



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Des Menschen Wille ist sein Himmelreich (?)“

Sachwalterschaften im Spannungsfeld zwischen

PatientInnenautonomie und Fürsorge

Verfasserin

Barbara Enk

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

St.Veit, im Oktober 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer: Mag. Dr. Vlastimil Kozon PhD

Ich versichere,

- die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen, als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubter Hilfen bedient zu haben
- dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland einer/m andern BegutachterIn als Prüfungsarbeit vorgelegt zu haben
- dass die vorliegende Arbeit mit der von meinem Betreuer beurteilten Fassung übereinstimmt.

St. Veit, am 20. Oktober 2008

Mein besonderer Dank gilt

- meiner Tochter Viktoria, die mir – als Alleinerzieherin – durch ihre Selbstständigkeit und Souveränität ermöglicht hat, ein Studium zu absolvieren
- meinen Freundinnen Christa, Luise, Ingrid und Ulli, die meine Freude am Studieren mit mir teilten und mich in Form von stundenlangen Telefonaten, kilometerlangen Wanderungen, ausgedehnten gemeinsamen Essen inspiriert und animiert haben und neben ihrer freundschaftlichen Verbundenheit auch durch fachspezifische Diskussionen meine Arbeit befruchtet haben
- Dorothee, die meine Arbeit penibelst korrekturgelesen hat
- meinem Chef an der Donauuniversität, Prof. Dr. Leitner, der vor Jahren durch seine Aussage „Barbara, es ist Zeit, dass Sie akademisiert werden!“ den in mir immer vorhanden gewesenen Funken zum Überspringen brachte, der dazu beitrug den Mut aufzubringen ein Studium zu beginnen, obwohl der Grossteil meiner StudienkollegInnen nur unwesentlich älter war als meine Tochter
- meinen InterviewpartnerInnen, die mich ein Stück weit teilhaben ließen an Ihren Erfahrungen und mir Einblick in ihre, mitunter sehr schweren, Lebensgeschichten gewährten
- und Herrn Mag. Dr. Kozon PhD für die Betreuung meiner Diplomarbeit

Kurzzusammenfassung

Das Recht auf Selbstbestimmung erfuhr im Zeitalter der Postmoderne einen enormen Aufschwung. Dennoch ist dieses Grundrecht nicht unumstritten. Besonders in der Betreuung, Pflege und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ergeben sich immer wieder Dilemmata zwischen dem Prinzip der Autonomie und dem Prinzip der Fürsorge. Der Gesetzgeber sieht in der Bestellung eines Sachwalters / einer Sachwalterin eine Chance, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Steigerung ihrer Autonomie zu verhelfen. In der vorliegenden Arbeit wird auf diese Phänomene näher eingegangen, der Fokus auf das Erleben der Betroffenen gerichtet und die Relevanz der gewonnenen Erkenntnisse für die Pflegewissenschaft und die Pflegepraxis herausgearbeitet.

Schlüsselwörter: Pflege, psychische Erkrankungen, Sachwalterschaft, Autonomie, Fürsorge, Betreuung

Abstract

The right of self-determination has had an enormous upswing in the post-modern age. This basic right, however, still is not undisputed. Especially in care, nursing and treatment of persons with psychological disorders, a dilemma between the principle of autonomy and the principle of care cannot always be avoided. The law provides the institution of a custodian as a chance to support persons with serious mental illnesses in increasing their autonomy. The present study takes a closer look at these phenomena, places the focus on the experience of the persons affected and specifies the relevance of the gained insights for the nursing science and nursing practice.

Key words: care, nursing, psychological disorders, custodianship, autonomy, care

Inhaltsverzeichnis

I Einleitung	9
II Methode.....	11
III Ergebnisse	13
THEORIETEIL 1	13
1 Definitionen.....	13
1.1 Psychische Erkrankungen	13
1.2 Behinderung	13
1.3 Sachwalterschaft	14
1.4 Angehörige im Sinne des Sachwalterrechts.....	14
1.5 Vollmacht.....	15
1.6 Einsichts- und Urteilsfähigkeit	15
1.7 Pflegschaftsgericht	16
1.8 KuratorIn.....	16
1.9 Pflegebefohlene.....	16
1.10 Entmündigung.....	16
1.11 Betreuung	17
1.12 Autonomie	17
1.13 Fürsorge	18
1.14 Paternalismus	18
1.15 Integrative Therapie	19
2 Menschen mit psychischen Erkrankungen	19
2.1 Prävalenz.....	20
2.2 Einteilung.....	22
2.2.1 Pflegerische Sicht.....	22
2.2.2 Medizinische Sicht.....	23
2.2.3 Psychotherapeutische Sicht	24
2.2.4 Juristische Sicht	25
2.2.5 Forensische Sicht.....	26
2.3 Ursachen	26
2.3.1 Modell der Entwicklungsnoxen	27
2.3.2 Modell der zeittextendierten, multifaktoriellen Be- und Überlastung	27
2.3.3 Modell der Repression emotionaler, expressiver Impulse	27
2.4 Lebensbedingungen	27
2.4.1 Arbeit, Leistung, Freizeit.....	29

2.4.2	Materielle Sicherheit.....	29
2.4.3	Leiblichkeit	31
2.4.4	Sozialer Kontakt	32
2.4.5	Werte.....	33
2.5	Demenz	34
2.6	Exkurs: Bedürfnisse und Bedürftigkeiten im Kontext der Altenpflege.....	36
2.6.1	Hierarchie der Bedürfnisse	37
2.6.2	Glücklich leben im Alter	38
2.6.3	Akute und chronische Verwirrtheit	38
2.6.4	Psychische Faktoren, die den geistigen Abbau beschleunigen	38
2.6.5	Bedürfnisse verwirrter Menschen	40
2.6.6	Reaktivierende Pflege nach Erwin Böhm	42
2.6.7	Bedürfnisse der Pflegenden	45
2.6.8	Conclusio	46
3	Das Sachwalterrechts-Änderungsgesetz (SWRÄG) 2006	47
3.1	Von der Entmündigungsordnung zum SWRÄG 2006	48
3.1.1	Kuratel: 1811 bis 1916.....	49
3.1.2	Entmündigungsordnung: 1916 bis 1984	49
3.1.3	Enquete: 1978.....	49
3.1.4	Sachwaltergesetz: 1983 bis 2006.....	49
3.1.5	Sachwalterrechts-Änderungsgesetz: 2006 bis ?.....	50
3.2	Voraussetzungen für die Bestellung eines Sachwalters.....	50
3.2.1	„Regelwidriger“ psychischer Zustand	51
3.2.2	Vorhandensein von zu besorgenden Angelegenheiten	51
3.2.3	Fehlende Subsidiarität.....	53
3.3	Rechte und Pflichten einer SachwalterIn	54
3.3.1	Bemühungspflicht.....	54
3.3.2	Zusammenarbeit mit dem Gericht	55
3.3.3	Entschädigung und Haftung	55
3.3.4	Besorgung der übertragenen Aufgaben	56
3.3.5	Einholung gerichtlicher Genehmigungen	57
3.3.6	Förderung des Wohls des Pflegebefohlenen.....	60
3.3.7	Wünsche, Wille und Informationen	60
3.4	Einleitung eines Sachwalterschaftsverfahrens.....	61
3.4.1	Verfahrens- und einstweilige SachwalterInnen.....	62
3.4.2	Gutachten.....	63

3.4.3	Beschluss	65
3.4.4	Geeignete SachwalterInnen	65
3.5	Auswirkungen der Sachwalterbestellung	66
3.5.1	Geschäftsfähigkeit.....	67
3.5.2	Ehefähigkeit.....	67
3.5.3	Testierfähigkeit	68
3.5.4	Verfahrensfähigkeit	68
3.6	Keine Auswirkungen der Sachwalterbestellung	69
3.6.1	Rechts- und Parteifähigkeit	69
3.6.2	Deliktsfähigkeit	69
3.6.3	Einsichts- und Urteilsfähigkeit	69
3.6.4	Befehl und Zwang	70
3.7	Beendigung der Sachwalterschaft	70
EMPIRIETEIL		71
4	Subjektives Erleben der Betroffenen	71
4.1	Datenerhebungsmethode	71
4.1.1	Stichprobe	72
4.1.2	Hausbesuche	72
4.1.3	Beziehungsebene.....	73
4.2	Datenauswertung.....	73
4.3	Datendarstellung.....	75
4.4	Ergebnisse aus den Interviews	75
4.4.1	Problemlagen/Ursachen für die Besachwalterung.....	75
4.4.1.1	Schulden und drohende Delogierung	75
4.4.1.2	Problematische Beziehungen und Trennungen	76
4.4.2	Zustandekommen der Sachwalterschaft	77
4.4.2.1	Eigene Antragstellung	78
4.4.2.2	Anregung durch Angehörige oder öffentliche Stellen.....	78
4.4.3	Zuständigkeiten der SachwalterIn	79
4.4.4	Mit der Sachwalterschaft einhergehende Gefühle	80
4.4.4.1	Abhängigkeit /Ausgeliefertsein	80
4.4.4.2	Angst, Scham, Schuld.....	82
4.4.4.3	Hoffnung	83
4.4.5	Annahmen /Unsicherheiten	84
4.4.5.1	über die Rolle der Sachwalterin / des Sachwalters	84
4.4.5.2	über den Verein für Sachwalterschaft	85
4.4.6	Auswirkungen der Sachwalterschaft.....	86
4.4.6.1	Anwaltschaft.....	86
4.4.6.2	Finanzielle Beschränkungen.....	88
4.4.6.3	Entlastung	88

4.4.6.4	Beziehungsqualität	90
4.4.6.5	Stigmatisierung	93
4.4.6.6	Autonomiebestrebungen	95
4.4.7	Wünsche besachwalteter Menschen	97
4.5	Analyse der empirischen Daten	98
4.5.1	Entlastungen durch eine Sachwalterschaft.....	99
4.5.2	Belastungen durch eine Sachwalterschaft.....	100
4.6	Conclusio	101
THEORIETEIL 2		102
5 Alternativen zur Sachwalterschaft		102
5.1	Gesellschaftlicher Diskurs.....	102
5.1.1	Bereitschaft zur Auseinandersetzung	103
5.1.2	Entscheiden für andere	104
5.2	Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger.....	105
5.2.1	Wirkungskreis einer Vertretungsbefugnis	106
5.2.2	Vertrauensschutz Dritter	106
5.2.3	Was eine Vertretungsbefugnis nicht leisten kann	107
5.2.4	Zustandekommen einer Vertretungsbefugnis	107
5.2.5	Unterschiedliche vertretungsbefugte Personen	108
5.2.6	Folgen einer Vertretungsbefugnis.....	108
5.2.7	Wohl und Autonomie der Betroffenen.....	109
5.2.8	Auswirkungen auf die Pflege	109
5.2.9	Vertretungsbefugnis und Sachwalterschaft	110
5.3	Vorsorgevollmacht als „vorletzter Wille“	111
5.3.1	Gesetzliche versus gewillkürte Vertretung.....	111
5.3.2	Autonomie durch Vorsorgevollmachten.....	112
5.3.3	Formale Voraussetzungen	113
5.4	Patientenverfügung.....	115
5.4.1	Gesetzliche Grundlagen	115
5.4.2	Erwartungen an eine Rechtsordnung	116
5.4.3	Vertrauensfrage.....	116
5.4.4	Selbstbestimmungsrecht	117
5.4.5	Grundsätzliches.....	118
5.4.6	Grenzen	118
5.4.7	Praktische Umsetzung.....	118
5.4.8	Risiko	119
5.4.9	Arten von Patientenverfügungen	120

5.4.10	Patientenverfügungen und Sachwalterschaft	122
6	Ethische Dilemmata	125
6.1	Definitionsmacht der MedizinerInnen	125
6.2	Fürsorge und Autonomie	126
6.2.1	Moralische versus psychologische Bedeutung	127
6.2.2	Grenzen des Autonomieprinzips	128
6.3	Würde und Paternalismus	129
6.4	Entwicklung einer neuen Sorgeskultur	129
6.5	Grundbedürfnisse und Grundrechte	130
6.6	Ethik im Pflegealltag	131
IV	Reflexion und Diskussion	132
IV/1	Generierung von Hypothesen	132
	Hypothese 1	132
	Hypothese 2	133
	Hypothese 3	134
	Hypothese 4	134
	Hypothese 5	135
IV/2	Ausblick	136
IV/3	Gütekriterien qualitativer Forschung	136
V	Zusammenfassung	138
VI	Literaturverzeichnis	140
VII	Anhang I: Interviewleitfaden	147
VIII	Anhang II: Curriculum Vitæ	148

Abkürzungsverzeichnis

ABGB: Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch

AußStrG: Außerstreitgesetz

DGKS/P: Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger

GuKG: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

ÖZVV: Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis

PatVG: Patientenverfügungsgesetz

SWRÄG: Sachwalterrechts-Änderungsgesetz

UbG: Unterbringungsgesetz

KSchG: Konsumentenschutzgesetz

OGH: Oberster Gerichtshof

StGB: Strafgesetzbuch

Heim-AufG: Heimaufenthaltsgesetz

ICD 10: International Classification of Diseases

I Einleitung

Ein Kreis beginnt sich zu schließen! Im Jahr 1991 entschied ich mich als einzige unseres damaligen Diplomlehrganges der Krankenpflegeschule dafür, in den Fächern Psychiatrie und Neurologie meine Diplomprüfungen abzulegen. Mein besonderes Interesse für Patientenrechte und ethische Herausforderungen fand unter anderem seinen Ausdruck auch darin, dass ich 2001 in Linz einen „Interdisziplinären Lehrgang für Palliative Care“ absolvierte, später dieses Fach im „Lehrgang für Lebens- Sterbe- und Trauerbegleitung“ der Caritas der Diözese St. Pölten unterrichtete und eine gleichnamige Arbeitsgruppe leitete. Meine erste Proseminararbeit im Zuge meines Studiums schrieb ich zum Thema „Patientenverfügungen“ und da für meinen Geschmack die Grenzfragen der Medizin und Pflege im Studium der Pflegewissenschaft völlig unterrepräsentiert sind, nahm ich ergänzend an unterschiedlichen Ethik - Lehrveranstaltungen teil. Es war somit für mich naheliegend in meiner Diplomarbeit meine Interessensgebiete Pflege, Psychologie, Psychiatrie und Ethik zu verbinden. Ich wählte also ein Thema über das ich wenig weiß, das mich interessiert und das mir für die Pflegewissenschaft höchst relevant erscheint.

Da ich neben dem Pflegewissenschaftsstudium eine Psychotherapieausbildung mache, bin ich schon jetzt bei meinen Praktika – und werde in meinen zukünftigen Arbeitsbereichen häufig – mit psychisch kranken Menschen konfrontiert sein. Viele davon sind besachwaltet. Ich habe den Eindruck, dass trotz aller Novellierungen des Sachwalterrechts und des Leitsatzes „soviel Hilfe wie notwendig, soviel Eigenverantwortung wie möglich“ (Niederösterreichischer Verein für Sachwalterschaft und Bewohnervertretung) die Ängste vor einer „Entmündigung“ bei den Betroffenen immer noch tief sitzen, und bin gespannt, welche Einsichten meine Forschungsarbeit bringen wird.

Neben dem Studium habe ich ehrenamtlich Sachwalterschaften übernommen, weil das für mich eine Möglichkeit darstellt, wertvolle Erfahrungen zu sammeln und gleichzeitig etwas dazuzuverdienen. Aus der Perspektive einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin waren mir Sachwalterschaften sehr wohl vertraut. Ich hatte schon viele besachwaltete PatientInnen gepflegt und immer wieder mit SachwalterInnen zu tun gehabt. Die Sichtweise einer Sachwalterin selbst einzunehmen, eröffnete für mich ganz neue

Blickwinkel. Umso gespannter bin ich nun wo und wie die Sichtweisen der Betroffenen sich in mein bisheriges Erfahrungsrepertoire einreihen lassen werden.

Folgende Fragen stehen im Zentrum meines Interesses:

- Was bedeutet es für psychisch kranke Menschen besachwaltet zu sein?
- Sind Sachwalterschaften ein geeignetes Instrument zur Stärkung von PatientInnenautonomie?
- Welche Alternativen gibt es in Österreich?
- Bestehen Widersprüche zwischen den grundsätzlichen Überlegungen des Gesetzgebers und dem Erleben der Betroffenen?

Die gewonnen Erkenntnisse sind darüber hinaus in einem weiteren meiner Tätigkeitsbereiche sehr wertvoll. Bei meinen Hausbesuchen bei PflegegeldbeziehrInnen im Rahmen des Projekts „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz sind Sachwalterschaft, Angehörigenvertretung, Vorsorgevollmacht und Ängste vor Autonomieverlust sowie Vertrauensfragen häufige Themenschwerpunkte meiner Beratungstätigkeit.

PatientInnenautonomie versus Fürsorge, das Spannungsfeld zwischen Freiheit und Schutz, ethische Herausforderungen für Angehörige von Gesundheitsberufen und die Situation der pflegenden Angehörigen sind jene Fragen, die mein besonderes Interesse wecken und mich herausfordern, mich noch intensiver damit zu beschäftigen. Eine Voranmeldung für das DoktorandInnenkolleg „Palliative Care und OrganisationsEthik“ an der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Alpen Adria Universität Klagenfurt habe ich sicherheitshalber einmal vorgenommen.

II Methode

Meine Forschungsfragen verlangen nach einer qualitativen Herangehensweise. Ich habe mich diesbezüglich an den Ausführungen Lamneks über qualitative Sozialforschung orientiert. Mir war es wichtig einer Personengruppe, die vielfach von Stigmatisierung und Tabuisierung geprägt ist, eine Stimme zu verleihen. Menschen mit psychischen Erkrankungen können oft nur sehr schwer für ihre Bedürfnisse und Rechte eintreten und sie haben keine Lobby hinter sich. Ihnen gilt mein besonderes Interesse. Mir war es wichtig von ihnen zu hören, wie sie es erleben besachwaltet zu sein und hinzuschauen, ob möglicherweise die gut gemeinten Absichten des Gesetzgebers und das Erleben der Betroffenen völlig divergieren. Wird das Bemühen des Staates, Sachwalterschaften zum Schutz der Betroffenen und zur Förderung der Autonomie schutzbedürftiger Menschen einzusetzen, auch von den KlientInnen so wahrgenommen? Diesen Fragen bin ich in meiner Arbeit nachgegangen. Aufmerksam wurde ich auf das Thema, als das Sachwalterrechtsänderungsgesetz in Kraft trat und mir erstmals die Intentionen des Gesetzgebers klar wurden. Völlig unbedarft begann ich damit Interviews mit besachwalteteten Menschen zu führen. Erst nach und nach machte ich mich mit dem Gesetzestext vertraut. Bei der Literaturrecherche wurde deutlich, dass zu dieser konkreten Thematik kaum Forschungsarbeiten aufliegen. Diese Tatsache spornte mich noch weiter an, genau hinzuhören, wie Menschen den Umstand eine/n SachwalterIn zu haben, erleben. Die nähere Beschreibung meiner Stichprobe erfolgt im empirischen Teil dieser Diplomarbeit.

Ich habe zwar ab und an einen Blick über den Tellerrand gewagt, aber doch immer wieder den Fokus auf die Situation bei uns in Österreich gerichtet, weil so ein spezielles Thema nur im Kontext der kulturellen Gegebenheiten betrachtet werden kann. Der amerikanische „legal agent“, der französische „Tutelle“, der niederländische „Mentorschap“ und der angelsächsische „guardianship“ unterscheiden sich grundlegend voneinander und können nur jeweils vor dem Hintergrund historischer Entwicklungen und soziologischer Gegebenheiten betrachtet und verstanden werden. Ein Vergleich der unterschiedlichen Modelle wäre zwar interessant, würde aber den Rahmen meiner Diplomarbeit sprengen und vermutlich wenig Relevantes für die Pflegewissenschaft in Österreich zutage bringen.

Ich habe es ohnehin schon schwierig genug gefunden, wenig thematisierte Bereiche aus der Perspektive einer Pflegewissenschaftlerin zu betrachten und immer wieder das Blickfeld zu weiten und Themen aufzugreifen, die mitunter im Pflegealltag vernachlässigt werden, diese im Sinne eines umfassenden Pflegeverständnisses zu integrieren und immer wieder zu fokussieren, um nicht zu komplex zu werden in der Auseinandersetzung mit einem Thema, das für pflegebedürftige Menschen von elementarer Bedeutung sein kann. Aus zwei Gründen habe ich mich nicht nur auf die Gruppe der demenzkranken besachwalteten Menschen konzentriert. Einerseits erhält das Thema Demenz in der Pflegewissenschaft sehr viel Aufmerksamkeit, so dass sich bei mir - trotz vollen Bewusstseins darüber, wie zentral diese Thematik im Kontext der Pflege ist - schon ein gewisses Sättigungsgefühl eingestellt hat, und andererseits waren es pragmatische Gründe. Werden Menschen aufgrund von demenziellen Veränderungen besachwaltet, so handelt es sich zumeist um ein progredient fortschreitendes Geschehen und eine Reflexion darüber, was es heißt, einen Sachwalter zu haben, wird schwierig. Wohingegen bei anderen psychischen Erkrankungen, wie Schizophrenie oder affektiven Störungen, die Betroffenen in luziden Intervallen klar reflexionsfähig sind und ihre Sicht zu dem Thema gut mitteilen können.

III Ergebnisse

Meine Ausführungen gliedern sich in sechs große Bereiche. Nach den Definitionen der Begrifflichkeiten gebe ich einen knappen Einblick in den Themenbereich psychischer Erkrankungen und versuche im darauffolgenden Kapitel das Sachwalterrechtsänderungsgesetz von der juristischen in die „pflégewissenschaftliche Sprache“ zu übersetzen. Nach der Darlegung meiner empirischen Arbeit, setzte ich mich mit in Österreich bestehenden Alternativen zur Sachwalterschaft auseinander und versuche im letzten Kapitel eine ethische Reflexion zum Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge einzuleiten.

THEORIETEIL 1

1 Definitionen

In diesem Kapitel möchte ich die in der Forschungsfrage verwendeten Begriffe, und in Abgrenzung zu diesen auch ähnliche Bezeichnungen, erklären, um Missverständnisse auszuschalten und das Weiterlesen zu erleichtern.

1.1 Psychische Erkrankungen

Je nach Disziplin gibt es unterschiedliche Zugänge zur Thematik rund um psychische Erkrankungen, die massiven geschichtlichen Schwankungen unterliegen. In den vergangenen Jahren gab es Bemühungen, den Krankheitsbegriff durch das Wort „Störungen“ zu ersetzen. Zimbardo definiert Psychische Störungen als „Störungen im Denken, emotionalen Erleben und Verhalten, die zu Leidensdruck führen oder die Erreichung wichtiger Ziele blockieren“ (Zimbardo/Gerrig, 2004, S. 855).

1.2 Behinderung

Eine allgemein gültige Definition des Begriffs Behinderung zu finden, stellt ein schwieriges Unterfangen dar. Je nachdem, ob dieses Thema aus sozialrechtlicher, medizinischer oder pädagogischer Perspektive beleuchtet wird, treten unterschiedliche

Gesichtspunkte in den Vordergrund. Menschen mit Behinderungen bilden „keine klar eingrenzbar Gruppe“ (Rath, 1985, S. 25). Cloerkes hält eine interaktionistische Sichtweise für sinnvoll und definiert Behinderung als „eine dauerhaft und sichtbare Abweichung im körperlichen, geistigen oder seelischen Bereich, der allgemein ein entschieden negativer Wert zugeschrieben wird“ (Cloerkes, 2001, S. 7). Im Kontext von Sachwalterschaften sind nur geistige Behinderungen relevant. Körperliche Behinderungen stellen keinen Legitimierungsgrund für die Bestellung eines/r SachwalterIn dar. Im Sinne des Sachwalterrechts wird unter geistiger Behinderung vor allem Minderbegabung in unterschiedlichen Ausprägungen verstanden. Auf diskriminierende Bezeichnungen, wie Deбилität, Imbezillität oder Idiotie wird heute, zugunsten einer individuellen Beschreibung der Möglichkeiten, verzichtet.

1.3 Sachwalterschaft

Sind volljährige Menschen nicht dazu in der Lage ihre Angelegenheiten ohne eigenen Nachteil zu erledigen, soll eine Sachwalterschaft ihnen Schutz und Unterstützung bieten. „Ein Sachwalter nach § 268 ABGB ist der vom Gericht bestellte Vertreter einer psychisch kranken oder geistig behinderten Person, der die in § 123 AußStrG angeführten Angelegenheiten für sie zu besorgen hat“ (Maurer, 2007, S. 57). Trotz der immer stärker werdenden Bestrebungen besachwalteten Personen größtmögliche Autonomie zuzugestehen, bedeutet eine Sachwalterschaft immer noch einen „weitgehenden Eingriff in die Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung“ (Müller/Prinz, 2007, S. 23).

1.4 Angehörige im Sinne des Sachwalterrechts

Als Angehörige im Sinne des SWRÄG § 284 c nennt der Gesetzgeber Eltern, volljährige Kinder, Ehegatten, Lebensgefährten, wenn diese mit der vertretenen Person seit mindestens drei Jahren im selben Haushalt leben, Großeltern und Enkelkinder. Er stützt sich dabei auf die familienrechtliche Beistandspflicht (vgl. Müller/Prinz, 2007, S. 128f). Die genannten Personen sind befugt als VertreterInnen in Alltagsangelegenheiten tätig zu werden. Mehr dazu siehe Punkt 5.2.

1.5 Vollmacht

Eine Vollmacht ist die Befugnis, wirksam im Namen einer anderen Person zu handeln (vgl. <http://www.help.gv.at>, 12.4.2008). Diese kann aufgrund einer gesetzlichen Grundlage, z.B. Erziehungsberechtigte oder Sachwalter bestehen oder in Form einer Vertretungsbefugnis vom Vollmachtgeber/ der Vollmachtgeberin dem/der Bevollmächtigten übertragen werden. Mittels einer Vorsorgevollmacht ist es möglich im Voraus einer anderen Person des eigenen Vertrauens die Vollmacht für bestimmte Angelegenheiten zu erteilen und dadurch antizipatorisch größtmögliche Autonomie zu wahren.

1.6 Einsichts- und Urteilsfähigkeit

Ob eine Person einsichts- und urteilsfähig ist oder nicht, muss in der konkreten Situation festgestellt werden und obliegt medizinischen GutachterInnen. Entscheidend ist, ob die betroffene Person die Bedeutung einer Situation erkennen und nach dieser Einsicht den eigenen Willen bekunden kann (vgl. <http://www.boep.or.at>, 12.4.2008). „Man spricht hier auch von Diskretions- und Dispositionsfähigkeit“ (Zierl, 2007, S. 112). Eine Sachwalterschaft hat keinen Einfluss auf die Einsichts- und Urteilsfähigkeit und die oft fälschlich angenommene Gleichsetzung von Geschäftsfähigkeit und Einsichts- und Urteilsfähigkeit gilt es zu dementieren (vgl. Zierl, 2007, S. 113).

Im Sachwalterrecht kommt diesem Begriff eine hohe Bedeutung zu, weil in bestimmten Situationen erst die abhanden gekommene Einsichts- und Urteilsfähigkeit das Aktivwerden eines Sachwalters legitimiert oder der Inhalt von Patientenverfügungen zum Tragen kommt. Andererseits muss beim Erstellen einer Vorsorgevollmacht oder einer Patientenverfügung gewährleistet sein, dass der/die Betroffene voll einsichts- und urteilsfähig ist.

Ammering/Schmolke weisen darauf hin, dass die Zeit reif sei für eine Gleichbehandlung psychiatrischer und nicht psychiatrischer PatientInnen, weil auch ein Großteil der „nichtpsychiatrischen Krankenhauspatientinnen diese Fähigkeit bisweilen nicht haben“ (Ammering/Schmolke, 2007, S. 43) - deren Entscheidungen aber trotzdem respektiert würden.

1.7 Pflegschaftsgericht

Das Pflegschaftsgericht ist jene Abteilung eines Bezirksgerichts, welche unter anderem für Obsorge-, Vaterschafts- oder Sachwalterschaftsangelegenheiten zuständig ist und Außerstreitverfahren regelt.

1.8 KuratorIn

Der Begriff KuratorIn ist ein Überbegriff aus dem sich der Begriff SachwalterIn herausdifferenziert und verselbstständigt hat. Früher wurden die beiden Begriffe synonym verwendet, heute ist diese Bezeichnung veraltet und mutet etwas antiquiert an. Mit Kurator kann laut Duden auch ein Verwalter einer Stiftung oder ein Staatsbeamter in der Universitätsverwaltung gemeint sein. Das ABGB beheimatet folgende Begriffe: Kurator für Ungeborene, Kurator für Abwesende und Kollisionskurator (vgl. <http://www.ris.bka.gv.at>, 23.4.2008).

1.9 Pflegebefohlene

Für Menschen, die unter Sachwalterschaft stehen, gibt es keine einheitliche Nomenklatur. Gebräuchlich sind die Bezeichnungen „Kuranden“, „behinderte Personen“, „Besachwaltete“ oder auch „Pflegebefohlene“ (vgl. Zierl, 2007, S. 8). Im Sachwalterrechts-Änderungsgesetz wird für besachwaltete Personen der Begriff „Pflegebefohlene“ verwendet. Im Sprachgebrauch ist mir diese Bezeichnung nicht geläufig und scheint sich nicht durchgesetzt zu haben.

1.10 Entmündigung

In der bis 1984 gültigen Entmündigungsordnung (EntmO) wurde zwischen einer vollen Entmündigung, die die Betroffenen auf die Stufe eines Kindes unter sieben Jahren stellte und zum vollen Entzug der Geschäftsfähigkeit führte und einer beschränkten Entmündigung, die den/die Entmündigte/n juristisch einem Minderjährigen über 14 Jahre gleichstellte, unterschieden. Eine Entmündigung auszusprechen lag im Ermessen des Pflegschaftsrichters (vgl. Zierl, 2007, S. 58). Maurer stellt fest, dass bereits die Bezeichnung impliziert, dass etwas weggenommen wird und außer Acht lässt, dass der/die Betroffene im Gegenzug etwas erhält – nämlich Rechtsfürsorge (vgl. Maurer, 2007, S. 1).

In den 1970er Jahren des vergangenen Jahrhunderts wurde zusehens der Ruf nach einer Reform dieser Rechtslage laut und führte zu einer „Abkehr von der bisherigen Akzentsetzung des Entmündigungsrechts“ (Ent/Hopf, 1983, S. 25). Der Begriff „Entmündigung“ verschwand mit dem Sachwalterrecht aus dem österreichischen Gesetzestext. Im deutschsprachigen Raum sind Entmündigungen nur noch in der Schweiz, in Südtirol und in der deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens zulässig (vgl. <http://de.wikipedia.org>, 10.2.2008).

1.11 Betreuung

Das deutsche Pendant zur Sachwalterschaft heißt „Betreuung“. Obwohl die Voraussetzungen und die Bedingungen teils sehr unterschiedlich geregelt sind, hat doch nahezu jedes Land eine Regelung bezüglich der rechtlichen Vertretung psychisch kranker oder behinderter Menschen. Das deutsche Betreuungsrecht von 1992 folgt einem ähnlichen Paradigma, wie das österreichische SWRÄG. „Betreuung statt Entmündigung“ und „Hilfe zu einem frei selbstbestimmten Leben“ lauten die Grundsätze (vgl. <http://de.wikipedia.org>, 10.2.2008). Durch das Wort Betreuung rückt implizit die Sorge um die KlientInnen klarer in den Vordergrund. „Sachwalterschaft“ klingt daneben eher materialistisch und distanziert.

In Österreich wurde der Begriff Betreuung in jüngster Vergangenheit in einem anderen Kontext populär. Neben der Gesundheits- und Krankenpflege wächst zunehmend der Bedarf an Betreuungsaufgaben, vor allem für ältere Menschen. Mit neuen gesetzlichen Regelungen wie dem Hausbetreuungsgesetz oder der 15a Vereinbarung, welche die Sozialbetreuungsberufe regelt, wurde der Versuch einer Legalisierung und Harmonisierung dieser Aufgabenbereiche unternommen. Die genaue Abgrenzung der Zuständigkeiten gestaltet sich in der Praxis nicht immer ganz einfach – dürfen Betreuungskräfte doch auch neben der Hilfestellung bei der Haushalts- und Lebensführung Maßnahmen setzen, die bislang den Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege vorbehalten waren.

1.12 Autonomie

Anthropologisch betrachtet hat sich das Selbstverständnis des Menschen grundlegend verändert. Seit der Neuzeit wird nicht mehr ein von außen vorgegebenes Sollen als Richtwert

akzeptiert. „Für die Selbstbestimmung des Willens hat KANT den Begriff der *Autonomie* eingeführt“ (Pieper, 2007, S. 170). Von Autonomie kann sinnvoller Weise nur dann die Rede sein, wenn die Freiheit zur Bildung eines eigenen Willens gewährleistet ist und Handlungsoptionen bestehen. Der Mensch versteht sich zusehens als „*autonomes* Subjekt (...) das sein Gutes aus eigener Kompetenz allererst hervorbringt“ (ebd., S. 111). Diese zunehmende Individualisierung bringt aber auch mit sich, dass das Bewusstsein für tragfähige Gemeinschaftswerte und das Wissen um eine bessere Chance auf Sicherung des Überlebens in Gemeinschaften, abhanden kommt und heute Autonomie jenen zugeschrieben wird, „die sich politisch und wirtschaftlich durchzusetzen vermögen“ (ebd. S. 112).

1.13 Fürsorge

Den Begriff der Fürsorge gilt es ebenso wie die Begriffe Autonomie oder Vernunft als philosophischen Reflexionsbegriffe zu verstehen und nicht als empirische Tatsache. Rehbock differenziert zwischen Sorge *um* etwas und Sorge *für* etwas. Neben der Sorge für uns selbst, für die wir prinzipiell selbst verantwortlich sind, und die als wesentlicher Teil des autonomen Lebens verstanden werden kann, bleiben wir dennoch auf die wechselseitige Fürsorge angewiesen. Diese „bedroht nicht nur nicht unser je eigenes, selbstbestimmtes Leben, sie ermöglicht es vielmehr überhaupt erst“ (Rehbock, 2002, S. 140). Das Wissen darum, auch selbst jederzeit in eine Lage geraten zu können, in der die eigene Existenz von der Fürsorge anderer abhängt, ermöglicht uns in eine personale Beziehung zu hilfsbedürftigen Personen zu treten und eine Vorstellung davon zu bekommen, was dieser Mensch brauchen wird. Diese Tatsache ermöglicht fürsorgliches Handeln und beinhaltet gleichzeitig eine „paternalistische Falle“ (Rehbock, 2002, S. 143).

1.14 Paternalismus

Unter Paternalismus wird das Bestreben, andere zu bevormunden, verstanden. Im Kontext der Medizin meint dieser Begriff auch einen traditionellen, fürsorgenden Arztethos, der „primär das *Wohl*, nicht den *Willen* des Patienten im Auge hat“ (Rehbock, 2002, S. 132). Fürsorgendes Verhalten läuft Gefahr paternalistisch zu werden, wenn es ohne Zustimmung oder gegen den Widerstand der Betroffenen ausgeführt wird. Zu offensichtlichen Übergriffen durch Druck oder Zwang würde sich im Mitteleuropa des 21. Jahrhunderts

öffentlich wohl kaum noch jemand bekennen, aber die modernen, subtileren Formen der Bevormundung – beispielsweise durch Objektivierung, Vorherrschaft der Naturwissenschaft und ökonomische Sachzwänge, die PatientInnen zu „Fällen“ machen – sind moralisch nicht weniger verwerflich (vgl. ebd. S. 135).

1.15 Integrative Therapie

Die Integrative Therapie ist eine von 21 in Österreich anerkannten Psychotherapieverfahren, welche systematisch unterschiedliche Methoden integriert und durch verbale, nonverbale und kreative Methoden im Stande ist Heilungsprozesse in Gang zu setzen. Im Sinne der Integrativen Therapie können sowohl in jedem Lebensabschnitt Störungen auftreten, als auch Schritte der Heilung passieren. Das zugrundeliegende heraklitische Prinzip „alles fließt“, ermutigt dazu dem Fluss des Lebens zu vertrauen. Sieper, Orth, Heintl und Petzold begründeten diese Therapierichtung Anfang der 1970er Jahre in Deutschland.

Da ich selbst Studentin im Universitätslehrgang „Integrative Therapie“ bin und mich mit den Paradigmen dieser Therapierichtung sehr gut identifizieren kann, werde ich ab und an darauf Bezug nehmen, wie sich bestimmte Themen aus Sicht der Integrativen Therapie darstellen.

2 Menschen mit psychischen Erkrankungen

Von „Geistesgestörten“ im Narrenturm über „Nervenranke“, die ihr Dasein in der Psychiatrie fristeten bis hin zu ausgefeilten Diagnosemanualen und sozialpsychiatrischen Konzepten – die Geschichte der Psychiatrie ist turbulent. Der uneinheitliche Krankheitsbegriff wich in jüngster Zeit einer eigenständigen Klassifizierung psychischer Abnormitäten, die jeweils für sich alleine betrachtet noch keinen Krankheitswert haben, sondern eher als „sprachliche Konventionen innerhalb bestimmter Bezugssysteme“ (Vollmoeller, 2001, S. 12) verstanden werden müssen. „Kein einzelnes psychopathologisches Symptom für sich genommen ist schlechthin abnorm oder gar krankhaft, denn alle Zeichen können auch beim Gesunden unter besonderen Umständen angetroffen werden“ (Scharfetter, 1991, S. 11).

Vollmoeller befürchtet zwar eine Aussichtslosigkeit seines Unterfangens, versucht aber dennoch in umfassender Art und Weise Begriffsdefinitionen für „psychisch krank“ zu erarbeiten. Er findet es problematisch, psychische Erkrankungen auf eine „Reaktion“ herunterzubrechen, wie das in der Antipsychiatriebewegung häufig gefordert wurde, denn damit würde man sich über die Tatsache hinwegsetzen, dass individuelle Reaktionsmuster „immer sowohl aus physiologischen als auch aus pathologischen Persönlichkeitsmerkmalen eines Betroffenen kommen können“ (Vollmoeller, 2001, S. 107).

Eine Möglichkeit besteht in der Unterteilung in qualitative und quantitative Abnormitäten. Unter qualitative wird in dieser Tradition Verhalten oder Erleben verstanden, welches von anderen Menschen nicht nachvollzogen werden kann. Derartigen Symptomen wird diagnostisch größte Bedeutung zugeschrieben. Quantitative Andersartigkeit wird in dieser Denkweise unter dem Begriff „Variation seelischen Wesens“ subsumiert und ist diagnostisch nicht wirklich relevant. Es ist nicht möglich, eine klare Trennlinie zwischen psychisch krank und psychisch gesund zu ziehen, viel mehr gilt es ein natürliches Kontinuum zwischen normal und anormal anzuerkennen (vgl. Vollmoeller, 2001, S. 108f). Der Gesetzgeber versucht mit dem SWRÄG ebenfalls einen Spielraum zu schaffen, um „die Balance zwischen notwendiger Obsorge und der Freiheit einer manchmal extrem individuellen Lebensgestaltung neu und besser zu finden“ (Dohr, 2006, S. 222).

Eine naturwissenschaftlich geprägte, statistische Durchschnittsnorm für menschliches Verhalten zu definieren, ist nicht nur deshalb höchst problematisch, weil es eine Reduktion der Variationsbreite an Seinsmöglichkeiten impliziert, sondern auch, weil es kritisch zu hinterfragen gilt, ob das, was viele tun auch wirklich gesund und gut ist. Ethisch betrachtet ist es nicht zulässig, Sollen auf Sein zu begründen. Es bedarf immer einer Überprüfung der dahinter versteckten normativen Werturteile (vgl. Pieper, 2007, S. 193).

2.1 Prävalenz

Laut Köhle/Siol leiden 32% der deutschen Bevölkerung unter zumindest einer psychischen Störung, wovon 2,6% in die Kategorie psychotischer Störungen fallen (vgl. Köhle/Siol, 2003, S. 569). Eine Untersuchung der „gesunden“ Stadtbevölkerung ergab eine Prävalenzrate von 25% objektivierbarer Diagnosen. Eine Selbsteinschätzung nicht psychiatrischer KlinikpatientInnen brachte einen Anteil von 42% Betroffener zutage (vgl.

Vollmoeller, 2001, S. 116f). Dieser beachtliche Prozentsatz lässt sich auch dadurch erklären, weil psychisch erkrankte Personen medizinische Hilfe höchst störungsinadäquat in Anspruch nehmen und durchschnittlich sechs bis acht Jahre ausschließlich somatisch behandelt werden, bevor sie psychische Hilfe erhalten. Diese Annahme muss wiederum insofern relativiert werden, als es in der Natur der Menschen liegt, Unerklärliches schlecht zu ertragen und somit die Versuchung groß ist, die Seele verantwortlich zu machen, wenn naturwissenschaftliche Beweise für Symptome ausstehen.

Frei macht darauf aufmerksam, dass bei Menschen mit geistigen Behinderungen besonders häufig psychische Störungen anzutreffen sind. In Zahlen wird ein Anteil von 30 – 40 % genannt und es zeigt sich eine positive Korrelation zwischen Schwere der Behinderung und der Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von psychischen Auffälligkeiten. Besonders betroffen sind jene Menschen mit geistigen Behinderungen, die in größeren Einrichtungen leben. Da im Rahmen der Psychiatriereform Menschen mit dermaßen komplexen Störungsbildern vielfach aus den Kliniken ausgegliedert wurden, stehen die MitarbeiterInnen von Behinderteneinrichtungen oftmals vor immensen Herausforderungen, die aber häufig tabuisiert werden (Frei, 2001, S. 7ff).

Die Häufigkeit von Schizophrenie ist mit 1% der Bevölkerung geographisch und zeitlich konstant. Seit eine medikamentöse Behandlung möglich ist, haben sich die Lebensbedingungen für die Betroffenen maßgeblich verbessert. In jüngster Zeit entwickelten sich Strömungen, die sich gegen das Paradigma der Unheilbarkeit und Chronizität zur Wehr setzen. Es waren die Betroffenen selbst, die sich mit derartigen Zuschreibungen nicht abfinden wollten und nicht nur Symptombekämpfung, sondern Lebensqualität forderten. Mittlerweile wurde auch in der Medizin erkannt, dass es keinen Sinn macht, von einer Diagnose auf eine ungünstige Prognose zu schließen. Derartige Prädiktoren stehen einer personenzentrierten Psychiatrie, die den Wert einer therapeutischen Beziehung erkennt, die Bedeutung der individuellen Lebensgeschichte betont und daran glaubt, dass ein sinnerfülltes, selbstbestimmtes Leben auch für Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen möglich ist, entgegen (vgl. Amering/Schmolke, 2007, S. 11ff).

2.2 Einteilung

Eine einheitliche Sprache zu finden und somit Grundbedingungen für den Vergleich von Situationen zu schaffen, ist schon innerhalb einer einzelnen Disziplin eine schwierige Herausforderung. Umso komplexer wird die Lage, wenn sich unterschiedliche Professionen über ein Thema verständigen müssen. Missverständnisse zwischen MedizinerInnen und JuristInnen scheinen vorprogrammiert.

Verhalten, welches als „normal“ wahrgenommen wird, unterliegt auch starken kulturellen Prägungen. Kirchhoff schenkte schon 1912 der Verbindung von Kulturgeschichte und Geschichte der Psychiatrie besondere Beachtung (vgl. Vollmoeller, 2001, S. 62). In anderen Kulturen genießen „Stimmenhörer“ höchstes Ansehen und werden allseits verehrt. Ebenso können auch bei uns gebräuchliche religiöse Riten von Angehörigen anderer Kulturen sehr leicht als „verrückt“ wahrgenommen werden. Kulturelle Prägungen erschweren demnach noch zusätzlich die Einordnung eines Symptoms und die Beurteilung seines Krankheitswertes.

2.2.1 Pflegerische Sicht

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GUKG) sieht eine Sonderausbildung für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege vor, welche mindestens 1600 Stunden umfasst. Daraus ist ersichtlich, dass der Gesetzgeber die besonderen Herausforderungen in der Betreuung psychisch kranker Menschen anerkennt. Auch für jene Pflegenden, die nicht in einer Psychiatrie arbeiten sind psychiatrische Grundkenntnisse in der Ausbildung zu erwerben und eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik unumgänglich, da es kaum Arbeitsbereiche der Pflege geben wird, in denen keine Berührungspunkte mit psychisch kranken Menschen bestehen. Vor allem aufgrund der steigenden Lebenserwartung kommt es zu einer Zunahme chronisch psychisch kranker Personen (vgl. Vollmoeller, 2001, S. 15) und zu einem Zuwachs an Neuerkrankungen bei alten Menschen durch dementielle Erkrankungen. Diese betreffen in ganz spezieller Weise den Pflegebereich, weil diese Gebiete zu den Kernbereichen der Pflege gehören und Pflegende dort ihr spezielles Fachwissen einsetzen können und im Gegensatz zur Akutpflege einen sehr großen eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich innehaben.

