

Zwangsbehandlung und Zwangsernährung in der stationären Altenhilfe?

Pflegewissenschaftliche und rechtliche Aspekte

Bei der Versorgung alter Menschen im Pflegeheim stehen Pflegekräfte und Ärzte immer wieder vor dem Problem, dass die Bewohner/innen ihrer Einrichtung sich weigern, die ärztlich verordneten Medikamente einzunehmen, zu essen und zu trinken oder sich pflegen zu lassen. Häufig tritt dieses Phänomen bei demenzkranken Menschen ab dem mittleren Stadium ihrer Erkrankung auf. Es stellt sich dann die Frage, ob sie auch gegen ihren Willen und notfalls unter Anwendung von physischem Zwang medizinisch behandelt, gepflegt und ernährt werden dürfen. Geprüft werden soll im folgenden, ob einerseits die Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 1. Februar 2006¹ zur Frage der Zwangsbehandlungen im Rahmen einer zivilrechtlichen Unterbringung entsprechend auf diese Situationen im Pflegeheim angewendet werden kann und andererseits welche pflegewissenschaftlichen Strategien die Anwendung von Zwang von vornherein entbehrlich machen.

INHALT

I. Pflegewissenschaftliche Aspekte

Verweigerungshaltung ist ein komplexes Phänomen

Professioneller Aushandlungsprozess

Verweigerungsverhalten, störendes und herausforderndes Verhalten

Dementiell erkrankte Menschen und herausforderndes Verhalten

Zwangsmaßnahmen Vermeidung professionell vermeiden

Ernährung als grundlegende, komplexe pflegerische Herausforderung

Fazit

II. Rechtliche Aspekte

Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht

Zwangsbehandlung während einer zivilrechtlichen Unterbringung nach BGH

Ärztliche Behandlung und Pflege einwilligungsfähiger Heimbewohner

Zwangsbehandlung und Zwangsernährung einwilligungsunfähiger Heimbewohner?

Die Bedeutung der BGH- Rechtsprechung

Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht?

Der Wunsch des Betreuten

Der vorausverfügte Wille- Patientenverfügung und Zwang

Zwangsbehandlungen in der Praxis

Fazit

I. Pflegewissenschaftliche Aspekte

Verweigerungshaltung ist ein komplexes Phänomen

Zwangsbehandlungen und Zwangsernährung sind oftmals Ergebnis einer sich zuspitzenden Situation, in der es nicht gelungen ist, alternative Handlungs- und Interventionswege zu erhalten bzw. zu eröffnen. Aus der Perspektive der Pflegewissenschaft sind diese Situationen zu vermeiden! Sie stellen ein das Vertrauen zwischen Bewohner/innen und Pflegenden beeinträchtigendes wenn nicht sogar zerstörendes Ereignis dar und können als Handlungsoptionen zumeist nur über einen kurzen Zeitraum aufrechterhalten werden. Zwingend erforderlich sind pflegerische Interventionen, die von den Bewohner/innen angenommen und vor dem Hintergrund des pflegefachlichen Wissens sinnvoll sind.

Pflegende kennen die Problematik von Verweigerungshaltungen in den unterschiedlichen Fassetten, sie sind verankert im Alltag und oftmals Ausdruck schwerwiegender Probleme, die nicht zwingend aus dem Zustand der Bewohner/innen heraus zu erklären sind.

Entscheidend für eine einvernehmliche Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Bewohner/innen ist das Aushandeln von Leistungsvorstellungen, Wünschen und pflegerischen Notwendigkeiten. Pflegende haben dabei die Aufgabe, die Wünsche, Vorstellungen und Ansichten der Bewohner/innen zu erkunden und in die Leistungsplanung mit einzubeziehen. Andererseits müssen sie bei wichtigen gesundheitlichen Aspekten die Bewohner/innen davon überzeugen, dass fachliches Wissen in einigen Bereichen des Alltags von hoher Bedeutung sind und daher die Bewohner/innen aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit Leistungen von Pflegenden annehmen sollten, auch wenn sie diese früher nicht gebraucht haben. Hier hat der Aspekt „pflegerische Beratung“ immense Bedeutung, denn oftmals stehen die Bewohner/innen vor Lebenslagen, die ihre bisher erfolgreichen Handlungsstrategien in Frage stellen. Beratung muss biografisch verankert werden, d. h., Beratung muss die lebensweltlichen Perspektiven der Bewohner/innen erkennen und aktiv einbeziehen. Dieser Aushandlungsprozess wird über einen längeren Zeitraum gestaltet werden, denn nicht nur ändern sich die Perspektiven der Bewohner/innen, sondern auch die der Pflegenden. Die Pflegenden müssen ihr Fachwissen, das sich im Übrigen rasch weiterentwickelt, in den Aushandlungsprozess mit einbeziehen.

Professioneller Aushandlungsprozess

Nur wenn die Pflegenden konzeptionell orientiert sind, können sie den Aushandlungsprozess aktiv gestalten und auch schwierigere Themen mit den Bewohner/innen aushandeln und gestalten. Dies gilt insbesondere für Themen, die in der Lebensführung der Bewohner/innen verankert sind: Essen und Trinken, Bewegung, Kleiden, Beschäftigung usw. Und es gilt im besonderen Maße für Themen, die „neu“ für die Bewohner/innen sind. Hier handelt es sich beispielsweise um gesundheitliche Themen wie der Einsatz von präventiven Maßnahmen (z. B. Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe, Diätetik und Ernährungsumstellungen, konsequente Medikamenteneinnahmen usw.). Diese Themen müssen sicherlich intensiver beraten und ausgehandelt werden, denn sie stellen oftmals auch einen elementaren Eingriff in die persönliche Lebensführung dar.

* Professorin für Pflegewissenschaft an der Hochschule Esslingen.

** Professor für Familien- und Jugendrecht an der Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Pflege und Gesundheit, ehemals Vormundschaftsrichter.

