

## **Ethische Überlegungen zur Pflegeverweigerung bei Dementen**

Hausarbeit im Rahmen des Weiterbildenden Studienangebotes  
Medizinische Ethik, Modul I, Wintersemester 2005/2006  
an der  
FernUniversität Hagen, Institut für Philosophie  
bei  
Prof. Jan P. Beckmann

vorgelegt von:  
Maren Grönemann  
Dipl. Theol. und Krankenschwester

## Inhaltsverzeichnis

|        |  |    |
|--------|--|----|
| 1.     | Einleitung                                 | 3  |
| 2.     | Begriffsbestimmungen                       | 4  |
| 2.1.   | Begriffsbestimmung Pflegeverweigerung      | 4  |
| 2.2.   | Begriffsbestimmung Demenz                  | 4  |
| 3.     | Mögliche Ursachen einer Pflegeverweigerung | 5  |
| 4.     | Fallgeschichte                             | 6  |
| 4.1.   | Das Beispiel                               | 7  |
| 4.2.   | Analyse                                    | 8  |
| 4.2.1. | Schadensabwendung                          | 8  |
| 4.2.2. | Achtung der Autonomie                      | 10 |
| 4.2.3. | Respektierung der Menschenwürde            | 12 |
| 4.2.4. | Zusammenfassende Bewertung                 | 14 |
| 5.     | Schlussbemerkungen                         | 15 |
| 5.1.   | Erfahrungsaustausch und Fortbildung        | 15 |
| 5.2.   | Informationssammlung und -weitergabe       | 16 |
| 5.3.   | Rahmenbedingungen                          | 17 |
| 6.     | Literaturverzeichnis                       | 18 |

## 1. Einleitung

Der Umgang mit dementierenden Menschen ist für Pflegende oft eine große Herausforderung, die neben praktischen Problemen auch ethische Fragen aufwirft. Das Problem der Pflegeverweigerung, das ich in dieser Arbeit behandle, dürfte allen Pflegenden vertraut sein, die bei ihrer Tätigkeit mit dementen Menschen zu tun haben. So kann ich mich aus meiner Tätigkeit in einem Bonner Altenheim an eine Frau erinnern, die sich nicht waschen lassen wollte. Sie sprach selten, zeigte aber durch ihr Verhalten deutlich, dass ihr die Körperpflege unangenehm war: sie drehte sich zur Wand, schlug nach den Pflegenden oder kniff sie. Die meisten Pflegenden hatten Angst vor ihr. Sie versuchten es mit gutem Zureden - in der Regel ohne Erfolg. Gewaschen wurde sie trotzdem, wobei die Pflegenden misstrauisch nach ihren Händen sahen, um den Schlägen oder Kniffen rechtzeitig begegnen zu können, oder es kamen zwei Pflegende, von denen eine die Frau festhielt, während die andere wusch.

Ich erinnere mich auch an einen Patienten, der sich weigerte seine Strümpfe auszuziehen mit der Begründung, er habe dies schon seit Wochen nicht getan. Dieser Patient konnte zum Glück doch überzeugt werden, und es fand sich erwartungsgemäß ein ausgedehnter Fußpilz. Was aber, wenn er sich weiterhin geweigert hätte?

Überrascht hat mich angesichts der Häufigkeit von Demenzerkrankungen und der vielfältigen Schwierigkeiten in der Versorgung dementierender Menschen, dass es hierzu aus ethischer Sicht nur wenig Literatur gibt. <sup>1</sup>

---

1) herausheben möchte ich hier die Werke von S. Post: *The Moral Challenge of Alzheimer Disease*, von V. Wetzstein: *Diagnose Alzheimer: Grundlagen einer Ethik der Demenz* und den Sammelband von R. Purtillo und H. ten Have (Hrsg.): *Ethical Foundations of Palliative Care for Alzheimer Disease*, der auch grundlegende Überlegungen enthält, die für eine Ethik der Demenz

Anwendungsbezogene Beiträge beziehen sich vor allem auf Fragen der Nahrungsverweigerung, auf den Themenbereich Patiententestament / rechtliche Vertretung und ethische Probleme der Forschung an Dementen. Zu dem Thema meiner Arbeit selbst habe ich keine Literatur gefunden.