2.2.2 Medizinische Sicht

Der Begriff „Psychiatrie“ kommt aus dem Griechischen und setzt sich aus „Psyche“ – „die Seele“ und „iatros“ – „der Arzt“ zusammen und kann somit als „Seelenheilkunde“ übersetzt werden. Die moderne Psychiatrie erkennt seelische Erkrankungen als eigenständige Krankheitsbilder, die körperlichen Erkrankungen gleichgestellt sind, an und geht grundsätzlich von einer Behandelbarkeit dieser aus (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Psychiatrie>, 6.4.2008). 1994 wurden die Disziplin Neurologie und Psychiatrie getrennt und die gegenwärtige Nomenklatur für die ExpertInnen lautet „Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin“, welche einen gewissen Sonderstatus in der Medizin innehaben, weil sie nicht eindeutig der Naturwissenschaft zuordenbar sind, sondern auch ein Näheverhältnis zur Geisteswissenschaft aufweisen (vgl. Vollmoeller, 2001, S. 18). Die Interdisziplinäre Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen ist in diesem heterogenen Fachgebiet unerlässlich, was auch im Berufsbild der FachärztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin explizit angeführt wird (vgl. <http://www.bmgfj.gv.at>, 29.4.2008).

Die Medizin unterscheidet zwischen organisch bedingten und nicht organisch bedingten psychischen Störungen, obwohl im DSM-IV „das Konzept einer organischen psychischen Erkrankung als spezielle diagnostische Entität aufgegeben [wurde, weil] (...) der Terminus eine fehlende biologische Basis nichtorganischer psychischer Störungen impliziert“ (Gaus/Köhle, 2003, S. 1271). Die Neurowissenschaft konnte bisher noch keine eindeutigen Erklärungen für die Entstehung psychischer Erkrankungen liefern. Genetische Dispositionen und Störungen im Hirnstoffwechsel konnten nachgewiesen werden, und dennoch sind noch viele Fragen unbeantwortet.

Einem organischen Psychosyndrom liegen nachweisbare Schädigungen des Gehirns, z.B. durch Verletzungen, Durchblutungsstörungen oder Gifte zugrunde. Diese Form imponiert häufiger durch optische Halluzinationen, während bei schizophrenen Psychosen akustische und leibliche überwiegen. Die Prognose ist je nach Ursache und Ausmaß der Schädigung sehr unterschiedlich. Gaus/Köhle räumen der Pflege einen zentralen Stellenwert in der Betreuung von Menschen mit organischem Psychosyndrom ein. Pflegende können durch eine konstante Beziehung, geduldigem Informieren und durch zur Verfügung gestellte

Orientierungshilfen einen wesentlichen rehabilitativen oder validativen Beitrag leisten (vgl. Gaus/Köhle, 2003, S. 1269ff).

2.2.3 Psychotherapeutische Sicht

Klare Grenzen zwischen „psychisch krank“ und „psychisch gesund“ zu ziehen ist auch für die psychotherapeutische Disziplin nicht immer einfach. Die Psychotherapie versteht sich nicht nur als Heilverfahren, sondern sieht über den kurativen Aspekt hinaus auch ihre Legitimation im präventiven Bereich, „indem „gesunde“ Personen sich mit selbsterfahrungs- und wachstumsorientierten Perspektiven“ (Stumm/ Wirth, 1994, Seite 13) beschäftigen. Die unterschiedlichen therapeutischen Richtungen bauen auf höchst unterschiedliche Menschenbilder und Krankheitstheorien auf. Der „Tendenz zur Divergenz stehen Trends zur Konvergenz gegenüber“ (ebd, S. 22) Eine allgemeine Psychotherapie wird zwar immer wieder angedacht, sieht sich in der Tat aber mit 21 in Österreich anerkannten Therapierichtungen konfrontiert. Diese sind folgenden vier Kategorien zuordenbar:

- Tiefenpsychologische Orientierung

In der Tradition tiefenpsychologischer Ansätze wird von unbewussten Kräften ausgegangen, die in Form von Übertragungsphänomenen frühere Erfahrungen auf die Gegenwart projizieren und pathogene Wirkung entfalten können. Diese gilt es in der Therapie bewusst zu machen. Im Zentrum steht nicht die Symptombehandlung, sondern die Einsicht.

- Systemische Orientierung

Systemische Ansätze richten ihr Hauptaugenmerk nicht auf das Individuum, sondern auf die bestehenden Beziehungssysteme und orten in deren Konstellation den Ursprung für Störungen. Dieser Denkrichtung liegen lineare Kausalitätstheorien fern. Sie folgen dem Prinzip der Zirkularität.

- Humanistisch – existentielle Orientierung

Die Eigenverantwortung des Menschen steht im Mittelpunkt der humanistischen Denkschule. Das Streben nach Glück und Selbstverwirklichung prägt die therapeutische Arbeit. Umweltfaktoren werden zwar nicht gänzlich ausgeklammert, rücken aber neben dem Fokus auf die Einzigartigkeit des Menschen in den Hintergrund.

- Verhaltenstherapeutische Orientierung

Die Verhaltenstherapie unterliegt einer starken naturwissenschaftlichen Prägung und ist empirisch mittlerweile sehr gut beforscht. Zielgerichtetes Verhalten steht im Vordergrund und es wird davon ausgegangen, dass schädliches oder schädigendes Verhalten erlernt ist und somit auch wieder verlernbar ist (vgl. Stumm/Wirth, 1994, S. 23ff).

2.2.4 Juristische Sicht

Im Sachwalterrecht wird der Oberbegriff „behinderte Person“ verwendet. Dieser umfasst die beiden Rechtsbegriffe „psychische Krankheit“ und „geistige Behinderung“, welche sich an der medizinischen Nomenklatur orientieren. Auf eine eindeutige Differenzierung der beiden Begriffe wird verzichtet. „Im rechtlichen Sinn umfassen die beiden Begriffe jede geistige Störung, die die gehörige Besorgung der eigenen Angelegenheiten hindert“ (Zierl, 2007, S. 50). Für das Sachwalterrecht sind Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und vor allem die Demenz, als „häufigster Anwendungsfall“ (ebd.) von größter Bedeutung. Müller/Prinz hingegen stellen in Frage „ob Neurosen und Persönlichkeitsstörungen unter den Krankheitsbegriff des Sachwalterrechts fallen“ (Müller/Prinz, 2007, S. 24) Alkoholmissbrauch stellt laut Zierl keinen Grund dar einen Sachwalter zu bestellen, außer wenn er ein „Symptom einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung“ (Zierl, 2007, S. 51) ist. Im Gegensatz zur medizinischen Sichtweise, die „unendlich viele Übergangszustände zwischen Gesunden und Kranken akzeptiert“ (Maurer, 2007, S. 48) verlangt die Rechtswissenschaft eine klare Definition. In ihrem Sinne kann die Frage nach dem Vorhandensein einer psychischen Störung mit Krankheitswert nur mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden (vgl. ebd. S. 49).

2.2.5 Forensische Sicht

Das heute gültige Rechtssystem geht davon aus, dass erwachsene Menschen dazu in der Lage sind ihre Vernunft einzusetzen und sich bewusst für oder gegen ein bestimmtes Verhalten zu entscheiden. Diesem Denksystem entspringt die Auffassung, dass es so etwas wie eine Schuldfähigkeit und im Umkehrschluss eine Schuldunfähigkeit gibt (vgl. Vollmoeller, 2001, S. 146f). Laut § 11 StGB handelt nicht schuldhaft „wer zur Zeit der Tat wegen einer Geisteskrankheit, wegen Schwachsinns, wegen einer tiefergreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer andern schweren, einem dieser Zustände gleichwertigen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln (....)“ (Schanda, 2006). Die gängigere Bezeichnung dafür lautet Zurechnungsfähigkeit und kann als Synonym für Schuldfähigkeit gesehen werden. Aus zeitgemäßer Sichtweise psychischer Störungen, darf nicht außer Acht gelassen werden, dass es mitunter möglich ist, dass einem/r geistig abnormen RechtsbrecherIn zwar der Gesetzesverstoß bewusst ist, diese/r aber die Tat trotzdem nicht unterdrücken kann (vgl. Zimbardo/Gerring, 2004, S. 644). Für unzurechnungsfähig erklärt zu werden, ist nicht gleichbedeutend mit einem Freispruch. Geistig abnorme RechtsbrecherInnen werden in der Regel in einer speziell für dieses Klientel ausgerichteten Klinik untergebracht, um zu verhindern, dass diese weitere strafbare Handlungen begehen, und um eine adäquate Behandlung zu gewährleisten (vgl. Schanda, 2006).

2.3 Ursachen

In jüngster Zeit hat sich jener Ansatz zunehmend durchgesetzt, der das Entstehen psychischer Erkrankungen auf eine multifaktorielle Genese bei bestehender Vulnerabilität zurückführt. „Für die Schizophrenie werden genetische, biochemische, neurophysiologische und Umweltfaktoren verantwortlich gemacht“ (Emrich/Paetzold, 2003, S. 1043). Soziale Benachteiligung gilt als besonderer Risikofaktor für die Entstehung psychischer Erkrankungen. Oftmals sind Wechselwirkungen zwischen prekären Lebenslagen und psychischen Störungen feststellbar. Die Integrative Therapie bietet drei psychologische Erklärungsmodelle der Pathogenese an:

2.3.1 Modell der Entwicklungsnoxen

Petzold beschreibt, dass die Identität eines Menschen dann Schaden erleidet, wenn sie im Laufe der Entwicklung „pathogene[n] Stimulierungskonstellationen“ (Petzold, 2003, S. 461) ausgesetzt ist und Kompensationsmöglichkeiten fehlen. Er geht davon aus, dass „stressful life-events“ in jedem Lebensabschnitt Schädigungen verursachen können und nicht nur die frühe Kindheit dafür prädestiniert ist. Traumen, Defizite, Störungen durch uneindeutige Stimulierungen und ungelöste Konflikte können Spuren in der Persönlichkeit hinterlassen, wenn die salutogenen Faktoren nicht überwiegen.

2.3.2 Modell der zeitextendierten, multifaktoriellen Be- und Überlastung

Überforderungen, bei gleichzeitigem Fehlen von Schutzfaktoren, kommen in der Ätiologie psychischer Störungen große Bedeutung zu. Bestehen über einen längeren Zeitraum nicht bewältigbare Belastungssituationen, läuft das Individuum Gefahr, dass destruktive Reaktionsmuster ausgebildet werden, die die Entwicklung eines stabilen Selbst behindern.

2.3.3 Modell der Repression emotionaler, expressiver Impulse

Lebt ein Mensch in einem Milieu, in dem er gezwungen ist seine Gefühle zu unterdrücken, lernt er früher oder später auf emotionale Reaktionen zu verzichten. Das wiederum führt zu einer Anstauung von Spannungen, die krank machen kann. In der Integrativen Therapie kommt der Emotionsarbeit große Bedeutung zu. Um heil zu werden, ist es notwendig Kognitionen und Affekte in Einklang zu bringen (vgl. Petzold, 2003, S. 460ff, 651f).

2.4 Lebensbedingungen

„Und gäbe es keine Schizophrenie, fehlte auch das `Schizophrenie im Gesunden' (...), jene allgemein menschliche Befindlichkeit, welche auch das Erkranken an einer Psychose ermöglicht. Dann wäre der Mensch kein Forscher, kein Künstler, kein Philosoph, kein transzendentes und religiöses Wesen“ (Navratil, 1994, S. 100). Dieses Zitat macht den Hochseilakt deutlich, den erkrankte Menschen mitunter vollbringen müssen. Der Grad ist schmal, zwischen künstlerischen Höhenflügen und der Gefahr des Absturzes in das soziale Abseits. Das Leben von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist häufig

gezeichnet von Isolation, Hoffnungslosigkeit, Psychiatricaufenthalten, Krankheiten und Grenzerfahrungen. Petzold beschreibt fünf tragende Säulen, welche die menschliche Identität ausmachen. (vgl. Heinl/Petzold, 1985, S. 180f). In der Therapie dienen sie der Orientierung und der Lokalisierung von gut funktionierenden, wackelnden oder eingestürzten Lebensbereichen. Je mehr Säulen insuffizient werden, umso gefährdeter ist das Selbst. Stehen geeignete Hilfen zur Verfügung, kann ein Knick wieder gekittet werden, ohne die Brücke völlig zum Einsturz zu bringen. Bei Menschen mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen sind mitunter alle Säulen brüchig. Maria Riedl hat das Modell der fünf Säulen in ihr „Integratives Pflegekonzept“ übernommen und findet es äußerst brauchbar für die geriatrische Pflege.

Abbildung 1: „Säulen der Identität“ (<http://www.lernen.sbg.at/identitaet.html>, 8.6.2008).



„Die Identitätstheorie ist konzeptuell mit der Entwicklungs-, Netzwerk- und Lebenslagentheorie konnektiviert und ist so mit der Schnittstelle von Individuum und Gesellschaft befaßt (...), erfordert also beständig kritische und metakritische Reflexion“ (Petzold, 2003, S. 74).

2.4.1 Arbeit, Leistung, Freizeit

Gerade in einer stark leistungsbezogenen Gesellschaft kommt der Arbeit eine wesentliche identitätsstiftende Funktion zu - bis dahin, dass der Wert eines Menschen an seiner Leistung gemessen wird, was ethisch gründlichst hinterfragt werden muss. Menschen identifizieren sich durch ihr Tun und werden gleichzeitig von ihrer Umwelt mit dem Geschaffenen in Zusammenhang gebracht. Um die Arbeitsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen ist es schlecht bestellt. Diese unfreiwillige Untätigkeit bringt wiederum weitere soziale, finanzielle und gesundheitliche Probleme mit sich. Schätzungen von Experten zufolge wären viele Menschen nach überstandenen Krisen wieder ganz oder zumindest teilweise arbeitsfähig, aber es mangelt an bedarfsgerechten Angeboten (vgl. Wegekind/Kuhnt, 1991, Kurzzusammenfassung). Eine Evaluationsstudie über arbeitsrehabilitative Einrichtungen für psychisch kranke Menschen spiegelt auch 15 Jahre später diesen Trend deutlich wider. Die Autoren konstatieren: „Die berufliche Rehabilitation und Reintegration psychisch kranker Menschen stellt heute gleichsam eine Quadratur des Kreises dar (...)“ (Frühwald et al., 2006, S. 250). Sie orten einen Bedarf an gemeindenahen Unterstützungsangeboten, weil diese einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Beschäftigungslage leisten könnten. Ihnen war es wichtig Prädiktoren für einen Integrationserfolg herauszufiltern. Untersucht wurde die Arbeitssituation der TeilnehmerInnen von zwei unterschiedlichen Arbeitsprojekten jeweils ein und zwei Jahre nach Beendigung der Betreuung. Es zeigte sich deutlich, dass die Integrationsergebnisse mit der Zeit signifikant schlechter wurden. Die AutorInnen der Studie orten einen Bedarf an umfassenden Nachbetreuungsmaßnahmen, die weit über rein vermittelnde Angebote hinausgehen müssen, was durch ein case – management System realisiert werden könnte. Darin wird eine Chance gesehen Menschen eine regelmäßige Beschäftigung zu ermöglichen, statt sie durch Berufsunfähigkeitspensionen in die Untätigkeit zu verbannen (vgl. Frühwald et al., 2006, S. 250ff).

2.4.2 Materielle Sicherheit

Mit der kaum vorhandenen Teilhabemöglichkeit am Arbeitsmarkt geht eine beachtliche Schuldenfalle einher. In die Obdachlosigkeit ist es dann nur noch ein kleiner Schritt. Laut einer Untersuchung in Düsseldorf leidet etwa ein Viertel der obdachlosen Menschen an einer psychischen Erkrankung. Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen

bedingen sich gegenseitig und können jeweils sowohl Ursache als auch Folge sein (vgl. Nouvertne', 1996, S. 46). Aus der Kriminalsoziologie weiß man, dass desolate Lebensbedingungen als Risikofaktoren für delinquentes Verhalten gelten. Dazu kommt noch, dass wohnungslose Menschen ein diffuses Bedrohungsgefühl bei jenen auslösen, die die Definitionsmacht inne haben und festlegen, welches Verhalten als abweichend klassifiziert wird und welches nicht. Obdachlose Menschen werden wesentlich öfter verdächtigt und kriminalisiert, als Mitglieder einer höheren sozialen Schicht (vgl. Dimmel/Hagen, 2005, S. 187f). Somit kommt sozial benachteiligten Menschen eine „wichtige“ gesellschaftliche Funktion zu, denn laut der Theorie Durkheims braucht jede Gesellschaft ihre Randgruppen, um sich selbst zu definieren und den Zusammenhalt zu festigen. Ein gemeinsamer Feind verbindet schließlich und dient gleichzeitig dazu, von anderen Formen der Delinquenz abzulenken, die dann ungestraft blühen kann. Obdachlosen kommt somit häufig die „Sündenbock – Rolle“ innerhalb einer Gesellschaft zu (vgl. Joas, 2001, S. 173).

Kebbel weist darauf hin, dass im Zuge der Psychiatriereform zwar ambulante Dienste ausgebaut wurden, diese aber oft zu hochschwellig seien, um von durch Obdachlosigkeit bedrohten Menschen erreicht werden zu können. Er stellt diesbezüglich die Frage, ob nicht durch die Deinstitutionalisierung der Psychiatrie viele Betroffene in der Obdachlosenhilfe gelandet seien und ortet einen Etikettenschwindel. Wessel mutmaßt hingegen, dass die Bewertung „psychisch krank“ noch negativer konnotiert sei, als „wohnungslos“ und die Betroffenen ein Leben auf der Straße zugunsten „therapeutischer Bedrängung“ (Wessel, 1996, S. 79) vorziehen würden. Kebbel hofft, dass neue Behandlungsansätze, die sich gegen unabänderliche Negativkarrieren aussprechen, in der Behandlungslandschaft Fuß fassen und kreative Konzepte hervorbringen werden. Auch er verspricht sich vom case – management System gute Erfolge. Eine kontinuierliche Beziehung, umfassende Hilfe, Zugänglichkeit zu Diensten, eine akzeptierende Haltung und angemessene Förderung von Unabhängigkeit haben das Potential, zu einer verbesserten Lebensqualität beizutragen. Geeignete Personen für diese Aufgabe gilt es erst zu finden (vgl. Kebbel, 1996, S. 70ff).

Dass case – management ein äußerst sinnvolles Konzept in der mobilen Betreuung darstellt, weiß ich aus eigener Erfahrung in vielen Jahren Hauskrankenpflege. Eine Bezugsperson, die das Verbindungsglied zu allen beteiligten Stellen darstellt, bringt eine

deutliche Optimierung der Betreuung mit sich und hilft viele leere Kilometer zu sparen und bietet den Betroffenen Schutz davor, zwischen zu komplexen Angeboten auf der Strecke zu bleiben.

In Anbetracht des Aufgabengebietes eines Sachwalters / einer Sachwalterin stelle ich die These auf, dass die Institution Sachwalterschaft prädestiniert dafür ist, diese Rolle zu übernehmen. Da ein/e SachwalterIn soziale und anwaltschaftliche Kompetenz mitbringen muss und für das Wohl der Betroffenen einzutreten hat, ist er/sie meines Erachtens bereits in der Rolle eines case - managers / einer case - managerin, sofern er/sie seine/ihre Rolle entsprechend ernst nimmt. Vielleicht wäre diese Idee es wert in Fachkreisen diskutiert zu werden und Einzug in Psychiatriepläne zu halten.

Um eine dauerhafte Rehabilitation zu ermöglichen, ist eine Regulierung von Schulden unabdingbar. Schulden führen zu einer Entfremdung von sich selbst und von anderen. Die Spirale aus Verleugnungen, Ersatzbefriedigungen, Rückzug und Lügen wird immer enger und mündet schließlich in Handlungsunfähigkeit und Realitätsverlust. Wird das finanzielle Desaster einem Sachwalter übergeben, kann das zu einer Entlastung der Situation beitragen und Ressourcen frei machen, die der/die Betroffene dringend für die Bewältigung seiner/ihrer Erkrankung braucht (vgl. Abraham, 2002, S. 7ff).

Im Verständnis der Integrativen Therapie sind „Ökonomische Sicherheit und ökonomisches Eingebundensein“ neben der „Stütze für die Säule der Leiblichkeit“ (Leitner, 2007, S. 11) für die eigene Identität von größter Bedeutung.

2.4.3 Leiblichkeit

Aus Sicht der Integrativen Therapie ist der Körper mehr als belebte Materie. Er ist untrennbar mit der Psyche verbunden, er nimmt wahr, speichert, und drückt aus. Der Mensch ist ohne Körper nicht denkbar. Einem Körper-Seele-Dualismus erteilt diese Denkschule eine klare Absage. Unter Leib wird somit der informierte Körper verstanden. Alles was wir erleben, wird im Leib gespeichert, jegliches Gefühl schlägt sich im Leib nieder und jedes körperliche Leid(en) hat Auswirkungen auf die Psyche.

Seelenleid findet mitunter lange Zeit seinen Ausdruck nur über körperliche Symptome. Zu den Lebenserfahrungen psychisch kranker Menschen gehören somit häufig auch eine Vielzahl von körperlichen Erkrankungen und der Verlust körperlicher Integrität. Prekäre Lebenslagen, die eben auch sehr oft mit psychischen Erkrankungen einhergehen, stellen darüber hinaus noch ein zusätzliches Gesundheitsrisiko dar. Mit finanziellen Problemen und Obdachlosigkeit ist oft ein desolater Gesundheitszustand verbunden. Verletzungen, Durchblutungsstörungen, Stoffwechselerkrankungen, Tuberkulose, HIV und parasitäre Erkrankungen treten wesentlich häufiger auf als bei der Allgemeinbevölkerung (vgl. Kebbel, 1996, S. 66).

Mit dieser Thematik und im Speziellen mit der Komorbidität zwischen psychischen Grunderkrankungen und Suchterkrankungen ließen sich viele Bücher füllen. Um nicht zu weit abzuschweifen, belasse ich es dabei, dass in der Betreuung psychisch kranker Menschen die Säule der Leiblichkeit nicht aus dem Blick geraten darf, weil ihr Einsturz die Identität eines Menschen massiv bedroht.

2.4.4 Sozialer Kontakt

Die Erfahrung, dass soziale Netzwerke dünn werden, wenn die Not groß ist, ist für viele Betroffene evident. Oft bleiben nur mehr die professionellen HelferInnen als einzige Möglichkeit für soziale Kontakte übrig, was eindrücklich von den InterviewpartnerInnen bestätigt wurde (siehe Empirieteil). Unter dem Begriff der „Affiliation“ beschreibt Petzold das intrinsische Bedürfnis jedes Menschen nach Nähe zu anderen Menschen und begründet im Bilden von Gemeinschaften das evolutionäre Überleben der Spezies Mensch. Fallen Menschen aus Affiliationsverhältnissen heraus, bedeutet das Stress und Gefahr für den Einzelnen. Erleben Menschen in ihren nahen Beziehungen Demütigung, Entehrung, Missbrauch oder Misshandlung, kann durch den daraus resultierenden psychophysiologischen Stress schwerer Schaden entstehen (vgl. Petzold, 2006, S. 50). Durch spätere, heilsame Beziehungserfahrungen sind bis zu einem gewissen Grad Korrekturen möglich. Das erklärt auch, weshalb die therapeutische Beziehung als unspezifischer Wirkfaktor den höchsten therapeutischen Wert quer durch alle Therapierichtungen erreicht. Um es mit Buber zu sagen: „Am Du werde ich zum Ich!“

Diskriminierung und Stigmatisierung gehören jedoch zur Lebensrealität psychisch erkrankter Menschen. Link und Phelan entwickelten ein Modell anhand welchem sich der Stigmatisierungsprozess erklären lässt. Sie beschreiben vier Phasen: Am Beginn steht die Wahrnehmung eines Unterschiedes, welcher negativ bewertet wird. Darauf folgt eine Unterscheidung in „wir“ und „sie“ und die Stigmatisierung ergreift die ganze Person, sodass aus Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind „die Schizophrenen“ werden und aus Menschen mit Behinderungen „die Behinderten“ und so weiter. In der vierten Phase dieses Konzepts kommt es zur Diskriminierung der Betroffenen und zu einem Statusverlust, wodurch deutlich wird, dass Stigmatisierung immer auch etwas mit Macht zu tun hat. Vorenthalten von Behandlungsmöglichkeiten, Arbeitsmöglichkeiten oder Kontakten wären als Beispiele dafür zu nennen – was wiederum eine Verstärkung der Symptome nach sich ziehen kann. Ein Teufelskreislauf beginnt (vgl. Grausgruber, 2004, S. 30ff; zitiert nach Link/Phelan, 1999). In einer Leipziger Klinik wurde eine Studie, mit dem Ziel das Erleben der Betroffenen zu erheben, durchgeführt. Die Stigmatisierungserfahrungsberichte ließen sich in vier Kategorien einteilen. Die Hälfte der Stigmatisierungen wurde in Bezug auf soziale Kontakte erlebt. Die Betroffenen beschrieben Rückzugstendenzen von Freunden und Bekannten während und nach Psychiatrieaufenthalten, aber auch Diskriminierungen durch professionelle Helfer, die beispielsweise in Pauschalierungen oder Nichternstnehmen von somatischen Beschwerden ihren Ausdruck fanden. Weiters wurde als stigmatisierend erlebt: das öffentliche Bild über psychische Erkrankungen, der Ausschluss von sozialen Rollen und strukturelle Diskriminierungen, womit in erster Linie die Qualität der psychiatrischen Versorgung gemeint war. Die AutorInnen entwickelten anhand der Studienergebnisse einen Plan für die Durchführung von Anti-Stigma-Interventionen (vgl. Schulze, 2005, S.122ff). Mit Konzepten wie „Recovery“ scheint sich tatsächlich ein Paradigmenwechsel zu vollziehen, denn die Aussicht auf Behandlungserfolge, von denen „Recovery“ ausgeht, bewirkt eine Haltungsänderung in der Begegnung mit Erkrankten.

2.4.5 Werte

Den persönlichen Werten kommt in schwierigen Lebensphasen ein ganz besonders hoher Stellenwert zu. Sie können den völligen Identitätsverlust auch dann noch verhindern, wenn alle anderen Säulen bereits eingebrochen sind. In psychischen Krisen, die als

existentiell bedrohlich beschrieben werden, suchen Betroffene oft Zuflucht und Halt in der Spiritualität oder anderen haltgebenden Quellen.

2.5 Demenz

In den Industriestaaten zählt die Demenz, als eine sehr spezielle Form psychischer Erkrankungen, bereits zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt und die Zahl der Betroffenen wird mit zunehmender Überalterung der Bevölkerung noch wesentlich ansteigen und unzählige, sowohl strukturelle als auch menschliche und ethische, Fragen aufwerfen. „Man schätzt, dass etwa 20 –25 Prozent aller über 80jährigen in unserem Land den Verstand verlieren“ (Schützdorf/Wallrafen-Dreisow, 2004, S. 9). Die Pflege und Betreuung demenziell veränderter Menschen unterscheidet sich wesentlich von der Versorgung geistig Gesunder. Pflegende sind gefordert, sich diesen Herausforderungen zu stellen, sich von eingefahrenen Sichtweisen und Haltungen zu lösen und den Boden zu ebenen, um unseren Alten zu ermöglichen „in Ruhe ver-rückt werden zu dürfen ...“ (ebd.). Wallrafen-Dreisow und Stelzig sehen die Begegnung mit demenzkranken Menschen als eine Chance, um deren Verstöße gegen gesellschaftlich gültige Normen zum Anlass zu nehmen, kulturelle Regeln in Frage zu stellen (Wallrafen-Dreisow/Stelzig, 2007, S. 14).

In der Gruppe besachwalteter Menschen machen die Dementen den größten Anteil aus. Das bedeutet in der Praxis, dass schwerwiegende Entscheidungen im fortgeschrittenen Lebensalter bezüglich medizinischer Eingriffe oder der Wahl des Wohnorts nicht (mehr) von den PatientInnen selbst getroffen werden. „So sind die schwierigen Fragen um die Selbstbestimmung schwerkranker Menschen und ihrer möglichen Beeinflussung und Manipulation durch die Interessen Dritter und durch den Zeitgeist in keiner Weise ausreichend geklärt“ (Petzold/ Schwerdt, 2007, S. 5). Zur Diskussion stehen mitunter lediglich die Allokation, der für die Altenpflege bereitgestellten Mittel und objektivierbare Qualitätskontrollen. Die Grundlagen sichtbarer Entscheidungen bleiben häufig im Verborgenen. Der Wertekonsens einer Gesellschaft wird in der Regel nicht zur Diskussion gestellt, obwohl dieser ausschlaggebend ist für den Rahmen, in dem die Betreuung hilfsbedürftiger Menschen stattfindet.

Menschen mit Demenz bedürfen in besonderer Weise des Schutzes, weil sie abhängig sind von anderen Menschen. Abhängigkeit bringt eine Asymmetrie mit sich, der sich Pflegende,

Betreuende, MedizinerInnen, TherapeutInnen und Angehörige bewusst sein sollten, um nicht durch ihr Verhalten noch zu einer Verschärfung der Situation beizutragen und durch unreflektiertes Handeln Aggressivität zu provozieren. Auch Menschen mit Demenz gilt es die Möglichkeit zuzugestehen, Entscheidungen zu treffen und in spezieller Weise „die spezifische Autonomie des Augenblicks“ (ebd. S. 11) als Chance und Ressource für die gemeinsame Arbeit zu nutzen, denn Lebensqualität „stellt auf das Vorhandensein wie auch immer gearteter Lebenschancen und – bedingungen ab“ (Wallrafen-Dreisow/Stelzig, 2007, S. 13). Pflegende finden sich oftmals in prekären Situationen wieder, wo der Schutz vor Selbst- oder Fremdgefährdung der Achtung der Autonomie diametral gegenüber steht. Zusätzlich laufen Instrumente der Qualitätssicherung, wie Pflege-theorien oder Pflegestandards, Gefahr durch ihren direktiven Charakter zweckentfremdet zu werden, indem sie anstatt eine aufmerksame Förderung des Rechts auf möglichst geringe Einschränkung der Handlungsspielräume Pflegebedürftiger und das Ernstnehmen individueller Präferenzen zu gewährleisten, der Ökonomisierung von Routineabläufen unterworfen werden (vgl. Bobbert, 2007, S. 107ff).

Wallrafen-Dreisow und Stelzig postulieren, dass das Verhalten von Menschen mit Demenz zwar möglicherweise nach anderen Regeln, aber durchaus nach einer gewissen Logik funktioniere und Menschen „nicht prinzipiell behandelt, therapiert, gepflegt und erst recht vor sich selbst bewahrt werden“ (Wallrafen-Dreisow/Stelzig, 2007, S. 14) müssen. Fürsorge in diesem Sinne verstanden, bedeutet als BegleiterIn zur Verfügung zu stehen und für jene Interessen und Bedürfnisse einzustehen, die der demenziell Erkrankte über Gefühle, Antriebe und Sinne ausdrückt und ihn dabei zu unterstützen, die jetzt zur Verfügung stehenden Ressourcen zu nutzen (vgl. ebd.). Die Betroffenen selbst drücken diesen Wunsch in einer berührenden Forschungsarbeit von Piechotta über das eigene Erleben ihrer demenziellen Erkrankung unter anderem so aus: „Wenn ich Wünsche frei hätte? Ich würde mir eine Person meines Vertrauens wünschen, die neben mir steht, unsichtbar, die mich leitet, die mich in Schutz nimmt“ (Jurisch, 2007, S. 178).

2.6 Exkurs: Bedürfnisse und Bedürftigkeiten im Kontext der Altenpflege

.....hilfsbedürftig....pflegebedürftig....schutzbedürftig....

Alles recht negativ konnotierte Begriffe. Kaum jemanden fällt es leicht, sich diese Bedürftigkeiten und Bedürfnisse einzugestehen. Im Alltag der Altenpflege sind diese Phänomene jedoch allgegenwärtig. Es liegt mir zwar fern, alt mit Dement gleich zu setzen und dennoch darf nicht außer acht gelassen werden, dass die Wahrscheinlichkeit im Alter Dement zu werden recht groß ist. Altenpflege bedeutet nicht nur Dementenpflege, aber auch und das in ständig steigendem Umfang.

Es existieren recht unterschiedliche – teilweise widersprüchliche – Konzepte zum Umgang mit Bedürfnissen in der Pflege. Aus Sicht der Basalen Stimulation geht es darum, das zentrale Grundbedürfnis nach Nähe und Geborgenheit zu befriedigen und die Wahrnehmung des eigenen Körpers zu fördern. Validierend zu pflegen bedeutet den Versuch sich in cerebral abgebaute Menschen einzufühlen, um mit ihnen in Kontakt zu bleiben. Die Grundsätze von Palliative Care zielen darauf ab, jene Bedürfnisse schwerstkranker Menschen wahrzunehmen, deren Erfüllung zu einer Erhöhung der Lebensqualität beitragen. Erwin Böhm entwickelte das Pflegemodell der „reaktivierenden Pflege“, welches aufgrund der originellen Persönlichkeit des Begründers zwar populär wurde, an wissenschaftlicher Fundierung aber noch zu wünschen übrig lässt. Er hinterfragt das Bedürfnis der Pflegenden, die Bedürfnisse Pflegebedürftiger zu stillen, radikal. Er definiert den Sinn von Pflege in der „Erfüllung seelischen Hungers“ (Böhm, 1992, S. 40).

Ich war viele Jahre in der Alten- und Krankenpflege tätig und bin den genannten Konzepten in der Praxis begegnet. In der theoretischen Reflexion interessiert mich heute besonders, was es für die in der Altenpflege tätigen Berufsgruppen bedeutet, die Bedürfnisse anderer Menschen zum Inhalt ihrer Arbeit zu haben und wie die Angehörigen pflegender Berufe mit den eigenen Bedürfnissen umgehen.

Viele alltägliche Handlungen dienen dem Erfüllen von Bedürfnissen. Manche werden erst bewusst wahrgenommen, wenn sie nicht gestillt sind bzw. dafür die Unterstützung durch andere Menschen notwendig wird. Ohne grundlegende Bedürfnisse zu befriedigen, ist menschliche Existenz nicht möglich. Für Berger ist eine Einteilung in wahre und falsche

Bedürfnisse abwegig und er plädiert dafür, die Entscheidung darüber, ob ein Bedürfnis vorliegt oder nicht, den Betroffenen zu überlassen (vgl. Berger, 1992, S. 17). Bedürfnisse lassen sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln erklären:

- Unter Bedürfnis wird der Zustand eines Mangels, das Fehlen von etwas, dessen Behebung verlangt wird, verstanden. Es ist der Ausdruck dessen was ein Lebewesen zu seiner Erhaltung und Entfaltung braucht.
- Bedürfnis ist eine allgemeine, umfassende Bezeichnung für Mangelzustände, die das Verhalten und kognitive Prozesse der Verhaltenssteuerung an solchen Zielen orientieren, welche eine Bedürfnisbefriedigung nach sich ziehen oder zumindest in Aussicht stellen.
- Bedürfnis als „Spannungs- oder Konfliktzustand innerhalb des personalen Systems“
- Bedürfnis als eine gesellschaftliche Kategorie. Das Verhältnis individueller und gesellschaftlicher Bedürfnisse gilt es zu hinterfragen und den Begriff zu konstruieren (vgl. Almer, 2001, S. 9f – zitiert nach Dorsch, Fröhlich, Adorno).

2.6.1 Hierarchie der Bedürfnisse

In der von Maslow formulierten Bedürfnishierarchie, befinden sich die biologischen Bedürfnisse z.B. nach Nahrung und Schlaf ganz unten. Erst wenn diese befriedigt sind, kommen andere Bedürfnisse zum Tragen. „Das Herz der Theorie bildet das Bedürfnis jedes Individuums, sich zu entwickeln und sein größtmögliches Potenzial zu verwirklichen“ (Zimbardo/Gerrig, 2004, S. 541).

Maslows Bedürfnispyramide ist nicht unumstritten. Die implizierte Wertehierarchie, das Spannungsverhältnis zwischen Sein und Sollen und vergessene biologische Aspekte wurden kritisiert (vgl. Almer, 2001, S. 25f).

2.6.2 Glücklich leben im Alter

Im Kontext der Altenpflege stehen zumeist unbefriedigte Grundbedürfnisse im Vordergrund. Doch auch alte Menschen streben nach Glück. Nicht nur in Form von Zufriedenheit trotz negativer Lebensbedingungen oder als vorübergehende positive Emotion. „Auch für das Alter gilt das Recht auf Glück und positive Lebensbedingungen“ (Mayring, Saup, 1990, S. 168). Diese in einer zunehmend „gerontotroph“ werdenden Gesellschaft zu ermöglichen, wird eine wesentliche Herausforderung des 21. Jahrhunderts darstellen. Unter „gerontotroph“ versteht Petzold Gesellschaften, in denen die Zahl alter Menschen die Zahl der jungen zu überschreiten droht. „Die Menschen der Moderne haben (...) weltweit Intelligenz, Forschung, Kapital investiert (...), [um] dem Tode Lebenszeit abzuringen. (...) Mit dieser Situation werden die Menschen, die sie geschaffen haben, nun auch verantwortlich umgehen müssen“ (Petzold, 2004, S. 20f).

2.6.3 Akute und chronische Verwirrtheit

Grond unterscheidet zwischen **akuten** Verwirrheitszuständen - die im Zusammenhang mit jeder Art von Erkrankung, Verletzung oder operativen Eingriffen auftreten können oder als Reaktion auf psychosoziale Faktoren möglich sind – und **chronisch demenziellen** Veränderungen (vgl. Grond, 1993, S. 87f). Als Entstehungsbedingungen für die Demenz beschreibt er neben körperlichen und genetischen Dispositionen auch psychosoziale Risikofaktoren, welchen ich in diesem Kontext besondere Beachtung schenken möchte.

2.6.4 Psychische Faktoren, die den geistigen Abbau beschleunigen

Für die Betreuungs- und Pflegepersonen ist es wesentlich, sich mit den Bedingungsfaktoren für Verwirrheitszustände auseinander zu setzen, weil dadurch erst Pflegebedürfnisse erkannt und Ressourcen offenkundig werden können.

- Verwirrtheit als Reaktion auf die Biographie

Erwin Böhm spricht von einer „Flucht aus der Welt“ (Böhm, 1989, S. 12). Wenn die Welt nicht mehr verstanden werden kann, flüchtet sich der alte Mensch in die Verwirrtheit. Der Umzug in ein Pflegeheim oder die Aufnahme in ein Krankenhaus sind häufige Auslöser

derartiger Reaktionen. Der alte Mensch braucht länger um Informationen erfassen und darauf reagieren zu können, die Adaptionszeit ist verlängert. Dieser Tatsache wird in unserer schnelllebigen Gesellschaft zumeist keine Beachtung geschenkt. Der alte Mensch „kommt nicht mehr mit“, was sich in Form von Verwirrtheit ausdrückt.

- Verwirrtheit als Ich – Überwältigung

Wenn die Abwehrmechanismen allmählich versagen, treten ins Unbewusste verdrängte Erlebnisse zutage. Regrediertes Verhalten ist die Folge. Abwehrmechanismen sind als Stabilisatoren im Umgang mit inneren und äußeren Konflikten unabdingbar. Werden diese insuffizient, ist die Psyche bedroht, was wiederum Verwirrtheit zur Folge haben kann. „Die Bewertung der bedrohlichen Anforderungen hängt (...) von der `Ressourcenlage` ab...“ (Petzold, 2004, S. 315), welche bei geriatrischen PatientInnen oft sehr knapp ist.

- Verwirrtheit als mangelnde Bedürfnisbefriedigung

Wird der alte Mensch in ein rigides System gepresst, in dem seine Bedürfnisse nach Anerkennung und Selbstverwirklichung nicht anerkannt werden, kann er verwirrt reagieren (vgl. Grond, 1993, S. 109).

Auch der Verlust der Steuerbarkeit von Gefühlen und die Angst diese anzusprechen, gelten als Risikofaktoren. Böhm differenziert die Bedürfnisse deutlich nach Prägungserfahrungen. Je nach Persönlichkeitstyp und gemachten Erfahrungen sehen die Bedürfnisse nach Bewegung, Lebenszufriedenheit, emotionaler Bindung, Nahrung oder Reinlichkeit sehr unterschiedlich aus (vgl. Böhm, 1989, S. 119).

- Verwirrtheit als Verlust der Identität

Über die gesamte Lebensspanne sind Brüche in den Säulen der Identität – Leiblichkeit, soziales Netzwerk, Arbeit, materielle Sicherheit, Lebenssinn - durch unterschiedliche „life events“ möglich. Gesunden, jüngeren Menschen steht ein größeres Repertoire an Verhaltenweisen zur Verfügung solchen Krisen zu begegnen. Manchen alten Menschen bleibt einzig die Verwirrtheit als Bewältigungsform.

- Verwirrtheit als sich selbst erfüllende Prophezeiung

Wenn von der Umgebung aufgrund negativer Rollenzuschreibungen, was Petzold als „Feind von außen“ (Petzold, 2004, S. 91) bezeichnet, abgebautes Verhalten erwartet wird, verändert sich dadurch das Selbstbild -> „Feind von innen“ (Petzold, 2004, S. 91). Die negativen Klischees, die in jungen Jahren auf die Alten angewendet wurden, werden im eigenen Alter internalisiert und prägen das eigene Verhalten. „Viele (...) Altersbeschwerden (...) müssen als das Resultat komplexer sozialer Restriktionen angesehen werden, die über *die ganze Lebenszeit* eines Menschen schon wirksam gewesen sind“ (Petzold, 2004, S. 91).

- Verwirrtheit als erlerntes Fehlverhalten

Erfährt ein alter Mensch aufgrund seiner Verwirrtheit vermehrte Zuwendung durch Pflegepersonen oder beobachtet er dieses Phänomen bei anderen, besteht die Gefahr, der Verstärkung verwirrten Verhaltens. „Auch Demente sind noch lernfähig (...)“ (Grond, 1993, S.111). Die Betreuungspersonen sind gefordert ihr eigenes Verhalten zu reflektieren und sich nicht von Muttergefühlen leiten zu lassen.

- Verwirrtheit als mehrdimensionaler Abbau

Mangelndes Training, mangelnde Ausbildung, Anregung und ein Defizit an Sozialkontakten werden als Ursache für frühzeitigen Intelligenzabfall beschrieben (vgl. ebd. S.112). Petzold zitiert diesbezüglich Cicero: „*Es gilt jedoch nicht nur den Körper, sondern noch viel mehr den Geist und den Verstand zu unterstützen. Auch er erlischt ja durch das Alter, wenn man ihn nicht, wie eine Lampe mit Öl, versorgt.*“ (Petzold, 2004, S. 74).

2.6.5 Bedürfnisse verwirrter Menschen

„Wenn wir schon bei der Krankenpflege mit normalen Menschen und ihren seelischen Problemen und Prägungen nicht zurechtkommen, wie sieht dies erst bei pathologischen Abbauprozessen aus? (...) stellt sich erst recht die Frage, wer die Bedürfnisse dieser Menschen wahrnehmen und wie man dies tun könnte“ (Böhm, 1989, S. 120). Böhm sah in den medizinischen Diagnosen, in der Erfahrung und Intuition unzureichende Grundlagen

für die Pflege verwirrter Menschen und entwickelte ein eigenes Pflegeprozessmodell, auf welches ich deshalb Bezug nehme, weil er Ansätze aus der Integrativen Therapie in dieses einbezieht. Er geht davon aus, dass viele Einweisungen in Pflegeheime nicht notwendig wären, wenn die Betreuungspersonen mit geronto-psychiatrischen PatientInnen umgehen könnten (vgl. Böhm, 1989, S. 121ff). Er fordert, dass die Reversibilitätstheorie auch in der Geriatrie Einzug halten muss (vgl. Böhm, 1992, S. 125). Zentrale Themen stellen das „wieder verständlich machen der Welt“ und die Stillung der emotionalen Grundbedürfnisse dar.

- Bedürfnis nach Kontakten

Die alleinige Anwesenheit anderer Personen reicht nicht aus, um dieses Bedürfnis zu befriedigen. Ein alter Mensch, der viele Stunden am Tag alleine zu Hause verbringt, aber regelmäßigen Kontakt mit einer vertrauten Heimehelferin hat, ist möglicherweise weniger einsam, als viele Alte, die in einem sauberen, ruhigen Tagraum eines Pflegeheimes, als eine/r von vielen, sitzen. „Macht keinen ruhigen Kindergarten für Alte, in dem nichts passiert, vigilanzsteigernde Prozesse sind indiziert“ (Böhm, 1992, S. 140). Böhm stellt verwahrende Pflege radikal in Frage, sieht Streit und Lärm als Zeichen von Lebendigkeit und warnt davor „Rehabilitationsleichen“ (ebd.) zu produzieren. „Das wichtigste Bedürfnis des Menschen als soziales Wesen ist dazu zu gehören (...)“ (Grond, 1997, S. 190).

- Bedürfnis nach Zärtlichkeit

Ungenügende körperliche Zuwendung im Säuglingsalter kann zu einem „Nachholbedürfnis nach Zärtlichkeit“ (Böhm, 1989, S. 132) im Alter führen. Pflegepersonen sind gefordert sich professionelle „Berührungskonzepte“ anzueignen und ihre Wahrnehmung zu schulen, um Berührungen gezielt einsetzen zu können ohne pflegebedürftigen Menschen dadurch zu nahe zu treten. Petzold konstruierte den Begriff des „Leibgedächtnisses“ und beschreibt den Mensch als „Leibsubjekt“, welches von den „Gegebenheiten der Lebenswelt bewegt, beeinflusst, gestaltet“ wird und diese wiederum durch das eigene Tun konstruktiv oder destruktiv beeinflusst (vg. Petzold, 2006, S. 21). Bei schwer Demenzkranken und Sterbenden bleibt den Pflegenden oft nur noch die Berührung als einzig mögliche Kommunikationsform (vgl. Grond, 1997, S. 32). Es ist notwendig in die Biographie der

Menschen Einblick zu haben, um die Chance zu erhöhen, Reaktionen auf Körperkontakt richtig einordnen zu können.

