

Am deutlichsten ist die Aufwertung auch mit der seit längerem zu beobachtenden Abfolge wechselnder Benennungen von »Lebensorten für die älteste Generation« zu belegen. Was früher allgemein »Altersheim« genannt wurde, hieß eines Tages »Altenheim«, sogar »Altenzentrum«, bis dann fast explosionsartig aufwertende Namen aufkamen, die nicht unbedingt, aber vielfach eben doch mit der Verbesserung der entsprechenden Wohn- und Pflegebedingungen, gewiss aber auch mit der Anhebung der Mietforderungen in diesen Einrichtungen zusammenhängen: Einige nannten sich nun »Altersruhesitz«, andere »Seniorenheim«, gar »Seniorenstift« oder »Seniorenresidenz.« Der sprachlichen Kreativität scheint auf diesem Sektor kaum eine Grenze gesetzt zu sein. Der Anteil von Vermarktungsstrategien an diesen Aufwertungen kann kaum zweifelhaft sein.

Respektvoll: »Senioren« in allen Variationen

Immerhin greifen Bezeichnungen wie »Seniorenheim«, »Seniorenstift« oder »Seniorenresidenz«, die vielen kommunalen und kirchlichen »Seniorenkreise«, andernorts auch die »Seniorenuniversitäten«, die derzeit unschlagbar scheinende Benennung Älterer als »Senioren« auf. Sogar ein noch in den Anfängen steckendes »Seniorenmarketing«, das die gegenüber dem Etat Jugendlicher lange Zeit unterschätzte Kaufkraft der älteren Generation werblich nutzen möchte, bestätigt die hohe Geltung dieses Wortes.

Mir ist bisher noch kein ernst zu nehmender Zweifel daran begegnet, dass sich ältere Menschen mit der Bezeichnung »Senioren« angemessen angesprochen fühlen, so dass man weiterhin unterstellen kann, sie würden sich selbst auch

annehmen. Eine verlässliche empirische Studie fehlt indes noch. Und selbstverständlich sind Wandlungen im Wortgebrauch auch in diesem Fall auf Dauer nicht ganz auszuschließen. Aber die Reputation dieses Wortes wird wohl noch eine ganze Weile davon zehren können, dass »Senior« auch in anderen Zusammenhängen Respektspersonen bezeichnet, in erster Linie natürlich den »Senior-Chef« einer Firma. Damit schlägt der Wortgebrauch auch einen historischen Bogen zurück zum lateinischen »senior«, der in alten Zeiten auf Deutsch zu Recht mit »Herr« wiedergegeben wurde. ♦

Der Autor

Prof. Dr. Horst Dieter Schlosser, 70, lehrte von 1972 bis 2002 Geschichte und Soziolinguistik der deutschen Sprache an der Universität Frankfurt; sein besonderes Forschungsinteresse gilt nach wie vor der deutschen Gegenwartssprache. Der Philologe ist Initiator und Sprecher der sprachkritischen Aktion »Unwort des Jahres.«

Wer bestimmt das »Wohl« eines Heimbewohners?

Entscheidungen in Grenzfällen – Ethik-Komitees fördern Abwägungsprozesse



Auszeit: Gesprächsforen schaffen abseits der Alltagshektik Raum, Probleme gemeinsam zu diskutieren und Entscheidungen auch unter ethischen Aspekten begründet treffen zu können.

Das Altenpflegeheim ist für die Heimbewohner einerseits ihr Zuhause, andererseits wird es aber von vielen alten Menschen als der erzwungene Daueraufenthalt bis zum Lebensende empfunden. Dies ruft in den Beziehungen zwischen

Heimbewohnern, ihren Angehörigen und den Pflegenden oftmals Spannungen hervor, die das zentrale Recht der Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch das zentrale Anliegen der Pflegenden tangieren: die Erhaltung und Förderung der

Selbstbestimmtheit des alten Menschen. Viele der betroffenen Heimbewohner sind vor allem aufgrund von Demenzerkrankungen unterschiedlicher Genese nicht mehr einwilligungsfähig. Dennoch äußern sie durch Gestik und Mimik in



Austausch im Team: Die Pflicht zur Fürsorglichkeit und das Selbstbestimmungsrecht der alten Menschen müssen oft gegeneinander abgewogen werden.

recht differenzierter Weise ihre Freude, ihre Vorlieben, ihre Ängste und ihren Unwillen. So zeigen sie oftmals, ob sie einer therapeutischen oder pflegerischen Maßnahme zustimmen oder sie ablehnen. Diese außerordentlich schwer zu interpretierenden Willensäußerungen sind zweifellos eine erhebliche Herausforderung, die nur in Kooperation aller Beteiligten gelöst werden kann.