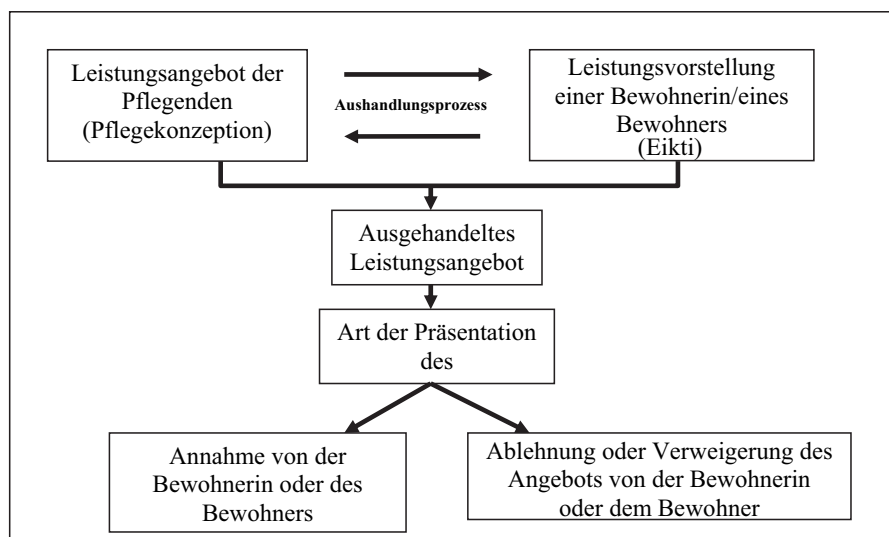
1 BtPrax 2006, 145 ff.

Pflegenden können Bewohner/innen nur die Leistungen anbieten, die sie mit ihnen (erfolgreich) ausgehandelt haben. Diese Leistungen können vom Stand der Pflegewissenschaft abweichen, wenn die Bewohner/innen dieses Leistungsniveau nicht annehmen wollen. Aber es ist eine Verpflichtung für die Pflegenden, die bestmögliche, evidenz-gestützten Pflege anzubieten und hier auch Alternativen mit den Bewohner/innen herauszuarbeiten. Diese Verpflichtung ist eine rechtliche und eine berufsethische. Über Annahme oder Ablehnung eines Angebotes kann aber auch die Art und Weise der Darbietung (z. B. freundliches, zugewandtes Verhalten) des Angebotes durch die Pflegenden entscheiden. Wie schon im Aushandlungsprozess ist die zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung ein zentraler Ausgangspunkt für Probleme. Pflegende, die professionelle Beziehungsgestaltung als Schwerpunkt ihrer Pflegearbeit begreifen, finden in aller Regel auch einen Weg, pflegerische Leistungen Bewohner/innen derart anzubieten, so dass sie sie auch annehmen können. Insbesondere an diesem Prozessschritt wird die Individualität im pflegerischen Leistungsgeschehen deutlich.

Diese kurze abstrakte Herleitung soll zeigen, dass „Verweigerungshaltungen“ komplexe Ursachen haben und nicht auf personenbezogene Aspekte reduziert werden sollten. Dies gibt auch für Probleme, die mit Bewohner/innen entstehen, die weniger stark in der Lage sind, ihre Interessen und Wünsche zu äußern oder selbst zu ordnen und zu erkennen. Das folgende Schaubild soll die oben beschriebenen Zusammenhänge nochmals systematisiert darstellen.

Verweigerungsverhalten, störendes und herausforderndes Verhalten

Bislang wurde der Begriff „Verweigerung“ bewusst eher alltagssprachlich verwendet. Verweigerungen gehören zum Alltag und schützen uns alle vor Handlungen, Verhaltensweisen und nicht zuletzt Leistungen, die wir für uns so oder in der angebotenen Art und Weise nicht wünschen. Verweigerungsformen können dabei ebenso komplex sein: Bewusst oder vorbewusst, eindeutig mitgeteilt oder verschlüsselt, verbal oder nonverbal ausgedrückt usw. Im Allgemeinen akzeptieren wir Verweigerung von Menschen und sehen darin ein Recht, das respektiert werden muss. Dies gilt aber oftmals nur in den Kontexten, in denen wir annehmen, dass Menschen die sie umgebene Realität begreifen, verstehen, angemessen interpretieren und adäquat handeln. Erste Probleme tauchen allerdings bereits dann auf, wenn Menschen Entscheidungen treffen,



die eine Mehrzahl anderer Menschen nicht trifft oder gar mit vermeintlich negativen Konsequenzen einhergehen (z. B. gesundheitsgefährdendes Verhalten). Die Rechtsprechung schafft hier einen Schutz und unterstreicht die persönlichen, weitgehenden Freiheitsrechte. Die Probleme, die in Pflegeheimen mit Menschen entstehen, die ihren freien Willen gegen das „Anraten“ von Professionellen und Angehörigen verteidigen sind aber gemessen an den Problemen, die entstehen, wenn Menschen nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind, die sie umgebene Realität umfassend zu erkennen und zu interpretieren, gering. Die Problematik im Zusammenhang mit Zwangsbehandlung und Zwangsernährung entsteht häufig im Kontext von Bewusstseinsbeschränkung. Aber hier sei auch auf eine ernstzunehmende Problematik noch hingewiesen, die eben nicht in diesem Kontext steht: Aus Forschungsstudien² wissen wir, dass Bewohner/innen bewusst Nahrung verweigern, um den Sterbeprozess einzuleiten. Wir wissen nicht, wie viele Bewohner/innen von der Strategie der Nahrungsverweigerung Gebrauch machen, aber wie kennen die verschiedenen Formen, die diese Nahrungsverweigerungen annehmen können.

Dementiell erkrankte Menschen und herausforderndes Verhalten

Die Bewohner/innen-Gruppe, die vom Thema „Zwangsbehandlung“ und „Zwangsernährung“ häufiger betroffen ist, ist die große Gruppe der dementiell erkrankten Menschen. Diese Gruppe ist äußerst heterogen, was nicht nur daran liegt, dass es mehr als 70 verschiedenen Demenzformen mit ihren unterschiedlichen Stadien gibt, sondern auch daran, dass die betroffenen Personen aus heterogenen Kontexten stammen. Ein Hauptsymptom der Demenz ist die Fehlinterpretation der Realität.³ Mit dieser Fehl-

interpretation gehen oftmals Verhaltensweisen einher, die als unangemessen, beleidigend, belästigend, aggressiv, fremd- und selbstgefährdend aber auch depressiv, zurückgezogen und menschlich isoliert erlebt und interpretiert werden. Die Frage, warum es zu diesen Verhaltensweisen kommt und warum sie so unterschiedlich sind, kann zurzeit nicht im vollen Umfang beantwortet werden. Jedoch ist deutlich, dass sie auch als Ausdruck von Hilflosigkeit im Umgang mit der sie umgebenden Realität verstanden werden können.

