

MASTERARBEIT

**„Demenz und Selbstbestimmung:
Eigene Vorsorge, gesetzliche Vertretungsrechte und
weitere Massnahmen bei Urteils(un)fähigkeit in Bezug auf
problematische Konstellationen aus Praxis und Alltag“**

Betreuung: Frau Prof. Dr. iur. Andrea Büchler

Universität Zürich
Rechtswissenschaftliche Fakultät
Master of Law



Abgabedatum: 31.10.2013, 30 ECTS

Bearbeitet von:

Raphaela Isabella Reichlin

Steinerstrasse 27

6430 Schwyz

Matrikelnummer: 08-728-347

E-Mail: raphaelaisabella.reichlin@uzh.ch

VORWORT

Aufgrund persönlicher familiärer Hintergründe, hat mich das Thema Demenz bereits seit längerer Zeit stark berührt. Meine Grossmutter erkrankte vor einigen Jahren an der Alzheimer-Demenz und ich begann mir verschiedenste Fragen zu stellen, die sich mit rechtlichen und medizinischen Problemen im Zusammenhang mit dieser Krankheit (Ursachen, Lösungsansätze etc.) ergeben.

Am 01.01.2013 trat das neue schweizerische Erwachsenenschutzrecht (Art. 360–456 ZGB) in Kraft. Darin wurden neue Möglichkeiten zur Regelung der eigenen Vorsorge, wie der Vorsorgeauftrag gem. Art. 360 ff. ZGB oder die Patientenverfügung gem. Art. 370 ff. ZGB festgehalten. Als weitere Neuerungen wurden die gesetzlichen Vertretungsrechte gem. Art. 374 ff. ZGB und einige weitere Massnahmen – wie z.B. die Beistandschaften gem. Art. 390 ff. ZGB, auf die in dieser Arbeit nicht detailliert eingegangen wird – neu im Gesetz verankert.

Es ist mir ein Anliegen, in meiner Masterarbeit einen möglichst grossen Praxisbezug herzustellen, weil Demenzerkrankungen eine immense Herausforderung für die Gesellschaft darstellen. Mit meiner Arbeit versuche ich, die neuen Bestimmungen des Erwachsenenschutzrechts in Bezug auf Demenzkranke kritisch zu hinterfragen. Da es mir sehr schwierig erschien, ohne einen Bezug zur Praxis die neuen rechtlichen Grundlagen des Erwachsenenschutzrechts umfassend zu würdigen, habe ich mich entschieden, anhand eines Fragenkatalogs¹ verschiedene Personen aus unterschiedlichsten Fachbereichen zu befragen.

Ich möchte mich ganz herzlich bei allen Personen bedanken, die mich bei meiner Arbeit unterstützt haben. Ein besonderer Dank gebührt allen fachkundigen Personen, welche sich bereit erklärt haben, zu meinen Fragen Stellung zu nehmen.

Es sind dies namentlich:

- Herr Dr. med. Patrik Benz-Gartenmann
- Frau Dr. med. Irene Bopp-Kistler
- Frau Margrit Brunner
- Herr PD Dr. rer. nat. Simon Forstmeier
- Herr Dr. iur. Paul-Lukas Good

¹ Vgl. Anhang 7, Fragenkatalog als Leitfaden für die Interviews.

- Herr Dr. med. Urs Gössi
- Frau Sofija Karahodzic
- Herr Peter M. Leuenberger
- Herr Dr. med. Christoph Räber
- Herr Prof. Dr. Klaus Peter Rippe
- Herr Reinhold Roten
- Herr Michael Schmieder
- Herr PD Dr. med. Albert Wettstein

Die Bereitschaft ihre Erfahrungen und Einsichten mit mir zu teilen, verhalf mir dazu, dass ich viele interessante Erkenntnisse aus diesen Gesprächen ziehen und diese in meine Arbeit einfließen lassen konnte. Ohne ihre Hilfe wäre meine Masterarbeit in diesem Rahmen nicht möglich gewesen.

Ein spezieller Dank gebührt insbesondere Frau Prof. Dr. iur. Andrea Büchler für Ihre kompetente und hilfsbereite Betreuung. Ich konnte meine Anliegen und Fragen stets offen kommunizieren und erhielt immer umgehend ein Feedback, was ich sehr zu schätzen wusste.

Ich konnte eine Masterarbeit verfassen, welche in jeder Hinsicht meinen Interessen entsprach. Es war sehr spannend und faszinierend, so viele interessante Persönlichkeiten kennenlernen zu dürfen, um entscheidende Erkenntnisse zu gewinnen.

Im Oktober 2013

Raphaela Isabella Reichlin

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	II
LITERATURVERZEICHNIS	IX
MATERIALIENVERZEICHNIS.....	XVI
INTERVIEWVERZEICHNIS	XVIII
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	XXI
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	XXII
A. Einleitung	1
B. Überblick über das neue Erwachsenenschutzrecht.....	3
I. Eigene Vorsorge.....	4
1. Vorsorgeauftrag.....	4
2. Patientenverfügung.....	5
II. Massnahmen von Gesetzes wegen für urteilsunfähige Personen	7
1. Vertretung durch den Ehegatten, die eingetragene Partnerin oder den eingetragenen Partner.....	7
2. Vertretung bei medizinischen Massnahmen	8
3. Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen	8
III. Behördliche Massnahmen.....	9
1. Die Beistandschaften.....	9
2. Die fürsorgliche Unterbringung (FU).....	10
C. Demenzerkrankung.....	11
I. Krankheitsbild	11
1. Definition und Allgemeines zur Demenz.....	11
2. Untergruppen der Demenz	12
a) Alzheimer-Krankheit.....	13
aa) Definition.....	13
bb) Symptome	14
b) Vaskuläre Demenz	15
aa) Definition.....	15
bb) Symptome	16
c) Frontotemporale Demenz (FTD).....	16

aa) Definition.....	16
bb) Symptome	17
d) Lewy-Körperchen-Demenz (LKD).....	18
aa) Definition.....	18
bb) Symptome	18
e) Andere Demenzen	18
aa) Parkinson-Demenz	19
bb) Spongiforme Enzephalopathien	19
cc) AIDS-Demenz	19
dd) Alkohol-Demenz.....	19
ee) Boxer-Demenz.....	19
ff) Reversible und somit heilbare Demenzen	19
II. Medizinische Diagnostik.....	20
III. Behandlung	24
1. Medikamentöse Behandlung	24
2. Nicht-medikamentöse Behandlung	26
3. Prävention der Demenz	26
IV. Verschiedene Stadien	27
D. Urteils(un)fähigkeit	28
I. Rechtliche Betrachtungsweise	28
1. Rechtliche Voraussetzungen der Urteilsfähigkeit	29
2. Weitere rechtliche Prinzipien	30
II. Medizinische Betrachtungsweise	31
III. Verknüpfung der rechtlichen und medizinischen Betrachtungsweisen.....	33
1. Urteilsfähigkeit beim Vorliegen von psychischen Störungen.....	33
2. Beweisfragen (am Beispiel der letztwilligen Verfügung).....	34
a) Vor dem Tode: Beweis der Urteilsfähigkeit	34
b) Nach dem Tode: Beweis der Urteilsunfähigkeit	35
3. Weitere Beurteilungsmöglichkeiten	36
IV. Ethische Betrachtungsweise	37
1. Autonomie-Kriterien	38
2. Fallbeispiele	39
V. Handhabung in der Praxis	41
VI. Fazit	44

E. Verschiedene problematische Konstellationen aus Praxis und Alltag	45
I. Vorsorgeauftrag – Sonderfälle	46
1. Fragestellung	46
2. Rechtslage und Theorie	46
3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten	46
4. Fazit	49
II. Patientenverfügung – Sonderfälle	49
1. Fragestellung: Vorbehalt bei „dringlichen Fällen“	49
a) Rechtslage und Theorie	49
b) Praxis und Lösungsmöglichkeiten	50
c) Fazit	53
2. Fragestellung: Veraltete, oberflächliche oder unklare Verfügungen	53
a) Rechtslage und Theorie	53
b) Praxis und Lösungsmöglichkeiten	54
c) Fazit	57
3. Fragestellung: „Begründete Zweifel“	57
a) Rechtslage und Theorie	57
b) Praxis und Lösungsmöglichkeiten	58
c) Fazit	60
III. Hinterlegungsort	60
1. Fragestellung	60
2. Rechtslage und Theorie	60
a) Letztwillige Verfügung	60
b) Vorsorgeauftrag	61
c) Patientenverfügung	61
3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten	62
4. Fazit	63
IV. Vertretung durch den Ehegatten, die eingetragene Partnerin oder den eingetragenen Partner	63
1. Fragestellung: Vertretung bei andauernder/vorübergehender Urteilsunfähigkeit	63
a) Rechtslage und Theorie	64
b) Praxis und Lösungsmöglichkeiten	64
c) Fazit	65
2. Fragestellung: Tod des urteilsfähigen Ehepartners	66
a) Rechtslage und Theorie	66

aa) Regelungsmöglichkeiten für die „vorverstorbene Person“	66
(1) Letztwillige Verfügung.....	66
(2) Bestimmung eines Willensvollstreckers.....	67
(3) Weitere Möglichkeiten	67
bb) Regelungsmöglichkeiten für die „zurückbleibende Person“	68
(1) Instrumente der eigenen Vorsorge.....	68
(2) Erteilung von Vollmachten.....	68
b) Praxis und Lösungsmöglichkeiten	69
c) Fazit.....	72
V. Vertretung bei medizinischen Massnahmen.....	73
1. Fragestellung	73
2. Rechtslage und Theorie.....	73
3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten	75
4. Fazit.....	78
VI. Vergleich von Art. 378 und 380 ZGB	78
1. Fragestellung	78
2. Rechtslage und Theorie.....	79
3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten	80
4. Fazit.....	83
VII. Betreuungsvertrag bei Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen.....	85
1. Fragestellung	85
2. Rechtslage und Theorie.....	85
3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten	85
4. Fazit.....	87
VIII. Behandlungsmöglichkeiten unter Wahrung der Selbstbestimmung.....	87
1. Fragestellung	87
2. Rechtslage und Theorie.....	87
3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten	89
4. Fazit.....	93
IX. Freie Arztwahl	94
1. Fragestellung	94
2. Rechtslage und Theorie.....	94
3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten	95
4. Fazit.....	96

X. Neuorganisation der KESB	96
1. Fragestellung	96
2. Rechtslage und Theorie	96
3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten	97
4. Fazit	99
XI. Melderechte und –pflichten unter Berufsgeheimnis	99
1. Fragestellung	99
2. Rechtslage und Theorie	99
3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten	100
4. Fazit	101
F. Schlussbetrachtung	102
EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG.....	106
ANHANG	107

LITERATURVERZEICHNIS

- AMSTUTZ MARC [et al.]
(Hrsg.) Handkommentar zum Schweizer Privatrecht, Personen- und Familienrecht inkl. Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, 2. Aufl., Zürich 2012 (zit. Handkomm, BEARBEITER/IN, Art. X ZGB N y).
- AUER ANDREAS/
MALINVERNI GIORGIO/
HOTTELIER MICHEL Droit constitutionnel Suisse, 2. Aufl., Bern 2006 (zit. AUER/MALINVERNI/HOTTELIER).
- BASSETTI CLAUDIO L./
CALABRESE PASQUALE/
GUTZWILLER FELIX
(Hrsg.) Demenz, Ursachen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten, Eine Schweizer Perspektive, Stuttgart 2011 (zit. BASSETTI/CALABRESE/GUTZWILLER).
- BERNHART CHRISTOF Handbuch der fürsorgerischen Unterbringung, Die fürsorgerische Unterbringung und medizinische Behandlung nach dem neuen Erwachsenenschutzrecht sowie dessen Grundsätze, Basel 2011 (zit. BERNHART).
- BINDER HANS Die Urteilsfähigkeit in psychologischer, psychiatrischer und juristischer Sicht, Zürich 1964 (zit. BINDER).
- BUCHER ANDREAS Personnes physiques et protection de la personnalité, 4. Aufl., Basel 1999 (zit. BUCHER, Personnes physiques).
- BUCHER EUGEN Berner Kommentar, Band I, Einleitung und Personenrecht, 2. Abteilung, Die natürlichen Personen, 1. Teilband, Kommentar zu den Art. 11–26 ZGB, 3. Aufl., Bern 1976 (zit. BernerKomm, BEARBEITER/IN, Art. X ZGB N y).

- BUCHER EUGEN Die Ausübung der Persönlichkeitsrechte, Insbesondere die Persönlichkeitsrechte des Patienten als Schranken der ärztlichen Tätigkeit, Diss., Zürich 1956 (zit. BUCHER, Persönlichkeitsrechte).
- BÜCHLER ANDREA Familienrechtskommentar eingetragene Partnerschaft, Bern 2007 (Hrsg.) (zit. FamKomm PartG, BEARBEITER/IN, Art. X PartG N y).
- BÜCHLER ANDREA/
HÄFELI CHRISTOPH/
LEUBA AUDREY/
STETTLER MARTIN Familienrechtskommentar Erwachsenenschutz, Bern 2013 (zit. FamKomm Erwachsenenschutz, BEARBEITER/IN, Art. X ZGB N y) (Hrsg.)
- BÜCHLER ANDREA/
JAKOB DOMINIQUE Kurzkomentar Schweizerisches Zivilgesetzbuch, Basel 2012 (Hrsg.) (zit. KUKO ZGB, BEARBEITER/IN, Art. X ZGB N y).
- BÜCHLER ANDREA/
VETTERLI ROLF Ehe, Partnerschaft, Kinder, Eine Einführung in das Familienrecht der Schweiz, 2. Aufl., Basel 2011 (zit. BÜCHLER/VETTERLI).
- BURCHARDT MONIKA Die Vertretung handlungsunfähiger volljähriger Patienten durch Angehörige, Göttingen 2010 (zit. BURCHARDT).
- CARLEN LOUIS Das Notariatsrecht der Schweiz, Zürich 1976 (zit. CARLEN).
- CLÉMENT THIERRY/
HÄNNI CHRISTIAN La protection des droits des patients dans les législations cantonales, in: AYER/CLÉMENT/HÄNNI/SPRUMONT (Hrsg.), La relation patient-médecin; État des lieux, Rapport IDS 1/2003, S. 65 f. (zit. CLÉMENT/HÄNNI).
- CORDING CLEMENS Die Begutachtung der Testier(un)fähigkeit, in: Fortschritte Neurologie Psychiatrie, 2004, S. 147–159 (zit. CORDING).

- DIEDRICHSEN UWE Juristische Voraussetzungen, in: VENZLAFF ULRICH/FOERSTER KLAUS (Hrsg.), Psychiatrische Begutachtung, Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, 4. Aufl., Tübingen 2004, S. 453–502 (zit. DIEDRICHSEN).
- DOBLHAMMER Demografie der Demenz, Bern 2012 (zit. DOBLHAMMER).
- GABRIELE [et al.]
(Hrsg.)
- FONJALLAZ-
HAUENSTEIN BRIGITTE Die Bedeutung der Angehörigenarbeit bei Alzheimer Demenz, Eine qualitative Untersuchung aus der Perspektive Angehöriger, Die Macht der Krankheit, Zürich 2012 (zit. FONJALLAZ-HAUENSTEIN).
- FÖRSTL HANS (Hrsg.) Demenzen in Theorie und Praxis, 3. Aufl., Berlin 2011 (zit. FÖRSTL).
- GEISER THOMAS/
REUSSER RUTH E.
(Hrsg.) Basler Kommentar Erwachsenenschutz, Art. 360–456 ZGB, Art. 14, 14a SchlT ZGB, Basel 2012 (zit. BaslerKomm, BEARBEITER/IN, Art. X ZGB N y).
- GUTZWILLER PETER
MAX Zur Bedeutung der Urteilsfähigkeit im Rahmen des „Vorsorgeauftrages“, Zum Vorschlag des Bundesrates vom 28.06.2006, in: AJP 2007, S. 556–561 (zit. GUTZWILLER).
- HABERMEYER ELMAR/
SASS HENNING Die überdauernde krankhafte Störung der Geistestätigkeit als Voraussetzung der Geschäftsunfähigkeit, in: Der Nervenarzt 2002, S. 1094–1099 (zit. HABERMEYER/SASS).
- HAUSHEER HEINZ/
AEBI-MÜLLER
REGINA E. Das Personenrecht des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, 3. Aufl., Bern 2012 (zit. HAUSHEER/AEBI-MÜLLER).

- MEIER PHILIPPE/
LUKIC SUZANA Introduction au nouveau droit de la protection de l'adulte, Genf/Zürich/Basel 2011 (zit. MEIER/LUKIC).
- MEIER PHILIPPE/
STETTLER MARTIN Droit civil suisse, Droit de la filiation, 4. Aufl., Genf/Zürich/Basel 2009 (zit. MEIER/STETTLER).
- NIEDERHAUSER
EKATERINA Vom Vormundschaftsrecht zum Erwachsenenschutz, Das Führen der massgeschneiderten Massnahmen als Leistungsauftrag der Behörde, Abschlussarbeit Zürcher Fachhochschule, ZHAW Soziale Arbeit, Zürich 2008 (zit. NIEDERHAUSER).
- PETER ADOLF Die Urteilsfähigkeit, Ihre Voraussetzungen, Beschränkungen und ihre Stellung im Zivil- und Prozessrecht, Diss., Eich bei Sempach 1940 (zit. PETER).
- PETERMANN FRANK TH. Demenzerkrankungen und Selbstbestimmung – ein Widerspruch in sich?, in: PETERMANN FRANK TH, Sicherheitsfragen der Sterbehilfe, Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, St. Gallen 2008, S. 153–243 (zit. PETERMANN, Demenzerkrankungen).
- PETERMANN FRANK TH. Urteilsfähigkeit, Generelle Aspekte, Urteilsfähigkeit als Ehevoraussetzung, zum Testieren, zum willentlichen Sterben sowie Screening-Tools, Zürich 2008 (zit. PETERMANN).
- PETZOLD CHRISTIAN
[et al.] (Hrsg.) Ethik und Recht, Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz, Bern 2007 (zit. PETZOLD).
- ROER HERMANN Über Testierfähigkeit, in: Deutsche Zeitschrift für gerichtliche Medizin, 1949, S. 614–627 (zit. ROER).

- RÖSLER MICHAEL/
SUPPRIAN TILLMANN Organische psychische Störungen, in: ULRICH VENZLAFF/STEPHAN BORK/HARALD DRESSING/KLAUS FOERSTER (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung, Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, München 2009, S. 205 ff. (zit. RÖSLER/SUPPRIAN).
- ROSCH DANIEL/
BÜCHLER ANDREA/
JAKOB DOMINIQUE
(Hrsg.) Das neue Erwachsenenschutzrecht, Einführung und Kommentar zu Art. 360–456 ZGB, Basel 2011 (zit. Erwachsenenschutz Komm, BEARBEITER/IN, Art. X ZGB N y).
- SCHMID HERMANN Erwachsenenschutz, Kommentar zu Art. 360–456 ZGB, Zürich/St. Gallen 2010 (zit. SCHMID).
- SCHMOECKEL MATHIAS
(Hrsg.) Demenz und Recht, Bestimmung der Geschäfts- und Testierfähigkeit, Baden-Baden 2010 (zit. SCHMOECKEL).
- SCHNEIDER FRANK/
FRISTER HELMUT/
OLZEN DIRK Begutachtung psychischer Störungen, Heidelberg 2006 (zit. SCHNEIDER/FRISTER/OLZEN).
- SCHÖPF JOSEF Psychiatrie für die Praxis, mit ICD-10 Diagnostik, 2. Aufl., Heidelberg 2003 (zit. SCHÖPF).
- STOPPE GABRIELA/
LICHTENWIMMER
ANDREA Die Feststellung der Geschäfts- und Testierfähigkeit beim alten Menschen durch den Notar – ein interdisziplinärer Vorschlag, in: Deutsche Notarzeitung, 2005, S. 806–813 (zit. STOPPE/LICHTENWIMMER).
- TRITTEN HELBLING
CÉLINE La maltraitance des personnes âgées en EMS, Diss. Neuenburg/Basel 2012 (zit. TRITTEN).
- WALLESCH CLAUS-
WERNER/FÖRSTL HANS
(Hrsg.) Demenzen, 2. Aufl., Stuttgart 2012 (zit. WALLESCH/FÖRSTL).

- WETTSTEIN ALBERT, Mythen und Fakten zum Alter, Verbreitete Meinungen und wissenschaftlich ermittelte Tatsachen zu gerontologischen Inhalten in den Disziplinen Soziologie, Sozialgeographie, Pflege, Psychologie, Psychiatrie, Medizin, Pharmakologie, Gesundheitsökonomie, Ethik und Thantologie, Zürcher Schriften zur Gerontologie, Nr. 3, Zürich 2005–2006 (zit. WETTSTEIN, Mythen und Fakten zum Alter).
- WIDMER BLUM
CARMEN LADINA Urteilsunfähigkeit, Vertretung und Selbstbestimmung – insbesondere Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag, Zürich 2010 (zit. WIDMER BLUM).
- WOLF STEPHAN (Hrsg.) Das neue Erwachsenenschutzrecht – insbesondere Urteilsfähigkeit und ihre Prüfung durch die Urkundsperson, Bern 2012 (zit. WOLF).
- ZÄCH ROGER Berner Kommentar, Band VI, Obligationenrecht 1. Abteilung, Allgemeine Bestimmungen 2. Teilband, 2. Unterteilband Art. 32–40 OR, Bern 1990 (zit. BernerKomm, BEARBEITER/IN, Art. X OR N y).

MATERIALIENVERZEICHNIS

- Botschaft ZGB Botschaft zur Änderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht) vom 28. Juni 2006, BBl 2006, S. 7001 ff. [Online abrufbar unter <<http://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2006/7001.pdf>> (besucht am 12.07.2013)] (zit. Botschaft ZGB).
- Deutscher Ethikrat Demenz und Selbstbestimmung, Stellungnahme, Berlin 2012 [Online abrufbar unter <<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-demenz-und-selbstbestimmung.pdf>> (besucht am 18.07.2013)] (zit. Deutscher Ethikrat).
- Gesundheitsdirektion Kantonsärztlicher Dienst, Leitfaden zum neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht für Ärztinnen und Ärzte, Zürich 2012 [Online abrufbar unter <<http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/berufe/aerzte.html>> (besucht am 06.08.2013)] (zit. Gesundheitsdirektion, Leitfaden).
- NEK Patientenverfügung, Ethische Erwägungen zum neuen Erwachsenenschutzrecht unter besonderer Berücksichtigung der Demenz, Stellungnahme Nr. 17/2011, Bern 2011 [Online abrufbar unter <<http://www.saez.ch/docs/saez/archiv/de/2011/2011-32/2011-32-555.PDF>> (besucht am 25.07.2013)] (zit. NEK, Patientenverfügung).
- SAMW Patientenverfügungen, Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen, 2009 [Online abrufbar unter <<http://www.samw.ch/de/Ethik/Patientenverfuegung.html>> (besucht am 12.07.2013)] (zit. SAMW, Patientenverfügungen).
- SAMW Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung, Medizinisch-ethische Grundsätze der SAMW, 2005 [Online abrufbar unter <<http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Archiv.html>> (besucht am 19.08.2013)] (zit. SAMW, Recht auf Selbstbestimmung).

Schweizerische Alzheimer-vereinigung Demenz vorbeugen, So halten Sie Ihr Gehirn fit, Yverdon-les-Bains 2009 [Online abrufbar unter <<http://www.alz.ch/index.php/vorbeugen.html>> (besucht am 12.07.2013)] (zit. ALZ, Demenz vorbeugen).

Schweizerische Alzheimer-vereinigung Leben mit Demenz, Tipps für Angehörige und Betreuende, Yverdon-les-Bains 2013 [Online abrufbar unter <<http://www.alz.ch/index.php/leben-mit-demenz.html>> (besucht am 12.07.2013)] (zit. ALZ, Leben mit Demenz).

Senevita AG Demenz verstehen, Leitfaden für die Praxis, Bern/Zürich/Wien 2011 [Online abrufbar unter <<http://www.senevita.ch/de/fachbuch-demenz.php>> (besucht am 11.03.2013)] (zit. Senevita AG, Demenz verstehen).

INTERVIEWVERZEICHNIS



DR. MED.
PATRIK BENZ-
GARTENMANN

FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Alterspsychiatrie und Alterspsychotherapie, leitender Arzt Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Klinik Zugersee, Widenstrasse 55, 6317 Oberwil-Zug, Interview vom 09.07.2013 (zit. BENZ-GARTENMANN, Interview).



DR. MED. IRENE
BOPP-KISTLER

FMH Innere Medizin, Schwerpunkt Geriatrie, leitende Ärztin ambulante Dienste, Memory-Klinik, Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid, Tièchestrasse 99, 8037 Zürich, Interview vom 11.07.2013 (zit. BOPP-KISTLER, Interview).



MARGRIT
BRUNNER

Geschäftsleiterin der Pro Senectute Glarus, Mitglied des schweizerischen Fachausschusses, der das Vorsorgedossier DOCUPASS entwickelt hat, Mitglied des Vorstandes der Alzheimervereinigung Glarnerland, Vortrag über Patientenverfügungen in Einsiedeln am 31.01.2013, anschliessendes Interview mit Fragen zu meiner Masterarbeit (zit. BRUNNER, Interview).



PD DR. RER.
NAT. SIMON
FORSTMEIER

Psychologisches Institut der Universität Zürich, Binzmühlestrasse 14/17, 8050 Zürich, Forschungsschwerpunkte: Klinische Gerontopsychologie und Alterspsychotherapie, Psychologische Alzheimer-Forschung (Motivationale Reservekapazität, Psychotherapie bei Frühdeemenz), Interview vom 25.06.2013 (zit. FORSTMEIER, Interview).



DR. IUR. PAUL-
LUKAS GOOD

Vortrag über den Vorsorgeauftrag, die Patientenverfügung und die gesetzlichen Vertretungsrechte in Pfäffikon am 29.01.2013, anschliessende Fragestellungen zu meiner Masterarbeit (zit. GOOD, Interview).



DR. MED. URS
GÖSSI, MBA

FMH Innere Medizin und Hämatologie, Facharzt für Onkologie und Palliativmedizin, ehem. Chefarzt für Innere Medizin am Spital Schwyz, Aufbau Palliative Care Station und Kompetenzzentrum am Spital Schwyz, Waldeggstrasse 10, 6430 Schwyz, Interview vom 11.03.2013 (zit. GÖSSI, Interview).



SOFIJA
KARAHODZIC

Stationsleitung im Alters- und Pflegeheim Acherhof, Grundstrasse 32, 6430 Schwyz, Interview vom 22.07.2013 (zit. KARAHODZIC, Interview).



PETER M.
LEUENBERGER

Dipl. in Sozialer Arbeit FH, Amtsvorsteher der KESB Innerschwyz, Postfach 1240, 6431 Schwyz, Interview vom 03.04.2013 (zit. LEUENBERGER, Interview).



DR. MED.
CHRISTOPH
RÄBER

FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Kastellstrasse 1, 8623 Wetzikon ZH, Interview vom 22.06.2013 (zit. RÄBER, Interview).



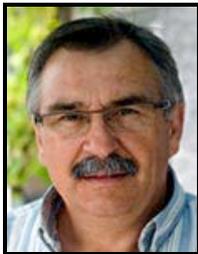
PROF. DR.
KLAUS PETER
RIPPE

Professor für praktische Philosophie und Geschäftsführer von „ethik im diskurs“ – Zusammenarbeit mit Sonnweid AG Wetzikon ZH – Restelbergstrasse 60, 8044 Zürich, Interview vom 24.06.2013 (zit. RIPPE, Interview).



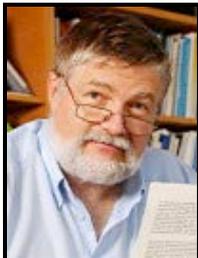
REINHOLD
ROTEN

Heimleiter Altersheim Brunnen mit spezieller Abteilung für Personen mit einer Demenzerkrankung, Heideweg 10, 6440 Brunnen, Interview vom 22.05.2013 (zit. ROTEN, Interview).



MICHAEL
SCHMIEDER,
MAE

Heimleiter Sonnweid in Wetzikon ZH, Bachtelstrasse 68, 8620 Wetzikon, Interview vom 10.07.2013 (zit. SCHMIEDER, Interview).



PD DR. MED.
ALBERT
WETTSTEIN

Ehem. Chefarzt stadtärztlicher Dienst Zürich, Privatdozent für geriatrische Neurologie der UZH, Zentrum für Gerontologie (ZfG) UZH, Sumatrastrasse 30, 8006 Zürich, Interview vom 10.07.2013 (zit. WETTSTEIN, Interview).

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1:	
ÜBERSICHT: RECHTSINSTITUTE DES ERWACHSENENSCHUTZRECHTS.....	3
ABBILDUNG 2:	
DEMENZFORMEN	12
ABBILDUNG 3:	
VERÄNDERUNGEN IM GEHIRN BEI DER ALZHEIMER-KRANKHEIT	14
ABBILDUNG 4:	
BILDGEBUNG DES VERLAUFS EINER VASKULÄREN DEMENZ	15
ABBILDUNG 5:	
ANATOMIE DES GEHIRNS.....	17
ABBILDUNG 6:	
UHRENTTEST	22
ABBILDUNG 7:	
WIRKSAMKEIT VON MEDIKAMENTEN.....	25
ABBILDUNG 8:	
KRANKHEITSVERLAUF BEI DER ALZHEIMER-DEMENZ.....	27

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.	Absatz
ALZ	Schweizerische Alzheimervereinigung
amtsgeb.	amtsgebundene
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
BGE	Amtliche Sammlung der Entscheidungen des Schweizerischen Bundesgerichts
BGer	Bundesgericht
bspw.	beispielsweise
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101)
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heisst
dipl.	diplomiert
Diss.	Dissertation
EMRK	Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (Europäische Menschenrechtskonvention) vom 4. November 1950 (SR 0.101)
Erw.	Erwägung
et al.	und andere
etc.	et cetera
f., ff.	folgende
FFI	familiäre fatale Insomnie
FTD	Frontotemporale Demenz
FU	fürsorgerische Unterbringung
gem.	gemäss
GSS	Gerstmann-Sträussler-Syndrom
Hrsg.	Herausgeber
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, wichtigstes weltweit anerkanntes Diagnoseklassifikationssystem der Medizin (englisch: International Statistical Classification of Diseases an Related Health Problems)
i.d.R.	in der Regel
i.S.v.	im Sinne von

i.V.m.	in Verbindung mit
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
KOKES	Konferenz der Kantone für Kindes- und Erwachsenenschutz
lit.	litera
LKD	Lewy-Körperchen-Demenz
mind.	mindestens
MMS-Test	Mini-Mental-Status-Test
MRI	Magnetresonanz-Tomografie
N	Randnummer, Note
NEK	Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin
Nr.	Nummer
o.ä.	oder ähnliches
OHG	Bundesgesetz über die Hilfe an Opfer von Straftaten (Opferhilfegesetz) vom 23. März 2007 (SR 312.5)
OR	Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht) vom 30. März 1911 (SR 220)
PartG	Bundesgesetz über die eingetragene Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare vom 18. Juni 2004, Partnerschaftsgesetz (SR 211.231)
S.	Seite
SAMW	Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (franz. ASSM)
sog.	sogenannt
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
u.ä.	und ähnliches
u.U.	unter Umständen
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
Vorbem.	Vorbemerkung
VVK	Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung vom 14. Februar 2007 (SR 832.105)
z.B.	zum Beispiel
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210)
Ziff.	Ziffer
zit.	zitiert

A. Einleitung

Die Demenzerkrankung gehört heute zu einer immer häufiger auftretenden Krankheit. Die Lebenserwartung unserer Bevölkerung steigt und dadurch sind immer öfter Menschen von den Folgen einer Urteilsunfähigkeit, die sich aufgrund einer Demenz ergeben kann, betroffen. Das Risiko an einer Demenz-Form zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter. So leiden in der Schweiz rund 8 Prozent der über 65-jährigen und 30 Prozent der über 85-jährigen an einer dementiellen Krankheit.² Auch der in den letzten Jahren erfolgte grosse medizinische Fortschritt hat dazu beigetragen, dass unsere Bevölkerung immer älter wird. Oftmals führen bedeutende Gesundheitsschädigungen nicht zwingend zum Tod, sondern haben eher eine mehr oder weniger lange dauernde Urteilsunfähigkeit zur Folge.³ Die Selbstbestimmung stellt allerdings auch in fortgeschrittenem Alter ein grosses Bedürfnis der Menschen dar, auch wenn die Urteilsfähigkeit bereits nachgelassen hat.

Zu Beginn dieser Arbeit wird ein Überblick über das neue Erwachsenenschutzrecht dargestellt. Es wird auf die Institute der eigenen Vorsorge eingegangen, welche vor dem Verlust der Urteilsfähigkeit errichtet werden können. Darunter zählen der Vorsorgeauftrag sowie die Patientenverfügung. Daneben existieren Massnahmen von Gesetzes wegen für urteilsunfähige Personen. Dazu gehören die Vertretung durch den Ehegatten, die eingetragene Partnerin oder den eingetragenen Partner, die Vertretung bei medizinischen Massnahmen, sowie Ausführungen zum Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen. Zum Schluss dieses Abschnittes wird auf die behördlichen Massnahmen eingegangen. Darunter sind die verschiedenen Beistandschaften sowie die FU zu subsumieren.

Anschliessend wird in einem medizinischen Teil dargelegt, was genau unter dem Krankheitsbild Demenz zu verstehen ist, und welche verschiedenen Untergruppen existieren. Durch die Definition und die Auflistung der möglichen Symptome werden die unterschiedlichen Krankheitsbilder jeweils veranschaulicht. Es werden zudem Methoden zur Diagnostik sowie Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Am Ende dieses Abschnittes werden die verschiedenen Stadien einer Demenzerkrankung umschrieben.

In einem weiteren Teil wird die Urteils(un)fähigkeit analysiert. Vorerst werden vom rechtlichen Standpunkt her die Voraussetzungen der Urteilsfähigkeit und wichtige Prinzipien beleuchtet. Danach folgen Ausführungen zur medizinischen Sichtweise. Anschliessend

² FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Vorbem. zu Art. 360–369 ZGB N 1; vgl. Botschaft ZGB, S. 7011.

³ FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Vorbem. zu Art. 360–369 ZGB N 1.

werden die rechtliche und medizinische Betrachtungsweise verknüpft, indem die Urteilsfähigkeit beim Vorliegen von psychischen Störungen dargestellt und entsprechende Beweisfragen dazu erörtert werden. In ethischer Hinsicht folgen Ausführungen zu den Autonomie-Kriterien und verschiedene Fallbeispiele werden aufgeführt. Durch die Gespräche mit Fachleuten konnten sodann wichtige Erkenntnisse zur Handhabung in der Praxis gewonnen werden, welche unter dem entsprechenden Titel abgehandelt werden.

Im folgenden Hauptteil der Masterarbeit werden gezielt verschiedene Konstellationen, die in der Praxis und im Alltag zu rechtlichen Problemen führen können, angesprochen. Es wird dabei jeweils am Anfang eines Abschnittes eine Fragestellung formuliert, auf welche die Darstellung der aktuellen Rechtslage und Theorie folgt. Danach wird auf die Handhabung in der Praxis eingegangen und es werden Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt. Am Ende folgt die Beantwortung der jeweiligen Fragen im Fazit. Der gesamte Hauptteil wurde stark durch die mit Experten geführten Interviews geprägt.⁴ Es werden sodann Sonderfälle bei Vorsorgeaufträgen und Patientenverfügungen, Probleme im Zusammenhang mit deren Hinterlegungsort und mit gesetzlichen Vertretungsrechten, die Unterscheidung zwischen Demenz und psychischer Störung, Fragen bezüglich Betreuungsvertrag und Behandlungsmöglichkeiten, sowie juristische Unklarheiten bezüglich der freien Arztwahl, der Neuorganisation der KESB und dem Melderecht/-pflicht unter Geltung des Berufsgeheimnisses aufgegriffen. Dadurch soll die (bisherige) Handhabung in der Praxis veranschaulicht werden. Zudem soll geprüft werden, ob diese mit den seit dem 01.01.2013 geltenden Bestimmungen des revidierten Erwachsenenschutzrechts in Einklang stehen. Im Gegenzug wird aber auch darauf aufmerksam gemacht, inwiefern die juristischen Grundlagen den Bedürfnissen der Praxis – von Ärzten, Sozialarbeitern, Pflegepersonal, Demenzkranken und deren Angehörigen etc. – genügen. Zudem werden durch Fallbeispiele jeweils unterschiedliche Lebenssituationen bei Menschen mit einer Demenzerkrankung veranschaulicht.

In der Schlussbetrachtung möchte ich nach einer Übersicht über die wesentlichen Punkte, meine Meinung zur aktuellen Rechtslage bezüglich Selbstbestimmung bei eingetretener Demenzerkrankung zusammenfassend darlegen.

⁴ Vgl. Anhang 7, Fragenkatalog zur Masterarbeit, als Leitfaden für die Interviews.

B. Überblick über das neue Erwachsenenschutzrecht

Seit dem 01.01.2013 ist das neue Erwachsenenschutzrecht (Art. 360–456 ZGB) in Kraft. Damit verbunden konnten wichtige Reformen umgesetzt werden.⁵ So wurde bspw. der Begriff „Vormundschaftsrecht“ von der Umschreibung dieses Rechtsgebietes als „Erwachsenenschutzrecht“ abgelöst.⁶ Weiter wird neu das Selbstbestimmungsrecht natürlicher Personen durch die Möglichkeit der eigenen Vorsorge gestärkt.⁷

Zur Übersicht folgt eine tabellarische Darstellung der verschiedenen Rechtsinstitute des neuen Erwachsenenschutzrechts:

ABBILDUNG 1:

ÜBERSICHT: RECHTSINSTITUTE DES ERWACHSENENSCHUTZRECHTS⁸

	<u>Massnahmen/Rechtsinstitute</u>		Artikel ZGB
Nicht behördliche Massnahmen	Eigene Vorsorge	Vorsorgeauftrag	360 ff.
		Patientenverfügung	370 ff.
	Gesetzliche Massnahmen	Vertretung durch Ehegatten oder eingetragenen Partner bzw. eingetragene Partnerin	374 ff.
		Vertretung bei medizinischen Massnahmen	377 ff.
		Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen	382 ff.
	Behördliche Massnahmen	Amtsgeb. Massnahmen	Begleitbeistandschaft
Vertretungsbeistandschaft			394
Vermögensverwaltungsbeistandschaft			395
Mitwirkungsbeistandschaft			396
Kombinierte Beistandschaft			397
Umfassende Beistandschaft			398
Nicht amtsgeb. Massnahmen		Erforderliche Vorkehren der KESB	392
		Fürsorgerische Unterbringung (FU)	426 ff.

⁵ Botschaft ZGB, S. 7001 ff.

⁶ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 1.07.

⁷ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 1.08.

⁸ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 1.30, Ausgestaltung und Ergänzung der Grafik gemäss Aufbau der Arbeit.

I. Eigene Vorsorge

Durch die Instrumente der eigenen Vorsorge i.S.v. Art. 360–373 ZGB, kann jedermann für den Fall einer eigenen, in Zukunft eintretenden Urteilsunfähigkeit Vorkehrungen treffen, um eine allfällige behördliche Intervention auszuschliessen bzw. auf ein Minimum zu reduzieren.⁹

1. Vorsorgeauftrag

Durch den Vorsorgeauftrag gem. Art. 360–369 ZGB, soll das Selbstbestimmungsrecht einer Person, auch nachdem eine allfällige Urteilsunfähigkeit (vgl. Art. 16 i.V.m. Art. 18 ZGB) eingetreten ist und somit faktisch eine Handlungsunfähigkeit (vgl. Art. 17 ff. ZGB) vorliegt, gewahrt werden.¹⁰ Die auftraggebende Person kann selbst bestimmen, wer nach dem Eintritt des Verlustes der eigenen Urteilsfähigkeit „fremdbestimmend“ tätig werden soll.¹¹ Sie kann gem. Art. 360 Abs. 1 ZGB eine natürliche oder juristische Person beauftragen, im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit die Personensorge oder die Vermögenssorge zu übernehmen oder sie im Rechtsverkehr zu vertreten. Der Person, welche einen Vorsorgeauftrag erstellt steht es frei, ob sie den Auftrag ganz allgemein hält oder ob der Auftrag auf bestimmte Bereiche oder Geschäfte beschränkt werden soll.¹² Der Vorsorgeauftrag entspricht einer umfassenden Beistandschaft gem. Art. 398 ZGB, wenn dieser die gesamte Personensorge, Vermögenssorge und die Vertretung im Rechtsverkehr umfasst.¹³

Im Zeitpunkt der Errichtung des Vorsorgeauftrages muss die betroffene Person urteilsfähig sein.¹⁴ Urteilsfähig im Sinne des Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.¹⁵ Die Urteilsfähigkeit alleine genügt jedoch nicht, denn die Person muss als handlungsfähig bezeichnet werden können.¹⁶ Die Handlungsfähigkeit besitzt, wer volljährig und urteilsfähig ist.¹⁷ Handlungsunfähig sind demnach alle urteilsunfähigen Personen, urteilsfähige Minderjährige oder unter umfassender

⁹ Handkomm, C. L. WIDMER BLUM, Art. 360 ZGB N 1 ff.; FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Vorbem. zu Art. 360–369 ZGB N 1.

¹⁰ FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Vorbem. zu Art. 360–369 ZGB N 7.

¹¹ Erwachsenenschutz Komm, LANGENEGGER ERNST, Art. 360 ZGB N 1.

¹² FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Vorbem. zu Art. 360–369 ZGB N 7.

¹³ FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Vorbem. zu Art. 360–369 ZGB N 7; Botschaft ZGB, S. 7025.

¹⁴ FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Art. 360 ZGB N 4.

¹⁵ Art. 16 ZGB; vgl. dazu Abschnitt D. Urteils(un)fähigkeit, zur Präzisierung.

¹⁶ FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Art. 360 ZGB N 5.

¹⁷ Art. 13 ZGB.

Beistandschaft stehende Personen.¹⁸ Handlungsunfähige Personen können zwar grundsätzlich höchstpersönliche Rechte selber ausüben.¹⁹ Für die betroffene Person hat der Vorsorgeauftrag aber eine derart weitgehende Tragweite, dass für dessen Errichtung volle Handlungsfähigkeit unbedingt erforderlich ist.²⁰

Gem. Art. 361 Abs. 1 ZGB ist der Vorsorgeauftrag eigenhändig zu errichten oder öffentlich zu beurkunden. Somit kann der Auftrag alleine verfasst werden, die Errichtungsurkunde muss sodann von Anfang bis Ende von Hand niedergeschrieben, datiert und unterzeichnet werden.²¹ Ungültig ist ein mit Computer geschriebener oder diktierter Vorsorgeauftrag.²² Wer als Urkundsperson ermächtigt ist, die Errichtung eines Vorsorgeauftrages zu beurkunden, regelt insbesondere das kantonale Recht am Errichtungsort.²³

2. Patientenverfügung

Durch die Patientenverfügung gem. Art. 370–373 ZGB soll das verfassungsrechtlich durch die Garantie der Menschenwürde²⁴ und die persönliche Freiheit²⁵ geschützte Recht auf Selbstbestimmung²⁶ über den Eintritt der Urteilsunfähigkeit hinaus gestärkt werden.²⁷ Im Zeitpunkt der Errichtung einer Patientenverfügung bestimmt eine urteilsfähige Person, wie sie im Fall der eigenen Urteilsunfähigkeit behandelt werden will, d.h. welchen medizinischen Massnahmen sie zustimmt und welche sie ablehnt.²⁸ Es kann sehr schwierig sein, sich in einer Phase der (relativen) Gesundheit in die Grenzsituation einer schweren Erkrankung bzw. eines schweren Unfalls oder des eigenen Sterbens zu versetzen und vorab zu entscheiden, welchen medizinischen Massnahmen man in dieser Situation zustimmen, und welche man ablehnen würde.²⁹ Eine Beschreibung der persönlichen Werthaltung, die bei der Ermittlung des mutmasslichen Willens berücksichtigt werden soll, kann helfen, um herauszufinden, was für die Verfasserin oder den Verfasser der Patientenverfügung „Lebensqualität“ oder

¹⁸ FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Art. 360 ZGB N 5.

¹⁹ I.S.v. Art. 19–19c ZGB, beschränkte Handlungsunfähigkeit; FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Art. 360 ZGB N 5.

²⁰ Art. 12/13 ZGB; Botschaft ZGB, S. 7025; HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.12.

²¹ Art. 361 Abs. 2 ZGB; FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Art. 361 ZGB N 7.

²² Botschaft ZGB, S. 7026; FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Art. 361 ZGB N 8.

²³ BaslerKomm, SCHIMD, Art. 55 SchIT ZGB N 18; BGE 113 II 501, 504 f.; FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Art. 361 ZGB N 10; CARLEN, S. 69 f.

²⁴ Art. 7 BV.

²⁵ Art. 10 Abs. 2 BV.

²⁶ WIDMER BLUM, S. 8 ff.

²⁷ Erwachsenenschutz Komm, GASSMANN JÜRIG, Art. 372 ZGB N 2; Handkomm, P. BREITSCHMID/A. KAMP, Art. 370 ZGB N 1 ff.; Botschaft ZGB, S. 7011.

²⁸ Botschaft ZGB, S. 7030; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 370 ZGB N 3.

²⁹ SAMW, Patientenverfügungen, S. 3; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 370 ZGB N 4.

„würdevolles Leben bzw. Sterben“ bedeuten.³⁰ In einer Patientenverfügung können Behandlungswünsche in einem weiteren Sinne aufgeführt werden.³¹ Auch kann der eigene Wille bezüglich der Spende von Organen, Geweben und Zellen rechtsverbindlich festgehalten werden.³² Es handelt sich bei der Patientenverfügung um ein einseitiges Rechtsgeschäft.³³

Gem. Art. 370 Abs. 1 ZGB vermag in gültiger Weise eine Patientenverfügung zu errichten, wer urteilsfähig ist.³⁴ Volle Handlungsfähigkeit,³⁵ die zur Errichtung eines Vorsorgeauftrages nötig ist,³⁶ ist demnach nicht erforderlich.³⁷ Bei der Errichtung einer Patientenverfügung handelt es sich um ein höchstpersönliches Recht,³⁸ weshalb urteilsfähige minderjährige Personen³⁹ ebenso wie volljährige unter umfassender Beistandschaft stehende Personen⁴⁰ eine Patientenverfügung gültig errichten können.⁴¹ Massgebend ist, dass die Verfasserin oder der Verfasser der Verfügung in der Lage ist, die Bedeutung und Tragweite der Anordnungen für die eigene Gesundheit und das eigene Leben abzuschätzen, die Vor- und Nachteile abzuwägen sowie sich einen eigenen freien Willen zu bilden und diesen in der Verfügung festzuhalten.⁴²

Die Patientenverfügung ist schriftlich zu errichten, zu datieren und zu unterzeichnen.⁴³ Die formellen Anforderungen wurden tiefer angesetzt als beim Vorsorgeauftrag.⁴⁴ Dies wurde damit begründet, dass die Patientenverfügung noch der Kontrolle durch das medizinische

³⁰ SAMW, Patientenverfügungen, S. 7 f.; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 370 ZGB N 4; Botschaft ZGB, S. 7012.

³¹ FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 370 ZGB N 5.

³² SAMW, Patientenverfügungen, S. 10; Erwachsenenschutz Komm, GASSMANN, Art. 370 ZGB N 10; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 370 ZGB N 6.

³³ Erwachsenenschutz Komm, GASSMANN, Art. 370 ZGB N 4; WIDMER BLUM, S. 164; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 370 ZGB N 9.

³⁴ Vgl. dazu B. I. 1.; Art. 16 ZGB.

³⁵ I.S.v. Art. 12 ff. ZGB.

³⁶ Vgl. dazu B. I. 1.

³⁷ Art. 370 Abs. 1 ZGB; Botschaft ZGB, S. 7031; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 370 ZGB N 14.

³⁸ KUKO ZGB, HOTZ SANDRA, Art. 19c ZGB N 1 ff.; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 19c ZGB N 2 f.

³⁹ Art. 19c Abs. 1 ZGB, vorbehalten bleiben Fälle, in welchen das Gesetz die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters vorsieht.

⁴⁰ Art. 19c Abs. 2 ZGB, dabei handelt der gesetzliche Vertreter, sofern nicht ein Recht so eng mit der Persönlichkeit verbunden ist, dass jede Vertretung ausgeschlossen ist.

⁴¹ Beschränkte Handlungsunfähigkeit, i.S.v. Art. 19–19c ZGB; Botschaft ZGB, S. 7031; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 370 ZGB N 16; HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.44; MEIER, N 53.

⁴² FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 370 ZGB N 14; WIDMER BLUM, S. 157 f.

⁴³ Art. 371 Abs. 1 ZGB; vgl. Art. 14 OR; SCHMID, Art. 371 ZGB N 3.

⁴⁴ FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 371 ZGB N 1; vgl. Art. 361 ZGB.