- Bedürfnis nach Anerkennung

Anerkennung und Wertschätzung sind nur möglich, wenn die Pflegenden lernen sich selbst zu achten und mit den eigenen Gefühlen und Ressourcen ehrlich umzugehen. „Nur dauernde genaue Beobachtung äußerer und innerer Vorgänge befähigt die Pflegenden zu professioneller kongruenter Beziehungspflege“ (ebd., S. 55). Die Pflegepersonen selbst sind das Werkzeug, das sie für ihre Arbeit brauchen und nur wenn sie mit sich selbst achtsam umgehen, ist eine ehrliche und wertschätzende Beziehung trotz aller Belastungen denkbar.

- Bedürfnis nach Identifikation

Böhm beschreibt das Phänomen der Identifikation von hochbetagten PatientInnen mit ÄrztInnen oder PflegerInnen, wobei er darunter eher unterwürfiges Verhalten versteht und nicht so sehr den Versuch Ruhm und Ehre eines anderen auf sich abfärben zu lassen. Diese Strategie birgt zweierlei Gefahren in sich. Einerseits, dass das Selbstwertgefühl der Pflegenden dadurch genährt wird und sie dieses Verhalten noch unterstützen, was auf der anderen Seite die / den PatientIn verstärkt in die Regression treibt.

2.6.6 Reaktivierende Pflege nach Erwin Böhm

Mit höchst pathetischen Aussprüchen versuchte Erwin Böhm Ende der 1980er / Anfang der 1990er Jahre eine Neuorientierung in der Altenpflege einzuleiten. Seine provokanten Aussagen, wie: „Helfen mit der Hand in der Hosentasche“ (Böhm, 1989, S. 149) oder „Der Patient muß sich erst seelisch regen, bevor wir ihn motorisch bewegen“ (ebd., S. 136) sorgten mitunter für gewaltige Irritationen unter den Pflegenden. Inzwischen hat er einige seiner damaligen Behauptungen relativiert. Sein Hauptmotiv war die AltenpflegerInnen dazu zu animieren Gutes zu bewirken, statt Gutes zu tun. Folgende Grundsätze standen für ihn im Vordergrund:

- Normalitätsprinzip

Was für einen Menschen normal ist, muss im Kontext seiner Biographie interpretiert werden. Grundsätzlich gilt es das Leben - auch in der Geriatrie - so „normal“ als möglich zu gestalten. Das kann z.B. bedeuten tagsüber Gewand zu tragen und zwar solches, wie früher und nicht Jogginghosen für 90jährige. Institutionen, die sich am Paradigma der Heilung orientieren „verhindern tendenziell Alltagsnormalität“ (Wallrafen-Dreisow/Stelzig, 2007, S. 15). Alltagsleben bringt Risiken mit sich, die es in Kauf zu nehmen gilt, um Entwicklung zu ermöglichen. Denn wie lebenswert ist ein Leben, das so „beschützt“ ist, dass der Schutz selbst es erstickt?“ (Wallrafen-Dreisow/Stelzig, 2007, S. 16).

- Aktivieren auf den Grundlagen der Biographie

Basteln oder ähnliche sinnentleerte Tätigkeiten mit Menschen, die in ihrem ganzen Leben nie gebastelt, sondern immer nur gearbeitet haben, wird als kontraproduktiv eingestuft. Angebote sollen in Bezug zur Lebensgeschichte stehen.

- Verwirrt nicht die Verwirrten

Keine kontinuierlichen Tagesabläufe, fehlende Bezugspunkte und unterschiedliche Auskünfte erschweren es cerebral abgebauten Menschen zusätzlich sich zurechtzufinden. Die Bestrebungen sollten dahin gehen den PatientInnen „verlässliche Gewohnheiten wiederzugeben“ (Böhm, 1992, S. 127).

- Orientierungstraining

Eine digitale Uhr kann von Menschen, die in ihrer Kindheit eine Pendeluhr in der Stube hängen hatten, nicht als Informationsquelle zwecks zeitlicher Orientierung genutzt werden. Demente Menschen brauchen stabile Informationsquellen. Das können gut sichtbare Kalender, Uhren mit großen Zifferblättern, deutliche Beschriftungen der Räumlichkeiten und verlässliche Informationen über die eigenen Person in Form von Fotos, Abzeichen oder Urkunden sein. Auch das konsequente Ansprechen mit dem Namen ist zweckdienlich (vgl. Böhm, 1992, S. 97).

- Auseinandersetzung mit der Mutterrolle

Um alten Menschen das höchstmögliche Ausmaß an Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit zuzugestehen, sind Pflegende gefordert der Versuchung sich als „allwissende Mutter“ (Böhm, 1992, S. 211) aufzuspielen, zu widerstehen.

- Reizanflutung

Alte Filme und Lieder eignen sich vorzüglich dazu, Emotionen zu wecken und dadurch zu beleben. Feste feiern wie sie fallen – auch in der Geriatrie! Böhm beschreibt die Weckung des Aggressionstriebes als letzte Möglichkeit, wenn andere Aktivierungsmaßnahmen nicht greifen.

- Selbstständigkeitstraining

Was der alte Mensch noch selbst machen kann, soll er auch selbst machen. „Laßt sie doch arbeiten, bremst sie nicht, lasst sie teilnehmen am Arbeitsprozeß, dann sind sie glücklich, wenn sie gebraucht werden“ (Böhm, 1989, S. 143).

- Ich – Wichtigkeit

Historische Gespräche können eine gute Möglichkeit sein, um PatientInnen bei der Ich – Identifikation zu unterstützen. Was waren die persönlichen Stärken, welche Lebensbereiche gaben dem Menschen früher das Gefühl „wichtig“ zu sein? Wenn der demente Mensch darüber entscheiden kann, ob er die rote oder die blaue Weste anziehen möchte, gibt ihm das ein Stück Würde zurück. Er fühlt sich ernst genommen und wertgeschätzt, wenn es zumindest noch kleine Bereiche gibt, die er bestimmen kann.

- Identitätsstabilisierung durch Arbeit im Altgedächtnis

Alte Fotos und Geschichten, ein Besuch in der eigenen Wohnung oder beim Flohmarkt, alte Gebrauchsgegenstände einsetzen oder sich alte Kochrezepte erklären lassen, ermöglichen einen geistigen Ausflug in eine Zeit, wo das Gehirn noch gut funktioniert hat und geben Sicherheit.

2.6.7 Bedürfnisse der Pflegenden

Unter den Angehörigen helfender Berufe, die andauernd mit den Bedürfnissen ihrer KlientInnen und PatientInnen konfrontiert sind, gibt es eine große Anzahl jener, denen es äußerst schwer fällt, sich eigene Hilfsbedürftigkeiten einzugestehen. „Psychiater, die in der Öffentlichkeit allmählich Erfolg mit der Aufklärung darüber haben, dass seelische Krankheiten heilbar und kein Makel sind, können ihre Kollegen offensichtlich zuallerletzt überzeugen“ (Schmidbauer, 2004, S. 24).

- Defizite an Verwöhntwerden

Schwaches Selbstwertgefühl gekoppelt mit ungestillten narzisstischen Bedürfnissen und permanenten Schuldgefühlen machen gleichwertige Beziehungen unmöglich. Menschen mit „Helfer-Syndrom“ (ebd., S. 12) sind in der Altenpflege weit verbreitet. Die eigenen ungestillten, infantilen Bedürfnisse werden durch eine bemutternde Haltung sublimiert.

An dieser Stelle könnte Wertschätzung durch Vorgesetzte ein Stück weit defizitäre Erfahrungen der Pflegepersonen korrigieren helfen, denn die gebührt den professionell Pflegenden für eine dermaßen anspruchsvolle Aufgabe allemal (vgl. Held/ Ugolini, 2005, S. 218)

- Helfer-Schützling-Kollusion

Eigene unerfüllte Ansprüche wahrzunehmen wäre zu schmerzhaft. Um mit diesen Gefühlen nicht konfrontiert zu werden, wird aufopferungsvoll jemand anderer umsorgt, verwöhnt und gepflegt. Die geheime Gegenleistung besteht darin, dass der Schützling klein und schwach bleiben muss (vgl. ebd. S. 115). „Wenn ein Klient unbewusst spürt, dass der Therapeut seine Dankbarkeit als Gegenleistung braucht, weil er die berufliche Befriedigung (z.B. Honorar, wissenschaftliches Interesse, spontanes Mitgefühl) nicht für sich lohnend gestalten kann, wird er in seiner Entwicklung blockiert“ (ebd. S. 132).

- Ausbildungsmängel

Die Auseinandersetzung mit den eigenen Kränkungen und Aggressionen sollte ein Pflichtbestand jeder Art von Pflegeausbildung sein. Um für die Situation der gerontotrophen Gesellschaft gerüstet zu sein und nicht an deren „Potenzialen zur Inhumanität“ (Petzold, 2004, S. 18) zu scheitern, sind noch grundlegende, gesellschaftliche

Veränderungen notwendig. Mit kurzfristigen Lösungen und dem scheinbaren Stopfen von Löchern werden diese großen ungelösten Probleme der kommenden Jahre nicht zu bewältigen sein. Die Tatsache, „dass es in keinem Bereich der pflegerischen und sozialen Arbeit so viele unausgebildete Mitarbeiter bzw. Kräfte ohne psychosozialen Grundberuf gibt wie im Bereich der Altenarbeit“ (ebd. S. 9) finde ich sehr besorgniserregend.

Die permanente Konfrontation mit Siechtum, Leiden und Tod erinnert unentwegt an die eigene Vergänglichkeit, was aber verdrängt werden muss, um handlungsfähig zu bleiben. Die Pflegenden in der Geriatrie wissen bewusst oder unbewusst, dass sie das letzte Glied in der Kette sind und fühlen sich als Schlusslichter, alleine gelassen mit Situationen vor denen sich die meisten Menschen fürchten. Diese speziellen Herausforderungen verlangen nicht nur nach hoher fachlicher, sondern in besonderer Weise persönlicher Kompetenz.

2.6.8 Conclusio

Die Ideen von Erwin Böhm gefallen mir sehr gut. In der Praxis konnte ich aber, trotz aller Bemühungen, keine erfolgreiche „Reaktivierung“ miterleben. Ich nahm Demenz stets als einen progredient fortschreitenden Abwärtsprozess wahr. Besonders frustrierend erlebte ich das Ungleichgewicht zwischen den Ansprüchen der Pflegenden an sich selbst und an die KollegInnen und den sich nicht einstellen wollenden Erfolgserlebnissen.

Es ist kein Zufall, dass der Punkt „Bedürfnisse der Pflegenden“ in diesem Kapitel zuletzt erwähnt wird. So habe ich es im Berufsalltag kennengelernt: Pflegende stellen die eigenen Bedürfnisse hinten an. Auch – oder besser gesagt: ganz besonders – in jenem Pflegeheim, das sich an den Grundgedanken Böhm's orientierte. Engagierte Pflegepersonen leisteten Unglaubliches unter widrigsten, strukturellen Voraussetzungen und ohne für sich selbst adäquate Rahmenbedingungen zu fordern. Burnouterscheinungen und eine extrem hohe Fluktuation standen auf der Tagesordnung. Ich kann mir nicht vorstellen, dass langfristig auf diese Art qualitativ hochwertige Altenpflege gewährleistet werden kann. Das Pflegemodell der Mäeutik kommt meinen persönlichen Vorstellungen näher. Es betrachtet sowohl PatientInnen als auch Pflegepersonen als verletzbare Menschen und unterlässt die Trennung in zwei Welten, wo auf der einen Seite die gesunden, professionellen Helfer stehen und auf der anderen Seite die Dementen mit ihren zahlreichen Defiziten.

Investitionen in diese Richtung scheinen mir, nicht zuletzt aus persönlichen Gründen, sinnvoll, denn in einigen Jahrzehnten sind wir es, die – so hoffe ich – von gut ausgebildeten, reflektierten, ausgeruhten, zufriedenen Pflegepersonen, die auch gut auf sich selbst aufpassen, profitieren werden.

3 Das Sachwalterrechts-Änderungsgesetz (SWRÄG) 2006

Die stetig steigende Lebenserwartung und damit verbunden die gewaltige Zunahme demenzkranker Personen sowie die zunehmende Formalisierung der Gesellschaft, führten in den vergangenen Jahren zu einem enormen Anstieg an Sachwalterschaftsbestellungen, was einen für die Gerichte kaum mehr bewältigbaren Aufwand bedeutete. Pilgram dazu: „Das Rechtinstitut der Sachwalterschaft „leidet“ heute an seinem großen Erfolg“ (Hanak/Pilgram, 2007, S. 290). Der Wunsch nach einer zeitgemäßen Adaptierung des geltenden Rechts von 1983 und die Schaffung von Alternativen zur Sachwalterschaft war ausschlaggebend für die Erstellung einer Studie des Instituts für Rechts- und Kriminalsoziologie über die Anlässe von Sachwalterschaftsbestellungen und schließlich die Einberufung einer Arbeitsgruppe zur Erarbeitung einer Gesetzesänderung. Das daraus hervorgegangene SWRÄG 2006 „will Strategien anbieten, die Glaubwürdigkeit und Effizienz der Schutzfunktion der Sachwalterschaft wiederherzustellen (.....)“ (Barth, 2006, S. 138).

Die absoluten Zahlen in gerundeter Form, zeigen in der Tabelle auf der nächsten Seite wie viele Sachwalterschafts - Neubestellungen es in den untersuchten Jahren gab. Interessant ist, dass sich die Anzahl an Demenzerkrankten im Untersuchungszeitraum ungefähr verdreifachte, die Anzahl an Sachwalterbestellungen für alte Menschen sich aber fast verzehnfachte. Daraus ist zu schließen, dass neben dem geistigen Abbau noch andere Faktoren für die rasante Zunahme an Besachwalterungen im Alter verantwortlich sind. Pilgram verweist darauf, dass sich die Anzahl der in Einpersonenhaushalten lebenden besachwalteten Personen im Vergleichszeitraum mehr als verdoppelt hat und dass Menschen, die in Anstalten leben, häufiger der Rechtsfürsorge bedürfen als vor 25 Jahren. (vgl. Pilgram, 2006, S. 204).

Tabelle: Zugänge Entmündigter und Besachwalteter (Pilgram, 2006, S. 204).

Sachverständigen- Diagnose	Entmündigte 1981	Besachwaltete 2001	Differenz	Zuwachsfaktor
Geistige Behinderung	250	1.900	1.650	7,6
Psychische Krankheit	300	1.400	1.100	4,7
Altersbedingte Demenz	400	3.800	3.400	9,5
Gesamt	1.000	7.500	6.500	7,5

Die Novelle zum Sachwalterrecht ist geprägt vom Grundgedanken der Bewahrung von Autonomie psychisch kranker und geistig behinderter Personen. Der Gesetzgeber stellt Menschen, die ihre Angelegenheiten selbst nicht gehörig besorgen können, unter den besonderen Schutz der Gesetze. Ging es in der Entmündigungsordnung darum die Allgemeinheit vor psychisch kranken Menschen zu schützen, so steht heute der Schutz jener Personen im Vordergrund, denen durch die Art und Weise wie sie ihre Angelegenheiten besorgen bzw. nicht besorgen ein Nachteil oder eine Gefahr zu erwachsen droht.

3.1 Von der Entmündigungsordnung zum SWRÄG 2006

Gesetzliche Veränderungen sind sichtbar gewordene gesellschaftliche Umbrüche und können nicht losgelöst von politischen Strömungen und zeitgeistprägenden Phänomenen betrachtet werden. Noch im vorigen Jahrhundert war es Usus, dass psychisch kranke Menschen und Straffällige gemeinsam in Narrentürmen von der Öffentlichkeit weggesperrt wurden. Erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts wurde eine Kursänderung deutlich, welche zur Psychiatriereform führte und erst allmählich wird es möglich, dass aufgrund von sozialpsychiatrischen Bemühungen psychisch kranke Menschen zumindest teilweise in der

Bevölkerung leben können und eine Beschränkung ihrer Handlungsspielräume nur dort zulässig ist, wo sie dem Schutz der Betroffenen dienen.

3.1.1 Kuratel: 1811 bis 1916

Für „Wahn- oder Blödsinnige“ konnte das Gericht einen Kurator bestellen. Der/die Betroffene verlor seine/ihre volle Geschäftsfähigkeit.

3.1.2 Entmündigungsordnung: 1916 bis 1984

Fast 70 Jahre lang war in Österreich die sogenannte Entmündigungsordnung (EntmO) in Kraft. Diese orientierte sich vorwiegend am Kindschaftsrecht und stellte wegen „Geisteskrankheit“ oder „Geistesschwäche“ entmündigte Personen - wie es damals im Gesetzbuch stand – auf die Stufe eines Kindes. Es gab zwar schon den grundsätzlichen Wunsch nach einem stufenlosen System, aber dafür „war damals die Zeit noch nicht reif“ (Ent/Hopf, 1983, S. 25). Im Vordergrund stand der Schutz der Öffentlichkeit vor geisteskranken Menschen.

3.1.3 Enquete: 1978

Der Bundesminister für Justiz beruft eine Enquete über die „Reform der Entmündigungsordnung“ im Palais Trautson ein. Dieser folgen weitreichende Diskussionen, Tagungen und Beratungen über eine Reform der EntmO.

3.1.4 Sachwaltergesetz: 1983 bis 2006

Erst im Jahr 1983 konnte das Bundesgesetz über Sachwalterschaft erlassen werden. Die größten Meilensteine dieser Gesetzesreform waren eine Änderung der verwendeten Begrifflichkeiten und ein individuell abstufbares Ausmaß an Begrenzungen der Geschäftsfähigkeit. Der Schutz und das Wohl der Betroffenen rückt in den Vordergrund und „die Zielrichtung der Maßnahmen [wird] positiv“ (ebd). Infolge dieses Gesetzes kam es zur Gründung von Sachwaltervereinen, weil der Bedarf an fachlich qualifizierten Personen für die Betreuung psychisch kranker oder geistig behinderter Menschen erkannt wurde (vgl Ent/Hopf, 1983, S. 26). Ein Sachwalter soll als Hilfestellung dienen und kranke

Menschen vor Nachteilen schützen. „Der Sachwalter übt sohin in gewissem Sinn die Funktion eines Betreuers aus“ (Zierl, 2007, S. 7). Pilgram stellt in seinem Rückblick auf die 1980er Jahre einschneidende gesellschaftliche Veränderungen fest: „Das 20 Jahre alte Sachwalterrecht stammt aus einer Zeit, in welcher der Sozialstaat Züge von „over-protectiveness“ trug, gespeist aus hohem Vertrauen in Staats- und Rechtsinstitutionen als die eigentlichen Modernisierungsagenturen, während Familienstrukturen und –traditionen als Emanzipationshindernis beargwöhnt wurden. Sanftes Hineinregieren und Kontrollieren dieser Strukturen nicht zuletzt via Sachwalterschaft wurde für legitim und notwendig erachtet und nicht weiter problematisiert“ (Pilgram, 2006, S. 209 - 210).

3.1.5 Sachwalterrechts-Änderungsgesetz: 2006 bis ?

Im 21. Jahrhundert stellt man fest, dass die Institution Familie nach wie vor funktioniert und die öffentliche Hand den Bedarf an Rechtsfürsorge nicht mehr bewältigen kann, was wiederum zu einem Rückzug der Sachwalterschaft und einer Forcierung der familiären Beistandspflicht durch die aktuelle Gesetzesreform führte (vgl. ebd.).

Die stetig steigende Lebenserwartung, damit verbunden eine massive Zunahme an dementiellen Erkrankungen auf der einen Seite, und parallel dazu eine ständig voranschreitende Formalisierung der Gesellschaft führten in den vergangenen zwanzig Jahren zu einer Verdoppelung der Sachwalterschaften. Die dadurch entstehenden Kosten und die Überlastung der Gerichte machten eine Überarbeitung des bestehenden Sachwaltergesetzes unabdingbar. Die Personensorge rückt in das Zentrum der Überlegungen. Es gilt die Schutzfunktion aufrechtzuerhalten und unverhältnismäßige Eingriffe in die Autonomie älterer oder kranker Menschen durch die Entwicklung von Alternativen zu vermeiden. Als geeignete Alternativen werden Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen und die gesetzliche Vertretungsbefugnis für nächste Angehörige genannt (vgl. Zierl, 2007, S. 7ff).

3.2 Voraussetzungen für die Bestellung eines Sachwalters

Die rasante Zunahme an Sachwalterbestellungen wird auf unterschiedliche Gründe zurückgeführt. Neben demographischen Veränderungen und der zunehmenden Formalisierung und Komplexität gesellschaftlicher Bedingungen werden auch Stimmen

laut, die in den vermehrten Sachwalterbestellungen einen rechtlichen Kompensationsversuch für abnehmende soziale Ressourcen vermuten (vgl. Pilgram, 2006, S. 203). „Sachwalterschaft läuft Gefahr, als Ersatz für fehlende Sozialarbeit verwendet zu werden“ (Vyslouzil, 2006, S. 160). Der Gesetzgeber erachtet folgende Voraussetzungen als Bedingung für die Bestellung eines Sachwalters:

3.2.1 „Regelwidriger“ psychischer Zustand

Es reicht nicht alleine die Diagnose einer psychischen Störung – diese muss so schwerwiegend sein, dass die eigenen Interessen nicht wahrgenommen werden können. Ob das zutrifft, ist durch ein medizinisches, beziehungsweise im Falle einer geistigen Behinderung eines heilpädagogischen, Sachverständigengutachtens zu klären. Der Gesetzgeber verwendet den Oberbegriff „behinderte Person“, welcher die Kategorien „psychisch krank“ und „geistig behindert“ subsumiert und weist ausdrücklich darauf hin, dass es sich hierbei um Rechtsbegriffe handle und diese „niemals diskriminierend“ (Zierl, 2007, S. 50) verstanden werden dürfen. Der im ABGB verankerte Schutzgedanke für Minderjährige und Personen, „die aus einem **anderen** Grund (...) ihre Angelegenheiten selbst gehörig zu besorgen nicht vermögen“ (ebd., S. 51) wird im Rahmen des SWRÄG in die Form eines Gesetzes gegossen und ist somit nicht nur auf psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen beschränkt. Körperliche Erkrankungen - die zur völligen Handlungsunfähigkeit führen, wie beispielsweise ein apallisches Syndrom, das weder in die Kategorie psychischer Krankheiten oder geistiger Behinderungen fällt - können auch mit einer besonderen Schutzbedürftigkeit einhergehen (vgl. Zierl, 2007, S. 51).

3.2.2 Vorhandensein von zu besorgenden Angelegenheiten

Unter Angelegenheiten werden neben der Fürsorge für den Pflegebefohlenen vor allem Angelegenheiten rechtlicher Art, wie z.B. Vermögenssorge, Beteiligung an behördlichen Verfahren, Aufenthaltsbestimmungen usw. verstanden. Diese dürfen nicht nur fiktiv, sondern müssen aktuell vorhanden sein. Der Wirkungskreis der Sachwalterschaft wird vom Gericht festgelegt und darf nur so weit reichen, als er der Abwehr von Nachteilen dient. „Nach der Entmündigungsordnung war es des öfteren zu Entmündigungen gekommen, nur um den Betroffenen von der Verfolgung lediglich in seiner Phantasie bestehender Ansprüche abzuhalten“ (Walters, 1991, S. 74). Der Schutz Dritter ist nicht Aufgabe eines

Sachwalters. „Ein Sachwalter darf auch dann nicht bestellt werden, soweit durch eine Vollmacht, besonders eine Vorsorgevollmacht, oder eine verbindliche Patientenverfügung für die Besorgung der Angelegenheiten der behinderten Person im erforderlichen Ausmaß vorgesorgt ist“ (Maurer, 2007, S. 39). Die Personensorge ist immer Aufgabe des Sachwalters / der Sachwalterin, egal für welchen Wirkungskreis er/sie bestellt wurde, und er/sie hat die Pflicht mit dem/der Pflegebefohlenen persönlichen Kontakt zu halten und sich um die best mögliche Betreuung für diese/n zu bemühen.

Schauer geht der Frage nach, ob es zulässig ist, einen Sachwalter zu bestellen, wenn die Personensorge die einzige anstehende Angelegenheit darstellt und unternimmt diesbezüglich den Versuch den Begriff der „Angelegenheiten“ juristisch auszulegen und konstatiert, dass „Angelegenheiten“ in einem weiteren Sinn zu verstehen seien, als nur Rechtshandlungen betreffend, sondern die Fürsorge um den/die Pflegebefohlene/n immer mitumfasse. Dem gegenüber steht die Auffassung, „dass die Personensorge nicht zum Gegenstand einer Sachwalterbestellung gemacht werden könne, wenn sie keinerlei rechtliche Dispositionen erfordere“ (Schauer, 2006, S. 19). Schauer steht einer Besachwalterung ausschließlich zur faktischen Personensorge skeptisch gegenüber und spricht sich gegen eine Vereinbarkeit dieser mit dem geltenden Recht aus (vgl. ebd. S. 20). Um Missverständnissen vorzubeugen, ruft Maurer zu einer möglichst präzisen, richterlichen Formulierung im Bestellungsbeschluss auf, aus der die Rechtshandlungen im Rahmen der Personensorge deutlich hervorgehen sollten (vgl. Maurer, 2007, S. 143). Ein OGH – Urteil aus dem Jahr 1985 forderte die Aufrechterhaltung einer Sachwalterschaft für eine geistig hochgradig behinderte Person, die in einem Heim lebte und bei der keine zu besorgenden Angelegenheiten anstanden, mit der Begründung, dass die Willensentscheidung des/der Betroffenen gegenüber der Institution lediglich durch fallweise Besuche des Vaters nicht gewährleistet sei (vgl. Maurer, 2007, S. 53). In den dazwischenliegenden 23 Jahren hat sich einiges verändert. Seit 2004 sieht das Konsumentenschutzgesetz (KSchG) den Abschluss von Heimverträgen vor, was zu einem häufigen Anlassfall für eine Sachwalterbestellung geworden ist. Andererseits versucht der Gesetzgeber mit dem SWRÄG die Zahl der Besachwalterungen dadurch einzudämmen, als diese nur zulässig sind, wenn geeignete Hilfe nicht durch öffentliche oder private Behindertenhilfe oder durch Pflegeeinrichtungen erbracht werden kann (vgl. Müller/Prinz, 2007, S. 27). Wie eine OGH-Entscheidung in einem ähnlichen, wie dem oben beschriebenen Fall, heute aussehen würde, bleibt somit fraglich.

Für Huter ist der Begriff der „Personensorge“ ebenfalls auslegungsbedürftig und er vermisst eine solche im Gesetzestext. Er stellt fest, dass mit Personensorge auf keinen Fall gemeint ist, dass der/die Sachwalterin im Rahmen ihrer/seiner übertragenen Aufgaben selbst Pflege- oder Betreuungsleistungen zu übernehmen hat. Sehr wohl ist es aber seine/ihre Aufgabe diese zu organisieren und die Interessen des/der Pflegebefohlenen gegenüber einer betreuenden Institution zu vertreten bzw. festzustellen, ob diese für die betroffene Person als geeignet anzusehen ist. Somit wird deutlich, dass zwar die Personensorge an sich noch keine Angelegenheit im Sinne des SWRÄG darstellt, in der Praxis zeigt sich jedoch, dass mit der Erfordernis der Personensorge häufig sowohl Schutzbedürftigkeit als auch rechtlicher Handlungsbedarf einhergehen, die in der Regel das höchste Rechtsgut, nämlich „das Leben und die körperliche Unversehrtheit“ (Huter, 2006, S. 207) betreffen – die naturgemäß zu den grundlegendsten Aufgaben eines Sachwalters / einer Sachwalterin zählen (vgl. ebd.).

3.2.3 Fehlende Subsidiarität

Ein Sachwalter soll nur dann bestellt werden, wenn andere Hilfen z.B. durch die Familie, Pflegeeinrichtungen, soziale und psychosoziale Dienste nicht ausreichen und die Besachwalterung zur Abwehr eines Schadens adäquat und geeignet erscheint. Eine Sachwalterbestellung gilt als „letzter Ausweg“ (Müller/Prinz, 2007, S. 26). Davor sollen alle anderen Möglichkeiten auf ihre Tauglichkeit überprüft werden. Zu diesem Zweck und zur Entlastung der Gerichte in der Abklärungsphase wurden mit Inkrafttreten des neuen Gesetzes in den Sachwaltervereinen Clearingstellen eingerichtet (vgl. Pilgram, 2006, S. 146). Ihre Aufgabe ist es, im Vorfeld beratend tätig zu sein und Alternativen aufzuzeigen. Dazu zählen Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen und die Vertretungsbefugnis durch nächste Angehörige. Von diesen Neuerungen erhoffte sich der Gesetzgeber einen deutlichen Rückgang an Sachwalterschaftsneubestellungen. Im Jahr 2005 wurde das „Modellprojekt Clearingstelle“, welches fünf Bezirksgerichte umfasste und für die Dauer von einem Jahr konzipiert war, gestartet. Die Evaluierung brachte folgende Ergebnisse: dort wo eine Clearingstelle eingerichtet wurde nahmen die Verfahrenseinstellungen signifikant zu. Das entspricht zwar nicht den Zielen dieser Einrichtung, denn eigentlich sollten gerade diejenigen Verfahren, „die schließlich mit einer Einstellung enden (immerhin 18 % aller Verfahren)“ (ebd.) durch die Implementierung einer Clearingstelle

eingespart werden. Erklären lässt sich diese Tatsache dadurch, dass Clearing nicht im Vorfeld passiert, sondern einen Teil des Sachwalterschaftsverfahrens darstellt. (vgl. Hanak/Pilgram, 2007, S. 291). Weiters konnte die Bestellung von Rechtsanwälten zu Sachwaltern reduziert werden, wohingegen es aber keinen Anstieg von nicht professionellen Sachwaltern gab. Die Anzahl an VereinssachwalterInnen stieg in allen Regionen an. „Clearing reduziert sowohl das Risiko, dass bei bloß „sozial lästigen“ oder „schwierigen“ Personen zur Sachwalterbestellung gegriffen wird“ (ebd.), was im Gesetz grundsätzlich nicht vorgesehen ist. Für Querulanten ist eine Sachwalterbestellung nur zulässig, wenn sie sich infolge einer Behinderung selbst gefährden (vgl. Zierl, 2007, S. 51). Die Verfahren wurden im Projektzeitraum tendenziell kürzer und straffer. „Die Richter folgen fast ausnahmslos den Empfehlungen der Clearingberichte“ (Hanak/Pilgram, 2007, S. 292). Ein interessanter Aspekt ist der, dass es große regionale Unterschiede bezüglich Anregerschaft, Verfahrensgestaltung, Einstellungsquoten und Alter der KlientInnen gibt. Beispielsweise enden in Wien zweieinhalb mal so viele Verfahren mit einer Einstellung wie in St. Pölten, und in St. Pölten werden vier mal öfter Sachwalterschaften durch das Krankenhaus angeregt als an den anderen Gerichten. Resümierend stellen die Autoren der Studie fest, dass es neben den Erfolgen, die durch Clearing erzielt werden können, noch einiges an Optimierungsbedarf gibt und ein überregionaler Erfahrungsaustausch wertvolle Diskussionen eröffnen könnte (vgl. ebd.).

3.3 Rechte und Pflichten einer SachwalterIn

Egal ob eine Privatperson, ein/e JuristIn, ein/e haupt- oder ehrenamtliche/r MitarbeiterIn eines Sachwaltervereins als SachwalterIn tätig wird – ihre Rechte und Pflichten sind die gleichen. Das Gericht hat den Sachwalter gezielt für jene Bereiche einzusetzen, in denen Geschäftunfähigkeit festgestellt wurde. Darüber hinaus darf der/die Sachwalterin weder Handlungen setzen noch ist eine Sachwalterbestellung zulässig (vgl. Maurer, 2007, S. 137).

3.3.1 Bemühungspflicht

Da, wie unter Punkt 3.2.2 ausgeführt, die Personensorge immer eine wesentliche Aufgabe des Sachwalters darstellt, ist die Pflege des persönlichen Kontakts unumgänglich. Der Gesetzgeber sieht vor, dass der/die SachwalterIn seine/ihre KurandInnen bei Ihnen zu

Hause aufsucht. Als Mindestmaß wurde **ein** persönlicher Kontakt pro Monat festgelegt. Den/die SachwalterIn trifft eine „Bemühungspflicht“ (ebd., S. 145). Damit ist gemeint, dass eine Kontaktpflege gegen den Willen der Betroffenen nicht „durchgesetzt werden kann (und soll)“ (ebd.). Kontaktverweigerung durch den/die Pflegebefohlene/n stellt keinen Grund zur Enthebung des Sachwalters/der Sachwalterin dar. Diese/r muss das Gericht davon in Kenntnis setzen und seine/ihre Bemühungspflicht dahingehend ausweiten, dass er/sie über Nachbarn, Angehörige oder Freunde des Pflegebefohlenen Informationen über dessen Ergehen einzuholen hat. Werden im Bestellungsbeschluss konkrete Angelegenheiten der Personensorge genannt und dem/der SachwalterIn entsprechende Befugnisse eingeräumt, kommt zu der immer bestehenden Bemühungspflicht um die/den Pflegebefohlene/n, eine tatsächliche Vertretungsbefugnis hinzu (vgl. Huter, 2006, S. 207).

3.3.2 Zusammenarbeit mit dem Gericht

Weiters ist der/die SachwalterIn zur Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Gericht verpflichtet und hat diesem in regelmäßigen Abständen einen Bericht und eine Pflegschaftsrechnung vorzulegen. Dadurch übt das Gericht Kontrolle über die Tätigkeiten des Sachwalters/der Sachwalterin aus und kann gegebenenfalls diesem/r Aufträge erteilen oder einen Sachwalterwechsel vornehmen. Die/der SachwalterIn hat die Pflicht sämtliche Belege zu sammeln und aufzubewahren (vgl. Müller/Prinz, 2007, S. 87f). „Nicht erforderlich ist, dass das Vermögen wächst. Sachwalter sollen ihr Augenmerk nicht nur auf die Anhäufung von Vermögenswerten, sondern vielmehr auf die bestmögliche Befriedigung der aktuellen Bedürfnisse ihrer Pflegebefohlenen richten“ (ebd. S. 93). Zum Schutz der KurandInnen ist bei speziellen Angelegenheiten eine pflegschaftsgerichtliche Genehmigung einzuholen.

3.3.3 Entschädigung und Haftung

Dem/der SachwalterIn gebührt für seinen/ihren Aufwand an Zeit und Mühe eine jährliche Entschädigung, für den Einsatz spezieller beruflicher Qualifikationen ein Entgelt und für diverse Aufwendungen ein Aufwandsersatz. Das Gericht entscheidet über die jeweilige Höhe. Bei VereinssachwalterInnen stehen die Ansprüche dem Verein zu (vgl. ebd. S. 92f).

Erleidet eine behinderte Person durch mangelnde Sorgfalt des/der SachwalterIn einen Schaden, hat er/sie „Anspruch auf Schadenersatz“ (ebd. S. 98). Das könnte beispielsweise der Fall sein, wenn Anträge nicht zeitgerecht gestellt, Versicherungen nicht abgeschlossen oder Mietverträge ohne pflegschaftsgerichtliche Genehmigung unterschrieben wurden.

3.3.4 Besorgung der übertragenen Aufgaben

Das Gericht legt im Zuge der Sachwalterbestellung den Wirkungskreis des Sachwalters / der Sachwalterin fest. Dieser kann nur eine einzelne Angelegenheit, einen Kreis von Angelegenheiten oder alle Angelegenheiten umfassen. Diese drei Stufen müssen nicht unbedingt Ausdruck der Schwere der zugrundeliegenden psychischen Erkrankung sein, sondern geben Auskunft über das Ausmaß anstehender Angelegenheiten. Die Angelegenheiten lassen sich in drei Kategorien unterteilen: Personensorge, Vermögenssorge und Vertretungsangelegenheiten gegenüber privaten Vertragspartnern, gegenüber Ämtern und Behörden und vor Gericht. Die zu besorgenden Angelegenheiten müssen im Gerichtsbeschluss konkret benannt werden und können sehr „vielfältig und verschiedenartig sein“ (Zierl, 2007, S. 53). Es besteht die Möglichkeit, dass bestimmte Bereiche aus dem Wirkungskreis des Sachwalters / der Sachwalterin ausgenommen werden. Der/die Pflegebefohlene kann dann über derartig Festgelegtes, beispielsweise den Erwerb einer Lenkerberechtigung, frei bestimmen. „Die Sachwalterschaft umfasst alle Tätigkeiten, die erforderlich sind, um die im Wirkungskreis des Beschlusses genannten Angelegenheiten zu erledigen“ (Müller/Prinz, 2007, S. 48). Dem/der SachwalterIn obliegt ausdrücklich keine generelle Vertretungsbefugnis im umschriebenen Wirkungskreis. „Diese Regelung liegt im Interesse der Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und des Selbstwertgefühls der behinderten Person“ (Zierl, 2007, S. 60). Die Auswirkungen einer Sachwalterschaft auf höchstpersönliche Rechte gilt es differenziert zu betrachten und der Grundsatz, dass der Wirkungskreis eines Sachwalters nur soweit reichen darf, als er der Abwehr von Gefahren dient, gilt als höchste Prämisse.

- Relativ vertretungsfeindliche Angelegenheiten

Der Gesetzgeber sieht vor, dass bestimmte Güter in besonderer Weise zu schützen sind und einer anderen Person nur dann Vertretungsbefugnisse eingeräumt werden können, wenn der/die Pflegebefohlene nicht einsichts- und urteilsfähig ist. In diese Kategorie fallen:

Veränderungen des Wohnorts, Einwilligungen in medizinische Behandlungen oder in eine Freiheitsentziehung gemäß StGB und Abstammungsangelegenheiten.

- Absolut vertretungsfeindliche Angelegenheiten

Hierbei handelt es sich um Befugnisse, die auf keinen Fall einer anderen Person übertragen werden können. Das sind z.B.: Eheschließung, Einwilligung in eine einvernehmliche Scheidung, Anerkennung der Vaterschaft, Annahme an Kindesstatt, Verfassen einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht, Verlangen auf Unterbringung im Sinne des UBG, Einwilligung in Freiheitsbeschränkungen gemäß Heim-AufG und UbG, Wahlrecht, Ausübung von Berufen und Funktionen, Aus- oder Eintritt in Religionsgemeinschaften, etc. (vgl. ebd. S. 55f).

3.3.5 Einholung gerichtlicher Genehmigungen

Im Sinne der Gewährleistung von Rechtssicherheit hat der Sachwalter seine Entscheidungen in besonders wichtigen Fragen vom Gericht genehmigen zu lassen. Genannt werden eine vorzeitige Auflösung von Ausbildungs- oder Dienstverhältnissen, Aufnahme von Darlehen, Abschlagung von Erbschaften, Einbringen einer Klage, größere Anschaffungen oder Vollmachtserteilungen an Anwälte oder Notare (vgl. ebd. S. 94f). Näher zu beleuchten gilt es medizinische Behandlungen und den Wechsel des Wohnorts.

- Medizinische Behandlungen

Das Recht auf körperliche Selbstbestimmung ist unter anderem in der Verfassung verankert und geht nur dann verloren, wenn ein/e PatientIn nicht einsichts- und urteilsfähig ist. „In diesen Fällen soll der Sachwalter das Recht auf Zustimmung oder Ablehnung medizinischer Behandlungen im Interesse der behinderten Person wahrnehmen“ (vgl. ebd. S. 53).

Was theoretisch recht klar klingt, stellt die Praktiker vor immense Herausforderungen. „Der selbstbestimmungsfähige Patient ist nicht zu einer „vernünftigen“, nachvollziehbaren Entscheidung verpflichtet“ (Maleczky, 1994, S. 681f). Wenn der von außen zugeschriebenen Unvernunft keine geistige Behinderung oder psychische Erkrankung

zugrunde liegt, legitimiert sie keine Sachwalterbestellung. Unvernünftige Entscheidungen zu akzeptieren, bringt so manch Angehörige von Gesundheitsberufen in schier unaushaltbare Situationen und die Versuchung ist groß, diese durch den Versuch des Absprechen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder Anregung einer Sachwalterschaft zu beenden. Das Recht auf Selbstbestimmung hat in der Vergangenheit gewaltig an Bedeutung gewonnen und somit gilt: des Menschen Wille ist sein Himmelreich! Sogar wenn die Verweigerung einer medizinisch eindeutig notwendigen Maßnahme das „bewusste In-Kauf-Nehmen des Todes“ (Maurer, 2007, S. 151) impliziert, ist die Entscheidung des/der Betroffenen zu akzeptieren – solange diese **einsichts- und urteilsfähig** sind, auch dann wenn sie besachwaltet sind! Die Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit obliegt dem behandelnden Arzt. Der behinderten Person und dem Sachwalter steht es frei diese Einschätzung bei Gericht durch einen Sachverständigen aus dem Fachbereich der Psychiatrie überprüfen zu lassen (vgl. Müller/Prinz, 2007, S. 54).

Steht fest, dass Einsichts- und Urteilsfähigkeit nicht gegeben sind und liegen medizinische Behandlungen im Wirkungskreis des Sachwalters / der Sachwalterin, liegt es an ihr/ihm Behandlungen zuzustimmen oder diese abzulehnen. Dem Sachwalter / der Sachwalterin steht es nicht zu „unvernünftige“ Entscheidungen für seine/ihre KlientInnen zu treffen. Er/sie hat „seine [ihre] subjektiven Werthaltungen zurückzusetzen und eine Abwägung zwischen dem „objektiven“ Patientenwohl und den subjektiven Wünschen der behinderten Person vorzunehmen“ (Müller/Prinz, 2007, S. 54). Der/die SachwalterIn ist verpflichtet, den Wunsch des/der Pflegebefohlenen zu ermitteln und die Entscheidung unter Bedachtnahme auf die Compliance und das Gesamtwohl des/der PatientIn zu treffen (vgl. Zierl, 2007, S. 129). Eine zwangsweise Zuführung zu medizinischen Behandlungen wurde zwar in der Vorbereitungsphase des Gesetzes diskutiert, aber rasch wieder verworfen, weil die Gefahr gesehen wurde, dass derartige Legitimationen zu einer Reduktion von Fürsorge und Überzeugungsarbeit führen könnten. Andererseits gilt: „Lehnt ein Sachwalter eine notwendige Behandlung ab, so handelt er pflichtwidrig (...) [ist] von Amts wegen zu entheben und eine andere geeignete Person zum Sachwalter zu bestellen“ (vgl. ebd. S. 130).

Dem/der Sachwalterin obliegt lediglich eine Zustimmung zu einfachen Behandlungen, die im Allgemeinen nicht mit schwerwiegenden oder nachhaltigen Beeinträchtigungen verbunden sind. Lehnt der/die Pflegebefohlene die Behandlung ab und sind dadurch erhebliche Gefährdungen der Gesundheit oder des Lebens zu erwarten, wie das

beispielsweise bei Ablehnung einer Diabetesbehandlung der Fall sein könnte, ist der Sachwalter verpflichtet, den/die AmtsärztIn zu verständigen (Müller/Prinz, 2007, S. 56).

Anders stellt sich die Situation bei schwerwiegenden Eingriffen dar. Darunter fallen z.B. das Setzen einer PEG-Sonde, Chemotherapie, größere Operationen oder hochdosierte bzw. Depotbehandlungen mit Neuroleptika. Derartigen Maßnahmen darf der/die Sachwalterin nur nach Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung oder nach gerichtlicher Genehmigung zustimmen, sofern der/die Betroffene nicht einsichts- und urteilsfähig ist und medizinische Entscheidungen von seinem/ihrer Wirkungskreis umfasst sind.

Das Pflegschaftsgericht ist auf jeden Fall anzurufen, wenn der/die KlientIn irgendwie zu erkennen gibt, dass er/sie den Eingriff nicht möchte. Klie gibt zu bedenken, dass die Hinzuziehung des Gerichtes die PatientInnenautonomie eher gefährde, als diese zu schützen (vgl. Klie, 2003, S. 351). Notfallsbehandlungen liegen im Ermessen des Arztes und bedürfen keiner Zustimmung. Auch schwere Schmerzen rechtfertigen immer ein sofortiges Tätigwerden des Arztes / der Ärztin.

- Wohnort

Das SWRÄG widmet dauerhaften Veränderungen des Wohnorts ein eigenes Kapitel, weil unter dieser Überschrift schwerwiegende Entscheidungen, wie die Übersiedelung in ein Pflegeheim subsumiert werden. Die Eckpfeiler sind gleich gelagert, wie bei medizinischen Behandlungen: der/dem SachwalterIn kommt erst eine Entscheidungskompetenz zu, wenn die/der KurandIn nicht (mehr) im Besitz ihrer/seiner Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist und diese Angelegenheiten vom Wirkungskreis umfasst sind. „Die behinderte Person kann durch den Sachwalter nicht gezwungen werden, ihren Wohnort zu verlassen“ (Müller/Prinz, 2007, S. 65) , was mitunter zu langwierigen Auseinandersetzungen führen kann. Entsteht durch die Weigerung des/der Betroffenen eine ernstliche und erhebliche Gefährdung, ist der/die AmtsärztIn einzuschalten, um zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für eine Unterbringung nach dem UbG vorliegen.