Die Forscher/innen Gruppe um Halek und Bartholomeyczik⁴ haben nicht nur versucht, unter dem Begriff „herausforderndes Verhalten“ diesen Symptomkomplex zu fassen und besser zu beschreiben, sondern auch Modelle zur Erklärung herausfordernden Verhaltens zu entwickeln. Dabei wird deutlich, dass die Verhaltensauffälligkeiten eben nicht nur aus der Person und ihrer Erkrankung heraus zu verstehen sind, sondern auch beispielsweise die (sozialen) Umgebungsfaktoren, Stressoren, physiologische Bedürfnisse (Hunger, Durst aber auch Schmerz) usw. herausforderndes Verhalten auslösen können. Auch verweisen sie auf internationale Ergebnisse der Pflegeforschung: „Cohen-Mansfield beobachtete in der Pflege, dass häufig das Gegenteil passiert, dass nämlich viele problematische Verhaltensformen durch Pflegenden verstärkt werden. Z. B. wird erst interveniert, nachdem ein Verhalten aufgetreten ist.“⁵

Zwangsbehandlung und Zwangsernährung stehen im Kontext von Verweigerungshaltungen der Bewohner/innen,

2 Vgl. Borker, Essenreichen in der Pflege, 1996 und ders. Nahrungsverweigerung in der Pflege, 2002.

3 Halek, M/Bartholomeyczik, S., Verstehen und Handeln, 2006, 23.

4 Halek/Bartholomeyczik (Fn. 3), 47 ff.

5 Halek/Bartholomeyczik (Fn. 3), 48.

die überaus intensiv und dramatisch erlebt werden können. Dabei wird möglicherweise übersehen, dass sich derartige Problem häufig über einen längeren Zeitraum hinweg entwickeln und im aktuellen Verweigerungsgeschehen, das sich oftmals im herausfordernden Verhalten zeigen kann, mündet. Professionell gesehen ist es eine zentrale Aufgabe der Pflegenden, diese potentiellen Prozesse zu vermeiden und falls sich nicht vermeidbar sind, Deeskalationsstrategien zu entwickeln.

Zwangmaßnahmen professionell vermeiden

Das Einleiten von Zwangsmaßnahmen kann oftmals als Ausdruck von Hilflosigkeit der Professionellen begriffen werden! Besonders problematisch ist, wenn sich diese Hilflosigkeit auf der Ebene der konzeptionellen Pflegearbeit befindet. Für die Pflegewissenschaft ist es kein neues Phänomen, dass Menschen pflegerische Angebote nicht sofort annehmen oder gar sich ihnen verweigern. Diese hängt, wie oben bereits beschrieben, zu einem gewissen Teil mit der Art der Leistung zusammen, die in intime Bereiche der persönlichen Lebensführung hereinragen. Für einige Menschen ist ein Pflegeangebot, das in diesen Bereich hereinragt, bereits angstausslösend. Professionell Pflegende erarbeiten für die von ihnen zu betreuenden Zielgruppen Pflegekonzepte, die sicherstellen, dass die individuellen Problemstellungen früh erkannt und in die Arbeit integriert werden. Dies ist für alle pflegerischen Kontexte wichtig! Bei der Pflege von Menschen, die zeitweise oder permanent Probleme im Verstehen und Interpretieren der Realität haben, ist selbstverständlich ebenfalls ein fundiertes Pflegekonzept von Nöten, das insbesondere dem aus diesem Symptom resultierenden herausfordernden oder verweigernden Verhalten Rechnung trägt. Zentrale Ziele sind hier, dass sich Situationen nicht zuspitzen, verschiedene Handlungsmöglichkeiten erhalten bleiben, stereotype Verhaltensweisen aufgebrochen werden, innerpsychische Konflikte ausgeglichen werden, Beziehung und Kontakt zu den Bewohner/innen erhalten bleibt und Vertrauen zunimmt. Oftmals sind gezielte Deeskalationsstrategien gefragt, die vermeiden, dass derartige Zuspitzungen das Ergebnis von alltäglichen Konflikten werden.

Ernährung als grundlegende, komplexe pflegerische Herausforderung

Alltägliche Konflikte „entbrennen“ an alltäglichen Abläufen, Gewohnheiten, Tätigkeiten. So ist es doch nicht verwunderlich, dass gerade das Thema

„Ernährung“ derart prominent ist. Der am 1.9.2007 veröffentlichte Bericht des MDS (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) zeigt, dass rund 30 % der stationären Pflegeeinrichtungen im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung als qualitativ unzureichend bewertet werden.⁶ Leider können hiervon keine Aussagen abgeleitet werden, wie viel Prozent der Bewohner/innen tatsächlich fehl- und unterernährt sind. Jedoch darf befürchtet werden, dass es sich hier um ein gravierendes pflegerisches Qualitätsproblem handelt. Die Signale aus den USA,⁷ die schon erheblich länger auf dieses Phänomen in ihren stationären Pflegeheimen hinweisen machen deutlich, dass Qualitätsprobleme vorliegen, die nicht durch isolierte Zwangsmaßnahmen oder andere Zwangsmaßnahmen zu beheben sind! Beispielsweise zeigen diese Studien, dass ein hoher Anteil nicht oder nur schlecht ausgebildeter Pflegehilfskräfte die Ernährungssituation der Bewohner/innen drastisch verschlechtert. Bei dem mittlerweile hohen Anteil von demenziell erkrankten Menschen in Pflegeheimen ist auch das nicht verwunderlich. Es ist nämlich eine sehr anspruchsvolle Aufgabe, demenziell erkrankte Menschen in diesem Lebensbereich professionell zu helfen. Hier bedarf es Interventionskonzepten, die genau auf die Zielgruppen abgestellt sind und von den Pflegenden gut beherrscht werden. Leider kann im Rahmen dieses Artikels nicht näher auf das Thema „Interventionen“ eingegangen werden, jedoch möchte ich darauf hinweisen, dass mittlerweile ein **beachtliches Pflegefachwissen** hierzu vorliegt,⁸ das den Pflegenden vermittelt und selbstverständlich auch durch umfangreiche Pflegeforschung begründet und erweitert werden muss. Hierzu müssen Bildungs- und Forschungsgelder in angemessener Höhe zur Verfügung gestellt werden!

Zudem muss deutlich hervorgehoben werden, dass die Stabilisierung der Ernährungssituation der betroffenen Bewohner/innen **zeitintensiv** ist! Insbesondere wenn Pflegenden versuchen, die Bewohner/innen zu motivieren, selbstständig zu essen und zu trinken oder gar ihre Ernährungsgewohnheiten zu verändern, brauchen sie für diese im täglichen Lebensrhythmus wiederkehrenden Situationen Zeit. Das Begleiten einer Mahlzeit, die ein demenziell erkrankter Bewohner/eine Bewohnerin versucht selbstständig einzunehmen, kann über eine Stunde dauern. Diese Zeit kann in allen Einrichtungen (aus Kostengründen) nicht zur Verfügung gestellt werden. Oftmals übernehmen Angehörige oder nicht ausgebildete Personen (z. B. Ehrenamtliche oder Helfer/innen mit niedriger Qualifikation) diese unterstützende Tätigkeit. Das kann zu

den Ergebnissen führen, die uns aus amerikanischen Pflegeeinrichtungen bekannt sind: Unterernährung und Fehlernährung.

