

# **Bachelorarbeit**

**Tanja Christin Binder**

**0833390**

## ***Spannung zwischen Fürsorge und Autonomie in der Pflege bei nicht einsichts- und urteilsfähigen Patienten und Patientinnen***

**Medizinische Universität Graz**

**Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaft**

**Begutachter:**

**Pilgram, Erwin Horst, Mag. Dr.med.univ.**

**Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz**

**Albert-Schweitzer-Gasse 36**

**8020 Graz**

**Lehrveranstaltung:**

**Ethik**

**Einreichung:**

**3. Jänner 2012**

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 03.01.2012

Unterschrift: 

# Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	1
2	Einleitung.....	2
3	Definitionen .....	4
3.1	Moral und Ethik.....	4
3.2	Werte und Normen .....	5
3.3	Fürsorge.....	6
3.4	Autonomie.....	6
3.5	nicht einsichts- und urteilsfähige Personen .....	8
3.6	Demenz.....	8
4	Demenz als Krankheit.....	10
4.1	Diagnosekriterien .....	10
4.2	Demenzstadien .....	11
4.3	Ursachen der Demenz .....	12
4.3.1	Alzheimer Demenz .....	12
4.3.2	Vaskuläre Demenz .....	13
4.3.3	Gemischte Demenz .....	13
4.3.4	Sonstige Demenzformen .....	13
4.4	Epidemiologie der Demenzen .....	14
4.4.1	Prävalenz.....	14
4.4.2	Inzidenz.....	15
5	Prinzipien der Pflegeethik nach Beauchamp und Childress .....	18
5.1	Respekt gegenüber Autonomie .....	18
5.2	Nichtschaden .....	19
5.3	Benefizienz – Prinzip der Fürsorgepflicht.....	19
5.4	Gerechtigkeitsprinzip .....	20
6	Patientenautonomie vs. Professionelle Autonomie.....	21
6.1	Paternalismus.....	21
6.2	Selbstständigkeit als Zieldimension der Pflege.....	23
6.3	Selbstständigkeit als funktionelle Eigenständigkeit.....	24
6.4	Patientenautonomie bei Demenzkranken .....	25
6.4.1	Wahrnehmung des Willens .....	26
6.4.2	Wille und Wohl.....	26
6.5	Rechtliche Bestimmungen.....	27

6.5.1	Der urteilsunfähige Patient, die urteilsunfähige Patientin .....	27
6.5.2	Aufklärungspflicht pflegerischer Maßnahmen .....	28
6.5.3	Zwangmaßnahmen .....	29
6.6	Informed Consent .....	29
6.6.1	Formen des Informed Consent .....	30
6.6.2	Kompetenz als Schwellenelement des Informed Consent .....	31
7	Fürsorge als Prinzip von Beauchamp and Childress .....	32
7.1	Strukturprobleme des Pflegeberufs .....	32
7.2	Ethik des Helfens .....	33
7.3	Macht in der Pflege .....	33
7.4	Care Ethik .....	34
8	Stellvertretende Entscheidungen .....	36
8.1	Patientenverfügung .....	37
8.2	Vom Patienten, von der Patientin beauftragte Person .....	38
8.3	Ärzte und Ärztinnen .....	38
8.4	Gericht .....	39
9	Schlussfolgerung .....	40
10	Literaturverzeichnis .....	42

# 1 Zusammenfassung

In dieser wissenschaftlichen Arbeit wird das Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Autonomie in der Pflege genauer betrachtet. Dabei wird der Fokus speziell auf nicht einsichts- und urteilsfähige Patienten und Patientinnen gelegt, worunter die große Anzahl der Demenzkranken fällt. Durch die ständig steigende Anzahl an Demenz erkrankten Personen und den progredienten Verlauf dieser irreversiblen Erkrankung wird die Pflege gerade in Bezug auf die Autonomie vor eine große Herausforderung gestellt.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Realität des bestehenden Spannungsverhältnisses zwischen Fürsorge und Autonomie sowie die Möglichkeiten zur Wahrung der Autonomie von Demenzkranken aufzuzeigen.

Dies wird durch eine Literaturrecherche in verschiedenen Bibliotheken und Datenbanken und Zusammenfassung der gefunden Literatur versucht.

Als Ergebnis zeigt sich, dass sich die Wahrung der Autonomie in der Pflege von dauerhaft nicht einsichts- und urteilsfähigen Personen als äußerst schwierig darstellt. So können die unterschiedlichen Stadien der Demenzerkrankung, die oft nicht angesprochenen Machtverhältnisse in einer Pflegeperson-Patient-Beziehung sowie die unterschiedlichen Möglichkeiten der stellvertretenden Entscheidungen Barrieren für autonome Entscheidungen darstellen.

Dennoch bleibt in Zukunft eine Ambivalenz dieser Thematik bestehen. Denn trotz ständiger Forderungen nach Wahrung der Autonomie kann die Grunderkrankung der Demenz, durch die autonome Entscheidungen oft unmöglich werden, nicht vernachlässigt werden. Als Lösungsansatz kann schlussendlich nur die Basis des Vertrauens in einer Pflegeperson-Patient-Beziehung bestehen bleiben.

## 2 Einleitung

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege hat sich in den letzten Jahren immer mehr zu einem eigenständigen Beruf im Gesundheitswesen entwickelt. Immer mehr entfernt sich die Pflege von der alleinigen Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen auf Anordnungen des Arztes oder der Ärztin und entwickelt sich hin zu einem professionell pflegerischen Denken und Handeln und zur Entwicklung pflegewissenschaftlicher Kompetenz (Kemetmüller 2007, S. 115).

Aufgrund dessen greift auch die Pflege immer weiter in den spannungsbehafteten Bereich der Fürsorge und Autonomie der Patienten und Patientinnen ein und hat aufgrund der intensiven Betreuung mit den betroffenen Personen eine Schlüsselrolle in der Wahrung der Autonomie eines Patienten.

Der Begriff der Autonomie spielt in der heutigen Zeit in allen Gesundheitsberufen eine große Rolle. Dem freien Willen eines Patienten oder einer Patientin kommt eine immer zentralere Bedeutung zu. Die derzeitige Tendenz neigt dazu, ärztliche Maßnahmen allein oder zumindest überwiegend durch den Patientenwillen zu rechtfertigen. Somit stellt die Zustimmung eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für alle Behandlungen im Gesundheitswesen dar, seien sie pflegerisch, beratend oder therapeutisch. In diesem Zusammenhang stellt die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress einen wichtigen Aspekt dar (Wunder 2008, S. 17).

Durch die Tatsache, dass das Konzept der Autonomie an die Präsenz bestimmter mentaler Fähigkeiten gebunden ist, geht mit dem Verlust dieser auch die Autonomie verloren. Allerdings sollte dabei nicht vergessen werden, dass dennoch Elemente von Autonomie vorhanden sein können. Also kann diese zumindest zu einem Teil erhalten bleiben. Dies kann auch durch prospektive Formen geschehen, wie etwa das Verfassen einer Patientenverfügung oder die Bestimmung einer Vorsorgevollmacht (Jox 2004, S. 404). Ein Problem der Patientenverfügung stellt jedoch die Entscheidung dar, bis wann eine angefertigte Patientenverfügung geltend gemacht werden kann und ab wann diese durch die unterschiedlichen Stadien der Demenz außer Kraft tritt. In dieser Arbeit wird das Spannungsverhältnis zwischen Fürsorge und Autonomie in der Pflege bei nicht einsichts- und urteilsfähigen Patienten und Patientinnen thematisiert. Dabei wird gezielt auf die Gruppe der dauerhaft nicht einsichts- und urteilsfähigen Patienten und Patientinnen eingegangen. Der Gegensatz als temporäres Defizit des fehlenden Urteilsvermögens, wie es beispielsweise bei einem Delir der Fall wäre, wird in dieser Arbeit nicht mit behandelt. Grundsätzlich bildet die größte Gruppe der dauerhaft Betroffenen die Gruppe der an Demenz erkrankten Personen. Aufgrund der ständig steigenden Inzidenzzahlen ist dieses Krankheitsbild für

die heutige Gesellschaft und vor allem für die Pflege eine enorme Herausforderung (siehe Punkt 4.4.2).

Aufgrund der progredient verlaufenden Demenzerkrankung kommt es laufend zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Betroffenen. Dies nimmt in der Pflege eine wichtige Schlüsselrolle ein, da Pflegepersonen daher kontinuierlich mit zunehmendem Kompetenzverlust, Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit bis hin zum Tod eines Menschen konfrontiert sind. Wichtige Eigenschaft einer Pflegeperson sollte die aktive Konfrontation und Stellungnahme der eigenen Haltung gegenüber Verlusten, Abhängigkeit und Tod sein, da Kompetenzverlust von den gepflegten Patienten und Patientinnen nicht als eigenes Versagen angesehen werden soll, sondern als flexible Reaktion des „Loslassen-Könnens“ unterstützend für den Betroffenen oder die Betroffene sowie dessen oder deren Angehörige sein soll. Die Pflege soll ihre Möglichkeit nutzen, bei der Betreuung demenzkranker Menschen auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche eingehen zu können, dennoch aber das Selbstwertgefühl und die Autonomie der Personen stärken und anregen und diese nicht aus Fürsorglichkeit zu untergraben versuchen (Kastner, Löbach 2007, S. 86-87).

Als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester zeigt die tägliche Berufspraxis ständig neue Herausforderungen, welche zu einem großen Teil auch ethische Fragen und ethische Dilemma beinhalten. So sind Fragen bezüglich der Fürsorge und der Autonomie wichtiger Bestandteil des Pflegealltags. Um diese beantworten zu können, wurde eine Literaturrecherche in der medizinischen Universität Graz und der Karl-Franzens-Universität Graz sowie in den Datenbanken Pubmed und Cinahl und dem Journal „Ethik in der Medizin“ durchgeführt.

In den anschließenden Kapiteln sind Grunddefinitionen der Thematik, allgemeine Informationen zur Demenzerkrankung, sowie die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress in Hinblick auf das zentrale Thema der Spannung zwischen Fürsorge und Autonomie dargestellt. Unter anderem werden auch die darunter fallenden rechtlichen Bestimmungen sowie die Möglichkeiten der stellvertretenden Entscheidungen aufgezeigt.

### 3 Definitionen

Um mit dem Thema der Fürsorge und Autonomie vertraut zu werden, ist es zuallererst von großer Bedeutung, verschiedene Begriffe in Hinblick auf die Ethik und deren Bestandteile differenzieren zu können. So werden im Alltag die Begriffe Ethik und Moral meist synonym verwendet, obwohl es eine klare inhaltliche Differenzierung dieser Begriffe gibt (Hiemetzberger, Messner et al. 2010, S. 15).

#### 3.1 *Moral und Ethik*

**Moral** bedeutet nach der Übersetzung des griechischen Alltagbegriffs sowohl Sitte als auch Charakter. Darunter wird die gelebte, praktizierte moralische Überzeugung einer Gruppe, Gesellschaft oder Epoche verstanden. Es werden Handlungs- und Verhaltensregeln zusammengefasst, die eine Geltung für das Verhalten zu sich selbst, zu anderen und zur Welt beinhaltet. Moral wiederum setzt Freiheit und Autonomie voraus.

Zusammenfassend kann unter Moral die gelebten Werte und Normen, die eine Gemeinschaft für sich als verbindlich anerkennt, verstanden werden (Hiemetzberger, Messner et al. 2010, S. 15-16).

**Ethik** hingegen ist eine philosophische Wissenschaft, die sich mit der Moral, den Werten und Normen beschäftigt. Aristoteles war der Annahme, dass der Mensch die Fähigkeit besitzt, sein sittliches Handeln kritisch zu hinterfragen und zu begründen. So ist der Gegenstand der Ethik der gesamte Bereich des menschlichen Handelns inklusive der personalen Bedingungen. Ethik unternimmt aus einer gewissen Distanz eine methodisch-kritische Reflexion auf das menschliche Handeln, um Aussagen begründen zu können. Ethik kann somit als eine praktische Wissenschaft beschrieben werden, die sich mit Werten und Normen und mit dem moralischen Handeln auseinandersetzt. Sie beansprucht dafür universale Gültigkeit und Widerspruchsfreiheit (Hiemetzberger, Messner et al. 2010, S. 23-24).

Alle Menschen haben eine gewisse Vorstellung von Moral. In irgendeiner Form existieren Vorstellungen von dem, was richtig oder falsch, was gut oder böse ist, also Maßstäbe, nach denen das Handeln ausgerichtet wird. So bezeichnet Immanuel Kant als oberste Tugendpflichten gegenüber anderen Menschen die Achtung und die Fürsorge. Unter Achtung versteht Kant den Respekt vor Selbstbestimmung, der der Fürsorge vorausgehen soll. Menschen sollen fürsorglich sein und helfen, aber nur unter der Bedingung, dass die Person gegenüber im Einverständnis ist. Achtung ist daher als Vorbedingung von Fürsorge zu sehen (Heubel 2010, S. 32).

Dabei wird deutlich, dass bereits Immanuel Kant die Spannung zwischen Fürsorge und Autonomie erkannt hat und somit gerade im Pflegeberuf von besonderer Bedeutung ist, da in diesem

Zusammenhang eine Ethik des Helfens besteht und somit die Gefahr der Autonomieuntergrabung besteht.

### **3.2 Werte und Normen**

Werte und Normen sind für eine Gruppe oder eine Gemeinschaft von großer Bedeutung, da sie einen Orientierungsrahmen für moralisches Handeln einer Person darstellen.

Ein **Wert** stellt einen wünschenswerten Maßstab für eine Qualität dar. So kann zwischen nicht-moralischen und moralischen Werten unterschieden werden. Nicht-moralische Werte sind beispielsweise Fragen zur Ästhetik eines Gemäldes oder eines neuen Autos und bilden daher kein Kriterium für zwischenmenschliches Verhalten.

Im Zusammenhang dieses Themas sind moralische Werte von größerer Bedeutung. Darunter werden Handlungsziele, Sinndeutungen und Lebensinhalte verstanden, die von Individuen oder Gruppen für gut oder erstrebenswert erachtet werden. Sie gelten somit als Leitvorstellungen für das im Allgemein Gute und Richtige. Werte bestimmen als Motive und Ziele unser Handeln und prägen den Charakter jedes einzelnen Menschen. Sie werden von Menschen gesetzt und variieren innerhalb einer Kultur, eines Landes oder einer Gesellschaft.

Werte ergeben sich daher für jeden Menschen aus seiner persönlichen Lebensgeschichte, seiner Erziehung, seiner Religion und seiner Zugehörigkeit zu einer kulturellen Gruppe (Hiemetzberger, Messner et al. 2010, S. 18-20).

Als **Norm** wird im moralischen und rechtlichen Sinn eine festgelegte Form der Werterealisation verstanden. Der Mensch muss nicht in jeder Situation über vorherrschende Werte nachdenken, da Normen bereits einen vorschreibenden Charakter haben. Allgemeine Normen können auch als handlungsleitende Prinzipien betrachtet werden, während sich konkrete Normen eher auf Handlungen in bestimmten Situationen beziehen. Moralische Normen drücken eine bestimmte Qualität des Handelns aus und beinhalten ein bestimmtes Handeln oder Unterlassen. Ethische Normen setzen die Willensfreiheit, also die Autonomie, zur Einhaltung von Sollvorgaben voraus, um das menschliche Zusammenleben zu regeln. Normen legen also bestimmte Handlungsweisen fest, die sich aus bereits anerkannten und vorgegebenen Werten der Gesellschaft ergeben (Hiemetzberger, Messner et al. 2010, S. 21).

