

VERENA-MARIA NIEDRIST

# Selbstbestimmung bei der Medikation in Alten- und Pflegeheimen<sup>1</sup>

## I. Einleitung und Problemaufriss

»Alte Menschen verlieren auch im hohen Alter oder durch einen Heimaufenthalt ihre Persönlichkeitsrechte nicht, geben ihren Persönlichkeitsstatus gleichsam nicht an der Heimtüre ab«, dies hat der Rechtswissenschaftler *Heinz Barta* bei einer Tagungseröffnung betont.<sup>2</sup> Obwohl seit dieser Aussage nun bereits mehr als 20 Jahre vergangen sind und sich im Bereich der Pflege und des Heimaufenthalts im Vergleich zur damaligen Zeit aus rechtlicher Perspektive sehr viel verändert hat,<sup>3</sup> eignet sich dieses Zitat meines Erachtens weiterhin, um relevante Um-

- 
- 1     Erweiterte Fassung des bei der Tagung gehaltenen Vortrags; Stand Februar 2020. Für Unterstützung und anregende Diskussionen danke ich Herrn Univ.-Prof. Dr. *Reinhard Klaushofer* sowie Herrn Mag. *Julian Hörlesberger*.
  - 2     *Barta* in *Barta/Ganner, Rechtliche Rahmenbedingungen der Alten- und Pflegebetreuung*, 4. Dieses Zitat hat *Barta* zwar bereits im Jahre 1998 in der Einleitung und Begrüßung zur Tagung »Rechtliche Rahmenbedingungen der Alten- und Pflegebetreuung« von sich gegeben, doch scheint es auch heute noch aktuell zu sein. Zur damaligen Zeit (1998) gab es keine gesetzlichen Regelungen im Hinblick auf Beschränkungen der persönlichen Freiheit von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern; erst am 1. 7. 2005 ist das Heimaufenthaltsgesetz, welches den »Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen« regelt, in Kraft getreten. Vgl. in diesem Zusammenhang auch *Jaquemar/Mayerhöfer* in *FS Barta*, 61. Neben dem Recht auf persönliche Freiheit sind in Alten- und Pflegeheimen ebenso viele weitere Menschenrechte (beispielsweise das Verbot einer erniedrigenden oder unmenschlichen Behandlung sowie das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) von Bedeutung, die im Zusammenleben in institutionellen Betreuungseinrichtungen auch aktuell Beschränkungen oder gar Missachtungen erfahren.
  - 3     Vgl. beispielsweise zur Entwicklung im Heimaufenthaltsrecht *Strickmann, Heimaufenthaltsrecht*, 21 ff.

stände der Selbstbestimmung von alten Menschen<sup>4</sup> und Aspekte der institutionellen Betreuung in den Mittelpunkt der Wahrnehmung zu rücken. Besonders bei der Pflege und Betreuung von alten Menschen ist es aufgrund deren Vulnerabilität besonders wichtig, die Achtung der Menschenwürde und die Wahrung anderer verfassungsgesetzlich gewährleisteter Rechte, insbesondere das Recht auf Selbstbestimmung,<sup>5</sup> sicher zu stellen. Gründe, weshalb diese Personengruppe oftmals verletzlich ist, sind in der reduzierten Körperkraft, der Gebrechlichkeit, dem vermehrten Bestehen von Krankheiten und einer erhöhten Pflegebedürftigkeit zu finden.<sup>6</sup>

In diesem Beitrag werden nach einem Ausblick auf die prognostizierte demographische Entwicklung einzelne Problembereiche aus der institutionellen Betreuung in Alten- und Pflegeheimen erörtert. Dargestellt werden neben von den Kommissionen der Volksanwaltschaft aufgezeigten Umständen in Alten- und Pflegeheimen ebenso Gründe für Missstände in Institutionen, die diesen insbesondere aufgrund ihrer Eigenschaft als geschlossene Systeme innewohnen. In den Mittelpunkt wird die Selbstbestimmung gestellt, wobei dargelegt wird, welche rechtlichen Rahmenbedingungen es hierfür gibt. Da das hohe Alter oft neben körperlichen Einschränkungen auch kognitive Defizite mit sich bringt, wird erläutert, welche Maßnahmen es gibt, um die Selbstbestimmung (insbesondere im Hinblick auf medizinische Angelegenheiten) möglichst umfangreich wahren zu können.