PatientenInnen, die freiwillig und gerne in ein Pflegeheim ziehen gibt es zwar, aber sie sind doch eher eine Ausnahmeerscheinung. Bevor die „Übergabe in fremde Pflege“ (ebd., S. 95), die wiederum einer pflegschaftsgerichtlichen Genehmigung bedarf, forciert wird, sollten alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft werden.

3.3.6 Förderung des Wohls des Pflegebefohlenen

Das Wohl der KlientInnen gilt als „Handlungsmaxime“ (ebd. S. 48) in allen Belangen. Was genau darunter zu verstehen ist, bedarf einer differenzierten Betrachtung der Lebensumstände der Betroffenen. Der Gesetzgeber richtet im SWRÄG sein Augenmerk auf die größtmögliche Autonomie und die „Bewahrung der Zone eigenständiger Lebensgestaltung der behinderten Person“ (ebd. S. 49). Maurer bezieht den Begriff des „Wohls“ auf die Wahrung von Grundrechten, deren Beschränkung zum Schutz der Pflegebefohlenen zwar grundsätzlich möglich ist, niemals aber deren „völlige Aushöhlung“ (Maurer, 2007, S. 84). Daraus ergibt sich ein Spannungsfeld und in gewisser Weise ein Paradoxon, worauf ich in Kapitel 6 näher eingehen möchte. Ist es möglich, ein Instrument, das per se die Autonomie der Betroffenen beschränkt, zur Sicherung von Persönlichkeitsrechten zu nutzen oder handelt es sich hier um einen Euphemismus?

3.3.7 Wünsche, Wille und Informationen

Laut SWRÄG ist es die Pflicht des/der SachwalterIn danach zu trachten, dass die ihnen anvertrauten Menschen mit Behinderungen in ihrer Lebensführung nach eigenen Wünschen und Vorstellungen unterstützt werden. Den/die SachwalterIn trifft eine „Wunschermittlungspflicht“. Das bedeutet, dass er/sie aktiv dazu beitragen soll, dass der/die Pflegebefohlene ihren/seinen eigenen Willen artikuliert und diesem auch Rechnung getragen wird. Mitunter kann sich eine Diskrepanz zwischen den Wünschen der Betroffenen und dem objektiven Wohl ergeben. Gelingt es hier nicht einen Ausgleich zu finden, ist der Sachwalter angehalten, sich für die objektiv günstiger erscheinende Variante zu entscheiden (vgl. Zierl, 2007, S. 124). „Bei gleicher Gewichtigkeit entgegengesetzter Standpunkte von Sachwalter und Behindertem ist (...) dem Wunsch der behinderten Person zu entsprechen“ (Maurer, 2007, S. 140). Wohl und Wille beziehen sich sowohl auf materielle Gesichtspunkte, als auch auf den psychischen Zustand (vgl. Zierl, 2007, S. 124). Es gilt die subjektiven und die objektiven Komponenten zu konnektivieren. Der/die Pflegebefohlene hat das Recht darauf, vor einer Vertretungshandlung seines/ihrer Sachwalters / seiner/ihrer Sachwalterin darüber informiert zu werden, sofern diese Informationen „dem Wohl des Behinderten dienen“ (Maurer, 2007, S. 139). Davon ist freilich abzusehen, wenn es sich um geringfügige Maßnahmen handelt oder das Ausmaß der Behinderung eine derartige Kommunikation nicht möglich macht (vgl. ebd., S 138f).

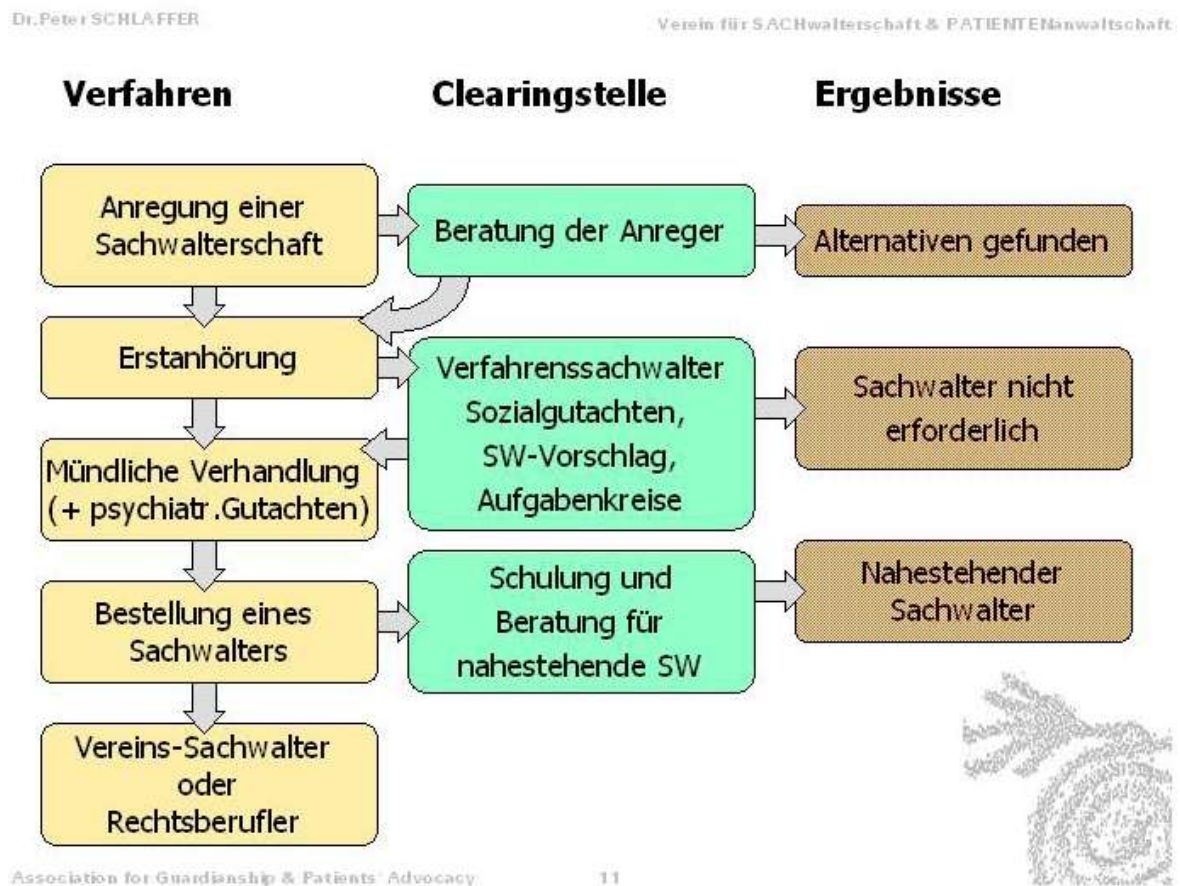
3.4 Einleitung eines Sachwalterschaftsverfahrens

Ein Gerichtsverfahren zur Bestellung eines Sachwalters / einer Sachwalterin kann entweder

- von Amts wegen z.B. durch ein Gericht im Zuge eines Rechtsstreites oder durch eine Verwaltungsbehörde, wenn dort im Rahmen eines Verfahrens die Notwendigkeit deutlich wird
- auf eigenen Antrag der betroffenen Person oder
- aufgrund einer Anregung von dritter Seite - was der Gesetzgeber als „Mitteilung über die Schutzbedürftigkeit einer solchen Person“ bezeichnet,

eingeleitet werden. Die Sachwaltervereine bieten im Rahmen eines „Clearings“ im Vorfeld unterstützende Beratung an. Der/die PflegschaftsrichterIn ist verpflichtet, sich im Rahmen einer Erstanthörung einen persönlichen Eindruck von der betroffenen Person zu verschaffen und wird zu diesem Zweck den/die Betroffene/n vorladen oder, wenn das Krankheitsbild ein Erscheinen bei Gericht unmöglich macht, diese/n persönlich aufsuchen. Die betroffene Person soll über das Verfahren und den Sinn einer Sachwalterschaft aufgeklärt werden und die Möglichkeit bekommen eigene Standpunkte darzulegen. Gelangt der/die befassende RichterIn zu der Erkenntnis, dass eine Sachwalterbestellung nicht erforderlich oder nicht geeignet ist, um anstehende Probleme zu lösen, kann er/sie das Verfahren zu jedem Zeitpunkt einstellen (vgl. Müller/Prinz, 2007, S. 29ff).

Abbildung 2: Verfahren zur Bestellung eines Sachwalters / einer Sachwalterin (Schlaffer, 2004).



3.4.1 Verfahrens- und einstweilige SachwalterInnen

Wird das Verfahren fortgesetzt, benötigt der/die Betroffene zur Wahrung seiner/ihrer Interessen eine/n VertreterIn. Diese Funktion kann von einem/einer selbst gewählten VertreterIn oder von einem/einer vom Gericht bestellten VerfahrenssachwalterIn ausgeübt werden. Dadurch kommt es noch zu keiner Beschränkung der Geschäftsfähigkeit. Die/der VerfahrenssachwalterIn hat eine unabhängige Stellung inne und sie/er hat die Aufgabe, die Wünsche und Interessen des/der Betroffenen einzubringen und Informationen über die Lebensumstände zu liefern. „Das Gericht ist verpflichtet, Anträge der betroffenen Person, des gesetzlichen Vertreters und des Verfahrenssachwalters inhaltlich gleich zu berücksichtigen, auch wenn sie einander widersprechen“ (Müller/Prinz, 2007, S. 32).

Machen dringende Angelegenheiten, deren Aufschub zu einem Nachteil der betroffenen Person führen würde, ein sofortiges Handeln erforderlich, kann vom Gericht, zwecks Besorgung dieser, ein einstweiliger Sachwalter bestellt werden. Das könnte der Fall sein, wenn sich der geistige Zustand einer Person während eines Krankenhausaufenthalts derart verschlechtert hat, dass vor der Entlassung Betreuungsmaßnahmen organisiert werden müssen und keine vertretungsbefugten Angehörigen (siehe Punkt 5.2) zur Verfügung stehen.

3.4.2 Gutachten

Ein Sachverständigengutachten ist für die Bestellung eines Sachwalters / einer Sachwalterin zwingend erforderlich. Dieses soll Auskunft darüber geben, ob und seit wann eine psychische Erkrankung oder geistige Behinderung vorliegt, welche Fähigkeiten vorhanden sind, welche zu besorgenden Angelegenheiten vermutlich „nicht ohne Gefahr eines Nachteils besorgt werden können,“ (Müller/Prinz, 2007, S. 34) ob Alternativen bestehen und für welche Dauer die Sachwalterschaft notwendig sein wird. Der/die GutachterIn ist der mündlichen Verhandlung beizuziehen. Ist es dem/der Pflegebefohlenen nicht möglich zu Gericht zu kommen, sind der/die RichterIn, der/die SachverständigerIn und gegebenenfalls weitere Auskunftspersonen verpflichtet, die Wohnung oder das Pflegeheim aufzusuchen. Nur in Ausnahmefällen, wenn sich beispielsweise die betroffene Person für längere Zeit auf der Intensivstation befindet, ist eine Verhandlung in Abwesenheit des/der Betroffenen zulässig.

Martinek untersuchte in einer Forschungsarbeit die Qualität von 224 Sachwalterschaftsgutachten, die von 13 unterschiedlichen GutachterInnen erstellt worden waren. Sie entwickelte einen Katalog mit 90 Kriterien, anhand welchem es möglich sein sollte die Qualität dermaßen folgeschwerer Gutachten zu überprüfen, deren Inhalt doch maßgebliche Auswirkungen auf die weitere Lebensgestaltung der Betroffenen hat (vgl. Martinek, 2005, S. 51). Von den untersuchten Gutachten, wurden mehr als die Hälfte aufgrund einer dementiellen Erkrankung vom Gericht angefordert, was mit den Ausführungen Pilgrams kongruent ist, wo er festhält, dass sich der Anteil der Besachwalterungen von alten Menschen in den vergangenen 20 Jahren verzehnfacht hat und mittlerweile 50% aller besachwalteten Personen in diese Kategorie fallen. Dieses

Faktum erklärt auch die Tatsache, dass der Anteil von KurandInnen, die in Alten- oder Pflegeheimen leben, um 14% gestiegen ist (vgl. Pilgram, 2006, S. 204ff).

Martinek kommt in ihrer Studie zu folgenden Ergebnissen: die formalen Kriterien wurden in allen Gutachten erfüllt und es konnte ein Zusammenhang zwischen der Länge und der Qualität der Gutachten beobachtet werden. Ein längeres Gutachten lässt somit auf eine ausführlichere Beschäftigung mit dem/der PatientIn schließen. Bedenklich und gleichzeitig bezeichnend für die Situation alter Menschen in westlichen Industriegesellschaften, ist der Umstand, dass die Begutachtungen von Menschen mit der Diagnose Demenz die größten Defizite aufweisen. Die festgestellten Mängel quer durch alle analysierten Gutachten betreffen in erster Linie folgende Inhalte:

- Diagnoseschema

Nur in einem Viertel der Gutachten wurden die Erkrankungen anhand des standardisierten ICD 10 Schemas beschrieben, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse maßgeblich erschwert.

- Untersuchungsbedingungen

Die Autorin führt an, dass zahlreiche Angaben bezüglich Untersuchungsort und Untersuchungszeitpunkt fehlten, wobei diese Umstände aber einen wesentlichen Einfluss auf die Untersuchungsergebnisse haben können.

- Sozialanamnese

Martinek vermisst in einem Großteil der Gutachten Beschreibungen der familiären Bedingungen, der Schulbildung, der beruflichen Biographie, der finanziellen Situation, der sozialen Netzwerke und Darstellungen bezüglich lebenspraktischer Kompetenzen. „Diese Ergebnisse erscheinen mehr als bedenklich, denn aufgrund des Fehlens gerade dieser Fähigkeiten wird oftmals die Bestellung eines Sachwalters angeregt“ (Martinek, 2005, S. 106).

- Intellekt und neurologischer Zustand

Sowohl die Darstellung der kognitiven Fähigkeiten als auch der Gedächtnisleistungen lässt zu wünschen übrig. Die Wissenschaftlerin vermutet, dass die GutachterInnen Mängel in diesem Bereich als selbstverständlich gegeben erachten und ihnen deshalb deren Erwähnung überflüssig erscheint. Diesen Umstand stuft die Autorin, ebenso wie das Fehlen von Hinweisen auf den neurologischen Status oder psychologische Testergebnisse, als sehr bedenklich ein. Immerhin in zwei Drittel der Gutachten fanden sich prognostische Angaben wieder.

Martinek fordert aufgrund der genannten Untersuchungsergebnisse Qualitätsverbesserungen in der Beschreibung der sozioökonomischen Situation, des psychopathologischen Statuses, der kognitiven Fähigkeiten, der Codierung nach dem ICD 10 Schema und die Einhaltung der gutachterlichen Sorgfaltspflicht bei der Begutachtung von DemenzpatientInnen (vgl. Martinek, 2005, S. 104 ff).

3.4.3 Beschluss

Im Gerichtsbeschluss müssen die zu besorgenden Angelegenheiten, die Person des Sachwalters / der Sachwalterin, die von der Sachwalterschaft ausgenommenen Bereiche, die Kosten, Formvorschriften für die Errichtung einer letztwilligen Verfügung und gegebenenfalls bestehende vertretungsbefugte Angehörige genannt werden. Der Beschluss muss „der betroffenen Person zu eigenen Händen (Rsa – mit blauem Kuvert) zugestellt werden“ (Müller/Prinz, 2007, S. 38). Das Gericht hat auch alle anderen relevanten Stellen von der Sachwalterbestellung in Kenntnis zu setzen (vgl. ebd., S. 45).

3.4.4 Geeignete SachwalterInnen

Zierl spricht von einem Stufenbau für potenziell in Frage kommende SachwalterInnen. Grundsätzlich sind im Rahmen der familiären Beistandspflicht Eltern und Kinder dazu verpflichtet, Sachwalterschaften zu übernehmen, jedoch bedarf es einer gerichtlichen Überprüfung, ob dies dem Wohl des Pflegebefohlenen dienlich ist. Neben den engsten Angehörigen sind auch andere nahestehende Personen in Betracht zu ziehen. Aufgrund des großen Bedarfs an SachwalterInnen sollen künftig die MitarbeiterInnen der Clearingstellen

besonders Augenmerk darauf legen, diese Personengruppe für die Übernahme von Sachwalterschaften zu gewinnen. Lassen sich aus diesem Kreis keine geeigneten Personen finden, ist der zuständige Sachwalterverein als juristische Person zu bestellen. Hat dieser keine freien Kapazitäten muss ein/e RechtsanwältIn oder ein/e NotarIn, die zur Übernahme von bis zu fünf Sachwalterschaften verpflichtet sind, bestellt werden. Andere geeignete Personen, wie beispielsweise Diplomierte SozialarbeiterInnen, die aufgrund ihrer Ausbildung die erforderliche Kompetenz besitzen, sind zwar in Betracht zu ziehen, können aber nicht zur Übernahme verpflichtet werden (vgl. Zierl, 2007, S. 65f). „Der Gesetzgeber entfernt sich im Zuge der Liberalisierung der Gesellschaft immer mehr von der früher geltenden allgemeinen Bürgerpflicht zur Übernahme von Sachwalterschaften“ (Maurer, 2007, S. 78).

Neben der Verfügbarkeit geeigneter Personen dürfen die persönlichen Präferenzen nicht aus dem Blick geraten. Die Wünsche der behinderten Person gilt es zu berücksichtigen. Ganz besonders dann, wenn diese eine „Sachwalterverfügung“ errichtet hat. Auch nahe stehende Menschen können Empfehlungen abgeben (vgl. Zierl, 2007, S. 65f). Trotzdem obliegt es dem Gericht innerhalb eines gewissen Ermessensspielraums abzuwägen, welche eigenberechtigte Person am besten dazu geeignet erscheint, die Bedürfnisse des/der Pflegebefohlenen zu erfüllen und förderlich für dessen/deren Wohl zu sein (vgl. Maurer, 2007, S. 76f).

3.5 Auswirkungen der Sachwalterbestellung

„Da die Sachwalterbestellung nur die Geschäftsfähigkeit berührt, entfaltet sie **bloß im rechtsgeschäftlichen Verkehr (...) unmittelbare rechtliche Wirkung**“ (Maurer, 2007, S. 133). Die mit dem SWRÄG bewirkte Aufweichung der bis dato starren gesetzlichen Vorgaben, bringt für die Partner im rechtsgeschäftlichen Verkehr und für betreuende Personen mitunter eine gewisse Rechtsunsicherheit mit sich. (lt. Gepart, Gespräch am 11. Juli 2008)

3.5.1 Geschäftsfähigkeit

Als geschäftsunfähig gelten Menschen, denen der Gebrauch der Vernunft nicht möglich ist (vgl. Zierl, 2007, S. 76ff). Innerhalb des Wirkungskreises des Sachwalters / der Sachwalterin ist die behinderte Person nur beschränkt geschäftsfähig, vergleichbar mit einem Kind im Alter von sieben bis vierzehn Jahren. Es ist möglich Taschengeldgeschäfte abzuschließen und zum eigenen Vorteil gemachte Versprechen anzunehmen. Andere Rechtsgeschäfte bleiben bis zur Einwilligung des Sachwalters / der Sachwalterin schwebend unwirksam. Außerhalb des sachwalterlichen Wirkungskreises bleibt die Geschäftsfähigkeit erhalten (vgl. Maurer, 2007, S. 132f).

Zierl beschreibt die Unterteilung der Geschäftsfähigkeit in eine generelle oder objektive und eine individuelle oder subjektive und hält fest, dass eine Sachwalterbestellung lediglich die generelle Komponente der Geschäftsfähigkeit berührt. Das bedeutet, dass eine im Sachwalterschaftsverfahren festgestellte Geschäftsfähigkeit im konkreten Anlassfall dennoch nicht vorhanden sein kann, beispielsweise im Zustand einer vorübergehenden Sinnesverwirrung. Daraus wird deutlich, dass Rechtsgeschäfte auch dann für unwirksam erklärt werden können, wenn zwar keine Besachwalterung besteht, aber die individuelle Komponente der Geschäftsfähigkeit abhanden gekommen ist. Umgekehrt verhält es sich bei der Bestellung eines Sachwalters. Diese legt die Rechtsstellung des/der Pflegebefohlenen eindeutig fest und gilt auch in luziden Intervallen.

3.5.2 Ehefähigkeit

„Die Eheschließung bedeutet einen außerordentlich wichtigen und folgenschweren Schritt, der für die Eheleute selbst und für die aus der Ehe zu erwartenden Kinder unheilvoll werden kann“ (vgl. Maurer, 2007, S. 217).

Nur wer geschäftsunfähig ist, gilt vor dem Gesetz auch als eheunfähig. Da eine Sachwalterschaft nicht zur generellen Geschäftsunfähigkeit führt, wird somit die Ehefähigkeit nicht davon berührt. Dennoch bedarf die Eheschließung der Zustimmung des Sachwalters / der Sachwalterin, egal für welchen Wirkungskreis er/sie bestellt wurde. Verweigert er/sie diese ohne wichtigen Grund, „so hat sie das Gericht (...) auf Antrag des Verlobten, der ihrer bedarf, zu ersetzen“ (Zierl, 2007, S. 83).

Wie schon weiter oben erwähnt, gilt die Einwilligung zu einer einvernehmlichen Scheidung als höchstpersönliches Recht und kann somit nur vom /von der Betroffenen selbst gegeben werden. Der/die Sachwalterin ist aber befugt eine Nichtigkeits- oder Scheidungsklage einzubringen (vgl. Müller/Prinz, 2007, S. 100f).

3.5.3 Testierfähigkeit

Menschen, die nach 2005 unter Sachwalterschaft gestellt wurden, können in jeder gültigen Form ein Testament errichten (vgl. Müller/Prinz, 2007, S.104). Unabhängig vom Wirkungskreis des Sachwalters / der Sachwalterin kann im Bestellungsbeschluss ein Formzwang – in der Regel mündlich vor Gericht oder Notar - für die Vornahme einer letztwilligen Verfügung festgelegt werden. Den RichterInnen und NotarInnen obliegt es zu beurteilen, ob der/die Betreffende einsichts- und urteilsfähig ist, wobei keine so strengen Maßstäbe anzuwenden sind, wie bei der Geschäftsfähigkeit (vgl. Maurer, 2007, S. 86). Gericht und Notar sind zur Aufnahme eines Testaments verpflichtet und auch dazu den freien, wohl überlegten Willen der/des besachwalteten Testierwilligen in besonderer, nicht näher definierter Weise, zu überprüfen und die daraus gewonnenen Eindrücke im Protokoll zu vermerken (vgl. Aufner, 2007, FamZ, S. 92).

3.5.4 Verfahrensfähigkeit

Das österreichische Rechtssystem unterscheidet zwischen Parteifähigkeit und Prozessfähigkeit. Parteifähig ist jeder Mensch. Das bedeutet, dass grundsätzlich jeder - „unabhängig von seinem Alter und seinen geistigen Fähigkeiten“ (Zierl, 2007, S. 86) - als Partei an einem Verfahren beteiligt sein kann. Anders verhält es sich mit der Prozessfähigkeit. Für diese „ist entscheidend, ob die Partei im Zeitpunkt der betreffenden Verfahrensabschnitte in der Lage war, Tragweite und Bedeutung des Verfahrens (...) zu erkennen (...) und zu verstehen“ (Zierl, 2007, S. 87).

Umfasst der Wirkungskreis des Sachwalters / der Sachwalterin Vertretungshandlungen im Zivilrecht, in Verwaltungsverfahren und in Außerstreitverfahren gilt der / die Betroffene für diese Bereiche als prozessunfähig. Vor dem Strafgericht muss sich auch eine besachwaltete Person selbst verantworten (vgl. Zierl, 2007, S. 86f).

3.6 Keine Auswirkungen der Sachwalterbestellung

Menschen, „für die ein Sachwalter bestellt ist“, bleibt es unbenommen, „sich politisch oder gesellschaftlich (etwa in einer Selbstvertretungsgruppe) zu engagieren“ (Zierl, 2007, S.76). Auch das Wahlrecht wird von einer Sachwalterschaft nicht berührt.

3.6.1 Rechts- und Parteifähigkeit

Unter Rechtsfähigkeit versteht der Gesetzgeber die grundsätzliche Fähigkeit, Träger von Rechten und Pflichten zu sein. Diese Fähigkeit kommt allen physischen Personen ebenso zu, wie die potentielle Möglichkeit Partei in einem Verfahren zu sein. Auf die Grundrechtsfähigkeit gehe ich in Kapitel 6 noch näher ein. Hier sei nur kurz erwähnt, dass eine Sachwalterschaftsbestellung insofern Einfluss auf die Ausübung von Grundrechten haben kann, als diese an den Abschluss von Rechtsgeschäften gekoppelt sein können (vgl. Zierl, 2007, S. 107f).

3.6.2 Deliktsfähigkeit

Eine Sachwalterschaft schützt nicht vor einer strafrechtlichen Verfolgung einer begangenen Straftat. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang die Zurechnungsfähigkeit einer Person zum Tatzeitpunkt. Die Deliktsfähigkeit muss im jeweiligen Einzelfall überprüft werden. Nur wer die Fähigkeit besitzt, das Unrecht einer Tat zu erkennen und nach dieser Einsicht zu handeln, kann für eine begangene Straftat belangt werden (vgl. Zierl, 2007, S. 111).

3.6.3 Einsichts- und Urteilsfähigkeit

Mit der Einsichts- und Urteilsfähigkeit stehen und fallen rechtswirksame Entscheidungen und Einwilligungen von Menschen, egal ob diese besachwaltet sind oder nicht. Zierl verweist auf die Unterscheidung zwischen kognitiven und voluntativen Elementen. Zu den kognitiven zählt die Fähigkeit Grund und Bedeutung einer Gegebenheit zu erfassen und zu den voluntativen, die Fähigkeit anhand der gewonnenen Einsichten einen eigenen Willen zu bilden. Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist nicht gleichbedeutend mit Geschäftsfähigkeit. „**Willenserklärungen in persönlichen Angelegenheiten**“ (Zierl, 2007, S. 113) sind in

unterschiedlichen Bereichen der Rechtsordnung höchst relevant. Bei medizinischen Behandlungen wird je nach Schwere des geplanten Eingriffs die Einwilligungsfähigkeit graduell abgestuft. Das bedeutet, dass möglicherweise eine unter Sachwalterschaft stehende Person sehr wohl die Notwendigkeit einer Blutabnahme erfassen und darüber selbst bestimmen kann, aber die Folgen und Gefahren einer vorgesehenen Operation nicht abzuwägen im Stande ist und demnach dafür die Zustimmung eines/r SachwalterIn erforderlich wird (vgl. Zierl, 2007, S. 112f).

3.6.4 Befehl und Zwang

Medizinische Behandlungen gegen den Willen eines Menschen sind nur in ganz wenigen Ausnahmesituationen zulässig. Zu nennen sind einerseits Behandlungen bei nach dem Unterbringungsgesetz (UbG) untergebrachten Personen, welche strengen gerichtlichen Kontrollen unterliegen und andererseits sanitätspolizeiliche Anordnungen, z.B. bei Seuchengefahr. Die Zustimmung eines Sachwalters / einer Sachwalterin ist in diesen Fällen genauso wenig erforderlich, wie bei staatlicher Befehls- oder Zwangsgewalt (vgl. Zierl, 2007, S. 115f). Wird beispielsweise eine freiheitsbeschränkende Maßnahme gemäß Heimaufenthaltsgesetz angeordnet, kann ein/e SachwalterIn darauf nur insofern Einfluss nehmen, als ihm / ihr zusteht, Rekurs gegen den Gerichtsbeschluss zu erheben (vgl. Müller/Prinz, 2007, S. 195).

3.7 Beendigung der Sachwalterschaft

Verfahren zwecks Beendigung, Einschränkung oder Erweiterung einer Sachwalterschaft können vom/von der Pflegebefohlenen, vom/von der SachwalterIn oder von Amts wegen eingeleitet werden. Es gilt zu klären, ob die Voraussetzungen für eine Sachwalterschaft (siehe Punkt 3.2) noch bestehen oder sich verändert haben. Grundsätzlich ist eine Besachwalterung nur so lange zulässig, als die Voraussetzungen dafür gegeben sind. Eine neuerliche Anhörung des/der Betroffenen ist vom Gericht zu veranlassen (vgl. Maurer, 2007, S. 334f).

EMPIRIETEIL

4 Subjektives Erleben der Betroffenen

Durch meine eigene Biographie geprägt, waren es immer die Positionen zwischen oben und unten, zwischen Leitung und Team sowie zwischen ÄrztInnen und PatientInnen – zu denen ich mich hingezogen fühlte. Je nach Sichtweise kann diese Rolle als eine beengende oder eine integrierende verstanden werden. Da es mir näher liegt die Dinge positiv zu sehen, als zu lamentieren, sehe ich in dieser gut geübten Position auch eine Chance für meine berufliche Zukunft, wo es für mich darum gehen wird, die Theorie und die Praxis einander näher zu bringen. Ich freue mich darauf, im nun folgenden Kapitel den Prozess von der Projektplanung bis zur Auswertung und Interpretation der gewonnenen Daten transparent zu machen, um anschließend den Bogen zu spannen und die Empirie mit der Theorie in Bezug zu setzen. Denn erst wenn diese beiden „Königskinder“ zusammenfinden, erhält meiner Ansicht nach, Forschung ihre Legitimation. Wie bereits erwähnt, entschied ich mich dafür meine Gespräche mit aus unterschiedlichen Gründen besachwalteten Personen zu führen, um einen möglichst breiten Einblick in die Thematik zu bekommen.

4.1 Datenerhebungsmethode

Die anfängliche Überlegung, den Kontakt zum Feld über den Verein für Sachwalterschaft und Bewohnervertretung aufzunehmen, verwarf ich rasch wieder, weil es nicht meine Absicht war, etwas über die Arbeit der MitarbeiterInnen des Vereins zu erfahren und ich mich um die Chance gebracht hätte, auch etwas darüber zu hören, ob das Selbstverständnis des Sachwalters / der Sachwalterin Auswirkungen auf das Erleben der Betroffenen hat. Da ich selbst ehrenamtliche Sachwalterin bin und einige Bekannte von mir in psychosozialen Feldern tätig sind, war es nicht schwierig, den Kontakt zum Forschungsfeld herzustellen. Im Sinne der Offenheit qualitativer Forschung, waren meine Auswahlkriterien mehr von pragmatischen Motiven geprägt, denn von einer gezielten Festlegung der Stichprobe. Meine Auswahlkriterien bezogen sich lediglich darauf, dass ich besachwaltete Menschen suchte, die einerseits dazu in der Lage sind ihre Lebenssituation zu reflektieren und denen es auch Spaß machen könnte, darüber zu sprechen. Meine VermittlerInnen fragten

entsprechende KlientInnen, ob sie deren Telefonnummern an mich weitergeben dürften. Gaben die Betroffenen ihr Einverständnis, so nahm ich mit ihnen telefonisch Kontakt auf und beschrieb mein Anliegen. Alle von mir kontaktierten KlientInnen stellten sich für ein Interview zur Verfügung. Die Terminfindung war nicht immer ganz einfach, weil der Alltag von Menschen mit psychischen Erkrankungen sehr oft von Instabilität geprägt ist. Mit einer Frau kam das Gespräch nicht zustande, weil sie aufgrund des Ablebens ihrer Mutter in eine Krise fiel, die einen längeren Aufenthalt in der Psychiatrie nach sich zog. Dennoch hatte sie ihre Sozialarbeiterin gebeten, den mit mir vereinbarten Termin abzusagen.

Zusätzlich zu den Interviews mit den Betroffenen ergab sich im Zuge eines Praktikums in einer Drogenberatungsstelle die Situation, dass dort gerade über das Thema Sachwalterschaft diskutiert wurde und ich diese Chance nutze, um eine Gruppendiskussion mit diesem interdisziplinären Team zu führen und aufzunehmen. Die Sichtweisen der psychosozialen ExpertInnen bereichern die Forschungsergebnisse durch ihre exzentrische Position nun um weitere Perspektive.

4.1.1 Stichprobe

Über ein Jahr verteilt, waren es letztendlich sieben Interviews, die ich mit Betroffenen führte. Sechs davon besuchte ich in der eigenen Wohnung, mit einem Mann traf ich mich im Büro des Psychosozialen Dienstes. Fünf meiner InterviewpartnerInnen waren weiblich, zwei männlich. Der jüngste Befragte war 26 Jahre alt, die älteste 67 Jahre. Drei von ihnen haben eine Möglichkeit gefunden zusätzlich zu ihrer Pension oder ihrer staatlichen Unterstützung etwas dazuzuverdienen. Unter den Interviewten war ein junges Paar, von denen beide eine/n SachwalterIn haben. Alle anderen leben alleine in eigenen Wohnungen. Vier von ihnen sind geschieden, eine Frau ist verwitwet.

4.1.2 Hausbesuche

Menschen in ihren privaten Wohnungen zu besuchen, bringt zwar für die BesucherInnen die Chance mit sich, eine Fülle an Informationen zu bekommen, die bei Kontakten in anderen Settings verborgen bleiben, bedeutet andererseits aber auch in die Intimsphäre eines Menschen einzudringen und es den Betroffenen zu erschweren in eine Rolle zu

schlüpfen oder Wesentliches zu verbergen. Derartige Begegnungen verlangen nach einem hohen Maß an Achtsamkeit und Respekt, denn den Vertrauensvorschuss welcher dem/der BesucherIn entgegengebracht wird, gilt es wertzuschätzen. Die Wohnsituationen erlauben Rückschlüsse auf Störungsbilder und auf Bewältigungsstrategien. So unterschiedlich wie sich psychische Erkrankungen manifestieren können, so unterschiedlich waren auch die angetroffenen Wohnverhältnisse. In einer Wohnung roch es stark nach Schimmel und Vermüllungstendenzen waren unübersehbar. Es gab sechs Fernseher, die alle eingeschaltet waren als ich kam, aber „...*jetzt haben wir nicht einmal etwas zu essen daheim...nix...*“ (I 5, Z. 88). Völlig konträr präsentiert sich die Wohnung einer anderen Gesprächspartnerin - die pedantische Ordnung ließ mich eine Zwangsstörung vermuten. Als kleine Anerkennung für die Gewährung eines Einblickes in sehr persönliche Lebensbereiche und für das zur Verfügungstellen ihrer Zeit, brachte ich meinen GesprächspartnerInnen Zigaretten oder Süßigkeiten mit.

4.1.3 Beziehungsebene

Von allen sieben wurde ich sehr herzlich aufgenommen und es war mit keinem/keiner schwierig in Kontakt zu treten. Bei allen gelang die Exploration sehr gut. Die InterviewpartnerInnen gewährten mir bereitwillig Einblick in ihr Leben. Mitunter schweiften sie weit von meinen Fragen ab oder waren sprunghaft in ihren Ausführungen, was zum Teil als Symptom ihrer Erkrankungen zu verstehen ist oder sich auch darauf zurückführen lässt, dass viele psychisch erkrankte Menschen sehr einsam sind und sich darüber freuen, wenn sie über für sie sehr belastende Lebensereignisse, die mitunter auch einen kausalen Zusammenhang mit der Besachwalterung aufweisen, erzählen können. Um es mit den Worten einer Klientin zu sagen „...*wenn ich heute wieder über das rede ... dannwärme ich die ganze Geschichte wieder auf ... aber das macht nichts ... ist eh vielleicht gut ...wenn es rauskommt ...*“ (I 6, Z. 104 – 105).

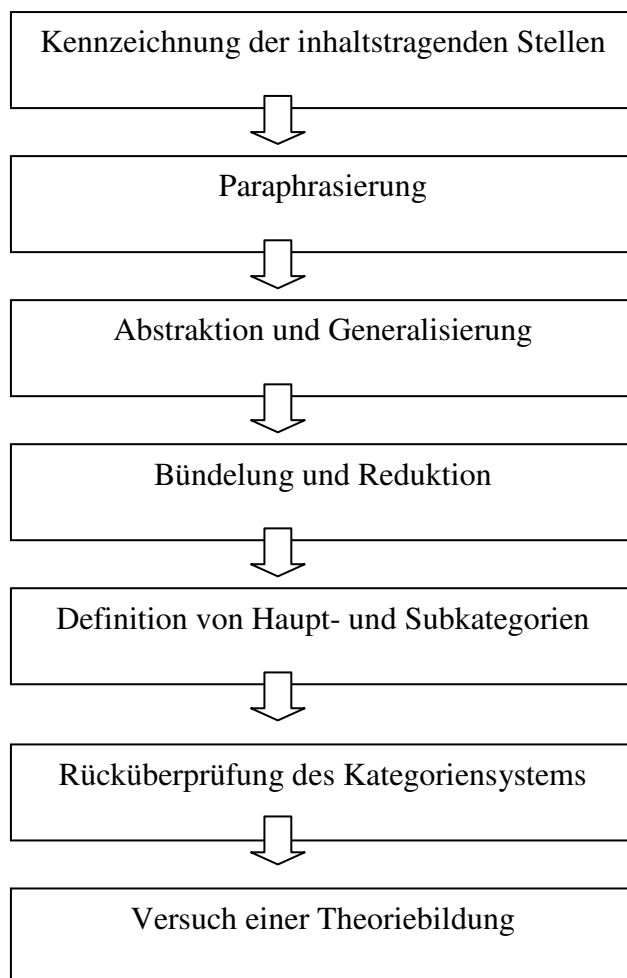
4.2 Datenauswertung

Für die Auswertung der gewonnen Interviews entschied ich mich für die interpretativ-explikative Form und orientierte mich in den vier Phasen der Auswertung – Transkription, Einzelanalyse, generalisierende Analyse, Kontrollphase – an Lamnek und verfolgte das

Ziel, die von den Betroffenen erlebten Phänomene zu verstehen und Antworten auf meine Forschungsfragen zu bekommen (vgl. Lamnek, 2005, S. 402). In einer heraklitischen Pendelbewegung zwischen den einzelnen Textpassagen, den Kategorien und den Interviews in ihrer Gesamtheit versuchte ich das Wesentliche zu erfassen, zu benennen, was die Betroffenen mir mitzuteilen versuchten, eine Beziehung zwischen den Kategorien herzustellen und die zentralen Kategorien herauszufiltern.

Methodische orientierte mich an dem von Mayring beschriebenen Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse, welchen er anhand von 8 Schritte beschreibt. Ich habe diese entsprechend meines Ausgangsmaterials ein wenig modifiziert und versuche meine Arbeitsschritte im Folgenden schematisch darzustellen.

Grafik 1: Schritte der Datenauswertung (vgl. Mayring, 2003, S. 58ff).



4.3 Datendarstellung

Die Ergebnisse aus den Interviews habe ich in sieben Hauptkategorien, welche in 15 Subkategorien und auf der nächst tieferen Ebene noch in weitere 14 Unterkategorien unterteilt sind, zusammengefasst. Diese werden im folgenden Kapitel beschrieben. Am Ende der verbalen Darstellung möchte ich mittels eines stark vereinfachten Modells, auf einen Blick sichtbar machen, dass die Tatsache einen Sachwalter zu haben von den Betroffenen sowohl als Entlastung als auch als Belastung erlebt werden kann und häufig auch beide Erfahrungen nebeneinander bestehen.

4.4 Ergebnisse aus den Interviews

4.4.1 Problemlagen/Ursachen für die Besachwalterung

Auffallend ist die Tendenz der InterviewpartnerInnen, ihnen nahe stehende Personen dafür verantwortlich zu machen, dass sie krank wurden und eine/n SachwalterIn bekamen. Projektion lautet der tiefenpsychologische Fachbegriff für diesen Abwehrmechanismus und wird als „Übertragung der Schuld für die eigenen Schwierigkeiten auf andere“ (Zimbardo/Gerrig 2004, S. 619) definiert. Interessant ist, dass die beiden befragten Männer durchaus auch persönliche Unzulänglichkeiten thematisierten. Vom Begriff der Schuld möchte ich mich jedoch in diesem Zusammenhang distanzieren, weil es mir fern liegt, Menschen dafür schuldig zu sprechen, dass sie psychisch oder auch körperlich erkranken. Die Gefahr besteht darin, dass die Betroffenen zusätzlich zu ihrer Diagnose noch mit dem subtilen Vorwurf konfrontiert sind „falsch gelebt“ zu haben, eine „Rechnung präsentiert zu bekommen“, und so weiter. Aussagen dieser Art sind nicht förderlich und können zu einer weiteren Verschlimmerung der Situation beitragen.

4.4.1.1 Schulden und drohende Delogierung

Als häufigste Ursachen für die Besachwalterung wurden von den InterviewpartnerInnen finanzielle Schulden und daraus resultierende Folgen wie drohender Wohnungsverlust genannt. „...ja bei mir ist es so gewesen ... dass ich mit dem Geld nicht umgehen können

hab ... weil ich hab ... wenn ich ein Geld gehabt hab ... hab ich es immer gleich ausgegeben ... an einem Tag ... und durch die Schulden ... die ich gehabt hab ... hab ich ihn halt auch gekriegt ...“ (I 5, Z. 9 - 11). In einer Konsumgesellschaft, in der es nur möglich ist dazu zu gehören, wenn diverse Statussymbole vorgewiesen werden können, ist die Verlockung groß, mehr Geld auszugeben, als vorhanden ist. „ ... mir ist es ja nur gegangen um das Handy ... haben wir viel telefoniert und viel ins Internet gegangen mit dem Handy“ (I 5, Z. 108 - 109), was dazu führte, dass der Schuldenberg rasch nicht mehr zu überblicken war.

Je nach persönlichen Präferenzen wird unverhältnismäßig viel Geld ausgegeben für Elektrogeräte, Kleidung „ ...das ist einmal das wichtigste ... dann bist du gleich wieder ein anderer Mensch ... und das kostet aber ...“ (I 2, Z. 775 - 776) oder für den Friseur „ ... ich hab ausgeschaute wie eine Prinzessin ...“ (I 4, Z. 144). Einerseits wird Geld für Luxusgüter ausgegeben und auf der anderen Seite reicht es nicht, um die Wohnung zu beheizen oder Nahrungsmittel zu kaufen. Neben dem Versuch, nach außen den Schein zu wahren, dürfte auch noch eine andere Komponente mit im Spiel sein. Die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub ist bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen häufig kaum oder gar nicht vorhanden. kamen zu dem Schluss, dass der Aufschub von Belohnung Frustration erzeugt und ein hohes Maß an Selbstkontrolle verlangt. Diese ist bei Menschen mit hoher Impulsivität und Zugehörigkeit zu niedrigen sozioökonomischen Milieus oft unzureichend ausgebildet und führt dazu, dass vorhandenes Geld sofort ausgegeben wird, ohne die daraus resultierenden Folgen einkalkulieren zu können. Die Präsenz von Objekten beispielsweise in Kaufhäusern oder in der Werbung erschwert die Selbstkontrolle noch zusätzlich (vgl. www.psychologie.uni-wuerzburg.de, 17.7.2008).

4.4.1.2 Problematische Beziehungen und Trennungen

Außer einem Kuranden, der seine Alkoholerkrankung für seine prekäre Lebenslage verantwortlich machte, gaben alle InterviewpartnerInnen an, dass schwierige Beziehungskonstellationen oder das Ende dieser dazu geführt hätte, Mischel und Ebbesen führten 1970 Forschungen dazu durch, wie es gelingen kann längerfristige Ziele zu erreichen, wenn konkurrierende, kurzfristige Ziele auftauchen. Sie dass sie besachwaltet worden waren. Beziehungsprobleme haben viele Gesichter. Ob Freund, Mutter, oder Ex-

Ehemann – die nahestehenden Menschen sind es, die den Betroffenen das Leben schwer machen. „... also da hab ich einen Freund gehabt ... das war der ... ah ... wie hat der geheißen schnell (...) da hab ich 10 000 Euro ... ah Schilling ... oben gehabt ... und der hat immer gesagt zu mir ... geh auf die Bank ... geh auf die Bank geh auf die Bank ... bis auf einmal null Euro ... also Schilling waren ...“ (I 4, Z. 106 - 111). Die selbe Klientin beschreibt weiters, dass immer wieder Männer auf ihre Kosten gelebt hätten. Eine andere beklagt, dass ihr verstorbener Ehemann, der nicht lesen und schreiben konnte, ihr Schulden hinterlassen habe und ihr neuer Lebensgefährte sie bezüglich Handyschulden „reintheatert“ (I 5, Z. 106) habe.

Eine Betroffene sieht in der belasteten Beziehung zu ihrer Mutter, mit der sie in einem gemeinsamen Haushalt gelebt hatte, die Ursache dafür, dass sie psychisch krank geworden war, was den Konkurs, die Veräußerung des Elternhauses und die Besachwalterung nach sich zog. Mit den Worten „... ich hab ja von ihr so einen Druck gehabt ...“ (I 6, Z. 397) beschreibt sie den Alltag mit der dominanten Mutter und sieht ihren psychischen Zusammenbruch als logische Folge darauf „... wo ich mir heute denke ... der Akku hat einmal leer sein müssen ...“ (I 6, Z. 412).