Normen haben in der heutigen Gesellschaft für alle eine tragende Rolle. Viele Normen sind zur Umsetzung bereits durch Gesetze formuliert. Diese enge Verbindung zwischen Normen und Recht stellt im österreichischen Gesundheitswesen eine zentrale Dimension dar (Horn 2011, S. 6).

### 3.3 Fürsorge

Fürsorge ist heutzutage eher ein altmodischer Begriff, der sich früher vor allem auf die staatliche Zuwendung für Bedürftige oder auf das Verhältnis von Eltern zu ihrem Kind bezogen hat.

Hingegen spielt der Begriff der Fürsorge in Pflege und Medizin eine ganz bedeutende Rolle. Aus der Fürsorge ergibt sich die Verpflichtung, das Wohlergehen von Menschen zu fördern oder wiederherzustellen. Dadurch ergibt sich die Tatsache, dass alle pflegerischen oder medizinischen Handlungen mit bestem Wissen und Gewissen durchgeführt werden.

Fürsorge spielt im Zusammenhang mit der Care-Ethik eine tragende Rolle, wie es in Punkt 6.4. noch genauer erläutert wird. Autonomieorientierte Ansätze gehen von gleichberechtigten und unabhängigen Personen aus, hingegen stellt die Care-Ethik eher die asymmetrischen Beziehungen zwischen Bedürftigen und Gesunden in den Mittelpunkt.

Zu beachten ist jedoch, dass sich Fürsorge nicht immer nur auf ein Wohltun für andere bezieht, sondern auch im Sinne einer Selbstfürsorge auf das eigene Handeln bezieht. Fürsorglichkeit gegenüber Dritte, wie es in der Pflege passiert, kann dauerhaft nur funktionieren, wenn auch um sich selbst Sorge getragen wird (Agbii, Gerling et al. 2010, S.183).

### 3.4 Autonomie

Der Begriff Autonomie setzt sich aus den griechischen Wörtern „αὐτός“, übersetzt bedeutet dies „selbst“, und „νόμος“, was übersetzt „Gesetz“ bedeutet, zusammen. Somit bedeutet Autonomie wörtlich übersetzt, dass Menschen Gesetze haben, nach denen sie leben, was jedoch wiederum eine gewisse Unabhängigkeit von anderen voraussetzt. In der heutigen Zeit wird mit dem Begriff sehr vieles assoziiert, etwa Selbstbestimmung, Unabhängigkeit, Freiheit, Kreativität, Emanzipation, Individualität oder Selbstständigkeit.

Kant versteht unter Autonomie die Möglichkeit eines Menschen, vernunftbegabt zu handeln. Das Handlungsprinzip des Menschen soll nicht außerhalb des Menschen gesucht werden, wie etwa der Wille Gottes. In Kants berühmten kategorischen Imperativ<sup>1</sup> besteht das oberste Prinzip darin, dass Menschen als vernunftbegabte Personen handeln sollen.

Die Systemtheorie wiederum definiert den Begriff der Autonomie auf andere Weise. Nach dieser Theorie besitzt jedes einzelne System die Eigenschaft, sich selbst zu reproduzieren. Dies

---

<sup>1</sup>mit dem kategorischen Imperativ sind nach Kant zwei wesentliche Aspekte verbunden. Einerseits gilt die Vernunft als verbindliches Gesetz für alle Wesen, andererseits sollen Handlungen nach Wirkung und Reichweite überprüft werden. Kant formuliert den kategorischen Imperativ folgendermaßen: „Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen zugleich als Zweck, niemals nur als Mittel brauchst!“ (Vossenkuhl 2006, S. 106).

gewährleistet die Selbsterhaltung des Systems, dessen Voraussetzung jedoch Autonomie ist. Demnach bedeutet Autonomie also die Fähigkeit von Menschen, selbst zu bestimmen, was sie von der Umgebung aufnehmen und in ihr eigenes System integrieren. Damit ist der Einfluss der Umwelt auf das System ausgeschlossen (Huber, Siegel et al. 2005, S. 21-23). In der Philosophie hat man Autonomie nicht nur mit Willensfreiheit übersetzt, sondern auch mit Handlungsfreiheit gleichgesetzt.

Wenn eine Person etwas tun will oder beabsichtigt etwas zu tun, dann wird nur autonom gehandelt, wenn diese in ihrer Handlung nicht gehindert wird (Huber, Siegel et al. 2005, S. 25).

Der Großteil der Definitionsversuche von Autonomie stimmt aber darin überein, dass zwei Bedingungen erfüllt sein müssen. Zum einen die Freiheit oder Freiwilligkeit als eine gewisse Unabhängigkeit von äußeren Einflüssen und zum anderen die Intentionalität, also die Fähigkeit, bestimmte Ziele zu setzen und diese zu verfolgen. Jedoch sollte der Begriff Autonomie und Selbstbestimmung nicht synonym verwendet werden, da Selbstbestimmung als individuelle Freiheit der Autonomie verstanden wird und somit nur ein Element darstellt, den Begriff der Autonomie zu bestimmen (Bobbert 2002, S. 130).

Im pflegerischen Bereich ist diese Auffassung aber mit Schwierigkeiten verbunden, da viele Menschen oft nicht mehr fähig sind, manche Aktivitäten im täglichen Leben auszuführen. Somit ist hierbei schon die Handlungsfähigkeit eingeschränkt. Zusätzlich sind zu dieser Auffassung auch Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, wie etwa demente Menschen, zu betrachten, die auch nicht immer ihren Willen äußern können. So würden Menschen im Koma oder Menschen mit Demenz als nicht autonom gelten, obwohl die Einsichts- und Urteilsfähigkeit in Zukunft oder zeitweise wieder erlangt werden könnte.

Daher sollte eine Zuschreibung von Autonomie weder auf körperlicher Ebene im Sinne von Handlungsfreiheit noch auf psychischer Ebene im Sinne von Willensfreiheit stattfinden. Dies bedeutet, dass Menschen vor allem durch den „Kern des Selbst“ wahrgenommen werden sollen, und nicht nur durch ihren individuellen Körper. Nur der „Kern des Selbst“, oder auch die Individualität eines Menschen, ist unveränderbar und wenn alle zufälligen Eigenschaften und körperliche Wahrnehmungen abgezogen werden, hat man das vor sich, was einem Menschen zu dem macht, was er ist, nämlich sein Wesen. Daher wird versucht, die Autonomie als zum „Kern des Selbst“ gehörendes und überdauerndes Wesen zu beschreiben. Autonomie im Sinne von Unabhängigkeit ist weder auf geistiger, noch auf körperlicher Ebene möglich, denn weder die Freiheit von etwas noch die Freiheit zu etwas bezieht sich auf körperliche oder geistige Ebene. Das Streben nach Autonomie ist vor allem in der Pflege ein wichtiger Bestandteil der pflegerischen Auffassung. So ist die Tugend der Fürsorge, die Pflegende meist mit sich bringen, nur eine Ausdrucksform, dass Menschen in ihrer Funktion erhalten bleiben. Dies kann dann im Pflegealltag

jedoch dazu führen, dass Menschen nur mehr auf ein bestimmtes Merkmal reduziert werden, wie etwa „das Hämatom auf Zimmer 2“ (Huber, Siegel et al. 2005, S. 27-28).

Dennoch muss beachtet werden, dass der „Kern des Selbst“ durch die Körperlichkeit dargestellt wird. Wenn Pflegepersonen zur Wahrung der Autonomie der körperlichen Ebene weniger Beachtung schenken, besteht die Gefahr, körperliche Defizite, welche für den Betroffenen oder die Betroffene von großer Bedeutung wären, zu übersehen. Dadurch kann die somatische Dimension in den Hintergrund geraten und die Bedeutung des Körpers verloren gehen.

### **3.5 nicht einsichts- und urteilsfähige Personen**

Wenn Personen nicht einsichts- und urteilsfähig sind, sind sie in ihrer Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt. Rechtlich gesehen besteht ein weitgehender Zusammenhang damit, dass als Einwilligungsfähigkeit die Fähigkeit verstanden wird, Wesen, Bedeutung und Tragweite einer Maßnahme zu erfassen und das Für und Wider abwägen zu können. Somit ist diese Fähigkeit auch davon abhängig, wie kompliziert entsprechende Maßnahmen sind und welche Anforderungen sie an das Verständnis der betroffenen Person hat (Agbih, Gerling et al. 2010, S. 173).

Die Einwilligungsfähigkeit basiert auf drei Säulen. Erstens aus einer kommunikativen Fähigkeit, die Informationen zu verstehen und Wünsche mitzuteilen. Zweitens aus einer deliberativen Fähigkeit, durch die Argumente abgewogen und Entscheidungen getroffen abgeleitet werden. Die dritte Säule ist die normative Fähigkeit, nämlich persönliche Werte in die Entscheidung mit einzubeziehen und Verantwortung zu übernehmen (Jox 2004, S. 401-402).

Diesen Definitionen zufolge ist die Einsichts- und Urteilsfähigkeit von Menschen mit Demenz nur zu einem gewissen Grad gegeben und je nach Krankheitsausprägung überhaupt nicht mehr vorhanden.

### **3.6 Demenz**

Demenz ist ein Syndrom, welches als schwerwiegende Erkrankung das Leben des Betroffenen oder der Betroffenen und der Angehörigen maßgeblich beeinflusst. Unter Demenz wird ein objektivierbarer Leistungsverlust von Gedächtnis und anderen kognitiven Bereichen verstanden, die nicht nur in Phasen eines Verwirrtheitszustandes auftreten. Jedoch muss festgehalten werden, dass in den meisten Demenzkonzepten die Demenz vom Alzheimer Typ abgebildet wird und die Symptome anderer Demenzformen jedoch eher in den Hintergrund gelangen (Förstl, Kleinschmidt 2011, S.13).

Im folgenden Kapitel ist eine Übersicht über die verschiedenen Demenzformen angegeben, um eine Differenzierung zu ermöglichen. Auch in dieser Arbeit geht es vorwiegend um ein Spannungsverhältnis in der Pflege bei Personen mit einer diagnostizierten Alzheimer-Demenz, da diese in der heutigen Gesellschaft am häufigsten vertreten ist.

## 4 Demenz als Krankheit

Wie bereits erwähnt, stellt Demenz einen schwerwiegenden Verlust von geistiger Leistungsfähigkeit aufgrund einer ausgeprägten und lang anhaltenden Funktionsstörung des Gehirns dar (Förstl, Lang 2011, S. 4).

Durch die dadurch entstehende Belastung stellt die Diagnostik einer möglichen Demenz eine wichtige ärztliche Aufgabe dar. Nur aufgrund dessen kann eine darauf folgende angemessene Behandlung, Betreuung und Beratung in die Wege geleitet werden. Menschen in höherem Alter leiden meist nicht nur an einer Demenzform, sondern vorwiegend an gemischten Demenzen und zusätzlich auftretenden somatischen und psychischen Erkrankungen. Dennoch sind die neuropathologischen Alzheimer-Veränderungen meistens hauptverantwortlich für die kognitiven Defizite. Als Basistherapie werden somit eine Behandlung mit Antidementiva zur Verbesserung der kognitiven Defizite, und eine Behandlung der psychischen und zerebralen Begleiterkrankungen angesehen (Förstl, Kleinschmidt 2011, S.4).

### 4.1 Diagnosekriterien

Um von einer Demenz sprechen zu können, ist die richtige Diagnosestellung des Arztes durch unterschiedliche Klassifikationssysteme ein zentraler Bestandteil.

Die Konzepte der Demenz in der ICD-10 und DSM IV sind nicht exakt deckungsgleich, werden aber mit kleinen Abweichungen ähnlich formuliert. Nach der ICD-10 handelt es sich bei Demenz also um ein Syndrom mit Merkmalen, die in der Tabelle 1 abgebildet sind (Förstl, Lang 2011, S.5).

**Tabelle 1:** Diagnosekriterien für ein Demenzsyndrom nach der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) und des Diagnosemanuals psychischer Erkrankungen (DSM IV) (Förstl, Lang 2011, S.5).

<b>Merkmal</b>	<b>ICD-10</b>	<b>DSM IV</b>
<u>Gedächtnisstörung</u>	Amnesie (objektivierbare Beeinträchtigung vor allem beim Lernen neuer Informationen)	Amnesie
<u>Andere kognitive Defizite</u>	Urteilsfähigkeit, Denkvermögen	Aphasie, Apraxie, Agnosie
<u>Störung von Erleben und Verhalten</u>	Störung von Affektkontrolle, Antrieb und Sozialverhalten (emotionale Labilität, Reizbarkeit, Apathie, Vergrößerung des Verhaltens)	-

<u>Schwellenkriterium</u>	Siehe 3.2. Demenzstadien	Signifikante Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Leistungen
<u>Dauer</u>	Mindestens 6 Monate	-
<u>Ausschluss</u>	Verwirrtheitszustand	Keine rasch einsetzende Bewusstseinstörung (Verwirrtheitszustand), keine Verursachung durch andere, primär psychische Leiden (z.B. Depression, Schizophrenie)

## 4.2 Demenzstadien

Das Demenzsyndrom kann aufgrund ihrer unterschiedlichen Verlaufsduer in unterschiedliche Stadien eingeteilt werden. Meist zeichnen sich diese Stadien durch einen fließenden Übergang untereinander aus. Im Vorstadium einer Demenz ist die Alltagsbewältigung nicht signifikant beeinflusst. Jedoch beginnt bei der leichten Demenz eine Beeinträchtigung des Alltags, indem bereits eine Unterstützung bei anspruchsvollen Aufgaben notwendig ist. Menschen mit einer mittelschweren Demenz benötigen bereits an mehreren Stunden pro Tag eine Unterstützung zur Bewältigung des Tages. Ständige Hilfe auch bei einfachsten Anforderungen ist bei einer schweren Demenz erforderlich (Förstl, Kleinschmidt 2011, S.14-15).

In Tabelle 2 werden die Schweregrade eines Demenzsyndroms in Anlehnung an ICD-10 noch einmal übersichtlich dargestellt.

**Tabelle 2:** Schweregrade eines Demenzsyndroms in Anlehnung an ICD-10 (Förstl, Lang 2011, S.7).

<b>Schweregrad</b>	<b>Gedächtnis und andere geistige Leistungen</b>	<b>Alltagsaktivitäten</b>
<u>Leicht</u>	Herabgesetztes Lernen neuen Materials, z.B. Verlegen von Gegenständen, Vergessen von Verabredungen und neuer Informationen	Unabhängiges Leben möglich. Komplizierte tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen können nicht mehr ausgeführt werden.

<u>Mittelgradig</u>	Nur gut gelerntes und vertrautes Material wird behalten. Neue Informationen werden nur gelegentlich und kurz erinnert. Patienten sind unfähig, grundlegende Informationen darüber, wie, wo sie leben, was sie bis vor kurzem getan haben, oder Namen vertrauter Personen zu erinnern.	Ernste Behinderung unabhängigen Lebens: Selbstständiges Einkaufen oder Umgang mit Geld nicht mehr möglich. Nur noch einfache häusliche Tätigkeiten möglich.
<u>Schwer</u>	Schwerer Gedächtnisverlust und Unfähigkeit, neuen Informationen zu behalten. Nur Fragmente von früher Gelerntem bleiben erhalten. Selbst enge Verwandte werden nicht mehr erkannt.	Fehlen nachvollziehbarer Gedankengänge

### **4.3 Ursachen der Demenz**

Wie bereits beschrieben, wird unter dem Begriff „Demenz“ eine uneinheitliche Gruppe von Störungen zusammengefasst. Ursachen dafür können sehr unterschiedlich sein. Als häufigste Demenzform ist die Demenz vom Alzheimer-Typ zu betrachten. Sie ist Ursache von mehr als der Hälfte aller demenzieller Erkrankungen. Zweithäufigste Form ist eine gefäßbedingte Demenzform, also die vaskuläre Demenz (Haberstroh, Neumeyer et al. 2011, S.2).

