

Förderung von Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen und die Debatte um die „Aufsichtspflicht“¹

Thomas Klie

I. Vorbemerkung

Eine verantwortliche Begleitung und Betreuung von Menschen mit Demenz rückt immer mehr ins Zentrum von Altenhilfe- und pflegepolitischen Bemühungen. Die Zahl von Menschen mit Demenz nimmt zu: Heute sind es bereits über eine Million Bundesbürgerinnen und Bürger, auf die eine der 30 unterschiedlichen Demenz-Diagnosen² zutrifft. In den nächsten Jahrzehnten wird die Zahl auf bis zu zwei Millionen ansteigen. Es nimmt aber nicht nur die Zahl und damit auch die gesellschaftliche Bedeutung von Menschen mit Demenz zu, ebenso vermehren sich die Wissensbestände über adäquate Formen ihrer fachlichen Begleitung und Förderung. Waren es zunächst eher als experimentell zu bezeichnende neue Wege, die in der Begleitung von Menschen mit Demenz gegangen wurden, wissen wir heute wesentlich besser, welche Faktoren maßgeblich sind für eine die Lebensqualität von Menschen mit Demenz fördernde Begleitung und Betreuung, wie typischerweise bestehende Risiken eingeschätzt werden können und welche prophylaktischen Maßnahmen, etwa hinsichtlich der Sturz- und Frakturgefahren oder so genannter „Weglaufendenzen“ ergriffen werden können und welche Reaktionen auf so genannte „herausfordernde Verhaltensweisen“ von Menschen mit Demenz als angemessen betrachtet werden können.³

¹ Eine Erwiderung zu dem Aufsatz von Barth, L. (2008): Teil 1 - Zu den Aufsichtspflichten einer Alten- und Pflegeeinrichtung über einen dementiell erkrankten Bewohner. In: *Pflegerecht* 01/2008. S. 3-14 sowie Barth, L. (2008): Teil 2. In: *Pflegerecht* 02/2008. S. 53-63.

Vgl. Renn, H. (2007): Aufsicht bei Demenz. In: *Zeitschrift Pflegerecht* 09/2007, S. 413 ff.

² Vgl. Weyerer, S., et al. (2006): Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Stuttgart

³ ebd., a.a.O.

Vgl. Dettbarn-Reggentin, J. (2005): Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38 Jg., 02/2005, S. 95-100

Vgl. Klie, Th., et al. (2005): Konzeptionelle und rechtliche Varianten der Versorgung von Menschen mit Demenz zwischen ambulant und stationär. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38. Jg., 02/2005, S. 122-127.

Inzwischen liegen systematisch aufbereitete Wissensbestände in Form von ärztlichen Leitlinien⁴, monoprofessionellen nationalen Pflegestandards⁵, aber auch multiprofessionellen Qualitätsniveaus für die adäquate Begleitung von Menschen mit Demenz vor.⁶

Diese Wissensbestände – aggregiert in evidenzbasierten Standardaussagen⁷ – ermöglichen zum einen eine neue Qualität der fachlichen Auseinandersetzung über die richtigen Wege der so genannten „Demenzbetreuung“. Sie tragen zum anderen auch dazu bei, dass die juristische Diskussion verbindliche Bezugspunkte für das bekommt, was sie als Sorgfaltsmaßstäbe im Haftungsrecht, als „state of the art“ im Heim- aber auch Sozialrecht heranzieht, um präventiv, aber häufig auch ex post Aussagen darüber machen zu können, ob und wie etwa Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Heimes oder aber Träger von Einrichtungen und Diensten ihrer Verantwortung nachgekommen sind oder nachkommen können. Dem gegenüber findet sich die pflegerechtliche Diskussion um die „Aufsichtspflicht“ in vollstationären Pflegeeinrichtungen nicht immer auf der Höhe der Zeit⁸. Aber auch viele Professionelle, Einrichtungen und Dienste, sowie gesetzliche Betreuer beherzigen nicht systematisch die heute zur Verfügung stehenden Wissensbestände in der Begleitung und Betreuung von Menschen mit Demenz. Es steht fest, dass immer noch zu viel – häufig ohne rechtliche Legitimation und fachlich ohne hinreichende Begründung – Menschen in ihren Freiheitsrechten beeinträchtigt werden.⁹

⁴ DEGAM (Hrsg.)(2004): DEGAM-Leitlinie Nr. 4 - Ältere Sturzpatienten, Düsseldorf: Omikron Publishing.

⁵ Schiemann, D./ Moers, M. (2005): Entwicklung und Anwendung nationaler Expertenstandards in der Pflege In: Dieffenbach, S., et al. (Hrsg.)(2005): Management Handbuch Pflege, 4. Aufl. Heidelberg, S. 1-21.

⁶ Vgl. Schäufele, M., et al. (2008): Qualitätsniveau I: Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen. Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (Hg.). Heidelberg

⁷ demnächst auch zu erwarten für den Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. Vgl. Meyer, G. et al. (2006): Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39. Jg., 03/2006, S. 159-164

Vgl. die Münchner Studie zu freiheitsentziehenden Maßnahmen in Pflegeheimen. In: Hoffmann B./Klie, T. (2004): Freiheitsentziehende Maßnahmen. Heidelberg

⁸ Vgl. dazu etwa Barth, L. (2008): Zu den Aufsichtspflichten einer Alten- und Pflegeeinrichtung über einen dementiell erkrankten Bewohner. (1. Teil) In: Pflegerecht, 01/2008, S. 3-14

⁹ Vgl. etwa Hoffmann, B. / Klie, Th. (2004): Freiheitsentziehende Maßnahmen. Heidelberg

Vgl. Klie, Th., et al. (2005): Pflege ohne Gewalt? Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen. Entwicklung von Präventions- und Handlungsstrategien. Köln

