

Masterthesis

eingereicht an der ZHAW Soziale Arbeit

Demenz und Autonomie –

Ethische Entscheidungsfindung
zur Autonomiewahrung und Autonomieförderung
bei Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege

MAS Mastermodul Soziale Gerontologie

Melanie Barbara Reichartz

Datum: 14.09.2025

Persönliche Erklärung Masterarbeit

Name: Reichartz Vorname: Melanie Barbara

Titel Masterarbeit:

Demenz und Autonomie- Ethische Entscheidungsfindung zur Autonomiewahrung und Autonomieförderung bei Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Alle sinngemäss und wörtlich übernommenen Textstellen aus fremden Quellen wurden kenntlich gemacht.

Ort: Datum: 14.09.2025

Unterschrift:

Abstract

Die Wahrung und Förderung von Autonomie stellt eine zentrale ethische Herausforderung in der Langzeitpflege von Menschen mit Demenz dar. Die Achtung der Menschenwürde umfasst einen bleibenden Autonomieanspruch auch bei physischen und psychischen Erkrankungen, auch wenn zeitgleich die Autonomiefähigkeit eines Menschen mit Demenz durch den progredienten Krankheitsverlauf und damit einhergehenden kognitiven Einschränkungen abnehmen kann. Aufgrund dessen geraten Mitarbeitende der Langzeitpflege häufig in moralische Dilemmata zwischen Autonomie und Fürsorgeauftrag. Solche ethischen Dilemmata können auf Seiten des interprofessionellen Behandlungs- und Betreuungsteams zu einer Handlungsunfähigkeit führen und für den Menschen mit Demenz Einschränkungen des Autonomieanspruchs zur Folge haben.

Ziel der Masterarbeit ist es, den Mitarbeitenden von Langzeitpflegeinstitutionen aufzuzeigen, wie sie mittels ethischer Entscheidungsfindung ihre Handlungsfähigkeit in Dilemmasituationen erhalten können und die Autonomie von Menschen mit Demenz bewahren und fördern können. Als Referenzmodelle der ethischen Entscheidungsfindung werden das METAP II Modell und das Sensor Modell herangezogen. Das METAP II Modell bietet ein umfassendes vierstufig strukturiertes Verfahren der ethischen Entscheidungsfindung an, welches je nach Komplexitätsgrad der vorliegenden Dilemmasituation die ethische Einzelbearbeitung durch Pflegefachpersonen, eine interprofessionelle Fallbesprechung und den Einbezug einer externen Ethikfachperson umfasst. Das Sensor Modell ermöglicht mit seinen vier Phasen der ethischen Fallbesprechung eine alltagsnahe, interprofessionelle und fundierte Reflexion von ethischen Spannungsfeldern in der Begleitung von Menschen mit Demenz. Anhand theoretischer Bezüge und der Analyse konkreter Fallbeispiele aus der Praxis wird untersucht, wie diese Modelle Handlungsspielräume aufzeigen und zu einer fundierten Entscheidungsfindung beitragen können.

Die Masterthesis zeigt auf, dass beide Modelle zu einer Sensibilisierung ethischer Fragestellungen beitragen und unter Einbezug der verschiedenen interprofessionellen Perspektiven, sowie durch die Berücksichtigung der persönlichen Interessen der betroffenen Person, individuell und situativ fundierte Entscheidungen ermöglichen und damit zur Autonomiewahrung von Menschen mit Demenz beitragen können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die ethische Entscheidungsfindung nicht nur auf personeller, sondern auch auf organisationaler Ebene unterstützt werden muss, um einen gelingenden Prozess zu ermöglichen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.1 Ausgangslage und Relevanz des Themas	6
1.2 Fragestellung und Erkenntnisinteresse	8
1.3 Aufbau der Arbeit	9
2. Demenz und Autonomie	10
2.1 Zum Begriff der Autonomie	10
2.2 Symptome, Ursachen und Verlauf der Demenzerkrankungen	14
2.3 Spannungsfeld Demenz und Autonomie	17
3. Rechtliche und ethische Grundlagen	22
3.1 Urteilsfähigkeit und Handlungsfähigkeit.....	23
3.2 Vorsorgeauftrag, Patient:innenverfügung und Patient:innenwille	25
3.3 Zwangsmassnahmen	27
3.4 Beistandschaften.....	32
3.5 Ethische Leitlinien zur Autonomie von Menschen mit Demenz.....	34
4. Modelle der ethischen Entscheidungsfindung	36
4.1 METAP II Modell	36
4.2 Sensor Modell	41
5. Ethische Dilemmata in der Langzeitpflege - Anwendung und Vergleich der Modelle	44
5.1 Fallvignette Herr A.- Anwendung des METAP II Modells.....	44
5.2 Fallvignette Frau B.- Anwendung des Sensor Modells	48
5.3 Vergleich der Modelle zur ethischen Entscheidungsfindung.....	53
6. Implementierung der ethischen Entscheidungsfindung in der Langzeitpflege	55
6.1 Voraussetzungen auf Betriebs- und Mitarbeitenebene	56
6.2 Checkliste zur Implementierung der ethischen Entscheidungsfindung	60
7. Zusammenfassung und Fazit	61
7.1 Die wichtigsten Erkenntnisse.....	61
7.2 Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis	63
7.3 Kritische Würdigung der Masterthesis	65
Literaturverzeichnis	66
Anhang.....	72

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1.</i> Sensor Situationsanalyse - Fallvignette Frau B.	50
<i>Tabelle 2.</i> Sensor Handlungswahl - Fallvignette Frau B.	51

Abkürzungsverzeichnis

AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens
ÄNO	Ärztliche Notfallanordnung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BPSD	Behaviorale und psychische Symptome bei Demenz
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft
GVP	Gesundheitliche Vorausplanung
MmD	Mensch(en) mit Demenz
NAGS	Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen
NEK-CNE	Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin
NPI	Neuropsychiatrisches Inventar Assessment
PP	Pflegefachpersonen
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
STI	Serial Trial Intervention Assessment
ZGB	Zivilgesetzbuch

1. Einleitung

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit dem Thema der ethischen Entscheidungsfindung als Möglichkeit zur Autonomiewahrung und -förderung bei MmD in der Langzeitpflege. Anhand einer Literaturrecherche und der Analyse von Praxisbeispielen, sowie unter Einbezug der Berufserfahrung der Autorin ist das Ziel der Masterarbeit, Modelle der ethischen Entscheidungsfindung hinsichtlich ihrer Wirkweise zur Autonomiewahrung und Autonomieförderung zu analysieren und Empfehlungen für die Umsetzung in der Praxis zu entwickeln.

1.1 Ausgangslage und Relevanz des Themas

Mit einer Demenzerkrankung erfahren die betroffenen Personen zunehmend kognitive Einschränkungen sowie Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen (Alzheimer Schweiz, 2022a, S. 1-3). Diese krankheitsbedingten Veränderungen führen zu einem erhöhten Bedarf an Unterstützung und zu einer ansteigenden Abhängigkeit vom Umfeld (Rüegger, 2009, S. 124).

Im Anfangsstadium können MmD ihren Alltag meist noch eigenständig und mit teilweiser Unterstützung meistern. Mit zunehmendem Voranschreiten der Erkrankung wird ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Häuslichkeit immer herausfordernder. Tätigkeiten des täglichen Lebens, wie zum Beispiel Einkaufen, Kochen, Körperpflege, Einnahme von Medikamenten oder die Erledigung finanzieller Angelegenheiten können irgendwann nicht mehr eigenständig erledigt werden (Alzheimer Schweiz, 2022a, S. 1-3; Schmidhuber, Frewer, Bielefeldt & Klotz, 2019, S. 9-10). Durch eine mit der Demenzerkrankung einhergehenden Gang- und Balancestörung kann eine erhöhte Sturzgefahr (Deutscher Ethikrat, 2012, S. 22) und damit verbunden ein Risiko für schwerwiegende physische Folgen entstehen. Erschwerend kommt hinzu, dass MmD oftmals die Einsicht in die eigene Krankheit fehlt, das eigene Versorgungsdefizit nicht mehr erkennen und damit eine Selbstgefährdung einhergehen kann (Baumann-Hölzle, 2021, S. 185; Schmitt-Mannhart, 2009, S. 255).

Mit dem Voranschreiten der Erkrankung und der zunehmenden Symptomausprägung können der MmD, die betreuenden Angehörigen und ambulante Pflegedienste in eine physische und psychische Überforderungssituation geraten (Deutscher Ethikrat, 2012, S. 8, S. 37, S. 39; Schmitt-Mannhart, 2009, S. 259). Wenn die Belastung aller beteiligten Personen zu hoch ist und der Pflegebedarf nicht mehr durch eine ambulante Betreuung gewährleistet werden kann, wird oftmals ein Heimeintritt notwendig (Baumann-Hölzle, 2021, S. 184; CURAVIVA, 2021, S. 7; Schmitt-Mannhart, 2009, S. 259). Der Einzug in eine Langzeitpflegeinstitution kann dabei mit der Angst vor einer institutionellen Fremdbestimmung und dem Verlust der eigenen Unabhängigkeit, Freiheit und Autonomie einhergehen (CURAVIVA, 2021, S. 7; Rüegger, 2009, S. 123).

Die Autorin der vorliegenden Masterthesis arbeitet seit sechs Jahren als Fachexpertin Demenz in einer Langzeitpflegeinstitution für MmD. Bei den meisten neu eingetretenen Bewohnenden ist als Eintrittsgrund die häusliche Dekompensation angegeben. Die Praxiserfahrung zeigt, dass der Eintritt in eine spezialisierte Langzeitpflegeinstitution den MmD Unterstützung bietet, um trotz der eingeschränkten Alltagskompetenzen ein würdevolles Leben ohne des Risikos einer Selbstgefährdung führen zu können. Es zeigt sich aber auch, dass die veränderte Lebenssituation für MmD eine hohe emotionale Belastung bedeuten kann, da der Eintritt in eine Pflegeinstitution meist mit Verlust- und Trauerprozessen verbunden ist (Birkholz, 2018, S. 11). Der MmD verliert seine gewohnte und sichere Umgebung und damit auch einen Teil seiner bisherigen autonomen Lebensführung. Der Umgebungswechsel, die Verlusterfahrungen und die emotionale Belastung kombiniert mit einer begrenzten Anpassungskompetenz aufgrund der kognitiven Einschränkungen können bei MmD zu behavioralen und psychischen Symptomen, wie zum Beispiel aggressivem Verhalten oder einer depressiven Symptomatik, führen (Savaskan, Georgesco & Zúñiga, 2024, S. 41). In der Praxis äussert sich dies in teils ablehnendem sowie selbst- und fremdgefährdendem Verhalten. Dadurch entstehen für das interprofessionelle Behandlungs- und Betreuungsteam schwierige Entscheidungssituationen und damit verbunden ethische Wertekonflikte (SAMW, 2022, S. 103). Eine Abwägung zwischen der Autonomie des Menschen mit Demenz und der Fürsorgepflicht der Fachpersonen wird notwendig.