Im Anschluss werden die unterschiedlichen Ursachen der Demenz kurz näher erläutert.

#### **4.3.1 Alzheimer Demenz**

Wie bereits erwähnt, stellt die Demenz des Alzheimer-Typs die häufigste Ursache dieses Syndroms dar.

Die Ursache dieser Form ist bisher noch ungeklärt. Jedoch sind zahlreiche Veränderungen im Gehirn bekannt, die für diesen Typ charakteristisch auftreten. Menschen, die an dieser Krankheit leiden, unterliegen einem fortschreitenden Abbau der Gehirnmasse. Nervenzellen und ihre Verbindungen sterben zunehmend ab (Haberstroh, Neumeyer et al. 2011, S. 2).

Zusätzliches Kennzeichen sind die Ablagerungen von größeren Amyloid-Plaques, also Eiweißablagerungen im Gehirn, die nur mikroskopisch nachzuweisen sind. Weiters tritt bereits im sehr frühen Krankheitsverlauf eine erhebliche Beeinträchtigung der cholinergen Transmitterfunktion auf. Diese Störung geht mit einer Atrophie der cholinergen Neurone im Vorderhirn einher, welche mit den kognitiven Defiziten korreliert (Stoppe 2007, S.23-24).

### **4.3.2 Vaskuläre Demenz**

Als zweithäufigste Form findet sich die vaskuläre Demenz. Die Ursache dieser findet sich in arteriosklerotischen Prozessen wieder. Dabei kommt es zu Gefäßveränderungen in kleinen Gehirnarterien, die zu Durchblutungsstörungen und folglich zu Nervenzelluntergang führen (Haberstroh, Neumeyer et al. 2011, S. 3).

Dennoch sollte nur dann von einer vaskulären Demenz gesprochen werden, wenn einerseits eine vaskuläre Störung des Gehirnstoffwechsels durch bildgebende Verfahren festgestellt werden konnte und andererseits ein Zusammenhang zwischen Auftreten und Ausmaß dieser Störung und dem Auftreten neuropsychiatrischer Defizite besteht. Dabei unterscheidet man zwischen einer Multi-Infarkt-Demenz, die sich im Rahmen multipler Schlaganfallereignisse ausgebildet hat und einer Binswanger'schen Erkrankung, die durch eine vaskuläre Enzephalopathie gekennzeichnet ist. Der Unterschied dieser beruht vor allem auf der Größe der verschlossenen Gefäße (Stoppe 2007, S.26).

### **4.3.3 Gemischte Demenz**

Beide zuvor genannten Demenzformen, also die vaskuläre und Alzheimer-Demenz, treten sehr häufig gemeinsam auf. Diese Demenzform wird als gemischte Demenz bezeichnet. Beide zählen zu den primären Demenzen. Primäre Krankheiten zeichnen sich dadurch aus, dass diese Form der Demenz die Grunderkrankung der Person darstellt. Primäre Formen der Demenz sind irreversibel und daher nicht heilbar (Haberstroh, Neumeyer et al. 2011, S. 3).

### **4.3.4 Sonstige Demenzformen**

Alle unter diese Formen fallenden Demenzerkrankungen sind wesentlich seltener und beinhalten sowohl primäre Demenzen als auch sekundäre Demenzen. Zu den sehr seltenen primären Demenzen zählen unter anderen die frontotemporale Demenz, Demenz bei Creutzfeld-Jakob-Erkrankung oder die Lewy-Körperchen-Demenz. Als sekundäre Demenzen bezeichnet man die Formen, die sich als Folgeerkrankungen durch andere Grunderkrankungen ausbilden können. Diese können auf Stoffwechselerkrankungen, Vitaminmangelzustände und chronische Vergiftungserscheinungen durch Alkohol oder Medikamente zurückzuführen sein. Daher sind diese Formen auch behandelbar oder sogar heilbar. Dadurch wird die Wichtigkeit der frühen und umfassenden Diagnostik einer Demenz deutlich (Haberstroh, Neumeyer et al. 2011, S.4).

## **4.4 Epidemiologie der Demenzen**

Eines der größten sozial- und gesundheitspolitischen Probleme, das durch die extreme Alterung der gesamten Bevölkerung aufgetreten ist, ist die Versorgung der ständig zunehmenden Zahl an demenzkranken Menschen. 2003 ist weltweit die Zahl aller an Demenz erkrankten Personen auf ungefähr 25 Millionen Menschen geschätzt worden. Prognosen lassen darauf schließen, dass es sich im Jahr 2050 bereits um einen enormen Anstieg auf 114 Millionen Menschen handeln wird (Wimo, Winbald et al. 2003, S. 63).

Zur Abschätzung des Bedarfs an medizinischen und pflegerischen Leistungen ist die deskriptive Epidemiologie von großer Bedeutung, indem sie Daten über den Krankenbestand und die Zahl der Neuerkrankungen zu ermitteln versucht (Bickel 2005, S. 1).

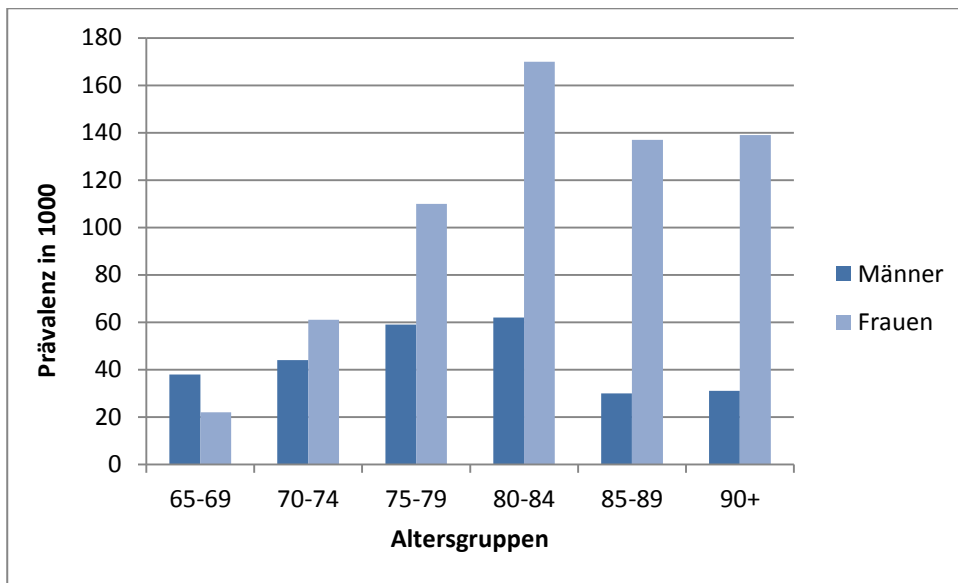
### **4.4.1 Prävalenz**

Als Prävalenz wird die Zahl der erkrankten Personen zu einem bestimmten Zeitpunkt bezeichnet. In den westlichen Industrieländern wird eine Gesamtprävalenz für die über 65-jährige Bevölkerung zwischen fünf und acht Prozent beschrieben. Zu unterscheiden sind jedoch die einzelnen Stadien der Demenz. Wenn nur die schweren Demenzformen, die mit keiner eigenständigen Alltagsbewältigung einhergehen, mit einbezogen werden, so beträgt die Prävalenzrate im Mittel sechs Prozent und würde acht Prozent nie überschreiten. Werden jedoch auch die leichten Formen mit berücksichtigt, so kann auch von Raten knapp über zehn Prozent ausgegangen werden. Zusätzlich müssen in den Prävalenzraten auch die Unterschiede der verschiedenen Demenzformen betrachtet werden. Wie bereits erwähnt, stellt die Demenz vom Alzheimer Typ die häufigste Form dar, gefolgt von der vaskulären Demenz (Bickel 2005, S. 2-4).

Die Anzahl der Demenzkranken in Deutschland wird auf ungefähr eine Million Menschen geschätzt. Generell wird jedoch von einer Unterschätzung dieser Zahl ausgegangen, da Menschen mit leichten Demenzstadien oft nicht enthalten sind. Zusätzlich ist der Zusammenhang von zunehmenden Alter und Demenzerkrankung von großer Bedeutung (DGPPN 2010, S. 17). So steigt die Prävalenz von einem Prozent bei den 60 bis 64-Jährigen auf 35 Prozent bei den über 90-Jährigen (Stoppe 2007, S. 13).

Nach klinischen Kriterien wird davon ausgegangen, dass 50 bis 70 Prozent der Demenzkranken an einer Demenz vom Alzheimer-Typ und 15 bis 25 Prozent an einer vaskulären Demenz leiden (DGPPN 2010, S. 17). Abbildung 1 stellt einen Überblick der Prävalenzen alters- und geschlechtsspezifisch dar.

**Abbildung 1:** Anzahl von Demenzkranken in Deutschland zum Ende des Jahres 2002 nach Alter und Geschlecht. Schätzung auf der Basis europäischer Feldstudien (Bickel 2005, S. 4 nach Lobo, Launer et al., 2000)



Wie in der Abbildung ersichtlich sind Unterschiede in der Prävalenz zwischen Männern und Frauen vorhanden. Die Gesamtprävalenz ist bei Frauen deutlich höher als bei Männern. Hauptursache dafür stellt aber die längere Lebenserwartung der Frauen dar, da dadurch vermehrt Frauen in den Risikogruppen der Hoch- und Höchstbetagten vorkommen. Zusätzlich scheint es, dass Frauen mit einer Demenz länger überleben als Männer mit derselben Krankheit.

Wie bereits erwähnt, steigt die Demenzprävalenz mit zunehmendem Alter. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Prävalenz in Altersintervallen von jeweils fünf Jahren verdoppelt. Dies gilt als Faustregel für den Altersbereich von 60 bis 85 Jahren. Über 90 Jahren flacht der Anstieg jedoch ab, da nie eine Prävalenz von 100 Prozent erreicht werden kann (Bickel 2005, S. 2-3).

#### 4.4.2 Inzidenz

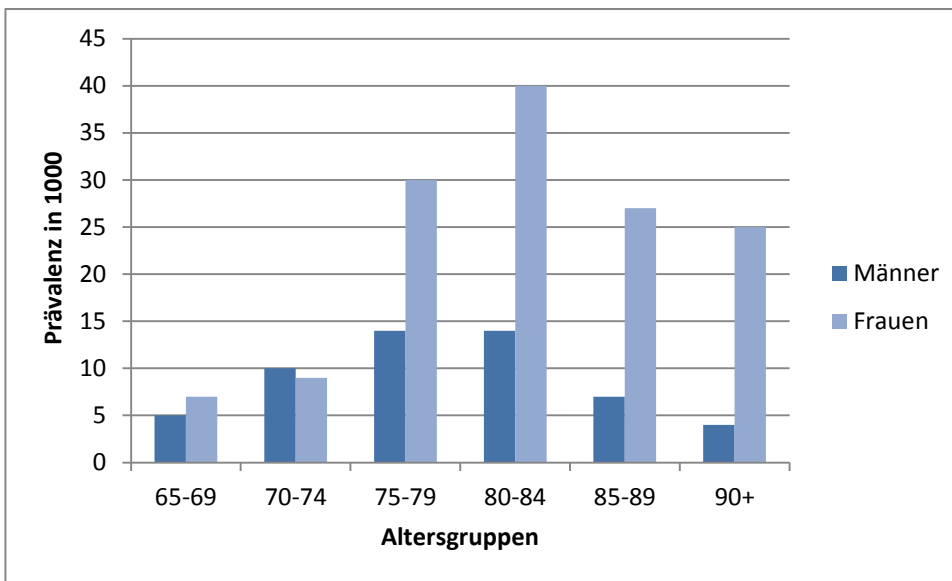
Als Inzidenz bezeichnet man den Anteil der Neuerkrankungen an den zuvor Gesunden über den Zeitraum eines Jahres.

Die Gesamtinzidenzraten der Demenzen liegen vorwiegend in einem Bereich zwischen 1,4 und 2,4 Prozent. Auch hier ergibt sich ein mit dem Alter stark ansteigendes Erkrankungsrisiko, das jedoch auch bei den Hochaltrigen noch weiter zunimmt. Der Anstieg der Inzidenz ist mit dem der Prävalenz zu vergleichen, denn es kommt nach ungefähr fünf Jahren zu einer Verdoppelung der Rate, ohne Rückgang bei den Höchstbetagten.

Auch bei der Inzidenz weist die Geschlechterverteilung ein erhöhtes Risiko für Frauen auf. Auf Frauen entfallen über 70 Prozent der Neuerkrankungen. Am meisten Neuerkrankungen treten im Alter zwischen 80 und 84 Jahren auf, wobei sich aber in Zukunft die Anzahl durch die zunehmende Alterung der Bevölkerung weiter nach oben verschieben wird (Bickel 2005, S. 5).

Abbildung 2 zeigt die Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen an Demenz in Deutschland, wobei Altersgruppen und Geschlechtsunterschiede berücksichtigt werden.

**Abbildung 2:** Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen an Demenz in Deutschland nach der Altersstruktur zum Ende des Jahres 2002. Schätzung auf der Basis europäischer Feldstudien (Bickel 2005, S.5 nach Fratiglioni, Launer et al. 2000).



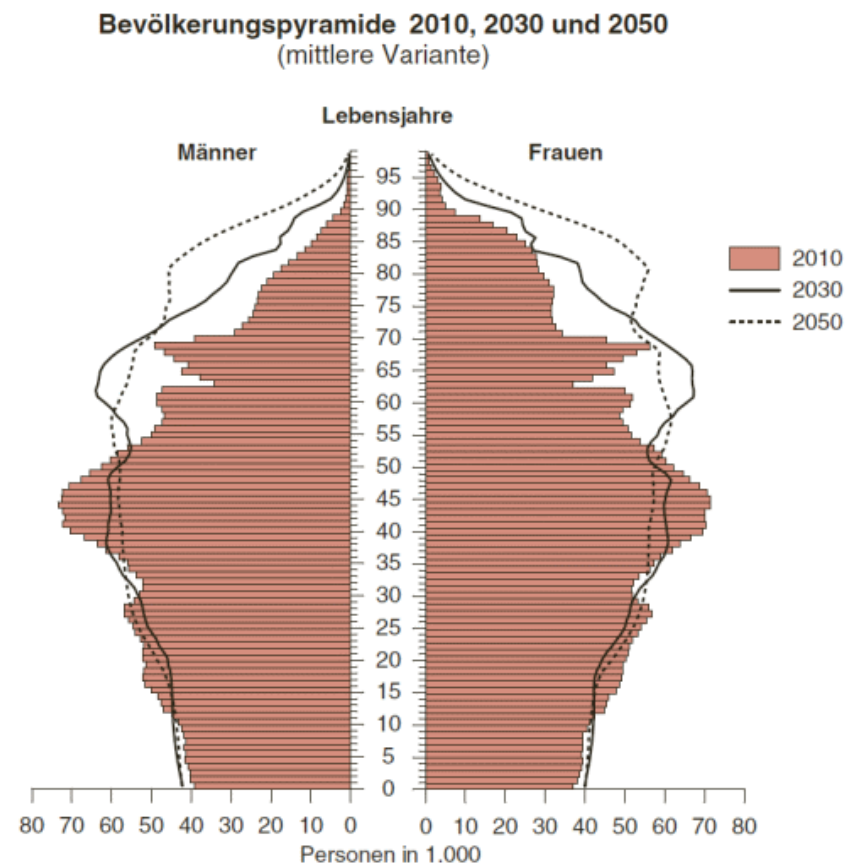
Die hohen Inzidenzraten weisen ein beachtliches individuelles Risiko auf, im Alter an einer Demenz zu erkranken. Unter Berücksichtigung von Inzidenz und Lebenserwartung weisen Schätzungen darauf hin, dass sich bei 34,5 Prozent der Frauen, die das 65. Lebensjahr erreichen, im weiteren Lebensverlauf eine Demenz entwickelt. Aufgrund der geringeren Lebenserwartungen der Männer beläuft sich ihr Risiko auf nur 16 Prozent (Bickel 2005, S.6).