Beispiele: Alltagskonflikte in Altenpflegeheimen

Die Konflikte des Alltags sind vielfältig, die Entscheidungen schwierig. Hier einige typische Beispiele: Ein Heimbewohner verweigert bei den Pflegenden beharrlich die Nahrungsaufnahme, er will nicht essen und auch nicht trinken. Alle Bemühungen der Pflegenden scheitern an seiner heftigen Abwehr. Die Angehörigen und nicht zuletzt der behandelnde Arzt erwarten aber unnachgiebig, dass die Pflegekräfte dafür sorgen, dass der alte Mann genug Essen und Flüssigkeit zu sich nimmt. Er schluckt auch die Flüssigkeit, die der Arzt ihm reicht, wehrt sich aber kurz danach wieder gegen die Pflegenden mit den Worten »Lasst mich in Ruhe!«

Eine Heimbewohnerin fragt ihren Arzt immer wieder beharrlich, wann sie endlich nach Hause gehen könne. Die alte Dame hatte früher sehr zurückgezogen gelebt, und in der Zeit vor der Heimaufnahme fiel dem Hausarzt eine zunehmende Verwahrlosung auf. Er hatte den Eindruck, sie könne sich nicht

mehr in adäquater Weise um ihre Belange kümmern und veranlasste eine Betreuung und Heimaufnahme. Die gesetzliche, vorübergehend erforderliche Betreuung ist aber vor kurzem beendet worden. Der Hausarzt beschwichtigt und vertröstet die Heimbewohnerin immer wieder auf die Zukunft. Er und die Pflegenden wissen jedoch, dass die Wohnung inzwischen weitervermietet wurde.

Eine andere Heimbewohnerin verweigert die Einnahme ihrer Medikamente. Ihre Tochter besteht jedoch darauf, dass die Pflegenden dafür verantwortlich seien und die Medikamente notfalls heimlich unter das Essen mischen müssten. Die Weigerung der Pflegenden führt zu zermürbenden Gesprächen und zu heftigen Vorwürfen vonseiten der Tochter gegenüber dem Altenpflegeheim.

Schließlich kommt es auch immer wieder vor, dass ein alter

Mensch erkennen lässt, dass er nicht zum wiederholten Male in ein Krankenhaus eingewiesen werden möchte, dass auch die Pflegenden dies für eine falsche Entscheidung halten, dass selbst der herbeigerufene Notarzt Zweifel hegt, dass aber die Angehörigen auf der Noteinweisung ins Krankenhaus bestehen.

Auf dem schmalen Grat zwischen Fürsorge und Zwang

Wie ist nun in derartigen Fällen das Wohl des Patienten zu erfassen, und wer bestimmt es? Welche Möglichkeiten zur Selbstbestimmtheit werden den alten Menschen verweigert, wo verläuft der schmale und hochproblematische Grat zwischen Fürsorglichkeit und Zwang? Wer rechtfertigt, dass der Entscheidungs- und Handlungsspielraum der Bewohnerinnen und Bewohner beschränkt wird? Wie sehen die Rechte und Pflichten der Pflegenden aus? Welche Rolle spielen die Angehörigen mit ihren vielfältigen Gefühlen, die oftmals handlungsleitend werden? Zumeist setzen sich diejenigen durch, die den stärksten Willen entwickeln, und der Wille des betroffenen alten Menschen bleibt unberücksichtigt. Für die Pflegenden bleiben die Fragen unbeantwortet im Raum stehen und führen zu großen Skrupeln, Gewissensnöten, Hilflosigkeit und dem Gefühl, zu alledem ständig gegen das erworbene professionelle Wissen handeln zu müssen. Im schlimmsten Falle führt es zu Aggressionen und Gewaltanwendung gegenüber dem Schwächsten, nämlich dem alten Menschen.

Liest man die Hochglanz-Broschüren der Altenpflegeheime, so



gehört zu den gängigen Leitbildern, dass es das Ziel der Einrichtung ist, die Autonomie der alten Menschen zu fördern und ihre Möglichkeiten zu selbstbestimmten Entscheidungen zu stärken. Doch in der Alltagsroutine eines Pflegeheims, nicht zuletzt aufgrund der bedrückend knappen Zeitressourcen, ist dies eine beständige ethische Herausforderung. Zudem können die Bemühungen der Pflegenden an Grenzen stoßen, wenn die Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit des betroffenen Bewohners nur schwer einzuschätzen ist, und die Pflegenden nun ihre Pflicht zur Fürsorglichkeit für den alten Menschen abwägen müssen gegen dessen Selbstbestimmungsrecht. Solche Erfahrungen wecken häufig den Wunsch nach einem Gesprächsforum, um Probleme gemeinsam zu diskutieren und Entscheidungen auf diese Weise auch unter ethischen Aspekten begründet treffen zu können.