Nach einigen allgemeinen Vorbemerkungen für das bessere Verständnis der Problematik werde ich in meiner Arbeit anhand der Analyse eines Fallbeispiels aufzeigen, worin die ethischen Schwierigkeiten bei der Pflegeverweigerung dementierender Menschen liegen.

## **2. Begriffsbestimmungen**

### **2.1. Begriffsbestimmung Pflegeverweigerung**

Wenn ich in dieser Arbeit von Pflege spreche, dann meine ich jedwede Handlung, die dem Ziel dient, Gesundheit und Wohlbefinden eines anvertrauten Menschen zu fördern und Krankheiten zu verhindern.<sup>2</sup> Von Pflegeverweigerung spreche ich, wenn eine solche Handlung von den zu pflegenden Menschen durch verbale Äußerungen oder durch Gestik eindeutig abgelehnt wird.

### **2.2. Begriffsbestimmung Demenz**

Demenz ist ein "Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störungen vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von

2) vgl. International Council of Nurses (ICN): The ICN Definition of Nursing, [www.icn.ch/definition.htm](http://www.icn.ch/definition.htm).

Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet."<sup>3</sup> Es gibt unterschiedliche Ursachen für Demenzen, da diese aber für das Thema dieser Arbeit nicht relevant sind, differenziere ich nicht zwischen den verschiedenen Krankheitsbildern.

Aus sprachlichen Gründen wechsele ich zwischen den Begriffen dementierender oder dementer Mensch bzw. Dementierende oder Demente, wobei ich die Begriffe synonym verwende. Ich will mit der Bezeichnung "Demente" nicht ausdrücken, dass die Person mit der Demenz identisch ist und auf die Defizite, die sich aus der Erkrankung ergeben reduziert, werden darf.

Die in der Einleitung beschriebene Problematik tritt vor allem bei solchen Personen auf, die in der Wahrnehmung Dritter in einer anderen Wirklichkeit leben als der über die wir uns verständigen, die sich aber verbal und / oder gestisch äußern können. Dies meine ich, wenn ich von fortgeschrittener Demenz spreche.

### **3. Mögliche Ursachen einer Pflegeverweigerung**

Bei fortgeschrittener Demenz leben die Betroffenen in einer anderen Realität als die Pflegenden, so dass es häufig zu Missverständnissen kommt. Selbst- und Fremdwahrnehmung klaffen unter Umständen weit auseinander. So sehen sich Demente oft nicht als alt und krank, sondern sie erleben sich als junge Erwachsene auf dem Höhepunkt ihrer Leistungsfähigkeit. "Entsprechend fühlen sie sich noch fähig, alle Handlungen des Alltags selbst durchzuführen. Sie lehnen Hilfestellungen und Pflegeleistungen oft mit der Begründung ab, sich selbst versorgen zu können. Verweigerungsgrund können aber auch Angst und

---

3) DIMDI, ICD 10, Bd. 1 S. 320

Furcht vor der Pflegeprozedur und ein Schamgefühl sein."<sup>4</sup>

Auch Beziehungen werden umgedeutet. Pflegende können als Fremde angesprochen werden, als alte Bekannte oder als Kinder - was natürlich Einfluss darauf hat, welches Verhalten von ihnen erwartet wird. Versuchen Pflegende, Dementierende zu korrigieren, so führt das in der Regel zu Unverständnis, Verunsicherung und gelegentlich auch zu heftiger Gegenwehr. Unsere Sicht der Wirklichkeit ist diesen Menschen genau so fremd wie uns die ihre, aber sie sind nicht in der Lage, uns entgegen zukommen um eine Verständigung herbeizuführen.

