

# Psychosoziale und sozialmedizinische Aspekte bei Demenz-Erkrankung

H. F. Durwen

*Klinik für Akut-Geriatrie, St. Martinus-Krankenhaus Düsseldorf*

## Zusammenfassung

Die Diagnose einer Demenz-Erkrankung wirft eine Vielzahl psychosozialer und sozialmedizinischer Fragen auf, die meist zunächst vom primär betreuenden Arzt beantwortet werden müssen. Abhängig vom Schweregrad der Erkrankung und der sozialen Situation des Patienten muss ein auf die Zukunft hin tragfähiges Versorgungsnetzwerk geknüpft werden. Dabei ist die Auswahl adäquater Versorgungsstrukturen, die Identifikation von Leistungsansprüchen und die Beantwortung von rechtlichen Implikationen zu beachten. Für jede dieser Dimensionen stehen differenzierte Module zur Verfügung. Die große Diversifikation bringt es allerdings mit sich, dass Patienten und Angehörige oftmals mit einer Konzeptbildung überfordert sind und der Unterstützung des primär betreuenden Arztes bedürfen.

**Schlüsselwörter:** Demenz-Erkrankung, Versorgungsnetzwerk, Sozialmedizin

## Psychosocial and socio-medical aspects of dementia

H. F. Durwen

### Abstract

The diagnosis of dementia raises many psychosocial and socio-medical questions that in most cases must be answered by the physician. According to the level of dementia and the social background of the patient, a strong and stable network of medical care has to be constructed. This task includes the choice of a suitable care-set, the identification of the patient's claim for benefits and the consideration of legal implications. For answering these questions, a quantity of elaborated modules have been developed. But this diversification often makes it difficult for the patient and his relatives to make their decision. To give them advice in this situation is one of the important tasks for the physician.

**Key words:** dementia, network of medical care, social medicine

© Hippocampus Verlag 2005

## Einleitung

Mit der Diagnose einer Demenz-Erkrankung ergeben sich für den Patienten selbst, aber vor allem auch für seine Angehörigen eine Vielzahl von Fragestellungen aus dem psychosozialen und sozialmedizinischen Bereich. Wie gestaltet sich die Versorgung des Patienten jetzt und in der nächsten absehbaren Zukunft, wie und worüber ist seine Versorgung zu finanzieren und welche möglichen rechtlichen Implikationen sind mit dem zunehmenden Verlust der geistigen Funktionen verbunden? Patienten und Angehörige sind mit der adäquaten Beantwortung dieser Fragen oftmals überfordert und tun sich schwer, sich in den feinen und differenzierten Verästelungen der sozialen Versorgungssysteme zurechtzufinden. In der Regel suchen die Patienten und ihre Angehörigen dann Rat bei ihrem Hausarzt bzw. bei ihrem behandelnden Nervenarzt, Neurologen oder Psychiater.

Vor diesem Hintergrund zielt der vorliegende Artikel darauf ab, den mit diesen Fragestellungen konfrontierten Kollegen

in einer Übersicht die wesentlichen psychosozialen und sozialmedizinischen Aspekte vorzustellen, auf die im Rahmen der Diagnose einer Demenz-Erkrankung zu achten ist, damit frühzeitig eine perspektivische Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen erfolgen kann.

Im wesentlichen sollten bei jedem Patienten mit der Diagnose einer Demenz-Erkrankung die folgenden drei Themenkomplexe geprüft bzw. behandelt und im Verlaufe der Erkrankung hinsichtlich ihrer Gestaltung angepasst werden:

- Auswahl der jeweils adäquaten Versorgungsstruktur
- Identifikation bestehender Leistungsansprüche
- Beantwortung rechtlicher Implikationen

Die drei genannten Themenkomplexe sollten mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen systematisch durchgesprochen werden. Auf dieser Grundlage kann dann, unter Berücksichtigung der jeweils besonderen individuellen Situation des Patienten, gemeinsam mit Patient und Angehörigen ein für die nächste absehbare Zeit sinnvolles und tragfähiges

psychosoziales und sozialmedizinisches Versorgungskonzept erarbeitet und dann ggf. mit Unterstützung der entsprechenden Berufsgruppen auch umgesetzt werden.

