

# Ethikberatung und Ethik-Komitee im Altenpflegeheim (EKA)

## Herausforderung und Chance für eine ethische Entscheidungskultur\*

### Einleitung

In Deutschland sind Ethikberatung und Ethik-Komitee zwar noch recht jung [vgl. 11], jedoch sind in den letzten Jahren an Krankenhäusern und Universitätskliniken zahlreiche derartige Institutionen entstanden [vgl. 3]. Zum Begriff einer „klinischen Einrichtung“ gehören aber auch Mischformen wie Altenpflegeheime, ambulante Altenpflegeeinrichtungen und Tagesheime [12]. Einrichtungen der stationären wie der ambulanten Altenhilfe sind Institutionen mit moralischen Verpflichtungen, und eine Vielzahl drängender Probleme ruft das Bedürfnis nach ethischer Hilfestellung in Dilemma-Situationen hervor. Neben gravierenden Schwierigkeiten bei Behandlungs- und Betreuungsaufgaben am Lebensende (etwa die Frage nach der Beendigung künstlicher Ernährung über eine Sonde oder nach Behandlungsbegrenzungen bei schwerwiegendem geistigem Abbau mit Bewusstlosigkeit und Kommunikationsunfähigkeit) und Fragen zu Zwangsmaßnahmen sind es aber vor allem typische Alltagskonflikte, die moralische Probleme aufwerfen. Die Möglichkeit, derartige Konflikte in einem Ethik-Komitee unter ethischen Aspekten analysieren und diskutieren zu können, stärkt das Vertrauen der Mitarbeiter in die eigenen Fähigkeiten zur ethischen Entscheidungsfindung.

\* Diesen Beitrag widme ich in herzlicher Dankbarkeit meinem Mann, Stephan Bockenheimer, zum 65. Geburtstag. Ohne seine engagierte und treue Unterstützung in Rat und Tat wäre meine Arbeit über viele Jahre hinweg für die Zeitschrift nicht möglich gewesen.

In den USA begann die Entwicklung von Ethikberatung in Nursing Homes for Elderly bereits Ende der 1970er/Anfang der 1980er Jahre parallel zur Etablierung Klinischer-Ethikkomitees in den Krankenhäusern<sup>1</sup> (u.a. [5, 20]; ausführlich dazu [9]). In Deutschland gibt es in Altenpflegeheimen zwar im Rahmen einer Palliativ- und Hospizkultur zunehmend Ethikberatung, aber in gleicher Weise fest institutionalisierte Ethik-Komitees für ethische Alltagsprobleme sind gerade erst im Entstehen.<sup>2</sup> Jedoch muss man einschränkend

<sup>1</sup> Eines der ersten Komitees wurde am Hebrew Home of Greater Washington in Rockville, Maryland 1978 gegründet [9].

<sup>2</sup> Als Modellprojekt (gefördert von der BHF-Bank-Stiftung Frankfurt am Main) wurde im September 2006 in einem Altenpflegeheim der Stadt Frankfurt am Main ein Ethik-Komitee gegründet, dem neben der Heimleitung und der Pflegedienstleitung fünf Pflegenden unterschiedlicher beruflicher Spezialisierung, eine Theologin (Seelsorgerin), ein Mitarbeiter aus den Bereichen Sozialarbeit und Psychologie, eine Ärztin, ein Vormundschaftsrichter und die Projektleiterinnen (Medizin- und Pflegeethik) angehören. Nach Abschluss dieses Pilotprojekts soll im Jahre 2008 ein verband- und trägerübergreifendes Netzwerk regionaler Ethikberatung mit regelmäßigen Angeboten zu Fort- und Weiterbildung für Einrichtungen der Langzeitpflege in Frankfurt entstehen. Eine derartige Vernetzung ist in einem Großraum wie der Stadt Frankfurt am Main eine sinnvolle Konzentration der Ressourcen. Vorbereitende Gesprächskreise und Fortbildungsangebote haben bereits Bedarf sowie hohes Interesse und Offenheit erkennen lassen. Die MTG Malteser Trägergesellschaft hat für die Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland ein trägerweites Ethik-Komitee eingerichtet. Ebenso wurde im November 2007 ein einrichtungsübergreifendes Ethik-Komitee für die Altenheime der Marienhaus GmbH gegründet. Weitere Komitees in Heimen konfessioneller Träger sind im Entstehen.

feststellen, dass Ethik-Komitees in Altenpflegeheimen auch in den USA noch recht selten vorhanden sind (vgl. aus jüngster Zeit [8]).

Begrenzte finanzielle wie personelle Ressourcen haben dazu geführt, dass in den USA „Joint Committees“ entstanden sind, wobei der Zusammenschluss entweder auf lokaler Ebene, auf leitbild- und wertegebundener Ebene oder auf trägerbezogener Ebene zustande kam (vgl. dazu ausführlich [9, S. 49 ff.]). Das New Jersey Office for the Ombudsman for the Institutionalized Elderly in Trenton, N.J., hat beispielsweise seit 1998 in Zusammenarbeit mit dem Stein Ethics Network des Cooper Health System in Camden, N.J., für Einrichtungen der Langzeitpflege und Altenpflege das New Jersey Long-Term Care Ethics Network entwickelt und organisiert [13, 20]. Dieses Netzwerk umfasst 15 regional einggerichtete Ethik-Komitees mit in Ethik ausgebildeten Mitgliedern. Es steht für jedes der 365 Nursing Homes zur Verfügung, wenn ethisch schwierige Probleme für Heimbewohner oder Familienangehörige auftauchen.<sup>3</sup> In den Listen zu den wichtigsten ethischen Fragestellungen, die oftmals heftigen Kontroversen entspringen und üblicherweise in einem Ethik-Komitee beraten werden [20], handelt es sich um Probleme wie:

- Kardio-pulmonale Wiederbelebung nach Herzstillstand
- Einsatz oder Verzicht auf künstliche Beatmung

- Einsatz oder Verzicht auf künstliche Ernährung mit einer nasogastralen Sonde oder per PEG-Sonde
- Antibioticabehandlung oder Formen einer aggressiven Therapie bei einem Atemwegs- oder Harnwegsinfekt
- Fragen zu therapeutischen Maßnahmen, die als sinnlos einzustufen sind.