Die große Anzahl von Kranken macht die Demenzen zur Hauptursache von Autonomieverlust und Pflegebedürftigkeit im Alter (Bickel 2005, S.7).

Eine demographische Darstellung der Bevölkerungsprognose durch die Statistik Austria, wie sie in Abbildung 3 aufgezeigt wird, lässt erkennen, dass es bis zum Jahre 2050 zu einer zunehmenden Verschiebung der Verteilung der Altersgruppen in der Gesellschaft kommen wird. Der Trend zeigt, dass es vermehrt Menschen zwischen 55 und 85 Jahren geben wird und sich der Anteil der zwölf bis 30-Jährigen etwas reduzieren wird. Vor allem wird ersichtlich, dass bei der Zunahme der jungen und älteren Alten sowie der Hochbetagten die Frauen einen größeren Anteil ausmachen.

**Abbildung 3:** Bevölkerungspyramide 2010, 2030 und 2050. Bevölkerungsprognose 2011

([http://statistik.gv.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html); Zugriff am 29.12.2011).



Q: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsprognose 2011. Erstellt am: 25.08.2011.

Dadurch lässt sich annehmen, dass die demografische Entwicklung mit der Inzidenz an Demenzerkrankungen korrelieren wird und sich durch den vermehrten Anteil der hochbetagten Frauen die Schere zwischen den Geschlechtern weiter öffnen wird. Aus dieser Annahme heraus stellt sich nun für unsere Gesellschaft und vor allem für das Gesundheitswesen die Frage, wer diese Personen in Zukunft versorgen wird und ob überhaupt eine adäquate Versorgung gewährleistet werden kann?

## **5 Prinzipien der Pflegeethik nach Beauchamp und Childress**

In der Philosophie wurden ethische Ansätze als Prinzipienethik verstanden. Auf diese gehen eine oder mehrere einheitsstiftende Grundsätze zurück, welche von allen anerkannt und als vernünftig einsehbar betrachtet werden (Agbih, Gerling 2010, S. 204). So ergab sich auf der Basis der Autonomie von Patienten und Patientinnen eine durch Prinzipien begründete Ethik. Tom L. Beauchamp und James F. Childress entwickelten eine an den für die Forschung am Menschen ausgehende Prinzipienethik, die sich in Prinzipien erster Ordnung und in Prinzipien zweiter Ordnung gliedert (Holzem 1999, S. 146).

Dieser vor allem in den USA sehr einflussreicher Ansatz von Beauchamp und Childress wird auch als „principlism“ bezeichnet. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Prinzipien erster Ordnung unabhängig von einer übergeordneten ethischen Basistheorie gültig sind und in verschiedenen kulturellen Kreisen Anwendung finden. Zu den Prinzipien erster Ordnung zählen das Prinzip der Autonomie, das Benefizienzprinzip, das Nichtschadensprinzip und das Gerechtigkeitsprinzip, wobei die Prinzipien der Benefizienz und des Nichtschadens sich im Fürsorgeprinzip zusammenfassen lassen. Ergänzt werden diese vier Grundprinzipien durch die Prinzipien zweiter Ordnung, unter denen Regeln der Wahrhaftigkeit, der Schweigepflicht und der Privatsphäre fallen (Körtner 2004, S. 117-118).

### ***5.1 Respekt gegenüber Autonomie***

Dieses Prinzip unterscheidet sich vom klassischen Autonomiebegriff, der im Punkt 2.4. bereits erläutert wurde. So verstehen Beauchamp und Childress nicht nur eine innere Einstellung, sondern auch einen motivationalen Anteil. Darunter wird verstanden, dass der Mensch nicht immer nur seinem „autonom gewählten“ Schicksal überlassen werden darf, sondern dass er dazu ermutigt werden muss, seine Fähigkeiten zur autonomen Entscheidungsfähigkeit aufzubauen und aufrecht zu erhalten (Wallner 2007, S.34).

Besonderes Augenmerk wird in diesem Prinzip auf die informierte Zustimmung, also den „informed consent“, die informierte Ablehnung, also der „informed refusal“, das Wahrheit-Sagen, also dem „truth-telling“, und dem Vertrauen, also der „confidentiality“, gelegt (Holzem 1999, S.149).

## **5.2 Nichtschaden**

Als zweites Prinzip wird in der Prinzipienethik das Nichtschadensprinzip beschrieben. Die Autonomie einer Person, wie sie im vorigen Punkt beschrieben wurde, zeigt sich im Wesentlichen als bedingte Autonomie. Im Prinzip des Nichtschadens geht es in erster Linie um die Handlungsweisen von Ärzten und Ärztinnen sowie von Pflegepersonen, Schmerzen und Schaden nicht absichtlich zuzufügen. Außerdem ist dieses Prinzip von dem des Wohlwollens zu unterscheiden (Holzem 1999, S. 163).

Der Begriff beinhaltet grundsätzlich nicht notwendigerweise einen bösen Vorsatz. Regeln, die durch dieses Prinzip unterstützt werden, sind unter anderen nicht zu töten, keine Schmerzen oder keinen Schaden zu verursachen, nicht zu behindern oder nicht zu beleidigen. Außerdem ist die Verpflichtung inkludiert, andere auch keinem Schadensrisiko auszusetzen (Wallner 2007, S. 35).

## **5.3 Benefizienz – Prinzip der Fürsorgepflicht**

Als drittes Prinzip gilt das der Benefizienz. Die Anerkennung der Autonomie einer Person und Vermeidung von Schadenszufügung gehören zu den Prinzipien, die innerhalb einer Gesellschaft anerkannt sind. Durch dieses Prinzip jedoch tritt die Sorge um das Wohlergehen einer Person hinzu, was zum Prinzip der Fürsorge gehört. Dabei erscheint es, dass Autonomie und Fürsorge in einem dauernden Spannungsverhältnis stehen.

Unter diesem Prinzip lassen sich alle Formen von Handlungen zusammenfassen, die dem Wohle des anderen Menschen dienen. Moralische Verpflichtung zur Handlung zum Wohle anderer ist somit zentrales Merkmal.

Jedoch muss betrachtet werden, dass eine Grenze der Fürsorge die Einwilligung des Betroffenen oder der Betroffenen ist, welches sich aus dem Prinzip der Autonomie ergibt. Einerseits bildet die Ablehnung von paternalistischen Eingriffen durch Anerkennung von Entscheidungen von Menschen einen Rahmen, zum anderen werden auch Wohl, Risiken und Kosten in die Verpflichtung der Fürsorge in Betracht gezogen. Fürsorge bedarf einer positiven Voraussetzung für eine Handlung und es muss ihr nicht immer unreflektiert gefolgt werden (Holzem 1999, S. 175-176).

Nach Beauchamp und Childress endet das Prinzip der Fürsorge dort, wo durch das Wohltun an andere die Beeinträchtigung des eigenen Lebens beginnt (Wallner 2007, S. 36).

Daher stellt sich nun die Frage, wem Verpflichtungen überhaupt zukommen und ab wann die Verpflichtung zur Fürsorge gegeben ist. Allgemeine Beurteilungskriterien dafür gibt es nicht, jedoch entwickelten Beauchamp und Childress fünf Kriterien, bei deren Erfüllung, und zwar nur dann, Verpflichtung zur Fürsorge besteht.

Erstens, wenn sich eine Person offensichtlich in Gefahr oder Situation der Verletzung seines Lebens oder seiner Gesundheit befindet.

Zweitens, wenn die Handlung einer Pflegeperson benötigt wird, um diese Verletzung oder Schädigung zu vermeiden.

Drittens, wenn die Handlung der Pflegeperson mit hoher Wahrscheinlichkeit den Schaden vermeiden kann.

Viertens, wenn die Maßnahme der Pflegeperson weder Gefahr noch Nachteile für den Patienten oder die Patientin bringt.

Und fünftens, wenn das Wohl, das die Pflegeperson erreicht, Schaden, Kosten oder Lasten ausgleicht, die die Pflegeperson auf sich nimmt.

Diese fünf Bedingungen geben eine Verpflichtung zur Fürsorge ab. Die Fürsorgepflicht der Ärzte und Ärztinnen sowie der Pflegepersonen führen jedoch in ihrer Anwendung sehr häufig zum Paternalismus. Genau hier entspringt der Konflikt der Auseinandersetzung zwischen der Fürsorge der Pflegepersonen und der Autonomie der Patienten und Patientinnen (Wallner 2007, S.93).

Diese Voraussetzungen machen deutlich, dass die Fürsorgehaltung und –handlung eigentlich erst zu tragen kommen soll, sobald eine Person einer Gefahr des Schadens gegenübersteht. Doch wird in der Praxis von Pflegepersonen nicht auch schon gehandelt, sobald vermutet wird, dass die zu pflegende Person eine Hilfe und Unterstützung braucht?

#### **5.4 Gerechtigkeitsprinzip**

Im vierten Prinzip, dem Gerechtigkeitsprinzip, werden individuelle und institutionelle Fragen der Gesundheitsversorgung eingeordnet (Wallner 2007, S. 37).

Der Begriff der Gerechtigkeit bezieht sich auf faire, gerechte und angemessene Verteilung innerhalb einer Gesellschaft. Vor allem die Ungleichheit innerhalb des medizinischen Systems im Bereich der Gesundheitsversorgung und der sozialen Gerechtigkeit stellt eine Grundlage dar, dieses Prinzip zu beachten (Holzem 1999, S. 182).

Jedoch sind diese Prinzipien erster Ordnung nach Beauchamp und Childress auch kritisch zu betrachten. Zum einen fehlt die Beschreibung des Zusammenhangs dieser Prinzipien und zum anderen sind keine Rangordnungen für den Konfliktfall festgelegt. Somit sind sie als Lösungsansatz oder konkretes Handlungsurteil oft ungeeignet, da Entscheidungen meist nach subjektiver Intuition getroffen werden (Pöltner 2002, S.44).

## **6 Patientenautonomie vs. Professionelle Autonomie**

Als eines der vier Prinzipien von Beauchamp und Childress wird „Respekt gegenüber Autonomie“ verstanden. Bei diesem Autonomiebegriff ist die Handlungsautonomie des Menschen im Fokus, also die Fähigkeit des Einzelnen, mit Verständnis und ohne Einfluss von außen zu handeln. Zusätzlich wird dabei nicht nur die innere Einstellung gegenüber Autonomie betrachtet, sondern beinhaltet auch eine motivationale Seite. Darunter fällt die Verpflichtung, die Menschen nicht nur ihrem Schicksal zu überlassen, sondern sie zur autonomen Entscheidungsfindung aufzubauen und zu bestärken. Dennoch muss im Auge behalten werden, dass Beauchamp und Childress als die Autonomie gefährdende Einflussfaktoren nur Faktoren von außen thematisieren und komplexere soziale Beziehungen außer Acht lassen. Dieses Prinzip richtet sich somit eher an Personen, die nach sorgfältiger Prüfung der psychischen Kapazitäten ausreichende Fähigkeiten besitzen, eine Entscheidung zu treffen. Somit fehlt bei Beauchamp und Childress ein Zugang zum Prinzip der Autonomie bei jenen Betroffenen, bei denen die kognitive und psychische Fähigkeit fehlt oder eingeschränkt ist. Dies wäre somit bei Menschen mit Demenz der Fall.

Wallner (2007) beschreibt in diesem Zusammenhang, dass durch die Spannung des Fürsorge- und Autonomieprinzips von Beauchamp und Childress ein Paternalismus entsteht, der im folgenden Unterkapitel noch näher beschrieben wird (Wallner 2007, S. 34-35).

Gegensätzlich dazu kann, gegenüber dem Patientenwillen, die professionelle Autonomie der behandelnden und pflegenden Berufe nicht außer Acht gelassen werden. Denn es geht im Gesundheitswesen auch darum, die Selbstbestimmung und den Willen von Ärzten und Pflegenden geltend zu machen, um so der Instrumentalisierung entgegenzusteuern. Als Ergebnis der jahrelangen Entwicklung der Autonomie könnte somit auch eine Berücksichtigung der Selbstbestimmung auf beiden Seiten betrachtet werden. Die Patientenautonomie und professionelle Autonomie sollten somit gleichermaßen respektiert werden und eine endgültige Gewichtung sollte erst nach Abwägung des Einzelfalles stattfinden (Steinkamp 2010, S. 86-87).

### **6.1 Paternalismus**

Der Begriff Paternalismus ist auf den lateinischen Begriff „pater“ zurückzuführen und bedeutet übersetzt die Behandlung Erwachsener in einer Form, die an eine frühe Vater-Kind-Beziehung erinnert. Der Vater übernimmt die Rolle, stets im besten Wissen und Gewissen für das Wohl des Kindes zu sorgen. Übertragen auf medizinische und pflegerische Perspektive bedeutet paternalistisches Handeln, dass Ärzte, Ärztinnen oder Pflegepersonen aufgrund ihrer Fertigkeiten und Fähigkeiten über die bestmöglichen Maßnahmen entscheiden, um für das Wohl des Patienten

oder der Patientin zu sorgen. Diesem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass es objektive Kriterien dafür gibt, zu wissen, was das Beste für jemanden ist (Agbiih, Gerling 2010, S.201). Zusätzlich kann der Begriff Paternalismus in Bezug auf die autonome Entscheidungsfähigkeit einer Person differenziert werden.

In einem starken, harten oder engen Sinn liegt Paternalismus dann vor, wenn eine entscheidungsfähige Person in ihrer Entscheidung durch eine andere eingeschränkt wird, wobei die einschränkende Person in erster Linie an Hilfestellung denkt. Ein Beispiel wäre, wenn der Arzt oder die Ärztin Informationen gegenüber dem Patienten oder der Patientin verschweigt, weil er oder sie der Meinung ist, die Informationen würden nicht gut tun.

Bei nicht einsichts- und urteilsfähigen Patienten und Patientinnen liegt ein schwacher, weicher oder weicher Sinn von Paternalismus vor. Dabei wird eine derzeit nicht entscheidungsfähige Person von einer anderen Person nach deren besten Möglichkeiten und Kriterien behandelt. Dabei stellt sich die Frage, ob diese schwache Form überhaupt als Paternalismus bezeichnet werden kann? Tatsache ist, dass sich diese Art in der klinischen Praxis sehr häufig wieder findet. Die Sorge um die Handlungsautonomie ist dennoch gegeben, da das oberste Ziel der Gesundheitsberufe doch die Wiederherstellung der Selbstbestimmung darstellt.

Das Gegenteil stellt der Antipaternalismus dar. John Stuart Mill definierte, dass ein Zwangseingriff in das Leben eines Menschen nur dann gerechtfertigt ist, wenn diese Handlung ihn davon abhält, einen anderen Menschen Schaden zuzufügen. Nicht jedoch, wenn man durch die Handlung ausschließlich sich selbst schadet. Diese strikte Form des Antipaternalismus kann in der Praxis nicht durchgesetzt werden, dennoch bleibt der Paternalismus angesichts des Autonomiebegriffs rechtfertigungspflichtig (Wallner 2007, S. 90-92).

Somit stellt sich auch die Frage, ob der Paternalismus durch Zustimmung oder gar durch das Motiv der Fürsorge gerechtfertigt werden kann?