Personal unterliegt.⁴⁵ Somit genügt es, wenn eine vorformulierte Mustervorlage⁴⁶ datiert und eigenhändig unterzeichnet wird.⁴⁷

II. Massnahmen von Gesetzes wegen für urteilsunfähige Personen

1. Vertretung durch den Ehegatten, die eingetragene Partnerin oder den eingetragenen Partner

Das Vertretungsrecht von Gesetzes wegen – gem. Art. 374–376 ZGB – kommt einzig dem Ehegatten oder der eingetragenen Partnerin bzw. dem eingetragenen Partner zu, nicht etwa dem Verlobten bzw. der Verlobten oder dem Konkubinatspartner bzw. der Konkubinatspartnerin.⁴⁸ Durch die Vertretungsmacht werden Befugnisse verliehen, die eng mit der Beistandspflicht aus Art. 159 ZGB⁴⁹ bzw. Art. 12 PartG⁵⁰ verbunden sind, wonach die Ehegatten bzw. Partner einander moralisch und materiell beizustehen haben.⁵¹ Solange die eheliche bzw. partnerschaftliche Beziehung nicht aufgelöst ist, dauert diese Pflicht an, denn sie beruht auf Gegenseitigkeit und ist die Grundlage der Paarbeziehung.⁵² Die Tragweite dieser Beistandspflicht wird durch den Eintritt der Urteilsunfähigkeit auf Seiten eines der beiden Ehegatten oder Partner nicht aufgehoben – im Gegenteil – es kommt zu einer Ausdehnung der Hilfeleistung.⁵³ Gem. Art. 374 Abs. 2 ZGB umfasst das Vertretungsrecht alle Rechtshandlungen, welche zur Deckung des Unterhaltsbedarfs üblicherweise erforderlich sind (Art. 374 Abs. 2 Ziff. 1 ZGB), die ordentliche Verwaltung des Einkommens und der übrigen Vermögenswerte (Art. 374 Abs. 2 Ziff. 2 ZGB) und nötigenfalls die Befugnis, die Post zu öffnen und zu erledigen (Art. 374 Abs. 2 Ziff. 3 ZGB).

Nur unter der Voraussetzung, dass die geschützte Person urteilsunfähig ist, besteht das Vertretungsrecht.⁵⁴ Weiter bedarf es zur Vertretung der urteilsunfähigen Person der uneingeschränkten Handlungsfähigkeit, womit die vertretende Person volljährig und

⁴⁵ Botschaft ZGB, S. 7031; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 371 ZGB N 1.

⁴⁶ Es gibt diverse Mustervorlagen. Als sehr ausführliches Beispiel wird auf den DOCUPASS der Pro Senectute Schweiz verwiesen (vgl. Anhang 6); FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 370 ZGB N 7.

⁴⁷ FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 371 ZGB N 1.

⁴⁸ FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA, Art. 374 ZGB N 19.

⁴⁹ KUKO ZGB, FANKHAUSER ROLAND, Art. 159 ZGB N 1 ff.; BÜCHLER/VETTERLI, S. 37 ff.

⁵⁰ FamKomm PartG, BÜCHLER/VETTERLI, Art. 12 PartG N 1 ff.; BÜCHLER/VETTERLI, S. 156 ff.

⁵¹ FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA, Art. 374 ZGB N 16.

⁵² FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA, Art. 374 ZGB N 16.

⁵³ Erwachsenenschutz Komm, LANGENEGGER, Art. 375 ZGB N 1; FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA, Art. 374 ZGB N 16.

⁵⁴ Art. 374 Abs. 1 ZGB; FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA/GUILLOD/VAERINI, Vorbem. zu Art. 374–387 ZGB N 4 ff.; Handkomm, R. FANKHAUSER, Art. 374 ZGB N 2.

urteilsfähig sein muss und nicht unter umfassender Beistandschaft stehen darf.⁵⁵ Als Alternativvoraussetzung muss der Ehegatte oder der eingetragene Partner bzw. die eingetragene Partnerin mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führen oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leisten.⁵⁶ Das Vorhandensein einer vorsorgebeauftragten Person oder eines Beistands, deren bzw. dessen Befugnisse die Vertretung der urteilsunfähigen Person erfassen, schliesst das Vertretungsrecht des Ehegatten oder des eingetragenen Partners bzw. der eingetragenen Partnerin (das subsidiärer Natur ist) grundsätzlich aus.⁵⁷

2. Vertretung bei medizinischen Massnahmen

Bedarf eine urteilsunfähige Person einer medizinischen Behandlung, so klärt Art. 377 Abs. 1 ZGB den Entscheidungsprozess.⁵⁸ Dabei wird der Beachtung einer Patientenverfügung im Einklang mit den Art. 370 Abs. 2 und Art. 372 Abs. 2 ZGB klare Priorität eingeräumt.⁵⁹ Ist keine Patientenverfügung vorhanden, so muss der Arzt zusammen mit der gem. Art. 378 ZGB zur Vertretung des Patienten oder der Patientin berechtigten Person einen Behandlungsplan erstellen.⁶⁰ Art. 377 ZGB umfasst alle Entscheidungen über medizinische Behandlungen, was sowohl den Abschluss eines möglichen Behandlungsvertrages,⁶¹ als auch medizinische Massnahmen diagnostischer, therapeutischer oder palliativer Natur betrifft.⁶² Nicht nur der Beginn einer Behandlung, auch ihre Änderung kann von der Entscheidung betroffen sein. Es kann sich gem. Art. 378 Abs. 1 ZGB ebenso um ambulante wie auch um stationäre Massnahmen handeln, welche somatischer oder psychischer Natur sein können.⁶³

3. Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen

Auch die Art. 382–387 ZGB sind bei urteilsunfähigen Personen von Gesetzes wegen anzuwenden. Massgebend ist dabei, dass der Schutz von urteilsunfähigen Erwachsenen, die in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen leben, gewährleistet wird.⁶⁴ Dem Umstand, dass urteilsunfähige Personen, welche in einer Einrichtung leben, nicht immer den nötigen

⁵⁵ MEIER/STETTLER, N 446 ff.; FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA, Art. 374 ZGB N 28.

⁵⁶ FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA, Art. 374 ZGB N 30.

⁵⁷ MEIER/LUKIC, N 315, vgl. N 13; FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA, Art. 374 ZGB N 36.

⁵⁸ Art. 377–381 ZGB.

⁵⁹ FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 377 ZGB N 12.

⁶⁰ FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 377 ZGB N 12.

⁶¹ BaslerKomm, EICHENBERGER/KOHLER, Art. 377 ZGB N 13.

⁶² BaslerKomm, EICHENBERGER/KOHLER, Art. 377 ZGB N 16; Erwachsenenschutz Komm, GASSMANN, Art. 377/378 ZGB N 4, FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 377 ZGB N 14.

⁶³ FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 377 ZGB N 14.

⁶⁴ FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA/VAERINI, Einführung zu Art. 382–387 ZGB N 1.

rechtlichen Schutz genossen, wurde durch das revidierte Erwachsenenschutzrecht und die entsprechenden neuen Regelungen bestmöglich Abhilfe verschafft.⁶⁵

III. Behördliche Massnahmen

Zweck der durch die KESB geprüften, durchgeführten und überwachten Massnahmen ist es, das Wohl und den Schutz der hilfsbedürftigen Person sicherzustellen.⁶⁶ Die angeordnete Massnahme soll die Selbstbestimmung der betroffenen Person so weit wie möglich erhalten und fördern.⁶⁷ Jede Massnahme muss überdies verhältnismässig, d.h. erforderlich und geeignet, sein.⁶⁸ Die KESB legt die Massnahmen von Amtes wegen oder auf Antrag der betroffenen oder einer nahestehenden Person fest.⁶⁹

1. Die Beistandschaften

Im neuen Erwachsenenschutzrecht werden alle zur Verfügung stehenden behördlichen Massnahmen – mit Ausnahme des eigenen Handelns der KESB⁷⁰ – als Beistandschaft bezeichnet, welche in verschiedene Arten unterteilt werden.⁷¹ So gibt es die Begleit-,⁷² Vertretungs-,⁷³ Vermögensverwaltungs-⁷⁴ und Mitwirkungsbeistandschaft⁷⁵ sowie die kombinierte⁷⁶ und umfassende⁷⁷ Beistandschaft.⁷⁸ Unterschieden werden die verschiedenen Formen der Beistandschaft durch die Intensität des Eingriffs in die Handlungsfähigkeit der betroffenen Person.⁷⁹

Damit eine Beistandschaft errichtet werden kann, muss ein Schwächezustand vorliegen, der gem. Art. 390 Abs. 1 ZGB folgendermassen definiert wird.⁸⁰

⁶⁵ TRITTEN, S. 1; FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA/VAERINI, Einführung zu Art. 382–387 ZGB N 1.

⁶⁶ Art. 388 Abs. 1 ZGB; HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.75 f.

⁶⁷ Art. 388 Abs. 2 ZGB; FamKomm Erwachsenenschutz, HÄFELI, Art. 388 ZGB N 3.

⁶⁸ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.76; FamKomm Erwachsenenschutz, MEIER, Art. 390 ZGB N 2.

⁶⁹ Art. 390 Abs. 3 ZGB; HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.77.

⁷⁰ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.147 ff.

⁷¹ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.78.

⁷² Art. 393 ZGB.

⁷³ Art. 394 ZGB.

⁷⁴ Art. 395 ZGB.

⁷⁵ Art. 396 ZGB.

⁷⁶ Art. 397 ZGB.

⁷⁷ Art. 398 ZGB.

⁷⁸ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.88 ff.

⁷⁹ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 1.45 und 2.78.

⁸⁰ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.83.

- Wegen einer geistigen Behinderung, einer psychischen Störung oder eines ähnlichen in der Person liegenden Schwächezustandes kann eine Person ihre Angelegenheiten nur teilweise oder gar nicht besorgen.⁸¹
- Eine vorübergehend urteilsunfähige oder abwesende Person kann in Angelegenheiten, die erledigt werden müssen, weder selbst handeln noch hat sie hierfür einen Stellvertreter bezeichnet.⁸²

In gewissen Situationen kann das Eingreifen der Behörde zur Errichtung einer Beistandschaft als unverhältnismässig erscheinen, weshalb in einem solchen Fall andere Vorkehrungen zu treffen sind.⁸³

2. Die fürsorgerische Unterbringung (FU)

Die praktisch bedeutsamste nicht amtsgeb. Massnahme des Erwachsenenschutzrechts ist die FU gem. Art. 426 Abs. 1 ZGB.⁸⁴ Sie gelangt zur Anwendung, wenn eine Person der persönlichen Fürsorge und Pflege bedarf, welche aber nur durch die Unterbringung der betroffenen Person in einer geeigneten Anstalt erbracht werden kann.⁸⁵ Die betroffene Person wird somit in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt.⁸⁶

Gem. Art. 426 Abs. 1 ZGB darf eine Person, die an einer psychischen Störung oder an einer geistigen Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann. Zur Anordnung einer FU braucht es somit einen Schwächezustand, der eine persönliche Fürsorge (einschliesslich des Schutzes gegen sich selber), wie etwa therapeutische Massnahmen, Betreuung oder die Behandlung einer körperlichen Erkrankung in geschütztem Rahmen, notwendig macht.⁸⁷ Schliesslich muss den allgemeinen Grundsätzen des Erwachsenenschutzrechts Rechnung getragen werden, insbesondere kommt dem Verhältnismässigkeitsprinzip dabei wiederum eine tragende Rolle zu.⁸⁸

⁸¹ Art. 390 Abs. 1 Ziff. 1 ZGB.

⁸² Art. 390 Abs. 1 Ziff. 2 ZGB.

⁸³ FamKomm Erwachsenenschutz, MEIER, Art. 390 ZGB N 2; Art. 392 ZGB.

⁸⁴ BERNHART, S. 108.

⁸⁵ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.154.

⁸⁶ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.154.

⁸⁷ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.161; BERNHART, S. 108.

⁸⁸ BGE 114 II 217; Art. 426 Abs. 1 ZGB; HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.162; Gesundheitsdirektion, Leitfaden, S. 4; Vgl. auch Anhang 5, Formular für einen ärztlichen FU.

C. Demenzerkrankung

I. Krankheitsbild

1. Definition und Allgemeines zur Demenz

Unter Demenz versteht man eine fortschreitende, meist irreversible, organisch bedingte Einbusse früher erworbener intellektueller Fähigkeiten bei erhaltenem Bewusstsein.⁸⁹ Der Hauptrisikofaktor für die Entstehung einer derartigen Krankheit ist das fortgeschrittene Alter.⁹⁰ Leitsymptome sind eine Abnahme der Gedächtnisleistung und anderen kognitiven und intellektuellen Fähigkeiten (z.B. Defizite bei der Urteilsfähigkeit oder im Denkvermögen) sowie eine Abflachung des Affekts.⁹¹ Meist kommt es auch zu einer Störung des Sozialverhaltens, Enthemmung oder einer Antriebslosigkeit mit emotionaler Labilität oder Apathie.⁹² Auch Wahnvorstellungen, Agitation,⁹³ oder Reizbarkeit mit aggressiven Impulsen treten in fortgeschrittenem Stadium immer häufiger auf.⁹⁴ Im Verlauf wird oft ein dissoziatives Verhalten⁹⁵ beobachtet, wobei exekutive Funktionen⁹⁶ sowie empathische Verhaltensweisen⁹⁷ kaum mehr denkbar sind.⁹⁸ Die Symptome müssen für mind. 6 Monate bestehen⁹⁹ und ein Delir¹⁰⁰ muss ausgeschlossen werden können, um von einer Demenzerkrankung sprechen zu können.¹⁰¹ Da die Krankheitszeichen im Verlauf variieren ist eine klinische Unterscheidung der Demenzformen oft schwierig, weshalb häufig Mischformen auftreten (v.a. die Alzheimer-Krankheit und die vaskuläre Demenz treten in Kombination sehr häufig auf).¹⁰²

Die durchschnittliche Dauer einer Demenz-Krankheit, welche schliesslich zum Tod führt, wird auf ca. 8–9 Jahre geschätzt. Dies kann jedoch auch stark variieren, je nachdem um was

⁸⁹ KRZOVSKA, S. 68/69; KASTNER/LÖBACH, S. 11 ff.; Zur Definition der Demenz nach WHO-Standards, ICD-10 F00–F99, online abrufbar unter <<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/>> (besucht am 20.07.2013).

⁹⁰ BASSETTI/CALABRESE/GUTZWILLER, S. 11 f.

⁹¹ FÖRSTL, S. 3. ff.

⁹² *Apathie*: Teilnahmslosigkeit, mangelnde Erregbarkeit und Unempfindlichkeit gegenüber äusseren Reizen.

⁹³ *Agitation*: Krankhafte Unruhe, bei der es zu heftigen und hastigen Bewegungen beim Patienten kommt. Symptome wie Zittern und gesteigerter Bewegungsdrang treten auf.

⁹⁴ BASSETTI/CALABRESE/GUTZWILLER, S. 11 f.; FÖRSTL, S. 3. ff.; Deutscher Ethikrat, S. 12.

⁹⁵ *Dissoziation* (Psychologie): Trennung von Wahrnehmungs- und Gedächtnisinhalten, welche normalerweise assoziiert sind.

⁹⁶ *Exekutive Funktionen*: Vorausdenken.

⁹⁷ *Empathie*: Einfühlen in eine Drittperson.

⁹⁸ FORSTMEIER, Interview; WETTSTEIN, Interview.

⁹⁹ SCHMOECKEL, S. 25 f.; Deutscher Ethikrat, S. 12.

¹⁰⁰ *Delir*: „Verwirrtheit“, inadäquates Verhalten verbunden mit einer Aufmerksamkeitsstörung, zudem besteht eine Desorientiertheit zu Zeit, Ort und Person; KRZOVSKA, S. 66/67.

¹⁰¹ LINGG/THEUNISSEN, S. 58 ff.; ICD-10 F0, Organische (körperlich begründbare) Psychosen; DOBLHAMMER, S. 45 f.; KASTNER/LÖBACH, S. 17; Deutscher Ethikrat, S. 12.

¹⁰² KRZOVSKA, S. 68/69; FORSTMEIER, Interview; BENZ-GARTENMANN, Interview.

für eine Art Demenz es sich handelt.¹⁰³ Demenzen treten sowohl bei Männern als auch bei Frauen etwa gleich häufig auf.¹⁰⁴ Mit zunehmendem Alter sind Frauen allerdings öfters von der Krankheit betroffen, weil ihre Lebenserwartung höher ist.¹⁰⁵

Die Begleitung der Angehörigen spielt eine wichtige Rolle. Ein grosser Teil der Behandlung bzw. Betreuung erfolgt somit psychotherapeutisch, unter Einbezug aller Betroffenen.¹⁰⁶

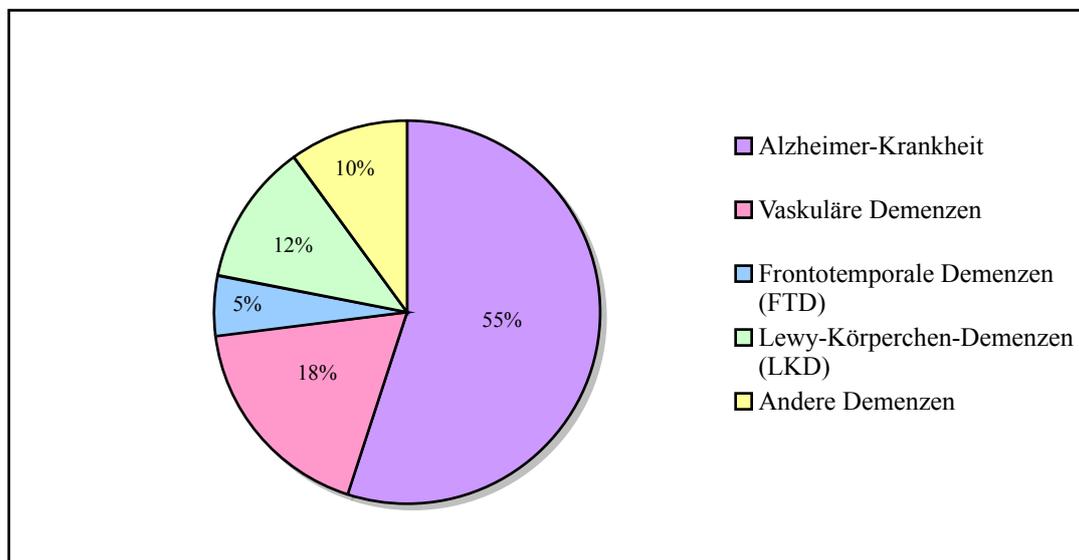
2. Untergruppen der Demenz

Bereits mehr als fünfzig Erkrankungen sind bekannt, die sich in sehr ähnlicher Weise äussern und alle unter den Begriff „Demenz“¹⁰⁷ fallen. Dabei wird diese Bezeichnung als Oberbegriff für all die unterschiedlichen Krankheiten verwendet, bei denen Verluste des Erinnerungsvermögens zusammen mit anderen Funktionsstörungen des Gehirns auftreten.¹⁰⁸

Es folgt ein Kreisdiagramm zur Veranschaulichung der Häufigkeit der am meisten verbreiteten Demenzformen:

ABBILDUNG 2:

DEMENZFORMEN¹⁰⁹



¹⁰³ ALZ, Leben mit Demenz, S. 5.

¹⁰⁴ DOBLHAMMER, S. 54.

¹⁰⁵ DOBLHAMMER, S. 54 ff.

¹⁰⁶ BOPP-KISTLER, Interview.

¹⁰⁷ Lat. *demens*: „Ohne Geist“ bzw. *Mens*: Verstand, *de*: abnehmend; DOBLHAMMER, S. 45.

¹⁰⁸ vgl. Definition C. I. 1.; ALZ, Leben mit Demenz, S. 5; DOBLHAMMER, S. 46 ff.; KASTNER/LÖBACH, S. 18 ff.

¹⁰⁹ Eigendarstellung anhand verschiedener Bsp.: Online abrufbar unter <<http://www.neurologicum-griesheim.de/patienteninformationen/demenzen/index.php>> (besucht am 26.07.2013); ALZ, Leben mit Demenz, S. 6.

a) Alzheimer-Krankheit

Die sich schleichend entwickelnde Alzheimer-Krankheit¹¹⁰ stellt mit mehr als 55 %¹¹¹ der Fälle den Hauptanteil der Demenzen dar, welche der Gruppe der neurodegenerativen Erkrankungen zugeordnet werden.¹¹² Rund 2% der Alzheimer-Demenzen werden genetisch vererbt.¹¹³ Die Lebenserwartung der Alzheimer-Demenz hat sich heute, nachdem die Erkrankung wesentlich früher erkannt und diagnostiziert werden kann, auf ca. 12 Jahre erweitert.¹¹⁴

aa) Definition

Der massive aber langsam fortschreitende Verlust von Gehirnzellen ist typisch für die Alzheimer-Krankheit.¹¹⁵ Damit verbunden findet ein Abbau von körpereigenen chemischen Substanzen statt, die den Austausch von Informationen unter den Gehirnzellen nicht mehr gewährleisten.¹¹⁶

Wie aus der Abbildung 3 hervorgeht, entstehen im Gehirn bei einer Alzheimer-Erkrankung durch einzelne Mechanismen krankhafte Eiweisse. Diese führen dazu, dass Amyloid-Plaques¹¹⁷ und Neurofibrillary-Tangles¹¹⁸ gebildet werden, welche sich vermehren und schliesslich zur Zerstörung der Nervenzellen führen.¹¹⁹ Die Bildung von Amyloid-Plaques (ausserhalb der Zellen) und Neurofibrillary-Tangles (innerhalb der Zellen) führt dazu, dass die Synapsen zugrunde gehen, die Nervenzellen absterben und die Gehirnmasse zu schwinden beginnt.¹²⁰ Bis heute ist nicht restlos geklärt, weshalb und wie diese krankhaften Veränderungen ausgelöst werden.¹²¹

¹¹⁰ Auch *Morbus* Alzheimer, Lat. *Morbus*: Krankheit.

¹¹¹ Vgl. Abbildung 2; Deutscher Ethikrat, S. 14.

¹¹² BASSETTI/CALABRESE/GUTZWILLER, S. 11 f.; ALZ, Leben mit Demenz, S. 5 f.; WALLECH/FÖRSTL, S. 152 f.

¹¹³ KRZOVSKA, S. 68/69; GÖSSI, Interview.

¹¹⁴ BASSETTI/CALABRESE/GUTZWILLER, S. 83.

¹¹⁵ BASSETTI/CALABRESE/GUTZWILLER, S. 79; ALZ, Leben mit Demenz, S. 5.

¹¹⁶ ALZ, Leben mit Demenz, S. 5.

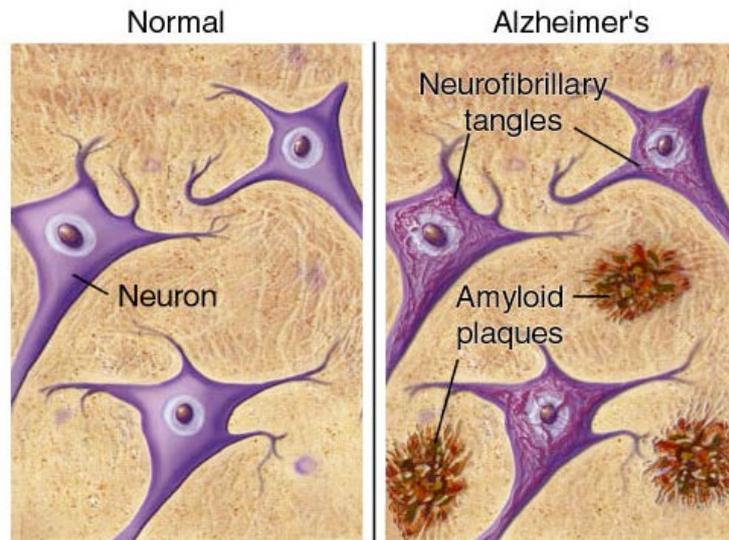
¹¹⁷ Auch *Senile Plaques*, *neuritische Plaques*, *senile Drusen*, *Hirndrusen*: Extrazelluläre Ablagerungen von Beta-Amyloid; SCHMOECKEL, S. 26 f.

¹¹⁸ Auch *Neurofibrillen-Bündel*: Intrazellulär gelegen und aus Tau-Protein bestehend.

¹¹⁹ WETTSTEIN, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 2, 2.1.12.

¹²⁰ WETTSTEIN, Interview.

¹²¹ GÖSSI, Interview; ALZ, Leben mit Demenz, S. 5.

ABBILDUNG 3:**VERÄNDERUNGEN IM GEHIRN BEI DER ALZHEIMER-KRANKHEIT¹²²****bb) Symptome**

Die klinischen Symptome treten meist erst auf, wenn schon ein erheblicher Anteil der Nervenzellen geschädigt ist.¹²³ Zu Beginn der Krankheit bestehen v.a. Kurzzeitgedächtnisstörungen, räumliche und zeitliche Orientierungsstörungen, Schwierigkeiten bei komplexeren Tätigkeiten, Aufmerksamkeitsstörungen und abnehmende Kompetenz für Alltagstätigkeiten bei zunächst erhaltener Persönlichkeitsstruktur und sozialem Verhalten. Beim üblicherweise langsam voranschreitenden Verlauf der Krankheit ergeben sich immer mehr Einschränkungen hinsichtlich der Selbständigkeit, was sich durch Schwierigkeiten bei der Verrichtung von Alltagsaufgaben, einem sozialen Rückzug, Sprachstörungen, Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus und Verhaltensauffälligkeiten äussert. Im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit kommt es zum Verlust der Alltagskompetenz, zu massivsten Kurz- und Mittelzeitgedächtnisstörungen, Inkontinenz und ausgeprägten Verhaltensstörungen bis zur vollständigen Pflegebedürftigkeit. Auch neurologische Ausfälle, die z.B. zu Gangstörungen, Krampfanfällen etc. führen können, sind charakteristisch.¹²⁴ Typisch ist auch, dass in fortgeschrittenem Stadium das Bewusstsein für Besitz und soziale Stände verloren geht.¹²⁵

¹²² Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 2, 2.1.13; Online abrufbar unter <<http://theadplan.com/alzheimersdiet/blog/recipes/add-a-little-spice-to-your-life-for-alzheimers-nutrition/attachment/amyloid-plaques-in-alzheimers-disease-2/>> (besucht am 16.07.2013).

¹²³ GÖSSI, Interview.

¹²⁴ KRZOVSKA, S. 68/69.

¹²⁵ SCHMIEDER, Interview.

b) Vaskuläre Demenz

Mit einem Anteil von ca. 18 %¹²⁶ bildet die vaskuläre¹²⁷ Demenz die zweithäufigste Form der Demenzen.¹²⁸

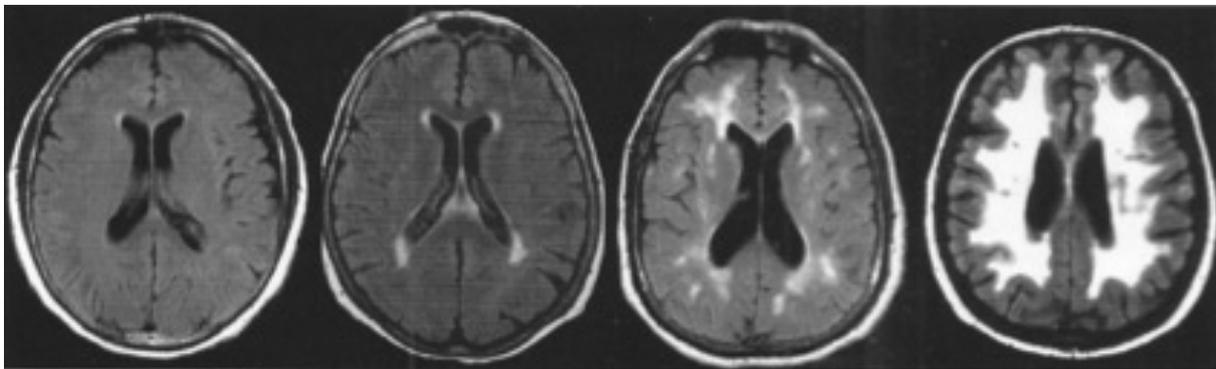
aa) Definition

Durch arteriosklerotische Veränderungen der Hirngefäße, was zu Minderdurchblutungen im Gehirn führt, entsteht die vaskuläre Demenz.¹²⁹ Dadurch wird ein Absterben kleinster Hirngebiete bei Mikro-Infarkten¹³⁰ oder ganzer Hirnareale bei grösseren Durchblutungsstörungen¹³¹ bewirkt.¹³² Viele Mikro-Infarkte geschehen jedoch ganz unbemerkt und werden erst nach einer Häufung derselben wahrgenommen.¹³³

Es folgt eine Bildgebung der Entwicklung einer vaskulären Demenz. Darauf erkennt man eine Mikroangiopathie,¹³⁴ durch den Verschluss kleinster Arteriolen¹³⁵ in der weissen Substanz. Im MRI zeigen sich die Folgen dieser Gefässveränderungen als subkortiale Hyperintensitäten.¹³⁶ Im Verlauf der Krankheit – auf folgendem Bild von links nach rechts dargestellt – nehmen die Läsionen¹³⁷ ständig zu.¹³⁸

ABBILDUNG 4:

BILDGEBUNG DES VERLAUFS EINER VASKULÄREN DEMENZ¹³⁹



¹²⁶ Vgl. Abbildung 2.

¹²⁷ Lat. *Vaskulär*: Die (Blut)Gefäße betreffend.

¹²⁸ Deutscher Ethikrat, S. 15.

¹²⁹ ALZ, Leben mit Demenz, S. 5.

¹³⁰ Sog. Streifung.

¹³¹ Sog. Hirn-Infarkt.

¹³² ALZ, Leben mit Demenz, S. 5; WETTSTEIN, Mythen und Fakten zum Alter, N 8.3.

¹³³ WETTSTEIN, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 2, 2.1.17; ALZ, Leben mit Demenz, S. 5.

¹³⁴ *Mikroangiopathie*: Erkrankung der kleinen Blutgefäße.

¹³⁵ *Arteriolen*: Kleine Arterien, die im Blutkreislauf hinter den Arterien und vor den arteriellen Kapillaren liegen.

¹³⁶ *Subkortiale Hyperintensitäten*: Unterhalb der Grosshirnrinde sichtbare Areale.

¹³⁷ *Läsionen*: Verletzungen, Schädigungen oder Störungen einer anatomischen Struktur oder physiologischen Funktion.

¹³⁸ WETTSTEIN, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 2, 2.1.17.

¹³⁹ Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 2, 2.1.17.

bb) Symptome

Ein plötzliches Einsetzen von Symptomen, z.B. Konzentrationsschwäche oder Apathie mit langsamer kognitiver Verschlechterung sowie vermehrte Stimmungsschwankungen, können Hinweise für eine vaskuläre Demenz sein.¹⁴⁰

c) Frontotemporale Demenz (FTD)

Der Krankheitsbeginn bei der FTD liegt meistens bereits zwischen dem 45. und 75. Lebensjahr.¹⁴¹ Die mittlere Krankheitsdauer der FTD wird mit 6 Jahren als relativ kurz beschrieben, wobei der Anteil der Demenzpatienten mit dieser Krankheit in gerontopsychiatrischen Kliniken auf ca. 5 %¹⁴² geschätzt wird.¹⁴³

aa) Definition

Unter der FTD werden sämtliche neurodegenerativen, irreversiblen Erkrankungen des Frontotemporalapparates¹⁴⁴ zusammengefasst, welche mit grossen Verhaltensstörungen einhergehen.¹⁴⁵

Der Frontallappen, befindet sich direkt hinter der Stirn, und wird daher auch als Stirnlappen bezeichnet. Aus folgender Darstellung wird ersichtlich, dass er den vordersten Teil der vier Lappen – Frontallappen, Scheitellappen, Hinterhauptslappen und Schläfenlappen¹⁴⁶ – des Grosshirns bildet:

¹⁴⁰ KRZOVSKA, S. 68/69.

¹⁴¹ BASSETTI/CALABRESE/GUTZWILLER, S. 87.

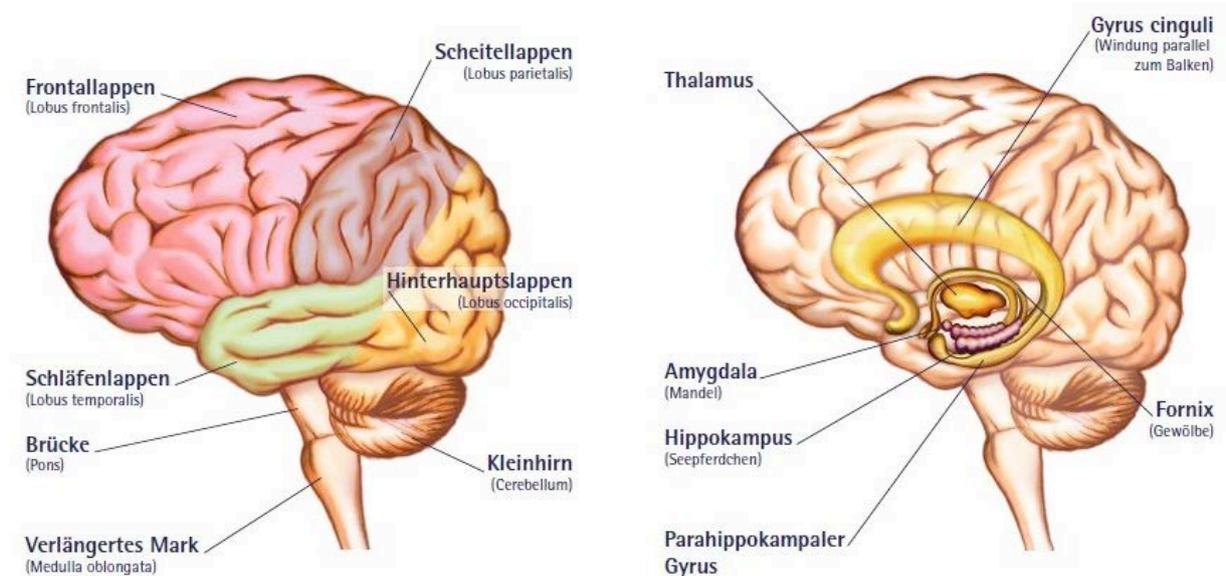
¹⁴² Vgl. Abbildung 2.

¹⁴³ BASSETTI/CALABRESE/GUTZWILLER, S. 87.

¹⁴⁴ Auch Frontallappen.

¹⁴⁵ WETTSTEIN, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 2, 2.1.18; Deutscher Ethikrat, S. 15.

¹⁴⁶ Vgl. Abbildung 5.

ABBILDUNG 5:**ANATOMIE DES GEHIRNS¹⁴⁷**

Auch bei der FTD sind die genauen Ursachen, welche zu dieser Form der Demenzerkrankung führen, nicht bekannt. Der Morbus Pick, der durch die Pick-Körperchen sowie Abnormitäten in der Sprechweise gekennzeichnet ist, gehört auch zur Gruppe der FTD.¹⁴⁸

bb) Symptome

Persönlichkeitsveränderungen, Störungen im sozialen Umgang mit Distanzlosigkeit und Auffälligkeiten im Verhalten sind charakteristisch für die FTD.¹⁴⁹ Es fällt bereits sehr früh im Krankheitsverlauf auf, dass sich Patienten nicht mehr an übliche soziale Regeln halten können, taktlos und enthemmt reagieren und ihr Verhalten geradezu absichtsvoll oder böse erscheint.¹⁵⁰ Auch Bewegungsverarmung, Antriebslosigkeit und Mutismus¹⁵¹ sind möglich. Die räumliche Orientierung und das Erinnerungsvermögen (kognitive Fähigkeiten) bleiben im Krankheitsverlauf jedoch noch relativ lange erhalten.¹⁵² Sehr früh kann das Verhalten der Patienten durch Stereotype geprägt sein, so z.B. durch rigide Routinen im Tagesablauf o.ä.¹⁵³

¹⁴⁷ Online abrufbar unter <http://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer-krankheit/illustrationen_anatomie.htm> (besucht am 25.07.2013).

¹⁴⁸ KRZOVSKA, S. 68/69.

¹⁴⁹ KRZOVSKA, S. 68/69; SCHMIEDER, Interview.

¹⁵⁰ BASSETTI/CALABRESE/GUTZWILLER, S. 87.

¹⁵¹ Auch Stummheit oder psychogenes Schweigen: Kommunikationsstörung, wobei keine Defekte der Sprechorgane und des Gehörs vorliegen.

¹⁵² KRZOVSKA, S. 68/69; SCHMIEDER, Interview; WETTSTEIN, Interview.

¹⁵³ BASSETTI/CALABRESE/GUTZWILLER, S. 88.

Patienten der FTD sind meist sehr uneinsichtig, daher ist im Falle einer vorhandenen FTD eine Meldung an die Behörde oftmals nötig bzw. als vorsorgliche Warnung angebracht.¹⁵⁴ In der Praxis kommt es meist zu Problemen im Zusammenhang mit der FTD, da diese Patienten sehr unberechenbar handeln und dadurch auch in rechtlich relevanter Weise in Erscheinung treten können, z.B. indem Straftaten verübt werden.¹⁵⁵

d) Lewy-Körperchen-Demenz (LKD)

Die LKD macht ca. 12 %¹⁵⁶ aller Demenzformen aus.

aa) Definition

Bei der LKD¹⁵⁷ entstehen sog. Lewy-Körperchen¹⁵⁸ die sich als runde Einschlusskörper im Gehirn ablagern.¹⁵⁹ Grundlage dieser Lewy-Körperchen ist ein krankhaft verklumptes Eiweiss.¹⁶⁰ Es ist bis heute nicht bekannt, was diese Verklumpung auslöst.¹⁶¹

bb) Symptome

Zu Beginn der Erkrankung der LKD steht oft eine Störung der Aufmerksamkeit, der visuell-räumlichen Fähigkeiten und der exekutiven Funktionen im Vordergrund und weniger die Gedächtniseinschränkung, die im langsam voranrückenden Verlauf zunehmend betroffen ist.¹⁶²

e) Andere Demenzen

Im Grunde genommen wird jeder Verlust von kognitiven Fähigkeiten, somit jede Form eines „abnehmenden Verstandes“, als Demenz bezeichnet, egal in welchem Alter dies auftritt. Auch durch einen Hirntumor o.ä. kann eine Art Demenz, bereits in einem jüngeren Alter, verursacht werden.¹⁶³

Kurz zu erwähnen sind folgende weiteren bestehenden Formen von Demenz-Krankheiten, die insgesamt ca. 10 %¹⁶⁴ ausmachen und in der Praxis auch eine Rolle spielen:

¹⁵⁴ BOPP-KISTLER, Interview.

¹⁵⁵ SCHMIEDER, Interview; BOPP-KISTLER, Interview; WETTSTEIN, Interview.

¹⁵⁶ Vgl. Abbildung 2.

¹⁵⁷ Auch Lewy-Body-Demenz.

¹⁵⁸ Auch Lewy-Bodies.

¹⁵⁹ WETTSTEIN, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 2, 2.1.21 f.

¹⁶⁰ Alpha-Synuklein.

¹⁶¹ WETTSTEIN, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 2, 2.1.21 f.

¹⁶² KRZOVSKA, S. 68/69.

¹⁶³ GÖSSI, Interview.

¹⁶⁴ Vgl. Abbildung 2.

aa) Parkinson-Demenz

Von einer Parkinson-Erkrankung mit Demenz¹⁶⁵ spricht man, wenn sich bei einem an Parkinson¹⁶⁶ erkrankten Patienten zusätzlich eine Demenz entwickelt, welche durch einen langsam voranrückenden Abbau der kognitiven Fähigkeiten verursacht wird.¹⁶⁷

bb) Spongiforme Enzephalopathien

Zu erwähnen sind zudem die spongiformen Enzephalopathien, welche zu den äusserst seltenen Demenzformen gehören. Bekannt ist v.a. die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung, das sehr seltene Gerstmann-Sträussler-Syndrom (GSS) sowie die familiäre fatale Insomnie (FFI).¹⁶⁸

cc) AIDS-Demenz

Bei einer AIDS-Erkrankung ist das am häufigsten auftretende zerebrale¹⁶⁹ Symptom (aufgrund der Infektion) eine Demenz. Sie zeigt sich anfangs oft durch eine Aufmerksamkeitsstörung mit im Verlauf zunehmendem Verlust der kognitiven Fähigkeiten.¹⁷⁰

dd) Alkohol-Demenz

Übermässiger Alkoholkonsum kann zu einer Alkohol-Demenz (*Korsakow-Syndrom*) führen. Etwa bei einem Viertel aller Demenzpatienten finden sich Hinweise für einen früheren erhöhten Alkoholkonsum.¹⁷¹

ee) Boxer-Demenz

Das sog. Boxer-Syndrom (*Dementia pugilistica*)¹⁷² – eine neuronale Dysfunktion, welche bei Menschen auftritt, die häufigen Schlägen oder Stössen auf den Kopf ausgesetzt sind – bildet auch eine Form von Demenz.¹⁷³

ff) Reversible und somit heilbare Demenzen

Bestimmte Demenzsyndrome (ca. 5 %) sind nicht Folge einer definitiven Schädigung des Gehirns sondern körperlicher und psychischer Krankheiten, wobei die Symptome der Demenz

¹⁶⁵ Auch genannt „Parkinson plus Demenz“.

¹⁶⁶ *Parkinson*: „Schüttelkrankheit“.

¹⁶⁷ KRZOVSKA, S. 68/69.

¹⁶⁸ KRZOVSKA, S. 68/69.

¹⁶⁹ *Zerebral*: Zum Gehirn gehörende Strukturen.

¹⁷⁰ KRZOVSKA, S. 68/69; BENZ-GARTENMANN, Interview.

¹⁷¹ BENZ-GARTENMANN, Interview; GÖSSI, Interview.

¹⁷² *Pugilistica*: Faustkampf.

¹⁷³ WETTSTEIN, Interview.

als Begleitsymptome auftreten.¹⁷⁴ Als wichtigste Ursachen von demenzähnlichen Symptomen sind Depressionen, hormonelle Störungen, Unterernährung, Stoffwechselstörungen, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, Infektionskrankheiten, Vitaminmängel,¹⁷⁵ Folgen von chirurgischen Eingriffen, Medikamentenunverträglichkeit und psychischer Stress bekannt.¹⁷⁶ Der geistige Zustand kann in den soeben erwähnten Fällen, durch die Behebung der auslösenden Faktoren, manchmal wieder normalisiert werden.¹⁷⁷

II. Medizinische Diagnostik

Durch den heutigen Wissensstand können Demenzkrankheiten viel früher diagnostiziert werden, was eine grosse Chance ist. Eine medikamentöse Behandlung ist im Anfangsstadium am wirksamsten und die kranken Menschen erhalten noch die Gelegenheit in ihren persönlichen Angelegenheiten Vorkehrungen für ihre Zukunft zu treffen, solange sie noch urteilsfähig sind.¹⁷⁸

Am Anfang einer Abklärung durch den Hausarzt stehen einfachere Tests zur Bestimmung der kognitiven Fähigkeiten. Um eine präzise Diagnose zu stellen, sollte der Hausarzt bei Verdacht auf eine beginnende Demenz eine Fachperson¹⁷⁹ (Neurologen, Neuropsychologen, Psychiater, Radiologen) einschalten.¹⁸⁰ Selten stellt der Hausarzt bereits die Diagnose einer Demenz, meist muss diese durch einen Spezialisten festgestellt werden.¹⁸¹ Die Weiterleitung des Patienten an eine Memory-Klinik erfolgt somit i.d.R. durch den Hausarzt.¹⁸²

Eine typische und komplette Abklärung durch eine Fachperson beinhaltet grundsätzlich drei Teile:

¹⁷⁴ WETTSTEIN, Mythen und Fakten zum Alter, N 8.7; ALZ, Leben mit Demenz, S. 6.

¹⁷⁵ z.B. Vitamin B12, Folsäure, Zink.

¹⁷⁶ ALZ, Leben mit Demenz, S. 6.

¹⁷⁷ ALZ, Leben mit Demenz, S. 6.

¹⁷⁸ ALZ, Leben mit Demenz, S. 7.

¹⁷⁹ Es existieren viele spezialisierte Memory-Kliniken und ähnliche Einrichtungen in der Schweiz.; Vgl. Online abrufbar unter <<http://www.alz.ch/index.php/memory-kliniken.html>> (besucht am 24.07.2013).

¹⁸⁰ KASTNER/LÖBACH, S. 17 ff.; ALZ, Leben mit Demenz, S. 7.

¹⁸¹ KARAHODZIC, Interview.

¹⁸² BOPP-KISTLER, Interview; FORSTMEIER, Interview.

1. Eine umfassende Anamnese¹⁸³ auch unter Einbezug der Angehörigen:

Bei der Anamnese versucht man durch Gespräche herauszufinden, wie es dem Patienten in Bezug auf eine allenfalls vorhandene Demenzerkrankung geht. Zusätzlich wird abgeklärt, ob möglicherweise auch eine depressive Begleiterkrankung eine Rolle spielt. Häufig werden die Betroffenen in einer ersten Phase, in der sie selbst eine dementielle Entwicklung bemerken, eher depressiv und ziehen sich zurück. Diese Entwicklung kann auch in einem Gespräch zum Ausdruck kommen, indem die betroffene Person z.B. auf Fragen eher ausweicht oder die Krankheit versucht zu vertuschen.¹⁸⁴

2. Einige spezifische neuropsychologische Tests – z.B. Uhrentest, MMS-Test:¹⁸⁵

Durch spezifische Tests will man herausfinden, wie das Denkvermögen funktioniert. Erreicht man z.B. beim MMS-Test eine gewisse Punktzahl nicht mehr,¹⁸⁶ so kann dies als Indiz einer beginnenden oder bereits vorhandenen Demenz interpretiert werden und weitere Abklärungen müssen folgen.¹⁸⁷

Es folgen einige veranschaulichende Bilder eines Uhrentests, der bei Alzheimer-Patienten durchgeführt wurde. Die Beispiele zeigen eine Desorganisation von Ziffern- und Zeiger-Eintrag in zunehmend höherem Krankheitsstadium (von oben links nach unten rechts):

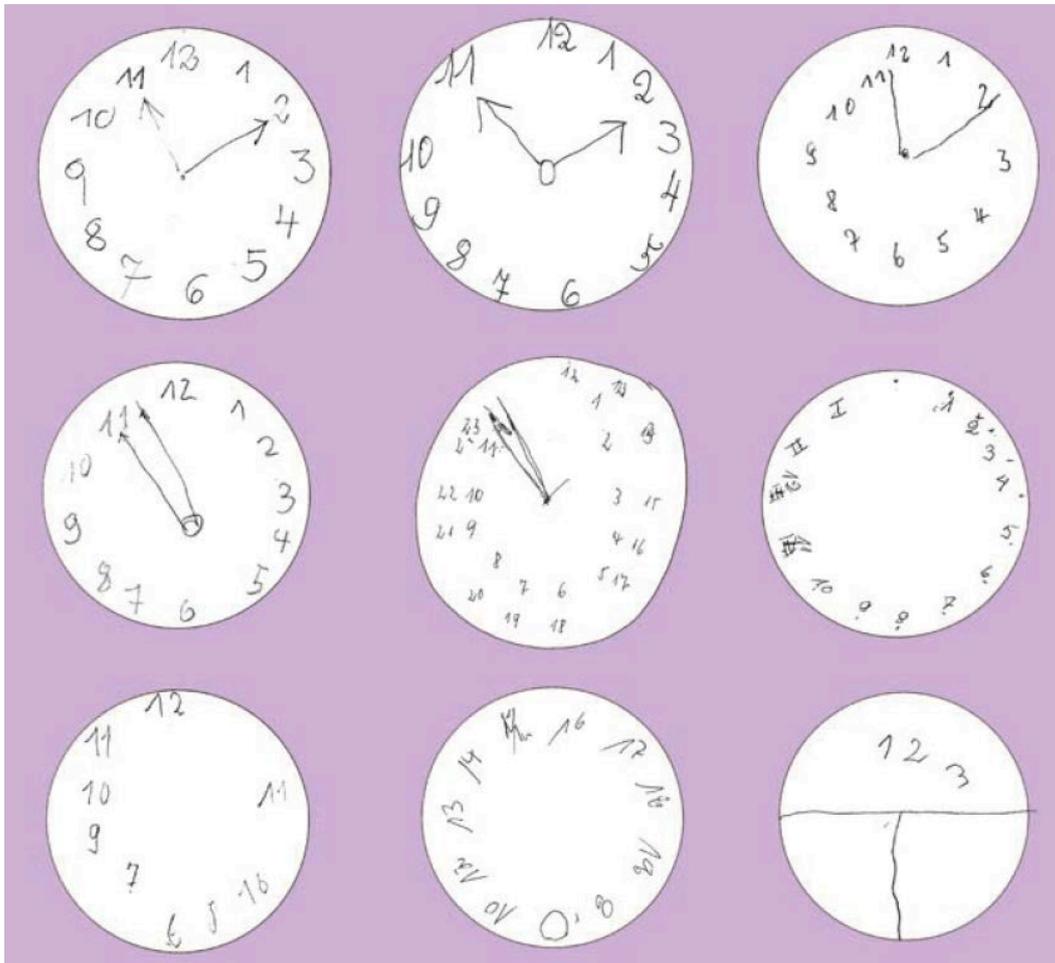
¹⁸³ *Anamnese*: Die im Gespräch ermittelte Vorgeschichte eines Patienten in Bezug auf seine aktuelle Erkrankung.

¹⁸⁴ BOPP-KISTLER, Interview; BENZ-GARTENMANN, Interview.

¹⁸⁵ Vgl. Anhang 1–4.

¹⁸⁶ BOPP-KISTLER, Interview; Insgesamt mögliche Punkte, die beim MMS-Test erreicht werden können: 30. Ab Werten unterhalb von 25 Punkten liegt eine krankheitswertige Beeinträchtigung vor. Im Sonnweid haben ca. 80 % der Leute einen Mini-Mental-Status mit 8 von 30 Punkten. SCHMIEDER, Interview.

¹⁸⁷ BENZ-GARTENMANN, Interview.

ABBILDUNG 6:**UHRENTTEST¹⁸⁸****3. Eine Bildgebung (MRI)¹⁸⁹ i.V.m. körperlichen Untersuchungen:¹⁹⁰**

Das MRI kann eine zuverlässige Diagnostik einer Demenzkrankheit i.d.R. nicht alleine erbringen. In gewissen (v.a. Anfangs-) Stadien kann es sein, dass durch eine Bildgebung noch nicht ersichtlich ist, dass sich eine Demenz entwickelt, da sich die Gehirnmasse noch nicht reduziert hat.¹⁹¹ Diese körperlichen Untersuchungen sind jedoch wichtig, damit ausgeschlossen werden kann, dass z.B. ein Tumor vorhanden ist o.ä.¹⁹²

¹⁸⁸ WALLECH/FÖRSTL, S. 160.