Erwähnt wird jedoch auch der Einsatz physischer oder chemischer Zwangsmaßnahmen.

Damit tauchen implizit ethische Fragen der seit einigen Jahren kritisch diskutierten Psychopharmakatherapie im Altenpflegeheim auf, die an dieser Stelle beispielhaft betrachtet werden sollen.

### **Das Ethik-Komitee im Altenpflegeheim (EKA)**

Die Wahrnehmung ethischer Grundsatzfragen oder Konflikte und das Ziel der Etablierung von Ethikberatung und/oder eines Ethik-Komitees im Altenpflegeheim sind durch die spezifischen Merkmale der Einrichtung vorgegeben und unterscheiden sich folglich grundlegend von derartigen Aufgaben und Einrichtungen in einem Klinikum. Bevor also ein Problemfeld, nämlich das der Psychopharmakagabe, näher untersucht werden soll, müssen diese Charakteristika in einem ersten Schritt dargelegt werden.

#### **Das Altenpflegeheim**

Anders als das Akutkrankenhaus ist das Altenpflegeheim ein auf Dauer angelegter Aufenthaltsort [9, S. 10–11].

Zudem kommen zahlreiche Heimbewohner nach einem Krankenhausaufenthalt ins Heim, und oftmals treten dort subakute Krankheitszustände auf, so dass das Altenpflegeheim folglich eine Zwitterstellung zwischen einem Ort der Geborgenheit und des Zuhauses und einem Ort zur Versorgung in Vollzeitpflege einnimmt.

Ein weiteres herausstechendes Merkmal des Pflegeheims ist das Leben auf sehr be-

<sup>3</sup> Ethik-Beratung durch Komitees muss durch Trainingsprogramme in Pflegeethik ergänzt werden. Das Programm des New Jersey Stein Ethics Education and Development Project (NJ SEED) gibt drei Ziele vor: Systematisches Training für die Mitglieder regionaler Ethik-Komitees in Einrichtungen der Langzeitpflege in ethischer Theorie wie in Methodik der Fallberatung, Verstärkte Anstrengungen und Training für ein moralisch gutes Klima in den Institutionen und Verbesserung der Pflegequalität durch Trainingsangebote an Angehörige und Pflegekräfte zur besseren Entscheidungs- und Handlungsbefähigung in moralischen Dilemma-Situationen [20]; vgl. dazu auch die Eckpunkte für ein Curriculum Ethikberatung – Ethik-Komitee in Einrichtungen der stationären Altenhilfe (EKA) in diesem Heft.

grenztem, engem Raum. Ein großer Teil des „Privatlebens“ spielt sich im öffentlichen Raum ab. Die Areale des gemeinsamen Lebens sind zudem oftmals sehr laut, da die Einschränkungen des Hörvermögens der alten Menschen zur erheblichen Lautstärke der Kommunikation beitragen. Außerdem gehören lautes, manchmal stundenlanges Rufen und Schreien dementer Menschen zum Alltag des Pflegeheims.

In vieler Hinsicht müssen die Tagesabläufe auf Funktionalität hin angelegt sein, und Routine, die durch die Bedürfnisse *der Gemeinschaft* vorgegeben ist, bestimmt den Alltag.

Entscheidend ist bei alledem, dass diese Einschränkungen und Zwänge nicht von vorübergehender Natur sind. Im Akutkrankenhaus dienen Einschränkungen in erster Linie dem medizinischen Erfolg und der Wiederherstellung der Gesundheit. Im Altenpflegeheim dagegen sind sie täglich geforderte und unvermeidbare Begleiterscheinung der notwendigen Rücksichtnahme auf die jeweils anderen.

Diese Rücksichtnahme ist auch ganz anderer Natur als das Miteinander in einer Familie. Ein Altenpflegeheim ist auch bei bester Betreuung keine Familie. Beobachtung und Verhaltenskontrolle sind ganz anderer Art als in einem Familienverband. Hinzukommen deutliche Machtstrukturen und ein Machtgefälle.

Viele Heimbewohner sind aufgrund der medizinischen und sozialen Bedingungen der Pflegebedürftigkeit unvermeidbar, aber letztlich gegen ihren Willen oder zumindest ungerne und resigniert, im Altenpflegeheim untergebracht. Damit befinden sich diese alten Menschen in einer besonders eklatanten Abhängigkeit, die sie sich nicht selbst gewählt haben: „Für Versorgung, Pflege, medizinische Behandlung, Aktivitäten, Kontakte – kurz in allem, was ihnen ein menschenwürdiges Leben ermöglicht, sind diese Menschen auf die Einrichtung angewiesen, in der sie leben. Eine derart extreme Kumulierung von Abhängigkeiten wird man schwerlich anderswo in unserer Gesellschaft finden“ [4, S. 12].

Um seiner Aufgabe, den individuellen Bedürfnissen, erst recht aber den individuellen pflegerischen Erfordernissen gerecht zu werden, kommt hinzu, dass ein Altenpflegeheim die Bewohner möglichst gut kennenlernen und die bekannten Daten auch dokumentieren muss. Das Heim verfügt unvermeidbar und auch unter professionellen wie rechtlichen Vorgaben gefordert, über eine Fülle von dokumentierten medizinischen Daten sowie persönlichen, intimen Informationen.