Die Sicherstellung einer adäquaten Ernährung von Bewohner/innen, die demenziell erkrankt sind, ist komplex. Da es sich in aller Regel um alte Menschen handelt, kommen weitere Anforderungen hinzu. Viele demenziell erkrankte Menschen brauchen eine andere Menge und Zusammensetzung der Ernährung (z. B. ist der Kalorienbedarf von agitierten Bewohner/innen deutlich höher). Es ist wichtig, dass professionell festgestellt wird, welche Ernährung in welcher Menge gebraucht wird und wie diese Ernährung den Bewohner/innen angeboten werden können, so dass diese sie über den Tag verteilt auch zu sich nehmen. Zudem muss von Pflegenden erkundet werden, warum Bewohner/innen möglicherweise Nahrung ablehnen bzw. nicht zu sich nehmen. Beispielsweise fand die amerikanische Pflegeforscherin Kayser-Jones heraus, dass oftmals schlechte Mundhygiene oder nicht erkannte Schluckstörungen zu einer Verweigerungshaltung führen.⁹

6 Bergius, M.; Alte Menschen in Not“ in: Frankfurter Rundschau vom 1.9.2007, 53.

7 Z. B. Kayser-Jones, Keine Zeit für Ernährung, Pflegeforschung aus den USA zur Situation von Heimbewohnern (Teil 1 und Teil 2)“ in Heilberufe, 7 & 8, 2005, 38 ff.

8 Z. B. Hantikainen/Helenius, „Störendes Verhalten Iterer HeimbewohnerInnen und die Anwendung von Pflegemethoden: Eine deskriptive Studie über schweizer Pflegeheime“ in: Pflege, 11, 78 – 88; Heeg et al 2004, Abschlussbericht zum Modellprojekt Milieutherapie – Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS); Heeg, S.; Radzey, B.; Kuhn, C., Praktizierte Versorgungs- und Betreuungskonzepte in: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.), Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzkranke in (teil-) stationären Altenhilfeeinrichtungen, 2000; Kuratorium Deutsche Altershilfe, Menschen mit Demenz erreichen: Hilfen zur Kommunikation, 2004; Niebuhr, Interviews mit Demenzkranken. Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen aus der Sicht der Betroffenen, Köln 2004; Oppikofer et al, Demenzpflege-Evaluation. Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz im Pflegeheim, Züricher Schriften zur Gerontologie 2005, Nr. 2; Schwert, „Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit: Anforderungen an die Qualifikation professioneller Helferinnen und Helfer“ In: Zeitschrift für medizinische Ethik 2005, S 60 – 75; Schwerdt/Tschäner, „Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen“ in: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band 3, S 181 – 287), 2002; Sowinski, Chr, „Menschen mit Demenz erreichen: Die besondere Bedeutung der Kommunikation für das KDA-Türöffnerkonzept“, 2004; Tackenberg, P. und Abt-Zegelin A, Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung, 2001.

9 Kayser-Jones (Fn. 7), 43.

Fortschrittliche Einrichtungen haben die Bedeutung des Themas „Ernährung“ erkannt und angemessene Konzepte entwickelt. Diese Konzepte enthalten mindestens folgende Aspekte: Instrumente zur Erkundung der Ernährungssituation (Assessment-Instrumente) unter Einbeziehung von den bisherigen Ernährungsgewohnheiten und erkrankungsbedingten Faktoren (z. B. Schluckstörungen, Magenbeschwerden, Verletzungen im Mundraum, Zahnstatus, Geschmacksstörungen oder die Notwendigkeit, die Nahrung speziell zusammenzusetzen) sowie individuelle zeitliche Erfordernisse bei der Nahrungsaufnahme. Darüber hinaus enthalten diese Konzepte Instrumente zur Beratung und Anleitung sowie gezielte Interventionen zur Unterstützung und Verbesserung der Ernährungssituation sowie Evaluationsinstrumente, die anzeigen, ob der Ernährungsstatus zufrieden stellend ist. Pflegekonzepte können von ausgebildeten Pflegenden entwickelt und umgesetzt werden. Der Einsatz von nicht ausgebildeten Pflegehilfskräften in diesem Kontext ist gefährlich, da sie diesen komplexen Handlungsanforderungen nicht gewachsen sein können.

Fazit

Ein Ziel moderner Pflegekonzepte ist es, Zwangsmaßnahmen jeglicher Art zu vermeiden. Die erforderlichen Interventionen zur Ernährungsunterstützung sind zwar (noch) nicht alle beforscht, aber es besteht bereits ein beträchtliches Wissen zu dem Thema! Es ist nun erforderlich, dass die Pflegenden und die Verantwortlichen in den Einrichtungen gezielt die erforderliche Bildung erhalten und in konzeptioneller Arbeit umsetzen.

Aus Sicht einer Pflegewissenschaftlerin ist der Einsatz von Zwangsmaßnahmen überaus kritisch zu bewerten und muss eine Ausnahme im pflegerischen Handeln darstellen: Er deutet möglicherweise auf eine gewisse Konzeptlosigkeit, mangelndes Fachwissen der Pflegenden und/oder auf einen Fachkraftmangel hin. Zwangsmaßnahmen wie etwa die Zwangsernährung sollten fachlich gesehen das letzte Mittel der Wahl sein und immer eine Überprüfung der eigenen konzeptionellen Arbeitsweisen nach sich ziehen. Eine besondere Verpflichtung haben die Mitarbeiter/innen im Pflegemanagement, die die pflegfachliche Verantwortung tragen und den Bewohner/innen Selbstbestimmung, Sicherheit, Schutz, würdevolle Behandlung und fundierte, nach den neusten Erkenntnissen der Pflegewissenschaft konzipierte Pflegeleistungen anbieten bzw. zu sichern. Diese Maximen, die sich in den Leitbildern der Einrichtungen wieder finden, müssen für alle Bewohner/

innen engagiert verfolgt werden. Pflegefachlich fundierte Unterstützung dürfen sich die Pflegenden auch von dem nationalen Expertenstandard zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, der zurzeit von Pflegeexpert/innen unter Federführung des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)¹⁰ entwickelt und im Oktober 2008 von der Berufsgruppe der Pflegenden konsentiert wird, erhoffen.