### Auswahl adäquater Versorgungsstrukturen

Bei der Auswahl einer adäquaten Versorgungsstruktur stellt sich immer die Frage nach Art und Umfang der Unterstützungsnotwendigkeit, die ihrerseits wiederum vom jeweiligen Stadium der Demenz-Erkrankung abhängig ist. So ist es durchaus möglich, dass ein Patient im frühen Stadium seiner Erkrankung vollständig mit ambulanten Hilfen, z.B. Nachbarschaftshilfe, ehrenamtliche Helfer oder Sozialstation, auskommt. Im mittleren Stadium der Erkrankung wird dann in der Regel die Inanspruchnahme intensiverer Versorgungsstrukturen notwendig. Hierbei kommen neben den ambulanten Diensten vor allem Tagesstätten, Tagespflege oder auch Einrichtungen der Kurzzeitpflege in Frage. Ist im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung die Pflegenotwendigkeit weit vorangeschritten, so ist eine Versorgung zu Hause meistens nicht mehr möglich und demzufolge eine Unterbringung im Pflegeheim angezeigt. Bei akuter Exazerbation des Krankheitsbildes, sowohl kognitive als auch nicht-kognitive Symptomatiken betreffend, ist die Einweisung in eine entsprechende geriatrische oder gerontopsychiatrische Fachabteilung indiziert.

Wie bereits aus den vorausgehenden Ausführungen hervorgeht, besteht ein elaboriertes und sehr diversifiziertes System von Versorgungsstrukturen, auf das je nach Bedarf und persönlicher Situation des Patienten (Wohnumfeld, familiärer Support, finanzielle Situation) zugegriffen werden kann. Auf die einzelnen zur Verfügung stehenden Module dieses Versorgungssystems und ihre inhaltlichen Ausgestaltungen wird im folgenden näher eingegangen.

#### Ambulante Versorgungsstrukturen

Von ambulanten Versorgungsstrukturen, d.h. ambulanten Pflegediensten, können im Grunde die vier unten genannten Leistungsebenen übernommen werden. Dabei hängt es von dem jeweiligen Dienst ab, ob alle Ebenen abgedeckt werden können oder nur Teile davon. Für den jeweiligen Patienten wird individuell und bedarfsgemäß zusammengestellt, welche Leistungsebenen er in Anspruch nehmen muss. Für den Patienten ist es wichtig, dass die Pflege seine Eigenständigkeit und sein Selbstwertgefühl unterstützt. Die Leistungen sollten daher nach dem Prinzip der aktivierenden Pflege (»Hilfe zur Selbsthilfe«, »Fördern und fördern ohne zu überfordern«) erfolgen.

- **Grundpflege** beinhaltet die Unterstützung beim Waschen, Zähneputzen, Anziehen sowie beim Lagern und Betten.
- **Behandlungspflege** schließt unter anderem die Medikamentengabe, aber auch Einreibungen, Wechsel von Verbänden, Geh- und Bewegungsübungen sowie Blutdruckmessung ein.
- **Hauswirtschaftliche Versorgung** bezieht das Reinigen der Wohnung ebenso ein wie die Reinigung von Wäsche und Kleidung oder das Besorgen von Nahrung und deren Zubereitung.

- **Psychosoziale Betreuung** umfasst die Begleitung bei Gängen außer Haus, z. B. zur Bank, zum Einkauf oder zum Besuch einer kulturellen Veranstaltung, aber auch die Strukturierung des Alltags durch entsprechende Beschäftigungsangebote bzw. die einfache Aufsicht zu Hause zur Vermeidung von Gefahren.

Das komplette Angebot, alle vier Leistungsebenen abzudecken, wird meistens nur von den Privaten Pflegediensten erfüllt. Auch Sozialstationen und Pflegevereine, die in der Regel von den freien Wohlfahrtsverbänden oder den Gemeinden getragen werden, können gelegentlich auch das gesamte Angebot gewährleisten, konzentrieren sich üblicherweise jedoch auf die Sicherstellung von Grund- und Behandlungspflege sowie ggf. auf die hauswirtschaftliche Versorgung. Weitere Dienstleister im ambulanten Versorgungsbereich sind: Nachbarschaftshilfe, ehrenamtliche Helfer, Betreuungsgruppen, Essen auf Rädern sowie Haushaltshilfen.