Das Altenpflegeheim ist – auch in der gesellschaftlichen Wahrnehmung – gleichermaßen „Heimstatt“ wie „Endstation“, Ort der Geborgenheit und Entlastung für gebrechliche Menschen, Ort der Rettung aus einer drohenden Vereinsamung und Isolation im alten Umfeld, aber auch Ort der Einsamkeit chronisch kranker und kognitiv eingeschränkter Menschen [8, S. 10–11]. Ethische Reflexion und Bewertung erfordern daher in ganz besonderer Weise Kontextsensitivität.

### Die Bewohnerinnen und Bewohner

Für viele Bewohner eines Altenpflegeheims gilt, dass sie mehr oder weniger unfreiwillig in das Heim einziehen und damit die eigene Wohnung und die unabhängige Lebensgestaltung aufgeben müssen. Viele erleben dies als einen Zwang, der tiefe Depression oder Resignation und Perspektivlosigkeit hervorruft. Allerdings darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass durchaus viele Heimbewohner die Betreuung rund um die Uhr, die Sorglosigkeit im alltäglichen Ablauf, die Entlastung von allen organisatorischen Fragen und die regelmäßigen Angebote zur Strukturierung des Alltags und zur Unterhaltung sehr positiv erleben. Oftmals zeigt sich hier deutlich die Vielfalt der individuellen Konstitutionen und Verarbeitungsmechanismen (vgl. ausführlich [14]).

Der Umzug in ein Pflegeheim ist nicht selten mit einem Ortswechsel verbunden, der den Wechsel des Hausarztes nach sich

Gisela Bockenheimer-Lucius

### **Ethikberatung und Ethik-Komitee im Altenpflegeheim (EKA) – Herausforderung und Chance für eine ethische Entscheidungskultur**

#### **Zusammenfassung**

Die Komplexität ethischer Fragen und Alltagskonflikte in Einrichtungen der stationären Altenpflege verlangen Gesprächsforen für Ethikberatung und Fortbildung zur ethischen Entscheidungsfindung. Noch ist in Deutschland die Einrichtung von Ethikkomitees in Altenpflegeheimen in den Anfängen. Es kommt nun vorrangig darauf an, bei der Institutionalisierung die spezifischen strukturellen und personellen Bedingungen eines Altenpflegeheims zu berücksichtigen, um zum Wohle aller Betroffenen mit

der erforderlichen Kontextsensitivität zu einer verbesserten ethischen Entscheidungskultur beizutragen. Wesentliche Merkmale eines Altenpflegeheims werden dargestellt und anhand der Psychopharmakaversorgung einige typische ethische Probleme diskutiert.

#### **Schlüsselwörter**

Altenpflegeheim · stationäre Altenpflege · Heimbewohner · Ethikberatung · Ethik-Komitee · Psychopharmakaverordnung

### **Ethics committee in a long-term care facility – a challenge and a chance for an ethical decision-making culture**

#### **Abstract**

*Definition of the problem* The complexities of ethical issues and everyday conflicts in long-term care facilities ask for a forum of discussion and the establishment of ethics consultation and ethics committees to facilitate sound ethical decision-making, provide the staff with confidence in their ethical decisions and develop continuing educational programs in medical and nursing ethics. *Arguments* In Germany the institutionalisation of ethics consultation and ethics committees in nursing homes is still in its beginnings. It is important now to start with an understanding of the specific characteristics and internal

structures of a nursing home as a key component of long-term care facilities. Sensibility for the context of the complex organisation of a nursing home is needed to realize ethics consultations to the benefit of all concerned. *Conclusion* Characteristics of a nursing home are illustrated, and with regard to psychotropic medication some typical ethical problems are discussed.

#### **Key words**

ethics counselling · ethics committee · nursing home · long-term care facilities · nursing home resident · psychotropic medication

ziehen muss. Dies reißt den alten Menschen nicht nur aus der vertrauten Beziehung zu seinem bisherigen Arzt heraus, sondern verlangt von ihm einen erheblichen Vertrauensvorschuss beim Aufbau einer unvermeidbar notwendigen neuen Arzt-Patienten-Beziehung.

Aber auch die jahrzehntelang bewährten freundschaftlichen oder nachbarschaftlichen Netze können auf diese Weise zerrissen und Besuche unmöglich gemacht werden. Umso mehr sind Heimbewohner auf Zuwendung und Kommunikation angewiesen.

Die Gruppe der alten Menschen ist sowohl in körperlicher und gesundheitlicher Hinsicht als auch bezüglich ihrer Lebensvorstellungen, Lebensentwürfe und Wertentscheidungen ebenso heterogen wie andere soziale Gruppen. Allerdings ist ein hoher Anteil der Heimbewohner in seinen sensorischen, funktionellen und kognitiven Fähigkeiten erheblich eingeschränkt. Viele Heimbewohner sind vor allem aufgrund von Demenzerkrankungen unterschiedlicher Genese nicht mehr einwilligungsfähig. Dennoch äußern sie durch Gestik und Mimik in recht differenzierter Weise ihre Freude, ihre Vorlieben, ihre Ängste und ihren Unwillen. Damit zeigen sie aber oftmals auch ihre Einwilligung in eine therapeutische oder pflegerische Maßnahme oder ihre (manchmal heftige) Ablehnung. Diese außerordentlich schwer zu interpretierenden Willensäußerungen sind eine erhebliche Herausforderung für alle, die für den betroffenen Menschen entscheiden und handeln müssen. Es besteht aber Konsens, dass ein derartiger „natürlicher Wille“ – unabhängig von allen damit verbundenen Interpretationsproblemen – nicht einfach ignoriert werden darf: „Mit dem Verlust der sprachlichen Fähigkeiten geht der Person mit Demenz auch ihre Autonomie verloren, verstanden im wörtlichen Sinn als die Ausübung der Kompetenz, ‚für sich zu sprechen‘. Im fortgeschrittenen Demenzprozess bleibt der Person die Autonomie des Augenblicks: Ihre aktuellen Gefühle, Wünsche, Sinnesein-

drücke, Impulse aus der Umgebung, die Begegnung mit anderen Menschen (oder mit Tieren) bleiben in Reichweite“ [17, S. 61].