In der Geschichte wird davon ausgegangen, dass ärztliche Verpflichtungen und Tugenden sowie auch die der Pflegenden als Verpflichtung zur Fürsorge interpretiert werden. Aus dieser Gegebenheit heraus stellt sich die Frage, ob der Respekt vor der Autonomie über die Fürsorge zu stellen ist? Pellegrino<sup>2</sup> und Thomasma<sup>3</sup> gehen davon aus, dass Paternalismus einerseits und Autonomie andererseits durch die Verpflichtung zur Fürsorge ersetzt werden können. Bei falscher Anwendung dieser auf Tugend begründeten Ethik verbirgt sich die Gefahr eines selbstgerechten

---

<sup>2</sup> Edmund Pellegrino (\*1920): Mediziner, war Professor des medizinischen Ethikzentrums der Georgetown Universität und Präsident der Bioethischen Kommission in Washington D.C. (<http://cbhd.org/content/edmund-pellegrino>; Zugriff am 29.12.2011).

<sup>3</sup> David C Thomasma (\*1936, † 2002): Philosoph, arbeitete mit E. Pellegrino zusammen, entwickelten philosophische und bioethische Basis der medizinischen Praxis (Loewy 2002, [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_go2103/is\\_4\\_32/ai\\_n7168407/](http://findarticles.com/p/articles/mi_go2103/is_4_32/ai_n7168407/) (29.Dezember 2011)).

Paternalismus. Um einen Weg aus dem Dilemma zwischen Fürsorge und Autonomie zu finden, geht es vor allem darum, den Eigennutz zu verringern und den Altruismus zu stärken.

Beauchamp und Childress gehen außerdem davon aus, dass sowohl autonome als auch nicht autonome Handlungen in manchen Fällen durch Gründe der Fürsorge eingeschränkt werden.

Aufgrund dieser Feststellung kommt es zur Unterscheidung der zuvor erklärten Formen des schwachen und des starken Paternalismus (Holzem 1999, S.178-180).

## **6.2 Selbstständigkeit als Zieldimension der Pflege**

Autonomie und dessen Bestandteil der Selbstbestimmung als ethischer Wert ist vor allem in der Gesundheits- und Krankenpflege von großer Bedeutung. Die Förderung der Autonomie und die Achtung vor ihr soll als höchste ethische Pflicht in der Pflege anerkannt werden (Lay 2004, S.130).

*„In dem Maße, in dem Pflegende es als ihre Aufgabe verstehen, sich für die Autonomie von Patienten einzusetzen, verpflichten sie sich einem eigenen pflegerischen Anliegen“* (Arndt 1997, S. 516).

Nach Görres und Friesacher besteht die Grundlage jeden pflegerischen Handelns in der Interaktion und Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten, wobei dabei Autonomie einen zentralen Begriff einnimmt (Görres, Friesacher 1998, S. 161).

*„Gute Pflege im anthropologischen Sinne meint die Ermöglichung und Förderung größtmöglicher Autonomie (Selbstständigkeit) im Vollzug der Aktivitäten des täglichen Lebens, im Rahmen gesellschaftlicher Einbindung“* (Schwerdt 1998, S. 19).

Selbstständigkeit ist ein Begriff in der Pflege, der großen Stellenwert besitzt. Er verweist auf zwei verschiedene Bedeutungen von Autonomie: Funktionelle Eigenständigkeit und Selbstbestimmung (Lay 2004, S 130).

Auch die Gestaltung des Pflegeprozesses sollte in Anlehnung an die Patientenautonomie stattfinden. Die Durchführung jedes Pflegeprozesses ist sehr eng mit dem jeweiligen Menschenbild der Pflegeperson verknüpft. Sieht sich die Pflegeperson ausschließlich als Gehilfin des Arztes oder der Ärztin, so wird der Patient oder die Patientin nur in Teilen wahrgenommen und auch eher an ihm oder ihr statt mit ihm oder ihr gearbeitet. Wenn jedoch eine Qualifikation über autonome Handlungsbereiche seitens der Pflegeperson vorhanden ist, kann der Patient oder die Patientin ganzheitlich wahrgenommen werden und sich die Pflege an den Bedürfnissen und Wünschen des Betroffenen oder der Betroffenen orientieren. In Hinblick auf die Bedürfnisse ist anschließend der Pflegeprozess zu planen und durchzuführen. Dabei übernimmt die Pflegeperson die Verantwortung für das Interesse und Wohl des Patienten oder der Patientin. Sozusagen tritt die Pflegeperson als Fürsprecher für den Patienten ein, vor allem, wenn dieser oder diese nicht mehr selbst für seine oder

ihre Interessen eintreten kann. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass die Fürsprecherfunktion der Pflegeperson beschränkt bleiben soll, da sonst die Gefahr besteht, die Autonomie des Patienten oder der Patientin zu untergraben (Plenter 2001, S. 61-62).

Dabei ist jedoch anzumerken, dass Pflegepersonen zwar eigenständig arbeiten können und sollen, jedoch die Verantwortung für den Patienten und für die Patientin im klinischen Alltag immer dem Arzt oder der Ärztin überlassen und auch zugeschrieben wird. Durch diese vorgegebenen Eigenständigkeiten kommt es schlussendlich zu diesem Dilemma der Letztverantwortung in multiprofessionellen Teams. Daher sollten sich Medizin und Pflege nicht als gegensätzliche Disziplin wahrnehmen, um die Autonomie von Patienten und Patientinnen wahrnehmen zu können, sondern miteinander arbeiten und gemeinsam versuchen, die Autonomie der Betroffenen aufrecht zu erhalten.

Aus der Verantwortung für den Patienten oder die Patientin selbst ergeben sich in der Praxis der Pflege zahlreiche Verpflichtungen. Aus der pflegerischen Fürsprache für den Patienten oder die Patientin ergibt sich die Verantwortung für die Bedürfnisse und Wünsche einerseits, aber auch vor Respekt und Würde als Mensch andererseits. Dabei ist zu beachten, dass die Würde des Menschen nur dann geachtet werden kann, wenn auch sein Willen, seine Überzeugungen und Werte mit berücksichtigt werden, auch wenn diese nicht zwangsläufig mit den eigenen übereinstimmen müssen (Plenter 2001, S. 68-69).

### ***6.3 Selbstständigkeit als funktionelle Eigenständigkeit***

In der Pflege geht es vor allem darum, vorhandene Fähigkeiten der betroffenen Personen aufrechtzuerhalten und zu fördern und nicht mehr vorhandene wieder zu erreichen. Als Ziel wird die größtmögliche selbstständige Bewältigung des Alltags durch Selbstpflege angesehen (Lay 2004, S. 130).

Ein europäisches Forschungsprojekt, welches in den Jahren 1998 bis 2001 durchgeführt wurde, kam zu dem Ergebnis, dass Autonomie im pflegerischen Kontext vor allem Handlungs- und Bewegungsfreiheit bedeutet. Die befragten Personen dieser Untersuchung sahen unter Autonomie ein Maximum an Unabhängigkeit, alles tun zu können ohne auf andere Hilfe angewiesen zu sein (Arndt, Välimäki 2002, S.7).

Doch nur die funktionelle Seite der Selbstständigkeit in Betracht zu ziehen reicht jedoch nicht aus, um das Ziel der Selbstständigkeit erreichen zu können. So erkennt man im Pflegemodell von Roper, Logan und Tierney, welches in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts entstanden ist, dass der

Fokus auf dem größten Maße an Unabhängigkeit liegt, um die Aktivitäten des täglichen Lebens bewältigen zu können. Somit steht Funktionalität im Vordergrund (Kesselring 1996, S.12).

*„Eine starke Ausrichtung der Pflege auf das Wiedererlangen von Unabhängigkeit von anderen läuft Gefahr, funktionelle Fortschritte hoch zu bewerten und den Patienten dafür zu loben, ohne in Betracht zu ziehen, was diese Fortschritte für den betroffenen Menschen bedeuten“* (Kesselring 1996, S.12).

So spielt Aktivierung mit dem Ziel der funktionellen Selbstständigkeit zwar eine große Rolle, ist jedoch nicht hinreichend als allgemeines Pflegeziel (Lay 2004, S.131).

## **6.4 Patientenautonomie bei Demenzkranken**

Die große Gruppe der an Demenz erkrankten Personen stellt in Bezug auf das Thema der Autonomie und Fürsorge eine äußerst wichtige dar, da durch die unterschiedlichen Stadien der Demenzerkrankungen Autonomie nur bedingt zu tragen kommen kann. Durch zunehmende kognitive Verluste ist die Autonomie von Demenzkranken besonders zu beachten.

Um die eigene Autonomie wahren und beanspruchen zu können, sind Voraussetzungen dieser Personen notwendig. Diese Voraussetzungen sind vor allem als Kompetenzen anzusehen, da ohne sie keine autonome Entscheidung möglich wäre. Unter diese Kompetenzen fallen das Verstehen wesentlicher Informationen, die Beurteilung dieser Informationen in Bezug auf die eigenen Werte, das Entwerfen eines bestimmten Ergebnisses und die freie Äußerung der Entscheidung gegenüber Dritten. Aus dieser Vorgabe heraus stellt sich nun die Frage, ob es auch Zustände gibt, in der die Einsichts- und Urteilsfähigkeit zwar eingeschränkt ist, aber von einer begrenzten oder Teilselbstbestimmung ausgegangen werden kann? Denn solche Problemfelder zeigt die Praxis in Bezug auf Demenzkranken auf. Auf diese Frage versucht die Pflege und die Medizin eine Antwort zu finden, indem sie verschiedene Graduierungen der Selbstbestimmung und Mitwirkung für die Betroffenen definiert. Dazu zählen die volle Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit, eine eingeschränkte Einwilligungsfähigkeit, aber mit vielerlei Mitwirkungsmöglichkeiten bis zu einer immer mehr eingeschränkten Einwilligungsfähigkeit mit zunehmend schwer entschlüsselbaren Selbstäußerungen. Weiters bezieht sich die Praxis bei der Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeiten von Betroffenen auf die jeweilige Differenzierung der Denkinhalte. So können an Demenz erkrankte Personen ihre Einwilligung für pflegerische oder medizinische Forschungsprojekte oft nicht mehr geben, aber die Einwilligung in alltagsbezogene Entscheidungen kann durchaus noch gegeben werden. Richtschnur für die Praxis sollte sein, dass diese Menschen so weit wie möglich in alle Entscheidungen miteinbezogen werden. Jedoch ist dies in der täglichen Praxis äußerst schwierig und meist nicht konfliktfrei. Vor allem setzen solche Situationen

einschlägige Kenntnisse der besonderen Äußerungsformen des Willens von Pflegepersonen sowie Sensibilität und Erfahrung in der Beobachtung und Wahrnehmung voraus (Wunder 2008, S. 18-20). Die Entwicklung der Willensbildung bei dementen Menschen kann sich aus unterschiedlichen Dimensionen zusammensetzen. Einerseits aus der Differenzierung der Denkinhalte bezüglich eines abstrakt logischen Denkraumes, andererseits aus der Beurteilungsbasis, die durch kognitive Wertorientierung und Präferenzorientierung gekennzeichnet ist und als letzte Dimension die Entscheidungskonstanz, die auf der Stabilität der Entscheidungsrichtung basiert. Werden diese Dimensionen mit den zuvor angesprochenen Voraussetzungen bewertet, so lässt sich erkennen, dass auch bei einer fortgeschrittenen Demenz auf jeder Stufe immer noch Kompetenzen des Verstehens und Bewertens vorhanden sind, auch wenn sich diese auf einem zunehmend eingeengten und instabilen Niveau befinden. Daher soll die Fähigkeit zur Autonomie von Menschen in fortgeschrittenen Stadien der Demenz nicht grundsätzlich abgestritten werden (Wunder 2008, S. 22).

#### **6.4.1 Wahrnehmung des Willens**

Gerade bei Demenzbetroffenen stellt die Wahrnehmung der Wünsche, Bedürfnisse, Interessen und des Willens für Pflegepersonen oft ein Problem dar. In der Praxis sind für diese Herausforderungen vor allem Kompetenzen und Zeit von großer Bedeutung, um durch unbestimmte Äußerungen den Willen des Betroffenen oder der Betroffenen erkennen zu können. Es geht dabei vor allem um die nonverbalen Willensäußerungen, wie etwa durch Mimik, Gestik oder Körpersprache. Dabei spielt aber die Subjektivität der wahrnehmenden Personen eine große Rolle, denn die jeweilige Fremdbeurteilung ist auch immer unter dem Gesichtspunkt eigener Wert- und Normvorstellungen zu betrachten. Jedoch kann man lernen, sich der eigenen Werte und Bewertungen bewusst zu werden und diese von anderen zu unterscheiden, denn sonst besteht die Gefahr, durch selbst empfundene Fürsorge den Willen des anderen zu untergraben (Wunder 2008, S. 22)

#### **6.4.2 Wille und Wohl**

Wenn sich Patienten oder Patientinnen nicht oder nicht mehr ausreichend mitteilen können oder die Entscheidung als nicht mehr bindend angesehen werden kann, spielt in der Praxis die Wille-Wohl-Abwägung eine große Rolle. Gerade deshalb hat diese Abwägung im Umgang mit an Demenz erkrankten Personen einen wichtigen Stellenwert. Mit zunehmender Instabilität des Gedächtnisses und abnehmenden Denkinhaltsvermögen wird diese Maßnahme umso bedeutender. Bei der Wille-Wohl-Abwägung sind zwei Konstellationen möglich. Einerseits der Wille-Wohl-Konflikt, bei dem

die Vorstellungen und Wünsche der betroffenen Person seinem eigenen Wohl widersprechen und andererseits der Wille-Urteils-Konflikt, bei dem der Wille des Menschen dem begründeten Urteil der Pflegeperson entgegensteht. Als Gründe dafür könnten der Gegensatz des Willens zur allgemeinen Berufsauffassung gelten oder wenn die Befolgung des Willens strafrechtliche Konsequenzen mit sich zieht oder bei der Vermutung, dass der geäußerte Wille nicht ohne Druck von außen zustande gekommen ist. Die Wille-Wohl-Konstellation wird oft als der klassische Konflikt zwischen Selbstbestimmungsrecht und Fürsorgeverpflichtung angesehen, der zweite hingegen als Konflikt zwischen Individualwohl und Gemeinschaftswohl.

Es ist wichtig anzuerkennen, dass der Wille-Wohl-Konflikt zwischen Patienten und Patientinnen und den Pflegepersonen nicht generell auflösbar ist, sondern eine Entscheidung immer neu und vor allem individuell ausgehandelt werden muss. Eine verantwortliche und verantwortende Medizin und Pflege soll die Äußerungen des Willens der Demenzkranken auf jeder Stufe der Entwicklung vollständig beachten und abwägen (Wunder 2008, S.23-25).

## **6.5 Rechtliche Bestimmungen**

Im Patientenrecht kommt dem Selbstbestimmungsrecht eine besondere Bedeutung zu. Damit ist im weitesten Sinne die autonome Ausübung der Grund- und Persönlichkeitsrechte gemeint. Zur Ausübung des Selbstbestimmungsrechtes liegt der Grundsatz des Einwilligungsprinzips bei urteilsfähigen Patienten zugrunde. Der urteilsfähige und mündige Mensch entscheidet daher selbst über die Ausübung der ihm zustehenden Rechte. Der Wille einer solchen Person ist grundsätzlich immer bindend (Landolt 2004, S. 73).

Als urteilsfähig werden Personen verstanden, die keine Geisteskrankheit oder Geistesschwäche besitzen und somit vernunftgemäß handeln können. Der Begriff Urteilsfähigkeit enthält einerseits die intellektuelle Komponente, nämlich die Fähigkeit, Sinn, Zweckmäßigkeit und Wirkungen einer Handlung zu erkennen und andererseits die vernünftige Komponente, nämlich die Fähigkeit nach freiem Willen zu handeln und in normaler Weise Widerstand zu leisten (Landolt 2004, S. 75).

