

Die Zusammenhänge von Armut, psychischer Erkrankung und Überschuldung

Schwerwiegende chronische und psychische Erkrankungen korrelieren häufig mit Einschränkungen der Arbeitsproduktivität und Lebensgestaltung¹ und führen zu einer drastischen Verschlechterung der sozio-ökonomischen Lebenssituation.

INHALT

Psychische Erkrankung

Verarmungsrisiken bei Schizophrenie (paranoid-halluzinatorische)

Verarmungsrisiken bei Depressionen

Verarmungsrisiken bei Manie

Verarmungsrisiken bei Alkohol-erkrankung

Verarmungsrisiken bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Verarmungsrisiken bei Demenz

Auswirkungen von Überschuldung auf die Erkrankung

Andererseits erhöht sich aufgrund einer Kumulation von Unterversorgungslagen in verschiedenen Lebensbereichen auch das Krankheitsrisiko: So sind psychische Erkrankungen, Sucht und Suizid nachweislich signifikant erhöht in der so genannten Unterschicht. Zu erkennen ist eine sich gegenseitig verstärkende Wechselwirkung zwischen armutsbedingten Lebenslagen und seelischer Erkrankung, die empirisch belegt ist. Als weiterer Belastungsfaktor kommt hier jeweils die „soziale Behinderung“ hinzu mit den Folgen von anhaltender Armut und Überschuldung.

Die Aufgabenkreise Gesundheitsfürsorge sowie Vermögenssorge spielen oft eine gleichermaßen zentrale Rolle bei der Betreuungsführung – insbesondere bei Betreuungsübernahme befinden sich die Betroffenen gesundheitlich wie auch materiell in einer schweren Krise. Bei nach BGB untergeordneten Patienten sind die hervorsteckenden Merkmale chronische Erkrankung und Armut.² Beide Phänomene nehmen signifikant zu. Zusätzlich haben psychische Störungen im Zeitraum 1997 bis 2004 um 70 Prozent zugenommen, wie das Symposium Psychosoziale Versorgung in Rheinland-Pfalz, MDK Alzey, mitteilte.

Das Lebenslagekonzept³ interpretiert Armut als „Kumulation von Unterversorgungslagen, unter anderem in den Be-

reichen Wohnen, Bildung, Gesundheit, Arbeit, Arbeitsbedingungen, Einkommen und die Versorgung mit technischer und sozialer Infrastruktur.“ Konkret bedeutet das einen Mangel an Entwicklungs- und Verwirklichungschancen, die gravierende Einschränkung von Handlungsspielräumen sowie Ausgrenzung von einem gesellschaftlich akzeptierten Lebensstandard. Dies beginnt oft schon in frühester Jugend, zieht sich weiter bis in die (fehlende) Ausbildungssituation und manifestiert sich im Erwachsenenalter zum „Working poor“ – dauerndes Niedrigeinkommen. Es manifestiert sich eine Dauerbelastung infolge Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit.

Neben der Zugehörigkeit zur „Unterschicht“ gehen als weitere Risikofaktoren für Verarmung: Langzeitarbeitslosigkeit, Krankheit, Behinderung, Alter, Kinder, insbesondere für Alleinerziehende. Häufig leiden die Betroffenen unter mangelndem Selbstwertgefühl und kompensieren ihre Lebenssituation durch kreditfinanzierten Konsum. Einerseits verspricht bereits der „Akt des Kaufens“ Befriedigung, andererseits gelangen die Betroffenen damit möglicherweise zu Status- und Prestigeerwerb. Die Überschuldung wirkt als zusätzlicher Stressor und fördert die psychische Dekompensation weiterhin.

Am Ende der „Abwärtsspirale“ befinden sich die Betroffenen fast nur noch „in ihrer Krankheit“. Die Ressourcen sind verbraucht, Leistungen, auf die ein Anspruch besteht, werden nicht mehr beantragt, ablehnende Bescheide nicht weiter verfolgt. Dies sind dann jene Klienten, die einen „minimalen Lebensstandard deutlich unterschreiten und nicht in der Lage sind, sich aus eigener Kraft aus dieser Lage herauszubewegen.“⁴ Somit die typische Klientel rechtlicher Betreuung!