Heimbewohnerinnen und -bewohner übergeben einen Teil ihrer Selbstbestimmtheit in die Hände der Angehörigen und Pflegenden. Für die Pflegenden ist es von zentraler Bedeutung, die Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen vor allem für einfache Alltagsverrichtungen richtig einschätzen zu können. Wie grundlegend wichtig der Respekt vor der Autonomie und Selbstbestimmtheit des alten Menschen ist, belegt ein Hinweis im Handbook for Nursing Home Ethics: „One assumption ethics committees ought to begin with is that people have decision-making capacity until proven otherwise ([9], S. 208).

Schließlich darf nicht vergessen werden, dass Heimbewohner u. U. über eine lange Zeit hinweg im Heimleben zugleich Familienleben mit den eigenen Angehörigen erleben wollen. Ihre Lebensgeschichte ist in der Regel mit intensiven familiären Beziehungen verbunden.

### Die Angehörigen

So wie die Heimbewohner sind auch ihre Familien oftmals viele Jahre lang Partner, Miterlebende und Mitentscheidende im Alltag des Altenpflegeheims [8, S. 12]. Die Unterstützung der Pflegenden durch ihre Kenntnis des Lebenswegs, der Vorlieben, Interessen und Werte eines Bewohners dient dem Wohl des Betroffenen außerordentlich. Dies gilt für alles Erleben und alle Verrichtungen, die den Alltag des Heimbewohners prägen. Vor allem jedoch mit Blick auf Entscheidungen am Lebensende und die Notwendigkeit, den Willen eines Nichteinwilligungsfähigen redlich zu mutmaßen oder seine Vorausverfügung angemessen umzusetzen, sind die Angehörigen die wichtigsten Bezugspersonen, um im Altenpflegeheim ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Es soll allerdings auch nicht verhohlen werden, dass gerade mit den Angehörigen

oftmals sehr belastende Konflikte entstehen. Die legitimen Interessen des Bewohners können nur zu leicht von den Interessen und Wünschen seiner Angehörigen überrollt werden. Auch bei besonderer Fürsorglichkeit, Zuwendung und Liebe der Angehörigen droht die Gefahr, dass berechnete Interessen des Heimbewohners an Selbstbestimmtheit, missachtet werden.

### Die Pflegenden

Misstände in Altenpflegeheimen setzen in erster Linie die Pflegenden immer wieder herber Kritik aus. Ungeachtet möglicher nicht zu rechtfertigender moralischer Fehlhaltungen gegenüber den zu pflegenden alten Menschen, muss immer wieder darauf hingewiesen werden, dass die Pflegenden unter einem erheblichen Zeitdruck und quälenden Belastungen arbeiten müssen. Für sie ist es im Besonderen hilfreich, die eigene Werthaltung im pflegerischen Alltag reflektieren und diskutieren zu können. Die von allen gewünschte moralische Integrität kann auf diese Weise verbessert und die moralische Entscheidungsfähigkeit gestärkt werden.

Zum herausragenden Ziel der Pflege im Altenpflegeheim gehört die Wahrung und Gewährleistung eines möglichst selbstbestimmten Lebens der Heimbewohner.

Dennoch wäre es eine Illusion und auch Verkennung der Lebenswirklichkeit, wenn man das Recht auf Autonomie verabsolutieren wollte. Das Recht auf Autonomie und auf Achtung der Autonomie ist auch im Verständnis des individuell betroffenen Menschen sinnvollerweise nur im Verhältnis zum Recht auf Autonomie anderer, ihn umgebender Menschen zu rechtfertigen. Das Handlungsfeld des Altenpflegeheims lässt immer wieder Konflikte aufbrechen, „welche Fragen in den Bereich sehr individueller Wünsche und Vorstellungen fallen, welchen die professionellen Helfer(innen) nicht mehr nachkommen müssen. Außerdem werden sich Pflegenden wie auch Mitglieder anderer professioneller Berufsgruppen fragen, welchen Stellenwert denn

ihr Fachwissen und ihre berufliche Autonomie haben bzw. ab welchem Punkt sie womöglich nur noch die Erfüllungsgehilfen jedweder Vorstellungen eines Kranken werden“ [2, S. 151]. Gleiches gilt für das Wohlbefinden der ihnen anvertrauten Gemeinschaft aller Heimbewohner.

Das in US-amerikanischen Nursing Homes diskutierte Prinzip einer „autonomy in community“ ist ein erstrebenswertes Ziel, das die Bemühungen von Ethik-Komitees um Handlungsempfehlungen und die Entwicklung von Leitfäden im Altenpflegeheim leiten sollte: „Balancing autonomy in community recognizes that nursing home are places to live“ [8, S. 13]. Die Balance, die die Pflegenden herstellen müssen, zwischen ihrem Respekt vor der Autonomie des Einzelnen und ihren Fürsorgepflichten für das Wohlergehen aller gewährleistet durch eine „Autonomie in Gemeinschaft“, dass das Altenpflegeheim als alltäglicher Lebensraum die Würde aller im Auge behält.