Die Laienhelfer der Nachbarschaftshilfe sehen ihre Aufgabe vorwiegend im Bereich der Besuchs- und Einkaufsdienste, in Ausnahmefällen auch im Bereich der Pflege. Die Nachbarschaftshilfen werden in der Regel von Wohlfahrtsverbänden oder Kirchengemeinden getragen. Neben der Nachbarschaftshilfe gibt es auch unabhängige Initiativgruppen und Vereine, die ehrenamtliche Laienhelfer vermitteln. Diese übernehmen meistens Krankenbesuche, gelegentlich auch kleinere Hausarbeiten. Um pflegende Angehörige stundenweise zu entlasten, werden von einigen regionalen Alzheimer-Gesellschaften Betreuungsgruppen organisiert, die ganztags oder halbtags zusammenkommen und in der Regel von einer Fachkraft geleitet werden. Für die hauswirtschaftliche Versorgung stehen Haushaltshilfen zur Verfügung, die meistens über Sozialstationen oder Pflegevereine vermittelt werden. Die Sicherstellung der Versorgung mit einem warmen Essen wird durch Essen auf Rädern gewährleistet, welches von verschiedenen Wohlfahrtsverbänden angeboten wird.

#### Teilstationäre Versorgungsstrukturen

Im Bereich der teilstationären Versorgung stehen drei Module zur Verfügung, die dem individuellen Bedarf des Patienten entsprechend in Anspruch genommen werden können:

- **Tagesstätte:** Sie kommt vor allem für Patienten in Frage, die noch kaum auf Betreuung und Pflege angewiesen sind. Inhaltlich stehen kreatives Gestalten und Bewegungsangebote im Vordergrund. Die Unterbringung erfolgt stundenweise, aber auch ganztags; ein regelmäßiger, d. h. täglicher Besuch ist nicht zwingend. Fahrdienste bestehen in der Regel nicht. Träger sind meistens Wohlfahrtsverbände oder auch Kommunen.
- **Tagespflege:** Sie ist am ehesten geeignet für Patienten mit pflegerischem Bedarf. Die Versorgung erfolgt durch Altenpfleger, zusätzlich bestehen aber auch strukturierende Betreuungsprogramme. Meistens existieren feste Patientengruppen. In der Regel ist die Inanspruchnahme auch tageweise möglich. Fahrdienste sind meistens vorhanden,

da die Einrichtungen üblicherweise an Alten- und Pflegeheime angeschlossen sind.

- **Tagesklinik:** Hierbei handelt es sich um eine ärztlich geleitete therapeutische Einrichtung, in der vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Konzeptes zur Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der Alltagskompetenzen medizinische und übend-therapeutische Behandlungen ambulant durchgeführt werden. Tageskliniken sind meistens geriatrischen oder gerontopsychiatrischen Einrichtungen angeschlossen.

### Vollstationäre Versorgungsstrukturen

Wird ein Patient von seinen Angehörigen zu Hause versorgt und fallen die pflegenden Angehörigen durch Urlaub oder Krankheit einmal aus, so kann der Patient vorübergehend, d.h. für bis zu vier Wochen im Jahr, in einer vollstationären Kurzzeitpflegeeinrichtung untergebracht werden. Diese Strukturen, die in der Regel an vollstationäre Pflegeheime angebunden sind, können bei akuter Verschlechterung eines Patienten auch als Interimslösung in Anspruch genommen werden, wenn kurzfristig kein geeigneter Pflegeheimplatz gefunden werden kann.

Ist die Versorgung eines Demenz-Patienten im vertrauten Wohnumfeld trotz der oben genannten Unterstützungsstrukturen nicht mehr möglich, so kommt nur die vollstationäre Betreuung in einem Pflegeheim in Frage. Dabei ist möglichst darauf zu achten, dass das angestrebte Pflegeheim konzeptionell auf die besonderen Belange von Demenz-Patienten eingestellt ist. Als ideal sind mehrgliedrige Einrichtungen anzusehen, die ein abgestuftes Angebot von Wohnbereichen sowie von offenen und geschlossenen Pflegebereichen vorhalten und damit dem Patienten im Rahmen des Voranschreitens seiner Erkrankung einen Kontextwechsel ersparen. Manche Pflegeheime bieten auch Wohngruppen an, in denen die Patienten in einem familienähnlichen Kontext von einem multi-professionellen Team betreut und gepflegt werden.