Fazit: Bestimmte schwere und chronische Erkrankungen treten gehäuft in den unteren sozialen Schichten auf. Es kann eine sich gegenseitig verstärkende Wechselwirkung zwischen armutsbedingten sozialen Lebenslagen und einer seelischen Erkrankung bestehen.⁵

Psychische Erkrankung

Anhaltende Armut mit ihren komplexen Belastungen kann also psychische Krankheiten auslösen. Weitere Krankheitsursache können kritische Lebensereignisse sein, die sich – bei ungenügenden Bewältigungsstrategien – zu einer Lebenskrise ausweiten. Verursacht durch eine „Labilisierung affektologischer“ Strukturen⁶ können neurotische oder psychotische Problemlösungsversuche die Folge sein.⁷ Die nun entstehende psychische Störung ist dann gegebenenfalls Anlasserkrankung für die Betreuerbestellung.

Zu diesem Zeitpunkt sind Krankheit und Verarmung bereits in einem chronischen Stadium. Denn ab der Diagnosestellung vergehen durchschnittlich sieben Jahre bis zu einer adäquaten Behandlung; nur etwa ein Drittel aller Patienten mit „Hilfesuchverhalten“ wird überhaupt behandelt.⁸

Verbunden mit chronischer psychischer Erkrankung ist üblicherweise eine Erosion der sozialen und personellen Netzwerke mit der Folge von Statusverlust, ökonomischer Verarmung und sozialer Isolation.⁹ Diese Stigmatisierung kommt einer „zweiten Krankheit“ gleich und ist, auch aus Sicht der psychiatrischen Rehabilitation, ein Hauptgrund für die „Negativkarriere der Betroffenen“. Da die Leistungsfähigkeit infolge der chronischen Erkrankung erheblich einbußt, ist kontinuierliche Erwerbsarbeit kaum noch möglich. So sind 41 Prozent der Arbeitsunfähigkeitsstage bedingt durch psychische Störungen.¹⁰ Von 1987 bis 2004 ist eine um 68,7 Prozent gestiegene Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankung, meist Depressionen, zu verzeichnen.¹¹ Psychische Er-

1 Vgl. Lebenslagen in Deutschland. Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht 2005, 2005, S.136

2 Vgl. FAHNDRICH, DtPrax 3/96, S. 79

3 Lebenslagen in Deutschland. Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht 2005, S. 41

4 Lebenslagen in Deutschland. Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht 2005, S. 132

5 Vgl. Lebenslagen in Deutschland. Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht 2005, S.136

6 CLOMPE 1982, in: BOCK/WEIGAND Hg., HEISSER u.M., S. 542

7 Vgl. BOCK/WEIGAND Hg. 2002, KÖRNER, S. 71

8 BASSLER, Symposium Psychosoziale Versorgung in Rheinland-Pfalz des MDK Alzey am 09.11.2005 in Alzey

9 Vgl. RÖSSLER (2004), Kap. 1, S. 11, Verweis auf FINZEN 1996/HÄFNER 2000

10 BASSLER, Symposium Psychosoziale Versorgung in Rheinland-Pfalz des MDK Alzey, ALZEY am 09.11.2005

11 Nervenheilkunde 3/2006, S. 167, Schattauer Verlag Stuttgart

krankungen sind zunehmend Ursache für Berufs-, Erwerbsunfähigkeitsrente.¹²

So unterschiedlich die Ausprägungen und Verläufe der jeweiligen Krankheiten sind, so spezifisch sind die jeweiligen Interventionen rechtlicher Betreuung darauf abzustimmen. Durch gezielte Intervention des Betreuers sollen die sozialen Folgeprobleme von Armut und Überschuldung minimiert werden, um eine Teilhabe des Betreuten am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Alle Interventionen spielen sich im hochkomplexen Kontext dieser Erkrankung ab, sind folglich abhängig von deren Art und Ausprägung, vom Krankheitsverlauf sowie der subjektiven Befindlichkeit des Betroffenen. Weitere Faktoren sind Qualität und Ausmaß des vorhandenen sozialen und professionellen psychosozialen Netzwerks, die Möglichkeiten interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den beteiligten Institutionen und die Kooperation mit Betreuungsbehörde und Vormundschaftsgericht.

