €, bei Behinderung Dritter 70 €, bei Gefährdung Dritter 80 €, mit Unfallfolge oder Sachbeschädigung 100 €
- Elektronische Geräte (z. B. Mobiltelefon) rechtswidrig benutzt 55 €
- Missachtung des Rotlichts an der Ampel 60 €. Die Ampel war bereits länger als eine Sekunde rot 100 €, mit Unfallfolge oder Sachbeschädigung 180 €.
- Bahnübergang trotz geschlossener (Halb-)Schranke überquert 350 Euro, 2 Punkte
- Fahren mit Knopf im Ohr (vgl. § 23 StVO i.V.m. § 49 Abs. 1 Nr. 22)

Verkehrsstraftaten

Wenn Radfahrende eine Verkehrsstraftat begehen, gelten die allgemeinen Vorschriften. [179]

Dazu gehört auch die Regel, nicht im fahruntüchtigen Zustand zu fahren, so etwa bei Müdigkeit, bei Fahren mit Ohrhörern, die so laut sind, dass man das Verkehrsgeschehen nicht mehr wahrnehmen kann, oder nach erheblichem Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenkonsum.

Bei **Alkoholfahrten** von Radfahrenden wird – anders als bei Kraftfahrern (1,10 ‰) – eine absolute Fahruntüchtigkeit erst bei 1,6 Promille

angenommen. Allerdings bewahrt das nicht vor einer MPU. Nach einer Entscheidung des Verwaltungsgerichts Augsburg [180] ist die Anforderung eines MPU-Gutachtens wegen einer (einmaligen) Trunkenheitsfahrt mit dem Fahrrad bei einer BAK von 1,6 Promille oder mehr (hier: 2,31 Promille) rechtmäßig.

MPU-Gutachten nach einmaliger Trunkenheitsfahrt mit dem Fahrrad

Die Anwendung des § 13 Satz 1 Nr. 2, c FeV ist nach einem Urteil des Verwaltungsgerichts Augsburg auch gegenüber Personen gerechtfertigt, die lediglich fahrerlaubnisfreie Fahrzeuge führen. Ohne Bedeutung sei auch, dass der Betroffene nie eine Fahrerlaubnis besessen hat und auch in Zukunft keine erwerben will. [181]

7.6 Zivilrechtliche Haftungsfragen nach Verkehrsunfällen mit demenzkranken Radfahrern

Ein Radfahrer haftet, solange er deliktsfähig ist, grundsätzlich auf Schadensersatz und Schmerzensgeld, wenn er einen Verkehrsunfall mit Personen- und/oder Sachschäden (mit-)verursacht hat (§§ 823 Abs. 1 u. 2 BGB i. V. m. einer Vorschrift der StVO oder des StGB; 253 BGB). Beispiele:

Zivilrechtliche Haftung eines Radfahrers bei Benutzung der „falschen“ Richtung

Existieren zwei Radwege an einer Straße, so gilt auch hier: rechts fahren. Das Oberlandesgericht Düsseldorf sprach einem Radfahrer, der auf dem Radweg in der „falschen“ Richtung unterwegs war, die volle Schuld an einem Unfall zu, den dieser an einer Kreuzung durch Zusammenstoß mit einem Auto verursachte. (AZ: 1 U 206/99, NZV 2000, 506)

Zivilrechtliche Haftung eines Radfahrers ohne Fahrzeugberührung

Radfahrer Horst Röhn rast völlig unverhofft bei für ihn roter (Fußgänger-)Ampel über den Fußgängerüberweg einer lebhaft befahrenen Hauptstraße.

Der aufmerksame Pkw-Fahrer Daniel Ring kann zwar dank einer Vollbremsung (ABS) verhindern, dass Horst Röhn zur „Kühlerfigur“ wird. Der ihm nachfolgende Autofahrer Rudi Sauer kann jedoch nicht mehr rechtzeitig bremsen (kein ABS) und fährt auf den Pkw von Ring auf. Horst Röhn hat zwar großes Glück gehabt, dass ihm (dank der Aufmerksamkeit Daniel Rings) nichts passiert ist. Er hat hier aber grob fahrlässig gegen seine Wartepflicht als Fahrradfahrer (bzw. als hier geltender Fußgänger) verstoßen. Da es ohne dieses Verhalten nicht zu dem Auffahrunfall gekommen wäre, ist er auch verpflichtet, zumindest einen Teil der Schäden zu tragen.

Auch in solchen Fällen können Aufsichtspflichtige unter dem Gesichtspunkt einer Aufsichtspflichtverletzung (§ 832 BGB) (mit-)haften.

8. Wie lange besteht Fahreignung bei Demenz zum Führen eines Kraftfahrzeugs (Mofa, Motorrad, Pkw, Wohnmobil, Lkw) im Straßenverkehr?

8.1 Die Fahrerlaubnis zum Führen eines Kraftfahrzeugs als Inbegriff gelebter Menschenwürde und Verwirklichung der Grundrechte auf Freiheit und Freizügigkeit

Für die meisten Bürger ist ihre Fahrerlaubnis Inbegriff gelebter Menschenwürde, Verwirklichung der Grundrechte auf Freiheit und Freizügigkeit sowie Garant für ihre Teilhabe am wirtschaftlichen und sozialen Leben.

Der hohe Stellenwert, den die Fahrerlaubnis in unserer Gesellschaft hat, wird auch dadurch deutlich, dass die Entziehung der Fahrerlaubnis (§ 69 StGB) und die Verhängung einer Sperre für die Erteilung einer Fahrerlaubnis (§ 69a StGB) im Strafprozess oftmals als gravierender empfunden werden als eine Geldstrafe oder Freiheitsstrafe mit Bewährung. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass gegen die Pläne der EU, wonach Menschen ab 70 Jahren alle fünf Jahre nachweisen sollten, dass sie noch fahrtauglich sind, um ihren Führerschein verlängert zu bekommen, Sturm gelaufen wurde. Schließlich fand „die angedachte Verkürzung der Gültigkeitsdauer des Führerscheins für ältere Menschen keine Mehrheit, da das Recht auf Freizügigkeit und Teilnahme am wirtschaftlichen und sozialen Leben gewährleistet sein müsse. Das Parlament sprach sich damit klar gegen eine Diskriminierung von Senioren aus“. [182]

Da es eine verpflichtende Führerscheinprüfung speziell für ältere Menschen in Deutschland nicht gibt, kann ein älterer Verkehrsteilnehmer – wie alle anderen Verkehrsteilnehmer auch – stets nur wegen eines konkreten Fehlverhaltens im Straßenverkehr seine Fahrerlaubnis verlieren, so etwa wegen unerlaubten Entfernens vom Unfallort oder Trunkenheit im Verkehr.

8.2 Was tun, wenn die Fahreignung eines älteren Patienten nachlässt oder er gar die Diagnose Demenz erhält?

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., haben in ihrer – in der Einführung empfohlenen – „S3-Leitlinie Demenzen“ in ihrem Kap. „3.5 Fahreignung bei Demenz und leichter kognitiver Störung“ (S. 47 ff.) ausgeführt [183] .

Bei der mittelschweren bis schweren Demenz ist die Fahreignung nicht mehr gegeben

„Fahreignung bezeichnet die generelle Fähigkeit, ein Fahrzeug im Verkehr sicher zu führen. ... Fahreignung ist ein regelhaftes Thema im Rahmen der Erstdiagnostik von Demenzen und berührt auch ärztliche Aufklärungspflichten. Im Stadium der leichten kognitiven Störung und der leichten Demenz liegt nicht grundsätzlich fehlende Fahreignung vor, sondern sie muss im Einzelfall bewertet werden.

Bei der mittelschweren bis schweren Demenz ist die Fahreignung nicht mehr gegeben.“

Symptome

„Menschen mit leichter kognitiver Störung zeigen im Vergleich zu Gesunden beim Fahren im Realverkehr und/oder im Fahrsimulator oft geringfügige Leistungseinbußen. Diese zeigen sich meist erst in komplexen Fahrsituationen. Komorbide Depressionen haben in dieser Patientengruppe eine stärkere Auswirkung auf die Fahreignung als bei Personen mit Depression ohne kognitive Beeinträchtigungen“. „Die spezifischen Symptome, die die Fahreignung bei einer Demenz beeinträchtigen können, sind insbesondere räumliche Orientierungsstörungen, Beeinträchtigungen der räumlichen Wahrnehmung und des Arbeitsgedächtnisses sowie eine verminderte Fähigkeit, komplexe Situationen schnell zu erfassen. Hinzu können Störungen der motorischen Koordination sowie eine unzureichende Inhibition automatischer Reaktionen kommen. Der Grad der

Beeinträchtigung variiert in Abhängigkeit von Subtyp und Schweregrad der Demenz.“ [184]

Ärztliche Sicherungsaufklärung über den sukzessiven Verlust der Fahreignung

Unabhängig vom Schweregrad einer Demenz muss eine Sicherungsaufklärung durch den Arzt erfolgen (§§ 630c Abs. 2, 630e Abs. 1 BGB, sog. Sicherungsaufklärung). „Menschen mit Demenz sollen frühzeitig darüber aufgeklärt werden, dass eine Demenz im Verlauf zum Verlust der Fahreignung führen wird, selbst wenn zum Zeitpunkt der Diagnosestellung die Fahreignung noch gegeben ist („Sicherungsaufklärung“). Eine diesbezüglich unterbliebene Aufklärung stellt einen Behandlungsfehler dar. Die Aufklärung sollte zweifelsfrei dokumentiert werden. Es sollte immer darauf hingewirkt werden, dass die erkrankte Person rechtzeitig aus eigener Einsicht auf das Fahren verzichtet. Hierzu kann eine umfassende und wiederholte Beratung erforderlich sein.“ [185]

Verlust der Deckung in der Kfz-Haftpflichtversicherung bei Verstoß gegen das ärztliche „Fahrverbot“

Das sog. ärztliche „Fahrverbot“ besitzt zwar gegenüber dem Patienten keine rechtliche Bindungswirkung. Verstößt ein Patient aber grob fahrlässig oder vorsätzlich gegen die Anweisung des Arztes, kein Auto zu fahren, kann das im Falle eines Unfalles zu einem Verlust der Deckung in der Kfz-Haftpflichtversicherung führen.

Ein Arzt wiederum verletzt seine Sorgfalts- und Aufklärungspflicht, wenn er es unterlässt, einen Patienten auf mögliche Nachfolgewirkungen eines Medikamentes hinzuweisen, die die Benützung eines Kraftwagens im Anschluss an die Behandlung mit sich bringen kann. Er muss deshalb Schadensersatz zahlen, wenn der Patient infolge der Medikamentenwirkung

einen Unfall verursacht (LG Konstanz, Urteil vom 14. April 1972 – 5 O 74/72. NJW 1972, 2223).

Achtung! Durchbruch der Schweigepflicht

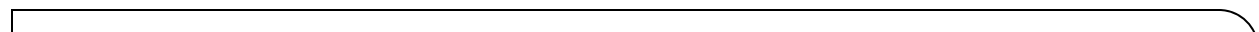
Fährt ein Mensch mit Demenz bei fehlender Fahreignung trotz Sicherungsaufklärung und vielleicht trotz erfolgtem ärztlichen „Fahrverbot“ weiterhin ein Kfz, so kann ein Arzt trotz der grundsätzlichen ärztlichen Schweigepflicht zum Schutz anderer Verkehrsteilnehmer sowie der betroffenen Person selbst die zuständige Ordnungsbehörde oder das Kraftverkehrsamt benachrichtigen [186]

Allerdings muss der Arzt insoweit die Mitteilung an die Behörden knapp fassen und darf lediglich die die Fahruntauglichkeit begründende Diagnose sowie die Angabe, dass aus ärztlicher Sicht Zweifel an der Fahrtüchtigkeit bestehen, weiterleiten. Eine komplette Darstellung der Krankengeschichte ist hingegen nicht zulässig (vgl. OLG Düsseldorf, Beschluss vom 2. April 2015, Az.: 2 Ws 101/15).

Eine allgemeine rechtliche Verpflichtung zur Mitteilung an Dritte besteht jedoch nicht, da dem Arzt hinsichtlich der Sicherheit des Straßenverkehrs keine Garantenpflicht zukommt.

8.3 Die Entziehung der Fahrerlaubnis, ihre Beschränkung oder Auflagen durch das Amt (§ 46 FeV)

§ 46 der Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnis-Verordnung – FeV) regelt die Voraussetzungen, unter denen eine Fahrerlaubnis entzogen, beschränkt oder mit Auflagen versehen werden muss.



§ 46 FeV. Entziehung, Beschränkung, Auflagen

(1) Erweist sich der Inhaber einer Fahrerlaubnis als **ungeeignet** zum Führen von Kraftfahrzeugen, hat ihm die Fahrerlaubnisbehörde die **Fahrerlaubnis zu entziehen**. Dies gilt insbesondere,

1. wenn Erkrankungen oder Mängel nach den Anlagen 4 (Liste von Erkrankungen u. Behinderungen), 5 (besondere Anforderungen f. bes. FE Klassen) oder 6 (Sehvermögen) vorliegen oder
2. erheblich oder wiederholt gegen verkehrsrechtliche Vorschriften oder Strafgesetze verstoßen wurde und dadurch die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen ausgeschlossen ist.

(2) Erweist sich der Inhaber einer Fahrerlaubnis noch als **bedingt geeignet** zum Führen von Kraftfahrzeugen, **schränkt** die Fahrerlaubnisbehörde die Fahrerlaubnis so weit wie notwendig ein oder ordnet die erforderlichen **Auflagen** an

(3) Werden Tatsachen bekannt, die **Bedenken** begründen, dass der Inhaber einer Fahrerlaubnis zum Führen eines Kraftfahrzeugs ungeeignet oder bedingt geeignet ist, finden die §§ 11 bis 14 entsprechend Anwendung.

(4) Die Fahrerlaubnis ist auch zu entziehen, wenn ...

(5) ...

(6) Mit der Entziehung erlischt die Fahrerlaubnis ...

8.4 Rechtswidrigkeit der Entziehung der Fahrerlaubnis

Nicht immer handelt die Fahrerlaubnisbehörde rechtmäßig, wenn sie ein verkehrsmedizinisches Gutachten anfordert, wie die nachfolgende Entscheidung des Verwaltungsgerichts München eindrucksvoll zeigt [187] .

Es geht um die Rechtswidrigkeit der Entziehung der Fahrerlaubnis, wenn die Anordnung zur Beibringung eines verkehrsmedizinischen Gutachtens

wegen Verdachts einer Altersdemenz unzulässig war, weil hinreichend konkrete Anknüpfungstatsachen fehlen (§ 11 Abs. 2 Nr. FeV).

Sachverhalt

Das Verwaltungsgericht (VG) München gab der Klage eines zur Tatzeit 93 Jahre alten Fahrzeugführers (Kläger) gegen den Bescheid der Fahrerlaubnisbehörde, wodurch diesem die Fahrerlaubnis aller Klassen (1, 2 und 3) entzogen worden war, statt.

Die Fahrerlaubnisbehörde habe nicht die Beibringung eines verkehrsmedizinischen Gutachtens anordnen dürfen, weil es an hinreichend konkreten Anknüpfungstatsachen fehle. Die von der Fahrerlaubnisbehörde erfolgte Gutachtensanordnung stelle deshalb eine unzulässige Ausforschung dar.

Was war passiert?

Die für den Kläger zuständige Fahrerlaubnisbehörde in Bayern wurde von einer Fahrerlaubnisbehörde aus dem Bezirk Salzburg (Österreich) darüber informiert, dass bei dem Kläger bei einer polizeilichen Geschwindigkeitsmessung in Österreich eine Überschreitung der zulässigen Höchstgeschwindigkeit um 17 km/h festgestellt worden war. Nachdem der mit einer Warnweste bekleidete Polizeibeamte ihm daraufhin das Anhaltezeichen gegeben habe, habe der Kläger sofort die Geschwindigkeit erhöht und sei an dem am Fahrbahnrand stehenden Polizeibeamten vorbeigerast. Der Kläger habe trotz Verfolgung der Polizei mit Martinshorn und Blaulicht nicht angehalten. Erst einem unbeteiligten Kfz-Fahrer sei es durch Querstellen seines Kfz gelungen, den Kläger zum Anhalten zu zwingen. Einer der beiden Polizeibeamten sei daraufhin zum Fahrzeug des Klägers gerannt, welcher erneut versucht habe zu flüchten. Auf die Frage, warum er geflüchtet sei, habe der Kläger sinngemäß zur Antwort gegeben,

er kenne keine Anhaltezeichen, da er deutscher Staatsangehöriger sei. Bei der anschließend durchgeführten Verkehrskontrolle sei der Kläger äußerst ungehalten gewesen und habe sich provokant und unverschämt verhalten. Die Abnahme des Führerscheins wegen eines außergewöhnlichen Erregungszustandes sei jedoch nicht in Betracht gekommen, weil das Verhalten des Klägers bewusst provokant und unverschämt gewesen sei.

Auf die Mitteilung der österreichischen Fahrerlaubnisbehörde forderte die bayerische Fahrerlaubnisbehörde den Kläger auf, spätestens in 10 Tagen in der Führerscheinstelle vorzusprechen.

Dies wurde von der Tochter des Klägers unter Hinweis auf dessen Gesundheitszustand verweigert.

Daraufhin forderte die Fahrerlaubnisbehörde den Kläger unter Bezugnahme auf den oben dargestellten Sachverhalt auf, spätestens binnen 6 Wochen ein fachärztliches Gutachten beizubringen, das folgende Frage klären sollte: „Kann Herr ... trotz der Hinweise auf intellektuelle Leistungseinschränkungen (z. B. durch Intelligenzstörungen, geistige Behinderung, Alterungsprozesse oder Anpassungsmängel, Demenzerkrankung) ein Kraftfahrzeug der Gruppe 1/2 der o. g. Fahrerlaubnisklasse sicher führen?“ Aufgrund des auffälligen Verhaltens des Klägers, einhergehend mit Uneinsichtigkeit bzw. Sturheit, bestehe der begründete Verdacht, dass beim Kläger eine Demenzerkrankung vorliege; eine Prüfung der Fahreignung sei daher erforderlich. Die Gutachtensanordnung enthielt einen Hinweis auf die Rechtsfolgen des § 11 Abs. 8 Fahrerlaubnisverordnung (FeV).

Der Kläger, der seine Fahrerlaubnis seit 63 Jahre hatte, lehnte die Beibringung eines verkehrsmedizinischen Gutachtens ab und teilte der Fahrerlaubnisbehörde u. a. mit: von einer beginnenden Demenz könne keine Rede sein. Er habe noch nie einen Unfall verursacht und keinen

einzigsten Punkt in Flensburg erhalten. Der Kläger legte zudem eine aktuelle Bescheinigung seiner behandelnden Hausärztin vor, in welcher die Ärztin, die den Kläger seit Jahren regelmäßig betreut, bestätigte, dass der Gesundheitszustand des Klägers trotz seines sehr hohen Alters als sehr gut bezeichnet werden könne, insbesondere benötige er keine regelmäßige Medikamenteneinnahme. Sein psychischer Zustand sei als stabil zu bezeichnen. Hinweise auf eine Demenz seien nicht feststellbar. Aus hausärztlicher Sicht habe die Ärztin den Antragsteller als vorsichtigen und besonnenen Autofahrer kennengelernt, der sein gesamtes Leben mit Lkw und Pkw (eigene Tankstelle, Fuhrunternehmen) zu tun gehabt habe und auch heute noch mental in der Lage sei, am Straßenverkehr teilzunehmen.

Nachdem der Kläger kein Gutachten vorgelegt hatte, entzog ihm die Fahrerlaubnisbehörde (nach Gelegenheit zur Anhörung) durch den angegriffenen Bescheid die Fahrerlaubnis aller Klassen (1, 2 und 3) und drohte ihm die sofortige Vollziehung der Fahrerlaubnis aller Klassen an. Zugleich forderte ihn die Behörde unter Androhung eines Zwangsgeldes auf, seinen Führerschein innerhalb von vier Tagen nach Zustellung des Bescheids bei der Fahrerlaubnisbehörde abzugeben. Dieser Abgabeverpflichtung kam der Antragsteller nach.

Zur Begründung ihrer Entscheidung führte die Fahrerlaubnisbehörde aus: Da das Gutachten nicht fristgerecht vorgelegt worden sei, sehe die Fahrerlaubnisbehörde die Nichteignung des Antragstellers als erwiesen an. Er lasse die von einem Kraftfahrzeugführer zu fordernde Einsicht vermissen, dass die Sicherheit des Straßenverkehrs seinen eigenen Belangen vorgehe. Dieser persönliche Mangel des Kraftfahrzeugführers nötige zur Anwendung der den Schutz der Allgemeinheit vor Gefahren bezweckenden Vorschrift des Straßenverkehrsgesetzes, weil die bisherigen Zweifel an der Eignung des Antragstellers sich durch seine Uneinsichtigkeit und fehlende

Mitwirkungsbereitschaft zur Annahme einer Gefährdung der Verkehrssicherheit verdichtet hätten und dieser Gefahr nur durch die Entziehung der Fahrerlaubnis begegnet werden könne.

Das Verwaltungsgericht hat dazu in seiner Entscheidung u. a. ausgeführt: Allein aus einer Überreaktion und uneinsichtigem Verhalten, wie es der Kläger einmal in Österreich gezeigt habe, könne noch nicht auf eine Altersdemenz oder altersbedingte schwere Persönlichkeitsveränderung geschlossen werden. Zwar können uneinsichtiges Verhalten sowie Sturheit Begleiterscheinungen einer Altersdemenz sein. Hauptcharakteristik einer die Fahreignung ausschließenden altersbedingten Persönlichkeitsveränderung im Sinne von Nr. 7.3 Anlage 4 zur FeV ist jedoch eine nachlassende psychische Leistungsfähigkeit, die stets eine organische Grundlage hat und die nur bei schwerer Ausprägung krankhaft ist. Dieser Leistungsrückgang äußert sich vor allem in einer verminderten Reaktionsleistung und mangelnden sensorischen Funktionen (vgl. Schubert/Schneider/Eisenmenger/Stephan, Kommentar zu den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung, 2. Auflage 2005, Kapitel 3.10.3). Auf derartige Leistungseinschränkungen mit einer organischen Grundlage deuten die Schilderungen der Polizeibeamten nicht hin. Das vom Kläger an den Tag gelegte uneinsichtige und provokative Verhalten allein lässt das Vorliegen einer Altersdemenz oder schweren Persönlichkeitsstörung jedoch noch nicht als naheliegend erscheinen. Dies ist aus Gründen der Verhältnismäßigkeit jedoch zu fordern, da es sich auch bei einer fachärztlichen Begutachtung um eine Untersuchung mit erheblicher Eingriffsintensität handelt. Eine Gutachtensanordnung, für die es an hinreichend konkreten Anknüpfungstatsachen fehlt, stellt daher eine unzulässige Ausforschung dar.

8.5 **Zum Schluss. Ein Fall aus der psychiatrischen Gutachten-Praxis. Senior Schulzes „Feldzug“ durch das Verkehrsrecht als Pkw-Fahrer mit fortgeschrittener Demenz**

*Berichtet von **Ruth Chudaska**, Fachärztin für Psychiatrie und Gerichtsgutachterin*

Anders als der vorangegangene Fall ist der Fall Schulze aus der psychiatrischen Gutachter-Praxis der Fachärztin für Psychiatrie Ruth Chudaska zu beurteilen.

Themen des Falls Schulze: Verursachung Blechschaden mit Pkw auf Supermarkt-Parkplatz. Unerlaubtes Entfernen vom Unfallort. Polizeiliche Sicherstellung von Führerschein und Pkw-Schlüssel. Versuchter Neukauf eines Pkws mit Abschluss eines Kredit-Vertrages.

Der Fall: Senior (Großvater) Schulze und seine Enkelin Janine, die auf privater Basis seine Betreuung führt und sich auch sonst um ihn kümmert, weil sie im selben Haus wohnt, führen eine sehr laute, lebhafte und kontroverse Diskussion. Janine ist mit dem Verhalten ihres Großvaters keineswegs zufrieden. In letzter Zeit kann sie ihn immer weniger „erreichen“, er wurde in den letzten Monaten deutlich vergesslicher, die zeitliche Orientierung und manchmal auch die situative und persönliche wurden unsicherer und sein Verhalten zeigte sich zudem zunehmend sehr eigenwillig.

Das gipfelte darin, dass Opa Schulze kürzlich auf dem **Parkplatz eines Supermarkts einen Verkehrsunfall** verursachte, bei dem er mit seinem eigenen Pkw ein anderes Auto rammte und sich dann unerlaubt vom

Unfallort entfernte. Dabei wurde er von zahlreichen Zeugen beobachtet und entsprechend bei der Polizei angezeigt.

Im Rahmen der polizeilichen Ermittlungen kamen erhebliche **Zweifel an der Verkehrstüchtigkeit** des alten Herrn auf. Nicht nur wegen Defiziten beim Hören und Sehen, aber vor allem wegen der schon äußerlich erkennbaren Verlangsamung der Reaktionen und der teilweise widersprüchlichen Einlassungen bei der Vernehmung. Schnell wurde er nur, wenn er wütend war, was bei Vorhalt dieses Unfalls sehr rasch eintrat. Hier war nicht er an dem Ereignis schuld, sondern das geschädigte Auto stand im Weg und überhaupt war er unschuldig, weil er sich gar nicht erinnern konnte, an diesem Tag überhaupt mit dem Auto unterwegs gewesen zu sein. Die ganze Armada der üblichen Ausreden, die wohl jeder Angehörige kennt, der einen fahruntfähigen, aber mit gravierend ins Positive verschobener Selbstwahrnehmung versehenen Angehörigen zu Hause zu pflegen hat.

Entsprechend behielt die Polizei **den Führerschein** zunächst ein und erteilte ihm ein **Fahrverbot**. Da abzusehen war, dass er dieses nicht einhalten würde, weil er der festen Auffassung war, dass er doch schon 50 Jahre unfallfrei gefahren war und sich zudem an den verursachten Parkscha den vor einem Monat nicht mehr erinnern konnte, hatte Janine sicherheitshalber die **Autoschlüssel in Verwahrung** genommen.

Da er es sich aber in den Kopf gesetzt hatte, die jeweils ca. 600 m Entfernung zu seiner Freundin nicht zu Fuß zurücklegen zu wollen und auch zum Einkaufen im Supermarkt das Auto brauche, suchte er seine Autoschlüssel natürlich vergeblich. Das machte ihn ungehalten. Er konnte es sich auch nicht erklären, wo diese möglicherweise abgeblieben sein könnten.

Daher fand er eine „kreative“ und sehr individuelle Lösung, indem er zum

Autohändler seines Vertrauens ging und dort ein **neues Auto** bestellte, das er zudem in **Raten bezahlen** wollte. Dem Autohändler kam das aber etwas merkwürdig vor, zumal ihn einige Informationen von Herrn Schulze relativ verworren vorkamen. Daher hatte er relativ schnell Zweifel an der **Geschäftsfähigkeit seines Kunden**, von der Verkehrstüchtigkeit mal ganz zu schweigen. Um ihn nicht zu verärgern, kontaktierte er im Hintergrund die Enkelin seines Kunden, von der er wusste, dass sie die **Betreuung des Betroffenen** führte. In dem kleinen Ort war das auch keine Schwierigkeit. Janine teilte ihm daraufhin mit, dass ihr Großvater, ganz abgesehen von der **nicht mehr vorhandenen Fahreignung**, gar nicht die finanziellen Möglichkeiten hatte, um sich ein neues Auto zu kaufen und sich ansonsten erheblich verschulden würde. Der Autokauf wurde daher von Janine umgehend storniert, was zur erheblichen Verärgerung von Opa Schulze beitrug, der sofort lautstark „Schikane und Bevormundung“ vermutete und auch die weitere Führung der Betreuung durch seine Enkelin kategorisch ablehnte, weil diese in seiner Wahrnehmung „gegen seine Interessen handele“.

Anmerkung: In diesem Fall waren eine Gutachtensanordnung und die Entziehung der Fahrerlaubnis unausweichlich.

XI. Rechtliche Fragen bei Demenz im Sozialrecht (Gesetzliche Leistungen)

Yvonne Ferrant

1. Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

Die gesetzlichen Krankenkassen tragen die Kosten für die Behandlung von Krankheiten [188] und somit für ärztliche Behandlungen, einschließlich Psychotherapie, für Hilfs- und Heilmittel sowie temporäre Pflegeleistungen [189]. Darüber hinaus werden digitale Gesundheitsanwendungen angeboten, die Alzheimer- und Demenzkranken, die z. B. oft unter Schlafproblemen leiden, die Möglichkeit geben besser ein- oder durchzuschlafen. [190]

Der persönliche Geltungsbereich des SGB V umfasst jeden Versicherten [191], und somit auch den Demenzkranken, in einer gesetzlichen Krankenkasse beziehungsweise in einer Ersatzkrankenkasse. Der Demenzkranke kann dann eine für ihn ausreichende, bedarfsgerechte und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende medizinische Krankenbehandlung beanspruchen. [192]

Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist in der Regel, die Verordnung der konkreten Leistung durch einen Arzt. [193]

1.1 Heil- und Hilfsmittel

Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die Behandlung, die Medikamente [194] und für Heil- und Hilfsmittel [195], die Demenzkranke brauchen. Alle möglichen Leistungen finden sich im Heilmittelkatalog der gesetzlichen Krankenkassen. [196]

Der pensionierte Studiendirektor mit Alzheimer-Demenz könnte als Heilmittel ärztlich verordnete medizinische Dienstleistungen wie beispielsweise Schlucktherapie bei Schluckstörung, Hirnleistungstraining bei demenziellen Syndromen, eine psychisch-funktionelle Behandlung zur Steigerung globaler mentaler Funktionen und der Intelligenz, Krankengymnastik, Logopädie (Sprech-, Stimm- und Sprachtherapie) und Ergotherapie (d. h. eine motorisch-funktionelle Behandlung zur Wiederherstellung oder Besserung der Beweglichkeit) beanspruchen.

Die für Demenzkranke in Betracht kommenden Hilfsmittel ergeben sich aus dem Hilfsmittelverzeichnis [197].

Für den pensionierten Studiendirektor mit Alzheimer-Demenz kommen hier Inkontinenzartikel unter der Produktgruppe Ziffer 15 oder als Pflegehilfsmittel der Hausnotruf unter Ziffer 52 oder bei der starken Schluckstörung das Tracheostoma unter Ziffer 12 oder transnasale Ernährungssonden nach Ziffer 04 in Betracht.

Die Leistungen müssen dabei ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. [198] Eventuell entstehende Mehrkosten für das Hilfsmittel haben dann letztlich die Versicherten – wie der an Alzheimer Demenz erkrankte pensionierte Studiendirektor – selbst zu tragen. Denn die gesetzliche Krankenkasse

übernimmt in der Regel, soweit ein Festbetrag festgesetzt ist, nur die Kosten bis zur Höhe dieses Festbetrags. Der Anspruch erfasst nicht nur den Erhalt, sondern auch die Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln. [199] Da die Rechtsprechung den technischen Fortschritt mit zu berücksichtigen hat, können auch für ein nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistetes Hilfsmittel die Kosten übernommen werden. Dabei ist allerdings zu unterscheiden zwischen dem unmittelbaren Behinderungsausgleich (unmittelbare Ersetzung eines ausgefallenen Körperteils) und dem mittelbaren Behinderungsausgleich (Hilfsmittel zur Erschließung des Nahbereichs der Wohnung). [200]

1.2 Häusliche Krankenpflege

Voraussetzung für die häusliche Krankenbeobachtung nach § 37 SGB V ist, dass der an Demenz erkrankte Mensch die notwendigen Pflegemaßnahmen nicht selbst und auch keine andere im Haushalt lebende Person diese für ihn ausführen kann. [201]

Die nach einem Unfall mittelgradig geistig behinderte alleinerziehende berufstätige Mutter könnte einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege im Sinne der Übernahme der Kosten für eine Assistenzkraft und ständige Beobachtung während der Zeit des Schulbesuchs für ihren 9 Jahre alten Sohn haben, der an einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ 1 erkrankt und mit einer Insulinpumpe versorgt ist und über einen Grad der Behinderung (GdB) von 50 sowie das Merkzeichen H und den Pflegegrad 2 verfügt und nicht selbstständig wahrnehmen kann, wann er in Unterzucker gerät. [202] Dies müsste bei der Mutter im obigen Fall unproblematisch sein, da sie berufstätig ist und somit ihr Kind nicht während der Schulzeit begleiten kann.

Denkbar ist eine Übertragung des Falls auch auf einen dementen pensionierten Studiendirektor, der vergessen hat, was die Werte auf dem Monitorgerät seiner Insulinpumpe bedeuten und für die Interpretation der Werte regelmäßig die Intervention einer Pflegekraft bzw. Krankenschwester benötigt.