#### **4. Fallgeschichte**

Ich habe in meiner Berufstätigkeit oft mit dem Thema Pflegeverweigerung zu tun gehabt. In das folgende Fallbeispiel sind diese Erfahrungen mit eingeflossen, auch wenn es die Bewohnerin A. so nie gegeben hat und die Situation ausgedacht ist. Mir ging es darum, eine typische Situation aufzuzeigen, die das Dilemma der Pflegenden offen legt. Bei der Erinnerung an eigene Erlebnisse fehlt mir die Distanz, die zu einer nüchternen Betrachtung nötig ist. Entweder schwingt das Unbehagen über eine unbefriedigende Lösung des Problems mit, oder aber die Genugtuung, dass es mir gelungen ist, die Situation zu entschärfen und zum Beispiel durch besseres Eingehen auf Patienten doch zu einer Akzeptanz der Pflegehandlung zu gelangen - womit das Beispiel im Zusammenhang dieser Arbeit nicht mehr passt.

---

4) S. Lind: Was tun bei einer Pflegeverweigerung? in: Pflege Ambulant 13 (2002) S.26

#### 4.1. Das Beispiel

Frau A., Bewohnerin eines Altenheims, hat eine fortgeschrittene Alzheimer-Demenz. In ihrer eigenen Vorstellungswelt ist sie wieder die resolute Mutter von vier Kindern, die für andere sorgt und dafür Gehorsam erwarten kann.

Pflegende spricht sie in der Regel als eines ihrer Kinder an.

Nach mehreren Stürzen ist Frau A. nur noch eingeschränkt mobil. Sie kann einige Schritte gehen, sitzt aber den größten Teil des Tages im Rollstuhl. Sie ist harn- und stuhlinkontinent. Für gewöhnlich wird ihr der Unterkörper von einer Schwester gewaschen, Gesicht und Arme kann sie mit Anleitung selber pflegen. Aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität und ihrer Inkontinenz ist die Gefahr groß, dass sie ein Druckgeschwür entwickelt. Umso wichtiger sind die regelmäßige Beobachtung und Pflege der Haut.

Als Schwester X. eines morgens Frau A.s Zimmer betritt und ihr mitteilt, dass sie ihr den Unterkörper waschen will, wird sie von ihr barsch zurückgewiesen. Auch als die Schwester mit ihr spricht und versucht sie zu beruhigen, lehnt Frau A. jede Berührung ab. Um auszuschließen, dass die Ablehnung sich gegen ihre Person richtet, holt Schwester X. eine Kollegin dazu. Als diese sich Frau A. nähert, wird sie von ihr geschlagen.

Der Geruch im Zimmer lässt darauf schließen, dass Frau A. eingenässt hat. Um eine Schädigung der Haut zu verhindern, müsste wenigstens der Intimbereich gewaschen und die Inkontinenzeinlage gewechselt werden.

Die Pflegenden entscheiden sich, die Intimpflege durchzuführen. Schwester X. wäscht, während ihre Kollegin ruhig mit Frau A. spricht. Frau A. bleibt unwillig, und als sie nach Schwester X. schlägt, hält ihr die zweite Pflegende die Hände fest.

## 4.2. Analyse

Die Frage nach dem handlungsleitenden Ziel der Pflegenden führte mich zu dem Aspekt der **Schadensabwendung**. Diesem Thema gehe ich in Abschnitt 4.2.1. nach.

**Achtung der Autonomie** und **Respektierung der Menschenwürde** sind grundsätzliche Anforderungen an den Umgang von Menschen miteinander. In meinem Beispiel müssen sich die Pflegenden auseinandersetzen mit Äußerungen einer Frau, die in ihrer Einwilligungsfähigkeit eingeschränkt ist. Daraus ergeben sich spezifische Schwierigkeiten hinsichtlich der Achtung der Autonomie. Die Respektierung der Menschenwürde ist um so eher gefährdet ist, wenn die Asymmetrie zwischen den Handlungspartnern besonders groß ist - so wie bei der Pflege dementer Menschen. Wegen der zentralen Bedeutung von Autonomie und Menschenwürde werde ich diese beiden Werte in den Abschnitten 4.2.2. und 4.2.3. behandeln.