### **6.5.1 Der urteilsunfähige Patient, die urteilsunfähige Patientin**

Der urteilsunfähige Patient oder die urteilsunfähige Patientin, worunter auch Menschen mit Demenz fallen, unterliegt dem Grundsatz der Einwilligung durch den gesetzlichen Vertreter. Da er seine Grund- und Persönlichkeitsrechte nicht selbst ausüben kann, handelt stattdessen der gesetzliche Vertreter, worunter Eltern, Vormund, Beistand oder Sachwalter fallen können, jedoch nur ausnahmsweise der Arzt, die Ärztin oder das Pflegepersonal.

Als Ausnahme werden Notfälle geregelt. Denn es kann auf die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters verzichtet werden, wenn der betroffenen Person Gefahr droht und das Erreichen des Vertreters nicht mehr rechtzeitig möglich wäre. Im Falle eines nichtvorhandenen gesetzlichen Vertreters muss der Arzt oder die Ärztin unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens der betroffenen Person und unter objektiven Interessen pflichtgemäß handeln. Dadurch können Dritte, insbesondere das Krankenhauspersonal, ohne zuvor stattgefundenen Zustimmung der betroffenen Person oder deren gesetzlicher Vertreter oder gesetzliche Vertreterin handeln, jedoch wie bereits erwähnt immer unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens (Landolt 2004, S. 77-80). Diese rechtlichen Regelungen sind in Österreich durch das Allgemeine Bürgerliche Gesetzbuch in den Paragraphen 187 – 284 geregelt (LexisNexis 2006, ABGB § 187-284).

### **6.5.2 Aufklärungspflicht pflegerischer Maßnahmen**

Zum Schutz der persönlichen Freiheit des Patienten und der Patientin obliegt ihnen das Recht, über alle medizinischen Eingriffe umfassend aufgeklärt zu werden. Danach haben sie das Recht, frei darüber entscheiden zu können, ob sie sich der Behandlung unterziehen möchten oder nicht.

Liegt der Fall einer Urteilsunfähigkeit oder reduzierten Urteilsfähigkeit vor, sind die Rechte der betroffenen Person durch seinen gesetzlichen Vertreter wahrzunehmen. Dabei steht die Freiheit der Patienten oder der Patientin im Vordergrund und nicht die des gesetzlichen Vertreters oder der gesetzlichen Vertreterin (Landolt 2004, S. 81).

Dabei stellt sich folglich auch die Frage, ob nur ärztliche und andere medizinische Maßnahmen, die die körperliche Unversehrtheit gefährden, der Aufklärungspflicht unterliegen? Hat nicht auch dann eine Aufklärung zu erfolgen, wenn zwar kein Eingriff in den Körper erfolgt, jedoch eine Maßnahme trotzdem mit einer Gesundheitsgefährdung verbunden ist oder die Intimsphäre betreffen? Diese Frage betrifft insbesondere pflegerische Maßnahmen. Es bedarf keiner Aufklärung, wenn der von einer Maßnahme Betroffene Kenntnis von der Tragweite der Maßnahme hat. Als Einwilligungsart bei nicht einsichts- und urteilsfähigen Patienten kommt demnach nur die Art nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten oder der Patientin in Frage. Ist der mutmaßliche Wille bekannt, wird so gehandelt, wie der Patient oder die Patientin nach erfolgter Aufklärung unter konkreten Umständen gehandelt hätte. Auf eine zuvor festgelegte Patientenverfügung ist Bezug zu nehmen. Ist der mutmaßliche Wille nicht bekannt, muss die Entscheidung nach den Umständen des Einzelfalles getroffen werden. Dabei ist auch der Wille von Angehörigen zu berücksichtigen. Sind diese nicht anwesend, so darf der behandelnde Arzt, behandelnde Ärztin oder die Pflegeperson nach dem mutmaßlichen Interesse der betroffenen Person entscheiden, außer sie befinden sich in einer

objektiven Interessenkollision. In diesem Falle ist die Bestellung einer Ethikkommission angezeigt (Landolt 2004, S. 86-89).

### **6.5.3 Zwangsmaßnahmen**

Eine Zwangsmaßnahme ist nur gerechtfertigt, wenn sie geeignet und notwendig erscheint und ihre Auswirkungen gemessen am Interesse verhältnismäßig sind. Als wichtiges Beispiel vor allem für demente Personen ist die Ernährung. Zumal viele der Betroffenen aus unterschiedlichen Gründen die Nahrungszufuhr verweigern, ist die Frage der Ernährung von zentraler Bedeutung. Laut der früheren Kommission für Menschenrechte ist eine Ernährung kein Verstoß gegen die europäische Menschenrechtskonvention (Landolt, S. 91).

## **6.6 *InformedConsent***

Aus dem Prinzip der Autonomie der Patienten und Patientinnen werden in der Regel ärztliche Beratung, die Aufklärungspflicht und der Respekt vor Behandlungsverweigerung abgeleitet. Die Aufklärungspflicht wird auch als *InformedConsent* bezeichnet (Körtner 2004, S. 117).

Durch die unterschiedlichen Deutungen, die Autonomie mit sich bringen kann, gibt es auch verschiedene Vorstellungen davon, wie ein *InformedConsent* auszusehen hat. Grundsätzlich ist zu sagen, dass der Begriff des „*InformedConsent*“ auf deutsch „Einverständnis nach Aufklärung“ bedeutet. Dabei handelt es sich um die Zustimmung eines einwilligungsfähigen und aufgeklärten Patienten oder Patientin in eine medizinische oder pflegerische Maßnahme. Eine Art des *InformedConsent* wäre auch ein „*InformedRefusal*“, nämlich eine Verweigerung nach Aufklärung. Der *InformedConsent* ist nach deontologischer Sicht<sup>4</sup> ein Entstehungsprodukt der Patienten- und Patientinnenautonomie, was wiederum einen Ausdruck der fundamentalen Menschenwürde darstellt. Die Achtung der Würde einer Person bedeutet, wichtige Entscheidungen selbst zu überlassen oder zumindest teilhaben zu lassen, vor allem wenn es sich um Entscheidungen handelt, die den eigenen Körper betreffen. Jedoch spielt nicht nur die Teilhabe an Entscheidungen eine wichtige Rolle, sondern für den Betroffenen oder die Betroffene kann es auch hilfreich sein, wenn durch fachlich unterstützende Entscheidungen ein Teil der Verantwortung abgenommen wird. Weiters wirkt sich ein *InformedConsent* meist auch auf die Compliance der Betroffenen aus. Gut informierte Patienten und Patientinnen, die ihr freiwilliges Einverständnis zu einer Therapie oder Pflegetätigkeit gegeben haben, werden eher bereit sein, sich an den Behandlungsplan zu halten oder

---

<sup>4</sup> Ethik gliedert sich in die teleologische und deontologische Theorie. Die teleologische geht vom größtmöglichen Nutzen einer Handlung aus. Hingegen beschäftigt sich die deontologische Theorie nur mit der Handlung. Die Folge, die aus einer Handlung resultiert, ist zweitrangig (Gräbe 2005, S. 2).

den pflegerischen Anweisungen zu folgen. Aus rechtlicher Sicht ist ein Informed Consent dann hergestellt, wenn alle Betroffenen übereinstimmen, nach entsprechenden Regeln gehandelt haben, wie auch immer diese Regeln inhaltlich bestimmt sind (Wallner 2007, S.96-97).

### **6.6.1 Formen des Informed Consent**

Jetzt stellt sich die Frage, inwieweit nicht einsichts- und urteilsfähige Patienten und Patientinnen einen Informed Consent geben können und somit ihren Willen kundtun können und ihre Entscheidungen quasi „autonom“ fällen können. Um dies zu klären, werden beim Informed Consent verschiedene Formen unterschieden.

Eine bewusste mündliche oder schriftliche Äußerung oder Zustimmung des Patienten oder der Patientin stellt die Idealform des Informed Consent dar und wird als expliziter Konsens bezeichnet. Ein stillschweigender Konsens liegt bei nicht ausdrücklicher Äußerung einer Übereinstimmung vor, jedoch im Wesentlichen keine Ablehnung geäußert wird.

Ein impliziter Konsens bezieht sich auf vorhergehende Handlungen. Dabei wird auf einer Zustimmung zu Maßnahmen, die in logischer Folge weitere Handlungen mit sich bringt, eine automatische Übereinstimmung der folgenden Tätigkeiten angenommen.

Bei nicht einsichts- und urteilsfähigen Patienten und Patientinnen kommen zwei Arten des Informed Consent in Betracht.

Einerseits kann der antizipierte Konsens hergestellt werden. Dieser tritt bei Personen mit Demenz oder psychischer Beeinträchtigung in Kraft. Die Betroffenen haben die Möglichkeit, in Zeiten, in denen sie einsichts- und urteilsfähig sind, einen Informed Consent für einen späteren Zeitpunkt herzustellen, bei dem sie dazu nicht mehr in der Lage wären. Die Möglichkeit dafür wäre das Verfassen einer Patientenverfügung, welche in Kapitel 7.1. noch genauer behandelt wird.

Andererseits gäbe es die Möglichkeit des unterstellten Konsenses. Dieser tritt in Kraft, wenn man keine der bisher genannten Konsensformen in Anspruch nehmen kann, weil der Patient oder die Patientin dazu nicht mehr in der Lage ist und auch keine Patientenverfügung im Vorfeld der problematischen Situation verfasst hat. Dabei geht man von einem sogenannten mutmaßlichen Willen des Patienten oder der Patientin aus, der aus den bisher erworbenen Kenntnissen zu dieser Person entstanden ist. Diese Entscheidungen sind insbesondere bei Problemen in Bezug zum Lebensende anzutreffen.

Grundsätzlich sollte ein Informed Consent mit der betroffenen Person hergestellt werden. Jedoch gibt es auch andere Möglichkeiten diesen einzuholen. Dies könnte über eine gesetzliche Vertretung, eine sogenannte Vorsorgevollmacht oder einem Gericht durch einen Sachwalter oder Sachwalterin stattfinden, wenn der Patient oder die Patientin selbst nicht dazu in der Lage ist. Diese möglichen

Personen sollten jedoch stets den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person im Auge behalten (Wallner 2007, S.97-98).

### **6.6.2 Kompetenz als Schwellenelement des InformedConsent**

Der InformedConsent beinhaltet zur richtigen Anwendung verschiedene Schwellenelemente. Dazu zählen die Begriffe „Freiwilligkeit“ und „Kompetenz“. Schwelle als Begriff soll verdeutlichen, dass bei dieser Thematik objektiv feststellbare Grenzen vorhanden sind.

Als Kompetenz wird die Fähigkeit verstanden, gesundheitsbezogene Sachverhalten und Möglichkeiten zu verstehen, Handlungen zu setzen und die eigenen Rechte und Pflichten wahrzunehmen und zu erkennen. Somit stellt Kompetenz eine Voraussetzung für einen InformedConsent dar. Wo diese fehlt, sind Personen nicht einwilligungs- und urteilsfähig. Jedoch muss in der Praxis Rücksicht auf den Einzelfall genommen werden. So gehören demente Personen zu Menschen, die je nach Ausprägung ihrer Erkrankung entweder zeitweise oder dauerhaft nicht einwilligungs- und urteilsfähig sind. Vor allem durch die epidemiologische und demografische Entwicklung wird es in Zukunft immer mehr Fälle geben, in denen über die vorhandene Kompetenz der Menschen entschieden werden muss. Dabei besteht die Forderung der Beurteilung des Einzelfalles, wobei durch Gesetze und Verordnungen nicht alle erdenklichen Einzelfälle abgedeckt werden können (Wallner 2007, S. 99-100).

## 7 Fürsorge als Prinzip von Beauchamp und Childress

Wie bereits beschrieben haben Beauchamp und Childress vier Prinzipien der Pflegeethik beschrieben, zu denen Autonomie, Benefizienzprinzip, Nichtschadensprinzip und Gerechtigkeitsprinzip gehören. Die Prinzipien der Benefizienz und des Nichtschadens lassen sich im Fürsorgeprinzip zusammenfassen (Körtner 2004, S. 116). Der Zusammenhang der Fürsorge mit dem Prinzip der Autonomie und die in der Praxis häufig daraus resultierende Spannung werden im Anschluss genauer erläutert.

### 7.1 Strukturprobleme des Pflegeberufs

Moralisches Handeln in der Pflege bezieht sich nicht nur auf das Beachten von anerkannten Grundregeln und der Achtung der Menschenrechte, sondern auch auf eine entsprechende Grundhaltung und berufsspezifische Grundeinstellungen, die sogenannten „professional attitudes“. Zu den grundlegenden Tugenden des Pflegeberufs zählen vor allem Fürsorglichkeit, Empathie und Anteilnahme (Körtner 2004, S.78).

Bei einem ethischen Problem steht die Sichtweise im Vordergrund, dass alle Personen, die an einem ethischen Problem beteiligt sind, gleichberechtigt und in gleicher Weise berücksichtigt werden und Entscheidungen in einem Konsens getroffen werden.

Für den Pflegeberuf ist doppelte Asymmetrie im täglichen Handeln charakteristisch. Einerseits das Gefälle zwischen Pflegepersonen und Gepflegten, andererseits die Unterordnung der Pflegenden unter den Ärzten und Ärztinnen. Zusätzliche Probleme treten im Pflegeberuf durch das schwierige Verhältnis von Fürsorge und Selbstsorge und die historische Verweiblichung der Pflege auf. Feministische Ethik geht vor allem davon aus, dass Fürsorglichkeit eine spezifisch weibliche Eigenschaft ist, wohingegen männlich dominierte Ethik das Prinzip der Gerechtigkeit im Vordergrund sieht. Neuere Untersuchungen zeigen jedoch, dass das Prinzip der Fürsorglichkeit und das Prinzip der Gerechtigkeit nicht alternativ zu sehen sind, sondern einander ergänzen müssen. Die Asymmetrie des Pflegeberufs bezieht sich auch auf Machtfragen, die einerseits im Umgang mit dem Patienten oder der Patientin und andererseits innerhalb der Entscheidungshierarchie eines Krankenhauses zu sehen sind. Grundsatz ist, dass Fürsorge nicht mit moralisch überhöhter Selbstlosigkeit verwechselt wird (Körtner 2004, S. 80-82).

*„Weil Pflege als Beruf weder selbstlose Selbstaussbeutung noch beziehungslose, durchökonomisierte Dienstleistung ist, gelten die Prinzipien der Selbstliebe und Selbstpflege in der Pflegebeziehung sowohl für Pflegenden als auch für die Gepflegten“* (Körtner 2004, S. 82).

## **7.2 Ethik des Helfens**

Der Pflegeberuf zählt zu den helfenden Berufen und Helfen bietet einen Grundstein der Pflegepraxis. Doch wie Hilfsbereitschaft gehört auch Hilfsbedürftigkeit zu den Merkmalen, die einen Menschen ausmacht. Autonomie und Selbstbestimmtheit sollten aber nicht mit völliger Unabhängigkeit verwechselt werden. Nicht nur am Lebensbeginn, während Krankheiten oder am Lebensende sind Menschen auf fremde Hilfe angewiesen, sondern auch in guten Zeiten sind Menschen auf gegenseitige Hilfe angewiesen. Dies gehört zum Wesen des Menschseins. Dennoch ist der Mensch ein sehr verletzliches Wesen, sowohl bei körperlichen als auch bei seelischen Verletzungen. Jedoch geschieht eine Verletzung nicht immer nur aus böser Absicht, sondern manchmal gerade aus guter Absicht heraus. Vor allem daher gehört es zu einer moralischen Verantwortlichkeit von Pflegenden, die Selbstbegrenzung unseres Handelns zu reflektieren. Neben dem Recht auf Hilfe existiert auch noch ein Recht auf Schonung und Verschonung. Gerade Fürsorge kann dafür verantwortlich sein, dass auf paternalistische Weise die Autonomie eines hilfsbedürftigen Menschen verletzt wird oder dass dieser gar bevormundet oder manipuliert wird.