Dabei werden von der häuslichen Krankenpflege die Grundpflege, die Behandlungspflege und die hauswirtschaftliche Versorgung erfasst. [203]

Der pensionierte Studiendirektor mit Alzheimer-Demenz stürzt öfter die Treppe im Haus hinab, da er regelmäßig vergisst, dass diese so viele Stufen hat. Dabei zieht er sich eine Nekrose zu. Nach deren Abtragung im Klinikum, vorausgesetzt niemand könnte sich um ihn adäquat in seiner Demenz-Wohngemeinschaft kümmern, ist eine Pflegekraft zur regelmäßigen professionellen Wundpflege bei ihm zu Hause im Einsatz. Sie könnte ihm zudem zu sämtlichen Mahlzeiten die Tabletten reichen, da er vergisst seine Medikamente regelmäßig einzunehmen. [204]

1.3 Rehabilitationsmaßnahmen

Die in § 40 SGB V enthaltenen Rehabilitationsmaßnahmen und damit ein stationärer Aufenthalt in einer Reha-Einrichtung sind insbesondere bei einem an Alzheimer mit fortgeschrittener Demenz Erkrankten sinnvoll, wenn dieser behandlungsbedürftig und rehabilitationsfähig ist sowie bei ihm eine positive Rehabilitationsprognose festgestellt werden kann. [205]

Eine auf eine Demenz spezialisierte Klinik liefert ein multimodales Therapiekonzept mit intensivem Konzentrations- und Kognitionstraining,

Bewegungs-, Musik- und Ergotherapie. Der pensionierte Studiendirektor mit Alzheimer-Demenz könnte sich in eine Rehabilitationsklinik einliefern lassen und dort z. B. folgende Leistungen in Anspruch nehmen: zur Verbesserung der Motorik (z. B. Ballspiele, Bewegung nach Musik) und alltagsorientierte Therapie (z. B. tiergestützte Therapie) sowie Erinnerungstherapie. Er könnte sich auch für einen bereits durchgeführten Klinikaufenthalt die Kosten für diesen erstatten lassen. Er könnte auch seine nicht demente Ehefrau Charlotte mit in die Klinik nehmen, denn deren Mitaufnahme kann z. B. im Fall von Orientierungslosigkeit in der Reha-Klinik erforderlich sein. Auch deren Kosten würden dann erstattet werden. [206]

2. Schwerbehinderung (SGB IX)

Menschen mit einer mittleren bis schweren Demenz haben oft einen Anspruch auf die Zuerkennung einer Schwerbehinderung, wenn sie einen Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 erreichen. Ab einem GdB von 50 haben Sie auch Anspruch auf die zusätzliche Vergabe von Merkzeichen (vgl. § 152 SGB IX).

2.1 Der Grad der Behinderung bei Demenz

Nach § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) – Anlage „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ (VG) und der dortigen Ziffer 3.1.1 Hirnschäden ist der Schweregrad einer Demenz zu beurteilen. Liegt ein Hirnschaden bzw. eine Demenz mit mittelschwerer Leistungsbeeinträchtigung vor, ist ein Bewertungsrahmen von 50 bis 60 für

den Einzel-Grad der Behinderung anzusetzen. Bei einer schweren Demenz und somit einem Hirnschaden mit schwerer Leistungsbeeinträchtigung ist der Einzel-GdB sogar mit 70 bis 100 zu bemessen.

2.2 Die Merkzeichen

Als Merkzeichen kommen bei an Demenz erkrankten Menschen insbesondere die Merkzeichen „G“, „aG“, „B“, „H“ und „Bl“ in Betracht. Mit der Vergabe der Merkzeichen kann der Demenzkranke dann zahlreiche Nachteilsausgleiche wie z. B. kostenlose Beförderung einer Begleitperson (Merkzeichen „B“), steuerliche Vergünstigungen (z. B. ab einem GdB von 70 und dem Merkzeichen „G“ ist eine behinderungsbedingte Fahrtpauschale bei der Steuer absetzbar) und kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (Merkzeichen „Bl“) erhalten. [207]

2.2.1 Merkzeichen „G“

Das Merkzeichen „G“ wird nach § 229 Absatz 1 Satz 1 SGB IX nur demjenigen gewährt, der in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist. Dies ist der Fall, wenn der Demenzkranke im Gehvermögen so eingeschränkt ist (auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit), dass er nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere, Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch von anderen durchaus zu Fuß bewältigt werden können. Er ist somit nicht mehr in der Lage, eine Wegstrecke von 2 km in 30 Minuten zu Fuß zu gehen. [208] Dafür bedarf es bei den an Demenz erkrankten Menschen, die über eine Schwerbehinderung (Grad der Behinderung von mindestens 50 verfügen) entweder eine sich auf die

Gehfähigkeit auswirkende Funktionsstörung der unteren Gliedmaßen und/oder der Lendenwirbelsäule, die für sich einen Teil-GdB von wenigstens 50 bedingen. Es ist auch ein GdB der unteren Gliedmaßen von unter 50 denkbar, wenn diese Funktionsbeeinträchtigungen sich auf die Gehfähigkeit besonders auswirken, was der Fall ist, bei einer Versteifung eines Hüftgelenks, eines Knie- oder Fußgelenks in ungünstiger Stellung oder arteriellen Verschlusskrankheiten mit einem Teil-GdB von 40. Ein Merkzeichen „G“ kommt auch bei sonstigen Erkrankungen auf psychiatrischem und internistischem Fachgebiet in Betracht, wenn diese sich erkennbar auf die Gehfähigkeit auswirken. Dies könnten z. B. Herzscheiden mit einer Beeinträchtigung der Herzleistung wenigstens nach der Gruppe 3 sein. [209]

Das Merkzeichen „G“ erhält der pensionierte Studiendirektor mit Demenz als geistige Behinderung, wenn diese bei ihm eine Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit begründet und durch die Behinderung er in seiner Orientierungsfähigkeit auf der Straße gestört und es ihm daher nicht mehr möglich ist, unbekannte Wege oder eine zielgerichtete Wegstrecke zu beschreiten. [210]

2.2.2 Merkzeichen „aG“

Für den Erhalt des Merkzeichens außergewöhnliche Gehbehinderung „aG“ bedarf es nach § 229 Abs. 3 S. 1 SGB IX einer erheblichen mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung und einem Grad der Behinderung von mindestens 80. [211] Eine erhebliche mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung liegt dann vor, wenn sich die schwerbehinderten Demenzkranken wegen der Schwere ihrer Beeinträchtigung dauernd nur

mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können. Das ist der Fall, wenn sie vom ersten Schritt an oder für sehr kurze Entfernungen auf die Notwendigkeit eines Rollstuhls angewiesen sind. Die Rechtsprechung misst dem Erfordernis der dauerhaften Rollstuhlbenutzung eine wesentliche Bedeutung bei. Ein Merkzeichen „aG“ steht einem Demenzkranken z. B. nicht zu, wenn diesem noch das Laufen von 200 Metern mit Unterarmgehstützen oder Rollator möglich ist. [212] Der Gesetzgeber hat bei der Abfassung des SGB IX in der Gesetzesbegründung für die Vergabe des Merkzeichens „aG“ beispielhafte Fälle aufgeführt. Sollten bei dem Demenzkranken vergleichbare Funktionsstörungen vorliegen, ist ihm das Merkzeichen „aG“ zuzuerkennen. [213]

Der pensionierte Studiendirektor mit Alzheimer-Demenz ist nicht vom ersten Schritt an auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen. Er benutzt aber eine Gehhilfe bei einer Gehstrecke von 50 m (z. B. einen Gehstock oder Rollator). Auch verfügt er seine gesamten gesundheitlichen Funktionsbeeinträchtigungen zusammengekommen nicht über einen GdB von mindestens 80. In einem solchen Fall scheidet für ihn die Vergabe des Merkzeichens „aG“ aus. [214]

Der pensionierte Studiendirektor mit Alzheimer-Demenz benötigt wegen seines Orientierungsvermögens und seines unkontrollierten Bewegungsdrangs der Beaufsichtigung durch eine Begleitperson. Hier ist für die Vergabe des Merkzeichens „aG“ zusätzlich erforderlich, dass eine so starke Eigen- oder Fremdgefährdung besteht, dass eine verantwortungsbewusste Begleitperson den an Demenz erkrankten Studiendirektor im innerstädtischen Fußgängerverkehr

nicht mehr an der Hand halten und leiten, sondern regelmäßig nur noch im Rollstuhl befördern kann. [215]

2.2.3 Das Merkzeichen „B“

Bei der ständigen Begleitung (Merkzeichen „B“) wird die Begleitperson eines schwerbehinderten Demenzkranken, der infolge seiner Behinderung in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt ist, im öffentlichen Personenverkehr unentgeltlich befördert, wenn die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson nachgewiesen und dies in seinem Ausweis eingetragen ist. Nach § 228 SGB IX in Verbindung mit Teil D Ziffer 2b VG ist eine Berechtigung für eine ständige Begleitung bei schwerbehinderten Menschen, bei denen die Voraussetzungen für das Merkzeichen „G“, „Gl“ oder „H“ vorliegen, gegeben, die bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind. Der Tatbestand für die Zuerkennung des Merkzeichens „B“ knüpft somit an das gleichzeitige Vorhandensein der Voraussetzungen der Merkzeichen „G“, „Gl“ oder „H“ an. [216] Weiter ist Voraussetzung, dass der an Demenz erkrankte bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel infolge seiner Behinderung regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen ist (§ 229 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Dementsprechend bedarf es eines regelmäßigen Fremdhilfebedarfs bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel beim Ein- und Aussteigen oder während der Fahrt des Verkehrsmittels. Denkbar ist auch, dass der Fremdhilfebedarf zum Ausgleich von Orientierungsstörungen erforderlich ist. Die Berechtigung für eine ständige Begleitung ist z. B. bei geistig behinderten Menschen und Anfallskranken anzunehmen, bei denen die Annahme einer erheblichen

Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr gerechtfertigt ist (Teil D Nr. 2c VG).

Der pensionierte Studiendirektor mit Demenz hätte einen Anspruch auf Zuerkennung des Merkzeichens B, wenn er neben der Demenz zusätzlich eine Angststörung mit Panikattacken entwickelt hat, welche bei allen Wegen außer Haus auftritt. Diese psychogene Gangstörung äußert sich in einer erheblich verlangsamten Bewältigung auch üblicher Wegstrecken. Ihm steht deshalb das Merkzeichen „G“ zu. Infolge der Angsterkrankung ist er auch nicht in der Lage öffentliche Verkehrsmittel ohne fremde Hilfe zu benutzen und braucht Hilfe beim Ein- und Aussteigen. Daher steht ihm auch das Merkzeichen „B“ zu. [217]

2.2.4 Das Merkzeichen „H“

Hilflos ist ein Demenzkranker, wenn er für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe bedarf. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den jeweiligen Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muss, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Bei den Verrichtungen handelt es sich um solche, die im Ablauf eines jeden Tages unmittelbar zur Wartung, Pflege und Befriedigung wesentlicher Bedürfnisse des Demenzkranken gehören, sowie häufig und regelmäßig wiederkehren. Dazu zählen zunächst die auch von der Pflegeversicherung [218] erfassten Bereiche der Körperpflege (Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung), Ernährung (mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung) und Mobilität

(Aufstehen, Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung). Diese Bereiche werden unter dem Begriff der sog. Grundpflege zusammengefasst. Hinzu kommen Maßnahmen zur psychischen Erholung, geistige Anregungen und Kommunikation zugunsten des Demenzkranken (Sehen, Hören, Sprechen und die Fähigkeit zu Interaktionen). Nicht vom Begriff der Hilflosigkeit umschlossen ist der Hilfebedarf bei hauswirtschaftlichen Verrichtungen. [219] Die Erheblichkeit des Hilfebedarfs wird in erster Linie nach dem täglichen Zeitaufwand für erforderliche Betreuungsleistungen beurteilt. So ist z. B. der an Demenz Erkrankte nicht hilflos, wenn er nur in relativ geringem Umfang, täglich etwa eine Stunde, auf fremde Hilfe angewiesen ist. [220] Anspruch auf Zuerkennung des Merkzeichens „H“ haben demgegenüber diejenigen Demenzkranken, deren täglicher Zeitaufwand für die Hilfeleistung mindestens zwei Stunden erreicht. Dabei kann erst bei einem nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zuerkannten Pflegegrad 4 davon ausgegangen werden, dass generell eine Hilfebedürftigkeit besteht. [221]

Die Pflegekraft muss den pensionierten Studiendirektor mit Alzheimer-Demenz in einem Zeitumfang von 4 Stunden täglich, wie sich aus dem Gutachten des Medizinischen Dienstes ergab, betreuen im Bereich der Grundpflege, bei den oben genannten Verrichtungen. Hier steht ihm das Merkzeichen „H“ zu. [222]

2.2.5 Das Merkzeichen „Bl“

Die Voraussetzungen für die Vergabe des Merkzeichens „Bl“ richten sich nach den Blindengesetzen der einzelnen Bundesländer und dem Begriff der

Blindheit in § 72 Abs. 5 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII). Dabei wird z. B. im Gesetz über die Landesblindenhilfe (Blindenhilfegesetz – BliHG) Baden-Württemberg vom 08.02.1972 u. a. ein Demenzkranker, der zugleich blind ist, soweit er seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Baden-Württemberg hat, zum Ausgleich der durch die Blindheit bedingten Mehraufwendungen und Benachteiligungen auf Antrag eine Landesblindenhilfe gewährt. Blind ist er nach § 1 Abs. 2 BliHG, wenn seine Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 1/50 beträgt [223] oder eine andere nicht nur vorübergehende Störung des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegt, dass sie der Beeinträchtigung der Sehschärfe nach Nr. 1 gleich zu achten ist. Das Bundessozialgericht geht von einem weiten Verständnis des Sehvorgangs aus und erfasst davon die optische Reizaufnahme, die Reizweiterleitung und die weitere Verarbeitung der optischen Reize im Bewusstsein des an Demenz erkrankten Menschen. Eine der Blindheit entsprechende gleich schwere zerebrale Störung des Sehvermögens setzt daher keine spezifische Sehstörung voraus. [224]

Ein Anspruch auf ein Merkzeichen „Bl“ besteht z. B. wenn der pensionierte Studiendirektor unter einer sehr schweren Demenz bei Alzheimerkrankheit leidet und wenn bei ihm die weitere Verarbeitung optischer (und der übrigen) Reize im Bewusstsein nicht mehr gegeben ist. Bei ihm besteht eine Verarbeitungsstörung optischer Signale, die hauptsächlich auf einer generalisierten Kognitionsstörung beruht. Die aufgenommenen Signale können bei dem Demenzkranken wegen fehlender Verarbeitung im Gehirn nicht mehr genutzt werden, dies gilt dabei auch für das Sehen. [225]

3. Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)

Nach § 36 SGB XI haben demente Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Nach § 37 SGB XI können an Demenz erkrankte Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Nach § 14 Abs. 1 SGB XI sind Demenzkranke dann pflegebedürftig, wenn sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die Bemessung dieses Fremdhilfe- oder Interventionsbedarfs erfolgt nach den Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuchs (im Folgenden RL Pflege). [226] Dort ist geregelt, welche Positionen in den einzelnen Modulen unter Eingehen auf die jeweilige Ziffer wie bewertet werden (z. B. Modul 1: Mobilität; Ziffer 4.1.1. Positionswechsel im Bett – selbstständig; überwiegend selbstständig; überwiegend unselbstständig oder unselbstständig). Je nach Fremdhilfebedarf und nach Grad der Selbstständigkeit werden Einzelpunkte vergeben. Diese Einzelpunkte in den jeweiligen Modulen werden sodann addiert und entsprechend der Anlage 2 zu § 15 SGB XI einem jeweiligen Punktbereich zugeordnet, aus dem sich die gewichteten Punkte ergeben. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige an Demenz erkrankte Menschen z. B. in einen Pflegegrad 3 ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte einzuordnen. Die Pflege an sich ist auch aktuell immer wieder Thema in der Presse auch übergreifend auf andere Rechtsgebiete, sei es der Mangel an Pflegekräften [227], die

Gewalt von Pflegenden an Pflegebedürftigen [228] oder ob ein Sozialamt darauf hinwirken kann, dass eine demente Seniorin in ein Pflegeheim eingewiesen wird. [229]

Der pensionierte Studiendirektor mit sehr schwerer Demenz bei Alzheimerkrankheit ist in so vielen Ziffern der Module überwiegend unselbstständig oder unselbstständig, dass er 65 gewichtete Punkte erzielt. Hier erhält er den Pflegegrad 3.

4. Soziales Entschädigungsrecht (SGB XIV)

Das soziale Entschädigungsrecht des SGB XIV [230] erhöht Entschädigungszahlungen und ermöglicht es einem größeren Betroffenenkreis die Leistungen der Sozialen Entschädigung in Anspruch zu nehmen. Als Leistungsarten kommen für Demenzkranke z. B. solche der Krankenbehandlung, Teilhabe, Pflegebedürftigkeit und Blindheit, Entschädigungszahlungen, Berufsschadensausgleich, Leistungen der Überführung und Bestattung in Betracht. [231] Außerdem wurden erleichterte Verfahren für Leistungen der sog. „schnellen Hilfen“, z. B. Traumaambulanzen oder Fallmanagement, geschaffen. [232] Das SGB XIV regelt die Entschädigung von schädigungsbedingten Bedarfen von Opfern einer Gewalttat (§§ 13 ff. SGB XIV), von Opfern der beiden Weltkriege, die auch jetzt noch eine gesundheitliche Schädigung und eine daraus resultierende Schädigungsfolge beispielsweise durch nicht entdeckte Kampfmittel erleiden (§§ 21 ff. SGB XIV), von Personen, die durch Ereignisse im Zusammenhang mit der Ableistung des Zivildienstes eine

gesundheitliche Schädigung erfahren haben (§§ 23 SGB XIV) sowie von Personen, denen durch eine Schutzimpfung oder sonstige Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe nach dem Infektionsschutzgesetz, ein gesundheitlicher Schaden zugefügt wurde (§§ 24 SGB XIV). [233] Der Studiendirektor könnte daneben auch Ansprüche aufgrund anderer, auch weiterhin fortgeltender Gesetze, z. B. dem StrRehaG geltend machen. [234] Dabei ist ein Geschädigter eine Person, die durch ein schädigendes Ereignis nach dem SGB XIV, für welches die staatliche Gemeinschaft eine besondere Verantwortung trägt, unmittelbar eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat (§ 1, Abs. 1 und 2 Abs. 2 SGB XIV). Der demente Geschädigte hat dann einen Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht, wenn die gesundheitliche Schädigung kausal auf einem schädigenden Ereignis beruht. Die dadurch kausal eingetretene Schädigungsfolge ist eine körperliche, seelische oder geistige Sinnesbeeinträchtigung, die kausal aus der durch das schädigende Ereignis verursachten Gesundheitsstörung entstanden ist (§ 5 Abs. 1 S. 1 SGB XIV). Es bedarf also jeweils eines schädigenden Ereignisses welches durch haftungsbegründende Kausalität zu einer Schädigung geführt hat und diese gesundheitliche Schädigung wiederum durch haftungsausfüllende Kausalität zu einer Schädigungsfolge. [235] Dabei wird das Ausmaß der kausal durch das schädigende Ereignis verursachten, gesundheitlichen Beeinträchtigung mit einem in Zehnergraden gestuften Grad der Schädigungsfolgen (GdS) bemessen. Es kommt aber ausnahmsweise nicht zu einer Entschädigungsleistung, wenn ein Leistungsausschluss oder ein Versagungstatbestand eingreift. [236]

4.1 Leistungen für Opfer von Gewalttaten

Das soziale Entschädigungsrecht soll die Rechte von Opfern von Gewalt, einschließlich der Opfer von Terror, stärken. Erstmals erhalten Opfer von psychischer Gewalt und somit Opfer eines sonstigen vorsätzlichen, rechtswidrigen und unmittelbar gegen die Willensbestimmung einer Person gerichteten schwerwiegenden Verhaltens (vgl. § 13 Abs. 1 Nr. 2 mit den Regelbeispielen des § 13 Abs. 2 SGB XIV) und sogenannte Schockschadensopfer einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht. [237] Wie bisher sind auch Opfer von körperlicher Gewalt erfasst. [238]

Der an Alzheimer-Demenz erkrankte Studiendirektor hat früher den A in Mathematik unterrichtet und ihm dabei regelmäßig trotz einwandfreier schriftlicher Klausuren eine Fünf in Mitarbeit gegeben, da der A die Angewohnheit hatte am Montag nach einem feierintensiven Wochenende regelmäßig zu spät zum Unterricht zu erscheinen. A hat sich über die Jahre diesbezüglich derart geärgert, dass er nunmehr dem Studiendirektor bei jeder sich bietenden Gelegenheit auflauert, ihn anruft, belästigt oder bedroht. Als der Studiendirektor mit seiner Ehefrau C und dem vierjährigen Enkelsohn M von der Kita nach Hause über den Fußgängerweg läuft, gibt A, der diesem wieder einmal nachgestellt hat, ordentlich Gas mit seinem Kfz und fährt mit Vollgas auf den kleinen Enkelsohn M zu, der sich von den Händen des Studienrats und der Ehefrau gelöst hat und der Erste sein wollte beim Übergang zur Straße und bringt diesen damit in die konkrete Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsbeschädigung. Dabei nimmt er billigend in Kauf, dass er den Studiendirektor, seine Ehefrau und den M konkret gefährdet oder sogar tötet. Im letzten Moment gelingt es der Ehefrau den M wegzuziehen und somit zu retten, dabei wird sie allerdings angefahren und erleidet schwere Verletzungen und

muss operiert werden. Hier besteht bei dem Studiendirektor also eine psychische Gewalttat.

Darüber hinaus kann bei ihm auch ein sog. „Schockschaden“ vorliegen, wenn er nur zufällig mit seinem Sohn bei einem Spaziergang dazugekommen ist und zugesehen hat, wie in einer Abwandlung des Falles der ihm völlig unbekannte X seine Frau alkoholisiert angefahren hat, als sie gerade den Fußgängerweg überqueren wollte. Im Krankenhaus kämpft seine Frau später ums Überleben aufgrund ihrer erlittenen Verletzungen. Dabei hätte er auch einen Anspruch, wenn es sich nicht um seine Ehefrau handelt und er der verletzten Person somit nicht emotional nahesteht. [239]

4.2 Impfschäden

Um einen Impfschaden annehmen zu können, bedarf es einer Schutzimpfung, die zu einer Impfkomplication kausal geführt hat, die wiederum kausal einen Impfschaden zur Folge hatte. Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie kommt vielfältig die Frage auf, ob Impfschäden im Zusammenhang mit den Impfstoffen, welche in der Corona-Pandemie gegen diese verimpft worden sind, ebenfalls dem SGB XIV unterfallen. [240] Dabei reicht für einen Impfschaden ein Impfgranulom (eine Abszessbildung an der Einstichstelle) nicht aus, sondern es bedarf bei dem Demenzkranken einer Impfreaktion, die ärztlich dokumentiert ist. Diese muss über eine übliche Impfnebenwirkung hinausgehen und letztlich zu (irgend)einer Funktionsstörung führen. [241] Die Demenzkranken sollten sich daher zeitnah bei ihren behandelnden Ärzten vorstellen, wenn sie entsprechende Impfschäden geltend machen wollen, um eine ausreichende Dokumentation

der durch die Impfung eingetretenen Funktionsstörungen für ggf. später stattfindende Widerspruchs- und Klageverfahren zu ermöglichen.

Dafür müsste der Studiendirektor mit Alzheimer-Demenz nach dem durch die Impfung gegen Corona mit dem Impfstoff M. am selben Tag von dem behandelnden Arzt in der Patientenakte dokumentiert eine (dauerhafte) Gesundheitsschädigung erlitten haben, z. B. ein Chronisches Fatigue-Syndrom (CFS). Der vom Gericht bestellte Sachverständige müsste dann feststellen, dass die Impfung für die Entstehung des bei dem Studiendirektor diagnostizierten CFS hinreichend wahrscheinlich war. Dafür müsste es entweder ein allgemein akzeptiertes Erklärungsmodell geben oder eine ausreichende epidemiologische Datengrundlage für den Zusammenhang. Es reicht aber auch eine „Kann-Versorgung“ im Sinne einer „guten Möglichkeit“ des Ursachenzusammenhangs zwischen Impfung und Erkrankung. [242]

5. Sozialgerichtsprozess

Der Gerichtsprozess ist für die Beteiligten [243] , wenn auf einer Seite ein Versicherter wie der Demenzkranke steht, gerichtskostenfrei (§ 183 SGG). Die Kosten für einen Rechtsanwalt müssten die Beteiligten aber jeweils übernehmen, wenn sie den Prozess verlieren. Gewinnt ein Beteiligter, zahlt den Rechtsanwalt in der Regel der unterliegende Beteiligte. Es besteht zudem die Möglichkeit, sich einen Rechtsanwalt beordnen zu lassen und Prozesskostenhilfe zu beantragen. In der Regel wird das Gericht zunächst seine sachliche und örtliche Zuständigkeit prüfen und den Rechtsstreit ggf. an das zuständige Gericht verweisen. Sollte es zuständig sein, wird es die

übrigen Zulässigkeitsvoraussetzungen einer Klage, insbesondere deren fristgemäße Erhebung (einen Monat nach Bekanntgabe und daher in der Regel ab Zugang des Widerspruchsbescheids beim Kläger, § 87 SGG) prüfen und bereits hier – sollte sich die Unzulässigkeit der Klage – herausstellen zum Gerichtsbescheid anhören oder einen richterlichen Hinweis erteilen und die Klagerücknahme anregen. Sollte die Klage zulässig sein, wird dem Demenzkranken auf seinen Antrag hin Akteneinsicht in die von dem/der Beklagten angeforderte Verwaltungsakte gewährt. Im Anschluss wird das Gericht mit einer Fristsetzung die Klägerseite zur Klagebegründung auffordern und bei medizinischen Sachverhalten zur Übersendung einer von dem Demenzkranken unterschriebenen Schweigepflichtentbindungserklärung. Auf dieser wird der Kläger aufgefordert ab einem bestimmten Datum, die ihn behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden. Sodann wird der/die Beklagte ebenfalls mit Fristsetzung zur Klageerwiderung aufgefordert. Im Anschluss werden – zumindest in den medizinischen Rechtsgebieten des Sozialrechts – die behandelnden Ärzte des Demenzkranken befragt zu jeweils auf das Verfahren konkret bezogene und zumeist vom Gericht gestellte Beweisfragen. Dabei wird das Gericht in der Regel nur die Ärzte pauschal befragen, die Auskunft zu den Funktionsstörungen geben können, die sich im konkreten Fall nach der Klagebegründung verschlechtert haben, und nicht alle in der Schweigepflichtentbindungserklärung aufgeführten behandelnden Ärzte des an Demenz erkrankten Menschen. Sollte nach den sachverständigen Zeugenaussagen die Klage plausibel sein, kann das Gericht bereits aufgrund dieser die Klage zusprechen. Sollten sämtliche behandelnden Ärzte die Beurteilung des Beklagten bestätigen, wird das Gericht auch hier zum Gerichtsbescheid anhören bzw. eine Klagerücknahme in der Regel anregen, es sei denn die eindeutigen Befunde

sprechen gegen die ärztlich geäußerte Auffassung. Besteht noch weiterer Ermittlungsbedarf wird das Gericht ein Sachverständigengutachten eines unabhängigen vom Gericht festzulegenden Sachverständigen von Amts wegen einholen, der den Kläger zumeist persönlich begutachtet. Fällt dieses Gutachten negativ für den Demenzkranken aus, kann dieser nach § 109 SGG ein Gutachten von einem von ihm zu bestimmenden Arzt einholen. Hat dieses eine weitere Sachverhaltsaufklärung erbracht oder war es für die Entscheidung des Gerichts von grundlegender Bedeutung, können die Kosten für das § 109er Gutachten auf Antrag des Demenzkranken von der Staatskasse getragen werden, ansonsten hat die Kosten dieses Gutachtens der an Demenz erkrankte Kläger selbst zu tragen. Im gerichtlichen Verfahren gilt ebenso wie im behördlichen Verfahren zuvor der Amtsermittlungsgrundsatz, d. h. das Gericht muss den Sachverhalt von Amts wegen erforschen und daher ggf. Urkunden anfordern oder Zeugen hören. Nach vollständiger Aufklärung des Sachverhalts wird in der Regel ein Erörterungstermin zur Besprechung des Falls mit den Beteiligten anberaumt, in dem es zu einem Vergleich, einem Anerkenntnis der/des Beklagten oder auch einer Klagerücknahme seitens des Demenzkranken kommen kann. Der Erörterungstermin ist nicht öffentlich und daher sind außer dem Richter und der Kläger- und Beklagtenseite sowie ggf. geladene Zeugen keine weiteren Personen anwesend. Sollte dieser Erörterungstermin nicht zu einem Ergebnis führen, kann das Gericht eine mündliche Verhandlung anberaumen, in der dann der Vorsitzende mit zwei ehrenamtlichen Richtern bei gleichem Stimmengewicht der Kammer, ein Urteil fällt oder die Sache – bei nachgereichten Befunden und ggf. weiterem Aufklärungsbedarf – auf einen anderen Termin vertagt. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass das Gericht gar keine Termine durchführt, sondern bei nach vorangegangener Anhörung ohne Beteiligung

ehrenamtlicher Richter durch Gerichtsbescheid entscheidet, wenn es davon ausgeht, dass die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist. [244] Es entscheidet der Kammervorsitzende allein. Es gibt aber auch die Möglichkeit mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Urteil zu entscheiden (§ 124 Abs. 2 SGG). Dann entscheidet der Kammervorsitzende gemeinsam mit den ehrenamtlichen Richtern und notiert den Tenor des Urteils in der Regel auf ein Protokoll, welches zur Akte genommen wird. Entscheidungen wie Urteil oder Gerichtsbescheid werden den Beteiligten dann zugestellt. [245] Dagegen sind als Rechtsmittel die Nichtzulassungsbeschwerde oder Berufung beim Landessozialgericht zulässig. Bei einem Gerichtsbescheid, in dem der Streitwert unter 750,01 Euro liegt, ist auch der Antrag auf mündliche Verhandlung zulässig. Auf das zulässige Rechtsmittel und die Voraussetzungen der Einlegung wird das Gericht in der Rechtsmittelbelehrung der Entscheidung den Demenzkranken hinweisen. Diese sollte daher auch immer aufmerksam durchgelesen werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit ein Eilverfahren z. B. einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung anzustrengen, wenn der Antragsteller eine schnellere Entscheidung begehrt und z. B. einen Anspruch auf vorläufige Leistungen der häusliche Krankenpflege geltend macht. [246] Gegen diesen wäre die Beschwerde zulässig, wenn auch die Berufung zugelassen ist und somit der Beschwerdewert bei mindestens 750,01 Euro liegt (§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG) oder wie bei der Berufung besondere Zulassungsgründe im Sinne von § 144 Abs. 2 SGG vorliegen (§ 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG).

XII. In welchem Umfang wird der Persönlichkeitsschutz von Menschen mit Demenz in der Ausbildung von Pflegefachkräften berücksichtigt?

Silke Morche

Damit der in der UN-Behindertenrechtskonvention niedergelegte und grundrechtlich garantierte Persönlichkeitsschutz von Menschen mit Demenz möglichst optimal gewährt werden kann, ist es unabdingbar, dies schon in der Ausbildung künftiger Pflegefachkräfte zu beachten. Insbesondere sind die Auszubildenden/Studierenden im Hinblick auf Empathie, Würde und Mitmenschlichkeit beim Umgang mit demenzkranken Menschen besonders zu sensibilisieren und ihnen sind spezielle (alten-)pflegerische Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Pflege von Menschen mit Demenz zu vermitteln. Vor dem Hintergrund, dass die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen in unserer Gesellschaft weiter erheblich ansteigen wird, ist das sogar ein gesellschaftspolitisches und sozialpolitisches Muss!

Leider kann die seit dem 1. Januar 2020 auf Grundlage des Pflegeberufgesetzes [247] (PflBG) durchgeführte generalistische Pflegeausbildung die bisherigen, oft hochkomplexen, Spezialisierungen nicht mehr in ihrem bisherigen Umfang leisten. Unvollständigkeit wird in Kauf genommen. [248] Im Folgenden werden Einblicke in die generalistische Pflegeausbildung beschrieben und es werden Vorschläge für

wichtige Ausbildungsmodule unterbreitet, die den Persönlichkeitsschutz von Menschen mit Demenz berücksichtigen.

1. Einblicke in die neue generalistische Pflegeausbildung

Im Juli 2017 wurde das Pflegeberufegesetz in seiner endgültigen Fassung verabschiedet. Der neue Berufsabschluss lautet seither „Pflegefachfrau bzw. „Pflegefachmann“ bzw. genderneutral „Pflegefachperson“. [249] Damit wurden der Altenpflegeberuf und der Beruf der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in seiner bisherigen Form, und damit einhergehende spezifisch ausgerichtete (Aus-)Bildungsstrukturen, in der Bundesrepublik Deutschland abgeschafft.