### 4.2.1. Schadensabwendung

Wenn die Pflegenden Frau A. trotz ihrer Gegenwehr waschen, so tun sie dies vor allem mit dem Ziel, Frau A. zu helfen und eine Schädigung ihrer Haut zu verhindern. Sie wollen also Schaden von ihr abwenden, indem sie ihre Gesundheit erhalten und Krankheit verhindern, wie es den grundlegenden Aufgaben Pflegender entspricht.<sup>5</sup> Entscheiden sich die Pflegenden dazu, auf die Durchführung der Körperpflege zu verzichten, nehmen sie dagegen die gesundheitliche Gefährdung von Frau A. in Kauf. Durch die Einwirkung von Feuchtigkeit und Harnsäure kann es zu schmerzhaften Hautschädigungen kommen, und die Entstehung eines Druckgeschwürs wird begünstigt. Von J. Körtner: Grundkurs Pflegeethik S.141.

daher ist es wichtig, Inkontinenzversorgung und Intimpflege möglichst bald durchzuführen, damit Feuchtigkeit und Harnsäure nur kurz auf die Haut einwirken.

Um die Pflege durchzuführen, wenden die Pflegenden Zwang an, denn sie waschen Frau A. gegen ihren Widerstand. Wenn sie aber keinen Weg finden, Frau A.s Einverständnis zu erlangen, dann bleiben ihnen nur die beiden Optionen, Frau A. gegen ihren Willen zu waschen oder die Körperpflege zu unterlassen. Wegen der beschriebenen Folgen kann es keine zufriedenstellende Lösung sein, dass sich die Pflegenden von Frau A. zurückziehen und auf Körperpflege verzichten. Die Pflegenden müssen abwägen, wie gravierend die Folgen eines Tuns oder Unterlassens für die zu Pflegenden sind. "In specific clinical situations, the nurse should ask: Is a certain treatment causing more harm than benefit, or vice versa?"<sup>6</sup> Wenn also tatsächlich nur die Wahl besteht zwischen der Anwendung von Zwang und dem Unterlassen der Körperpflege, halte ich die Anwendung von Zwang für unumgänglich. Allerdings dürfen nur die Pflegemaßnahmen durchgeführt werden, die wirklich dem Ziel dienen, Schaden von Frau A. abzuwenden. Ich halte deshalb die Entscheidung für richtig, Intimpflege und Inkontinenzversorgung durchzuführen, auf weitere Pflegemaßnahmen aber zu verzichten.

Die Pflegenden handeln mit dem Ziel, Schaden von Frau A. abzuwenden. Aber sei wollen auch Schaden von sich selbst abwenden. Als die Bewohnerin nach Schwester X. schlägt, hält ihr die zweite Pflegenden die Hände fest, um ihre Kollegin zu schützen. Die Pflegenden verteidigen damit ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit gegen die Übergriffe der Bewohnerin. Die Wahl der Their Families, in: Purtillo aaO. S. 249.

Mittel ist dabei der Situation angemessen, denn die Pflegenden fixieren Frau A. nur in dem Maße, wie es für ihren eigenen Schutz notwendig ist. Die zweite Schwester beobachtet und beruhigt Frau A. zunächst, sie hält sie erst dann fest, als sie nach Schwester X. schlägt.

#### **4.2.2. Achtung der Autonomie**

Grundsätzlich bedürfen pflegerische Verrichtungen wie die Körperpflege der Zustimmung seitens des zu Pflegenden. Ich stimme M. Bobbert zu, die schreibt: "Handlungen der "Grundpflege" oder der versorgenden Pflege können bei aller Bedürftigkeit des Patienten potentiell zu unzulässigen Eingriffen in Leib und Psyche werden."<sup>7</sup> Pflegehandlungen an nicht einwilligungsfähigen Personen dürfen mit Verweis auf das Eigeninteresse der zu Pflegenden durchgeführt werden. Bobbert verweist aber mit Recht darauf, dass Pflegende sorgfältig abwägen müssen, denn "eine besonders große Abhängigkeit von fremder Hilfe und reduzierte Möglichkeiten des Patienten zu expliziten "informierten Zustimmungen" vergrößern die Asymmetrie zwischen Akteur und Adressat und verpflichten den Akteur, hier die Pflegenden, zu erhöhter Wachsamkeit. Solange der Adressat ... sich verbal oder nonverbal in irgendeiner Weise äußern kann, sind die autonomierelevanten Verpflichtungen der Pflegenden nicht aufgehoben."<sup>8</sup>