Das professionelle Einwirken und Gegenwirken wird in Form von Krisenprävention und Krisenintervention geschehen. Daher kommt nach Betreuerbestellung der Abstimmung im multiprofessionellen Team eine wesentliche Bedeutung zu, um die unterschiedlichen Hilfebedarfe der Einzelnen zu erkennen und langfristig zu gewährleisten.¹³ Der Betreuer fungiert hier als „Case-Manager“. Professionelles Handeln setzt auch voraus: umfassendes Wissen klinischer Psychologie/Psychiatrie, Kenntnis des (regionalen) psychosozialen Netzwerks, Sicherheit im Bezug auf das Recht der Heilbehandlung sowie Unterbringungsrecht und Kenntnis der entsprechenden Genehmigungspflichten. Unerlässlich sind fundierte Rechtskenntnisse, insbesondere im Sozialleistungsrecht, und persönliche Kompetenzen, die eine an ethischen Richtlinien orientierte Gestaltung der Beziehungsebene ermöglichen. Stets sollte die Achtung vor der Subjektivität des Betroffenen in seiner Lebenswelt Handlungsmaxime sein.

Einige psychische Erkrankungen sind mit einem besonders hohen, typischen Verarmungsrisiko behaftet. Die Interventionen rechtlicher Betreuungen erfordern deshalb eine differenzierte, krankheitsspezifische Anpassung. Unbedingt erforderlich sind hohe Kompetenzen des Betreuers in der Einleitung der Schuldenregulierung. Viele Willenserklärungen der Betroffenen sind, insbesondere in Akutphasen einer Krankheit, als nichtig zu qualifizieren. Verträge können somit aufgehoben werden.

Verarmungsrisiken bei Schizophrenie (paranoid-halluzinatorische)

Diese schwere psychische Erkrankung ist fast immer verbunden mit Realitätsverlust. In diesem Zustand ist Eigengefährdung möglich, etwa infolge von Nahrungsverweigerung, weil das Essen „vergiftet“ ist, oder Fremdgefährdung, weil Helfer in das Wahnsystem eingepasst werden und bekämpft werden müssen. Kennzeichnend für diese Erkrankung ist ein hohes Rückfallrisiko, insbesondere dann, wenn die Behandlung abgelehnt oder abgebrochen wird. Lange Fehlzeiten im Arbeitsprozess sind dann die Folge. Häufig ist ein Verharren in Residualzuständen. Da die Minussymptome das Aktivitätsvermögen des Betroffenen deutlich „herunterfahren“, kommt es zu Fehlinterpretationen durch die Umwelt, etwa durch die Zuschreibung von „Faulheit“. Auch Medikamente mit ihren Nebenwirkungen können hier – meist vorübergehend – beeinträchtigen. Probleme entstehen auch durch wahnhaftige Beziehungsideen, wie sie im Rahmen von Positivsymptomen auftreten können. In diesem Kontext kann konfuse, auch aggressives Verhalten die Folge sein. Der typischerweise gestörte Schlaf-Wach-Rhythmus kann sich arbeitsbeeinträchtigend auswirken, ebenso die krankheitsbedingt hohe Reizoffenheit, wie zum Beispiel große Lärmempfindlichkeit.

Zu hohe Arbeitsbelastung oder Konflikte am Arbeitsplatz sind Stressoren und als solche grundsätzlich mögliche Auslöser für ein Rezidiv. Komorbide Störungen, wie etwa Suchterkrankung, verstärken die Problematik zusätzlich. Zusammenfassend ist das Verhalten des Betroffenen infolge der schweren Störung oft drastisch fehlangepasst mit den üblichen sozialen und arbeitsrechtlichen Konsequenzen. Schizophrene Kranke gehören zu den „Long-stay-Patienten“ mit langen Ausfallzeiten, was das Verarmungsrisiko insgesamt deutlich erhöht.

Schizophrene Klienten brauchen meist langjährige Betreuung. Häufig sind Unterbringungen mit Freiheitsentziehung erforderlich. Eine tragfähige, vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen Klient und Betreuer ist deshalb außerordentlich wichtig.