Die im Jahr 2003 verabschiedeten Gesetze für die Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung finden noch bis 2024 ihre Anwendung, wenn die Ausbildung vor Ablauf des 31.12.2019 begonnen wurde (vgl. § 66 PflBG). [250] Das Pflegeberufegesetz kann mit der neuen generalistischen Pflegeausbildung bisherige Spezialisierungen in ihrem zeitlichen und inhaltlichen Umfang in der Ausbildung nicht mehr leisten. Unvollständigkeit wird in Kauf genommen. [251]

Vielmehr legt das Pflegeberufegesetz eine einheitliche Grundausbildung für die Pflegeberufe gesetzlich fest. Insbesondere die ersten beiden Ausbildungsdrittel sind generalistisch ausgerichtet, sollen also altersübergreifend allgemeine, pflegeberufliche Grundlagen schaffen. Im dritten Ausbildungsdrittel kann über ein Wahlrecht der Auszubildenden eine Spezialisierung erfolgen, entweder zum/zur

„Altenpfleger/Altenpflegerin“ bzw. zum/zur „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“.

Erste Ergebnisse zum Monitoring zur Umsetzung der Pflegeausbildungen zeigen unter anderem, dass von diesem Wahlrecht wenig Gebrauch gemacht wird bzw. wenig Gebrauch gemacht werden kann, da in einigen Bundesländern entsprechende Wahlangebote zur Spezialisierung fehlen. Auch sind die neuen Ausbildungsinhalte und die neue Ausbildungsstruktur noch nicht flächendeckend bekannt. [252]

Mit dieser neuen Pflegeausbildung, die mit einer Verwissenschaftlichung der Pflege einhergeht, sollen die künftig Pflegenden für den Einsatz in allen Bereichen der Pflege vorbereitet werden. Das heißt auch für die Bereiche, die bisher von anderen Berufen bzw. von Berufen mit hochkomplexen Spezialisierungen und anschließend absolvierten Weiterbildungen abgedeckt wurden. Damit wird man der EU-Richtlinie von 2013/55 EG gerecht. Eine Anerkennung des Abschlusses in Europa soll mit der neuen Ausbildung ermöglicht werden. [253]

Was auf den ersten Blick als Chance für die Pflegebranche erscheint, erweist sich bei einem ganzheitlichen und gründlichen Blick als schwierig in der praktischen Umsetzung für alle Beteiligten in den jeweils spezialisierten pflegerischen Handlungsfeldern. Drei wertvolle Berufe wurden stark mit ihrem Fachwissen in „eine“ Ausbildung gekürzt und generalisiert, d. h. verallgemeinert, insbesondere in der Theorie.

Um das in pflegeberuflichen Handlungsfeldern wie Akutpflege, Altenpflege und Kinderkrankenpflege erforderliche Spezialwissen der drei bisher existierenden Pflegeberufe zu vermitteln, fehlt im Unterricht schlichtweg die Zeit, selbst zum Aufbau des spezifischen Grundlagenwissens. Insbesondere pflegebedürftige Menschen im Kindesalter, wie z. B. das

(extrem) frühgeborene Kind, und Menschen im hohen Lebensalter, wie z. B. hochbetagte Menschen mit Demenz, können die Leidtragenden sein, denn sie sind in hochkomplexe und hoch spezialisierte Pflegesituationen eingebunden, bei denen chronische Erkrankungen, Multimorbidität und multifaktorielle Ereignisse sowie Krisensituationen in der Pflege alltäglich sind.

Die Spezialisierungen der bisherigen Berufsbilder gehen mit dieser generalistischen Neuausrichtung verloren und die Kinder verschiedenen Alters und die hochbetagten Menschen (mit Demenz) stehen in der Gefahr, in der Praxis vernachlässigt und benachteiligt zu werden. Sowohl die in der UN-Kinderrechtskonvention [254] als auch die in der UN-Behindertenrechtskonvention niedergelegten Ziele drohen deshalb missachtet zu werden. [255]

Im Bereich der hochkomplexen Pflege von Kindern und Jugendlichen bieten inzwischen zwar einige Kliniken berufsbegleitende Qualifizierungen an, so etwa eine Arbeitsgruppe der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel [256] , das Universitätsklinikum Bonn [257] und das Universitätsklinikum Leipzig.

Doch die Zahl des spezialisiert ausgebildeten Pflegepersonals ist für den sensiblen, kranken und vulnerablen Nachwuchs in der Bundesrepublik Deutschland viel zu wenig. Auch Menschen mit Demenz benötigen ausreichend speziell geschultes Pflegepersonal. Wer die Wahloption Altenpflege wählt, gilt in Europa mit dem Abschluss als nicht anerkannt und muss nach wie vor im Rahmen von Einzelfallprüfungen bewertet werden.

2. Führen die weitreichenden, gesellschaftlichen Reformen im Gesundheits- und Pflegesystem zur Benachteiligung (hoch-)betagter Menschen mit Demenz?

Fortlaufende Fortbildungen und Schulungen sind zwar durch die Rahmenverträge mit den Kostenträgern institutionell bei den Trägern der ambulanten und stationären Langzeitpflege fest verankert, jedoch mangelt es derzeit noch an Konzepten und Finanzierung für eine berufsbegleitende Weiterbildung zur Vertiefung von Theorie und Fachpraxis, die die generalistisch bedingte Lücke des spezifisch Altenpflegerischen Wissensbestandes und seiner aktuellen Forschungslage füllen könnte. [258]

Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass die Laienpflege und das Ehrenamt/Freiwilligenarbeit weiterhin spezifisch Altenpflegerisch und professionell begleitet, informiert, beraten und qualifiziert wird. Beispielgebend sind hier die niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45 SGB XI, die u. a. besondere passgenaue Angebote zur Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen ausrichten. [259]

Über die Pflegekasse erhalten Pflegebedürftige, die durch Angehörige zu Hause gepflegt werden, Zugang zu Betreuungsleistungen nach § 45 SGB XI, die zweckgebunden für Betreuung durch niedrigschwellige Betreuungsangebote ausgegeben werden können. Eine Fachkraft organisiert ein niedrigschwelliges Beratungsangebot für pflegende Angehörige und koordiniert/qualifiziert ehrenamtlich Helfende, die Einzel- oder Gruppenangebote für von Angehörigen zu Hause gepflegte Menschen mit Demenz gestalten, um diese Angehörigen zu entlasten und zu stärken. [260]

Solche Angebote [261] bedürfen speziell geschulter Pflegefachkräfte, die sicherstellen, dass wertvolle und langjährig bewährte Betreuungs- und Pflegekonzepte in der Altenpflege nicht verlorengehen. Ansonsten droht ein Rückgang von Qualität sowohl in der professionellen als auch in der informell-ehrenamtlichen Pflege, auch für Frau Schell (siehe Fallbeispiel unten) und für jeden pflegebedürftigen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland.

An dieser Stelle könnten noch viele weitere Herausforderungen und große Veränderungen im aktuellen Pflege- und Gesundheitssystem genannt werden, z. B. die bundesweit anstehende Reform im Bereich der Pflegeassistenten-Ausbildung [262] und die anstehende Reform des Medizinstudiums. Es handelt sich also hier um eine Perspektive, die vor dem Hintergrund der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz beschrieben wurde.

Die namhafte Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross hat in ihrem bekannten Buch „Interviews mit Sterbenden“ angesichts der kollektiven Verdrängung von Sterben und Tod schon vor ca. 55 Jahren die Frage gestellt „Werden wir menschlicher oder werden wir unmenschlicher?“ Und sie kam zu der Antwort:

„Dieses Buch will nicht die Antwort geben; doch wie sie auch immer ausfallen würde, steht eins doch fest: Der Patient leidet mehr, und wenn nicht körperlich, so doch in seinem Gefühlsleben. Seine Bedürfnisse haben sich im Laufe von Jahrhunderten nicht geändert, wohl aber unsere Fähigkeit, ihnen nachzukommen.“ [263]

Angesichts der Tatsache, dass die aktuellen, weitreichenden, gesellschaftlichen Reformen im Gesundheits- und Pflegesystem sowohl (hoch-)betagte Menschen (mit Demenz) als auch besonders sensibel zu

pflegende Kinder und Jugendliche am Lebensanfang betreffen, muss man sich mit großer Sorge fragen, wie die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und die Altenpflege in der Zukunft wohl aussehen werden. Die Demenzen zählen zu den häufigsten psychiatrisch-neurologischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Neu ist die große Anzahl der Betroffenen aufgrund der höheren Lebenserwartung [264] und vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in der Bundesrepublik Deutschland. [265]

Über 50 Prozent der über 85-jährigen Personen leiden in den letzten Lebensjahren bis zum Zeitpunkt des Todes an Demenz. Frauen sind häufiger von Demenz betroffen als Männer. Prognosen zum Krankheitsgeschehen zeigen, dass bis zum Jahr 2060 das Demenzsyndrom die häufigste bestehende Erkrankung im hohen Lebensalter bis zum Todeszeitpunkt sein könnte. [266] Was tun wir dann? Welche Haltung nehmen wir gegenüber den pflegebedürftigen Menschen ein? Wo bleiben Liebe, Würde und Mitmenschlichkeit?

3. Wichtige Ausbildungsmodule, die den Persönlichkeitsschutz von Menschen mit Demenz berücksichtigen

3.1 Fallbeispiel Frau Schell

Vor einigen Jahren bemerkte Frau Schell, dass ihr Gedächtnis nachlässt. Sie hatte Schwierigkeiten, sich Namen und Begebenheiten einzuprägen. Eines Tages vergaß sie die Erdbeermarmelade, die am Herd kochte. Nach einiger Zeit bemerkten die Menschen in ihrer Umgebung, dass mit Frau Schell

etwas nicht stimmte. Beim Kaffeetrinken mit ihrer Freundin wollte sie ein Stück Kuchen haben, aber das Wort „Kuchen“ kam nicht über ihre Lippen. Ihr Sohn kam zu Besuch und wunderte sich, dass seine Mutter abgemagert war und nicht so gepflegt aussah wie sonst. Sie wartete nicht wie gewöhnlich mit einem gedeckten Tisch auf ihn. Stattdessen sagte sie: „Vater muss gleich kommen – wo er nur so lange bleibt?“ „Aber Mutter“, sagt der Sohn, „Vater ist vor 20 Jahren gestorben!“ „Aber nein!“, erwiderte sie, „er ist gerade einkaufen gegangen.“ Frau Schell konnte nicht allein in ihrer Wohnung bleiben, sie kam zu ihrem Sohn und ihrer Schwiegertochter. Immer wieder suchte sie nach Sachen und beschuldigte die Schwiegertochter, sie würde sie bestehlen. Sie wollte zu Bäcker Müller einkaufen gehen und reagierte sehr ärgerlich, als die Schwiegertochter ihr erklären wollte, dass es keinen Bäcker Müller gebe. Es gab ihn in dem Ort in Ostpreußen, in dem Frau Schell ihre Kindheit verbracht hatte. Die Schwiegertochter war mit der Pflege ihrer Schwiegermutter zunehmend überfordert. Frau Schell kam ins Pflegeheim. Das Haus ist ihr fremd, doch sie genießt die Gemeinschaft mit Menschen. Im Garten kann sie stundenlang „zur Schule gehen“, wie sie es in ihrer Kindheit über die Felder Ostpreußens getan hat. Sie freut sich über jeden Besuch, auch wenn sie nicht weiß, wen sie vor sich hat. Frau Schell singt sehr gerne Volks- und Kinderlieder in der Singgruppe. Sie kennt alle Texte, die sie einst in der Schule gelernt hatte, bis zur letzten Strophe und achtet genau darauf, dass die Texte auch richtig gesungen werden. [267]

3.2 Betreuungs- und Pflegekonzepte bei Demenz

Neben dem Begriff [268] , den Symptomen [269] , den medizinischen und pflegerischen Grundlagen, den Pflegeproblemen [270] und deren

Häufigkeiten, stehen die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz im Zentrum der Altenpflege. Es wurden in den vergangenen Jahrzehnten viele geeignete, professionelle Betreuungs- und Pflegekonzepte für Menschen mit Demenz entwickelt, die bisher in Pflegeeinrichtungen ihre Anwendung finden. [271] Sie ergänzen die Vielzahl der notwendigen Pflegemaßnahmen im Bereich der sog. Grund- und Behandlungspflege und sind ganzheitlich ausgerichtet. Dieses Wissen und der professionelle Umgang können die Pflege und Begleitung der Betroffenen mit Demenz und ihrer Angehörigen extrem erleichtern. Denn es gestaltet sich nicht immer einfach die Lebenswelt von Menschen mit Demenz zu verstehen und adäquat auf das ungewöhnliche Verhalten und Fühlen zu reagieren.

Im Fallbeispiel mit Frau Schell wird deutlich, dass die Angehörigen nicht über das fachliche Wissen zur Erkrankung verfügen. Ähnlich würde es einer Pflegefachkraft gehen, die in ihrer Ausbildung kaum Kenntnisse über die Altenpflege und über die Pflege bei Demenz vermittelt bekommt. Entsprechend würde die Reaktion der Personen vielleicht intuitiv und individuell erfolgen. Doch verstärkt dies häufig die Pflegephänomene und die damit verbundene Verwirrung der Betroffenen. Im Fallbeispiel fühlt sich Frau Schell von ihren Angehörigen nicht verstanden, was zu emotionalen Reaktionen und Missverständnissen führt.

Auch wird deutlich, dass bei Frau Schell noch Erinnerungen aus der Kindheit und Schulzeit vorhanden sind. Mag dies mit medizinischer Brille als Restfähigkeit gelesen werden, bleibt der professionelle pflegerische Blick hier ressourcenorientiert: Frau Schell mag Kinder- und Volkslieder, die sie gern singt. Sie kennt alle Liedtexte bis zur letzten Strophe. Ihre Ressourcen, Interessen und Bedürfnisse sind auch in der Pflege zu berücksichtigen, die in Betreuungskonzepten eingebunden werden.

Exemplarisch können die folgenden pflegerischen Konzepte für Menschen mit Demenz kurz und vereinfacht angesprochen werden, die in Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden können und durch Beratungs- und Bildungsangebote auch Angehörigen erschlossen werden können. [272] Es handelt sich um eine Auswahl.

3.2.1 Die Biografiearbeit bei Demenz

Bei der Biografiearbeit geht es um die Beschäftigung mit der Lebensgeschichte der Betroffenen. Dabei geht es nicht um die Geschichte des Menschen als Lebenslauf, sondern die gesamten Ereignisse, die das Leben, Verhalten, Gewohnheiten, Vorlieben und Empfindlichkeiten des Menschen geprägt haben, werden ganzheitlich bewusst gemacht, um diese in der Pflege, Betreuung und Therapie zu berücksichtigen. Biografiearbeit ist ein wesentlicher Schlüssel, um die Menschen und ihr Verhalten zu verstehen. Sie kann als „Türöffner“ zur Lebenswelt der Menschen mit Demenzerkrankungen in der pflegerischen Tätigkeit bezeichnet werden. [273]

Frau Schell würde man beispielsweise zu ihrem Leben, ihrer Kindheit, ihrem Beruf, ihren Interessen befragen. Das schließt in diesem Stadium das gründliche Gespräch mit den Angehörigen ein. Das Fallbeispiel zeigt auch, dass es eine Vorliebe zum Kochen und Backen gibt und eine Präferenz für Musik. Diese Vorlieben gilt es in der Pflege von Frau Schell zu berücksichtigen, z. B. durch regelmäßige Teilnahme an der Singgruppe und durch die Angehörigenarbeit.

3.2.2 Das Realitätsorientierungstraining bei Demenz

Was für Besuchende und Angehörige in Pflegeeinrichtungen wie beliebige Dekoration wirkt, ist professionelle Gestaltung der Umgebung und wertvolle Alltagsgestaltung. Das Realitätsorientierungstraining (kurz: ROT) war eines der ersten Konzepte, die für Menschen mit Demenz entwickelt wurden. Damit kann der Verlauf der Demenzerkrankung positiv beeinflusst werden. Mit dieser Maßnahme wird anvisiert, den Betroffenen Orientierungshilfen im Alltag zu geben, sie in die „objektive“ Realität zurückzuholen.

Dieses Training hat seine Grenzen, gerade wenn eine Demenz bereits fortgeschritten ist und im Stadium der mittelschweren oder schweren Demenz frühere Inhalte, wie „Wochentag“, „Datum“, „Monat“, begrifflich und chronologisch nicht mehr erinnert werden können. Für eine beginnende Demenz hat sich ROT jedoch bewährt. Große Kalender und Uhren, Bilder, Hinweisschilder, eine farblich unterschiedliche Gestaltung der einzelnen Etagen, erleichtern Menschen mit Demenz in den Pflegeeinrichtungen die Orientierung. Wobei darauf zu achten ist, dass bei Überforderung den Betroffenen empathisch und verständnisvoll zu begegnen ist. Nicht das Realitätsorientierungstraining steht im Vordergrund, sondern die Orientierungshilfe bei Bedarf. [274]

Frau Schell würde man z. B. das Türschild mit einem Musikinstrument darauf zeigen, sodass sie sich orientieren kann, wo der Gruppenraum zum Singen ist. Oder man würde sie ansprechen mit „Guten Morgen liebe Frau Schell, heute ist Sonntag...“

3.2.3 Die Milieuthherapie bei Demenz

Ein weiterer bedeutsamer Ansatz in der Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz ist die Milieuthherapie. Wie der Name schon sagt,

wird die Umgebung bzw. das Milieu der Betroffenen so vorbereitet, dass sie den psychischen Bedürfnissen von Menschen mit Demenzerkrankungen entspricht. Die Betroffenen sollen sich sicher, wohl und geborgen fühlen. Besonders in der stationären Langzeitpflege verbringen betagte Menschen oft viel Zeit in den Räumen, ggf. auch allein und ganztags in den Pflegebetten. Die Zimmer werden zu ihrem zu Hause am Lebensende und beim Sterben.

Die soziale Umgebung sollte also angenehm und wohnlich gestaltet sein, auch durch speziell geschultes Personal, durch enge Zusammenarbeit von Berufsgruppen, durch ein sehr gutes Arbeitsklima mit viel Personal, das Zeit für die Pflegebedürftigen hat. Sinnvoll ist eine gleichförmige Tagesstruktur, die Rituale und Aktivitäten beinhaltet. Auch architektonisch-räumlich ist die Umgebung bedeutsam. In der Vorbereitung gilt es z. B. auf vertraute Möbel, Barrierefreiheit [275] und auf die Vermeidung von Sackgassen auf den Gängen zu achten. Des Weiteren sollten giftige Pflanzen und Chemikalien entfernt werden. Soziale Kontakte sollten gefördert werden. Über- und Unterreizung, die zur emotionalen Deprivation führen kann, sind zu verhindern. [276]

Im Fallbeispiel benötigt Frau Schell also eine gemütliche und behagliche Umgebung, mit ihren vertrauten Möbeln, nachdem sie ihre Wohnung verlassen musste. Es wäre z. B. wichtig, dass sie in einer sog. Bezugspflege betreut wird, sodass sie feste Ansprechpersonen vor Ort hat, die sich besonders vertrauensvoll um ihr Wohl und um einen konstruktiven Kontakt mit der Familie kümmern.

3.2.4 Der person-zentrierte Ansatz nach Tom Kitwood

Der britische Sozialpsychologe Tom Kitwood entwickelte einen Ansatz, mit dem die Person neu definiert wurde. Die Person sollte im Zentrum der Pflege bei Demenz stehen. Eine Person ist ein „Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird.“ [277] Das impliziert Anerkennung, Vertrauen und Respekt der Person.

Die sog. „Bedürfnisblume“ gilt es in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz zu berücksichtigen, das heißt jede Person hat das psychische Bedürfnis nach einer Identität, nach Bindung, Beschäftigung, Einbeziehung, Trost und Liebe. [278] Jedes psychische Bedürfnis wird nach Tom Kitwood durch ein Blütenblatt einer Blume symbolisiert [279] , wobei der Blütennektar im Zentrum ist, weil er die Person zentral nährt. Menschen mit Demenz sehnen sich nach bedingungsloser Liebe und deshalb ist die Liebe als Blütennektar im Zentrum der Pflege der Person.

Im Fallbeispiel hat Frau Schell also das Bedürfnis liebevoll und respektvoll gepflegt zu werden. Die Haltung der Pflegefachkräfte sollte von liebevoller Empathie, Verlässlichkeit, Schutz, Integration, Wahrung der Identität, Beschäftigung getragen sein. Jede Pflegemaßnahme mit Frau Schell sollte von liebevoller Zuwendung und gewaltfreiem Umgang seelisch genährt werden.

3.2.5 Die Validation nach Naomi Feil und die integrative Validation nach Nicole Richard

Um dem zunehmenden Rückzug Demenzkranker entgegenzuwirken, und um Menschen in ihrer eigenen Lebenswelt erreichen und ihre Gefühle und ihr Verhalten wertschätzen zu können, entwickelten Naomi Feil und Nicole Richard jeweils spezielle Kommunikationsmethoden für die Altenpflege.

[280] Diese werden „Validation“ genannt, weil sie die Gefühle der Demenzkranken für gültig erklären und durch professionelle Kommunikation aufzugreifen und wertschätzen. Je nach Stadium der Demenz und je nach Signalen der von Demenz Betroffenen erfolgt die einfühlsame Kommunikation verbal und/oder nonverbal.

Naomi Feil hat Kommunikationstechniken für den Umgang mit desorientierten alten Menschen mit Demenz entwickelt. Nicole Richard hat diese zur sogenannten Integrativen Validation (kurz: IVA) insbesondere für schwere Formen von Demenz weiter ausgebaut. [281] In regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen können diese Methoden eingeübt und für die alltägliche Pflegepraxis trainiert werden. Eine ungeschulte Person würde eine Validation in der Regel nicht beim Zuhören gleich erkennen.

Wenn Frau Schell im oben genannten Fallbeispiel sagt: „Aber nein! (...) Er ist gerade einkaufen gegangen.“ würde eine Antwort lauten können: „Sie vermissen den Vater sehr. Was ist er denn einkaufen gegangen?“ Oder auch „Ohne Fleiß kein Preis.“ Frau Schell würde sich mit ihren Gefühlen im Hier und Jetzt verstanden fühlen. Die Ressourcen der betroffenen Personen, hier Sprüche, Weisheiten und Erinnerungen, werden angesprochen und genutzt.

4. Fazit

Es gibt noch viele weitere pflegerische Konzepte, Theorien, Modelle und sog. Pflegestandards, wie z. B. Expertenstandards und interne Hausstandards, die aus Kapazitätsgründen hier nicht detailliert genannt und beschrieben werden können. Sie alle sichern täglich die Qualität in der Betreuung und die professionelle Pflege von Menschen mit Demenz. Im Jahr

2019 wurde bspw. der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (kurz: DNQP) veröffentlicht. [282]

Dieses pflegetheoretische Wissen und die Altenpflegerischen Fähigkeiten und Fertigkeiten wurden noch bis Ende des Jahres 2019 in der Ausbildung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger nach dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege von 2003 den Schülerinnen und Schülern im Unterricht und in der Praxis vermittelt. Die spezifisch erforderlichen beruflichen Kompetenzen wurden für die Pflege hochaltriger Menschen gefördert, um die Schülerinnen und Schüler bestmöglich auf die Praxis vorzubereiten und den Menschen mit Demenz ein würdevolles Lebensende zu ermöglichen. Mit der Abschaffung des Berufes der Altenpflegerin/des Altenpflegers drohen nun diese wichtigen Konzepte verloren zu gehen.

Literatur

Altenpflegemagazin: <https://pqsg.de/> , Zugriff am 25.04.2024.

Alzheimer Angehörigen Initiative e. V. Selbsthilfe Demenz: <https://www.alzheimerforum.de/3/1/6/4/10-Minuten-Aktivierung.pdf> , Zugriff am 25.04.2024.

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.): Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. Wort „Demenz“. <https://www.dwds.de/wb/Demenz> , Zugriff am 24.04.2024.

BMG (Hrsg.): Ratgeber Demenz. Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz. Frankfurt am Main 2023.

BMFSFJ (Hrsg.): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Ostbevern 2020.

<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93450/be474bfdb4016bbbca9bf87b4cb9>

der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf , Zugriff am 25.04.2024.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz – PflStudStG) o.O. vom 24.05.2023.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downl
Zugriff am 29.04.2024.

de Beauvoir, S.: Das Alter. Reinbek bei Hamburg 2000.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.): Wege zu mehr Barrierefreiheit für Menschen mit Demenz. Berlin 2017.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.): Angebote zur Unterstützung im Alltag. Leitfaden für Beratung und Gruppenarbeit. Berlin 2021.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.): <https://www.deutsche-alzheimer.de/> , Zugriff am 25.04.2024.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (Hrsg.): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Infoblatt 1. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerk
Zugriff am 03.06.2024.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.): Suchtprobleme im Alter. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen. Bad Oeynhausen o. J.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück 2019. <https://www.dnqp.de/> , Zugriff am 25.04.2024.

Deutsches Zentrum für Altersfragen: <https://www.dza.de/> , Zugriff am 25.04.2024.

DGN e. V./DGPPN e. V. (Hrsg.): S3-Leitlinie Demenzen, Langversion, AWMF-Register Nr. 038-013, Stand 28.11.2023. <https://www.awmf.org/service/awmf-aktuell/demenzen> , Zugriff am 02.05.2024.

Fachkommission nach § 53 PflBG: Rahmenpläne. o.O. 2019. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Download/fachkommission.pdf , Zugriff am 30.04.2024.

Feil, N./de Klerk-Rubin, V.: Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München, Basel 2010.

Hofrath, C./Meng, M./Dorin, L.: Monitoring zur Umsetzung der Pflegeausbildungen. Ergebnisse der ersten Erhebungswelle 2022/2023 aus dem BIBB-Pflegepanel. Bonn 2024. <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19518> , Zugriff am 30.04.2024.

Jürgensen, A.: Im Dschungel der Regelungen. Pflegeassistenz in Deutschland. In: Die Schwester/Der Pfleger. Melsungen 04/2024, S. 72 ff.

Kitwood, T.: Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern 2008.

Köther, I. (Hrsg.): Altenpflege. Stuttgart, New York 2016, insbes. S. 465–505.

Kübler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden. Stuttgart o. J.

Kuratorium Deutsche Altershilfe: <https://kda.de/> , Zugriff am 25.04.2024.

Langfeldt-Nagel, M.: Gesprächsführung in der Altenpflege. Lehrbuch. München, Basel 2011.

Mamerow, R.: Praxisanleitung in der Pflege. Berlin, Heidelberg 2018.

Martin, M.: Demenz und Delir erkennen. In: Bundesärztekammer (Hrsg.). Deutsches Ärzteblatt. Heft 5 vom 8. März 2024, Geldern 2024, S. 306.

MDS (Hrsg.): Grundsatzstellungnahme. Menschen mit Demenz – Begleitung, Pflege und Therapie. Dortmund 2019. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungnahme12-04_MDS_GS_Menschen_mit_Demenz_12-2019_BF.pdf , Zugriff am 30.04.2024.

Morche, S.: Der kleine Morgen. Die Renaissance des Kindes in der UN-Kinderrechtskonvention. Berlin 2008, insbes. S. 193 ff., 250 f.

Morche, S.: Das Jahrhundert der Mutter. Eine Geschichte der Mütterlichkeit in Bildern. Berlin 2022, insbes. S. 163–234.

Morche, S.: Expertengespräch mit dem Vorstandsvorsitzenden Florian Schuhwerk vom Berliner Verbund der Pflegeschulen e. V. Berlin 2024.

Perrar, K. M./Sirsch, E./Kutschke, A.: Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe. Stuttgart, New York 2007.

Peters, M./Thiel, S./Hamacher, M.: Kinderspezifische Kompetenzen vermitteln. Spezialisierungsprogramm Pädiatrische Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger. Melsungen 12/2023, S. 70 ff.

Rodeck, B.: Das Recht von Kindern auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit vor dem Hintergrund gesundheitsökonomischer Krisen. Herausforderungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Frühe Kindheit 06/2023.

https://www.dgkj.de/fileadmin/user_upload/Meldungen_2024/2403_fruehe-kindheit-Rodeck.pdf , Zugriff am 30.04.2024.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Zahl der Woche Nr. 38 vom 20.09.2022. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2022/PD22_38_p002.html , Zugriff am 03.06.2024.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Destatis. Wiesbaden 2024. https://www.destatis.de/DE/Home/_inhalt.html , Zugriff am 03.06.2024.

Wirsing, K.: Psychologie für die Altenpflege: Lernfeldorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch. Weinheim, Basel 2007.

von Gahlen-Hoops, W./Busch, J.: Curriculum für die Pflege von Kindern und Jugendlichen. Weiterbildungskonzept. In: Die Schwester/Der Pfleger. Melsungen 03/2024, S. 74 ff.

von Hasseln-Grindel, S. (Hrsg.): Praxishandbuch Sexualisierte Gewalt gegen Kinder. Der Jugendschutzprozess vom Erstverdacht bis zum Strafurteil, Opferentschädigung und Opferprävention. Mit einem Geleitwort von Lore Maria Peschel-Gutzeit. Stuttgart 2022, insbes. S. 493–501, 502–507.

von Hasseln, S./Grindel, B. (Hrsg.): Brücken des Herzens bauen. Für mehr Mitmenschlichkeit im Alltag. Norderstedt 2011.

XIII. Ausblick: Serviceroboter in der Altenpflege und Demenzbetreuung? – Könnten sie ein Beitrag zu einer menschenwürdigen Pflege im ethisch- moralischen Sinn und im Sinne der UN- Behindertenrechtskonvention sein bzw. werden?

Hans Friesen

Bereits heute sind uns vor allem Fabriken als Orte bekannt, die sich durch vielfältige, modulare und skalierbare Automatisierungssysteme kennzeichnen. Darüber hinaus gibt es heute und in naher Zukunft „Smarte Maschinen“ (Eberl 2016, Ramge 2019, Weber 2019, Misselhorn 2019, Bendel 2019b), die nicht nur intelligent und bedienerfreundlich, sondern auch unabhängig und absolut sicher mit Menschen zusammenarbeiten und ihnen in vielen Lebenssituationen helfen können. [283] Durch intelligente Robotertechnologien werden diese Technologien in Zukunft immer mehr in eine Alltagsumgebung gebracht werden, wie beispielsweise in die Altenpflege und Demenzbetreuung. Moderne Serviceroboter können hier mit vielfältigen, auch komplexen Anwendungsperspektiven verbunden werden, und wenn erwünscht, auch personenbezogene Dienstleistungen im Pflegebereich erbringen. Schon heute entlasten Roboter stationäre Pflegeeinrichtungen bei vielen täglichen Routinearbeiten. So teilt die Sozialstation Erlenbach auf ihrer Website mit: „Pepper bietet neben Spielen

und Beschäftigung, wichtige Funktionen, die wir in den kommenden Jahren ausbauen und optimieren. Dazu zählt die Anbindung von Pepper an andere digitale Technologien wie z. B. Sturzsensoren, Vitaldatenmessung und Trinkmanagement sowie die Verschmelzung mit Dokumentationssoftware, damit Pepper das Pflegepersonal auch in der administrativen Arbeit unterstützt. Damit bleibt mehr Zeit für persönliche Zuwendung.“ [284]

Derzeitig erforschen verschiedene Wissenschaftler-Teams, welche Rollen und Aufgaben Serviceroboter in der Altenpflege und Demenzbetreuung generell übernehmen können und wie die Robotik im Seniorenheim sozialverträglich eingesetzt werden kann, um den wachsenden Herausforderungen in dieser Arbeitswelt der Zukunft gerecht zu werden.

1. Künstliche Intelligenz und die Fragen der angewandten Ethik

Die Frage ist nur, ob das, was technisch möglich ist und sein wird, auch den ethisch-moralischen Anforderungen an eine menschenwürdige Pflege entspricht, wie in etwa in der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ festgeschrieben [285] .