## A. Demographische Entwicklung

Bei Betrachtung der demographischen Entwicklung der Bevölkerung in Österreich kann eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur erkannt

4 Laut Definition der Weltgesundheitsorganisation gilt ein Mensch als »alt«, sobald dieser das 65. Lebensjahr vollendet hat (ersichtlich aus den zahlreichen einschlägigen Publikationen der Weltgesundheitsorganisation: *WHO*, <<http://www.euro.who.int/de/home>>).

5 Das Recht auf Selbstbestimmung wird in dessen Substanz verfassungsrechtlich aus Art 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) abgeleitet (siehe dazu näher I.L.C.).

6 Vgl *Ganner* in Österreichische Juristenkommission, *Autonomes Altern*, 103f; *Ganner* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, *Handbuch Medizinrecht*, IV.9.1; *Berzlanovich/Schleicher/Rásky*, JRP 2017, 14.

werden. In unserer Gesellschaft liegt die Gruppe der alten Menschen derzeit bei etwa 19%.<sup>7</sup> In 10 Jahren wird sich dieser Anteil um etwa 4% erhöhen.<sup>8</sup> Blickt man 70 Jahre voraus, also in das Jahr 2090, so wird prognostiziert, dass die Gruppe der über 65-Jährigen bereits auf 30% gestiegen sein wird.<sup>9</sup> Vorrangig wird die Bevölkerungsgruppe der Hochaltrigen<sup>10</sup> zukünftig am stärksten wachsen.<sup>11</sup>

Neben dem demographischen Wandel der Bevölkerung in Österreich samt der damit einhergehenden stetig steigenden Lebenserwartung<sup>12</sup> stellt folglich das vermehrte Auftreten von Alterskrankheiten einen bedeutenden Einflussfaktor dar, weshalb Menschen Pflege benötigen beziehungsweise in Alten- und Pflegeheimen leben (müssen). Zu den typischerweise im hohen Alter auftretenden Leiden zählen zum Beispiel demenzielle Erkrankungen, die oft – insbesondere im bereits fortgeschrittenen Stadium – einer Betreuung in einem institutionellen Umfeld bedürfen. Derzeit leiden in Österreich etwa 100.000 Personen an demenziellen Krankheitsbildern, bis zum Jahr 2050 wird diese Zahl laut Prognosen auf zirka 230.000 ansteigen, da mit dem zunehmenden

