

Michael Wunder  
20. September 2017

# Ethische Fallentscheidungen in der Pflege Demenzerkrankter



# Ethisch Fallentscheidungen brauchen ethische Fallbesprechungen

**Ethische Fallbesprechung =  
Informeller oder formeller Prozess des Überlegens  
über die Moralität des Entscheidens und Handelns in einem bestimmten  
professionellen Handlungsbereich**

- Teilnahme aller Beteiligten (multiprofessionell)
- Keine Delegation an übergeordnetes Ethikkomitee
- Leitung durch Person, die nicht Teil des Teams oder der Akteure ist

Norbert Steinkamp, EthikJournal 4. Jg. (2017)

# Frage an die Ethische Fallbesprechung: Was soll ich tun?

## Phasen der ethischen Fallbesprechung

1. Formulieren des moralischen Problems
2. Inventarisierung aller medizinischen und pflegerischen Daten, Handlungsoptionen und Prognosen
3. Kontextsensible Situationsanalyse des Patienten/Klienten
4. Interpretation und Bewertung weltanschaulicher, psychosozialer, organisatorischer und rechtlicher Aspekte
5. Entscheidung, möglichst konsensual

(Im Falle von Behandlungsoptionen hat die Ethische Fallbesprechung nur beratenden Charakter, die Entscheidung trifft der Betroffene bzw. der gesetzliche Vertreter)

# Anforderungen an die Beteiligten

- **Unvoreingenommenes Nachdenken**
- **Empfänglichkeit und Aufmerksamkeit bei der Beobachtung/Befragung des Patienten/Klienten**
  - **Wahrnehmung der ganzen Person**
- **Sorgfalt und Achtsamkeit bei der Erforschung der Frage, um die es geht**
- **Kritische Selbstbesinnung auf die eigenen moralischen Werte**
- **Fähigkeit, moralische Fragen zu erkennen, zu verbalisieren und auf verantwortliche Weise mit ihnen umzugehen**

**Ergebnisse der ethischen Fallbesprechung sind nicht absolut, sie sind nur „annehmbar“, „vorläufig richtig“ und korrigierbar.**

# Zentrale Themen:

**Achtung der Selbstbestimmung**

**demenzsensible Kommunikation**

**Voraussetzungen**

**Wissen Haltung**

**Strukturen**

# Stichwort Selbstbestimmung

**Eine Äußerung oder Entscheidung ist selbstbestimmt und willentlich, wenn...**

- Alternativen erkannt und verstanden werden („**anders können**“) und die Auswahl frei von äußerer Einflussnahme und innerem Zwang geschieht
  
- die Auswahl auf Grund von Überlegungen geschieht („**Gründe haben**“), die folgende Kompetenzen voraussetzen:
  - Abwägungsfähigkeit
  - Orientierung an Werten (zumindest Vorteil/Nachteil) und
    - Folgenabschätzung
  
- Bewusstsein der eigenen Urheberschaft („**Ich bin es**“), Zurechenbarkeit der gewählten Handlungsweise

# Grundsatz

**Menschen mit Demenz haben auf jeder Stufe ihrer Entwicklung eine zwar abnehmende, aber stets beachtenswerte **Selbstbestimmungsfähigkeit** und können zum Ausdruck bringen, was für ihre Lebensqualität wichtig ist.**

## Folgen für den Umgang mit Demenzbetroffenen

Phase 1 der Demenz: Patienten können grundsätzlich den Sinn der Behandlung verstehen und pflegerischen wie medizinischen Maßnahmen zustimmen oder ablehnen. Sie brauchen eine wohlwollenden Atmosphäre und genügend Zeit, auf Grund von Konzentrationsstörungen und Aufmerksamkeitsschwankungen Unterstützung.