II. Rechtliche Aspekte

Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht

Im Betreuungsrecht ist die Anwendung physischer Gewalt zur Vornahme einer ärztlichen Untersuchung, einer Behandlung oder eines Eingriffs bei einwilligungsunfähigen Betroffenen nicht ausdrücklich geregelt. Nach der Begründung des Betreuungsgesetzes¹¹ sollen jedoch Zwangsbehandlungen im Rahmen einer gesetzlichen Betreuung nicht grundsätzlich verboten sein. Nichteinwilligungsfähige Betreute dürften nicht von Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen ausgeschlossen werden, da ansonsten ihre gesundheitliche Versorgung und damit letztlich ihr Wohl an ihrer mangelnden Einsicht oder Urteilsfähigkeit scheitern würde. Unter welchen Umständen und in welchen Grenzen darf jedoch Zwang in Form von physischer Gewalt angewendet werden, um den Widerstand aus fürsorglichen Gründen zu überwinden?

Zwangsbehandlung während einer zivilrechtlichen Unterbringung nach BGH

Der Argumentation in der Gesetzesbegründung und der überwiegenden Ansicht in Literatur und Rechtsprechung folgend hat der Bundesgerichtshof in seinem Beschluss vom 1.2.2006¹² festgestellt, dass der Betreuer als gesetzlicher Vertreter des Betreuten grundsätzlich befugt ist, in ärztliche Maßnahmen auch gegen den natürlichen Willen eines im Rechtssinne einwilligungsunfähigen Betreuten einzuwilligen.

Im Rahmen einer genehmigten Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB umfasst diese Befugnis nach Meinung des BGH ausnahmsweise auch das Recht, erforderlichenfalls einen der ärztlichen Maßnahme entgegenstehenden Willen des Betreuten zu überwinden. Zurecht hat das Gericht argumentiert, dass diese Vorschrift nur sinnvoll dahin ausgelegt werden könne, dass der Betreute die notwendigen medizinischen Maßnahmen, in die der Betreuer zu seinem Wohl eingewilligt hat, und dertwegen der Betreute untergebracht wer-

den darf, unabhängig von seinem möglicherweise entgegenstehenden Willen während der Unterbringung zu dulden hat.¹³ Die Entscheidung fand in der Literatur teils Zustimmung, teils auch Kritik.¹⁴ Die vom BGH für zulässig gehaltene „Überwindung“ des entgegenstehenden Willens des Betreuten bedeutet, dass physischer Zwang – z. B. durch kurzfristige Fixierung während einer Injektion – angewendet wird. Je größer der geleistete Widerstand des Betreuten ist, umso strenger muss indessen im Hinblick auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit geprüft werden, ob der therapeutische Nutzen der fraglichen ärztlichen Maßnahme die Anwendung von Zwang rechtfertigt. Denn nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts¹⁵ ist die Freiheit der Person ein so hohes Rechtsgut, dass sie nur aus besonders gewichtigem Grund angetastet werden darf. Die Einschränkung dieser Freiheit sei daher stets der strengen Prüfung am **Grundsatz der Verhältnismäßigkeit** zu unterziehen. Bei „weniger gewichtigen Fällen“ müsse eine derart einschneidende Maßnahme unterbleiben und somit auch dem psychisch Kranken in gewissen Grenzen die „Freiheit zur Krankheit“ belassen bleiben. Dies bedeutet, dass auf eine Zwangsbehandlung verzichtet werden muss, wenn der therapeutische Nutzen die Überwindung des Widerstands des Betreuten nicht rechtfertigt, auch wenn der Betreute dadurch einen gesundheitlichen Nachteil erleidet.

Es ist **Aufgabe des Betreuers**, im Dialog mit Arzt und Pflege Nutzen, Risiken sowie physische und psychische Auswirkungen einer Zwangsbehandlung auf den Betreuten abzuwägen und sich verantwortlich zu entscheiden. Keinesfalls darf – von Notfällen abgesehen – auch im Rahmen einer nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB genehmigten Unterbringung ohne Einwilligung des Betreuers behandelt und erst recht nicht Zwang angewendet werden. Dies wird nicht selten in der stationären Psychiatrie übersehen, da der Unterschied zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung, die in der Regel eine Zwangsbehandlung unter bestimmten Voraussetzungen beinhaltet (vgl. z. B. §§ 12 und 8 Abs. 2 Satz 2 UBGB Baden-Württemberg) und die Bedeutung des Betreuers bei der zivilrechtlichen Unterbringung nicht gesehen wird.

10 Vgl. www.dnqp.de

11 BT Drucksache 11/4528, 72.

12 BtPrax 2006, 145 ff.

13 BtPrax 2006, 148 Ziff. III 2 a bb am Ende.

14 Im Ergebnis zustimmend, jedoch mit anderer Begründung: Tietze, BtPrax 2006, 131 (135) und Lipp, JZ 2006, 661 – ablehnend: Marschner, BtPrax 2006, 125 (130).

15 BVerfG (2 BvR 2270/96) BtPrax 1998, 144.

Schließlich verlangt der BGH in der genannten Entscheidung, dass im Genehmigungsbeschluss nach § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB die vom Betreuten zu dulddende Behandlung „so präzise wie möglich“ angegeben ist.

Kann diese Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs auf die Behandlung und Pflege von Heimbewohnern entsprechend angewendet werden? Diese Frage soll im Folgenden untersucht werden.

Ärztliche Behandlung und Pflege einwilligungsfähiger Heimbewohner

Grundsätzlich können auch pflegebedürftige Heimbewohner unter Berufung auf die Menschenwürde im Sinne von **Artikel 1 GG** und auf die persönlichen Freiheitsrechte im Sinne von **Artikel 2 GG** frei bestimmen, ob und welche Medikamente sie zu sich nehmen, ob und wie sie sich ernähren und ob und wie sie sich pflegen lassen.

Voraussetzung für die Ausübung dieses Selbstbestimmungsrechts in Gesundheitsangelegenheiten ist allerdings, dass die betroffenen Menschen auch **einwilligungsfähig** sind. Im juristischen Sinn handelt es sich dabei um die Fähigkeit, rechtswirksam in ärztliche und pflegerische Maßnahmen einzuwilligen. Einwilligungsfähig ist, wer Art, Bedeutung und Tragweite einer ärztlichen Maßnahme erfassen und seinen Willen entsprechend zu bestimmen vermag.¹⁶ Einwilligungsfähigkeit wird manchmal auch als Einsichts- und Steuerungsfähigkeit oder als Entscheidungsfähigkeit (bezogen auf ärztliche Maßnahmen) bezeichnet. Solange Heimbewohner in etwa abschätzen können, welche Folgen es angesichts der ihnen bekannten Erkrankungen haben kann, angebotene Untersuchungen und Behandlungen abzulehnen, so lange müssen ihre Entscheidungen akzeptiert werden, auch wenn sich die Betroffenen dadurch schaden würden. Entsprechend muss auch von der Pflege akzeptiert werden, wenn Bewohner, die sich in etwa der Bedeutung ausreichender Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bewusst sind, nicht genügend essen und trinken.