Dabei ist, so Adorno: „Nicht die Technik das Verhängnis, sondern ihre Verfilzung mit den gesellschaftlichen Verhältnissen, von denen sie umklammert wird.“ (Adorno 1975,166) Insofern ist es eine moralphilosophische Fragestellung, der wir in diesem Kontext nachgehen müssen, die da lautet: Können Serviceroboter ein Beitrag zu menschenwürdiger Pflege im ethisch-moralischen Sinne sein? Wir fragen ausdrücklich *nicht* sofort nach der Ethikwürdigkeit bzw. Ethikfähigkeit von

Pflegerobotern selbst, denn die gegenwärtigen Exemplare erfüllen dafür noch nicht die notwendigen Bedingungen und wir gehen darum wie der Informationsethiker Oliver Bendel (2019a) davon aus, dass in diesem Zusammenhang nicht so gefragt werden darf, wie es der Fall wäre, hätten wir es hier mit einer traditionellen Menschenethik zu tun. Wir nehmen lediglich an, dass Pflegeroboter sich bewegen und damit etwas in der Pflege von Menschen bewirken können. Sie stehen nach bestimmten, einprogrammierten Regeln im Hinblick auf vorgegebene Ziele bzw. Dienstleistungen in der Altenpflege und Demenzbetreuung zur Verfügung, diese unermüdlich anzustreben bzw. umzusetzen und nehmen Pflegekräften monotone und auch schwere Arbeiten ab, wobei dieses Verhalten gleichermaßen einprogrammiert wurde. Die heutigen Pflegeroboter können sich weder selbst diese Ziele setzen, noch sind sie sich bewusst, dass sie, wenn sie agieren, gegebenen Regeln folgen. Was dem heutigen Pflegeroboter auf jeden Fall fehlt, ist ein „Selbst“ oder ein Äquivalent dafür, und deshalb kann er tatsächlich auch weder *rechtlich* noch *moralisch* für die Folgen seines Handelns verantwortlich gemacht werden. Wir gehen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten von starken technologischen Fortschritten in diesem Bereich aus und bereits heute kann das Handeln eines Pflegeroboters vorwegnehmend im Kontext bzw. in Relation jeweils mit einem oder mehreren Menschen als *ethikhaltig* gedacht werden, d. h. nach den Leitbegriffen *moralisch* oder *unmoralisch* in Bezug auf Menschen konkret und bewusst zu beurteilen sein. Insofern befinden wir uns mit diesem Thema nicht jenseits von Gut und Böse und wir reflektieren es vielmehr schon jetzt in hypothetischer Perspektive für die nahe Zukunft, wir können „einen Pflege-Roboter so [...] trainieren, dass er sich ethisch verhält“ (Anderson/Anderson 2017, 92). Wenn es um die Beurteilung des Einsatzes intelligenter Roboter in der häuslichen Altenpflege und

Demenzbetreuung geht, haben wir im Bereich der Angewandten Ethik ein bereits heute ebenso bedeutendes, wie problematisches Thema vor allem für die nahe Zukunft der Altenpflege und Demenzbetreuung vorliegen. Dieser Arbeitsbereich verzeichnet gegenwärtig einen gewaltigen Fachkräftemangel, denn bereits vorderhand gibt es enorme Probleme aufgrund von nicht genügend vorhandenem und ausgebildetem fachlichen Pflegepersonal. Es ist diesbezüglich eine wesentliche Verschlechterung in den künftigen Jahren und Jahrzehnten anzunehmen, da es infolge des demografischen Wandels in den nächsten Jahren und Jahrzehnten immer mehr alte, pflegebedürftige und demente Menschen geben wird, die nicht ausnahmslos in ein Seniorenheim umziehen können und es vermutlich vorzugsweise auch nicht wollen. Denn so wie es sich derzeit statistisch darstellt, werden ca. 80 % der pflegebedürftigen Menschen im häuslichen Bereich in der Familie gepflegt und betreut. Diese bisherige Praxis, diese Pflegesituation wird voraussichtlich aber aufgrund der demografischen Entwicklung dauerhaft und vergleichbar nicht möglich sein. Es sollen im Folgenden hauptsächlich zwei Punkte angesprochen werden. Im *ersten* Punkt soll geklärt werden, wie sich die allgemeinen Voraussetzungen für Roboter im Sinne Smarter Maschinen, die über „Künstlichen Intelligenz“ (KI) verfügen, in der häuslichen und stationären Altenpflege und Demenzbetreuung denken lassen und welche das verbaliter sind. Was leistet KI in diesem Zusammenhang und wie wird sie eingesetzt?

Vor allem bei der automatischen Auswertung großer Datenmengen ist KI den Menschen überlegen und auch das, was wir heute im menschlichen Umgang und in der menschlichen Umwelt immer noch als *wertvoll* einschätzen, das sogenannte *Erfahrungswissen*, wird sich durch die KI als immer sekundärer und letztendlich möglicherweise als zu ersetzen herausstellen. Weiterhin ist auf die heute allseits genannten „Algorithmen“

zu verweisen (Jenkins 2017, Stalder 2017). Diese ermöglichen es bereits jetzt, etwas Millionen Mal schneller berechnen und auswerten zu können, als es der Mensch je vermöge. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass es uns je gelingen wird, diese immense Geschwindigkeit kraft unserer natürlichen Intelligenz zu egalisieren. Demgemäß ist davon auszugehen, dass diese unserer Kontrolle entgleitet und ein weiteres Argument für den möglichen Triumph der KI ist. Diese Punkte sollen im Folgenden vorrangig für den Bereich der Alten- und Demenzpflege in naher Zukunft diskutiert werden, speziell auch unter dem Aspekt einer weiter alternden Gesellschaft, in der Demenzerkrankungen eine zunehmende Rolle spielen.

2. Die demografische Entwicklung und das Problem der Altenpflege

Schon in der Einleitung dieses Demenz Rechtsratgebers wurde auf die Erwartung von Fachleuten hingewiesen, dass im Hinblick auf die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er-Jahre und einem weiteren Anstieg der Lebenserwartung die Anzahl der Menschen mit Demenzsyndrom auf bis zu 3,3 Mio. im Jahr 2060 steigen wird. Das ist deswegen von so großer Bedeutung, weil die Altenpflege bereits jetzt ein Limit erreicht hat und Pflegekräfte beispielsweise aus Mexiko und aus den Ostländern angeworben werden müssen. Trotzdem vergrößert sich das Problem zunehmend, weil der Bedarf nicht gedeckt werden kann. All diese Menschen wollen eine gute medizinische Betreuung und erforderliche Pflege, insbesondere dann im höheren Seniorenalter. Aber kann das überhaupt realisiert werden und gibt es evtl. so etwas wie ein Grundrecht auf Pflege (Noetzel 2020)? Es schließt sich dann dieser eine weitere Frage an: Was können Pflegeroboter dazu

beitragen, alte Menschen zu unterstützen und für sie ein möglicherweise besseres, sicheres und selbstbestimmtes Leben zu erhalten?

Fassen wir einmal den gegenwärtigen Stand der Robotertechnologie ins Auge. Was genau auf diesem Gebiet könnte uns Anlass zur Hoffnung auf Neues geben? Wo können, müssen wir Innovationen erwarten? Ich möchte hier einen Begriff, der sich in der Fachliteratur findet, den Begriff des „technologischen Treibers“ im Hinblick auf Smarte Maschinen, unterstreichen. Darunter versteht man momentan „Sensoren“, die immer kleiner und billiger werden. Das ist der eine Punkt, der hoffen lässt, und der andere Punkt besteht in den „Algorithmen“ (Stalder 2017, Jenkins 2017), die immer besser und leistungsfähiger werden. Wir gehen heute davon aus, dass die Rechenleistung oder auch die Speicher- und Kommunikationsfähigkeit von Micro-Chips sich in den nächsten zwanzig bis fünfundzwanzig Jahren vertausendfachen wird und wir werden auch so etwas wie „neuromorphe Chips“ (Eberl 2016, 145–160; Ramge 2019, 44) haben, die unseren Nervenzellen technologisch nachempfunden und ca. zehntausendmal schneller als die Nervenzellen und Synapsen in unserem Gehirn reagieren können.

Das sollte jedoch nicht ausschließlich positiv betrachtet werden, denn es stellt sich gleichfalls die Frage: Gibt es neben der Chance auch ein zu berücksichtigendes Bedrohungspotenzial? Beides kann der Fall sein und der Umgang des Menschen mit diesen Technologien wird entscheiden, ob es eher eine Bedrohung oder eine Chance wird. Aber worin genau besteht beides? Einmal in der Tatsache, dass immer mehr Smarte Maschinen in unseren Lebensalltag eindringen und dadurch auch die Notwendigkeit bedingen, darüber zu diskutieren, ob wir als Menschen das wirklich wollen, oder ob uns das eventuell aufgezwungen wird, ohne dass wir darüber nachgedacht haben bzw. tatsächlich umfassend nachdenken können, oder

uns möglicherweise die tatsächlichen gesellschaftlichen Bedingungen das Ermessen bis auf Null reduzieren. Wenn wir mit dieser Situation *kritisch* umgehen wollen, müssen wir sie selbstverständlich auch *bewerten* und diese Bewertungen können sich nicht nur auf *einen* Bereich beziehen, sondern wir müssen das Vorhandensein dieser neuen intelligenten Maschinen in den entscheidenden Bereichen insgesamt in den Blick nehmen, und wenn wir sodann konfrontiert werden mit diesen neuen Trends an den Universitäten, in den Forschungslaboren und auch in der Industrie, sind wir in der Lage, besonnen damit zu agieren. Allerdings darf sich der kritische Blick niemals allein auf die technischen Möglichkeiten der Zukunft fokussieren, sondern muss auch auf die „soziale Dimension“ schauen und die kritische Frage stellen: Welche Konsequenzen bzw. Auswirkungen auf die Gesellschaft einerseits und auf das Berufs- und Alltagsleben eines jeden Einzelnen andererseits sind zu erwarten? Geht die Entwicklung eher in Richtung einer neuen Bedrohung oder wird es für uns eine neuartige „Superchance“ geben? Das ist eine Frage, die wir zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beantworten können. Jedoch ist es notwendig, bereits heute ein Bewusstsein davon zu haben, dass es sich sowohl in Richtung auf die Bedrohungen als auch in Richtung auf die Chancen konzentrieren kann. Wenn wir so vorgehen, befinden und bewegen wir uns höchstwahrscheinlich auf einem sicheren Terrain und müssen uns vor den neuen Erscheinungen wahrlich nicht fürchten (Weber u. a. 2012).

Da häufig das Augenmerk auf der Bedrohung liegt, sollen hier dagegen primär die *Chancen* in den Vordergrund gestellt werden, ohne mit diesem Vorgehen die Risiken zu verdrängen. Dessen müssen wir uns immer bewusst sein, darüber hinausgehend aber auch der Tatsache, dass wir zurzeit immer stärker in eine „Roboter-Gesellschaft“ gleiten. Die Frage lautet allgemein: Was macht das mit uns? Kann eine Roboter-Gesellschaft

zu unserem Vorteil werden? Das ist ohne Zweifel eine wichtige Frage, die auf der Seite der zu diskutierenden Chancen auf jeden Fall gestellt werden muss. Die Seite der Risiken soll hier zunächst ausgeklammert werden. Anknüpfend wird die Frage nach dem Roboter in der Pflege im Zentrum stehen.

Im Folgenden sollen zunächst aktuelle Aussagen über die Altersstrukturen in der Bevölkerung sowie die maßlose Überforderung der Pflegekräfte in der Altenpflege thematisiert werden. Beginnen wir mit der Veränderung der Altersstruktur in der Bevölkerung: Stellen wir uns die typischen Altersstrukturen vor, wie sie sich uns heute zeigen, sich dagegen 1950 gezeigt haben und mit hoher Wahrscheinlichkeit dann in Zukunft im Jahre 2050 darstellen werden. Eine wichtige Erkenntnis beim Vergleich von 1950 und 2050 ist, dass es 2050 viel mehr über hundertjährige Menschen geben wird, wobei es deutlich mehr Frauen als Männer sein werden. Im Jahre 2050 ist von einem Bevölkerungsanteil von 21 % auszugehen, der möglicherweise in der Altenpflege versorgt werden muss, und speziell in diesem Bereich fallen vielfältigste Notwendigkeiten an, wie die nachfolgenden Darlegungen zeigen.

3. Serviceroboter in der Demenz- und Altenpflege – Entlastung der Pflegekräfte?

Die tägliche Arbeit der Pflegekräfte in der Altenpflege sowie in der Demenzbetreuung ist geprägt von den Aufgaben der Versorgung und Betreuung alter, teilweise kranker Menschen. Eine typische Situation ist wie

folgt, dass eine Pflegekraft bzw. ein Serviceroboter einem zu betreuenden alten Menschen im Zimmer ein Getränk bringt und ihn bei dieser Gelegenheit auch daran erinnert, dass er trinken muss. Dies veranschaulicht uns, dass ein großes Problem alter Menschen ist, körperlich „auszutrocknen“. Aufgrund des nachlassenden Durstgefühls besteht für Senioren die ernste Gefahr, dass sie über ihren Alltag zu wenig Flüssigkeit zu sich nehmen. Es gibt – und voraussichtlich zunehmend – sicher auch Menschen, die wesentlich gebrechlicher sind und genau dafür soll es in Zukunft Roboter geben, die darüber hinaus in der Lage sind, den alten Menschen aufzurichten oder abzustützen, wenn er es aus eigener Kraft nicht mehr kann. Ein solcher Roboter kann dann in vielen Bereichen des Lebens eine Erleichterung bewirken. Er weckt die zu pflegende Person am Morgen, bringt dann das Frühstück, hilft beim Waschen und was dann weiterhin nötig ist. So ließe sich in Zukunft die Altenpflege vorstellen. Insbesondere im Pflegeheim wird es Menschen geben, die nicht mehr aus eigener Kraft laufen können, die Hilfe brauchen. Das wird dann aber nicht mehr von der Pflegekraft erledigt werden müssen, sondern dafür gibt es alsdann den Roboter, der das mit Leichtigkeit bewältigt. Was wir dadurch erreichen, ist eine deutliche Entlastung der menschlichen Pflegekräfte insgesamt, also eine Entlastung von schwerer und körperlicher Arbeit, sodass dadurch mehr Zeit gewonnen wird für die Tätigkeiten, auf die es in der Pflege von alten Menschen ankommt: die *medizinisch-pflegerische* Betreuung auf der einen Seite und die *psychosoziale* Betreuung dieser Menschen auf der anderen Seite. Wenn es uns gelingt, in den Pflegeheimen sowohl genügend menschliche Kräfte als auch Roboter für die Pflege zur Verfügung zu haben, werden wir ein großes Problem in naher Zukunft bewältigen können.

Erste Ansätze davon gibt es auch heute längst und es wird beispielsweise bereits in den Heimen in Deutschland und auch im Ausland, vor allem in Japan, die Roboter-Robbe „Paro“ zum Einsatz gebracht. Sie wird als Zuwendungsroboter bezeichnet und reagiert direkt auf den Patienten, was in erster Linie vor allem für Demenzkranke wichtig ist, denn sie haben ein großes Bedürfnis nach emotionaler Empfindung, nach „Wärme“ und auch nach Zuneigung (vgl. Eberl 2016, 193). Folgerichtig hat diese Roboter-Robbe ein entsprechend flauschiges Fell bekommen, damit sie gestreichelt werden kann. Das spielt für Demenzkranke offensichtlich eine große Rolle (Baisch u. a. 2018) und dass sich dann alte Menschen mit „Paro“ beschäftigen können. Paro wurde in Japan entwickelt und hat dort als Roboter-Robbe einen großen Erfolg in der Altenpflege zu verzeichnen. In Deutschland wird „Paro“ in der Pflege gleichermaßen angewendet (Baisch u. a. 2018). Es gibt weltweit sehr viele Demenzkranke, die sich sehr gut mit „Paro“ beschäftigen können, denn dieser Roboter ist nicht stumm, sondern reagiert auf die Befindlichkeiten des Erkrankten und hat ebenfalls die Möglichkeit, emotionale Töne von sich zu geben und auch einfache Gespräche im Alltag mit dem Kranken zu führen. Die Robbe hat zwar noch einen begrenzten Wortschatz, aber augenscheinlich lindert sie auf diese Weise das Leiden des Demenzpatienten und macht es ihm möglich, den Alltag emotional zu bewältigen. Insofern sollte ein derartiger Einsatz eines Roboters nicht vorschnell verteufelt oder verboten werden. Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Programmierung dieser Roboter-Robbe ständig verbessert wird.

Primär geht es heute im Hinblick auf Künstliche Intelligenz in der Pflege um den Einsatz ganz bestimmter anderer Roboter wie beispielsweise dem intelligenten *autonomen Pflegewagen*, der dem Arzt hinterherfährt bzw. im Gebäude autonom navigiert. In diesem Pflegewagen – der auf dem Markt

noch nicht frei verfügbar ist – ist alles enthalten, was der Arzt auf der Visite benötigt. Dieser ist ausgestattet mit einer integrierten Material- und Pflegedokumentation und sollte etwas ausgegangen sein, fährt er autonom ins voll automatisierte Lager und holt Nachschub, ohne dass ihn jemand dabei steuern muss. Dieser Pflegewagen, bei dem es sich um einen Prototyp vom Hersteller MLR handelt, ist mit Laserscannern für Sicherheit und Navigation ausgestattet, die u. a. die Flure abtasten und entsprechend das Erkennen von Hindernissen ermöglichen. Überdies besitzt er einen auffälligen Not-Ausschalter, der leicht erkennbar zu betätigen ist, sollte sich jemand durch den Roboter-Wagen bedroht fühlen. Er enthält ein Tablett zum Ablegen der benötigten Sachen und ist in der Lage, dem Arzt bzw. Pflegepersonal völlig selbstständig zu folgen. Eine spezielle Sensorik erkennt das autorisierte Personal, sodass der Zugriff auf den Bildschirm gegen unbefugte Nutzung gesichert ist. Vor Ort kann autorisiertes Personal in der Pflege den Bildschirm nutzen, um die jeweils durchgeführten Pflegetätigkeiten zu protokollieren. Bei Entfernung des autorisierten Personals wird der Zugriff auf den Bildschirm wieder gesperrt. Es gibt bereits heute auch Roboter, die zudem mit einem oder zwei ‚Armen‘ technisch ausgestattet sind und dem Arzt die notwendigen Utensilien reichen können. Ein solches Modell ist der „Care-O-bot 4“. Dieser neu entwickelte Roboter kann als eine Art Serviceroboter betrachtet werden, der sich völlig autonom im Gebäude eines Pflegeheimes oder des Krankenhauses bewegt. Bevor die Akkukapazität verbraucht ist, fährt sowohl der Pflegewagen als auch der Serviceroboter selbstständig an seine Ladestation.

Der Serviceroboter besitzt als Gesicht ein Interface, einen Bildschirm mit eingebauten Kameras, der auch als Touchscreen dient und auf dem der Arzt bereits während seiner Visite alles eintragen kann, wie den Blutdruck des

Patienten, den Puls und so weiter. Der Computer des Roboters „merkt“ sich das, d. h. er speichert die Informationen und der Arzt kann bei der nächsten Visite auf alle Informationen problemlos wieder zurückgreifen. Dadurch, dass der Roboter zwei Arme und „Hände“ hat, ist er beispielsweise in der Lage, ein Tablett mit den für die Patienten notwendigen Tabletten, Spritzen oder anderem mitzuführen; er weiß ganz genau, welche Arzneien die Patienten bekommen und hat alles dabei, ohne dass der Arzt sich darum kümmern muss. Bereits das Vorgängermodell, Care-O-bot 3, hatte eine eingebaute Gesichtserkennung, sodass der Serviceroboter die Patienten und die Ärzte erkannte und mit ihrem Namen ansprechen konnte. Ein solcher Serviceroboter wäre insgesamt gesehen eine enorme Entlastung der Ärzte und der Pflegekräfte und würde dafür sorgen, dass diese sich ausschließlich mit ihrer eigentlichen Facharbeit beschäftigen könnten.

Das ist eine beeindruckende Entwicklung, die sicherlich mit einer großen Geschwindigkeit vorangeht. Weltweit arbeiten Informatiker und Robotiker sowie Industrieunternehmen an der Verbesserung der Künstlichen Intelligenz (KI) dieser Maschinen. In diesem Zusammenhang wird auch auf den jährlichen Altenpflege-Messekongress in Essen hingewiesen. Die dpa-Schlagzeile am 22.04.2024: „Messe zur Pflege der Zukunft: Mit Künstlicher Intelligenz gegen den Pflegenotstand. Die Pflegebranche kämpft mit Personalmangel und Geldsorgen. Bei der Leitmesse in Essen zeigen Aussteller, wie Pflege trotzdem in einigen Jahren noch gelingen kann.“ [286]

Auch wenn dies eine große Chance für uns ist, müssen wir uns dennoch immer wieder fragen, wie weit wir die „Autonomie“ dieser Maschinen vorantreiben wollen. Gibt es eine Grenze, bei deren Überschreitung zur Befürchtung steht, dass die KI die Herrschaft über uns übernimmt? Das wissen wir zwar nicht genau, aber wir müssen auf jeden Fall darauf achten, dass wir nicht irgendeines Tages von der Intelligenz insbesondere

selbstlernender Maschinen total überrascht werden. Dies sollten wir immer im Blick haben, damit uns die Möglichkeit bleibt, letztendlich flugs „noch den Stecker zu ziehen“ um die Steuerung in der Hand zu behalten.

4. Zum Problem der Ethik von Servicerobotern

Welche ethischen Fragen resultieren faktisch daraus und müssen explizit gestellt werden? Die grundsätzliche Frage zunächst lautet: Kann der Roboter überhaupt so etwas wie ein *Moral Agent* (moralisch Handelnder) oder *Moral Patient* (moralisch Behandelte) sein? Das ist die prinzipielle Frage, die wir stellen und außerdem klären müssen. Und dazu gibt es letztendlich zwei Positionen, die wir auseinanderhalten, die wir aber beide jeweils auch im Blick behalten müssen. Einmal ist es die Auffassung, dass dem Menschen so etwas wie ein Eigenwert zukommt, ein *moralischer* Eigenwert oder, um es mit Kant zu sagen: „Der Mensch ist ein Selbstzweck!“. Ist das wirklich so oder unterliegen wir hier einer Illusion? Auf jeden Fall lässt sich konstatieren, dass das unsere anthropozentrische Selbstauffassung ist, und meines Erachtens sollten wir an dieser Selbstauffassung auch festhalten. Es gibt andere Akteure, die andere Auffassungen vertreten. Sie lehnen die „Anthropozentrik“, die Hervorhebung des Menschen ab und sprechen von „Patho-, Bio- oder Physiozentrismus“. (Misselhorn 2016, 30–42). Diese Frage ist nicht allgemein entschieden.

Ein weiteres Problem in ethischer Hinsicht ist die Frage nach der Moralfähigkeit. Besteht gegenüber Robotern überhaupt die Möglichkeit der Moralfähigkeit, ist so etwas überhaupt denkbar oder gegeben? Ja, sagen

einige Moralthoretiker, wenn es Situationen geben kann, in denen *unbedingt* moralische Entscheidungen zu treffen sind, dann sind auch Roboter ‚Agenten dieser Situation‘ (Bendel 2018, 38, Misselhorn 2018, 32), und es muss ihnen auch so etwas wie Moralfähigkeit zugeschrieben werden können, um sie sodann auch in bestimmten Situationen als verantwortlich zu definieren und daher dann in entsprechender Art und Weise zur Rechenschaft zu ziehen.

Letztendlich handelt es sich dann um eine *nicht-anthropozentrische* Betrachtungsweise, wenn diese bejaht werden kann, dann sind Roboter auch als moralfähig zu betrachten und zu behandeln. Welche Kompetenzen braucht nun der Roboter, um in dieser Weise moralfähig zu sein, d. h. um ein moralisches Handlungssubjekt unter den Menschen zu sein?

Die Voraussetzung, die zu fordern ist, ist für einen Roboter seine *Autonomie*, d. h. er muss als autonomes *Handlungssubjekt* beschrieben werden können. Hier besteht jedoch auch die Gefahr: Wie viel Autonomie können bzw. wollen wir dem Roboter wirklich zugestehen? Die Antwort auf diese Frage bildet eine gefährliche Grenze, die, wenn wir sie überschreiten, uns plötzlich das Heft des Handelns aus der Hand nehmen kann. [287] Das ist sicherlich eine wichtige Entscheidung, die Konsequenzen hat, die wir nicht so einfach abwenden können. Aber bevor wir uns in dieser Angelegenheit entscheiden, fragen wir nach den Kompetenzen: Welche sind es genau, die ein autonomes Handlungssubjekt begründen? Das sind zunächst einmal kognitive Kompetenzen wie Denken, Verstehen, Geist, Intelligenz, Bewusstsein, Wahrnehmung und Kommunikation. Beobachtungen und Erkenntnisse aus den entsprechenden Bereichen lassen die Vermutung zu, dass sich das beim Roboter durchaus im Bereich des Möglichen bewegt. Über eine Zuschreibung von Autonomie wäre vielleicht gar nicht lange zu diskutieren – es gibt bereits autonome Roboter – allerdings fehlen weitere

essenzielle Kompetenzen: Empathie und Emotionen. Das Beispiel der Roboter-Robbe „Paro“ hat gezeigt, dass diese fähig ist, dem Patienten emotional zu antworten, allerdings mit der Einschränkung, dass es sich in diesem Fall um simuliertes Verhalten handelt. Selbstverständlich kommt es hauptsächlich darauf an, wie der autonome Roboter sich gegenüber dem Patienten konkret vor Ort in einem ethisch zu beurteilenden Sinne verhält. Ist er so programmiert, dass auch in seinen autonomen Handlungen ausdrücklich auf die personale Würde des Patienten bzw. sein Grundrecht auf Pflege geachtet wird? Den Begriff der ‚Würde‘ wollen wir in diesem Kontext auf die starke Begründungsgrundlage der hegelschen Rechtsphilosophie stellen, wie dies etwa auch in den ‚Arbeiten zur Pflege‘ des Politikwissenschaftlers Thomas Noetzel der Fall ist (2020, 63 f.). Die Begründungsgrundlage besteht hier in der ‚gegenseitigen Anerkennung‘ ohne naturale Zertifizierung. Doch was heißt: „ohne naturale Zertifizierung“? Noetzel erklärt das ebenfalls im Sinne Hegels wie folgt: „Für die Frage eines Grundrechts auf Pflege, in dessen Begründungszentrum das individuelle Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie steht, ist die Frage der naturalen Verfassung der Individuen von keinerlei Bedeutung“ (ebd., 64). Das heißt: Die individuellen Rechte des Menschen gelten unabhängig davon, ob der Mensch männlich oder weiblich, jung oder alt, schwarz oder weiß, gesund oder krank etc. ist.

Ein problematisches Beispiel bezüglich der Möglichkeit, dem Roboter Moralfähigkeit zuzusprechen, liegt unter anderem auch darin, dass dieser nur bedingt in der Lage ist, den „Kontext einer Situation“ zu erkennen. Das stellt auch für den Menschen eine anspruchsvolle Aufgabe dar. Auch daraus resultiert die Meinung, dass es der Künstlichen Intelligenz bislang noch nicht gelingt die genannten Voraussetzungen notwendig zu erfüllen und dass es erhebliche Probleme hinsichtlich der Moralfähigkeit von Robotern

gibt, die mit großer Wahrscheinlichkeit zumindest in näherer Zukunft nicht zu lösen sind. Und zusammenfassend heißt das:

1. Die notwendigen Voraussetzungen für den erfolgreichen Einsatz Smarter Maschinen sind zurzeit noch nicht voll erfüllt.
2. Zwei Punkte stellen bei der KI noch gewichtige Herausforderungen dar: die „*Sensorik* des Roboters“, sowie das Erkennen des „*Kontextes* einer Situation“.

Die Sensorik ist unvermindert ein wesentlicher Punkt, denn wenn beispielsweise die Gefahr besteht, dass ein Roboterarm bzw. die Roboterhand in der Interaktion mit einem Menschen, die menschliche Hand zu zerquetschen droht, muss die Sensorik der Roboter gesichert dahin verbessert werden, dass diese Gefahr auszuschließen ist. Es ist zu vermuten, dass eine solche Verbesserung lediglich eine Frage der Zeit ist.

Der zweite Punkt, die Fähigkeit, den Kontext einer Situation erkennen, stellt aller Voraussicht nach ebenfalls ein reines Zeitproblem dar. Heute allerdings ist das vielen Robotern noch nicht möglich. Der bereits im Einsatz befindliche Pflegewagen z. B. kann zwar durch die Gänge fahren und wenn ein Mensch im Weg steht, umfährt er diesen auch, aber er „begreift“ nicht, was da wirklich geschieht, warum er ein Hindernis umfährt, zu welcher Art genau das Hindernis zu zählen ist. Die Frage, die sich ihm in dem Zusammenhang stellen sollte, lautet: Ist das Hindernis *immer* ein Hindernis, das umfahren werden muss? Diese Frage kann er nicht beantworten. Die heutigen Roboter werden in einem Flur nie erwarten (wenn man überhaupt von den Erwartungen eines Roboters sprechen kann), dass ein Hindernis auch ein Patient sein könnte, der beispielsweise in Ohnmacht gefallen ist, somit dringender Hilfe bedarf. Der Roboter registriert lediglich ein Hindernis, aber nicht den Patienten, da er diesen nur im Kontext des Krankenbettes kennt. Das ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der KI noch

nicht realisierbar und entsprechend muss abschließend kategorisch festgestellt werden:

Ein Einsatz von Robotern in der Pflege ist in der nächsten Zeit (höchstwahrscheinlich noch weitere Jahrzehnte) nicht umzusetzen. Welche Fortschritte die Technologie der KI danach aufweisen kann, lässt sich bei der Schnelligkeit und Dynamik der sich weiterentwickelnden technischen Welt nicht benennen. Und meines Erachtens ist der verlässliche Einsatz von Servicerobotern in der Altenpflege in moralischer Hinsicht *nur bedingt gerechtfertigt*. Vorläufig stellen wir hier im Sinne des Achtsamkeitsansatzes der ‚Care‘-Ethik darum fest: „Leitplanken des Einsatzes intelligenter Roboter sollten [...] in Zukunft die ethischen Regeln sorgender Obhut und der Achtsamkeit in der Pflege sein, die der Interaktion von Mensch zu Mensch Priorität geben“ (Buhr/Trämer 2020, 285 f.). Aber da wir in der Pflege gegenwärtig aus Gründen der mangelnden Verfügbarkeit von Pflegenden *nicht allein* auf die Interaktion von Mensch zu Mensch, der wir im Allgemeinen zu Recht Priorität einräumen, setzen können, gilt es darüber nachzudenken, wie wir die Interaktion von Mensch und Maschine auf eine Stufe mit der Interaktion von Mensch zu Mensch heben können. Die Frage dabei lautet: Wie lassen sich menschliche und moralische Verhaltensleistungen auf Maschinen realisieren? Es kann in der Beantwortung dieser Frage *nicht* um eine völlige Angleichung gehen, denn: „Eine Maschine kann sich nur dann wie ein Mensch, der Geist hat, verhalten, wenn sie in ihren physikalischen Eigenschaften vollständig einem menschlichen Organismus gleicht, insbesondere ein menschliches biologisches Gehirn besitzt. Aber das bedeutet im Klartext: Nur ein Mensch kann sich so verhalten, wie sich Menschen verhalten“ (Tetens 1994, 117). Es kann daher in Bezug auf den Einsatz eines Serviceroboters nur um die relativ störungsfreie Verwirklichung bzw. Umsetzung von Funktionen und

Fähigkeiten oder Dienstleistungen gehen, die in der jeweils aktuellen Altenpflege nachgefragt werden und nicht um ein Äquivalent für menschliche Nähe in der Pflege von alten und kranken Menschen.

Unabhängig von diesen bislang ungeklärten Fragen, wie ähnlich ein Serviceroboter dem Menschen werden kann bzw. darf oder wann genau mit dem greifbaren Einzug intelligenter Roboter in die Altenpflege zu rechnen ist, sollte das Pflegepersonal bereits heute gezielt auf den Umgang mit digitalen Technologien vorbereitet werden. In den Lehr- und Lernzentren des Gesundheitswesens sollte die Ausbildung an der digitalen Technik eine herausragende Rolle spielen. Nur so können die an den Universitäten und in der Gesundheitswirtschaft forschenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaften schrittweise neue KI-Lösungen für den Pflegealltag entwickeln und hierbei eine hohe praktische Relevanz und einen hohen Nutzen erreichen. Unter diesen Voraussetzungen könnten Serviceroboter in Altenpflege und Demenzbetreuung einen Beitrag zu einer menschenwürdigen Pflege im ethisch-moralischen Sinn und im Sinn der UN-Behindertenrechtskonvention sein.

Literatur

Adorno, Th. W. (1975): *Gesellschaftstheorie und Kulturkritik*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Anderson, S. L., Anderson, M. (2017): Ethische Roboter für die Altenpflege. In: Ph. Otto/E. Gräf (Hrsg.), *ETHICS. Die Ethik der digitalen Zeit*. Berlin: iRhights.Media, S. 90–101.

Baisch, S., Kolling, T., Rühl, S., Klein, B., Pantel, J., Oswald, F. & Knopf, M. (2018): Emotionale Roboter im Pflegekontext: Empirische Analyse des bisherigen Einsatzes und der Wirkungen von Paro und Pleo. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 51, 16–24.

Bendel, O. (2018): Überlegungen zur Disziplin der Maschinenethik. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte. Künstliche Intelligenz*, 6–8/2018, S. 34–38.

Bendel, O. (2019a): Die programmierbare Moral. In: Chr. Woopen und M. Jannes (HG.)

Roboter in der Gesellschaft – Technische Möglichkeiten und menschliche Verantwortung. Köln: Springer, S. 35–51

Bendel, O. (2019b): Pflegeroboter aus Sicht der Maschinenethik. In: O. Bendel (Hrsg.). *Handbuch Maschinenethik*. Wiesbaden: Springer, 6–8/2018, S. 103–318.

Boll-Westermann, S., Hein, A., Heuten, W. & Krahn, T. (2019): Pflege 2050 – Wie die technologische Zukunft der Pflege aussehen könnte. In: ZQP-Report (Hrsg.): *Pflege und digitale Technik*. Berlin, S. 10–15.

Buhr, D., Trämer, M. (2020): „Pflege 4,0“. Sozialer Fortschritt durch soziale Innovationen? In: *Pflege. Praxis – Geschichte – Politik*. Hrsg. v. d. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn: Redaktion APuZ, S. 279–289.