### assisted decision making

Phase 2 der Demenz: Patienten können über sichtbare oder leicht vorstellbare lebensweltlich zugängliche Dinge (Essen, Pflegemaßnahmen, Tagesablauf) entscheiden. Entscheidungen über Behandlungen können unter Beteiligung und Mitwirkung des Patienten gemeinsam mit den Professionellen und dem gesetzlichen Vertreter erarbeitet werden.

### shared decision making

Phase 3 der Demenz: Patienten können über unmittelbar erfahrbare lebensweltliche Faktoren (Raumgestaltung, Licht, Wärme, Musik) meist non verbal entscheiden. Entscheidungen über Behandlungen trifft der gesetzlichen Vertreter, wobei er frühere Willensäußerungen, den mutmaßlichen Willen und die aktuelle Lebenssituation (Lebensfreude, Lebenswille, geringste Abwehr) zu beachten hat.

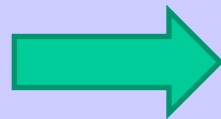
### substituted decision making



# Stichwort Haltung

Menschen mit Demenz bedürfen einer

**demenzsensiblen Kommunikation,  
für die eine Haltung der Sorge Voraussetzung ist**



**Care-Haltung**

# Care

## Tugenden des Care -Givers

Aufmerksamkeit (*attentiveness*)  
Verantwortlichkeit (*responsibility*)  
Kompetenz (*competence*) und  
Empfänglichkeit (*responsiveness*)

## Care-Haltung statt paternalistischer Fürsorge

- mitmenschliche Zuwendung, Anteilnahme
- Ermutigung (zur jeweils noch möglichen Selbstbestimmung), womit dem Patienten Sicherheit und Vertrauen zu sich selbst gegeben wird
- Anleitung (zu jeweils noch möglichen Aktivitäten des täglichen Lebens) und
  - Ersetzende Versorgung, nur soweit dies absolut erforderlich ist.

# Grundsätze der Kommunikationsgestaltung

## **Respekt**

Demenzbetroffene Patienten leiden oft darunter, dass ihnen nicht respektvoll begegnet wird

## **Leichte Sprache**

Verwenden Sie eine leichte Sprache, keine Kindersprache mit Einwortsätzen und Verniedlichungen

## **Nutzung non-verbaler Kommunikationswege**

Demenzbetroffene sind gerade vor dem Hintergrund ihrer nachlassenden kognitiven Fähigkeiten, Sprache zu verstehen, auf das Verstehen von Botschaften über andere Kanäle (Stimmlage, Mimik, Gestik, Körperhaltung, räumliche Nähe/Distanz des Kommunikationspartners) angewiesen

## **Zeit geben**

Demenzbetroffene sind oft verlangsamt, sowohl bezüglich ihrer eigenen Handlungen, wie auch bezüglich ihrer Wahrnehmung und Verarbeitung von Informationen.

## **Vermeidung schwer verständlicher Situationen, Handlungen oder verbaler Mitteilungen**

Demenzbetroffene haben eine herabgesetzte Fähigkeit, komplexe Wahrnehmungen zu sortieren und Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden

# Typische Problembereiche

Zu Hause oder Heim

PEG Ja oder Nein

Fortführung oder Unterlassung/Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen

Beachtlichkeit einer Patientenverfügung

## Fall 1: Zu Hause oder Heim

Annemarie F.

75 Jahre, früher Verkäuferin, zwei Kinder aus erster Ehe, lebt mit zweiten Ehemann in einer Erdgeschosswohnung

Ist in dritter Demenzphase: vollständig desorientiert,

(schwerster geistiger Abbau, Situations- und Personenverkenntung, Phasen von Apathie und Unruhe, geht dann in der Wohnung umher und uriniert überall, spricht manchmal einzelne Worte, gestörter Tag-Nach-Rhythmus, zunehmende Gebrechlichkeit/Gehstörungen)

Frau F. wollte auch nie ins Heim („Ich will zu Hause sterben“), Ehemann will sie deshalb nicht ins Heim bringen, hat das Sorgerecht, ist nach Urteil des Pflegedienstes aber überfordert, kann keine Nacht durchschlafen, bindet sie oft ans Bett, sorgt nicht für ausreichend Flüssigkeit

### Ethische Beratung:

1. Formulieren des moralischen Problems

Kann eine Heimaufnahme gegen den früher klar geäußerten Willen durchgeführt werden, um die Pflegesituation zu verbessern und den Ehemann zu entlasten?

