

ETHISCHE PERSPEKTIVEN

IN DER MEDIZINISCHEN UND THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG IN
ALTERS- UND PFLEGEHEIMEN



IMPRESSUM

Herausgeber

CURAVIVA Schweiz
Fachbereich Alter
Zieglerstrasse 53
Postfach 1003
3000 Bern 14

Telefon 031 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Autor: Dr. Heinz Rügger MAE, Theologe/Ethiker/Gerontologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter
am Institut Neumünster

Copyright Titelbild: Martin Glauser, www.martinglauser.ch

Layout: CURAVIVA Schweiz

Ausgabe: Herbst 2015

Aus Gründen der Verständlichkeit kann es vorkommen, dass im Text nur die männliche oder die weibliche Form gewählt wird.
Es sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

Inhaltsverzeichnis

1. Abstract	4
2. Grundvoraussetzungen medizinisch-pflegerischen Handelns	4
3. Prinzip der Patientenautonomie	4
4. Fürsorgeprinzip	5
5. Gerechtigkeitsprinzip	6
6. Palliative Care	6
7. Entscheidungsverfahren	6
8. Dokumentation und Verschwiegenheitspflicht	6
9. Einbezug ethischer Fachkompetenz	7
10. Empfehlungen	
Anhang	

1. Abstract

Weil hochaltrige Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeheimen eine besonders verletzte und von fremder Hilfe abhängige Personengruppe darstellen, ist eine sensible Wahrnehmung ethischer Aspekte in der Pflege und Betreuung in Heimen besonders wichtig. Zentrales Prinzip ist dabei die Patientenautonomie. Diese gilt auch in Situationen fehlender Urteilsfähigkeit: In diesem Fall ist das sorgfältige Eruiieren des mutmasslichen Willens der betroffenen Person zentral. Verzicht auf Leidensverlängerung durch Übertherapie sowie ein differenzierter Einsatz von Optionen Passiver Sterbehilfe (Verzicht auf lebensverlängernde Interventionen) sind wesentliche ethische Anliegen. Die Letztentscheidung über die durchzuführende Behandlung liegt nicht bei der zuständigen Ärztin, sondern bei der betroffenen Person selbst oder im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit bei der vertretungsberechtigten Person gemäss der in Art. 378 (+ 381) ZGB festgehaltenen Kaskade. Als Teil ihrer Qualitätssicherung ist es Aufgabe von Alters- und Pflegeheimen, an einer Kultur differenzierter ethischer Entscheidungsfindung zu arbeiten.

2. Grundvoraussetzungen medizinisch-pflegerischen Handelns

Soll in Alters- und Pflegeheimen eine angemessene Versorgung in den Bereichen Medizin, Pflege und Betreuung sichergestellt werden, bedarf es dazu neben einer adäquaten Infrastruktur und fachlich gut ausgebildetem Personal auch einer Kultur des menschlichen Umgangs, die im Respekt vor der unverlierbaren Würde jedes Menschen, und sei er noch so multimorbid, dement, persönlichkeitsverändert und in seinem Verhalten herausfordernd, gründet. Eine solche Kultur orientiert sich an der einzigartigen Persönlichkeit, am autonomen Willen und an den Bedürfnissen des Heimbewohners.

Als Grundvoraussetzung gilt in Anlehnung an die vier biomedizinisch-ethischen Prinzipien von T. L. Beauchamp & J. F. Childress: Jede Heimbewohnerin soll im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen diejenige medizinisch-pflegerische und betreuende Unterstützung erhalten,

- die ihre Lebensqualität optimal fördert (Fürsorgeprinzip in seiner doppelten Gestalt als Nonmalefizenz- und als Benefizienzprinzip: nicht schaden/Gutes tun),
- der sie zustimmen kann (Autonomieprinzip im Sinne der informierten Zustimmung)
- und die jeder anderen Person in der gleichen Situation ebenfalls zustehen würde (Gerechtigkeits- oder Nichtdiskriminierungsprinzip).

Weil hochaltrige Bewohnerinnen von Alters- und Pflegeheimen eine besonders verletzte und von fremder Hilfe abhängige Personengruppe darstellen, ist eine besonders sensible, selbstkritische Wahrnehmung ethischer Aspekte in der Praxis von Pflege und Betreuung besonders wichtig.

3. Prinzip der Patientenautonomie

Medizinisch-pflegerische Versorgung in Heimen richtet sich nach dem Prinzip der Patientenautonomie. Das heisst: Die Behandlung eines urteilsfähigen Bewohners ist nur ethisch verantwortbar und rechtlich zulässig, wenn sie mit dessen Zustimmung erfolgt. Grundsätzlich darf jede medizinische Intervention abgelehnt werden. Eingefordert werden kann jedoch im Sinne der Patientenautonomie nur, was medizinisch indiziert ist und den Regeln der medizinischen und pflegerischen Kunst entspricht.