Eberl, U. (2016): *Smarte Maschinen. Wie Künstliche Intelligenz unser Leben verändert*. München.

Friesen, Hans. Beiträge beim Tag der Lehre am 10.11.2022 über „Künstliche Intelligenz an der BTU“ (= Brandenburgisch-Technische Universität Cottbus-Senftenberg): „Prinzipien für die ethische Nutzung von KI“ (Vorsitz Session 3); „Künstliche Intelligenz, Smarte Maschinen und die Zukunftsgestaltung der Altenpflege“ (Vortrag). „Wie kommt Ethik in die künstliche Intelligenz?“ Podiumsdiskussion.

Hasseln, Lorenz von. Technologischer Wandel als Transformation des Menschen. Forschungsprogramm Transhumanismus, 2021. 257 Seiten. ISBN-10: 3631840845; ISBN-13: 978-3631840849.

Jenkins, R. (2017): Autonome Fahrzeuge: Die Notwendigkeit moralischer Algorithmen. In: Ph. Otto/E. Gräf (Hrsg.), *ETHICS. Die Ethik der digitalen*

Zeit. Berlin: iRhights.Media, S. 102–113.

Misselhorn, C. (2016): Robots as Moral Agents. In: F. Rövekamp/F. Bosse (Hrsg.): *Ethics in Science and Society: German and Japanese Views*. München, S. 30–42.

Misselhorn, C. (2018): Maschinenethik und „Artificial Morality“: Können und sollen Maschinen moralisch handeln? In: *Aus Politik und Zeitgeschichte. Künstliche Intelligenz*. 6–8/2018, S. 29–33.

Misselhorn, C. (2019): *Grundfragen der Maschinenethik*. Stuttgart: Reclam.

Noetzel, Th. (2020): Grundrecht auf Pflege? Ein Plädoyer für Selbstbestimmung und Autonomie in schwieriger Lebenslage. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.), *Pflege. Praxis – Geschichte – Politik*. Bonn: Redaktion APuZ, S. 56–66.

Ramge, Th. (2019): *Mensch und Maschine. Wie Künstliche Intelligenz und Roboter unser Leben verändern*. Stuttgart: Reclam.

Sombetzki, J. (2016): Roboterethik. In: M. Maring (Hrsg.), *Zur Zukunft der Bereichsethiken – Herausforderungen durch die Ökonomisierung der Welt*. Karlsruhe: Scientific Publishing, S. 355–379.

Stalder, F. (2017): Algorithmen, die wir brauchen. Überlegungen zu neuen technopolitischen Bedingungen der Kooperation und des Kollektiven. In: Ph. Otto/E. Gräf (Hrsg.), *ETHICS. Die Ethik der digitalen Zeit*. Berlin: iRhights.Media, S. 44–55.

Tetens, H. (1994): *Geist, Gehirn, Maschine. Philosophische Versuche über ihren Zusammenhang*. Stuttgart: Reclam.

Weber, K., Bittner, U., Manzeschke, A., Rother, E., Quack, F., Dengler, K., & Fangerau, H. (2012): Taking Patient Privacy and Autonomy More Seriously: Why an Orwellian Account Is Not Sufficient. In: *The American Journal of Bioethics*, 12(9), 51–53.

Weber, K. (2019): Robotik in der Pflege- und Gesundheitsversorgung: Eine normative Bestandsaufnahme. In: J. Hergesell, M. Meister, A. Maibaum (Hrsg.): *Genese und Folgen der Pflegerobotik*. Weinheim: Beltz/Juventa, S. 180–196.

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. med. Karl-Jürgen Bär

Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
Jena.

Direktor der Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie am
Universitätsklinikum Jena (UKJ). Leiter des DGPPN-Zentrums „Seelische
Gesundheit im Sport“ des Universitätsklinikums Jena

Vorsitzender der Interdisziplinären Gesellschaft für Psychosomatische
Schmerztherapie e. V. (IGPS). Mitglied des Fachbeirates der Deutschen
Schmerzgesellschaft e. V.

Interview im SPIEGEL: Depressionen in der Bundesliga. Warum so viele
Fußballstars ihr seelisches Gleichgewicht verlieren. [288]

Zahlreiche Veröffentlichungen (Klett Cotta)

Verfasser von Kap. II.: „Medizinische Fakten zur Demenzerkrankung“ in
diesem Demenz Rechtsratgeber.

Cornelia Bartelt

Inhaberin des Hauswirtschaftsdienstleistungs-Service „Gelber Engel“. Bad
Saarow

Geboren 1967 und aufgewachsen in Bad Saarow.

1974–1984 Schulbesuch, danach Lehre Facharbeiter für Textilreinigung.

Seither Hilfsdienste für alte und kranke Menschen; seit vielen Jahren
selbstständig als Hauswirtschaftsdienstleistungs-Service.

Cornelia Bartelt wurde als „Stille Heldin vom Scharmützelsee“ anlässlich
des Teilhabetages (Aktionstag und Fachtagung zur UN-

Behindertenrechtskonvention) am 18. Juni 2022 von Bürgermeister Axel Hylla und der Vorsitzenden des Senioren- und Behindertenbeirates Waldtraud Böker geehrt.

Beitrag in diesem Demenz Rechtsratgeber: Kap. I.5 Schlaglichter Demenz, „Dann hat sie so geweint, weil sie alles vergessen hatte.“

Ruth Chudaska-Clemens

Fachärztin für Psychiatrie. Selbstständige psychiatrische Sachverständige für die Justiz. Finsterwalde.

Geboren 1964 und aufgewachsen in Hessen.

Studium der Medizin an der Uni Gießen. 1990 Abschluss Fachärztin für Psychiatrie.

Über 20 Jahre fachärztliche Tätigkeit in vielen klinischen Bereichen, unter anderem in der Gerontopsychiatrie, die sich mit altersbedingten Störungen der Gehirnfunktion und deren Auswirkungen auf das Verhalten beschäftigt. Von 2006 bis 2011 Leitung einer Institutsambulanz, in der Demenzerkrankungen aller Entstehungsformen mit ca. 30–40 Prozent der gesamten Patienten unmittelbar oder im Kontakt mit Bezugspersonen aus Familie und Pflegeberufen vertreten waren.

Seit 2011 Leitung des selbstständigen psychiatrischen Sachverständigenbüros. Erstellung von Gutachten in den Bereichen Betreuungsrecht und Strafrecht im Auftrag von Gerichten und Staatsanwaltschaften. Aktuell Begutachtung vor mehreren Demenzpatienten pro Woche in allen Versorgungsstrukturen mit steigender Frequenz.

Beiträge in diesem Demenz Rechtsratgeber: Kap. I.2. Diagnose Demenz. Aus dem Alltag der psychiatrischen Arztpraxis 2.2. Gesichter der Demenz und Kap. X. Rechtliche Fragen bei Demenz im Verkehrs-, Bußgeld- und Strafrecht. 8.5. Zum Schluss. Ein Fall aus der psychiatrischen Sprechstunde. Senior Schulzes „Feldzug“ durch das Verkehrsrecht als Pkw-Fahrer mit fortgeschrittener Demenz.

Regina Czarnikau

Vorstandsassistent in einem 4-Sterne-Hotel. Ehrenamtliche Arbeit mit Klinik- und Heimpatienten. Bad Saarow.

Geboren 1955 in Berlin. Nach 13 Jahren Klosterschule in Berlin diverse Auslandsaufenthalte.

10 Jahre Tätigkeit (Assistenz) für einen CDU-Politiker. Danach 30 Jahre gehobene Positionen in der Hotellerie.

Seit ein „bisschen“ Renteneintritt, ehrenamtliches Engagement in der Altenpflege/-Betreuung.

Publikationen: Verantwortliche Redaktionsleitung einer Studenten-Zeitung in Berlin. Seit 1980 Veröffentlichung diverse Kurzgeschichten. „Handbuch für Chefhasserinnen“. ISBN-10: 3442169712, ISBN-13: 978-3442169719; 2008, 192 Seiten.

Beitrag in diesem Demenz Rechtsratgeber: Kap. I. Schlaglichter Demenz 11. Regina Czarnikau, ehrenamtliche Sorgenstation und Klagemauer für Patienten und Angehörige über Mangelnde Empathie.

Dr. Yvonne Ferrant

Richterin am Sozialgericht Karlsruhe.

Geboren 1981 in Beeskow und aufgewachsen in Herzberg (Brandenburg). Verheiratet mit einem Rechtsanwalt aus Frankreich.

Studium der Rechtswissenschaft, Magister: „Magistra Legum Europae (MLE.)“ zum Recht auf Bildung, wissenschaftliche Hilfskraft u. 1. jur.

Staatsexamen an der Georg-August-Universität Göttingen. Referendarzeit mit Stationen in der Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen, der Botschaft der Bundesrepublik Deutschland in Peking, 2. jur. Staatsexamen in NRW. Promotion: Der sozialrechtliche Schutz von Rentnern im europäischen Sekundärrecht. Von 2013 bis 2018 als Richterin beim Sozialgericht Cottbus tätig. Dort teilweise Vorsitzende des örtlichen Richterrats und aktuell Beauftragte für Chancengleichheit.

Zu ihren Zuständigkeiten gehören Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Bürgergeld und das soziale Entschädigungs- und Schwerbehindertenrecht.

Sie gibt Fortbildungsveranstaltungen, hält Vorlesungen und Vorträge, u. a. zum Europäischen Sozialrecht und zum Schwerbehindertenrecht, z. B. an der Deutschen Richterakademie, beim DGB, beim Bundesverband der Rentenberater e. V.

Mitgliedschaften in Berufsorganisationen (z. B. Deutscher Sozialgerichtstag e. V. und Deutscher Juristinnenbund e. V.) und sozialen Organisationen. Seit 2013 Vorstandsmitglied der Akademie für Rechtskultur und Rechtspädagogik, aktuell als Schatzmeisterin.

Verfasserin von Kap. XI: „Rechtliche Fragen bei Demenz im Sozialrecht“ in diesem Demenz Rechtsratgeber.

Helene-Monika Filiz

Rechtsanwältin und Präsidentin des Verbandes deutscher Anwälte für Bau-, Miet- und Immobilienrecht e. V., Frankfurt/M.

Geboren 1967 und zunächst aufgewachsen im Banat (Rumänien); seit 1978 wohnhaft in Frankfurt/M.

1995–2001 Juristin in diversen renommierten internationalen Kanzleien. 2001 Streitschlichterin RAK Frankfurt am Main. 2010 Fachanwältin für Familienrecht. 2015 Fachanwältin für Bau- und Architektenrecht. 2016 Referentin im Bereich der Aus- und Fortbildung von Fachanwälten (Familienrecht sowie Bau- und Architektenrecht), Bundesweite Vortragstätigkeit für verschiedene namhafte Seminaranbieter. 2017 Präsidentin des VBMI – Verband deutscher Bau-, Miet- und Immobilienanwälte e. V. 2018 Geprüfte Fortbildung Gütesiegel der RAK Frankfurt am Main sowie Fortbildungszertifikat der Bundesrechtsanwaltskammer. 2019 Vizepräsidentin der DANSEF – Deutsche Anwalts-, Notar- und Steuerberatervereinigung für Erb- und Familienrecht e. V. 2022 Streitschlichtung in Baustreitigkeiten, SOBau 20 (ARGE Baurecht des DAV). 2023 Zertifizierte Beraterin für Ehe- und Partnerschaftsverträge sowie Scheidungsfolgenvereinbarungen (DANSEF e. V.). 2024 Fachanwaltslehrgang Miet- und WEG-Recht der Deutschen Anwaltakademie.

Aufbau und Führung eines Immobilien- und Hausverwaltungsbüros sowie eines Bauunternehmens

Verfasserin von Kap. VIII.3: „Spezielle Fragen im Miet- und Sachenrecht bei Demenz; einschließlich beim betreuten Wohnen und Senioren-WGs“ in diesem Demenz Rechtsratgeber.

Frank Freudenberg

Physiotherapeut, Bad Saarow.

Seit ca. 36 Jahren Physiotherapeut für manuelle Therapie in einer Praxis für Physiotherapie in Bad Saarow mit dem Credo: „Hilfe zur Selbsthilfe, Freude an Bewegung, Fit auch im Alter.“

Beitrag in diesem Demenz Rechtsratgeber Kap. I. Schlaglichter Demenz. 9. „Stell dich nicht so an“ – Wie sozialer Druck zur Mobilisierung beitragen kann. Erfahrungen des Physiotherapeuten Frank Freudenberg bei der Behandlung von Demenz-Patienten

Prof. Dr. phil. habil. Hans Friesen

Hochschullehrer em. Landkreis Aurich und Berlin

Geboren 1956 in Cloppenburg.

Prof. Dr. Hans Friesen war Leiter des Arbeitsgebiets für Kulturphilosophie am Studiengang „Kultur und Technik“ und außerplanmäßiger Professor für Philosophie an der BTU Cottbus. Er studierte Philosophie, Kunstgeschichte, Germanistik, Publizistik- und Kommunikationswissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum. (Magister 1986, Promotion 1990/1991 in Bochum).

Nach der Habilitation 2000/2001 an der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus und der Universität Potsdam wurde ihm im Mai 2001 die Lehrbefugnis an der Universität Potsdam erteilt. Im Februar 2002 wurde er zum Privatdozenten an der BTU Cottbus ernannt.

2023 war er an der bundesweiten Online-Ringvorlesung: „Wird es einen ‚Kampf der Kulturen‘ geben? Über die Aussichten von Globalisierung und Interkulturalität für den Weltfrieden im Anthropozän“ [289] beteiligt.

Mitglied des Beirates der Akademie für Rechtskultur und Rechtspädagogik.

Aus den zahlreichen Veröffentlichungen.

- Hans Friesen, Karsten Weber, Thomas Zoglauer (Hrsg.). Technik als Motor der Modernisierung, Verlag Karl Alber, Freiburg/München 2018
- Hans Friesen. Dorota Barcik, Iwona Alechnowocz-Skrzypek (Hrsg.). Philosophie und Bildung. Philosophie als Lehrerin kritischen Denkens, Verlag Karl Alber, Freiburg/München 2017.

- Hans Friesen, Karsten Weber, Thomas Zoglauer (Hrsg.). „Philosophie und Phantastik. Über die Bedingungen, das Mögliche zu denken,“ Mentis Verlag, Münster 2016.

Verfasser von Kap. XIII: „Ausblick: Serviceroboter in der Altenpflege und Demenzbetreuung? Könnten sie ein Beitrag zu einer menschenwürdigen Pflege im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention sein bzw. werden?“ in diesem Demenz Rechtsratgeber.

Claudia Graef

Pflegedienstleiterin der Diakonie Storkow und Demenzlotsin der Stadt Storkow (Mark)

Geboren 1964. Ausbildung und langjährige Tätigkeit als Intensiv-Krankenschwester sowie später zur Pflegefachkraft.

Langjährige Pflegedienstleiterin der Diakonie Storkow (Mark) und Verantwortliche für die Ausbildung von Pflegefachkräften und KrankenpflegehelferInnen. Langjährige praktische Erfahrungen und Fachaufsicht für alle von ihr betreuten vier Demenzwohngemeinschaften.

Seit dem 1. Mai 2022 Demenzlotsin der Stadt Storkow (Mark). Im Jahr 2023 hat Claudia Graef einen Demenz-Stammtisch ins Leben gerufen, der wegen des großen Erfolges bei Angehörigen und Betroffenen im Jahr 2024 weitergeführt wurde.

Demenz-Pflege-Expertin Claudia Graef wird häufig zu Fachvorträgen eingeladen, z. B. „Demenz braucht Dich! Teilhabemöglichkeiten in der Praxis“ beim Teilhabetag am 3. Juni 2023 in Reichenwalde; [290] vgl. auch Interview in der Märkische Oderzeitung vom 13. März 2024. Pflege in Storkow: Demenz – welche Hilfe pflegende Angehörige bekommen können.

Beitrag in diesem Demenz Rechtsratgeber: Kap. I. Schlaglichter Demenz. 7. „Für mich ist die Demenz-WG die beste Wohnform in der Zukunft.“ resümiert Demenz-Pflege-Expertin und Demenz-Lotsin Claudia Graef

Prof. Dr. med. Julian Grosskreutz

Leiter des neuromuskulären Zentrums der Klinik für Neurologie des UKSH Lübeck. Oberarzt. Hochschullehrer der Universität zu Lübeck (W2-Professur für Präzisionsmedizin).

Prof. Grosskreutz ist ein klinischer Wissenschaftler mit einem starken Interesse an den translationalen Neurowissenschaften, um neue Therapien für neurodegenerative Erkrankungen zu entwickeln. Ausgehend von der LMU und der TU München (D) mit Grundlagenforschung zur Erregbarkeit der peripheren Nerven beim Menschen erweiterte er seine Arbeit in Sydney (AU), Graz (A), Hannover (D), Leuven (B) und Sheffield (UK) und konzeptualisierte Störung des mitochondrien Kalziumzyklus in der Notaufnahme als Schlüsselmechanismus bei neurodegenerativen Erkrankungen.

17 Jahre leitende Funktionen der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Jena, davon 14 Jahre Leitung des Zentrums für neuromuskuläre und motorische Neuronenerkrankungen/ALS.

Prof. Dr. Julian Großkreutz hat im August 2021 das Neuromuskuläre Zentrum Schleswig-Holstein (NMZSH) am Universitätsklinikum Lübeck begründet. Er hat seit Oktober 2021 die Professur für Präzisionsneurologie neuromuskulärer Erkrankungen an der Universität zu Lübeck inne.

Seit September 2023 ist er Vorsitzender der ALS-Koalition der EU. Die Koalition bringt auf nationaler, europäischer und globaler Ebene Patientenvertreter, Neurologen, Experten für die Bewertung von Gesundheitstechnologien, multidisziplinäre Versorgungsexperten, nationale

Kostenträger, Ethiker, politische Entscheidungsträger und Industrievertreter aus verschiedenen Mitgliedstaaten der Europäischen Union zusammen, um politische Entscheidungsträger bei Entscheidungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit ALS zu beraten. Sechs Mitglieder des Europäischen Parlaments unterstützen die Koalition als Botschafter der Initiative.

Prof. Grosskreutz ist u. a. auch Vorsitzender des Medizinisch Wissenschaftlichen Beirats (MWB) der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e. V. (DGM) sowie Mitglied der Kommission SGB V (Krankenversicherung und Vertragsarztrecht) des Deutschen Sozialgerichtstages (DSGT).

Zahlreiche Fachpublikationen, z. B.

- Großkreutz/Penzlich. „Voxel-basierte Kernspintomographie bei ALS: Eine quantitative Analyse mikrostruktureller Veränderungen der Hirnsubstanz bei Amyotropher Lateralsklerose“. 2016. ISBN-10: 9783838150833. ISBN-13: 978-3838150833. 156 Seiten
- in Hermann u. a.: „Amyotrophe Lateralsklerose und andere Motoneuronerkrankungen: Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie“
- Publikation im Rahmen der ALS-Koalition.

Verfasser des Vorwortes dieses Demenz Rechtsratgebers.

Sigrun von Hasseln-Grindel

Rechtsanwältin und Publizistin, Vorsitzende Richterin am Landgericht a. D. Bad Saarow.

Geboren in Hamburg. Aufgewachsen in Rheinland-Pfalz und in Baden-Württemberg. Studium der Rechtswissenschaften an der Universität

Tübingen.

Über 40 Jahre höherer Justizdienst in Baden-Württemberg, Hamburg, Niedersachsen und Brandenburg. Langjährige Lehrbeauftragte der Brandenburgischen Technischen Universität (BTU) Cottbus für das von ihr begründete Studienfach Human Law. Ehrenamtlich tätig in der Alten- u. Demenzpflege seit 1973; im Schwerbehinderten- u. im Sterberecht seit 2011. Mehrere Jahre Schwerbehindertenvertreterin für Richter im Land Brandenburg. Organisation von Teilhabetagen zur Bewusstseinsbildung i. S. v. Art. 8 UN-Behindertenrechtskonvention als Vorsitzende der Akademie für Rechtskultur und Rechtspädagogik (AfRR) sowie als Mitglied des Senioren- u. Behindertenbeirates des Amtes Scharmützelsee (SBBS). Koordination der AG Sterbehilfe (i.d.Kom. SGB V des Deutschen Sozialgerichtstages (DSGT)), des „Digitalen Stammtisches im Netzwerk Nahtoderfahrung“ (NTE) sowie des „Digitalen Netzwerkes für Frauen mit Behinderung im Deutschen Juristinnenbund“ (djb).

2006 Bundesverdienstkreuz. Publikationen seit 1984 für eine Kulturen übergreifende humane Rechts- u. Verantwortungsgesellschaft im 21. Jh., zahlr. Rechtsratgeber. Im Boorberg-Verlag „Praxishandbuch Sexualisierte Gewalt gegen Kinder“ (2022). Betreuung der Rechtsseite des „Muskelreport“ der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke (DGM).

Herausgeberin und Verfasserin mehrerer Kapitel in diesem Demenz Rechtsratgeber.

Christel Henk

Rechtsanwältin, Fachanwältin für Familienrecht und Fachanwältin für Erbrecht mit eigener Kanzlei seit 1990. FOCUS Top Anwältin 2013 im Erbrecht. Königs Wusterhausen.

Mitgliedschaften: Kuratoriumsmitglied der Bürgerstiftung Königs Wusterhausen; stellv. Vorsitzende der Akademie für Rechtskultur und Rechtspädagogik; Deutscher Anwalt Verein (DAV e. V.); Deutscher Juristinnenbund e. V. (langjährige Vorstandsarbeit); Advounion e. V. – Überregionale Gemeinschaft von Korrespondenzanwältinnen; DVEV e. V. – Deutsche Vereinigung für Erbrecht und Vermögensnachfolge e. V.; AG Familien- und Erbrecht

Aus Publikationen: Beiträge im Jugendrechtsberater: „Recht zuhause – Rund um Elternhaus & Co.“ Teil B 2. „Erbrecht. Wenn Kinder und Jugendliche erben.“

Beitrag in diesem Demenz Rechtsratgeber: Kap. V. Die Auswirkungen einer Demenzerkrankung im Recht der familiären Bezüge und im Erbrecht. Im Gespräch mit Christel Henk, Rechtsanwältin, Fachanwältin für Familienrecht und Fachanwältin für Erbrecht Königs Wusterhausen

Sylvia Henning

Sozialtherapeutin, Diplom-Mediatorin, Fachberaterin für Opferhilfe. Ehrenamtliche Betreuerin, Neulingen

Geb. 1957. Ausbildung zur Lehrerin. Nach einem kurzen Lehrerdasein folgt der Aufbau eines betreuten Wohnens für geistig Behinderte, Entwicklung eines Wohnheimes für Haftentlassene zur Resozialisierung. Danach 25 Jahre Mediatorin im Strafrecht (Täter-Opfer-Ausgleich, TOA), aktiv als Kuratorin im TOA für Deutschland, Leiterin der Landesarbeitsgemeinschaft TOA in Baden-Württemberg.

Mehrere Publikationen zum TOA, u. a. „Täter-Opfer-Ausgleich in Baden-Württemberg“ 2021.

Beitrag in diesem Demenz Rechtsratgeber: Kap. I. Schlaglichter Demenz 10. Odyssee bei der Suche einer adäquaten Unterbringung für Frank, geistig behindert, Analphabet und 270 kg Körpergewicht

Dr. Jessica Jacobi

Rechtsanwältin, Fachanwältin für Arbeitsrecht, Berlin

Studium der Rechtswissenschaft in Regensburg, Referendarzeit Berlin (Kammergericht). Seit 2002 Rechtsanwältin. Frau Dr. Jacobi ist Partnerin der Kanzlei KLIEMT. Arbeitsrecht, Büro Berlin: „Dr. Jessica Jacobi berät Unternehmen im Arbeitsrecht und im (Arbeitnehmer-)Datenschutz. Gemeinsam mit ihrem Team unterstützt sie Mandanten bei Umstrukturierungen und Massenentlassungen inklusive der Verhandlung von Interessenausgleich/Sozialplan, bei der Gestaltung von Bonusplänen und (Virtual) Stock Option Plänen und bei internen Ermittlungen. Auf dem Gebiet des Datenschutzes und neuer Technologien berät sie deutsche und internationale Mandanten z. B. bei der Einführung neuer IT-Systeme, Datenschutzfolgenabschätzungen, der Nutzung von künstlicher Intelligenz am Arbeitsplatz und beim Umgang mit Auskunftsansprüchen von Individuen.“

Sie hält Vorträge und gibt Interviews z. B. am 8. März 2021 zur #stayonboard-Initiative, eines Gesetzes zur Umsetzung des Ruhens eines Vorstandsmandats aus familiären Gründen. [291]

Aus Publikationen:

- Kind und Kanzlei: Dr. Jessica Jacobi, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Arbeitsrecht, verrät, welche Zeitmanagement-Tipps Anwältinnen und Anwälten mit Kindern helfen können. (Beck)
- Der „Arbeits-Rechtsberater“ (ArbRB) informiert im Bereich Arbeitsrecht tätige Rechtsanwälte, Unternehmensjuristen, Richter und

Verbandsvertreter seit 2001 praxisgerecht und anwendungsbezogen über alle aktuellen Entwicklungen im Arbeitsrecht. (Otto-Schmidt-Verlag)

Verfasserin von Kap. IX: „Rechtliche Auswirkungen von Demenz im Erwerbsleben.“ Wie lange kann man berufstätig sein? Was gilt im Arbeits- und Beamtenrecht, im Recht von Freiberuflern und im Unternehmensrecht?

Margret Kersten

Pflegedienstleiterin a. D., Bad Saarow

1955 in Mecklenburg geboren und aufgewachsen. 1972 Abschluss der Polytechnischen Oberschule, anschließend Ausbildung zur Krankenschwester. 1978 Abschluss zur OP-Schwester. 2002 Weiterbildung zur verantwortlichen Pflegefachkraft (PDL). Ab 1991 tätig in der Altenpflege in Schleswig-Holstein (Wohnbereichsleitung, stv. Pflegedienstleitung, später Pflegedienstleitung).

2018 Eintritt in den Ruhestand nach 46 Dienstjahren in der Pflege und Umzug nach Bad Saarow. Seit 2022 Mitglied und ehrenamtliche Tätigkeit im Rahmen des Senioren- und Behindertenbeirates des Amtes Scharmützelsee.

Beitrag in diesem Demenz Rechtsratgeber: Kap. I. Schlaglichter Demenz 8. Nachdem wir für einen dementen Bewohner eine Prostituierte bestellt hatten, hörten seine Übergriffe auf Heim-Mitbewohnerinnen auf.

Silke-Steffi Koschollek

Geronto-Alltagsbetreuerin und Demenz-Pflegekraft in einem Unternehmen der Häuslichen Krankenpflege und Seniorenbetreuung Bad Saarow

Frau Koschollek war zunächst in kaufmännischen Berufen tätig, bis sie ihr Herz für den Pflegeberuf entdeckte.

Sie absolvierte eine Ausbildung zur Gesundheitspflegerin mit dem Schwerpunkt Gerontologie und wurde in Krankenhäusern und Pflegeheimen im Großraum Berlin (Beeskow, Reichenwalde, Bad Saarow) eingesetzt; eine Zeit lang auch in einem Blindenheim. Aufgrund eines Rückenleidens verlagerte sie ihre Tätigkeit ganz auf die Alltagsbetreuung von Menschen mit kognitiven Erkrankungen. Dazu gehörten nicht nur Menschen mit verschiedenen Arten von Demenzen, sondern auch mit dem Downsyndrom und anderen Erkrankungen.

Aktuell betreut Silke-Steffi Koschollek eine Gruppe von kognitiv eingeschränkten Menschen in der Altersgruppe von 20 bis 98.

Beitrag in diesem Demenz Rechtsratgeber: Kap. I. Schlaglichter Demenz, 6. „Wo sind die Juwelen?“ Über verschwundene Schätze in Demenz-Heimen.

Anne Linden

Pfarrerin und Krankenhausseelsorgerin. Rietz-Neuendorf.

Geboren 1964 in Bünde (Westf.).

Seit 1993 Pfarrerin der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz (EKBO), zunächst Studierendenseelsorge, seit 1996 Pfarrerin in der Kirchengemeinde Glienicke und später auch in Buckow bei Beeskow, 2007–2023 Krankenhausseelsorgerin im Klinikum Frankfurt (Oder), seit November 2023 im Klinikum Bad Saarow.

Beitrag in diesem Demenz Rechtsratgeber: Kap. I. Schlaglichter Demenz, 5. „Im schönsten Wiesengrunde“ Seelsorge zwischen Patienten, Angehörigen

und Krankenhaus/Pflegeheim/Hospiz/

Hildegard Macke

Lehrerin für Sport und Kunst a. D. Witwe eines an Demenz erkrankten Ehemannes. Bretten

Geboren, aufgewachsen und Ausbildung in Nordrhein-Westfalen.

Hildegard Macke war zunächst als Lehrerin für Kunst und Sport im Schuldienst in Essen sowie in Willich am Niederrhein (u. a. am St. Bernhard Gymnasium) tätig, wo sie Familie und Beruf vereinbaren musste.

Nachdem ihr Mann, Dr. Peter Macke, 1981 zum Bundesrichter nach Karlsruhe berufen worden war, zog die fünfköpfige Familie nach Bretten, wo sie an der Volkshochschule unterrichtete. Seither kümmert sie sich ehrenamtlich um neu angekommene Asylbewerber. Später gründete Hildegard Macke in ihrer Freizeit eine Jugendkunstschule in Bretten, wo sie als Lehrerin für Sport und Kunst junge Menschen an die Kunst führte. 1994 beteiligte sie sich erfolgreich an der Bürgerinitiative gegen den geplanten „Müllglühofen“ Bretten und später am Protest gegen die menschenverachtende Fehlplanung des Bauvorhabens „Am Knittlinger Berg“ in Gölshausen. Außerdem war und ist sie in zahlreichen Vereinen ehrenamtlich tätig, wie etwa im „DAF-Internationaler Freundeskreis Bretten e. V.“, Kunstverein Bretten und im Freundeskreis Asyl.

Als ihr Mann an Parkinson-Demenz erkrankte, war sie gut in der Bevölkerung der Stadt Bretten eingebunden. Das hat ihr während der Zeit seiner Pflege und nach seinem Tod sehr geholfen.

Beitrag in diesem Demenz Rechtsratgeber: Kap. I. Schlaglichter Demenz. 3.1. Mein Mann sagte, er suche einen Bahnhof, von dem aus er einen Zug zu seinem Elternhaus fände. Hildegard Macke über den schleichenden

Abschied von ihrem an Parkinson-Demenz erkrankten und verstorbenen Mann Dr. Peter Macke.

Dr. phil. Silke Morche

Dr. phil. Silke Morche, Promovierte Diplom-Pädagogin und staatlich examinierte Kinderkrankenschwester. Lehrkraft an einer Pflegeschule und Dozentin in der Weiterbildung zur Praxisanleitung in Berlin.

Geboren 1977 in Zittau (Sachsen), Ausbildung an der Medizinischen Berufsfachschule am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden. Studium der Erziehungswissenschaft und Philosophie an der Freien Universität Berlin, an der Sorbonne Université in Paris, am Collège de France und an der Universität Paris 8 Vincennes-Saint-Denis. Promotion am Institut für Bildungswissenschaft an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. Weiterbildung zur Sozialmanagerin (NEWSTAND) und Sozialmanagement-Assistentin (NEWSTAND). Über 20 Jahre Pflegetätigkeit mit kranken Kindern und Erwachsenen, u. a. als Projektleitung. Über 10 Jahre Lehrtätigkeit, u. a. als Lehrbeauftragte an der Stiftung Universität Hildesheim und an der Freien Universität Berlin. Seit 2021 Lehrkraft an einer Pflegeschule und Dozentin in der Weiterbildung zur Praxisanleitung. Aktuell Weiterbildung zur Sterbe- und Trauerbegleitung von Familien beim Fröhrtod ihres Kindes.

Preis für beste Lehre in der Kategorie „Lehrbeauftragte“ im Jahr 2010 an der Freien Universität Berlin.

Publikationen (Auswahl): Morche, S.: Das Jahrhundert der Mutter. Eine Geschichte der Mütterlichkeit in Bildern. Berlin 2022.

Verfasserin von Kap. XII: „In welchem Umfang wird der Persönlichkeitsschutz von Menschen mit Demenz in der Ausbildung von

Pflegefachkräften berücksichtigt?“ in diesem Demenz Rechtsratgeber.

Dr. med. Sabine Müller

Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Bad Saarow

Frau Dr. Müller schreibt zu ihrem Werdegang: „Im Kriegsjahr 1943 wurde ich statt wie geplant in Berlin in dem nicht Bomben gefährdeten Werdau/Sachsen geboren. Mein von der TBC genesener Vater hatte in Jena eine Stelle an der Universität gefunden, wo er im Februar 1945 in der Bombennacht unter Trümmern begraben wurde. In der Folge wusste meine Mutter nicht, wohin mit mir, sodass ich in meiner Kindheit bis zum 12. Lebensjahr an verschiedenen Orten bei Pflegefamilien und den sehr alten Großeltern lebte.