- 
- 7 Vgl *Statistik Austria*, Bevölkerungspyramide Österreich 1952–2100 – Prognose, <[http://www.statistik.at/web\\_de/downloads/webkarto/bev\\_prognose\\_neu/#!y=2020](http://www.statistik.at/web_de/downloads/webkarto/bev_prognose_neu/#!y=2020)>.
  - 8 Vgl *Statistik Austria*, Bevölkerungspyramide Österreich 1952–2100 – Prognose, <[http://www.statistik.at/web\\_de/downloads/webkarto/bev\\_prognose\\_neu/#!y=2030](http://www.statistik.at/web_de/downloads/webkarto/bev_prognose_neu/#!y=2030)>.
  - 9 Vgl *Statistik Austria*, Bevölkerungspyramide Österreich 1952–2100 – Prognose, <[http://www.statistik.at/web\\_de/downloads/webkarto/bev\\_prognose\\_neu/#!y=2090](http://www.statistik.at/web_de/downloads/webkarto/bev_prognose_neu/#!y=2090)>.
  - 10 Hochaltrige sind nach überwiegender Auffassung Menschen mit einem Lebensalter von über 80 Jahren (vgl. *ÖPIA*, Hochaltrigkeit, <[http://www.oepia.at/hochaltrigkeit/?page\\_id=9](http://www.oepia.at/hochaltrigkeit/?page_id=9)>).
  - 11 Blickt man auf die Bevölkerungsstruktur der EU, so werden im Jahr 2020 bereits 5,9% der Bevölkerung ein Lebensalter von über 80 Jahren erreichen, bis zum Jahr 2050 wird sich der Anteil der Hochaltrigen an der Bevölkerung fast verdoppelt haben (11,1%) und bis zum Jahr 2080 wird der Anteil der Hochaltrigen auf 12,7% wachsen (vgl. *Eurostat*, Bevölkerungsstruktur nach Hauptaltersgruppen, EU-28, 2017–2080, <[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Bev%C3%B6lkerungsstruktur\\_nach\\_Hauptaltersgruppen\\_EU-28\\_2017-2080\\_\(in\\_%25\\_der\\_Gesamtbev%C3%B6lkerung\)\\_FP18-DE.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Bev%C3%B6lkerungsstruktur_nach_Hauptaltersgruppen_EU-28_2017-2080_(in_%25_der_Gesamtbev%C3%B6lkerung)_FP18-DE.png)>).
  - 12 In den vergangenen Jahrzehnten ist die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen stetig gestiegen. Gemäß den Sterbetafeln 1970/72 betrug die Lebenserwartung der Männer 66,6 Jahre und die der Frauen 73,7 Jahre, während die Sterbetafeln 2010/12 die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern mit 78 Jahren und die der Frauen mit 83,3 Jahren ausweisen. In einem Zeitraum von 40 Jahren ist also die durchschnittliche Lebenserwartung der Menschen in Österreich um zirka 10 Jahre angestiegen (vgl. *Statistik Austria*, Lebenserwartung gemäß Sterbetafeln 1970/72 bis 2010/12, <[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/sterbetafeln/022520.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/sterbetafeln/022520.html)>).

Alter die Inzidenz- und Prävalenzzahlen steigen.<sup>13</sup> Bei derartigen Erkrankungen mit kognitiven Beeinträchtigungen stellt sich infolgedessen auch die Frage nach dem Verhältnis von *Selbstbestimmung* und *Fremdbestimmung*.<sup>14</sup>

Es wird also sowohl den Lebensumständen als auch der letzten Lebensphase und dem damit einhergehenden Lebensende in institutionellen Betreuungseinrichtungen<sup>15</sup> mit Sicherheit zukünftig eine enorme Relevanz beizumessen sein. Die demographische Entwicklung samt der steigenden Lebenserwartung, die sich daraus ergebende Zunahme der Alterskrankheiten und der Umbruch des klassischen Familiensystems (dazu noch eingehend unter I.C.) lassen nämlich vermuten, dass sich die Notwendigkeit von (stationären) Pflegedienstleistungen und in diesem Zusammenhang der Arbeitskräftebedarf in den kommenden Jahren stark erhöhen wird.<sup>16</sup>

## B. Aspekte der Medikation

Bedingt durch die Vulnerabilität der Personengruppe der alten Menschen ergeben sich häufig besondere Problemlagen im Hinblick auf die Medikation. Mit dem zunehmenden Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, an Erkrankungen, die typischerweise im hohen Lebensalter auftreten, zu leiden. Viele alte Menschen in institutioneller Betreuung weisen multiple chronische Erkrankungen auf, erschwerend treten oft funktionelle und kognitive Einschränkungen hinzu.<sup>17</sup> Dies indiziert viel-

13 Vgl *Österreichische Alzheimer Gesellschaft*, Zahlen & Statistik, <<http://www.alzheimer-gesellschaft.at/informationen/zahlen-statistik/>>; *Rist* in Martinek/Mazal, Denkwerkstatt Fiktionen der Wissenschaft – Zukunft der Altersvorsorge aus Expertensicht, 127.