¹⁸⁹ MRI – *Magnetic Resonance Imaging*: Ein bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Gewebestrukturen im Körperinneren.

¹⁹⁰ BOPP-KISTLER, Interview; GÖSSI, Interview; WETTSTEIN, Interview.

¹⁹¹ WETTSTEIN, Interview.

¹⁹² BENZ-GARTENMANN, Interview.

Gewisse weitere Abklärungen wie z.B. die Bestimmung des Blutplasmawerts des Vitamins B12 und Folsäure, sowie der Ausschluss von Erkrankungen wie Lues¹⁹³ – was auch zu dementiellen Erscheinungen führen kann – Hydrocephalus,¹⁹⁴ Arteriosklerose¹⁹⁵ u.ä., gehören auch zur Diagnostik.¹⁹⁶

Man kann durch viele verschiedene Wege zur Erkenntnis gelangen, dass sich eine Demenz entwickeln könnte. Oft bemerken die Patienten selber, dass sie immer vergesslicher werden, sie wollen es jedoch – v.a. im Anfangsstadium – nicht wahrhaben und versuchen es zu vertuschen. Auch durch Angehörige kann jemand auf eine Demenz aufmerksam gemacht und zu einer Untersuchung begleitet werden, denn das Umfeld spürt oft relativ schnell die persönlichen Veränderungen, welche durch eine Demenzerkrankung verursacht werden können.¹⁹⁷ Aufgrund einer verkehrstechnischen Untersuchung, welche ab dem 70. Altersjahr bei autofahrenden Personen alle zwei Jahre durchgeführt werden muss, können teilweise erste Entwicklungen einer Demenz erkannt werden. Jedoch sind solche Diagnosen, oftmals eher in Frühstadien, meist sehr schwer zu stellen.¹⁹⁸ Bei extremen Fällen, bei denen bereits starke Verhaltensauffälligkeiten vorhanden sind, wird manchmal erst relativ spät eine Diagnose gefällt, oftmals auch weil es sich dabei eher um vereinsamte Personen handelt.¹⁹⁹ Eine klare Demenz-Diagnose ist auch bei Patienten, welche vor einem Eintritt ins Alters- oder Pflegeheim stehen, nicht immer vorhanden.²⁰⁰ Es gibt jedoch Pflegeinstitutionen,²⁰¹ die auf Demenzen spezialisiert sind und daher nur Personen aufnehmen, die bereits medizinisch abgeklärt worden sind.²⁰²

Eine Meldung an die Behörde durch den Arzt erfolgt grundsätzlich nur, wenn eine Drittgefährdung vorhanden ist. Dies ist z.B. der Fall, wenn jemand das Autofahren nicht aufgeben will, obwohl er nicht mehr fahren dürfte.²⁰³ Wichtig ist es den Betroffenen

¹⁹³ Auch *Syphilis*: Infektionskrankheit, die zur Gruppe der sexuell übertragbaren Erkrankungen gehört.

¹⁹⁴ *Hydrocephalus*: Wasser im Gehirn. Krankhafte Erweiterung der liquorgefüllten Flüssigkeitsräume des Gehirns.

¹⁹⁵ Auch Arterienverkalkung/-verhärtung: Systemerkrankung der Schlagadern (Arterien). Führt zu Ablagerungen von Blutfetten, Thromben, Bindegewebe und in geringeren Mengen auch Kalk in den Gefässwänden.

¹⁹⁶ GÖSSI, Interview.

¹⁹⁷ FORSTMEIER, Interview; RÄBER, Interview.

¹⁹⁸ GÖSSI, Interview.

¹⁹⁹ RIPPE, Interview.

²⁰⁰ KARAHODZIC, Interview.

²⁰¹ Darunter z.B. auch die Sonnweid AG.

²⁰² SCHMIEDER, Interview.

²⁰³ RÄBER, Interview.

vorsichtig darauf aufmerksam zu machen, dass es besser wäre, nicht mehr Auto zu fahren.²⁰⁴ Ansonsten wird mit den Angehörigen die Situation besprochen.²⁰⁵

Leider erhält auch heute nur jeder zweite Demenzkranke eine Abklärung. Dies führt dazu, dass weder er noch seine ihm nahe stehenden Angehörigen von den ihnen zustehenden Unterstützungsangeboten und Dienstleistungen Gebrauch machen können.²⁰⁶ Eine Diagnose kann Ausgangspunkt für eine wirkungsvolle mehrdimensionale Therapie gemäss anerkannten Richtlinien bilden.²⁰⁷

III. Behandlung

Die Behandlung demenzieller Syndrome orientiert sich meist an drei Zielen:

- der Verbesserung der gestörten Hirnleistung
- der Stärkung der Alltagskompetenzen und
- der Verminderung der Verhaltensauffälligkeiten.²⁰⁸

1. Medikamentöse Behandlung

Trotz der grossen medizinischen Fortschritte gibt es bisher noch kein Medikament, welches die Demenzerkrankungen verhindern, den Verlauf stabilisieren oder die Krankheit gar heilen könnte.²⁰⁹ Zur Milderung der Symptome und zur Erhaltung der Lebensqualität von Kranken und Angehörigen tragen jedoch die Alzheimer-Medikamente bei, welche die Zerstörung der chemischen Substanzen hemmen – die Informationen von einer Gehirnzelle zur anderen transportieren – und somit zu einer Verlangsamung des Verlustes geistiger Fähigkeiten verhelfen.²¹⁰ Je früher die Medikamente (Aricept, Exelon, Reminyl) eingesetzt werden, umso wirksamer sind sie. Auch bei vaskulären Demenzen zeigen sich Wirkungen.²¹¹ Eine Verbesserung ist jedoch relativ minim. Man erreicht dadurch allerdings eine Verzögerung des Krankheitsverlaufs von ungefähr einem halben Jahr.²¹²

²⁰⁴ FORSTMEIER, Interview.

²⁰⁵ GÖSSI, Interview.

²⁰⁶ BASSETTI/CALABRESE/GUTZWILLER, S. 14; ALZ, Leben mit Demenz, S. 7.

²⁰⁷ WETTSTEIN, Mythen und Fakten zum Alter, N 10.1.

²⁰⁸ Deutscher Ethikrat, S. 16.

²⁰⁹ WETTSTEIN, Interview; ALZ, Leben mit Demenz, S. 8.

²¹⁰ WETTSTEIN, Interview; ALZ, Leben mit Demenz, S. 8.

²¹¹ KASTNER/LÖBACH, S. 21 f.; ALZ, Leben mit Demenz, S. 8.

²¹² WETTSTEIN, Interview.

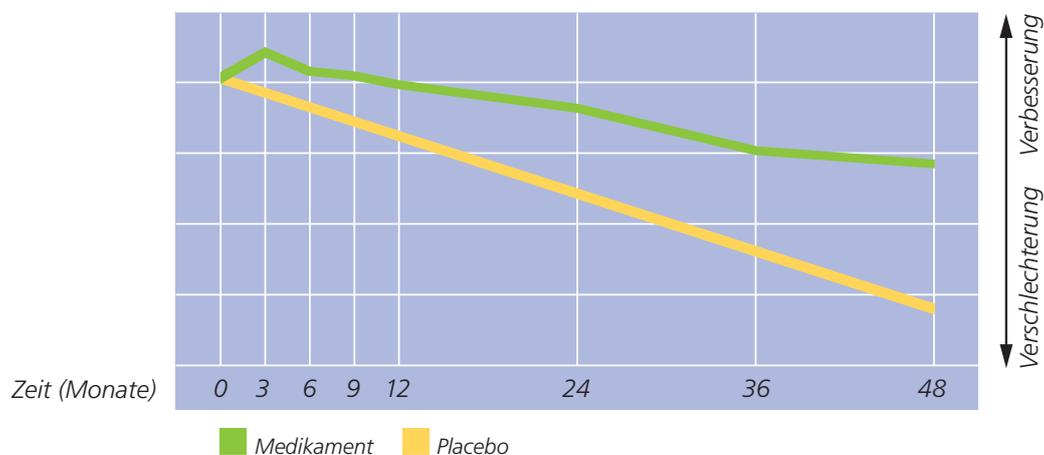
Ein weiteres Medikament (Axura/Ebixa), das die schädigende Wirkung abnormal erhöhter Glutamatkonzentrationen²¹³ blockiert und die Signalübertragung zwischen den Nervenzellen verbessert, wird v.a. für die Behandlung in mittleren und späteren Stadien eingesetzt.²¹⁴

Spätestens nach etwa zwei Jahren sollten diese Medikamente wieder abgesetzt werden, sofern keine spürbare Verbesserung mehr erreicht werden kann.²¹⁵ Am besten reagieren üblicherweise die Patienten die an einer LKD leiden.²¹⁶

Aus der folgenden Darstellung wird klar ersichtlich, dass durch eine medikamentöse Behandlung v.a. im Anfangsstadium (hauptsächlich im ersten Jahr), eine Verbesserung erreicht werden kann. Im späteren Verlauf (nach dem ersten Jahr mit medikamentöser Behandlung) kann der Krankheitsverlauf allenfalls etwas verzögert werden. Im Vergleich dazu würde sich der Zustand des Patienten ohne Arzneimittel-Behandlung²¹⁷ stetig verschlechtern.

ABBILDUNG 7:

WIRKSAMKEIT VON MEDIKAMENTEN²¹⁸



Teilweise werden zusätzlich Medikamente gegen eine sich entwickelnde Depression verschrieben. Dies z.B. weil der Patient (v.a. im Anfangsstadium einer dementiellen Erkrankung) zunehmend wahrnimmt, dass er immer mehr vergisst, was oft als ein Ängste

²¹³ *Glutamat*: Aminosäuren (organische Verbindungen).

²¹⁴ KASTNER/LÖBACH, S. 21 f.; ALZ, Leben mit Demenz, S. 8.

²¹⁵ WETTSTEIN, Interview.

²¹⁶ WETTSTEIN, Interview.

²¹⁷ *Placebo*: Scheinarznei, -medikament, das als Kontrollmittel bei der Erforschung von Arzneimitteln und als Suggestiv-Therapeutikum dient.

²¹⁸ ALZ, Leben mit Demenz, S. 8.

auslösendes Versagen interpretiert wird.²¹⁹ In einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz werden die Patienten jedoch meist derart vergesslich, dass sie die Krankheit problemloser ertragen. Für die Angehörigen wird es dann allerdings immer schwieriger.²²⁰ Es kann unglaublich schmerzhaft sein, wenn man miterleben muss, dass z.B. die eigene Mutter die Tochter nicht mehr erkennt. Derartige Umstände können dazu führen, dass der Umgang mit dieser unberechenbaren Krankheit erschwert wird und viele Angehörige nicht akzeptieren wollen, dass eine nahestehende Person betroffen ist.²²¹

2. Nicht-medikamentöse Behandlung

Es gibt sehr viele nicht-medikamentöse Behandlungen, welche dazu führen sollen, dass sich die kranke Person besser fühlt. Dazu gehören z.B. Gedächtnis-/Alltagstraining, Einzel-/Paargespräche, Mal-/Kochtherapien, die Gestaltung des Alltags zu Hause (um eine Tagesstruktur zu haben, an der sich die demente Person orientieren kann), kreative Aktivitäten, Sport und Geselligkeit, Spazierbegleitung, Spielen und vieles mehr.²²²

Auch eine Psychotherapie kann eine Behandlungsmöglichkeit sein, dies v.a. bei einer beginnenden Demenz. Man kann z.B. versuchen, einen strukturierten Wochenplan auszuarbeiten um dem Betroffenen ein Gefühl der Sicherheit zu verschaffen. Mit Hilfe eines Lebensrückblicks wird der Selbstwert gefördert, indem der Patient bemerkt, dass er doch noch vieles weiss und kann.²²³

3. Prävention der Demenz

Das Risiko an einer Demenz zu erkranken, kann durch körperliche und geistige Fitness vermindert werden.²²⁴ V.a. bei der vaskulären Demenz können durch eine gesunde Ernährung und einen allgemein gesunden Lebensstil die Risikofaktoren reduziert und Ausprägungsfaktoren vermindert oder gar verhindert werden.²²⁵ Damit könnte auf die Zukunft gesehen, der Beginn einer vaskulären Demenz durch einen bewussten und gesunden Lebensstil hinausgeschoben werden. Sehr wichtig ist somit präventives Verhalten.²²⁶

²¹⁹ WETTSTEIN, Mythen und Fakten zum Alter, N 9.2.

²²⁰ GÖSSI, Interview; RÄBER, Interview; SCHMIEDER, Interview; WETTSTEIN, Interview; BOPP-KISTLER, Interview; WETTSTEIN, Mythen und Fakten zum Alter, N 9.3.

²²¹ FONJALLAZ-HAUENSTEIN, S. 9 ff.; KARAHODZIC, Interview.

²²² ALZ, Leben mit Demenz, S. 10 f.

²²³ FORSTMEIER, Interview.

²²⁴ ALZ, Demenz vorbeugen, S. 3 ff.; WETTSTEIN, Mythen und Fakten zum Alter, N 1.7 und 8.4.

²²⁵ WETTSTEIN, Interview.

²²⁶ WETTSTEIN, Interview.

IV. Verschiedene Stadien

Obwohl sich die Demenzerkrankungen sehr individuell auswirken, versucht man die Symptome mit Hilfe einer Einteilung in verschiedene Phasen zu erfassen. Der Einzelfallbetrachtung kommt jedoch eine sehr grosse Bedeutung zu.²²⁷

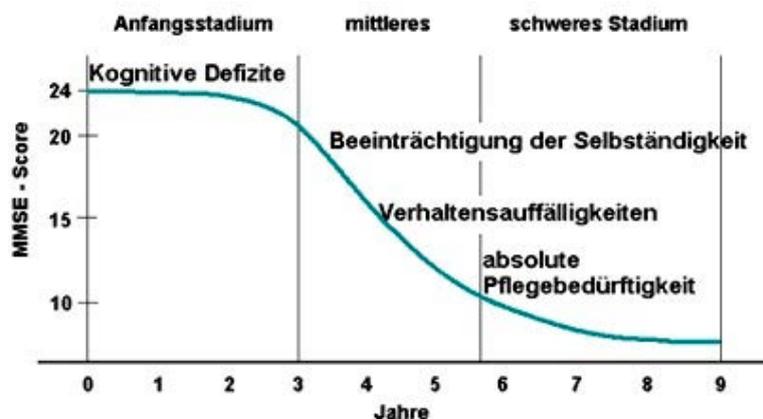
Typischerweise unterscheidet man drei Stadien:

1. Frühes „Anfangsstadium“ (leichte Demenz),
2. Mittleres „Zwischenstadium“ (mittelschwere Demenz) und
3. Spätes „Fortgeschrittenes Stadium“ (schwere Demenz).²²⁸

Folgend eine graphische Darstellung eines dementiellen Krankheitsverlaufes am Beispiel der Alzheimer-Demenz:

ABBILDUNG 8:

KRANKHEITSVERLAUF BEI DER ALZHEIMER-DEMENTZ²²⁹



In der ersten Phase sind die Betroffenen eigentlich noch sehr lange selbstständig, wobei gewisse kognitive Defizite feststellbar werden. In der zweiten Phase beginnt die Pflegebedürftigkeit. Die Selbstständigkeit wird immer mehr beeinträchtigt und es kommt zu Verhaltensauffälligkeiten. In der dritten Phase gehen auch die motorischen Erinnerungen verloren, was bis zur absoluten Pflegebedürftigkeit der Betroffenen führt.²³⁰

²²⁷ ROTEN, Interview; Deutscher Ethikrat, S. 12.

²²⁸ ALZ, Leben mit Demenz, S. 12.

²²⁹ Online abrufbar unter <http://www.merz.de/presse/pb_zns/pb_zns_pressemappen/alzheimer_1/verlauf_1/index.jsp> (besucht am 27.07.2013). MMSE – Mini-Mental-State-Examination, Deutsch: MMS-Test-Punktzahl.

²³⁰ RIPPE, Interview; BOPP-KISTLER, Interview; KARAHODZIC, Interview.

D. Urteils(un)fähigkeit

Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit bzw. –unfähigkeit kann in der Praxis zu Problemen führen. Es gibt unzählige verschiedene Situationen, in denen zu bewerten ist, ob nun eine dement gewordene Person urteilsfähig ist, um etwas selber zu entscheiden. Dieser Zustand kann bereits in einfachsten Alltagssituationen – z.B. bei der Menüwahl o.ä. – auftreten. Daneben ergeben sich weit komplexere Fragen, wenn man z.B. feststellen muss, ob jemand noch rechtsgültig ein Geschäft abschliessen kann und darf. Es kann zu Problemen führen, wenn entschieden werden muss, wann die Schnittstelle überschritten ist, dass jemand nicht mehr für seine „eigene Vorsorge“ Regelungen treffen darf.

Es muss folglich geprüft werden, wie die rechtliche Sicht auf den Begriff der Urteils(un)fähigkeit konzipiert ist und wie man medizinisch damit umgeht bzw. wie die beiden Gesichtspunkte miteinander verknüpft sind. Auch ethische Überlegungen werden nachfolgend erläutert. Schliesslich werden unter dem Titel „Handhabung in der Praxis“ verschiedene Erkenntnisse aus den Interviews mit Fachleuten wiedergegeben. Dabei wird veranschaulicht, ob und wie die rechtlichen Anforderungen in der Praxis umgesetzt werden. Zum Schluss folgt ein Fazit über den gesamten Abschnitt.

I. Rechtliche Betrachtungsweise

Das Gesetz sieht bspw. in Art. 1 OR vor, dass durch eine übereinstimmende gegenseitige Willensäusserung der Parteien ein Vertrag zustande kommt, der rechtlich bindende Wirkung entfaltet.²³¹ Jeder Vertragspartner muss wissen, was er tut, um diese Bindungswirkung erzielen zu können. Er muss handlungsfähig, und somit urteilsfähig sein.²³² Auch zur Errichtung eines Vorsorgeauftrages gem. Art. 360 ff. ZGB oder einer Patientenverfügung gem. Art. 370 ff. ZGB – als einseitiges Rechtsgeschäft – bedarf es der vollen Handlungsfähigkeit bzw. mind. der Urteilsfähigkeit.²³³

Gem. Art. 13 ZGB besitzt die Handlungsfähigkeit, wer volljährig und urteilsfähig ist.²³⁴ Wer das 18. Lebensjahr zurückgelegt hat, wird als volljährig angesehen i.S.v. Art. 14 ZGB.²³⁵

²³¹ PETERMANN, N 1.

²³² PETERMANN, N 2.

²³³ Vgl. B. I. 1. und 2.

²³⁴ KUKO ZGB, HOTZ SANDRA, Art. 13 ZGB N 1.

²³⁵ KUKO ZGB, HOTZ SANDRA, Art. 14 ZGB N 1 ff.

Urteilsfähig i.S.v. Art. 16 ZGB ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.²³⁶

1. Rechtliche Voraussetzungen der Urteilsfähigkeit

Wenn folgende zwei Voraussetzungen erfüllt sind, ist die Urteilsfähigkeit gegeben:

1. Einsichtsfähigkeit: Die intellektuelle Fähigkeit, die konkrete Situation und ihre Bedeutung für die eigene Zukunft zu verstehen und sich dazu den eigenen freien Willen bilden zu können.²³⁷ Auch genannt „intellektuelle Seite“ bzw. das „kognitive Element“ der Urteilsfähigkeit.²³⁸

Es geht darum, den Sinn, den Nutzen und die Tragweite eines bestimmten Verhaltens zu erkennen und zu würdigen, womit die Fähigkeiten zur intellektuellen Einsicht und zur rationalen Beurteilung gefordert sind.²³⁹ Somit setzt die Einsichtsfähigkeit Denkvermögen und die Fähigkeit der Urteilsbildung anhand einer konkreten Lage voraus, womit ein minimales Mass an Intelligenz und v.a. die Fähigkeit, die Aussenwelt in ihren Realitäten zu erfassen, erforderlich ist.²⁴⁰ Hinreichende Kenntnisse über ein kompliziertes Geschäft sind zwar nicht vorausgesetzt, jedoch die Einsicht, dass fachkundiger Rat eingeholt werden sollte, wenn dies nötig erscheint.²⁴¹

Die Einsichtsfähigkeit kann stark vereinfacht auch als die Fähigkeit zur Willensbildung bezeichnet werden. Dabei werden Art, Bedeutung und Tragweite (d.h. auch Risiken) erfasst, um sich anhand dieser Kriterien durch Reflexion seinen Willen zu bilden.²⁴²

2. Willensfähigkeit: Die Fähigkeit, sich gemäss der eigenen Einsicht zu verhalten, d.h. auch einem gewissen äusseren Druck widerstehen zu können.²⁴³ Die Person, welche

²³⁶ KUKO ZGB, HOTZ SANDRA, Art. 16 ZGB N 1 ff.; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 16 ZGB N 5.

²³⁷ HAUSHEER/AEBI-MÜLLER, N 06.24 ff.

²³⁸ KIRSCH/STEINERT, S. 100; PETERMANN, N 60.

²³⁹ PETERMANN, N 60; BUCHER, Personnes physiques, N 75.

²⁴⁰ BGE 77 II 100; PETERMANN, N 60.

²⁴¹ PETERMANN, N 60.

²⁴² KIRSCH/STEINERT, S. 100; PETERMANN, N 61.

²⁴³ HAUSHEER/AEBI-MÜLLER, N 06.24 ff.; PETERMANN, N 59.

den unter der Einsichtsfähigkeit beschriebenen Willen gebildet hat, muss auch in der Lage sein, diesen umzusetzen.²⁴⁴

Aus inneren oder äusseren Gründen kann die Umsetzung des Willens scheitern.²⁴⁵ Bei den äusseren Gründen handelt es sich v.a. um die Beeinflussung durch Drittpersonen, denen gegenüber die Person fähig sein muss, sich mit ihrem Willen behaupten zu können.²⁴⁶ Auch die wohl bedeutsameren inneren Gründe können die Umsetzung des Willens verunmöglichen. Wichtig ist hier die Frage, ob die Person die gewonnenen Einsichten gegen die eigene Impulsivität durchzusetzen vermag.²⁴⁷

Kurz zusammengefasst handelt es sich dabei um die Fähigkeit, „die Beweggründe und Folgen seines Verhaltens richtig zu erkennen und einer richtigen Erkenntnis gemäss zu handeln.“²⁴⁸ Die Urteilsfähigkeit ist somit die Fähigkeit vernunftgemäss handeln zu können.²⁴⁹

Der Begriff der Urteilsfähigkeit kann nie soweit präzisiert werden, dass die Frage nach der Urteilsfähigkeit im Einzelfall durch logische Deduktion ermittelt werden könnte.²⁵⁰ Somit ist Art. 16 ZGB bloss als Generalklausel zu verstehen, denn der Begriff umfasst auch viele psychologische Faktoren.²⁵¹ Gemäss PETERMANN wird der Entscheid über die Urteilsfähigkeit durch diese relative Unbestimmtheit immer zu einem Werturteil, wobei es wichtig ist, dass sich der Rechtsanwender dieses Faktums bewusst ist.²⁵²

2. Weitere rechtliche Prinzipien

Es gibt zwei weitere wichtige rechtliche Prinzipien, welche im Zusammenhang mit der Urteilsfähigkeit unbedingt zu erwähnen sind:

²⁴⁴ PETERMANN, N 62; BUCHER, Personnes physiques, N 76.

²⁴⁵ PETERMANN, N 63.

²⁴⁶ BGE 39 II 197, 124 III 5; PETERMANN, N 63.

²⁴⁷ PETERMANN, N 63.

²⁴⁸ PETERMANN, N 58; BINDER, S. 22.

²⁴⁹ PETERMANN, N 57; ZBJV 1918, 174, Entscheid des Berner Obergerichts, wonach Urteilsfähigkeit „dasjenige Mass in der Fähigkeit vernunftgemässen Handelns ist, das im Hinblick auf eine einzelne Handlung oder einen Komplex von Handlungen erforderlich ist, um das Handeln einer Person noch als freies erscheinen zu lassen.“

²⁵⁰ PETERMANN, N 56.

²⁵¹ PETERMANN, N 56.

²⁵² PETERMANN, N 56.

1. Das schweizerische Recht verfolgt den Grundsatz der Relativität der Urteilsfähigkeit, d.h. für jede Rechtshandlung ist die Urteilsfähigkeit gesondert zu prüfen.²⁵³ Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit muss sich an der Art der konkret in Frage stehenden Rechtshandlung orientieren, wobei als zentrales Unterscheidungskriterium die Frage gilt, ob die Rechtshandlung in die Rechtsverkehrssicherheit oder in die höchstpersönlichen Rechte des Betroffenen eingreift.²⁵⁴
2. Im Weiteren wird die Urteilsfähigkeit gesetzlich vermutet, d.h. es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass ein Mensch urteilsfähig ist.²⁵⁵ Das Aufstellen dieser Vermutung ist eine zwingende Bedingung,²⁵⁶ ohne die das wichtige Rechtsgut von Treu und Glauben im Geschäftsverkehr gar nicht aufrecht erhalten werden könnte.²⁵⁷ Damit wird die Sicherheit im Rechtsverkehr gewährleistet, denn wer der Meinung ist, dass die Urteilsfähigkeit nicht gegeben ist, muss dies beweisen.²⁵⁸

II. Medizinische Betrachtungsweise

Grundsätzlich ist der Übergang zwischen der medizinischen und rechtlichen Sichtweise relativ fließend. Als medizinischer Begriff der Urteilsfähigkeit gilt die Bezeichnung Entscheidungsfähigkeit.²⁵⁹ Ausgehend von der Tatsache, dass eine dementielle Erkrankung vorliegt, spielt der Begriff der „organischen psychischen Störung“, welcher auch in der ICD-10²⁶⁰ verwendet wird, zur Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit eine grosse Rolle.²⁶¹ Unter die organischen psychischen Störungen fallen auch die Demenzerkrankungen.²⁶²

Der Begriff der Demenz wird gem. ICD-10 wie folgt definiert:

²⁵³ PETERMANN, N 4, 102 ff.; BINDER, S. 30–44; GUTZWILLER, S. 557; LUTZ, S. 37; PETER, S. 67.

²⁵⁴ PETERMANN, N 4, 102 ff.; BINDER, S. 127–128; BUCHER, Personnes physiques, N 83–90; BUCHER, Persönlichkeitsrechte, S. 135–137.

²⁵⁵ PETERMANN, N 3, 105; BUCHER, Personnes physiques, N 91; BGE 90 II 9, 117 II 231, 118 Ia 236, 124 III 5; PETER, S. 73; WOLF, S. 44 ff.

²⁵⁶ Condition sine qua non: Bedingung ohne die es nicht geht.

²⁵⁷ PETERMANN, N 3.

²⁵⁸ PETERMANN, N 3, 105; vgl. unten D. III. 2.

²⁵⁹ GÖSSI, Interview.

²⁶⁰ Liste der psychischen und Verhaltensstörungen nach ICD-10 F00–F99, online abrufbar unter <<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/>> (besucht am 20.07.2013); vgl. auch C. I. 1.

²⁶¹ BERNHART, S. 112 ff.; RÖSLER/SUPPRIAN, S. 207 ff.

²⁶² ICD-10 F00–F03; LINGG/THEUNISSEN, S. 58 ff.; PETERMANN, N 46, 78; vgl. auch PETERMANN, Demenzerkrankungen, S. 153 ff.; SCHÖPF, S. 5.

„Demenz (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 und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“²⁶³

Bei einer mittelgradigen Beeinträchtigung der Gedächtnis- und anderer kognitiver Funktionen ist nach HABERMEYER/SASS noch Urteilsfähigkeit anzunehmen.²⁶⁴ Bei einer Demenz, die ein mittleres Stadium erreicht hat, ist jedoch die Annahme von Urteilsunfähigkeit häufig naheliegender.²⁶⁵ Das Ausmass der kognitiven Einschränkungen, die eine eigenständige Lebensführung ohne Hilfen nicht mehr gestatten und vielfach mit zeitlicher, örtlicher, personaler und situativer Desorientierung einhergehen, ist dabei wegweisend.²⁶⁶ Ist eine Desorientierung in diesem Masse eingetreten, lässt sich das Postulat freier Willensbestimmung oft nicht mehr vernünftig begründen.²⁶⁷ Somit fehlt es an einer Grundvoraussetzung für die freie Willensbildung, wenn schwere Persönlichkeitsveränderungen dazu führen, dass der „biografisch gewachsene Fundus an Erfahrungen, Überzeugungen und persönlichen Wertvorstellungen krankheitsbedingt nicht mehr verfügbar oder pathologisch überlagert bzw. verformt ist, also die Sinnkontinuität der persönlichkeits-eigenen Motivbildung unterbrochen ist.“²⁶⁸

Die grosse Problematik bei Demenzerkrankungen liegt bei den unterschiedlichen Stadien, wobei immer wieder neu beurteilt werden muss, ob die Urteilsfähigkeit des Patienten gegeben ist. Aufgrund der verschiedenen Verläufe kann nicht pauschal festgelegt werden, wie der Patient in welcher Phase reagieren wird.²⁶⁹ In fast jedem Stadium kann es zu sog. „lichten

²⁶³ LINGG/THEUNISSEN, S. 60 ff.; SCHMOECKEL, S. 33 ff.; Online abrufbar unter <<http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/block-f00-f09.htm>> (besucht am 20.07.2013); Vgl. dazu auch C. I. 1.

²⁶⁴ HABERMEYER/SASS, S. 1096; PETERMANN, N 78.

²⁶⁵ WALLESCHE, S. 314.

²⁶⁶ WALLESCHE, S. 314.

²⁶⁷ WALLESCHE, S. 314.

²⁶⁸ PETERMANN, N 100; CORDING, S. 152.

²⁶⁹ LEUENBERGER, Interview.

Momenten²⁷⁰ kommen, in denen der Patient partiell Urteilsfähigkeit erlangen kann, was in früheren Stadien öfters und danach i.d.R. immer seltener vorkommt.²⁷¹

III. Verknüpfung der rechtlichen und medizinischen Betrachtungsweisen

1. Urteilsfähigkeit beim Vorliegen von psychischen Störungen

Grundsätzlich können sämtliche Störungen im Ablauf der normalen Lebensvorgänge (sowohl organisch als auch seelisch) zu einer Beeinträchtigung führen, welche eine von der Norm abweichende psychische Beeinträchtigung darstellen können, sog. psychische Störungen.²⁷² Mit diesen Störungen befassen sich die Psychiatrie und die Psychologie.²⁷³ Es handelt sich somit, wie unter dem Kapitel der medizinischen Betrachtungsweise dargelegt wurde, um einen Begriff der medizinischen Wissenschaften. Die Mediziner haben darüber Auskunft zu geben, welche Auswirkungen eine bestimmte psychische Störung auf die Willensbildung einer Person hat.²⁷⁴

Wenn bei einer Person begründete Zweifel am Verlust der Urteilsfähigkeit aufgrund einer Demenz bestehen, haben sich die Gerichte über zwei Dinge von Experten²⁷⁵ in medizinischer Hinsicht in Kenntnis setzen zu lassen:

1. Über das Vorhanden- resp. Nichtvorhandensein einer psychischen Störung.
2. Über deren Auswirkungen auf die Willensbildung einer Person.²⁷⁶

Der Begriff der Urteilsfähigkeit, wie er in Art. 16 ZGB verwendet wird, ist ein Rechtsbegriff. Dies hat zur Folge, dass der Richter letzten Endes entscheidet, ob eine Person urteilsfähig i.S. des Gesetzes ist oder nicht.²⁷⁷

²⁷⁰ Der Patient versteht – auch bei komplexeren Angelegenheiten – worum es geht.

²⁷¹ WETTSTEIN, Interview; RIPPE, Interview; LEUENBERGER, Interview; FORSTMEIER, Interview.

²⁷² Psychische Störung, vgl. D. II.; PETERMANN, N 153.

²⁷³ In der Psychologie v.a. die Psychopathologie; PETERMANN, N 154.

²⁷⁴ PETERMANN, N 154.

²⁷⁵ Fachärzte, welche ein entsprechendes medizinisches Gutachten erstellen.

²⁷⁶ SCHNEIDER/FRISTER/OLZEN, S. 222–223; PETERMANN, N 154.

²⁷⁷ PETERMANN, N 154.

2. Beweisfragen (am Beispiel der letztwilligen Verfügung)

a) Vor dem Tode: Beweis der Urteilsfähigkeit

Hat der Erblasser ein offenkundiges Interesse daran, dass sein letzter Wille erfüllt wird (oder im Falle eines Vorsorgeauftrages, dass der Auftrag befolgt wird), sollte dies – gerade bei komplizierteren Verhältnissen – in der Form des öffentlichen Testaments gem. Art. 499–504 ZGB geschehen. Dazu wird eine Fachperson (Urkundsperson) beigezogen und unter Mitwirkung von zwei Zeugen wird die entsprechende Urkunde errichtet.²⁷⁸ Die beiden Zeugen haben zu bestätigen, dass sich der Erblasser „nach ihrer Wahrnehmung im Zustande der Verfügungsfähigkeit befunden habe“, und auch die Urkundsperson ist verpflichtet, „sich vor der Beurkundung von der Testierfähigkeit des Erblassers zu überzeugen.“²⁷⁹ Das Gericht ist jedoch auch bei einem öffentlichen Testament weder an die Bestätigung der Testierfähigkeit durch die Zeugen noch an die Erklärungen der Urkundsperson gebunden.²⁸⁰

Es stellt sich daher die Frage, wie eine möglichst hohe Sicherheit erreicht werden kann, damit nicht nachträglich mit der Behauptung mangelnder Testierfähigkeit der letzte Wille ausgehebelt werden kann.²⁸¹ Vorab muss gesagt werden, dass sich die Sicherheit zwar erhöhen lässt. Eine absolute Sicherheit gibt es jedoch nicht.²⁸² Mittels eines psychiatrischen Gutachtens kann der Erblasser bspw. kurz vor Errichtung der Verfügung seine Testierfähigkeit abklären lassen.²⁸³ Auch an ein solches Gutachten ist das Gericht zwar nicht gebunden, jedoch wird es wohl kaum ohne Not von den darin gemachten Schlussfolgerungen abweichen.²⁸⁴ Die Abklärung der Testierfähigkeit durch die Urkundsperson in einem sog. Screening-Verfahren²⁸⁵ kurz vor der Testamentserrichtung ist eine andere Möglichkeit, die sich anbietet.²⁸⁶ In diesem Verfahren, bei welchem die Ergebnisse dokumentiert werden, soll aufgezeigt werden, dass die Testierfähigkeit des Erblassers im Zeitpunkt der Testamentserrichtung bestand, bzw. dass diese sorgfältig abgeklärt wurde und keine Gründe bestanden, daran zu zweifeln.²⁸⁷

²⁷⁸ SCHMOECKEL, S. 44 ff.; PETER, S. 61; PETERMANN, N 160.

²⁷⁹ Art. 501 Abs. 2 ZGB; DIEDRICHSEN, S. 493; PETERMANN, N 160.

²⁸⁰ BGE 124 III 5, Erw. 1c; BGer 5C.52/2003, Erw. 4.1.1.; ; PETERMANN, N 161.

²⁸¹ PETERMANN, N 162.

²⁸² PETERMANN, N 163.

²⁸³ ROER, S. 626; PETERMANN, N 163.

²⁸⁴ PETERMANN, N 163.

²⁸⁵ Bspw. mit Hilfe der Durchführung eines MMS-Test oder des Uhrentests o.ä.; siehe Anhang 1–4; STOPPE/LICHTENWIMMER, S. 806–813; PETERMANN, N 388 ff.; WOLF, S. 11 ff.

²⁸⁶ STOPPE/LICHTENWIMMER, S. 806–813; PETERMANN, N 163; WOLF, S. 59 f.

²⁸⁷ PETERMANN, N 163.

Hat man also eine Patientenverfügung oder einen Vorsorgeauftrag ausformuliert und alle Fragen unter Aufsicht eines Zeugen durchgearbeitet, impliziert das auch, dass man die Fragen verstehen musste und über die Folgen nachdenken konnte.²⁸⁸ Zu empfehlen ist, dass man eine derartige Verfügung mit jemandem zusammen schreibt, der sich damit auskennt. Dies kann geschehen, indem man bspw. einen Notar aufsucht, der die Testierfähigkeit (wie oben erwähnt) bestätigen kann.²⁸⁹

b) Nach dem Tode: Beweis der Urteilsunfähigkeit

Wie vorgängig erwähnt,²⁹⁰ wird die Urteilsfähigkeit grundsätzlich vermutet.²⁹¹ Wer gegenteiliger Auffassung ist und z.B. im Falle einer letztwilligen Verfügung anzweifelt, dass der Erblasser im Zeitpunkt der Errichtung noch urteilsfähig war, hat dies zu beweisen.²⁹² Wenn in einem solchen Fall beim Erblasser eine schwerwiegende und unablässige Beeinträchtigung seiner geistigen Fähigkeiten vorlag, wird dieser Beweis nicht allzu schwer zu führen sein.²⁹³ Es dürfte aber umso schwieriger werden in weniger klaren Fällen.²⁹⁴ Dieser Schwierigkeit versucht die Praxis mit einer Herabsetzung des Beweismasses und mit einer tatsächlichen Vermutung zu begegnen:

Wenn aufgrund der Lebenserfahrung (bspw. bei bestimmten Geisteskrankheiten oder altersschwachen Personen) die Vermutung besteht, dass der Erblasser unter diesen Umständen „im Normalfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit“ urteilsunfähig gewesen wäre, so gilt die gesetzliche Vermutung der Urteilsfähigkeit für den Zeitpunkt der Errichtung der Verfügung von Todes wegen als umgestossen und die Beweislast wird umgekehrt.²⁹⁵ In einer solchen Situation steht es jedoch der Gegenpartei offen, Gegenbeweis zu führen, nämlich, dass der Erblasser trotz der grundsätzlichen Urteilsunfähigkeit im massgeblichen Zeitpunkt „mit überwiegender Wahrscheinlichkeit“ urteilsfähig war.²⁹⁶

Das medizinische Gutachten kommt in derartigen Fällen als Beweismittel in Betracht. Dem Gutachter muss dann die Frage gestellt werden, ob eine psychische oder sonstige Störung

²⁸⁸ RIPPE, Interview.

²⁸⁹ RIPPE, Interview.

²⁹⁰ Vgl. D. I. 2.

²⁹¹ WOLF, S. 44 ff.

²⁹² SCHNEIDER/FRISTER/OLZEN, S. 224–225; DIEDRICHSEN, S. 492; PETERMANN, N 156; WOLF, S. 44; BGE 124 III 5, 8.

²⁹³ PETERMANN, N 156.

²⁹⁴ PETERMANN, N 156.

²⁹⁵ WOLF, S. 45; PETERMANN, N 157.

²⁹⁶ PETERMANN, N 157.

vorlag und welchen Einfluss sie auf die Urteilsfähigkeit des Testators hatte.²⁹⁷ Im Hinblick auf die konkret verfasste Verfügung muss ein Gutachten aufzeigen, wie sich die Störung auf die kognitiven und voluntativen Fähigkeiten des Erblassers ausgewirkt hat, wobei neben der Willens- und Einsichtsfähigkeit darzulegen ist, ob dieser in einem adäquaten Gemütszustand (affektives Element) gehandelt hat.²⁹⁸ Zeugen und Auskunftspersonen sowie Krankengeschichte und allfällige Berichte über besondere Vorkommnisse spielen in der Praxis eine besondere Rolle.²⁹⁹

Entscheidend für die Beweiswürdigung ist schliesslich, dass eine Gesamtbetrachtung des erhobenen Beweismaterials erfolgt.³⁰⁰

3. Weitere Beurteilungsmöglichkeiten

Es gibt viele verschiedenste Möglichkeiten zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit.

Bei der KESB arbeitet man mit einem Ansatz aus der forensischen Psychiatrie,³⁰¹ wobei vier Aspekte erfüllt sein müssen. Damit jemand urteilsfähig ist, muss die betreffende Person:³⁰²

1. einen Willen bilden können,
2. erkennen können, worum es geht,
3. nach diesem gebildeten Willen handeln können
4. und die Folgen von seinem Handeln abschätzen können.³⁰³

Weiter handeln einige Alters- und Pflegeeinrichtungen nach den Kriterien zur Überprüfung der Urteilsfähigkeit der SAMW:³⁰⁴

1. Fähigkeit, Information in Bezug auf die zu fällende Entscheidung zu verstehen;
2. Fähigkeit, die Situation und die Konsequenzen, die sich aus alternativen Möglichkeiten ergeben, richtig abzuwägen;
3. Fähigkeit, die erhaltene Information im Kontext eines kohärenten Wertsystems rational zu gewichten;
4. Fähigkeit, die eigene Wahl zu äussern.³⁰⁵

²⁹⁷ PETERMANN, N 158.

²⁹⁸ PETERMANN, N 158.

²⁹⁹ DIEDRICHSEN, S. 493; PETERMANN, N 159.

³⁰⁰ WOLF, S. 46; BGer 5A_647/2011 vom 31. Mai 2012 Erw. 4.4.7.

³⁰¹ Forensische Psychiatrie: Übersetzung von der Medizin/Psychiatrie ins Recht; LEUENBERGER, Interview.

³⁰² LEUENBERGER, Interview.

³⁰³ LEUENBERGER, Interview.

³⁰⁴ ROTEN, Interview.

³⁰⁵ SAMW, Recht auf Selbstbestimmung, S. 18; So auch ROTEN, Interview.

Grundsätzlich geht es bei all diesen verschiedenen Auflistungen von Kriterien immer um dasselbe. Die Einsichts- und die Willensfähigkeit – wie sie unter der rechtlichen Betrachtungsweise dargelegt wurden – sind darin enthalten und können jeweils daraus abgeleitet werden.³⁰⁶

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die rechtliche und medizinische Betrachtungsweise keineswegs ausschliessen. Der juristische Begriff der Urteilsfähigkeit bezieht sich auf die medizinische Klassifizierung und nimmt auf die konkreten Anforderungen Rücksicht. Ohne eine medizinische Beurteilung wäre auch eine juristische Einschätzung nicht möglich. Daher muss klar gesehen werden, dass eine Verknüpfung der beiden Betrachtungsweisen nötig und deshalb eine Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Fachkräften unerlässlich ist.

In gewissen Bereichen wäre deshalb ein Ausbau der Kooperation zwischen Juristen, Ärzten, Sozialarbeitern, Ethikern, Pflegepersonal, Angehörigen etc. wünschenswert, um einen Austausch zwischen den verschiedenen Gebieten zu erreichen, wobei gegenseitig optimal voneinander profitiert werden könnte.

IV. Ethische Betrachtungsweise

Im Umgang mit der Demenz-Erkrankung spielt die Ethik eine grosse Rolle. Immer wieder stellt sich die Frage, wie eine bestimmte Situation im Einzelfall unter ethischen Gesichtspunkten zu beurteilen ist. Im Folgenden wird veranschaulicht, wie gewisse Fragen von einem ethischen Standpunkt beantwortet werden.

Die Ethik ist die Lehre von der Moral, welche sich mit der Frage beschäftigt, welche moralischen Urteile – begründet oder nicht begründet – richtig oder falsch sind.³⁰⁷ In Bezug auf Handlungen von Menschen und deren Eigenschaften werden moralische Urteile (Werturteile) gebildet, die gerechtfertigt sein können oder auch nicht.³⁰⁸

Das Autonomie-Prinzip, als wichtigstes ethisches Prinzip im Zusammenhang mit der Urteils(un)fähigkeit, kann bei der ethischen Entscheidungsfindung sehr hilfreich sein:

³⁰⁶ Vgl. oben D. I. 1.

³⁰⁷ RIPPE, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 5, 5.2.7.

³⁰⁸ RIPPE, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 5, 5.2.7.

Der Begriff der Autonomie spielt in der Ethik eine tragende Rolle.³⁰⁹ Das Prinzip der Autonomie steht für das Recht auf Selbstbestimmung, welches jeder Person erlauben soll, ihr Leben eigenverantwortlich und ihrer besonderen Persönlichkeit gemäss zu führen.³¹⁰ Es garantiert, dass Entscheidungen über zentrale Fragen des eigenen Lebens von den Betroffenen selbst und von niemand anderem getroffen werden und schützt davor, dass andere ihnen vorschreiben, wie sie zu leben haben.³¹¹ D.h. nicht, dass man andere Personen stets das tun lassen soll, was sie tun wollen. Man darf die Betroffenen davor warnen, etwas zu tun oder auch Gründe darlegen, dass sie irgendetwas tun oder unterlassen sollen.³¹² Das Recht auf Selbstbestimmung impliziert jedoch, dass den betroffenen Personen das letzte Wort gegeben werden muss, allerdings nur, wenn die Person zur Selbstbestimmung fähig ist.³¹³ Die Autonomie wird zusätzlich eingeschränkt durch heteronome Prinzipien wie Gerechtigkeit und Verhältnismässigkeit.³¹⁴

1. Autonomie-Kriterien

Es müssen folgende drei Kriterien erfüllt sein, damit eine Person ein Recht auf Autonomie (immer situativ) hat. Die Person ist fähig:

1. sich über den Sachverhalt angemessen zu informieren,
2. die Situation und die Folgen ihrer Handlung zu verstehen und
3. frei, d.h. ohne inneren und äusseren Zwang, zu handeln.³¹⁵

Ist eines dieser Kriterien nicht erfüllt, ist die Person für die betreffende Entscheidung nicht als urteilsfähig anzusehen. Ihr kommt somit nicht die Fähigkeit und das Recht zur Entscheidung zu.³¹⁶ Das Autonomieprinzip beeinflusst stark die Beurteilung der Urteilsfähigkeit gemäss rechtlicher Betrachtungsweise.³¹⁷

Zum Recht auf Selbstbestimmung gehört auch, dass Entscheidungen, die anderen unvernünftig erscheinen, grundsätzlich nicht ausgeschlossen sind.³¹⁸ Die Frage, ob betroffene Personen das letzte Wort haben, bezieht sich immer auf einzelne Entscheidungen und

³⁰⁹ PETZOLD, S. 22 ff.

³¹⁰ Deutscher Ethikrat, S. 46 ff.; RIPPE, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 5, 5.2.8.

³¹¹ RIPPE, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 5, 5.2.8.

³¹² RIPPE, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 5, 5.2.8.

³¹³ Deutscher Ethikrat, S. 46 ff.; RIPPE, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 5, 5.2.8.

³¹⁴ WETTSTEIN, Mythen und Fakten zum Alter, N 18.1.

³¹⁵ RIPPE, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 5, 5.2.8.

³¹⁶ RIPPE, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 5, 5.2.8.

³¹⁷ Vgl. D. I. 1.

³¹⁸ RIPPE, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 5, 5.2.9.

Situationen, denn je komplexer Entscheidungen sind, desto schwieriger ist es, sich angemessen zu informieren und die Situation und ihre Folgen zu verstehen.³¹⁹

Die Fähigkeit zu einer Autonomie des Augenblicks bleibt i.d.R. jedoch erhalten, auch wenn die rechtliche Einwilligungsfähigkeit bereits verloren gegangen ist.³²⁰ Die aktuelle Befindlichkeit, Gefühle, Wünsche, Sinneseindrücke, Impulse aus der Umgebung, die Begegnung mit anderen Menschen (oder mit Tieren) etc. können in Reichweite der Wahrnehmung und des Ausdrucks bleiben.³²¹ Die Autonomieausübung erstreckt sich auf den verbalen oder nonverbalen Ausdruck eines Wunsches oder in der Ablehnung von Personen, Räumen, Geschehnissen, Massnahmen und in der Wahl zwischen Alternativen, die in einer den kognitiven Fähigkeiten einer Person mit Demenz gemässen Weise gezeigt werden.³²²

2. Fallbeispiele

Von einem ethischen Blickwinkel betrachtet, stellen sich oftmals Fragen, die zu unterschiedlichen Meinungen und Lösungsansätzen führen können. Meist sind es die ethischen (und somit moralischen) Aspekte, die eine Situation und einen entsprechenden Entscheid schwierig machen.

Es folgen einige Fallbeispiele, welche Probleme veranschaulichen, die sich in der Praxis ergeben können.

Fallbeispiel 1:

Für eine alte, schwerdemente Frau wurde privates Pflegepersonal organisiert. Die Frau ass nicht mehr, daher gab eine Pflegerin der Dementen das Essen ein, indem sie ihr die Nase zuhielt, damit die Patientin den Mund öffnete.³²³

Schlussfolgerung:

Gemäss Entscheid der nationalen Ethikkommission muss der Wille des Patienten stets respektiert werden.³²⁴ Daher müsste in diesem Fall anerkannt werden, wenn jemand verweigert den Mund zur Nahrungsaufnahme zu öffnen, dass dieses Verweigern der Nahrungsaufnahme den momentanen Willen des Patienten darstellt.³²⁵ Die lebenserhaltende

³¹⁹ RIPPE, Interview; Senevita AG, Demenz verstehen, Teil 5, 5.2.9.

³²⁰ PETZOLD, S. 29 ff.

³²¹ PETZOLD, S. 29 ff.

³²² Deutscher Ethikrat, S. 59 ff.; PETZOLD, S. 29 ff.

³²³ WETTSTEIN, Interview.

³²⁴ NEK, Patientenverfügung, S. 1 ff.

³²⁵ WETTSTEIN, Interview.