### Andere „Mitspieler“ im Alltag des Altenpflegeheims

Zweifellos gibt es im Alltag des Pflegeheims eine erhebliche Zahl weiterer „Mitspieler“, deren Rollen und Aufgaben zu ethischen Konflikten, aber auch zur Bewältigung derartiger Probleme beitragen können. Schon innerhalb der Gruppe der Pflegenden ist zu differenzieren zwischen Krakenpflege und Altenpflege, was zu einem durchaus unterschiedlichen Blick auf den Heimbewohner und sein Wohl führen kann. Aber auch die verschiedenen Sozialberufe, die Seelsorge, die gesetzlichen Betreuer und nicht zuletzt die Verantwortlichen in den Leitungsfunktionen sind Teil der Institution „Altenpflegeheim“ und haben in ihren Werthaltungen und Wertentscheidungen erhebliche Auswirkungen auf die betroffenen Menschen. Schließlich gehört auch ein Kreis von betreuenden Ärzten zum Alltag des Pflegeheims. Auch hier ist die aktuelle Diskussion geprägt von der dringenden Notwendigkeit einer

Verbesserung der ärztlichen Versorgung. Mit dem Modell eines „Heimarztes“ [7] könnten vermutlich einige Probleme aufgefangen werden. An der grundsätzlichen Problematik, die Barbara van Eicken et al. 1990 beschrieben haben, hat sich nämlich bis heute nichts geändert: „Es wurde auf die teilweise geringe Neigung der Hausärzte hingewiesen, regelmäßige Hausbesuche in Heimen zu machen, und auf die geringe Frequenz der Besuche, auch darauf, dass der Hausarzt oft nicht einfach und schnell genug zu erreichen sei und dass Hausärzte meist keine spezifischen Erfahrungen mit alterstypischen Erkrankungen hätten“ [4, S. 71]. Zweifellos müssen dann aber auch für die Ärzte strukturelle und finanzielle Bedingungen erheblich verbessert werden.

### **Psychopharmakaverordnung als Beispiel für ethische Konflikte im Altenpflegeheim**

Im Folgenden sollen exemplarisch anhand der Psychopharmakaverordnung im Altenpflegeheim einige ethische Fragen aufgezeigt werden, die u.v.a. immer wieder das Ethik-Komitee beschäftigen.

Seit einigen Jahren ist die Problematik des oftmals inadäquaten oder missbräuchlichen Psychopharmakaeinsatzes im Altenpflegeheim zunehmend ins Blickfeld geraten (vgl. u. v. a. [9, 14]). Dabei stehen neben vielfältigen medizinischen Unzulänglichkeiten der Medikation auch immer die gravierenden und in Einzelfällen durchaus berechtigten Vorwürfe im Mittelpunkt, der Einsatz von Psychopharmaka im Altenpflegeheim diene in erster Linie der Ruhigstellung „störender“ alter Menschen [vgl. 6, 17].

Für die engere Fragestellung der Psychopharmakamedikation und -einnahme zeigen sich vor allem zwei Konfliktkonstellationen, die den Kern der ethischen Problematik treffen und sehr viel Einfühlungsvermögen sowie ethische Entscheidungskompetenz auf Seiten der Pflegenden verlangen:

- Legitime Interessen der Mitbewohner, nicht gravierend im eigenen Wohlbefinden gestört und möglicherweise in der eigenen Würde verletzt zu werden;
- Formen der Verweigerung der Medikamenteneinnahme durch den Heimbewohner selbst.

Beiden Konfliktfeldern ist das Recht der Betroffenen auf autonome Lebensgestaltung gemeinsam, das an der Autonomie und Würde des Mitbewohners seine Grenze findet. Beide berühren aber auch fundamental das Selbstverständnis der Pflegenden, das einerseits durch das Gebot zur Fürsorglichkeit und zur Verantwortlichkeit für den erkrankten und zerbrechlichen alten Menschen geprägt ist und andererseits ebenso die Notwendigkeit beinhaltet, nicht in der eigenen Autonomie verletzt zu werden und vor dem eigenen Gewissen zu rechtfertigende Entscheidungen treffen zu können.

Beleidigungen, aggressives Verhalten sowie langanhaltendes Schreien gehören zum Alltagsleben eines Altenpflegeheims. Die Pflegenden sind in einem solchen Umfeld dem Wohlergehen aller Heimbewohner verpflichtet und tragen dafür die Verantwortung. Dazu gehört die oftmals kontroverse Einschätzung dessen, was im Verhalten eines Heimbewohners störend, was möglicherweise sogar intolerabel ist, und es zeigen sich die individuell recht verschiedenen Grenzen der Belastbarkeit von Pflegenden wie Heimbewohnern. Dies betrifft auch die Schwierigkeiten im Umgang mit körperlicher (Spucken, Kratzen, Treten) und verbaler (anstößige Bemerkungen, Beleidigungen) Gewalt durch die alten Menschen gegenüber den Pflegekräften und umgekehrt die Gefahr subtiler Gewaltanwendung durch die Pflegenden (vgl. z.B. den Bericht von Inga Ringe [16]).