Leider wird bei der ärztlichen Behandlung und Pflege alter Menschen aus „fürsorglichen“ Gründen deren durchaus noch vorhandene Selbstbestimmungsfähigkeit gerne übergangen und durch **entwürdigende Bevormundung** ersetzt. Andererseits sollten im Interesse von Leib und Leben der Betroffenen an die Annahme von Einwilligungsfähigkeit auch nicht zu geringe Anforderungen gestellt werden.¹⁷

In einer konkreten Situation kann die **Beurteilung der Frage der Einwilligungsfähigkeit** äußerst schwierig sein,

zumal wenn die Einsichtsfähigkeit Schwankungen unterworfen ist. Auch ein psychiatrisches Konsilium bringt nicht unbedingt Klarheit. Werden zwei Fachärzte zu Rate gezogen, können sie in Grenzfällen durchaus zu unterschiedlichen Einschätzungen der Einwilligungsfähigkeit kommen. Oft können Pflegekräfte, die täglich mit den Betroffenen Kontakt haben, am ehesten beurteilen und einschätzen, ob und wie weit die Betroffenen ihre gesundheitliche Situation sowie Vor- und Nachteile der angebotenen Behandlung oder Pflege einigermaßen realistisch einschätzen können und zu einer eigenverantwortlichen Entscheidung in der Lage sind. Deshalb empfiehlt es sich, dass Arzt und Pflege die Frage der Einwilligungsfähigkeit interdisziplinär und verantwortungsbewusst beraten und das Ergebnis dokumentieren. Letztlich handelt es sich um eine Gradwanderung zwischen Freiheit und Fürsorge. Allgemein wird man sagen können, dass die Einwilligungsfähigkeit im Anfangsstadium einer Demenzerkrankung noch gegeben sein kann, während sie im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit oft nicht mehr gegeben sein dürfte.

Solange ein Betroffener einwilligungsfähig ist, sind ärztliche Behandlungen und pflegerische Maßnahmen **gegen seinen Willen unter keinen Umständen zulässig**. Der Betroffene entscheidet selbst und allein, auch wenn ein Betreuer mit Aufgabenkreis Gesundheits-sorge für ihn bestellt sein sollte.

Ärztliche Behandlung und Pflege einwilligungsunfähiger Heimbewohner

Ist ein Bewohner einwilligungsunfähig und hat er keine Vorsorgevollmacht erteilt, muss für ihn – falls noch nicht geschehen – ein gesetzlicher Betreuer mit Aufgabenkreis Gesundheits-sorge bestellt werden. In alle medizinischen und pflegerischen Maßnahmen muss nun stellvertretend der Betreuer einwilligen, sofern die Maßnahmen in die körperliche Integrität der Betreuten eingreifen. In der Praxis wird der Betreuer über die erforderliche Einwilligung nach einer (eventuell nur versuchten) Besprechung mit dem Betreuten in einem persönlichen Gespräch mit dem behandelnden Arzt und der Stationsleitung entscheiden. Eine Einwilligung in ärztliche oder pflegerische Maßnahmen kann er auch im Voraus innerhalb vereinbarter Grenzen erteilen, so dass er nicht wegen jeder einzelnen Maßnahme um Zustimmung gefragt werden, sondern nur einbezogen werden muss, wenn neue nicht vorherbesprochene Umstände seine Entscheidung erforderlich machen. Nur im Notfall dürfen dringend erforderliche ärztliche und pflegerische Maßnahmen ohne

Zustimmung des Betreuers ergriffen werden. Ist noch kein Betreuer bestellt (und ist auch keine Vorsorgevollmacht erteilt worden), kann im Eilfall auch eine einstweilige Maßregel des Vormundschaftsgerichts gem. § 1846 BGB ergehen.

Müssen bei einwilligungsunfähigen Betreuten sog. **gefährliche ärztliche Maßnahmen** im Sinne von § 1904 BGB vorgenommen werden, genügt die stellvertretende Einwilligung des gesetzlichen Betreuers oder des Bevollmächtigten nicht. Vielmehr muss sich der Stellvertreter sich beim Vormundschaftsgericht seine Einwilligung in die fragliche Maßnahme „genehmigen“ lassen. Nach dem Wortlaut des Gesetzes sind ärztliche Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffe dann „gefährlich“, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Patient aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

Zwangsbehandlung und Zwangsernährung einwilligungsunfähiger Heimbewohner?

Fraglich ist, ob nach der Entscheidung des BGH vom 1.2.2006 eine Zwangsbehandlung von Betreuten generell zulässig sein kann, die sich in einem **Pflegeheim** befinden, **ohne untergebracht** zu sein. Zunächst ist festzuhalten, dass der Betreuer auch in diesem Fall als gesetzlicher Vertreter grundsätzlich befugt ist, in ärztliche Maßnahmen auch gegen den natürlichen Willen eines im Rechtssinne einwilligungsunfähigen Betreuten einzuwilligen. Darf der Betreuer jedoch notfalls auch Zwang im Sinne einer Einschränkung der Bewegungsfreiheit anwenden (lassen), wenn dies zur Verabreichung von lebensnotwendigen Medikamenten oder zur Ernährung unumgänglich erscheint?

Die Bedeutung der BGH-Rechtsprechung

Zwar hat der Bundesgerichtshof diese Befugnis des Betreuers ausdrücklich auf den **Rahmen einer genehmigten Unterbringung** gem. § 1906 Abs. 1 Nr. 2 BGB beschränkt. Andererseits bezieht sich das Gericht bei der Begründung der Zwangsbefugnisse des Betreuers nicht nur auf Abs. 1 Nr. 2, sondern auch auf **Abs. 4** von § 1906 BGB.¹⁸ An anderer Stelle der Begründung¹⁹ führt der BGH aus, dass der Betreuer für den Vollzug

16 BGH NJW 1972, 335.

17 *Probst*, Betreuungs- und Unterbringungsverfahren, 2005, Rn. 177.