Verarmungsrisiken bei Depressionen

Aufgrund der krankheitsbedingten Antriebsstörung ist die Organisationskompetenz der Betroffenen meist drastisch beeinträchtigt, häufig gelingt selbst die Verrichtung einfachster Routineangelegenheiten nicht. Schulden entstehen, da aufgrund der Antriebslähmung den fi-

nanziellen Verpflichtungen nicht mehr nachgekommen wird. Häufig stellt schon das Ausfüllen einer Überweisung eine Überforderung dar. Komorbide tritt hier häufig Suchterkrankung auf, was die wirtschaftlichen Belastungen weiterhin verstärkt. 30 Prozent der Depressiven sind frühberentet.¹⁴

Generell sind schwer Depressive in ihrer Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt und stehen deshalb kaum noch in einem Arbeitsverhältnis. Meist lebt der Betroffene isoliert; Verwahrlosung ist häufig. Diese Krankheit birgt ein hochgradiges Suizidrisiko: 20 bis 60 Prozent haben einen oder mehrere Suizidversuche unternommen, 40 bis 80 Prozent sind suizidal.¹⁵

Bei Einleitung einer (medikamentösen) Therapie ist dringend zu beachten, dass in dieser „Übergangszeit“ zwar das Aktivitätsniveau gesteigert wird, die Depression jedoch zunächst verbleibt und die noch ungelösten Probleme weiterhin belasten. Dies ist erfahrungsgemäß eine sehr kritische Phase, in der es gehäuft zu suizidalen Handlungen kommt, da die Energie zur Ausführung derselben wieder vorhanden ist. Eine Klinikbehandlung ist hier einer ambulanten vorzuziehen, gegebenenfalls in Form freiheitsentziehender Unterbringung. Unbedingt notwendig sind eine sorgfältige, kontinuierliche Abstimmung mit dem Behandlungsteam und die Verhinderung frühzeitiger Entlassung.

Aus depressiven Schuldgefühlen heraus werden manchmal Schenkungen oder letztwillige Verfügungen getroffen; deshalb ist hier möglicherweise ein Einwilligungsvorbehalt angebracht.¹⁶

Verarmungsrisiken bei Manie

Infolge des manischen Erlebens erfährt sich der Betroffene grandios und – oft psychosenah – „wie im Hause“. Zugleich besteht die Tendenz, die einströmende Ideenfülle in die Tat umzusetzen, was in der Regel erhebliche Folgekosten verursacht. Komorbide tritt hier unter anderem Substanzmittelmissbrauch auf,¹⁷ der die Ausgaben zusätzlich in die Höhe treibt. Realitätsbezogenes Handeln und vernunftmäßiges Abwägen sind in der Manie nahezu ausgeschlossen, so dass meistens von einer zumindest

12 REBDEL H. (Arztlicher Direktor St. Franziskus-Hospital Bad Kreuznach/TOLZIN CH, Leiter Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie der MDK Gemeinschaft Schwerin) Symposium Psychosoziale Versorgung in Rheinland-Pfalz des MDK Alzey, Alzey am 09.11.2005

13 Vgl. LORENZEN, BtPrax 1/03, S. 25

14 Nervenheilkunde, Schattauer Verlag, S. 167

15 Nervenheilkunde 3/2006, Schattauer Verlag, S. 167

16 Vgl. BAUER/KLIEBINK 2005, S. 58

17 Vgl. EBEH/LOEW 2003, S. 235

partiellen Geschäftsfähigkeit¹⁸ auszugehen ist. Erforderlich ist dann die Anordnung einer Betreuung im Bereich Vermögenssorge, hier üblicherweise mit Einwilligungsvorbehalt nach § 1903 BGB. Insbesondere bei Manien wird empfohlen, in stabilen Phasen eine Vorsorgevollmacht für den Fall eines Rezidivs zu erstellen; Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung sind somit auch in Zeiten beeinträchtigter Willensbildung möglich.¹⁹ Bei dieser Erkrankung ist immer an einen Ausschluss der Geschäftsfähigkeit zu denken. Bezüglich eventuell begangener Straftaten ist die Deliktfähigkeit zu überprüfen. Denn im Zustand der Manie, kommt es möglicherweise zu delinquenten Handlungen, etwa Körperverletzung infolge der krankheitsbedingten Übererregung, Realitätsverzerrung und Distanzlosigkeit. Hier kann ein weiteres Verarmungsrisiko durch entstehende Gerichtskosten und Geldstrafen bestehen.