Der Anspruch auf Respekt vor der Selbstbestimmung jedes Menschen ist normativ, also an keine empirischen Bedingungen geknüpft, und gilt auch dann, wenn jemand nicht mehr fähig ist, selbst für sich zu entscheiden. In einem solchen Fall von Urteilsunfähigkeit gilt der mutmassliche Wille einer Heimbewohnerin als verbindlicher Orientierungsmassstab für die medizinische Versorgung. Er ist in einem sorgfältigen Verfahren unter Einbezug aller relevanten Bezugspersonen und unter Berücksichtigung auch averbaler Kommunikationssignale der betroffenen Person selbst zu eruieren.

Angesichts der zunehmenden Zahl hochaltriger, urteilsunfähiger Heimbewohner ist das sorgfältige Eruieren des mutmasslichen Willens der betroffenen Personen eine besondere Herausforderung. Dabei spielt das Instrument einer Patientenverfügung eine wesentliche Rolle (vgl. Art. 370-373 ZGB). Solche Vorausverfügungen sind verbindlich,

- sofern sie in urteilsfähigem Zustand und ohne äusseren Zwang erstellt wurden,
- nichts einfordern, was gesetzlich verboten oder medizinisch nicht indiziert ist,
- keine Indizien dafür vorliegen, dass die betroffene Person ihren Willen nach Abfassung der Verfügung wieder geändert hat.

4. Fürsorgeprinzip

Medizinisch-pflegerische Behandlung und Betreuung in Heimen orientiert sich am Wohl und an der Lebensqualität der Bewohner: was ihnen schadet, soll nach Möglichkeit vermieden, was ihnen dient, getan werden. Dabei sind zuweilen im Blick auf konkrete Interventionen Nutzen-Schaden-Abwägungen vorzunehmen. Es können sich auch Dilemma-Situationen ergeben, in denen unterschiedliche ethische Ansprüche in Spannung zueinander stehen, etwa der Anspruch einer Bewohnerin auf Freiheit einerseits, auf Sicherheit andererseits. In solchen Situationen ist eine sorgfältige Güterabwägung zwischen den verschiedenen Ansprüchen durchzuführen, ohne die Spannung einseitig zugunsten des einen Wertepols aufzulösen.

Fürsorge (Care) geht von einem mehrdimensionalen Menschenbild aus, weil Lebensqualität immer gleichzeitig von unterschiedlichen Faktoren abhängt: somatischen, psychischen, kognitiven, sozialen, spirituellen, kulturellen. Welchen Faktoren in einer bestimmten Situation welches Gewicht zukommt, bestimmt der Heimbewohner selbst. Es gilt immer: Fürsorge richtet

sich an den Bedürfnissen und Prioritäten der betroffenen Person aus und orientiert sich dementsprechend am Prinzip der Patientenautonomie.

Dies gilt es insbesondere in den vielen Situationen zu beachten, in denen bei hochaltrigen Bewohnerinnen der Einsatz von oder der Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen zur Diskussion steht.

Grundsätzlich darf eine urteilsfähige Bewohnerin jede Behandlung ablehnen. An Grenzen stösst dieses Prinzip bei urteilsunfähigen Personen, die durch ihr Verhalten sich selbst oder Drittpersonen ernsthaft gefährden oder in einer Hausgemeinschaft zu einer schwerwiegenden Zumutung für andere Personen werden. Hier können Heime zum Beispiel Einschränkungen der Bewegungsfreiheit verfügen (vgl. Art. 383-385 ZGB). Im Falle von psychischer Störung, geistiger Behinderung oder schwerer Verwahrlosung kann auch eine fürsorgerische Unterbringung (Art. 426-429 ZGB) auf ärztliche Anordnung hin angezeigt sein.

5. Gerechtigkeitsprinzip

Menschen in Alters- und Pflegeheimen haben prinzipiell den gleichen Anspruch auf angemessene medizinisch-pflegerische Versorgung wie andere Patientengruppen. Rationierung medizinisch indizierter Leistungen allein aus Altersgründen wäre diskriminierend und ist deshalb nicht zulässig. Eine Demenzdiagnose ist an sich noch kein Argument gegen den Einsatz von lebensverlängernden Massnahmen.

6. Palliative Care

Allerdings spielt der Palliative Care-Ansatz in Alters- und Pflegeheimen eine zentrale Rolle, der Symptomkontrolle und Förderung der Lebensqualität bis zuletzt ins Zentrum stellt, nicht Therapie und Lebensverlängerung. Palliative Care bejaht die Endlichkeit des Lebens und setzt sich für ein möglichst friedliches Sterben von Heimbewohnern ein. Dazu gehört eine Kultur des offenen Kommunizierens über mögliche Wege des Sterbens, ein Verzicht auf Leidensverlängerung durch Übertherapie sowie ein differenzierter Einsatz von Optionen Passiver Sterbehilfe (Verzicht auf lebensverlängernde Interventionen).

Palliative Care fördert die Selbstbestimmung von Heimbewohnerinnen auch im Blick auf ihr Sterben (Autonomieprinzip) und gewährleistet eine individuelle Sterbebegleitung (Fürsorgeprinzip) als Ausdruck des Respekts vor der unverlierbaren Würde jedes Menschen auch in seiner terminalen Phase.