18 Siehe Begründung BtPrax 2006, 148 unter III 2. b bb.

19 BtPrax 2006, S 148 unter III 2 b cc.

einer unterbringungsähnlichen Maßnahme im Personal der Einrichtung Hilfe bei der Ausübung von Zwang finden könne. Aus alledem kann geschlossen werden, dass der BGH Zwangsbefugnisse des Betreuers während des Aufenthalts des Betreuten in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung nicht von vornherein ausschließen würde.

Tatsächlich ist nach **§ 1906 Abs. 4 i.V.m. Abs. 1 Nr. 2 BGB** Zwang in Form von freiheitsentziehenden Maßnahmen unter Beachtung der Genehmigungspflicht²⁰ möglich, wenn eine Untersuchung, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die freiheitsentziehende Maßnahme nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Freiheitsentziehung (und der ärztliche Maßnahme) nicht erkennen kann.

Eine solche Zwangsbehandlung im Heim ist auch nicht mit einer „ambulanten Zwangsbehandlung“ gleichzusetzen, die der BGH in seiner Entscheidung vom 11.10.2000²¹ für unzulässig erklärt hat, weil eine vom Betreuer veranlasste zwangsweise Zuführung des Betreuten zu einer kurzfristigen Behandlung keine Unterbringung oder unterbringungsähnliche Maßnahme im Sinne von § 1906 Abs. 2 i.V.m. Abs. 1 Nr. 2 oder § 1906 Abs. 4 BGB darstelle. Eine Zuführung ist nicht notwendig, da sich der Betreute bereits an dem Behandlungsort befindet. Die geforderte Rechtsgrundlage für das zwangsweise Verbringen an den Behandlungsort, die für eine ambulante Zwangsbehandlung gefordert wird, ist hier gar nicht erforderlich.

Nach einer anderen Ansicht, werden die Zwangsbefugnisse des Betreuers ohnehin nicht mit § 1906 BGB, sondern mit **§ 1901 Abs. 3 BGB** in Verbindung mit der Zuweisung des entsprechenden Aufgabenkreises durch das Vormundschaftsgericht begründet.²² Danach sind – unter bestimmten Voraussetzungen – Zwangsbehandlungen unabhängig vom Ort zulässig, also auch für unsere Problemlage bei Betreuten, die sich in Heimen aufhalten, ohne untergebracht zu sein. § 1906 BGB begründet nach dieser Meinung keine Zwangsbefugnisse des Betreuers, sondern begrenzt sie zum Schutz seiner Grundrechte.²³

Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht?

Sofern die **Zwangsmaßnahmen über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig** erfolgen müssen, bedarf der Betreuer einer vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung. Entgegen der Einschätzung von Jürgens²⁴ dürfte sich das

Problem der Verweigerung einer medizinischen Behandlung im Pflegealltag – wenn es sich ergibt – dann „regelmäßig“ im Sinne von § 1906 Abs. 4 BGB mit der Folge der Genehmigungspflicht nach Abs. 2 stellen. Genauere empirische Untersuchungen hierzu fehlen soweit ersichtlich. Die Münchner Studie zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen in Pflegeheimen²⁵ hat diese spezielle Frage nicht untersucht.

Der Wunsch des Betreuten

Auch unterhalb der Schwelle der Anwendung von Zwang muss der Betreuer auch schon bei einer bloßen (verbalen oder an Gesten erkennbaren) Ablehnung ärztlicher oder pflegerischer Maßnahmen durch den Betreuten gem. § 1901 Abs. 3 BGB prüfen, ob er den **Wünschen des Betreuten** folgen und die Einwilligung in die fragliche Maßnahme verweigern soll. Denn nach dieser Vorschrift ist es eine der wichtigsten Aufgaben des Betreuers, den Wünschen des Betreuten bis zur Grenze einer erheblichen Gefährdung des Wohls des Betreuten zu entsprechen. Erst recht muss der Betreuer unter Beachtung des **Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit** auch vor nur einmaligem und kurzfristigem Zwang **streng prüfen**, ob die medizinische oder pflegerische Indikation die Überwindung des Widerstandes des Betreuten rechtfertigt und welche psychischen und physischen Folgen der Zwang auf den Betreuten voraussichtlich haben wird. Bestünde bei Nichtbehandlung die Gefahr schwerer (möglicherweise irreversibler) gesundheitlicher Schäden oder gar Todesgefahr, wäre Zwang eher gerechtfertigt als bei weniger erheblichen gesundheitlichen Nachteilen im Falle einer Nichtbehandlung.

Dabei ist zu betonen, dass – von Notfällen abgesehen – auch schon die einmalige und kurzfristige Anwendung von Zwang zur Durchsetzung einer ärztlichen oder pflegerischen Maßnahme der Einwilligung des Betreuers bedarf. Ist jedoch, was meistens der Fall sein dürfte, abzusehen, dass die Anwendung von die Freiheit einschränkendem Zwang regelmäßig erforderlich sein wird, muss der Betreuer eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung nach § 1906 Abs. 2 BGB einholen. Hierfür bedarf der Betreuer neben der Gesundheitsorge auch den Aufgabenkreis Aufenthaltsbestimmung einschließlich freiheitsentziehender Maßnahmen. Der Genehmigungsbeschluss des Vormundschaftsgerichts sollte möglichst **konkret bestimmen**, welche medizinischen und pflegerischen Maßnahmen durchgesetzt werden sollen und welche freiheitsentziehenden Maßnahmen hierzu ergriffen werden dürfen.

Der vorausverfügte Wille – Patientenverfügung und Zwang

Eine ganz andere Rechtslage ergibt sich für den Betreuer, wenn der Betreute in einer validen **Patientenverfügung** seinen Willen bezüglich lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen (z. B. künstlicher Ernährung über eine sog. PEG) für den Fall dauerhafter Einwilligungsunfähigkeit bekundet hat. Die Umsetzung und Durchsetzung dieses Willens des Betreuten gegenüber Ärzten und Pflegern ist jetzt Aufgabe des Betreuers.²⁶ Verweigert er in Befolgung einer Patientenverfügung seines Betreuten die Einwilligung in eine ärztlicherseits angebotene lebenserhaltende oder –verlängernde Maßnahme, bedarf er nach dem genannten Beschluss des BGH vom 17.3.2003 jedoch der Zustimmung des Vormundschaftsgerichts. Wäre z. B. bei einem fortgeschritten demenzkranker Betreuten eine Ernährung nur noch auf künstlichem Wege über eine PEG-Sonde möglich und hätte der Betreute sich in einer Vorausverfügung gegen eine künstliche Ernährung in dieser Situation ausgesprochen, müsste der Betreuer diesem Willen entsprechen und – falls der Arzt eine künstliche Ernährung befürwortet, das Vormundschaftsgericht anrufen. Könnte er sich hingegen mit dem Arzt auf der Grundlage der Patientenverfügung einigen, dass es der Wille des Betreuten ist, jetzt nicht (mehr) künstlich ernährt zu werden, darf und muss die künstliche Ernährung – ohne gerichtliche Überprüfung – unterbleiben.²⁷ Entsprechendes gilt, wenn sich der Wille des Betreuten nicht aus einer ausdrücklichen Patientenverfügung ergibt, sondern aus früheren Äußerungen, Wertvorstellungen und Überzeugungen des Betreuten ermittelt werden kann („mutmaßlicher Wille“). Solange und soweit der Betreute allerdings noch einwilligungsfähig ist, kann er natürlich selbst entscheiden, ob und wie er sich ernährt. Eine künstliche Ernährung ohne seine Zustimmung ist von vornherein ausgeschlossen. Verweigert ein Pflegeheimbewohner die Nahrungsaufnahme, muss dies respektiert werden, wenn