14 Vgl etwa in Bezug auf Altersdemenz *Spickhoff*, ZfRV 2008, 33.

15 Schließlich sterben 70 % der Menschen in Institutionen (Krankenhäusern oder Alten- und Pflegeheimen); vgl dazu *Körtner* in Österreichische Juristenkommission, Autonomes Altern, 34.

16 Vgl *Köberl/Sitner*, ZfG 2018, 101; *Jaquemar/Mayerhöfer* in FS Barta, 61; *Ganner*, Selbstbestimmung im Alter, 24 ff; *Rixen* in Österreichische Juristenkommission, Autonomes Altern, 19 sowie *Körtner* in Österreichische Juristenkommission, Autonomes Altern, 33 f (*Körtner* weist auf die Notwendigkeit einer reflektierten Auseinandersetzung mit dem Altwerden und damit einhergehenden [kognitiven] Einschränkungen hin).

17 Vgl *Alzner*, JATROS Neurologie & Psychiatrie 2016/6, 40 f; *Niederhauser/Bezzola*, Sichere Medikation, 4 f, <[https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user\\_upload/](https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/)

fach die Verabreichung von mehreren Medikamenten gleichzeitig. Daraus resultiert häufig das Problem der Polypharmazie<sup>18</sup> – dieser Missstand wurde vor allem auch in Alten- und Pflegeheimen festgestellt.<sup>19</sup> Studien<sup>20</sup> zufolge werden an Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Alten- und Pflegeheimen durchschnittlich zwischen sieben und acht Medikamente täglich verabreicht. Dies erfolgt oftmals zur Behandlung von chronischen Erkrankungen – eine symptomorientierte Verschreibung wird häufig nicht durchgeführt. Mit der Einnahme einer großen Arzneimittellanzahl steigt jedoch auch die Gefahr von Wechsel- und Nebenwirkungen, woraus sich eine negative Auswirkung auf die Funktionalität und die Lebensqualität der betroffenen Personen ergeben kann.<sup>21</sup> Viele in Medikamenten enthaltene Substanzen können kognitive Funktionen negativ beeinflussen oder Delirien auslösen. Vor allem für die Personengruppe der alten Menschen werden zahlreiche Arzneimittel, etwa Psychopharmaka, als potenziell inadäquat eingestuft.<sup>22</sup>

---

1\_ Projekte\_und\_Programme/progress\_sichere\_med.\_pflegeheime/progress\_smp\_d/8\_Grundlagen\_SM\_in\_Pflegeheimen\_20151110.pdf>.