Ein Umschlag in schwere Depression ist möglich, insbesondere aufgrund des Verlustes wichtiger Sozialkontakte. Ebenfalls Krankheitsverschlimmerung, wenn eine depressive Episode sich anschließt. „Im Ergebnis droht die Ruinierung der eigenen sozialen Existenz und derer, die mit davon abhängen.“²⁰

Verarmungsrisiken bei Alkohol-erkrankung

Lebensinhalt ist die Sucht. Alles Denken, Fühlen und Handeln wird durch die Gier nach dem „Stoff“ bestimmt und setzt vormals geltende Werte außer Acht. Infolge hirnganischer Abbauprozesse sind hier dementielle Entwicklungen und psychotische Episoden möglich. Bis 75 Prozent der Betroffenen leiden komorbide unter zusätzlichen Störungen, wie Angststörungen.²¹ Das Armutsrisiko ist bei dieser Gruppe immens hoch. Durch den exzessiven Alkoholkonsum laufen in der Regel hohe Schulden auf, denn der finanzielle Rahmen reicht meist nur für das Nötigste. Die Lebensgestaltung entspricht häufig einem – einsamen – Dahinvegetieren weit unterhalb des Existenzminimums.²² Primärschulden und damit verbundene (drohende) Wohnungslosigkeit sind hier beinahe „die Regel“. Eine komorbide Depression kann die Unfähigkeit zur Regelung eigener Angelegenheiten zusätzlich verstärken. Alkoholranke mit dieser Krankheitsausprägung sind häufig erheblich verwahrlost. Nach der Gesetzesbegründung des § 1896 Abs. 1 Satz 1 sind Trank- und Rauschgiftsucht Ausdruck einer psychischen Krankheit²³ und somit betreuungsrelevant. Seit 1968 sind Suchterkrankungen als Krankheit im Sinne des SGB anerkannt.

Entgiftungsbehandlungen sind wegen des sehr hohen Rückfallrisikos oft mehrmals jährlich notwendig. Auch deshalb, weil Alkohol als Zellgift schwere organische Schäden verursacht. Weitere Therapien, wie etwa eine qualifizierte Entwöhnungsbehandlung, setzen jedoch vom Betroffenen die Akzeptanz seiner Erkrankung voraus sowie die Motivation zur Kooperation mit allen Beteiligten.

Meist muss eine Schuldenregulierung eingeleitet werden. Die Anordnung eines Einwilligungsvorbehalts ist bei dieser Klientel beinahe obligatorisch, damit keine weiteren Schulden auflaufen und der Betroffene sich somit finanziell nicht langfristig in erheblichem Maße selbst schädigt. Möglich ist auch die Unterstützung durch diverse Hilfsfonds (wie etwa die „Stiftung Integrationshilfe für ehemals Drogenabhängige e.V.“), die auch Entschuldungshilfen anbieten.²⁴

Spezielle Sozialleistungsansprüche, etwa zum Erhalt der Wohnung durch Mietschuldenübernahme, können hier relevant sein. Hilfreich sind mitunter Lebensmittelgutscheine, um die Ernährung des Betreuten zu sichern.²⁵ Üblicherweise sind Delikt- und Geschäftsfähigkeit erheblich beeinträchtigt. Liegen strafrechtlich relevante Tatbestände vor, so ist die Haftfähigkeit zu prüfen. Sind die Folgeschäden der Erkrankung so ausgeprägt, dass infolge hirnganischer Abbauprozesse Wahnvorstellungen und Verwirrtheit vorliegen, muss gegebenenfalls ein Platz in einem – möglichst suchtherapeutischen – Wohnheim gesucht werden.

Verarmungsrisiken bei Borderline-Persönlichkeitsstörung

Auseinandersetzungen der „Grenzgänger“ zwischen Neurose und Psychose²⁶ mit der Umwelt dominieren das Alltagsleben: Die Affektlage ist extrem instabil, Impulskontrolle kaum möglich. Dogmatisches Verharren in eigenen Sichtweisen ist untrennbar verbunden mit einem einseitigen und meist erfolglosen „Kampf gegen die Außenwelt“, eigene Mitverantwortung wird nicht erkannt. Infolgedessen oft drohender Verlust des Arbeitsplatzes wegen fehlangepassten Verhaltens, mit Scheitern bereits in der Probezeit, häufig wechselnden Arbeitsstellen und in der Folge Arbeitslosigkeit. Möglich sind psychosenahen Verläufe. Die Leistungsfähigkeit und die Fähigkeit zur sozialen Interaktion werden damit zusätzlich beeinträchtigt.