20 Der Genehmigungsvorbehalt ist auf längerfristige oder regelmäßige Freiheitsentziehungen beschränkt.

21 BtPrax 2001, 32.

22 So *Lipp*, JZ 2006, 661 ff., *Tietze*, BtPrax 2006, 131 ff.

23 *Lipp*, JZ 2006, 661, 664.

24 *Jürgens et al.*, *Betreuungsrecht kompakt*, 5. Aufl. 2002, Rn. 523.

25 *Hoffmann/Klie*, *Freiheitsentziehende Maßnahmen, Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis*, 2004.

26 BGH, Beschluss v. 17.3.2003, BtPrax 2003, 123.

27 Zur Einstellung der Ernährung bei einer demenzkranken Betreuten vgl. OLG Karlsruhe B.v. 26.3.2004, BtPrax 2004, 202.

dies auf einer freien Willensentscheidung beruht.

Zwangsbehandlungen in der Praxis

Rink²⁸ nennt als möglich Gründe für freiheitsentziehende Maßnahmen bei notwendigen Heilbehandlungen und Untersuchungen: "Heftige Gegenwehr, Erregungszustände oder dauernde Unruhezustände", die Behandlungsmaßnahmen unmöglich machen, „z. B. heftiges Wehren gegen regelmäßige Zahnbehandlung oder gegen eine Infusion“.

Scholz/Glade²⁹ bringen das Beispiel eines an Altersdemenz und Aphasie in Folge einer hypoxischen Enzephalopathie leidenden Betroffenen, der sowohl im Bett als auch im Stuhl sturzgefährdet ist, wegen Schluckbeschwerden zeitweise künstlich ernährt werden muss, die Schläuche jedoch sofort herausreißt. Die Autoren schlagen im Falle einer gerichtlichen Genehmigung folgende Tenorierung vor:

„Die zeitweise Freiheitsbeschränkung des Betroffenen durch

- a) Anbringen eines Bettgitters
- b) Anbinden im Bett mittels eines breiten Bauchgurtes
- c) Fesseln der Hände während der Dauer einer medizinisch gebotenen Infusion

wird auf Antrag des gesetzlichen Vertreters genehmigt, wobei

- a) sich der Durchführende vor und während der Maßnahme jeweils von der Unbedenklichkeit überzeugen muss,
- b) sich die Beschränkung immer nur auf das unbedingt erforderliche Maß erstrecken darf und
- c) eine schriftliche Aufzeichnung über Art und Dauer zu erstellen ist...“

Zur Durchsetzung einer medizinisch notwendigen Körperpflege hat das Amtsgericht Hof³⁰ gem. § 1906 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 4 BGB die Anbringung eines Leibgurtes oder die Fixierung der Extremitäten in einem Pflegestuhl genehmigt. Nach der Begründung der Entscheidung war der Betroffene krankheitsbedingt

nicht in der Lage, seinen Willen in Bezug auf die Notwendigkeit einer regelmäßigen Grundpflege frei zu bestimmen. Er hatte sich über viele Monate nicht mehr gewaschen und auch die Grundpflege verweigert, weshalb auf Grund bereits aufgetretener Hautentzündungen die ernsthafte Gefahr einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes bestand.

Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Pflegeheim Zwang als letztes Mittel zur Durchsetzung ärztlicher oder pflegerischer Maßnahmen nur unter folgenden streng zu prüfenden Voraussetzungen angewendet werden darf:

1. Betroffener ist einwilligungsunfähig (einsichts- und entscheidungsunfähig)
2. Betreuer mit Aufgabenkreis Gesundheitsfürsorge und Aufenthaltsbestimmung ist bestellt.
3. Betreuer stimmt einmaligem und kurzfristigen Zwang zu, wenn medizinische oder pflegerische Maßnahme zur Vermeidung erheblicher gesundheitlicher Nachteile oder Todesgefahr zwingend geboten erscheint.
4. Längerfristiger oder regelmäßiger freiheitsentziehender Zwang ist vormundschaftsgerichtlich zu genehmigen, wobei die durchzusetzende medizinische und pflegerische Maßnahme und sowie Art und Dauer der Freiheitsentziehung im Beschluss möglichst konkret benannt sein muss.
5. Keine Vorausverfügung (Patientenverfügung) des Betroffenen zur Frage lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen im Falle irreversibler tödlicher Erkrankung und Einwilligungsunfähigkeit.

28 Heidelberg Kommentar zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht, Stand Mai 2007, § 1906 Rn. 43.

29 Scholz/Glade, *Betreuungsrecht*, 1999, Rn. 115.

30 Beschluss v. 25.11.2003, *BtPrax* 2004, 119.

ABONNEMENT ZEITSCHRIFTEN – INFODIENSTE

- Sie möchten ein Abonnement bestellen?
- Sie haben Fragen zu Ihrem bestehenden Abo?
- Sie möchten Ihre neue Adresse oder andere Änderungen durchgeben?
- Sie möchten gerne ein Probeheft zum Kennenlernen?

Für Kunden:

Bitte halten Sie Ihre Kundennummer bereit. Sie finden die Nummer oben auf Ihrem Adressetikett.

Hier ist Ihr Kontakt:

Bundesanzeiger Verlag
Aboabteilung Zeitschriften
Postfach 10 05 34
50445 Köln

Caren Nordmann / Ulrike Vermeer
Tel: 0221 - 97 668 229
Fax: 0221 - 97 668 288
E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de

www.bundesanzeiger-verlag.de

 **Bundesanzeiger
Verlag**