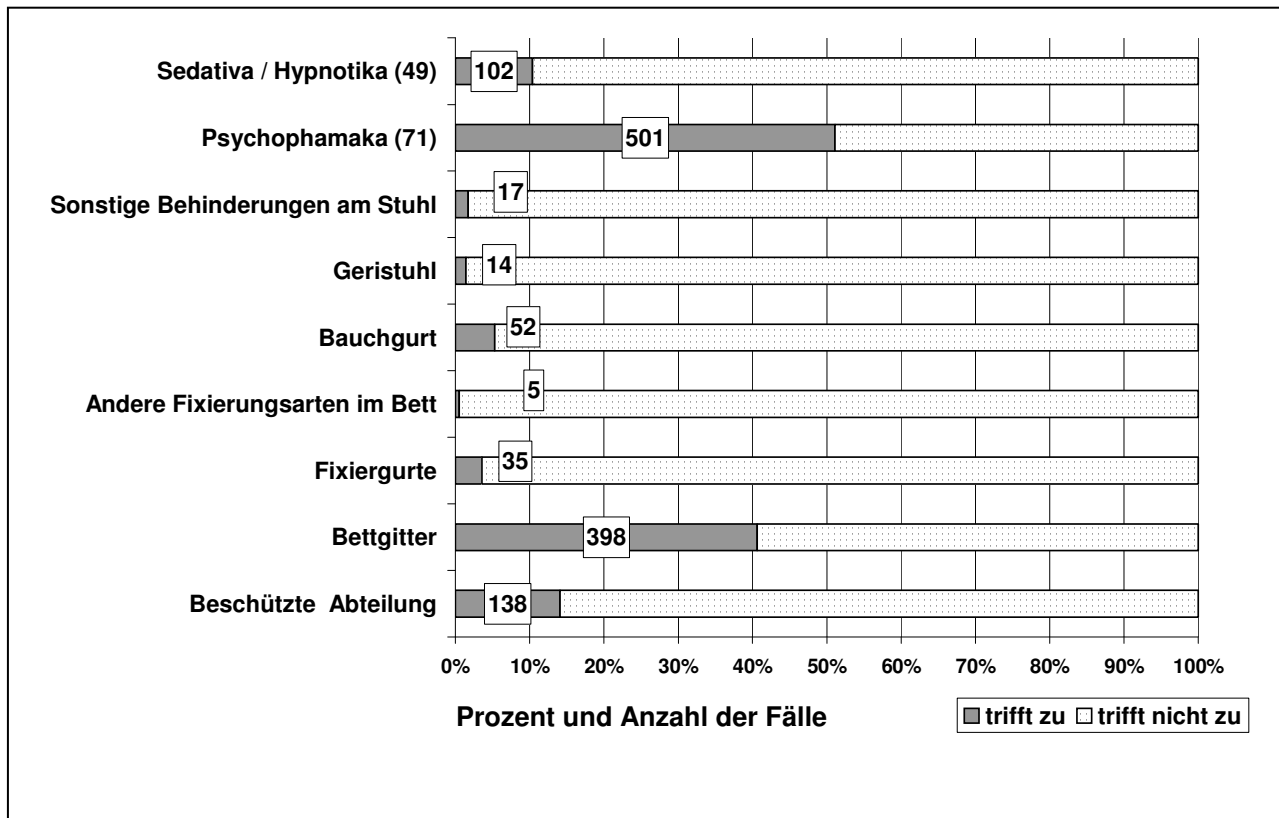


Abb.: 1: Klie, Th./Pfundstein, Th. (2004): Münchener Studie: Freiheitsentziehende Maßnahmen in Münchener Pflegeheimen, S. 105 In: Hoffmann, B./Klie, T. (2004): Freiheitsentziehende Maßnahmen. Heidelberg. S. 75-130.

Es ist also allenthalben Handlungsbedarf gegeben, wenn es um die Bewertung, aber auch die Praxis des Umgangs mit Menschen mit Demenz geht, die einen Anspruch darauf haben, dass sie in einer menschenwürdigen Lebensführung unterstützt, fachlich adäquat begleitet und sowohl in ihrer Mobilität als auch in ihrer Sicherheit gefördert werden.¹⁰ Die Verpflichtung aller Beteiligten besteht darin, ihnen eine „State of the Art“-Betreuung angedeihen zu lassen. Dies ergibt sich etwa

- aus § 11 Heimgesetz, wenn dort verlangt wird, dass nach dem jeweiligen Stand der einschlägigen Fachdisziplin zu handeln ist,
- aus § 11 SGB XI, der die Umsetzung des allgemein anerkannten Standes in Medizin und Pflege verlangt.

Bei haftungsrechtlichen Auseinandersetzungen, wird auf die im Verkehr erforderliche Sorgfalt abgehoben.

¹⁰ Dies konsentiert auch Barth, L (2008): Teil 1 - Zu den Aufsichtspflichten einer Alten- und Pflegeeinrichtung über einen dementiell erkrankten Bewohner. In: Pflegerecht 01/2008. S. 6

- § 1901 BGB verpflichtet die Betreuer, das Wohl des Betroffenen unter Berücksichtigung ihrer Wünsche zu verfolgen.¹¹

Überall finden sich unbestimmte „Standardanknüpfungen“.

II. Qualitätsniveau - Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen¹²

Die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS)¹³ hat in den vergangenen vier Jahren für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend insgesamt drei Qualitätsniveaus entwickelt, die multidisziplinär angelegt sind und evidenzbasierte Wissensbestände zusammentragen, die für einen fachgerechten und durch Kooperation geprägten Umgang mit Menschen mit Demenz in vollstationären Pflegeeinrichtungen formulieren.¹⁴ Sie wurden gemeinsam von Pflegewissenschaftlern, Fachärzten, Juristen, Hauswirtschaftlern, Rehabilitations- und Sportwissenschaftlern unter der Beteiligung von Vertretern der Alzheimergesellschaft entwickelt. Sie sind für Heimträger und für das Pflegefachpersonal eine verbindliche Referenz, wenn es darum geht den „State of the Art“ zu beherzigen und dies nicht nur monodisziplinär – aus der Sicht der Pflegewissenschaft, sondern multidisziplinär.

Neben dem Qualitätsniveau - Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen - liegt das Qualitätsniveau - Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung für Menschen in Einrichtung der Pflege und Betreuung - vor. Das Qualitätsniveau - Aspekte persönlicher Lebensführung und Teilhabe bei Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf - ist noch in Arbeit.¹⁵ Definiert wird das Qualitätsniveau als ein systematisch entwickeltes, multidisziplinäres und evidenzbasiertes Set von inhaltlichen Festlegungen zu einem strategisch relevanten Thema in Pflege und Betreuung. Das Qualitätsniveau konkretisiert den empirisch wissenschaftlichen Stand der Künste aus unterschiedlichen Wissensgebieten zu dem jeweiligen Thema mittels Expertenkonsens. Es benennt die funktions- und professionsgebundene Verantwortung interner und externer Akteure und gibt hierzu ergebnisorientierte, handlungsleitende Empfehlungen.