Ab dem 7. Schuljahr ging ich in Leipzig zur Schule, machte mein Abitur dort und bekam aus Gründen meiner DDR-kritischen Haltung nicht die Erlaubnis, Medizin zu studieren. Stattdessen ging ich zwei Jahre auf eine medizinische Fachschule in Jena und konnte danach doch noch studieren. 1970 legte ich in Jena mein Staatsexamen ab.

Die Facharztausbildung absolvierte ich in den Fächern Pädiatrie, Kinderpsychiatrie, Neurologie und Erwachsenenpsychiatrie in Sachsen und in Brandenburg bis zur Facharztprüfung 1975 in Berlin.

Ich arbeitete zunächst in einer kirchlichen Einrichtung, später dann in der Poliklinik Fürstenwalde und nahm auch an allgemeinärztlichen Bereitschaftsdiensten teil. Zu den Sprechstundenbesuchern gehörten auch Suchtkranke, Demente und verhaltensgestörte Jugendliche. An meiner Seite waren Fürsorgerinnen, eine Kinderpsychologin und die Suchtberatung. Es gab keine Trennung in die Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie. Nach dem Mauerfall haben sich die Strukturen geändert. Es gab jetzt den Sozialpsychiatrischen Dienst vom Landkreis, dem ich neben meiner

Praxistätigkeit vorstand. Nebenbei fertigte ich Gutachten für Patienten an, bei denen eine gerichtliche Betreuung angeordnet werden sollte.

Insgesamt konnte ich in dem breit gefächerten Patientenkreis gute Erfahrungen sammeln. Die Arbeit hat mir sehr viel Freude gemacht, sodass ich weit über das Renteneintrittsalter gearbeitet habe.“

Dr. Sabine Müller ist in zahlreichen sozialen Einrichtungen tätig und Vorstandsmitglied der Akademie für Rechtskultur und Rechtspädagogik, Bad Saarow.

Beitrag in diesem Demenz Rechtsratgeber: Kap. I. Schlaglichter Demenz. 1.1. Demenz – eine unendliche Geschichte

Dr. med. Angelika Otto

Ärztin im Ruhestand. Bad Saarow.

Geb. 1948 in Taucha bei Leipzig. 1967 Abitur.

1973 Abschluss Medizinstudium an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald. Facharzt-Ausbildungen in Physiotherapie und Anatomie. Ärztin für Naturheilkunde in Freudenstadt.

1992 bis 2018 eigene Hausarztpraxis in Bad Saarow. Während der letzten neun Jahre ihrer Praxistätigkeit pflegte sie ihren schwerstkranken Mann.

Seit Eintritt in den Ruhestand: Ehrenamtliches Engagement für mehr künstlerische Bildung von jungen Menschen. Vorsitzende des in Gründung befindlichen Vereins „Künstlerische Bildung Bad Saarow e. V.“

Beitrag in diesem Demenz Rechtsratgeber: Kap. I. Schlaglichter Demenz. 3.3.
Nach seinem Tod bin ich in ein seelisches Loch gefallen. Dr. med. Angelika Otto über den 10 Jahre dauernden Abschied und über das Weiterleben-Können nach dem Tod ihres Mannes.

Heiko Rehfeldt

Leiter des Betreuungsvereins des DRK-Kreisverbandes Märkisch-Oder-Havel-Spree e. V. (seit 2020). Fürstenwalde

Geboren und aufgewachsen in Wittstock/Dosse, verheiratet, 2 Kinder, Studium in Halle/Salle und Bozeman/Mt., USA

Volljurist und Poesiepädagoge, Freizeit: Schreiben, Literatur, Fotografie, Reisen

Beitrag in diesem Demenz Rechtsratgeber: Kap. IV. 5. Interview mit Heiko Rehfeldt, Leiter des Betreuungsvereins des DRK-Kreisverbandes Märkisch-Oder-Havel-Spree e. V.

Christian Wagner

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht und Sozialrecht, Gernsbach

Schwerpunkte: Sozialversicherungsrecht, insbesondere Renten- und Beitragsrecht, Krankenversicherungs- sowie Medizinrecht. Spezialisierung auf die Beratung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen.

Mitglied im geschäftsführenden Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft Sozialrecht des Deutschen Anwaltvereins. Gründungsmitglied der Kooperation der Rechtsanwälte für Zusatzversorgungsrecht – www.rae-zv.de. Gründungs- und Vorstandsmitglied der „Außerklinischen Ethikberatung Karlsruhe“ – www.aeb-karlsruhe.de. Deutscher Sozialgerichtstag e. V. – Vorsitzender der SGB-V-Kommission (Krankenversicherung und Vertragsarztrecht).

Wagner ist verheiratet und Vater von zwei Kindern. Als Sohn einer an Demenz erkrankten Mutter bringt er persönliche Erfahrungen und ein tiefes Verständnis für die rechtlichen und ethischen Herausforderungen, die mit Demenzerkrankungen einhergehen, in seine Arbeit ein.

Aus den Publikationen:

Christian Wagner (Hrsg.): Sozialrechtliche Schnittstellen. Arbeitsrecht, Erbrecht, Familienrecht, Medizinrecht, Migrationsrecht, Steuerrecht, Verkehrsrecht, Versicherungsrecht, Verwaltungsrecht, Nomos, ISBN: 9783848759125, September 2024, ca. 500 S.

Verfasser von Kap. VII. „Besonderheiten im Medizin-, Pflege- und Heimrecht bei Demenz“ in diesem Demenz Rechtsratgeber.

Stichwortverzeichnis

Abofalle 1
Adäquate Unterbringung 1
Aggressivität 1
Akutpflege 1
Alkoholabhängigkeitssyndrome 1
Alleinhaftung des Rollstuhlfahrers 1
Allgemeine Geschäftsbedingungen 1
Altenpflege 1
Altenpflege in der Zukunft 1
Altenpflegeberuf 1
Alzheimer im letzten Stadium 1
Alzheimer-Demenz 1 2
Ambulante Pflegedienste 1 2
Amtlich bestellter Betreuer 1
Amtspflicht des Notars 1
Anbringung von Bettgittern 1 2
Angehörige 1 2
Angelegenheit des täglichen Lebens 1
Angststörungen 1
Anhörung des Betroffenen 1
Anmahnung der Reparatur eines Treppenliftes 1
Anthropozentrik 1
Arteriosklerose 1
Arzt- und Arzthaftungsrecht bei Demenz 1
Ärztliche Dokumentation 1

Ärztliche Sicherungsaufklärung über den sukzessiven Verlust der Fahreignung 1

Ärztliche Zwangsmaßnahmen nur im Krankenhaus 1

Ärztliche Zwangsmaßnahme 1

Ärztliches „Fahrverbot“ 1

Auffahrunfall 1

Aufgabe der behandelnden Ärzte 1

Aufgabengebiete des Betreuers 1

Aufklärungs- und Informationspflichten 1

Aufsichtspersonen

- Haftung 1

Aufsichtspflicht 1 2

Ausbildung künftiger Pflegefachkräfte 1

Ausschluss und Minderung der Verantwortlichkeit 1

Außenvollmacht 1

Auswahl des Betreuers 1

Auswirkungen von Demenz im Erwerbsleben 1

Bau- und Versicherungsrecht/WEG-Recht 1

Beaufsichtigung beim Toilettengang 1

Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit einem demenzkranken Menschen 1

Begehen durch Unterlassen 1 2

Behandlung von Begleiterkrankungen 1

Behandlungsstandards 1

Behindertengleichstellungsgesetz 1

Behindertenrechtskonvention 1

Behinderung kein Ablehnungsgrund für einen Reiseveranstalter 1

Beratungsangebot für pflegende Angehörige 1

Beschränkte Geschäftsfähigkeit 1

Bestehlungswahn 1 2

Betreuungs- und Pflegekonzepte bei Demenz 1

Betreuungsangebote nach § 45 SGB XI 1

Betreuungsanregung 1

Betreuungsbehörde 1

Betreuungsbeschluss 1

Betreuungsorganisationsgesetz 1

Betreuungsverfahren 1 2

Betreuungsverfügung 1 2 3

Beweismittel 1

Bewirken der Leistung mit eigenen Mitteln 1

Bewusstseinstrübung 1

Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz 1

Bildungsniveau als Prädiktor der Gesamtgesundheit 1

Bildungsstand 1

Billigkeitshaftung Deliktsunfähiger nach § 829 BGB 1

Biografiearbeit 1

Biografiearbeit bei Demenz 1

Charaktereigenschaften 1

Charta der Grundrechte der Europäischen Union 1

Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen 1

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen 1

Chirurgische Eingriffe 1

DAT 1

Deliktsunfähigkeit 1

Demente Person ist Mieter 1

Demente Person ist Mitmieter 1

Demenz 1. Grades 1
Demenz 2. Grades 1
Demenz 3. Grades 1
Demenz bei Einzelunternehmern 1
Demenz eines Fußgängers 1
Demenz im Arbeitsrecht 1
Demenz im Beamten-, Richter- und Soldatenrecht 1
Demenz im Recht von Freiberuflern 1
Demenz im Sozialrecht 1
Demenz im Unternehmensrecht 1
Demenz in Führungspositionen von Gesellschaften 1
Demenz vom Alzheimer-Typ 1
Demenz-WG 1
Demenzranke Menschen als Fußgänger im Straßenverkehr 1
Demenzwohngemeinschaften 1 2
Depression 1
Diagnose einer Demenz 1
Diebstahl durch Unterlassen 1
Digitale Demenz 1
Digitale Gesundheitsanwendungen 1
Durchbruch der Schweigepflicht 1
Ehescheidung bei einer Demenzerkrankung 1
Eheschließung trotz Demenzerkrankung 1
Eheschließungsfreiheit 1
Ehrenamt 1
Ehrenamtliche Betreuer 1
Einkaufswagen 1
Einseitige Rechtsgeschäfte 1

Einwilligungsfähigkeit 1
Einwilligungsvorbehalt 1 2
Einzelvollmacht 1
Elektronische Form 1
Elektronische Signatur 1
Emotionale Demenz 1
Emotionale Kontrolle 1
Entziehung der Fahrerlaubnis, ihre Beschränkung oder Auflagen durch das Amt 1
Epidemiologie 1
Erbrecht bei Demenz 1
Erinnerungen 1
Ersatz notwendiger, behinderungsbedingter Mehraufwendungen zur Durchführung einer Urlaubsreise 1
Erwerb, Verwaltung und Veräußerung von Immobilien 1
Erwerbsminderungsrente 1
Ethik von Servicerobotern 1
Ethik-Komitee 1
Fahreignung bei Demenz 1
Fahreignung eines älteren Patienten 1
Familienpflegezeitgesetz 1 2 3
Familienrecht bei Demenz 1
Familienzerrüttung 1
Fernabsatzverträge 1
Fixierung im Stuhl 1 2
Freiheitsentziehende Maßnahmen 1
Freiheitsentziehende Unterbringung 1
Freistellungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige 1

Freiwilligenarbeit 1
Freizügigkeit 1
Freizügigkeit für Menschen mit Behinderungen 1
Fristlose Kündigung eines Pflegevertrages 1
Frontotemporale Demenz 1
Frontotemporale Lobärdegeneration 1
Fußgänger 1
- dunkel gekleidet 1
Gebiss 1
Gedächtnisaussetzer 1
Gedächtnistraining 1
Gefälligkeitsaufsicht 1
Gefäßveränderungen 1
Gehweg 1
Geistige Beeinträchtigungen 1
Genehmigung des Betreuungsgerichts zur Kündigung des
Mietverhältnisses 1
Genehmigungsbedürftige Einzel-Maßnahmen 1
Genehmigungsbedürftige Rechtsgeschäfte 1
Generalistische Pflegeausbildung 1
Generalvollmacht 1 2
Geronto-Alltagsbetreuerin 1
Gesamtprävalenz der Demenz 1
Geschäfte des täglichen Lebens 1 2
Geschäfte mit Bank und Sparkasse bei Demenz 1
Geschäftsfähigkeit 1
Geschäftsführung 1
Geschäftsführung ohne Auftrag 1

Geschäftsunfähigkeit 1 2
Gesetzliche Krankenversicherung 1
Gesetzliche Schranken für die Zulassung zum Straßenverkehr 1
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege 1
Gesundheitsfürsorge 1
Gewalt 1
Gitter des Pflegebettes 1
Gleichbehandlungsgesetz 1
Grad der Behinderung bei Demenz 1
Grenzen der Vertragsfreiheit 1
Grenzen der Vertragsfreiheit bei bedingter Geschäftsfähigkeit 1
Grippeimpfung für Demenzkranke 1
Grundgesetz 1
Grundrecht auf Pflege 1
Grundrechtsschutz bei Demenz 1
Haftpflichtfall aus der Demenz-Wohngemeinschaft 1
Haftung von Aufsichtsperson und Heim, wenn demenzkranke Bewohner
weglaufen 1
Haftungsverteilung zwischen Busunternehmer und Aufsichtsperson 1
Halluzinationen 1
Handschenkung 1
Handschriftliches Testament 1
Harald Juhnke 1
Harn- und Stuhlinkontinent 1
Häusliche Krankenpflege 1 2
Häusliche Pflege 1
Häusliche Pflege durch Angehörige bei Demenz 1
Hausverkauf trotz Demenz 1

Heilmittel und Hilfsmittel 1
Heimrecht 1
Hospiz- und Palliativgesetz 1
ICD-10 1
Impfschäden 1
Innenvollmacht 1
Inobhutnahme 1
Integration von Menschen mit Behinderung 1
Integrationsvereinbarung mit der Schwerbehindertenvertretung 1
Integrative Validation nach Nicole Richard 1
Interesse des Kindeswohls 1
Jugendamt 1
Kaufrechtliche Fragen bei Demenz 1
Kaufvertrag 1
Kautionsabrechnung 1
Kinderkrankenpflege 1
Kindesunterhaltsansprüche 1
Kindeswohlgefährdung 1
Kognitive Beeinträchtigungen 1
Kommunikation 1 2
Komorbide Erkrankung 1
Kontrollbetreuer 1 2
Körperliche Beeinträchtigungen 1
Körperpflege 1
Körperverletzung durch Unterlassen 1
Kortikale vaskuläre Demenz 1
Kosten einer anderweitigen Unterbringung 1
Krankenversicherungsgesetz 1

Krankenversicherungsrecht bei Demenz 1
Krankheitskosten von Demenzpatienten 1
Krankschreibung wegen Demenz 1
Kündigung selbst genutzten Wohnraums 1
Kurzzeitpflege 1 2
Laienpflege 1
Lebenserhaltende Maßnahmen 1
Lebenserhaltung durch künstliche Ernährung 1
Lebenserwartung 1
Leistungen für Opfer von Gewalttaten 1
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 1
Lewy-Körperchen-Demenz 1
Lieblosigkeit von Pflegepersonal 1
Mangelnde Empathie 1
Medizinische Behandlung im Rahmen einer Vorsorgevollmacht 1
Medizinische Maßnahmen 1
Medizinische Versorgung von Menschen mit Demenz 1
Menschliche Bindung 1
Merkfähigkeitsstörungen 1
Merkzeichen 1
Merkzeichen „aG“ 1
Merkzeichen „B“ 1
Merkzeichen „Bl“ 1
Merkzeichen „G“ 1
Merkzeichen „H“ 1
Messiwohnung 1 2
Mietrechtliche Fragen bei Demenz bei der Wohnraummiete 1
Mietrechtliche Fragen beim „Betreuten Wohnen“ 1

Mietvertragsabwicklung/Rückübergabe und Schönheitsreparaturen 1
Milieuthérapie bei Demenz 1
Mindestlohngesetz 1
Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein 1
Missbrauch einer notariellen Generalvollmacht 1
Mitverschulden des Rollstuhlfahrers 1
Mobilität von Menschen mit Behinderungen 1
Mobilitätshilfen 1
Mortalitätsrisiko 1
Motorische Schwächen 1
Multimorbidität 1
Mutmaßlicher Wille 1
Neuroleptische Überempfindlichkeit 1
Neuropsychologische Untersuchung 1
Neuroradiologische Befunde 1
Nichtigkeit der Willenserklärung 1
Notar 1
Notarielle Beurkundung 1
Notvertretungsrecht 1
Notvertretungsrecht der Ehegatten 1
Online-Marktplätze 1
Ordnungsregeln im Straßenverkehr 1
Palliative Geriatrie und Hospiz 1
Parkinson Rigor 1
Parkinson-Demenz 1 2
Patientenrecht bei Demenz 1
Patientenrechtegesetz 1
Patientenverfügung 1 2

Patientenverfügung bei Demenz 1

Pauschal-Reisevertragsrecht 1

Person-zentrierter Ansatz nach Tom Kitwood 1

Persönlichkeitseigenschaften 1

Persönlichkeitsschutz von Menschen mit Demenz 1 2

Persönlichkeitsveränderung 1 2

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 1

Pflege- und Heimrecht bei Demenz 1

Pflege-Charta 1

Pflegearbeitsbedingungenverordnung 1

Pflegeassistenten-Ausbildung 1

Pflegeberufegesetz 1

Pflegeberufereformgesetz 1

Pflegebett 1

Pflegefachperson 1

Pflegeformen 1

Pflegegesetze 1

Pflegeheim 1

Pflegekräfte in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen 1

Pflegende Familienangehöriger 1

Pflegestammtisch 1

Pflegestärkungsgesetz 1

Pflegeunterstützungsgeld 1

Pflegeversicherung 1

Pflegeversicherungsgesetz 1

Pflegezeitgesetz 1 2 3

Pharmakologische Interventionsstrategien 1

Postmortale Vollmacht 1

Postmortales psychiatrisches Gutachten 1
Posttraumatische Belastungsstörung 1
Präsenzkräfte 1
Präventionsstrategien 1
Privatsphäre von Patienten 1
Prostituierte 1
Pseudodemenz 1 2
Psychiatrische Arztpraxis 1
Psychopharmaka 1
Querschnittsarbeit 1
Realitätsorientierungstraining bei Demenz 1
Recht auf körperliche Unversehrtheit 1
Recht auf Mobilität 1
Recht auf Teilnahme am Straßenverkehr 1
Recht auf Verwahrlosung 1
Recht der medizinischen Behandlung 1
Rechtliche Betreuung 1
Rechtlicher Vorteil 1
Rehabilitationsmaßnahmen 1 2
Reisefreiheit als Grundrecht 1
Reisevertragsrecht 1
Rentenansprüche für pflegende Angehöriger 1
Risikofaktoren für eine Demenz 1
Rückforderung wegen Verarmung des Schenkers 1
Rückforderungsanspruch des Sozialamtes 1
Sachverständigengutachten 1
Schadensersatzpflicht 1
Schadensersatzpflicht bei Unerlaubten Handlungen 1

Schadensersatzrecht bei Demenz 1
Schadensverursachung 1
Schenkungsrecht 1
Schenkungsversprechen 1
Schimpfworte 1
Schlaglichter Demenz 1
Schleichende Alzheimer-Demenz 1
Schriftform 1
Schriftliche Vollmachtsurkunde 1
Schuldfähigkeit 1
Schuldgefühle 1
Schuldunfähigkeit 1
Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen 1
Schusseligkeit im Alltag 1
Schwerbehinderung 1
Schwerhörigkeit 1
Seelische Beeinträchtigungen 1
Seelisches Loch 1
Seelsorge 1
Sekundäre Demenzen 1
Seniorenheim 1 2
Sexuelle Übergriffe 1
Sicherheitsgefühl der Menschen mit Demenz 1
Sinnesbeeinträchtigungen 1
Sorgeberechtigte 1
Sorgerecht 1
Sorgerecht der Eltern 1
Soziale Isolation 1

Soziale Pflegeversicherung 1 2
Soziale Sicherheit 1
Sozialer Druck 1
Soziales Entschädigungsrecht 1
Sozialgerichtsprozess 1
Sozialgesetzbuch 1
Sozialverhalten 1
Stationäre Pflegeeinrichtungen 1
Stationäre Pflegeeinrichtungen bei Demenz 1
Stationäre Vollzeitpflege 1 2
Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross 1
Strafrechtliche Mithaftung der Aufsichtsperson wegen Delikten des Patienten 1
Stressübelkeit 1
Struktur 1
Sturz eines an Demenz erkrankten Bewohners 1
Sukzessiver Verlust von Geschäfts-, Schuld- und Deliktsfähigkeit 1
Taschengeld 1
Taschengeldbudget 1
Teilhabe am gesamten Rechtsleben 1
Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben 1
Toilettenstuhl 1
Transmortale Vollmacht 1
Treppenlift 1
Trunkenheit im Straßenverkehr als Rollstuhlfahrer 1
UN-Behindertenrechtskonvention 1 2
Unerlaubtes Entfernen vom Unfallort 1
Unfallflucht mit dem Einkaufswagen 1

Unsolide Inkassobüros 1

Unterlassene Dehydrationsprophylaxe 1

Unterlassene Dekubitusprophylaxe 1

Unterlassene Hilfeleistung 1

Untersagung des Führens eines fahrerlaubnisfreien Elektrorollstuhls durch die Fahrerlaubnisbehörde nach Alkohol- und Drogen 1

Validation nach Naomi Feil 1

Vaskuläre Demenz 1

Verantwortlichkeit des Schuldners 1

Verbraucherverträge 1

Verbraucherverträge im elektronischen Geschäftsverkehr 1

Verfügungen von Todes wegen 1

Verkehrssicherungspflicht 1

Verkehrsstraftaten 1

Verkehrstüchtigkeit 1

Verletzung der Aufsichtspflicht 1

Verletzung der Aufsichtspflicht im Rahmen des Heimpflegevertrags 1

Verminderte Schuldfähigkeit 1

Vernachlässigung der Körperpflege 1

Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr 1

Versicherter Leitungswasserschaden in einer Wohnungseigentümergeinschaft 1

Versicherungsschutz für Betreuer 1

Vertrag mit Schutzwirkung zugunsten Dritter 1

Vertragsarztrecht 1

Vertragsfreiheit 1

Vertragsschluss ohne Einwilligung 1

Vollmacht 1

Vollmacht zum Grundstücksverkauf 1
Vormund für die Kinder 1
Vorsorgemaßnahmen 1
Vorsorgeregister 1 2
Vorsorgevollmacht 1 2 3 4
Vorübergehende Demenz 1
Wahlfälschung 1
Wahlmanipulation 1
Wahlrecht 1 2
Wesensveränderung 1
Widerruf einer Vollmacht 1 2
Widerruf einer Vorsorgevollmacht 1
Widerrufsrecht 1
Widerrufsrecht bei Verbraucherverträgen 1
Wille der Betreuten 1
Windeln 1
Wohngemeinschaft 1
Zivilgesellschaft 1
Zivilrechtliche Haftung eines Radfahrers 1
Zustimmung des Betreuungsgerichts 1
Zuzahlung und Belastungsgrenze 1
Zwangsvollstreckung Pflegegeld 1

Anmerkungen

- [1] Vgl. Zahlen:
<https://www.dzne.de/aktuelles/hintergrund/faktenzentrale/>
- [2] DGN e. V. & DGPPN e. V. (Hrsg.) S3-Leitlinie Demenzen, Langfassung 311 Seiten, Stand: 28.11.2023. Version: 4.0. AWMF-Register Nr. 038-013, verfügbar unter:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013>
- [3] Vgl. <https://oberlin-lebenswelten.de/informationen/schwerpunkte/koerperliche-und-oder-geistige-behinderung> sowie
<https://www.srf.ch/wissen/gesundheit/kopfverletzungen-erhoehen-das-demenz-risiko> und
<https://www.netdokter.de/news/hoeheres-demenzrisiko-nach-kopfverletzung/>
- [4] Prof. Dr. med. Dr. phil. Manfred Spitzer, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie III des Universitätsklinikums Ulm.
- [5] Spitzer M. (2012) Digitale Demenz: Wie wir uns und unsere Kinder um den Verstand bringen. Droemer Knaur, München.
- [6] DER SPIEGEL v. 13.02.2023. „Senior tötet Ehefrau aus Überforderung – Bewährungsstrafe.“ Nach 40 Jahren Ehe erstickte er seine 79-jährige Frau: Ein Berliner Gericht hat

einen 78-Jährigen zu einer Bewährungsstrafe verurteilt. Er tötete demnach, weil er mit der Pflege seiner Partnerin überfordert war. Vgl. auch. „Mord an pflegebedürftiger Frau: Neun Jahre Haft für Rentner.“ Zuerst kümmerte sich Axel L. liebevoll, dann entschied er, sich seiner Frau zu „entledigen“. Dazu benutzte er Hammer, Kabel und Messer. Dpa/Berliner Kurier vom 12.7.2024. vgl. auch: Tagesspiegel Podcast. Einsame Entscheidung: Warum ein Rentner seine große Liebe tötet | Tatort Berlin (youtube.com).

- [7] Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., Selbsthilfe Demenz, <https://www.deutsche-alzheimer.de> . Zugriff am 7.7.2024.
- [8] Was ist eine Pflegehilfskraft? Vgl. Website des Hospitals zum Heiligen Geist in Hamburg. Zugriff am 06.07.2024.
- [9] Vgl. Website der Stadt Storkow. Demenzstammtisch: Termine für 2024. Zugriff am 28.07.2024.
- [10] Vgl. Kap. XII 3.2.1. Dr. Morche, Die Biographiearbeit bei Demenz.
- [11] Dr. med. *Wilhelm Stuhlmann*. Demenz braucht Bindung: Wie man Biographiearbeit in der Altenpflege einsetzt. Reinhardts Gerontologische Reihe. Taschenbuch 2011. 156 Seiten. ISBN-10: 3497021849, ISBN-13: 978-3497021840.
- [12] Vgl. auch Dr. Morche Kap. XII 2. Führen die weitreichenden, gesellschaftlichen Reformen im Gesundheits- und Pflegesystem zur Benachteiligung (hoch-)betagter Menschen

mit Demenz?: „Wo bleiben Liebe, Würde und Mitmenschlichkeit?“.

- [13] Vgl. rbb vom 19.06.2024. Ulf Mohrling zum Prozessauftakt beim Landgericht Berlin. „Mann behauptet, pflegebedürftige Ehefrau aus Überforderung umgebracht zu haben“. vgl. auch: Tagesspiegel Podcast. Einsame Entscheidung: Warum ein Rentner seine große Liebe tötet | Tatort Berlin (youtube.com).
- [14] Vgl. „Burnout in der Pflege: Wenn Pfleger zu Pflegefällen werden.“ Bericht der Redaktion der UKV-Website auf der Website der UKV – Union Krankenversicherung, Zugriff am 01.07.2024.
- [15] Vgl. Raphaela Horvath. „Angststörungen im Alter. Ursachen, Symptome, Behandlung.“ auf der Website „ Pflege-durch-Angehörige.de “. Zugriff am 01.07.2024.
- [16] Vgl. Silke Morche. Kap. XII in diesem Ratgeber. „In welchem Umfang werden der Persönlichkeitsschutz von demenzkranken Menschen und die rechtlichen Besonderheiten bei Demenz in der Ausbildung von Pflegefachkräften berücksichtigt?“.
- [17] Vgl. Sigrun von Hasseln. „Unsere Gesellschaft: Außer Betrieb mangels Liebe“ in dies. (Hrsg.): „Das Jugendrechtshaus 2000, Orientierungsstätte für junge Menschen in der sozialen Stadt des 21. Jahrhunderts“. Berlin 2000. 340 S. ISBN 3-8311-0402-6.

- [18] Wie leben Seniorinnen und Senioren in Japan? In
seniorenportal-schweiz.ch . Zugriff am 01.07.2024.
- [19] Vgl. Bernd Guggenberger. „Soziale Einbindung und Zeitgeist“. Vortrag anlässlich des Deutschen Richtertages am 24.9.1991. Abgedruckt in Deutsche Richterzeitung 2/1993 m. w. Nachw.
- [20] Vgl. Thorsten Schröder. „Alt werden inmitten des Jugendwahns“: Kaum ein Land feiert die Jugend so sehr wie die USA. Dass Millionen Ältere ohne staatliche Hilfe kaum überleben können, wird nur langsam als Problem begriffen. In Zeit Online vom 23. Juni 2015.
- [21] Sigrun von Hasseln. „Das Aufhalten gesellschaftlicher Zerfallsprozesse. Der Wettlauf mit der Zeit beginnt“ in dies. (Hrsg.): „Rechtspädagogik. Von der Spaß- in die Rechts- und Verantwortungsgesellschaft“ 2006. 636 S. ISBN 3-8334-3638-7
- [22] Vgl. Hans Jonas „Das Prinzip Verantwortung“. 9. Auflage. 2003, 426 S. ISBN 978-3-518-39992-7; ders. „Verantwortungsethik in einer globalisierten Welt“ aufbereitet von Miriam Hein für den Schulunterricht, 2017, München.
- [23] Website des Beauftragten der Bundesregierung
<https://www.behindertenbeauftragter.de> ; Text der UN-Behindertenrechtskonvention; Zugriff am 30.06.2024.
- [24] Amtsblatt der europäischen Gemeinschaften vom 18.12.2000, Zugriff am 01.07.2024.

- [25] Thomas Noetzel: „Grundrecht auf Pflege? Ein Plädoyer für Selbstbestimmung und Autonomie in schwieriger Lebenslage.“ <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/294918/grundrecht-auf-pflege/> ; Zugriff am 30.06.2024.
- [26] Siehe dazu Übersichtstabelle am Ende dieses Kapitels.
- [27] BVerfG. Beschluss vom 25.02.2009, Az.: 1 BvR 120/09, zitiert in becklink 277566.
- [28] Urteil des Bundesgerichtshofs vom 02.04.2019 (Az.: VI ZR 13/18), (NJW 2019, 1741), besprochen in Redaktion beck-aktuell, becklink 2012720.
- [29] Eva Dorgeloh. Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Leiterin der Abteilung Soziale Psychiatrie, Gesundheitsamt der Stadt Köln. „Das Phänomen der Verwahrlosung aus medizinischer Sicht“. Vortrag Fachtagung der Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste NRW in Recklinghausen am 15.11.2012. <https://www.lag-sozialpsychiatrische-dienste-nrw.de/images/pdf/vortrag%20verwahrlosung%2020120420.pdf>
- [30] Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz – BGG) vom 27. April 2002 (BGBl. I S. 1467, 1468), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 23. Mai 2022 (BGBl. I S. 760) geändert worden ist; Zugriff am 30.06.2024.

- [31] Gesetzestext: Bundesteilhabegesetz (BTHG). Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen;
- [32] Gesetzestext: SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.
- [33] Gesetzestext: Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG).
- [34] Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland; vgl. auch die Website www.charta-zur-betreuung-sterbender.de der Koordinierungsstelle für Hospiz- u. Palliativversorgung in Deutschland.
- [35] Statistisches Bundesamt, Bevölkerung. Mehr Pflegebedürftige. Website Zugriff am 26.7.2024.
- [36] Vgl. Deutsche Rentenversicherung. „Pflege von Angehörigen lohnt sich auch für die Rente“. Website Zugriff am 26.7.2024.
- [37] Pflegezeitgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 19. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2510).
- [38] Familienpflegezeitgesetz vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2564), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2510).
- [39] Gesetzestext: Gesetz über die Pflegeberufe.

- [40] Gesetzestext: Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG).
- [41] Arbeitszeitgesetz vom 6. Juni 1994 (BGBI. I S. 1170, 1171), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2020 (BGBI. I S. 3334).
- [42] Mindestlohngesetz vom 11. August 2014 (BGBI. I S. 1348), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 28. Juni 2023 (BGBI. 2023 I Nr. 172).
- [43] Vgl. OLG München, Beschluss vom 5.6.2009 – 33 Wx 278/08, 33 Wx 279/08 mit Hinweis auf (BGH NJW 1972, 681; BayObLG, Rpfleger 1982, 286; Palandt/Ellenberger, BGB, 68. Aufl., § 104 Rdn. 8).
- [44] Der Begriff Deliktsfähigkeit spielt mehr bei jungen Menschen eine Rolle. So haften Kinder unter sieben Jahren i. d. R. noch nicht für einen Schaden, den sie einem anderen zugefügt haben (fehlende Deliktsfähigkeit). Und sie werden strafrechtlich auch erst mit 14 Jahren zur Verantwortung gezogen (Strafmündigkeit).
- [45] Die Entmündigung wurde 1992 mit dem Betreuungsgesetz abgeschafft und durch die rechtliche Betreuung ersetzt.
- [46] S3-Leitlinie Demenzen – AWMF-Rg. Nr. 038-013, S. 29 ff.
- [47] Vgl. SUCHT.HAMBURG. www.sucht-hamburg.de , „GLÜCKSSPIELSUCHT BEI ÄLTEREN MENSCHEN“ mit Hinweis auf Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung dem

Thema „Senioren und Glücksspiele“ sowie Hinweis zu Studien zum Glücksspielverhalten in der Bevölkerung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Zugriff am 9.7.2024. Vgl. auch Katharina Schüller. Wissenschaftliches Gutachten. Qualitätsanforderungen an Studien zur Ableitung von Regulierungsmaßnahmen: Kritische Evaluation des Glücksspiel-Surveys 2021, München 2023, 140 S. Web: www.stat-up.com .