Grundelement für die Ethik des Helfens ist Vertrauen. Pflege und alle anderen Gesundheitsberufe bauen auf dem Grundstock einer vertrauensvollen Beziehung auf. Wechselseitige Hilfsbedürftigkeit ist nicht als Mangel zu sehen, sondern als Grundbedingung menschlicher Lebensfülle. Der Begriff „menschlich“ ist jedoch genauer zu betrachten. Die Motive der Menschlichkeit des Helfens sind zu betrachten. Laut Ziemer 1990 ist Helfen nie nur altruistisch, denn die „reine“ Hilfe ohne jeglichen Selbstzweck gibt es nicht (Ziemer 1990, S.8). Zwei Grundbedürfnisse spiegeln sich im Helfen wieder: einerseits das Bedürfnis nach Liebe oder Anerkennung und andererseits das Bedürfnis nach Macht (Körtner 2004, S.82-85).

## **7.3 Macht in der Pflege**

Wie bereits beschrieben sind die Grundbedürfnisse von Helfenden einerseits Liebe, aber andererseits stellt auch Macht einen Bestandteil dar.

Kennzeichen der Hilfsbedürftigkeit sind Schwäche und Abhängigkeit. Die Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten oder Patientinnen ist asymmetrisch, worüber auch die Vorstellung der Patienten- und Patientinnenautonomie nicht hinwegtäuschen kann. Es wäre falsch das Phänomen der Macht verleugnen zu wollen, denn wer helfen oder heilen will, will die Situation im Sinne der Patienten und Patientinnen verbessern und dazu bedarf es einer Macht, diese Veränderungen auslösen zu können.

Gerade der Versuch, Menschen zur Erlangung ihrer Selbsthilfe zu unterstützen, kann an Grenzen des Zwanges stoßen. So wäre es zwanghaft, einen Patienten oder eine Patientin im Sinne der Fürsorge und der Wiedererlangung der Selbstständigkeit zu Dingen zu drängen, zu denen die Personen jedoch selbst nicht bereit wären.

Vor allem geht es darum, nicht das helfende Handeln einzustellen, sondern sich der dahinter verborgenen Gefahren bewusst zu werden. Zusätzlich sollte auch bedacht werden, dass ein Machtverhältnis auch auf beiden Seiten bestehen kann, denn auch Hilfsbedürftige können versuchen, gegenüber den Pflegepersonen Macht auszuüben, indem sie bewusst „unselbstständig bleiben wollen“. Eine Ethik des Helfens sollte neben dem Helfen auch noch dazu anleiten, das eigene Handeln zu reflektieren, indem die Grenzen der Möglichkeiten zum Helfen gesehen werden und die eigenen psychischen und physischen Kräfte bewusst werden (Körtner 2004, S. 85-91). Fragen der Macht inkludieren auch immer Fragen der Ethik. In der pflegerischen Praxis werden Situationen, in denen der Tätigkeitsbereich häufig überschritten wird, meist ausgeblendet. Ethik bleibt somit in einer gewissen Weise „undercover“. Generell gilt für Pflegende, dass sie machtbestimmte Verhaltensweisen nicht als solche wahrnehmen, denn Macht in der Pflege wird als Tatsache verdrängt. Diese Verdrängung ergibt sich daraus, dass die Pflegepersonen ein Denken aufweisen, dass pflegerische Fürsorge und Macht als nicht miteinander vereinbar wahrgenommen wird. Da „Macht“ mit etwas grundsätzlich Negativem behaftet ist, will sich keine Pflegeperson damit identifizieren (Richter, Stöhr 2010, S. 115).

## **7.4 Care Ethik**

Der englische Ausdruck „care“ kann nicht einfach mit dem deutschen Wort „Fürsorge“ übersetzt werden, obwohl „care“ Elemente der Fürsorge enthält. Der Begriff ist nicht einfach eine Tugend oder mit Wohltätigkeit, Sympathie, Mitleid oder Altruismus gleichzusetzen (Wallner 2007, S. 39). Care wird oft auch als eine Praxis der Achtsamkeit und Bezogenheit angesehen, welche kleine Gesten der Aufmerksamkeit, Selbstsorge und pflegende sowie menschliche Interaktionen und kollektive Aktivitäten beinhaltet (Wallner 2001, S. 13).

Es werden unterschiedliche Dimensionen von Care unterschieden, um den Begriff präziser darstellen zu können.

Zum einen beinhaltet der Begriff die Anteilnahme, das „caringabout“. Dabei geht es um Empathie und um die Gabe, sich in das Schicksal anderer, zumindest teilweise, hineinversetzen zu können. Zum anderen geht es in Care-Interaktionen um unterstützen, dem „takingcareof“. Diese Dimension beinhaltet die handwerkliche und praktische Seite von Care, welche durch Kriterien für eine sorgfältige Behandlung normiert ist.

Als weitere Dimension wird das Sorgen, das „caringfor“, betrachtet. Damit wird die humanistische Grundeinstellung von Care beschrieben. Sorge für den Patienten oder die Patientin ist nach wie vor Bestandteil der pflegerischen und ärztlichen Ethik.

Versorgen, das „caregiving“, bildet den nächsten Teilbereich von Care. Dabei steht das Handeln im Vordergrund und es dieser umfasst im Idealfall sowohl die Dimension des „takingcareof“ als auch des „caringfor“.

Als Versuch des Widerstands zum Paternalismus ist auch auf die Reaktion, das „care-receiving“, zu achten. Eine fürsorgende Person kann zwar über jeweilige Bedürfnisse des Betroffenen oder der Betroffenen Bescheid wissen, ob diese Handlung dazu dann jedoch adäquat ist, geht von der Reaktion des Betroffenen aus (Wallner 2007, S.40).

Das Modell der Care-Ethik kann zusätzlich dafür eingesetzt werden, um doppelte Asymmetrie in der Pflege auszugleichen. So bezeichnet Körtner (2004) dieses Modell *„als antipaternalistisch, egalitär-professionsorientiert und antimedizinisch“*. Care-Ethik verfolgt das Ziel, die bestehenden Asymmetrien in Symmetrien überzuführen. In Bezug auf den Patienten oder die Patientin heißt es, Pflege als Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten und die Mitarbeit des Betroffenen oder der Betroffenen zu fördern und zu fordern.

Ein grundlegendes Problem der Care-Ethik ist der Einklang des Fürsorgeprinzips mit dem der Autonomie des Patienten oder der Patientin und dem der Gerechtigkeit. Das Gerechtigkeitsprinzip stellt deshalb ein Problem dar, weil Fürsorgebeziehungen auf ambivalente Weise mit Parteilichkeit und Partikularität einhergehen. Zusätzlich lässt sich ein allgemeines Modell von Helfen und Fürsorge nicht ohne Weiteres auf das professionelle Handeln übertragen, denn zur Professionalität in der Pflege zählt eine distanzierte Nähe bewahren zu können.

Wichtig ist die Unterscheidung zwischen „caring“ und „nursing“. Pflegeethik hat als Grundsatz die Klärung, wie viel „caring“ das „nursing“ braucht und vor allem auch verträgt. Der Konflikt zwischen Patientenautonomie und dem Fürsorgeprinzip gehört einer ethisch reflektierten Praxis an, im Einzelfall auch auf das caring verzichten zu können. Zu einer professionellen Pflege zählt die Fähigkeit zur ethisch begründeten Selbstbegrenzung der Fürsorge (Körtner 2004, S.91-93).

Auch die Pflgeethikerin Madeleine M. Leininger unterscheidet bei den Begriffen „care“ und „nursing“. „Care“, bei Leininger mit Fürsorge gleichzusetzten, bezieht sich auf abstrakte und konkrete Phänomene in Form von helfenden und unterstützenden Erfahrungen oder Verhaltensweisen, um das Wohl von potentiell Bedürftigen in ihren Lebensbedingungen und Lebensweisen zu verbessern. Unter „nursing“ sieht sie den erlernten, humanistisch ausgerichteten und auf Wissenschaft beruhenden Beruf, der die Phänomene menschlicher Fürsorge zum Gegenstand hat. Somit bildet für Leininger die Fürsorge den Kern der professionellen Pflege (Leininger 1998, S.72-73).

## 8 Stellvertretende Entscheidungen

Durch die kognitiven Einschränkungen der an Demenz erkrankten Personen wird die Möglichkeit zur Wahrung der Autonomie stark eingeschränkt. Um die Autonomie dennoch bestmöglich bewahren zu können, ist die Möglichkeit vorhanden, stellvertretende Entscheidungen in Anspruch zu nehmen.

Medizinische und pflegerische Entscheidungen sind durch verschiedene Schwierigkeiten geprägt, denn oft handelt es sich um sehr wichtige und oft essentielle Entscheidungen. Entscheidungen betreffen nicht nur ein Individuum allein, sondern einen Menschen, der in sozialen Beziehungen steht. Solche Entscheidungen werden oft dann in noch erschwerten Bedingungen getroffen, wenn die betroffene Person selbst nicht in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen oder an einer Entscheidungsfindung teilzunehmen. Daher stellt sich vor allem bei nicht einsichts- und urteilsfähigen Menschen, unter denen eben auch demente Menschen fallen, die Frage, wer und nach welchen Kriterien derjenige oder diejenige Entscheidungen fällen soll. Diese Frage soll nach ethischer Sicht nach dem Subsidiaritätsprinzip beantwortet werden.

Dieses Prinzip bedeutet, dass ein Individuum zwar im Mittelpunkt des Handelns steht, es aber immer auch eine Kooperation mit anderen geben soll. Der Fokus liegt darauf, dem Individuum so viel Verantwortung wie möglich zuzuschreiben, und sobald diese Verantwortung vom Individuum selbst nicht mehr getragen werden kann, sollen andere Akteure übernehmen. Zunächst soll die Entscheidung des Betroffenen oder der der Betroffenen in den Blick genommen werden und erst danach als unmittelbarer Ausfluss der Autonomie die Patientenverfügung herangezogen werden. Erst anschließend sollten die stellvertretenden Entscheidungen in Betracht gezogen werden (Wallner 2007, S. 252).

Um eine stellvertretende Entscheidung zu treffen, sollten drei Normen herangezogen werden. Erstens das stellvertretende Urteil, zweitens die reine Autonomie und drittens das Handeln im besten Interesse für den Patienten oder die Patientin. Das stellvertretende Urteil unterliegt der Voraussetzung, dass Entscheidungen aufgrund des Rechtes auf Autonomie und Privatsphäre dem inkompetenten und nicht autonomen Menschen unterliegen. Die reine Autonomie des Menschen gilt es dann zu bewahren, wenn dieser zu Zeiten der Einsichts- und Urteilsfähigkeit klare Entscheidungen getroffen hat, auch wenn diese nicht niedergeschrieben sind. Die dritte Norm ist dann einzusetzen, wenn die Person keinerlei Anweisungen gegeben oder hinterlassen hat, die einen Rückschluss auf die Wünsche zulässt und somit eine autonome Entscheidung möglich machen würde (Holzem 1999, S.161-162).

In zahlreichen Studien wurde nachgewiesen, wie gut sich Einschätzungen über mutmaßliche Entscheidungen von Angehörigen mit denen der betroffenen Person decken. In den meisten Fällen

wurde dafür ein Fallszenario vorgelegt. Es zeigte sich, dass der gemutmaßte Wille der Angehörigen nicht mit dem tatsächlichen Willen des Betroffenen oder der Betroffenen übereinstimmte, da Angehörige meist unbewusst Entscheidungen nach eigenen Präferenzen getroffen haben (Jox 2004, S. 407).

Diese Ergebnisse sollten zum Denken anregen, ob die Entscheidungen Angehöriger tatsächlich den mutmaßlichen Willen widerspiegeln und dadurch die Autonomie des Betroffenen oder der Betroffenen erhalten bleibt? Noch dazu muss betrachtet werden, inwieweit Angehörige auch frei entscheiden können, wenn sie die ihnen nahestehende Person in solch einem vulnerablen und veränderten Zustand erblicken? Wäre es nicht gerade für diese Angehörigen gar eine Entlastung, solche oft das Leben beeinflussende Entscheidungen zu treffen?

## **8.1 Patientenverfügung**

Eine Möglichkeit zur autonomen Willensäußerung im Falle einer fehlenden Einsichts- und Urteilsfähigkeit stellt die Patientenverfügung dar.

Als Patientenverfügung wird eine Willenserklärung eines Menschen in Bezug auf eine mögliche künftige und ihn selbst betreffende Krankheitssituation und die damit verbundenen Handlungen bezeichnet. Sie sind als ein Instrument zur Achtung der Patientenautonomie anzusehen. Diese tritt dann in Kraft, wenn die Entscheidungs- und Kommunikationsfähigkeit einer Person nicht mehr vorhanden ist, wie es bei einer Großzahl der dementen Menschen der Fall ist. In einer Patientenverfügung äußert sich ein nicht mehr einsichts- und urteilsfähiger Mensch im Rahmen seiner Selbstbestimmung persönlich zu Fragen medizinischer Behandlung. Somit stellt eine Patientenverfügung den Willen des Patienten oder der Patientin so gut wie möglich dar, auch wenn dieser oder diese derzeit nicht mehr in der Lage ist.

Die rechtliche Verbindlichkeit für die Handelnden war lange Zeit nicht geklärt, wurde jedoch im Patientenverfügungsgesetz von 2006 geregelt. So können Patientenverfügungen je nach Ausgestaltung für Dritte beachtlich oder verbindlich sein. Liegt eine beachtliche vor, so muss der darin formulierte Wille in die medizinische Entscheidung mit einfließen und zwar umso mehr, je näher sie an die Anforderungen einer verbindlichen herankommt. Zusätzlich können in der Verfügung nur medizinische, nicht jedoch pflegerische Maßnahmen abgelehnt werden. Zusätzlich kann eine Patientenverfügung eine Vertrauensperson beinhalten, die als Auskunftsperson über den Patientenwillen dienen kann. Zwar stellt diese eine Verbesserung des Zustandes dar, dennoch sind einige Fragen dazu noch ungeklärt und ergeben weiterhin eine Rechtsunsicherheit. Es stellen sich nämlich die Fragen, ob beispielsweise der Betroffene oder die Betroffene zum Zeitpunkt des Verfassens der Verfügung überhaupt in der Lage ist, sich in die Situation hineinzusetzen, in der

er noch gar nie war und ob der Patientenwille nicht dadurch gefährdet ist, dass zwischen der Formulierung und dem Ernstfall eine lange Zeit liegen kann (Wallner 2007, S. 253-257). Die verbindliche Patientenverfügung gilt für fünf Jahre und muss anschließend wieder erneuert werden. Gerade beim Krankheitsbild der Demenz ist aufgrund der kognitiven Einbußen eine Erneuerung der Patientenverfügung nur in seltensten Fällen möglich. Daher kommt es zu dem Problem, dass gerade in der Zeit, in der die Erkrankung ein äußerst kompliziertes Niveau erreicht hat, keine ausreichenden Anordnungen von Seiten des Betroffenen oder der Betroffenen mehr vorhanden sind. Daher ist es aber von großer Bedeutung, dass der Wille der an Demenz erkrankten Person auch beim Übergang in eine beachtliche Patientenverfügung Vorrang hat (Wiener Gebietskrankenkasse 2009, S. 148-149).