### Identifikation von Leistungsansprüchen

Parallel zur Organisation der für den jeweiligen Patienten adäquaten Versorgungsstruktur muss die Abklärung der Frage nach deren Finanzierbarkeit und der Rekrutierung von möglichen Leistungsansprüchen aufgegriffen werden. Leistungsansprüche können sich für Patienten mit Demenz-Erkrankung grundsätzlich aus den folgenden Versorgungssystemen ergeben: Pflegeversicherung, Sozialhilfe und Rentenversicherung.

#### Pflegeversicherung

Da bei den meisten Patienten die Demenz-Diagnose erstmalig nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben gestellt wird, kommen für diesen Personenkreis primär Ansprüche an die Pflegeversicherung in Frage. Die Leistungen der Pflegeversicherung hängen von den sogenannten Pflegestufen ab. Je mehr Pflegezeit ein Patient durchschnittlich am

Tage benötigt, um so höher ist die Pflegestufe und damit die finanzielle Leistung der Pflegekasse.

Grundvoraussetzung für die Zuweisung einer Pflegestufe ist, dass ein Patient dauerhaft pro Tag auf mindestens 90 Minuten Hilfe und Betreuung angewiesen ist. Sind diese Kriterien erfüllt, so erhält der Patient Pflegestufe I. Pflegestufe II wird zugesprochen, wenn mindestens 3 Stunden Pflegebedarf pro Tag besteht, Pflegestufe III verlangt einen Bedarf von 5 Stunden. Bei der Beurteilung, die in der Regel vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) im dauerhaften Wohnumfeld des Patienten durchgeführt wird, werden als Kriterien die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens zugrundegelegt. Hierzu gehören vor allem die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität (Aufstehen, Ankleiden, Verlassen der Wohnung etc.) sowie auch die hauswirtschaftliche Versorgung.

Die Beantragung einer Pflegestufe erfolgt förmlich bei der Pflegeversicherung. Dabei ist es sicherlich hilfreich, wenn ein ärztliches Attest, welches auf die oben genannten Aspekte von Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlicher Versorgung eingeht, dem Antragsformular beigelegt wird.

Wird eine Pflegestufe gewährt, so richtet sich die Höhe der Zuwendung nach der Höhe der Pflegestufe sowie nach Geld- und Sachleistungen, bzw. nach Leistungen zur Pflege im Heim.

Geldleistungen werden gewährt, wenn die Familie oder andere Personen die Pflege des Erkrankten übernehmen. Die etwas höheren Sachleistungen können in Anspruch genommen werden, wenn ein bei den Kassen eingeschriebener, professioneller Pflegedienst die Pflege übernehmen soll. Noch etwas höher sind die finanziellen Zuwendungen, wenn eine Pflege im Heim ansteht. Schließlich können Geld- und Sachleistungen auch als Kombinationsleistungen in Anspruch genommen werden.

Darüber hinaus werden von der Pflegeversicherung auch noch Pflegehilfsmittel, technische Hilfsmittel sowie Kostenerstattungen für behindertengerechte Umbaumaßnahmen der Patienten-Wohnung finanziert.

Kann die Pflegeperson die Versorgung des Patienten aufgrund von eigener Erkrankung oder von Urlaub nicht wahrnehmen, so kann die sogenannte Verhinderungspflege, die ebenfalls von der Pflegekasse finanziert wird, in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus ist es zusätzlich zur Verhinderungspflege möglich, einen Patienten für maximal vier Wochen auf Kosten der Pflegekasse in einer Kurzzeitpflege unterzubringen.

#### Sozialhilfe

Leistungen aus der Sozialhilfe können nur dann in Anspruch genommen werden, wenn zuvor alle anderen Leistungsmöglichkeiten ausgeschöpft wurden. Hierzu zählen Leistungen aus Kranken- und Pflegekasse sowie Beihilfe und Rentenversicherung ebenso wie nach Berücksichtigung von entsprechenden Freibeträgen/Schonvermögen Unterhaltsan-

sprüche gegenüber Angehörigen und das Einbringen von eigenem Vermögen. Die Sozialhilfe tritt immer nur für ein möglicherweise verbleibendes Defizit nach Ausschöpfen aller sonstigen relevanten Leistungsmöglichkeiten ein. Die Leistungserbringung erfolgt für alle relevanten Leistungsstrukturen, so wie bei der Pflegeversicherung auch. Die Beantragung erfolgt mittels Formblatt beim Sozialamt.