Aus den vielfältigen Überlegungen zu dem Thema, wie die Autonomie dementer Menschen gewahrt werden kann, will ich hier vor allem einen Aspekt hervorheben. Wer sich um angemessene Entscheidungen im Umgang mit Dementierenden bemüht, "muss sich der Herausforderung stellen und sich die Mühe machen, danach zu fragen, wie demente Menschen selbst denken,

7) M. Bobbert, Patientenautonomie und Pflege S.225

8) Ebd. S.227

fühlen, empfinden und welches Selbstverhältnis sie entwickeln."<sup>9</sup> Bei fortschreitender Demenz kann es sehr schwierig sein, diese Innenperspektive zu ergründen. In dem beschriebenen Konflikt äußert sich Frau A. selbst - wenn auch unspezifisch. Dementierende zeigen zuweilen sehr deutlich Zustimmung oder Missfallen. Ich bin der Überzeugung, dass es sich hierbei nicht um bloße Reflexe oder Krankheitszeichen handelt, sondern um Äußerungen der Person - einer Person, die durch ihre Erkrankung geformt ist. "Alzheimer disease has impacted, transformed, the person"<sup>10</sup> Es verhilft oft zu besserem Verständnis, Einstellungen und Gewohnheiten eines Dementen aus der Zeit vor der Erkrankung zu kennen, aber ich halte es für falsch, in einem Konflikt wie dem beschriebenen allein unter Berufung auf frühere Äußerungen zu entscheiden. Die Entscheidung betrifft den dementen Menschen jetzt, sie betrifft nicht denjenigen, der er einmal gewesen ist. Bedürfnisse, Interessen, Vorlieben und Gewohnheiten können sich im Lauf der Zeit geändert haben. "The fact that the patient is no longer competent to assess, weigh, and describe his own needs and interests in a clear and convincing manner, ..., does not mean that he no longer has new needs and new interests. Since the Alzheimer patient is by no means deceased, he continues to act and respond to the new conditions of his life journey and develop new interests and needs."<sup>11</sup> Wenn sich also ein dementer Mensch zu seiner Situation äußert, dann kann diese Äußerung nicht unter Berufung auf frühere Stellungnahmen einfach übergangen werden.

Dass die aktuelle Mißfallensäußerung bei der Entscheidung berücksichtigt werden muss heißt aber nicht, dass sie die Entscheidung eindeutig bestimmt. Ich gehe in meinem Beispiel nicht davon aus, dass Frau A. mit ihrer Abwehr sagt: Ich habe mir die Konsequenzen überlegt, aber ich möchte trotzdem nicht

---

9) V. Wetzstein: Diagnose Alzheimer S.190.

10) J. Welie: The Tendency of Contemporary Decision-making Strategies to Deny the Condition of Alzheimer Disease, in: R. Purtillo, H. ten Have, aaO. S.173.

11) Ebd.

gewaschen werden. In der Praxis ist es mitunter schwer zu entscheiden, wie weit die Kompetenz eines Dementierenden in einer bestimmten Situation reicht. In meinem Beispiel unterstelle ich, dass Frau A. wegen ihrer kognitiven Einbußen Informationen über die Konsequenzen ihrer Weigerung nicht verarbeiten und auch keine rationale Entscheidung hierzu treffen kann. Ihre Äußerungen müssen also anders interpretiert werden. Offensichtlich äußert sie, dass ihr etwas an ihrer Situation missfällt. Respekt vor ihren Äußerungen und damit Achtung der Autonomie heißt dann herauszufinden, was dieses Missfallen erregt - Reizüberflutung, eine bestimmte Pflegeperson, die Uhrzeit zu der die Pflege durchgeführt werden soll, die Art der Körperpflege (z.B. duschen statt waschen), mangelnde Kommunikation, die Art und Weise der Berührung? Oder geht es tatsächlich um die Tatsache der Körperpflege? Die Beantwortung dieser Frage gelingt umso eher, je besser Pflegende die ihnen Anvertrauten kennen. Hilfreich hierzu sind die genaue Beobachtung verbaler, mimischer und gestischer Äußerungen, eine gute Kenntnis der Biographie einschließlich früherer Vorlieben, Gewohnheiten, etc., das Gespräch mit Angehörigen und der Austausch mit Kollegen.