¹¹ Ausführlich zu Rechtsfragen der Qualitätssicherung –vgl. Bieback, K.-J. (2004): Qualitätssicherung der Pflege im Sozialrecht. Heidelberg

¹² Schäufele, M/ Hendlmeier, S./ Teufel, S./ Weyerer, S. (2008) Qualitätsniveau I - Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit dementiellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen. BUKO-QS (Hrsg.), Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Heidelberg.

¹³ www.buko-qs.de

¹⁴ Aktuell werden die Qualitätsniveaus exemplarisch implementiert, wie es sich in der qualitätswissenschaftlichen Landschaft gehört.

¹⁵ Vgl. Allgemein zu nationalen Qualitätsniveaus Beikirch/Klie (2007), In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Jahrgang 40, S. 147-157.

II.1. Der Aufbau der Qualitätsniveaus

Dem Qualitätsniveau liegt ein Strukturmodell zugrunde, das eine Kernaussage in den Mittelpunkt stellt und aus diesen Zielen ableitet an denen sich die Qualitätsfestlegung und Empfehlung orientieren. Im Fall des Qualitätsniveau I wurde weiterhin ein Sonderfall „für herausfordernde Situationen“ formuliert: Hier geht es um bewegungseinschränkende und speziell freiheitsentziehende Maßnahmen „als letzte Möglichkeit“.

Kernaussage: Mobilität und Sicherheit jedes/jeder Bewohners/In mit Demenz werden entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfen gefördert.

- Ziel 1:* Für den/die Bewohner/In mit Demenz sind die infrastrukturellen Voraussetzungen und konzeptionellen Vorgaben geschaffen, sich entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen uneingeschränkt fortzubewegen.
- Ziel 2:* Der/Die Bewohner/In mit Demenz nimmt entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfen an Angeboten zur Erhaltung und Förderung der Mobilität teil.
- Ziel 3:* Gefährdungen des/der Bewohners/In mit Demenz beim unbemerkten Verlassen der Einrichtung sind erkannt. Durch auf ihre Bedürfnisse und Bedarfe abgestimmte Maßnahmen ist die Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Verletzungen verringert.
- Ziel 4:* Bei dem/der Bewohner/In mit Demenz sind Einschränkungen der Mobilität sowie deren Ursachen identifiziert.
- Ziel 5:* Einschränkungen der Mobilität werden den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen des/der Bewohners/In mit Demenz entsprechend behandelt und sind kompensiert.
- Ziel 6:* Der/Die Bewohner/In mit Demenz erhält individuell abgestimmte Maßnahmen zur Minimierung von Stürzen und von Sturzfolgen.
- Ziel 7:* Der/Die Bewohner/In mit Demenz und stark eingeschränkter Mobilität erhält auf ihre Bedürfnisse und Bedarfe abgestimmte Maßnahmen, um das Auftreten von Sekundärkomplikationen zu verringern.

Hilfestellung für herausfordernde Situationen(Sonderfall):

Bei dem/der Bewohner/In mit Demenz sind bewegungseinschränkende und speziell freiheitsentziehende Maßnahmen nur als letzte Möglichkeit einzusetzen, um die Wahrscheinlichkeit schwerwiegender Verletzungen abzuwenden.¹⁶

¹⁶ Schäufele, M. , et al. (2006), Qualitätsniveau I - Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen. In: Qualitätsniveaus in der Altenpflege. BUKO-QS e.V. (Hrsg.) Berlin.

Auf einer zweiten Ebene finden sich handlungsleitende Empfehlungen, die Verwendung für externe und interne Akteure. Zu ihnen gehören die Heimträger, die Pflegefachkräfte, die Bevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuer, Angehörige, behandelnde Ärzte, Therapeuten – um die wichtigsten zu nennen. Damit unternehmen die Qualitätsniveaus den Versuch, die jeweils spezifische Rolle und/oder Verantwortung aller Beteiligten in Bezug auf das Ziel übersichtlich zu begründen und für alle nachvollziehbar darzustellen. Auf diese Weise wird die Transparenz für das Zusammenwirken aller Beteiligten erhöht und eine systematische Überprüfung der gewünschten Ergebnisse möglich. Die Kriterien sind dabei überwiegend so formuliert, dass das anzustrebende Ergebnis benannt wird und nicht das konkrete Vorgehen. Der Vielfalt organisatorischer und konzeptioneller Gestaltungen vor Ort soll damit Rechnung getragen werden. Soweit die Anwendung professionsgebundener Standards und Leitlinien mitgedacht werden muss, werden Hinweise gegeben. Auch finden sich in der Matrix Hinweise auf standardisierte Instrumente (Screening, Testverfahren, Assessments) von denen die wissenschaftlichen Teams, die die Qualitätsniveaus erarbeitet haben, überzeugt sind, dass sie wichtige Entscheidungshilfen für die Praxis darstellen. Risiken der Bewohnerinnen und Bewohner sollen damit erkannt, minimiert und/oder subjektive Beobachtungen durch Angehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen in einen objektiven Zusammenhang gestellt werden. Die konsequente Beachtung einer aktiven Rolle der Bewohnerinnen und Bewohner und der für sie bevollmächtigten Person (gesetzliche Betreuer) stellt den Versuch dar, Teilhabe und selbstständige Lebensführung auch auf dieser Ebene Geltung zu verschaffen.

Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen hat in Zeiten begrenzter Ressourcen und limitierter finanzieller Möglichkeiten besondere Bedeutung erlangt und zwar insbesondere in Hinblick auf „gleichen Zugang zur Versorgung für alle Bürger“, „Lebensqualität der Patienten- und Konsumentenzufriedenheit“ sowie kosteneffektive Ressourcennutzung. Aus diesem Grund ist es als legitim anzusehen, dass die Gesellschaft eine systematische und konsequente Evaluation der gesundheitlichen Versorgung erwartet. Nur so kann sichergestellt werden, dass Ressourcen angemessen eingesetzt werden, und Gesundheitsversorgung sowie Pflege und Betreuung in bestmöglicher Qualität realisiert werden. Hierzu leisten die Qualitätsniveaus ihren Beitrag.