### Rentenversicherung

Nur in relativ wenigen Fällen von Demenz-Erkrankung kommen Leistungen aus der Rentenversicherung zum Tragen, nämlich wenn die Diagnose gestellt wird, während der Patient noch voll im Berufsleben steht. Trifft diese Konstellation jedoch zu, so sollte großzügig verfahren und rechtzeitig eine Berentung beantragt werden. Demenz-Patienten sind häufig schon im beginnenden Stadium ihrer Erkrankung den Anforderungen des Berufslebens nicht mehr gewachsen. Der Antrag sollte dann rechtzeitig vor Ablauf des Krankengeldes (max. 18 Monate) gestellt werden, um für den Patienten soziale Härten zu vermeiden. Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn der Patient aus gesundheitlichen Gründen höchstens noch dazu in der Lage ist, eine sogenannte geringfügige Arbeit zu leisten. Dies ist in der Regel dann gegeben, wenn kognitive Defizite und daraus resultierende Fehlleistungen offensichtlich werden, Überforderungssituationen eintreten und ein zu erwägender Stellenwechsel für den Patienten eher kontraproduktive Konsequenzen mit sich bringen würde.

Der Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente wird förmlich beim Rentenversicherungsträger gestellt. Voraussetzung für die Gewährung einer Erwerbsunfähigkeitsrente ist die Erfüllung folgender Kriterien:

- Feststellung der Erwerbsunfähigkeit durch den jeweiligen Rentenversicherungsträger
- Mindestversicherungszeit von 5 Jahren
- Versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis von mindestens 3 Jahren innerhalb der letzten 5 Jahre

### Rechtliche Implikationen

Mit der Stellung der Diagnose einer Demenz-Erkrankung ergeben sich in Abhängigkeit von der Ausprägung des Krankheitsbildes entweder schon zum Zeitpunkt der Diagnosestellung selbst oder aber im Verlauf des Krankheitsgeschehens eine ganze Reihe von Implikationen, die aufgrund der Natur der Erkrankung im wesentlichen auf die rechtliche Fragestellung fokussieren, inwieweit der Patient noch in der Lage ist, seine Angelegenheiten ganz oder teilweise zu regeln. Patienten, die Einschränkungen in diesem Sinne zeigen, bekommen dann für die Angelegenheiten, die sie selbst nicht mehr adäquat erledigen können, einen Betreuer als gesetzlichen Vertreter. Steht die Erkrankung am Beginn ihrer Entwicklung und ist der Patient noch als voll geschäftsfähig anzusehen, so ist auch an die Möglichkeit der Realisation einer Vorausverfügung zu denken. Die Einrichtung einer Vor-

ausverfügung zur Regelung von Belangen im Stadium der Erkrankung ist sinnvollerweise auch schon dann anzustreben, wenn noch keinerlei Erkrankung vorliegt.

### Einrichtung einer Betreuung

Die Einrichtung einer Betreuung ist dann sinnvoll, wenn ein Demenz-Patient aufgrund seiner Erkrankung selbst mit Hilfe nicht mehr in der Lage ist, seine persönlichen Belange zu regeln. Die Betreuung wird dabei ausschließlich für die Bereiche, sogenannte Aufgabenkreise, eingerichtet, die vom Patienten selbst nicht mehr bewältigt werden können. Allerdings kann es bei bereits weit vorgeschrittener Erkrankung möglich sein, dass eine Betreuung für alle Aufgabenkreise eingerichtet werden muss. Häufige *Aufgabenkreise* einer Betreuung sind:

- Ärztliche Heilbehandlung
- Aufenthaltsbestimmung
- Wohnungsangelegenheiten
- Abschluss von Heimverträgen
- Organisation ambulanter Hilfen
- Vermögensverwaltung