Die Pflegenden in meinem Beispiel bemühen sich nur unzureichend, die Ursachen der Mißfallensäußerungen von Frau A. herauszufinden. Die Schwester erwägt lediglich, dass Frau A. sie als Person ablehnen könnte, und sie begegnet dem, indem sie eine Kollegin hinzuzieht. Andere Ursachen für das Unbehagen der Bewohnerin kommen gar nicht in den Blick. Aus diesem Grund sehe ich hinsichtlich der Achtung der Autonomie Mängel.

#### **4.2.3. Respektierung der Menschenwürde**

Der Begriff der Menschenwürde besagt, dass jeder Mensch "einen absoluten

inneren Wert besitzt."<sup>12</sup> Da dieser Wert absolut ist, ist die Menschenwürde an keine Voraussetzungen und kann auch niemandem abgesprochen werden – z.B. aufgrund fehlender Fähigkeiten oder moralisch verwerflicher Handlungen. In asymmetrischen Beziehungen wie z.B. in der Krankenpflege folgt daraus, dass die Macht des stärkeren Handlungspartners begrenzt wird, weil aufgrund der Menschenwürde kein Mensch zum Objekt degradiert werden darf, indem er ohne seine Einwilligung zur Realisation fremder Zwecke benutzt wird. Für den Fall, dass ich nicht in der Lage bin, meinen Willen zu bilden oder ihn zu äußern, "werde ich nur dann nicht zum bloßen Objekt einer Handlung gemacht, wenn ich Zweck dieser Handlung bin, d.h. wenn sie meinem Überleben oder meinem Wohl dient."<sup>13</sup> In meinem Beispiel liegt es im Interesse von Frau A., dass weitere Krankheiten vermieden werden. Zweck der Handlung ist das Wohlbefinden von Frau A., deshalb wird sie nicht zum Objekt gemacht. Ganz anders sind Handlungsziele zu bewerten, die nicht vom Interesse der Betroffenen ausgehen, sondern zum Beispiel davon, dass hausübliche Routinen eingehalten werden, oder dass Pflegende ihre persönlichen Vorstellungen von Körperpflege durchsetzen wollen. Wenn sich Pflegende bei ihrer Arbeit von solchen Zielen leiten lassen und sich dabei über den Willen der zu Pflegenden hinwegsetzen, dann verletzen sie die Würde derjenigen, die ihnen anvertraut sind.

Eine weitere Folgerung aus der Menschenwürde ist die Forderung nach gegenseitiger Achtung aller Menschen. Dies schließt die Forderung nach respektvollem Umgang und Achtung der Intimsphäre mit ein. Gerade pflegerische Verrichtungen im Bereich der Genitalien werden leicht als unzulässige Eingriffe erlebt, die die Würde der zu Pflegenden verletzen. Von den Pflegenden ist hier zu fordern, dass ihre Kommunikation von Respekt

12) O. Höffe: Menschenwürde, in: O. Höffe (Hrsg.): Lexikon der Ethik S.169.

13) K. Braun: Die besten Gründe für eine kategorische Auffassung der Menschenwürde, in: M. Kettner (Hrsg.): Biomedizin und Menschenwürde S.89

geprägt ist, und dass sie die üblichen Maßnahmen zur Achtung der Intimsphäre einhalten, indem sie für Sichtschutz sorgen und die Bewohnerin nicht weiter entblößen als nötig. Aus der Beschreibung des Fallbeispiels lässt sich nicht entnehmen, inwieweit sie dieses tun, so dass ich die Situation unter diesem Aspekt nicht beurteilen kann.