2. Inventarisierung aller medizinischen und pflegerischen Daten, Handlungsoptionen und Prognosen

3. Kontextsensible Situationsanalyse des Patienten/Klienten

4. Interpretation und Bewertung weltanschaulicher, psychosozialer, organisatorischer und rechtlicher Aspekte

5. Entscheidung

## Fall 2: PEG Ja oder Nein

Klaus W.

78 Jahre, früher Lehrer, kinderlos, Ehefrau viele Jahre verstorben, Ist in erster Demenzphase: zunehmende Vergesslichkeit, ist in der eigenen Wohnung aber noch orientiert, kann nicht mehr herausgehen, was er auch unterlässt (Angst, nicht zurückzufinden), wachsende Unselbstständigkeit im Alltag, Apathie und Rückzug, weigert sich, ein vom Psychiater empfohlenes Antidepressivum zu nehmen, nimmt deutlich zu wenig Nahrung und Flüssigkeit auf, klagt, dass ihm davon schlecht würde (körperliche Untersuchung o.B.), war mehrfach wegen Unterernährung und Austrocknungsgefahr im Krankenhaus

### Ethische Beratung:

#### 1. Formulieren des moralischen Problems

Kann die Nahrungsverweigerung als eine suizidale Entscheidung zum Sterbefasten bewertet werden und ist diese vor dem Hintergrund der Verweigerung der Depressionsbehandlung zu unterstützen?

#### 2. Inventarisierung aller medizinischen und pflegerischen Daten, Handlungsoptionen und Prognosen

#### 3. Kontextsensible Situationsanalyse des Patienten/Klienten

#### 4. Interpretation und Bewertung weltanschaulicher, psychosozialer, organisatorischer und rechtlicher Aspekte

#### 5. Entscheidung

## Fall 3:

# Fortführung oder Unterlassung/Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen

Erna S.

67 Jahre, früher Verwaltungsangestellte, eine Tochter, lebt mit Ehemann in einer Mietwohnung. Ist in Endphase einer Mamakarzinom-Erkrankung, in palliativer Behandlung, Schmerzpumpe und PEG, bettlägerig, wird intensiv von einem palliativen Pflegedienst betreut, verweigert Flüssigkeit vom Löffel.

Ist in zweiter Demenzphase: hochgradige Vergesslichkeit, desorientiert, Person- und Situationsverkennungen, hoch agitiert, schreit regelmäßig. Nachbarn beschwerten sich, Ehemann baut ab.

Aktuell: Pat. hat durch das Liegen jetzt eine Lungenentzündung bekommen. Tochter hat die Betreuung und will – in Übereinstimmung mit der Hausärztin – keine Antibiose mehr und gleichzeitig die PEG ausschleichen.

Es gibt keine PV, Tochter bezieht sich auf den mutmaßlichen Willen der Mutter („wollte noch nicht mal künstlich ernährt werden“), will aber die Meinung des Pflegeteams hören.

### Ethische Beratung:

1. Formulieren des moralischen Problems  
Reichen die situativen Faktoren (Ehemann überfordert) und der Krankheitsverlauf für eine Behandlungszieländerung aus, für die es nur einen bisher unbeachteten mutmaßlichen Willen gibt?

2. Inventarisierung aller medizinischen und pflegerischen Daten, Handlungsoptionen und Prognosen
3. Kontextsensible Situationsanalyse des Patienten/Klienten
4. Interpretation und Bewertung weltanschaulicher, psychosozialer, organisatorischer und rechtlicher Aspekte
5. Entscheidung

## Fall 4: Beachtlichkeit einer Patientenverfügung

M. N.

Lebt seit einigen Wochen nach einem Schlaganfall im Pflegeheim (zweite Demenzphase, Halbseitenlähmung, Verlust der Sprache).