Strategie darf keinesfalls menschenquärend gestaltet werden – es darf zu keiner menschenunwürdigen Behandlung kommen.³²⁶

Fallbeispiel 2:

Ein Mann hat in seiner Patientenverfügung festgehalten, dass er nicht wolle, dass ihm Essen eingegeben würde, sollte er in Zukunft nicht mehr fähig sein, selber zu essen. Der Fall der Urteilsunfähigkeit ist schliesslich eingetreten und er konnte nicht mehr selbständig die Mahlzeiten zu sich nehmen. Gab man dem Mann jedoch Nahrung, hat er begeistert gegessen.³²⁷ Daraus ergibt sich die Frage, ob ein Entscheid ohne kognitive Fähigkeiten höher zu gewichten ist, als ein Entscheid unter kognitiven Fähigkeiten?³²⁸

Schlussfolgerung:

PETERMANN geht soweit und sagt, dass die Patientenverfügung eine klare Willenserklärung des Patienten sei.³²⁹ Danach dürfte dem besagten Mann keine Nahrung mehr gegeben werden, weil er seinen Willen diesbezüglich – unter kognitiven Fähigkeiten und somit vor Eintritt der Urteilsunfähigkeit – genau festgehalten hat. Andere sehen die momentane Verhaltensweise als Willensänderung an.³³⁰ In der Praxis, sprich in Pflegeinstitutionen, wird der „Jetzt-Entscheid“ grundsätzlich höher gewichtet und somit eine Willensänderung angenommen. Dem im Fallbeispiel erwähnten Mann würde daher weiter Essen eingegeben werden, wenn er es nicht bewusst (z.B. indem er den Mund nicht öffnet o.ä.) abweist.³³¹ Meines Erachtens sollte einer Patientenverfügung in einer derartigen Fallkonstellation nur Geltung zukommen, wenn kein entgegenstehender gegenwärtiger Wille geäussert wird. Bezüglich der Entscheidung, ob man Nahrung zu sich nehmen möchte, kann wohl auch eine Person mit Demenz noch einen Willen bilden. Der Willenserklärung der Patientenverfügung steht somit eine Willensänderung entgegen. Entscheidend ist hierbei die Beurteilung durch Fachkräfte (Ärzte, Pflegepersonal etc.), was der mutmassliche Wille der betroffenen Person im entsprechenden Zeitpunkt ist. Weil im oben genannten Bsp. der Mann Freude am Essen zeigt, muss davon ausgegangen werden, dass dieser seinen Willen geändert hat. Der Entscheid ohne kognitive Fähigkeiten wäre meiner Auffassung nach in einem derartigen Fall höher zu gewichten.

³²⁶ WETTSTEIN, Interview.

³²⁷ SCHMIEDER, Interview.

³²⁸ SCHMIEDER, Interview.

³²⁹ PETERMANN, Demenzerkrankungen, N 7.

³³⁰ RIPPE, Interview.

³³¹ SCHMIEDER, Interview.

Fallbeispiel 3:

Ein stark dementer alter Mann konnte in medizinischen und weiteren Belangen nicht mehr selbständig entscheiden. Wenn man ihn fragte, stimmte er immer der jeweils anwesenden Person (Ehefrau, Kinder, Arzt) zu. Nun kam es zu Streitigkeiten zwischen der Ehefrau und den beiden Töchtern aus erster Ehe, wobei sich alle für die Belange des erkrankten Mannes für zuständig hielten.³³²

Schlussfolgerung:

Sind zerstrittene Familienverhältnisse vorhanden, sollte ein externer Beistand bestellt werden. Man muss berücksichtigen, dass eine Person mit Demenz nicht mehr fähig ist, ihre Entscheide zu kontrollieren.³³³ In einer derartigen Fallkonstellation ist es daher sehr wichtig, dass von aussen aufmerksam beobachtet wird. Die KESB sollte dementsprechend besser vorsorglich und frühzeitig – sei es z.B. durch den behandelnden Arzt oder das Pflegepersonal – informiert werden.

Fallbeispiel 4:

Bei Hausverkäufen von allfälligen Demenzkranken muss jeweils ein Notar aufgesucht werden, welcher die Urteilsfähigkeit zu prüfen hat. Fehlt es an der Urteilsfähigkeit, so muss die KESB informiert werden, damit diese einem Verkauf zustimmen kann.³³⁴

Schlussfolgerung:

Die Anforderungen bei einem Hausverkauf werden höher gesteckt als bei anderen Geschäften. Es können dabei in der Praxis Schwierigkeiten entstehen. Meines Erachtens kann es häufig untergehen, dass eine betroffene Person bezüglich des in Frage stehenden Geschäfts bereits urteilsunfähig ist und ihr dementsprechend die Handlungsfähigkeit zum Abschluss des Geschäfts fehlt.

V. Handhabung in der Praxis

Die Urteilsfähigkeit bzw. -unfähigkeit bezieht sich immer auf ein konkretes Geschäft oder eine gewisse Situation. Es gibt demnach keine „generelle Urteilsunfähigkeit“.³³⁵ Bis zum Beweis des Gegenteils geht man grundsätzlich davon aus, dass jemand zum Zeitpunkt der Errichtung eines bestimmten Dokuments (Vorsorgeauftrag, Patientenverfügung) urteilsfähig

³³² Vgl. Urteil vom 25. Januar 2007, 6S.491/2006; WETTSTEIN, Interview.

³³³ WETTSTEIN, Interview.

³³⁴ SCHMIEDER, Interview; WETTSTEIN, Interview.

³³⁵ RIPPE, Interview; RÄBER, Interview; BOPP-KISTLER, Interview.

war.³³⁶ Das neue Erwachsenenschutzrecht misst dem Einzelfall grosse Bedeutung zu, was in der Praxis zu Problemen führen kann. Somit kann es u.U. sehr schwierig sein, rechtlich den medizinisch unterschiedlichen Formen der Urteilsfähigkeit bzw. -unfähigkeit gerecht zu werden.³³⁷ In einer ersten Phase, direkt nach der Diagnose, ist eine Person mit einer beginnenden Demenz für die meisten Situationen noch urteilsfähig. Die Krankheit entwickelt sich sehr langsam und die Symptome sind nicht dauerhaft. Erst in der zweiten Phase kommt es dazu, dass vermehrt Dinge nicht mehr verstanden werden, oder dass die Personen mit Demenz sich nicht mehr angemessen über eine bestimmte Sachlage informieren können.³³⁸ Bezüglich einer bestimmten Handlung muss jeweils gefragt werden, ob die Person mit Demenz versteht, um was es im konkreten Geschäft geht.³³⁹ Dabei drängt sich eine Zusammenarbeit mit Ärzten auf.³⁴⁰ Fällt diese Beurteilung eindeutig im Sinne einer sich entwickelnden Demenz aus, so sollte ein Vorsorgebeauftragter die KESB informieren, bzw. wenn es keine beauftragte Person gibt, sollte diese Meldung allenfalls durch eine andere Person (Ehegatte, Kinder oder Mediziner) ausgeführt werden.³⁴¹ Falls Zweifel an der Urteilsunfähigkeit bestehen, kann die KESB weitere Abklärungen durchführen lassen. Die Entscheidungslage kann sich jedoch verkomplizieren, wenn dadurch unterschiedliche Ergebnisse resultieren, was u.U. wiederum zu Rechtsstreitigkeiten führen kann.³⁴² Grundsätzlich wird im Zweifelsfall – sei es von der KESB, einer Alters- oder Pflegeeinrichtung oder andersartigen Organisationen wie z.B. der Pro Senectute – immer ein Arzt beigezogen, der die Urteilsfähigkeit betreffend einem gewissen Geschäft bestätigt oder negiert.³⁴³ Es stellt sich immer die Frage, wann der Zeitpunkt gegeben ist, in dem man an die KESB gelangen soll, um zu melden, dass eine Person zunehmend dement ist. V.a. für Organisationen und Personen, welche bereits finanzielle und weitere Angelegenheiten von zunehmend Urteilsunfähigen übernehmen, ist diese Entscheidung schwierig. Gegebenenfalls müsste eine Beistandschaft errichtet werden, nachdem die Behörde Kenntnis von der Situation erhalten hat, allenfalls auch zur Entlastung von bisher betreuenden Angehörigen und Nahestehenden.³⁴⁴

³³⁶ Vgl. oben D. I. 2.; RÄBER, Interview.

³³⁷ SCHMIEDER, Interview; RIPPE, Interview; GOOD, Interview.

³³⁸ RIPPE, Interview; BOPP-KISTLER, Interview.

³³⁹ BOPP-KISTLER, Interview.

³⁴⁰ GOOD, Interview.

³⁴¹ GOOD, Interview.

³⁴² GOOD, Interview.

³⁴³ BRUNNER, Interview.

³⁴⁴ BRUNNER, Interview.

Die Urteilsfähigkeit sollte also, wie oben erwähnt, in jeder Situation und bei jeder Handlung neu beurteilt werden.³⁴⁵ In der Pflege kann dies aber sehr aufwendig sein. Manchmal müssen Annahmen getroffen werden, dass in gewissen Fragen die demente Person noch urteilsfähig ist. In anderen Situationen müssen die Angehörigen beigezogen werden bzw. muss das Pflegepersonal eigenständig handeln (nach bestem Wissen und Gewissen).³⁴⁶ Nach hier vertretener Meinung muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass die ständige rechtliche Beurteilung bei jedem einzelnen Geschäft nicht realistisch und kaum möglich ist. Eine individuelle Berücksichtigung des Willens ist nur soweit möglich, wie die betreuenden Personen oder der Beistand dazu fähig sind, den mutmasslichen Willen zu erkennen und ihm Beachtung zu schenken. Werden Gefühlsregungen des Dementen nicht erkannt, weil z.B. nicht sensibel darauf geachtet wird, kann der mutmassliche Wille schnell untergehen. Man sollte jeweils die Kriterien zur Urteilsfähigkeit sorgfältig beachten und in die entsprechende Entscheidung einbeziehen.

Die Gefahr von Missbräuchen besteht natürlich immer. RIPPE bemerkt skeptisch, dass es in der Praxis oft auch vorkommt, dass Patientenverfügungen o.ä. Dokumente zu voreilig angezweifelt werden. Es stellt sich die Frage, ob man rechtliche Rahmenbedingungen formulieren müsste, wann solche Verfügungen anerkannt werden. Selbst wenn jemand zum Notar geht, kann man nicht vollkommen sicher sein, ob die Urteilsfähigkeit tatsächlich richtig überprüft wurde.³⁴⁷

In Pflegeinstitutionen wird meist bereits beim Eintritt nachgefragt, ob Instrumente der eigenen Vorsorge vorhanden sind oder ob jemand lebensverlängernde Massnahmen wünscht.³⁴⁸ Wenn die Demenz-Diagnose schon gestellt und nichts geregelt wurde, so ist es wichtig, dass zur Ausarbeitung solcher Dokumente alle Involvierten anwesend sind (Person mit Demenz, Angehörige, allenfalls vorsorgebeauftragte Person, Arzt).³⁴⁹ Befindet sich ein Patient bereits in einem fortgeschrittenen Stadium, so können kaum mehr derartige Dokumente erstellt werden.³⁵⁰

³⁴⁵ SCHMIEDER, Interview.

³⁴⁶ ROTEN, Interview.

³⁴⁷ RIPPE, Interview.

³⁴⁸ KARAHODZIC, Interview.

³⁴⁹ KARAHODZIC, Interview.

³⁵⁰ Kriterien nach SAMW, vgl. oben D. III. 3.; ROTEN, Interview.

VI. Fazit

Die verschiedenen Sichtweisen die aufgeführt wurden ergänzen sich grundsätzlich. Entscheidend ist, dass sowohl in der rechtlichen als auch in der medizinischen und ethischen Betrachtungsweise die Urteils(un)fähigkeit anhand von sehr ähnlichen Kriterien wie der Einsichts- und Willensfähigkeit zu bewerten ist. Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit von Demenz-Erkrankten muss sodann einer Einzelfallbetrachtung unterzogen werden. Eine an Demenz erkrankte Person ist nicht als solches „urteilunfähig“, sondern immer nur in Bezug auf ein bestimmtes Geschäft.

Meiner Auffassung nach ist es fraglich, ob sich bezüglich der Beurteilung der Urteilsfähigkeit und allen komplexen Fragen, die sich in diesem Zusammenhang stellen, viel gegenüber der Zeit vor den gesetzlichen Änderungen unter dem neuen ZGB geändert hat. Schon vor den gesetzmässigen Neuerungen mussten Feststellungen der Urteils(un)fähigkeit vorgenommen werden, welche schon früher sehr schwierig zu beurteilen waren. Damals wie heute ist es nicht möglich, für jeden erdenklichen Fall eine Lösung bereit zu halten. Daher bleibt im neuen Erwachsenenschutz weiterhin die Betrachtung eines jeden Einzelfalles massgebend und unerlässlich, um Missbräuche bestmöglich zu vermeiden.

E. Verschiedene problematische Konstellationen aus Praxis und Alltag

Durch das revidierte Erwachsenenschutzrecht wurden jedem Einzelnen neue Rechte auferlegt, die wahrgenommen werden können, um seiner selbst vorzusorgen. Auch gewisse Massnahmen und Organisationsstrukturen wurden erneuert und frisch konzipiert. Die Begriffe Autonomie und Selbstbestimmung spielen dabei eine tragende Rolle.

Im folgenden Hauptteil dieser Arbeit werden einige Themenbereiche genauer betrachtet, welche in der Praxis zu Problemen führen können. Es wurde eine Auswahl an problematischen Themenbereichen herausgegriffen, welche als Beispiele zu verstehen sind. Dazu wurden Gespräche mit Fachleuten geführt, um einen möglichst grossen Bezug zur Praxis herzustellen. Es handelt sich dabei keineswegs um eine repräsentative empirische Umfrage. Es wird jedoch veranschaulicht, wie die Handhabung in der Praxis aussieht. Weiter wird geprüft, ob die rechtlichen Grundlagen den Bedürfnissen der Praxis – von Ärzten, Sozialarbeitern, Pflegepersonal, Demenzkranken und deren Angehörigen etc. – genügen. Durch Fallbeispiele werden jeweils unterschiedliche Lebenssituationen bei Menschen mit einer Demenzerkrankung dargestellt. Die Erkenntnisse zum Hauptteil der Masterarbeit wurden hauptsächlich aus den Interviews mit Experten gewonnen.³⁵¹

Dieser Teil der Arbeit wird durch einen grundsätzlich immer wiederkehrenden viergliedrigen Aufbau geprägt. Am Anfang eines neuen Abschnittes werden stets Probleme dargelegt bzw. Fragestellungen formuliert. Es folgt jeweils eine Darstellung der aktuellen Rechtslage und Theorie. Danach wird erläutert, wie mit der Situation in der Praxis umgegangen wird und welche Lösungsmöglichkeiten vorhanden sind. Zum Schluss werden die aufgeworfenen Fragen im Fazit des entsprechenden Abschnittes beantwortet.

³⁵¹ Vgl. Anhang 7, Fragenkatalog als Leitfaden für die Interviews.

I. Vorsorgeauftrag – Sonderfälle

1. Fragestellung

Die verschiedenen Aufgabenbereiche eines Vorsorgeauftrages (Personensorge, Vermögenssorge, Rechtsverkehr) können an unterschiedliche Personen delegiert werden. Allenfalls können dabei Streitigkeiten oder gegenteilige Ansichten unter den Beauftragten entstehen. Es stellt sich demzufolge die Frage, ob das Instrument des Vorsorgeauftrages zu Problemen führt, wenn verschiedene Personen beauftragt wurden? Weiter drängt sich die Frage auf, ob der Vorsorgeauftrag bisher noch zu wenig bekannt bzw. verbreitet ist und daher ohnehin noch relativ selten genutzt wird?

2. Rechtslage und Theorie

Der Vorsorgeauftrag³⁵² enthält gem. Art. 360 Abs. 1. ZGB üblicherweise drei Teilgebiete – die Personensorge, die Vermögenssorge und die Vertretung im Rechtsverkehr – wobei für jeden dieser Aufgabenbereiche eine andere Person eingesetzt werden kann.³⁵³ Werden mehrere Personen beauftragt, so muss die auftraggebende Person regeln, in welchem Verhältnis diese Personen zueinander stehen bzw. wer welche Kompetenzen haben soll.³⁵⁴ Sinnvoll kann eine Bezeichnung mehrerer Individuen sein, wenn z.B. die Vermögenssorge Fähigkeiten voraussetzt, welche für die Personensorge nicht von Bedeutung sind oder umgekehrt.³⁵⁵ Allenfalls kann es auch zweckmässig sein, bei einem sehr grossen Vermögen mehrere Personen gemeinsam mit der Vermögenssorge zu beauftragen – allerdings sollten dann auch Regeln aufgestellt werden, wie bei Uneinigkeiten vorzugehen ist.³⁵⁶

3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten

Vorerst ist die KESB verpflichtet, die Eignung der eingesetzten Person zu prüfen. Dabei wird zu eruieren versucht, ob diese Person den Vorsorgeauftrag tatsächlich wahrnehmen kann. Wenn objektiv nichts dagegen spricht, muss der Vorsorgeauftrag beachtet werden, auch wenn gewisse Angehörige sich vielleicht gegen die eingesetzte Person – welche auch ein guter Freund, Nachbar, Treuhänder o.ä. des Vorsorgenden sein kann – aussprechen.³⁵⁷ Ein Vorsorgeauftrag kann auch ein grosser Vorteil sein, denn die Behörde muss lediglich überprüfen, ob die eingesetzte Person zur Wahrnehmung der angeordneten Aufgaben geeignet

³⁵² Art. 360–369 ZGB.

³⁵³ Vgl. oben B. I. 1. Vorsorgeauftrag; vgl. auch DOCUPASS Anhang 6, Vorsorgeauftrag.

³⁵⁴ FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Art. 360 ZGB N 11.

³⁵⁵ FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Art. 360 ZGB N 11.

³⁵⁶ FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Art. 360 ZGB N 11.

³⁵⁷ LEUENBERGER, Interview; BOPP-KISTLER, Interview.

ist.³⁵⁸ Danach kann der Vorsorgebeauftragte gemäss dem mutmasslichen Willen des Auftraggebers handeln.³⁵⁹ Wurde jemand eingesetzt, der bereits verstorben ist, so wird nach einer geeigneten Person gesucht, vorrangig auch in Kreisen nahestehender Angehöriger.³⁶⁰

Die vorsorgebeauftragende Person kann auch eine Verteilung der Aufgaben innerhalb der Familie oder auch zwischen Familie und anderen nahestehenden Personen vornehmen, wobei klar aufgeteilt sein muss, wer für welchen Bereich (Personensorge, Vermögenssorge, Rechtsverkehr)³⁶¹ zuständig ist.³⁶² Man kann sich allerdings gut vorstellen, dass es zu Problemen führen kann, bzw. dass bei einer derartigen Aufgabenaufteilung Unklarheiten auftreten können. V.a. wenn keine klaren Regeln aufgestellt wurden, wie bei Uneinigkeiten vorzugehen ist, kann eine derartige Aufteilung auch erschwerend sein bzw. Probleme schaffen.³⁶³

Fallbeispiel 1:

Es kann dazu kommen, dass eine Person im höheren Alter einer Sekte beitrifft, die ihren eigentlichen Willen beeinflusst. Indem sodann bspw. ein Mitglied der Sekte mit der Vermögenssorge beauftragt wird, können allenfalls ungewollt Gelder fliessen, da die dement gewordene Person zu Spenden u.ä. veranlasst wird.³⁶⁴

Schlussfolgerung:

Es muss in einem solchen Fall immer beachtet werden, was der mutmassliche Wille des Patienten ist, bzw. ob die Einsetzung einer vorsorgebeauftragten Person urteilsfähig vorgenommen wurde. Wichtig ist auch, ob sich der Wille bereits vor Eintritt der Urteilsunfähigkeit verändert hat. Allenfalls schloss sich die besagte Person schon viel früher einer derartigen Glaubensgemeinschaft an. In der Praxis können solche Situationen zu grossen Problemen führen.

Fallbeispiel 2:

Bei Ehepaaren, die zwar getrennt leben, jedoch noch verheiratet sind, kann durch gesetzliche Vertretung missbräuchlich gehandelt werden. Dieselbe Problematik besteht, wenn z.B. der

³⁵⁸ Vgl. Art. 363 Abs. 2 Ziff. 3 ZGB.

³⁵⁹ BRUNNER, Interview; BOPP-KISTLER, Interview.

³⁶⁰ LEUENBERGER, Interview.

³⁶¹ Im DOCUPASS ist der Vorsorgeauftrag auch enthalten. Vgl. Anhang 6.

³⁶² BENZ-GARTENMANN, Interview.

³⁶³ BRUNNER, Interview.

³⁶⁴ LEUENBERGER, Interview.

Ehepartner zusätzlich als Vorsorgebeauftragter eingesetzt wurde, das Paar aber nicht mehr zusammen lebt.³⁶⁵

Schlussfolgerung:

Heute kann bei solchen kritischen Fällen an die KESB gelangt werden. Am wichtigsten ist es, dass Vorsorgeaufträge bei Konkubinatspartnern erstellt werden, da diese bei der gesetzlichen Vertretung gem. Art. 374 ff. ZGB nicht erfasst sind.

Fallbeispiel 3:

Eine Person mit Demenz ist nicht mehr berechtigt zu unterschreiben. Sodann kann z.B. bereits eine Erneuerung der Identitätskarte zu Problemen führen, wenn kein Vorsorgeauftrag erstellt wurde.³⁶⁶

Schlussfolgerung:

Wenn jemand nicht mehr unterschreiben kann, kann ein Vorsorgeauftrag als eine grosse Erleichterung empfunden werden, denn in einem solchen Fall kann die vorsorgebeauftragte Person handeln

Es braucht noch Zeit, bis das neue Instrument des Vorsorgeauftrages tatsächlich umgesetzt wird. Der Vorsorgeauftrag ist gegenwärtig noch viel zu wenig bekannt, daher trifft man ihn in der Praxis bisher kaum an.³⁶⁷ Durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit oder Informationen durch den Hausarzt könnte das neue Instrument verbreitet werden.³⁶⁸ In diesem Zusammenhang hat die Patientenverfügung fast die ganze Diskussion auf sich gelenkt, wobei der Vorsorgeauftrag wohl ein wenig in den Hintergrund gedrängt wurde. Würden mehr Vorsorgeaufträge erstellt, so könnte das Risiko, dass Personen mit Demenz in gewissen Hinsichten missbraucht werden, wahrscheinlich vermindert werden.³⁶⁹ Die betroffenen Personen müssen akzeptieren, dass sie beim Verlust der Urteilsfähigkeit zwangsläufig auf andere Menschen angewiesen sind und sich ihnen bis zu einem gewissen Grad „ausliefern“ müssen. Dies in der Hoffnung, dass die jeweiligen Personen die richtigen Entscheidungen treffen werden.³⁷⁰

Es wird sich zeigen, ob sich eine breite Masse für diese massgeschneiderte Lösung begeistern kann oder ob sich viele Personen, wie bisher, weiterhin den staatlichen Massnahmen anschliessen werden. Gemäss GOOD muss diese Entwicklung auch nicht schlecht sein, da es

³⁶⁵ SCHMIEDER, Interview.

³⁶⁶ BOPP-KISTLER, Interview.

³⁶⁷ ROTEN, Interview; KARAHODZIC, Interview; BENZ-GARTENMANN, Interview; SCHMIEDER, Interview.

³⁶⁸ FORSTMEIER, Interview.

³⁶⁹ RIPPE, Interview.

³⁷⁰ GOOD, Interview; SCHMIEDER, Interview.

sehr schwierig sein kann, vorauszusehen, mit welcher konkreten Urteilsunfähigkeit man später vielleicht einmal konfrontiert wird.³⁷¹ GOOD wie auch SCHMIEDER werfen die Frage auf, ob sich detaillierte Vorsorgeregungen in der Praxis überhaupt bewähren, denn es ist nahezu unmöglich für jede erdenkliche Situation, den entsprechenden Entscheid vorwegzunehmen. Die Ausnahme kann somit nicht geregelt werden.³⁷²

4. Fazit

Es scheint gemäss vorangehenden Ausführungen gut möglich zu sein, dass es zu Problemen führen kann, wenn mehrere Personen für die jeweils unterschiedlichen Aufgabenbereiche eines Vorsorgeauftrages eingesetzt werden. Bisher konnten jedoch erst wenig praktische Erfahrungen gesammelt werden, da der Vorsorgeauftrag tatsächlich noch keine breite Anwendung gefunden hat. Es wäre meines Erachtens jedoch empfehlenswert, dieses Instrument zur eigenen Vorsorge vermehrt zu nutzen, denn es können wichtige Dinge darin geregelt werden, die es einer Person mit Demenz ermöglichen, dass in gewissen Bereichen problemlos für sie gehandelt werden kann. V.a. auch finanzielle Angelegenheiten – wenn keine Vollmachten bestehen – können ohne eine Regelung in einem Vorsorgeauftrag zu Schwierigkeiten führen. Als grosser Vorteil beim Vorsorgeauftrag muss die Tatsache gesehen werden, dass jeder selbst bestimmen kann, wer für seine verschiedenen Geschäfte aufkommen soll, wenn die eigene Urteilsunfähigkeit eingetreten ist.

II. Patientenverfügung – Sonderfälle

1. Fragestellung: Vorbehalt bei „dringlichen Fällen“

Eine Abklärung, ob eine Patientenverfügung vorhanden ist, bleibt bei sog. „dringlichen Fällen“ vorbehalten. Daher stellt sich die Frage, wann ein solcher „dringlicher Fall“ gegeben ist, bei welchem die Patientenverfügung in den Hintergrund tritt?

a) Rechtslage und Theorie

Gem. Art. 372 Abs. 1 ZGB klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt, im Falle einer Urteilsunfähigkeit einer Patientin oder eines Patient anhand der Versichertenkarte ab, ob eine Patientenverfügung vorliegt. Dringliche Fälle bleiben jedoch vorbehalten. I.S.v. Art. 372 Abs. 1 Satz 2 ZGB kann also bei dringlichen Fällen auf Nachforschungen durch den Arzt

³⁷¹ FORSTMEIER, Interview; GOOD, Interview.

³⁷² SCHMIEDER, Interview.

verzichtet werden.³⁷³ Sofern der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin den Inhalt einer Patientenverfügung zweifelsfrei kennt, muss diese jedoch auch bei Dringlichkeit beachtet werden.³⁷⁴ Gem. Art. 379 ZGB darf und muss der Arzt oder die Ärztin in dringlichen Fällen medizinische Massnahmen nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person ergreifen.³⁷⁵ Bis das Vorhandensein und der Inhalt einer Patientenverfügung abgeklärt worden ist, erstreckt sich der Vorbehalt dringlicher Fälle nicht nur auf eigentliche Notfallsituationen, sondern ebenso auf Situationen, in denen eine medizinische Massnahme zum Wohl der Patientin oder des Patienten nicht aufgeschoben werden sollte.³⁷⁶

b) Praxis und Lösungsmöglichkeiten

Patientenverfügungen stehen eigentlich an oberster Stelle und sind somit absolut verbindlich.³⁷⁷ Praktisch ist es jedoch so, dass der Arzt in dringlichen Fällen die lebensrettenden Massnahmen einleitet und nicht zuerst lange nach der Patientenverfügung sucht.³⁷⁸ Oftmals tritt z.B. bei einem Unfall oder einer anderen Akutsituation der Fall ein, dass sofort gehandelt werden muss und erst wenn die Situation andauert, wird nach einer Patientenverfügung gesucht.³⁷⁹ Es wäre nicht zu verantworten, wenn ein Patient in der Patientenverfügung explizit lebenserhaltende Massnahmen wünscht, diese aber nicht angeordnet werden, weil die Patientenverfügung noch nicht gefunden werden konnte und der Patient in der Zwischenzeit verstirbt.³⁸⁰ Damit sollen die Notfallmediziner davor geschützt werden, strafrechtlich belangt zu werden.³⁸¹ Gem. Art. 372 Abs. 1 ZGB werden die Ärzte verpflichtet, wenn genügend Zeit zur Verfügung steht, aktiv nach einer entsprechenden Verfügung zu suchen. Ein zentrales Register für Patientenverfügungen existiert jedoch nicht. Die Eintragung auf der Versichertenkarte stellt kein Gültigkeitserfordernis dar, was die Situation keineswegs einfacher macht.³⁸²

³⁷³ Art. 372 Abs. 1 Satz 2 ZGB.

³⁷⁴ Erwachsenenschutz Komm, GASSMANN JÜRIG, Art. 372 ZGB N 1; BaslerKomm, WYSS SABINE, Art. 372 ZGB N 5 f.

³⁷⁵ FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 372 ZGB N 4; FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG/PEA, Art. 379 ZGB N 7 f.

³⁷⁶ Botschaft ZGB, S. 7037; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 372 ZGB N 4.

³⁷⁷ RÄBER, Interview; GÖSSI, Interview; GOOD, Interview.

³⁷⁸ GÖSSI, Interview; BRUNNER, Interview; GOOD, Interview.

³⁷⁹ BOPP-KISTLER, Interview; WETTSTEIN, Interview.

³⁸⁰ BRUNNER, Interview; WETTSTEIN, Interview; BOPP-KISTLER, Interview; GOOD, Interview.

³⁸¹ RIPPE, Interview; LEUENBERGER, Interview; GOOD, Interview; GÖSSI, Interview.

³⁸² GOOD, Interview.

Die in einer Patientenverfügung eingesetzte Person kann alleine über die medizinischen Massnahmen entscheiden, unter der Voraussetzung, dass die Patientenverfügung allgemein bekannt ist. Durch beratende Gespräche mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin versucht man zu einer optimalen Lösung zu kommen. Die Verantwortung liegt jedoch nicht mehr beim Arzt, sondern bei der in der Patientenverfügung eingesetzten Person, was teilweise eine grosse Belastung darstellen kann bzw. manchmal fast untragbar ist für die entsprechenden Bezugspersonen.³⁸³

Wenn sich eine Patientin oder ein Patient aufgrund einer FU in einer psychiatrischen Klinik aufhält, wird eine vorliegende Patientenverfügung nur soweit befolgt, wie das Ziel der FU nicht verunmöglicht wird. Die Wünsche für eine beschriebene Behandlung sind z.B. dann nicht verbindlich, wenn die Angaben die Gesundheit des Patienten oder das Leben und die körperliche Integrität anderer ernsthaft gefährden oder unverhältnismässige Belastungen für Mitpatienten und behandelnde Personen bedeuten. Leidet jemand z.B. an einer Depression, so sind Sterbewünsche häufige Begleiterscheinungen, sodass in der Verfügung eher keine lebensverlängernden Massnahmen gewünscht werden.³⁸⁴ Die betreffende Person kann die Folgen ihrer Angaben i.d.R. nicht mehr richtig abschätzen. In solchen Situationen ist es wichtig, wenn möglich die Angehörigen einzubeziehen und zusammen mit dem behandelnden Arzt Entscheidungen zu treffen.³⁸⁵

Exkurs:

Eine weitere Problematik, stellt das Thema der Reanimation dar. Die Frage, ob reanimiert werden soll oder nicht, wenn sich eine Person mit Demenz z.B. im Spital oder in einer Alters- oder Pflegeeinrichtung befindet und keine Patientenverfügung vorhanden ist, bleibt umstritten.³⁸⁶ In gewissen Pflegeinstitutionen wird grundsätzlich nicht reanimiert, da kein Qualitätsgewinn für die Zukunft des Patienten zu erhoffen ist.³⁸⁷ In Einzelfällen, wenn dies von Angehörigen gewünscht wird, kann frühzeitig vereinbart werden, dass reanimiert werden soll.³⁸⁸ Die Chance, dass mit Lebensqualität weitergelebt werden kann, wenn man erst nach einer gewissen Zeit fast leblos aufgefunden wird und reanimiert werden muss, ist jedoch relativ gering.³⁸⁹ In den meisten Pflegeheimen in Zürich wird die kardiopulmonale

³⁸³ BOPP-KISTLER, Interview.

³⁸⁴ BENZ-GARTENMANN, Interview.

³⁸⁵ ROTEN, Interview; BENZ-GARTENMANN, Interview.

³⁸⁶ KARAHODZIC, Interview.

³⁸⁷ SCHMIEDER, Interview.

³⁸⁸ SCHMIEDER, Interview.

³⁸⁹ BOPP-KISTLER, Interview; SCHMIEDER, Interview.

Reanimation³⁹⁰ nicht durchgeführt, da sie vielerorts als wirkungslos angesehen wird.³⁹¹ Es besteht auch eine ähnliche Problematik bei Transplantationen, wobei diskutiert wird, Menschen, welche Organe spenden möchten, mit einer Tätowierung zu kennzeichnen – bzw. einige Menschen machen dies bereits heute.³⁹² Auch gibt es Leute, die sich eine Tätowierung auf die Brust machen lassen, welche kennzeichnet, ob man reanimiert werden will oder nicht.³⁹³ Mit einem derartigen Zeichen könnte man der Vielfalt, welche eine Patientenverfügung aufweist, jedoch kaum gerecht werden.³⁹⁴ Meiner Auffassung nach ist es sehr wichtig, dass die Angehörigen in die Entscheidung, ob reanimiert werden soll oder nicht, einbezogen werden. Es kann problematisch sein, dass in unterschiedlichen Pflegeheimen und Spitälern bezüglich Reanimation eine andere Praxis herrscht. Nach der hier vertretenen Ansicht sollte im Vordergrund immer die Frage stehen, was der mutmassliche Wille des Patienten ist. Verfügt der Patient über keine Patientenverfügung, könnten in einer solchen Situation Angehörige Abhilfe verschaffen.

Fallbeispiel:

Prof. Dr. med. Urs-Peter Hämmerli, ehem. Chefarzt des Stadtzürcher Spitals Triemli, hatte Mitte der 1970er Jahre im In- und Ausland für grosses Aufsehen gesorgt. Er bekannte sich öffentlich dazu, dass man im Triemli-Spital gelegentlich chronisch kranken, bewusstlosen Patienten die künstliche Ernährung entziehe und ihnen nur noch Wasser verabreiche. Das Verfahren gegen Hämmerli wurde schliesslich jedoch eingestellt.³⁹⁵

Schlussfolgerung:

Bei den erwähnten Handlungen handelt es sich um passive Sterbehilfe.³⁹⁶ Vorerst muss erwähnt werden, dass die meisten dieser Fälle vermutlich nicht unter Dringlichkeit entschieden werden mussten. Die entscheidende Frage, welche hier aber gestellt werden muss (ob dringlich oder nicht): Lag damals bei den Betroffenen eine Patientenverfügung vor? Hätten die Patienten eine Patientenverfügung verfasst in der ein Wunsch von lebensverlängernden Massnahmen geäussert wurde, so hätten die oben erwähnten Handlungen (lediglich Verabreichung von Wasser bei Entziehung der künstlichen Ernährung) unter keinen Umständen vorgenommen werden dürfen.

³⁹⁰ *Kardiopulmonale Reanimation*: Herz-Lungen-Wiederbelebung.

³⁹¹ WETTSTEIN, Interview.

³⁹² GOOD, Interview.

³⁹³ GÖSSI, Interview.

³⁹⁴ GOOD, Interview.

³⁹⁵ Online abrufbar unter <<http://www.srf.ch/player/tv/srf-wissen/video/sterbehilfe-in-zuerich-der-fall-haemmerli?id=5f848de3-5735-4b86-bb86-53d4e931c9da>> (besucht am 21.08.2013); SCHMIEDER, Interview.

³⁹⁶ *Passive Sterbehilfe*: das Unterlassen oder die Reduktion von eventuell lebensverlängernden Behandlungsmassnahmen.

c) Fazit

Unter einem dringlichen Fall kann also die Notfallsituation verstanden werden, bei der keine Zeit mehr bleibt, nach einer allenfalls vorhandenen Patientenverfügung zu suchen. Die Ärzte mussten allerdings auch nach altem Recht in dringlichen Fällen handeln können, wobei an der bestehenden Praxis angeknüpft werden kann. Meiner Ansicht nach ergeben sich schwierige Fallkonstellationen erst, wenn gehandelt wird, obwohl der Patient eine Patientenverfügung erstellt hatte, und noch genügend Zeit zur Abklärung vorhanden gewesen wäre. Durch ignorante Vorgehensweisen oder einem mangelnden Austausch mit Angehörigen kann es allenfalls zu solchen Situationen kommen.

2. Fragestellung: Veraltete, oberflächliche oder unklare Verfügungen

Wie wird mit veralteten, oberflächlichen oder unklaren Patientenverfügungen umgegangen?

a) Rechtslage und Theorie

Durch Zeitablauf verliert die Patientenverfügung nicht ihre Gültigkeit.³⁹⁷ Demnach besteht auch kein Zwang, sie regelmässig zu erneuern oder mind. erneut zu datieren und zu unterzeichnen, auch wenn ein solches Vorgehen insbesondere bei einer Veränderung der Lebenssituation sehr zu empfehlen ist.³⁹⁸

Der Grad der Detaillierung bei der Regelung ist bei Patientenverfügungen naturgemäss sehr unterschiedlich.³⁹⁹ Es gibt diverse Mustervorlagen, die von verschiedensten Organisationen angeboten werden – so z.B. der „DOCUPASS“ von der Pro Senectute Schweiz.⁴⁰⁰ Durch die Auswahl verschiedener Optionen oder durch Einfügen von passenden, teilweise vorformulierten Textbausteinen können diese Mustervorlagen von der unterzeichnenden Person mehr oder weniger stark individualisiert werden.⁴⁰¹ Wenn solche Vorlagen die gesetzlichen Gültigkeitsvoraussetzungen⁴⁰² erfüllen, gelten sie ebenso wie vollständig selbstentworfenen Verfügungen als grundsätzlich verbindliche⁴⁰³ Äusserung des Patientenwillens.⁴⁰⁴

³⁹⁷ AmtlBull SR 2007, 831 [Votum Wicki]; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 371 ZGB N 2.

³⁹⁸ SAMW, Patientenverfügungen, S. 6; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 371 ZGB N 2; MEIER, N 53.

³⁹⁹ FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 370 ZGB N 7.

⁴⁰⁰ BRUNNER, Interview; vgl. Anhang 6, DOCUPASS.

⁴⁰¹ FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 370 ZGB N 7.

⁴⁰² FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 371 ZGB N 1 ff.

⁴⁰³ zu Ausnahmen FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 372 ZGB N 9 ff.

⁴⁰⁴ FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 370 ZGB N 7.

b) Praxis und Lösungsmöglichkeiten

Im Grunde genommen ist eine Patientenverfügung immer gültig und verjährt nicht.⁴⁰⁵ Patientenverfügungen sind meist nicht älter als ca. 40 Jahre, da sie erst in den 70/80er Jahren aufkamen. Die Leute entwickelten in dieser Zeit Ängste gegenüber den neuen medizinischen Möglichkeiten und fürchteten sich davor, ihren Lebensabend an einer „Maschine“ verbringen zu müssen.⁴⁰⁶ In der Praxis ist es jedoch von grosser Bedeutung, dass Patientenverfügungen regelmässig erneuert werden. Schweizweit herrscht ein Konsens, dass eine Patientenverfügung höchstens zwei Jahre alt sein sollte. Gesetzlich wurde dies jedoch nicht festgehalten.⁴⁰⁷ Je älter die Verfügung ist, desto grösser ist das Risiko, dass sie nicht mehr dem aktuellen Willen des Verfügenden entspricht, respektive ein Gericht davon ausgehen würde, dass der aktuelle Wille nicht mehr dem einmal geäusserten Willen entspricht.⁴⁰⁸ Somit wird bei einer sehr alten Verfügung auch stärker auf die Aussagen der Angehörigen abgestützt und dem mutmasslichen Willen entsprechend gehandelt, notfalls auch gegen den in der Patientenverfügung verbrieften Willen.⁴⁰⁹ V.a. wenn eine Person mit Demenz nicht mehr ansprechbar ist, werden bei vorhandenen alten Patientenverfügungen die Angehörigen beigezogen. Der Arzt hat hierbei immer auch einen gewissen Behandlungsspielraum.⁴¹⁰ Wichtig ist dabei, darauf zu achten, dass die Lebensqualität eines Patienten nicht verschlechtert wird, indem man lebensverlängernde Massnahmen anordnet, die keinen Erfolg mehr bringen.⁴¹¹ Die Mehrheit der Ärzteschaft sprach sich eigentlich für eine gesetzlich geregelte Befristung der Patientenverfügungen aus, was aus medizinischer Sicht den Umgang mit solchen Verfügungen erleichtern und mehr Klarheit schaffen würde.⁴¹² Meines Erachtens scheint dies sehr verständlich, denn es stellt sich die Frage, wie ein Arzt etwas beurteilen können soll, was jemand viele Jahre zuvor festgehalten hat. Rechtlich hat sich jedoch keine derartige zeitliche Begrenzung durchgesetzt, weil eine Patientenverfügung als Willenserklärung verstanden wird, und für willentliche Verträge (Willensbindung) muss keine Neuerung vorgenommen werden.⁴¹³ Grundsätzlich ist es wichtig, dass man auf die Lebensumstände achtet, insofern spielt das Alter der Patientenverfügung eine untergeordnete Rolle. Wenn z.B. jemand im Alter eine neue Beziehung eingeht, ändert sich seine Lebenssituation und damit vielleicht auch sein Wille bezüglich medizinischer Fragen. Dieser

⁴⁰⁵ GÖSSI, Interview; RÄBER, Interview.

⁴⁰⁶ LEUENBERGER, Interview; GÖSSI, Interview.

⁴⁰⁷ BRUNNER, Interview; LEUENBERGER, Interview; KARAHODZIC, Interview; SCHMIEDER, Interview.

⁴⁰⁸ LEUENBERGER, Interview; GOOD, Interview.

⁴⁰⁹ GOOD, Interview.

⁴¹⁰ GÖSSI, Interview; RÄBER, Interview; BENZ-GARTENMANN, Interview; BOPP-KISTLER, Interview.

⁴¹¹ ROTEN, Interview.

⁴¹² RIPPE, Interview.

⁴¹³ RIPPE, Interview.

neue Wille wurde jedoch u.U. noch nicht in einer Patientenverfügung festgehalten.⁴¹⁴ Auch der Umstand, wie eine Patientenverfügung aufgefunden wird, scheint massgebend zu sein. Bei einer zerknitterten Patientenverfügung, die unter einem Stapel alter Papiere gefunden wird, ist eher davon auszugehen, dass sich der Wille seither wohl geändert hat.⁴¹⁵

Es ist immer fraglich, wie genau eine Patientenverfügung ausgeführt sein soll oder muss. Im Grunde genommen kann dies einzelfallabhängig besser zu beurteilen sein, z.B. wenn man bereits weiss, dass man an einer gewissen Krebs-Krankheit leidet, kann viel spezifischer mit dem Arzt besprochen und abgeschätzt werden, was man zu erwarten hat, und wie man damit umgehen möchte, bzw. was man in der Patientenverfügung regeln will.⁴¹⁶ Die Mehrheit aller Patientenverfügungen werden erstellt, wenn jemand bereits krank ist. Daher fallen die Verfügungen oft auch eher knapp aus, denn die betroffenen Leute sind froh, wenn sie sich kurz halten können. Dies genügt auch in der Praxis. Meist greift man auf die Hilfe der Angehörigen zurück, denn viele Fragen sind kaum so detailliert, einzelfallbezogen und vorausschauend regelbar, wie dies nötig wäre.⁴¹⁷ Wollte man für jeden erdenklichen Fall eine Lösung bereit halten, so würde dies zu einer sehr langen Verfügung führen und wäre praktisch unmöglich. Ausführliche Patientenverfügungen haben insofern einen grossen Nachteil, weil man niemals ganz genau weiss, welche Situation eintreten wird.⁴¹⁸ Wichtig ist, dass man seine Lebensphilosophie bzw. die wichtigsten Wertvorstellungen festhalten kann, wie dies z.B. beim DOCUPASS möglich ist.⁴¹⁹

Letztlich kann das Risiko, dass dem Patientenwillen nicht entsprochen wird, wohl nie ganz ausgeschlossen werden. Es wäre vorstellbar, dass sich eine Praxis wie bei der Auslegung von Testamenten entwickelt. Dabei wird mit Hilfe der gesamten Umstände versucht den tatsächlichen Willen zu eruieren.⁴²⁰

Fallbeispiel:

Es kann vorkommen, dass – obwohl eine Patientenverfügung besteht – nicht danach gehandelt wird. In einem Fallbeispiel hatte eine Frau, die im Pflegeheim lebte einen Schlaganfall. Zwei ihrer Kinder waren in den Ferien und ein Sohn war anwesend. In ihrer

⁴¹⁴ WETTSTEIN, Interview.

⁴¹⁵ GOOD, Interview.

⁴¹⁶ BRUNNER, Interview; BENZ-GARTENMANN, Interview.

⁴¹⁷ GÖSSI, Interview; ROTEN, Interview; BENZ-GARTENMANN, Interview.

⁴¹⁸ BOPP-KISTLER, Interview.

⁴¹⁹ Vgl. Anhang 6, Patientenverfügung, Werteerklärung S. 3/6; WETTSTEIN, Interview.

⁴²⁰ GOOD, Interview.

Patientenverfügung stand geschrieben, dass sie keine lebensverlängernden Massnahmen wünsche. Trotzdem wurde sie auf Wunsch und Drängen des Sohnes ins Spital eingeliefert. Als die anderen Geschwister ebenfalls im Spital eintrafen, war es sodann nötig, dass alle zur Bestätigung eine Unterschrift abgeben mussten, dass die lebensverlängernden Massnahmen abgebrochen werden dürfen.

Schlussfolgerung:

In diesem Fall wurde somit der Tod dieser Frau unnötig um einige Tage hinausgezögert, obwohl sie ihren Willen eigentlich geäussert hatte.⁴²¹

Wie zu Beginn des Praxisabschnittes dargelegt, ist es sehr wichtig, über Instrumente zu verfügen, die es erlauben, dass die Patientenverfügung regelmässig bestätigt wird. Es wäre denkbar, dass man der Verfügung z.B. eine Liste anfügt, damit die Patientenverfügung jährlich neu unterzeichnet werden kann. Vorstellbar wäre auch die Entwicklung einer Applikation für Smartphones, welche in gewissen Abständen daran erinnert, dass der Wille bestätigt werden müsste (auch wenn hier beachtet werden muss, dass wohl viele ältere Leute noch nicht in Besitz eines modernen Smartphone mit App-Funktion sind).⁴²² Es kann allerdings auch als unangenehm empfunden werden, sich jedes Jahr über diese Fragen Gedanken machen zu müssen. Für sehr viele Menschen stellt es bereits eine grosse Hemmschwelle dar, sich ein einziges Mal damit auseinander zu setzen.⁴²³ Nicht mehr Herr seiner Gedanken zu sein bzw. in Abhängigkeit von anderen Menschen zu geraten, ist mit unangenehmen Gefühlen verbunden, die gerne verdrängt werden. Andererseits kann es gemäss GOOD auch bei medizinischen Massnahmen durchwegs legitim sein, sich in die Hände der staatlichen Organe zu begeben und darauf zu vertrauen, dass diese die beste Lösung für die eigene Situation bereit halten.⁴²⁴ Auch meiner Auffassung nach kann eine Person nur in begrenztem Mass abschätzen, welchen medizinischen Massnahmen in einer spezifischen zukünftigen Situation sinnvollerweise zugestimmt werden soll oder nicht. Der Umstand, trotz ständig sich ändernder Sachlage, einem in der Patientenverfügung gefällten Entscheid zu unterliegen, kann zu ungewollten Problemen bzw. Fehlentscheiden führen. Ein gewisses Mass an Fremdbestimmung kann auch dem menschlichen Wohl dienen. Die Menschen treffen auch unüberlegte Entscheidungen, welche sich sehr unvorteilhaft auf sie auswirken können.

⁴²¹ KARAHODZIC, Interview.

⁴²² GOOD, Interview.

⁴²³ GOOD, Interview.

⁴²⁴ GOOD, Interview.

c) Fazit

Die Meinungen, ob eine Patientenverfügung befristet sein soll oder nicht, gehen auseinander. Die Gültigkeit kann jedoch auch einer alten, oberflächlichen oder unklaren Verfügung nicht abgesprochen werden. In solchen Fällen wird aber mehr Wert auf die Aussagen von Angehörigen gelegt. Es scheint verständlich, dass kaum jeder erdenkliche Einzelfall – der möglicherweise eintreten könnte – geregelt werden kann. Meiner Auffassung nach ist es grundsätzlich ratsam, dass eine bestimmte Person eingesetzt wird, anstatt zu versuchen, jede mögliche Situation in einer Patientenverfügung abzudecken. Auch Mechanismen zur regelmässigen Bestätigung der Verfügung (wie im Praxisteil dargelegt) wären denkbar, um dem Problem der veralteten Verfügungen Abhilfe zu verschaffen.

3. Fragestellung: „Begründete Zweifel“

Bestehen begründete Zweifel, ob die Verfügung auf freiem Willen beruht, muss der Patientenverfügung nicht entsprochen werden. Wann sind solche „begründete Zweifel“ gegeben?

a) Rechtslage und Theorie

Gem. Art. 372 Abs. 2 ZGB entspricht die Ärztin oder der Arzt der Patientenverfügung, ausser wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht. Wenn die Errichtung einer Patientenverfügung schon längere Zeit zurückliegt und die Verfasserin oder der Verfasser später eine andere Meinung geäussert hat als diejenige, die in der Verfügung festgehalten ist, können begründete Zweifel vorliegen.⁴²⁵ Weiter kann auch eine in der Verfügung vorgesehene Massnahme, welche vom behandelnden Arzt als unpassend angesehen wird, zu begründeten Zweifeln führen.⁴²⁶ Die Entdeckung neuer Behandlungsmöglichkeiten und signifikante medizinische Fortschritte in der Zeit zwischen Errichtung der Verfügung und Eintritt der Urteilsunfähigkeit können ebenfalls zu Bedenken Anlass geben.⁴²⁷ In Fällen, in denen sich die Zweifel als begründet erweisen, kann somit von der Patientenverfügung abgewichen werden.⁴²⁸

⁴²⁵ Botschaft ZGB, S. 7033; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 372 ZGB N 9.

⁴²⁶ BaslerKomm, WYSS SABINE, Art. 372 ZGB N 16 f.