II.2. Bedeutung der Qualitätsniveaus für Heimträger

Die Qualitätsniveaus vermitteln dem Heimträger einen komprimierten Überblick über all die Aspekte, die bei der Betreuung von Menschen mit Demenz zu berücksichtigen sind, wenn es um die Fragen Mobilität und Sicherheit geht. Sie bieten die Möglichkeit, anhand der Matrizen

nachzuprüfen, ob die dort notierten Kriterien bedacht und welche Antworten die Einrichtung geben muss. Sie bieten den Heimen gegenüber Ärzten verbindliche Stichworte zur Abklärung einer bestmöglichen Versorgung der Betreuten, so es um den Problembereich Mobilität und Sicherheit geht. Für die eigene Rolle und den eigenen Verantwortungsbereich enthalten die Qualitätsniveaus klare Hinweise für eine am Wohle des Betreuten orientierte Aufgabenwahrnehmung. Dabei sind die darin enthaltenen Anforderungen nicht immer ohne weitergehende Implikationen, etwa hinsichtlich der Geltendmachung von sozialrechtlichen Ansprüchen, wenn es etwa um die Gewährung von Hüftprotektoren durch die gesetzlichen Krankenkassen geht¹⁷ oder darum, mit den professionellen Pflegekräften oder dem behandelnden Arzt diagnostische und therapeutische Optionen abzuklären.

Im „Sonderfall“ bietet das Qualitätsniveau Hinweise, wie in Entscheidungssituationen, in denen es um freiheitsentziehende Maßnahmen geht, Bettgitter, Fixierungsgurt, so zu entscheiden ist, dass die Fixierung wirklich ein Sonderfall bleibt und alle anderen zu Gebote stehenden Möglichkeiten des fachgerechten Umgangs mit dem Spannungsverhältnis zwischen Mobilität und Sicherheit ausgeschöpft werden.¹⁸

Die nachfolgenden Matrizen veranschaulichen die Qualitätsniveaus¹⁹

II.3. Ausblick Qualitätsniveaus

Kompletierend sind die inzwischen zahlreich vorliegenden monodisziplinären Qualitätsstandards und bieten für interne Qualitätssicherungsmaßnahmen für Einrichtungen und Dienste eine wichtige und verbindliche Orientierungshilfe. Es ist an der Zeit, dass entsprechende Qualitätsniveaus sich in der Breite etablieren, um allen Handelnden – gerade in dem multidisziplinären Zusammenwirken – eine gemeinsame Grundlage für qualitätsgesichertes Handeln geben. Damit würde der Beliebigkeit Grenzen gesetzt, Entscheidungen aus Ängstlichkeit oder Unsicherheit vorgebeugt und ein Beitrag dazu geleistet, dass die inzwischen vielfach vorliegenden Wissensbestände sich zum Wohle der Heimbewohner in der Praxis realisieren lassen.

¹⁷ LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 31.05.2007, AZ: L16[5,2] KR 70/00. In: *Altenheim* 9/2007, 46. Jahrgang. S. 29

¹⁸ Auf die Problematik der freiheitsentziehenden Maßnahmen und ihrer Rechtfertigung und die damit verbundenen Risiken geht Barth in seinen ansonsten sehr ausführlichen Darlegungen überhaupt nicht in sachgerechter Weise ein.

¹⁹ Schäufele, M./ Hendlmeier, S./ Teufel, S./ Weyerer, S. (2008) *Qualitätsniveau I- Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen*. BUKO-QS (Hrsg.), Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Heidelberg.

QN I - Qualitätsniveau Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen

Ziel 6

Die Bewohnerin mit Demenz erhält individuelle Angebote zur Minimierung von Stürzen und von Sturzfolgen.

Handlungsleitende Empfehlungen in den Verantwortungsbereichen (Kriterien)

Bewohnerin		Einrichtung		Extern Beteiligte	
Bewohnerin mit Demenz	Gesetzliche Vertreterin	Mitarbeiterin	Träger/Management	Professionen	Bezugspersonen
A Entscheidet im Rahmen ihrer Möglichkeiten über die Durchführung der individuellen Angebote;	A Entscheidet unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Bedarfe über die Durchführung der individuellen Angebote;	A Wendet das Konzept zur Sturzprophylaxe bei Demenzkranken basierend auf dem Nationalen Expertenstandard in der Pflege an ¹ ;	A Entwickelt auf Basis des Nationalen Expertenstandards "Sturzprophylaxe" in der Pflege ein Konzept unter Berücksichtigung der besonderen Situation Demenzkranker ² .	A Ärztin: wendet aktuelle Leitlinie zu Stürzen im Alter an ³ ;	
B beteiligt sich an den vereinbarten Angeboten zur Minimierung von Stürzen und Sturzfolgen;	B unterstützt die Umsetzung der verschiedenen Angebote zur Minimierung von Stürzen und Sturzfolgen ⁴ ;	B Hauswirtschaftskraft: reinigt die Böden unter Beachtung der Sturzgefahr.		B Therapeutin: führt bei demenzkranker Bewohnerin mit erhöhtem Sturzrisiko Maßnahmen durch, um die therapeutisch beeinflussbaren Risikofaktoren zu reduzieren ⁵ .	A Angehörige/Freiwillige: ergänzen therapeutische Maßnahmen mit bewegungsfördernden Angeboten.
C setzt im Bedarfsfall vorhandene finanzielle Mittel zur Minimierung von Stürzen und Sturzfolgen ein ⁶ .	C setzt im Bedarfsfall vorhandene finanzielle Mittel zur Minimierung von Stürzen und Sturzfolgen ein ⁶ .				

Hinweise:

- ¹ Klinische Einschätzung des Sturzrisikos; Erfassung der extrinsischen (=außerhalb der Person liegende) und intrinsischen (innerhalb der Person liegende) Sturzrisikofaktoren; Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans; Umsetzung des Maßnahmenplans; Dokumentation und systematische Analyse von Stürzen in regelmäßig stattfindenden Sturzkonferenzen, empfohlen wird wöchentlich;
- ² sorgt z.B. für eine Umgebung ohne extrinsische Risikofaktoren; kooperiert mit externen Therapeutinnen für die Bereitstellung eines regelmäßigen Angebotes von Kraft- und Balancetraining in Kleingruppen speziell für Demenzkranke;
- ³ z.B. DEGAM Leitlinie "Älterer Sturzpatient" (2004) oder internationale Leitlinie zu "Sturz im Alter" von WHO-HEN (2004) mit folgenden Handlungsbereichen: Diagnostik der Sturzursache; Diagnostik der Sturzgefährdung; Modifikation der medizinisch beeinflussbaren Risikofaktoren, wie Behandlung von Grund- und Begleiterkrankungen, Korrektur von iatrogenen Sturzursachen und Beachtung einer altersadäquaten Medikamentenverordnung, Visusverbesserung, Verordnung von Gehhilfen; Empfehlungen im Rahmen des hausärztlichen Gespräches, wie Benutzung von Sehhilfen, Optimierung der Beleuchtung, Beseitigung von Stolperfallen, Tragen stabilen Schuhwerks, Tragen von Hüftprotektoren, Teilnahme an Angeboten zur Verbesserung von Balance und Kraft;
- ⁴ sorgt z.B. für geeignetes Schuhwerk und Kleidung;
- ⁵ z.B. für Hüftprotektoren, Sehhilfen, Hörhilfen, geeignete Kleidung;
- ⁶ sturzpräventive Übungen zur Stärkung der Muskelkraft und des Gleichgewichts (siehe Modellprojekt AOK Baden-Württemberg; Becker et al. 2006).