Scheidungen und Trennungen liegen im Ranking der größten Stressoren nach Homes und Rahe (1967) auf Platz 2 und 3 der „Social Adjustment Rating Scale“ (vgl. Comer, 1999, S. 272). Bei entsprechender Prädisposition können derartige „stressful life events“ zu psychischer Überforderung führen. Eine Klientin erinnert sich, dass sie „... nach der Scheidung in ein ziemlich tiefes Loch gefallen sei ...“ (I 3, Z. 26), von einer Neurologin und stationär behandelt worden war und in dieser Zeit sei ihr „... vom Gericht ein Sachverständiger ... ah ... ein Sachverwalter ... zugesprochen worden (...) als Aufbauhilfe (...) dass ich wieder richtig Fuß fange ... so wie andere halt in ein Frauenheim kommen“ (I 3, Z. 29 - 33).

4.4.2 Zustandekommen der Sachwalterschaft

Wer die Sachwalterschaft angeregt hat, ist mitunter für die Betroffenen nicht nachvollziehbar. Das mag einerseits daran liegen, dass dies häufig in einer Phase passiert, in der es den KlientInnen sehr schlecht geht und sie ganz damit beschäftigt sind ihr Leben wieder halbwegs in den Griff zu bekommen oder sie die Anhörung und die Tagsatzung

dermaßen emotional aufwühlen, dass sie sich entweder nicht trauen oder vergessen nachzufragen, wer dieses Procedere veranlasst hat. Eine Pflegebefohlene äußerte den Verdacht, dass ihre Betreuerin von der Caritas diesbezügliche Recherchen betrieben hätte, sie darüber aber nicht informieren dürfe „ ... *sie kann es mir ja nicht verraten ... darf sie ja nicht ...* “ (I 6, Z. 41 - 43).

4.4.2.1 Eigene Antragstellung

Laut SWRÄG kann ein definitiver Antrag nur von den Betroffenen selbst gestellt werden. Einer meiner Interviewpartner nutze diese Möglichkeit, als er keinen anderen Ausweg mehr sah und die Delogierung unmittelbar bevor stand „ ... *ich bin schon in der Ecke gestanden ... habe mich nicht mehr rausgesehen ...* “ (I 2, Z. 17 - 18). Er erzählt, dass er davor noch zum „ ... *Psychiater gegangen ...* “ sei und „ ... *der hat mir einen Schrieb geschrieben ...* “ (I 2, Z. 662), was er als hilfreich empfand, um sein Anliegen durchzusetzen.

Bei der Gruppendiskussion mit dem interdisziplinären Team der Drogenberatungsstelle waren sich die ExpertInnen einig, dass sie nicht über die Köpfe der KlientInnen hinweg eine Sachwalterschaft anregen wollen würden, sondern für sie nur der Weg in Frage käme, KlientInnen dahingehend zu motivieren selbst einen Antrag zu stellen „ ... *das heißt ... das wäre die einfachere Variante für uns ... wenn wir finden ... dass das nötig wäre ... daran arbeiten ... und sie gehen dann selbst und beantragen es ...* “ (I 7, Z. 499 - 500). Ihren Betreuungsprinzipien zufolge ist es ihnen wichtig, genau abzuwiegen, wann „ ... *das Abnehmen der Verantwortung wirklich förderlich ist ...* “ (I 7, Z. 194 - 195) und genau zu überlegen, wo eine Sachwalterschaft eine Unterstützung darstellen kann. Genannt wurden Situationen, wo Obdachlosigkeit droht oder für „ ... *welche die so gar nix checken ... keine ... sich nicht versichern können ...* “ (I 7, Z. 69 - 70).

4.4.2.2 Anregung durch Angehörige oder öffentliche Stellen

Zwei Befragte vermuten, dass eigene Angehörige den Stein ins Rollen gebracht haben könnten „ ... *veranlasst glaub ich hat es meine Mutter ... nachvollziehen kann ich es nicht* “

ganz ...“ (I 6, Z. 35 – 36). Eine Expertin aus dem psychosozialen Team schildert eine diesbezügliche Erfahrung von ihr: „ .. ich kann mich erinnern an eine junge Klientin ... wo das die Eltern angeregt haben quasi wie es um die Volljährigkeit ging ... weil die irgendwie gefunden haben ... die haben sozusagen ... das nicht so gut gefunden ... dass das Kind volljährig ist haben eine finanzielle Besachwalterung angeregt und das ist durchgegangen ... die kam so zu uns und war besachwaltet (...) das war schon ein Stück weit meine Interpretation ... aber es war schon klar ... dass die mit 17 halt schon mit Drogen begonnen hat ... immer wieder Schwierigkeiten gemacht ... Schule abgebrochen und solche Sachen und mit dem 18. Geburtstag ist sie besachwaltet worden damit sie nicht noch mehr Dummheiten macht ... also sie hat das auch so erklärt ... na damit ich keine Schulden mache ... damit ich nicht quasi mit meinem Drogenkonsum in der Gosse lande die hat das auch so so wirklich brav in den Worten ihrer Eltern ... und es hat auch gestimmt also Schulden hat sie keine gehabt“ (I 7, Z 393 - 407).

Weiters käme es im Zuge von Krankenhausaufenthalten zu Anregungen, berichten die KurandInnen. Genannt wurden auch AmtsärztInnen und die Bezirkshauptmannschaft „die haben das für mich dann in die Wege geleitet (...) weil ich pausenlos gekommen bin ... ob sie mir ein bissl Geld überweisen ...“ (I 5, Z. 69 - 74).

4.4.3 Zuständigkeiten der SachwalterIn

Erwartungsgemäß wurde die Regelung der Finanzen häufig als Aufgabe des Sachwalters / der Sachwalterin genannt. Nicht immer ist den Betroffenen klar, was ihr/e SachwalterIn eigentlich genau tut „ ... huch ... ja ... die Finanzen sind einmal wichtig ... die Wege sind wichtig ... die was zum Erledigen sind ...“ (I 4, Z. 618 - 619). Eine Interviewpartnerin sieht ihre Sachwalterin als Ersatz für die Hauskrankenpflege, von der sie früher betreut wurde. Gerichtsangelegenheiten und „Strafsachen“ (I 5, Z. 531) wurden erwähnt und ein Betroffener hat seinen Sachwalter „ ... für alles ... jetzt zur Zeit ...“ (I 2, Z. 169).

Offensichtlich wird die Übernahme finanzieller Angelegenheiten durch den Sachwalter am deutlichsten und vermutlich am schmerzlichsten wahrgenommen, weil sich dadurch im Alltag Veränderungen ergeben, die die KlientInnen permanent daran erinnern, dass sie in ihrem Handlungsspielraum eingeschränkt sind „...nur für das Finanzielle ... ich kann keinen Vertrag abschließen oder was ... das ist aber eh genug ...“ (I 6, Z. 285).

Medizinische Angelegenheiten oder Maßnahmen aus dem Bereich der Personensorge fanden in keinem einzigen Interview Erwähnung. Ich kann nur mutmaßen, dass diese Aufgaben den Betroffenen gar nicht bewusst sind.

4.4.4 Mit der Sachwalterschaft einhergehende Gefühle

Eine/n SachwalterIn zu haben, ist mit einer breiten Palette von Gefühlen verbunden. Von Ärger und Angst, Abhängigkeit und Ausgeliefertsein über Schuld und Scham bis dahin, dass eine Besachwalterung auch mit Hoffnung darauf konnotiert sein kann, dass sich das Leben doch wieder zum Besseren wenden wird.

4.4.4.1 Abhängigkeit /Ausgeliefertsein

Diese Kategorie war ganz eindeutig die vordergründigste in allen Interviews. Die Betroffenen erleben sich als ausgeliefert und wehrlos. Diese Gefühle tragen sie mit Fassung oder rebellieren dagegen. Ein Klient beschreibt die Abhängigkeit von seinem Sachwalter als „*steinigen Weg*“, der sich folgendermaßen auf sein gegenwärtiges Leben auswirkt: „... *ich muss jeden Freitag hingehen ... zum Sachwalter ... und muss mir mein Geld holen ...*“ (I 2, Z. 68 – 69) „... *und wenn Sie am Mittwoch kommen ... Sie haben kein Geld mehr ...haue ich Sie raus ... hat er mir so wortwörtlich gesagt ...*“ (I 2, Z. 417 - 419). Eine Interviewpartnerin hofft auf eine Einschränkung der Sachwalterschaft, „*weil dann müsste ich nicht immer ... wegen jedem Dings ... ich muss zum Friseur gehen ... oder ich brauche ein neues Klammerl bei den Zähnen ...*“ (I 4, Z. 215 - 217) fragen. Wenn sie anrufen und um die Übernahme der Kosten bitten muss, fühle sie sich „... *na Scheiße ...*“ (I 4, Z. 227) und „... *wenn die mir nicht das Geld auf das Konto (...) ich mein da krieg ich schon einen Bizzl ... da dreh ich schon durchweil wenn ich einen Friseur brauch ... brauch ich einen Friseur ... das ist normal ...*“ (I 4, Z. 645 - 648).

Zum Teil handelt es sich um Entscheidungen des Sachwalters / der Sachwalterin, die von den Pflegebefohlenen als willkürlich erlebt werden und sie Kränkungen dadurch erfahren, dass ihre Wünsche nicht respektiert werden. Frau B. schilderte eine Begebenheit, die zwar schon lange zurück liegt, aber sie noch immer sehr ärgert. Ihre Sachwalterin kam ihrem Wunsch, den neuen Fernseher im Ort zu kaufen nicht nach, sondern „... *hat ihn sie müssen*

bei ihr daheim kaufen ... eh von meinem Geld ... das hat mich geärgert (...) also ich hab nix machen können ... weil die so gehandhabt hat ...“ (I 3, Z. 388 - 397).

Je stärker emotional besetzt die anstehenden Bedürfnisse sind, umso größer ist die Kränkung, wenn die geäußerten Wünsche abgeschlagen werden. Frau P. erzählt, dass ihr erstes Kind an plötzlichem Kindstod gestorben sei, worauf hin sie wegen Kindesmisshandlung angeklagt wurde und ihr das zweite Kind gleich nach der Geburt vom Jugendamt abgenommen wurde und zu Pflegeeltern kam. Sie und ihr Partner hätten zwar ein Besuchsrecht, aber kein Geld für die Zugkarte. „ ... *ich hab mit meiner Sachwalterin geredet ... dass sie mir was dazu gibt ... sie sagt nein ... gibt mir nix dazu ...“ (I 5, Z. 187).*

Existentielle Fragen über Leben und Sterben betreffen, zwar in unterschiedlicher Weise, aber dennoch, alle Menschen. Frau M. wollte eine Versicherung abschließen, um für ihr eigenes Begräbnis vorzusorgen und nachdem ihr Sachwalter ihr sagte „ ... *ich kann mir selber was suchen ...“ (I 6, Z. 621)* tat sie das auch, aber „ ... *jetzt zahlt er die Rechnung nicht ... jetzt hab ich schon eine Mahnung von denen (...) und er zahlt es nicht ... das zahlt er nicht ... weil das hab ich abgeschlossen ... sag ich ... hören Sie ... Sie haben gesagt ich soll mir selber was suchen ...“ (I 6, Z. 622 - 625).*

Eigenmächtige Entscheidungen des Sachwalters / der Sachwalterin ohne Rücksprache mit den Pflegebefohlenen führen zu einem Gefühl des Ausgeliefertseins. Egal ob Bausparverträge abgeschossen werden, ohne die InhaberInnen zu informieren (vgl. I 3, Z. 424) oder SachwalterInnen versuchen ihren KlientInnen vorzuschreiben, welche ÄrztInnen sie besuchen dürfen – Widerstände sind vorprogrammiert „ *ich will aber dort nicht hin ... er kann mir doch nicht aufschwätzen ... wo ich zum Doktor geh ...“ (I 6, 666 - 667).*

Eine Betroffene drückte in einer aussagekräftigen Metapher das bestehende Abhängigkeitsverhältnis aus: „ ... *mein Gott ... man muss sich das vorstellen wie eine Lebensgemeinschaft ... was anderes ist das nicht ... wie wenn man verheiratet ist und der Mann hat die Finanzen über ... und das Sagen ...“ (I 3, Z. 875 - 877).*

Abhängigkeitsstrukturen ihrerseits haben wieder das Potential krankmachend zu sein, so ergibt sich ein Kreislauf, aus dem es schwierig ist zu entkommen. „ ... in einer Gesellschaft, in der Abhängigkeit herrscht, Gebundenheit mit Besitz und Verdinglichung

gleichgesetzt wird, in der aber die Möglichkeit der Freiheit geschmeckt werden kann, wird Dependenz, das Gefesseltsein eine Qual, die in die Krankheit führt“ (Petzold, 2003, S. 788).

4.4.4.2 Angst, Scham, Schuld

Angst einerseits vor dem/der SachwalterIn als Person und andererseits vor gesellschaftlichen Ausschlüssen sind vielfach allgegenwärtige Begleiter von besachwalteten Personen. Mit dem/der Sachwalterin Kontakt aufzunehmen bedeutet für KlientInnen immer wieder eine Überwindung „... *ich fürchte mich schon richtig* ...“ (I 6, Z. 980), weil „*der kann ganz schön streng sein* ...“ (I 5, Z. 357). Bevor der Sachwalter aufgesucht wird, macht sich Unbehagen breit: „... *da ducksel ich ein bissl herum* ...“ (I 2, Z. 482) beschreibt Herr W. diesen Zustand.

Die Interviewten versuchen, wo nur irgendwie möglich die Sachwalterschaft geheim zu halten „... *mir kommt es peinlich vor ... wenn ich das sage ... dass ich einen Sachwalter hab* ...“ (I 5, Z. 743). Sogar bei Arztbesuchen bemüht man sich darum, das Thema Sachwalterschaft zu umgehen. Eine Ausnahme stellen FachärztInnen für Psychiatrie dar. Ihnen wird dieses Tabu anvertraut. Offensichtlich nehmen die Betroffenen an, dass die Spezialisten damit Erfahrungen haben und nicht mit Abwertung auf derartige Mitteilungen reagieren.

Die KurandInnen erwarten sich Diskretion und ärgern sich sehr darüber, wenn die SekretärInnen im Vorzimmer lautstark persönliche Angelegenheiten der KlientInnen besprechen oder wenn am Computer für Außenstehende gut sichtbar der Vermerk „Sachwalter“ aufleuchtet „... *neben mir sitzt eine von der Pfarre ... ich meine ... das brauchen die ja auch nicht unbedingt da rot unterlegen ... Rechnung an Sachwalter ... und rot ... ich hab es selber gleich gesehen ... ohne Brille* ...“ (I 6, Z. 527 - 530). Ärger, als Gefühlsantwort auf die Besachwalterung an sich oder über Äußerungen oder Handlungen des Sachwalters / der Sachwalterin, wurde von einigen KlientInnen thematisiert.

Schuld und Scham liegen oft nahe beisammen und sind Gegenpole zum Stolz. Innovatives Verhalten wird an den Tag gelegt, um sich nicht eine Blöße geben zu müssen „... *das*

kann ich vertuschen ...“ (I 2, Z. 835) bekräftigt Herr W. und gibt sich selbst die Schuld dafür, dass es so weit gekommen ist. Eine Interviewpartnerin beschreibt sich selbst als schwierigen Fall und Frau M. erlebt die Tatsache unter Sachwalterschaft gestellt worden zu sein als „wahnsinnige Demütigung“ (I 6, Z. 990).

Auffallend ist, dass derartig negativ konnotierte Gefühle vorwiegend von jenen KlientInnen beschrieben werden, deren SachwalterInnen AnwältInnen sind. Denkbar ist, dass diese Empfindungen Ausdruck eines massiven Machtgefälles sind und einerseits KlientInnen keine Chance sehen den JuristInnen in irgendeiner Form ebenbürtig begegnen zu können und andererseits die AnwältInnen aufgrund der nicht vorhandenen psychosozialen Ausbildung mit psychisch kranken Menschen gewaltig überfordert sind und über Machtdemonstrationen versuchen Distanz herzustellen. Zu zeigen, wie mächtig man ist, ist eine beliebte Strategie, um Menschen einzuschüchtern. Und wer sich fürchtet, ist leichter führbar und somit bequemer für Anwaltskanzleien, die mitunter eine Vielzahl von besachwalteten Personen betreuen. Petzold fordert als Gegenkonzept zu Machtdemonstrationen eine „ ... intersubjektive Grundhaltung (...) Respekt vor der Integrität des Anderen, - auch vor seinem Anders-sein (Wertschätzung ist mehr als Toleranz)“ (Petzold, 2003, S. 121) und sieht nur in der Begegnung die Chance die „Verdinglichung des Anderen“ (ebd.) zu vermeiden.

4.4.4.3 Hoffnung

Die Hoffnung stirbt ja bekanntlich zuletzt. Menschen mit psychischen Erkrankungen, die eine/n SachwalterIn haben, hoffen, dass der/die Sachwalterin ihnen zu einem besseren Leben verhelfen wird „ ... *vielleicht will er es zusammensparen ... dass wir einmal eine neue Wohnung haben ... dass wir uns dann mehr leisten können ...“ (I 5, Z. 377 - 379).* Hoffnung kann in schwierigen Zeiten ein elementarer Wert sein, um Krisen zu überstehen und nicht völlig zu verzweifeln „ ... *also ich habe jetzt in letzter Zeit ... am Anfang nicht ... aber jetzt ... habe ich schon wieder mehr Ruhe ... weil ich schon wieder irgendwo ein bisschen einen Horizont sehe ...“ (I 2, Z. 86 - 91).*

4.4.5 Annahmen /Unsicherheiten

Über die Aufgaben und Zuständigkeiten eines Sachwalters und die zugrundeliegenden gesetzlichen Vorgaben herrscht mitunter Unklarheit, was sich im Alltag der Betroffenen beispielsweise darin manifestiert, dass bei erforderlichen Unterschriften nicht klar ist, ob die Pflegebefohlenen diese selbst tätigen dürfen oder es des Sachwalters / der Sachwalterin bedarf. Über die Tatsache, dass erst vor kurzer Zeit ein neues, sie betreffendes, Gesetz erlassen wurde, wusste kein/e einzige/r InterviewpartnerIn Bescheid.

4.4.5.1 über die Rolle der Sachwalterin / des Sachwalters

Ungewissheit herrscht auch darüber wie viel für eine/n SachwalterIn zu bezahlen ist. Frau Sch. geht davon aus, dass „... *bei dem schwachen sozialen Einkommen ... was ich habe ... wie kann ich mir da wen leisten ... bezahlt die Frau Magister die Republik Österreich ...*“ (I 1, Z. 43 - 44). Es wurden Vermutungen angestellt, dass die SachwalterInnen ihren Pflegebefohlenen nur wenig Geld zur Verfügung stellen würden, damit es zu einer Zunahme an Ersparnissen komme und die SachwalterInnen dadurch an ihnen mehr verdienen würden. Derartige Bedenken wurden auch von den ExpertInnen der Drogenberatungsstelle geäußert „... *das war sehr dubios ... muss ich sagen ... weil wir haben den Verdacht dann langsam bekommen ... dass die da einfach irgendwie ... nicht ganz seriös damit umgeht ...*“ (I 7, Z. 27 - 29). Frau B. äußert die Vermutung: „... *die hat in ihre eigene Tasche gearbeitet ...*“ (I 3, Z. 492).

Die Motive für eine ehrenamtliche Übernahme von KlientInnen ist den Betroffenen nicht nachvollziehbar „... *ich versteh es eh nicht ... warum sie das noch zusätzlich macht ... aber wenn sie es machen will ... wird schon ihre Gründe haben ...*“ (I 3, Z. 513 - 514).

Eine interviewte Ärztin hat keine genaue Vorstellung davon, was es bedürftigen Menschen bringen könnte eine/n SachwalterIn zu haben und stellt in Frage ob ein/e SachwalterIn ihre Klientin „... *an der Hand genommen (...) die nötigen Dokumente für ihre Versicherung gesucht (...) oder für sie bei den Behörden eingereicht ...*“ (I 7, Z. 451 - 453) hätte.

Eine Klientin beschreibt die Sachwalterschaft als etwas, was man sich gönnt, solange die/der SachwalterIn gut funktioniert, und was man wieder abbestellt, wenn er/sie Schwierigkeiten macht „... *da hab ich mir nix dreinreden lassen (...) nein ... weil da wäre ich auch so weit gegangen ... dass ich die Sachwalterschaft abbestellt hätte ...*“ (I 3, Z. 480 - 485). Auf die Frage wie sie das machen würde, gibt Frau M. an: „... *da brauche ich mir nur einen Antrag vom Gericht holen ... den ausfüllen ... und die Frau Dr. S. schreibt mir dann einen Bericht ... dass ich es nicht mehr brauche ...*“ (I 3, Z. 124 - 125). Um zu unterstreichen, dass es die eigene Entscheidung sei, einen Sachwalter zu haben betont sie: „...*aber für mich selber ... hab ich gesagt ... ist es angenehm ...*“ (I 3, Z. 125 - 126).

Bei den ExpertInnen herrscht Unklarheit einerseits über das Procedere der Besachwalterung „... *ich weiß auch nicht wie man diesen Antrag stellt ... ob das quasi ein Vordruck ist ... oder ob man einfach einen Brief schreibt an das Gericht ...*“ (I 7, Z. 355 - 356) und andererseits darüber, wie weit KlientInnen dem zustimmen müssen. Eine Ärztin stellt die Frage: „... *ist das freiwillig ... ist das ... kann man so etwas veranlassen ... oder müssen die einverstanden sein ...*“ (I 7, Z. 72 - 73).

4.4.5.2 über den Verein für Sachwalterschaft

Die Aufgaben der Sachwaltervereine scheinen in der Öffentlichkeit und für die Pflegebefohlenen wenig präsent zu sein. Frau P. geht davon aus, dass sie später von dort eine/n SachwalterIn bekommen wird, „... *aber der ist momentan besetzt ... jetzt hat daweil die das übernommen ... und sobald da einer frei wird von der Vereinssachwalterschaft ... krieg ich von dort dann einen ...*“ (I 5, Z. 603 - 604). Die psychosozialen ExpertInnen würde es interessieren, ob es „... *von Seiten des Vereins für Sachwalterschaft (...) Berührungängste mit (...) suchtmittelkonsumierenden ...*“ (I 7, Z. 419 - 426) Personen gibt. Die Leiterin der Einrichtung fügt mit sarkastischem Unterton hinzu: „... *die haben Angst ... dass sie Drogen kaufen müssen um das Geld ...*“ (I 7, Z. 434).

Eine Klientin bedauert es, so wenige Informationen über den Verein zu haben, denn sie würde es interessieren „... *wer da wen gegenseitig die Bälle zuspielt*“ (I 3, Z. 824 - 825) und vermutet „... *da wird es sicher noch höhere Köpfe geben dahinter ... ist ja ein ganzer Machtapparat*“ (I 3, Z. 741). Eher wird das Gericht als Ansprechpartner wahrgenommen, als der Verein für Sachwalterschaft.

Dem Verein gegenüber gibt es durchwegs positive Zuschreibungen. Frau B. vertraut dem Verein und findet es beruhigend zu wissen, dass ihre SachwalterInnen regelmäßig dem Gericht berichten müssen „... *also Einstecken oder was geht bei dem Verein nicht ...*“ (I 3, Z. 830). Die Fachkräfte aus dem psychosozialen Feld sind der Ansicht, dass die SachwalterInnen vom Verein sich auch um die Menschen kümmern und nicht nur um das Finanzielle „... *die fahren schon hin und reden mit den Leuten und so ...*“ (I 7, S. 341 - 342).

4.4.6 Auswirkungen der Sachwalterschaft

Deutlich wird in den Interviews der Zusammenhang zwischen der Beziehungsqualität zwischen SachwalterIn und KurandIn und dem Erleben der aus der Sachwalterschaft resultierenden Folgen auf die eigene Lebenswelt.

4.4.6.1 Anwaltschaft

Die Pflegebefohlenen sehen ihre gesetzlichen VertreterInnen als AnwältInnen, die sie darin unterstützen ihnen zustehende Rechte durchzusetzen „... *dass sie das halt wahrnimmt ... was er mir geben muss ... ob er will oder nicht ...*“ (I 1, Z. 18 - 19). Das kann unterschiedliche Lebensbereiche betreffen. Einerseits finanzielle Ansprüche nach Trennungen oder Scheidungen „... *dass ich mein Geld krieg von dem Deppen ...*“ (I 4, Z. 358) oder auch Begleitungen zu Gerichtsverhandlungen, welche sehr willkommen sind und als Unterstützung wahrgenommen werden (vgl. I 5, Z. 815).

- Wohnsituation

Viel Raum nehmen in dieser Kategorie Wohnungsangelegenheiten ein. Laut der Maslowschen Bedürfnishierarchie (vgl. Zimbardo/Gerring, 2004, S. 540) und dem „Fünf Säulen der Identität“ - Konzept von Petzold (vgl. Petzold/Mathias, 1982, S. 180f) gehört eine gesicherte Wohnmöglichkeit zu den basalsten menschlichen Grundbedürfnissen. Insofern verwundert es nicht, dass diesbezüglich häufig Erwartungen an die Sachwalterschaft bestehen „... *wir versuchen es pausenlos ... dass wir die Sachwalterin unter Druck setzen ... sie haben nur gesagt ... sobald ich die Bestätigung hab ... dass ich*

wirklich auf den Schimmel allergisch bin ... muss ich das runterfaxen ... zu meiner Sachwalterin ... und dann eventuell reden wir weiter ... dass wir so schnell wie möglich eine Wohnung kriegen“ (I 5, Z. 453 - 456). Frau Sch. brauchte Hilfe, „ ... weil mir der `liebe Gatte` mit Gewalt das Wohnrecht genommen hat (...) hab ich unterschreiben müssen ... dass ich kein Recht habe ...“ (I 1, Z. 4, 14). Frau B. lebte nach der Scheidung in einem Gasthaus und ihre Sachwalterin „ ... hat mir halt geholfen ... dass ich zur Wohnung komme und alles ...“ (I 3, Z. 51). Der interviewte Mann mit den Alkoholproblemen ist sich sicher, dass er schon delogiert worden wäre, wenn sein Sachwalter das nicht verhindert hätte (vgl. I 2, Z. 97) und Frau M. erinnert sich daran, dass ihr Sohn ihr in der Psychiatrie klargemacht hatte, „dass wir die Hilfe brauchen bis das Haus verkauft ist ... oder was halt passiert ...“ (I 6, Z. 236 - 237).

- Diverse Anträge

Die Pflegebefohlenen gehen davon aus, dass Anträge bei Ämtern und Behörden rascher „wenn ich den Antrag gestellt hätte (...) da hätte ich heute noch keinen Bescheid ...“ (I 2, Z. 568 - 569) und mit höheren Erfolgchancen behandelt werden, wenn sie vom Sachwalter / von der Sachwalterin kommen „ ... das Ausfüllen kann ich schon ... aber wenn die Frau Magister einen Stempel drauf tut ... so wirkt das besser ...“ (I 1, Z. 517 - 518). Dazu zählen Pensionsanträge „ ... das hat er mir auch gemacht ...“ (I 2, Z. 239), Pflegegeldanträge „wenn ich irgendwie krankheitshalber ... eventuell eine höhere Pflegestufe ... dann könnte sie auch ...“ (I 1, Z. 512 - 513), Anträge auf Wohnbauförderungen „ ... dass sie den gestellt haben ... und dass halt die Miete vom Konto abgezogen wird ...“ (I 3, Z. 59 - 60), Familienbeihilfe „ ... und nachher kommt dann noch eine Ding dazu ...“ (I 5, Z. 328) oder Rezeptgebührenbefreiungen „ ... haben sie gemacht nämlich ...“ (I 5, Z. 541) usw.

Die Unterstützung bei Anträgen und Wegen dieser Art findet hohe Zustimmung bei den Betroffenen. Auch wenn gelegentlich betont wird, dass sie mit den Behörden auch ohne Hilfe zurecht kommen würden, lässt sich aufgrund der Aussagen der Betroffenen vermuten, dass es ihnen doch sehr angenehm ist, wenn sie bei bürokratischen Angelegenheiten jemanden an ihrer Seite haben, der/die ihnen beisteht.

4.4.6.2 Finanzielle Beschränkungen

Schmerzlich hingegen ist das Gefühl durch die Sachwalterschaft nicht mehr frei über das eigene Geld verfügen zu können und weniger ausgeben zu können, als früher „... *wie ich das Geld in der Hand gehabt hab ... ist halt mehr gegangen ... wurscht ...*“ (I 2, Z. 435). Frau S. bedauert „... *früher hab ich mehr Geld gehabt ...*“ (I 4, Z. 664), ist sich aber bewusst, dass es ihr schwer fällt sich ihre Finanzen einzuteilen „... *dann bin ich wieder pleite ... also nicht gewollt ... aber das mit dem Euro ... das ist ja fürchterlich ...*“ (I 4, Z. 189).

Eine Befragte macht recht widersprüchliche Angaben. Sie beklagt „... *wenn ich ehrlich bin ... also früher mit dem Geld ... das was ich meistens immer gekriegt hab ... bin ich eigentlich perfekt ausgekommen ... das hab ich mir sogar eingeteilt*“ (I 5, Z. 776 - 778). Im selben Gespräch gibt sie ihre eigenen Schwierigkeiten im Umgang mit Geld als Grund für die Besachwalterung an „... *ich hab blöderweise auch mit dem Geld nicht umgehen können ... hab es auch immer gleich rausgeschmissen ... vergessen die Miete zum Einzahlen ... und ... fürchterlich ... dann haben wir wieder vergessen den Strom zum Einzahlen ...*“ (I 5, Z. 29 - 33). Bei Frau P. scheint es Phasen zu geben, in denen sie in der Lage ist selbstreflexiv wahrzunehmen und kurz darauf siegt die Verdrängung über die Realität und Unangenehmes wird ausgeblendet. Laut Freud sind derartige Mechanismen notwendig, um das Ich zu schützen und treten bei Bedrängnis immer wieder in ähnlicher Weise in Kraft (vgl. Zimbardo /Gerring, 2004, S. 618).

Frau M. zeigt sich kooperativ „... *ich komme schon aus ... aber ich muss halt recht sparen...*“ (I 6, Z. 799). Herr W. versucht bei Bedarf seinen Sachwalter zu erweichen, damit er ihm mehr Geld gibt, erlebt dieses „*betteln*“ (I 2, Z. 213) aber als große Demütigung und fühlt sich dabei „*ur mies*“ (I 2, Z. 217).

4.4.6.3 Entlastung

Es gibt aber auch zahlreiche Bereiche, wo die Sachwalterschaft als große Entlastung wahrgenommen wird. In Zeiten wo die Anforderungen größer sind als die Möglichkeiten der Bewältigung, wird es als Wohltat erlebt, wenn Lebensbereiche abgegeben werden

können und jemand als Stütze zur Verfügung steht. Eine Klientin erzählt, dass sie gehört habe, dass „... *immer mehr und mehr eine Sachwalterschaft ...*“ (I 3, Z. 760 - 761) wollen würden, weil sie sich davon versprechen, „... *aus dem Sumpf rauszukommen ...*“ (I 3, Z. 774). Herr W. hat keinen Ausweg mehr gesehen „... *ich bin schon in der Ecke gestanden*“ (I 2, Z. 17) und würde gar nicht mehr so lange überlegen, einen Antrag auf Sachwalterschaft zu stellen, wenn er noch einmal vor der Wahl stehen würde. Frau Sch. war froh, dass ihr jemand behilflich war, als ihr alles zu viel wurde (vgl. I 1, Z. 72 - 75). Das Gefühl der Entlastung tritt ein, wenn die KurandInnen merken, dass wieder eine gewisse Stabilität erreicht werden kann und es außer ihnen noch jemanden gibt, der in ihrem Sinne etwas regelt oder klärt.

- Verantwortung abgeben können

Dass Gefühl, nicht mehr alleine für alles verantwortlich zu sein, bringt große Erleichterung mit sich. Herr W. merkt die Erleichterung am „*Postkastl*“ (I 2, Z. 74), weil dieses nicht mehr mit den „... *ganzen bössartigen RSA Briefen ...*“ (I 2, Z. 78) befüllt werde „... *die kriegt alle er ...*“ (I 2, Z. 469). Sich nicht mehr um Mahnungen und Drohungen kümmern zu müssen, führt zu einem enormen Gewinn an Lebensqualität. Auch die anderen InterviewpartnerInnen empfinden ihre SachwalterInnen in bestimmten Bereichen immer wieder als Hilfe. Mitunter wird die Sachwalterschaft als Schutzschild vor sich hergetragen, um sich mit Belästigungen erst gar nicht auseinandersetzen zu müssen „... *wenn sie sammeln kommen ... da sag ich gleich ... ich steh unter Sachwalterschaft ...*“ (I 3, Z. 843 - 846). In die selbe Kerbe schlagen die Erfahrungen eines Sozialarbeiters „... *da hab ich eher das Gefühl gehabt ... ich muss seine Sichtweise ins Lot bringen ...*“ (I 7, Z. 182), weil „... *der hat so die Phantasie gehabt ... wenn er die Sachwalterin hat ... dann braucht er sich um gar nix mehr zu kümmern ... so auf die Art ... wenn die Polizei kommt ... dann sag ich ihnen einfach ... ich hab eine Sachwalterin ... und die sollen zu der gehen ...*“ (I 7, Z. 171 - 174).

Einerseits wird die eingeschränkte Geschäftsfähigkeit als große Schmach erlebt und andererseits wird damit auch kokettiert „... *krieg ich eine Mahnung (...) ich schreibe denen ja gleich ... oder rufe dort an ... sage ... hören Sie ... da muss ich es natürlich sagen ... das ist blöd ... aber am Telefon sehe ich die Person ja nicht ... ich hab das und das ... und die müssen das für mich zahlen ...*“ (I 6, Z. 760 - 763).

- Lebensbereiche regeln

Als Entlastung erleben die Betroffenen die Sachwalterschaft vor allem dann, wenn sie sich um die Regelung alltäglicher Lebensbereiche nicht mehr zu kümmern brauchen. Die Übernahme der Bezahlung von Miete, Strom, Genossenschaft, Radio wurde von nahezu allen InterviewpartnerInnen als Erleichterung hervorgehoben „... *ich seh es ... ich muss es ehrlich sagen ... von meinem Standpunkt aus ... schon positiv ...die Sachverwalterschaft ...*“ (I 3, Z. 154 - 155). Herr W. konstatiert: „... *zuerst muss einmal das Finanzielle so halbwegs geregelt sein und dann (...) kann man weitertun ...*“ (I 2, Z. 869 - 874). Eine Betroffene sieht die Hauptfunktion eines Sachwalters / einer Sachwalterin darin, das Leben von „*schwierige[n] Fälle[n] ...*“ (I 3, Z. 298), zu welchen sie sich selbst nicht rechnet, zu regeln. Anerkennung wird den SachwalterInnen gezollt, wenn es ihnen gelingt, Begünstigungen für ihre Pflegebefohlenen herauszuholen „... *das hat sie jetzt eh sogar veranlasst ... dass wir sogar weniger Miete zahlen ...*“ (I 5, Z. 521). Auch Frau B. denkt an einen ihrer früheren Sachwalter wohlwollend zurück, „... *weil der hat sich in finanziellen Dingen sehr gut ausgekannt (...) wo man halt Begünstigungen kriegt ...*“ (I 3, Z. 494 - 495).

- Sicherheit

- dem Konzept von Petzold zufolge eine tragende Säule der Identität – hat je nach Persönlichkeit einen unterschiedlich hohen Stellenwert für uns Menschen. „*Ausgegliedert*“ (I 2, Z. 503) zu sein von der Krankenkasse, wird als große Beunruhigung erfahren. Dem zufolge stellt sich, bei Wiedereingliederung ein Gefühl von „... *ich bin jetzt wieder voll integriert ...*“ (I 2, Z. 509) ein. Sicherheit entsteht durch Vertrauen, was durch Aussagen wie der folgenden bestätigt wird: „...*da war ich sicher ... da funktioniert alles ...*“ (I 3, Z. 540).

4.4.6.4 Beziehungsqualität

Der Wechsel von einem/r SachwalterIn zu einem/r anderen ist für die Betroffenen, die in ihrer Biographie oftmals mit multiplen Beziehungsabbrüchen konfrontiert waren, nicht ganz einfach „... *ich komme von einem zum anderen ... nicht dass einer einmal bleibt ...*“

(I 4, Z. 187). Ob ein/e SachwalterIn als professionelles Beziehungsangebot wahrgenommen wird oder nicht, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Von den Anwaltskanzleien werden gelegentlich Besuchsdienste beauftragt, um die Personensorge wahrzunehmen, was bei den Betroffenen gut ankommt „... *der hilft halt aus (...) der führt mich immer dort und dort hin (...) der ist freundlich und nett ...*“ (I 5, Z. 490 - 503).

Frau S. beschreibt ihr Verhältnis zu ihrer Sachwalterin als freundschaftlich und ist darüber sehr froh, denn „... *wenn ich alleine wäre ... da könnte ich nur meine Mama anrufen ... und die Mama ... die kann nicht immer kommen ...*“ (I 4, Z. 410 - 411). Sie ist sogar per du mit ihrer Sachwalterin und würde sie als Bezugsperson bezeichnen, mit der sie auch sehr intime Angelegenheiten bespricht. Mit ihrer Vorgängerin sei es ihr wesentlich schwieriger gefallen, in Kontakt zu treten, erzählt sie. Frau B. hat auch schon Erfahrungen mit mehreren SachwalterInnen und resümiert: „... *die Beziehung ist gut ... und die war auch beim Dr. C. da (...) der war auch menschlich (...) und die vorige ... das war halt eine Bissige*“ (I 3, Z. 383, 510).

Die KlientInnen geben sich mit wenig zufrieden, denn die Möglichkeit „... *zwischen Tür und Angel*“ (I 2, Z. 353) den Sachwalter sprechen zu können, ohne einen Termin bei ihm zu haben, wird lobend erwähnt.

Herr W. nimmt seinem Sachwalter gegenüber eine akzeptierende Haltung ein und findet, dass er in Ordnung sei (vgl. I 2, Z. 791). Frau P. bekundet, „... *die ist recht nett ...*“ (I 5, Z. 505) – ist aber trotzdem fest entschlossen „... *ich will sie loshaben ...*“ (I 5, Z. 1164) und resignativ gleichzeitig „... *die werde ich mein Lebetag haben ... bis ich sterbe ...*“ (I 5, Z. 1029).

- Kontaktmangel

Vielfach fühlen sich die KlientInnen nicht ernst genommen und haben den Eindruck, dass sich der/die SachwalterIn zu wenig um sie kümmere. Mitunter gibt es Monate lang keinen Kontakt und Hausbesuche sind rar „... *nein ... bei mir war sie noch nie ...*“ (I 1, Z. 262). Auch in dieser Kategorie fällt auf, dass derartige Klagen von jenen Pflegebefohlenen geäußert werden, deren gesetzliche VertreterInnen JuristInnen sind. Telefoniert wird bestenfalls mit den SekretärInnen und es sind viele Kontaktaufnahmen durch die

KurandInnen erforderlich bis sie eine Auskunft bekommen „... *ich fühle mich da geschaukelt einfach ...*“ (I 6, Z. 873). Nicht einmal auf die Bitte um einen Rückruf wird reagiert. Die InterviewpartnerInnen fühlen sich vernachlässigt. Da dieses Gefühl bei vielen Menschen an früher durchlebte Beziehungserfahrungen erinnert, wird es als besonders schmerzlich erlebt.

- Warten müssen

„... *sie hat nur gesagt ... sie hat jetzt keine Zeit ... rufen Sie morgen wieder an*“ (I 1, Z. 182). Warten müssen und zurück gestellt werden, gehört häufig zur Lebenserfahrung besachwalteter Personen. „*Da komme ich mir vor ... wie wenn ich der Außenseiter wäre (...) mir kommt es vor ... als ob ich niemand wäre für sie ...*“ (I 5, Z. 575 – 577). Warten müssen auf einen Rückruf, auf Antwort, auf Erledigungen. Den Betroffenen erscheint die Zeit des Wartens sehr lange, sie ärgern sich und stellen in Frage, ob die Auskünfte der SekretärInnen auch stimmen, wenn sie immer wieder zu hören bekommen „... *er ist grad in Besprechungen oder telefoniert grad ...*“ (I 5, Z. 622). Die Pflegebefohlenen erwarten, dass ihre Anliegen rasch erledigt werden „...*da muss er halt Überstunden machen ... ja das tut mir leid ... bei mir ist es ja um was gegangen ...*“ (I 6, Z. 697 – 698).

- Abwertung

Nicht nur durch das Warten, wird das Gefühl der Minderwertigkeit forciert. Darüber hinaus erfahren die Betroffenen unzählige Kränkungen durch abfällige oder unachtsame Bemerkungen ihrer VertreterInnen. Scharfe Töne würden angeschlagen von der Frau Magister (vgl. I 1, Z. 338), beklagt Frau Sch. und Herrn W. wurde von seinem Sachwalter das Gefühl vermittelt, dass er froh sein könne darüber, dass er derart unlukrative Tätigkeiten überhaupt mache „... *er hat mir es schon rübergeschmiert (...) dass er normal in einer halben Stunde 125€ verlangt ... und von mir kriegt er einen Nasenrammel ...*“ (I 2, Z. 342 - 344).

Umgekehrt wird Entwertung der Person des Sachwalters / der Sachwalterin oder seiner/ihrer Handlungen auch von den KlientInnen als Abwehrstrategie eingesetzt, um sich zu wehren und zu schützen. Ob die beschriebenen Reaktionen tatsächlich stattgefunden haben oder Ausdruck eines Wunsches der Betroffenen sind, lässt sich nicht eindeutig

beurteilen. Eine Interviewpartnerin erzählt, von einer Begebenheit, wo ihr „... *das Radl durchgegangen ...*“ sei und sie „... *ihn ordentlich geschimpft ...*“ habe (I 1, Z. 183 - 184). Frau B. kritisiert einen Mangel an lebenspraktischen Erfahrungen „... *wenn wer nur hinter dem Schreibtisch sitzt ...*“ (I 3, Z. 378) und Frau M. attestiert ihrem Sachwalter „... *er ... der Herr Gut ... er tut auch recht fein und so (...) aber der hat ja gar keine Ahnung ...*“ (I 6, Z. 729, 794).

- **Zuspruch**

Positiv konnotierte Zuschreibungen kamen in den Interviews zwar vor, aber bedeutend seltener, als die kritischen Äußerungen. Als Mensch gesehen zu werden und ein paar persönliche oder aufmunternde Worte zu hören wie „... *wird eh alles wieder gut ...*“ (I 6, Z. 489), freut die KlientInnen sehr, was sich in Aussagen wie der folgenden bemerkbar macht „... *der ist ja ein halber Psychiater auch ...*“ (I 2, Z. 318). Frau B. erfährt Zuwendung ihrer Sachwalterin dadurch, dass diese sie motiviert nicht so viel zu sparen, sondern es sich gut gehen zu lassen (vgl. I 3, Z. 136).

4.4.6.5 Stigmatisierung

Dazu zu gehören ist ein elementares menschliches Bedürfnis. Ausgrenzungen zu erleben ist bitter. Petzold bezeichnet Ausgrenzungsmechanismen als „verkappte Grausamkeit“ (Petzold, 2003, S. 277) sieht in ihnen „Manifestationen gesellschaftlicher Unbewusstheit“ (ebd.) und fordert dass PsychotherapeutInnen sich derartiger Mechanismen bewusst werden müssen und durch ihre Arbeit diesen entgegenwirken sollen. Gleiches gilt für Pflegende. Auch sie sind gefordert im Pflegealltag gewahr zu bleiben und nicht durch unreflektiertes Handeln in den gesellschaftlichen Kanon negativer Konnotationen einzustimmen und sich mitschuldig zu machen durch Missachtung der Würde jedes einzelnen Menschen, egal welches auffälliges oder unangepasstes Verhalten er/sie an den Tag legt. Krankenanstalten sind in besonderer Weise Aushängeschilder einer Disziplinargesellschaft, in der geordnet, überwacht und sanktioniert wird (vgl. Foucault, 1973, S. 225). Kontrolle und Macht stehen auf der Tagesordnung. Diese Mechanismen gilt es bewusst zu machen, in Frage zu stellen und durch ethische Reflexion auf Menschlichkeit zu überprüfen.

- Sozialer Abstieg

Die Pflegebefohlenen machen auf unterschiedliche Weise Stigmatisierungserfahrungen. Sie sind damit konfrontiert für verrückt oder für dumm erklärt zu werden und empfinden die Besachwalterung als sozialen Abstieg „... und jetzt auf einmal rumple ich bis zu einem Sachwalter runter ...“ (I 2, Z. 840).

Das Gefühl sich ausgestoßen zu fühlen, findet seinen Ausdruck in unterschiedlichen Aussagen „... Freunde haben wir auch fast keine ... jeder tut immer nur blöd reden ...“ (I 5, Z. 412) oder „... ich bin mir schon vorgekommen ... ich hab das heute noch so ... wie wenn ich es mit Leuchtstift oben stehn hätte ...“ (I 6, Z. 277 -279). Viele mussten die Erfahrung machen, dass kaum Freunde übrig blieben, als es ihnen psychisch schlecht ging. Einsamkeit wiederum ist als gesundheitlicher Risikofaktor zu verstehen und bedarf einer differenzierten Annäherung, denn nicht die Quantität an Kontakten ist ausschlaggebend für das Erleben von Einsamkeit, sondern die Qualität und das Ausmaß des Erlebens von Hilflosigkeit (vgl. Petzold, 2003, S. 664).