⁴²⁷ Botschaft ZGB, S. 7033; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 372 ZGB N 9.

⁴²⁸ Botschaft ZGB, S. 7034.

b) Praxis und Lösungsmöglichkeiten

Wenn eine alte Patientenverfügung vorliegt, wird dieser nicht primär Bedeutung zugesprochen, vielmehr werden dann die Angehörigen beigezogen, um den mutmasslichen Willen des Patienten zu eruieren.⁴²⁹ Auch wenn keine Patientenverfügung vorhanden ist, wird grosser Wert auf die Angehörigen gelegt. Dabei ist es wichtig, dass mit dem Patienten und den vorhandenen nahestehenden Personen zusammen eine Lösung gefunden wird, sofern dies möglich ist.⁴³⁰ Die Situation, der zerstrittenen Angehörigen (v.a. auch wenn viel Geld involviert ist), gibt es auch, jedoch wird dann die KESB eingeschaltet zur weiteren Hilfe und Lösungsfindung.⁴³¹

Begründete Zweifel bestehen dann, wenn bekannt ist, dass der Patient z.B. von Angehörigen oder einer Organisation unter Druck gesetzt wurde, einen bestimmten Willen zu äussern und nicht mehr ausgeschlossen werden kann, dass der Patient eigentlich etwas anderes will.⁴³² Ebenfalls ist es möglich, dass die betroffene Person viele Jahre später eine gegenteilige Meinung äussert oder an ihrem einmal getätigten Willen zweifelt. Dass die Zweifel begründet sein müssen, deutet darauf hin, dass sie von einiger Intensität sein müssen.⁴³³ Eine flüchtige Nebenbemerkung des Patienten zu einem einmal geäusserten Willen wird dabei nicht ausreichen. Wo die Schwelle anzusetzen ist, wird von der Rechtsprechung in den nächsten Jahren noch zu klären sein.⁴³⁴

Wünsche und Wahlhandlungen von Demenzkranken werden im Alltag als Willensänderung wahrgenommen. Seit der Errichtung einer Patientenverfügung⁴³⁵ hat sich der Wille der entsprechenden Person vielleicht verändert. Bei der Anwendung kann dies sehr schwierig sein. Im Alltag wird dem Wunsch oftmals mehr Bedeutung zugesprochen, als der Patientenverfügung, die vor längerer Zeit geschrieben wurde. Wann jedoch wirklich eine Willensänderung vorliegt, ist sehr unklar. Diesbezüglich besteht noch Klärungsbedarf.⁴³⁶

In der Praxis werden sehr oft Patientenverfügungen durch einen Patienten widerrufen. Häufig wird bspw. geschrieben, dass keine lebensverlängernden Massnahmen gewünscht seien. Bei einer Lungenentzündung (Pneumonie), bei welcher eine Antibiotikabehandlung nötig ist, wird

⁴²⁹ Vgl. E. II. 2. Fragestellung; BRUNNER, Interview.

⁴³⁰ GÖSSI, Interview.

⁴³¹ BENZ-GARTENMANN, Interview; SCHMIEDER, Interview.

⁴³² SCHMIEDER, Interview; GOOD, Interview.

⁴³³ GOOD, Interview.

⁴³⁴ GOOD, Interview.

⁴³⁵ Als Odysseus-Vertrag: Selbstbindung.

⁴³⁶ RIPPE, Interview.

oft trotzdem eine Behandlung gewünscht, obwohl dies auch eine lebensverlängernde Massnahme darstellt.⁴³⁷

Die Ärzte begegnen der Situation der „begründeten Zweifel“ in der Praxis kaum, es wird deshalb eher als ein rechtliches Konstrukt angesehen.⁴³⁸ Auch für die Behörden treten derartige Fallkonstellationen sehr selten auf. Da diese Regelung erst seit Januar 2013 in Kraft ist, sind die Erfahrungen noch zu wenig ausgereift.⁴³⁹

Fallbeispiel 1:

Jemand äussert in der Patientenverfügung den Wunsch, dass eine Sterbehilfeorganisation (EXIT oder DIGNITAS)⁴⁴⁰ gerufen werden soll, sobald er selber nicht mehr urteilsfähig sein wird.

Schlussfolgerung:

Ein derartiger Wunsch, der in der Patientenverfügung niedergeschrieben wurde, kann nicht befolgt werden. Für die Sterbehilfe muss die Urteilsfähigkeit immer aktuell von einem bis zwei Ärzten festgestellt werden, damit jemand dieses Angebot beanspruchen darf.⁴⁴¹ In einem derartigen Fall würden also die begründeten Zweifel überwiegen, womit die Patientenverfügung nicht befolgt werden dürfte. Die genannte Vorgehensweise scheint auch sehr legitim zu sein, da es sich bei der Sterbehilfe um ein extrem heikles Themengebiet handelt.

Fallbeispiel 2:

Das Kind einer dementen Person sieht das Erbe dahinschwenden, da die Unterbringung im Pflegeheim sehr teuer ist. Auf Drängen des Kindes wird eine Patientenverfügung erstellt, in der keine lebensverlängernden Massnahmen gewünscht werden.

Schlussfolgerung:

Bemerkt der Arzt oder das Pflegepersonal böartige Absichten oder generell Einflüsse auf die betroffene Person, muss die Patientenverfügung nicht beachtet werden, weil begründete Zweifel bestehen, dass die Verfügung auf dem freien Willen des Betroffenen beruht. Dies muss jedoch festgehalten werden, und die Zweifel müssen vom behandelnden Arzt oder

⁴³⁷ SCHMIEDER, Interview.

⁴³⁸ GÖSSI, Interview.

⁴³⁹ LEUENBERGER, Interview.

⁴⁴⁰ Vgl. DIGNITAS, online abrufbar unter <<http://www.dignitas.ch>> (besucht am 20.08.2013) und EXIT, online abrufbar unter <<http://www.exit.ch>> (besucht am 20.08.2013).

⁴⁴¹ SCHMIEDER, Interview.

Pflegepersonal dokumentiert werden.⁴⁴² In der Praxis ist es sehr wichtig, dass die behandelnden Ärzte, das Pflegepersonal etc. aufmerksam beobachten und in derartigen Situationen handeln. Somit können Missstände vermieden werden und der tatsächliche Wille des Betroffenen wird nicht untergraben.

c) Fazit

Begründete Zweifel können sowohl bei alten Patientenverfügungen auftreten, als auch in weiteren Situationen wie oben dargelegt wurde. In der Praxis kommt wiederum dem Einzelfall grosse Bedeutung zu, wobei sich dieser rechtlich nicht bis ins Detail normieren lässt. In der hier vertretenen Auffassung ist es von grosser Wichtigkeit, dass in jeder Situation aufmerksam beobachtet und mit den Betroffenen sowie deren Umfeld sensibel umgegangen wird. Dadurch können Missstände frühzeitig erkannt werden. Aufgrund der Tatsache, dass das neue Gesetz erst seit Januar 2013 in Kraft ist, müssen jedoch noch Erfahrungen gesammelt werden.

III. Hinterlegungsort

1. Fragestellung

Der Hinterlegungsort für den Vorsorgeauftrag und die Patientenverfügung ist unterschiedlich. Auch eine allfällig erstellte letztwillige Verfügung muss nicht am selben Ort deponiert werden. Führen diese verschiedenen Hinterlegungsorte zu Unklarheiten und Problemen in der Praxis?

2. Rechtslage und Theorie

a) Letztwillige Verfügung

Gem. Art. 504 ZGB haben die Kantone dafür zu sorgen, dass die mit der Beurkundung betrauten Beamten die Verfügungen im Original oder in einer Abschrift entweder selbst aufbewahren oder einer Amtsstelle zur Aufbewahrung übergeben.⁴⁴³ Im Kt. Schwyz ist diese Amtsstelle bei den Gemeinden (Einwohnerkontrolle) angegliedert.⁴⁴⁴ Eine letztwillige Verfügung muss demnach nicht zwingend hinterlegt werden. Von grosser Bedeutung in einem solchen Fall ist jedoch, dass die Angehörigen oder eine vertraute Person Kenntnis davon haben, dass eine solche Verfügung errichtet wurde.

⁴⁴² WETTSTEIN, Interview; BOPP-KISTLER, Interview.

⁴⁴³ KUKO ZGB, GRÜNINGER HAROLD, Art. 504 ZGB N 1 f.

⁴⁴⁴ LEUENBERGER, Interview.

b) Vorsorgeauftrag

Gem. Art. 361 Abs. 3 ZGB trägt das Zivilstandsamt auf Antrag hin die Tatsache, dass eine Person einen Vorsorgeauftrag errichtet hat und den Hinterlegungsort in die zentrale Datenbank ein. Die nötigen Bestimmungen, namentlich über den Zugang der Daten erlässt der Bundesrat.⁴⁴⁵ Wie beim Testament gem. Art. 467 ff. ZGB⁴⁴⁶ liegt einer der Schwachpunkte des Vorsorgeauftrages darin, dass er nichts nützt, wenn ihn das persönliche Umfeld und die zuständigen Behörden im fraglichen Zeitpunkt nicht kennen.⁴⁴⁷ Die auftraggebende Person ist für das Treffen entsprechender Vorkehrungen grundsätzlich selber verantwortlich.⁴⁴⁸ Gem. Art. 361 Abs. 3 ZGB besteht allerdings die Möglichkeit, dem Zivilstandsamt – welches innerhalb des Informationssystems „Infostar“ ein Register der Vorsorgeaufträge führt – die Tatsache der Errichtung eines Vorsorgeauftrages und dessen Hinterlegungsort zu melden.⁴⁴⁹ Das Gesetz sieht jedoch keine staatliche Aufbewahrungsstelle für die Vorsorgeaufträge vor, wobei das Bundesrecht die Kantone auch nicht verpflichtet, eine solche zur Verfügung zu stellen.⁴⁵⁰ Die gleiche Stelle, welche Testamente aufbewahrt, sollte sinnvollerweise auch die Vorsorgeaufträge entgegennehmen. Die Dokumente sollten allerdings getrennt aufbewahrt werden, weil sie zwingend in unterschiedlichen Zeitpunkten wirksam werden.⁴⁵¹ Es gibt somit bis dato keine Aufbewahrungsstelle, sondern nur eine Stelle (Zivilstandsamt) bei der eine Meldung erfolgen kann, an welchem Ort der Vorsorgeauftrag hinterlegt wurde.⁴⁵²

c) Patientenverfügung

Gem. Art. 371 Abs. 2 kann wer eine Patientenverfügung errichtet hat, diese Tatsache und den Hinterlegungsort auf der Versichertenkarte (der Krankenkassen) eintragen lassen. Die nötigen Bestimmungen, namentlich über den Zugang zu den Daten erlässt der Bundesrat.⁴⁵³ Der Hinweis auf der Versichertenkarte ist absolut freiwillig und wird auf Wunsch der versicherten Person jederzeit gelöscht.⁴⁵⁴ Zugang zu den Daten haben die im Anhang der Verordnung über die Versichertenkarte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufgeführten Medizinalpersonen.⁴⁵⁵ Die Pflicht – welche von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt wahrgenommen werden muss – abzuklären, ob eine Patientenverfügung

⁴⁴⁵ Art. 361 Abs. 3 ZGB.

⁴⁴⁶ KUKO ZGB, GRÜNINGER HAROLD, Art. 467 ZGB N 1 ff.

⁴⁴⁷ FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Art. 361 ZGB N 20.

⁴⁴⁸ Botschaft ZGB, S. 7026; FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Art. 361 ZGB N 20.

⁴⁴⁹ FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Art. 361 ZGB N 20 f.

⁴⁵⁰ FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Art. 361 ZGB N 24.

⁴⁵¹ FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Art. 361 ZGB N 6, 24.

⁴⁵² LEUENBERGER, Interview.

⁴⁵³ Art. 6 Abs. 1 lit. i VVK.

⁴⁵⁴ Art. 9 Abs. 1 VVK; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 371 ZGB N 6.

⁴⁵⁵ Art. 7 Abs. 1 VVK; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 371 ZGB N 6.

besteht, beschränkt sich auf die Konsultation der Versichertenkarte, weshalb ein Hinweis auf der Versichertenkarte⁴⁵⁶ aus praktischen Gesichtspunkten sehr zu empfehlen ist.⁴⁵⁷

3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten

Diese drei oben erwähnten Dokumente werden somit faktisch an unterschiedlichen Orten aufbewahrt. Selbst wenn man den Hinterlegungsort angibt, kann sich dieser im Laufe der Zeit verändern. So kann z.B. eine bei sich zu Hause im Bücherregal X und im Ordner Y aufbewahrte Verfügung nicht mehr gefunden werden oder der entsprechende Ordner geht bei einem Wohnortwechsel verloren. Es bleibt lediglich die Angabe, dass einmal ein solches Dokument vorhanden war.⁴⁵⁸ Das Risiko, dass das entsprechende Dokument nicht gefunden wird, besteht immer, wobei eine öffentliche Hinterlegung eine gute Möglichkeit ist, dieses Risiko zu vermindern. Daher sollte man hier eine einheitliche Lösung finden, wo die unterschiedlichen Dokumente hinterlegt werden können. Bei der Patientenverfügung ist es sinnvoll, diese auf verschiedene Orte zu verteilen, da es von Wichtigkeit sein kann, dass unterschiedliche Leute über die Existenz einer derartigen Verfügung Bescheid wissen. Ein zentraler Hinterlegungsort könnte auch hier Klarheit verschaffen. Ob dies die Gemeinde, das Zivilstandsamt oder die KESB wäre, fällt dabei weniger ins Gewicht. Wichtig für den Bürger ist es, dass über einen spezifischen Hinterlegungsort Gewissheit herrscht.⁴⁵⁹ Im Moment besteht bei den Patientenverfügungen das Problem, dass die meisten Eintragungsberechtigten, z.B. Ärzte und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen – aufgrund der fehlenden technischen Voraussetzungen – nicht in der Lage sind, das Vorhandensein einer Verfügung einzutragen. Krankenkassen, die dazu in der Lage wären, sollten keine Eintragungen vornehmen. Somit ist es faktisch nahezu unmöglich, den Eintrag vornehmen zu lassen. Besteht doch ein Eintrag auf der Krankenkassenkarte, so fehlen im Notfall voraussichtlich die Möglichkeiten, damit die Versichertenkarte ausgelesen werden kann.⁴⁶⁰ Gemäss LEUENBERGER sollte diesbezüglich in absehbarer Zukunft unbedingt eine Lösung gefunden werden.

⁴⁵⁶ Art. 372 Abs. 1 ZGB; FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 372 ZGB N 3.

⁴⁵⁷ FamKomm Erwachsenenschutz, BÜCHLER/MICHEL, Art. 371 ZGB N 6.

⁴⁵⁸ LEUENBERGER, Interview; GOOD, Interview.

⁴⁵⁹ LEUENBERGER, Interview; GOOD, Interview.

⁴⁶⁰ LEUENBERGER, Interview; VVK, Anhang.

Durch die unterschiedlichen Hinterlegungsorte bestehen auch Manipulationsmöglichkeiten. Gewisse Dokumente können verloren gehen oder allenfalls besteht auch die Gefahr, dass Unterlagen „verloren gegangen werden“.⁴⁶¹

Als möglicher Lösungsvorschlag könnte man auch hier das Smartphone in Betracht ziehen, wobei über eine App angegeben werden kann, wo sich die verschiedenen Dokumente befinden. Dieses System kann dann auch für die Angehörigen zugänglich gemacht werden, was die Situation u.U. erleichtern würde. Auch hier muss wiederum beachtet werden, dass ältere Generationen im Umgang mit modernen Systemen übers Mobiltelefon eher weniger versiert sind.

4. Fazit

Als mangelhaft, kompliziert und sehr unübersichtlich wird die Tatsache wahrgenommen, dass die verschiedenen Dokumente an jeweils unterschiedlichen Orten hinterlegt werden bzw. teilweise nur die Hinterlegungsorte als Hinweis auf der Versichertenkarte oder Eintragung in die zentrale Datenbank angegeben werden können. Es besteht hier ein grosses Bedürfnis nach neuen und einheitlichen Lösungen. Meines Erachtens sollte es möglich sein, durch eine Vereinheitlichung des Hinterlegungsortes und allfälligen weiteren Hilfsmechanismen (wie z.B. einer App) in absehbarer Zeit eine homogene Regelung zu finden.

IV. Vertretung durch den Ehegatten, die eingetragene Partnerin oder den eingetragenen Partner

1. Fragestellung: Vertretung bei andauernder/vorübergehender Urteilsunfähigkeit

Greift die Vertretung gem. Art. 374 ff. ZGB bei andauernder Urteilsunfähigkeit (wie sie bei der Demenz eintreten kann) oder nur bei bloss vorübergehender Urteilsunfähigkeit (wie z.B. einem zeitlich beschränkten Koma-Zustand)?

⁴⁶¹ RÄBER, Interview.

a) Rechtslage und Theorie

Im Gesetz wurde das Ende der Vertretungsmacht nicht ausdrücklich geregelt.⁴⁶² Sie erlischt jedoch auf jeden Fall, sobald eine Voraussetzung für ihr Bestehen⁴⁶³ nicht mehr gegeben ist – so z.B. wenn der Ehegatte oder Partner bzw. Partnerin die Urteilsfähigkeit wiedererlangt.⁴⁶⁴ Falls ein Vorsorgeauftrag,⁴⁶⁵ den der Urteilsunfähige noch zur Zeit seiner Urteilsfähigkeit errichtet hat, vorhanden ist, geht dieser dem gesetzlichen Vertretungsrecht des Ehegatten oder des eingetragenen Partners in jedem Fall vor.⁴⁶⁶ Eine Beistandschaft geht der gesetzlichen Vertretung ebenfalls vor.⁴⁶⁷

Die Urteilsfähigkeit wird generell vermutet, d.h. sie beurteilt sich nach der konkreten Rechtshandlung im Zeitpunkt ihrer Vornahme (Relativität der Urteilsfähigkeit).⁴⁶⁸ Die Urteilsfähigkeit lässt sich im Zivilrecht jedoch nicht abstufen, eine Person ist entweder urteilsfähig oder urteilsunfähig bezüglich des fraglichen Geschäfts.⁴⁶⁹ Der Zustand der Urteilsunfähigkeit kann jedoch vorübergehend oder dauerhaft, vergänglich oder unvergänglich sein. Das Feststellen der Urteilsfähigkeit in der Praxis ist jedoch oft heikel, wobei den Berufspersonen des Gesundheitswesens als Hilfe bei der Feststellung der Urteilsfähigkeit ihrer Patienten standardisierte Tests zur Verfügung stehen.⁴⁷⁰

Aus diesen Ausführungen muss geschlossen werden, dass bei einer dauerhaften Urteilsunfähigkeit – wie dies bei der Demenz der Fall sein kann – zivilrechtlich die Vertretung durch den Ehegatten, die eingetragene Partnerin oder den eingetragenen Partner ebenso greift wie bei einer nur vorübergehenden Urteilsunfähigkeit.

b) Praxis und Lösungsmöglichkeiten

Bei einer festgestellten Demenz, welche als bleibender Zustand verstanden werden kann, muss die Vertretung greifen, da die demente Person klar Unterstützung braucht. Die naheliegendste Lösung ist in einem solchen Fall der Ehepartner oder der eingetragene Partner

⁴⁶² Art. 374–376 ZGB.

⁴⁶³ Vgl. oben unter B. II. 1.

⁴⁶⁴ FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA, Art. 374 ZGB N 55.

⁴⁶⁵ Art. 360 ff. ZGB.

⁴⁶⁶ Art. 374 Abs. 1 ZGB; BaslerKomm, REUSSER RUTH E., Art. 374 ZGB N 13.

⁴⁶⁷ Art. 374 Abs. 1 ZGB; BaslerKomm, REUSSER RUTH E., Art. 374 ZGB N 16.

⁴⁶⁸ Vgl. D. I. 2.; FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA/GUILLOD/VAERINI, Vorbem. zu Art. 374–387 ZGB N 5.

⁴⁶⁹ FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA/GUILLOD/VAERINI, Vorbem. zu Art. 374–387 ZGB N 6.

⁴⁷⁰ Vgl. C. II. sowie Anhang 1–4; FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA/GUILLOD/VAERINI, Vorbem. zu Art. 374–387 ZGB N 6.

bzw. die eingetragene Partnerin.⁴⁷¹ Das neue Erwachsenenschutzrecht sollte grundsätzlich auch so verstanden werden, dass die Angehörigen gestärkt werden und behördliche Massnahmen tendenziell erst dann zum Zuge kommen, wenn die Massnahmen von Gesetzes wegen nicht mehr genügen.⁴⁷² In diesem Sinne sollte es möglich sein, dass ein Ehegatte oder eingetragener Partner bzw. eingetragene Partnerin seinen – vorübergehend oder andauernd – urteilsunfähigen Partner, in den vom Gesetz umschriebenen Fällen vertreten kann.⁴⁷³ Alles andere führt zu einer unnötigen Arbeitsbelastung der KESB, ohne dass dadurch der Schutz der urteilsunfähigen Person wesentlich gesteigert werden könnte.⁴⁷⁴ Somit gilt die Vertretung, sobald die Urteilsunfähigkeit eintritt – egal ob anhaltend oder nur vorübergehend. Der Begriff der Urteilsfähigkeit ist eigentlich ein situativer Begriff, so betrachtet ist die Urteilsfähigkeit immer „vorübergehend“.⁴⁷⁵ Dadurch ist es wiederum sehr einzelfallabhängig, inwieweit die gesetzliche Vertretung angewandt werden soll.⁴⁷⁶

Dass Ehegatten und eingetragene Partner bzw. eingetragene Partnerinnen jedoch automatisch gesetzliche Vertreter sind, kann in einigen Fällen auch zu Konflikten und schwierigen Situationen führen. SCHMIEDER führt aus, dass es durchaus Fälle gibt, in denen seit Jahren eine schlechte Ehe geführt wird. Es wird stark kritisiert, dass in einer solchen Situation dann der Ehepartner ohne weiteres die gesetzliche Vertretung wahrnehmen kann.⁴⁷⁷

Manchmal kann der gesetzliche Vertreter aber auch überbelastet werden, z.B. wenn die vertretene Person immer stärker dement und damit schliesslich vollkommen urteilsunfähig wird. Geht es also um besondere und kritische Geschäfte, bei denen die gesetzliche Vertretung zu komplex wäre, so ist es empfehlenswert, behördliche Hilfe beizuziehen. Oft wird ein Arzt beigezogen, um eine Entscheidung diesbezüglich zu treffen.⁴⁷⁸

c) Fazit

Aus den obigen Ausführungen kann klar entnommen werden, dass die gesetzliche Vertretung sowohl bei vorübergehender als auch bei andauernder Urteilsunfähigkeit gilt. Es sollte meines Erachtens jedoch beachtet werden, dass es bei einer andauernden Urteilsunfähigkeit allenfalls

⁴⁷¹ GÖSSI, Interview.

⁴⁷² WETTSTEIN, Interview; GOOD, Interview; BRUNNER, Interview.

⁴⁷³ WETTSTEIN, Interview; GOOD, Interview; BRUNNER, Interview.

⁴⁷⁴ GOOD, Interview; BOPP-KISTLER, Interview.

⁴⁷⁵ Vgl. D. Urteils(un)fähigkeit; RIPPE, Interview.

⁴⁷⁶ RIPPE, Interview.

⁴⁷⁷ SCHMIEDER, Interview.

⁴⁷⁸ LEUENBERGER, Interview; RÄBER, Interview.

von Vorteil sein kann, wenn externe Hilfe beigezogen wird. So kann eine gesetzliche Vertretungsperson in ihrem Handeln unterstützt werden.

2. Fragestellung: Tod des urteilsfähigen Ehepartners

Muss im Fall, in dem eine Person mit Demenz nach dem Tod ihres Ehegatten oder eingetragenen Partners bzw. eingetragenen Partnerin alleine zurückbleibt, eine Meldung an die KESB erfolgen? Wie weit dürfen Angehörige ohne gesetzliche Ermächtigung überhaupt handeln? Was gibt es für vorsorgliche Regelungsmöglichkeiten für Personen, die kurz vor der Urteilsunfähigkeit stehen, sowie deren (noch urteilsfähigen) Ehegatten oder eingetragene Partner bzw. Partnerin?

a) Rechtslage und Theorie

Voraussetzung der gesetzlichen Vertretung gem. Art. 374–376 ZGB ist eine bestehende Ehe oder eingetragene Partnerschaft. Dabei können Vertretungsrechte wahrgenommen werden, welche sich nicht auf medizinische Massnahmen beziehen. Durch den Tod des noch urteilsfähigen Ehepartners oder des eingetragenen Partner bzw. der eingetragenen Partnerin fällt die gesetzliche Vertretung weg und die demente Person bleibt so ohne die gesetzliche Vertretungsperson zurück. Diese Situation soll nun die Ausgangslage für die folgenden Ausführungen darstellen.

aa) Regelungsmöglichkeiten für die „vorverstorbene Person“

Es werden vorerst die verschiedenen Regelungsmöglichkeiten aufgezeigt, die dem urteilsfähigen Ehegatten oder dem eingetragenen Partner bzw. der eingetragenen Partnerin noch vor dessen Ableben zur Vorsorge zur Verfügung stehen.

(1) Letztwillige Verfügung

Durch eine letztwillige Verfügung gem. Art. 481 ff. ZGB⁴⁷⁹ i.V.m. 498 ff. ZGB⁴⁸⁰ können gewisse Regelungen getroffen werden. Jedoch muss an dieser Stelle klar erwähnt werden, dass erbrechtliche und erwachsenenschutzrechtliche Instrumente nicht vermischt werden dürfen. Mit einer letztwilligen Verfügung kann nicht über die zukünftige Vertretung einer durch den Erblasser betreuten bzw. durch ihn vertretenen Person verfügt werden. In diesem Zusammenhang spielen letztwillige Verfügungen also keine Rolle.⁴⁸¹ Mit einer letztwilligen

⁴⁷⁹ KUKO ZGB, GRÜNINGER HAROLD, Art. 481 ZGB N 1 ff.

⁴⁸⁰ KUKO ZGB, GRÜNINGER HAROLD, Art. 498 ZGB N 1 ff.

⁴⁸¹ GOOD, Interview.

Verfügung kann der urteilsfähige Ehegatte aber allenfalls bestimmen, was mit seinem Vermögen passieren soll.⁴⁸²

(2) Bestimmung eines Willensvollstreckers

Ein Willensvollstrecker gem. Art. 517/518 ZGB⁴⁸³ kann vorgängig zur Sicherstellung, dass der Wille des Erblassers auch tatsächlich vollzogen wird, bestimmt werden. Auch hier gilt dasselbe wie bei den letztwilligen Verfügungen. Der Erblasser kann nicht über die künftige Vertretung einer durch ihn vertretenen Person verfügen. Lediglich finanzielle Regelungen können getroffen werden, welche vom Willensvollstrecker im Todesfall ausgeführt werden sollen. Willensvollstrecker werden oftmals als grosse Entlastung in der Nachlassregelung wahrgenommen, da eine derartige Fachperson den Überblick über die entsprechenden Geschäfte hat.⁴⁸⁴ Die Geschäfte der Hinterbliebenen bzw. dementen Person kann der Willensvollstrecker hingegen nicht regeln. Somit kann der Vorverstorbenen nicht über seinen Tod hinaus bestimmen, wer für seinen Ehepartner oder eingetragenen Partner bzw. eingetragene Partnerin zu sorgen hat.⁴⁸⁵

(3) Weitere Möglichkeiten

Aufträge und Vollmachten können mit einer Weitergeltungsklausel (über den Tod hinweg) versehen werden.⁴⁸⁶ Dabei können Vorsorgevollmachten verfasst werden, welche auf jemand anderen als den dementen Ehepartner oder eingetragenen Partner bzw. eingetragene Partnerin übergehen sollen.⁴⁸⁷ Bereits unter dem alten Recht wurde diesem Anliegen in der Praxis Rechnung getragen, indem mit Patientenverfügungen und Vollmachten über den Eintritt der Urteilsunfähigkeit hinaus Regelungen getroffen werden konnten.⁴⁸⁸ Als umstritten galt jedoch die Wirksamkeit dieser Institute, denn die Gültigkeit von Vollmachten über den Zeitpunkt der Urteilsunfähigkeit hinaus wurde von einem Teil der Lehre abgelehnt.⁴⁸⁹ Das Bundesgericht sprach sich jedoch dafür aus, dass der Verlust der Handlungsfähigkeit nicht immer das Erlöschen von Vollmachten zur Folge haben muss.⁴⁹⁰ Vollmachten sind bereits vor Eintritt

⁴⁸² GOOD, Interview.

⁴⁸³ KUKO ZGB, GRÜNINGER HAROLD, Art. 517 ZGB N 1; KUKO ZGB, GRÜNINGER HAROLD, Art. 518 ZGB N 1 ff.

⁴⁸⁴ BRUNNER, Interview.

⁴⁸⁵ LEUENBERGER, Interview.

⁴⁸⁶ GOOD, Interview.

⁴⁸⁷ BOPP-KISTLER, Interview.

⁴⁸⁸ FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Vorbem. zu Art. 360–369 ZGB N 2.

⁴⁸⁹ BernerKomm, ZÄCH, Art. 35 OR N 16; BernerKomm, BUCHER, Art. 19 ZGB N 334; FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Vorbem. zu Art. 360–369 ZGB N 2.

⁴⁹⁰ FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Vorbem. zu Art. 360–369 ZGB N 2; BGer, 23.5.2005, 4C.263/2004; BGE 132 III 222.

der Urteilsunfähigkeit wirksam.⁴⁹¹ Die bevollmächtigte Person übt die entsprechenden Rechte jedoch noch nicht aus, solange die bevollmächtigende Person nicht urteilsunfähig ist.⁴⁹² Es bestand daher das Bedürfnis, ein spezifisches Institut zu schaffen, das nicht Vollmachten und Aufträge über den Zeitpunkt der Urteilsunfähigkeit hinaus erteilt, sondern sie erst auf diesen Zeitpunkt wirksam werden lässt. Mit den Instrumenten des neuen Erwachsenenschutzrechts konnte dies umgesetzt werden.⁴⁹³

Wurden jedoch keine Massnahmen des revidierten Erwachsenenschutzrechts getroffen, und ein Erbe geht auf eine demente Person über, so können durchaus mit vorhandenen Vollmachten Handlungen vorgenommen werden. Es liegt dabei in der Pflicht des Notars, von Amtspersonen oder z.B. Banker, sicherzustellen, dass die Urteilsfähigkeit (zumindest bezogen auf die entsprechenden Geschäfte) gegeben ist. Ansonsten ist eine behördliche Stelle zu informieren und allenfalls sind Angehörige zu benennen, die als Beistand handeln könnten.⁴⁹⁴

bb) Regelungsmöglichkeiten für die „zurückbleibende Person“

Auch die urteilsunfähig gewordene Person kann vorsorgen, indem sie in noch urteilsfähigem Zustand Regelungen trifft. So bestehen folgende Möglichkeiten.

(1) Instrumente der eigenen Vorsorge

Allen urteilsfähigen Personen stehen die Instrumente der eigenen Vorsorge gem. Art. 360–373 ZGB (Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung) zur Verfügung.⁴⁹⁵ Wichtig ist, dass diese jedoch noch vor Eintritt der Urteilsunfähigkeit zu errichten sind.

(2) Erteilung von Vollmachten

Als letzte Möglichkeit kann eine Person im Zustand der Urteilsfähigkeit Vollmachten gem. Art. 35 Abs. 1 OR erteilen, welche auch ihre Wirkung über den Eintritt der Urteilsunfähigkeit hinaus entfalten können (sofern dies so vereinbart wurde).⁴⁹⁶ Liegt eine rechtsgültige Vollmacht vor, können sehr oft gesetzliche Massnahmen, welche eine Einmischung des Staates in die persönlichen Verhältnisse darstellen und z.T. mit Umtrieben und auch Kosten verbunden sind, vermieden werden. Mit „alten Vollmachten“ kann sich z.B. das erwachsene

⁴⁹¹ Art. 35 Abs. 1 OR; vgl. auch Art. 405 OR.

⁴⁹² FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Vorbem. zu Art. 360–369 ZGB N 2.

⁴⁹³ Botschaft ZGB, S. 7012; FamKomm Erwachsenenschutz, GEISER, Vorbem. zu Art. 360–369 ZGB N 2.

⁴⁹⁴ LEUENBERGER, Interview.

⁴⁹⁵ Vgl. B. Überblick über das neue Erwachsenenschutzrecht.

⁴⁹⁶ Strittig, jedoch vgl. BGE 132 III 222, wobei der Verlust der Handlungsfähigkeit des Vollmachtgebers nicht das Erlöschen der Vollmacht zur Folge hat, vorausgesetzt es wurde eine Vereinbarung ihres Weiterbestehens auch nach eingetretener Handlungsunfähigkeit abgeschlossen.

Kind einer dementen Person durchaus für Bankgeschäfte o.ä. genügend legitimieren.⁴⁹⁷ Wird dies z.B. von der Bank nicht mehr akzeptiert, gelangen die Angehörigen oft an die KESB, wobei danach auch eine nahestehende Person als Beistand eingesetzt werden kann.⁴⁹⁸ Viele Leute geben die Vollmachten vorsorglich bereits an die Kinder oder andere Angehörige weiter, damit diese für sie handeln können, wenn es denn nötig wird.⁴⁹⁹

b) Praxis und Lösungsmöglichkeiten

Ohne vorherige Regelung durch die urteilsunfähig gewordene Person oder den bereits verstorbenen Ehepartner oder eingetragenen Partner bzw. eingetragene Partnerin kommt es üblicherweise zu folgender Kaskade der Regelung in der Praxis:

1. Angehörigenunterstützung
2. Einschaltung der KESB
3. Behördliche Massnahmen, wie die Errichtung einer Beistandschaft

Falls der verbleibende vertretene Ehegatte über keine eigene Vorsorge verfügt, kommen nachdem die KESB davon Kenntnis erhält, behördliche Massnahmen zum Tragen. Es sei denn, es handle sich um medizinische Massnahmen (gem. Art. 377–381 ZGB), bei welchen auch Nachkommen, Eltern und Geschwister gemäss der Kaskade ein Vertretungsrecht haben.⁵⁰⁰ Diese Kaskadenordnung, die jedoch bloss bei medizinischen Massnahmen zur Anwendung gelangt, könnte auch vorgehend durch eine Patientenverfügung abgeändert werden. Es gibt weiter die Möglichkeit, Ersatzverfügungen zu erlassen und so zu bestimmen, wer an die Stelle des verstorbenen Vertreters tritt.⁵⁰¹

Das neue Erwachsenenschutzrecht ist so aufgebaut, dass nur subsidiär behördliche Massnahmen (wie z.B. die Errichtung einer Beistandschaft)⁵⁰² zum Tragen kommen. Wenn also durch eine medizinische Abklärung, die z.B. in einer Memory-Klinik durchgeführt wurde, eine klare Demenz-Diagnose gestellt wurde und die Angehörigen in der Lage sind selbst zu handeln, wird üblicherweise nicht behördlich eingegriffen.⁵⁰³ Bei harmonischen Familienverhältnissen muss somit kein Beistand ernannt werden, allerdings wäre es u.U. empfehlenswert, wenn es um schwierige Geschäfte geht. Bei Hausverkäufen bspw. muss die

⁴⁹⁷ LEUENBERGER, Interview.

⁴⁹⁸ LEUENBERGER, Interview.

⁴⁹⁹ ROTEN, Interview.

⁵⁰⁰ GOOD, Interview.

⁵⁰¹ GOOD, Interview.

⁵⁰² Art. 390 ff. ZGB; WETTSTEIN, Interview.

⁵⁰³ BOPP-KISTLER, Interview.

Behörde eingeschaltet werden.⁵⁰⁴ Allenfalls wäre es auch wünschenswert, dass bereits durch die Angehörigen die KESB, die Bank u.ä. informiert würden, sofern dies nötig ist oder es zu Schwierigkeiten kommen könnte.⁵⁰⁵

Der KESB können bei einer notwendigen Errichtung einer Beistandschaft auch Vorschläge unterbreitet werden. Es liegt jedoch in deren Ermessen, ob auf den Vorschlag eingegangen wird. Massstab ist das Wohl und der Schutz der hilfsbedürftigen Person (Art. 388 Abs. 1 ZGB). Gem. Art. 389 Abs. 1 Ziff. 1 ZGB hat die Unterstützung der hilfsbedürftigen Person durch die Familie oder einer anderen nahestehenden Personen Vorrang.⁵⁰⁶ Ergebnis einer umfassenden Verhältnismässigkeitsprüfung ist deshalb oftmals, dass eine nahestehende Person vor einer externen Person zu bevorzugen ist.⁵⁰⁷ Es sei denn es sprechen klare Gründe dagegen, dies z.B. wenn die Interessen der hilfsbedürftigen Person durch die nahestehende Person gefährdet werden könnten.⁵⁰⁸ Wurde ein Beistand ernannt, kann es auch zu Situationen kommen, in welchen der Beistand (als nicht nahestehende Person) Entscheidungen trifft, welche von den Angehörigen nicht akzeptiert werden und anders entschieden worden wären.⁵⁰⁹ Manchmal kann es aber auch im Eigeninteresse von Angehörigen sein, dass ein Beistand ernannt wird. So ist man gegenüber den anderen Angehörigen und der KESB abgesichert – gerade in schwierigen Familienverhältnissen kann dies von Vorteil sein.⁵¹⁰

Die Frage, wie die Behörden von einer urteilsunfähigen Person Kenntnis erlangen, ist nicht neu. Vielfach ist es so, dass die betreffende Personen bereits durch Sozial- und Gesundheitsdienste betreut wurden. Es kann auch vorkommen, dass die Angehörigen die Behörden darauf aufmerksam machen. Der Hinweis, dass jemand urteilsunfähig geworden ist, gelangt nur an die Behörde, wenn jemand diese darüber informiert (Gefährdungsmeldung). Oftmals erfolgt dies auch durch den Arzt – dieser hat jedoch bloss ein Melderecht, jedoch keine Meldepflicht.⁵¹¹ Dieses Melderecht an die KESB wird gerade auch von psychiatrischen Kliniken rege genutzt.⁵¹² Wie bisher wird es aber auch Fälle geben, in denen die Behörden nur durch Zufall von einer urteilsunfähigen Person erfahren. Dies trifft v.a. auf Personen zu, die bereits seit längerem sehr zurückgezogen und ohne Kontakt zur Aussenwelt leben und

⁵⁰⁴ WETTSTEIN, Interview.

⁵⁰⁵ FORSTMEIER, Interview.

⁵⁰⁶ SCHMIEDER, Interview; GOOD, Interview.

⁵⁰⁷ ROTEN, Interview.

⁵⁰⁸ GOOD, Interview.

⁵⁰⁹ RÄBER, Interview.

⁵¹⁰ RÄBER, Interview.

⁵¹¹ RÄBER, Interview.

⁵¹² BENZ-GARTENMANN, Interview.

über keine Angehörigen mehr verfügen bzw. zumindest nicht über solche, die sich für ihr Wohlbefinden interessieren.⁵¹³ Wenn keine Angehörigen vorhanden sind, so informiert man bei Kenntnisnahme als Pfleger oder Arzt die KESB.⁵¹⁴ Auch wenn in Pflegeinstitutionen Unstimmigkeiten bei der familiären Vertretung festgestellt werden, wird die KESB informiert.⁵¹⁵

Im Gesetz ist in Art. 443 Abs. 2 ZGB grundsätzlich eine Meldepflicht für Personen in amtlichen Tätigkeiten vorgesehen. Art. 397a OR sieht zudem vor, dass der Beauftragte die KESB am Wohnsitz des Auftraggebers benachrichtigen muss, wenn der Auftraggeber voraussichtlich dauernd urteilsunfähig wird und eine solche Meldung zur Interessenwahrung angezeigt erscheint.⁵¹⁶ Dies könnte in gewissen Konstellationen auch für die beauftragten Angehörigen, zur Anwendung gelangen.⁵¹⁷ Bei Banken wäre eine Meldepflicht ebenfalls denkbar.⁵¹⁸ Es kann u.U. wichtig sein, dass bei Bankengeschäften aufmerksam beobachtet wird, und allenfalls eine Meldepflicht eingeführt würde.⁵¹⁹ Die Stigmatisierungsgefahr wäre allerdings goss.⁵²⁰

Gemäss GOOD und BRUNNER werden weitergehende Meldepflichten als nicht notwendig erachtet, denn staatliche Eingriffe in die Privatautonomie sollten auf ein Minimum beschränkt bleiben. Zudem wird die Problematik in der Praxis auf ein paar wenige Fälle beschränkt bleiben. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht Gebrauch machen und die Angehörigen nicht von einer Meldung an die Behörde überzeugen wollen oder können.⁵²¹ Auch gibt es Fälle von Angehörigen, die ein Familienmitglied pflegen und dieses nicht an die Behörden „ausliefern“ wollen. Natürlich kann es auch Extremfälle geben, in denen Urteilsunfähige entgegen ihrem Interesse behandelt werden und eine staatliche Intervention Abhilfe schaffen könnte.⁵²² Dem ist aber auch mit einer weitergehenden Meldepflicht nur beschränkt beizukommen. Die Meldepflichtverletzung durch die Angehörigen müsste mit einer Sanktion verbunden werden und es ist fraglich, ob

⁵¹³ GOOD, Interview.

⁵¹⁴ KARAHODZIC, Interview; BENZ-GARTENMANN, Interview.

⁵¹⁵ SCHMIEDER, Interview.

⁵¹⁶ WOLF, S. 53.

⁵¹⁷ GOOD, Interview.

⁵¹⁸ RIPPE, Interview.

⁵¹⁹ WETTSTEIN, Interview.

⁵²⁰ RIPPE, Interview.

⁵²¹ GOOD, Interview.

⁵²² GOOD, Interview.

eine solche dazu führen würde, dass mehr Angehörige ihr urteilsunfähiges Familienmitglied den Behörden melden würden.⁵²³

Der bedenkliche Umstand, wie die Angehörigen bei Fragen handeln dürfen, die nicht mit medizinischen Massnahmen (gemäss Kaskadenordnung von Art. 378 ff. ZGB) im Zusammenhang stehen, muss in der Praxis noch geklärt werden. Das Gesetz ist diesbezüglich klar: Die Vertretung in Angelegenheiten, welche nicht medizinische Massnahmen betreffen, ist primär jenen Personen vorbehalten, die durch Vorsorgeauftrag gem. Art. 360 ff. ZGB hierzu bestimmt worden sind. Sekundär sind auch die Ehegatten/eingetragenen Partner gem. Art. 374 ff. ZGB dazu befugt, allerdings nur für Rechtshandlungen, welche zur Deckung des Unterhalts notwendig sind sowie zur ordentlichen Einkommen/Vermögensverwaltung und die Befugnis, die Post zu öffnen (Art. 374 Abs. 2 Ziff. 1. bis 3. ZGB).⁵²⁴ Für ausserordentliche Handlungen ist die Zustimmung der KESB erforderlich. Dadurch werden die zu erfüllenden Aufgaben vergeben und entschieden, wer ermächtigt ist, entsprechende Handlungen vorzunehmen.⁵²⁵ Praktisch handeln wohl viele Angehörige intuitiv und ohne formelle Ermächtigung für eine urteilsunfähige Person. Wenn Angehörige aber in solchen Situationen ohne Befugnis handeln, kann dies u.U. zu zivilrechtlichen Haftungsfragen führen.⁵²⁶

c) Fazit

Die Meldung an eine KESB erfolgt im Normalfall erst wenn irgendwelche Probleme auftreten. Solange niemand auf irgendeine Art interveniert und die Angehörigen für die Person mit Demenz handeln, wird es zu keinen Konflikten kommen. Es ist meines Erachtens sehr zu empfehlen, auf die Instrumente der eigenen Vorsorge des neuen Erwachsenenschutzrechts zurückzugreifen und diese auch tatsächlich zu nutzen. Solange man dazu in der Lage ist – und die Urteilsfähigkeit noch nicht verloren hat – kann man durch einen Vorsorgeauftrag präzise Regelungen treffen und sich und v.a. seinen Angehörigen viele Anstrengungen ersparen. Auch einer allfällig unangenehm empfundenen Einmischung durch die Behörde kann somit vorgebeugt werden. Wie bereits erwähnt, sollten die Möglichkeiten der eigenen Vorsorge und darunter v.a. der Vorsorgeauftrag noch stärker publik gemacht werden.

⁵²³ GOOD, Interview.

⁵²⁴ GOOD, Interview.

⁵²⁵ BRUNNER, Interview.

⁵²⁶ GOOD, Interview.

V. Vertretung bei medizinischen Massnahmen

1. Fragestellung

Bei medizinischen Massnahmen wird eine spezielle Kaskade befolgt. Wie wird gehandelt, wenn Angehörige bspw. aufgrund von Ferienabwesenheiten nicht erreichbar sind? Führt die Kaskadenordnung, wie sie gesetzlich erfasst wurde, nicht zu Problemen in der Praxis? Speziell Art. 378 Abs. 1 Ziff. 4 wird in diesem Zusammenhang kritisch beleuchtet.

2. Rechtslage und Theorie

Die medizinischen Massnahmen richten sich nach Art. 377–381 ZGB. Gem. Art. 378 Abs. 1 ZGB sind die folgenden Personen der Reihe nach berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten und den vorgesehenen ambulanten oder stationären Massnahmen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern:⁵²⁷

- „Ziff. 1. Die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person;
- Ziff. 2. Der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen;
- Ziff. 3. Wer als Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
- Ziff. 4. Die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
- Ziff. 5. Die Nachkommen, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
- Ziff. 6. Die Eltern, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
- Ziff. 7. die Geschwister, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten.“⁵²⁸

Bereits während den Vorarbeiten zur Gesetzesrevision gab diese Bestimmung insgesamt und namentlich das Vertretungsrecht für nahestehende Verwandte, Anlass zu heftigen Kontroversen.⁵²⁹ Für die Befürworter wird durch diese Bestimmung der Familie eine

⁵²⁷ Zur Veranschaulichung der Kaskadenordnung.

⁵²⁸ RIPPE, Interview; WETTSTEIN, Interview; Früher gab es diese Kaskade nur als informelle Urteile des BGer, heute sehr modern gelöst mit dieser Auflistung.

⁵²⁹ FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 378 ZGB N 4.

natürliche Rolle gegenseitiger Hilfe und Unterstützung zurückgegeben und dem Wunsch vieler Menschen entsprochen. Im Fall einer eintretenden Urteilsunfähigkeit sollen jene Personen in ihrem Namen entscheiden, die sich am meisten um sie gekümmert haben.⁵³⁰ Die Gegner, namentlich breite Kreise der Ärzteschaft,⁵³¹ führten an, dass durch die emotionale Betroffenheit, starke Belastung und oftmals auch aufgrund von Interessenkollisionen nahestehende Personen nicht geeignet sind, über Behandlungen am Lebensende zu entscheiden.⁵³²

Angehörige, die sich z.B. im Ausland befinden, nicht erreichbar sind und das wichtige Kriterium der regelmässigen und persönlichen Beistandsleistung nicht erfüllen, wären damit nicht in die Entscheidung über medizinische Massnahmen einzubeziehen.

Gem. Art. 378 Abs. 1 Ziff. 4 ZGB ist unter einer „Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet“ ein Konkubinats- oder Lebenspartner einer Lebensgemeinschaft oder einer damit vergleichbaren Verbindung zu verstehen, die hetero- oder homosexuell sein kann.⁵³³ Das Gesetz verlangt eine tatsächliche Verantwortungsgemeinschaft, die sich sowohl in einer Hausgemeinschaft als auch in regelmässig und persönlich geleistetem Beistand äussert, da die Beziehung nicht in der Form einer Ehe oder eingetragenen Partnerschaft gefestigt ist.⁵³⁴ Die Kumulation der beiden Voraussetzungen soll die Verantwortungsgemeinschaft von einer gewöhnlichen Wohngemeinschaft abgrenzen.⁵³⁵ Die Frage, wann eine sog. Lebensgemeinschaft gegeben ist, sollte nicht zu stark ausgeweitet werden, denn diese Person geniesst in der gesetzlichen Reihenfolge gar den Vorrang vor Kindern oder Eltern, die ebenfalls regelmässig und persönlich Beistand leisten.⁵³⁶ Spezifische Konstellationen in der Praxis können damit schwierig zu qualifizieren sein und verlangen vom Arzt Feingefühl und Scharfsicht.⁵³⁷

⁵³⁰ FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 378 ZGB N 4.

⁵³¹ SCHMID, Art. 377 ZGB, N 2 f.

⁵³² FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 378 ZGB N 4.

⁵³³ Erwachsenenschutz Komm, GASSMANN, Art. 377/378 ZGB N 16; FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 378 ZGB N 18.

⁵³⁴ Botschaft ZGB, S. 7037; FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 378 ZGB N 18.

⁵³⁵ FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 378 ZGB N 18.

⁵³⁶ Erwachsenenschutz Komm, GASSMANN, Art. 377/378 ZGB N 16; FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 378 ZGB N 19.

⁵³⁷ FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 378 ZGB N 19.