Das zweite angesprochene Konfliktfeld betrifft alle Formen der Verweigerung einer aus begründeten therapeutischen Überlegungen angeordneten, möglicherweise für das Wohlergehen des Patienten drin-

gend erforderlichen Einnahme eines Psychopharmakons. Auch hier ist der Grad sehr schmal zwischen der gebotenen Fürsorge für den alten Menschen und dem Respekt vor seiner Selbstbestimmtheit. Respekt vor den Entscheidungen eines anderen Menschen erschöpft sich zweifellos nicht im unhinterfragten Umsetzen seiner Wünsche. Die professionelle Kompetenz zur Beurteilung von Krankheitssymptomen, die Einschätzung der Bedürfnisse des Kranken, die Bemühungen darum, ihn in alle Entscheidungen einzubeziehen und ihn – soweit als irgend möglich – auf einen gemeinsamen Weg zur Heilung mit zu nehmen, gehören zu den gleichermaßen grundlegenden wie im Einzelfall durchaus schwierigen Aufgaben von Ärzten wie Pflegenden, um dem prinzipiell *autonomen* Menschen die unabdingbare Fürsorge zukommen zu lassen [vgl. dazu 15].<sup>4</sup>

Zwangmaßnahmen jeder Art verletzen das Recht des Menschen auf Selbstbestimmtheit, körperliche Integrität und freie Entfaltung der Persönlichkeit. Dennoch gibt es viele Situationen in der Altenpflege, die die Frage aufwerfen, wann Zwang unvermeidbar und ethisch gerechtfertigt, und wann er vermeidbar und entsprechend sittlich nicht zu rechtfertigen ist. Auch angesichts derartiger Konflikte sind einfache Lösungen nicht zu erwarten. Unter dem Aspekt möglicher Zwänge muss auch die heimliche Gabe von Medikamenten diskutiert werden. So wird z. B. in einer früheren Studie berichtet: „In etwa der

Hälfte der besuchten Heime wurde erklärt, dass Medikamente, deren Einnahme verweigert werde, regelmäßig ‚unter das Essen gemogelt‘ würden. Daneben würden insbesondere Psychopharmaka auch als Mittel gegen Erkältungen oder als Herzmittel ausgegeben und dann von den Betroffenen eher akzeptiert. In einer Einrichtung wurde bei grundsätzlicher Zurückhaltung gegenüber Medikamenten ausdrücklich betont, dass auch die heimliche Behandlung nur in absoluten Notfällen vorkomme, während ansonsten beharrliche Behandlungsverweigerungen akzeptiert würden“ [4, S. 69]. Derartige Forderungen nach „fürsorglichem Betrug“ werden leider in erster Linie von den zugegebenermaßen sehr besorgten Angehörigen gestellt und in Ethikberatungen thematisiert.

Die Fürsorge für den Betroffenen, die auf das *Wohl* des alten Menschen zielt, ist ein zentrales Prinzip von Pflegeethiken, die sich auf die Sorge für den Kranken, auf Hinwendung, enge Beziehung und Empathie stützen. Ganz wichtig ist jedoch zu sehen, dass „Wohl“ nicht erreicht werden kann ohne die Beachtung der individuellen Autonomie. Wohl ist „im Wesentlichen ... ein individueller Begriff, der damit letztlich nur einer jeweils aktuellen, individuellen Interpretation zugänglich bleibt“ [15, S. 299]. Zudem entwickelt sich das Wohl eines Heimbewohners innerhalb der Verflechtungen zwischen gesundheitlichem Zustand, aktuellem körperlichem Befinden, seelischen Ressourcen und einem un-

<sup>4</sup> Ein entgegengesetzter Konflikt kann ebenfalls zu schwierigen Entscheidungen zwingen und berührt gleichermaßen die Autonomie der Entscheidungsträger, aber auch die Pflicht zur Fürsorge und das Gebot, nicht schaden zu dürfen. Es betrifft die nicht seltene Forderung des alten Menschen, seine Medikamente entgegen der ärztlichen Indikationsstellung *nicht abzusetzen*: „Alteinrichtungen sind ... offenbar mehr als andere Einrichtungen mit einem besonderen Problem konfrontiert, nämlich der ‚gewaltsamen Entziehung‘ von Medikamenten bzw. deren Vorenthaltung gegen den ausdrücklichen Wunsch und Willen von Patienten. Nicht wenige Patienten seien bei ihrer Übersiedlung in die Einrichtung an bestimmte, oft viele oder allzu viele Medikamente gewöhnt (in einem Beispiel wurden 18 Medikamente erwähnt). Wenn diese Patienten ihre Medikamente weiterhin einforderten, wäh-

rend der Arzt von ihrer Schädlichkeit überzeugt sei, ohne dass es ihm gelinge, auch den Patienten davon zu überzeugen, komme es zur Verweigerung der gewünschten Behandlung – auch dies eine Form von (fürsorglichem) Zwang“ [4, S. 69]. Ein dringend gewünschtes Präparat mag überflüssig sein, es muss aber zumindest erwogen werden, ob das damit verbundene Abhängigkeitsrisiko höher zu veranschlagen ist als der (vermeintliche?) Vorteil für den Heimbewohner, der sein Wohlbefinden damit verbindet. Sind die mit diesem Medikament verbundenen Gefahren tatsächlich höher einzustufen als das sicherlich labile Gleichgewicht, das sich aufgrund der jahrelangen Gewöhnung an „seine Medikamente“ eingestellt hat? Wie weit soll oder muss man einen alten Menschen zu „seinem Glück zwingen“?



schätzbar wichtigen Beziehungsnetz aus Familie, Freunden und betreuenden Pflegenden.

### Die Einschätzung von „problematischem Verhalten“

Während die behandelnden Ärzte im Altenpflegeheim für die Diagnosestellung und die therapeutische Seite verantwortlich sind, obliegen den Pflegekräften die Durchführungspflicht und die Durchführungsverantwortlichkeit. Für die Pflegekräfte muss daher unbedingt nachvollziehbar sein, weshalb das auszuteilende Medikament angeordnet ist, und was es bewirken soll. In unklaren Situationen entstehen jedoch immer wieder Dilemmata bezüglich der ethischen Verantwortung der Pflegenden für die Ausführung. Die Pflegekräfte sehen u.U. gerade aufgrund ihrer beständigen Nähe zum Heimbewohner, dass dessen Wohl gefährdet sein könnte. Welche Verpflichtungen haben Pflegende in derartigen Situationen, wann dürfen sie die Anordnungen des Arztes in Frage stellen? Wie weit geht ihr Recht, möglicherweise problematische Anordnungen kritisch zu diskutieren, wenn ihre Beobachtungen Fragen zum Wohl des Patienten aufwerfen? Wie dürfen sie ihr Erfahrungswissen einbringen?<sup>5</sup>

Die entscheidende Aufgabe kommt den Pflegenden durch die aufmerksame Beobachtung des Heimbewohners zu. Sie sollen „problematisches Verhalten“ beobachten, erkennen und richtig einordnen – eine in ethischer Hinsicht unter verschiedenen Aspekten relevante Forderung.