Folgende Fragen können beispielhaft für ethische Fragestellungen in der Begleitung von MmD in der Langzeitpflege genannt werden: Darf ich den MmD gegen seinen Willen pflegen? Unter welchen Voraussetzung ist eine verdeckte Medikamentengabe ethisch vertretbar? Darf ich den MmD davon abhalten, die Einrichtung zu verlassen? Ist ein selbstgefährdendes Verhalten als Willensausdruck des MmD zu akzeptieren und auszuhalten? Muss die Ablehnung von Essen und Flüssigkeit anerkannt werden? Wie kann dem Bedürfnis nach körperlicher Nähe und Sexualität Rechnung getragen werden? Hat die körperliche Unversehrtheit jederzeit eine höhere Gewichtung als der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen?

All diese Fragen können je nach Ausprägung und Schweregrad der kognitiven Einschränkungen nicht mehr oder nur noch teilweise mit dem MmD erörtert werden, stellvertretende Entscheidungen durch das Behandlungs- und Betreuungsteam und die Angehörigen werden notwendig. In diesem Kontext entsteht ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen dem MmD und den Personen, die stellvertretend entscheiden (Baumann-Hölzle, 2021, S. 233). Eine Entscheidung für einen anderen Menschen zu treffen, ist eine höchst verantwortungsvolle Aufgabe und bedarf einer gewissenhaften Abwägung, die sich an der individuellen Situation, dem Patient:innenwillen und den persönlichen Werten orientieren muss (SAMW, 2022, S. 103).

Die Praxiserfahrung zeigt, dass die Werte des MmD, der Angehörigen und des interprofessionellen Behandlungs- und Betreuungsteams unterschiedlich sein können. Somit sind eine ge-

meinsame und auf die individuellen Bedürfnisse des MmD gerichtete Auseinandersetzung und Abwägung zu ethischen Fragen unumgänglich. Diese Auseinandersetzung sollte dabei zum Ziel haben, das Wohlbefinden und die Lebensqualität des MmD bestmöglich zu erhalten und zu fördern. CURAVIVA (2011, S. 27), der Deutsche Ethikrat (2012, S. 9) und Kunz (2018, S. 381-382) sehen in diesem Zusammenhang die Wahrung und Förderung der Autonomie als Kriterium einer guten Lebensqualität für MmD.

Hinzu kommen die steigenden Zahlen an Demenzerkrankungen. Laut Alzheimer Schweiz (2024, S.1) sind aktuell 156 900 Menschen in der Schweiz an einer Demenz erkrankt, pro Jahr ist mit 33 800 Neuerkrankungen zu rechnen, bis 2050 werden voraussichtlich 315 400 Menschen in der Schweiz an einer Demenz erkrankt sein. In der stationären Langzeitpflege sind bis 70% der Bewohnenden von einer Demenz betroffen oder haben Demenz ähnliche Symptome (REF). Die steigende Zahl der Demenzerkrankungen lässt den Schluss zu, dass auch die ethischen Dilemmata in der Langzeitpflege bestehen bleiben oder sogar zunehmen werden.

Um den «bleibenden Anspruch auf Autonomie» (CURAVIVA, 2021, S. 7) zu respektieren und die in der Langzeitpflege tätigen Personen und Angehörige zu unterstützen, benötigt es daher Wege, um diesen Dilemmata begegnen zu können.

1.2 Fragestellung und Erkenntnisinteresse

Die dargelegte Ausgangslage zeigt, dass ethische Dilemmata in Bezug auf die Autonomiewahrung in der Begleitung von MmD Teil der täglichen Berufspraxis in der Langzeitpflege sind und eine Herausforderung für alle beteiligten Personen darstellt. Um dieser Herausforderung begegnen zu können und einerseits dem Bedürfnis nach Lebensqualität und Autonomie auf Seiten des MmD, sowie andererseits dem Bedarf nach Handlungsoptionen auf Seiten der Angehörigen und der Fachpersonen gerecht werden zu können, soll mit der vorliegenden Masterthesis folgende Hauptfragestellung beantwortet werden:

Wie kann mittels ethischer Entscheidungsfindung die Wahrung und die Förderung von Autonomie bei Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege unterstützt werden?

Zur Operationalisierung der Hauptfragestellung werden folgende Teilfragen beantwortet:

- Was bedeutet Autonomie?
- Wie wirkt sich eine Demenzerkrankung auf den Autonomieanspruch und die Autonomiefähigkeit aus und welche Spannungsfelder entstehen in der Begleitung von MmD?
- Welche rechtlichen Bestimmungen und ethischen Leitlinien bestehen zum Thema Autonomie und Demenz?

- Ermöglichen das METAP II Modell und das Sensor Modell eine praxisnahe ethische Entscheidungsfindung, um mögliche Spannungsfelder im Kontext von Autonomieanspruch und Autonomiefähigkeit zu reflektieren und fundierte Entscheidungen treffen zu können?
- Welche Voraussetzungen braucht es in der Langzeitpflege, damit ethische Entscheidungsprozesse implementiert und angewendet werden können?

1.3 Aufbau der Arbeit

In einem ersten Schritt werden die Begriffe der Autonomie und Demenz definiert, sowie die Symptome einer Demenz und deren Krankheitsverlauf beschrieben. Daran anschliessend wird herausgearbeitet, wie sich eine Demenzerkrankung auf die Autonomiefähigkeit und den Autonomieanspruch auswirkt. Im dritten Kapitel werden die rechtlichen Grundlagen und bestehende ethische Leitlinien dargelegt. Bei den gesetzlichen Bestimmungen wird der Schwerpunkt auf die Themen Urteilsfähigkeit und Patient:innenwille, Zwangsmassnahmen, wie die bewegungseinschränkende Massnahmen und die fürsorgerische Unterbringung, sowie auf das Thema Beistandschaften gelegt. Anhand dieser Ausführungen wird deutlich gemacht, unter welchen Voraussetzungen eine Autonomieeinschränkung gesetzlich legitimiert ist und welche Formen der Autonomiebegrenzung angewendet werden dürfen. Anhand der Publikationen der SAMW, des BAG, des Vereins Alzheimer Schweiz, des Deutschen Ethikrates und des Branchenverbands CURAVIVA werden die Empfehlungen zu ethischen Leitlinien in Bezug auf das Thema Demenz und Autonomie zusammengefasst. Im vierten Kapitel erfolgt die Darstellung von zwei Modellen der ethischen Entscheidungsfindung, dem METAP II Modell und dem Sensor Modell. Im fünften Kapitel werden die Modelle anhand von Fallvignetten, angelehnt an Bewohnersituationen aus dem Tätigkeitsfeld der Autorin der Masterthesis, angewendet. Im darauffolgenden Kapitel werden relevante Voraussetzungen zur Umsetzung und Anwendung der ethischen Entscheidungsfindung in der Langzeitpflege erarbeitet. Das abschliessende siebte Kapitel beinhaltet eine Zusammenfassung der erarbeiteten Ergebnisse, beantwortet die Hauptfragestellung und bildet Empfehlungen für die Praxis ab.

2. Demenz und Autonomie

In diesem Kapitel erfolgt in einem ersten Schritt die Einordnung des Begriffes der Autonomie im Kontext unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen. In einem zweiten Schritt erfolgt nach der Definition des Demenzbegriffes, eine Beschreibung der Symptome und des Krankheitsverlaufes. Im abschliessenden Abschnitt des Kapitels wird anhand der vorangegangenen Ausführungen das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Demenz hinsichtlich der Autonomiefähigkeit und des Autonomieanspruchs von MmD dargelegt.

2.1 Zum Begriff der Autonomie

Es bestehen vielseitige Definitionen und Deutungen zu dem Begriff der Autonomie, die sich aus dem gesellschaftlich-historischen Kontext, sowie den verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven und Handlungskontexten ergeben (Ritter, 1971, S. 701-719). In den folgenden Ausführungen wird ein Überblick über ausgewählte Bedeutungen des Autonomiebegriffes gegeben und die für das Thema der Masterarbeit relevanten Aspekte herausgestellt.

Das Wort Autonomie stammt aus dem Griechischen *αὐτονομία* *autonomía* und dem Lateinischen *autonomia* und bedeutet Selbstgesetzgebung, Selbstbestimmung und Eigengesetzlichkeit (Quante, 2019, S. 52; Ritter, 1971, S. 701). Der Gegenbegriff zur Autonomie ist die Heteronomie, die mit Fremdbestimmung übersetzt wird (Quante, 2019, S. 52).

Die Autonomie war ursprünglich ein politischer Begriff und erlangte erstmalig im 5. Jahrhundert durch die Griechen an Bedeutung. Nachdem der Begriff der Autonomie im Mittelalter weniger bedeutend war, gewann er erst im 17. und 18. Jahrhundert in der Jurisprudenz wieder an Relevanz (Ritter, 1971, S. 701-702; Zoglauer, 2010, S.11). In der Antike wurde der Begriff der Autonomie vorrangig im Kontext der politischen Philosophie verwendet, um den Anspruch auszudrücken, innere politische Angelegenheiten unabhängig von äusseren Einflüssen zu regeln (Quante, 2019, S. 52). In der Neuzeit übertrug sich die Bedeutung des Begriffes Autonomie unter anderem durch die Philosophen Jean-Jacques Rousseau und Immanuel Kant von der politischen auf die moralphilosophische Ebene (Quante, 2019; S. 52). Diese Verschiebung führte laut Quante (2019, S. 52) dazu, dass der Begriff der Autonomie als Fähigkeit des Menschen zur Selbstbestimmung definiert wurde, sowohl auf der Ebene der individuellen Handlung, wie auch auf der Ebene der institutionellen Ausführung.