## ***8.2 Vom Patienten, von der Patientin beauftragte Person***

Auf dem Grundsatz der Patientenautonomie und dem Subsidiaritätsprinzip soll im Falle einer nicht mehr äußerungsfähigen Person am besten jemand entscheiden, der vom zuvor noch einsichts- und urteilsfähigen Menschen dafür vorgesehen wurde. In Österreich ist dieser Fall durch die Vorsorgevollmacht geregelt. Damit kann eine Vertrauensperson als zukünftige Vertreterin der eigenen Interessen vorgesehen werden. Wenn jedoch der Verdacht besteht, dass die bevollmächtigte Person nicht im Interesse des Betroffenen oder der Betroffenen handelt, sieht das Recht vor, dass die Ärzte oder Ärztinnen subsidiär tätig werden (Wallner 2007, S. 258).

Ob Entscheidungen von beauftragten Personen jedoch tatsächlich den mutmaßlichen Willen von Betroffenen widerspiegeln oder eine Entlastung der Angehörigen die bessere Möglichkeit darstellen würde, ist bereits auf Seite 36 thematisiert worden.

Grundsätzlich sollte die beauftragte Person jedoch die Wünsche der betroffenen Person berücksichtigen. Dennoch kann letztlich die Betreuerentscheidung bei dementen Menschen, die nicht mehr einsichts- und urteilsfähig sind, auch gegen den natürlichen Willen des Betroffenen oder der Betroffenen ausfallen. Jedoch wird dieser Entscheidung nur dann nachgegangen, wenn sie sich nicht gegen das Wohl des Patienten oder der Patientin richtet (Plenter 2001, S. 35-56).

## ***8.3 Ärzte und Ärztinnen***

Der Arzt oder die Ärztin ist dadurch in der Entscheidungsfindung von großer Bedeutung, da er die Verantwortung trägt, die Situation fachlich einzuschätzen. Je nach Situation kommt dem Arzt oder der Ärztin ein unterschiedliches Maß an Entscheidungsgrad zu. Beispielsweise wird im Notfall dem

Arzt oder der Ärztin eher eine alleinige Entscheidung zukommen. Gerade bei Situationen, in denen nicht klar abzuschätzen ist, inwieweit eine Person noch selbstständig urteilen kann, wie es etwa bei fortschreitender Demenz der Fall ist, ist die Entscheidung besonders herausfordernd. Rechtlich gesehen sind Ärzte und Ärztinnen verpflichtet, im Sinne des Patienten oder der Patientin zu handeln, in Hinblick auf umfassende Sorge um das Wohl des Betroffenen oder der Betroffenen und auf Achtung der Autonomie. Dahingegen ist der Arzt oder die Ärztin verpflichtet, sich so gut wie möglich nach dem mutmaßlichen Willen der Person zu erkunden, auch wenn dieser anschließend nicht den eigenen Vorstellungen entspricht (Wallner 2007, S. 259).

#### **8.4 Gericht**

Eine weitere Möglichkeit der Entscheidung bietet das Gericht. Diese Entscheidung beinhaltet die Meinung aller beteiligten Personen inklusive des Gesetzgebers. Diese Maßnahme sollten nur in Fällen angewendet werden, in denen es zuvor zu keiner einheitlichen Lösung gekommen ist, denn eine rechtliche Lösung ist relativ weit weg vom lebensweltlichen Kontext und stellt meist für alle Beteiligten eine zusätzliche Belastung dar. Trotzdem ist die gerichtliche Entscheidung ein grundlegender Teil, denn der Staat hat die Verpflichtung für die Grundrechte seiner Bürger zu sorgen (Wallner 2007, S. 259-260).

## 9 Schlussfolgerung

Die Wahrung der Autonomie von dementen Menschen, die sich in Krankheitsstadien befinden, in denen sich nicht mehr einsichts- und urteilsfähig sind, ist äußerst schwierig. Gerade in Phasen ihrer Erkrankung, in denen keine eindeutige Kommunikation mehr mit ihnen möglich ist.

Somit sollten als Entscheidungsgrundlage im Konfliktfall die Menschenwürde und der Lebensschutz dienen. Das Heranziehen des mutmaßlichen Patientenwillens, der meist durch das Heranziehen der nahen Angehörigen ermittelt wird, ist zwar eine Lösung von vielen, sollte aber mit Vorsicht betrachtet werden, da keine außenstehende Person tatsächlich beurteilen kann, wie der Patient oder die Patientin in der aktuellen Situation entscheiden würde. Vor allem ist zu beachten, dass Angehörige aufgrund der vorherrschenden Ausnahme- oder Notfallsituation in ihren Entscheidungen emotional eingeschränkt sind. Auch Lösungen über die Orientierung an Wertvorstellungen sind in der heutzutage vorliegenden pluralistischen Gesellschaft kritisch abzuwägen (Plenter 2001, S.121).

So fürchten auch Ethikkommissionen, dass das Gebot des Lebensschutzes durch das Selbstbestimmungsrecht durch zuvor abgelegte Willensäußerungen des Patienten oder der Patientin neutralisiert wird. Es kann die Unterlassung, wie etwa das Beenden der künstlichen Ernährung, ethisch nicht hingenommen werden, wenn der Tod als Folge des Unterlassens einer Handlung und nicht als Folge einer Krankheit eintritt (Bockenheimer-Lucius 2005, S. 87).

Dennoch sollte die gesamte Thematik auch etwas kritisch betrachtet werden. Zum einen werden paternalistische Strukturen stark in die Zangen der Kritik genommen, zum anderen aber wird das Vertrauen auf jeweiliges Fachwissen anderer Personen als selbstverständlich und nicht kritikwürdig angesehen. So ist in anderen Bereichen eine Delegation von Entscheidungsmacht selbstverständlich, denn welcher Passagier eines Flugzeuges würde bestreiten, dass es allein den Piloten zusteht, die Entscheidungen über Flughöhe, Route oder andere Routinetätigkeiten zu treffen? So könnte gerade der Vertrauensverlust in der Beziehung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen und den Patienten und Patientinnen verantwortlich dafür sein, dass die Betroffenen selbst entscheiden wollen und ihre Autonomie einfordern. Es lässt sich vermuten, dass durch ein stärker vorhandenes Vertrauen in die moderne Medizin das gesamte Thema der Patientenautonomie nicht so stark im Vordergrund wäre (Jox 2004, S. 406).

Prinzipiell kann gesagt werden, dass Pflegepersonen in der wohlmeinenden Absicht handeln, die ihnen anvertrauten Patienten und Patientinnen gut zu versorgen und für dieses Ziel die vorhandenen Mittel und Ressourcen effektiv einzusetzen. Doch wird von individuellen Rechten und Autonomie ausgegangen, so muss über eine bloße Betrachtung faktisch vorhandener Mittel und deren Verteilung hinausgegangen werden. In der Pflegepraxis besteht die Verpflichtung, nach alternativen

Mitteln zu suchen, bei denen die Autonomie und Individualität beibehalten werden. Die Respektierung der Individualrechte und der Patientenautonomie ist wichtige Aufgabe der professionell Pflegenden (Bobbert 2001, S. 16).

Daraus kann geschlossen werden, dass das Spannungsfeld der Autonomie und Fürsorge in der Pflege allgegenwärtig ist und immer wieder neue Problemfelder auftreten werden, dennoch aber dieses Thema nicht an Überbewertung und Überhand gewinnen soll. Grundsätzlich sollte das Vertrauen, welches die Qualität einer Beziehung ausmacht, weiterhin im Vordergrund einer Pflegeperson-Patient und Patientin-Beziehung stehen und somit die Spannung zwischen Fürsorge und Autonomie reduziert werden.

## 10 Literaturverzeichnis

Agbih S., Gerling A., Giese C., Heubel F., Hildebrandt-Wiemann H., Hofmann I., Koch Ch., Krupp U., Müller J., Rabe M., Renn H., Richte K.-O., Salomon F., Sauer T., Schmidt K.-W., Schütze L., Stöhr H.-J., Ziegler A. (2010) Essen und Trinken im Alter – mehr als Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. 1. Auflage, Cornelsen Verlag, Berlin.

Arndt M. (1997) Nicht frei zu moralischem Handeln.... Die Schwester/Der Pfleger, Heft 6/1997b, Bibliomed – Medizinische Verlagsgesellschaft, Melsungen, S.516-521.

Arndt M., Välimäki M., Leino-Kilpi H., Scott A., Dassen T., Gasull M., Lemonidou C. (2002) Autonomie, Privatsphäre und informierte Zustimmung: Ein BIOMED II-Forschungsprojekt mit Patienten und Pflegepersonen in fünf europäischen Ländern. Pflege 1, Verlag Hans Huber, Bern, S. 2-12.

Bickel H. (2005) Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch C.-W., Förstl H. (Hg.) (2005) Demenzen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, S. 1-16.

Bobbert M. (2001) Ethische Fragen in der Pflege: Säuglingsernährung auf der Frühgeborenenstation – Pflegende zwischen Fürsorge und Autonomie. Pflege 14, Verlag Hans Huber, Bern, S. 13-16.

Bobbert M. (2002) Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. Campus Verlag, Frankfurt am Main.

Bockenheimer-Lucius G. (2005) „Wachkoma“ und Ethik. Ethik in der Medizin 17, Springer Medizin Verlag, Berlin, S. 85-89.

Center for bioethics and human dignity. Edmund Pellegrino, MD. <http://cbhd.org/content/edmund-pellegrino> (29. Dezember 2011).

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Hg.) (2010) Diagnose- und Behandlungsleitlinie. Demenz. Springer Verlag, Berlin, New York.

Förstl H., Kleinschmidt C. (2011) Demenz. Diagnose und Therapie. Schattauer Verlag, Stuttgart.

Förstl H., Lang Ch. (2011) Was ist „Demenz“? In: Förstl H. (Hg) (2011) Demenzen in Theorie und Praxis. 3. Auflage, Springer Medizin Verlag, Berlin, S. 3-9.

Fratiglioni L., Launer L.J., Andersen K., Breteler M.M., Copeland J.R., Dartigues J.F., Lobo A., Martinez-Lage J., Soininen H., Hofman A. (2000) Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*. 54/11, American Academy of Neurology, S. 10-15.

Görres S., Fiesacher H. (1998) Pflegewissenschaft in Deutschland – Gegenwärtiger Stand und Entwicklungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31, Springer Verlag, Berlin, S. 157-169.

Gräbe S. (2002) Die Ökonomie der Ethik. 1. Auflage, GRIN-Verlag, Norderstedt.

Haberstroh J., Neumeyer K., Pantel J. (2011) Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende. Springer Medizin Verlag. Berlin.

Heubel F. (2010) Vom Essen und Trinken zum moralischen Alleinstellungsmerkmal der Pflege. In: AG Ethik in der Pflege (Hg.) (2010) *Pflegiothek: Essen und Trinken im Alter – mehr als Ernährung und Flüssigkeitsversorgung*. 1. Auflage, Cornelsen Verlag, Berlin, S. 26-34.

Hiemetzberger M., Messner I., Dorfmeister M. (2010) Berufsethik und Berufskunde. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe. 2. Auflage, Facultas Verlag, Wien.

Holzem Ch. (1999) Patientenautonomie. Bioethische Erkundungen über einen funktionalen Begriff der Autonomie im medizinischen Kontext. Lit-Verlag, Münster, Hamburg, London.

Horn N. (2011) Einführung in die Rechtswissenschaft und Rechtsphilosophie. 5. Auflage, Verlag C.F.Müller, Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg.

Huber M., Siegel S.A., Wächter C., Brandenburg A. (2005) Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim – Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

- Jox R.J. (2004) Bewusstlos, aber autonom? Ethische Analyse stellvertretender Entscheidungen für einwilligungsunfähige Patienten. Ethik in der Medizin. 16, Springer Medizin Verlag, Berlin, S. 401-414.
- Kastner U., Löbach R. (2007) Handbuch Demenz. Urban und Fischer Verlag, München.
- Kemetmüller E. (Hg.) (2007) Berufsethik und Berufskunde für Pflegeberufe. 4. Auflage, Maudrich Verlag, Wien.
- Kesselring A. (1996) Wofür sind Pflege-theorien gut? Krankenpflege/Soins Infirmiers 12, Hans Huber Verlag, Bern, S. 8-13.
- Körtner U.H.J. (2004) Grundkurs Pflegeethik. 1. Auflage, Facultas Verlag, Stuttgart.
- Landolt H. (2004) Rechtskunde für Gesundheits- und Pflegeberufe. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Lay R. (2004) Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für Aus-, Fort- und Weiterbildung. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Leininger M. (1998) Kulturelle Dimension menschlicher Pflege. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau.
- LexisNexis (Hg.) (2006) Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch. 33. Auflage, Orac Verlag, Wien.
- Lobo A., Launer L.J., Fratiglioni L., Andersen K., Di Carlo A., Breteler M.M., Copeland J.R., Dartigues J.F., Jagger C., Martinez-Lage J., Soininen H., Hofman A. (2000) Prevalence of dementia and major subtypes in Europe. A collaborative study of population-based cohorts. Neurology 54/11, American Academy of Neurology, S. 4-9.
- Loewy E.H. (2002) In memoriam: David Thomasma.  
[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_go2103/is\\_4\\_32/ai\\_n7168407/](http://findarticles.com/p/articles/mi_go2103/is_4_32/ai_n7168407/) (29. Dezember 2011).
- Plenter Ch. (2001) Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkoma-Patienten: Orientierungshilfen für eine Pflegeethik. Schlütersche Verlag, Hannover.

Pöltner G. (2002) Grundkurs Medizin-Ethik. 1. Auflage, Facultas Verlag, Wien.

Richter K.-O., Stöhr H.-J. (2010): „Ethik undercover“ oder Die Allgegenwart von Machtstrukturen in der Pflege. In: AG Ethik in der Pflege (Hg.) (2010) Pflegiothek: Essen und Trinken im Alter – mehr als Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. 1. Auflage, Cornelsen Verlag, Berlin, S. 114-131.

Schwerdt, R. (1998) Eine Ethik für die Altenpflege. Verlag Hans Huber, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle.

Statistik Austria (2011) Bevölkerungsprognose 2011.

[http://statistik.gv.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/demographische\\_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html](http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html) (29.Dezember 2011).

Steinkamp N., Gordijn B. (2009) Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtungen. 3. überarbeitete Auflage, Luchterhand Verlag, Neuwied.

Stoppe G. (2007) Demenz. Diagnostik – Beratung – Therapie. 2. Auflage, Ernst Reinhard Verlag, München

Vossenkuhl W. (2006) Die Möglichkeit des Guten. Ethik im 21. Jahrhundert. Verlag C.H. Beck, München.

Wallner J. (2007) Health Care zwischen Ethik und Recht. Facultas Verlag, Wien.

Wiener Gebietskrankenkasse (Hg.) (2009) Erster Österreichischer Demenzbericht. Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC. Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung. Druck durch Wiener Gebietskrankenkasse, Wien.

Wimo A., Winbald B., Aguero-Torres H., von Strauss E. (2003) The magnitude of dementia occurrence in the world. Alzheimer Disease and Associated Disorders 17, Lippincott Williams & Wilkins Verlag, Philadelphia, S. 63-67.

Wunder M. (2008) Demenz und Selbstbestimmung. Ethik in der Medizin 20, Springer Medizin Verlag, Hamburg, S. 17-25.

Ziener J. (1990) In Freiheit helfen. Zur psychologischen und theologischen Problematik der helfenden Berufe. Die Zeichen der Zeit 44, Evangelische Verlagsanstalt, Berlin, S. 6-11.