- 18 Unter Polypharmazie versteht man die gleichzeitige Einnahme von fünf oder mehr Arzneimitteln (vgl. *Competence Center Integrierte Versorgung*, 23f, <<https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/p/lexikon-polypharmazie>>). Von Hyperpolypharmazie spricht man, wenn zehn oder mehr als zehn verschiedene Substanzen verabreicht werden (vgl. *Alzner*, *JATROS Neurologie & Psychiatrie* 2016/6, 40). Die OSiA-Studie (Optimiertes Scherzmanagement in Altenpflegeheimen; die Basisdaten für die Studie wurden 2011/12 gesammelt) zeigt, dass der Anteil systemisch verordneter Dauermedikation bei Bewohnerinnen und Bewohnern österreichischer Langzeitpflegeeinrichtungen im Bereich der Polypharmazie bei 75 % und der Hyperpolypharmazie bei 43 % liegt (vgl. *Alzner*, *JATROS Neurologie & Psychiatrie* 2016/6, 40; *Alzner/Bauer/Pitzer/Schreier/Osterbrink/Iglseder*, *procare* 2016, 22).
- 19 Vgl. *Volksanwaltschaft*, *Medikation in Alten- und Pflegeheimen*, <<https://volksanwaltschaft.gv.at/artikel/interview-mit-volksanwalt-dr-guenther-kraeuter-medikation-in-alten-und-pflegeheimen>>. Die Problematiken hinsichtlich Medikation (im Zusammenhang mit Aufklärung und Zustimmung) und Polypharmazie werden auch in *Volksanwaltschaft*, *Präventive Empfehlungen*, 9ff, <[https://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/6gq48/praeventive\\_empfehlungen\\_pflege\\_bandv.pdf](https://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/6gq48/praeventive_empfehlungen_pflege_bandv.pdf)> aufgezeigt.
- 20 Hingewiesen wird auf frühere Studien im Vergleich zur OSiA-Studie (vgl. *Alzner*, *JATROS Neurologie & Psychiatrie* 2016/6, 40).
- 21 Vgl. *ÖPIA*, *Multimorbidität und Polypharmazie*, <[http://www.oepia.at/hochaltrigkeit/?page\\_id=35](http://www.oepia.at/hochaltrigkeit/?page_id=35)>; *Alzner*, *JATROS Neurologie & Psychiatrie* 2016/6, 40; *Volksanwaltschaft*, *Medikation in Alten- und Pflegeheimen*, <<https://volksanwaltschaft.gv.at/artikel/interview-mit-volksanwalt-dr-guenther-kraeuter-medikation-in-alten-und-pflegeheimen>>.
- 22 Vgl. *Alzner*, *JATROS Neurologie & Psychiatrie* 2016/6, 40ff. Laut der OSiA-Studie befand sich bei 72,4 % der Bewohnerinnen und Bewohner unter den systemisch verabreichten Dauermedikamenten mindestens ein potenziell inadäquates Medikament (vgl. dazu *Alzner/Bauer/Pitzer/Schreier/Osterbrink/Iglseder*, *procare* 2016,

Aus rechtlicher Sicht stellt die Verabreichung von Medikation eine Heilbehandlung dar. Für die Rechtmäßigkeit der Heilbehandlung bedarf es einer Aufklärung und grundsätzlich einer anschließenden Zustimmung der betroffenen Person (dazu noch eingehend unter III.A.).<sup>23</sup>

### C. Institutionelles Betreuungsumfeld

Die Institutionen der Alten- und Pflegeheime<sup>24</sup> stellen wichtige gesellschaftliche Einrichtungen dar, denn heutzutage fehlen in vielen Familien die nötigen Ressourcen für die Unterstützung der Eltern- und Großelterngenerationen. Ursachen hierfür liegen insbesondere auch in den gegenwärtig vorherrschenden Familienstrukturen, die überwiegend von einem Zusammenleben in Kleinfamilien geprägt sind. Zwar gibt es zahlreiche mobile Pflegedienste und Angebote von Betreuungsmöglichkeiten in den eigenen vier Wänden (man denke dabei etwa an die 24-Stunden-Betreuung), doch trotzdem besteht oft die Notwendigkeit, eine stationäre Betreuung in Anspruch zu nehmen. Häufig wird der Umzug in ein Alten- und Pflegeheim bei Fortschreiten von (demenziellen) Erkrankungen und dem Fehlen beziehungsweise der Erschöpfung von familiären oder mobilen Pflegekapazitäten unumgänglich.

Oftmals besteht zwischen der enormen Wichtigkeit institutioneller Einrichtungen in Form von Alten- und Pflegeheimen und deren Image dennoch eine deutliche Diskrepanz.<sup>25</sup> Ein Grund für dieses Missverhältnis in der Wahrnehmung liegt wohl in der Institutionalisierung an sich, denn diese ist ein geschlossenes System. In einer derartigen Geschlossenheit besteht oft die Gefahr, dass der dort gelebte Alltag und

23 f). Vgl dazu auch *Mann/Haastert/Böhmendorfer/Frühwald/Iglseder/Roller-Wirnsberger/Meyer*, Wiener klinische Wochenschrift 2013, 180 (Zu 70,3% wurde mindestens ein potenziell inadäquates Medikament an Heimbewohnerinnen und Heimbewohner verabreicht; aufgrund des größeren Stichprobenumfangs [im Vergleich zur OSiA-Studie] ist meiner Meinung nach diese Studie hervorzuheben.).