III. Die pflegerechtliche „Debatte“ um die „Aufsichtspflicht“

In der Zeitschrift *Pflegerecht* wurde die, in der Vergangenheit recht einsam geführte Diskussion um die Sorgfaltspflichten von Heimträgern in der Begleitung von Menschen mit Demenz in den letzten Monaten etwas vitaler geführt.²⁰ Dabei wurde zum Teil leider die einschlägige Fachdiskussion weniger rezipiert, insbesondere eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem, was wir unter „Aufsichtspflicht“ zu verstehen haben.

Der juristische Begriff der Aufsicht kennt – zum Glück – in seiner eher erzieherischen Bedeutung in der aktuellen Fachdiskussion keine rechte Entsprechung. Selbstverständlich verlangen auch die heute als „State of the Art“ zu bezeichnenden Konzepte in der Begleitung von Menschen mit Demenz, eine besondere „Awareness“ gegenüber den Risiken, denen sich Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit Demenz aber auch psychisch Kranke ausgesetzt sehen, auch gegenüber den Risiken, die sie für andere darstellen können. Da gibt es Assessments, die als Aufmerksamkeits- oder „Intelligenzverstärker“ dazu dienen, weniger aus dem Bauch als vielmehr mit einer wissensgeleiteten Aufmerksamkeit Risiken rechtzeitig zu erkennen und adäquat auf sie reagieren zu können. Dies zu tun, entspricht genau den rechtlichen Verpflichtungen, die sich für die Professionellen, für die Träger von Einrichtungen und Diensten ergeben, die u.a. im Qualitätsniveau Mobilität und Sicherheit konkretisiert werden. Eine darüber hinausgehende „Aufsichtspflicht“ mit Maßstäben, die nicht fachlich hergeleitete Sorgfaltspflichten kennen, gibt es nicht.²¹ Einrichtungen und Dienste und die Professionellen der Pflege und Betreuung kommen ihrer Verantwortung dadurch nach, dass sie sich an dem „State of the Art“ auch in der Einschätzung von Risiken orientieren. Dabei steht im Mittelpunkt das Wohl des Betroffenen, seine Lebensqualität, sein Anspruch auf Integrität und adäquate Behandlung, Betreuung und Pflege. Eine Aufsicht im Sinne einer Aufsichtspflicht gemäß § 832 BGB kann nach Einführung des Betreuungsrechtes nicht mehr verantwortlich angenommen werden. Die Einrichtung einer Betreuung hat keine drittschützende Funktion: Betreuung im Interesse Dritter sieht das Betreuungsrecht so nicht vor.²²

²⁰ Siehe hierzu: Barth, L. (2008): Teil 1 - Zu den Aufsichtspflichten einer Alten- und Pflegeeinrichtung über einen dementiell erkrankten Bewohner. In: *Pflegerecht* 01/2008, S. 3-14 sowie Barth, L. (2008): Teil 2. In: *Pflegerecht* 02/2008, S. 53-63.

²¹ Vgl. hierzu ausführlich Projektgruppe ReduFix (2006): Tagungsbericht zum Modellvorhaben Reduktion von körpernaher Fixierung bei demenzerkrankten Heimbewohnern.

[<http://www.efh-freiburg.de/Dokumente/agp/00%20Tagungsbericht.pdf> Stand: Februar 2008]

²² Vergleiche Bauer, A., et. al (2005): *Heidelberger Kommentar zum Betreuungs- und Unterbringungsrecht* § 1896, Heidelberg

Nach Einführung des Betreuungsrechtes 1992 steht in Frage, ob der gesetzliche Betreuer kraft Gesetzes, das bedeutet kraft seiner gerichtlichen Bestellung, innerhalb der ihm übertragenen Aufgabenkreise immer und ohne weiteres „zur Führung der Aufsicht“ über den Betreuer verpflichtet ist. § 832 Abs. 1 BGB normiert und definiert die Voraussetzung der Aufsichtspflicht nicht, setzt eine solche vielmehr voraus. Bei Minderjährigen ist die Rechtslage klar. Hier ergibt sich die gesetzliche Aufsichtspflicht aus den §§ 1793, 1631 Abs. 1 BGB. Die so genannte Personensorge für den Minderjährigen umfasst das Recht und die Pflicht der Erziehung und der Beaufsichtigung. Eine Aufsichtspflicht des Vormundes, respektive des Pflegers eines Volljährigen war nach altem Recht kraft Gesetzes begründet. Das gilt aber nach der Reform des Betreuungsrechtes nicht mehr. Die Verweisungsvorschrift des § 1908i Abs. 1, S. 1 BGB verzichtet auf eine Bezugnahme auf den §§ 1800, 1631 BGB. Damit fehlt ein Verweis auf die in § 1631 begründete Pflicht und das entsprechende Recht zur Beaufsichtigung und Erziehung des Betreuten. Zwar verweist § 1908i Abs. 1, S. 1 BGB auf die Vorschrift des § 1632 Abs. 1-3 BGB und damit auf Elemente der Personensorge, wie zum Beispiel das Umgangsbestimmungsrecht und das Recht, der Herausgabe des Betreuten von jedem verlangen zu können, der ihm den Betreuer „widerrechtlich vorenthält“.²³ Die Pflicht zur Beaufsichtigung des Betreuten ist aber auch in § 1632 BGB nicht enthalten. Selbstverständlich gehört es auch zu den Aufgaben des Betreuers dafür zu sorgen, dass der Betreute sich nicht selbst erheblich schädigt. Das Wohl des Betroffenen zu fördern ist die einzige Pflicht des Betreuers und dazu gehört selbstverständlich auch, die Integrität des Betreuten zu wahren, ihn etwa auch davor zu schützen, dass er sich in einem unwillkürlichen Mobilitätsdrang in beängstigende Situationen bringt. Es ist allerdings mit den Grundrechten der Betreuten aus Art. 1 und 2 GG überhaupt nicht in Einklang zu bringen, diese allein zum Schutze Dritter einem Beaufsichtigungs- und Erziehungsrecht zu unterwerfen, wie es § 832 BGB unterstellt: Dort geht es um die Schadensersatzpflicht gegenüber geschädigten Dritten.²⁴ Auch der BGH hat in seiner Entscheidung vom 08.12.1994²⁵ ausdrücklich festgestellt, dass die Haftung des Betreuers für Pflichtwidrigkeiten in Wahrnehmung der Personen- und Vermögensfürsorge nicht von einer allgemeinen Einstandspflicht gegenüber Dritten geprägt ist. Eine drittschützende Zielrichtung der Betreuer Tätigkeit lasse sich aus der Gesetzesformulierung des § 1901 BGB nicht entnehmen. Es ist Aufgabe der Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder, den Schutz der Allgemeinheit vor erheblichen fremdschädlichen Verhaltensweisen unzurechnungsfähiger Personen, im Rahmen der öffentlichen Unterbringung, zu gewährleisten. Polizeirechtliche Aufgaben sind