3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten

In dringenden Fällen entscheidet der Arzt über unaufschiebbare medizinische Massnahmen. Bei allen nicht dringenden Fällen kann es dazu führen, dass längere Abklärungen notwendig werden.⁵³⁸ In Ausnahmefällen können sich unangenehme Situationen ergeben, so z.B., wenn neben der Ehefrau noch eine weitere Frau Anspruch erhebt, die urteilsunfähige Person zu vertreten oder wenn uneheliche Kinder am Krankenbett auftauchen. GOOD führt aus, dass in der Praxis derartige Fälle wohl auf wenige Ausnahmefälle beschränkt bleiben und die Abklärungen im überwiegenden Teil der Fälle relativ reibungslos abgewickelt werden können.⁵³⁹

Der Problematik von Angehörigen, welche sich im Ausland aufhalten, kann heute durch Kontaktmöglichkeiten via Internet Abhilfe verschafft werden.⁵⁴⁰ Für unaufschiebbare lebenserhaltende Massnahmen werden solche Angehörigen in der Praxis jedoch eher nicht beigezogen.⁵⁴¹ Oftmals sind es diese Angehörigen, die z.B. weit weg leben, welche lebensverlängernde Massnahmen noch wünschen. Gesetzlich müsste jedoch der tatsächlich geleistete regelmässige und persönliche Beistand beachtet werden.⁵⁴² Man will explizit diejenige Person berücksichtigen, die den Willen der betreffenden Person am besten kennt.⁵⁴³ Primär geht es immer darum, die Lebensqualität zu verbessern und entsprechende Massnahmen anzuwenden (auch Palliativmedizin).⁵⁴⁴ Ansonsten herrscht (zumindest in Zürich) der Konsens, dass lebensverlängernde Massnahmen eher nicht angewandt werden (z.B. Reanimation).⁵⁴⁵

Wenn keine Angehörigen auffindbar sind, versucht man als Arzt medizinisch korrekt zu handeln und zu einer sinnvollen Lösung zu kommen. Dabei ist auf den mutmasslichen Willen des Patienten zu achten.⁵⁴⁶ Sind Angehörige vorhanden, ist primär wichtig, dass sie sich einig werden. Grundsätzlich geht man davon aus, dass mehrere entscheidungsberechtigte Personen

⁵³⁸ GOOD, Interview.

⁵³⁹ GOOD, Interview.

⁵⁴⁰ SCHMIEDER, Interview.

⁵⁴¹ FORSTMEIER, Interview; GOOD, Interview.

⁵⁴² ROTEN, Interview.

⁵⁴³ RIPPE, Interview.

⁵⁴⁴ *Palliativmedizin*: Aktive und ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer voranschreitenden, weitfortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. Deutscher Ethikrat, S. 1 ff.

⁵⁴⁵ Vgl. oben unter E. II. 1. b) Exkurs; WETTSTEIN, Interview.

⁵⁴⁶ GÖSSI, Interview; BENZ-GARTENMANN, Interview.

miteinander kommunizieren, um einen gemeinsamen Entscheid zu fällen.⁵⁴⁷ Zur Entlastung von Pflegeinstitutionen wird jeweils ein Ansprechpartner unter den Angehörigen benannt, welcher sodann für die Weiterleitung der Informationen an allfällige weitere Angehörigen zuständig ist.⁵⁴⁸

Gemäss BURCHARDT ist die Anzahl und die Reihenfolge der vertretungsberechtigten Personen bei der medizinischen Vertretung unübersichtlich. Die Frage, ob die Aufzählung von sieben Personengruppen praktikabel ist, wird sich noch zeigen.⁵⁴⁹ Es empfiehlt sich jedoch eher eine Beschränkung des vertretungsberechtigten Personenkreises. Weiter lehnt BURCHARDT eine gegenseitige Vertretungsbefugnis unter Geschwistern ab. In die rechtsdogmatische Grundlage der Angehörigenvertretung – wobei eine Beistandspflicht zwischen Familienmitgliedern besteht – sind die Geschwister nicht einzubeziehen, da eben keine Beistandspflicht zwischen ihnen besteht.⁵⁵⁰ Auch ist eine Vertretungsberechtigung im Verhältnis von Konkubinatspartner und sonstigen Personen, die zusammen wohnen, abzulehnen.⁵⁵¹ Die Frage nach dem Schutz vor Missbrauch bleibt offen, denn es fehlt eine Regelung, ob und inwieweit die betroffene Person Widerspruch gegen die Vertretung erheben kann.⁵⁵² Nicht überzeugend ist, dass die Vertretung auf sämtliche Behandlungen erstreckt werden kann, denn dies birgt eine erhebliche Gefahr von Überforderung und Missbrauch. Letztlich sollten nach BURCHARDT lebensgefährliche Behandlungen unter eine gerichtliche oder vergleichbare Aufsicht gestellt werden, denn die Kompetenzen der KESB scheinen hier nicht ausreichend zu sein, da von den Behörden keine (Eil-) Entscheidungen in Notfallsituationen getroffen werden können.⁵⁵³

Diesen Ausführungen kann meines Erachtens nur zugestimmt werden. Ob sich die neuen Regelungen in der Praxis bewähren werden, wird sich durch mehr Erfahrungen noch zeigen müssen. Aufgrund folgender Fallbeispiele scheint es jedoch verständlich, dass vor allem der Art. 378 Abs. 1 Ziff. 4. ZGB zu Problemen führen kann oder wird. Daher ist eine Vertretungsberechtigung im Verhältnis von Konkubinatspartnern und sonstigen Personen, die

⁵⁴⁷ WETTSTEIN, Interview.

⁵⁴⁸ ROTEN, Interview; KARAHODZIC, Interview.

⁵⁴⁹ BURCHARDT, S. 124.

⁵⁵⁰ BaslerKomm, SCHWENZER, Art. 272 ZGB N 2.

⁵⁵¹ Z.B. Freundinnen, die zusammen leben und sich persönlich Beistand leisten. Inwieweit sich eine solche Wohngemeinschaft von einer gewöhnlichen abgrenzen lässt, bleibt offen.; Botschaft ZGB, S. 7001; BURCHARDT, S. 124.

⁵⁵² BURCHARDT, S. 124.

⁵⁵³ BURCHARDT, S. 124.

zusammen wohnen, abzulehnen. Auch eine Aufsichtsstelle wäre in heiklen Situationen allenfalls wünschenswert.

Fallbeispiel 1:

Ein älterer, verheirateter Mann, der einen Unfall hatte, wird ins Spital eingeliefert. Er lebt seit einigen Jahren mit einer neuen Freundin zusammen. Er hat jedoch seine Ehe noch nicht geschieden. Eine Patientenverfügung existiert nicht. Nun muss entschieden werden, ob die lebenserhaltenden Massnahmen weitergeführt werden sollen. Die Noch-Ehefrau will unter keinen Umständen, dass diese Massnahmen abgebrochen werden. Im Gegensatz dazu äussert die Freundin, dass die Maschinen ausgeschaltet werden sollen. Sie wisse, aus verschiedensten Äusserungen ihres Partners, dass er unter diesen Umständen nicht weiter leben möchte. Es stellt sich nun die Frage, wie gehandelt werden soll.

Schlussfolgerung:

Für einen Arzt ist es in so einer Situation oft schwierig zu entscheiden, wie gehandelt werden muss. Grundsätzlich wird aber eher auf die Aussagen der näher stehenden Freundin Rücksicht genommen, da sie den mutmasslichen Willen des Mannes wohl besser vertreten kann.⁵⁵⁴ Aus juristischer Sicht, gemäss Kaskadenordnung von Art. 378 Abs. 1 Ziff. 3 ZGB könnte man meinen, dass die Noch-Ehefrau Vorrang hätte. Jedoch scheitert dieser Vorrang an der Tatsache, dass sie dem Noch-Ehemann seit mehreren Jahren keinen regelmässigen und persönlichen Beistand mehr leistet. Somit kommt man auch rechtlich zu demselben Ergebnis.

Fallbeispiel 2:

Ein alter Mann hat seit kurzer Zeit eine neue Partnerin, mit der er seit wenigen Monaten auch zusammenlebt. Diese hat sodann in Notsituationen ein gewichtigeres Mitspracherecht als die Nachkommen (Art. 378 Abs. 1 Ziff. 4. ZGB).⁵⁵⁵

Schlussfolgerung:

Eine derartige Situation, in der ein an Demenz erkrankter Mensch eine neue Lebensgemeinschaft eingeht und mit dieser Person zusammen zieht, kann sehr heikel werden, wenn dabei eine böswillige Gesinnung beim neuen Partner bzw. der neuen Partnerin vorhanden ist. Die neue Partnerin bzw. der neue Partner steht in der Kaskadenordnung vor den Nachkommen, Eltern und Geschwister eines urteilsunfähig gewordenen Menschen. Meiner Auffassung nach drängt sich hier die Frage auf, wie solche Situationen in der Praxis

⁵⁵⁴ GÖSSI, Interview.

⁵⁵⁵ BOPP-KISTLER, Interview.

und auf Gesetzesebene vermieden werden können. Gerade bei Menschen mit einer Demenz können komplizierte Situationen auftreten, da eine grössere Missbrauchsgefahr besteht.

Exkurs:

Auch beim Zusammenleben eines jungen Paares kann sich bereits eine ähnliche problematische Situation ergeben. Erleidet einer der beiden einen Unfall, dann haben z.B. die Eltern weniger Mitspracherechte als der aktuelle Partner, auch wenn das Paar noch nicht sehr lange zusammengelebt hat.⁵⁵⁶

4. Fazit

Für die gesetzliche Kaskadenordnung ist von grosser Bedeutung, dass gegenseitiger, regelmässiger und persönlicher Beistand geleistet wird. Sind diese Kriterien nicht erfüllt, so fällt man aus der Kaskadenordnung. Auch Angehörige, die ohnehin nur selten für die betroffene Person da sind, werden dabei nicht berücksichtigt. Die Missbrauchsgefahr, welche jedoch durch Art. 378 Abs. 1 Ziff. 4 ZGB entsteht, darf keinesfalls verharmlost werden. Nach hier vertretener Meinung sollte bereits jetzt darauf geachtet werden, dass derartige Situationen nicht ausgenützt werden können. Angehörige, Ärzte, Pflegepersonal oder auch die KESB müssten hier aufmerksam beobachten und bei auffälligen Konstellationen sofort intervenieren. Meines Erachtens können solche, möglicherweise mit böser Absicht geführten Partnerschaften, wohl kaum verhindert werden. Daher sollten allenfalls Behandlungen, welche lebensgefährlich sind, unter eine gerichtliche oder vergleichbare Aufsicht gestellt werden. Die Kompetenzen der KESB scheinen bisher nicht ausreichend zu sein. Durch eine spezielle Aufsichtsstelle könnten (Eil-) Entscheidungen in Notfallsituationen gefällt werden. Eine präzisere bzw. umformulierte gesetzliche Regelung könnte hier allenfalls Abhilfe verschaffen.

VI. Vergleich von Art. 378 und 380 ZGB

1. Fragestellung

Wie wird die Einstufung der Demenz – als psychische Störung oder organische Krankheit – in der Praxis gehandhabt? Daraus ergibt sich die Frage: Warum werden körperliche und psychische Erkrankungen rechtlich unterschiedlich klassifiziert (vgl. Art. 378 und 380 ZGB)?

⁵⁵⁶ BOPP-KISTLER, Interview.

Darf eine Demenz als psychische Störung eingestuft werden, um damit eine FU zu rechtfertigen?

2. Rechtslage und Theorie

Gem. Art. 380 ZGB wird die Behandlung psychischer Störungen einer urteilsunfähigen Person in einer geeigneten psychiatrischen Klinik nicht von den Art. 377–379 ZGB geregelt, sondern von den Bestimmungen über die FU gem. Art. 426 ff. ZGB.⁵⁵⁷ Die Art. 377 ff. ZGB bleiben jedoch auch bei fürsorgerischer Unterbringung anwendbar, soweit es um die Behandlung einer somatischen Erkrankung⁵⁵⁸ einer psychisch kranken Person geht.⁵⁵⁹ Durch die unterschiedliche rechtliche Klassifikation von physischen und psychischen Erkrankungen kommt es zu Abgrenzungsschwierigkeiten, welche mit der verfassungsrechtlichen Gewährleistung der Rechtsgleichheit⁵⁶⁰ nur schwer vereinbar sind.⁵⁶¹

Ob durch die Bestimmung von Art. 380 ZGB neben der Behandlung psychischer Störungen Urteilsunfähiger in einer Klinik auch schon deren Einweisung den Regeln der FU unterstellt wird, ist umstritten.⁵⁶² Ein Teil der Lehre bejaht dies.⁵⁶³ Der Anwendungsbereich der Bestimmungen von Art. 433 ff. ZGB erstreckt sich somit auf alle zur Behandlung einer psychischen Störung, nach den Regeln der FU in einer Einrichtung untergebrachten Personen. Weiter bezieht er sich auf alle urteilsunfähigen Personen, die in einer psychiatrischen Klinik eine Behandlung einer psychischen Störung erhalten sollen.⁵⁶⁴ Die zahlreichen Patientinnen und Patienten, die freiwillig für die Behandlung ihrer psychischen Störung in eine Klinik eingetreten und – zum Zeitpunkt der Behandlung – urteilsfähig sind, sowie Personen, die zu anderen Zwecken als zur Behandlung einer psychischen Störung eingewiesen worden sind, werden dabei nicht erfasst.⁵⁶⁵

Mit der Bestimmung des Art. 380 ZGB wollte der Gesetzgeber die urteilsunfähige Person davor schützen, dass sie von nahestehenden Personen möglicherweise missbräuchlich in eine

⁵⁵⁷ Botschaft ZGB, S. 7037 f.; FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 377 ZGB N 14.

⁵⁵⁸ Griech. *Somatisch*: „Was sich auf den Körper bezieht“.

⁵⁵⁹ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.67; Erwachsenenschutz Komm, GASSMANN JÜRIG, Art. 379/380 ZGB N 3; BaslerKomm, EICHENBERGER THOMAS/KOHLER THERES, Art. 380 ZGB N 1 ff.

⁵⁶⁰ Art. 8 BV.

⁵⁶¹ Erwachsenenschutz Komm, GASSMANN JÜRIG, Art. 379/380 ZGB N 2; BaslerKomm, EICHENBERGER THOMAS/KOHLER THERES, Art. 380 ZGB N 2.

⁵⁶² KOKES, N 10.5.

⁵⁶³ SCHMID, Art. 380 ZGB, N 2; OFK ZGB, FASSBIND, Art. 380 ZGB N 2; MEIER/LUKIC, N 327 und 660; KOKES, N 10.33.

⁵⁶⁴ KOKES, N 10.33.

⁵⁶⁵ KOKES, N 10.33.

psychiatrische Klinik eingewiesen wird.⁵⁶⁶ Die betroffene Person soll sich dagegen mit Hilfe der Verfahrensgarantien wehren können, die bei der FU vorgesehen sind.⁵⁶⁷

3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten

Grundsätzlich kann man gemäss derzeit herrschender Praxis die Demenz zu den psychischen Störungen zählen.⁵⁶⁸ Demenz gehört gemäss ICD-Klassifikation (ICD-10 F00–03) zu den organischen psychischen Störungen.⁵⁶⁹

Bei der Diskussion über die Rechtsgleichheit von psychisch erkrankten versus physisch erkrankten Personen muss beachtet werden, dass Art. 380 ZGB lediglich dann zum Tragen kommt, wenn eine urteilsunfähige Person bzw. eine an Demenz erkrankte Person in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden soll. Allerdings ist selbst dann eine Verhältnismässigkeitsprüfung durchzuführen. Wenn also eine mildere Massnahme zur Verfügung steht, so muss diese bevorzugt werden.⁵⁷⁰

In der Praxis wird sehr pragmatisch gehandelt, es kommt – bezogen auf einen Menschen in einer akuten Situation, in der man eine FU in Betracht zieht – gar nicht so sehr auf die Definition an, ob die Demenz nun eine psychische Störung ist oder nicht.⁵⁷¹ Wichtig ist, dass ein Schwächezustand vorliegt, d.h. es besteht eine Selbst- oder Fremdgefährdung oder eine Notwendigkeit einer Behandlung, die anders nicht gewährleistet werden kann. Muss also gehandelt werden, wobei der Eingriff das mildest mögliche Mittel darstellen muss, kommt es zu einer FU durch einen Arzt oder es wird die KESB eingeschaltet.⁵⁷²

Gemäss RÄBER ist eine psychische Störung eine Unstimmigkeit, die sich im Verhalten äussert. Dabei ist es völlig irrelevant, wo die Ursache liegt, vielmehr wie sie sich auswirkt. Psychische Krankheiten haben alle auch eine körperliche Komponente.⁵⁷³ Diese Einstufung einer Demenz als psychische Störung scheidet laut RIPPE insofern, dass z.B. eine Epilepsie auch Auswirkungen auf das Verhalten hat, aber trotzdem nicht als psychische Störung eingestuft wird. Eine Schizophrenie wiederum wird als psychische Störung bezeichnet.⁵⁷⁴ Für

⁵⁶⁶ FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 380 ZGB N 1.

⁵⁶⁷ Botschaft ZGB, S. 7037; FamKomm Erwachsenenschutz, GUILLOD/HERTIG PEA, Art. 380 ZGB N 1.

⁵⁶⁸ Vgl. Art. 390 Abs. 1 Ziff. 1 ZGB; GOOD, Interview; WETTSTEIN, Interview.

⁵⁶⁹ Vgl. oben unter D. II.; Gesundheitsdirektion, Leitfaden, S. 3.

⁵⁷⁰ GOOD, Interview.

⁵⁷¹ RÄBER, Interview.

⁵⁷² LEUENBERGER, Interview; BRUNNER, Interview; RÄBER, Interview.

⁵⁷³ RÄBER, Interview.

⁵⁷⁴ RIPPE, Interview.

FORSTMEIER, BENZ-GARTENMANN und WETTSTEIN ist jedoch klar, dass es sich bei der Demenz um eine organische psychische Störung (ICD-10 Klassifikation) handelt, die zwar ganz eindeutig einen organischen Ursprung hat, aber mit Auswirkungen auf psychische Prozesse.⁵⁷⁵ Psychiatrische Zusatzsymptome zeigen sich häufig auch schon in frühen Stadien (vor allem Apathie, Depression, wahnhafte Zustandsbilder). Die Patienten leiden darunter, sie fallen aber wenig auf, da sie noch nicht zu einer starken Belastung von Angehörigen und Pflegenden führen. Im Verlauf entstehen oft für Patienten wie auch Angehörige und Pflegende schwerwiegendere Symptome (zusätzlich zu den genannten z.B. Angespanntheit, Angst, Aggression, Halluzinationen) die stärker auffallen.⁵⁷⁶ Es gibt viele körperliche Krankheiten, die zu psychiatrischen Symptomen führen. Durch die schweren Verhaltensstörungen die auftreten können, wird eine FU gerechtfertigt.⁵⁷⁷

Verschiedene Personen, so auch ROTEN, RIPPE, BOPP-KISTLER, KARAHODZIC und SCHMIEDER vertreten die gegenteilige Meinung. Eine Demenz sollte demnach als somatische Erkrankung eingestuft werden, denn die Ursachen einer Demenzerkrankung sind rein körperlicher Natur, was massgebend sein soll. Die Unterscheidung, ob es sich nun um eine schwere Depression oder eine Demenzerkrankung handelt, kann sehr schwierig sein.⁵⁷⁸ BOPP-KISTLER führt aus, dass es sich bei einer Demenz primär um eine klare körperliche neurologische Erkrankung handelt. Verursacht durch die schwere Hirnerkrankung einer Demenz entstehen schliesslich weitere Defizite und Verhaltensstörungen.⁵⁷⁹ Man könnte auch sagen, dass es sich bei der Demenz um eine psychische Störung im Rahmen einer organischen Erkrankung handelt.⁵⁸⁰ Sodann wird die Demenz separat von psychischen Krankheiten wie Schizophrenie, Depression etc. betrachtet.⁵⁸¹

Eine psychische Störung wird auch als „mental disorder“⁵⁸² – extreme Willensschwäche – bezeichnet. Demenz ist eine neuronale Erkrankung, auch wenn psychische Störungen entstehen können.⁵⁸³ Medizinisch gesehen ist eine Demenz also keine psychische Erkrankung, sie kann jedoch aufgrund ihrer Auswirkungen und den damit einhergehenden psychischen Störungen in gewissen Situationen als solche angesehen werden. Daher rührt auch die

⁵⁷⁵ FORSTMEIER, Interview.

⁵⁷⁶ BENZ-GARTENMANN, Interview.

⁵⁷⁷ WETTSTEIN, Interview.

⁵⁷⁸ ROTEN, Interview.

⁵⁷⁹ BOPP-KISTLER, Interview.

⁵⁸⁰ BOPP-KISTLER, Interview.

⁵⁸¹ GÖSSI, Interview.

⁵⁸² *Mental disorder*: Der Geist ist nicht in der richtigen Ordnung.

⁵⁸³ RIPPE, Interview.

rechtliche Differenzierung, dass körperliche Erkrankungen gem. Art. 378 ZGB behandelt werden und psychische Störungen nach Art. 380 ZGB, wobei dann die FU zum Zuge kommt.⁵⁸⁴ Es muss somit immer eine einzelfallabhängige Beurteilung erfolgen.⁵⁸⁵

SCHMIEDER führt aus, dass damit argumentiert werden kann, dass eine Störung grundsätzlich etwas kurzfristiges ist, wohingegen eine Demenz langfristig ist. Bei dieser Argumentation fällt die Demenz eigentlich nicht unter die psychischen Störungen. Ist bei einer Demenz aber eine akute Störung wie z.B. eine nicht beherrschbare Aggressivität o.ä. vorhanden, so kann eine FU damit begründet werden, dass eine Behandlung unbedingt nötig ist.⁵⁸⁶

Im Grunde genommen hat der Gesetzgeber einen Bruch zwischen den verschiedenen medizinischen Erkrankungen (körperlich oder psychisch) gemacht. Die Ansichten von Ärzten, Psychiatern, Juristen, Heimleitern, Sozialarbeitern und Pfleger könnten unterschiedlicher nicht sein.⁵⁸⁷ Selbst die Beurteilung der Urteilsunfähigkeit, bezogen auf ein gewisses Geschäft, kann von verschiedenen Ärzten im selben Fall unterschiedlich beurteilt werden.⁵⁸⁸

Ein Patient in fortgeschrittenem Stadium kann nicht beurteilen, ob er in eine Pflegeinstitution muss. Besser ist es in einer solchen Situation, den Patienten an den Arm zu nehmen (auch als Angehörige) und zu versuchen mit ihm in eine geeignete Anstalt wie ein Alters- oder Pflegeheim zu gehen.⁵⁸⁹ Will er nicht, so muss im Zweifelsfall eine FU angeordnet werden. Als Arzt kann man neu auch eine FU in ein Pflegeheim (gemeint ist eine geeignete Einrichtung) anordnen.⁵⁹⁰ Eine FU wird angeordnet, wenn eine psychische Störung, eine geistige Behinderung oder schwere Verwahrlosung sowie eine Selbst- oder Fremdgefährdung besteht.⁵⁹¹ Das FU-Formular⁵⁹² muss die Belehrung enthalten, dass durch den Betroffenen Rekurs geführt werden kann. Zudem muss begründet sein, warum man die FU anordnet. Auch Pfleger müssen auf Wunsch des Patienten einen Rekurs aufsetzen. Neu ist die ärztliche FU nur sechs Wochen gültig.⁵⁹³

⁵⁸⁴ RIPPE, Interview.

⁵⁸⁵ BENZ-GARTENMANN, Interview.

⁵⁸⁶ SCHMIEDER, Interview.

⁵⁸⁷ RÄBER, Interview.

⁵⁸⁸ BENZ-GARTENMANN, Interview.

⁵⁸⁹ WETTSTEIN, Interview.

⁵⁹⁰ BOPP-KISTLER, Interview.

⁵⁹¹ RÄBER, Interview; BENZ-GARTENMANN, Interview; WETTSTEIN, Interview; BOPP-KISTLER, Interview.

⁵⁹² Vgl. Anhang 5, ärztlich angeordnete fürsorglich Unterbringung (FU).

⁵⁹³ BENZ-GARTENMANN, Interview; WETTSTEIN, Interview.

Exkurs: FU in die psychiatrische Klinik bzw. als Weg ins Pflegeheim:

Heutzutage gelangen demente Personen auf zwei möglichen Wegen in eine Pflegeinstitution.

Oftmals wird durch den Hausarzt oder Angehörige darauf hingewirkt und der Weg ins Pflegeheim empfohlen. Meist ist es aufgrund des gesundheitlichen Zustandes der Person mit Demenz nicht mehr möglich, zu Hause zu bleiben. Auch häufig kommt es vor, dass die Situation für die Angehörigen nicht mehr tragbar ist. Später kommt es allenfalls Heimintern zu einer Verschiebung in eine spezielle Demenzabteilung. Der grosse Anteil der Patienten kommt jedoch direkt von zu Hause auf die Demenzabteilung, denn die Leute wollen eine sich entwickelnde Erkrankung meist lange nicht wahrhaben, wodurch der Eintritt in eine Pflegeinstitution bis in ein fortgeschrittenes Stadium der Krankheit hinausgezögert wird.⁵⁹⁴

Die andere Konstellation besteht darin, dass eine betroffene Person in einem sehr schlechten Zustand ist und nicht ins Pflegeheim überwiesen werden will. Durch eine untragbare Situation erfolgt oft vorerst eine Einweisung mittels FU in die Psychiatrie. Dadurch können auch die Medikamente richtig angeordnet werden, bevor die betroffene Person an die entsprechende Pflegeinstitution weitergeleitet wird. Für Alters- und Pflegeheime kann es sehr entlastend sein, wenn die medikamentösen Einstellungen bereits korrekt vorgenommen wurden. Oft gibt es eine Warteliste für einen Platz in einem Alters- oder Pflegeheim. Eine FU kann ein Auffanggefäss in einer Notfallsituation darstellen, wobei eine intensive fachärztliche Demenzabklärung durchgeführt werden kann. Meist erfolgt eine Abklärung jedoch in ambulanten Memory-Kliniken.⁵⁹⁵ Die Einweisung in eine psychiatrische Klinik ist grundsätzlich eine Notfalloption bzw. kann als Übergangslösung verstanden werden.⁵⁹⁶ Es gibt sowohl ärztliche FUs (also Notfallsituation und auf sechs Wochen beschränkt – auf Bundesebene wurde eine Maximal- und Minimalzeit festgelegt) als auch FUs, welche durch die KESB angeordnet werden (durch einen behördlichen FU der KESB kann die sechswöchige Dauer verlängert werden).⁵⁹⁷

4. Fazit

Es herrscht nicht nur in der Lehre eine Meinungsvielfalt, sondern auch in der Praxis ist man sich uneinig, wie die Demenzerkrankung eingestuft werden soll. Grundsätzlich muss beachtet

⁵⁹⁴ ROTEN, Interview.

⁵⁹⁵ BOPP-KRISTIN, Interview; BENZ-GARTENMANN, Interview.

⁵⁹⁶ BENZ-GARTENMANN, Interview.

⁵⁹⁷ LEUENBERGER, Interview.

werden, dass der Gesetzgeber einen Bruch zwischen körperlichen Erkrankungen (gem. Art. 378 ZGB) und psychischen Störungen (gem. Art. 380 i.V.m. Art. 426 ff. ZGB) macht.

Meiner Ansicht nach scheint allen Diskussionen zum Trotz relativ klar, dass es sich bei der Grunderkrankung der Demenz um eine körperliche Krankheit handelt, die allerdings mit dem Fortschreiten der Erkrankung vermehrt zusätzliche, psychische Leiden hervorbringt. Nach dem Gesetz sind für die Anordnung einer FU lediglich psychische Störungen, geistige Behinderungen oder eine Verwahrlosung einer Person zu berücksichtigen (gem. Art. 426 Abs. 1 ZGB). Die Diskussion, ob nun die Demenz eine psychische Störung darstellt oder nicht, ist nach der hier vertretenen Meinung verfehlt, da eine Person mit einer fortgeschrittenen Demenzkrankheit derartige psychische Defizite aufweisen kann, welche die Anordnung einer FU in deren eigenem Interesse unumgänglich macht. Die Beurteilung der Krankheit, ob eine betroffene Person mittels FU in eine Pflegeinstitution oder eine psychiatrische Klinik eingewiesen wird, lässt sich in der Praxis teilweise auch durch die Interessenlage des Erkrankten beeinflussen. Die Flexibilität bei der Auswahl der Institution in der Anordnung einer FU kann aber nur Bestand haben, wenn für eine Unterbringung genügend geeignete Einrichtungen zur Verfügung stehen. Die Gefahr, dass sich eine Tendenz durchsetzt, in der Personen mit Demenz monatelang – mangels freier Plätze in Pflegeinstitutionen – in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht werden, wäre unhaltbar.

Meiner Meinung nach konnte das Recht keine evidente Lösung dafür bringen, ab wann genau eine FU bei Demenz möglich ist. Nach streng rechtlichen Kriterien wäre eine FU in gewissen Fällen wohl nicht legitim, obwohl sie ethisch und auch medizinisch absolut notwendig wäre. Es ist sehr wichtig in derartigen Konstellationen eine optimale Zusammenarbeit zwischen Juristen, Ärzten, Sozialarbeitern, Ethikern, Pflegepersonal, Angehörigen zu erreichen, damit bestmögliche Entscheidungen gefällt werden können. Es bestehen zur Zeit noch Unklarheiten, wie sich die Praxis entwickeln wird. Wichtig bleibt jedoch, dass dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit immer Rechnung getragen wird. Auch wenn eine FU angeordnet werden muss, darf keine andere mildere Massnahme möglich sein.

VII. **Betreuungsvertrag bei Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen**

1. **Fragestellung**

Zum Aufenthalt in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung ist ein Betreuungsvertrag notwendig. Zur Vertragsunterzeichnung bedarf es jedoch der Urteilsfähigkeit. Wie kann ein rechtsgültiger Betreuungsvertrag abgeschlossen werden? Immer mehr Alters- und Pflegeheime haben in den letzten Jahren spezielle Demenzabteilungen geschaffen. Wie ist diese Entwicklung zu würdigen?

2. **Rechtslage und Theorie**

Die Betreuung einer volljährigen, urteilsunfähigen Person in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung erfordert gem. Art. 382 ZGB einen schriftlichen Vertrag.⁵⁹⁸ Ist die Person noch urteilsfähig, so schliesst sie selbst mit der entsprechenden Einrichtung den Vertrag ab.⁵⁹⁹ Dieser Vertrag regelt alle Leistungen, welche die Einrichtung zu erbringen hat.⁶⁰⁰ Gem. Art. 382 Abs. 3 ZGB muss bei Urteilsunfähigkeit der betroffenen Person, der Vertrag durch einen Vertreter abgeschlossen, geändert oder aufgehoben werden. Dafür ist nicht der gesetzliche Vertreter,⁶⁰¹ sondern jene Person zuständig, welche zur Vertretung bei medizinischen Massnahmen⁶⁰² berufen ist.⁶⁰³ Die Wünsche der betroffenen Person sind nach Möglichkeit gem. Art. 382 Abs. 2 ZGB zu berücksichtigen, um dem Willen des Betroffenen optimal nachzukommen.⁶⁰⁴

3. **Praxis und Lösungsmöglichkeiten**

Art. 382 ZGB kommt also nur bei urteilsunfähigen Personen zum Tragen, die für längere Dauer in einer Wohn- oder Pflegeeinrichtung betreut werden sollen.⁶⁰⁵ Der Betreuungsvertrag wird durch die vertretungsberechtigte Person im Namen der urteilsunfähigen Person (Pensionär) abgeschlossen.⁶⁰⁶ Die vertretungsberechtigte Person wird nicht Vertragspartei und haftet entsprechend auch nicht für den Pensionspreis. Wenn sich die urteilsunfähige Person

⁵⁹⁸ FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA/VAERINI, Einführung zu Art. 382–387 ZGB N 20.

⁵⁹⁹ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.193.

⁶⁰⁰ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.193.

⁶⁰¹ Ehegatten oder eingetragener Partner bzw. eingetragene Partnerin.

⁶⁰² Art. 377 ff. ZGB.

⁶⁰³ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.193.

⁶⁰⁴ FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA/VAERINI, Einführung zu Art. 382–387 ZGB N 21.

⁶⁰⁵ GOOD, Interview.

⁶⁰⁶ ROTEN, Interview; SCHMIEDER, Interview.

gegen eine Unterbringung wehrt, so muss diese im Zuge einer FU durch einen Arzt oder die KESB verfügt werden.⁶⁰⁷

Beim Eintritt in eine Pflegeinstitution, wird immer zuerst ermittelt, wer die erste Ansprech-/Bezugsperson ist.⁶⁰⁸ Ist die betroffene Person noch nicht allzu stark an Demenz erkrankt, so kann sie auch selber den Vertrag unterschreiben.⁶⁰⁹ Bei Personen mit einer Demenz-Diagnose werden die Verträge jedoch grundsätzlich mit den Angehörigen zusammen, bzw. nach der gesetzlichen Kaskade der medizinischen Vertretung unterschrieben. Dies erfolgt im Beisein der an Demenz erkrankten Person.⁶¹⁰ Je nach Region wird manchmal auch der ärztliche Dienst eingeschaltet, um den Part der Unterzeichnung zu übernehmen.⁶¹¹

In einer psychiatrischen Klinik wird eine Behandlungsvereinbarung unterschrieben, welche über Ähnlichkeiten mit einem Behandlungsvertrag verfügt. Auch diese Vereinbarung wird, mit dem Patienten und den Angehörigen zusammen besprochen.⁶¹²

Viele Alters- und Pflegeeinrichtungen verfügen mittlerweile über eine geschlossene Abteilung für Demenzkranke. Diese Abteilungen wurden speziell zum Schutz der Betroffenen eingerichtet. Das Risiko, dass ein böswilliger Angehöriger darauf hinwirkt, dass eine demenzkranke Person in eine psychiatrische Klinik bzw. eine Pflegeinstitution eingewiesen wird, kann heute praktisch ausgeschlossen werden.⁶¹³

In Zukunft muss in Pflegeinstitutionen wohl vermehrt eine Zusammenarbeit zwischen Psychiatern, Gerontologen etc. erzielt werden. Die Ansprüche an Pflegeinstitutionen steigen, so z.B. auch in technischer Hinsicht. Bereits jetzt treten erste Personen in Heime ein, die über einen Laptop oder ein Smartphone verfügen. Die Strukturen müssen somit stets ausgebaut und angepasst werden.⁶¹⁴ Durch den Verband CURAVIVA Schweiz⁶¹⁵ konnte

⁶⁰⁷ GOOD, Interview; GÖSSI, Interview.

⁶⁰⁸ KARAHODZIC, Interview; ROTEN, Interview.

⁶⁰⁹ KARAHODZIC, Interview.

⁶¹⁰ WETTSTEIN, Interview.

⁶¹¹ WETTSTEIN, Interview; RIPPE, Interview.

⁶¹² BENZ-GARTENMANN, Interview.

⁶¹³ GÖSSI, Interview.

⁶¹⁴ LEUENBERGER, Interview; RÄBER, Interview, ROTEN, Interview.

⁶¹⁵ Nationaler Dachverband von über 2400 Heimen und sozialen Institutionen aus den Bereichen „Menschen im Alter“, „erwachsene Menschen mit Behinderung“ sowie „Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen“; Online abrufbar unter <<http://www.curaviva.ch>> (besucht am 22.07.2013).

bereits viel in Richtung einer besseren Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit unternommen werden.⁶¹⁶

4. Fazit

Ist eine Person mit Demenz nicht mehr in der Lage, selber einen Betreuungsvertrag zu unterzeichnen, so können dies die Angehörigen, nach der Kaskade bei den medizinischen Massnahmen gem. Art. 378 ZGB übernehmen. Diese Lösung ist nach der hier vertretenen Meinung sehr geeignet, da die Unterstützung durch nahestehende Personen ohnehin von grosser Wichtigkeit ist und aus naheliegenden Gründen logisch nachvollziehbar erscheint.

Auch die Entwicklungen der neuen spezialisierten Demenzabteilungen kann als grosser Fortschritt betrachtet werden. Jedoch wird es meines Erachtens auch in Zukunft nötig sein, dass diese Strukturen ausgebaut werden. Immer mehr Leute erhalten die Diagnose Demenz. In diesem Zusammenhang steigt das Bedürfnis, einen Platz in einem speziell dafür eingerichteten Alters- oder Pflegeheim zu bekommen.

VIII. Behandlungsmöglichkeiten unter Wahrung der Selbstbestimmung

1. Fragestellung

Wann sind bewegungseinschränkende Massnahmen zur Behandlung von Urteilsunfähigen, welche sich in Wohn- und Pflegeeinrichtungen aufhalten, angebracht? Es gibt Massnahmen, welche zur Verhinderung von Unfällen oder Verletzungen angeordnet werden, aber auch solche, die dazu dienen, den Patienten ruhig zu stellen. Teilweise täuscht man die Patienten, z.B. mit Roboterkatzen oder einer virtuellen Zugfahrt,⁶¹⁷ um sie zu beruhigen. Wird dadurch die Selbstbestimmung eingeschränkt bzw. missachtet?

2. Rechtslage und Theorie

Urteilsunfähigen Personen steht die Bewegungsfreiheit als Teil der persönlichen Freiheit und somit eines verfassungsrechtlich geschützten Grundrechts⁶¹⁸ und als Ausfluss des

⁶¹⁶ LEUENBERGER, Interview.

⁶¹⁷ Ausführungen dazu folgen im Verlauf dieses Abschnittes.

⁶¹⁸ Art. 5 EMRK; Art. 10 Abs. 2 und Art 31 BV.

Persönlichkeitsrechts⁶¹⁹ uneingeschränkt zu.⁶²⁰ Wie jedes andere Grundrecht kann sie aber unter den Voraussetzungen von Art. 36 BV eingeschränkt werden. Dazu bieten die Art. 383–385 ZGB die erforderliche formelle gesetzliche Grundlage.⁶²¹

Gem. Art. 383 ZGB können die Wohn- oder Pflegeheime die Bewegungsfreiheit urteilsunfähiger Personen nötigenfalls einschränken.⁶²² Für die Einschränkung der Bewegungsfreiheit muss eine der folgenden Voraussetzungen gegeben sein:

1. Entweder es besteht „eine ernsthafte Gefahr für das Leben oder die körperliche Integrität der betroffenen Person“
2. oder aber eine ernstliche Drittgefährdung liegt vor.⁶²³

Die neuen Bestimmungen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit⁶²⁴ enthalten strenge Regeln für die Anordnung von Massnahmen⁶²⁵ und sehen Mittel vor, die eine nachträgliche Überprüfung der Berechtigung der angeordneten Massnahme erleichtern sollen.⁶²⁶ Zudem wurde eine Beschwerde an die KESB eingeführt, welche sowohl von der betroffenen Person selbst, als auch von einer ihr nahestehenden Person eingereicht werden kann.⁶²⁷ Obwohl unsere Rechtsordnung die persönliche Freiheit, insbesondere auch die Bewegungsfreiheit⁶²⁸ garantiert, hat die Bewegungsfreiheit keinen absoluten Charakter.⁶²⁹ Eine urteilsunfähige Person muss im Gegenteil unter bestimmten, klar definierten Voraussetzungen in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt werden können.⁶³⁰

Gem. Art. 384 ZGB wird über jede Massnahme zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit Protokoll geführt, wobei der Name der anordnenden Person, der Zweck, die Art und die Dauer der Massnahme preisgegeben werden müssen.⁶³¹

⁶¹⁹ Art. 28 ff. ZGB.

⁶²⁰ KOKES, N 11.11.

⁶²¹ BGE 126 I 112, 114 E 3a; KOKES, N 11.11.

⁶²² HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.195.

⁶²³ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 2.195; Art. 383 Abs. 1 Ziff. 1. und 2. ZGB.

⁶²⁴ Art. 383–385 ZGB.

⁶²⁵ Botschaft ZGB, S. 7002.

⁶²⁶ FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA/VAERINI, Einführung zu Art. 382–387 ZGB N 22.

⁶²⁷ FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA/VAERINI, Einführung zu Art. 382–387 ZGB N 22.

⁶²⁸ Art. 10 Abs. 2 und Art. 31 BV; Art. 5 EMRK; Art. 28 ZGB.

⁶²⁹ BaslerKomm, STECK, Art. 383 ZGB N 2; Botschaft ZGB, S. 7039; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, N 319 ff.

⁶³⁰ Botschaft ZGB, S. 7039; FamKomm Erwachsenenschutz, VAERINI, Art. 383 ZGB N 1.

⁶³¹ Botschaft ZGB, S. 7040.

3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten

Es gibt mittlerweile diverse unterstützende Behandlungsmethoden und Hilfsmittel, die gewählt werden können, um Patienten zu beruhigen und damit ihre Lebensqualität und ihre Sicherheit zu erhöhen. Dabei spielen verschiedenartige technische Assistenzsysteme im Bereich der Betreuung eine grosse Rolle. Auf folgende exemplarisch aufgeführten Möglichkeiten wird in diesem Abschnitt näher eingegangen:

- *Kontaktmatte* – wird vor das Bett der Patienten gelegt und schlägt Alarm, wenn sie betreten wird
- *Fixleintuchbefestigung am Bett* – wird wie bei Kindern mit einem Reissverschluss angezogen und ist am Bett befestigt, damit das Bett nicht verlassen werden kann
- *Bettgitter* – am Bettrand, zur Verhinderung, dass das Bett verlassen werden kann oder ein Patient hinausfällt
- *Niederflurbetten* – sind niedriger gebaut, bzw. direkt auf dem Boden und verhindern grössere Verletzungen bei einem allfälligen Sturz aus dem Bett
- *Bremsen eines Rollstuhles* – zum Essen werden die Bremsen z.B. angezogen, wobei der Patient diese nicht selber wieder lösen kann
- *Tischlein vor dem Rollstuhl* – ein Tischlein wird am Rollstuhl befestigt, wobei der Patient dadurch nicht mehr in der Lage ist, aus dem Rollstuhl aufzustehen
- *Sturzhosen* – gepolsterte Hosen, welche einen allfälligen Sturz abschwächen sollten
- *Türen mit kompliziertem Schliessmechanismus* – die Türen werden elektronisch abgeschlossen oder haben eine sehr komplexe Funktion, so dass eine Person mit Demenz nicht in der Lage ist, sie zu öffnen
- *Roboterkatze* – ähnlich einer Plüschkatze, kann sich jedoch bewegen und schnurren
- *Virtuelle Zugfahrt* – Abteil, indem man sitzt und nebenan zieht (auf einer Leinwand) die Landschaft vorbei, gibt das Gefühl als sitze man in einem echten Zug
- *Fiktive Busstation* – Busstationen, an Orten aufgestellt (z.B. im Garten von Heimen), an denen sich in Wirklichkeit gar keine Busstation befindet
- *Demenzdörfer* – nach dem Stil früherer Zeiten aufgebaut und nur für Menschen mit Demenzdiagnose, welche unter Aufsicht von Pflegepersonal etc. stehen – z.B. Hogewey, in den Niederlanden⁶³²

Die Betreuung von demenzkranken Personen durch spezialisierte Fachkräfte ist sehr anspruchsvoll.⁶³³ Die Pflege von Demenzkranken ist zudem sehr zeitintensiv, und stellt somit

⁶³² Online abrufbar unter <<http://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/demenzdorf-hogewey-in-den-niederlanden-a-823426.html>> (besucht am 22.08.2013).

eine grosse Herausforderung dar. Zum Teil fehlen die spezialisierten Fachkräfte. In unserer Gesellschaft sollte sich mehr Toleranz hinsichtlich der Problematik entwickeln, um nicht in starren Mustern und Rastern zu denken.⁶³⁴

Eine Massnahme muss immer verhältnismässig sein. Wenn sie nicht nötig sind, werden keine bewegungseinschränkende Massnahmen angewandt. Nur wenn es der Sicherheit dient, kommen solche Massnahmen zum Zug.⁶³⁵ Es handelt sich insgesamt um ein sehr kritisches Thema mit vielen Grenzbereichen. Wichtig ist ein pragmatischer Umgang mit solchen Situationen, v.a. wenn die Massnahme zur Behandlung notwendig ist.⁶³⁶

Gemäss LEUENBERGER stellen *Kontaktmatten* keine bewegungseinschränkende Massnahmen dar, denn man kann problemlos darüber gehen und es wird lediglich ein Alarm ausgelöst. Das *Bettgitter* oder die *Fixleintuchbefestigung am Bett* hingegen können klar als bewegungseinschränkende Massnahmen angesehen werden, da man sich nicht selbst aus der jeweiligen Situation befreien kann.⁶³⁷ Weiter existieren auch sog. „*Alltags bewegungseinschränkende Massnahmen*“ wie z.B. das Anziehen der *Bremsen eines Rollstuhles* oder *Türen mit komplizierten Öffnungsmechanismen*. Jede Massnahme muss einzelfallabhängig beurteilt werden und nur wenn nötig eingesetzt werden.⁶³⁸

Gemäss ROTEN sind *Sturzhosen* und *Niederflurbetten* Massnahmen, die eine gewisse Bewegungsfreiheit noch zulassen. Es wird aber ohnehin jede Massnahme mit den Angehörigen besprochen. Das Demenzkonzept des „Alterswohnheim Brunnen“ besagt z.B., dass jeder sein Leben so führen können soll, wie er es sich gewohnt ist und wie er es will. Der Zeitrhythmus bei dementen Personen ist ohnehin ganz anders, d.h. es wird den Personen in der Demenzabteilung viel Freiraum gelassen, so zu sein, wie sie gerne möchten.⁶³⁹ Relativ einfache „*Tricks*“ können manchmal schon viel dazu beitragen, dass mit Demenzkranken besser umgegangen werden kann. So wird bspw. den Angehörigen empfohlen, dass die dementen Leute am besten nachmittags (in einem gewissen Zeitfenster) besucht werden sollen, damit die Patienten abends nicht durch späte Besuche aufgewühlt werden.⁶⁴⁰

⁶³³ GÖSSI, Interview.

⁶³⁴ LEUENBERGER, Interview.

⁶³⁵ ROTEN, Interview.

⁶³⁶ LEUENBERGER, Interview.

⁶³⁷ LEUENBERGER, Interview.

⁶³⁸ LEUENBERGER, Interview.

⁶³⁹ ROTEN, Interview.

⁶⁴⁰ KARAHODZIC, Interview; ROTEN, Interview.

RIPPE äussert sich dahingehend, dass *Kontaktmatten* lediglich jemanden informieren. Das Anziehen von *Bremsen am Rollstuhl* oder das Anbringen von *Bettgittern* seien aber klar freiheitseinschränkende Massnahmen.⁶⁴¹ Die *Täuschung* – als Missachtung der Selbstbestimmung – würde Behandlungsmethoden wie die *virtuelle Zugfahrt*, *fiktive Busstationen*, *Roboterkatzen* o.ä. ausschliessen. Der Respekt vor der Selbstbestimmung muss gewahrt bleiben, daher sollten den Patienten keine Lügen unterbreitet werden.⁶⁴² Solche Grenzsituationen sind nicht detailliert rechtlich geregelt. Bewegungseinschränkende Massnahmen müssen ohnehin immer dokumentiert werden. Nur wenn es keine anderen Massnahmen zur Beruhigung gibt, sollten derartige Mittel gewählt werden. Die Verhältnismässigkeit spielt dabei stets eine wichtige Rolle.⁶⁴³

Gemäss KARAHODZIC sind *Bettgitter und Fixleintuchbefestigungen am Bett* zu stark freiheitseinschränkend. Bei *Kontaktmatten* wird die Bewegungsfreiheit nicht beschränkt. Muss man z.B. die *Bremsen am Rollstuhl* anziehen, versucht man immer auch auf den Patienten einzugehen. Auch kommunikativ und zwischenmenschlich ist es wichtig, dass man nicht lügt und keine Unwahrheiten erzählt.⁶⁴⁴ Demente Leute haben noch viel Gefühl und verfügen über ein grosses zwischenmenschliches Gespür. Daher braucht es sehr viel Geduld zur Pflege von Personen mit Demenz.⁶⁴⁵

Der Grundsatz, welcher SCHMIEDER formuliert, lautet, dass jemanden zu fixieren oder wegzusperren immer nur die letzte Massnahme sein kann und verweist damit auf das Verhältnismässigkeitsprinzip. Im „Sonnweid“⁶⁴⁶ wird jede Massnahme protokolliert, dokumentiert und vorgängig in der Ethikkommission besprochen. Bei gewissen Massnahmen werden die Angehörigen informiert, jedoch nicht bei allen pflegerischen Massnahmen.⁶⁴⁷ Will jemand über ein angebrachtes *Bettgitter* steigen, so wird dieses sofort entfernt. *Kontaktmatten* sind hingegen auch laut SCHMIEDER grundsätzlich nicht bewegungseinschränkend.⁶⁴⁸ Um jemanden zu beruhigen, muss man dem Patienten eine Beziehung anbieten, alles künstlich Erstellte ist gemäss SCHMIEDER unwürdig und falsch. Menschen mit Demenz sind zwar verwirrt, aber sie sind nicht dumm. Die Bestätigung des momentanen Gefühls des Patienten

⁶⁴¹ RIPPE, Interview.

⁶⁴² RIPPE, Interview.

⁶⁴³ RIPPE, Interview.

⁶⁴⁴ SCHMIEDER, Interview.

⁶⁴⁵ KARAHODZIC, Interview.

⁶⁴⁶ SCHMIEDER Artikel im Spiegel, online abrufbar unter <<http://www.spiegel.de/spiegelwissen/a-680225.html>> (besucht am 08.08.2013).

⁶⁴⁷ SCHMIEDER, Interview.