Häufig werden teure, kreditfinanzierte Konsumgüter gekauft, um die frustrierende Lebenssituation zu kompensieren. Auch das Bedürfnis nach sofortiger, exzessiver Triebbefriedigung, gemäß individueller Vorlieben, ist kostspielig. Da Affinität zu Suchterkrankung und –

komorbide – auch Depressionen möglich sind, bestehen hier zusätzlich die entsprechenden krankheitstypischen Verarmungsrisiken. Die Betreuungsbedürftigkeit begründet sich häufig aufgrund der komorbiden Störungen.

Die Beziehungsgestaltung gilt als schwierig. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist schwer zu therapieren. Therapeutisches Ziel ist es, das Sozial- und Identitätsverhalten günstig zu beeinflussen und Problembewältigungskompetenzen²⁷ nachhaltig zu verbessern. Ziel ist eine Stabilisierung der sozialen und ökonomischen Lebenslage. Gegebenenfalls ist Klinikbehandlung notwendig, möglicherweise als freizeitsentziehende Unterbringung infolge schwerer komorbider Störungen oder Suizidalität. Häufig muss eine Schuldenregulierung eingeleitet werden.

Verarmungsrisiken bei Demenz

Infolge hirnganischer Abbauprozesse kommt es zunehmend zu kognitiven Beeinträchtigungen mit Desorientiertheit und chronischer Verwirrtheit. Mitunter besteht auch ein hirnganisches Psychosyndrom, das Wahnvorstellungen und Persönlichkeitsveränderungen zur Folge haben kann. Da primär Merkfähigkeit und Gedächtnis beeinträchtigt sind, führt dies zu Beeinträchtigungen der kompletten Lebensbewältigung.

Alte Menschen haben ein ohnehin hohes Armutsrisiko. Demente tätigen zudem häufig völlig unsinnige Rechtsgeschäfte oder verschenken wahllos ihr Geld. Mitunter wird dieses auch versteckt und nicht wiedergefunden. Auch kommt es vor, dass Rechnungen einfach vergessen werden, und somit Schulden in erheblicher Höhe auflaufen, bis hin zur Energiesperre und Raummungsklage.

Grundsätzlich schließen sich das Recht auf Selbstbestimmung und Demenz nicht aus.²⁸ Somit muss der Betreuer seine Handlungen vorwiegend am natürlichen beziehungsweise mutmaßlichen Willen des Betreuten ausrichten. Da die Orientierung zu Ort, Zeit und Situation zuneh-

18 Vgl. BAUER/KLIE/RINK 2005, Rz 59

19 Vgl. WURZEL, BtPrax 3/05, S. 87

20 BAUER/KLIE/RINK, 2005, Rz 59

21 EBERT/LOEW 2003, S. 126

22 Vgl. Lebenslagen in Deutschland. Zweiter Armuts- und Reichtumsbericht 2005, S. 136

23 Vgl. BAUER/KLIE/RINK 2005, Rz 85

24 Vgl. SCHRUTH u. a. 2003, S. 64

25 Gem. SGB II, § 23 Abs. 2 Abwechslende

Frühung von Leistungen: Regelleistung kann in voller Höhe o. anteilig als Sachleistung erbracht werden (z. B. Lebensmittelgutscheine)

26 DÖRNER/PLOG/TELFER/AVENDT, 2002,

S. 302

27 Vgl. GÜNTHER, BtPrax 2/02, S. 59

28 Vgl. HOFFMANN, BtPrax 2/01, S. 62

ment gestört ist, besteht im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung erhebliche Eigengefährdung, etwa durch Brandgefahr im Haushalt. Schwere Wahnvorstellungen können ebenfalls lebensbedrohliche Auswirkungen haben, etwa wenn das Haus nicht mehr verlassen wird und die Lebensmittel ausgehen. Dann ist möglicherweise eine Unterbringung mit Freiheitsentziehung notwendig, auch um gegebenenfalls zusätzlich beeinträchtigende komorbide Störungen diagnostizieren und behandeln zu lassen. Zu beachten ist hier die Überprüfung und gegebenenfalls Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen, wie sedierende Medikamente, Bauchgurte, Bettgitter und Ähnliches. Grundsätzlich ist jeweils die Erforderlichkeit zu überprüfen. Zudem ist die (häufig belastende) Bewegungseinschränkung ins Verhältnis zu setzen zum geistig-seelischen Wohl. Hier muss vor einer Entscheidungsfindung jeweils gegeneinander abgewogen werden.