²³ vgl. Bauer, A./Knieper, J.(Hrsg.): HK-BUR § 832, Randziffer 36.

²⁴ Vgl. Bauer, A./Knieper, J.(Hrsg.) HK-BUR § 832, Randziffer 40ff. in Auseinandersetzung mit der Auffassung Marschners

²⁵ BGH III ZR 175/93, Urteil vom 08.12.1994 In: BtPrax 3/1995, 4. Jahrgang, S. 103ff.

deutlich von einer allein am Wohl des Betroffenen orientierten des Betreuers zu trennen.²⁶ Als herrschende Meinung wird das bezeichnet, was eine höchstrichterliche Rechtsprechung und der überwiegenden rechtswissenschaftlichen Literatur zu einer strittigen Rechtsfrage vertreten wird. Im betreuungsrechtlichen Zusammenhang darf dies für die fehlende Einschlägigkeit des § 832 BGB für die gesetzliche Betreuung so durchaus ausgesagt werden. Nur in Sonderfällen des Infektionsschutzgesetzes und in den dort den Betreuern übertragenen Meldepflichten gegenüber den Gesundheitsämtern ist eine drittschützende Aufgabe des Betreuers festgelegt – mit der entsprechenden Auslösung der Aufsichtspflicht gemäß § 832 BGB. Das was für die Betreuer gilt, gilt auch für die Heime. Stationäre Pflegeeinrichtungen können gegenüber Heimbewohnern mit demenziellen Erkrankungen keine weitergehenden Aufsichtspflichten per Vertrag übernehmen, als die, die dem gesetzlichen Betreuer qua Gesetz, respektive qua Aufgabenkreis obliegen. Wie bereits aufgeführt und dar getan: § 832 BGB begründet keine Aufsichtspflicht sondern nimmt diese in Bezug.

Insofern reflektiert etwa Barth in seiner etwas angriffslustigen Argumentation weder die einschlägige fach- noch vor allem die betreuungsrechtliche Diskussion, noch die Rechtslage dort selbst. Heime schließen Verträge mit den Betreuern oder Bevollmächtigten von Menschen mit Demenz und diese haben nur solche Verträge zu schließen, die ausschließlich dem Wohl des Betroffenen dienen. Auch die Heimverträge haben gerade keine drittschützende Funktion, respektive Zielrichtung. Ein „pacta sunt servanda“ Topos ändert nichts an der rechtsirrigen Annahme, die Verträge würden eine Aufsichtspflicht im Sinne des § 832 BGB auslösen.²⁷ Stellt eine Bewohnerin oder ein Bewohner eines Pflegeheimes eine erhebliche Gefahr für die öffentliche Sicherheit dar, so hilft nicht etwa § 1906 BGB, der auch eine Unterbringung nur zum Wohl des Betroffenen zulässt, sondern hier helfen letztlich nur die polizeirechtlichen Vorschriften zum Unterbringungs- oder Recht der psychisch Kranken.²⁸

Gerade Einrichtungen, die Menschen mit geistiger Behinderung betreuen, haben Probleme mit dieser durch das Betreuungsrecht herbeigeführten Rechtslage. Haben sie doch häufig auch im Interesse der Menschen mit geistiger Behinderung im Blick, dass diese Dritte nicht schädigen. Andererseits schafft das Betreuungsrecht aus dem Jahr 1992 die Grundlage für

²⁶ Als pflegerechtswissenschaftliche Auseinandersetzung kann man Barths Positionen dann nicht bezeichnen, wenn er sich in dieser im Wesentlichen auf ein didaktisch ausgerichtetes Lehrbuch bezieht, das man durchaus kritisieren kann, dabei aber nicht die einschlägige Literatur berücksichtigt.

²⁷ Die Argumentation von Barth ist ein Beispiel dafür, wie eine für das Pflegerecht typische synthetische Betrachtung und Analyse von Rechtsfragen häufiger vernachlässigt wird.

²⁸ Vgl. Deinert, H. / Jegust, W. (2006): Das Recht der Psychisch Kranken. Sammlung bundes- und landesrechtlicher Vorschriften. Köln

Bemühungen, auch in derartigen Konfliktsituationen stets primär das Wohl des Betroffenen in den Blick zu nehmen.