⁶⁴⁸ SCHMIEDER, Interview.

ist sehr wichtig. Der Patient soll einbezogen werden und sein Wille muss stets beachtet werden.⁶⁴⁹ SCHMIEDER äussert sich klar gegen die Täuschung durch eine „virtuelle Welt“. Auch *Demenzdörfer*, welche wie in früherer Zeit aufgebaut werden, sind für ihn sehr umstritten. Es wird den Leuten etwas vorgegaukelt, was nicht Realität ist.⁶⁵⁰ SCHMIEDER sieht die Problematik darin, dass letztlich die Angehörigen die Situation so besser aushalten und beschönigen können. Die demenzkranke Person versteht aber ohnehin nicht, wo sie ist. Es gibt an dieser Krankheit nichts zu beschönigen.⁶⁵¹

Auch BENZ-GARTENMANN hält grundsätzlich nichts von Behandlungsmethoden, welche die Realität künstlich herstellen, um auf die Patienten beruhigend zu wirken.⁶⁵² Es gibt jedoch immer verschiedene Sichtweisen. Wenn sich die Leute wohl fühlen, Stress abgebaut wird und eine beruhigende Wirkung erzielt werden kann, so kann eine solche Lösung auch positiv sein.⁶⁵³

In Zürich waren die gesetzlichen Bestimmungen gem. Art. 383 ZGB im kantonalen Patientenrechtsgesetz schon länger vorhanden, nun wurde es auch im ZGB verankert.⁶⁵⁴ Gemäss WETTSTEIN werden sinnvolle technische Assistenzsysteme wie *Kontaktmatten oder Niederflurbetten* tendenziell noch viel zu wenig genutzt. Im Gegensatz dazu sind *Bettgitter* viel bewegungseinschränkender und müssen dokumentiert sowie mit den Angehörigen besprochen werden. Auch die *Tischlein am Rollstuhl* sind sehr einschränkend, da sich der Patient danach gar nicht mehr daraus befreien kann. Eine klare Indikation und zeitliche Limite einer Massnahme sowie der Konsens mit den Angehörigen ist immer nötig.⁶⁵⁵ Wichtig ist allgemein, dass man auf die Bedürfnisse des Patienten eingeht, auch bei den Mitteln zur Beruhigung und Stressbekämpfung. Lebende Katzen in Pflegeinstitutionen können auch sehr beruhigend wirken, diese sind aber nicht steuerbar. *Roboterkatzen* könnten gezielter eingesetzt werden, wenn sich diese als notwendig erweisen.⁶⁵⁶ Gemäss WETTSTEIN sollten solche Instrumente eingesetzt werden können, wenn tatsächlich eine beruhigende Wirkung beim Patienten erzielt werden kann. Es gibt auch *Videos*, welche eine Person mit Demenz auf eine *Reise (Bergwanderung)* mitnehmen, indem mit den Betroffenen via Fernsehgerät gesprochen

⁶⁴⁹ SCHMIEDER, Interview.

⁶⁵⁰ SCHMIEDER, Interview.

⁶⁵¹ SCHMIEDER, Interview.

⁶⁵² BENZ-GARTENMANN, Interview.

⁶⁵³ FORSTMEIER, Interview; BENZ-GARTENMANN, Interview.

⁶⁵⁴ WETTSTEIN, Interview.

⁶⁵⁵ WETTSTEIN, Interview.

⁶⁵⁶ WETTSTEIN, Interview.

wird und Lieder gesungen werden. Solange man sich von den Behandlungsmethoden ganz einfach entfernen kann, bestimmt der Patient selbst, ob er diese will oder nicht.⁶⁵⁷

Gemäss RÄBER ist eine Betreuung ohne Einschränkungen der Bewegungsfreiheit gar nicht möglich. Es stellt sich die Frage, wie man am besten mit dementen Personen und deren Betreuung umgehen kann. Wenn eine Behandlungsmethode zur Beruhigung hilft, stellt sich weiter die Frage, ob man es dann als Täuschung interpretieren darf.⁶⁵⁸ Ausschlaggebend ist dabei, die Balance zu finden, wo und wann eine Behandlungsmethode nötig und richtig ist. Dass die Selbstbestimmung heute einen sehr hohen Stellenwert hat, macht die Gesamtsituation nicht einfacher. Der Begriff der Würde sollte hier auch einbezogen werden.⁶⁵⁹

Werden in psychiatrischen Kliniken bewegungseinschränkende Massnahmen angewandt, so muss dies dem Kantonsarzt als Kontrollorgan gemeldet werden, welcher die Massnahme überprüft. Es muss alles dokumentiert werden, was die Bewegungsfreiheit einschränkt.⁶⁶⁰ Auch Spitäler sind dazu verpflichtet, jede Massnahme zu dokumentieren.⁶⁶¹

RIPPE wirft ein, dass viele Leute der irrigen Meinung sind, dass mit den Änderungen im Gesetz nun die Angehörigen alles entscheiden könnten. Es besteht Unklarheit darüber, was die Angehörigen genau entscheiden dürfen. Zudem gibt es einige Aspekte im Gesetz, die in einem Spannungsverhältnis stehen bzw. unverständlich sind.⁶⁶² So bestimmt Art. 383 Abs. 2 ZGB, dass den Urteilsunfähigen vor der Vornahme einer freiheitseinschränkenden Massnahme, diese zu erklären sei. Dies steht jedoch im Widerspruch dazu, dass die Person urteilsunfähig ist und somit die Erklärung regelmässig nicht verstehen wird.⁶⁶³

4. Fazit

Die Möglichkeiten zum Einsatz unterschiedlichster technischer Assistenzsysteme sind sehr vielseitig. Die verschiedenen Behandlungsweisen werden im Allgemeinen auch rege genutzt. Effektive und sehr wenig bewegungseinschränkende Methoden wie z.B. Niederflurbetten werden jedoch aufgrund von zu hohen Kostenaufwendungen in vielen Pflegeinstitutionen

⁶⁵⁷ WETTSTEIN, Interview.

⁶⁵⁸ RÄBER, Interview.

⁶⁵⁹ RÄBER, Interview.

⁶⁶⁰ BENZ-GARTENMANN, Interview.

⁶⁶¹ BOPP-KISTLER, Interview.

⁶⁶² RIPPE, Interview.

⁶⁶³ RIPPE, Interview.

noch nicht eingesetzt. Nach der hier vertretenen Meinung sollten derartige Hilfsmittel aber vermehrt genutzt werden, und ältere Vorrichtungen wie z.B. die Bettgitter ersetzt werden. Auch Kontaktmatten und Sturzhosen scheinen effektive Mittel zu sein, wobei die Selbstbestimmung so weit wie möglich gewahrt wird. Investitionen in derartige technische Assistenzsysteme würden sich meiner Ansicht nach in jeder Hinsicht lohnen.

Es gibt verschiedenste Standpunkte, welche Methoden nun akzeptabel sind oder welche besser nicht angewandt werden sollen. Meines Erachtens sollten auch Behandlungsmethoden, welche neuartig und fiktiv sind, angewandt werden dürfen, wenn sie erfolgsversprechend sind. Solange der Patient selber bestimmen kann – indem er z.B. die Möglichkeit hat, sich selbstständig von der Behandlung zu entfernen – bleibt der Rahmen zur Selbstbestimmung gewahrt. Es stellt eine Gratwanderung dar, wann man nun jemanden täuscht oder nicht. Einen Mittelweg zu gehen, wie ihn die meisten Alters- und Pflegeinstitutionen bereits eingeschlagen haben, scheint am überzeugendsten. Dabei wird dem Einzelfall hohe Bedeutung zugesprochen. Grundsätzlich muss immer eine Verhältnismässigkeitsprüfung erfolgen und die bewegungseinschränkende Massnahme muss dokumentiert werden.

IX. Freie Arztwahl

1. Fragestellung

Hat die Einführung von Art. 386 Abs. 3 zu einer Erschwerung in der Praxis geführt?

2. Rechtslage und Theorie

Gem. Art. 386 Abs. 3 ZGB ist die freie Arztwahl gewährleistet, soweit nicht wichtige Gründe dagegen sprechen. Danach muss der Bewohner oder die Bewohnerin der Einrichtung seinen bzw. ihren Arzt oder ihre Ärztin frei wählen können.⁶⁶⁴ Durch gewisse kantonale Gesetzgebungen war dieses Recht – allerdings unter unterschiedlichen Bedingungen – stillschweigend oder ausdrücklich bereits gewährleistet.⁶⁶⁵ Mit dieser Bestimmung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass enge Beziehungen zum persönlichen Arzt der betroffenen Person auch nach ihrem Eintritt in die Einrichtung von grosser Bedeutung sind.⁶⁶⁶ Der gesetzliche Anspruch der freien Arztwahl wurde bisher hauptsächlich von Einrichtungen mit

⁶⁶⁴ FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA/VAERINI, Art. 386 ZGB N 15.

⁶⁶⁵ CLÉMENT/HÄNNI, S. 65 ff.

⁶⁶⁶ FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA/VAERINI, Art. 386 ZGB N 15.

eigenem ärztlichen Dienst in Frage gestellt.⁶⁶⁷ Durch Art. 386 Abs. 3 ZGB wird jedoch gewährleistet, dass in allen Einrichtungen, seien sie privatrechtlicher oder öffentlich-rechtlicher Natur der gleichartige Anspruch besteht.⁶⁶⁸ Ausnahmen sind nur bei „wichtigen Gründen“ vorgesehen, welche etwa vorliegen, wenn der von der betroffenen Person gewählte Arzt wegen zu grosser Entfernung nicht in der Lage ist, die aufgrund des Gesundheitszustandes nötige Behandlung einwandfrei sicherzustellen oder in Notfällen sofort einzugreifen.⁶⁶⁹

3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten

Die klassischen Pflegeinstitutionen haben praktisch alle das Heimarztsystem, die Alters- und Pflegeinstitutionen nutzen eher das Hausarztsystem.⁶⁷⁰ In einer Betreuungssituation mit einer Person mit Demenz kann man mit dem Patienten keinen Dialog mehr führen. Daher müssen meist die Angehörigen einbezogen werden.⁶⁷¹

Gemäss WETTSTEIN ist es in Pflegeinstitutionen für die Qualität der Behandlung entscheidend wichtig, dass dem Heimarztsystem gefolgt wird, weil die Hausärzte nicht täglich anwesend sein können und über keine geriatrischen Fachkompetenzen verfügen. Auch mit den gesetzlichen Änderungen bleibt das Heimarztsystem – an den meisten Orten, an denen es bereits existiert – weiterhin bestehen, ausser jemand verlangt explizit nach dem Hausarzt. Dieser muss dann bereit sein, zu Bürozeiten Visite zu machen und auf Abruf im Pflegeheim zu erscheinen. Die Neuerung durch Art. 386 Abs. 3 ZGB stellt eine Änderung dar, die in der Praxis bisher kaum von Belang ist, weil bis dato fast kein Patient seinen bisherigen Hausarzt wünscht und wenn, wären die Hausärzte wohl nicht dazu bereit, diesen Zusatzaufwand auf sich zu nehmen. WETTSTEIN führt aus, dass es sich v.a. in ländlichen Regionen teilweise störend auswirke, wenn viele verschiedene Hausärzte tätig werden. Die Kommunikation zwischen allen Beteiligten – Haus- und allenfalls Heimarzt, Patient, Angehörige, Pflegepersonal etc. – könne dadurch erschwert werden. Wenn ein Arzt für ein ganzes Heim verantwortlich ist, kann dies als Erleichterung für alle Beteiligten wahrgenommen werden. WETTSTEIN ist überzeugt, dass sich das Heimarztsystem der Einheitlichkeit wegen positiv auf die Betroffenen auswirkt. Zudem bleibt dadurch ein unnötiger Mehraufwand erspart.⁶⁷²

⁶⁶⁷ Erwachsenenschutz Komm, MÖSCH PAYOT, Art. 386 ZGB N 3.

⁶⁶⁸ FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA/VAERINI, Art. 386 ZGB N 16.

⁶⁶⁹ FamKomm Erwachsenenschutz, LEUBA/VAERINI, Art. 386 ZGB N 16.

⁶⁷⁰ WETTSTEIN, Interview.

⁶⁷¹ WETTSTEIN, Interview.

⁶⁷² WETTSTEIN, Interview.

4. Fazit

Würde wirklich jeder Patient weiterhin seinen Hausarzt zur Betreuung wünschen, so könnte dies möglicherweise als Erschwerung wahrgenommen werden. Es kommt dadurch zu einer grösseren Belastung für den Hausarzt. Auch die Pflegeinstitutionen müssten allenfalls mehr Aufwendungen an Koordination und Organisation aufbringen. Grundsätzlich wird durch die neue Bestimmung aber die Selbstbestimmung eines jeden gefördert, indem man selber und frei entscheiden kann, wer behandelnder Arzt oder behandelnde Ärztin sein soll. Meines Erachtens ist die gesetzliche Neuerung von Art. 386 Abs. 3 ZGB im Grundsatz gutzuheissen, auch wenn sie allenfalls in der Umsetzung zu anfänglichen Schwierigkeiten führen kann. Letztendlich müssen in dieser Hinsicht noch mehr praktische Erfahrungen gesammelt werden.

X. Neuorganisation der KESB

1. Fragestellung

Wird durch die Neuorganisation der KESB eine Professionalisierung erreicht oder kommt es durch das Zusammenführen der Aufgaben an einem Ort eher zu einer Überlastung?

2. Rechtslage und Theorie

Im neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht ist die KESB das zentrale Organ, dessen Organisation in Art. 440 ff. ZGB geregelt wurde.⁶⁷³ Die Arbeit der KESB ist nicht nur von persönlichen Kompetenzen der Mitglieder⁶⁷⁴ geprägt, sondern insbesondere auch durch die organisatorischen Rahmenbedingungen.⁶⁷⁵ Weiter gibt es die administrative Aufsichtsbehörde und die Rechtsmittelinstanz(en) sowie die Mandatsträger bzw. die Mandatsträgerinnen,⁶⁷⁶ wobei sich die weiteren Ausführungen auf die KESB beschränken sollen. Gem. Art. 440 Abs. 1 ZGB muss es sich bei der KESB um eine Fachbehörde⁶⁷⁷ handeln, welche ihre Entscheide i.d.R. mit mind. drei Mitgliedern fällt.⁶⁷⁸

Das neue Modell – wonach bereits vor 2013 viele regionale Sozialdienste funktionierten – kann man als Mittelweg zwischen extremer Spezialisierung und der Generalisten-Praxis

⁶⁷³ FamKomm Erwachsenenschutz, WIDER, Art. 383 ZGB N 2.

⁶⁷⁴ Vgl. KOKES, N 1.61.

⁶⁷⁵ KOKES, N 1.62.

⁶⁷⁶ FamKomm Erwachsenenschutz, WIDER, Art. 383 ZGB N 2; HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 1.46.

⁶⁷⁷ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 1.47 ff.

⁶⁷⁸ HAUSHEER/GEISER/AEBI-MÜLLER, N 1.50.

betrachten.⁶⁷⁹ Kleinere Gemeinden, welche nicht über die nötigen personellen Ressourcen verfügen, standen durch die Revision vor einer viel grösseren Herausforderung, den Prinzipien der Professionalität und Interdisziplinarität gerecht zu werden.⁶⁸⁰

3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten

Durch die Umorganisation der KESB wurde eine stark verankerte, traditionelle Institution grundsätzlich neu aufgestellt, wodurch viele neue Stellen geschaffen wurden. Zum jetzigen Zeitpunkt ist es schwierig, zu bewerten, ob das neue System besser oder schlechter als das alte ist.⁶⁸¹ Es werden nun viele Kompetenzen an einer Stelle vereinigt, wobei in der (noch immer währenden) Anfangsphase teilweise eine gewisse Unzufriedenheit bestand, denn ein Teil der Interaktion und des persönlichen Bezugs ging durch die Änderungen verloren. Das neue System ist somit etwas unpersönlicher und anonymer.⁶⁸² Gerade auch in ländlichen Gebieten muss man sich zuerst noch an die Änderungen gewöhnen.⁶⁸³ Es besteht nun keine kommunale Laienbehörde mehr, die Behördenmitglieder sind Fachpersonen.⁶⁸⁴ Dadurch besteht auch die Chance, dass es gesamthaft zu besseren Lösungsmöglichkeiten und klareren Regelungen kommt.⁶⁸⁵ Man versucht neutraler vorzugehen und objektive Abklärungen zu treffen, womit eine Professionalisierung erreicht werden soll. Persönliche Bezüge fallen zwar weg, diese können jedoch noch durch Nachfragen eingeholt werden. Weil Missstände aus kleinen Gemeinden bekannt waren, bei denen persönliche Beziehungen statt objektive Abwägungen eine grössere Rolle spielten, hat man nun schweizweit die Organisation vereinheitlicht.⁶⁸⁶ Es ist zu hoffen, dass durch die Neuorganisation und die etwas distanziertere Position der KESB tatsächlich eine objektivere Beurteilung ermöglicht wird.⁶⁸⁷

Die Umorganisation mit dem neuen Meldesystem, den entsprechenden Formularen und die Zusammenarbeit mit der neuen KESB, ist noch immer relativ aufwendig, gerade auch für psychiatrische Kliniken.⁶⁸⁸ Die KESB wurde mit einer riesigen Flut von Fällen, die nun alle an zentralen Stellen zusammengefasst werden, überhäuft.⁶⁸⁹ Es braucht nun Zeit, bis sich alles eingependelt hat und die neue Behörde über die grosse Anzahl von Fällen auch wirklich einen

⁶⁷⁹ NIEDERHAUSER, S. 41.

⁶⁸⁰ NIEDERHAUSER, S. 41.

⁶⁸¹ LEUENBERGER, Interview.

⁶⁸² BENZ-GARTENMANN, Interview.

⁶⁸³ ROTEN, Interview; LEUENBERGER, Interview.

⁶⁸⁴ BOPP-KISTLER, Interview.

⁶⁸⁵ GÖSSI, Interview; BOPP-KISTLER, Interview.

⁶⁸⁶ WETTSTEIN, Interview.

⁶⁸⁷ WETTSTEIN, Interview.

⁶⁸⁸ BENZ-GARTENMANN, Interview; RIPPE, Interview.

⁶⁸⁹ SCHMIEDER, Interview.

Überblick hat. Durch die Änderungen wurde verstärkt ein zentralistischer Aufbau realisiert. Es wird nicht mehr in einzelnen Gemeinden eine Vormundschaftsbehörde geführt, sondern dies wurde umstrukturiert. Mehrere Vormundschaftsbehörden wurden jeweils zu einer KESB zusammengeschlossen, womit eine Vereinheitlichung und Verbesserung in Richtung Professionalisierung ermöglicht wird.⁶⁹⁰

Durch die Umorganisation besteht nun mehr Rechtssicherheit.⁶⁹¹ Der administrative Aufwand ist momentan allerdings grösser als vor den gesetzlichen Änderungen.⁶⁹² Ob die umorganisierte, neue Lösung billiger ist, bleibt zu bezweifeln.⁶⁹³ Es werden hohe Ansprüche an alle Beteiligten gesetzt, wobei es wichtig ist, dass auch auf finanzieller Ebene genügend Geld eingesetzt wird.⁶⁹⁴ Es wurde auf eine Professionalisierung hingewirkt, was mit einer Aufwands- und Qualitätssteigerung und somit automatisch auch einer Kostensteigerung in Zusammenhang steht (z.B. sind immer drei Leute für wichtige Entscheidungen verantwortlich). Die neu gestellten Anforderungen sind denn auch hoch, daher muss auch entsprechend investiert werden.⁶⁹⁵

Im Erwachsenenschutzrecht treffen ganz verschiedene Denkweisen aufeinander – psychiatrische, allg. medizinische, juristische und behördliche Sichtweisen. Diese müssen gebündelt und zu gemeinsamen Lösungen geführt werden.⁶⁹⁶

Fallbeispiel:

Ein Mann mit Demenz bewohnt das Heim Sonnweid. Als nahestehende und betreuende Personen hat er eine ehemalige Lebenspartnerin und eine Beiständin. Diese ehemalige Lebenspartnerin (wobei nie eine Ehe bestand) beschwert sich bei der KESB über die Beiständin und über die Pflegeinstitution Sonnweid. Die Beschwerde über die Beiständin muss von der KESB bearbeitet werden. Das Aufsichtsorgan der Heime ist jedoch der Bezirksrat.⁶⁹⁷

Schlussfolgerung:

Streng genommen müsste die Sonnweid sodann keine Auskünfte an die KESB weitergeben, denn der Bezirksrat müsste diesbezüglich handeln. In derartigen Fallkonstellationen herrscht

⁶⁹⁰ LEUENBERGER, Interview.

⁶⁹¹ RIPPE, Interview.

⁶⁹² BENZ-GARTENMANN, Interview.

⁶⁹³ SCHMIEDER, Interview; GÖSSI, Interview.

⁶⁹⁴ RÄBER, Interview.

⁶⁹⁵ GÖSSI, Interview; RÄBER, Interview.

⁶⁹⁶ RÄBER, Interview.

⁶⁹⁷ SCHMIEDER, Interview.

grosse Unklarheit in der Praxis. Es besteht Klärungsbedarf bezüglich gewisser Rollenverteilungen und Zuständigkeiten.⁶⁹⁸

4. Fazit

Durch die Neuorganisation der KESB wurden die Stellen zentraler vereinigt. Meiner Ansicht nach ist es sehr erstrebenswert, dass die gewünschten Ziele einer Professionalisierung und der damit verbundenen, objektiveren Betrachtungsweise tatsächlich erreicht werden. Es wird sich jedoch noch zeigen, ob die revidierte Organisation der KESB auch in der Praxis optimal umsetzbar ist. In der Anfangsphase musste die neue KESB eine grosse Flut an Fällen übernehmen. Daher müssen vorerst noch Erfahrungen gesammelt werden, bevor ein klares Urteil über die organisatorischen Neuerungen gefällt werden kann. Schliesslich darf nach der hier vertretenen Auffassung nicht in den Hintergrund treten, dass unbedingt genügend finanzielle Mittel eingesetzt werden müssen, um eine gut funktionierende und stabile Behörde zu erhalten und zu fördern.

Letztlich besteht noch Klärungsbedarf bezüglich gewisser Zuständigkeiten. Eine klare Verteilung der Rollen (KESB, Bezirksrat etc.) müsste hier meines Erachtens in absehbarer Zeit vorgenommen werden (vgl. Fallbeispiel).

XI. Melderechte und –pflichten unter Berufsgeheimnis

1. Fragestellung

Wurde durch die Neuregelung von Art. 443 ZGB (i.V.m. Art. 453 ZGB) eine ärztliche Meldung eher verlangsamt, bzw. ist der Weg heute mit mehr Aufwand verbunden, um eine Meldung an die Behörden (KESB) zu machen?

2. Rechtslage und Theorie

Gem. Art. 443 Abs. 1 ZGB kann jede Person der KESB Meldung erstatten, wenn eine Person hilfsbedürftig erscheint. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über das Berufsgeheimnis. Somit besteht für Personen, die einem rechtlich geschützten Berufsgeheimnis unterliegen – darunter sind auch die Ärzte zu subsumieren – grundsätzlich kein Melderecht.⁶⁹⁹ Nur sofern sie von der berechtigten Person selber, oder nach einem Gesuch an die vorgesetzte Behörde

⁶⁹⁸ SCHMIEDER, Interview.

⁶⁹⁹ BGE 83 IV 197; FamKomm Erwachsenenschutz, STECK, Art. 443 ZGB N 14.

oder die Aufsichtsbehörde, durch schriftlich erteilte Bewilligung von der Geheimnispflicht entbunden worden sind, steht ihnen ein solches Melderecht zu.⁷⁰⁰

Gem. Art. 453 ZGB arbeiten die KESB, die betroffenen Stellen und die Polizei zusammen, wenn die ernsthafte Gefahr besteht, dass eine hilfsbedürftige Person sich selbst gefährdet oder ein Verbrechen oder Vergehen begeht, mit dem sie jemanden körperlich, seelisch oder materiell schwer schädigt.⁷⁰¹ In einer derartigen Lage sind die Personen, die dem Amts- oder Berufsgeheimnis unterstehen, zur Erstattung einer Meldung befugt.⁷⁰² In diesen Fällen ist die Einholung der Zustimmung einer Behörde entbehrlich.⁷⁰³

3. Praxis und Lösungsmöglichkeiten

Früher gab es eine andere Regelung für die Ärzteschaft. Bereits wenn festgestellt wurde, dass eine Situation auffällig ist, konnte man als Arzt direkt an die KESB gelangen. Heute muss man sich, ausser in dringlichen Fällen und wenn jemand akut gefährdet ist (gem. Art. 453 ZGB), zuerst vom Berufsgeheimnis entbinden lassen. Diese Neuregelung wird insgesamt in der Umsetzung, v.a. von den Ärzten, als sehr zeitraubend und nur mässig praktikabel wahrgenommen.⁷⁰⁴

Fallbeispiel 1:

Bei einem Ehepaar, bei dem beide Ehegatten dement waren, verschwand innert kürzester Zeit sehr viel Geld. Anfänglich informierte die Ärztin den Sohn über gewisse von ihr beobachteten Merkwürdigkeiten. Dieser äusserte sich jedoch dahingehend, dass der Vater nicht wolle, dass sie Hilfeleistungen ergreife. Er war auch der Meinung, wenn er den Fall als Sohn melde, würde das Vertrauensverhältnis zwischen dem Vater und ihm geschädigt. Schliesslich hat sich die Ärztin aber vom Berufsgeheimnis entbinden lassen und eine Meldung gemacht. Durch den ganzen Meldeprozess verstrichen ca. zwei Wochen. In dieser Zeit wurde das Ehepaar um viel Geld betrogen. Nach altem Gesetz hätte dies durch ein kurzes Telefon der Ärztin verhindert werden können. Bei Dringlichkeit und akuter Gefährdung ist dies zwar auch heute möglich (Art. 453 ZGB). In casu konnte man zum Zeitpunkt an dem erstmals festgestellt wurde, dass

⁷⁰⁰ FamKomm Erwachsenenschutz, STECK, Art. 443 ZGB N 14; Gesundheitsdirektion, Leitfaden, S. 8.

⁷⁰¹ Vgl. Art. 453 Abs. 1 und 2 ZGB; vgl. auch Art. 11 Abs. 3 OHG.

⁷⁰² FamKomm Erwachsenenschutz, STECK, Art. 443 ZGB N 16.

⁷⁰³ Botschaft ZGB, S. 7091; FamKomm Erwachsenenschutz, STECK, Art. 443 ZGB N 16.

⁷⁰⁴ BOPP-KISTLER, Interview.

etwas seltsam ist, noch nicht abschätzen, dass es sich um eine akute Gefährdung gem. Art. 453 ZGB handeln könnte.⁷⁰⁵

Schlussfolgerung:

Hätte die Ärztin eine Meldung machen können, bereits direkt nachdem sie auf erste Merkwürdigkeiten aufmerksam wurde, so hätte in diesem Fall eine Straftat verhindert werden können. Ob Dringlichkeit und eine akute Gefährdung gegeben ist oder nicht, kann sehr schwierig zu beurteilen sein. Meiner Auffassung nach sollte es jedoch möglich sein, dass Personen unter Berufsgeheimnis handeln können, auch wenn nur „höchstwahrscheinlich eine Notfallsituation“ vorliegt. Ansonsten kann der Prozess u.U. zu lange dauern, um ein Strafdelikt verhindern zu können.

Fallbeispiel 2:

Eine frontotemporal-demenzerkrankte Person belästigte Kinder einer Pfadfindergruppe.

Schlussfolgerung:

In diesem Fall durfte sofort informiert werden.⁷⁰⁶ Hier war eine klare Notfallsituation gegeben, daher durfte direkt informiert werden, ohne dass eine Entbindung vom Berufsgeheimnis notwendig war.

4. Fazit

Dass man als Arzt – mittels schriftlichem Gesuch – zuerst vom Berufsgeheimnis entbunden werden muss, bevor man eine Meldung an die KESB machen kann, ist neu. Diese Regelung wird insgesamt als stossend wahrgenommen, da durch den Meldeprozess ein Zeitfenster entsteht, in dem man nicht reagieren kann. Meines Erachtens kann es sehr schwierig sein, in einem gewissen Zeitpunkt genau einschätzen zu können, ob es sich bereits um eine Notfallsituation handelt (womit man nach Art. 453 ZGB handeln könnte) oder nicht. Nach hier vertretener Auffassung wäre eine Präzisierung, wobei die Ärzte auch in „möglicherweise bestehenden Notfallsituationen“ direkt eine Meldung an die KESB machen dürften (ohne vorgängige Entbindung vom Berufsgeheimnis), allenfalls angebracht.

⁷⁰⁵ BOPP-KISTLER, Interview.

⁷⁰⁶ BOPP-KISTLER, Interview.

F. Schlussbetrachtung

Wie in einem ersten Teil der Arbeit veranschaulicht wurde, können die gesetzlichen Änderungen im Kindes- und Erwachsenenschutzrecht als bedeutende und sehr wichtige Neuerungen angesehen werden.

Eine grosse Anzahl Betroffener leidet unter den Folgen einer Demenz-Erkrankung. Wie klar gemacht wurde, gibt es verschiedenste Demenzen, welche meist sehr komplexe und facettenreiche Krankheitsbilder aufweisen und sich bei jeder Person anders äussern können. Eine frühzeitige Abklärung kann sehr hilfreich sein und sollte unbedingt gefördert werden, damit eine bestmögliche Behandlung und Betreuung erfolgen kann. Obwohl es keine Heilung gibt, kann durch eine rechtzeitige Diagnose die Lebenserwartung tatsächlich gesteigert und der Verlauf der Krankheit etwas verzögert werden. Durch einen allgemein gesunden Lebensstil – in dem körperliche und geistige Fitness sowie eine gesunde Ernährung eine grosse Rolle spielen – können (v.a. bei der vaskulären Demenz) gewisse Risikofaktoren reduziert und Ausprägungsfaktoren verhindert werden.

Unter dem Abschnitt zur Urteils(un)fähigkeit wurden verschiedene Betrachtungsweisen einbezogen. Die rechtliche und medizinische Sichtweise sind grundsätzlich nebeneinander anzuwenden, da ohne eine medizinische Beurteilung der Krankheit eine juristische Einschätzung kaum möglich ist. Eine Kooperation zwischen verschiedenen Fachleuten ist allgemein sehr wünschenswert und teilweise auch noch ausbaufähig. Juristen, Ärzte, Sozialarbeiter, Ethiker, Pflegepersonal, Angehörige etc. sollten von einer optimalen Zusammenarbeit profitieren, um noch bessere und effizientere Ergebnisse in der Beurteilung der Urteils(un)fähigkeit erzielen zu können. Bei der Feststellung der Urteilsfähigkeit bzw. -unfähigkeit hat sodann auch die ethische Betrachtungsweise einen hohen Stellenwert. Meist werden in Bezug auf die Urteils(un)fähigkeit moralische (Wert)urteile über Menschen mit einer Demenz gebildet, welche gerechtfertigt sein können oder auch nicht. Durch die Autonomie-Kriterien kann entschieden werden, ob eine Person betreffend einer Entscheidung als urteilsfähig anzusehen ist oder nicht. Letztlich ergänzen sich alle Kriterien, die unter den verschiedenen Betrachtungsweisen aufgeführt wurden. Egal, ob man nun von der rechtlichen, medizinischen oder ethischen Sicht auf die Urteils(un)fähigkeit blickt, grundsätzlich sind immer dieselben ausschlaggebenden Punkte der Einsichts- und Willensfähigkeit unter den verschiedenen Kriterien enthalten. Es hat sich gezeigt, dass eine exakte Feststellung der Urteils(un)fähigkeit einer Person mit Demenz manchmal äusserst schwierig sein kann. Der Beurteilung eines jeden Einzelfalles kommt daher sehr grosses Gewicht zu.

Insgesamt werden die gesetzlichen Neuerungen im Erwachsenenschutzrecht in Praxis und Alltag als sehr positiv wahrgenommen. Als erleichternd und sehr hilfreich empfunden werden im Allgemeinen die Instrumente der eigenen Vorsorge, der Vorsorgeauftrag (gem. Art. 360 ff. ZGB) und die Patientenverfügung (gem. Art. 374 ff. ZGB). Es ist meines Erachtens jedoch sehr zu empfehlen, dass v.a. der Vorsorgeauftrag vermehrt genutzt wird und noch mehr Öffentlichkeitsarbeit in Richtung Aufklärung und Sensibilisierung getätigt wird. Viele Handlungsweisen betreffend Patientenverfügungen wurden bereits unter altem Recht in die Praxis umgesetzt, auch wenn sie noch nicht im Gesetz verankert waren. Dabei kann heute oftmals an der bestehenden Erfahrung angeknüpft werden. In dringlichen Situationen (gem. Art. 372 Abs. 1 ZGB) mussten die Ärzte auch unter altem Recht handeln können, wobei sich diesbezüglich nicht viel verändert hat. Die im Gesetz neu verankerten Regelungen zum Betreuungsvertrag (gem. Art. 382 ZGB) und der Bewegungseinschränkung unter den entsprechenden Voraussetzungen (gem. Art. 383 ZGB) dienen als bedeutende Hilfeleistung in der Praxis. Grundsätzlich wird auch der neu eingeführte Absatz 3 von Art. 386 ZGB – der Möglichkeit zur freien Arztwahl – als positiv wahrgenommen. Bloss bei der tatsächlichen Umsetzung muss dabei einiges an Mehraufwand geleistet werden. Die Neuorganisation der KESB wird insgesamt als positive Änderung empfunden. Man erhofft sich eine Professionalisierung und eine objektivere Herangehensweise an die verschiedenen Fälle. Mit der neuen Ausgestaltung müssen jedoch noch einige Erfahrungen gesammelt werden, bevor ein klares Urteil gebildet werden kann.

Durch die Interviews mit verschiedensten Fachleuten konnte ich Bereiche herausfiltern, in denen noch Handlungsbedarf besteht bzw. Unklarheiten vorhanden sind. So z.B. herrscht noch Unsicherheit, ob die Einsetzung von mehreren Personen bei einem Vorsorgeauftrag zu Komplikationen führen wird. Weiter bleibt umstritten, ob bei Patientenverfügungen eine gesetzliche Befristung eingeführt werden sollte. Zwar herrscht schweizweit ein Konsens, dass die Verfügungen nicht älter als zwei Jahre sein sollten, die Betrachtung eines jeden Einzelfalles steht jedoch im Vordergrund. Man sollte sich stets die kritische Frage vor Augen halten, ob überhaupt jeder erdenkliche Einzelfall rechtlich bis ins Detail normiert werden kann und soll. Zudem besteht ein grosses Bedürfnis nach einer einheitlichen Regelung der verschiedenen Hinterlegungsorte, von letztwilligen Verfügungen, Vorsorgeaufträgen und Patientenverfügungen. Auch bei der Umsetzung der gesetzlichen Vertretungsrechte sind teilweise noch Unklarheiten vorhanden. Meiner Auffassung nach wird eher zögerlich Hilfe von den Behörden beansprucht. Die Fallkonstellation, bei der durch die Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertreter etc. bereits früher Unterstützung beigezogen werden sollte, scheint

relativ häufig. Eine behördliche Intervention kann auch Klarheit verschaffen und betreuende Personen entlasten bzw. sie in ihrem Handeln unterstützen. Viele Leute wollen diese Tatsache oftmals (zu) lange nicht einsehen. Weiter schafft die Vertretung bei medizinischen Massnahmen insofern Probleme, als die praktischen Erfahrungen noch fehlen, insbesondere in Zusammenhang mit Art. 378 Abs. 1 Ziff. 4 ZGB. Hier besteht noch Klärungsbedarf. Allenfalls sollten gewisse Bereiche der Kaskadenordnung noch präzisiert werden. Auch bezüglich der unterschiedlichen rechtlichen Klassifikation von psychischen und physischen Störungen herrscht noch eine Meinungsvielfalt. Meiner Auffassung nach handelt es sich bei der Grunderkrankung der Demenz um eine körperliche Krankheit, die zusätzlich (v.a. in fortgeschrittenem Stadium) psychische Leiden hervorbringt. Allerdings muss eine Praxis entwickelt werden, wie sich diese Unterscheidung rechtlich auswirkt. Der Gesetzgeber macht hier nämlich einen Bruch zwischen körperlichen Erkrankungen (gem. Art. 378 ZGB) und psychischen Störungen (gem. Art. 380 i.V.m. Art. 426 ff. ZGB). In welchem Fall eine bewegungseinschränkende Massnahme keine genügende Selbstbestimmung mehr zulässt, muss auch sehr einzelfallabhängig beurteilt werden und bedarf eines sensiblen Umganges mit den Betroffenen. Es gibt jedoch unterschiedlichste Ansichten, welche spezifischen Massnahmen angewandt werden sollten und welche nicht. Meines Erachtens muss hier eine Einzelfallbetrachtung vorgenommen werden, wobei grundsätzlich jede Massnahme einer Verhältnismässigkeitsprüfung unterzogen werden muss. Schliesslich wird die neue Regelung von Art. 442 ZGB (i.V.m. Art. 453 ZGB), in der ein Arzt in einem spez. Verfahren vom Berufsgeheimnis entbunden werden muss, als stossend wahrgenommen. Dadurch kann entscheidende Zeit verstreichen, in der bei einer problematischen Fallkonstellation allenfalls gehandelt werden könnte. Möglicherweise wäre hier eine Präzisierung angebracht, dass die Ärzte z.B. auch in „höchstwahrscheinlich bestehenden Notfallsituationen“ direkt eine Meldung an die KESB machen dürften.

Viele praktische Erfahrungen mit dem neuen massgeschneiderten Erwachsenenschutzrecht müssen vorerst noch gesammelt werden, um ein repräsentatives Abbild der tatsächlichen Umsetzung dieser neuen Regelungen zu erhalten. Meines Erachtens ist es jedoch nahe liegend, dass schon bald die Verwirklichung einiger der aufgeführten Kritikpunkte in Angriff genommen wird und werden muss. Dadurch könnten die neuen Instrumente der eigenen Vorsorge, die gesetzlichen Vertretungsrechte und die weiteren Massnahmen bei Urteils(un)fähigkeit im Erwachsenenschutzrecht noch effizienter gestaltet werden.

Es bleibt zu hoffen, dass das Bewusstsein um die grosse Bedeutung der neuen Regelungsmöglichkeiten der eigenen Vorsorge vermehrt geschärft wird, und auch weitere unterstützende Schritte für das neue Erwachsenenschutzrecht und die damit verbundene Selbstbestimmung realisiert werden. Wir können gespannt sein, was uns die Zukunft bringen wird.

EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende schriftliche Arbeit selbständig und nur unter Zuhilfenahme der in den Verzeichnissen oder in den Anmerkungen genannten Quellen angefertigt habe. Ich versichere zudem, diese Arbeit nicht bereits anderweitig als Leistungsnachweis verwendet zu haben. Eine Überprüfung der Arbeit auf Plagiate unter Einsatz entsprechender Software darf vorgenommen werden.

Schwyz, _____

Raphaella Isabella Reichlin

ANHANG

ANHANG 1:

MINI-MENTAL-STATUS-TEST (MMS-TEST)⁷⁰⁷

Ärztin/Arzt: (Stempel)

Datum:

Tag	Monat	Jahr	

Patientin, Patient:

Name

Vorname

2

	Mini Mental Status	0 oder 1 Punkt
Zeitliche Orientierung	Welcher Wochentag ist heute? (z.B. Montag)	
	Welches Jahr haben wir?	
	Welche Jahreszeit? (z.B. Frühling)	
	Welchen Monat? (z.B. Januar)	
	Welches Datum? (korrekt ist +/- 1 Tag)	
Örtliche Orientierung	Wo sind wir hier? (z.B. Praxisadresse)	
	Auf welchem Stockwerk?	
	In welcher Ortschaft?	
	In welchem Kanton?	
3 Wörter wiederholen	«Zitrone»	
	«Schlüssel»	
	«Ball»	
Rechnen	«Können Sie von der Zahl 100 jeweils 7 abziehen?»	
	(93)	
	(86)	
	(79)	
	(65)	
Gedächtnis	«Welche 3 Wörter haben Sie vorhin nachgesprochen?»	
	(Zitrone)	
	(Schlüssel)	
Benennen	«Was ist das?» (Bleistift vorzeigen)	
	«Was ist das?» (Armbanduhr vorzeigen)	
Nachsprechen	Sagen Sie dem Patienten: «Sprechen Sie mir nach: «Bitte keine Wenn und Aber.»»	
Drei-Punkte-Befehl	Legen Sie ein Blatt Papier auf den Tisch und sagen Sie zusammenhängend: «Nehmen Sie das Blatt Papier mit Ihrer rechten Hand, falten Sie es in der Mitte und lassen Sie es auf den Boden fallen!»	
Schriftliche Aufforderung	Zeigen Sie Ihrem Patienten die schriftliche Aufforderung: «Bitte schliessen Sie Ihre Augen» und sagen Sie: «Lesen Sie dies laut vor und führen Sie es aus!»	
Satz schreiben	Lassen Sie den Patienten spontan einen Satz schreiben.	
Figur abzeichnen	Legen Sie dem Patienten die Vorlage mit den zwei Fünfecken vor (Skizzenblatt) und geben Sie folgende Instruktion: «Zeichnen Sie bitte diese Figur ab!»	
Total MMS:	(Maximum = 30 Punkte, Minimum = 0 Punkte) Interpretation: siehe Anleitung auf Blatt 3.	

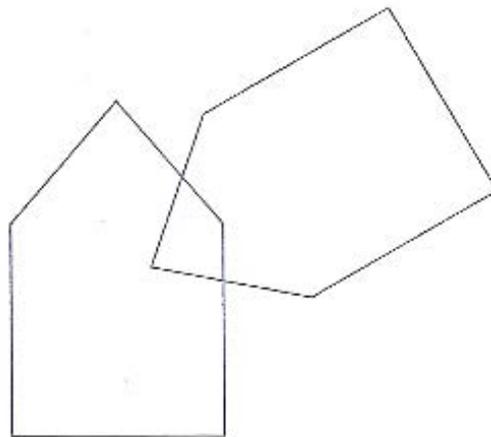
Referenz: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975). «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research; 12(3): 189 – 98.

⁷⁰⁷ Institut für Rechtsmedizin, Unterlagen ausgehändigt durch Dr. med. Tamara Rohner Sonderegger, Oberärztin, Fachärztin für Rechtsmedizin, Verkehrsmedizinerin SGRM, Verkehrsmedizin & Forensische Psychiatrie.

107

2
Mini Mental Status

**Bitte zeichnen Sie diese
Figur ab!**



ANHANG 2:**UHRENTTEST⁷⁰⁸**

Uhrentest

ETIKETTE

Instruktion Zeichnung

Bitte zeichnen Sie eine Uhr mit allen Zahlen und Zeigern die nötig sind und sagen Sie mir, wenn Sie fertig sind.

Instruktion Uhrzeit eintragen

Bitte schreiben Sie nun die Uhrzeit in Ihrer gezeichneten Uhr in den unteren Kasten – so wie es z.B. im Fernsehheft oder im Zugfahrplan stehen würde.

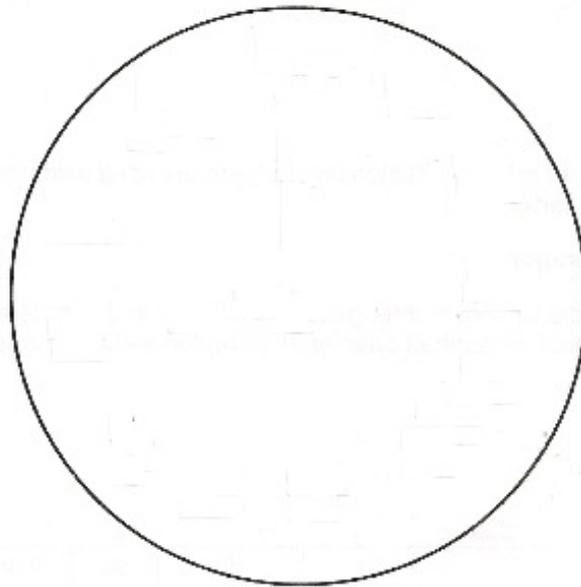
Auswertung

		Ja	Nein
Ist die Zahl "12" Korrekt plaziert	2		
Sind genau 12" Zahlen vorhanden	1		
Kann man zwei Zeiger unterscheiden?	2		
Entspricht die abgelesene Zeit die gezeichneten Zeit?	2		
Tota	7		

FD04-155.02

⁷⁰⁸ Institut für Rechtsmedizin, Unterlagen ausgehändigt durch Dr. med. Tamara Rohner Sonderegger, Oberärztin, Fachärztin für Rechtsmedizin, Verkehrsmedizinerin SGRM, Verkehrsmedizin & Forensische Psychiatrie.

Bitte zeichnen Sie eine Uhr!



Bezeichnen Sie die Zeit auf Ihrer Uhr
so, wie sie z.B. in einem Fahrplan
stünde.

A rectangular box is provided for the participant to write down the time indicated on their clock drawing, such as '14:30' or '15:00'.

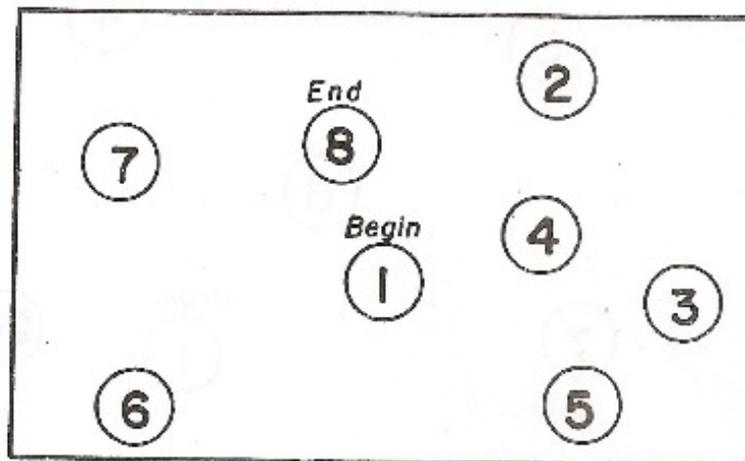
ANHANG 3:

TRAIL-MAKING-TEST PART A⁷⁰⁹

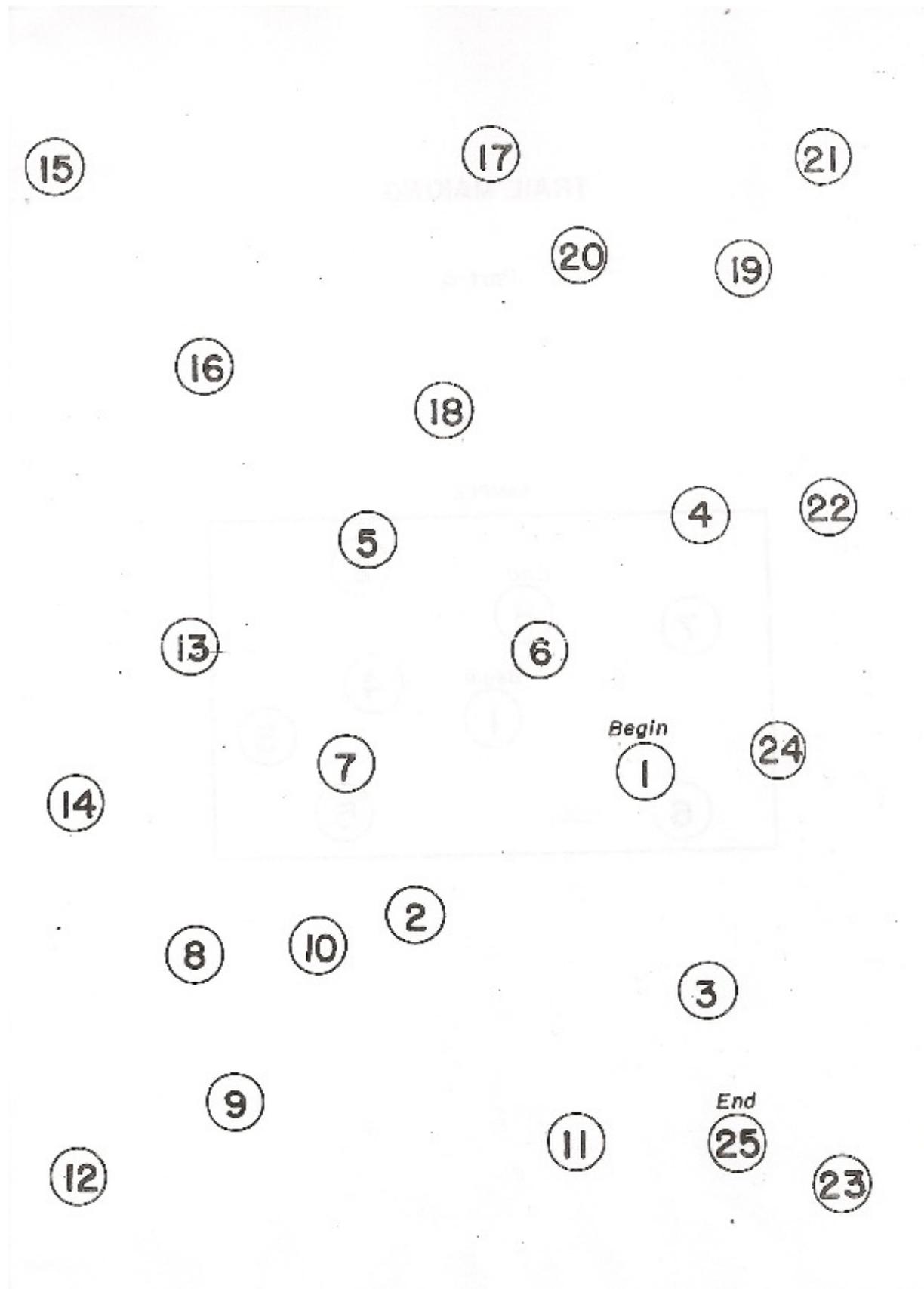
TRAIL MAKING

Part A

SAMPLE

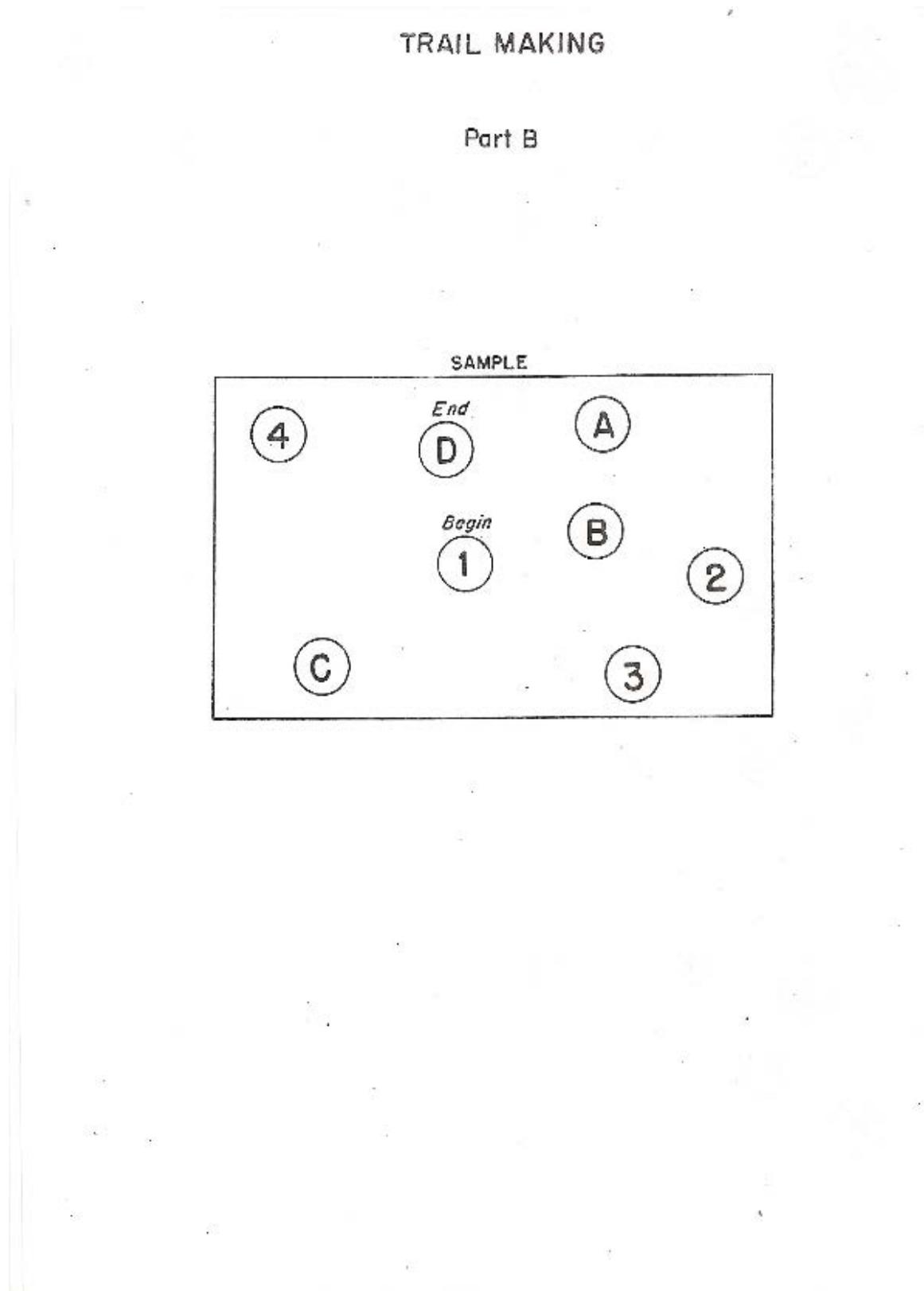


⁷⁰⁹ Institut für Rechtsmedizin, Unterlagen ausgehändigt durch Dr. med. Tamara Rohner Sonderegger, Oberärztin, Fachärztin für Rechtsmedizin, Verkehrsmedizinerin SGRM, Verkehrsmedizin & Forensische Psychiatrie.