Die Brockhaus Enzyklopädie Online setzt den Begriff der Selbstbestimmung mit dem Autonomiebegriff gleich, demnach ist die Selbstbestimmung «... die Möglichkeit und Fähigkeit des Individuums, der Gesellschaft oder des Staates, frei dem eigenen Willen gemäß [*sic*] zu handeln

und die Gesetze, Normen und Regeln des Handelns selbstverantwortlich zu entwerfen (und so gleichbedeutend mit Autonomie).»

Aufgrund der dargelegten Übersetzung aus dem Altgriechischen und Lateinischen, wie auch aufgrund der obenstehenden Gleichsetzung der Begriffe Autonomie und Selbstbestimmung, werden die beiden Begriffe in der Masterthesis synonym verwendet.

In der Jurisprudenz wird der Autonomiebegriff als das Recht und die Fähigkeit von politischen Gemeinden und Staaten, Gesetze selbst zu bestimmen, definiert (Zoglauer, 2010, S. 11). Im Schweizerischen Rechtssystem werden im 2. Titel der BV (Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, SR 101) die Grundrechte, die Bürgerrechte und die Sozialziele geregelt. Die für das Thema der Masterthesis relevanten Bestimmungen werden im Folgenden aufgeführt. Als erstes Grundrecht wird in Art. 7 BV die Achtung und der Schutz der Menschenwürde aufgeführt. Mit dem Art. 10 BV wird das Recht auf Leben und auf persönliche Freiheit als Grundrecht bestimmt. Hervorzuheben ist hierbei Art. 10 Abs. 2 BV, demnach hat jeder Mensch das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit. Die Freiheit einer Person darf nach Art. 31, Abs. 1 BV nur in den vom Gesetz selbst vorgesehenen Fällen und nur auf die im Gesetz vorgeschriebene Weise entzogen werden. Art. 8, Abs. 1 und Abs. 2 BV legen fest, dass alle Menschen vor dem Gesetz gleich sind und niemand aufgrund seiner Herkunft, der Rasse, des Geschlechts, des Alters, der Sprache, der sozialen Stellung, der Lebensform, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung diskriminiert werden darf. Dies zeigt auf, dass die Grundrechte auch bei kognitiven und psychischen Einschränkungen gelten und somit auch MmD ein Recht auf persönliche Freiheit und damit auch ein Recht auf Selbstbestimmung haben. Einschränkungen der Grundrechte sind nur unter Beachtung der Voraussetzungen in Art. 36, Abs. 1 bis Abs. 4 BV möglich. Zu den Voraussetzungen zählen demnach das Vorliegen einer ernsten, unmittelbaren und nicht anders abwendbaren Gefahr, ein öffentliches Interesse oder der Schutz von Grundrechten Dritter. Weiterhin muss die Einschränkungen von Grundrechten gemäss Art. 36 BV verhältnismässig sein. Nach Heri (2023) bedürfen etwaige Einschränkungen immer einer individuellen und umfassenden Interessenabwägung, um die Grenze zwischen staatlicher Fürsorge und der Selbstbestimmung definieren zu können. Die staatliche Fürsorgepflicht ergibt sich aus Art. 12 BV. Dieser legt fest, dass jede Person, die in Not gerät und nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen, Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel hat, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind. Weiter ist der Schutz der Privatsphäre nach Art. 13, Abs. 2 BV zu benennen. Albisser Schleger (2019b, S. 43-44) hebt den Schutz der Privatsphäre als Kriterium der Autonomiewahrung von MmD hervor.

In der Medizin steht der Begriff der Autonomie für das Selbstbestimmungsrecht von Patient:innen (Zoglauer, 2010, S. 22). Die Autonomie gehört neben den Werten der Schadensvermeidung, der Fürsorge und der Gerechtigkeit zu den vier medizinethischen Prinzipien (Baumann-Hölzle, 2009, S. 236). Zoglauer (2010, S. 23) verweist darauf, dass die Autonomie in der medizinischen Ethik ein wichtiger moralischer Wert ist, dieser Wert aber mit den anderen Werten kollidieren kann. Dadurch können laut Zoglauer (2010, S. 23), je nach gesundheitlichem und geistigem Zustand der Patient:innen, stellvertretende Entscheidungen durch Fachpersonen notwendig werden. Für Zoglauer (2010, S. 23) kann dies nur durch eine verantwortungsvolle Abwägung der unterschiedlichen Werte erfolgen.

In der Philosophie und Ethik ist Autonomie ein Schlüsselbegriff und setzt sich im Spannungsfeld von Autonomie und Heteronomie mit der Frage nach der Freiheit des Menschen auseinander, wobei zwischen der inneren Freiheit als Willensfreiheit und der äusseren Freiheit als Handlungsfreiheit unterschieden wird (Zoglauer, 2010, S. 11-12). Die Ethik versteht sich als ein Teilbereich der Philosophie und hat zum Ziel, Kriterien und Voraussetzungen für rational und moralisch richtiges Handeln zu entwerfen (Hoerster, 2019, S. 92). Nach Quante (2019, S. 53-54) ist es die Aufgabe der Philosophie, den Begriff der Autonomie aufzuklären und Voraussetzungen, Eigenschaften und Fähigkeiten zu bestimmen, welche den Menschen ein autonomes Handeln ermöglichen. Für die Ausübung der Autonomie ist der Mensch laut Quante (2019, S. 53) auf materielle und soziale Rahmenbedingungen angewiesen. Eine Loslösung von gesellschaftlichen, sozialen, moralischen und politischen Normen und Werten ist nicht möglich (Quante, 2029, S.53). Das moderne philosophische Autonomieverständnis wurde durch Immanuel Kant geprägt (Zoglauer, 2010, S. 11). Nach Kant bedeutet Autonomie die Selbstbestimmung des freien Willens, womit die Freiheit gemeint ist, nach eigenen moralischen und allgemeingültigen Prinzipien zu handeln (Schweppenhäuser, 2021, S. 173). Das autonome Handeln und die moralischen Prinzipien sollen durch den kategorischen Imperativ und durch die praktische Vernunft geleitet werden und nicht durch die eigenen Bedürfnisse oder äussere Einflüsse bestimmt werden (Schweppenhäuser, 2021, S. 173-174; Zoglauer, 2010, 11-13). Der kategorische Imperativ besagt, dass der Mensch nur nach der Maxime handeln sollte, von welcher er wolle, dass sie allgemeingültiges Gesetz ist (Willascheck, 2019, S. 168). Die praktische Vernunft erklärt Kant als die Fähigkeit des Menschen, über sein Handeln nachzudenken und auf Grundlage moralischer Prinzipien Entscheidungen zu treffen (Schweppenhäuser, 2021, S. 173-174). Das Kant'sche Autonomieverständnis setzt daher die Fähigkeit der Vernunft, die Fähigkeit zur Bewertung des eigenen Handels und damit eine Reflexionsfähigkeit voraus.

Der Deutsche Ethikrat (2012) nimmt zum Thema Demenz und Selbstbestimmung Bezug auf den Begriff des Selbst (autos): «Mit der Selbstbestimmung kommt das «Selbst» eines Menschen in den Blick. Es ist nach überwiegender Auffassung aus Philosophie und Psychologie bestimmt durch die Merkmale eines Menschen, die für sein Erleben, Erfahren, Erkennen, Han-

deln und Verhalten von grundlegender Bedeutung sind» (S. 48). Demnach umfasst das Selbst nicht nur kognitive Fähigkeiten, wie rationales und logisches Denken und Erkennen, sondern auch die emotionalen und verhaltensbezogenen Einstellungen und Gefühlslagen. Wenn der Begriff des Selbst nicht nur die kognitiven Fähigkeiten, sondern das gesamte emotionale Empfinden eines Menschen umfasst, lässt sich daraus schlussfolgern, dass der Autonomieanspruch bei MmD nicht nur auf ihre vorhandenen kognitiven Kompetenzen zu beschränken ist, sondern ihr emotionales Erleben einzubeziehen ist.

CURAVIVA (2021) unterscheidet bei der Definition des Begriffes der Autonomie zwischen:

- «1. Autonomie als einem grundsätzlichen, normativen Anspruch oder moralischen Recht, für sich selber zu entscheiden und sein Leben nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten – ein Anspruch, der sich unmittelbar aus der Menschenwürde ableitet und wie diese unverlierbar ist, und
2. Autonomie als empirischer Fähigkeit, solche Entscheidungen auch tatsächlich zu fällen und ihre Ausführung durchzusetzen – eine Fähigkeit, die einmal gegeben sein kann, einmal nicht.» (S. 33)

Die Definition der Autonomie als empirische Fähigkeit impliziert laut CURAVIVA (2021, S.33-34), dass MmD nicht grundsätzlich ihren Anspruch auf Autonomie verlieren, sondern dies individuell und situativ abgewogen werden muss.

Zusammenfassung

Die Definition des Autonomiebegriffes ist vielseitig und richtet sich nach der jeweiligen wissenschaftlichen Fachdisziplin und den persönlichen Wertevorstellungen. Dies impliziert, dass sowohl die Mitarbeitenden der Langzeitpflege als auch die Bewohnenden den Begriff der Autonomie unterschiedlich deuten können und es daher einen Austausch und eine gemeinsame Verständigung hinsichtlich der unterschiedlichen Perspektiven benötigt. Die BV stärkt den grundsätzlichen normativen Autonomieanspruch auch bei physischen und psychischen Einschränkungen. Die Voraussetzungen für etwaige Einschränkungen der Autonomie sind gesetzlich festgelegt. Die empirische Autonomiefähigkeit eines MmD ist anhand der bestehenden kognitiven Kompetenzen zu eruieren, dabei sind auch persönliche Einstellungen und das emotionale Erleben einzubeziehen. Sofern stellvertretende Entscheidungen getroffen werden müssen, bedarf es einer Abwägung der unterschiedlichen Wertevorstellungen.

2.2 Symptome, Ursachen und Verlauf der Demenzerkrankungen

Laut SAMW (2018a, S. 7) ist mit dem Begriff der Demenz ein Syndrom umschrieben, welchem verschiedene Ursachen zugrunde liegen können und durch kognitive Störungen in den Bereichen der Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen, Lernen und Gedächtnis, Sprache, höhere perzeptive und motorische Fähigkeiten und der sozialen Kognition gekennzeichnet ist. Diese Störungen führen zu einer beeinträchtigten Kompetenz, die Aktivitäten des täglichen Lebens zu bewältigen, sowie zu Veränderungen im emotionalen Erleben und im Verhalten (SAMW, 2018a, S. 7). Die mit der Demenz einhergehenden Symptome können laut Klie (2021, S. 39-40) zu einem beeinträchtigten Urteilsvermögen und zu Einschränkungen in der Selbstversorgung führen. Die Demenz ist laut WHO (ohne Angaben, zitiert in Alzheimer Schweiz, 2022a, S. 2) eine der Hauptursachen für Beeinträchtigungen und den Verlust der Selbstständigkeit bei älteren Menschen.