7. Entscheidungsverfahren

Zu einer qualitativ hochstehenden medizinisch-pflegerischen Versorgung in Heimen gehört, dass anstehende Entscheidungen unter Berücksichtigung der genannten ethischen Gesichtspunkte rechtzeitig, vorausschauend und interdisziplinär unter Einbezug der Betroffenen diskutiert werden. Die Letztentscheidung über die durchzuführende Behandlung liegt nicht bei der zuständigen Ärztin, sondern bei der betroffenen Person selbst oder im Fall ihrer Urteilsunfähigkeit bei der vertretungsberechtigten Person gemäss der in Art. 378 (+ 381) ZGB festgehaltenen Kaskade.

8. Dokumentation und Verschwiegenheitspflicht

Zu einer ethisch verantwortlichen Kultur des Umgangs mit Heimbewohnerinnen gehört:

- der Respekt vor dem Anspruch jeder Person auf Privatheit
- ein diskreter, an heute gängigen Standards des Datenschutzes orientierter Umgang mit
- Personendaten,
- das Ernstnehmen der beruflichen Verschwiegenheitspflicht und
- das sorgfältige Dokumentieren des medizinisch-pflegerischen Handelns sowie von Willensäusserungen der betroffenen Person, um getroffene Entscheidungen auch im Nachhinein nachvollziehbar und kontrollierbar zu machen.

9. Einbezug ethischer Fachkompetenz

Ethik ist zwar eine eigene fachliche Disziplin, ihr Einbezug in die Praxis medizinisch-pflegerischer Versorgung in Alters- und Pflegeheimen kann aber nicht an spezialisierte, professionelle Ethikerinnen delegiert werden. Vielmehr gehören grundlegende ethische Kenntnisse und Kompetenzen zur Professionalität aller in Pflege und Betreuung involvierter Berufe. Es ist Aufgabe der Leitung einer Institution, sicherzustellen, dass ethische Kompetenz in ausreichendem Mass unter den Mitarbeitenden vorhanden ist und in der Praxis zum Tragen kommt. Das kann dadurch erreicht werden, dass regelmässig Ethik-Schulungen für die Mitarbeitenden durchgeführt werden, dass einzelne Mitarbeitende Ethik-Zusatzausbildungen absolvieren oder dass professionelle Ethikerinnen von aussen konsiliarisch, zur Moderation von interdisziplinären Entscheidungsprozessen (sog. runden Tischen) oder zur Leitung von Ethik-Kommissionen beigezogen werden.

10. Empfehlungen

- Als Teil ihrer Qualitätssicherung arbeiten Alters- und Pflegeheime an einer Kultur differenzierter ethischer Entscheidungsfindung. Diese gilt insbesondere im Blick auf Dilemma-Situationen, die eine sorgfältige Güterabwägung zwischen unterschiedlichen ethischen Prinzipien nötig machen.
- Die Heimleitung stellt sicher, dass ethische Kompetenz unter den Mitarbeitenden in ausreichendem Mass vorhanden ist oder durch Experten von aussen einbezogen werden kann.
- Es wird immer wieder selbstkritisch überprüft, ob die medizinisch-pflegerische Versorgung sich tatsächlich nach dem Willen des Heimbewohners richtet. Im Falle seiner Urteilsunfähigkeit wird sein mutmasslicher Wille eruiert und als verbindlich betrachtet. Es muss immer klar sein, wer als vertretungsberechtigte Person im Sinne von Art. 378 ZGB gilt.
- Sowohl Über- als auch Unterversorgung im Blick auf das medizinisch Indizierte und von der betroffenen Person Gewünschte widersprechen den ethischen Prinzipien der Selbstbestimmung, der Fürsorge sowie der Gerechtigkeit und sind deshalb zu vermeiden.

Anhang

Berufsethische Grundlagen-Dokumente, die den Hintergrund obiger Perspektiven bilden: Medizin-ethische Richtlinien der SAMW

- Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen (2004/2012)
- Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende (2004/2012)
- Palliative Care (2006/2012)
- Patientenverfügungen (2009/2012)
- SBK-Dokumente zu ethischen Fragen
- Ethische Standpunkte 2: „Verantwortung und Pflegequalität“ (2007)
- Ethik und Pflegepraxis (2013)

Weitere Literatur

- RISTO Karl-Heinz (2012), Was sollen wir tun? Ethik in der Altenpflege. Hannover: Vincentz
- Ethische Entscheidungsfindung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege. Eine Handreichung für alle Interessierten (2015). Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie SGG SSG
- BOCKENHEIMER-LUCIUS Gisela/DANSOU Renate/SAUER Timo (2012), Ethikkomitee im Altenpflegeheim. Theoretische Grundlagen und praktische Konzeption (Kultur der Medizin, Bd. 31). Frankfurt: Campus
- HEINEMANN Wolfgang (2010), Ethikberatung in der stationären Altenhilfe. Organisierte Verantwortung für ein Altern in Würde, in: W. Heinemann/G. Maio (Hg.), Ethik in Strukturen bringen. Freiburg: Herder, 159-199

Mai 2015