Neben Leistungen der Pflegekasse können gegebenenfalls Leistungen der Altenhilfe²⁹ und weitere, dem Einzelfall entsprechende Sozialleistungen in Anspruch genommen werden. Ist Heimunterbringung unumgänglich, so sollte dem charakteristischen „Wandertrieb“ der Demennten durch eine geschickte architektonische Planung („Rundläufe“), wie sie in neueren Einrichtungen vorzufinden ist, entsprochen werden. Freiheitsentziehende Maßnahmen lassen sich somit verringern beziehungsweise vermeiden.³⁰ Grundsätzlich ist der geäußerte oder mutmaßliche Wille des Betroffenen anzuerkennen und gegenüber dem Pflegepersonal durchzusetzen. Da die Betroffenen oft extrem hilflos sind, ist eine regelmäßige Kontrolle der Pflege angebracht, etwa im Bezug auf geeignete Beschäftigungsmöglichkeiten, ausreichender Nahrung und Flüssigkeit und Ähnliches.

Typischerweise sind schwer Demennte nicht mehr einwilligungsfähig. Einwilligungen, etwa in Heilbehandlungen, werden somit vom Betreuer abgegeben, gegebenenfalls nach Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht.

Auswirkungen von Überschuldung auf die Erkrankung

Überschuldung ist, zusätzlich zur Erkrankung, ein weiterer, tragischer Belastungsfaktor. Er wirkt als „negativer Verstärker“ auf alle Lebensbereiche, die bei Betreuten ohnehin von multipler Deprivation betroffen sind. Komorbide Erkrankungen, insbesondere Suchtprobleme und Depressionen, können auftreten. Verstärkt wird auch die Stigmatisierung. Freie Entfaltung und Selbst-

verwirklichung sind nicht nur ideell, sondern auch konkret-materiell außerordentlich eingeschränkt. Viele Familien zerbrechen. Bekanntermaßen ist Überschuldung ein klassisches Motiv für Suizid. Durch die Interventionen des Betreuers sollen die sozialen Folgeprobleme von Überschuldung minimiert oder, wenn möglich, beseitigt werden, um eine Teilhabe des Schuldners und seiner Familienangehörigen am wirtschaftlichen, beruflichen, sozialen und kulturellen Lebensalltag zu ermöglichen.

Häufig handelt es sich um langwierige Entschuldungsprozesse. Die Aufgabe des Betreuers ist hier schwerpunktmäßig in der Einleitung der Schuldnerregulierung, abgeleitet aus der Vermögenssorge, zu sehen. Wegen der gebotenen Dringlichkeit ist eine rasche Abgabe der Angelegenheiten an eine Schuldnerberatungsstelle aufgrund der dort üblichen langen Wartezeiten häufig nicht möglich.³¹ Es geht um Soforthilfe und Schadensminimierung, also um kurzfristige Kriseninterventionen, welche die „bedrohliche Spitze des Schuldenbergs“ umfassen³² und die aktuell besorgungsbedürftig sind und für deren Erledigung der Betroffene dringend der Vertretung bedarf. Der Nutzen liegt in sofortiger (psychischer) Entlastung, etwa durch Erweiterung der Aufgabenkreise um Postangelegenheiten, da hier die belastende Gläubigerpost an den Betreuer zugestellt wird, in der Sicherstellung der täglichen Versorgung sowie einer Verbesserung der aktuellen Lebenslage sowie der gesundheitlichen Verfassung.³³

Bei erfolgreicher umfassender Intervention rechtlicher Betreuung steigt die Chance des Betroffenen, bei psychosozialer und wirtschaftlicher Stabilisierung eine langfristige, seinem Wesen entsprechende, weitgehend selbstbestimmte Lebensperspektive zu erlangen.