23 Vgl *Kletečka-Pulker* in *Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker/Memmer*, Handbuch Medizinrecht, I.1.1.2.

24 Während in Altenheimen die Pflegebedürftigkeit gering ist, werden in Pflegeheimen die Bewohnerinnen und Bewohner vom Pflegepersonal rund um die Uhr im Hinblick auf die persönlichen und medizinischen Bedürfnisse betreut (vgl *Niederhametner*, Verletzungen von Menschenrechten vermeiden, 18 und FN 2).

25 Vgl *Niederhametner*, Verletzungen von Menschenrechten vermeiden, 17 f.

die Handlungsroutinen wenig hinterfragt werden und von außen nur subtil erkennbar sowie infolgedessen schwierig zu kontrollieren sind.<sup>26</sup> Neben den zahlreichen positiven Aspekten einer vorwiegend herausragenden Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner durch das Personal bringen Institutionen nämlich Einschränkungen für die Betroffenen mit sich, die in wenigen Fällen sogar zu Grundrechtsverletzungen führen können. Ein Beispiel für eine Verletzung der Persönlichkeitsrechte von Pflegebedürftigen ist die Durchführung von medizinischen Behandlungen ohne entsprechende Mitsprachemöglichkeit der betroffenen Person (beziehungsweise ohne Vorliegen sonstiger rechtfertigender Gründe).<sup>27</sup>

Aufgrund mangelnder Ressourcen, Zeitdruck und Überlastung des Personals bleibt oftmals wenig Platz für Individualität. Viele Facetten dieser Problematiken sind struktureller Natur, sie bestehen trotz gewissenhafter Arbeit des Pflegepersonals. Die Folgen sind vielfach Beschränkungen sowie der Umstand, dass die zu Betreuenden in hohem Maße gezwungen sind, sich den Gegebenheiten der Institution anzupassen. Ebenso sind veraltete Strukturen und teilweise nicht barrierefreie Gestaltungen wie auch eine unzureichende Beachtung der besonderen Bedürfnisse von (dementen) Bewohnerinnen und Bewohnern Erscheinungen, die in institutionalisierten Lebenswelten vorkommen (können).<sup>28</sup> Zu erwähnen ist hier jedenfalls, dass hinter solchen Verhältnissen politische und rechtliche Grundsatzentscheidungen stehen, die institutionelle Bedingungen sowohl positiv als auch negativ beeinflussen (können).<sup>29</sup>

## 1. Gewalt in der institutionellen Pflege

Ein Phänomen, welches sowohl in Institutionen als auch in der häuslichen Pflege auftritt, ist ferner Gewalt<sup>30</sup> gegen alte Menschen. Die Gewalt

26 Vgl *Klaushofer*, JRP 2017, 2; *Schönwiese*, JRP 2017, 28.

27 Vgl *Niedermoser*, JRP 2017, 23 und 25.

28 Vgl *Niedermoser*, JRP 2017, 23 ff.

29 Vgl *Klaushofer*, JRP 2017, 2.

30 Eine allgemein gültige gesetzliche Definition des Begriffs »Gewalt« gibt es nicht, auch nicht im Strafrecht (vgl *Schwaighofer* in WK<sup>2</sup> StGB § 105 Rz 11 ff und *Klaushofer*, JRP 2017, 3). Nach der in Rechtsprechung und Lehre üblichen Definition ist Gewalt die »Anwendung physischer Kraft von gewisser Schwere zur Überwindung eines tatsächlichen oder erwarteten Widerstandes«, so *Schwaighofer* in WK<sup>2</sup> StGB § 105 Rz 17 samt entsprechenden Verweisen. Vgl ausführlicher in Bezug auf strukturelle