Zu den kognitiven Symptomen zählen die Amnesie, die Agnosie, die Apraxie und die Aphasie. Die Amnesie umfasst alle Störungen der Informationsaufnahme und der Informationsverarbeitung, sowie Einschränkungen des Lernens und der Merkfähigkeit (Karnath, Goldenberg & Ziegler, 2022, S. 147). Die Agnosie ist eine Störung des Erkennens (Karnath et al., 2022, S. 52-56) und beeinträchtigt die Verarbeitung von Sinneseindrücken. Dies verursacht Sinnestäuschungen, Wahrnehmungsstörungen und das Verkennen von Personen und Gegenständen (Karnath et al., 2022, S. 52-56). Es werden visuelle, akustische, taktile und olfaktorische Agnosien unterschieden (Karnath et al., 2022, S. 52-56). Eine weitere Form ist die Anosognosie, mit dem das Nichterkennen und Nichtwahrnehmen der eigenen Erkrankung einhergeht (Karnath et al., 2022, S. 265). Die Apraxie bezeichnet Störungen von motorischen Handlungsabläufen und führt dazu, dass Gegenstände nicht mehr richtig verwendet werden können und Handlungsabläufe nicht in logischer Reihenfolge umgesetzt werden können (Karnath et al., 2022, S. 73-74). Unter den Begriff der Aphasie fallen alle Sprachstörungen, dazu zählen Wortfindungsstörungen, Störungen des Satzbaues, Störungen der Wortverarbeitung und Störungen des Sprachverständnisses (Karnath et al., 2022, S. 87-90).

Neben den kognitiven Störungen können auch neuropsychiatrische Störungen auftreten, diese werden auch als behaviorale und psychische Symptome bei Demenz (BPSD) bezeichnet (Savaskan et al., 2024, S. 13). Zu den BPSD zählen affektive Symptome, wie Depression, Affektlabilität und Reizbarkeit, psychotische Symptome, zum Beispiel Wahn und Halluzinationen, sowie psychomotorische Symptome, zu denen Bewegungsdrang, Agitation, Aggressivität und Apathie zählen (Savaskan et al., 2024, S. 14). Als Ursachen zur Entstehung von BPSD gelten Neurotransmitterveränderungen in den verschiedenen Hirnarealen, die prämorbid Persönlichkeit, posttraumatische Reaktionen, Kommunikationsstil der Betreuenden, unbefriedigte Bedürfnisse sowie belastende physische und soziale Umweltfaktoren, (Savaskan et al., 2024, S. 21-

22, S. 41). Zu den häufigsten BPSD zählen die Apathie, die Depression, die Agitation, die Angst und die Aggressivität. (Savaskan et al., 2024, S. 22-23). Die BPSD stellen laut Savaskan et al. (2024, S. 14-17) einen grossen Belastungsfaktor für die betroffene Person und die Pflege- und Betreuungspersonen dar, sind hauptverantwortlich für die Unterbringung in Langzeitpflegeinstitutionen oder Alterspsychiatrien und sind damit auch ursächlich für den Autonomieverlust der PmD.

Eine weitere interessante Theorie hinsichtlich möglicher Veränderungen im Rahmen einer Demenzerkrankung stellt Christoph Held mit seinem Modell des veränderten Selbsterlebens auf. Laut Held (2018, S. 18) ist das veränderte Selbsterleben ein dissoziativer Zustand, durch den die PmD die Kontrolle über die eigene Wahrnehmung, das Denken, das Fühlen und das Handeln teilweise oder gänzlich verliert. Durch diesen Kontrollverlust über die eigene Wahrnehmung und die eigenen Handlungen, «...können keine Entscheidungen über sich selbst getroffen werden - in sehr späten Phasen der Krankheit können Betroffene kaum mehr entscheiden, ob sie aufstehen oder sitzen bleiben, weiterkauen oder schlucken wollen.» (Held, 2018, S. 18) Held bezieht sich bei seinem Modell auf die Psychopathologie von Christian Scharfetter und dessen Einteilung in fünf verschiedene Qualitäten des Ichs, der Ich-Identität, der Ich-Vitalität, der Ich-Aktivität, der Ich-Demarkation und der Ich-Konsistenz (Held, 2018, Kap. 4). In diesen Bereichen können laut Held (2018, Kap. 4) im Rahmen des veränderten Selbsterlebens bei PmD folgende Störungen entstehen:

- Ich-Identität: der Bezug zu sich selbst als Person und zu der Biografie geht verloren.
- Ich-Vitalität: die Gewissheit über die eigene Existenz geht verloren, es kann ein Zustand der Gefühllosigkeit entstehen.
- Ich-Aktivität: Handlungen werden nicht mehr als eigene Handlungen erlebt, es kommt zu einem ziellosen Denken und Handeln.
- Ich-Demarkation: die Abgrenzung zwischen dem eigenen Selbst und der Umwelt ist nicht mehr möglich, Umweltreize können nicht mehr gefiltert und eingeordnet werden, die Folge ist eine Reizüberflutung.
- Ich-Konsistenz: ein Gefühl des sich AuflöSENS oder Auseinanderbrechens, die Wahrnehmung des eigenen Körpers und der eigenen Bedürfnisse ist eingeschränkt.

Laut Held (2018, Kap. 4) führt das veränderte Selbsterleben bei MmD mit fortschreitendem Krankheitsverlauf zu einem erhöhten Unterstützungsbedarf bei der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens und zu einer zunehmenden Abhängigkeit von Betreuungspersonen. Savaskan et al. (2024, S. 32) verweisen darauf, dass zu Helds Theorie bislang keine empirischen Forschungsergebnisse vorliegen, das Modell allerdings im Sinne einer verstehenden Diagnostik, das Verhalten von MmD für Betreuungs- und Pflegepersonen erklärbar macht.

Bei den Ursachen von Demenzerkrankungen wird zwischen neurodegenerativen Erkrankungen, vaskulären Erkrankungen und weiteren Erkrankungen mit demenzähnlichen Symptomen unterschieden (Alzheimer Schweiz, 2022a, S. 1; SAMW, 2018a, S. 7).

Zu den neurodegenerativen Erkrankungen zählen die Alzheimer Demenz, die Lewy-Körper-Demenz, die Parkinson Demenz und die frontotemporale Demenz (Alzheimer Schweiz, 2022a, S. 1; SAMW, 2018a, S. 7).

Bei den vaskulären Demenzen sind Gefässerkrankungen ursächlich, welche zu Durchblutungsstörungen und einem Absterben von Gehirnzellen führen können (Alzheimer Schweiz, 2022a, S. 3; SAMW, 2018a, S. 7). Die vaskuläre Demenz kann auch zeitgleich mit der Alzheimer-Demenz auftreten, dies wird als gemischte Demenzform bezeichnet (Alzheimer Schweiz, 2022a, S.3).

Die weiteren Erkrankungen mit demenzähnlichen Symptomen werden auch als sekundäre Demenzen bezeichnet, dabei wird zwischen den irreversiblen und den reversiblen Erkrankungen unterschieden (Alzheimer Schweiz, 2022a, S. 1-2). Bei den Erkrankungen mit irreversiblen Symptomen lassen sich unter anderem die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, die Huntington-Krankheit und traumatische Hirnverletzungen benennen. Zu den reversiblen Erkrankungen, bei denen die Symptome teilweise behandelbar sind, zählen unter anderem chronische Infektionskrankheiten wie HIV, entzündliche Erkrankungen wie die Multiple Sklerose, Stoffwechselstörungen oder Gehirntumore (Alzheimer Schweiz, 2022a, S. 1-2).

Der Krankheitsverlauf von Demenzen ist progredient und verläuft meist über mehrere Jahre, die reversiblen sekundären Demenzen sind davon ausgenommen (Alzheimer Schweiz, 2022a, S. 1-3; SAMW, 2018a, S. 8). Der Verlauf von Demenzerkrankungen lässt sich in drei Stadien einteilen, dem leichten, dem mittleren und dem schweren Stadium (Alzheimer Schweiz, 2022a, S. 2; Held, 2018, S. 40; SAMW, 2018a, S. 8). Das Stadium wird anhand der Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit bestimmt (Held, 2018, S. 40).

Im leichten Stadium treten beginnende kognitive Störungen auf, die zu ersten Einschränkungen in der Bewältigung des Alltags führen. Betroffene Personen sind in diesem Stadium meist urteilsfähig und können mit punktueller Unterstützung von aussen ihr Leben selbstständig führen (Alzheimer Schweiz, 2022a, S. 2-3; Held, 2018, S. 40; SAMW, 2018a, S. 8).

Im mittleren Stadium nehmen die kognitiven Einschränkungen weiter zu, eine selbständige Lebensführung in der eigenen Häuslichkeit ist meist nur noch mit umfassender Unterstützung möglich (Alzheimer Schweiz, 2022a, S. 2-3; Held, 2018, S. 40; SAMW, 2018a, S. 8). Die BPSD intensivieren sich in diesem Stadium, die Belastung der betroffenen Person und der Betreuungspersonen steigt und ein Übertritt in eine Langzeitpflegeinstitution wird je nach individueller Lebenssituation und Symptomausprägung notwendig (SAMW, 2018a, S. 8).

Im schweren Stadium der Erkrankung ist der MmD umfänglich in allen Bereichen des täglichen Lebens auf andere Personen angewiesen, eine selbstständige Lebensführung im eigenen Zuhause ist nicht mehr möglich (Alzheimer Schweiz, 2022a, S. 2-3; Held, 2018, S. 40; SAMW, 2018a, S. 8). Mit diesem Stadium gehen eine erheblich eingeschränkte verbale Kommunikationsfähigkeit, anhaltende Verhaltensstörungen und psychische Störungen, zunehmende Immobilität und häufig Urin- und Stuhlinkontinenz einher (Alzheimer Schweiz, 2022a, S. 2-3; Held, 2018, S. 40; SAMW, 2018a, S. 8). Zunehmend werden palliative Fragen relevant, zum Beispiel zu den Themen Umgang mit Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen und Sterbebegleitung (SAMW, 2018a, S. 8).