Bruder ist Bevollmächtigter in Gesundheitsentscheidungen. Sie hatte ihm gesagt, sie wollte keine künstliche Ernährung für den Fall, dass sie tödlich erkrankt sei. Das Heim befolgte die Anweisungen des Bruders und gab ihr 14 Tage nichts zu essen. Überraschend bat Pat. aber dann um Essen.

### Ethische Beratung:

1. Formulieren des moralischen Problems

Hat die frühere Willensbildung bindende Wirkung oder kann der aktuelle Wille diese widerrufen?

2. Inventarisierung aller medizinischen und pflegerischen Daten, Handlungsoptionen und Prognosen

3. Kontextsensible Situationsanalyse des Patienten/Klienten

4. Interpretation und Bewertung weltanschaulicher, psychosozialer, organisatorischer und rechtlicher Aspekte

5. Entscheidung



# Nachwirkung einer früheren Willensäußerung

## Position A:

Der in einer Patientenverfügung festgelegte Wille hat bindende Wirkung für einen späteren Zeitpunkt der Demenzerkrankung, auch wenn der aktuelle Wille dem entgegensteht.

## Begründung:

**Der Wille, der bei voller Entscheidungsfähigkeit geäußert worden ist, ist der späteren, nur noch situativ oder intuitiv zustande kommenden Präferenzentscheidung überlegen.**

(Nur die ursprüngliche, voll ausgeprägte Persönlichkeit hatte ausreichende Kompetenz, die spätere Persönlichkeit nur noch Teilkompetenzen)

# Nachwirkung einer früheren Willensäußerung

## Position B:

Ein in einer Patientenverfügung festgelegter Wille hat Rechtsbeachtlichkeit, muss aber in der Anwendungssituation jeweils mit der aktuellen Willensbekundung und der Wohlbestimmung des Patienten abgewogen werden.

## Begründung:

**Der aktuell geäußerte Wille ist dem früher geäußerten Willen überlegen. Es ist ein und dieselbe Persönlichkeit, die sich mit den ihr jeweils zur Verfügung stehenden Kompetenzen äußert .**

**Die Würde der Person konstituiert sich in der jeweiligen Selbstaktualisierung mittels der jeweils vorhandenen Kompetenzen.**

## Fall 4: Beachtlichkeit einer Patientenverfügung

### Fall der Marjorie Nighbert, 1995 , Florida

Gericht entschied, dass Marjorie Nighbert nicht in der Lage sei, die Bevollmächtigung endgültig zu widerrufen.

Die letzten 10 Tage vor ihrem Tod wurde sie in ihrem Bett fixiert, um sie daran zu hindern, die Essenstabletts anderer Patienten zu plündern

# Ethische Fallbesprechung erfordert

- Unvoreingenommenes Nachdenken
- Empfänglichkeit und Aufmerksamkeit bei der Beobachtung/Befragung des Patienten/Klienten
  - Wahrnehmung der ganzen Person
- Sorgfalt und Achtsamkeit bei der Erforschung der Frage, um die es geht
  - Kritische Selbstbesinnung auf die eigenen moralischen Werte
- Fähigkeit, moralische Fragen zu erkennen, zu verbalisieren und auf verantwortliche Weise mit ihnen umzugehen

**In allen vier Fällen geht es um die Genauigkeit der Wahrnehmung des individuellen Falles, um die Respektierung der Selbstbestimmung der Person, aber auch um die Erfassung der gesamten psychosozialen Situation.**

# Wo stehen wir in 5 Jahren?



Peter Gay und Thomas Klie, Demensch Kalender 2015

**ENDE**

Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit

Menschen sind unser Leben.

afsterdorf

berätungszenrum  
afsterdorf