Die Einschätzungen des Heimbewohners durch die Pflegenden können gesellschaftliche Werturteile über „krankhaft“, „normal“ oder „störend“ zur Geltung bringen (vgl. dazu [10] und das Problem des „Ageism“) und damit erhebliche therapeutische Konsequenzen auf Seiten der Ärzte auslösen. Eine Voraussetzung zur richtigen Beurteilung und Einordnung des problematischen Verhaltens ist eine gründliche Kenntnis psychopathologischer Störungen, die in entsprechenden Fortbildungen erworben werden kann. Was ist „problematisches Verhalten“? Welche Werturteile der Beobachtenden fließen bei der Beurteilung ein? In diesem Bereich tauchen zweifellos zentrale Probleme im Zusammenhang mit der Psychopharmakaverordnung im Altenpflegeheim auf. Die vom behandelnden Arzt festgestellte Indikation ist nicht nur wesentlich abhängig von den Aussagen, d.h. den Beobachtungen der Pflegenden, sondern sie kann auch selbst niemals ganz wertfrei möglich sein. Wo ist die Grenze zwischen der Notwendigkeit, nicht-medikamentöse Möglichkeiten auszuschöpfen und der Notwendigkeit, zur Unterstützung des Heimbewohners ein Arzneimittel einzusetzen? Die Gabe eines Psychopharmakons soll eine Änderung der psychischen Verfassung des alten Menschen bewirken und induziert eine Veränderung auf den Ebenen des Denkens, Fühlens und Handelns. Damit greift das Medikament in die zentralen individuellen Merkmale einer Person ein. Psychopharmaka stehen deshalb nicht grundlos im Verdacht, „moderne Fixierungsmaßnahmen“ zu sein, die auf Einschränkung der „inneren Bewegungsfreiheit“ hinzielen [4]. Fehler bei der Indikation und/oder der Dosierung sowie unkontrollierte Medikamentengabe gefährden durch gravierende mögliche Nebenwirkungen die Betroffenen hochgradig. Die Möglichkeit der zentralen Beeinflussbarkeit der Psyche zwingt zu besonders gewissenhafter Kontrolle der Therapie, und der gewünschte, wohltuende und dem Heimbewohner dienende Effekt muss von den Pflegenden durch gewissenhafte Be-

<sup>5</sup> Pflegende erhalten manches Mal nur am Telefon ärztliche Anweisungen und erleben dann in hochproblematischer Weise Abhängigkeit und Unfreiheit.

obachtung und im Austausch mit den behandelnden Ärzten regelmäßig überprüft werden.<sup>6</sup>

### Fragen der Gerechtigkeit angesichts struktureller Probleme

Jedoch auch strukturelle, organisatorische und kommunikative Probleme innerhalb der Gruppe der behandelnden Heimärzte stellen ein nicht zu vernachlässigendes Schädigungspotenzial für die Menschen im Heim dar. Schlechte Zusammenarbeit, höchst seltener Informationsaustausch und fehlende gemeinsame Therapiekonzepte zwischen den Ärzten führen in Verbindung mit mangelndem Austausch zwischen behandelnden Ärzten und Pflegenden zu Unzufriedenheit und ethischen Problemen bei der Versorgung der Heimbewohner. Die Alltagspraxis verlangt eine kritische Überprüfung, ein skrupelhaftes Abwägen von Nutzen und Schaden und auch ein ethisches Reflektieren der tangierten Werte wie Selbstbestimmungsrecht und körperliche Integrität der betroffenen Heimbewohner.

Zweifellos ist darüber hinaus die *übergeordneten Ebene der strukturellen Bedingungen*, unter denen alle an der Betreuung des alten Menschen Beteiligten arbeiten müssen, ein brisantes Thema für ethische Diskussion und Beratung. Welcher Anteil der Mittel des Gesundheitswesens kommt der Altersmedizin, welcher der Altenheimpflege zugute? Hinzukommt, dass sowohl die Medikamentenverordnung als auch die

Pflegeleistungen nach den Vorgaben des SGB XI dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen müssen, was oftmals ethisch schwierige Abwägungen und Entscheidungen nach sich ziehen kann. Dabei sind Gefahren für die Diskriminierung alter Menschen nicht von der Hand zu weisen. Grundsätzlich ist der Einsatz *ärztlicher Leistungen im Pflegeheim* nicht adäquat honoriert, was nachweislich zu einer unbefriedigenden ärztlichen Versorgung alter Heimbewohner führt. Geforderte Verbesserungen können nicht ganz und gar ohne finanzielle Unterstützung, und das heißt vor allem Aufstockung des Personalschlüssels, umzusetzen sein. Diese Problematik ist auch für die Psychopharmakotherapie belegt. Stelzner et al. berichten, dass sie im Rahmen ihrer vergleichenden Studie in dem Heim mit dem geringsten Schlüssel an examiniertem Personal und noch vorhandenen Vierbett-Zimmern einen 1,5fach höheren Verbrauch an Psychopharmaka fanden [vgl. 18, S. 311]. Hier sind für die betroffenen Heimbewohner wie ihre Pflegenden und ihre behandelnden Ärzte erhebliche Defizite zu verzeichnen, und mit Blick auf gerechte Strukturen ist Vieles in den Altenpflegeheimen dringend verbesserungsbedürftig.