Zusammenfassung

Die Ausführungen zu den Demenzen zeigen, dass die Erkrankung mit einer Vielzahl an kognitiven und neuropsychiatrischen Störungen einhergehen kann, welche das autonome Entscheiden und Handeln von MmD einschränken. In welchem Umfang die Autonomiefähigkeit der PmD besteht, hängt von dem individuellen Verlauf, der Symptomausprägung und dem Stadium der Erkrankung ab.

2.3 Spannungsfeld Demenz und Autonomie

Die vorangegangenen Abschnitte deuten darauf hin, dass durch den mit einer Demenz einhergehenden Kompetenzverlust, eine Diskrepanz zwischen dem normativen Autonomieanspruch und der bestehenden empirischen Autonomiefähigkeit entstehen kann. Dieses Spannungsfeld wird im Folgenden detaillierter betrachtet.

In den Ausführungen zu den Demenzerkrankungen ist wiederholt der Begriff der Selbstständigkeit genannt worden. Diesbezüglich stellt CURAVIVA (2021) fest, dass mit dem Begriff die Fähigkeit gemeint ist, «... im eigenen Handeln nicht auf die Hilfe und Unterstützung anderer angewiesen zu sein». (S. 24) Wohingegen die Autonomie «... den Anspruch oder die Möglichkeit meint, in persönlichen Angelegenheiten selber über sein Leben bestimmen und eigenverantwortlich entscheiden zu können, ohne dass einem andere vorschreiben, wie man zu handeln hat.» (CURAVIVA, 2021, S. 24) Daraus schlussfolgert CURAVIVA (2021, S. 24), dass eine eingeschränkte Selbstständigkeit die Selbstbestimmung nicht ausschliesst, da die betroffene Person selbst bestimmen kann, welche Form der Unterstützung gewünscht ist und wie mit ihrer Abhängigkeit umzugehen ist.

Gerade dieser Aspekt zeigt aber die Herausforderung betreffend der Autonomiefähigkeit bei MmD auf, da im Krankheitsverlauf die Fähigkeit abnimmt, selbstbestimmt zu entscheiden und zu handeln (CURAVIVA, 2021, S. 25). Insbesondere bei urteilunfähigen MmD ist es herausfor-

dernd, die Autonomie zu respektieren, da laut Curaviva (2021, S. 34) der mit der Krankheit einhergehende Autonomieverlust dem Anspruch auf Autonomie gegenübersteht.

Der Deutsche Ethikrat (2012) differenziert hinsichtlich der Autonomiefähigkeit von MmD drei Stufen:

- «einer uneingeschränkten Selbstbestimmungsfähigkeit bei voller Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit im Frühstadium der Demenz,
- eine eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit, bei der die Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit auf bestimmte erlebnisnahe Handlungsfelder begrenzt ist und bei Entscheidungen außerhalb der Erlebnisnähe noch eine gewisse Mitbestimmungsmöglichkeit besteht,
- bis zu einer auf den Erlebnisnahraum eingeschränkten bloßen [sic] Mitwirkungsmöglichkeit im Spätstadium der Erkrankung.» (S. 56-57)

Die Unterteilung des Deutschen Ethikrates zeigt auf, dass der Grad der Autonomiefähigkeit bei MmD von dem Krankheitsstadium und der Urteilsfähigkeit abhängig ist. Um die Autonomie auch bei MmD mit einer bestehenden Urteilsunfähigkeit wahren zu können, darf laut CURAVIVA (2021, S. 33-34) nicht nach eigenem Ermessen des Behandlungsteams entschieden werden, sondern ist im Rahmen eines interprofessionellen Dialogs der mutmassliche Wille der betreffenden Person zu ermitteln. Hierbei ist auf Baumann-Hölzle (2021, S. 86-87) zu verweisen, die die ethische Urteilsbildung als Methode benennt, um stellvertretend Entscheide im Sinne des mutmasslichen Willens einer urteilsunfähigen Person zu fällen. Ziel der ethischen Urteilsfindung ist, auch bei irreversibel eingeschränkter Autonomiefähigkeit, die Selbstbestimmung grösstmöglich zu erhalten und zu fördern (Baumann-Hölzle, 2021, S. 86-87).

Die Wünsche und den Willen eines MmD zu ermitteln, kann bei fortgeschrittener Demenz insbesondere aufgrund der kognitiven Einschränkungen und einer eingeschränkten verbalen Kommunikationsfähigkeit herausfordernd sein (Tanner, 2018, S. 96). Der Deutsche Ethikrat (2012, S. 25-26), Rüegger (2009, S. 154) und Tanner (2018, S. 96-97, S.173-174) verweisen diesbezüglich darauf, dass MmD über ein differenziertes emotionales Erleben verfügen und unabhängig von ihrem Krankheitsstadium dazu in der Lage sind, ihren Emotionen und Bedürfnissen, ihrer Zustimmung oder Ablehnung anhand nonverbaler Kommunikation Ausdruck zu verleihen. Durch die Beachtung der nonverbalen Signale ist es dem interprofessionellen Behandlungsteam und den Angehörigen möglich, die Selbstbestimmung des MmD, insbesondere bei einem fortgeschrittenen Stadium der Demenzerkrankung, zu wahren und zu fördern (Deutscher Ethikrat, 2012, S. 26).

Die bisherigen Aspekte beziehen sich mehrheitlich auf die subjektive Ebene von MmD, ihrer Autonomiefähigkeit und auf mögliche krankheitsbedingte Einschränkungen dieser. Rüegger (2009, S. 123) verweist darauf, dass neben den inneren Faktoren, mit denen er die körperlichen und kognitiven Einschränkungen meint, auch äussere Faktoren das selbstbestimmte Leben beeinflussen können.

Daher werden im Folgenden mögliche äussere Einflüsse dargelegt, die Auswirkungen auf die Autonomie von MmD in der Langzeitpflege haben können. Als erster relevanter Aspekt ist die gesellschaftliche Haltung gegenüber MmD zu benennen. Die heutige Gesellschaft ist nach Rüegger (2009, S. 146) durch die Werte der Produktivität, der Rationalität und der Autonomie geprägt. Wenn MmD im Laufe ihrer Erkrankung die Fähigkeiten verlieren, leistungsfähig zu sein und ihr Leben selbstbestimmt zu führen, kann dies zu einer Entwertung von MmD führen (Rüegger, 2009, Kap. 5). Zur Wahrung der Autonomie benötigt es aber die Wertschätzung und Anerkennung der Person, die sich nicht nur nach der Leistungsfähigkeit richten sollte (Rüegger, 2009, Kap. 5). Im Mittelpunkt sollte nicht die Krankheit und die damit verbundenen Defizite stehen, sondern die Person mit ihrem gesamten Empfinden (Rüegger, 2009, Kap. 5). Dafür ist eine integrative, ganzheitliche und personenorientierte Haltung notwendig, die es ermöglicht, den MmD trotz der Erkrankung und der damit verbundenen Abweichungen von den gesellschaftlichen Werten, gleichwertig zu behandeln und ihm solidarische Unterstützung zukommen zu lassen (Rüegger, 2009, Kap. 5). Diese von Rüegger geforderte Haltung ermöglicht eine Begegnung auf Augenhöhe, bei gleichzeitiger Respektierung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs, sowie der Anerkennung der Autonomie. Die medizinisch-pflegerische Orientierung der Langzeitpflege und die Ausrichtung der Institutionen auf Kosten- und Prozesseffizienz können der Entwicklung einer solchen Haltung aber entgegenwirken und damit auch die Autonomie beschränken (Rüegger, 2009, S. 127-128, S. 184-186).

Des Weiteren können die Strukturen von Langzeitpflegeeinrichtungen Einfluss auf die Autonomie nehmen. Um den Betriebsablauf, die Qualität und die Finanzierung zu sichern, bestehen Vorgaben und Abläufe, denen sich die Bewohnenden anpassen haben, wodurch deren Individualität und Selbstbestimmung eingeschränkt werden kann (Rüegger, 2009, S. 127-128). Die Autonomiewahrung ist nur möglich, wenn sich die institutionellen Strukturen und das Handeln der Fachpersonen an den Bedürfnissen der Bewohnenden orientieren und nicht ausschliesslich an der Perspektive des Betriebes und der Fachpersonen (Rüegger, 2009, S. 127-128). Dies ist laut Rüegger (2009, S. 127-130) nur möglich, wenn Langzeitpflegeinstitutionen eine stetige Reflexion der Haltung und der bestehenden Strukturen ermöglichen.

Eine weitere Einschränkung der Autonomie in der Langzeitpflege kann durch ein Machtgefälle zwischen den Fachpersonen und der auf Hilfe angewiesenen Person entstehen. Die Mitarbeitenden verfügen nach Rüegger (2009) «... über ein hohes Mass an Experten-, Definitions- und Handlungsmacht ...» (S. 125), was bei den hilfebedürftigen Menschen zu einem Gefühl des Sich-Ausgeliefert-Fühlens und einem Verlust der Selbstbestimmung führen kann (Rüegger, 2009, S. 126).

CURAVIVA (2021, S. 27) verweist auf den Aspekt der Privatsphäre und betont, dass der Schutz dieser ein relevantes Kriterium zur Autonomieförderung in der Langzeitpflege ist. Laut CURAVIVA (2021, S. 27) haben alle Menschen neben dem durch die BV geschützten Recht auf Privatsphäre auch das Bedürfnis, einen privaten Bereich zu haben. In der stationären Langzeitpflege kann dieses Bedürfnis durch gegebene Strukturen, wie Zweitbettzimmer oder die Übernahme der Körperpflege, beschränkt werden und bei den Bewohnenden zu einem Gefühl der Scham und der Fremdbestimmung führen (CURAVIVA, 2021, S. 27). Die Betriebskultur und die Strukturen müssen daher die Respektierung der Privatsphäre und Intimität ermöglichen, um die Autonomie bewahren und fördern zu können (CURAVIVA, 2021, S. 27).