#### **4.2.4. Zusammenfassende Bewertung**

Die Pflegenden in meinem Beispiel achten die Autonomie von Frau A. kaum, denn sie bemühen sich nur im Ansatz darum herauszufinden, was die Bewohnerin mit ihrer Abwehrreaktion ausdrücken will. Deshalb halte ich das Verhalten der beteiligten Pflegepersonen aus ethischer Sicht für falsch. Unklar bleibt allerdings, wie gut die Schwester Frau A. kennt, welche Informationen über die Bewohnerin ihr zur Verfügung stehen und wie die Rahmenbedingungen der Pflege in dem betreffenden Altenheim aussehen. Deshalb muss offen bleiben, ob die mangelhafte Achtung der Autonomie den beteiligten Pflegepersonen anzulasten ist, oder ob Mängel auf der Station oder im Heim entscheidend sind, wie z.B. mangelnde Informationsweitergabe oder hoher Zeitdruck.

Hinsichtlich des Aspekts der Schadensabwendung verhalten sich die beiden Schwestern angemessen. Wenn nur auf diese Weise Schaden Frau A. abgewendet werden kann, halte ich die Durchführung der Intimpflege und Inkontinenzversorgung auch gegen den Widerstand der Bewohnerin für richtig (vgl. Abschnitt 4.2.1.) - vorausgesetzt, dass trotz sorgfältiger Auseinandersetzung mit dem Widerstand der Bewohnerin entweder nicht herausgefunden werden kann, welches die Ursache hierfür ist, oder es nicht möglich ist, darauf einzugehen.

Der Aspekt Respektierung der Menschenwürde ist nur schwer von dem der Achtung der Autonomie zu trennen, da die Forderung nach Achtung der Autonomie ja aus der jedem Menschen zugesprochenen Menschenwürde resultiert. Ich sehe aber hinsichtlich der Respektierung der Menschenwürde keine Kritikpunkte am Verhalten der beiden Pflegenden, die über das hinausgehen, was ich zur Achtung der Autonomie geschrieben habe.

## **5. Schlussbemerkungen**

Wenn die Reflexion erst in einem Konfliktfall wie dem beschriebenen beginnt, ist es zu spät. Ich weiß, dass in einem schlecht besetzten Frühdienst Entscheidungen schnell gefällt werden müssen. Ich weiß auch, dass es manchmal kaum möglich ist herauszufinden, was sich hinter Mißfallensäußerungen eines dementierenden Menschen wirklich verbirgt. Deshalb möchte ich an dieser Stelle einige Bemerkungen anfügen zu den Voraussetzungen für einen angemessenen Umgang mit Dementierenden in der Pflege.

### **5.1. Erfahrungsaustausch und Fortbildung**

Ich wünsche mir, dass Teams, die regelmäßig mit der Pflege dementer Menschen konfrontiert, sind vielfältige Möglichkeiten erhalten, sich über ihre Erfahrungen auszutauschen und sich fortzubilden, um die Besonderheiten der Dementenpflege kennenzulernen und die eigenen Einstellungen und Gefühle bewusst zu machen. Pflege Dementierender ist anders, und das verunsichert. "Die Situation ist offen, fremd. Man überschreitet vielmehr beim Kontakt mit den

Dementen eine Grenze, die Grenze zu einer imaginären Lebenswelt. Die in der Institution geleiteten Strukturen, der Qualitätsbegriff, das, was das Handeln der Leitung und des Managements prägt, fehlt. Klassische professionelle Maßstäbe wie Hygiene, Abläufe, Material, Verrichtungen sind nichtig, routinierte Verhaltensweisen werden voller Protest abgelehnt, Grenzen werden teilweise drastisch gezogen."<sup>14</sup> Dieser Andersartigkeit müssen Pflegende sich stellen, um demente Menschen angemessen pflegen zu können.

Ein weiteres Thema für Fortbildung und Austausch sollte der Umgang mit Zwang und Gewalt sein. Beides kommt vor in der Arbeit mit dementierenden Menschen vor und lässt sich wie oben ausgeführt nicht immer vermeiden. G. Wienberg bezeichnet es als eine grundlegende Handwerksregel psychiatrischer Arbeit, hinzusehen und darüber zu sprechen. Dies lässt sich sicherlich auf andere Arbeitsbereiche übertragen, in denen mit psychisch veränderten Menschen umgegangen wird. Wienberg schreibt über diese Handwerksregel: "Nur sie kann davor schützen, entweder in bewusstlose Gewaltroutine zu verfallen oder das Problem zu individualisieren, indem jede und jeder für sich allein Gefühle von Scham und Schuld, Wut und Angst zu bewältigen versucht. Eine psychiatrische Einrichtung oder ein Team, die sich nicht immer wieder mit Fragen von Zwang und Gewalt auseinandersetzt, handelt fahrlässig und fachlich wie ethisch bedenklich."<sup>15</sup>