Das wurde uns auch bei einer Studie deutlich, die wir in einem interdisziplinären Forschungsteam zu dem Problem der Psychopharmaka-Verordnung im Altenpflegeheim durchführten. An dieser 2004 bis 2005 erfolgten und von der BHF-Bank-Stiftung geförderten Untersuchung¹⁷ im Franziska Schervier Altenpflegeheim arbeiteten Wissenschaftler des Senckenbergischen Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin mit der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und dem Institut für Europäische Gesundheitsforschung und Sozialwissenschaft der Universität Frankfurt zusammen. In der Diskussion über die Untersuchungsergebnisse wurde deutlich, dass es ein Forum geben müsse, in

dem Heimleitung, Pflegenden sowie involvierte Ärzte und Vormundschaftsrichter sich regelmäßig treffen sollten, um die Reflexion und Kommunikation ethischer Probleme zu verbessern.^{12/} Daraus entwickelte sich ein ebenfalls von der BHF-Bank-Stiftung finanziertes Nachfolgeprojekt: Etablierung einer Ethik-Beratung und -Fortbildung in den beiden Frankfurter Einrichtungen der Franziska Schervier Altenhilfe.

Im September 2006 wurde dort ein Ethik-Komitee gegründet, dem neben der Heimleitung und der Pflegedienstleitung fünf Pflegenden unterschiedlicher beruflicher Spezialisierung, eine Theologin, ein Mitarbeiter aus den Bereichen Sozialarbeit und Psychologie, eine Ärztin und ein Vormundschaftsrichter, angehören und das von mir und der Ethikberaterin Renate Dansou organisiert und wissenschaftlich begleitet wird. Unser Ziel ist es, nach Abschluss dieses Pilotprojekts mittelfristig ein Netzwerk regionaler Ethikberatung für Einrichtungen der Langzeitpflege in Frankfurt zu knüpfen und Fort- und Weiterbildung zu diesen Themen anzubieten. Dazu wollen und können wir auf die gute Kooperation im Forum Altenpflege der Stadt Frankfurt zurückgreifen.

Ethik-Komitees entwickeln Leitlinien, diskutieren aktuelle Probleme und bieten Fortbildung

Die Institution eines Ethik-Komitees ist in Deutschland noch recht jung. Vor allem konfessionelle Krankenhäuser waren in den 1990er Jahren Vorreiter der Entwicklung und haben durch Selbstverpflichtung dafür Sorge getragen,

dass Ethik-Beratung und Fortbildung zu ethischen Fragen in vielen dieser Einrichtungen gewährleistet ist. Inzwischen entstehen auch in den Universitätskliniken Klinische Ethik-Komitees. Anders als in den USA, wo sich bereits in den 1980er Jahren Ethik-Beratung in »Nursing Homes for Elderly« entwickelte, gibt es in Deutschland in Altenpflegeheimen zwar im Rahmen einer Palliativ- und Hospizkultur auch Ethikberatung, aber keine in gleicher Weise fest institutionalisierten Ethik-Komitees für ethische Alltagsprobleme. Ethikberatung im Altenpflegeheim dient grundsätzlich der Beratung bei ethischen Problemen und Konflikten im Einzelfall, der Entwicklung von ethischen Leitlinien und der Koordination von Fort- und Weiterbildung zu ethischen Themen.

Die Vielfalt der Berufsgruppen sowie die notwendige Einbeziehung der Angehörigen eines Heimbewohners in schwierige oder strittige Entscheidungen erfordert eine interdisziplinäre Zusammensetzung eines Ethik-Komitees. Auf diese Weise können alle Beteiligten Verständnis und Respekt für Entscheidungsgründe und Werte anderer entwickeln. Das Gremium trifft sich monatlich, dabei stehen derzeit ebenso grundsätzliche Fragen an, wie etwa der Umgang mit einer Patientenverfügung und das Problem des mutmaßlichen Willens, als auch aktuelle Fallbesprechungen aufgrund problematischer oder kontroverser Entscheidungssituationen, ähnlich wie sie in den eingangs genannten Beispielen schon beschrieben wurden.

Zur Arbeit in einem Ethik-Komitee gehört auch der Erwerb grund-

Pflegealltag:
Knappe Zeitressourcen.





Gesprächsbedarf: Kommunikation im Alltag.

sächlich um eine ethische Frage? Worin besteht der Konflikt, wie lautet das ethische Problem? Wer sind die relevanten Beteiligten, und welche Werte sind tangiert, was wissen wir über die Weltanschauung des betroffenen Heimbewohners? Welche Handlungsoptionen gibt es?

Ethik-Beratung und ihre Grenzen

Wenn wir den konkreten Fall des Heimbewohners betrachten, der Essen und Trinken verweigert, so müssen zunächst pflegerische

ne Fürsorge – sind zu berücksichtigen? Welche professionellen und welche moralischen Pflichten empfinden die Pflegenden?