- für verrückt oder dumm erklärt werden

Die KurandInnen werden damit konfrontiert, von ihren Mitmenschen so behandelt zu werden, als seien sie nicht zurechnungsfähig oder intellektuell minderbemittelt. Sie merken diese Zuschreibungen anhand der Reaktionen ihres Umfeldes und hören Aussagen, die ihnen bewusst machen, wie eine/n SachwalterIn zu haben, in der Gesellschaft bewertet wird „... am Anfang hat mir eine Frau gesagt ... Sachwalter (?) ... Sachwalter (?) ... Sie schauen aber eh ganz normal aus ...“ (I 1, Z. 537 - 539). Frau P. versucht ihre Sachwalterin zu verheimlichen, denn „... die werden sich auch was denken ... für was hat die einen Sachwalter (...) die ist zu blöd ... dass sie mit dem Geld umgehen kann ...“ (I 5, Z. 760 - 762). Auch bei den gerichtlichen Anhörungen und bei den medizinischen Untersuchungen machen die Betroffenen sehr kränkende Erfahrungen. Herr W. beschreibt sein Erleben folgendermaßen „... dann haben sie mich noch psychiatriert ... ich hab mir gedacht ... auch nicht schlecht“ (I 2, Z. 579 - 580) und da er schon Erfahrungen mit Austestungen hatte, wandte er eine bewährte Strategie an „... man soll sich nicht ... zu blöd stellen ... aber auch nicht zu viel wissen ...“ (I 2, Z. 605 – 606). Für Frau M. war der Tag der Verhandlung „... ein schwarzer Tag ...“ (I6, Z. 240). Als unglaubliche

Erniedrigung empfand sie „ ... *wo ich mein Lebetag alles geschupft hab ...*“ (I 6, Z. 246) die Fragen des Richters „ ... *werde ich gefragt wer der Bundespräsident ist (...) ich hab mir gedacht ... das darf doch nicht wahr sein (...) ich hab mich dann in den Park gesetzt und hab drei Stunden geweint ...*“ (I 6, Z. 247 - 251).

Eine Betroffene schilderte wie sich die Sachwalterschaft auf ihre Paarbeziehung auswirkte: „ ... *da wollte er mich entsachwaltern ... das geht aber auch nicht so einfach ... weil er will eine gescheite Frau ... er will keine blöde Frau ...*“ (I 4, Z. 555). Mitunter sind es die eigenen Mütter, die ihre Töchter massiv kränken „ ... *meine Mutter hat früher auch immer gesagt ... meine Tochter ist behindert ... also da hab ich einen Brichzam gekriegt ... bei jedem Arzt ... bei jedem Amt ... meine Tochter ist behindert ...*“ (I 4, Z. 591 - 594) oder Frau M. hörte ihre Mutter, wenn diese sie in der Psychiatrie besuchte, sagen „ ... *schau dir die Deppen da an ...*“ (I 6, Z. 215). Eine andere Interviewpartnerin geht davon aus, dass sie größere Chancen hätte Arbeit zu finden, wenn sie keine Sachwalterin hätte (vgl. I 5, Z. 876).

4.4.6.6 Autonomiebestrebungen

Rehbock kritisiert die in der Medizin verbreitete Haltung, dernach das Autonomieprinzip nur bei als „kompetent“ geltenden Menschen zur Anwendung komme und erinnert an die moralische Bedeutung des Autonomiebegriffs, wonach „*jeder Mensch ein unbedingtes Recht auf Achtung seines Willens besitzt*“ (Rehbock, 2002, S. 136) und nicht darum fürchten muss, dass ihm die „Kompetenz“ dazu von jemanden abgesprochen wird. Gerade Menschen mit psychischen Erkrankungen hätten es besonders schwer ihr Bedürfnis nach Autonomie gegen paternalistische Fürsorge durchzusetzen, konstatiert Rehbock. Ihr Widerstand gegen, objektiv ihrem Wohl förderliche, Entscheidungen wird nur allzu leicht als Symptom ihrer Erkrankung umgedeutet und ignoriert (vgl. Rehbock, 2002, S. 147).

In der geführten Gruppendiskussion war es einer Ärztin wichtig den „ ... *Unterschied zwischen Sachwalterschaft und Bevormundung ...*“ klarzumachen und die Sachwalterschaft nur explizit „ ... *für ganz konkrete Themen ...*“ (I 7, Z. 187 - 190) einzusetzen. In den Interviews mit den Betroffenen wurde das Streben nach Autonomie sehr deutlich. Teilweise werden innovative Wege gefunden, um wenigstens in

Teilbereichen Selbstbestimmung aufrecht zu erhalten. Wenn es dem Bedürfnis nach Autonomie dienlich ist, werden dem/der SachwalterIn kurzerhand Informationen vorenthalten. Der Wunsch nach Autonomie spiegelt sich in unterschiedlichen Ausformungen wider.

- Angst vor Entmündigung

Der Begriff der Entmündigung ist den Pflegebefohlenen noch bekannt und wirkt auf sie sehr beengend. „*Früher hat es immer geheißten da ist man entmündigt ... da hat man überhaupt kein Recht was man sagt was man tut was man schreibt das ist alles ungültig ...*“ (I 1, Z. 598 - 600) erinnert sich eine Klientin. Auch Frau S. kennt noch die Bezeichnung entmündigt „... *das sagt jeder Zweite heute zutage auch noch (...)* *das ist ein Schock ... aber das ist nicht mehr aktuell ...*“ (I 4, Z. 635 - 631).

- Selbstständigkeit/ Unabhängigkeit

Die Befragten betonen unermüdlich, wie wichtig es ihnen ist bestimmte Dinge selbst regeln zu können „... *aber es hab trotzdem ICH den Mietvertrag unterschreiben dürfen*“ (I 1, Z. 481) und versichern, vieles von dem was ihr/e SachwalterIn tut, auch ohne deren Hilfe bewältigen zu können. Frau S. hofft bald über die Finanzen wieder selbst verfügen zu können „... *das trau ich mir zu ... weil einen Dauerauftrag kann ich bald machen ... die kennen mich eh da unten (...)* *die sollen mir die Sackerl überall ... und das draufschreiben ... und dann hab ich schon den Durchblick ...*“ (I 4, Z. 704 – 707). Frau B. betont „... *das hätte ich selber auch machen können ... aber das hat halt ... das ... das ... hat der Dr. C. alles geregelt ...*“ (I 3, Z. 60). Eine Interviewpartnerin erinnert sich daran, wie sie bei einem stationären Psychiatrieaufenthalt damit konfrontiert wurde, dass eine Sachwalterschaft angeregt werden wird „... *da hab ich mir gedacht ... ja ... wer weiß wie das ist ... und da wehr ich mich ... oder da red ich noch drüber oder was ...*“ (I 6, Z. 231 – 232).

Eine Klientin geriet in Konflikt mit ihrer Sachwalterin, weil sie trotz Pensions- und Pflegegeldbezügen einer Arbeit nachgeht um fit zu bleiben „... *sonst kommt man weg vom Fenster ...*“ (I 3, Z. 130) und ihre Sachwalterin versuchte ihr nahezu legen, das Arbeiten sein zu lassen und stattdessen um Erhöhung des Pflegegeldes anzusuchen, aber „... *ich hab*

gesagt ... wenn ich arbeiten gehe ... kriege ich auch was ... und und ... somit hab ich mich durchgesetzt ... hat sie nix mehr sagen können (...) da hab ich mir nix dreinreden lassen ...“ (I 3, Z. 470 – 480). Die selbe Betroffene zeigt sich auch in anderen Belangen kämpferisch. Sie möchte den fälligen Bausparvertrag auf ihr Konto überwiesen haben und droht „ ... wenn das die Sachwalterschaft nicht erlaubt ... dann geh ich schon zum Richter und sag ihm hoppala ... das ist mein Geld ...“ (I 3, Z. 591 – 592).

Frau M. setzte sich mittels eines Briefes gegen ihren Sachwalter zur Wehr, als sie Aussagen von ihm als Angriffe gegen ihre Kinder interpretierte „ ... *da hab ich meinen Emotionen freien Lauf gelassen ... und seit her schaut er mich nicht an ...*“ (I 6, Z. 820).

- Umgehung der Sachwalterschaft

Die Pflegebefohlenen sind erfinderisch, wenn es darum geht den eigenen Willen durchzusetzen. Der Sachwalter von Herrn W. kündigte an wegen seiner Alkoholprobleme alle umliegenden Gasthäuser für ihn sperren zu lassen, was Herrn W. höchstens ein Schmunzeln kostete „ ... *es gibt immer ein Hintertürl ... das ist total ein Blödsinn ...*“ (I 2, Z. 449 – 45). Eine Interviewpartnerin verheimlicht ihrem Sachwalter, dass sie für sich eine Zuverdienstmöglichkeit gefunden hat „ ... *das vom Omadienst ... das erzähl ich ihm ja gar nicht ...*“ (I 6, Z. 641).

Mitunter werden auch öffentliche Stellen aufgesucht, um sich über Rechte und Möglichkeiten zu informieren (vgl. I 1, Z. 365) oder es wird direkt das Pflegschaftsgericht angerufen (vgl. I 6, Z. 839).

4.4.7 Wünsche besachwalteter Menschen

Und last but not least bin ich bei meinen Gesprächen mit den besachwalteten Menschen der Frage nachgegangen, was sie sich von ihren SachwalterInnen wünschen würden. Am häufigsten wurde diesbezüglich der Wunsch nach Rechtsschutz und danach, dass sich der/die SachwalterIn für sie einsetzen möge genannt „ ... *dass sie mich besser vertritt ...*“ (I 1, Z. 233). Die Möglichkeit Wünsche zu äußern wurde auch dafür genutzt, zu sagen was ihnen nicht passt wie z.B. „ ... *er arbeitet ja nicht zu meinem Wohle ...*“ (I 6, Z. 869) oder „*sie kümmert sich nicht um meine Belange ...*“ (I 1, Z. 303).

Der Wunsch nach mehr Geld oder einer neuen Wohnung, die Befreiung vom Sachwalter „*ich will sie los haben*“ (I 5, Z. 1164), „*... ich brauche es nicht mehr ... weil er tut ja eh nichts ...*“ (I 6, Z. 759) oder zumindest eine/n andere/n SachwalterIn zu bekommen „*... ich kann mir vorstellen ... wenn man einen guten hat ... dann hilft einem der ...*“ (I 6, Z. 1009) oder eine Einschränkung der Sachwalterschaft rangierten an vorderster Stelle.

Darüber hinaus wurden auch zwischenmenschliche Bedürfnisse thematisiert, wie jenes nach Diskretion oder „*dass er freundlicher sein sollte ...*“ (I 5, Z. 1034) oder „*... dass er halt schon menschlicher ist ...*“ (I 6, Z. 803) und „*... er soll einmal nachdenken ... dass bei ihm kein Geschäftspartner sitzt ... sondern ein Mensch ...*“ (I 6, Z. 976).

4.5 Analyse der empirischen Daten

Für mich waren die Begegnungen allesamt sehr berührend und ich war überrascht, welche große Offenheit mir die InterviewpartnerInnen entgegenbrachten. Um meine Begegnungen möglichst authentisch wiederzugeben, habe ich mich dafür entschieden, die Betroffenen durch eine Vielzahl wörtlicher Zitate in die Arbeit hereinzuholen. Ihre Ausdrucksweisen und Formulierungen sollen zumindest ein Stück weit ermöglichen, an ihrer Realität teilzuhaben. Wenn ihre Aussagen mitunter auch zum Schmunzeln anregen, möchte ich auf keinen Fall den Anschein erwecken, mich über sie lustig machen zu wollen. Ihnen gebührt mein größter Respekt und meine volle Bewunderung dafür, wie sie trotz psychischer Erkrankungen, schwerer Schicksalsschläge, mangelnder sozialer Ressourcen und trotz oder dank ihrer SachwalterInnen ihr Leben meistern.

Je nachdem, ob eine nahestehende Person, ein/e MitarbeiterIn eines Sachwaltervereins oder ein Anwalt / eine Anwältin als SachwalterIn fungiert, kommen unterschiedliche Dynamiken in Gang. Es wäre interessant, diese Unterschiede in einem weiteren Forschungsprojekt näher zu beleuchten.

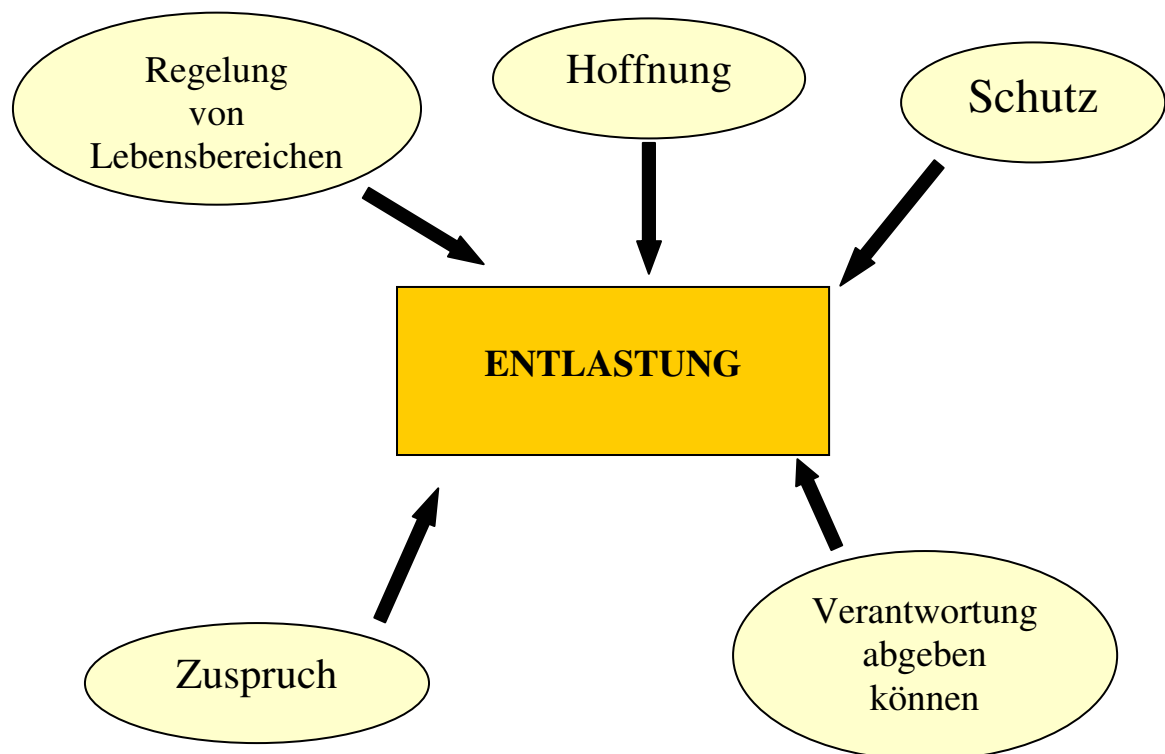
Die folgenden Schematisierungen bilden die beiden Pole Be- und Entlastungen durch Sachwalterschaft ab, wie sich in den Gesprächen darstellten. Die Grafik zeigt durch welche Erfahrungen das Gefühl der Be- bzw. der Entlastung hervorgerufen wird. Mitunter bestehen auch beide Pole gleichzeitig oder intermittierend. Ihn/sie loshaben zu wollen und

gleichzeitig den Wunsch zu haben, er/sie möge sich für seine/n Pflegebefohlene/n einsetzen, scheint keine Seltenheit zu sein.

4.5.1 Entlastungen durch eine Sachwalterschaft

Das Gefühl der Entlastung stellt sich dann ein, wenn besachwaltete Personen merken, dass der/die SachwalterIn sich für sie einsetzt und in ihrem Sinne Lebensbereiche regelt. Das kann die Klärung finanzieller Ansprüche betreffen oder die Form einer Wohnraumbeschaffung annehmen. Der persönliche Kontakt, ein offenes Ohr und menschliche Zuwendung werden in besonderer Weise wertgeschätzt und als wohltuende Erfahrungen beschrieben. Mitunter gelingt es durch Tätigwerden des Sachwalters / der Sachwalterin wieder Hoffnung zu schöpfen und optimistischer in die Zukunft zu blicken, was sich sehr förderlich auf die Lebensqualität auswirkt. Sicherheit und Stabilität zu finden oder Schutz zu erfahren sind weitere Aspekte, die Entlastung mit sich bringen.

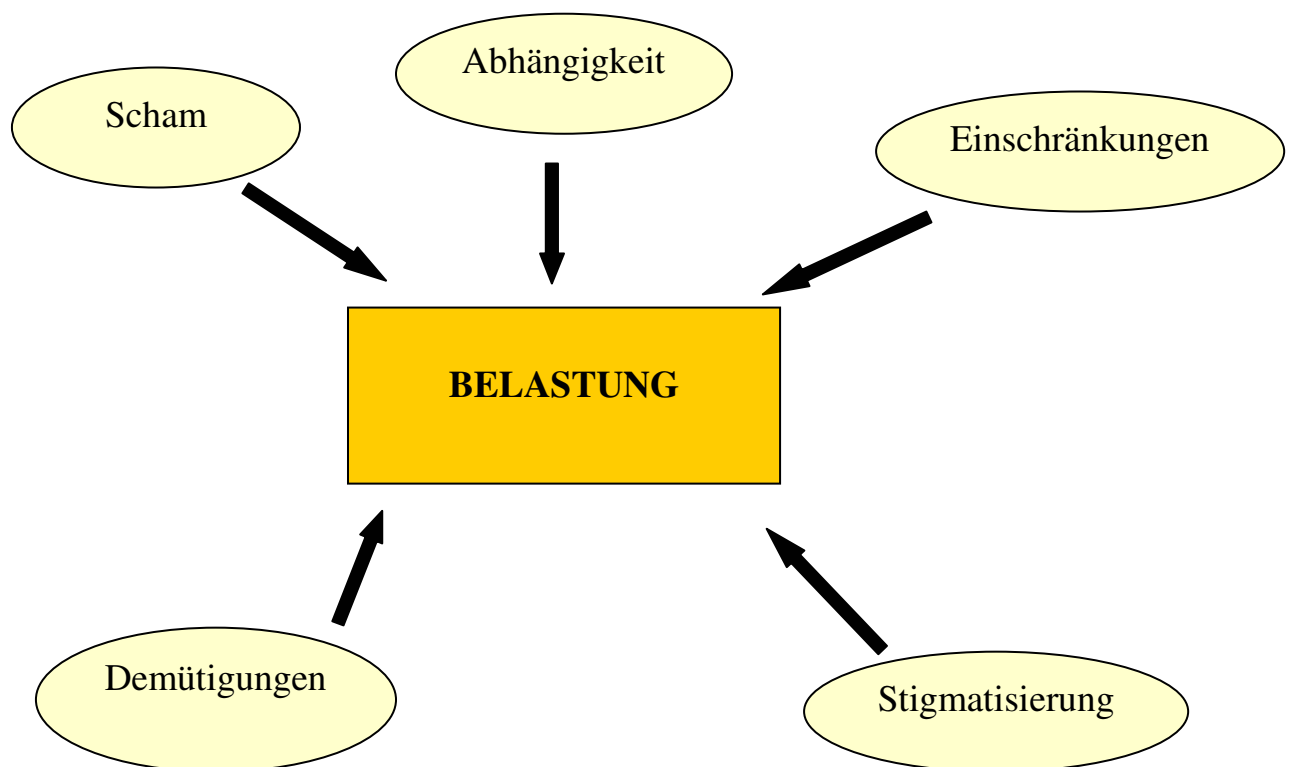
Grafik 2: Sachwalterschaft als Entlastung



4.5.2 Belastungen durch eine Sachwalterschaft

Eine/n SachwalterIn zu haben, wird dann als Belastung erfahren, wenn die KurandInnen sich ausgeliefert und wehrlos gegen willkürliche Entscheidungen fühlen, wenn ihre Wünsche nicht respektiert werden, sie sich bevormundet fühlen und sie schmerzliche Abhängigkeitserfahrungen machen müssen. Beschämungen durch einen Mangel an Diskretion, Demütigungen und Selbstabwertungen, Ausgrenzungen durch Stigmatisierungen, sowie Ungewissheiten und Beschränkungen gehören zu den kränkenden Erfahrungen, die dazu führen, den/die SachwalterIn als Last zu empfinden. Diskontinuität durch häufige Sachwalterwechsel fällt den Betroffenen mitunter nicht leicht. Die Pflegebefohlenen beschreiben Machtdemonstrationen als große Belastungen und fühlen sich häufig von ihrer Sachwalterin / ihrem Sachwalter vernachlässigt.

Grafik 3: Sachwalterschaft als Belastung



4.6 Conclusio

Es bedarf einer differenzierten Betrachtung der Phänomene, weil jede Situation einzigartig ist und mein Forschungsdesign nicht dazu geeignet ist, verallgemeinernde Rückschlüsse zu ziehen. Deutlich wird aber schon die Diskrepanz zwischen den Intentionen des Gesetzgebers und dem Erleben der Betroffenen. Die vor allem im SWRÄG massiv betonte Absicht, das Institut der Sachwalterschaft als Möglichkeit dafür einzusetzen, schutzbedürftigen Menschen ein weitgehend autonomes Leben zu gewährleisten, wird von den Pflegebefohlenen so nicht wahrgenommen. Auf das Spannungsverhältnis und die untrennbare Verbindung zwischen Fürsorge und Autonomie gehe ich in Kapitel 6.2. näher ein.

THEORIETEIL 2

5 Alternativen zur Sachwalterschaft

Wie bereits erwähnt, sieht das SWRÄG zumindest drei relevante Alternativen zur Sachwalterschaft vor, von denen angenommen wird, dass sie das Potential hätten, den weiteren Anstieg von Sachwalterschaftsbestellungen einzudämmen. Bevor ich diese näher beschreibe, möchte ich noch auf die zugrunde liegenden Bedingungen eingehen.

5.1 Gesellschaftlicher Diskurs

Auch in Deutschland beschäftigt sich der Bundesrat seit einigen Jahren mit möglichen Änderungen des Betreuungsrechts und der Erarbeitung von Alternativen. Es wird davon ausgegangen, dass der rapide Anstieg an Betreuungen nicht nur durch demographische und familienstrukturelle Veränderungen zustande komme, sondern „Betreuungen zu häufig bestellt werden“ (Sahm/Will, 2005, S. 7). Die Möglichkeit, Angehörige als „natürliche“ VertreterInnen mit Befugnissen zu betrauen, wird kontrovers diskutiert und heftig kritisiert. „Ein Rückschritt“, „nicht mehr zeitgemäß“ und „unvereinbar mit der Individualisierung der Lebensweisen“ sagen die Kritiker und fordern eine Legitimation – entweder durch eine Vorsorgevollmacht oder durch das Vormundschaftsgericht - für jede Stellvertretung. Strätling et al. befürchten, dass durch eine Vertretungsmacht für nahe Angehörige „die Wahrung der persönlichkeitsrechtlichen Prioritäten, die (grund)rechtssystematisch und (sozial)ethisch den eigentlichen Kernbestand des modernen Betreuungsrechts in einer säkularen, pluralistischen Gesellschaft wie der unseren ausmachen, einseitig einem fehlerhaften Verständnis von einer – im Grundsatz unbestritten notwendigen – „Entlastung“ der Rechtspflege und der Rechtsaufsicht preisgegeben werden könnten“ (Strätling et al., 2003, S. 373). Sie mutmaßen, dass die Rechtspolitik von unrichtigen Grundannahmen ausgehe, weil Partnerschaft und Familie für einen Großteil der Bevölkerung nicht mehr der Realität entspreche, die zumeist gegebene räumliche Distanz zwischen den Generationen auch eine emotionale mit sich bringe und viele Menschen im Alter gar nicht mehr die Pflege von Familienangehörigen erwarten würden (vgl. Strätling et al., 2003, S. 372f).

Nach Meinung der Befürworter handelt es sich bei der geplanten Gesetzesänderung um eine Legalisierung des „Regelfalls der gelebten Realität der Bürger“ (Sahm/Will, 2005, S. 19). Eine Arbeitsgruppe des Deutschen Bundesrates stellte fest, dass in der Bevölkerung so gut wie kein Bedarf an Vorsorgemaßnahmen erkannt werde, weil die Meinung vorherrsche, dass Angehörige ohnedies im Krankheitsfall entscheidungsbefugt seien. „Bisher widerspricht die Zuziehung der Angehörigen bei der Entscheidung ohne ausdrückliche vorangegangene Bevollmächtigung aber der Rechtslage,“ (Sahm/Will, 2005, S. 18) was mitunter massive Irritationen auslöse.

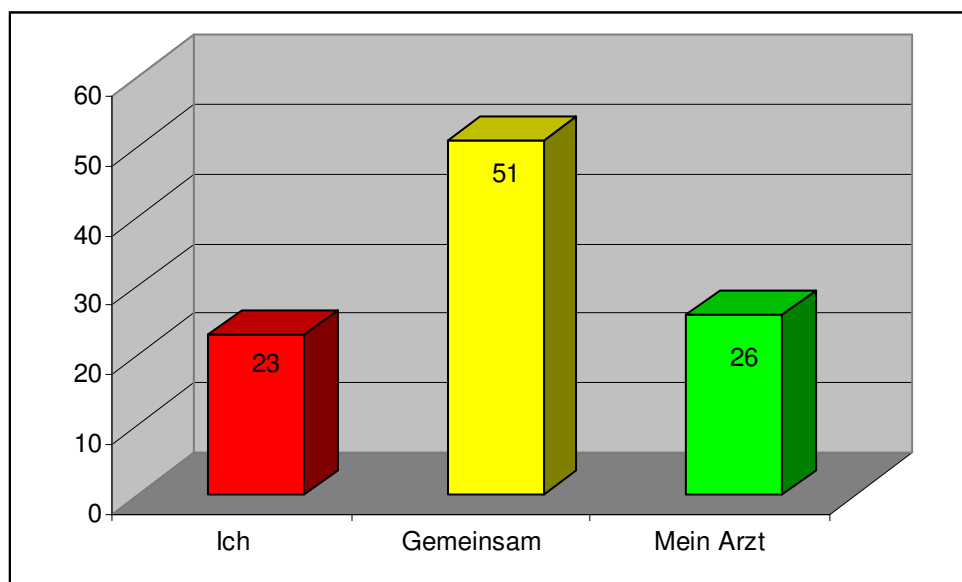
Sahm und Will gingen in einer empirischen Studie den Fragen nach, wie groß das Interesse an Patientenverfügungen ist, ob prinzipiell eine Delegation der Entscheidungsvollmacht an andere Personen gewünscht wird, wem diese übertragen werden soll und wie groß die eigene Bereitschaft ist, für andere Menschen in Gesundheitsbelangen Entscheidungen zu übernehmen. Sie befragten jeweils hundert Gesunde, TumorpatientInnen, ÄrztInnen und PflegerInnen mittels eines Fragebogens und kamen zu folgenden Ergebnissen:

5.1.1 Bereitschaft zur Auseinandersetzung

Die Bereitschaft, sich mit dem Thema Patientenverfügungen zu beschäftigen muss bei Gesunden als gering eingestuft werden. Der kleinen Gruppe an Interessierten gehörten tendenziell mehr Frauen, Verheiratete und Menschen mit religiösem Bezug an. Die Autoren der Studie vermuten, dass ein funktionierendes soziales Netz und eine religiöse Überzeugung sich förderlich darauf auswirken würden sich mit Grenzfragen des Lebens auseinander zu setzen und stellen diese Interpretation der Forderung Strätlings et al. gegenüber, wonach jede „stellvertretende Vollmacht mithilfe einer Patientenverfügung angesichts des Zerbrechens sozialer Strukturen, der zunehmenden Individualisierung und des Nachlassens ethischer Überzeugungen“ (Sahm/Will, 2005, S. 16) zu legitimieren sei, weil gerade jene „Menschen, die entsprechend den von Strätling et al. als „modern“ bezeichneten Lebensentwürfen folgen, zeigen offenbar wenig Interesse, eine Patientenverfügung abzufassen“ (ebd.). Anders stellt sich die Situation bei erkrankten Personen dar. 79% der befragten TumorpatientInnen bekundeten ihr Interesse an Patientenverfügungen, was darauf schließen lässt, dass erst die Erfordernisse der Situation eine Auseinandersetzung mit den eigenen Präferenzen mit sich bringen und sich die

wenigsten Menschen ohne konkreten Anlassfall mit diesen brisanten Fragen beschäftigen möchten. In einer groß angelegte Studie, die acht europäische Länder umfasste, wurde untersucht, ob PatientInnen überhaupt für sich selbst entscheiden möchten. Drei Viertel der Befragten gaben an, dass sie zumindest in die Entscheidungen eingebunden werden möchten. Nur sehr wenige plädierten für das „reine Autonomiemodell“ oder für das „reine paternalistische Fürsorgemodell“ (Bachinger, <http://www.patientenanwalt.com>, 3.Juni 2008) – womit zum wiederholten Male das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge, von dem auch Pflegende zentral betroffen sind, deutlich wird. In Kapitel 6 werde ich darauf noch näher eingehen.

Grafik 4: Wer soll über die beste Behandlung entscheiden? (Bachinger, 2008).



5.1.2 Entscheiden für andere

Bezüglich Entscheidungsfindung bei eigener Entscheidungsunfähigkeit wurde in der oben genannten Studie von Sahm und Will bei allen untersuchten Personengruppen der Wunsch nach einer Zusammenführung „medizinischer Kompetenz“ und „persönlicher Wertekompetenz,“ (Sahm/Will, 2005, S. 17) deutlich, womit in der Konkretisierung eine gemeinsame Entscheidung von ÄrztInnen und Angehörigen gemeint war. Eine klare Absage wurde der Entscheidungsbefugnis anderer Personen und der Entscheidung durch

Gerichte erteilt. „Tod und Sterben und die im Zusammenhang damit notwendigen medizinischen Entscheidungen gelten als intim. Sie werden nur den engsten Vertrauten übertragen“ (ebd.). Die AutorInnen der Untersuchung stellen fest, dass die im Gesetzesentwurf vorgesehene Stellvertretung durch nächste Angehörige in Gesundheitsfragen dem allgemeinen Wunsch der Bevölkerung entspricht und konstatieren im Hinblick auf die Bedenken Strätlings et al.: „daraus eine fehlende Modernität der Bürger abzuleiten, ist selbst als paternalistischer Akt abzulehnen“ und im „Tod und Sterben stößt Autonomie an eine Grenze; sie ist (sic!) vielmehr heteronom.“ (Sahm/Will, 2005, S. 18). Auch Pilgram sieht keine Hinweise dafür, dass die informellen sozialen Ressourcen abhanden kommen würden (vgl. Pilgram, 2006, S. 207).

Zu diesem Trend passen auch die Antworten auf die Fragen nach der Bereitschaft für andere Menschen Entscheidungen zu übernehmen. Es zeigt sich eine hohe Motivation für nahe Angehörige als Bevollmächtigte tätig zu werden (vgl. Sahm/Will, 2005, S. 18f).

Die in Österreich gesetzlich verankerten Möglichkeiten werden im Folgenden näher beschrieben. Um über die praktische Relevanz Aussagen zu tätigen, ist der Zeitraum seit Inkrafttreten des neuen Gesetzes noch zu kurz.

5.2 Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger

Die Möglichkeit eine gesetzlich anerkannte Vertretungsbefugnis für einen Angehörigen zu erwerben, der aufgrund einer psychischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung nicht oder nicht mehr dazu in der Lage ist die Geschäfte des täglichen Lebens zu besorgen, ist bisweilen eine in Österreich einzigartige Form. Die Angehörigenvertretung greift in jenen Fällen, wo der/die Betroffene nicht selbst eine Vorsorge getroffen hat, diese/r nicht besachwaltet ist und kein Widerspruch des/der Betroffenen vorliegt.

Der Gesetzgeber sieht in der Vertretungsbefugnis für Angehörige das größte Potential zur Eindämmung von Sachwalterbestellungen, da die Hälfte aller Anregungen in zu besorgenden Alltagsangelegenheiten begründet liegt.

5.2.1 Wirkungskreis einer Vertretungsbefugnis

Angehörige können dort, an des Betroffenen statt, Unterschriften tätigen oder Kontobehebungen durchführen, wo es sich um Rechtsgeschäfte des täglichen Lebens handelt. Darunter sind Alltagsgeschäfte, die zur ordentlichen Führung des Haushalts, zur Geltendmachung sozialer Ansprüche, wie beispielsweise des Pflegegeldes oder zur Deckung des Pflegebedarfs dienen, zu verstehen (vgl. <http://www.help.gv.at>, 12.4.2008). Bei nicht vorhandener Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist es auch möglich die Zustimmung zu einfachen Untersuchungen oder Behandlungen zu erteilen. Diese dürfen ein Ausmaß, das unter normalen Umständen keine nachhaltige Beeinträchtigung nach sich zieht, nicht übersteigen. Praktisch gesehen, soll diese nun gesetzlich geregelte Möglichkeit das legitimieren, was in der Lebenswelt pflegebedürftiger Menschen und deren Angehöriger auch davor schon Alltag war. Das neue Gesetz stellt somit einen Schutz für die Angehörigen dar, weil sie nicht mehr in einem undefinierten Graubereich tätig sein müssen und die Grenzen jetzt festgelegt sind. Wer zum Kreis der Angehörigen zählt und einen alten und/oder kranken Menschen im gemeinsamen Haushalt pflegt, ist mit dieser Vertretungsform nun autorisiert, Pflegegeld zu beantragen oder einen Kurantrag zu unterschreiben, Hauskrankenpflege oder Besuchsdienste zu organisieren und mit dem Geld der pflegebedürftigen Person diese zu bezahlen.

5.2.2 Vertrauensschutz Dritter

Wird eine Registrierungsbestätigung (siehe dazu Punkt 5.2.4) vorgelegt, darf das involvierte Geldinstitut, der Arzt oder die Behörde auf diese Vertretungsbefugnis vertrauen. „Das Vertrauen des Dritten ist nicht geschützt, wenn ihm die mangelnde Vertretungsbefugnis des nächsten Angehörigen bekannt oder fahrlässig unbekannt ist“ (Maurer, 2007, S. 179). Mit dieser Bestätigung ist es dem Angehörigen möglich, monatlich den erhöhten allgemeinen Grundbetrag des Existenzminimums vom Konto der erkrankten Person abzuheben (Schauer, 2006, S. 153).

5.2.3 Was eine Vertretungsbefugnis nicht leisten kann

Stehen Entscheidungen an, die weitreichende Folgen nach sich ziehen, wie das Setzen einer PEG - Sonde oder der Umzug in ein Pflegeheim, wird die Bestellung eines Sachwalters erforderlich, der wiederum schwerwiegende Entscheidungen dieser Art gerichtlich genehmigen lassen muss. Die Vertretungsbefugnis soll den Erfordernissen einer Pflegesituation zu Hause genügen und gleichzeitig Angehörige nicht in eine Überforderungssituation manövrieren, was dadurch passieren könnte, wenn sie alleine für derart umfangreiche Entscheidungen verantwortlich wären.

5.2.4 Zustandekommen einer Vertretungsbefugnis

Sind Angehörige bereit eine Vertretungsbefugnis zu übernehmen, müssen sie von sich aus aktiv werden und die erforderlichen Schritte veranlassen. Angehörigenvertretungen fallen weder in den Zuständigkeitsbereich der PflEGschaftsgerichte noch sind sie konstitutiv an den Verlust der Geschäftsfähigkeit geknüpft (vgl. Zierl, 2007, S. 172f).

- Voraussetzungen

Grundsätzlich gelten die selben Voraussetzungen wie für die Bestellung eines Sachwalters, außer dass die zu regelnden Angelegenheiten sich ausschließlich auf Alltagsgeschäfte zu beschränken haben und es keiner richterlichen Einschätzung bezüglich Gefahr eines Nachteils bedarf (vgl. ebd.). Hat der/die Betroffene durch eine Vorsorgevollmacht oder eine Patientenverfügung antizipatorisch vorgesorgt, so gilt das was darin festgehalten wurde. Vertretungsbefugte Personen haben nicht das Recht auf derart geregelte Bereiche Einfluss zu nehmen.

- Registrierung

Damit eine Vertretungsbefugnis handhabbar wird muss sie im ÖZVV registriert sein. Dieser Vorgang wird durch einen Notar durchgeführt, was mit einer einmaligen Gebühr verbunden ist. Eine Bestätigung des Naheverhältnisses und ein ärztliches Zeugnis über das Bestehen einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung sind vorzulegen. Der/die Angehörige/n erhalten eine Registrierungsbestätigung und können gegen Vorlage dieser rechtskräftig tätig werden. „Sind mehrere Personen vorhanden, die zu den nächsten

Angehörigen zählen, ist jede von ihnen vertretungsbefugt“ (Schauer, 2006, S. 151). Es gibt keine juristische Rangordnung und es genügt „die Erklärung einer dieser Personen. Es ist keine Gesamtvertretung vorgesehen“ (Zierl, 2007, S. 175).

5.2.5 Unterschiedliche vertretungsbefugte Personen

Mehrere nächste Angehörige können nebeneinander Vertretungshandlungen durchführen, jedoch nur so lange es keine widersprüchlichen Herangehensweisen gibt. In diesem Fall wird die Vertretungsbefugnis unwirksam und eine Sachwalterbestellung wird die Folge sein.

Stehen mehrere nächste Angehörige für Vertretungshandlungen zur Verfügung wird es Sinn machen, untereinander die Zuständigkeitsbereiche aufzuteilen und sich gegenseitig über beabsichtigte Handlungen zu informieren. Da die Pflege eines erkrankten Angehörigen in der Tat sehr oft dazu führt, dass verborgene Konflikte virulent werden, wird die Praxis erst zeigen, wie gut die Umsetzung dieses Gesetzes funktionieren wird. „Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die praktische Bewährungsprobe der gesetzlichen Angehörigenvertretung noch aussteht“ (Schauer, 2006, S. 152).

5.2.6 Folgen einer Vertretungsbefugnis

Die Vertretungsbefugnis wird zwar einerseits subsidär zur Sachwalterschaft gehandhabt, bringt aber andererseits einen größeren Autonomieverlust mit sich als eine gültige Vorsorgevollmacht oder eine Patientenverfügung, weil durch diese Maßnahmen der/die Betroffene im Voraus seine/ihre eigenen Wünsche artikuliert und nicht auf den Gutwillen seiner/ihrer Angehörigen angewiesen ist. Solange ein kranker Mensch dazu in der Lage ist in irgendeiner Form seinen Widerspruch kundzutun, bleibt ihm diese Möglichkeit erhalten, weil eine Vertretung durch Angehörige gegen den Willen des Betroffenen nicht zulässig ist. „Bei einem erst nach dem Verlust der Geschäftsfähigkeit erklärten Widerspruch (...) scheint hingegen nicht gewährleistet, dass dieser auch nach außen hin wirksam wird, weil der betreffende Angehörige möglicherweise bereits aufgrund der ihm ausgestellten Bestätigung der Registrierung der Vertretungsmacht handelt“ (ebd.).

5.2.7 Wohl und Autonomie der Betroffenen

Für Angehörige, die Vertretungshandlungen übernehmen, gelten dieselben Handlungsmaxime wie für Sachwalter: das Wohl der zu vertretenden Person steht im Zentrum, es gilt deren Wünsche und Vorstellungen zu berücksichtigen und die größtmögliche Selbstständigkeit zu fördern.

Sowohl der nächste Angehörige als auch der Notar, welcher die Registrierung im ÖZVV durchführt, sind dazu verpflichtet die zu vertretende Person über die Vertretungsbefugnis zu informieren. Widerspricht diese „kann die Vertretungsbefugnis des nächsten Angehörigen nicht eintreten“ (Müller/Prinz, 2007, S. 131), auch dann nicht, wenn dem/der Betroffenen das Vorhandensein von Geschäftsfähigkeit und/oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit abgesprochen wurde (Strätling et al., 2003, S. 375).

5.2.8 Auswirkungen auf die Pflege

Werden Angehörige als StellvertreterInnen für pflegebedürftige Menschen aktiv, unterliegt ihr Wirken keinen gerichtlichen Kontrollen, was ein gewisses Missbrauchsrisiko in sich birgt. Strätling et al. sehen die Gefahr, dass aus pragmatischen Gründen auf „irgendwelche“ Angehörigen zurückgegriffen werden könnte und dadurch „einseitige, eigenmächtige Entscheidungen“, die nicht im Sinne des Betroffenen stehen, begünstigt würden. In der Vermögenssorge von pflegebedürftigen Menschen sehen sie ein gewaltiges Konfliktpotential (vgl. ebd.). Vor allem Pflegende im extramuralen Bereich können sich mit derartigen Situationen ganz unmittelbar konfrontiert sehen und in ein Spannungsfeld zwischen Schweigepflicht und Meldepflicht geraten. Laut Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) sind Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe dazu ermächtigt, beispielweise an das Pflegschaftsgericht eine Mitteilung zu machen, „wenn sich in Ausübung ihres Berufes der Verdacht ergibt, dass (...) ein Minderjähriger oder eine sonstige Person, die ihre Interessen nicht selbst wahrzunehmen vermag, misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht wurde (...) sofern dies zur Verhinderung einer weiteren erheblichen Gefährdung des Wohls der betroffenen Person erforderlich ist“ (<http://www.ris.bka.gv.at>, 17.10.2006). Entsteht bei professionell Pflegenden der Eindruck, dass Angehörige nicht im Sinne des Betroffenen handeln, steht es ihnen frei ein

Sachwalterschaftsverfahren anzuregen, wodurch es zu einer gerichtlichen „Überprüfung des Angehörigen“ (Schauer, 2006, S. 152) kommen würde.

Aufgrund der – trotz Individualisierung und Pluralisierung der Gesellschaft – immer noch funktionierenden innerfamiliären Unterstützung kranker oder behinderter Menschen, ohne der vermutlich das gesamte Sozialsystem sehr schnell zusammenbrechen würde, scheint großes Misstrauen gegenüber nahen Angehörigen nicht angezeigt. Schwarze Schafe gibt es überall. Nicht alle Eltern sind dazu in der Lage gut für ihre Kinder zu sorgen. Das gleiche gilt für die umgekehrte Situation und für Partnerschaften. Machtmissbrauch, Sorglosigkeit und finanzieller Missbrauch gehören eben auch zur sozialen Realität. Menschen, die ihre Rechte nicht, nicht mehr oder noch nicht selbst einfordern können, stehen zwar unter dem besonderen Schutz des Gesetzes, die Realisierung bedarf aber der sozialen Kontrolle. Auf diese baut der Gesetzgeber in spezieller Weise, indem er jedem Menschen zugesteht in diesem Zusammenhang das Pflegschaftsgericht anzurufen, welches dann im Rahmen eines Sachwalterschaftsverfahrens eine Überprüfung durchzuführen hat (vgl. Maurer, 2007, S. 160ff).

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass eine „Vertretungsbefugnis für nächste Angehörige“ seinen Zweck, nämlich „bürokratische Abläufe in risikoarmen Angelegenheiten zu vereinfachen“ (ebd. S.161) erfüllen wird. Pflegepersonen kommt im Rahmen der sozialen Kontrolle eine wichtige Funktion zu. Außerdem ist es für Pflegenden unerlässlich, im Rahmen ihrer Beratungsaufgaben über derartige Möglichkeiten Bescheid zu wissen.

5.2.9 Vertretungsbefugnis und Sachwalterschaft

Grundsätzlich ist auch das Nebeneinanderbestehen einer Sachwalterschaft und einer Angehörigenvertretung legitim, wenn der Sachwalter für jene Angelegenheiten bestellt wird, die den Wirkungskreis einer Angehörigenvertretung übersteigen. Eine sehr klare Abgrenzung und eine gut funktionierende Kooperation wird für sinnvolles Handeln notwendig sein.

Im Sachwalterschaftsverfahren werden vertretungsbefugten Angehörigen unterschiedliche Rechte eingeräumt, z.B.: Zustellung des Beschlusses über die Einstellung des Verfahrens oder über die Bestellung eines Sachwalters sowie Rekursrechte (ebd., S 46).

Wird ein Sachwalterschaftsverfahren wegen Nicht – Vorliegen einer psychischen Erkrankung oder geistigen Behinderung eingestellt, „kann der Beschluss der betroffenen Person als „Gegenbeweis“ gegen die Vertretungsbefugnis eines registrierten Angehörigen dienen“ (Müller/Prinz, 2007, S. 37).

5.3 Vorsorgevollmacht als „vorletzter Wille“

Aus unterschiedlichen Gründen kann es erforderlich sein, dass eine Person im Namen einer anderen handeln muss. Zierl erörtert den Unterschied zwischen einer gesetzlichen und einer rechtsgeschäftlichen Vertretung und wie sich Vertretungshandlungen legitimieren lassen.

5.3.1 Gesetzliche versus gewillkürte Vertretung

Gesetzliche Vertretungen können unmittelbar oder mittelbar auf einem Gesetz beruhen und sind wiederum in eine direkte gesetzliche Vertretung, wie sie z.B. Eltern für ihre minderjährigen Kinder oder Angehörige im Rahmen der Angehörigenvertretung ausüben, und eine indirekte gesetzlichen Vertretung zu unterteilen. Indirekte gesetzliche Vertreter werden vom Gericht bestellt und sind dadurch berechtigt im Rahmen des vom Gericht festgelegten Wirkungskreises Aufgaben für einen anderen Menschen zu übernehmen. Darunter fallen SachwalterInnen, KuratorInnen für Ungeborene oder Abwesende, KollisionskuratorInnen, Großeltern und Pflegeeltern.