Als weiterer äusserer Einflussfaktor ist der Fürsorgeauftrag der Institutionen zu benennen, wodurch ein ethisches Dilemma zwischen der Autonomie des MmD und der Fürsorgepflicht auf Seiten des Behandlungsteams entstehen kann (Rüegger, 2009, S. 126). Sofern MmD durch das Behandlungsteam in Entscheidungen des alltäglichen Lebens weiterhin einbezogen werden, kann ihre Selbstbestimmung in konkreten Situationen und Entscheidungsprozessen aber bewahrt und gefördert werden (Rüegger, 2009, S. 128-129). Nach Klie (2012) stellen der Fürsorgeauftrag und die Autonomie nicht grundsätzlich einen Gegensatz dar, für ihn gilt der Leitsatz «... Freiheit durch Fürsorge ...» (S. 96). Die selbstbestimmte Lebensgestaltung von MmD kann nach Klie (2012, S. 96) gelingen, wenn die Fürsorge der pflegenden Personen durch Empathie und einer vertrauensvollen Beziehung zu dem MmD geprägt ist. Auch Baumann-Hölzle (2021, S. 88) verweist darauf, dass Autonomie über gelebte Beziehungen ermöglicht wird und diesen daher eine besondere Aufmerksamkeit zu geben ist.

Auf einen weiteren bedeutsamen Aspekt im Spannungsfeld von Demenz und Autonomie verweist Albisser Schleger (2019b, S.40). Das Autonomieverständnis wird demnach durch die eigene Sozialisation, die Kultur, die Umgebung, das Alter, das Geschlecht, die Bildung, die psychische Disposition und eigene Erfahrungen geprägt. Dies führt zu unterschiedlichen individuellen Auffassungen von Autonomie sowohl bei den pflegebedürftigen Menschen als auch bei den Fachpersonen in Langzeitpflegeinstitutionen (Albisser Schleger, 2019b, S. 40). Diese Unterschiede im Autonomieverständnis sind zu berücksichtigen und zu reflektieren, damit persönliche Vorstellungen der Fachpersonen nicht auf die pflegebedürftige Person unbewusst übertra-

gen werden und im Sinne des Autonomiebedürfnisses und Autonomieverständnisses der pflegebedürftigen Person gehandelt werden kann (Albisser Schleger, 2019b, S. 40).

Abschliessend wird ein Zitat von Bielefeldt (2019) aufgeführt: Sie [MmD] sind nicht lediglich Objekte von Pflege und Versorgung, sondern bleiben Subjekte mit Anspruch auf Respekt. Insofern gilt auch für sie die gesellschaftliche Forderung, ihre Autonomie zu achten.» (S. 55) Aus Sicht der Autorin der Masterarbeit fasst dieses Zitat die Kernaussage der obigen Ausführungen zusammen. Den MmD als Subjekt wahrzunehmen, impliziert die personenzentrierte Haltung nach Kitwood (2022) und ermöglicht es, die Person ganzheitlich mit all ihren Werten, Prägungen, Bedürfnissen, ihrer Individualität und ihrem emotionalen Erleben, unabhängig vom Grad der empirischen Autonomiefähigkeit, zu respektieren und zu begleiten. Im Gegensatz dazu kann die Verobjektivierung dazu führen, dass nicht mehr der MmD und seine Bedürfnisse im Mittelpunkt stehen, sondern die Erkrankung und die damit verbundenen Handlungsziele der Fachpersonen. Eine stetige Reflexion der eigenen Haltung und des eigenen Handelns ist daher Grundvoraussetzung für eine gelingende Autonomiewahrung und -förderung in der demenzspezialisierten Langzeitpflege.

Zusammenfassung

Es bestehen vielseitige Faktoren, welche die Autonomiefähigkeit und die Autonomieausübung von MmD im Langzeitpflegesetting beeinflussen können und zu einer Diskrepanz zwischen dem Autonomieanspruch und der tatsächlichen Möglichkeit, autonom zu entscheiden und zu handeln, führen können. In Institutionen der Langzeitpflege benötigt es einen Dialog, um diese Diskrepanzen zu reflektieren, sowie entscheiden zu können, ob und in welchem Umfang eine Einschränkung der Autonomie im Sinne des Fürsorgeauftrags notwendig und gerechtfertigt ist. Die ethische Entscheidungsfindung stellt eine mögliche Dialogform dar, um bestehende Diskrepanzen und Dilemmata erörtern zu können.

3. Rechtliche und ethische Grundlagen

In diesem Kapitel werden die für das Thema relevanten rechtlichen und ethischen Grundlagen dargelegt. Es wird aufgezeigt, unter welchen gesetzlichen Voraussetzungen die Autonomie von MmD eingeschränkt werden kann und welche ethischen Aspekte dabei zu beachten sind. Der Fokus wird dabei auf die Themen Urteilsfähigkeit, Patient:innenwille, bewegungseinschränkende Massnahmen, fürsorgerische Unterbringung und Beistandschaften gelegt, da diese im stationären Langzeitpflegesetting die relevantesten Themenbereiche darstellen. Im abschliessenden Abschnitt des Kapitels werden die aktuell geltenden ethischen Leitlinien zum Thema Selbstbestimmung bei Demenz zusammengefasst.

Bevor die detaillierten Ausführungen zu den einzelnen Themenbereichen erfolgen, wird im Folgenden ein Überblick gegeben, in welchen gesetzlichen Bestimmungen diese verankert sind. In der Schweiz sind die Bestimmungen zu den genannten Themenbereichen im ZGB (Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 1. Januar 1912, SR 210) enthalten. Das ZGB umfasst das Personenrecht, das Familienrecht, das Erbrecht, das Sachenrecht und das Obligationenrecht. Die Massnahmen zum Schutz von hilfebedürftigen Personen sind im Erwachsenenschutzrecht des ZGB (Schweizerisches Zivilgesetzbuch, Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht vom 1. Januar 2013, SR 210) geregelt. Wie in Abschnitt 2.1 dargelegt, ergibt sich aus Art. 12 BV der Auftrag zum individuellen Schutz Hilfebedürftiger, mit dem Ziel Gefährdungen abzuwehren. Das Erwachsenenschutzrecht hat zum 1. Januar 2013 das Vormundschaftsrecht abgelöst, mit dem Ziel das Selbstbestimmungsrecht zu fördern (Von Flüe, Smokvina, Noser & Spinatsch, 2022, S. 372).

Im Erwachsenenschutzrecht werden drei Arten von Massnahmen unterschieden: die eigene Vorsorge, Massnahmen von Gesetzes wegen für urteilsunfähige Personen und die behördlichen Massnahmen (Egli, Egbuna-Joss, Ghielmini, Belser & Kaufmann, 2019, S. 35).

Die eigene Vorsorge wird im zehnten Titel erster Abschnitt geregelt, zu dieser zählen der Vorsorgeauftrag (Art. 360-369 ZGB) und die Patient:innenverfügung (Art. 370-373 ZGB). Die Massnahmen von Gesetzes wegen für urteilsunfähige Personen sind im zweiten Abschnitt des zehnten Titels des ZGB enthalten und umfassen die Vertretungsregelungen durch Ehegatt:innen oder eingetragene Partner:innen (Art. 374-376 ZGB), die Vertretungsregelungen bei medizinischen Massnahmen (Art. 377-381 ZGB) und die Bestimmungen zum Aufenthalt in Wohn- und Pflegeeinrichtungen (Art. 382-387 ZGB). Die behördlichen Massnahmen des elften Titels des Erwachsenenschutzrechtes beinhalten die unterschiedlichen Beistandschaften (Art. 388-399 ZGB) und die fürsorgerische Unterbringung (Art. 426-438 ZGB).

Die Beistandschaften werden zum Schutz einer urteilsunfähigen Person eingesetzt, wenn ein Vorsorgeauftrag und eine Patient:innenverfügung fehlen oder niemand Vertretungsrechte gemäss Art. 374 und 378 ZGB übernehmen kann (Von Flüe et al., 2022, S. 401).

Eine fürsorgerische Unterbringung kann erfolgen, sofern die betreffende Person aufgrund einer psychischen Störung, einer geistigen Behinderung oder schwerer Verwahrlosung nicht mehr für sich sorgen kann (Von Flüe et al., 2022, S. 429).

Zu den Zwangsmassnahmen zählen neben der fürsorgerischen Unterbringung, die medizinische Zwangsbehandlung und die Eingriffe in die Bewegungsfreiheit (SAMW, 2018b, S. 9). Die Anwendung von medizinischen Zwangsbehandlungen ist in den gesetzlichen Bestimmungen der fürsorgerischen Unterbringung (Art. 433-438 ZGB) geregelt.

Ergänzend dazu ist Art. 377 ZGB des Abschnitts «Bestimmungen zum Aufenthalt in Wohn- und Pflegeeinrichtungen» zu benennen. Dieser umfasst die Vertretungsregelungen hinsichtlich medizinischer Massnahmen, zum Beispiel den Einsatz von Medikamenten, welche bei urteilsunfähigen und in Institutionen lebenden Personen angewendet werden (SAMW, 2018b, S. 29). Die gesetzlichen Bestimmungen betreffend bewegungseinschränkender Eingriffe sind im dritten Unterabschnitt «Aufenthalt in Wohn- und Pflegeeinrichtungen» des zehnten Kapitels Art. 383 und 384 ZGB aufgeführt.

Da die aufgeführten Massnahmen teils massive Einschränkungen der Grundrechte darstellen, dürfen sie nur unter den Voraussetzungen des Art. 36 BV angewendet werden (Egli et al., 2019, S. 35). Alle eingesetzten Massnahmen müssen den Grundprinzipien der Verhältnismässigkeit und der Subsidiarität entsprechen (Egli et al., 2019, S. 35). Demnach müssen vor der Anordnung einer Massnahme zuerst alle Alternativen ausgeschöpft sein, um der betroffenen Person zu helfen und immer die am wenigsten einschränkenden Massnahmen ausgewählt werden.