## **5.2. Informationssammlung und -weitergabe**

Wie ich oben bereits erwähnt habe, gelingt es um so eher herauszufinden was

---

14) K. Gröning, Institutionelle Mindestanforderungen bei der Pflege von Dementen, in: P. Tackenberg, A. Abt-Zegelin (Hrsg.): Demenz und Pflege S. 87.

15) G. Wienberg: Gewaltfreie Psychiatrie – eine Fiktion. Begriffliches und Grundsätzliches zum Thema Gewalt in der Psychiatrie, in: J. Keibel, N. Pörksen (Hrsg.): Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie S. 77.

sich hinter Äußerungen Dementer verbirgt, je besser man einen solchen Patienten / Bewohner kennt (Absatz 4.2.2). Deshalb sollten Pflegende genau beobachten und in Übergaben und in der Pflegedokumentation Beobachtungen z.B. über Abneigungen und Vorlieben weitergeben, und sie sollten den Kontakt zu Angehörigen suchen. In manchen Pflegeheimen ist es üblich, sich mit der Biographie der Bewohner auseinanderzusetzen, aber auch in kurzfristigen Pflegebeziehungen z.B. bei einem Krankenhausaufenthalt kann es sich lohnen, wichtige Ereignisse aus der Biographie zu kennen, um dadurch manche Reaktionen besser einschätzen zu können.

### **5.3. Rahmenbedingungen**

Wenn angemessene Pflege voraussetzt, dass die Persönlichkeit der zu Pflegenden angenommen wird, auch wo sie durch eine Demenzerkrankung fremd wird, dann setzt das bei den Pflegenden ein hohes Maß an Empathie voraus. Dies können Pflegende aber nur leisten, wenn sie selbst sich an ihrem Arbeitsplatz akzeptiert fühlen. Wenn sie bei ihrer Arbeit durch hohen Zeitdruck, ein Übermaß an Routinen, häufiges Einspringen infolge von Personalmangel etc. auf bloßes Funktionieren reduziert sind, können sie ihre Aufgabe nicht entsprechend wahrnehmen.

## 6. Literaturverzeichnis

Bobbert, Monika: Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts, Frankfurt / New York 2002.

Braun, Katharina: Die besten Gründe für eine kategorische Auffassung der Menschenwürde, in: Kettner, Matthias (Hrsg.): Biomedizin und Menschenwürde, Frankfurt (Main) 2004, S.81-99.

DIMDI, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.): ICD-10 . Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision Band 1, Bern 1994.

Höffe, Otfried (Hrsg.): Lexikon der Ethik, München 1977 (6.Auflage).

International Council of Nurses (ICN): The ICN Definition of Nursing, in: [www.icn.ch/definition.htm](http://www.icn.ch/definition.htm).

Kebbel, Johann, Pörksen, Niels (Hrsg.): Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie, Köln 1998 (Tagungsberichte der Aktion Psychisch Kranke Band 25).

Körtner, Ulrich H.J.: Grundkurs Pflegeethik,

Lind, Sven: Was tun bei einer Pflegeverweigerung? in: Pflegen Ambulant 13 (2002) S. 26 - 27.

Post, Steven G.: The moral challenge of Alzheimer Disease, Baltimore / London 2000 (2. Auflage).

Purtillo, Ruth, ten Have, Henk (Hrsg.): Ethical Foundations of Palliative Care for Alzheimer Disease, Baltimore 2004.

Tackenberg, Peter, Abt-Zegelin, Angelika (Hrsg.): Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung, Frankfurt (Main) 2004 (4.Auflage).

Wetzstein, Verena: Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz, Frankfurt / New York 2005 (Kultur der Medizin Band 16).