Bei einer rechtsgeschäftlichen, auch als „gewillkürt“ bezeichneten Vertretung wählt der/die VollmachtgeberIn frei eine Person seines/ihres Vertrauens und übergibt ihr/ihm die Vollmacht in seinem/ihrem Namen tätig zu werden. Dem/der Bevollmächtigten steht es frei diese Vollmacht anzunehmen oder auch nicht (vgl. Zierl, 2007, S. 14f). Um die Chance zu erhöhen, dass der/die Bevollmächtigte auch tatsächlich tätig wird, empfiehlt es

sich gemeinsam einen Bevollmächtigungsvertrag abzuschließen (vgl. Lunzer, 2006, S. 155).

Die Vorsorgevollmacht stellt eine spezielle Form der Vollmacht dar. Sie wird erst dann wirksam, wenn der/die VollmachtgeberIn die Geschäftsfähigkeit, die Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder seine/ihre Äußerungsfähigkeit verliert. Sie gilt als „vorletzter Wille“ (Zierl, 2007, S. 15). Unterschiedliche Lebensbereiche können mittels einer Vorsorgevollmacht vorausschauend geregelt werden. Der/die VollmachtgeberIn kann eine Vertretungsbefugnis für ganz bestimmte oder auch für alle Angelegenheiten erteilen. „Der Machtgeber kann das Rechtsinstitut der Vorsorgevollmacht auch zur Bestellung eines Stellvertreters in Gesundheitsangelegenheiten nutzbar machen“ (ebd.) oder mittels einer Sachwalterverfügung bekunden, wen er im Bedarfsfall zum Sachwalter bestellt haben möchte. Derartige Vorausverfügungen können im ÖZVV registriert werden. Die Vorsorgevollmacht tritt dann in Kraft, wenn der Notar nach Erhalt eines ärztlichen Zeugnisses, welches die abhanden gekommene Geschäfts-, Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder Äußerungsfähigkeit bescheinigt, eine Bestätigung über die Registrierung des Wirksamwerdens ausstellt. Lunzer erachtet diese Regelung als problematisch, weil sie nur das Vertrauen Dritter schützt, nicht aber die Interessen des Vertretenen und des Vertreters (vgl. Lunzer, 2006, S. 155).

Der Gesetzgeber verspricht sich durch Publikmachung und Vorlage von Musterexemplaren den Bekanntheitsgrad dieser Vorsorgemöglichkeiten zu erhöhen und damit einem weiteren Anstieg an Sachwalterbestellungen entgegenzuwirken.

5.3.2 Autonomie durch Vorsorgevollmachten

„Das Streben nach Freiheit bzw. Erhaltung der Freiheit liegt im Wesen des Menschen“ (Lunzer, 2006, S. 154). Seit Jahrtausenden versuchen Menschen ihre Autonomie über den Tod hinaus zu prolongieren, was durch die Möglichkeit letztwilliger Verfügungen zu einem selbstverständlichen Bestandteil des Rechtssystems geworden ist. Es ist naheliegend, dass in einer Epoche der Menschheitsgeschichte, in der die Wahrscheinlichkeit relativ groß ist, dass der funktionierende Körper den funktionierenden Geist überdauern wird, das Bedürfnis erwächst, für diesen Lebensabschnitt die Chance auf

Erhaltung der Selbstbestimmung zu erhöhen. In diesem Sinne sind die neu definierten Möglichkeiten zu verstehen.

5.3.3 Formale Voraussetzungen

Eine Vorsorgevollmacht zu erteilen stellt ein höchstpersönliches Recht eines Menschen dar und kann somit niemals durch einen Vertreter erfolgen. Grundsätzlich kann jede eigenverantwortliche Person bevollmächtigt werden. Um Interessenskonflikten vorzubeugen, sind aber MitarbeiterInnen aus professionell tätigen Institutionen, von oder in denen der Vollmachtgeber betreut wird, ausgeschlossen (vgl. Schauer, 2006, S. 149).

Um mittels Kleinhaltung der Hürden eine Etablierung des Rechtsinstituts Vorsorgevollmachten realistisch zu machen und gleichzeitig Rechtsschutz zu gewährleisten, wurden die Formvorschriften im SWRÄG umfassend geregelt. Schauer hofft auf eine „sachwaltervermeidende Wirkung“ (ebd. S. 148) dieser Rechtsordnung. Zierl trifft eine Unterteilung in schlichte und qualifizierte Vorsorgevollmachten, für die unterschiedliche Voraussetzungen zur Geltung kommen (vgl. Zierl, 2007, S. 15). Barth spricht von grundsätzlichen Vorsorgevollmachten und solchen für schwerwiegende Angelegenheiten, die sich in Inhalt und Form voneinander unterscheiden.

- Einfache Vorsorgevollmacht

Der/die VollmachtgeberIn entscheidet bei aufrechter Geschäftsfähigkeit nach eigenem Ermessen wem sie/er für welche Angelegenheiten eine Vollmacht erteilt. Aus dieser muss klar hervorgehen, dass sie besonders für den Fall der abhanden gekommenen Geschäfts- oder Äußerungsfähigkeit gedacht ist. Wird darauf in der Vollmacht nicht explizit eingegangen, fehlt ein wesentliches Merkmal einer Vorsorgevollmacht, was in der Regel zu einer Sachwalterbestellung zwecks Überwachung des/der Bevollmächtigten führen wird. Lunzer spricht sich dafür aus die Vollmachtgebung so zu gestalten, dass sie auch schon vor dem Verlust der eigenen Fähigkeiten gültig wird, weil dadurch der Vollmachtgeber noch Einfluss auf eine eventuelle sich herausstellende Untauglichkeit des Bevollmächtigten nehmen kann (vgl. Lunzer, 2006, S. 154). Eine private oder eine öffentliche Form der Erstellung sind zulässig. Unter privat versteht der Gesetzgeber, dass die Vollmacht entweder eigenhändig geschrieben und unterschrieben wird oder bei

Verwendung eines Textmusters oder Formulars die eigenhändige Unterschrift durch drei unbefangene, eigenberechtigte und sprachkundige Zeugen bestätigt wird. Die Errichtung mittels eines Notariatsaktes ist ebenfalls zulässig und fällt in die Kategorie der öffentlichen Form (vgl. Schuaer, 2006, S. 148f). Grundsätzlich ist es auch zulässig mehrere Vertrauenspersonen zu bevollmächtigen.

Eine Sachwalterbestellung wird durch eine einfache Vorsorgevollmacht dann verhindert, wenn alle zu regelnden Angelegenheiten von dieser erfasst sind und der Befugte im Sinne des Bevollmächtigten handelt. Andernfalls oder wenn der kranke Mensch zu erkennen gibt, dass er von der einst durch ihn bevollmächtigten Person jetzt nicht mehr vertreten werden möchte, ist ein/e SachwalterIn zu bestellen (vgl. ebd. S. 150).

- Qualifizierte Vorsorgevollmacht

Schwerwiegende Angelegenheiten – damit sind ein Wohnsitzwechsel, gravierende medizinische Behandlungen oder außerordentliche Vermögensangelegenheiten gemeint - bedürfen einer ausdrücklichen Bezeichnung dieser und der Errichtung vor einem Rechtsanwalt, Notar oder bei Gericht (vgl. Barth, 2006, S. 140). Eine juristische Belehrung über die Folgen einer solchen Errichtung ist verpflichtend und muss urkundlich dokumentiert werden.

„Eine Vollmacht zur Einwilligung in medizinische Behandlungen, und damit auch zur Verweigerung medizinischer Behandlungen, wird oft einer verbindlichen Patientenverfügung überlegen sein, da sie höhere Flexibilität gewährleistet und auch häufig der Bevollmächtigte aktueller den Willen des Patienten kennen und äußern wird, als dies mit einer schon älteren schriftlichen Verfügung pro futuro möglich ist“ (Lunzer, 2006, S. 155). Oftmals stehen keine geeigneten Vertrauenspersonen zur Verfügung oder der/die Betroffene möchte derart schwerwiegende Entscheidungen nicht einer nahestehenden Person zumuten. Dann ist dem Erstellen einer Patientenverfügung der Vorzug zu geben (vgl. Kunz/Gepart, 2006, S. 157). Sinnvollerweise können beide Möglichkeiten auch kombiniert werden (vgl. ebd.).

5.4 Patientenverfügung

Auch Patientenverfügungen bieten Menschen die Möglichkeit vorweg von Ihrem Recht auf Selbstbestimmung Gebrauch zu machen. Seit den 1980er Jahren wird in Fachkreisen über die Validität und die mögliche Reichweite solcher Verfügungen diskutiert. Im Jahr 2006 wurde in Österreich das Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG) erlassen. Dieses sieht zwei unterschiedliche Arten von Vorausverfügungen vor und wird somit einer breiteren Palette an Bedürfnissen gerecht. Die Komplexität dieser Thematik wird in der Praxis an den ganz konkreten Einzelfällen erst wirklich greifbar und erfordert eine intensive Auseinandersetzung mit Fragen rund um Fürsorgepflicht, Autonomie und Ethik. Ein wesentlicher Grund für die rasante Zunahme an Sachwalterschaften ist, unter anderem bei der gestiegenen Lebenserwartung, und damit einhergehend bei einer gestiegenen Anzahl an dementiell erkrankten Personen, zu suchen. Für diese Personengruppe erscheint das Erstellen einer Patientenverfügung als besonders geeignete Maßnahme, um für jenen Lebensabschnitt vorzusorgen, in welchem möglicherweise mit massiven Einbussen geistiger Fähigkeiten zu rechnen ist. Besteht eine Vorausverfügung durch die anstehende Angelegenheiten geregelt wurden, ist mitunter die Bestellung eines Sachwalters vermeidbar.

5.4.1 Gesetzliche Grundlagen

„Nach dem Konzept der österreichischen Verfassung ist es immer noch das Parlament, das zentrale Werteentscheidungen des Zusammenlebens in einem öffentlichen Diskurs und Verfahren zu entschieden hat, zumal dann, wenn – wie im vorliegenden Fall – ein moralischer Konsens in der Gesellschaft eben nicht in Sicht ist und es sich um ein Problem der Abwägung zwischen konfligierenden und je für sich genommen durchaus anerkannten Grundprinzipien wie der Selbstbestimmung und dem Gesundheitsschutz handelt“ (Kopetzki, 2000, S. 54). Die in den Jahren 2002 bis 2003 mit dem Gesetzesentwurf befasste ExpertInnengruppe ortete eine Vielzahl von Auslegungsmöglichkeiten auf Basis des geltenden Rechts. Die Notwendigkeit einer klaren gesetzlichen Regelung dieser brisanten Thematik wurde erkannt. Kopetzki bezeichnet diese allerdings als „Beschwichtigungsgesetzgebung“, die vorrangig der Pflege von Emotionen diene und den Eindruck erwecken solle, dass dadurch Probleme bewältigt würden (Kopetzki, 2006, S. 22).

5.4.2 Erwartungen an eine Rechtsordnung

Die Frage, ob Missstände und Unzulänglichkeiten des Gesundheitswesens mittels Rechtsordnung zu beheben sind, wäre es wert gesondert diskutiert zu werden. „Wer etwa einen unwürdigen Umgangston zwischen Gesundheitspersonal und Patienten mit einem neuen Paragraphen bekämpfen will (...) wird Schiffbruch erleiden, weil er das Instrument der Rechtsreform zu etwas verwendet, wozu es schon im Ansatz nichts taugt“ (ebd. S. 17). Eine Klärung rechtlicher Aspekte kann lediglich Freiheitsräume abstecken und Verhaltensregeln aufstellen. Diese soll einerseits allen Beteiligten mehr Sicherheit ermöglichen und andererseits bei Kollisionen von Rechtsgütern Entscheidungen erleichtern.

Vielfach liegt das Problem aber nicht in einer mangelnden gesetzlichen Regelung, sondern in zwischenmenschlichen Unzulänglichkeiten und Überforderungen. Obwohl die Rechte von PatientInnen sich eindeutig aus diversen verfassungsgesetzlichen und bürgerlichen Rechten sowie dem Strafrecht ableiten lassen, wird der Ruf nach mehr PatientInnenrechtsschutz immer lauter.

Gesellschaftliche Veränderungen wie die Auflösung der traditionellen Familienstrukturen, Individualisierungstendenzen, zunehmende Säkularisierung und eine sich daraus ergebende Wertepluralität machen eine individuelle Kommunikation notwendig, weil „Werte nicht mehr als gemeinsame vorausgesetzt werden können“ (Kaminsky, 1997, S. 115). Patientenverfügungen sind als Antwort auf diese Entwicklungen zu betrachten. Es ist für die Behandelnden – denen in der Regel ihre PatientInnen als Personen unbekannt sind – unmöglich, deren Wertehierarchien zu kennen.

5.4.3 Vertrauensfrage

Prof. Körtner bezeichnete in seiner Vorlesung „Ethische und philosophische Bezüge der Pflegewissenschaft“ im Herbst 2005 Patientenverfügungen als „Symptom für einen Vertrauensverlust“. Haben trotz immenser Fortschritte der Medizin die Menschen das Vertrauen in die Kunst des Heilens verloren? „Eine gute Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt ist die wichtigste Voraussetzung für eine gute medizinische Behandlung und für zufriedenstellende Ergebnisse“ (Bachinger, 2002, S. 63).

Noch in der Generation unserer Eltern war der Hausarzt nicht nur erster Ansprechpartner in allen Gesundheitsfragen, sondern auch Berater in vielen Lebenslagen. Er kannte die Familien und konnte ihre Werte einschätzen. Spezialisierungen in allen Bereichen brachten eine Anonymisierung des Gesundheitswesens mit sich. Dadurch ist auch die Sorge vieler Menschen zu erklären, dass im Falle, dass sie sich selbst nicht (mehr) mitteilen können, Eingriffe vorgenommen werden, die sie gar nicht wollen. „Das Ziel unserer Bemühungen sollte eine gute und empathische Kommunikation zwischen Arzt und Patient sein, die den Patienten Sicherheit und Vertrauen gibt, dass mit oder ohne Verfügung in ihrem Interesse gehandelt wird“ (Meran, 2000, S. 130).

Willenserklärungen, die lebensverlängernde Behandlungen im Falle unmittelbar zum Tod führender Krankheiten oder Verletzungen ablehnen, waren bis vor nicht allzu langer Zeit nicht üblich und auch nicht notwendig, da die Lebenserwartung noch wesentlich geringer war und die Medizin selbstverständlich alles in ihrem Repertoire stehende tun sollte, um das Leben zu erhalten. Das Ziel war zu verhindern, dass der Mensch zu früh stirbt. Medizinische Entwicklungen werfen neue Fragen auf. „ (...) wie kann man dafür sorgen, dass der Mensch nicht aufgrund des Einsatzes unangemessener medizinischer Mittel gegen seinen Willen einen verlängerten Sterbeprozess erfahren muß, der möglicherweise nur medizinisch-technischer Selbstbehauptung dient“ (Virt, 2000, S. 132).

5.4.4 Selbstbestimmungsrecht

Das Persönlichkeits- und Patientenrecht auf Selbstbestimmung gesteht jedem/r selbstbestimmungsfähigen PatientIn zu, medizinische Maßnahmen in Anspruch zu nehmen oder abzulehnen. Diese Entscheidungen sind von ÄrztInnen zu befolgen, auch wenn diese anderer Meinung sind – sogar dann, wenn eine Behandlung medizinisch unbedingt notwendig ist und die Patientin / der Patient ohne diese voraussichtlich sterben wird. Die PatientInnen – Autonomie begrenzt somit die ärztliche Behandlungspflicht. Kollisionen mit dem hippokratischen Eid, demnach ÄrztInnen verpflichtet sind Menschenleben zu schützen, zu retten und zu bewahren, sowie kranke Menschen zu heilen, sind vorprogrammiert.

5.4.5 Grundsätzliches

Patientenverfügungen werfen zahlreiche ethische und rechtliche Probleme auf. Ziel des neuen Gesetzes ist es, eine transparente Regelung zu schaffen bezüglich:

- Stärkung der PatientInnenautonomie
- Eindeutiger Handlungsanweisungen für den Arzt / die Ärztin

Patientenverfügungen werden als Richtlinien für zukünftige Situationen verstanden, „in denen ein Patient selbst nicht mehr medizinische Behandlungen autorisieren oder ablehnen kann. Wichtige Voraussetzungen des Konzepts sind die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts und die Annahme, dass es „prinzipiell möglich und wünschenswert sei, auch für zukünftige, letztlich unvorhersehbare Situationen verbindliche Direktiven festzulegen“ (Meran, 2000, S. 90)

Das Gesetz sieht das Inkrafttreten einer Verfügung für den Fall vor, dass ein/e PatientIn entweder seinen/ihren Willen nicht mehr äußern kann oder die Einsichts- und Urteilsfähigkeit verlorengegangen ist.

5.4.6 Grenzen

Dem in einer Patientenverfügung geäußerten Wunsch nach aktiver Sterbehilfe oder nach medizinisch nicht indizierten Behandlungen kann nicht stattgegeben werden, weil das strafrechtlich in Österreich nicht zulässig ist. Auch sehr allgemeine Formulierungen wie beispielsweise das Verlangen nach einem „natürlichen Sterben“ sind zu ungenau, um als Direktiven zu gelten. Patientenverfügungen sind grundsätzlich nicht dazu gedacht Maßnahmen im Bereich der Pflege antizipatorisch abzulehnen. Der § 11 des PatVG regelt jedoch sonstige Inhalte und könnte prinzipiell auch dafür genutzt werden beispielsweise die Pflege durch bestimmte Personen oder bestimmte Einrichtungen abzulehnen.

5.4.7 Praktische Umsetzung

Obwohl von der Hospizbewegung in den vergangenen Jahren mehr als 130 000 Patientenverfügungsformulare verschickt wurden, tauchen in den Einrichtungen des

Gesundheitswesens noch kaum ausgefüllte Formulare auf. Trotzdem ist das Interesse daran sehr wertvoll, handelt es sich bei diesen Fragen doch um Themen, die nur allzu gerne tabuisiert werden. Schon die Beschäftigung mit dem eigenen Sterben, beziehungsweise mit der Tatsache, dass es möglich ist in Lebenslagen zu kommen, in denen es nicht möglich ist sich zu äußern, ist für viele Menschen eine wichtige Erfahrung. „Oft wissen ja nicht einmal die Ehepartner, was sich der andere am Ende des Lebens wünscht“ (Meran, 2006).

5.4.8 Risiko

Es ist für keinen Menschen möglich vorherzusehen, wie er sich in einer noch nicht eingetretenen Phase seines Lebens fühlen wird. Unter Umständen entwickelt sich die Persönlichkeit unter dem Einfluss einer lebensbedrohlichen Erkrankung in eine Richtung, die man in einem früheren Lebensabschnitt für unmöglich gehalten hätte. „Je schlechter es einem Menschen geht, desto leichter ändert er seine Meinung. Der Mensch hat eben ein unglaubliches Adaptionsvermögen. Er ist ein alter Hoffer“ (ebd.).

Die Ansicht darüber was lebenswertes Leben ist und was nicht, kann sich grundlegend ändern, wenn das eigene Dasein bedroht wird. „Wir haben auf unserer Station todkranke Patienten, die das Gefühl eines erfüllten Lebens haben, und andere, die wissen, dass sie sterben und zum Beispiel im Falle eines Herzinfarktes einfach nicht mehr wiederbelebt werden wollen“ (Watzke, 2006).

Die Frage, ob das zu einem früheren Zeitpunkt Festgehaltene, in der konkreten Situation noch dem tatsächlichen Willen eines Menschen entspricht, wird sich wohl nie mit aller Sicherheit beurteilen lassen. Eine größere Bedeutung als der vergangenen Zeit wird den „zwischenzeitlich erlebten entscheidungsrelevanten Erfahrungen“ (Kaminsky, 1997, S. 19). beigemessen. Offen bleibt die Frage inwieweit diese Erfahrungen die Präferenzen, die eine Person in einer Patientenverfügung festgehalten hat, beeinflusst haben und ob sie diese revidieren würde, wenn sie sich noch mitteilen könnte. Patientenverfügungen ohne „Überprüfung der spezifischen Situation (...) als Ermächtigung zum Behandlungsabbruch [zu]benutzen (...), verweist auf zynische Umgangspotentiale mit Instrumenten der Absicherung von Patientenautonomie“ (Klie, 2003, S. 349).

Diese Dilemmata können gesetzliche VertreterInnen und Angehörige von Gesundheitsberufen in ethisch äußerst heikle Situationen bringen. Ob dieser Zwiespalt durch die Gesetzgebung ausgeräumt werden konnte, wage ich zu bezweifeln. Dieser Punkt findet im PatVG jedoch insofern Beachtung, als verbindliche Verfügungen mindestens alle fünf Jahre erneuert werden müssen und somit potentielle PatientInnen immer wieder gezwungen sind, sich mit den eigenen Entscheidungen auseinander zu setzen und mögliche Fortschritte in der Medizin zu berücksichtigen.

5.4.9 Arten von Patientenverfügungen

In den 1990er Jahren begannen erstmals interdisziplinäre Debatten über die Möglichkeiten von expliziten Formen vorsorglicher Selbstbestimmung. Schon damals kristallisierten sich zwei recht unterschiedliche Positionen heraus. Um zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens einer Patientenverfügung zu klären, ob diese verbindlich oder lediglich beachtlich ist, besteht zur Zeit nur die Möglichkeit, dass im Rahmen eines Sachwalterschaftsverfahren der/die PflegschaftsrichterIn den rechtlichen Status dieser überprüft (Müller/Prinz, 2007, S. 135).

- Patientenverfügungen als Kommunikationsmittel -> beachtlich

Diese Position erachtet vorsorglich verfasste Patientenverfügungen als eines von mehreren Hilfsmitteln zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens. Der/die VerfasserIn erhält keine Sicherheit, dass seinem Recht auf Selbstbestimmung Rechnung getragen wird. Nach welchen Kriterien werden Entscheidungen dann gefällt? Meran, der als Vertreter dieser Position gilt, ortet Konfliktfälle dort, wo der Inhalt einer vorsorglichen Verfügung den aktuellen Bedürfnissen gegenübersteht. „Er plädiert dafür, die Urteile der Behandelnden nicht als paternalistisch aufzufassen, sondern zu respektieren und anzuerkennen, dass Behandelnde darin geschult sind, auf die aktuellen Bedürfnisse Entscheidungsunfähiger zu reagieren und entsprechend zu handeln (...) obwohl Behandelnde keineswegs autorisiert sind, für den Patienten zu entscheiden“ (Kaminsky, 1997, S. 16).

Problematisch ist das Finden von Kriterien, die sicherstellen können, dass das Urteil der Behandelnden eher der momentanen Realität entspricht, als das zu einem früheren Zeitpunkt Verfügte des Patienten. „Wenn ein Arzt meint, nach seinem besten Wissen und

Gewissen gegen eine solche Patientenverfügung handeln zu müssen, soll er dies schriftlich begründen und den Patientenakten beilegen“ (Virt, 2000, S. 142).

Die Ausdifferenzierung dieser Denkrichtung führte zur Entstehung **beachtlicher** Patientenverfügungen. Ausschlaggebend für die Validität derartiger Verfügungen ist, dass der / die VerfasserIn „die für sein persönliches Wertempfinden maßgeblichen Aspekte klinischer Situationen bedenkt und diese (...) eindeutig kommuniziert“ (Kaminsky, 1997, S. 24).

- Patientenverfügungen als Patientenwille -> verbindlich

Diese zweite Position betrachtet Patientenverfügungen als maßgeblich für die zu treffenden Entscheidungen und ist geleitet von dem Anliegen eigene Wertvorstellungen im Bedarfsfall auch gegen die Wertvorstellungen anderer durchzusetzen. Dan W. Brock gilt als Vertreter dieser stärkeren Position. Er erkennt Konfliktfälle dort, wo „eine Patientenverfügung für eine konkrete Situation keine hinreichende Aussagekraft besitzt“ (Kaminsky, 1997, S. 24). In diesen Fällen plädiert Brock dafür, jene Präferenzen zu erkennen zu versuchen, die für den/die PatientIn ausschlaggebend wären, wenn er noch in der Lage wäre zu entscheiden.

Diese Postulate führten zur Definition **verbindlicher** Patientenverfügungen. Diese müssen so verfasst sein, dass daraus ersichtlich wird, dass der/die VerfasserIn die Folgen seiner/ihrer Entscheidungen einschätzen kann. Eine ärztliche Aufklärung ist verpflichtend und sie muss vor einem Notar, Rechtsanwalt oder einem/r rechtskundigen MitarbeiterIn einer Patientenvertretung errichtet werden.

Einem klärenden Gespräch mit einem Arzt / einer Ärztin des Vertrauens kommt große Bedeutung zu. Viele PatientInnen haben falsche Vorstellungen von den Möglichkeiten der Medizin und sind aufgrund unzulänglicher Informationen verunsichert. „Die Abhängigkeit von Maschinen wird mit einer qualvollen Verlängerung des Sterbevorgangs gleichgesetzt; vielfach erkennen medizinische Laien nicht, dass in bestimmten Fällen nur durch den Einsatz der hochtechnisierten Medizin eine gewisse Lebensqualität ermöglicht werden kann“ (Memmer, 2000, S. 16).

5.4.10 Patientenverfügungen und Sachwalterschaft

Abschließend gilt es noch zu klären in welchem Verhältnis Patientenverfügungen und Sachwalterschaft zueinander stehen. Zusätzlich zu den Bestrebungen, die Errichtung von Patientenverfügungen zu forcieren, um für den Bedarfsfall gewisse Bereiche schon vorweg geregelt zu haben und somit die Wahrscheinlichkeit zu reduzieren, dass das Vorhandensein von „zu regelnden Angelegenheiten“ zu einer Besachwalterung führt (siehe Punkt 3.2.2), gibt es noch weitere Berührungspunkte.

- Erstellung einer Patientenverfügung von besachwalteten Personen

Eine Patientenverfügung kann nur persönlich errichtet werden. Es ist nicht möglich, dass ein Stellvertreter eine Vorsorgevollmacht erstellt. Das Verfassen einer Patientenverfügung fällt genauso, wie beispielsweise Eheschließung, Anerkennung der Vaterschaft oder Ausübung des Wahlrechts unter **absolut** vertretungsfeindliche Angelegenheiten und kann somit niemals einem Sachwalter übertragen werden (vgl. Zierl, 2007, S. 55f).

Die für die Errichtung einer Patientenverfügung erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit „bleibt von einer Sachwalterbestellung **unberührt**, sie ist in einem konkreten **Einzelfall** zu prüfen“ (ebd. S. 78).

- Wirkung einer Patientenverfügung bei Besachwalterung

War die Person zum Zeitpunkt der Errichtung einer Patientenverfügung einsichts- und urteilsfähig, verliert die Patientenverfügung durch die Bestellung eines Sachwalters nicht ihre Gültigkeit. Auch dann nicht, wenn sie mangels Einsichts- Urteils- oder Äußerungsfähigkeit nicht nach fünf Jahren erneuert werden kann (vgl. Maurer, 2007, S. 61). „Eine verbindliche Patientenverfügung bindet den Arzt, den Sachwalter, den Angehörigenvertreter, den Vorsorgebevollmächtigten und das Gericht“ (Müller/Prinz, 2007, S. 62). Bei lediglich beachtlichen Patientenverfügungen ist die Handhabung etwas schwieriger, jedenfalls sind sie aber als Orientierungshilfen für Entscheidungen des Sachwalters heranzuziehen. Handelt es sich um die Unterlassung von schwerwiegenden medizinischen Eingriffen, wovon auszugehen ist, wenn es um die Wirkung einer

Patientenverfügung geht, so hat der Sachwalter seine Entscheidung vom PflEGschaftsgericht genehmigen zu lassen (siehe Punkt 3.3.5) (vgl. ebd., S. 62.).

- Patientenverfügungen und das Unterbringungsgesetz

Zur Lebenswelt psychisch kranker Menschen gehören oftmals Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen in akut psychotischen Episoden. Das Unterbringungsgesetz (UbG) regelt unter welchen Voraussetzungen das Recht auf persönliche Freiheit nicht zum Tragen kommt und zum Schutz des Lebens und der Gesundheit psychisch kranker Menschen diese in psychiatrischen Anstalten oder Abteilungen angehalten werden dürfen. „Da das UbG eigene Regeln über die medizinische Behandlung untergebrachter Patienten enthält, in denen die Patientenverfügung keine Erwähnung findet, könnte dies – vor allem mit Blick auf den dem UbG innewohnenden Gesetzeszweck der **Gefahrenabwehr** - aufs Erste zweifelhaft erscheinen“ (Engel, 2008, S. 19). Engel weist darauf hin, dass der Gesetzgeber bei bestehender Einsichts- und Urteilsfähigkeit dem Selbstbestimmungsrecht höhere Bedeutung zugesteht, als der durch eine Behandlung möglichen Reduzierung von Gefahren. Äußerst komplex wird die Betrachtung dort, wo die Frage zu klären ist, ob das zu einem früheren Zeitpunkt, durch Verfassen einer Patientenverfügung, ausgeübte Selbstbestimmungsrecht auch anerkannt werden muss, wenn andererseits es nicht möglich ist, sich „durch Rechtsvorschriften auferlegte[n] Pflichten“ (ebd.) durch eine Patientenverfügung zu entziehen (vgl. Zierl, 2007, S. 210). „In diesem Fall hat die Behandlungspflicht Vorrang vor der Patientenverfügung“ (Müller/Prinz, 2007, S. 127). Explizit angeführt unter behandlungspflichtige Erkrankungen sind im PatVG bestimmte übertragbare Krankheiten. Engel weist darauf hin, dass psychiatrische Notfälle nicht der „Behandlungspflicht“ unterliegen, sondern lediglich einer aus Dringlichkeitsgründen normierten Übertragung der Entscheidungsbefugnis“ (Engel, 2008, S. 19) bedürfen. Daraus leitet er ab, dass verbindliche Patientenverfügungen sehr wohl auch im Falle einer Unterbringung ihre Gültigkeit behalten.

Um diese Thematik auf eine konkretere Ebene zu bringen und greifbarer zu machen, versuche ich die Erläuterung anhand eines Fallbeispiels. Angenommen ein/e PatientIn hat in ihrer/seiner Patientenverfügung festgehalten, dass er/sie nicht mit einem bestimmten Medikament behandelt werden möchte. Diese Ablehnung bleibt auch aufrecht, wenn der/die PatientIn ihre/seine Einsichts- und Urteilsfähigkeit verliert, das Leben oder die

Gesundheit von sich selbst oder von anderen Personen massiv gefährdet und nach dem UbG untergebracht werden muss.

„Mit Patientenverfügungen können also - wirksam – **nur medizinische Behandlungen**, nicht aber auch die im Vorfeld der Unterbringung vorgesehenen Untersuchungen und die mit der Unterbringung einhergehenden Einschränkungen der Bewegungsfreiheit abgelehnt werden“ (Engel, 2008, S. 20).

Engel geht auch auf jene Situationen ein, wo die in einer Patientenverfügung festgehaltene Ablehnung einer Behandlung den Auslöser für die erforderliche Unterbringung darstellt. Eine korrekte Abwägung der Ausgangssituation und der Folgen wird ebenso notwendig sein, wie die Suche nach Indizien dafür, ob der Betroffene die Folgen seiner Vorausverfügung abschätzen konnte. Muss ein/e suizidale/r PatientIn in seiner/ihrer Freiheit beschränkt werden, weil er/sie die medikamentöse Behandlung durch ein Medikament, das vermutlich die suizidale Einengung beheben könnte, antizipiert abgelehnt hat, sieht Engel die Verbindlichkeit nur dann gegeben, wenn in der Patientenverfügung explizit „festgehalten ist, dass der Patient solche Beschränkungen erforderlichenfalls in Kauf nimmt“ (ebd.).

Engel resümiert, dass verbindliche Patientenverfügungen zwar bei nach dem UbG untergebrachten PatientInnen ihre Gültigkeit behalten, aber lediglich eine Ablehnung medizinischer Interventionen, nicht jedoch von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen möglich ist. Er findet eine ausdrückliche Erwähnung von Vorausbestimmungen in der Novellierung des UbG wünschenswert.

6 Ethische Dilemmata

Ethisch heikle Situationen entstehen überall dort, wo Menschen von anderen abhängig sind, wo ein Ungleichgewicht an Möglichkeiten und somit an Macht besteht und wo getroffene Entscheidungen für den Anderen schwerwiegende oder irreversible Folgen nach sich ziehen können. SachwalterInnen, Pflegende und Angehörige anderer Gesundheitsberufe sind mit derartigen Herausforderungen konfrontiert und gefordert, ihr eigenes Handeln immer wieder zu reflektieren und strukturelle Bedingungen zu forcieren, die darauf bedacht nehmen, denn die „Verlagerung ethischer Dilemmata (...) in die Individualethik jenseits sozialetischer Diskurse“ muss als „potentiell gefährlich“ (Klie, 2003, S.) eingestuft werden. Wissend, dass besachwaltete Personen in unterschiedlichen Bereichen von ihren Vertretern abhängig sind, beschäftige ich mich aufgrund meines beruflichen Bezugs in meinen weiteren Ausführungen mit ethischen Herausforderungen im Kontext von Gesundheit und Krankheit.

6.1 Definitionsmacht der MedizinerInnen

Den Angehörigen der medizinischen Disziplin obliegt es festzustellen, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und ob eine Person einsichts- und urteilsfähig ist. Diese Zuschreibungen haben schwerwiegende Auswirkungen darauf, inwieweit künftige Entscheidungen der Betroffenen respektiert werden werden. Zurecht fordert Martinek (siehe Punkt 3.4.2) die Gewährleistung höchster Sorgfaltspflichten bei der Erstellung von Gutachten. Darüber hinaus gehört es zum Alltagsgeschäft von ÄrztInnen einzuschätzen, ob ein/e PatientIn dazu in der Lage ist, Informationen zu verstehen und eigene Entscheidungen zu treffen – was auch rechtlich höchst relevant ist. Der Informed Consent ist nur dann gültig, wenn dem/der PatientIn entsprechendes geistiges Vermögen attestiert wird. Im medizinischen Kontext findet die Achtung der Autonomie hinlänglich nur dort Anwendung, wo Menschen als kompetent eingestuft werden. Rehbock kritisiert diese Haltung und fordert eine „*unbedingte Gültigkeit*“ (Rehbock, 2002, S. 136) des Autonomieprinzips, obwohl sie sich des daraus resultierenden ethischen Dilemmas bewusst ist. In den folgenden Kapiteln versuche ich darauf näher einzugehen.

6.2 Fürsorge und Autonomie

Es ist noch nicht lange her, dass pflegebedürftige Menschen zu Objekten der Helfenden wurden und Paternalismus von Pflegenden und MedizinerInnen als notwendige Selbstverständlichkeit galt. Erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts wurden totalitäre Institutionen in Frage gestellt und Hilfsbedürftigen soziale Rechte zugestanden, was sich auch in der Tatsache widerspiegelt, dass in Österreich 1983 und in Deutschland 1992 Entmündigungen abgeschafft wurden. In den vergangenen Jahren entstand ein neues Bewusstsein und der Umgang mit hilfsbedürftigen Menschen wurde öffentlich thematisiert. Pilgram ortet eine „Skandalisierungsbereitschaft, was verletzte Würde von Alten und Abhängigen gerade auch im Kontext der Sachwalterschaft betrifft“ (Pilgram, 2006, S. 202).

Vorbei die Zeit als sich richtiges Handeln aus den Normativen der jeweiligen Religion oder Kultur herleiten ließ. „Die Individualisierung insbesondere in den westlichen Industriestaaten hat zur Pluralisierung von Werthaltungen und der dominanten ethischen Leitvorstellung der autonomen Selbstverwirklichung geführt“ (Klie, 2003, S. 347). Autonomie wird groß geschrieben und gilt mittlerweile zumindest theoretisch als selbstverständliches Recht auch im Kontext von Gesundheit und Krankheit. Rehbock konstatiert, dass die Autonomie keine Erfindung der Neuzeit sei und möglicherweise früher „die persönlichen Wünsche des Kranken vielleicht sogar mehr respektiert wurden als heute“ (Rehbock, 2002, S. 134).

Die Möglichkeiten der modernen Medizin bringen den Subjektstatus jedes Einzelnen durch zunehmende Verwissenschaftlichung, Objektivierung und Technologisierung neuerlich in Gefahr. Der Wunsch nach Autonomie ist auch als Ausdruck der Sorge zu verstehen, „zum Objekt medizinischer Behandlungen“ (Klie, 2003, S. 348) zu werden. Die Dominanz des Autonomieprinzips hat so seine Tücken, vor allem dann wenn die „Achtung der Autonomie an die Entscheidungskompetenz“ (Rehbock, 2002, S. 135) gebunden ist oder das Fürsorgeprinzip daneben vernachlässigt wird. Durch eine „Vorherrschaft“ des Stärkeren, des „autonomen Individuums“ vor einer Ethik des Schwächeren, der fürsorglichen Begegnung von Menschen“ (Klie, 2003, S. 353) wird die Menschenwürde gefährdet. Diese „konkretisiert sich stets beim Schwächeren und nicht beim Stärkeren“ (ebd.).

Dass auch die Rechte Hochbetagter des öffentlichen Schutzes bedürfen, wurde erst sehr spät wahrgenommen. „Sie waren und sind faktisch eingebunden in Formen fürsorglicher Begleitung aber auch Bevormundung“ (Klie, 2005, S. 269). Mit dem Zugeständnis von Eigenverantwortung und der Entstehung von Autonomiekonzepten, droht das Pendel in eine andere Extremposition auszuschlagen, wenn außer Acht gelassen wird, dass derartige Konstrukte auch die Gefahr der Überforderung und Vernachlässigung Hilfsbedürftiger mit sich bringen (vgl. ebd.).

Autonomiebestrebungen und Fürsorge können nicht als gegenteilige Prinzipien betrachtet werden. Vielmehr bedingen sie sich gegenseitig. Dem autonomen Leben gehen Erfahrungen der Bedürftigkeit und der Fürsorge voraus, sie gehören „zur *conditio humana*“ (Eckart, 2004, S. 27) und ermöglichen erst die Ausbildung eines stabilen Selbstgefühls. Parallel dazu läuft eine autonomistische Haltung Gefahr, den Bedarf an Fürsorge zu verkennen und zu übersehen, dass auch „einsichts- und entscheidungsfähige Patienten – für die Selbstsorge im Umgang mit ihrer Krankheit – auf Fürsorge angewiesen sind“ (Rehbock, 2002, S. 145). Die menschlichen Erfahrungen der Bedürftigkeit und des Aufeinanderangewiesenseins gefährden nicht die Autonomie, vielmehr ermöglichen sie diese erst (vgl. ebd. S. 140). Zu einer „nicht unproblematischen Akzentuierung des Autonomiekonzepts“ (Klie, 2005, S. 270) kommt es dort, wo Eigenverantwortung erwartet wird und Menschen Entscheidungen abverlangt werden, die sie heillos überfordern. Aus dieser Perspektive betrachtet, gilt es auch die Möglichkeit antizipierter Entscheidungen in Form von Patientenverfügungen kritisch zu beleuchten und zu hinterfragen, ob sich hinter den Vorzeichen ermöglichter Autonomie nicht auch gesundheitsökonomische Bestrebungen verbergen, wenn die Befürchtungen, in Zeiten knapper werdender Ressourcen - wie im Falle von Pflegebedürftigkeit nicht mehr gut versorgt werden zu können - sich in der Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen manifestieren. „Wer die Autonomie anderer achten will, darf die Verpflichtung zur Fürsorge nicht aus dem Auge verlieren“ (Rehbock, 2002, S. 142).

6.2.1 Moralische versus psychologische Bedeutung

Aus moralischer Perspektive besitzt jeder Mensch ein unbedingtes Recht auf Achtung seines Willens. In der Medizinethik wird je nach Fähigkeiten von einer graduellen Abstufung ausgegangen, was zu pragmatisch schwer lösbaren Herausforderungen führt,

weil zu strenge Kompetenzüberprüfungskriterien das Autonomieprinzip gefährden und zu großzügige Kompetenzzuschreibungen die Gefahr mit sich bringen, PatientInnen Schutz vor nachteiligen Folgen vorzuenthalten. Im Sinne der „Sliding-Scale Strategy“ werden die Messkriterien je nach Schwere der möglichen Folgen einer Entscheidung variiert. Das heißt, dass beispielsweise für die Ablehnung einer aussichtsreichen Behandlung ein höheres Maß an Kompetenz verlangt wird, als für die Akzeptanz der Ablehnung eines fast aussichtslosen Eingriffs (vgl. Rehbock, 2002, S. 137). Diese scheinbare Objektivität ist unter dem Aspekt der Fürsorglichkeit gerechtfertigt, „birgt aber die Gefahr, daß die Helfer(innen) ihre eigenen Wertvorstellungen und ihre partikularen Auffassungen vom „guten Leben“ ungerechtfertigt als allgemein verbindliche Normen verstehen“ (Bobbert, 2002, S. 151) und damit die Autonomie der PatientInnen untergraben: „the old paternalistic wolf dressed up in sheep´s clothing“ (Rehbock, 2002, S. 137, zitiert nach Wear, 1993, S. 114). Eine Aufspaltung der Moral ist die Folge, dernach autonomen PatientInnen das Recht auf Autonomie und nicht autonomen das Recht auf Fürsorge zugesprochen wird. Rehbock plädiert hingegen auf eine moralische Verpflichtung zur Achtung der Autonomie, die nicht von vorhandenen Kompetenzen abhängig gemacht werden darf und fordert, dass der persönliche Wille auch bei nicht vorhandener Fähigkeit zur Willensäußerung respektiert werden muss (vgl. Rehbock, 2002, S. 133ff).

6.2.2 Grenzen des Autonomieprinzips

Bobbert stellt zur Diskussion wo die Grenzen des moralischen Rechts auf Autonomie zu ziehen sind und ob die Angehörigen medizinischer Berufe alsbald zu „Erfüllungsgehilfen jedweder Vorstellungen eines Kranken werden“ (Bobbert, 2002, S. 151) und, ob das Gesundheitswesen funktionsfähig bleiben kann, wenn das Recht auf Selbstbestimmung als höchste Prämisse gilt und andererseits die Ressourcen immer knapper werden. Es gilt zu unterscheiden zwischen moralischen Ansprüchen und individuellen Vorstellungen, welche durch Angehörige der Gesundheitsberufe weder erfüllt werden können noch müssen. Kollisionen sind dort vorprogrammiert, wo die Autonomieansprüche unterschiedlicher Menschen aufeinandertreffen. „Das Recht auf Achtung der Autonomie muß also offensichtlich noch zu anderen Ansprüchen in Beziehung gesetzt und inhaltlich noch stärker konturiert werden“ (ebd. S. 153).

6.3 Würde und Paternalismus

Die Würde hilfsbedürftiger Personen ist dann gefährdet, wenn das Fürsorgeprinzip dazu missbraucht wird, paternalistisches Verhalten zu rechtfertigen und das objektive Wohl der PatientInnen höher bewertet wird, als deren Wille. Rehbock spricht sich auch dagegen aus, die Zulässigkeit paternalistischer Handlungen an Kompetenzkriterien festzumachen, wonach die Beachtung des Willens von der Fähigkeit zur autonomen Willensäußerung abhängig gemacht wird und bei abnehmender persönlicher Kompetenz von einer moralischen Legitimation des – gegebenenfalls auch paternalistischen - Fürsorgeprinzips ausgegangen wird. „Fürsorge (...) hat nicht nur das *Wohl*, sondern immer auch den *Willen* eines Menschen zu achten“ (Rehbock, 2002, S. 133). Rehbock weist darauf hin, dass die ethisch heikelsten Situationen dort entstehen, wo Menschen nicht dazu in der Lage sind ihren Willen klar zu äußern, und gerade dort besondere Achtsamkeit geboten ist, wo die Asymmetrie am größten ist. Achtung der Autonomie ist mehr als die Beachtung des Willens und darf nicht an vorhandene oder abhanden gekommene Kompetenz gebunden sein. Die Moral gebietet eine unbedingte Achtung der Autonomie und der Fürsorge! Nicht einfach zu klären ist die Frage, wie in der Praxis die Ermittlung des Willens von schwer psychisch kranken oder komatösen Menschen erfolgen kann. Es bedarf der nicht-paternalistischen fürsorgenden Zuwendung, um auch nur ansatzweise feststellen zu können, was eine/e PatientIn „innerlich erlebt und fühlt und wohin seine [ihre] Willensrichtung geht“ (Klie, 2003, S. 349). Frühere mündliche oder schriftliche Willensäußerungen können bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens hilfreich sein, bedürfen aber dennoch der unbedingten Relevanzüberprüfung, weil nicht per se davon ausgegangen werden kann, dass sich der Wille nicht verändert hat. Wenn verbale Äußerungen nicht oder nicht mehr möglich sind, sind Pflegende, MedizinerInnen, Angehörige und SachwalterInnen in gleicher Weise gefordert auf Mimik, Gestik und gegebenenfalls signalisierte Widerstände zu achten und diese wahr- und ernstzunehmen. Erst durch diese „hermeneutische Aufgabe“ (ebd.) wird Würde erfahrbar und die Achtung sowohl des unbedingten Rechts auf Autonomie und als auch auf Fürsorge verstehbar.

6.4 Entwicklung einer neuen Sorgeskultur

Klie geht davon aus, dass noch in keiner Menschheitsepoche so „selbstverständlich Solidaritätsaufgaben gegenüber älteren und pflegebedürftigen Menschen und anderen

Gruppen von Behinderten wahrgenommen wurden wie heute“ (Klie, 2005, S. 271). Dennoch verlangen nicht zuletzt auch gesellschaftliche Veränderungen, wo „Sorgetragen“ nicht mehr länger als selbstverständliche Zumutung an Frauen verstanden werden kann, nach neuen Perspektiven und Möglichkeiten, wie es gelingen kann mit dem Faktum menschlicher Hilfsbedürftigkeit verantwortlich umzugehen und die Gefahr eines „care – deficits“ abzuwenden (vgl. Brückner, 2004, S. 7ff).