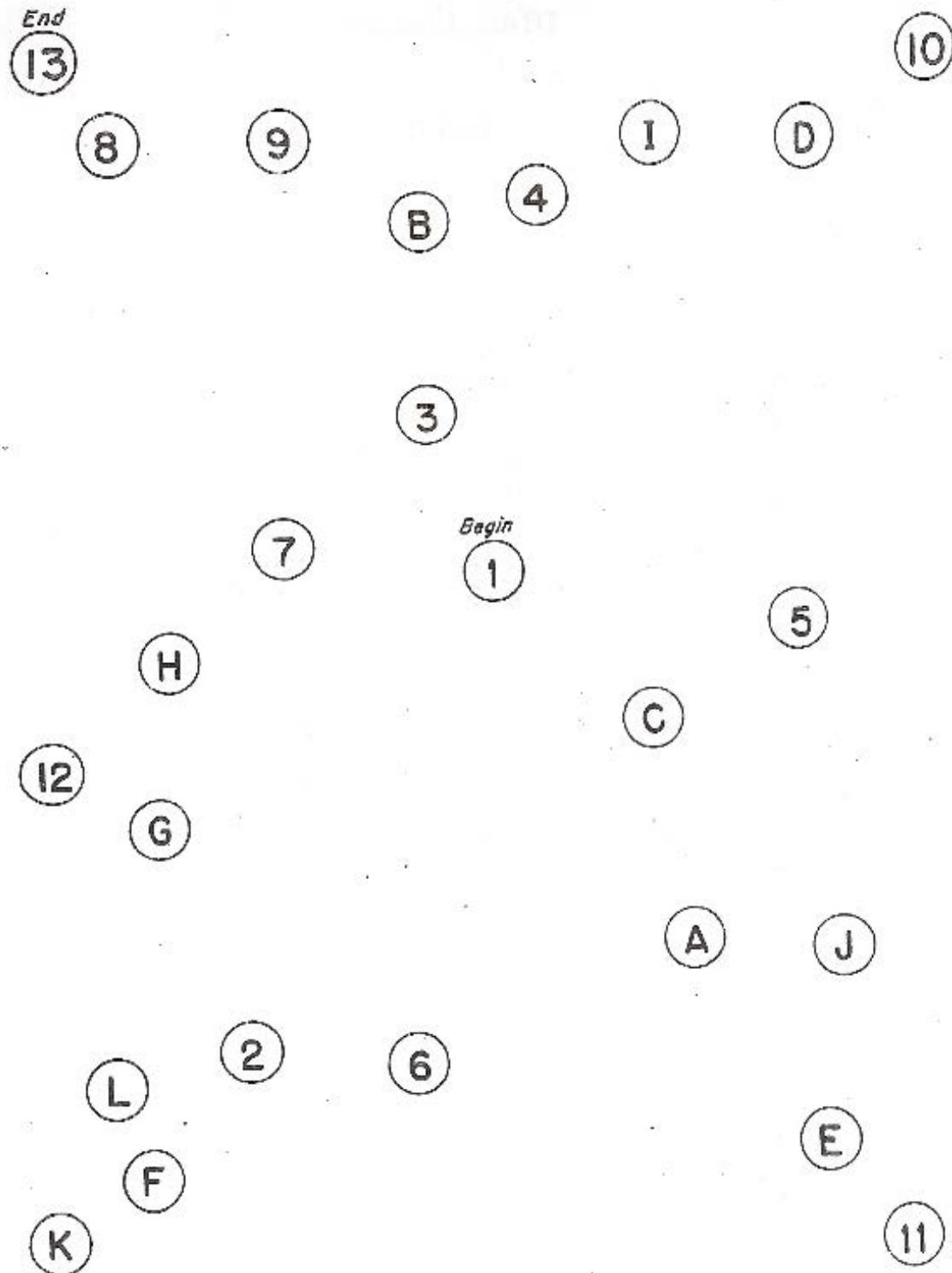


ANHANG 4:

TRAIL-MAKING-TEST PART B⁷¹⁰



⁷¹⁰ Institut für Rechtsmedizin, Unterlagen ausgehändigt durch Dr. med. Tamara Rohner Sonderegger, Oberärztin, Fachärztin für Rechtsmedizin, Verkehrsmedizinerin SGRM, Verkehrsmedizin & Forensische Psychiatrie.



ANHANG 5:**ÄRZTLICH ANGEORDNETE FÜRSORGERISCHE UNTERBRINGUNG (FU)⁷¹¹**

Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB, SR 210) Art. 429 Abs. 1 und Art. 314b Abs. 1 in Verbindung mit § 51 des Einführungsgesetzes zum Bundesgesetz (BGS 211.1(10))

Name:	Vorname:
Geb.-Datum:	Adresse:

wird hiermit für maximal 6 Wochen untergebracht in (Name und Adresse der **Einrichtung**):

Zuständig für die **Entlassung** ist die Einrichtung. Die Entlassung muss der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Zug mitgeteilt werden (Adresse vgl. Rückseite).

Die Einrichtung wird beauftragt, bei Bedarf nach Verlängerung rechtzeitig vor Ablauf der sechswöchigen Frist (spätestens 8 Tage vor Ablauf) bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Zug einen begründeten Antrag auf behördliche Unterbringung einzureichen.

Gründe der Unterbringung (Wortlaut des Gesetzes):

- Psychische Störung
- Geistige Behinderung
- Schwere Verwahrlosung

Es besteht:

- Selbstgefährdung
- Fremdgefährdung

Zweck der Unterbringung:

- Behandlung
- Betreuung

Kurze **Umschreibung** des Sachverhalts (Zustand der betroffenen Person, Umstände) und der ärztlichen Untersuchung (zwingend):

Befund:

Ort, Datum und Zeitpunkt der persönlichen Untersuchung durch den anordnenden Arzt:

⁷¹¹ Online abrufbar unter <<http://www.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/berufe/aerzte.html>> Formular Fürsorgerische Unterbringung (FU) durch Ärztin/Arzt (besucht am 15.08.2013).

Die betroffene Person wurde in verständlicher Weise über die Gründe und den Zweck der geplanten Unterbringung sowie über die vorgesehene Einrichtung informiert. Sie konnte dazu Stellung nehmen und wurde auf ihr Beschwerderecht aufmerksam gemacht (Art. 430 Abs. 1 ZGB).

Die betroffene Person hat sich wie folgt zur Unterbringung geäußert:

.....

Das rechtliche Gehör könnte aus folgenden Gründen nicht gewährt werden:

.....

Die betroffene Person will die erforderliche stationäre Unterbringung nicht freiwillig in Anspruch nehmen bzw. kann aufgrund ihrer Urteilsunfähigkeit nicht einwilligen.

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diese Anordnung kann die betroffene oder eine ihr nahestehende Person sowie ihre gesetzliche Vertretung innert 10 Tagen seit Mitteilung schriftlich das Verwaltungsgericht Zug anrufen. Die Beschwerde muss nicht begründet werden (Art. 450e Abs. 1 ZGB). Der Beschwerde ist von Gesetzes wegen die aufschiebende Wirkung entzogen (Art. 430 Abs. 3 ZGB).

Ort, Datum

Name/Adresse des Arztes/der Ärztin (Stempel)

Unterschrift

.....

Diese **Unterbringungsverfügung** geht an:

1. **Betroffene Person** durch Aushändigung im Original

Betroffene Person und allenfalls gesetzliche Vertretung:

Annahme verweigert

2. **Einrichtung** durch Aushändigung einer Kopie (Name der Einrichtung):

.....

3. **Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Zug** durch Zusendung einer Kopie (Vermerk "Vertraulich"), zuhanden von Frau Gabriella Zlauwini, Präsidentin, Bahnhofstrasse 12, Postfach 27, 6301 Zug

4. **Information** einer nahestehenden Person:

Folgende nahestehende Person wird mit dem Einverständnis der betroffenen Person schriftlich über die ärztliche Unterbringung und die Möglichkeit, das Gericht anzurufen, informiert (bei Einverständnis der betroffenen Person mittels einer Kopie der Unterbringungsverfügung):

durch Aushändigung

per Post (Zustellung mit A-Post)

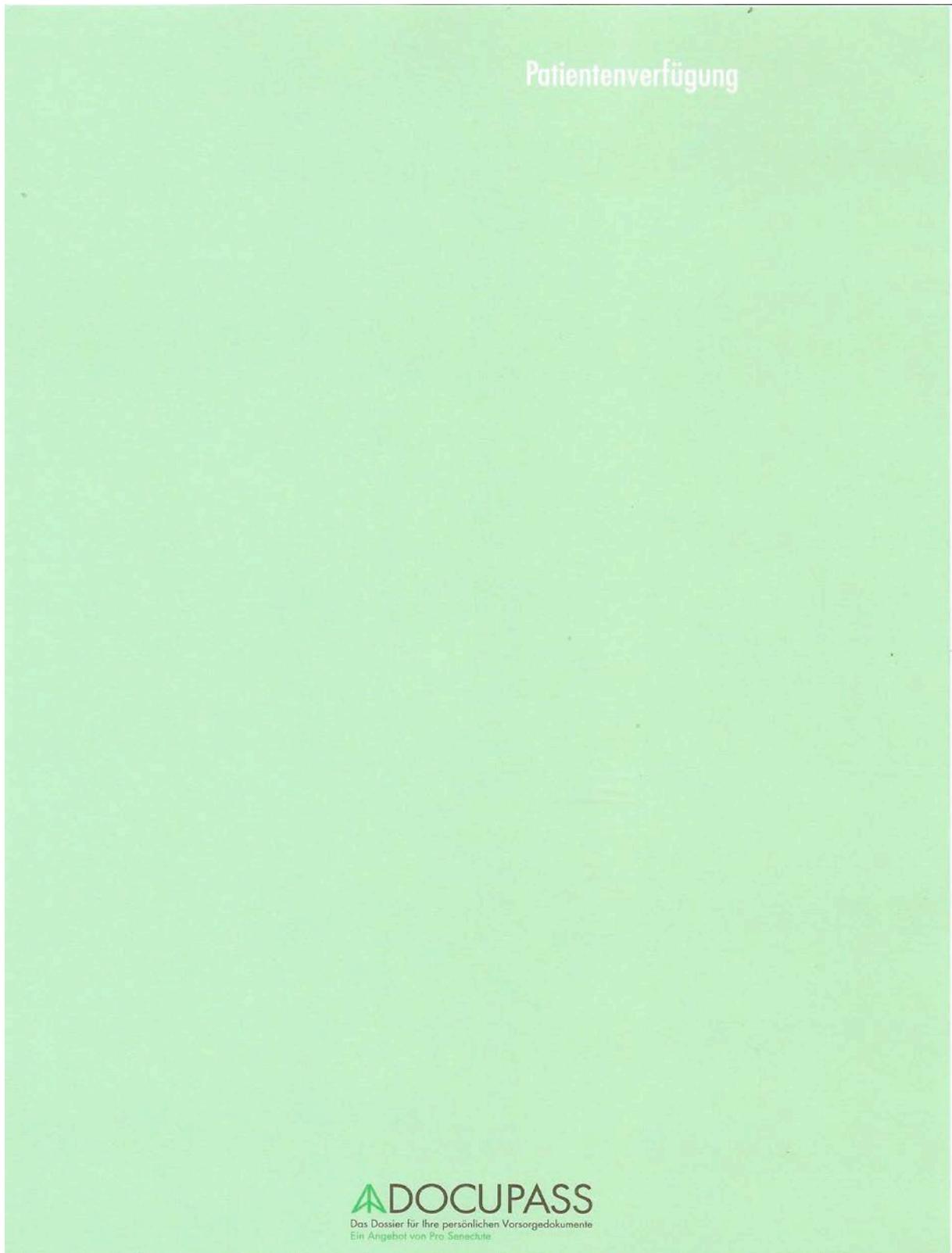
Name und Adresse der nahestehenden Person:

.....

keine nahestehende Person bezeichnet

ANHANG 6:

DOCUPASS – PRO SENECTUTE SCHWEIZ⁷¹²



⁷¹² Pro Senectute Schweiz, Bestellung DOCUPASS-Vorsorgedokumente über folgenden Link: Online abrufbar unter <<http://www.pro-senectute.ch/shop/docupass-patientenverfuegung.html>> (besucht am 06.08.2013).

Meine Bestimmung
Patientenverfügung

Personalien der verfügenden Person

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Im Besitze meiner geistigen Gesundheit bekunde ich nachstehend meinen Willen für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, eine Entscheidung zu treffen und/oder diese mitzuteilen. Ich wünsche, dass die Instruktionen der von mir bevollmächtigten Personen uneingeschränkt befolgt werden. Meine hiermit geäußerten Willensbekundungen und Anordnungen sollen Ärzte und Pfltegeteam sowie Angehörige und Freunde unterstützen und entlasten.

I Anweisungen für medizinische Behandlungen

II Anweisungen bei einer Prognose irreversibler Schädigung infolge Krankheit/Unfall

Für den Fall, dass ich Opfer einer schweren Gehirnschädigung werde, die zur dauernden und irreversiblen Beeinträchtigung meiner Denk- und/oder Kommunikationsfähigkeit führt (schwere degenerative Erkrankung des Gehirns mit zunehmender Demenz oder schwerer Hirnschädigung mit irreversiblen Defiziten in vielen Bereichen und eingeschränktem Bewusstsein) oder für den Fall, dass ich im Sterben liege, treffe ich folgende Verfügungen:

Ich verweigere **alle** diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen, auch Operationen und den Einsatz von Apparaten, die eine Lebensverlängerung bezwecken.

ja nein

Im Speziellen entscheide ich mich für folgende Massnahmen (fakultativ)

Ich möchte medikamentöse lebensverlängernde Behandlung(en), aber keine Operation(en) und keinen Einsatz von Apparaten.

ja nein

Im Bedarfsfall wünsche ich eine künstliche Flüssigkeitszufuhr mittels Sonde oder Infusion.

ja nein

Im Bedarfsfall wünsche ich eine künstliche Ernährung mittels Sonde oder Infusion.

ja nein

Bei Infektionen möchte ich mit Antibiotika behandelt werden.

ja nein

Andere: _____



Das Dossier für Ihre persönlichen Vorsorgedokumente
Ein Angebot von Pro Senectute

Unterschrift: _____

1/6

1.2 Palliativmedizinische Massnahmen

Unter allen Umständen wünsche ich alle palliativmedizinischen Massnahmen für ein bestmögliches Befinden (medizinische, pflegerische, physiotherapeutische Massnahmen etc.) insbesondere bei Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Unruhe, Angst oder anderen psychischen Leiden, und nehme auch eine allfällige therapiebedingte Bewusstseinstäubung in Kauf.

ja nein

2 Religion / Spiritualität

2.1 Religiöse / spirituelle Zugehörigkeit

Ich gehöre KEINER Religion / Konfession an.

Meine Religion / Konfession ist:

2.2 Religiöse / spirituelle Begleitung

Ich wünsche KEINE religiöse / spirituelle Begleitung.

Ich wünsche eine religiöse / spirituelle Begleitung gemäss meiner Religion / Konfession.

Ich habe folgende Wünsche:

3 Todesfall

3.1 Aufenthaltsort bei Eintritt des Todes

Ich habe KEINE besonderen Wünsche.

Zu Hause in meiner gewohnten Umgebung; dies wurde mit den Angehörigen so besprochen.

In einem Hospiz, wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist.

In einem Spital, wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist.

In einem Heim (mit Option Spital bei Notwendigkeit), wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist.

3.2 Anordnung für den Todesfall

Weitere Weisungen in Bezug auf den Sterbevorgang und Todesfall habe ich in einer separaten Anordnung für den Todesfall hinterlegt.

ja nein

4 Werteerklärung

Separat beiliegend habe ich meine wichtigsten Wertvorstellungen, Überzeugungen und Glaubenssätze festgehalten. Diese können eine Orientierungshilfe sein, falls eine Situation eintritt, für die ich keine spezifischen Anordnungen getroffen habe.

ja nein

5 Entnahme von Organen, Geweben und Zellen zum Zweck der Transplantation

Im Falle meines Todes gestatte ich KEINE Entnahme von Organen, Geweben und Zellen.

Im Falle meines Todes gestatte ich die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen und die damit verbundenen vorbereitenden Massnahmen.

Im Falle meines Todes gestatte ich die Entnahme folgender Organe, Gewebe und Zellen und die damit verbundenen vorbereitenden Massnahmen:

- | | | |
|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Augenhornhaut (Cornea) |
| <input type="checkbox"/> Lungen | <input type="checkbox"/> Dünndarm | <input type="checkbox"/> Haut |
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse (Pankreas) | <input type="checkbox"/> Übriges Gewebe und Zellen |

Im Falle meines Todes soll meine Vertrauensperson über eine Entnahme entscheiden.

6 Autopsie

Ich erlaube KEINE Obduktion meines Leichnams.

Ich erlaube eine Obduktion meines Leichnams.

Ich stelle meinen Leichnam NICHT der Wissenschaft zur Verfügung.

Ich stelle meinen Leichnam der Wissenschaft zur Verfügung.
(Damit wird die Entnahme von Organen zwecks Transplantation ausgeschlossen).

7 Vertretung in medizinischen Angelegenheiten

- Ich habe KEINE Vertretung in medizinischen Angelegenheiten bestimmt.
- Folgende Vertrauensperson wird von mir bevollmächtigt, meinen Willen in medizinischen Angelegenheiten gemäss meiner letztverfassten Patientenverfügung zu vertreten:

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon: _____ Mobiltelefon: _____
 E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____
 Beziehungsstatus: _____

Falls Frau/Herr _____ mich nicht vertreten kann (Abwesenheit, Urteilsunfähigkeit, Interessenkollision, Krankheit etc.) oder es ablehnt, wird folgende Vertrauensperson von mir im gleichen Umfang bevollmächtigt:

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon: _____ Mobiltelefon: _____
 E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____
 Beziehungsstatus: _____

Hiermit entbinde ich alle beteiligten Ärzte/Ärztinnen, deren Mitarbeitende und das übrige Gesundheitspersonal vom Arzt- und Berufsgeheimnis, damit die Personen, die mich vertreten, umfassend informiert werden können.

Ich vertraue darauf, dass die von mir erteilten Vollmachten mit aller Sorgfalt ausgeübt werden. Kommt es zu einer Situation, die ich nicht in Betracht gezogen habe, mögen meine in dieser Verfügung und/oder der Beilage zu Punkt 4 geäusserten Werte als Orientierung dienen. Im Zweifelsfall soll meine Vertrauensperson nach ihrem Ermessen entscheiden, was in meinem Sinn wäre.

Eine Kopie dieser Verfügung habe ich an folgende Person(en) übergeben:

Person 1

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Person 2

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

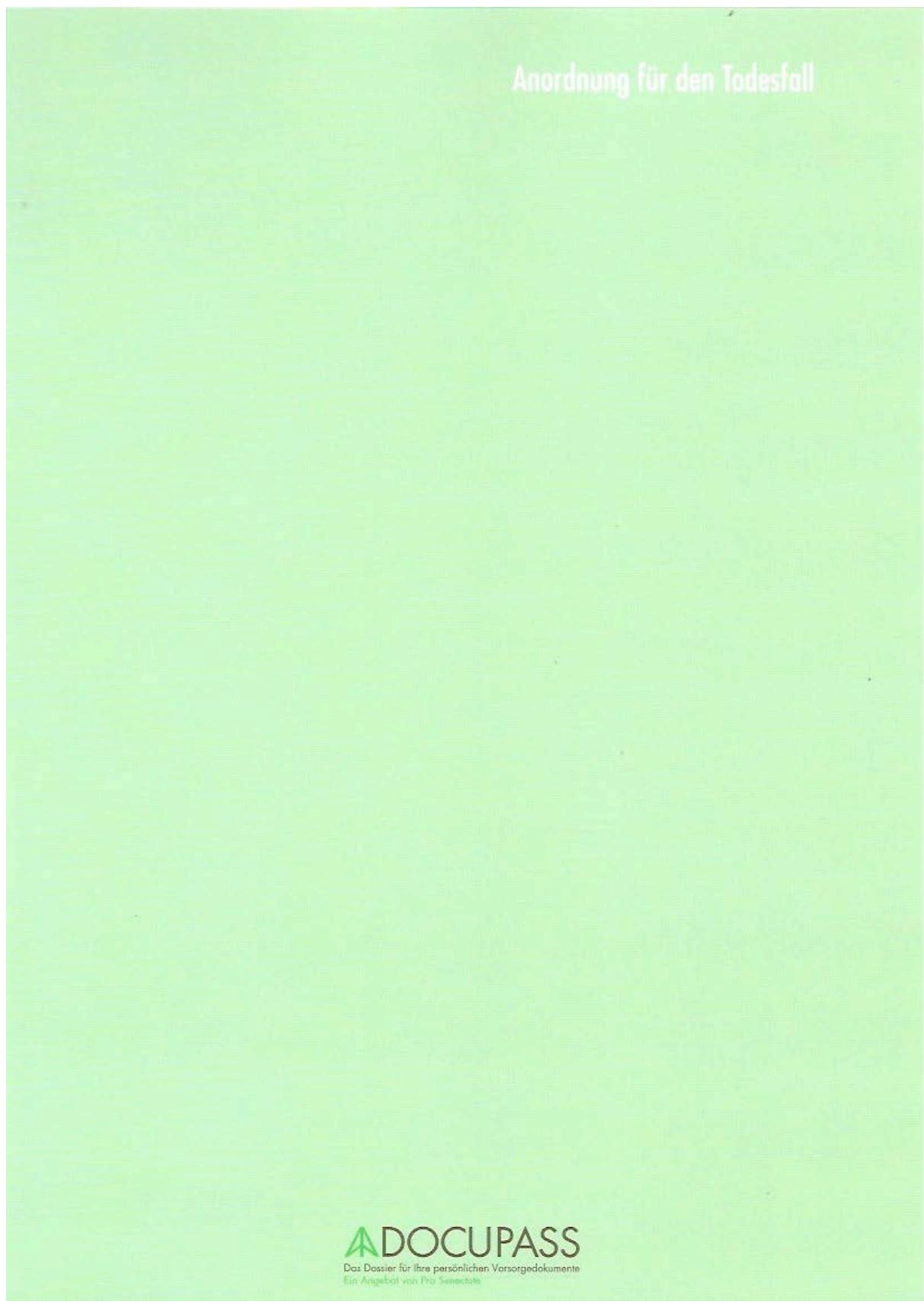
Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Es wird dringend empfohlen, diese Verfügung mindestens alle zwei Jahre zu überprüfen und wo notwendig anzupassen.

Erneuerung durch verfügende Person:

Ort:	Ort:
Datum:	Datum:
Unterschrift:	Unterschrift:
Ort:	Ort:
Datum:	Datum:
Unterschrift:	Unterschrift:
Ort:	Ort:
Datum:	Datum:
Unterschrift:	Unterschrift:
Ort:	Ort:
Datum:	Datum:
Unterschrift:	Unterschrift:
Ort:	Ort:
Datum:	Datum:
Unterschrift:	Unterschrift:



Meine Bestimmung Anordnung für den Todesfall

Personalien der anordnenden Person

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon: _____ Mobiltelefon: _____
 E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Im Besitze meiner geistigen Gesundheit bekunde ich nachstehend meinen Willen für den Fall meines Todes. Meine Willensbekundungen und Anordnungen sollen von meinen Vertretungspersonen oder meinen Hinterbliebenen berücksichtigt werden.

1 Religion/Spiritualität

1.1 Religiöse/spirituelle Zugehörigkeit

Ich gehöre KEINER Religion/Konfession an.
 Meine Religion/Konfession ist: _____

1.2 Religiöse/spirituelle Begleitung

Ich wünsche KEINE religiöse/spirituelle Begleitung.
 Ich wünsche eine religiöse/spirituelle Begleitung gemäss meiner Religion/Konfession.
 Ich habe folgende Wünsche:

1.3 Rituale

Ich wünsche KEINE Rituale.
 Ich wünsche die üblichen Rituale gemäss meiner Religion/Konfession.

Ich habe folgende Wünsche:

2 Sterbebegleitung

Ich wünsche KEINE Sterbebegleitung.

Ich wünsche, von meinen Angehörigen und Freunden begleitet zu werden.

Ich wünsche freiwillige Helfer(innen), um meine Angehörigen zu entlasten.

Ich habe folgende Wünsche:

3 Sterbeort

Ich habe KEINE besonderen Wünsche.

Zu Hause in meiner gewohnten Umgebung; dies wurde mit den Angehörigen so besprochen.

In einem Hospiz, wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist.

In einem Spital, wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist.

In einem Heim (mit Option Spital bei Notwendigkeit), wenn die Pflege zu Hause nicht mehr möglich ist.

4 Bestattungswünsche

4.1 Sarg/Urne

Ich habe KEINE besonderen Wünsche.

Ich habe folgende Wünsche:

4.2 Bestattung/Beisetzung

Ich wünsche, dass die Bestattung/Beisetzung so durchgeführt wird, wie es gemäss meiner Religion/Konfession üblich ist.

Ich wünsche eine Erdbestattung

im Reihengrab

im Familiengrab

an einem von mir bestimmten Ort:

Ich wünsche eine Kremation/Urnenbeisetzung

in einer Urnenwand

im Urnen-Reihengrab

im Familiengrab

im Gemeinschaftsgrab

an einem von mir bestimmten Ort:

Ich wünsche folgende Bestattung/Beisetzung:

4.1 **Abdankungsfeier**

- Ich wünsche KEINE Abdankungsfeier.
- Ich wünsche, dass die Abdankungsfeier gemäss meiner Religion/Konfession durchgeführt wird.
- Ich habe KEINE besonderen Wünsche.
- Ich habe folgende Wünsche:

4.2 **Grabmal und Grabgestaltung**

- Ich habe KEINE besonderen Wünsche.
- Ich habe folgende Wünsche:

5 **Weitere Wünsche**

Eine Kopie dieser Verfügung habe ich an folgende Person(en) übergeben:

Person 1

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ, Ort:
Telefon:	Mobiletelefon:
E-Mail:	Geburtsdatum:

Person 2

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ, Ort:
Telefon:	Mobiletelefon:
E-Mail:	Geburtsdatum:

Ort, Datum:

Unterschrift:



Meine Bestimmung **Vorsorgeauftrag**

➔ Der Vorsorgeauftrag ist gemäss ZGB Art. 361 eigenhändig (d. h. vollständig handschriftlich) zu errichten oder öffentlich zu beurkunden. **Wird diese Vorlage angewandt und ausgefüllt, ist der so erstellte Vorsorgeauftrag zwingend öffentlich zu beurkunden.**

Der Raster dieser Vorlage kann auch zur Errichtung eines vollständig handschriftlich erstellten Vorsorgeauftrages verwendet werden. Der vollständig handschriftlich verfasste Vorsorgeauftrag braucht nicht öffentlich beurkundet zu werden.

Personalien der auftraggebenden Person

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon: _____ Mobiltelefon: _____
 E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Im Besitze meiner geistigen Gesundheit bekunde ich nachstehend meinen Willen für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage sein sollte, selbst eine Entscheidung zu treffen und/oder diese mitzuteilen. Ich wünsche, dass die Instruktionen der von mir bevollmächtigten Personen uneingeschränkt befolgt werden.

1 Verfügung Personensorge

Ich bevollmächtige folgende Person, mich im Rahmen der Möglichkeiten an der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu unterstützen sowie alle Vorkehrungen zu treffen und Weisungen an Dritte zu erteilen, die für meine angemessene Pflege und Betreuung notwendig sind.

Name: _____ Vorname: _____
 Strasse: _____ PLZ, Ort: _____
 Telefon: _____ Mobiltelefon: _____
 E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Beziehungsstatus: _____

Falls eine Patientenverfügung besteht, wird die Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten alle dort benannten Vorkehrungen treffen, und die obgenannte Person wird nicht für die Vertretung in medizinischen Angelegenheiten bevollmächtigt.

Falls Frau/Herr _____
mich nicht vertreten kann (Abwesenheit, Urteilsunfähigkeit, Interessenkollision, Krankheit etc.) oder es ablehnt,
wird folgende Vertrauensperson von mir im gleichen Umfang bevollmächtigt:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Beziehungsstatus: _____

Entschädigung und Spesen

- Die Entschädigung und die Abrechnung der Spesen zwischen mir und der Person, die mich vertritt, sind wie folgt geregelt:
 - unentgeltlich
 - entgeltlich, gemäss folgender Regelung:

- Eine Entschädigung und die Abrechnung der Spesen werden nicht selbst geregelt, sondern sollen von der Erwachsenenschutzbehörde angemessen festgelegt werden.

Patientenverfügung

- Ich habe eine Patientenverfügung erlassen.
Der Hinterlegungsort ist:

- Ich habe KEINE Patientenverfügung erlassen.

Anordnung für den Todesfall

- Ich habe eine Anordnung für den Todesfall erlassen.
Der Hinterlegungsort ist:

- Ich habe KEINE Anordnung für den Todesfall erlassen.

2 Verfügung Vermögenssorge

Ich bevollmächtige folgende Person, meine finanziellen Angelegenheiten zu besorgen, meine Einkünfte und das Vermögen (Wertschriften und Liegenschaften) zu verwalten und ebenso Weisungen zu Anlagefähigkeiten zu erteilen. Zudem bevollmächtige ich sie, das zur Finanzierung meines Lebensunterhaltes Notwendige zu ordnen, zu beantragen sowie den Zahlungsverkehr zu erledigen.

Institution: _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Beziehungsstatus: _____

Falls Frau/Herr _____
mich nicht vertreten kann (Abwesenheit, Urteilsunfähigkeit, Interessenkollision, Krankheit etc.) oder es ablehnt,
wird folgende Vertrauensperson von mir im gleichen Umfang bevollmächtigt:

Institution: _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Beziehungsstatus: _____

Entschädigung und Spesen

- Die Entschädigung und die Abrechnung der Spesen zwischen mir und der Person, die mich vertritt, sind wie folgt geregelt:
 - unentgeltlich
 - entgeltlich, gemäss folgender Regelung:

- Eine Entschädigung und die Abrechnung der Spesen werden nicht selbst geregelt, sondern sollen von der Erwachsenenschutzbehörde angemessen festgelegt werden.

3 Verfügung Rechtsverkehr

Ich bevollmächtige folgende Person, mich betreffende Verträge in meinem Namen abzuschliessen oder zu kündigen sowie meine übrigen administrativen Angelegenheiten zu besorgen und sofern notwendig auch Weisungen an Dritte zu erteilen.

Institution: _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Beziehungsstatus: _____

Falls Frau/Herr _____
mich nicht vertreten kann (Abwesenheit, Urteilsunfähigkeit, Interessenkollision, Krankheit etc.) oder es ablehnt,
wird folgende Vertrauensperson von mir im gleichen Umfang bevollmächtigt:

Institution: _____

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum: _____

Beziehungsstatus: _____

Entschädigung und Spesen

Die Entschädigung und die Abrechnung der Spesen zwischen mir und der Person, die mich vertritt, sind wie folgt geregelt:

unentgeltlich

entgeltlich, gemäss folgender Regelung:

Eine Entschädigung und die Abrechnung der Spesen werden nicht selbst geregelt, sondern sollen von der Erwachsenenschutzbehörde angemessen festgelegt werden.

4 Weisungen und weitere persönliche Wünsche

Eine Kopie dieser Verfügung habe ich an folgende natürliche und/oder juristische Personen übergeben:

Person 1

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ, Ort:
Telefon:	Mobiltelefon:
E-Mail:	Geburtsdatum:

Person 2

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ, Ort:
Telefon:	Mobiltelefon:
E-Mail:	Geburtsdatum:

Person 3

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ, Ort:
Telefon:	Mobiltelefon:
E-Mail:	Geburtsdatum:

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

ANHANG 7:

FRAGENKATALOG ZUR MASTERARBEIT

Überblick gemäss Aufbau der Masterarbeit (Stand: Januar 2013):

Dieser Fragenkatalog soll als Stütze bzw. Leitfaden dienen für die Interviews und allfällige Antworten, die mit eigenen Erfahrungen aus Praxis und Alltag und möglichen Entwicklungen in der Zukunft im Zusammenhang stehen. Etwaige Äusserungen, welche ich in meiner Arbeit verwenden bzw. zitieren werde, sind nicht zu öffentlichen Zwecken gedacht. Sollte diese Masterarbeit irgendwann veröffentlicht werden, würde ich mich selbstverständlich nochmals mit den interviewten Personen in Verbindung setzen, um sie zu informieren.

Ich wäre sehr dankbar um Antworten, welche einen grossen Praxisbezug aufweisen und sehr problemfokussiert sind. Auch über wertvolle persönliche Erfahrungen und Fallbeispiele bin ich sehr froh.

Es handelt sich um verschiedenste Fragen zu den unterschiedlichen Themen gemäss Aufbau (Inhaltsverzeichnis) der Masterarbeit zum jetzigen Zeitpunkt.

A. Einleitung

B. Neue Instrumente im Erwachsenenschutzrecht

Seit 1.1.2013 in Kraft.

I. Eigene Vorsorge

Art. 360 ZGB bis Art. 373 ZGB

1. Vorsorgeauftrag

Art. 360 ZGB bis Art. 369 ZGB

2. Patientenverfügung

Art. 370 ZGB bis Art. 373 ZGB

II. Vertretung

Art. 374 ZGB bis Art. 376 ZGB

→ Strittig, ob Vertretung bloss bei „vorübergehender Urteilsunfähigkeit“ greift (ansonsten muss Beistand ernannt werden)? Was versteht man unter „vorübergehend“? Lehrstreit vs. Praxislösung? Persönliche Meinungen?

C. Demenzerkrankung – medizinische Sichtweise

I. Krankheitsbild

→ Genaue Geschehnisse im Hirn?

→ Vererbbarkeit?

1. Definition Demenz

2. Medizinische Untergruppen der Demenz

- a) Morbus Alzheimer**
- b) Vaskuläre Demenz**
- c) Lewy-Körperchen-Demenz (LKD)**
- d) Frontotemporale Demenz (FTD)**
- e) Parkinson-Erkrankung mit Demenz**
- f) Spongiforme Enzephalopathien**
- g) Sonstige Demenzen**

II. Medizinische Feststellbarkeit der Krankheit

→ Feststellungsmethoden?

→ Tests und weitere Möglichkeiten zur Feststellung der Krankheit?

III. Verhalten

Psychologie/Psychiatrie

→ Veränderungen im Gehirn...

D. Urteilsunfähigkeit – rechtliche vs. medizinische Betrachtung

I. Urteilsunfähigkeit rechtlich

Definition unter Einbezug von Art. 13 ZGB bis Art. 19d ZGB

II. Urteilsunfähigkeit medizinisch

→ Medizinisch eine andere Betrachtungsweise? Mehr ethisch orientiert? Andere Kriterien für die Urteilsunfähigkeit oder Feststellung derselben?

III. Vergleich des rechtlichen mit dem medizinischen Aspekt

→ Medizinisch zum Zeitpunkt wo die erkrankte Person zum Arzt geht (wo „Demenz-Test“ gemacht wird) und wohl meist klar feststellbar ist, ob die betroffene Person an der Krankheit leidet oder nicht, und in welchem Stadium etc. (da vielleicht oft schon durch Angehörige festgestellt wurde, dass vergesslicher/verwirrter als früher). Jedoch wann genau ist die Schnittstelle gegeben, wo man nicht mehr urteilsfähig ist und somit nicht mehr über seine eigene Vorsorge entscheiden kann? Rechtlich eigentlich relativ klar definiert als Urteilsunfähigkeit, jedoch vorstellbar, dass schwammig in der Praxis, wann genau Urteilsunfähigkeit erreicht/vorhanden ist (Schnittstelle zwischen dem Moment wo ärztlich festgestellt wird, dass jemand dement ist und dem Zeitpunkt, wo dies eintritt bzw. tatsächlich eingetreten ist – vielleicht bereits zu einem früheren Zeitpunkt als Test gemacht wurde)? Fallbeispiele? Lösungsansätze?

→ Wann genau ist Handlungsfähigkeit nicht mehr gegeben, bzw. wann ist der Punkt erreicht, wo ein Mensch definitiv urteilsunfähig ist, und somit nicht mehr gemäss Art. 360 ZGB handeln kann? Anders gefragt: Zu welchem Zeitpunkt fällt die eigene Vorsorge weg?

→ Ethische Aspekte? Medizinische Sichtweise anders? Praxisschwierigkeiten?

IV. Fazit

→ Persönliche Meinungen/Erfahrungen?

E. Verschiedene Konstellationen

Problemfokussiert und praxisbezogen...

I. Vorsorgeauftrag – Sonderfälle

Art. 360 ZGB bis Art. 369 ZGB

→ Unklarheiten/Fragen welche auftreten in der Praxis?

II. Patientenverfügung – Sonderfälle

1. Vorbehalt bei „dringlichen Fällen“

Art. 372 Abs. 1 ZGB

→ Abklärung ob Patientenverfügung vorhanden ist, bei „dringlichen Fällen“ vorbehalten (Art. 372 Abs. 1 ZGB) → Was wird dann gemacht, wie wird gehandelt? Vgl. auch mit Art. 379 ZGB! Entscheidet dann immer der Arzt wenn es schnell gehen muss?

→ Abgrenzung wann ein „dringlicher Fall“ genau gegeben ist? Sehr Einzelfallabhängig?

2. „Begründete Zweifel“

Art. 372 Abs. 2 ZGB

→ Wann genau bestehen „begründete Zweifel“, ob die Verfügung auf freiem Willen beruht?

→ Wieder sehr Einzelfallabhängig zu beurteilen?

3. Veraltete, ungenaue oder unklare Verfügungen

→ Wenn Patientenverfügung vorhanden sind verschiedenste Fassungen möglich: einfache Verfügungen; vielseitige jedoch nicht allzu genaue Patientenverfügungen; umfassende Verfügungen, welche unterschiedlichste Situationen regeln etc.)! Daher stellen sich wohl trotzdem Schwierigkeiten, wenn magere/ungenaue Fassungen vorhanden sind... Wie wird das gehandhabt in der Praxis?

→ Veraltete Patientenverfügungen – Problematik, dass Wille des Patienten nicht mehr derselbe ist! Wie wird gehandelt?

→ Gemäss Interview habe ich gehört, dass eine Patientenverfügung höchstens ca. 2 Jahre alt sein sollte, dann gelte sie bereits als veraltet? Somit alle 2 Jahre zu aktualisieren? Wie sieht das tatsächlich aus?

→ Lösungsansätze zum Handeln in der Praxis?

III. Vertretung durch den Ehegatten, die eingetragene Partnerin oder den eingetragenen Partner

Art. 374 ZGB bis Art. 376 ZGB

→ Wenn Ehegatte, eingetragener Partner, eingetragene Partnerin verstorben, folgen nicht automatisch Angehörige (gesetzlich)? Dies geschieht nur bei medizinischen Massnahmen gemäss Art. 377 ZGB bis Art. 381 ZGB? Müsste somit bei Tod des gesetzlich Vertretenden immer ein Beistand ernannt werden, ein Willensvollstrecker bestimmt o.ä.?

→ Ansonsten kommt Behörde und setzt einen Beistand ein? Wie können Behörden überhaupt von einer Urteilsunfähigkeit erfahren, wenn nicht durch Zufall (oft wohl nicht bekannt)?

→ Wäre eine Meldepflicht angebracht? Gibt es eine solche Meldepflicht, welche von Angehörigen einer Urteilsunfähigen bzw. an Demenz erkrankten Person befolgt werden

müsste? Wenn nein, wäre dies ratsam oder eben ein zu grosser Eingriff in die familiären Konstrukte?

IV. Spezialfall beim Tod des urteilsfähigen Ehepartners

Voraussetzung Ehe oder eingetragene Partnerschaft, dann zählt gesetzliche Vertretung gemäss Art. 374 ZGB bis Art. 376 ZGB. Durch Tod: Wegfall der Vertretung, demente Person bleibt zurück...

→ Meldepflicht? z.B. Wenn jemand nach Tod des Ehegatten alleine ist und bereits fortgeschritten an Demenz erkrankt ist?

→ Vollmacht-Übergang auf demente Person wenn urteilsfähiger Ehepartner verstirbt und Urteilsunfähigkeit bei Zurückgelassenem bereits eingetreten ist? Was passiert, wer bekommt die Vollmacht? Wird diese auf jemanden übertragen (da nun eine Urteilsunfähigkeit vorhanden ist und die Vollmacht nicht mehr ausgeübt werden könnte)?

→ Eigene Vorsorge oder letztwillige Verfügungen als Grundlage die zählt (evt. wurde Willensvollstrecker bestimmt)! Wird ansonsten automatisch ein Beistand bestimmt von der Behörde?

1. Regelungsmöglichkeiten vor dem Ableben

a) Instrumente der eigenen Vorsorge

Art. 360 ZGB bis Art. 373 ZGB

b) letztwillige Verfügung

Art. 481 ff. ZGB i.V.m. 498 ff. ZGB

c) Bestimmung eines Willensvollstreckers

Art. 517/518 ZGB

→ Weitere Beispiele oder Möglichkeiten durch vorherige Regelung (ausser eigene Vorsorge, letztwillige Verfügungen, Bestimmung eines Willensvollstreckers)?

2. Ohne vorherige Regelung

a) KESB

b) Angehörige

c) Beistandschaften

Bestimmung eines Beistandes gemäss Art. 390 ff. ZGB.

→ Beistand muss bestimmt werden, bzw. wird bestimmt von Behörden! Automatisch?
Fallbeispiele?

→ Bestellung eines Beistandes als Lösungsmöglichkeit, wenn die eigene Vorsorge nicht geregelt wurde?

→ Wird dann meist von Behörde eine externe Person bestimmt oder können Angehörige auch eine nahestehende Person ernennen?

d) Weitere Möglichkeiten

→ Stehen weitere Beispiele oder Möglichkeiten zur Verfügung, wenn nichts vor dem Ableben des Ehegatten geregelt wurde?

V. Vertretung bei medizinischen Massnahmen

Art. 377 ZGB bis Art. 381 ZGB

→ Ohne Patientenverfügung: Nächste Angehörige einbeziehen, welche im Sinne des Patienten handeln gemäss Art. 378 ZGB – Kaskadenordnung... Ablauf in der Praxis? Kann auch zu einer langen Abklärung kommen (was, wenn's schnell gehen muss?)!

→ Art. 377 bis Art. 381 ZGB nur Vertretung bei medizinischen Massnahmen! Was geschieht bei anderen, alltäglichen Fragen, die nicht mit medizinischen Massnahmen im Zusammenhang stehen, die aber auftauchen im Zusammenhang mit einer Urteilsunfähigkeit (Finanzen etc.)? Wer entscheidet gemäss Gesetz? Dürften Angehörige (wie dies meist wohl geschieht) einfach handeln?

→ Sollte (wenn auch die Vertretung wegfällt, da Ehepartner oder eingetragener Partner, eingetragene Partnerin verstorben) immer ein Beistand bestellt werden gemäss Art. 390 ff. ZGB? Geschieht in der Praxis wohl nicht immer oder gar eher selten?

→ Angehörige, welche einfach im Sinne der demenzkranken Person entscheiden! Schwierig zu bestimmen, ob wirklich im Sinne der erkrankten Person (gutgläubig)? Manchmal sind einem die nächsten Angehörigen gar nicht so nahe – Interessenkonflikt?

→ Angehörige die im Ausland leben, schwierig zu erreichen etc.! Müssten einbezogen werden gemäss Gesetz... Wie wird gehandelt in der Praxis?

VI. Vergleich von Art. 378 ZGB und Art. 380 ZGB

1. Unterscheidung in der Praxis – Demenz vs. psychische Störung

Durch die unterschiedliche rechtliche Klassifikation von körperlichen und psychischen Erkrankungen kommt es zu Abgrenzungsschwierigkeiten, welche mit der verfassungsrechtlichen Gewährleistung der Rechtsgleichheit nur schwer vereinbar sind.

→ Demenz als psychische Störung (gemäss Art. 380 ZGB)? Wohl unverhältnismässig! Wie wird das in der Praxis gehandhabt?

→ Vergleich von Art. 378 und Art. 380 ZGB – Demenz vs. psychische Störung! Einstufung einer Demenz in der Praxis? Wenn als psychische Erkrankung klassifiziert → gemäss Fürsorgerischer Unterbringung zu handeln!

→ Unklarheiten/Fragen/Probleme welche auftreten in der Praxis?

2. Lösungsansätze in der Praxis

→ Lösungsansätze?

VII. Betreuungsvertrag bei Aufenthalt in Wohn- oder Pflegeeinrichtungen

Art. 382 ff. ZGB

→ In Pflegeeinrichtung immer Betreuungsvertrag notwendig (gemäss Art. 382 ZGB)?

→ Ist es möglich einen solchen Vertrag abzuschliessen, wenn man bereits urteilsunfähig bzw. dement ist? Zum Abschluss eines gültigen Vertrages bräuchte man wohl handlungsfähig zu sein, wobei beide Komponenten – Mündigkeit und Urteilsfähigkeit – erfüllt sein müssten?

→ Was wird in einem solchen Fall getan?

VIII. Behandlungsmöglichkeiten unter Wahrung der Selbstbestimmung

Virtuelle Zugfahrt, Kontaktmatten etc.

→ Möglichkeiten zur Pflege → als Freiheitseinschränkende Massnahmen geltend, brauchen Unterschrift von Angehörigen – Selbstbestimmung?

IX. Weitere unterschiedliche Lebenssituationen

→ Eigene Erfahrungen? Praxisbeispiele? Verschiedene Konstellationen die zu Problemen führten? Wie wird gehandelt?

→ Praxis: Viele offene Fragen? Nicht alle Situationen vorher regelbar, da es so viele unterschiedliche Situationen bei Menschen mit Demenzerkrankung gibt (Zuhause lebend, im Pflegeheim lebend, mit Ehepartner, ohne Ehepartner aber mit Angehörigen (Kindern), ohne Angehörige, mit/ohne Patientenverfügung etc.!)

→ Fraglicher Fall, wenn Angehörige nicht in der Nähe wohnen, sich im Ausland aufhalten und es muss schnell entschieden werden o.ä.! Wie wird gehandelt?

→ Weitere Entwicklungen in der Praxis wo rechtliche Lücken bestehen? Beispiele? Thesen?

F. Schlussbetrachtung

- Allenfalls Vorschläge für bessere Lösungen im Bereich Demenz und Selbstbestimmung?
- Meldepflicht als Möglichkeit, wie Behörden darauf aufmerksam gemacht werden, dass jemand an der Demenzkrankheit leidet und somit gehandelt werden muss o.ä.? Eingriff in Privatsphäre?
- Zukunft des neuen Erwachsenenschutzrechts?
- Allfällige Problemfelder die sich mit dem neuen Recht stellen?
- Fazit?
- Abschliessende Aussagen/Meinungen?