Wird bei einem Patienten eine Betreuung eingerichtet, so ist für den jeweiligen Aufgabenkreis stets die Sichtweise des Betreuers zu berücksichtigen. Der Betreuer handelt allerdings nur im Rahmen des ihm übertragenen Aufgabenkreises. Er ist verpflichtet, mit dem Patienten ständigen Kontakt zu halten und in dessen bestmöglichem Interesse zu handeln. Allerdings hat die Betreuung keinerlei Auswirkungen auf die Geschäftsfähigkeit des betroffenen Patienten. Er ist also weiterhin ohne Rücksprache mit seinem Betreuer berechtigt, Rechtsgeschäfte auszuüben. Besteht allerdings eine erhebliche Gefährdung des Vermögens, so kann über das Vormundschaftsgericht ein sogenannter Einwilligungsvorbehalt angeordnet werden. Der Patient kann dann nur mit Zustimmung des Betreuers rechtswirksame Geschäfte abschließen. Unterstützung des Vormundschaftsgerichts benötigt der Betreuer ferner bei freiheitsentziehenden Maßnahmen sowie bei einer geplanten Wohnungsauflösung im Rahmen einer Heimunterbringung.

Die Einrichtung einer Betreuung erfolgt in der Regel beim Vormundschaftsgericht des zuständigen Amtsgerichtes. Voraussetzungen sind eine fachärztliche Begutachtung sowie die persönliche richterliche Anhörung. Die Reevaluation einer eingerichteten Betreuung findet spätestens nach 5 Jahren statt. Eine Betreuung kann grundsätzlich von jedem übernommen werden. Artikuliert der Betroffene keine besonderen Wünsche oder ist er dazu nicht mehr in der Lage, so wird das Vormundschaftsgericht in der Regel geeignete Verwandte, Freunde oder Bekannte als Betreuer bestellen. Sind allerdings keine geeigneten Personen aus diesen Kreisen greifbar, so werden Berufsbetreuer eingesetzt.

## Vorausverfügungen

Wie bereits oben dargelegt, können im Vorfeld jeglicher Erkrankung oder auch noch im frühesten Stadium einer Demenz-Erkrankung sogenannte Vorausverfügungen abgefasst werden, die sicherlich am besten den Willen des Betroffenen widerspiegeln und dann die spätere Einrichtung einer Betreuung unnötig machen. Insgesamt gibt es drei Formen von Vorausverfügungen mit jeweils unterschiedlicher Akzentsetzung:

- **Vorsorgevollmacht:** Sie ist eine schriftliche Willenserklärung zur Beauftragung eines Bevollmächtigten für bestimmte Aufgaben und Fragestellungen im mit Hilflosigkeit einhergehenden Krankheitsfalle. Sie tritt also erst für diesen Fall der Hilflosigkeit in Kraft. Relevante Aspekte sind die oben im Rahmen der Aufgabenkreise benannten medizinischen und versorgungsrelevanten Belange. Vorsorgevollmachten werden in der Regel notariell verfasst und setzen die volle Geschäftsfähigkeit der betroffenen Person voraus. Eine staatliche Kontrolle (z. B. durch das Vormundschaftsgericht) hinsichtlich der korrekten Umsetzung gibt es nicht.
- **Patientenverfügung:** Sie wird in der Regel ebenfalls notariell erstellt und bei Eintritt des Betreuungsfalles dem Vormundschaftsgericht vorgelegt. Inhaltlich fokussiert die Patientenverfügung auf die Artikulation von Wünschen zu medizinischen und ärztlichen Behandlungsmaßnahmen im Falle späterer Hilflosigkeit. Insbesondere sollten Kriterien aufgezeigt werden, unter welchen Umständen lebensverlängernde Maßnahmen ergriffen oder auch nicht ergriffen werden sollten. Es ist sicherlich ratsam, dass auch der Hausarzt eine Kopie der Patientenverfügung erhält.
- **Betreuungsverfügung:** Hierbei handelt es sich um die frühzeitige Bestimmung eines Betreuers, der im Falle der Hilflosigkeit vom Vormundschaftsgericht eingesetzt werden soll. Vorgaben für spätere Lebensgestaltungen im Zustand der Hilflosigkeit sind möglich. Betreuungsverfügungen können auch von Betroffenen verfasst werden, die nicht mehr voll geschäftsfähig sind. Eine Hinterlegung der Betreuungsverfügung beim Vormundschaftsgericht ist sinnvoll.