Eckart plädiert dafür die menschlichen Erfahrungen des Umsorgtwerdens zum Ausgangspunkt zu nehmen für die Entwicklung einer Kultur des Sorgens. Ganz anders als Schmidbauer, der Helfen als eine Reaktion auf unbefriedigte narzisstische Bedürfnisse sieht (vgl., Schmidbauer, 2004, S. 96) geht sie davon aus, dass erst selbst erlebte Fürsorge dazu befähigt, für sich selbst und für andere Sorge zu tragen - nicht aufgrund einer Verpflichtung oder eines Versprechens auf Gegenseitigkeit, sondern aufgrund des Vermögens „die Realität eines anderen als eigene Möglichkeit wahr[zun]ehmen“ (Eckart, 2004, S. 33). Es genügt nicht die Lebensrisiken Pflegebedürftigkeit oder Hilfsbedürftigkeit in das Privatleben zu verbannen und Fürsorge als scheinbar unerschöpfliche Ressource des weiblichen Geschlechts anzunehmen. Vielmehr bedarf es der Anerkennung des gesellschaftlichen Werts von Sorgeleistungen und des öffentlichen „Respekts vor Verletzlichkeit und Bedürftigkeit“ (ebd., S. 34), als „Widerstand gegen eine Vereinnahmung durch die monadischen Programme der Selbstoptimierung“ (ebd. S. 37).

6.5 Grundbedürfnisse und Grundrechte

Laut Galtung lassen sich die menschlichen Grundbedürfnisse an den vier Begriffen: Überleben, Wohlbefinden, Freiheit und Identität festmachen, wobei er von einer Rangordnung absieht und für eine Gleichwertigkeit aller vier Werte plädiert. Er weist darauf hin, dass die Bemühungen um die Befriedigung dieser Grundbedürfnisse das verbindende Element zwischen allen Menschen darstellt. Die Aufgabe der Menschenrechte sieht er darin, diese basalen Bedürfnisse zu befriedigen. „Doch dies ist heute keineswegs der Fall“ (Galtung, 2000, S. 15). Galtung bezieht sich in seinen Ausführungen auf globale Herausforderungen. Doch inwieweit werden in unserem Kulturkreis die Grundbedürfnisse benachteiligter Gruppen gewahrt? Wie sieht es aus mit dem Recht auf Freiheit bei Menschen, die unter Sachwalterschaft stehen? Mit dem Schutz der Identität von Menschen,

deren Persönlichkeit von Demenz gezeichnet ist? Wie weit ist das Wohlbefinden von multimorbiden AltenheimbewohnerInnen gewährleistet und ist es zulässig, von einem immer vorhandenen Wunsch nach Überleben auszugehen? Bringt die Annahme, dass der Lebenswille stets überwiege, nicht automatisch eine Missachtung der Autonomie mit sich ?

Zierl weist in Zusammenhang mit Sachwalterschaften darauf hin, dass Einschränkungen der Handlungsfähigkeit „**grundrechtsrelevant**“ (Zierl, 2007, S. 6) sind und sich stets an der Verfassung zu orientieren haben. Er unterscheidet zwischen nicht ausübungsbedürftigen Grundrechten, die grundsätzlich jedem Mensch eigen sind und ausübungsbedürftigen Grundrechten, auf welche eine Sachwalterschaft dann Einfluss hat, wenn sie mit Rechtsgeschäften einhergehen (vgl. ebd., S. 107f).

6.6 Ethik im Pflegealltag

Es greift zu kurz ethische Diskussionen auf der Ebene einer einzigen Berufsgruppe zu führen. Ethisches Handeln bedarf des interdisziplinären Austausches und der Schaffung organisationsethischer Rahmenbedingungen, die es ermöglichen über Berufs- und Funktionsgrenzen hinweg nach Lösungen zu suchen, die sowohl dem Autonomieprinzip Rechnung tragen, als auch deren einseitige Betonung problematisieren. Neben der Anerkennung des Rechts auf Selbstbestimmung, ist es notwendig durch – nicht paternalistisch verstandene - Fürsorglichkeit die Würde gerade jener Menschen zu wahren, die aufgrund der Schwere ihrer psychischen oder körperlichen Beeinträchtigungen, egal ob als Folge einer Demenz, im Zuge einer schweren Psychose oder welcher immer zugrundeliegender Erkrankung nicht oder nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen kundzutun, denn gerade die „Nichteinwilligungsfähigen“ oder „Nichtablehnungsfähigen“ sind am meisten gefährdet durch gegen ihren Willen ausgeführte medizinische oder pflegerische Maßnahmen „entmündigt“ zu werden – ob mit oder ohne Sachwalter.

IV Reflexion und Diskussion

Pflegende sind in vielfacher Weise mit den Themen meiner Diplomarbeit konfrontiert. Menschen mit psychischen Erkrankungen begegnen uns sowohl in psychiatrischen Krankenanstalten, als auch in allen Abteilungen der Akutversorgung, in Pflegeheimen, in der extramuralen Pflege und in allen Variationen an Wohn- und Sozialprojekten. Die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege sehen sich gelegentlich mit Situationen konfrontiert, in denen ihre Meinung dazu gefragt ist, ob die Anregung einer Sachwalterschaft gerechtfertigt und für die weitere Lebensgestaltung der PatientInnen sinnvoll und hilfreich ist.

IV/1 Generierung von Hypothesen

Das Ziel qualitativer Forschung besteht darin Hypothesen zu formulieren. „Der Hypothesenentwicklungsprozess ist bei qualitativen Projekten erst mit dem Ende des Untersuchungszeitraums vorläufig abgeschlossen“ (Lamnek, 2005, S. 21). Die Interpretationen entstehen durch die Zusammenführung der beobachteten Phänomene, des Vorverständnisses der ForscherIn, der verwendeten Begrifflichkeiten und der Perspektiven der ProbandInnen (vgl. ebd. S. 164). Die von mir aufgestellten Interpretationshypothesen sind als Denkanstoß zu verstehen und sollen einen Beitrag dazu leisten, Diskussionen über gesellschaftliche Entwicklungen in Gang zu setzen.

Hypothese 1

Wie eine Sachwalterschaft von Menschen mit psychischen Erkrankungen erlebt wird, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab.

Das Wissen darüber, dass die Bestellung eines Sachwalters für psychisch kranke Menschen sowohl Entlastung als auch Belastung bedeuten kann und die Beziehung zum Sachwalter / zur Sachwalterin weitreichende Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen hat, ist für MitarbeiterInnen in Pflegeberufen von höchster Relevanz. Da auch Beratungstätigkeiten in das Aufgabengebiet der Pflegenden fallen, sind sie gefordert, über

die Auswirkungen einer Sachwalterschaftsbestellung und über Alternativen dazu, Bescheid zu wissen. Das Selbstverständnis des Sachwalters / der Sachwalterin ist maßgeblich daran beteiligt, wie die Beschränkung der Geschäftsfähigkeit von den KlientInnen erlebt wird. Machtdemonstrationen und persönliche Distanzierung von Seiten der SachwalterInnen verstärken das Gefühl von Ausgeliefertsein. Merken die KurandInnen, dass sie durch die Sachwalterschaft Sicherheit erfahren und die Klärung von Lebensbereichen Entlastung mit sich bringt, wird die/der VertreterIn als Entlastung empfunden.

Hypothese 2

Die Vorherrschaft des Autonomieprinzips im Zeitalter der Postmoderne stellt die Angehörigen von Gesundheitsberufen vor oftmals nicht leicht bewältigbare Herausforderungen.

Theoretisches Wissen alleine reicht nicht aus, um sich den wirklich großen Herausforderungen zu stellen, die im Zusammenhang mit der Betreuung psychisch kranker Menschen zutage treten. Die Fragen rund um Autonomie und Fürsorge sind nicht mittels lexikalen Wissens abzuhandeln. In diesen Punkten sind alle Beteiligten menschlich gefordert. Es gilt Einfühlungsvermögen zu zeigen und die Bereitschaft mitzubringen, jenseits der Alltagsroutine nach Lösungen zu suchen, wie es gelingen kann ethisch heikle Probleme befriedigend zu klären, das Wohl und den Willen der PatientInnen im Auge zu behalten und sowohl dem Prinzip der Autonomie als auch dem der Fürsorge gerecht zu werden. Ob die Anregung einer Sachwalterschaft dazu dienlich ist, diesen Postulaten gerecht zu werden, muss im Einzelfall geklärt werden. Es gilt zu bedenken, dass die Durchsetzung unvernünftiger Entscheidungen nahezu unmöglich wird, sobald ein/e gesetzliche/r VertreterIn bestellt wurde. Das Institut der Sachwalterschaft ist eine gute Möglichkeit dafür, psychisch kranke Menschen vor objektiv betrachteten nachteiligen Entscheidungen zu schützen. Offen bleibt aber die Frage, ob es aus ethischer Perspektive korrekt ist, das Recht auf unkonventionelle Entscheidungen zum Privileg psychisch gesunder Menschen zu machen.

Hypothese 3

Alternativen zur Sachwalterschaft sind der Bevölkerung noch kaum bekannt und die Überprüfung auf deren Praxistauglichkeit steht noch aus.

Über die im SWRÄG vorgeschlagenen Alternativen zu einer Sachwalterschaft - Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen und Vertretungsbefugnis für nächste Angehörige - lassen sich noch kaum Aussagen treffen, weil diese in der Bevölkerung noch wenig bekannt sind und es noch keine Erfahrungswerte zum Umgang mit diesen gibt. Prinzipiell kann davon ausgegangen werden, dass sie das Potenzial dazu haben, die Bestellung eines Sachwalters / einer Sachwalterin zu verhindern. Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen bieten eine Möglichkeit vorausschauend den eigenen Willen festzulegen, was zu einer Stärkung der Autonomie führen kann. Gleichzeitig bringen antizipierte Willensfestlegungen aber die Gefahr mit sich, das Prinzip der Fürsorge zu schwächen, wenn es von den Angehörigen der Gesundheitsberufe oder von SachwalterInnen verabsäumt wird Bemühungen zur Ermittlung des gegenwärtigen Willens zu unternehmen.

Die Vertretungsbefugnis für nächste Angehörige kann als pragmatisch sinnvolle Lösung verstanden werden. Ob durch diese Alternative die Autonomie der Betroffenen gestärkt werden kann oder Gefahr läuft untergraben zu werden, lässt sich noch nicht beurteilen.

Hypothese 4

Der Mangel an geeigneten Konzepten zum Umgang mit ethischen Dilemmata führt dazu, die Entscheidungskompetenz in Gerichtssäle auszulagern.

Auseinandersetzungen über moralisch, ethisch und rechtlich folgeschwere Entscheidungen können sinnvoller Weise nur interdisziplinär erfolgen und verlangen nach einer Abkehr von einer allwissenden Haltung. Erst wenn es möglich ist, sich einzugestehen, dass es sein darf, trotz beruflicher Professionalität, nicht auf Anhieb wissen zu müssen, welche Entscheidung die richtige ist, kann die Suche nach ethisch vertretbaren Lösungen ernsthaft beginnen. Und erst wenn die Vorstellung erträglich wird, dass es

Dilemmata gibt, die unter Umständen völlig unlösbar sind und die handelnden Akteure sich mit Situationen konfrontiert sehen, wo jede denkbare Entscheidung unbefriedigend bleibt, ist ein Schritt der Abkehr von Allmachtspositionen geschehen. Wenn Pflegende, MedizinerInnen, SachwalterInnen und Angehörige anderer Disziplinen bereit sind, miteinander nach Wegen zu suchen, dann ist die Zeit reif, um Ethikteams ins Leben zu rufen und in dieser Form nach interdisziplinären Einigungen zu suchen, statt bei Rechtsunsicherheiten das Pflschaftsgericht anzurufen und den JuristInnen Entscheidungen abzuverlangen, die mitunter bei allen Beteiligten Unbehagen hinterlassen.

Hypothese 5

Psychische Erkrankungen und damit einhergehende Phänomene sind in den Ausbildungsschienen der Gesundheits- und Krankenpflege unterrepräsentiert.

Psychische Erkrankungen sind nicht nur allgegenwärtig, sie können auch jede/n von uns jederzeit direkt oder indirekt betreffen. Obwohl weltweit ein Prozent der Bevölkerung an Schizophrenie und im mitteleuropäischen Raum ein weiteres Prozent an Demenz erkrankt, werden diese Krankheitsbilder im gesellschaftlichen Diskurs häufig vernachlässigt, bagatelisiert oder tabuisiert. Wer sich nicht durch persönliche oder berufliche Betroffenheit zur Konfrontation gezwungen sieht, verbannt dieses Thema nur allzu gerne aus seinem Blickfeld. Auch in den Gesundheitsberufen erhalten diese Krankheitsbilder weniger Aufmerksamkeit, als somatische Symptome. Menschen mit psychischen Erkrankungen fordern uns in spezieller Weise, weil sie kulturelle Selbstverständlichkeiten ins Wanken bringen und Irritationen auslösen. Sie fordern uns auf, unsere eigenen Normen zu überprüfen, Toleranz zu üben gegenüber „Ver-rücktem“ und dabei nicht nur einen klaren Kopf zu behalten, sondern auch noch die eigenen Werte, Einstellungen, Entscheidungen und Handlungen immer wieder zu reflektieren und Wege zu finden, das objektive Wohl und den Willen der Betroffenen in Einklang zu bringen.

In allen Ausbildungsschienen der Pflege bedarf es der Vermittlung von theoretischem Wissen über psychische Erkrankungen – auf der einen Seite, und der Erarbeitung von Fähigkeiten, die eine professionelle Beziehung auch mit schwer beeinträchtigten Personen ermöglichen – auf der anderen Seite. Neben dem Wissen um Krankheitsbilder und

Behandlungsmöglichkeiten ist es auch notwendig, über sozialpsychiatrische Möglichkeiten und rechtliche Gegebenheiten Bescheid zu wissen. Gerade die Pflegenden haben mitunter den engsten Kontakt zu den erkrankten Personen und ihnen kommt im Sinne von Care- oder Casemanagement die Rolle zu, die Bedürfnisse der Betroffenen zu erkennen und Vernetzungsarbeit mit Angehörigen, anderen Berufsgruppen, anderen Einrichtungen und auch mit den SachwalterInnen zu leisten. Dafür sind fundiertes Wissen und persönliche Reflexionsfähigkeit Voraussetzung.

IV/2 Ausblick

„Die mangelnde Eindeutigkeit empirischer Prüfkriterien für aufgestellte Interpretationshypothesen ist ein grundsätzliches Problem qualitativer Sozialforschung, da sich die wissenschaftliche Interpretation gemäß Logik des interpretativen Paradigmas nicht auf eine von ihren Deutungsleistungen unabhängig existierende Wirklichkeit als empirische Prüfungsbasis berufen können“ (Lamnek, 2005, S. 91).

Eine quantitative Überprüfung der gewonnenen Erkenntnisse scheint mir kaum zweckmäßig. Wichtiger wird es sein in den kommenden Jahren die Tauglichkeit des neuen Sachwalterrechtsänderungsgesetzes zu evaluieren und mittels weiterer Forschungsarbeiten nach Möglichkeiten zu suchen die Autonomie psychisch kranker Menschen zu stärken ohne das Prinzip der Fürsorge zu schwächen. Interessant wäre auch die Sichtweise von Pflegepersonen zu erheben und zu hinterfragen, wie sich das Rechtsinstitut der Sachwalterschaft und die vorhandenen Alternativen auf ihre Arbeit auswirken.

IV/3 Gütekriterien qualitativer Forschung

Die von Mayring postulierten Gütekriterien wurden als Reaktion darauf entwickelt, dass die klassischen Gütekriterien quantitativer Forschung für qualitative Designs nicht befriedigend umlegbar sind. Den Gütekriterien: Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, kommunikative Validierung und Triangulation (vgl. Mayring, 2002, S. 144f) wurde durch meine

Vorgehensweise Rechnung getragen. Die Beschreibung meines Vorverständnisses findet sich in der Einleitung, der Interviewleitfaden im Anhang und die Darstellung meines Zuganges zum Forschungsfeld und die Beschreibung der Auswertung unter Punkt 4. Bei der Kontaktaufnahme mit den KlientInnen habe ich mich „*als Krankenschwester, die jetzt noch weiterstudiert*“ beschrieben und konnte dadurch rasch das Vertrauen meiner GesprächspartnerInnen gewinnen. Ich habe ihnen nicht gesagt, dass ich selbst ehrenamtliche Sachwalterin bin, weil ich diese Mitteilung für kontraproduktiv hielt, da ich fürchtete, dass diese die Erzählfreudigkeit möglicherweise reduzieren könnte.

Meine Interpretationen wurden von meinen beiden derzeitigen Ausbildungen, nämlich der zur Pflegewissenschaftlerin und der zur Psychotherapeutin geleitet, mit psychologischen Erklärungsmustern belegt und durch meine jahrelangen praktischen Erfahrungen in der Pflege und als ehrenamtliche Sachwalterin angereichert. Zur Überprüfung meiner gebildeten Kategorien auf logische Konsistenz, führte ich im Sinne der argumentativen Interpretationsabsicherung Gespräche mit Jurist und Gesundheits- und Krankenpfleger Mag. Dr. Gepart, mit SozialarbeiterInnen, die mit besuchswarteten Menschen arbeiten und mit KollegInnen aus der Pflege. Ich hielt es nicht für angemessen die gefundenen Kategorien mit meinen InterviewpartnerInnen zu besprechen, weil ich fürchtete dadurch paranoide Tendenzen zu verstärken.

Die Schritte des Forschungsprozesses werden in der Arbeit dargestellt. Sie orientierten sich an den Grundsätzen qualitativer Forschung, wonach die Erhebung der Daten und die Literaturrecherche nicht streng von einander getrennt verlaufen. Die Nähe zum Gegenstand kann als gegeben bezeichnet werden, da ich in unterschiedlichen Settings mit psychisch kranken Menschen arbeite. Die Gruppendiskussion mit den psychosozialen ExpertInnen, als zusätzliche Datenquelle brachte, im Sinne einer Triangulation, die Chance mit sich, zusätzliche Perspektiven zu integrieren. Ich denke, dass diese Arbeit Diskussionen in Gang setzen wird und diese zumindest punktuell psychisch kranken Menschen zugute kommen werden.

V Zusammenfassung

Gesellschaftliche Werte, und damit verbundene Konzepte des Umgangs mit Hilfsbedürftigkeit, Krankheit und „Ver-rücktheit“ unterliegen einem ständigen Wandel. Bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein galten starre Hierarchien und eine paternalistische Haltung im Kontext von Gesundheit und Krankheit als Selbstverständlichkeit. Dass „der Arzt“ und „die Krankenschwester“ wissen, was für den Kranken gut ist, wurde als unverrückbare Tatsache angenommen. Ebenso galt es in dieser Epoche, dem Zeitgeist entsprechend, als völlig legitim „Wahn- und Blödsinnige“ zu entmündigen, um die Allgemeinheit vor ihnen zu schützen.

Im Zeitalter der Postmoderne wurden Begriffe wie Freiheit, Selbstverwirklichung und Autonomie zu den dominierenden gesellschaftlichen Postulaten. Der Informed consent – die Zustimmung der PatientInnen zu medizinischen Maßnahmen - wurde zum Grundprinzip ärztlichen Handelns. Pflegende entwickelten individuelle Pflegekonzepte, der PatientInnenwille wurde salonfähig und Entmündigungen galten als nicht mehr zeitgemäß, wurden abgeschafft und vom Rechstinstitut der Sachwalterschaft abgelöst. Die Entwicklungen in den 1980 Jahre waren geprägt von Modernisierungsbestrebungen, welche als Überwindung altmodischer Familienstrukturen und hoher staatlicher Verantwortung verstanden worden waren. Rechtsfürsorge für psychisch kranke Menschen wurde gefordert. Obwohl Sachwalterschaften „einen Eingriff in die verfassungsrechtliche Selbstbestimmung“ (Ferber, 2006, S. 23) bedeuten, erfreut sich diese Option großer Beliebtheit. Im Jahr 2001 wurden fast sieben mal so viele Menschen besachwaltet, als 1981 entmündigt. Die gestiegene Lebenserwartung, die zunehmende Formalisierung der Gesellschaft, die Abnahme sozialer Ressourcen und eine Differenzierung der Sozialansprüche werden für diesen Anstieg verantwortlich gemacht (vgl. Pilgram, 2006, S. 204ff). Meine These lautet, dass das Fehlen institutionalisierter Möglichkeiten zur Bearbeitung ethisch schwieriger Herausforderungen, die aus den oben genannten Bedingungen resultieren, eine weitere Ursache für die rasante Zunahme an Sachwalterschaftsbestellungen darstellt. Die Tatsachen, dass in Österreich ein Viertel aller Anregungen von Krankenanstalten stammt (vgl. ebd. S. 209) und, dass in den USA die Etablierung von „hospital ethics committees“ zu einem Rückgang der aus „Rechtsunsicherheit erfolgte[n] Anrufungen der Gerichte“ (Klie, 2003, S. 352) führte, untermauern meine These.

Setzt sich der momentane Trend fort, wird in Österreich in absehbarer Zeit ein Prozent der Bevölkerung unter Sachwalterschaft stehen (vgl. Pilgram, 2006, S. 201).

Abgesehen davon, dass der damit verbundene bürokratische Aufwand schier unbewältigbar wurde, haben sich auch die gesellschaftlichen Gegebenheiten weiterverändert, was wieder zu einer Forcierung familiärer Unterstützungsleistungen und zur Schaffung von Alternativen zur Sachwalterschaft im Sinne einer Steigerung der PatientInnenautonomie führte. Für Maurer kommt der Bogen von der Entmündigung, über die Sachwalterschaft, hin zu gesetzlicher Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger und zu Vorsorgevollmachten einem Quantensprung gleich - „vergleichbar der Entwicklung vom unsynchronisierten zum automatikgetriebenen Kraftfahrzeug“ (Maurer, 2007, S. IX).

Dennoch gilt es „die gebotene Sensibilität für den Entmündigungsaspekt der Sachwalterschaft“ (Pilgram, 2006, S. 202) nicht außer Acht zu lassen, dem Prinzip der Autonomie und dem der Fürsorge Rechnung zu tragen und nach den individuell besten Möglichkeiten zu suchen, die den Bedürfnissen und Interessen benachteiligter Menschen gerecht werden. Die Betroffenen erleben die Tatsache unter Sachwalterschaft zu stehen sehr unterschiedlich. Von „*Aufbauhilfe*“ über „*Ausgeliefertsein*“ bis hin zu „*wahnsinnige Demütigung*“ reichen die Erfahrungen. Der Wunsch danach, dass der Sachwalter / die Sachwalterin sich für die Rechte seiner/ihrer Pflegebefohlenen einsetzen möge ist groß - steht aber den durchlebten Erfahrungen von Abhängigkeit, warten müssen und Stigmatisierungen gegenüber.

Wir stehen vor großen gesellschaftlichen Herausforderungen. Der „Kult der Unabhängigkeit“ (Eckart, 2004, S. 35) führt dazu, menschliche Hilfsbedürftigkeit auszublenden, oder diese als individuelle Probleme abzutun, was Ausgrenzungsmechanismen und Überforderungen – nicht nur für die Betroffenen – sondern auch bei den mit diesen Phänomenen befassten Angehörigen oder ExpertInnen, nach sich zieht. Neben den Beiträgen der Einzelnen, bedarf es der öffentlichen Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Fehlentwicklungen und des Respektierens von Verletzlichkeit als allgegenwärtige, menschliche Erfahrungsmöglichkeit.

VI Literaturverzeichnis

Abraham Anke (2002): Ohne Moos nix los; Geld und Schulden bei psychischen Erkrankungen. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Almer Veronika (2001): Analyse menschlicher Bedürfnisse, Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Wien.

Ammering Michaela / Schmolke Margit (2007): Recovery; Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Aufner Michale (2007): Das gerichtliche Testament einer unter Sachwalterschaft stehenden Person – ein alter Bekannter der Amtshaftung. In FamZ 03/2007; 92 - 94.

Bachinger Gerald / Memmer Michael / Ortel Alexander / Peintinger Michael / Pruckner Maria (2002): Ratgeber zur Patientenverfügung; Die vorausschauende Selbstbestimmung des Patienten. Land Niederösterreich, St. Pölten.

Bachinger Gerald (2008): <http://www.patientenanwalt.com>, 2.6.2008.

Barth Peter (2006): Das Sachwalterrechts-Änderungsgesetz 2006; die Reform im Überblick. In iFamZ 09/2006; 138 - 145.

Berger Wilhelm (1992): Das Bedürfnis und sein Schatten. Freiburg/München: Karl Alber GmbH.

Bobbert Monika (2002): Patientenautonomie und Pflege; Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. Frankfurt/Main: Campus Verlag.

Bobbert Monika (2007): Autonomie als Leitidee der Beziehungsgestaltung der Pflege. In Teising Martin et al. (Hrsg.) (2007): Alt und psychisch krank; Diagnostik, Therapie und Versorgungsstrukturen im Spannungsfeld von Ethik und Ressourcen. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 103 - 116.

Böhm Erwin (1992): Alte verstehen; Grundlagen und Praxis der Pflegediagnose, 2. Auflage; Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Brückner Margrit (2004): Der gesellschaftliche Umgang mit menschlicher Hilfsbedürftigkeit. Fürsorge und Pflege in westlichen Wohlfahrtsregimen. In ÖZS 02/2004; 7 - 23.

Cloerkes Günther / Markowetz Reinhard (2001): Soziologie der Behinderten; Eine Einführung; 2. Auflage. Heidelberg: Winter.

Comer Ronald J. (1999): Klinische Psychologie; 2. Auflage. Berlin/Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Dimmel Nikolaus / Hagen Johann (2005): Strukturen der Gesellschaft; Familie, soziale Kontrolle, Organisation und Politik. Wien: Facultas.

Dohr Walter (2006): Podiumsdiskussion zur Reform des Sachwalterrechts. In Schriftenreihe des Bundesministeriums für Justiz; Band 126. Recht und Würde im Alter. Wien/Graz: Neuer Wissenschaftlicher Verlag; 221 – 222.

Dorsch Friedrich (1994): Hartmut Häcker/Kurt Hermann Stapf (Hrsg.): Wörterbuch der Psychologie; 12. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.

Eckart Christel (2004): Fürsorgliche Konflikte. Erfahrungen des Sorgens und die Zumutungen der Selbständigkeit. In ÖZS 02/2004; 24 - 40.

Emrich Hinderk M. / Paetzold Wolfgang (2003): Psychosomatische Aspekte psychotischer Erkrankungen. In Uexküll Thure von et al. (Hrsg.) (2003): Psychosomatische Medizin; Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. München: Urban und Fischer; 1043 - 1051.

Engel Arno (2008): Verbindliche Patientenverfügungen und die Behandlung untergebrachter Personen; Korrekte Folgenabschätzung entscheidend. In iFamZ 01/2008; 18 - 22.

Ent Herbert / Hopf Gerhard (1983): Das Sachwalterrecht für Behinderte; mit Hinweisen zur Auslegung, den Materialien und den Bestimmungen über die Anhaltung. Wien: Manz.

Ferber Christian von (2006): Selbstbestimmung im Alter – eine Herausforderung für die Gesellschaft. In Schriftenreihe des Bundesministeriums für Justiz; Band 126. Recht und Würde im Alter. Wien/Graz: Neuer Wissenschaftlicher Verlag; 19 - 35.

Foucault Michael (1973 – 1974): Jacques Lagrange (Hrsg.) (2005): Die Macht der Psychiatrie; Vorlesung am College de France. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Frei Eugen X. (2001): Betreuung Geistigbehinderter mit psychischen Störungen: Aufgabe oder Zumutung? In Frei Eugen X. / Furger Martha / Kehl Doris (Hrsg.) (2001): Geistig behindert und psychisch krank; Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung. Biel: Druckerei Schüller AG.

Fröhlich Werner D. (1994): Wörterbuch Psychologie. München: Deutscher Taschenbuchverlag.

Frühwald Stefan et al. (2006): (Irr-) Wege in die Arbeitswelt – Langzeitergebnisse arbeitsrehabilitativer Einrichtungen für psychisch Kranke der Caritas St. Pölten. In Neuropsychiatrie, Vol. 20; 04/2006; 250 - 256.

Galtung Johan (2000): Die Zukunft der Menschenrechte; Vision: Verständigung zwischen den Kulturen. Frankfurt/New York: Campus Verlag.

Gaus Ekkehard/Köhle Karl (2003): Körperlich begründbare psychische Störungen. In Uexküll Thure von et al. (Hrsg.) (2003): Psychosomatische Medizin; Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. München: Urban und Fischer; 1269 - 1275.

Gepart Christian (2008): Gespräch mit Autorin am 11. 7. 2008 in Krems

Grausgruber Alfred (2005): Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker; Formen und Entstehungsmodelle. In Gaebel Wolfgang / Möller Hans-Jürgen / Rössler Wulf (Hrsg.) (2005): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung; Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Kohlhammer.

Hanak Gerhard / Pilgram Arno (2007): „Modellversuch Clearing“ in der Sachwalterschaft; Ergebnisse und Folgerungen aus der Begleitforschung. In iFamZ 11/2007; 290 - 292.

Heinl Hildegund / Petzold Hilarion (1985): Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention bei Störungen aus der Arbeitswelt. In Petzold Hilarion / Heinl Hildegund (Hrsg.) (1985): Psychotherapie und Arbeitswelt. Paderborn: Junfermann; 178 - 219.

Held Christoph / Ugolini Bettina (2005): Stationäre Versorgung demenzbetroffener Menschen – Unterstützung der Angehörigen und Pflegenden. In Mike Martin/ Hans Rudolf Schelling (Hrsg.) (2005): Demenz in Schlüsselbegriffen; Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und deren Angehörige. Bern: Verlag Hans Huber; 181 - 222.

Huter Reinhard (2006): Der Sachwalter und die Personensorge; Ein Diskussionsbeitrag aus Sicht des Pflschaftsrichters. In FamZ 11/2006; 203 – 208.

<http://www.bmgfj.gv.at>, 29.4.2008

<http://www.boep.or.at>, 12.4.2008

<http://www.help.gv.at>, 12.4.2008

<http://www.psychologie.uni-wuerzburg.de>, 17.7.2008

<http://www.ris.bka.gv.at>, 23.4.2008

<http://www.ris.bka.gv.at>, 17.10.2006

<http://de.wikipedia.org>, 10.2.2008

Joas Hans (2001): Lehrbuch der Soziologie. Frankfurt/Main: Campus Verlag GmbH.

Jurisch Horst / Elsner-Jurisch Gudrun (2007): Das war die schönste Zeit, damals in Australien. In Piechotta Gudrun (Hrsg.)(2007): Das Vergessen erleben; Lebensgeschichten von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag; 162 - 183.

Kaminsky Carmen (1997): Gesagt, gemeint, verstanden? Zur Problematik der Validität vorsorglicher Patientenverfügungen. Medizinische Materialien, Heft 115. Zentrum für medizinische Ethik, Bochum.

Kebbel Johannes (1996): Die Spirale von sozialer Not und psychischer Erkrankung; Sektorisierung und Obdachlosigkeit. In Institut für Kommunale Psychiatrie (Hrsg.) (1996): Auf die Straße entlassen. Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Kirchhoff Thomas (1912): Geschichte der Psychiatrie; In Aschaffenburg (Hrsg.): Handbuch der Psychiatrie. Leipzig/Wien: Deuticke.

Klie Thomas (2003): Dying with dignity – between autonomy and care. A contribution to the current legal discussion in Germany. In Z Gerontol Geriat 05/2003; 347 - 354.

Klie Thomas (2005): Dignity for the frail old. In Z Gerontol Geriat 06/2005; 268 - 272.

Kopetzki Chrisitan (Hrsg.) (2000): Antizipierte Patientenverfügungen; „Patiententestament“ und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Kopetzki Christian / Kern Gerson (Hrsg.) (2006): Patientenrechte und ihre Handhabung; Über Patientenverfügungen, Patientenvertretung und Mediation. Schriftenreihe Colloquium, Band 13. Wien: Verlag Österreich.

Körtner Ulrich (2005): Ethische und philosophische Bezüge der Pflegewissenschaft; Vorlesung an der Universität Wien.

Kunz Peter / Geparth Christian (2006): Erteilung einer Vorsorgevollmacht für künftige medizinische Behandlungen; Was sollte beachtet werden? In FamZ 09/2006; 157 – 160.

Lamnek Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung; 4. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz.

Leitner Anton (2007): Kurze Zusammenfassung der Integrativen Therapie. <http://moodle.donau-uni.ac.at/moodle/>, 24. 2. 2007.

Link Bruce / Phelan Jo (1999): Labeling and stigma. In Aneshensel CS, Phelan JC, eds. The Handbook of the Sociology of Mental Health. New York: Plenum.

Lunzer Michael (2006): Vorsorgevollmacht, Sachwalterverfügung und Widerspruch gegen die Angehörigenvertretung aus der Sicht der notariellen Beratungspraxis; Aspekte des Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnisses. In FamZ 09/2006; 154 - 156.

Maleczky O. (1994): Unvernünftige Verweigerung der Einwilligung in die Heilbehandlung. In ÖJZ 49; 681 - 687.

Martinek Andrea (2005): Das psychiatrische Gutachten im Sachwalterschaftsverfahren; Eine qualitative und quantitative Untersuchung zur Gutachtensqualität anhand eines Kriterienkataloges, Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Universität Wien.

Maurer Ewald (2007): Das österreichische Sachwalterrecht in der Praxis; 3. Auflage. Wien: Juridica.

Mayring Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. München: Beltz.

Mayring Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Memmer Michael (2000): Patiententestament und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. In Kopetzki Chrisitan (Hrsg) (2000): Antizipierte Patientenverfügungen; „Patiententestament“ und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, 1 - 37.

Meran Johannes G. (1996): Advance Directives and Surrogate Decision Making. Ethical Questions, legal Response and Clinical Summary. In: Jahrbuch für Recht und Ethik, vol 4. <http://www.str2.jura.uni-erlangen.de>, 12.3.2006.

Meran Johannes G. (2000): Ethische und rechtliche Aspekte von Patientenverfügungen: ein Vergleich zwischen England und Deutschland. In Kopetzki Chrisitan (Hrsg) (2000): Antizipierte Patientenverfügungen; „Patiententestament“ und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung; 89 – 130.

Meran Johannes G. (2006): Interview mit Doris Helmberger. In Die Furche, 9.3.2006.

Müller Irene / Prinz Margot (2007): Sachwalterschaft und Alternativen; Ein Wegweiser. Wien/Graz: Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Navratil Leo (1994): Schizophrene Dichter. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Nouvertne´ Udo (1996): Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankungen; Repräsentative Ergebnisse einer empirischen Großstadt-Studie. In Institut für Kommunale Psychiatrie (Hrsg.) (1996): Auf die Straße entlassen; Obdachlos und psychisch krank. Bonn: Psychiatrie Verlag; 39 - 52.

Petzold Christian / Schwerdt Ruth (2007): Einleitung In Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2007): Ethik und Recht. Bern: Verlag Hans Huber; 9 - 12.

Petzold Hilarion G. (2003): Integrative Therapie; Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie; 2. Auflage. Paderborn: Junfermann.

Petzold Hilarion G. (2004): Mit alten Menschen arbeiten; Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Petzold Hilarion G. (2006): Integrative Therapie Kompakt; <http://moodle.donau-uni.ac.at/moodle/>, 24. Februar 2007.

Pieper Annemarie (2007): Einführung in die Ethik; 6. Auflage. Tübingen: A. Francke.

Pilgram Arno (2006): Ein Versuch, Rechtsfürsorge ohne Überfürsorglichkeit zu verwirklichen; Das neue Sachwalterrecht aus sozialwissenschaftlicher Sicht. In FamZ 09/ 2006; 145 - 147.

Pilgram Arno (2006): Das neue Sachwalterrecht aus der Sicht der Sozialwissenschaft. In Schriftenreihe des Bundesministeriums für Justiz; Band 126. Recht und Würde im Alter. Wien/Graz: Neuer Wissenschaftlicher Verlag; 201 – 211.

Rath Waltraud (1985): Systematik und Statistik von Behinderung. In Bleidick Ulrich (Hrsg.) (1985): Theorie der Behindertenpädagogik. Berlin: Carl Merhold Verlagsbuchhandlung; 25 - 47.

Rehbock Theda (2002): Autonomie – Fürsorge – Paternalismus; Zur Kritik (medizin-) ethischer Grundbegriffe. In Ethik in der Medizin. Springer-Verlag; 131 - 150.

Sahm Stephan / Will Regina (2005): Angehörige als „natürliche“ Stellvertreter; Eine empirische Untersuchung zur Präferenz von Personen als Bevollmächtigte für die Gesundheitsversorgung bei Patienten, Gesunden und medizinischem Personal. In Ethik in der Medizin 1 / 2005; 7 - 20.

Schanda Hans (2006): Die Behandlung zurechnungsunfähiger geistig abnormer Rechtsbrecher; <http://www.univie.ac.at/kriminologie/Schanda>; 12.4. 2008.

Scharfetter Christine (1991): In Vollmoeller Wolfgang (2001): Was heißt psychisch krank? Der Krankheitsbegriff in Psychiatrie, Psychotherapie und Forensik; 2. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Schauer Martin (2006): Zur Bestellung eines Sachwalters ausschließlich für den Bereich der Personensorge. In FamZ 05/ 2006; 19 - 20.

Schauer Martin (2006): Vorsorgevollmacht und gesetzliche Angehörigenvertretung nach dem SWRÄG 2006. In FamZ 09/2006; 148 - 153.

Schlaffer Peter (2004): [www. patientenanwalt.at](http://www.patientenanwalt.at), 2.6.2008

Schmidbauer Wolfgang (2004): Hilfloze Helfer; Über die seelische Problematik helfender Berufe; 13. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt GmbH.

Schulze Beate (2005): Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen und Angehörigen: Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews. In Gaebel Wolfgang / Möller Hans-Jürgen/Rössler Wulf (Hrsg.) (2005): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung; Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Kohlhammer.

Schützendorf Erich / Wallrafen-Dreisow Helmut (2004): In Ruhe verrückt werden dürfen; Für ein anderes Denken in der Altenpflege; 12. Auflage. Frankfurt/Main: Fischer.

Strätling Meinolfus / Strätling-Tölle Helga / Scharf Volker E. / Schmucker Peter (2003): „Automatische“ gesetzliche Stellvertretung nicht entscheidungsfähiger Patienten durch „nahe Angehörige“? In MedR 07/2003; 372 – 379.

Stumm Gerhard / Wirth Beatrix (1994): Psychotherapie: Schulen und Methoden; eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. 2. Auflage. Wien: Falter Verlag.

Virt Günter (2000): Moraltheologische Überlegungen zu Patientenverfügungen. In Kopetzki Chrisitan (Hrsg.) (2000): Antizipierte Patientenverfügungen; „Patiententestament“ und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung; 131 – 142.

Vollmoeller Wolfgang (2001): Was heißt psychisch krank? Der Krankheitsbegriff in Psychiatrie, Psychotherapie und Forensik; 2. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Vyslouzil Monika (2006): Neue Aufgaben für die Vereinssachwalterschaft; Zur Anregerberatung im Vorfeld einer Sachwalterschaft. In FamZ 9/2006; 160 – 163.

Wallrafen-Dreisow Helmut / Stelzig Armin (2007): Was ist ein gutes gemeinsames Leben mit Demenz? In Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2007): Ethik und Recht. Bern: Verlag Hans Huber; 13 – 16.

Watzke Herbert (2006): Interview mit Karin Pollak. In Der Standard, 20.3.2006.

Wear S. (1993): Informed Consent; Patient Autonomy an Physician Beneficence within Clinical Medicine. London/Boston: Dordrecht.

Wedekind Rainer / Kuhnt Sigrid (1991): Psychisch krank – ohne Arbeit, ohne Ausweg? Zur beruflichen und sozialen Lage entlassener psychiatrischer Krankenhauspatienten und zum Bedarf an Arbeit und beruflicher Rehabilitation. Stuttgart: Enke.

Zierl Hans Peter (2007): Sachwalterrecht; Kurzkommentar. Wien: LexisNexis.

Zimbardo Philip G. / Gerrig Richard J. (2004): Psychologie; 16. Auflage. München: Pearson.

VII Anhang I: Interviewleitfaden

- 1) Wie ist es gekommen, dass Sie eine/n SachwalterIn haben?
- 2) Seit wann?
- 3) Für welche Belange ist er/sie zuständig?
- 4) Wie wirkt sich das auf Ihren Alltag aus?
- 5) Was macht er/sie für Sie?
- 6) Wie oft sehen Sie ihn/sie?
- 7) Gab es schon einmal/öfter einen Wechsel?
 - a) Ja - > wie war das für Sie?
 - b) Nein - > wie wäre das für Sie?
- 8) Wie war die erste Begegnung mit ihm/ihr?
- 9) Was haben Sie über Ihre/n SWIn gedacht?
- 10) Wie verstehen Sie sich miteinander?
- 11) Was wünschen Sie sich von Ihrem SW/Ihrer SWIn?
- 12) Ist Ihr/e SWIn für Sie eine Unterstützung?
 - a) Ja - > inwiefern?
 - b) Nein - > eine Belastung? - > inwiefern?

VIII Anhang II: Curriculum Vitæ

Foto:



Angaben zur Person:

Name: Barbara Enk
Geburtsdatum: 01.11.1971
Adresse: Wiesenbach 26, 3161 St. Veit
Telefon: 0664/2017130
E-Mail: ba.enk@aon.at
Staatsangehörigkeit: Österreich

Schulbildung:

1978 – 1986: Volksschule und Hauptschule in
3193 St. Aegyd am Neuwald

1986 – 1988: Hauswirtschaftsschule in 3184 Türritz

1988 – 1991: Krankenpflegeschule in 3100 St. Pölten,
Diplomierung mit ausgezeichnetem
Erfolg

2001: Interdisziplinärer Lehrgang „Palliative
Care“ an der Landesakademie Linz

2005: Studienberechtigungsprüfung – Wien

2005 – 2006: Psychotherapeutisches Propädeutikum
an der Landesakademie St. Pölten

Laufend: rege Weiterbildungstätigkeit (z.B. Basale
Stimulation, Führungskompetenzen,
Pflegeplanung, Übergangspflege,
Suchterkrankungen, Validation,
Präsentationstechniken, Kommunikation,
Psychosomatik und diverse
Praktika (z.B. Supportteam
München, Dialog u.v.a.)

Akademische Bildung: 2005 – 2008 : Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien

seit Oktober 2005: Studentin im Ethiklehrgang an der Universität Wien

seit Jänner 2007: Studentin der Psychotherapie an der Donau-Universität Krems

Masterthesis zum Thema „Machtmissbrauch in der Psychotherapie“ - in Arbeit

Publikationen: „Braucht Pflege Wissenschaft?“
<http://www.pflegenetz.at/index>, April 2008

Berufserfahrung:

1987 – 1988: Ferialpraktika in der Gastronomie

1991 – 1992: DGKS im LKH Salzburg – Urologie

1993 – 1994: DGKS im KH Lilienfeld – Chirurgie

1994 – 2002: Case-Managerin – Sozialstation Lilienfeld

2002 – 2005: Stationsleiterin im Haus St. Elisabeth – St. Pölten

2002 – 2005: Leiterin der Arbeitsgruppe für „Lebens-Sterbe- und Trauerbegleitung“

seit 2002: Vortragstätigkeiten - Palliative Care

seit 2005: ehrenamtliche Bewährungshelferin

seit 2006: ehrenamtliche Sachwalterin

seit 2006: freiberufliche Tätigkeit als mobile DGKS

seit 2007: Mitarbeiterin im Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie an der Donau-Universität Krems

seit 2008: Mitarbeiterin im Projekt „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz

Soziale Fähigkeiten und Kompetenzen:

- großes Interesse an individuellen Lebensgeschichten
- Kommunikations- und Empathiefähigkeit, besonders in der Arbeit mit alten und kranken Menschen, benachteiligten Jugendlichen, Menschen mit psychischen Erkrankungen oder besonderen Bedürfnissen
- ausgeprägte Reflexionsfähigkeit durch die Psychotherapieausbildung
- Freude am Verfassen von Texten und wissenschaftlichen Arbeiten
- Vielseitigkeit

Organisatorische Fähigkeiten und Kompetenzen:

- Leitungskompetenz durch meine jahrelange Tätigkeit im mittleren Management
- analytische Fähigkeit zu Forschung und Entwicklung neuer Problemlösungsstrategien
- Multitaskingerfahrung als alleinerziehende, berufstätige, studierende Mutter

Thematische Schwerpunkte:

Palliative Care, Extramurale Pflege, Ethik, Theoriebildung für Praxisdisziplinen

IT-Kenntnisse und Kompetenzen:

souverän im Umgang mit Microsoft Office-Programmen (Excel, Word, Power Point, SPSS)

Hobbies:

Wintersport, tanzen, lesen, wandern, singen, Gitarre spielen, Fotografie, mein Hund, Bogen schießen, Landleben

Führerschein:

Klasse B

Zusätzliche Angaben:

Geburt meiner Tochter Viktoria am 18.9.1992

Besitzerin eines Bauernhofs mit der Vision dort einmal ein psychosoziales Projekt aufzubauen