Wichtig ist es, dass alle Beteiligten ihre eigenen Wertvorstellungen angemessen in die Beratung einbringen können. Macht- und Hierarchiegefälle, Kommunikationsbarrieren und Probleme der interprofessionellen Zusammenarbeit können die Aufarbeitung sehr erschweren. Grundsätzlich hat Ethik-Beratung aber auch Grenzen: Sie gibt keine Handlungsanweisungen.



sätzlicher Kenntnisse. So müssen der Unterschied zwischen Ethik – Moral – Weltanschauung und Religion geklärt, Überschneidungen und Unterschiede von Ethik und Recht herausgearbeitet sowie Begründungsansätze in der Ethik dargestellt und diskutiert werden. Bei Fallberatungen kommt es darauf an, verschiedene Aspekte gemeinsam zu erarbeiten: Handelt es sich bei dem vorgestellten Problem tat-

Aspekte erfragt werden. Könnte es medizinische oder pflegerische Gründe geben, die ihn am Essen und Trinken hindern: beispielsweise Erkrankungen des Mund- und Rachenraums, aber auch Trauer, Depression und Einsamkeit oder schlicht falsch gewählte Speisen? Ist der Heimbewohner selbstbestimmt in seiner Verweigerung? Was bedeutet Autonomie im Alter? Sie kann als ein »Auf-Sich-Selbst-Zurückgeworfen-Sein« erlebt werden, und Geborgenheit kann dann auch mit unerwünschter Abhängigkeit verbunden sein. Welche Perspektive nimmt der Betroffene ein? Damit steht die Frage im Mittelpunkt, wo die Grenzen der Verpflichtung zur Ernährung und Flüssigkeitsgabe bei einem alten Menschen liegen. Muss immer ernährt werden? Ist eine Nahrungszufuhr gegen den Willen des Heimbewohners ethisch zu rechtfertigen? Was veranlasst die Angehörigen und zudem den betreuenden Hausarzt, die Pflegenden zu Zwangsmaßnahmen verpflichten zu wollen? Welche Werte – Fürsorgepflicht, Gebot des Nicht-Schaden-Dürfens – und Gefühle – Angst, der alte Mensch könne »verhungern«, Gewissensnot, überzoge-

Ihre Aufgabe ist es, Wege und Denkmodelle zur Entscheidungsfindung aufzuzeigen, auf bedeutende Werte und Wertkonflikte hinzuweisen und Empfehlungen auszusprechen. Oftmals wird es auch erforderlich sein, in einer zweiten Beratung den betroffenen Heimbewohner und/oder die Angehörigen einzubeziehen, um eine für alle tragfähige Entscheidung herbeizuführen.

Die einzelnen Schritte auf dem Weg zu einem gut arbeitenden Ethik-Komitee sind mit viel Engagement und konzentriertem Einsatz verbunden. Derzeit erarbeiten wir einen Leitfaden zur Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit eines alten Menschen in den typischen Alltagssituationen wie Waschen, Essen, Medikamenteneinnahme, Spazierengehen. Noch gibt es keine derartigen Empfehlungen, die die spezifische Situation des Altenpflegeheims berücksichtigen. Ziel muss es sein, die Pflegekräfte in die Lage zu versetzen, auch dann, wenn sie sich in einem moralischen Dilemma befinden, handeln und entscheiden zu können und dabei den Willen des älteren Menschen, auch wenn er ihn nicht mehr entsprechend artikulieren kann, zu respektieren. ♦

Anmerkungen

^{1/1} Pantel J., Bockenheimer-Lucius G., Ebsen I., Müller R., Hustedt P., Diehm A. (2006), Psychopharmakaversorgung im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Studie unter Berücksichtigung medizinischer, ethischer und juristischer Aspekte, Frankfurter Schriften zur Gesundheitspolitik und zum Gesundheitsrecht, Band 3, Peter Lang, Frankfurt am Main; dort findet sich weiterführende Literatur.

^{1/2} Dannenmann M., Damit Psychopillen nicht zur Routine werden – Psychopharmaka im Altenpflegeheim, Wissenschaftsmagazin Forschung Frankfurt 1/2006.

Die Autorin

Dr. Gisela Bockenheimer-Lucius, 61, ist approbierte Ärztin und als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin tätig. Sie ist zudem Geschäftsführerin des Klinischen Ethik-Komitees des Klinikums und Fachbereichs der Johann Wolfgang Goethe-Universität und koordinierende Schriftleiterin der Zeitschrift »Ethik in der Medizin.« Sie hat zu ethischen Problemen des Lebensanfangs publiziert und derzeit vor allem zur Diskussion um die Patientenverfügung.