3.1 Urteilsfähigkeit und Handlungsfähigkeit

Im Personenrecht des ZGB wird zwischen der Rechtsfähigkeit, der Handlungsfähigkeit und der Urteilsfähigkeit einer Person unterschieden. Nach Art. 11 ZGB ist die Rechtsfähigkeit, die Fähigkeit, Rechte und Pflichten zu haben. Rechtsfähig ist jeder Mensch, unabhängig von seinem Alter und seiner geistigen Verfassung (Von Flüe et al., 2022, S. 38). Die Handlungsfähigkeit besitzt nach Art. 12 ZGB jede Person, die volljährig und urteilsfähig ist und ist die Fähigkeit, durch die eigenen Handlungen Rechte und Pflichten zu begründen. Dies beinhaltet, dass die von einer handlungsfähigen Person getätigten Rechtsgeschäfte grundsätzlich rechtsgültig sind (Alzheimer Schweiz, 2022b, S. 1). Es wird zwischen der vollständigen und der beschränkten Handlungsfähigkeit unterschieden (Von Flüe et al., 2022, S. 42-44). Diese Unterscheidung ist

bei der Errichtung einer Beistandschaft relevant, da die verschiedenen Beistandschaften die Handlungsfähigkeit in unterschiedlichem Ausmass einschränken können (Von Flüe et al., 2022, S. 42-45). Handlungsunfähig sind laut Art. 17 ZGB Personen, die urteilsunfähig sind, Minderjährige, sowie Personen unter umfassender Beistandschaft.

Die Urteilsfähigkeit ist eine Voraussetzung der Handlungsfähigkeit (Von Flüe et al., 2022, S. 38-39) und wird in Art. 16 ZGB wie folgt definiert: «Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters oder infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.» Gemäss dieses Artikels gilt grundsätzlich jede Person als urteilsfähig, die Urteilsunfähigkeit ist die Ausnahme (Von Flüe et al., 2022, S. 39). Eine Beurteilung der Urteilsfähigkeit wird nur bei begründeten Zweifeln erforderlich (SAMW, 2019a, S. 7). Eine mögliche Urteilsunfähigkeit muss unter Berücksichtigung der im Gesetzestext erwähnten Kriterien nachgewiesen werden und setzt eine erhebliche Einschränkung der mentalen Fähigkeiten voraus (SAMW, 2019a, S. 8). Von Flüe et al. (2022, S. 39) verweisen darauf, dass die Formulierung des vernunftgemässen Handelns einen gewissen Spielraum zulässt und die Interpretation des Begriffes abhängig davon ist, was in einer bestimmten Gesellschaft als vernünftig erachtet wird. Die SAMW (2019a, S. 8) stellt Kriterien zur Verfügung, zu denen kognitive, emotionale, motivationale und voluntative Faktoren zählen, um eine mögliche Urteilsunfähigkeit überprüfen zu können. Diese Kriterien sind der Masterarbeit als Anhang A in Tabellenform beigelegt. Der Anhang umfasst die genannten Kriterien sowie eine Spalte zur Verschriftlichung der Ergebnisse und bietet somit ein praxisorientiertes Hilfsmittel.

Je höher der Komplexitätsgrad einer Entscheidung ist, desto höher sind die Anforderungen an die oben genannten Fähigkeiten, daher empfiehlt die SAMW (2019a, S. 8) zur angemessenen Beurteilung eine ganzheitliche Betrachtung der Person. Weiterhin ist bei der Bemessung der Urteilsfähigkeit zu beachten, dass eine sorgfältige Überprüfung stattfindet, insbesondere wenn die Entscheidung mit erheblichen Konsequenzen für die betroffene Person einhergeht (SAMW, 2019a, S. 9). Für den Abwägungsprozess wird ein interprofessioneller Austausch unter Einbezug verschiedener Fachexpertisen empfohlen (SAMW, 2019a, S. 9).

Die Zuschreibung der Urteilsunfähigkeit erfolgt immer nur im Hinblick auf eine konkrete Entscheidung und einen definierten Zeitpunkt und gilt nicht dauerhaft. Sollte sich der Zustand der betroffenen Person verändern, ist die Urteilsfähigkeit zu evaluieren (SAMW, 2019a, S. 8). Durch die mit dem Krankheitsverlauf einhergehenden kognitiven und neuropsychiatrischen Störungen kann bei MmD im Verlauf der Erkrankung eine Urteilsunfähigkeit entstehen (SAMW, 2019a, S. 17). Die Diagnose einer Demenzerkrankung darf aber nicht dazu führen, dass automatisch von einer Urteilsunfähigkeit ausgegangen wird, generell gilt auch bei einer Demenzerkrankung die Vermutung der Urteilsfähigkeit (Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, 2021, S.

7; SAMW, 2019a, S. 17). Menschen mit einer mittleren Demenz können im Hinblick auf bestimmte Entscheidungen noch urteilsfähig sein, dazu können zum Beispiel Entscheidungen über einfache medizinische, pflegerische und betreuerische Massnahmen zählen (SAMW, 2019a, S. 17). Im schweren Demenzstadium ist hingegen meist von einer dauerhaften Urteilsunfähigkeit auszugehen (SAMW, 2019a, S. 17).

Weiterhin empfiehlt die SAMW (2019a, S. 9, S. 17), MmD das selbstbestimmte Entscheiden auch bei bestehender Urteilsunfähigkeit weitestgehend zu ermöglichen. Hierfür sollten die vorhandenen Ressourcen der Person gefördert werden und störende Faktoren reduziert werden. Als Beispiele werden diesbezüglich die einfache Formulierung von Sachverhalten und Fragen, das Wiederholen dieser zur Konsistenzüberprüfung, eine vertraute Umgebung, der Einsatz von Hilfsmitteln wie Brille oder Hörgerät und der Ausschluss von Schmerzen, eines Delirs oder möglicher Medikamentennebenwirkungen benannt. Sofern eine Urteilsunfähigkeit vorliegt, ist der geäusserte Wille rechtlich nicht mehr verbindlich (Egli et al., 2019, S. 34). Die Person, welche stellvertretend für die urteilsunfähige Person eine Entscheidung trifft, muss in diesem Fall aber den mutmasslichen Willen und die aktuellen Willensbekundungen berücksichtigen (Egli et al., 2019, S. 34).

Zusammenfassung

Die Urteilsfähigkeit bei MmD kann mit zunehmenden Krankheitsverlauf beeinträchtigt werden und damit auch zu einer Einschränkung der Autonomiefähigkeit führen. Die Bemessung der Urteilsfähigkeit erfolgt situations- und zeitbezogen unter Berücksichtigung der vorhandenen mentalen Kompetenzen des MmD. Selbstbestimmte Entscheidungen sollen weitestgehend gefördert werden. Können im Rahmen einer schweren Demenz keine eigenen Entscheidungen mehr getroffen werden, richtet sich die Entscheidungsfindung an dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person aus.

3.2 Vorsorgeauftrag, Patient:innenverfügung und Patient:innenwille

Durch den Vorsorgeauftrag und die Patient:innenverfügung erhält die urteilsfähige Person die Möglichkeit, für den Zeitpunkt einer etwaigen Urteilsunfähigkeit vorzusorgen und ihren Willen festzuhalten (Von Flüe et al., 2022, S. 374-375, S. 386).

Mit dem Vorsorgeauftrag gemäss Art. 360 Ziff. 1 ZGB kann eine natürliche oder juristische Person bestimmt werden, die im Falle einer Urteilsunfähigkeit die betroffene Person in der Personensorge, Vermögenssorge und dem Rechtsverkehr vertritt. Die Aufgaben, die der vertretenden Person übertragen werden, müssen laut Art. 360 Ziff. 2 ZGB umschrieben sein und es können Weisungen zur Erfüllung der Aufgaben enthalten sein. Sollte die beauftragte Person nicht für die Aufgaben geeignet sein oder den Auftrag nicht annehmen, können gemäss Art. 360 Ziff. 3

ZGB Ersatzverfügungen getroffen werden. Von Flüe et al. (2022, S. 375) weisen darauf hin, dass die Person, welche den Vorsorgeauftrag verfasst, zu diesem Zeitpunkt handlungsfähig, also volljährig und urteilsfähig sein muss und keine umfassende Beistandschaft bestehen darf.

Die Bestimmungen zur Patient:innenverfügung sind den Art. 370-373 ZGB zu entnehmen. In Art. 370 Ziff. 1 ZGB ist festgehalten, dass eine urteilsfähige Person in einer Patient:innenverfügung festlegen kann, welchen medizinischen Massnahmen sie im Falle einer Urteilsunfähigkeit zustimmt oder nicht zustimmt. Gemäss Art. 370 Ziff. 2 ZGB kann eine natürliche Person bestimmt werden, die im Falle einer Urteilsunfähigkeit der betroffenen Person medizinische Massnahmen mit den behandelnden Ärzt:innen besprechen und stellvertretend entscheiden kann. Eine Patient:innenverfügung muss gemäss Art. 371 ZGB von der ausstellenden Person datiert und unterzeichnet werden und kann jederzeit, wie auch der Vorsorgeauftrag, von der urteilsfähigen ausstellenden Person widerrufen werden. Für das Thema der Masterthesis ist insbesondere Art. 372 Ziff. 2 ZGB relevant. Demnach müssen Ärzt:innen dem Wunsch einer Patient:innenverfügung entsprechen, ausser wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass die Patient:innenverfügung auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen entspricht.

Wie im zweiten Kapitel der Masterarbeit dargelegt, kann im Rahmen einer Demenz die Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigt werden und damit das Erfassen des mutmasslichen Willens erschwert werden. Baumann-Hölzle (2021, S. 215) gibt auch zu bedenken, dass Patient:innenverfügungen zukünftige Entscheidungsprozesse vorwegnehmen, auf Annahmen beruhen und damit im Spannungsfeld des mutmasslichen und tatsächlichen Willens stehen können. Auch kann es sein, dass stellvertretende Personen Entscheidungen eher nach ihren eigenen Wertevorstellungen treffen und nicht im Sinne des mutmasslichen Willens der urteilsunfähigen Person (Baumann-Hölzle, 2021, S. 262).

Eine weitere Herausforderung kann entstehen, wenn bei der Erhebung des mutmasslichen Willens Uneinigkeit zwischen dem Behandlungsteam und der stellvertretenden Person hinsichtlich medizinischer Massnahmen besteht (Baumann-Hölzle, 2021, S. 261).

Weiterhin weist die NEK-CNE (2021, S. 8) daraufhin, dass der mutmassliche Wille der urteilsunfähigen Person vom objektiv medizinisch definierten Patient:innenwohl und damit von der fachlichen Perspektive des interprofessionellen Behandlungsteams abweichen kann. Diese Sachverhalte können die Ermittlung des mutmasslichen Willens erschweren und aufgrund verschiedener Wertevorstellungen und Bedürfnisse zu ethischen Dilemmata führen. CURAVIVA (2021, S. 35) stellt diesbezüglich eine wertvolle Orientierungshilfe zur Verfügung. Diese umfasst verschiedene Informationsquellen, die zur Ermittlung des mutmasslichen Willens beigezogen werden können. Die Informationsquellen umfassen Angaben zu persönlichen Wertevorstellungen und der bisherigen Lebensführung, sowie aktuelle Willensbekundungen und haben einen über-

wiegend biografischen Bezug. Eine detaillierte Übersicht der Informationsquellen ist der Masterthesis in Tabellenform als Anhang B beigelegt und bietet die Möglichkeit einer Ergebnissammlung.