Dass das in der Praxis häufig nicht geschieht, muss leider immer wieder konstatiert werden. Psychopharmaka können auch in der Gerontopsychiatrie von großem Segen sein. Wir wissen aber, dass sie gerade in der stationären Altenpflege häufig nicht „State of the Art“ verabreicht werden, etwa um Personen ruhig zu stellen und Störungen durch sie zu vermeiden.²⁹ Es gehört gerade zu den Errungenschaften der letzten Jahre, dass es gelingt, die Diskussionen um einen angemessenen Umgang mit Risikosituationen in der Pflege zu „verfachlichen“ und aus zum Teil sehr fachfernen unterkomplexen haftungsrechtlichen Diskussionen herauszuholen. Damit gelingt es, die Verbindlichkeit von praxisgetesteten Wissensbeständen für Einrichtungen und Dienste zu erhöhen und diese nicht konfligierenden Anforderungen auszusetzen: Hier ein Fachdiskurs und dort eine sehr sicherheitsbezogene Diskussion um das Haftungsrecht. Damit wird in keinster Weise die Pflichtenstellung von Einrichtungen, Diensten und Professionellen relativiert, auch nicht ihre Pflichtenstellung gegenüber Dritten. Aus ihnen ist aber keine „Aufsichtspflicht“ abzuleiten: Immerhin geht es um die Gestaltung von Wohnen unter Bedingung von Demenz und Pflegebedürftigkeit und nicht um Anstalten, in denen „beaufsichtigt“ wird. Dass derartige Einrichtungen ihren Betrieb so führen, dass auch Dritte dadurch keinen Schaden erleiden, gehört zu ihren Verkehrssicherungspflichten. Diese decken sich in den allermeisten Fällen auch mit ihren Verpflichtungen gegenüber den Menschen mit Demenz, die einen Anspruch auf Integritätsschutz haben und in ihrer subjektiven, aber auch objektiven Sicherheit zu fördern sind. Die Träger und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Einrichtungen und Diensten sollten daher auch in den juristischen Diskursen unterstützt werden, sich einem vorfachlichen Aufsichtsverständnis zu entziehen, das der Bundesgesetzgeber leider auch in der aktuellen Diskussion um das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in der Begründung zu § 36 SGB XI wieder hat anklingen lassen: Hier wird in problematischer Weise von der „Fürsorgeverantwortung“ der Heime gesprochen. Sie sollten auch juristisch darin unterstützt werden, einen hoch verantwortlichen Umgang mit Risiken in ihren Einrichtungen und Diensten zu etablieren. Ein geeignetes Riskmanagement³⁰ ist Ausdruck ihrer Verantwortung, nicht die „Aufsichtspflicht“ gegenüber ihren „Patienten“, den demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern von Heimen.

²⁹ Vgl. Molter-Bock, E., et. al (2006): Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39. Jg., 05/2006, S. 336-343

³⁰ Klie, Th./ Pfundstein, Th./ Kuratorium Wohnen im Alter (Hrsg.): Risiko-Management in der stationären Pflege - Ein Leitfaden zu Methodik und Praxis im Umgang mit Pflegerisiken. Köln
Borutta, M., et al. (2007): Risikomanagement. Führungsstrategien für pflegerische Kernbereiche. Hannover

IV. Zusammenfassung und Ausblick

Die angemessene Begleitung von Menschen mit Demenz gehört zu den großen Herausforderungen des Gesundheits- und Pflegewesens. Sie kann aber nur bewältigt werden, wenn eine teilhabeorientierte Begleitung von Menschen mit Demenz nicht nur als eine professionelle Aufgabe sondern als eine gesamtgesellschaftliche gesehen wird.³¹ So unterstreicht etwa die Kampagne zu ReduFix Praxis (Reduzierung körpernaher Fixierung) die Bedeutung bürgerschaftlichen Engagements in der angemessenen Begleitung von Menschen mit Demenz, etwa in der Förderung ihrer Mobilität unter Beantwortung entsprechender Mobilitätsbedarfe und Wünsche. In stationären Pflegeeinrichtungen wird die Diskussion um die Begleitung von Menschen mit Demenz geprägt – empirische Studien unterstreichen dies – von der Befürchtung, dass ihnen etwas zustoßen könnte. Sie könnten verunglücken oder auch Schäden bei Dritten verursachen. Hier drückt sich eine durchaus berechtigte Sorge aus und es gibt keinerlei Anlass, den Umgang mit Menschen mit Demenz „laissez faire“ zu handhaben. Freiheitsgewährungen können in der Tat zynisch werden, wenn man Menschen mit Demenz einfach „laufen lässt“ ohne ihre Orientierungsfähigkeit oder auch –bedürftigkeit ernst zu nehmen. Insbesondere die vielfältigen Studien zu freiheitsentziehenden Maßnahmen im In- und Ausland belegen, dass Pflegekräfte in dubio gegen die Mobilitätsbedürfnisse von Heimbewohnern entscheiden. Entsprechend hoch ist die Rate freiheitsentziehender Maßnahmen in Heimen. So motiviert sind in didaktischen Zusammenhängen auch die rechtlichen Hinweise, dass Haftungsängste und ein überzogenes Sicherheitsdenken keine guten fachlichen Lehrmeister im Pflegealltag sind. Freiheitseinschränkungen werden ohne rechtliche Legitimation überwiegend mit Sturz- und Verletzungsrisiken unter der Furcht vor haftungsrechtlicher Inanspruchnahme gerechtfertigt. Wenn bestimmte Krankenkassen und ihre Rechtsabteilung in Haftungsprozessen fordern, dass man Demenzkranke und sturzgefährdete Heimbewohner doch fixieren möge, dann zeigt sich hierin eine problematische Grundhaltung, auch bei an Recht und Gesetz gebundenen Kostenträgern, die von einem klassischen Aufsichtsdenken geprägt ist. Sprache ist verräterisch.

Pflegewissenschaftlich spricht man nicht von Aufsicht sondern von „für Sicherheit sorgen“, in den entsprechenden Pflegemodellen. Das sollten wir Juristen uns auch angewöhnen und nicht mit Kategorien Diskussionen belasten, die weder juristisch zutreffend noch anschlussfähig sind, an die fachwissenschaftlichen Diskussionen. Es reicht völlig aus, die Bezugspunkte für die Sorgfaltspflichten haftungsrechtlicher Art zu suchen – den „State of the Art“. Der „State of the art“ in den einschlägigen Fachdisziplinen berücksichtigt sowohl die Mobilitäts- als auch die Sicherheitsbedürfnisse von demenziell erkrankten Heimbewohnern.