kann in unterschiedlichen Formen auftreten, wobei sich drei Ausprägungen unterscheiden lassen. Abgestellt wird dabei auf den Ausgangspunkt der Gewalt. Die direkte Gewalt geht von einer Person aus. Demgegenüber wird die indirekte Gewalt durch strukturelle Gegebenheiten verursacht. Die strukturelle Gewalt ist dem System immanent, dieser Ausgestaltung der Gewalt liegen bestimmte Gegebenheiten und Strukturen zugrunde, wie sie etwa strikte Tagesabläufe oder fixe Besuchszeiten darstellen.<sup>31</sup> Darüber hinaus gibt es auch die kulturelle Gewalt, die von Vorurteilen wie zum Beispiel einem negativen Altersbild gekennzeichnet ist.<sup>32</sup>

Besonders die vulnerable Personengruppe der alten und vermehrt auch kranken Menschen ist in einem höheren Ausmaß gefährdet, von Gewalt betroffen zu sein. Dies liegt unter anderem an den unterschiedlichen Machtverhältnissen, denn hinter Pflegesituationen stehen häufig asymmetrische Beziehungen. Insbesondere bei Vorliegen einer bestimmten Pflegebedürftigkeit und dem damit (teilweise) einhergehenden Verlust der eigenen Unabhängigkeit steigt unweigerlich auch die Abhängigkeit vom Pflegepersonal.<sup>33</sup>

Oftmals kommt es zum Auftreten von (personeller) Gewalt im Rahmen von Vertrauensbeziehungen, wie sie zwischen dem Pflegepersonal

---

Gewalt sowie Gewalt in der Pflege insbesondere auch *Galtung*, Strukturelle Gewalt und *Niederhametner*, Verletzungen von Menschenrechten vermeiden, 249 ff; *Ganner* in *Ganner*, Die soziale Funktion des Privatrechts, 78 ff; *Ganner*, ÖZPR 2013, 20; *Golla*, Aggression und Gewalt mittlerweile Berufsalltag im Gesundheitswesen, <<http://pflege-professionell.at/at-aggression-und-gewalt-mittlerweile-berufsalltag-im-gesundheitswesen>>; *Mayr/Müller*, Die unsichtbare, subtile Gewalt in der Pflege, <<https://www.derstandard.at/story/2000084560176/die-unsichtbare-subtile-gewalt-in-der-pflege>>; *Niedermoser*, JRP 2017, 23; *Berzlanovich/Schleicher/Rásky*, JRP 2017, 14 sowie zahlreiche Publikationen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (*BMASK*, Übergriffe, Gewalt und Aggression gegen ältere Menschen; *BMASK*, Gewalt erkennen. Ältere Menschen in Institutionen; *BMASK*, Prävention und Intervention bei Gewalt gegen ältere Menschen; *BMASK*, Gewalt erkennen. Fragen und Antworten zu Demenz und Gewalt; *BMASK*, Gewaltschutz für ältere Menschen). Auch die *Volksanwaltschaft* weist im Zusammenhang mit 100 Alten- und Pflegeheimbesuchen im Jahr 2017 darauf hin, dass strukturelle Gewalt im Bereich der stationären Langzeitpflege ein aktuelles Thema ist (vgl. dazu *Volksanwaltschaft*, Medikation in Alten- und Pflegeheimen, <<https://volksanwaltschaft.gv.at/artikel/interview-mit-volksanwalt-dr-guenther-kraeuter-medikation-in-alten-und-pflegeheimen>>).

31 Vgl. *Klaushofer*, JRP 2017, 3; *Osterbrink/Andratsch*, Gewalt in der Pflege, 43 ff; *Niedermoser*, JRP 2017, 23.

32 Vgl. *Osterbrink/Andratsch*, Gewalt in der Pflege, 52 f.

33 Vgl. *Niedermoser*, JRP 2017, 24; *Osterbrink/Andratsch*, Gewalt in der Pflege, 27 ff.