- [48] BGH: Rechtswirkungen der Vollmacht über den Tod des Vollmachtgebers hinaus. Urteil vom 18.04.01969 – V ZR 179/65; NJW 1969, 1245.
- [49] S. u. 6. Rechtliche Hilfen bei Demenz durch das Betreuungsverfahren.
- [50] Das Gericht hat von Amts wegen aufzuklären, ob der Vollmachtgeber bei Erteilung der Vollmacht geschäftsfähig war (§ 26 FamFG).
- [51] AZ: 33 Wx 278/08, 33 Wx 279/08 , DNotZ 2011, 43.
- [52] Landgericht Oldenburg Beschluss vom 16.12.2016. AZ: 8 T 221/15. Fundstelle BeckRS 2016, 124491.
- [53] BGH Beschluss vom 14.10.2015 – XII ZB 177/15; DNotZ 2016, 128.
- [54] Kap. I Schlaglichter Demenz. 1.2. Wenn der Boden nach einem Unfall oder Schlaganfall plötzlich unter den Füßen

weggezogen wird.

- [55] Kap. V. Die Auswirkungen einer Demenzerkrankung im Recht der familiären Bezüge und im Erbrecht. 1. Buch 4 BGB. Spezielle Fragen im Familienrecht.
- [56] Vgl. Kap. 1
- [57] eingeführt durch das Betreuungsgesetz vom 12.9.1990, BGBl. I 2002, ersetzt seit dem 1.1.1992 die Vormundschaft oder Pflegschaft über Volljährige, die wegen eines Gebrechens, Alters oder einer Krankheit ihre Angelegenheiten nicht (mehr) besorgen können. Es war bis 2022 in den §§ 1896 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) geregelt. Zum 1. Januar 2023 erfolgte eine Neuregelung in den §§ 1814 ff. BGB.
- [58] Vgl.
https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuer___blob=publicationFile;
<https://www.bmj.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2022/,Zum%201.,die%20Qualit%C3%A4t%20der%20rechtlichen%20Bet>
- [59] FamFG = Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit.
- [60] Vgl. auch §§ 1 bis 110 FamFG.
- [61] Buch 4 Abschnitt 3 (§§ 1773–1888) neu gef. M. W. v. 1.1.2023 durch Gesetz v. 4.5.2021 (BGBl. I S. 882).

- [62] Vgl. Zulassung als Berufsbetreuer*in auf der Website des Bundesverbandes der Berufsbetreuer*innen e. V. Zugriff am 25.7.2024.
- [63] BGH Beschl. v. 6.12.2023 – XII ZB 401/22 (LG Landshut).
- [64] Vgl. BGH, Beschluss vom 09.05.2018 – XII ZB 577/17: Einwilligungsvorbehalt für geschäftsunfähigen Betroffenen (NJW-RR 2018, 1091).
- [65] Im Einzelnen: MüKoBGB/Schneider, 9. Aufl. 2024, BGB § 1825 Rn. 20, 21 mit Hinweis auf BT-Drucks. 11/4528, 147; BayObLG FamRZ 2000, 567 (568); 1994, 1135; 1995, 1518 (1519); OLG Düsseldorf FamRZ 1993, 1224 (1225); v. Sachsen Gessaphe, Der Betreuer als gesetzlicher Vertreter für eingeschränkt Selbstbestimmungsfähige, 1999, 471 f.; Knittel BtGRn. 84 ff.; Erman/Roth Rn. 3, 13; Soergel/Zimmermann § 1903 Rn. 13.
- [66] BGH Beschluss vom 09.05.2018 XII ZB 577/17 FamRZ 2018, 1193BGH, BGH Beschluss v. 17.5.2017 – XII ZB 495/16 (FGPrax 2017, 176); BGH Beschluss v. 27.4.2016 – XII ZB 593/15: Zur Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts (FGPrax 2016, 174).
- [67] BGH, Beschl. v. 1.3.2017 – XII ZB 608/15 (FGPrax 2017, 124).
- [68] Z. B. öffentlich-rechtliche Unterbringung nach den Landesgesetzen über die Unterbringung psychisch kranker Personen, (PsychKG) oder im Strafrecht, einstweilige Unterbringung nach § 126a StPO, Maßregelvollzug nach §§

63 ff. StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, Entziehungsanstalt usw.).

- [69] AG Ratzeburg Beschl. v. 10.12.2013 – 2 XVII W 1876, BeckRS 2014, 5919 mit ausführlicher Begründung.
- [70] Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 27.06.2012 – XII ZB 24/12. NJW-RR 2012, 1281.
- [71] ..., die vom Betreuungsgericht zu genehmigen ist, ...
- [72] Vgl. im Einzelnen: Bundesverfassungsgericht verhandelt über medizinische Zwangsbehandlung. Tagesschau vom 16.07.2024.
- [73] Vgl. dazu BGH NJW 76, 1146; 85, 678; zur Differenzierung bei der Aufsichtspflicht des Betreibers einer Altenpflegeeinrichtung für deren Bewohner je nach Vertragsgestaltung im Einzelfall: LG Frankfurt (Oder) BeckRS 17, 144705.
- [74] Einzelheiten vgl. Kap. VI. „Besonderheiten im Medizin-, Pflege- und Heimrecht bei Demenz“.
- [75] OLG Karlsruhe vom 18.9.2019 – 7 U 21/18 (Beck Online RDG 2020, 36)
- [76] LG Stuttgart, Urteil vom 30.04.2003 – 10 O 372/02. Aufsichtspflicht bei Demenz (NJW-RR 2003, 1382).
- [77] Vgl. LG Frankfurt (Oder) (6. Zivilkammer), Urteil vom 01.11.2017 – 16 S 36/16 (BeckRS 2017, 144705). Der Fall wird in

Kap. X. 3. „Regeln, Verkehrstüchtigkeit und Haftung, wenn demenzkranke Menschen als Fußgänger am Straßenverkehr teilnehmen“ besprochen.

- [78] OLG Celle Urteil vom 21.11.2007 – 32 Ss 99/07. NJW 2008, 1012.
- [79] Kap. I Schlaglichter Demenz. 1.2. Wenn der Boden nach einem Unfall oder Schlaganfall plötzlich unter den Füßen weggezogen wird. und Kap. IV. 3.2. Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 677 ff. BGB)
- [80] § 1821 Absatz 2 S. 1, 3 BGB. Dazu Kommentar BeckOK BGB/Müller-Engels, 70. Ed. 1.5.2024, BGB § 1821 Rn. 10, 11.
- [81] Vgl. den bereits ob zitierten Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 18.12.2002 (1 BvL 14/02, NJW 2003, 1382).
- [82] OLG Celle, Beschluss vom 9.11.2007 – Not 16/07 mit Hinweis auf BayObLG, DNotZ 1993, DNOTZ Jahr 1993 Seite 471; Huhn/von Schuckmann, BeurkG, 3. Aufl., § 11 Rdnr. 2.
- [83] Notar Prof. Dr. Karl Winkler, München. Anmerkung zum Beschluss des OLG Celle zur Notariellen Prüfung der Geschäfts- und Testierfähigkeit vom 9.11.2007 – Not 16/07 mit zahlreichen weiteren Hinweisen (MittBayNot 2008, 492)
- [84] Vgl. Kap. IV. 2.11. „Eine (Vorsorge-)Vollmacht kann i. d. R. nur im Vollbesitz der geistigen Kräfte erteilt werden“ und 2.12.

„Wie funktioniert der Widerruf einer Vollmacht, wenn die Vollmacht gebende Person inzwischen geschäftsunfähig ist?“.

- [85] Unter Behandlung in diesem Sinne ist grundsätzlich die Heilbehandlung zu verstehen, wobei auch kosmetische Operationen einzubeziehen sind. Die Behandlung umfasst neben der Diagnose die Therapie und damit sämtliche Maßnahmen und Eingriffe am Körper eines Menschen, um Krankheiten, Leiden, Körperschäden, körperliche Beschwerden oder seelische Störungen nicht krankhafter Natur zu verhüten, zu erkennen, zu heilen oder zu lindern. Aber auch Behandlungen, die nicht der Heilung oder Linderung von Krankheiten dienen, sind durch die Regelung des § 630a BGB keineswegs ausgeschlossen (Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 630a BGB Rn. 13 f.).
- [86] Die rechtlich verbindliche Geltung des Willens eines Patienten nach dem Verlust seines Bewusstseins, nach eingetretener Demenz oder in der Sterbephase nach einer schweren Erkrankung bedarf eines Instrumentariums, um sich nicht ohne weitere Absprache in die Hände von Ärzten und Pflegenden zu begeben. Die Patientenverfügung stellt ein solches Instrument zur Wahrung der Patientenautonomie dar, aus der sich ein aktueller und auch antizipierter Wille ergibt.
- [87] <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/> .
- [88] Steiner in: Spickhoff, Medizinrecht, GG Art. 2 Rn. 13 f.; Geschützt wird die biologisch-physische Existenz jedes

Menschen vom Zeitpunkt ihres Entstehens an bis zum Eintritt des Todes, unabhängig von den Lebensumständen des Einzelnen, seiner körperlichen und seelischen Befindlichkeit (BVerfGE 115, 118, 139 mwN.).

- [89] siehe § 1829 Absatz 4 und 5 BGB.
- [90] So die Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zu Patientenverfügungen und anderen vorsorglichen Willensbekundungen bei Patienten mit einer Demenzerkrankung, Dtsch Ärztebl 2018, A-952.
- [91] Terbille/Feifel in: Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, Clausen/Schroeder-Printzen
- [92] Weitere Richtlinien und Informationen bietet die Leitlinie „Einwilligung für Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen“, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/108-001.html> .
- [93] Oftmals bestehen in Kliniken Ethikberatungen, die direkt von den beteiligten Personen für Beratungen in Anspruch genommen werden können. Zum Beispiel haben sich im Raum Karlsruhe verschiedene Ethik-Komitees zu einem Netzwerk zusammengeschlossen. Beteiligte Kliniken finden sich hier: <https://ethik-karlsruhe.de/kontakt/> . Daneben bestehen auch Angebote für die ambulante Ethik-Beratung, hier ist aus der gleichen Region die Außerklinische Ethikberatung Karlsruhe zu nennen, <https://aeb-karlsruhe.de/> . Weitere Angeboten

finden sich in vielen Regionen Deutschlands. Die Beratungen sind kostenfrei.

- [94] So die „Empfehlung 25“ der Leitlinie „Einwilligung für Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen“, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/108-001.html>.
- [95] Der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ (DNQP 2020, ab Seite 104 zu Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Demenz) zeigt, wie wichtig das Erkennen von Schmerzen nicht nur durch Ärztinnen und Ärzte, sondern durch alle an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen ist.
- [96] Interessant ist hier das DECIDE-Projekt (<https://www.decide.med.tum.de/projekt/>), welches das Ziel verfolgt, die Verschreibungshäufigkeit von dämpfenden Psychopharmaka bei demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen und ambulant betreuten Wohngemeinschaften nachhaltig zu reduzieren.
- [97] Nochmals zu nennen sind die in Krankenhäusern oft eingerichteten Ethikberatungen, die in vielen Regionen auch ambulant angeboten werden und für die Angehörigen kostenfrei sind.
- [98] Demgegenüber lässt sich für privat versicherte Menschen mit Demenz nicht allgemeingültig sagen, welche Leistungen ihnen zustehen. Grundlage ist der Versicherungsschein, schriftliche Vereinbarungen, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen

sowie der jeweilige Versicherungstarif. Grundsätzlich ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person, die einen Unfall hatte, oder krank ist, immer abgesichert.

[99] <https://heilmittelkatalog.de/> .

[100] Der G-BA hat unter anderem in seiner Heilmittel-Richtlinie in einer Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf (Anlage 2 der HeilM-RL) alle Diagnosen aufgelistet, bei denen ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht. Versicherte, auf die keine der gelisteten Diagnosen zutrifft, können bei ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs im Einzelfall stellen.

[101] Hilfsmittel können aber auch technische Produkte sein, die dazu dienen, Arzneimittel oder andere Therapeutika in den menschlichen Körper einzubringen, z. B. bestimmte Spritzen, Inhalationsgeräte oder Applikationshilfen.

[102] <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home> .

[103] Verzeichnis der vom BfArM anerkannten DiGA:
<https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis> .

[104] Verzeichnis der Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dat>

- [105] Unter Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt fallen alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind und gegenwärtig zur Verfügung stehen: Das kann Arbeitseinkommen oder Rente sein, aber auch Miet- und Pachteinnahmen, Abfindungen oder Betriebsrenten.
- [106] Kurzbericht der Studie „D80+ – Hohes Alter in Deutschland“:
https://ceres.uni-koeln.de/fileadmin/user_upload/Bilder/Dokumente/NRW80plus/Nummer-7_Auswirkungen_kognitiver_Einschraenkungen_April2022.pdf
- [107] Das Pflegegeld ist nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt. Bei einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 2 werden aktuell 332 Euro pro Monat gezahlt. Bei Pflegegrad 3 sind es 573 Euro, 765 Euro bei Pflegegrad 4 und 947 Euro bei Pflegegrad 5.
- [108] Bei der Rente wird die Pflegezeit als Beitragszeit gezählt sowie für die sogenannte Wartezeit angerechnet. Zusätzlich zahlt die Pflegekasse Beiträge für die Rente: Der Versicherte bezahlt selbst nichts, aber seine Rente erhöht sich.
- [109] Ein Musterpflegevertrag ist z. B. hier zu finden:
https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Pflege/Ambulanzpflegevertrag.pdf
- [110] Sämtliche Gesetze können über die Webseite
<https://www.gesetze-im-internet.de/> kostenfrei abgerufen werden.

- [111] § 27 Absatz 1 Satz 1 SGB V.
- [112] Vgl. § 1815 BGB. Umfang der Betreuung.
- [113] Im Einzelnen: § 311 BGB. Rechtsgeschäftliche und rechtsgeschäftsähnliche Schuldverhältnisse.
- [114] Einzelheiten zu Verbraucherverträgen findet man in den – schwer durchschaubaren – Regelungen der §§ 310 ff. BGB.
- [115] Digitale-Dienste-Gesetz (DDG) vom 6. Mai 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 149).
- [116] Vgl. „Fernkommunikationsmittel. Die Verordnung über Informationspflichten“
<https://www.ihk.de/hamburg/produktmarken/beratung-service/recht-und-steuern/wirtschaftsrecht/medien-it-recht/verordnung-informationspflichten-1156882> . Website der IHK Hamburg. Zugriff am 21.07.2024.
- [117] Sog. Synallagma. Bezeichnet wird damit das Gegenseitigkeits- oder Austauschverhältnis zweier Leistungen beim Vertrag. Der eine Teil leistet, damit er die Gegenleistung (das Entgelt) bekommt und umgekehrt.
- [118] BT-Drs. 11/4528, 139.
- [119] BGH, Beschluss vom 7.12.2016 – XII ZB 458/15 in BeckRS 2016, 112263
- [120] Vgl. BeckOK BGB/Müller-Engels BGB § 1825 Rn. 28.

- [121] LG Gießen, Urteil vom 4.12.2002 – 1 S 313/02 in BeckRS 2002, 9904.
- [122] BeckOK BGB/Müller-Engels BGB § 1825 Rn. 28 m. w. Nachw.
- [123] Das Recht der Banken (auch untereinander) ist wegen seiner vielschichtigen Struktur in zahlreichen Gesetzen verstreut geregelt: im BGB und ergänzenden Bestimmungen wie z. B. Preisangabenverordnung, Handelsgesetzbuch mit handelsrechtlichen Nebengesetzen. Diese werden wiederum durch die Geschäftsbedingungen der Kreditinstitute (Allgemeine Geschäftsbedingungen der Kreditinstitute, Sonderbedingungen der Kreditinstitute und Formularverträge) sowie die innerhalb der Kreditwirtschaft geschlossenen Bankenabkommen näher konkretisiert. Zuweilen enthalten bankrechtliche Gesetze sowohl öffentlich-rechtliche als auch zivilrechtliche Vorschriften, so etwa das Depotgesetz und das Kapitalanlagegesetzbuch (KAGB).
- [124] OLG Hamburg, Urteil vom 22.04.2016 – 4 U 30/15. BeckRS 2016, 121093
- [125] Bundessozialgericht. Urteil vom 23.2.2023 – B 8 SO 9/21 R; NJW 2024, 853.
- [126] Nach dem Urteil des BGH vom 20.10.2021 – I ZR 96/20 (NJW-RR 2022, 121, beck-online) ist ein Vertrag über die Lieferung und Montage eines Treppenlifts mit einer individuell erstellten, an die Wohnverhältnisse des Kunden angepassten Laufschiene ein Werkvertrag.

- [127] Rainer Schönhammer. Einführung in die Wahrnehmungspsychologie: Sinne, Körper, Bewegung, 2013, 377 S., ISBN-10: 3825240762, ISBN-13: 978-3825240769.
- [128] Jost Krippendorf. Die Ferienmenschen: Für ein neues Verständnis von Freizeit und Reisen. 208 Seiten, ISBN-10: 3280014816, ISBN-13: 978-3280014813.
- [129] Vgl. Barrierefreier Tourismus in Deutschland. Website ADAC. Zugriff am 23.07.2024.
- [130] Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“.
- [131] Vgl. Bundessozialgericht. Urteil vom 19. Mai 2022 – B 8 SO 13/20 R.
- [132] Culpa in contrahendo (lateinisch: Verschulden bei Vertragsschluss), oft auch c. i. c. abgekürzt, bezeichnet die schuldhafte Verletzung von Pflichten aus einem vorvertraglichen (gesetzlichen) Schuldverhältnis.
- [133] „pacta sunt servanda“ = Verträge sind einzuhalten.
- [134] Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts ab 01.01.2023.
- [135] Kündigung, Aufhebungsvertrag, Vermietung, Verfügung über die Immobilie.

- [136] Erlaubnis ist die vorherige Zustimmung, Genehmigung die nachträgliche Zustimmung zu einem Rechtsgeschäft.
- [137] Gesellschaft des Bürgerlichen Rechts (GbR).
- [138] Gesetz zur Modernisierung des Personengesellschaftsrechts (Personengesellschaftsrechtsmodernisierungsgesetz – MoPeG).
- [139] Konkrete Bedingungen können in den entsprechenden Verträgen, z. B. Aufnahmebedingungen in eine „Seniorenresidenz“ enthalten sein.
- [140] Die örtliche Zuständigkeit des Nachlassgerichtes (Amtsgericht) bestimmt sich nach dem Bezirk, in dem der Erblasser im Zeitpunkt seines Todes seinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte (§ 343 FamFG). Der gewöhnliche Aufenthalt entspricht in der Regel dem Wohnsitz. Als letzter Wohnsitz kann auch der Ort eines Pflegeheims in Betracht kommen, in dem der Erblasser zuletzt dauerhaft gelebt hat.
- [141] z. B. das bewusste Herbeiführen eines Trunkenheitszustandes
- [142] Es handelt sich hierbei um den von der Pflegedienstleiterin Claudia Graef geschilderten Fall aus der von ihr betreuten Demenz-WG (vgl. Kap. I 7)
- [143] § 829 BGB: Ersatzpflicht aus Billigkeitsgründen
- [144] Vgl. oben Kap. III 3.1. Artikel 20 UN-BRK; BVerfG Beschluss vom 25.02.2009, Az.: 1 BvR 120/09, zitiert in becklink 277566.

- [145] Vgl. oben Kap. III 3.1. Schutz demenzkranker Menschen durch die UN-Behindertenrechtskonvention.
- [146] Bundessozialgericht (BSG). Entscheidung vom 18. April 2024 (Az.: B 3 KR 13/22 R) und weitere Zugriff am 15.07.2024.
- [147] Prof. Dr. Peter Macke. Präsident des Deutschen Verkehrsgerichtstages 1997–2003, Präsident des Verfassungsgerichts des Landes Brandenburg und Präsident des Brandenburgischen Oberlandesgerichts (jeweils von 1993 bis 2004). Vorwort in: Sigrun von Hasseln. Verkehrsrechtsberater, dtv/nomos 2008.
- [148] Kraftfahrtbundesamt. Bundeseinheitlicher Tatbestandskatalog betr. Straßenverkehrsordnungswidrigkeiten vom 13.09.2023.
- [149] Verordnung über die Erteilung einer Verwarnung, Regelsätze für Geldbußen und die Anordnung eines Fahrverbotes wegen Ordnungswidrigkeiten im Straßenverkehr (Bußgeldkatalog-Verordnung – BKatV). Anlage (zu § 1 Absatz 1) Bußgeldkatalog (BKat).
- [150] Vgl. *Greitens*, „Grundrecht auf (Auto-)Mobilität“? in <https://law-journal.de/archiv/jahrgang-2018/heft-2/grundrecht-auf-auto-mobilitaet/> Zugriff am 12.07.2024; Stefanie Schmidt. „Warum Zugang zu Mobilität ein Grundrecht sein muss“. 20. September 2023. Auf der Website der PTV Group, die einen ganzheitlichen Ansatz verfolgt, um eine sicherere, intelligendere und nachhaltigere Mobilität für die Menschheit zu ermöglichen. Zugriff am 12.07.2024.

- [151] vgl. auch oben Kap. III 3.3. Starker Schutz demenzkranker Menschen durch Grund- und Bürgerrechte aus dem Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland.
- [152] Vgl. Kap. IV.1. Basics zur Geschäftsfähigkeit sowie zur Schuld- und Deliktsfähigkeit.
- [153] Vgl. Im Einzelnen: Kap. IV.
- [154] Kap. IV 8. 2.2. Zivil- und deliktrechtliche Haftung von Aufsichtspersonen, wenn der Demenzkranke Schaden anrichtet oder eine Ordnungswidrigkeit oder eine Straftat begeht.
- [155] Vgl. Kap. IV. 1. Basics zur Geschäftsfähigkeit sowie zur Schuld- und Deliktsfähigkeit.
- [156] Zu den Überlegungen des Deutschen Bundestages zur Reform des § 142 StGB vgl. Wissenschaftler Dienst. Kurzinformation: Einzelfragen zur Strafbarkeit des Unerlaubten Entfernens vom Unfallort, WD 7 – 3000 – 065/23 (11.07.2023). Zugriff am 17.07.2024.
- [157] Oberlandesgericht Bremen, Urteil vom 02.10.2007 – 3 U 27/07 (BeckRS 2007, 16608).
- [158] Landgericht Frankfurt (Oder), Urteil vom 01.11.2017 – 16 S 36/16, (BeckRS 2017, 144705).

- [159] OLG Saarbrücken, Urteil vom 29.01.2008 – 4 U 318/07-115 (RDG 2008, 113).
- [160] Demenz-Assistenzhunde unterstützen einen Angehörigen eines Demenzkranken, der zu Hause lebt, bei der Bewältigung des Alltags. Sie schenken dem Demenzkranken Wärme und Nähe und alarmieren den Angehörigen, wenn der Erkrankte ohne Absprache die Wohnung verlässt. Vgl.
<http://www.assistentzhunde-zentrum.de/index.php/assistentzhunde> ; vgl. auch Assistenzhundeverordnung (AHundV); <https://www.gesetze-im-internet.de/ahundv/BJNR243600022.html> .
- [161] BVerfG Beschluss vom 10.6.2016 – 1 BvR 742/16. NJW 2016, 3014; Artikel 3 Absatz III 2 GG; § 254 Absatz 1 BGB.
- [162] Definition in § 4 Abs. 1 Nr. 2 FeV: Motorisierte Krankenfahrstühle sind einsitzige, nach der Bauart zum Gebrauch durch körperlich behinderte Personen bestimmte Kraftfahrzeuge mit Elektroantrieb, einer Leermasse von nicht mehr als 300 kg einschließlich Batterien jedoch ohne Fahrer, einer zulässigen Gesamtmasse von nicht mehr als 500 kg, einer bauartbedingten Höchstgeschwindigkeit von nicht mehr als 15 km/h und einer Breite über alles von maximal 110 cm.
- [163] Vgl. Deutsches Institut für Normung e.V. (DIN e. V.) DIN SO 10865-1 Rollstuhl- und Personenrückhaltesysteme angeordnet entgegengesetzt der Fahrtrichtung – Teil 1: Systeme für gut

zugängliche Fahrzeuge zum Transport sitzender und stehender Personen. Zugriff am 16.7.2024

- [164] Vgl. TÜV-Verband e. V., Sicherer Kranken- und Behindertentransfer . Zugriff am 16.07. 2024.
- [165] Vgl. Bundesanstalt für Straßenwesen (Hrsg.) Rechtssichere Beförderung von Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrern. Fachveröffentlichung . Zugriff am 16.07.2024.
- [166] Vgl. Bundeseinheitlicher Tatbestandskatalog des Kraftfahrtbundesamtes.
- [167] Vgl. „Angehörigen bei einer Alkoholabhängigkeit im Alter helfen“ Website der AOK, Zugriff am 19.07.2024.
- [168] BGH, Beschluss vom 28.06.1990 – 4 StR 297/90, NJW 1990, 2393; vgl. auch OLG Nürnberg, Beschluss vom 13.12.2010 – 2 St OLG Ss 230/10, NJW-Spezial 2011, 43, BeckRS 2011, BECKRS Jahr 00366.
- [169] BayObLG, Beschl. v. 24.7.2020 – 205 StRR 216/20, NStZ 2020, 736. Promillegrenze bei Nutzung von E-Scootern. Einige Gerichte stellen den Vergleich zu einem Radfahrer an, der erst ab einer BAK von 1,6 Promille als absolut fahruntüchtig gilt.
- [170] OLG Frankfurt am Main, Urt. v. 8.5.2023 – 1 Ss 276/22, NStZ 2023, 555: Entziehung der Fahrerlaubnis bei Trunkenheitsfahrt mit E-Scooter.

- [171] Vgl. das nicht unumstrittene Urteil des Amtsgerichts Dortmund vom 21.01.2020 – 729 Ds-060 Js 513/19–349/19 (BeckRS 2020, 448). Eine Trunkenheitsfahrt mit einem E-Scooter zur Nachtzeit auf einer verkehrsarmen Fläche ohne Gefährdung Dritter durch einen nicht vorbelasteten, geständigen Täter widerlege die gesetzliche Vermutung, dass der Täter ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen ist.
- [172] VG Bayreuth (1. Kammer), Beschluss vom 20.12.2022 – B 1 S 22.1109 in BeckRS 2022, 47959.
- [173] VG Stuttgart. Urteil vom 06.04.2016 – 7 K 3756/14. Aufzurufen auf der Website des Verkehrslexikons <https://verkehrslexikon.de> Zugriff am 18.07.2024.
- [174] VGH München. Urteil vom 17.04.2023 – 11 BV 22.1234. NJW 2024, 300.
- [175] Website des ADAC. Unterschied E-Bike und Pedelec: Zugriff am 14.7.2024.
- [176] Website der ARAG-Rechtsschutzversicherung. Das Elektrofahrrad in Deutschland: E-Bike oder Pedelec? Zugriff am 14.7.2024.
- [177] Allgemeiner Deutscher Fahrrad-Club e. V. (ADFC), <https://www.adfc.de> . Infoblatt „Verkehrsrecht für Radfahrende“ Zugriff am 14.7.2024

- [178] DGN e. V. & DGPPN e. V. (Hrsg.) S3-Leitlinie Demenzen, AWMF-Rg. Nr. 038-013, S. 47 ff. Version XX, 8.11.2023, verfügbar unter:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013> , Zugriff am 30.03.2024.
- [179] Vgl. oben 2.3. Die Ahndung von Verkehrsverstößen als Verkehrsstraftat.
- [180] VG Augsburg Urteil v. 29.04.2016 – Au 7 K 16.119 BeckRS 2016, 46653.
- [181] VG Augsburg Urteil v. 29.04.2016 – Au 7 K 16.119 BeckRS 2016, 46653.
- [182] Vgl. ADAC-Website. „Führerschein 2024: Um diese Änderungen geht es“ vom 8.3.2024, Zugriff am 19.07.2024; vgl. auch: Vivian Werg. „Wichtige EU-Änderung beim Führerschein – Was Senioren ab 70 Jahren bald beachten müssen“ in HNA, Verlag Dierichs GmbH & Co KG, Kassel. Stand:18.05.2023. Zugriff am 19.07.2024.
- [183] DGN e. V. & DGPPN e. V. (Hrsg.) S3-Leitlinie Demenzen a. a. O.: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013> .
- [184] DGN e. V. & DGPPN e. V. (Hrsg.) S3-Leitlinie Demenzen a. a. O.
- [185] DGN e. V. & DGPPN e. V. (Hrsg.) S3-Leitlinie Demenzen a. a. O..

- [186] Notstandsgesichtspunkte (§ 34 StGB); vgl. BGH Urteil vom 8. Oktober 1968, Az.: VI ZR 168/67, NJW 1968, 2288; ebenso OLG München, Urteil vom 26. April 1956 Az. Ws 208/56.
- [187] VG München, Beschluss vom 28.05.2010 – M 1 S 10.2060 – BeckRS 2010, 35908.
- [188] Gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. § 27 Abs. 1 SGB V besteht ein Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.
- [189] Nach § 27 Abs. 1 S. 2 SGB V. Einen guten Überblick über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung liefert der Wegweiser Demenz vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (vgl. dazu <https://www.wegweiser-demenz.de/wwd/rechtliches/gesetzliche-leistungen/gesetzliche-krankenversicherung-sgb-v--180324> , abgerufen am 20.09.2024).
- [190] Z. B. die App „HelloBetter Schlafen“, <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis?category=%5B%2278%22%5D> (abgerufen am 18.05.2024). Zu dem Problem der Schlafstörungen bei Demenz und Alzheimer, vgl. Interview von Prof. Dr. Ingo Fietze, „Schlafstörungen können ein Anzeichen für Alzheimer sein“, https://www.rbb-online.de/rbbpraxis/rbb_praxis_service/gehirn-nerven-

psyche/neurologie/schlaf-schlafstoerungen-schlaflos-
alzheimer-demenz-anzeichen-signal-ursache-symptome-
gehirn-erinnerung-gedaechtnis-kognitiv.html (abgerufen am
18.05.2024).

- [191] In der vorliegenden Ausarbeitung wird die männliche Form verwendet, dabei sind aber zugleich FLINTA* erfasst.
- [192] Vgl. dazu § 70 Abs. 1 SGB V.
- [193] Dabei ist eine solche Verordnung zunächst für 14 Tage vorgesehen und kann längstens bis zu drei Monaten erfolgen. Vgl. dazu Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (Arzneimittelverschreibungsverordnung – AMVV), vom 21.12.2005 (BGBl. 2005 I S. 3632), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 03.05.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 146) geändert worden ist.
- [194] Bei Medikamenten besteht die Besonderheit das in der gesetzlichen Krankenkasse eine Zuzahlungspflicht bis zu einer bestimmten Höhe, der sogenannten Belastungsgrenze besteht (vgl. dazu § 62 SGB V). Darüber hinaus ist hier zu beachten, dass der Anspruch auf Versorgung mit einem Arzneimittel voraussetzt, dass das Arzneimittel für die jeweilige Indikation nach § 21 Abs. 1 Arzneimittelgesetz zugelassen ist. Wenn eine solche Zulassung nicht vorliegt, besteht noch die Möglichkeit der zulassungsüberschreitenden Anwendung aus § 35c Abs. 1 SGB V i. V. m. Anlage VI der Arzneimittelrichtlinie (AM-RL). Vgl. zur AM-RL <https://www.g-ba.de/downloads/83-691->

805/AM-RL-VI-Off-label-2023-06-24.pdf (abgerufen am 04.06.2024). Danach sind bestimmte Arzneimittel außerhalb ihres eigentlichen Indikationsbereiches verordnungsfähig. Wenn für unseren an Alzheimer-Demenz erkrankten Studiendirektor keine entsprechende Bewertung nach § 35c Abs. 1 SGB V vorliegt und dessen Behandlung auch nicht im Rahmen einer ambulanten klinischen Studie gemäß § 35c Abs. 2 SGB V erfolgen soll, kommt aber noch der sog. „Off-Label-Use“, von der Rechtsprechung nach allgemeinen Grundsätzen entwickelt, in Betracht (siehe dazu Bundessozialgericht, Urteil vom 29.06.2023, B 1 KR 35/21 R, juris Rn. 12 ff., Urteil vom 11.9.2018, B 1 KR 36/17 R, juris Rn. 14; Urteil vom 13.12.2016, B 1 KR 1/16 R, juris Rn. 15). Hier muss dann bei dem Studiendirektor eine schwerwiegende, mithin lebensbedrohliche oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigende Erkrankung vorliegen. Darüber hinaus dürfe keine andere, rechtlich zulässige Methode zur Behandlung der Krankheit zur Verfügung stehen und es müsse eine aufgrund der Datenlage begründete Aussicht bestehen, dass mit dem betreffenden Präparat ein kurativer oder palliativer Behandlungserfolg erzielt werden könne. Das BSG definiert die erste Voraussetzung der schwerwiegenden Erkrankung indem es annahm, dass der Versicherte an einer Krankheit leiden müsse, die mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung wertungsmäßig vergleichbar sei.