## Weitere rechtliche Implikationen

Im Zusammenhang mit der Diagnose einer Demenz-Erkrankung sind für das familiäre Umfeld immer auch *Haftungsfragen* von großem Interesse. Sind Angehörige dafür haftbar zu machen, wenn durch einen Demenz-Patienten ein Schaden verursacht wird? Grundsätzlich ist hierzu anzumerken, dass bei Unzurechnungsfähigkeit eines Erkrankten keine Verpflichtung zum Schadenersatz durch Angehörige besteht. Denn Angehörige sind nicht gegenseitig für Schäden haftbar zu machen. Allerdings besteht für den Haushaltsvorstand eine Verpflichtung, vorhersehbare Gefahrenquellen zu beseitigen. So ist es sehr ratsam, einem Demenz-Patienten, selbst im frühen Stadium der Erkrankung, jede Möglichkeit zu nehmen, eigenständig ein Kraftfahrzeug zu führen, da aufgrund der eingeschränkten Kognition ein erhöhtes

Unfallrisiko besteht. Auch im Falle einer Betreuung gilt, dass der Betreuer haftbar gemacht werden kann, wenn eine schuldhaftige Pflichtverletzung im Bereich der übertragenen Aufgabenkreise nachgewiesen werden kann. Es ist daher in jedem Falle sinnvoll, eine Haftpflichtversicherung abzuschließen, um gegen eventuelle Schadenersatzansprüche finanziell abgesichert zu sein.

Weitere Fragen, die sich der Familie nach einer Demenz-Diagnose häufig aufdrängen, beziehen sich auf die *Geschäfts- und Testierfähigkeit* des Betroffenen. Personen sind dann geschäftsunfähig, wenn sie unter einer nicht nur vorübergehenden krankhaften Störung der Geistestätigkeit leiden, welche die freie Willensbestimmung ausschließt. Willenserklärungen, die in einem solchen Zustand abgegeben werden, sind nichtig. Vollmachten sollten daher rechtzeitig, d. h. möglichst im frühesten Stadium der Demenz oder sogar vor Erkrankung, verfasst werden, da sie nur von voll geschäftsfähigen Personen erteilt werden dürfen. Bei fraglicher Geschäftsfähigkeit ist es ratsam, einen Notar hinzuzuziehen, der die volle Geschäftsfähigkeit im Rahmen der Beurkundung überprüft. Gleiches gilt auch für die Erstellung eines rechtsgültigen Testamentes, welches die volle Testierfähigkeit voraussetzt. Ist eine Person jedoch geschäftsunfähig, so besteht auch keine Testierfähigkeit.

## Zusammenfassung

Mit der Diagnose einer Demenz-Erkrankung wird eine Vielzahl von psychosozialen und sozialmedizinischen Fragen aufgeworfen, die im ersten Anlauf in der Regel vom primär betreuenden Arzt gebahnt und beantwortet werden müssen. In Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung und der individuellen sozialen Situation des Patienten muss ein auf die Zukunft hin tragfähiges Versorgungsnetzwerk geknüpft werden. Dabei gilt es, die folgenden Dimensionen zu beachten: Auswahl der adäquaten Versorgungsstrukturen, Identifikation von Leistungsansprüchen und Beantwortung von rechtlichen Implikationen. Jede dieser Dimensionen hält differenzierte Module vor, so dass es heutzutage in jedem Falle möglich sein muss, für jeden Patienten ein individuell geschnürtes, leistungsgerechtes Versorgungspaket zu realisieren. Die große Diversifikation bringt es allerdings mit sich, dass die Patienten und ihre Angehörigen oftmals mit einer Konzeptbildung überfordert sind. Hier erwächst zunehmend auch eine Aufgabe für den primär betreuenden Arzt. Er sollte in der Lage sein, den auf Hilfe angewiesenen Angehörigen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen und die erste Konzeptbildung mitzugestalten und zu begleiten, um dann die betroffenen Familien in die Obhut der entsprechenden Fachdisziplinen zu entlassen.

## Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. Herbert F. Durwen  
Klinik für Akut-Geriatrie  
St. Martinus-Krankenhaus  
Gladbacher Str. 26  
40219 Düsseldorf  
H.Durwen@martinus-duesseldorf.de