³¹ vgl. hierzu die Aktivitäten der „Aktion Demenz e.V.“ www.aktion-demenz.de

Da bedarf es keiner Apostrophierung einer rechtlich so auch nicht bestehenden Aufsichtspflicht. Es geht auch nicht um die Abwägung von Freiheit auf der einen und Sicherheit auf der anderen Seite: Sicherheitsempfinden und auch objektive Sicherheitsmerkmale bedingen Freiheit. Eine fürsorgliche Begleitung eröffnet Freiheitsräume, die als Zugewinn von Lebensqualität erlebt werden können. Wir wissen, dass bei Menschen mit Demenz herausforderndes Verhalten (so spricht man von aggressiven Verhaltensweisen bei demenzerkrankten Bewohnern) häufig reaktiv sind: Dann geht es darum, Milieubedingungen zu ändern. Wir wissen aber auch, dass es bisweilen Grenzen der Beeinflussbarkeit dieses herausfordernden Verhaltens gibt, etwas das Vokalisieren. Dann können durchaus Schritte notwendig werden, die im Rahmen des Betreuungsrechtes und damit für ein klassisches Heim keine Antworten mehr möglich machen. Hier ist gegebenenfalls die Gerontopsychiatrie gefragt. Die unreflektierte Aufsichtspflichtsdebatte lässt die Grenzen zwischen den Aufgaben aber auch Kompetenzen und Befugnissen eines Heimes zu denen einer psychiatrischen Einrichtung fließend werden. Das ist weder fachlich noch juristisch korrekt. In der jüngsten Entscheidung des saarländischen Oberlandesgerichtes³² wird noch einmal sichtbar, welche Unsicherheiten in der fachlichen und rechtlichen Beurteilung von risikoreichen Situationen im Umgang mit Menschen mit Demenz Heime ausgeliefert sind. Der eine Gutachter vertritt diese, der andere jene Position – so war es in dem Instanzenzug des OLG Saarbrücken nachzuvollziehen. Es ist zu begrüßen, und dabei verbietet sich meines Erachtens eine etwas unangemessene „Urteilsschelte“, wenn der BGH und die Obergerichte systematisch nicht mehr von Aufsichtspflicht sondern von Sorgfaltsmaßstäben und von einer Art Obhutspflicht sprechen und einen verantwortlichen Umgang mit Risiken in dilemmatischen Abwägungssituationen im Alltag der Pflegeheime unterstützen. Für die Heime ist es in der Zukunft aber wichtig, um entsprechende Handlungssicherheit zu erlangen, dass sie verbindliche Orientierungsmaßstäbe erhalten, an denen sie sich im Management, in der fachlichen Konzeption und der individuellen Hilfe- und Pflegeplanung für den einzelnen Heimbewohner und die Heimbewohnerin orientieren können. Hierzu dienen die nunmehr vorliegenden Qualitätsniveaus. Im Hintergrund der Rechtssprechung des BGH aber etwa auch des Saarländischen Oberlandesgerichts erhalten diese Qualitätsniveaus eine besondere Bedeutung, da sie systematisch reflektieren, dass es sich bei Entscheidungen im Themenfeld Mobilität und Sicherheit bei demenzerkrankten Heimbewohner um multidisziplinär zu begründende Entscheidungen handelt, die nicht allein vom Heim sondern in einem Aushandlungsgeschehen mit Betreuern, mit Ärzten und auch Angehörigen zu fällen sind. Insofern sind die Qualitätsniveaus wichtige Ergänzungen zu den monodisziplinären

³² OLG Saarbrücken Urteil vom 29.1.2008, 4 U 318/07-115, Altenheim (2008) i. E.

Standards der Pflege, die im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes in den Verfahren nach § 113 SGB XI Verbindlichkeit erlangen sollen.³³ Die Unsicherheit in vielen stationären Pflegeeinrichtungen, was den angemessenen Umgang mit Menschen mit Demenz und im Umgang mit den Risiken, denen sie sich ausgesetzt sehen, anbetrifft aber auch die von Barth geführte Diskussion um die Aufsichtspflicht, die höchst unterschiedlichen Anforderungen, denen sich Heime durch die Heimaufsichtsbehörden oder auch des MDK ausgesetzt sehen, machen deutlich: Es bedarf der Institutionalisierung des Qualitätsdiskurses in Pflege und Betreuung, etwa durch die Schaffung eines deutschen Instituts für Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung.³⁴ Dörr³⁵ betont die Bedeutung einer multidisziplinären Qualitätsdiskussion für die Bestimmung zivilrechtlicher Sorgfaltspflichten im Zusammenhang mit der Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz.³⁶ Es ist grundsätzlich erfreulich, dass sich nicht nur die Aufsichtsbehörden, die Pflegekassen und das Heimrecht mit rechtlichen und fachlichen Maßstäben der Begleitung von Menschen mit Demenz auseinandersetzen sondern auch zunehmend die Zivilgerichtsbarkeit. Macht dies doch deutlich, dass es um allgemeine Sorgfaltspflichten geht, die im Übrigen nicht nur im stationären sondern auch im ambulanten Bereich zu beherzigen sind. Dass was in der Medizin inzwischen selbstverständlich ist, durch die Etablierung von ärztlichen Leitlinien, das gilt es auch für die Begleitung und Betreuung von Menschen mit Demenz zu etablieren: Systematisch akquirierte Wissensbestände, die verbindliche Orientierung darüber geben, wie wir Menschen mit Demenz gerecht werden können. Nicht durch „Aufsicht“ sondern durch eine fachlich fundierte, auf Lebensqualität hin ausgerichtete und menschenwürdige Begleitung, die sich einem verantwortlichen Umgang mit Risiken verpflichtet weiß.

³³ Es ist zu hoffen, dass auch die multidisziplinären Qualitätsniveaus Eingang in die sozialrechtliche Standarddiskussion finden. Vgl. hierzu die Stellungnahme der BUKO-QS zu den geplanten Neuregelungen der Qualitätssicherung im SGB XI - Anhörung zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz Deutscher Bundestag, Drucksache 16/7439

³⁴ Zu den rechtlichen Möglichkeiten der Ausgestaltung eines solchen Institutes, siehe Bieback, K.-J. (2004): Qualitätssicherung der Pflege im Sozialrecht. Heidelberg

³⁵ Dörr, C. (2006): Die Pflegeurteile des Bundesgerichtshofes, n. Dokumentation zur Interdisziplinären Konferenz zur Qualitätsentwicklung in der Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft am 30.-31.03.2006 in Potsdam

³⁶ Dörr, C. ist derjenige, der die bislang höchstrichterlich zumindest vernachlässigte Lebenswirklichkeit von Menschen mit Demenz in Pflegeheimen als Berichterstatter des zuständigen Senats aufbereitet hat und in den beiden von ihm wesentlich verfassten Urteilen deutlich werden lassen, dass es sich auch beim BGH um eine lernende Institution handelt. Vergleicht man die beiden Entscheidungen vom April und Juli 2005 zeigt sich wie die Diskussion im zweiten Urteil wesentlich intensiver rezipiert wurde als im ersten.

Vgl. BGH Urteil vom 14.07.2005, AZ.: III ZR 391/04, Kommentierung in *Altenheim* 11/2005, 44. Jahrgang, S. 29

Vgl. zu den Urteilen des BGHZ 163, S. 53ff. und BGH *MedRecht* 2005, S. 696ff.