### Vorläufiges Fazit

Die Etablierung von Ethikberatung und die Einrichtung von Ethik-Komitees in Altenpflegeheimen können erheblich zu einer Entlastung der Pflegenden wie auch aller anderen im Heim lebenden und arbeitenden Personen beitragen. Die Befassung mit einzelnen konfliktreichen Situationen bei der Versorgung von Heimbewohnern mit Psychopharmaka zeigt, dass im Rahmen eines Ethik-Komitees individuelle, sozialetische wie auch organisationsethische Probleme transparent gemacht und diskutiert werden können. Die zukünftige Arbeit der Ethik-Komitees und die Evaluation von Beratung und Fortbildung müssen zeigen, in welcher Weise diese erkennbare Chance für eine verbesserte ethische Entscheidungskultur genutzt und gewinnbringend umgesetzt wird.

---

<sup>6</sup> Generell ist allerdings ein gewisser Prozentsatz der Heimbewohner als medikamentös unterversorgt einzustufen. Dies sind vor allem Patienten mit depressiven Syndromen, die teilweise nicht ausreichend antidepressiv behandelt werden. In ethischer Hinsicht ist dies besonders problematisch, weil Studien den Verdacht nahe legen, dass diese Heimbewohner durch ihr stilles Verhalten nicht „stören“ und sich unproblematisch in den Heimalltag einfügen, so dass ihre persönliche Problematik nicht wahrgenommen wird [vgl. 1, 6, S. 310].

## Anschrift

**Dr. med. G. Bockenheimer-Lucius**

Senckenbergisches Institut  
für Geschichte und Ethik der Medizin  
Johann-Wolfgang-Goethe-Universität  
Frankfurt am Main  
Paul-Ehrlich-Straße 20–22  
60596 Frankfurt am Main

## Literatur

1. Avorn J, Soumerai SB, Everitt DE, Ross-Degnan D, Beers MH, Sherman D, Salem-Schatz SR, Fields D (1992) A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes. *New Engl J Med* 327:168–173
2. Bobbert M (2002) Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. Campus, Frankfurt am Main
3. Dörries A (2007) Die Implementierung klinischer Ethikberatung in Deutschland – Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage bei Krankenhäusern. *Ethik Med* 19:148–156
4. Eicken B von, Ernst E, Zenz G (1990) Fürsorglicher Zwang, Freiheitsbeschränkung und Heilbehandlung in Einrichtungen für psychisch kranke, für geistig behinderte und für alte Menschen. *Rechtstatsachenforschung, Bundesanzeiger, Köln*
5. Glassner G, Zweibel N, Cassel CK (1988) The Ethics Committee in the nursing home. Results of a national survey. *JAGS* 36:150–156
6. Gurvich T, Cunningham JA (2000) Appropriate use of psychotropic drugs in nursing homes. *American Family Physician* 61:1437–1446
7. Hibbeler B (2007) Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen. Von Kooperation profitieren alle. *Dtsch Arztebl* 104:B 2901–2908
8. Hogstel MO, Curry LC, Burns PG (2004) Ethics Committees in long-term care facilities. *Geriatric Nursing* 25: 364–369
9. Hoffman DE, Boyle P, Levenson SA (1995) Handbook for Nursing Home Ethics Committees. American Association of Homes and Services for the Aging, Washington DC
10. Ilhardt FJ (1996) Spannung zwischen Alt und Jung? Fairneß und das Modell der Altersmedizin. *Ethik Med* 8:173–182
11. May AT (2004) Ethische Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis. Die Rolle des klinischen Ethikkomitees. *Ethik Med* 16:242–252
12. Moreno JD (1999) Ethics Consultation as moral engagement. In: Kuhse H, Singer P (eds) *Bioethics. An Anthology. Blackwell Philosophy Anthologies*, Blackwell Publishers Ltd, Oxford, pp 576–582
13. O'Brien LA (2005) Establishing and Educating a long-term care regional Ethics Committee: The NJ Model. *Journal of the American Medical Directors Association* 6:66–67
14. Pantel J, Bockenheimer-Lucius G, Ebsen I, Müller R, Hustedt P, Diehm A (2006) Psychopharmaka im Altenpflegeheim – Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. *Frankfurter Schriften zur Gesundheitspolitik und zum Gesundheitsrecht*, Bd 3, Peter Lang, Frankfurt am Main
15. Peintinger M (2003) Therapeutische Partnerschaft. Aufklärung zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Selbstbestimmung. Springer, Wien, New York
16. Ringe I (2002) Ethische Konfliktsituationen in der Alten- und Krankenpflege in ausgewählten medizinischen Disziplinen. 4.2 Im Pflegeheim. In: Richter J, Norberg A, Fricke U (Hrsg) *Ethische Aspekte pflegerischen Handelns. Konfliktsituationen in der Alten- und Krankenpflege*. Schlütersche, Hannover, S 73–74
17. Schwerdt R (2005) Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer Krankheit. Anforderungen an die Qualifikation professioneller Helferinnen und Helfer. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 51:59–76
18. Stelzner G, Riedel-Heller SG, Sonntag A, Matschinger H, Jakob A, Angermeyer MC (2001) Determinanten des Psychopharmakagebrauchs in Alten- und Altenpflegeheimen. *Z Gerontol Geriat* 34:306–312
19. Weston CM, O'Brien LA, Goldfarb NI, Roumm AR (2005) The NJ SEED project: evaluation of an innovative initiative for ethics training in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 6:68–75
20. Youngner SJ, Jackson DL, Coulton C, Juknialis W, Smith EM (1983) A national survey of hospital ethics committees. *Critical Care Medicine* 11:902–905