29 § 71 SGB XII

30 Vgl. GUY, BuPrax 6/05, S. 217

31 Schuldnerberatung seit 01.01.2005 Sozialleistung, Eingliederungsmaßnahme nach § 16 Abs 2 SGB II

32 Vgl. Frießsch/Gerth/Hornung/Schulz-Rackell/Zimmermann/Zipf/Müller (2004) Kap.3, S. 4f

33 Vgl. BIENWALD, BuPrax 5/2000, S. 190

Impressum

Betreuungsrechtliche Praxis – BuPrax
Zeitschrift für soziale Arbeit, gutachterliche Tätigkeit und Rechtsanwendung in der Betreuung
herausgegeben in Verbindung mit dem Vormundschaftsgerichtstag e. V. Hamburg

Verantwortliche Redakteurin: Bettina Bläß
Osterather Str. 7, 50739 Köln,
Tel.: 02 21/17 04 98 31,
Fax: 02 21/17 04 98 36,
E-Mail: bb@bettinablass.de

Verantwortlich für den Rechtsprechungsteil:
Dr. Andreas Jürgens, Mdl. und Richter am
Amtsgericht a. D.
Karl-Karlwasser-Str. 27, 34121 Kassel,
Tel.: 05 61/9 32 49 85, Fax: 05 61/9 32 49 84,
E-Mail: Andreas.Juergens@t-online.de

Jede veröffentlichte Entscheidung wird durch den Verlag mit € 25,- vergütet.

Manuskripte:

Manuskripte sind zwei Monate vor Erscheinen einer Ausgabe an die verantwortliche Redakteurin zu senden. Bei Frau Bläß oder beim Verlag können auch entsprechende technische und formale Hinweise angefordert werden, die zur Erstellung von Manuskripten nötig sind. Für unverlangt eingesandte Manuskripte kann keine Haftung übernommen werden. Eine eventuelle Annahme durch den Verlag muss schriftlich erfolgen.

Urheber- und Verlagsrechte:

Alle in dieser Zeitschrift veröffentlichten Aufsätze sind urheberrechtlich geschützt, ebenso die veröffentlichten Entscheidungen, so, wie sie bearbeitet oder redigiert worden sind. Der Rechtsschutz gilt auch gegenüber Datenbanken und ähnlichen Einrichtungen. Eine Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Mit der Annahme zur Veröffentlichung überträgt der Autor dem Verlag das ausschließliche Vertriebsrecht bis zum Ablauf des Urheberrechts. Das Nutzungsrecht umfasst auch die Befugnis zur Einspeicherung in eine Datenbank sowie das Recht zur weiteren Verfügbarmachung zu gewerblichen Zwecken, insbesondere im Wege elektronischer Verfahren einschließlich CD-ROM und Online-Diensten. Der Verlag behält sich das Recht zur redaktionellen Bearbeitung der angenommenen Manuskripte vor.

Verlag:

Bundesanzeiger Verlagsges. mbH
Amsterdamer Straße 192, 50735 Köln
Tel.: (02 21) 9 76 68-0
Internet: <http://www.bundesanzeiger-verlag.de>

Vertrieb Bundesanzeiger Verlag:

Tel.: +49/112/291, Fax: +49/115
Vertriebsleitung: Birgit Drehsen

Abo-Verwaltung:

Tel.: +49/229, Fax: +49/288

Anzeigenleitung:

Regina Gärtner

Anzeigenannahme:

Melanie Saß, Tel.: +49/343, Fax: +49/271
E-Mail: melanie.sass@bundesanzeiger.de

Preise: Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 13/2008. Vergünstigte Preise für Stellengesuche.

Redaktion im Verlag:

Anne Bayrli, Tel.: +49/181, Fax: +49/271
Jutta Fritzsche, Tel.: +49/197, Fax: +49/271

Herstellung: Gerhard Treinen, Tel.: +49/254

Geschäftsführer:

Rainer Dösem (Sprecher), Fred Schulz

Erscheinungsweise:

alle zwei Monate, jeweils 1. Februar, 1. April, 1. Juni, 1. August, 1. Oktober und 1. Dezember

Bezugsbedingungen:

Der Jahresabpreis für die Primärausgabe beträgt 99,80 € inkl. MwSt. und Versandkosten (Inland) und 113,30 € inkl. MwSt. und Versandkosten (Ausland). Ein Einzelheft kostet 17,50 € inkl. MwSt. und Versandkosten (Inland) und 19,00 € inkl. MwSt. und Versandkosten (Ausland). Preise für Mitglieder des VGT und BdB sowie Studenten auf Anfrage. Bestellungen über jede Buchhandlung oder beim Verlag, Kündigungen sind nach Ablauf von 12 Monaten möglich. Sie müssen bis zum 15. des Vormonats beim Verlag eingegangen sein.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Druck: Druck Zentrum Essen

ISSN: 0942-2390