[195] Nach § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 i. V. m. § 33 SGB V gewährt die gesetzliche Krankenkasse die Versorgung mit Hilfsmitteln, die

im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gegenstände des täglichen Lebens anzusehen bzw. sonst ausgeschlossen sind (vgl. dazu § 34 SGB V).

[196] Vgl. dazu § 32 SGB V. Vgl. Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel – Richtlinie) vom 19.05.2011, zuletzt geändert am 18.04.2024, zu finden unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3109/HeilM-RL_2023-01-19_iK-2023-04-12.pdf (abgerufen am 23.09.2024). Im zweiten Teil der HeilM-RL findet sich der Heilmittelkatalog, aus dem sich zu jeder Diagnose das zugehörige Heilmittel und die Verordnungsmenge ergibt.

[197] Vgl. <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home/verzeichnis/835f127b-8355-4ac4-90f8-e3b7ff80ba80> (abgerufen am 08.04.2024). Vgl. dazu auch § 4 der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie), in Kraft getreten am 01.04.2021, zuletzt geändert am 18.03.2021 zu finden unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2467/HilfsM-RL_2021-03-18_iK-2021-04-01.pdf (abgerufen am 23.09.2024).

[198] Vgl. § 12 Abs. 1 S. 1 SGB V.

- [199] § 33 Abs. 1 S. 5 SGB V. Vgl. allgemein zu den Hilfsmitteln in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Eichberger, WzS 2018, 38 ff.
- [200] Vgl. Eichberger, WzS 2018, 38 (45). Siehe dazu auch Bundessozialgericht, Urteil vom 07.05.2020, B 3 KR 7/19 R, juris Rn. 28 f., wonach bei der Prüfung des Anspruchs auf das Hilfsmittel, das Grundbedürfnis der Erschließung des Nahbereichs nicht zu eng gefasst werden dürfe, in Bezug auf die Art und Weise, wie der Versicherte den Nahbereich der Wohnung zumutbar und in angemessener Weise erschließen könne.
- [201] Vgl. § 37 Abs. 3 SGB V.
- [202] Dabei ist der Teil des Falls mit der Mutter fiktiv und erfunden und der Teil mit dem an Diabetes erkrankten Sohn angelehnt an ein Verfahren vor dem Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg, Urteil vom 27.07.2022, L 5 KR 2686/21, juris, Rn. 41 ff. Das LSG Baden-Württemberg hat hier festgestellt, dass eine rein punktuelle auf eine kurze Zeit beschränkte Anwesenheit einer Assistenzkraft aufgrund der alterstypisch schwankenden Blutzuckerwerte infolge wechselnder körperlicher Aktivitäten (Schulsport), einem unregelmäßigen Tagesrhythmus, längeren Ausflügen und Infekten nicht ausreiche, sondern vielmehr eine jederzeitige Interventionsmöglichkeit und somit die Anwesenheit der Assistenzkraft während des gesamten Schulaufenthalts erforderlich ist. Denn nur diese kann in unvorhersehbar

auftretenden Situationen die geeigneten Maßnahmen ergreifen, um Über- und Unterzuckerungen durch regelmäßige Blutzuckermessungen und nach Interpretation der Blutzuckerwerte durch Verabreichung der entsprechenden Insulindosis, zu vermeiden. Der Kläger selbst war dazu wegen seines Alters nicht in der Lage und die Lehrkräfte hatten mitgeteilt, dass sie die erforderliche Hilfe dem Kläger nicht leisten könnten, da sie mit den anderen Schülern beschäftigt seien und ansonsten den Unterricht komplett unterbrechen müssten (vgl. dazu a. a. O. Rn. 13).

[203] Vgl. § 37 Abs. 1 S. 3 SGB V.

[204] Zumindest im letzten Fall, hat das Sozialgericht Nürnberg, Beschluss vom 18.02.2019, S 7 KR 1/19 ER, juris, Rn. 15, 51 ff., 67 f. in einer Demenz-Wohngemeinschaft mit dem Mietergremium als Träger als Gesellschaft des bürgerlichen Rechts einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege in Form von Medikamentengabe 2 × täglich und 7 × wöchentlich bejaht. In der Demenz-Wohngemeinschaft war laut Betreuungs- und Servicevertrag zwischen dem Träger der Einrichtung und dem Versicherten sogar eine 24 Stunden Präsenzkraft vor Ort. Diese war auch grundsätzlich in der Lage Medikamente zu stellen und zu verabreichen, allerdings waren laut Betreuungsvertrag pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen ausgeschlossen. Das Gericht ist davon ausgegangen, dass die Präsenzkraft hier die gleichzeitige Bewältigung der häuslichen Krankenpflege für 12 Bewohner (mit parallelen Blutzucker- und

Blutdruckmessungen, Inhalationen, Richten der Medikamente) nicht bewältigen könnte und somit diesen Fall mit der Versorgungssituation in der Familie, in der im Zweifel auch durch eine einzelne Person gepflegt wird, verglichen.

[205] Siehe dazu Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 17.07.2018, L 11 KR 1154/18, juris Rn. 26. Siehe auch Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) vom 20.09.2024, zuletzt geändert am 20.06.2024 zu finden unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3568/Reha-RL_2024-06-20_iK-2024-09-20.pdf (abgerufen am 23.09.2024).

[206] Bei dem zugrundeliegenden Fall des Landessozialgerichts Baden-Württemberg wurde bei der dortigen Klägerin 2013 eine Alzheimer Erkrankung festgestellt. Sie verfügte aktuell über einen Pflegegrad 4 und einen GdB von 100 mit den Merkzeichen „H“ und „G“. Vgl. dazu Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 17.07.2018, L 11 KR 1154/18, juris Rn. 26, 28 ff.

[207] Vgl. zu den einzelnen Merkzeichen und den dazu gehörigen Nachteilsausgleichen, <https://www.betanet.de/files/pdf/nachteilsausgleiche-merkzeichen.pdf> (abgerufen am 20.05.2024).

[208] Vgl. dazu Sozialgericht Augsburg, Urteil vom 31.07.2014, S 8 SB 301/13, juris Rn. 20.

[209] Herzschäden wenigstens nach der Gruppe 3 liegen nach Ziffer 9.1.1 VG vor, wenn Personen beim Spazierengehen bei einer Geschwindigkeit von 3 bis 4 km/h, beim Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, bei leichter körperlicher Arbeit, Beschwerden haben und wenn bei ihnen darüber hinaus pathologische Messdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt wenigstens 2 Minuten lang auftreten.

[210] Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 09.02.2017, L 13 SB 10/15, juris Rn. 5, 13, 26. Im vom Landessozialgericht zu entscheidenden Fall, war die dortige Klägerin als nicht in der Lage angesehen worden, ohne erhebliche Schwierigkeiten, Wegstrecken im Ortsverkehr, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden können, zu bewältigen. Zwar konnte sie objektiv noch 2000 Meter innerhalb von 30 bis 40 Minuten zu Fuß gehen, allerdings war sie aufgrund der erheblichen Gedächtnisstörungen, die sich in Orientierungsstörungen äußerten, nicht in der Lage sich zielgerichtet auf Wegstrecken zu Fuß in dem besagten Zeitraum zu bewegen. Sie konnte sich im Straßenverkehr und auf Wegen, die sie nicht täglich benutzt, nur schwer zurechtfinden. Ihr Alt- und Neugedächtnis war deutlich gestört. Ihr Konzentrationsvermögen war stark herabgesetzt. Im öffentlichen Straßenraum verlor sie die Orientierung und geriet in Panik. Hier liege auf der Hand, dass sich die Klägerin wegen der Merk- und Orientierungsstörungen im Straßenverkehr in Gefahr für sich selbst bringen würde.

- [211] Diesbezüglich gilt, dass wenn der Gesamt-GdB auf orthopädischem Gebiet nur 70 beträgt, dass in einem solchen Fall kein Merkzeichen „aG“ zu vergeben ist, insbesondere dann nicht, wenn der Kläger nicht vom ersten Schritt an auf einen Rollstuhl angewiesen ist (vgl. dazu Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 13.03.2020, L 13 SB 115/18, juris Rn. 59 und das LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 16.06.2015, L 7 SB 12/14 juris Rn. 28).
- [212] Vgl. dazu Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 15.06.2020, L 7 SB 27/20 B ER, juris Rn. 37. Andere sind noch restriktiver und führen aus, dass auch kein Merkzeichen „aG“ zu vergeben ist, wenn der Schwerbehinderte Mensch Wegstrecken von 30 bis 50 m zurücklegen kann und erst danach eine Pause einlegen muss. Siehe dazu Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Urteil vom 16.06.2015, L 7 SB 12/14, juris Rn. 28.
- [213] Siehe Gesetzesbegründung zur erheblichen mobilitätsbezogenen Teilhabebeeinträchtigung BT-Drs. 18/9522, S. 318.
- [214] Dieser Fall ist angelehnt, an das Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt, Urteil vom 16.06.2015, L 7 SB 12/14, juris Rn. 28.
- [215] Hier wurde zurückgegriffen auf das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 25.08.2005, L 7 SB 176/04

juris Rn. 22. Siehe auch Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 14.05.2019, L 3 SB 22/17, juris Rn. 38, 43.

[216] Siehe für das Merkzeichen „G“, SG Aachen, Urteil vom 23.04.2019, S 12 SB 656/17, juris Rn. 49.

[217] Einen ähnlichen Fall – aber ohne Demenz hatte das Sozialgericht Augsburg, Urteil vom 31.07.2014, S 8 SB 301/13, juris Rn. 8, 24, 35 zu entscheiden. Die Angsterkrankung war einem Anfallsleiden vergleichbar und auch potenziell regelmäßig. Er kann nur vertraute Strecken ohne Zeitdruck bewältigen, nicht aber zur Bushaltestelle gelangen oder eine unvertraute Strecke mit Zeitdruck schaffen. Hier stehen ihm die Merkzeichen „G“ und „B“ zu.

[218] Vgl. § 14 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI).

[219] Siehe dazu Bundessozialgericht Urteil vom 12.02.2003, B 9 SB 1/02 R, juris Rn. 12, siehe auch Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 11.05.2022, L 13 SB 97/20, juris Rn. 26

[220] Vgl. dazu Bundessozialgericht, Urteil vom 29.08.1990, 9a/9 RV 7/89, juris Rn. 16; Urteil vom 12.02.2003, B 9 SB 1/02 R, juris Rn. 15, Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 11.05.2022, L 13 SB 97/20, juris Rn. 27.

[221] Vgl. Sozialgericht Aachen, Urteil vom 23.04.2019, S 12 SB 656/17, juris Rn. 44 ff. Siehe auch Bundessozialgericht, Beschluss vom 27.12.2018, B 9 SB 5/18 BH, juris Rn. 2, 5.

- [222] Der Fall ist angelehnt an das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 26.07.2021, L 3 SB 696/21, juris Rn. 48 f.
- [223] Bei der Herabsetzung der Sehschärfe auf 1/50 ist die Richtlinie der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) heranzuziehen, die hierzu verschiedene Fallgruppen enthält, vgl. dazu Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 19.12.2016, L 15 BL 9/14, juris Rn. 43 ff.
- [224] Siehe Bundessozialgericht Urteil vom 11.08.2015, B 9 BL 1/14 R, juris Rn. 17, 21 f., 26. Es ist auch aufgrund von Erkenntnisschwierigkeiten nicht mehr erforderlich, dass nachgewiesen wird, dass eine schwere Störung des Sehvermögens vorliegt und damit die visuelle Wahrnehmung deutlich stärker betroffen ist, als die Wahrnehmung anderer Sinneswahrnehmungen z. B. des Hörvermögens oder des Tastsinns.
- [225] Vgl. dazu Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 19.12.2016, L 15 BL 9/14, juris Rn. 27, 65, 67. Dies gilt, wenn der Sehvorgang selbst betroffen ist oder die Beeinträchtigung der visuellen Fähigkeiten durch allgemeine Störungen hervorgerufen wird. Daher reicht es sogar, wenn eigentlich nicht der Sehvorgang betroffen ist, sondern die Verminderung oder Aufhebung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit nur durch eine allgemeine Beeinträchtigung wie eine schwere Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörung verursacht wird. Denn ob eine Sehstörung tatsächlich vorliegt, lässt sich gerade

bei schwerstbehinderten Menschen aufgrund mangelnder geeigneter Untersuchungsmethoden kaum feststellen.

- [226] Die RL Pflege ist unter <https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtung> abrufbar (Abrufdatum 21.05.2024).
- [227] Vgl. dazu Statistisches Bundesamt wonach die erwartete Zahl an Pflegekräften laut Pflegekräftevorausberechnung im Jahr 2049 zwischen 280.000 und 690.000 unter dem erwarteten Bedarf liege,
<https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/0> (abgerufen am 04.06.2024).
- [228] Vgl. dazu Dietrich, Kriminalstatistik 2022, S. 59 ff. Siehe auch Scharpegge, Kriminalistik 2020, 414 ff.
- [229] Es wird diskutiert, ob das Sozialamt eine demente Seniorin, welche über einen Pflegegrad 4 verfügt und aufgrund einer COPD Erkrankung 16 Stunden am Tag auf eine Sauerstoffzufuhr angewiesen ist und eine Rund-um-die-Uhr-Pflegekraft benötigt, welche bei ihr zu Hause lebt und bei der die Ersparnisse der Seniorin inzwischen durch die Pflege vollständig aufgebraucht sind, dazu zwingen kann, ins Pflegeheim zu gehen. Vgl. dazu Nicola Tauer in: Die Rheinpfalz, Artikel vom 30.05.2024 „Kann das Sozialamt die Oma ins Pflegeheim schicken?“
https://www.rheinpfalz.de/lokal/kreis-germersheim_artikel,-kann-das-sozialamt-die-oma-ins-pflegeheim-schicken-

[_arid,5652646.html](#) (abgerufen am 04.06.2024). Im vorliegenden Fall ist bereits ein Ablehnungsbescheid des Sozialamts zur Kostenübernahme der ambulanten Hilfe zur Pflege ergangen, gegen den Widerspruch erhoben wurde. Das Sozialamt zahlt aber vorübergehend weiter unter der Voraussetzung, dass die Seniorin auf einer Warteliste eines Pflegeheims steht und dort angemeldet wird. Es liegt ein Attest der Hausärztin vor, wonach sie einen Heimaufenthalt für die Seniorin nicht empfehlen könne. Das Sozialamt ist hier der Auffassung, dass dieses Attest keine Unzumutbarkeit der stationären Betreuung begründe. Das weitere Vorgehen bleibt abzuwarten. Das Hessische Landessozialgericht, Beschluss vom 19.05.2009, L 9 SO 65/09 B ER, juris Rn. 5 hatte dazu aber in einem Fall, wo es darum ging, ob der Demenzkranke in einer Demenz-Wohngemeinschaft verbleiben durfte oder in ein Pflegeheim umziehen muss, dem Demenzkranken Recht gegeben. § 13 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) mache die Leistungserbringung ausdrücklich von den Erfordernissen des Einzelfalles für die Deckung des Bedarfs abhängig. § 13 Abs. 1 Satz 5 und 6 SGB XII verpflichte die Behörde bei der Entscheidung über die Zumutbarkeit der Unterbringung in einer stationären Einrichtung, die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände angemessen zu berücksichtigen. Diesen Vorgaben sei die Antragsgegnerin im Rahmen der ihr obliegenden Amtsermittlung nicht nachgekommen. Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber der ambulanten Pflege grundsätzlich Vorrang vor der stationären Pflege eingeräumt habe (§ 13 Abs. 1 Satz 3 und

4 SGB XII). Im Übrigen habe die Antragstellerin mehrere Gutachten vorgelegt, die ihr die Erforderlichkeit der ambulanten Betreuung in der Demenz-WG attestieren und den Umzug in ein Pflegeheim als übermäßige Belastung einstufen. Die Antragsgegnerin hätte daher eigene Ermittlungen zur Frage der Zumutbarkeit der Unterbringung in einer stationären Einrichtung anstellen müssen. Insoweit wird es in diesem Fall wohl darauf ankommen, inwieweit das Sozialamt hier aufgrund des vorliegenden Attests eigene Ermittlungen zur Zumutbarkeit der Unterbringung in die stationäre Einrichtung angestellt hat.

[230] Das soziale Entschädigungsrecht ist im Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12.12.2019, BGBl. 2019 I, S. 2652 ff., zuletzt geändert durch Art. 11 des Gesetzes vom 22.12.2023, BGBl. 2023 I Nr. 408 enthalten. Vgl. zu etwaigen Konkurrenzverhältnissen und dem grundsätzlichen Vorrang des SGB XIV gegen denselben Kostenträger (Bund oder ein Land) mit den Ausnahmen im Falle der beamtenrechtlichen Unfallfürsorge und für den Fall des Zusammentreffens eines Entschädigungsanspruchs nach den §§ 13 ff. mit einem Schadensersatzanspruch aufgrund fahrlässiger Amtspflichtverletzung gemäß § 839 Abs. 1 BGB die Kommentierung von Bindig in: Hauck/Noftz SGB XIV, Grw., § 8 SGB XIV Rn. 3 ff.

[231] Vgl. allgemein zu den verschiedenen Leistungsarten Art. 3 SGB XIV. Vgl. im speziellen zu den einzelnen Leistungsarten

Tabbara, NZS 2020, 210 (214 ff.). Siehe auch Hökendorf, WzS 2022, 91 (95).

[232] Vgl. dazu BT-Drucksache 19/13824, S. 1. Siehe zum erleichterten Verfahren § 115 SGB XIV. Die sog. schnellen Hilfen werden in einem erleichterten niedrigschwelligen Verfahren möglichst zeitnah geleistet. Die Traumaambulanzen garantieren in bis zu 15 Sitzungen eine frühe psychotherapeutische Intervention zur Verhinderung des Eintritts oder der Chronifizierung einer psychischen Erkrankung (§ 31 Abs. 1, 34 Abs. 1 SGB XIV). Das Fallmanagement ermöglicht dabei, dass durch einen Antrag alle möglichen Leistungen beansprucht werden können. Hier erfolgt eine individuelle Begleitung des Geschädigten durch die Behörde im Antragsverfahren. Auch wird der Geschädigte bei der Antragstellung bezüglich anderer Sozialleistungen unterstützt. Vgl. zum Fallmanagement und der hier möglichen Leistungen § 30 Abs. 5 SGB XIV. Vgl. dazu insgesamt Tabbara, NZS 2020, 210 (212, 214).

[233] Vgl. dazu BT-Drucksache 19/13824, S. 1. Zuvor war dies geregelt in dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (Opferentschädigungsgesetz – OEG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 07.01.1985, BGBl. 1985 I S. 1, zuletzt geändert durch Art. 9 des Gesetzes zur Förderung eines inklusiven Arbeitsmarkts vom 06.06.2023 (BGBl. 2023 I Nr. 146). Die Opfer der Weltkriege waren im Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG) und die Zivildienstleistenden, die eine gesundheitliche

Schädigung erlitten haben, waren durch das Gesetz über den Zivildienst der Kriegsdienstverweigerer (Zivildienstgesetz – ZDG), in der Fassung der Bekanntmachung vom 17.05.2005 (BGBl. 2005 I S. 1346, ber. S. 2301), zuletzt geändert durch Art. 7 des Gesetzes zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts vom 12.12.2019 (BGBl. 2019 I S. 2652) und die Impfschäden waren von dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG), vom 20.07.2000, (BGBl. 2000 I S. 1045) erfasst.

[234] Vgl. Gesetz über die Rehabilitierung und Entschädigung von Opfern rechtsstaatswidriger Strafverfolgungsmaßnahmen im Beitrittsgebiet (Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz – StrRehaG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 17.12.1999 (BGBl. 1999 I S. 2664), zuletzt geändert durch Art. 12 Teilhabestärkungsgesetz vom 02.06.2021 (BGBl. 2021 I S. 1387).

[235] Dabei sind das schädigende Ereignis, die Schädigung und die Schädigungsfolge im Vollbeweis nachzuweisen. Danach ist eine Tatsache bewiesen, wenn sie in so hohem Maße wahrscheinlich ist, dass die Umstände nach vernünftiger Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens und nach allgemeiner Lebenserfahrung geeignet sind, die volle richterliche Überzeugung zu begründen. Dabei ist eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit ausreichend. Allerdings sind dabei auch die Beweiserleichterungen des § 117 SGB XIV zu beachten. Hinsichtlich der Kausalität ist

kausal und eine wesentliche Bedingung gegeben, wenn z. B. die Schädigung wesentlich zum Erfolg (der Schädigungsfolge) beigetragen hat. Aus der Fülle der Ursachen sind dabei diejenigen Ursachen rechtlich erheblich, die bei wertender Betrachtung wegen ihrer besonderen Beziehung zu dem Erfolg bei dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Dies ist der Fall, wenn sie unter Abwägung des verschiedenen Wertes zu dem Erfolg in besonders enger Beziehung stehen, wobei Alleinursächlichkeit nicht vorausgesetzt wird. Dabei gilt nach § 4 Abs. 4 SGB XIV, dass Kausalität bzw. Wahrscheinlichkeit gegeben ist, wenn nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft mehr für als gegen einen ursächlichen Zusammenhang spricht. Auch wird nach § 4 Abs. 5 SGB XIV bei psychischen Gesundheitsstörungen die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs im Einzelfall vermutet, wenn diejenigen medizinischen Tatsachen vorliegen, die nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft geeignet sind, einen Ursachenzusammenhang zwischen einem nach Art und Schwere geeigneten schädigenden Ereignis und der gesundheitlichen Schädigung und der Schädigungsfolge zu begründen und diese Vermutung nicht durch einen anderen Kausalverlauf widerlegt wird. Vgl. dazu insgesamt Hökendorf, WzS 2022, 91 (92, 94), der auch auf die rudimentäre Regelung in Teil C VG und etwaigen erweiterten Regelungsbedarf diesbezüglich verweist.

- [237] Vgl. dazu BT-Drucksache 19/13824, S. 1 f. Vgl. ausführlich zur psychischen Gewalt Bischofs, SGB 2022, 21 (23 ff.). Vgl. zu den Schockschäden § 14 Abs. 2 SGB XIV.
- [238] Dabei muss es sich um einen vorsätzlichen, rechtswidrigen, unmittelbar gegen die Person des an Demenz Erkrankten gerichteten tätlichen Angriff oder dessen rechtmäßige Abwehr handeln (vgl. dazu § 13 Abs. 1 Nr. 1 SGB XIV).
- [239] Die obigen Fallvarianten greifen nur ein, wenn die Höchstbetragsregelung des Entschädigungsfonds für Schäden aus Kraftfahrzeugen nach § 12 Pflichtversicherungsgesetz nicht ausreicht (siehe dazu § 18 SGB XIV), was vorliegend unterstellt wird. Siehe dazu Tabbara, NZS 2020, 210 (213). Vgl. dazu, dass beim Schockschaden eine personale oder emotionale Nähe nicht verlangt wird, wenn nur eine zeitliche und örtliche Nähe besteht, Bundessozialgericht, Beschluss vom 27.08.2020 – B 9 V 5/20 B, juris Rn. 9.
- [240] Dies bejahend z. B. Hökendorf, WzS 2022, 91 (93).
- [241] Vgl. dazu Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 28.04.2022 – L 6 VJ 254/21, juris Rn. 58, 67 ff.
- [242] Vgl. dazu ein Fall, in dem es um eine Impfung gegen Hepatitis A mit dem Impfstoff H. und gegen die Influenza A (H1N1) mit dem Impfstoff P. ging und bei der Klägerin anschließend ein CFS auftrat. Hier hat das LSG Saarland den Ursachenzusammenhang jeweils verneint, da weder ein allgemein akzeptiertes Erklärungsmodell, noch eine

epidemiologische Datengrundlage vorlag und auch keine gute Möglichkeit des Ursachenzusammenhangs besteht, sondern der Sachverständige den Ursachenzusammenhang nur für möglich hielt, was dem Gericht nicht ausreichte. Vgl. dazu Landessozialgericht für das Saarland, Urteil vom 17.07.2021 – L 5 VE 7/17, juris Rn. 231 ff., Rn. 244 ff., wobei für die statistische Datengrundlage von dem Gericht das Paul-Ehrlich-Institut angefragt worden ist. Das Gericht hat ausgeführt, dass wenn die statistische Datengrundlage nicht aussagekräftig ist, dass dann auch keine „gute Möglichkeit“ festgestellt werden könne. Vgl. auch Bittner, NZS 2022, 888 (889).

[243] Im Gegensatz dazu werden die Beteiligten im Zivilprozess als „Parteien“ bezeichnet.

[244] Vgl. § 105 Abs. 1 SGG.

[245] Die Zustellung erfolgt per Postzustellungsurkunde bei Naturalbeteiligten und per elektronischem Empfangsbekenntnis bei Rechtsanwälten oder Behörden.

[246] Hierzu müsste der Kläger, der an einer Demenz- und Alzheimer-Erkrankung litt, eine vertragsärztliche Verordnung vorlegen, die Beaufsichtigung durch eine medizinische Fachkraft erfolgen und eine durch Demenz bestehende Gefährdung der zu pflegenden Person durch eine 1:1-Beaufsichtigung zur Vermeidung gefährlicher Situationen ausgeschlossen werden können. Im konkreten Fall benötigte

der Kläger eine Katheterversorgung und müsse mit einer Atemmaske versorgt werden. Da er an Demenz erkrankt sei, sei es ihm nicht möglich, diese medizinischen Geräte selbst zu bedienen. Eine unzureichende Bedienung der medizinischen Geräte führe zu lebensbedrohlichen Situationen. Vgl. hierzu Bayerisches Landessozialgericht, Beschluss vom 14.04.2021 – L 20 KR 81/21 B ER, juris Rn. 19 ff., 23.

[247] Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist. Dieses Gesetz dient der Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22; L 271 vom 16.10.2007, S. 18), die zuletzt durch den Delegierten Beschluss (EU) 2016/790 (ABl. L 134 vom 24.5.2016, S. 135) geändert worden ist.

[248] Vgl. Fachkommission nach § 53 PflBG: Rahmenpläne. o. O. 2019, S. 14
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dat/der-fachkommission.pdf> , Zugriff am 30.04.2024.

[249] Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der hochschulischen Pflegeausbildung, zu Erleichterungen bei der Anerkennung ausländischer Abschlüsse in der Pflege und zur Änderung weiterer Vorschriften (Pflegestudiumstärkungsgesetz – PflStudStG)

vom 24.05.2023.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dat>

[250] Vgl. Mamerow, R.: Praxisanleitung in der Pflege. Berlin, Heidelberg 2018, S. 33 f.

[251] Vgl. Fachkommission nach § 53 PflBG: Rahmenpläne. o. O. 2019, S. 14

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dat/der-fachkommission.pdf> , Zugriff am 30.04.2024.

[252] Vgl. Hofrath, C./Meng, M./Dorin, L.: Monitoring zur Umsetzung der Pflegeausbildungen. Ergebnisse der ersten Erhebungswelle 2022/2023 aus dem BIBB-Pflegepanel. Bonn 2024, S. 16 ff.

<https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/19518> , Zugriff am 30.04.2024.

[253] Vgl. Mamerow, R.: Praxisanleitung in der Pflege. Berlin, Heidelberg 2018, S. 34.

[254] Vgl. Morche, S.: Der kleine Morgen. Die Renaissance des Kindes in der UN-Kinderrechtskonvention. Berlin 2008.

[255] Vgl. Rodeck, B.: Das Recht von Kindern auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit vor dem Hintergrund gesundheitsökonomischer Krisen. Herausforderungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Frühe Kindheit 06/2023.

https://www.dgkj.de/fileadmin/user_upload/Meldungen_2024/kindheit-Rodeck.pdf , Zugriff am 30.04.2024.

- [256] Vgl. von Gahlen-Hoops, W./Busch, J.: Curriculum für die Pflege von Kindern und Jugendlichen. Weiterbildungskonzept. In: Die Schwester/Der Pfleger. Melsungen 03/2024, S. 74 ff.
- [257] Vgl. Peters, M./Thiel, S./Hamacher, M.: Kinderspezifische Kompetenzen vermitteln. Spezialisierungsprogramm Pädiatrische Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger. Melsungen 12/2023, S. 70 ff.
- [258] Vgl. Morche, S.: Expertengespräch mit dem Vorstandsvorsitzenden Florian Schuhwerk vom Berliner Verbund der Pflegeschulen e. V. Berlin 2024.
- [259] Vgl. ebd.
- [260] Vgl. ebd.
- [261] Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.): Angebote zur Unterstützung im Alltag. Leitfaden für Beratung und Gruppenarbeit. Berlin 2021.
- [262] Vgl. Jürgensen, A.: Im Dschungel der Regelungen. Pflegeassistenz in Deutschland. In: Die Schwester/Der Pfleger. Melsungen 04/2024, S. 72 ff.
- [263] Kübler-Ross, E.: Interviews mit Sterbenden. Stuttgart o. J., S. 16.

- [264] Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Zahl der Woche Nr. 38 vom 20.09.2022.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2022/PD22_38_p002.html
- [265] Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (Hrsg.): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Infoblatt 1.
https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigke
Zugriff am 03.06.2024.
- [266] Vgl. DGN e. V./DGPPN e. V. (Hrsg.): S3-Leitlinie Demenzen, Langversion, AWMF-Register Nr. 038-013, Stand 28.11.2023, S. 13, <https://www.awmf.org/service/awmf-aktuell/demenzen> , Zugriff am 02.05.2024.
- [267] Köther, I. (Hrsg.): Altenpflege. Stuttgart, New York 2016, S. 468.
- [268] Vgl. Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.): Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache. Wort „Demenz“. <https://www.dwds.de/wb/Demenz> , Zugriff am 24.04.2024.
- [269] Vgl. Wirsing, K.: Psychologie für die Altenpflege: Lernfeldorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch. Weinheim, Basel 2007, S. 73 f.
- [270] Vgl. Köther, I. (Hrsg.): Altenpflege. Abb. 19.4. Stuttgart, New York 2016, S. 469.

- [271] Vgl. MDS (Hrsg.): Grundsatzstellungnahme. Menschen mit Demenz – Begleitung, Pflege und Therapie. Dortmund 2019.
- [272] Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.): Angebote zur Unterstützung im Alltag. Leitfaden für Beratung und Gruppenarbeit. Berlin 2021.
- [273] Vgl. Perrar, K. M./Sirsch, E./Kutschke, A.: Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe. Stuttgart, New York 2007, S. 244 ff.
- [274] Vgl. Perrar, K. M./Sirsch, E./Kutschke, A.: Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe. Stuttgart, New York 2007, S. 138, 226.
- [275] Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.): Wege zu mehr Barrierefreiheit für Menschen mit Demenz. Berlin 2017.
- [276] Vgl. Perrar, K. M./Sirsch, E./Kutschke, A.: Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe. Stuttgart, New York 2007, S. 259 f.
- [277] Kitwood, T.: Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern 2008, S. 27.
- [278] Vgl. Kitwood, T.: Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern 2008, S. 122.
- [279] Vgl. ebd.
- [280] Vgl. Langfeldt-Nagel, M.: Gesprächsführung in der Altenpflege. Lehrbuch. München, Basel 2011, S. 163–177.

- [281] Vgl. Feil, N./de Klerk-Rubin, V.: Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München, Basel 2010.
- [282] Vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück 2019.
<https://www.dnqp.de/expertenstandards-und-auditinstrumente/> , Zugriff am 25.04.2024.
- [283] Vgl. Adrian Lobe. „Über die Körper der Künstlichen Intelligenz: Das Aussehen von Robotern ist auch eine ethische Frage“, Tagesspiegel vom 22.04.2024.
- [284] <https://www.sozialstation-erlenbach.de/> . Zugriff am 27.06.2024; vgl. auch Seniorenzentren der DRK Fulda: <https://www.drk-fulda.de/angebote/altenpflegeeinrichtungen/seniorenzentrum-bruder-konrad.html> .
- [285] Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland.
- [286] Marc Herwig, „Messe zur Pflege der Zukunft: Mit Künstlicher Intelligenz gegen den Pflegenotstand“ über den Altenpflege-Messekongress in Essen, dpa vom 22.04.2024. vgl. auch Demenz und Digitalisierung – bundesweiter Digitaltag zu Künstlicher Intelligenz am 7. Juni 2024 in „Wegweiser Demenz des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend“, Zugriff am 28.07.2024

- [287] Vgl. Lorenz von Hasseln, Technologischer Wandel als Transformation des Menschen. Forschungsprogramm Transhumanismus, 2021. Vgl. auch Podiumsdiskussion Uni Greifswald am 28.11.2023: Der Transhumanismus und der Traum von der Unsterblichkeit.
- [288] Matthias Fiedler. 28.10.2017. Interview im SPIEGEL: Depressionen in der Bundesliga. Warum so viele Fußballstars ihr seelisches Gleichgewicht verlieren.
- [289] <https://online-ringvorlesung.de/2023/03/07/kultur-anthropologie-den-alltag-unter-die-lupe-nehmen-2/>
- [290] Claudia Graef „Demenz braucht Dich! Teilhabemöglichkeiten in der Praxis“ Vortrag beim Teilhabetag am 03.ß6.2023 in Reichenwalde.
- [291] EFAR-Redaktion. Interview mit Rechtsanwältin Dr. Jessica Jacobi zur #stayonboard-Initiative. 08.03.2021 |