Weiterhin werden zur Evaluation des Patient:innenwillens ethische Fallbesprechungen empfohlen. Diese sind behilflich bei der interprofessionellen Entscheidungsabwägung, bei Bedenken hinsichtlich der Gültigkeit der Patient:innenverfügung und bei der Konsensbildung zwischen Patient:innen, Behandlungsteam, stellvertretenden Personen und Angehörigen (CURAVIA, 2021, S. 35; Albisser Schleger, 2019b, S. 73; SAMW, 2020b, S.22). Sollte die Konsensbildung nicht gelingen, kann die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde hinzugezogen werden (SAMW, 2020b, S.22). Diese kann bei strittigen medizinischen Entscheidungen eine Beistandschaft mit Vertretungsrecht für medizinische Massnahmen einrichten (Baumann-Hölzle, 2021, S. 262).

Zusammenfassung

Der Vorsorgeauftrag und die Patient:innenverfügung bieten die Möglichkeit, den eigenen Willen über den Zeitpunkt der Urteilsunfähigkeit hinaus zu wahren und können somit wesentlich zur Autonomiewahrung von MmD beitragen. Sofern diese Varianten der eigenen Vorsorge nicht getroffen wurden oder Anhaltspunkte gegeben sind, dass die Inhalte der Dokumente nicht mehr dem Willen entsprechen, ist der mutmassliche Wille zu evaluieren. Die Erhebung des mutmasslichen Willens sollte unter Einbezug von relevanten Bezugspersonen erfolgen und sich an Informationen zu den persönlichen Wertevorstellungen und der bisherigen Lebensführung, sowie aktuellen Äusserungen und Handlungen des MmD orientieren.

3.3 Zwangsmassnahmen

Unter den Begriff der Zwangsmassnahmen fallen alle Eingriffe, die im Rahmen eines medizinisch-pflegerischen Behandlungs- und Betreuungsverhältnisses gegen den Willen oder gegen den Widerstand einer Person erfolgen (CURAVIVA, 2021, S. 39; SAMW, 2022, S. 108). Laut SAMW (2018b, S. 1, S. 5) stellen alle Zwangsmassnahmen einen gravierenden Eingriff in die Grundrechte einer Person dar und stehen im Widerspruch zum medizinethischen Prinzip der Achtung der Autonomie. CURAVIVA (2021, S. 39) ergänzt dazu, dass Zwangsmassnahmen für alle beteiligten Personen belastend und möglichst zu vermeiden sind. Im medizinischen und pflegerischen Kontext können aber Situationen entstehen, in denen die Anwendung von Zwangsmassnahmen aufgrund der medizinethischen Grundprinzipien der Fürsorge und des Nicht-Schadens und zur Abwendung einer Selbst- oder Fremdgefährdung notwendig sind (CURAVIVA, 2021, S. 39; SAMW, 2018b, S. 1; SAMW, 2022, S. 108).

Insbesondere in der demenzspezialisierten Langzeitpflege kann aufgrund der mit einer Demenzerkrankung einhergehenden BPSD der Einsatz von Zwangsmassnahmen notwendig werden (CURAVIVA, 2021, S. 39). Da die Zwangsmassnahmen die Persönlichkeitsrechte tangieren, bedarf es einer ethischen Reflexion und der Beachtung der rechtlichen Bestimmungen, sowie der geltenden Richtlinien (SAMW, 2018b, S. 5).

Bei den Zwangsmassnahmen wird zwischen den Eingriffen in die Bewegungsfreiheit, der medizinischen Zwangsbehandlung und der fürsorgerischen Unterbringung unterschieden.

Die Bewegungsfreiheit ist im Rahmen des Grundrechtes nach Art. 10 Abs. 2 BV und Art. 31 BV verfassungsrechtlich geschützt und steht somit auch urteilsunfähigen Personen zu, eine Einschränkung kann nur unter den Voraussetzungen des Art. 36 BV erfolgen (Affolter et al. 2012, S. 272). Gemäss Art. 383 Ziff. 1 ZGB darf die Wohn- und Pflegeeinrichtung die Bewegungsfreiheit einer urteilsunfähigen Person einschränken, um

1. «eine ernsthafte Gefahr für das Leben oder die körperliche Integrität der betroffenen Person oder Dritter abzuwenden; oder
2. eine schwerwiegende Störung des Gemeinschaftslebens zu beseitigen.»

Gemäss dieses Artikels dürfen die bewegungseinschränkende Massnahmen nur eingesetzt werden, wenn weniger einschneidende Massnahmen nicht ausreichen oder von vornherein davon auszugehen ist, dass diese nicht ausreichen. Laut Art. 383 Ziff. 2 und 3 ZGB ist die betroffene Person vorab über die Art und Dauer der Massnahme zu informieren, mit Ausnahme von Notfallsituationen. Weiterhin muss die Bewegungseinschränkung regelmässig überprüft und so bald wie möglich aufgehoben werden. Bei urteilsfähigen Personen dürfen bewegungseinschränkende Massnahmen nur im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung gemäss Art. 438 ZGB erfolgen (Affolter et al. 2012, S. 272).

Zu den bewegungseinschränkende Massnahmen zählen:

- elektronische Überwachungsmassnahmen, zum Beispiel die Funkortung;
- die Isolierung oder das Abschiessen von Türen im Einzelfall;
- Bettgitter oder andere indirekte Einschränkungen, wie die Platzierung in einem tiefen Stuhl, die das selbstständige Aufstehen verhindert;
- Feststellen von Rollstuhlbremsen;
- Sensormatten
- und die unmittelbare Einschränkung durch Fixation, Körpergurte, Pflegebody's und Spezialdecken (Affolter et al., 2012, S. 272-273; CURAVIVA, 2012, S.34).

Hilfsmittel wie Rollstuhltische, die punktuell zur Unterstützung und mit dem Einverständnis der betroffenen Person angebracht werden, sowie Weglaufschutz-Vorrichtungen einer Demenzabteilung, welche im Rahmen der Unterbringung vertraglich vereinbart wurden, zählen nicht zu

den bewegungseinschränkenden Massnahmen nach Art. 383 ZGB (Affolter et al., 2012, S. 273). Weitere relevante Bestimmungen hinsichtlich des Einsatzes bewegungseinschränkender Massnahmen beinhaltet Art. 384 Ziff. 1-3 ZGB (Affolter et al., 2012, S. 276-277). Demnach muss jede bewegungseinschränkende Massnahme mit dem Namen der anordnenden Person, Zweck, Art und Dauer protokolliert werden und die für medizinische Massnahmen vertretende Person informiert werden. CURAVIA (2012, S. 33-34) weist darauf hin, dass bewegungseinschränkende Massnahmen in Langzeitpflegeeinrichtungen gehäuft bei MmD eingesetzt werden, um Stürze zu vermeiden sowie bei herausforderndem Verhalten. Diese Massnahmen haben erhebliche negative Folgen für die betroffene Person (CURAVIVA, 2012, S. 34). Unter anderem kann sich die Sturzgefahr je nach Massnahme erhöhen, wenn die betroffene Person versucht über ein Bettgitter zu klettern (CURAVIVA, 2012, S. 34). Weiter können diese Massnahmen durch die reduzierte Bewegungsmöglichkeit zu einer verschlechterten Gang- und Balancefähigkeit führen und damit wiederum die Sturzgefahr erhöhen. Auch wird angemerkt, dass MmD mit erhöhtem Stress auf bewegungseinschränkende Massnahmen reagieren und dies zu vermehrten Verhaltensauffälligkeiten wie Unruhe oder Aggression führt (CURAVIVA, 2012, S. 34). Dies wiederum kann einen vermehrten Einsatz von Psychopharmaka zur Folge haben.

Um den Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen so weit wie möglich vermeiden zu können, sind eine interprofessionelle Ursachen- und Risikoanalyse, sowie das Ausschöpfen alternativer medizinischer und pflegerischer Massnahmen notwendig (CURAVIVA, 2012, S. 35). Insbesondere bei herausfordernden Verhaltensweisen sollten milieutherapeutische und sicherheitsfördernde Massnahmen Vorrang vor bewegungseinschränkenden Interventionen haben (CURAVIVA, 2012, S. 35). Das Netzwerk GERONTOLOGIE CH (2017, S. 16) stellt in seinen Richtlinien zum Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen heraus, dass durch den Einsatz dieser Massnahmen ethische Konfliktsituationen zwischen der Wahrung der Sicherheit und dem Respektieren der Bewegungsfreiheit entstehen und daher eine ethische Reflexion unerlässlich ist.

Der Einsatz von Medikamenten mit beruhigender Wirkung, welche die Bewegungsfreiheit einschränken, gilt nicht als bewegungseinschränkende Massnahme im Sinne des Art. 383 ZGB (Affolter et al., 2012, S. 273; Egli et al., 2019, S. 37). In diesem Falle gelten die Bestimmungen der Art. 377 und 378 ZGB, die Umsetzung der medizinischen Massnahmen darf demnach nur mit der Zustimmung der vertretungsberechtigten Person erfolgen (Affolter et al., 2012, S. 273; Egli et al., 2019, S. 37). Die vertretungsberechtigte Person hat bei ihrer Entscheidung über den Einsatz von medizinischen Massnahmen den mutmasslichen Willen der urteilsunfähigen Person einzubeziehen (SAMW, 2022, S. 49). Sofern keine vertretungsberechtigte Person vorhanden ist oder diese ihr Vertretungsrecht nicht ausüben möchte, wird durch die Erwachsenenschutzbehörde eine Beistandschaft errichtet (SAMW, 2022, S. 49).

Sofern eine Person im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung in einer Institution untergebracht ist und die Medikamentengabe, sowie andere medizinische Massnahmen gegen den Willen erfolgt oder die Person aufgrund einer Urteilsunfähigkeit nicht zustimmen kann, gilt dies als medizinische Zwangsbehandlung und wird über die Art. 434 und 435 ZGB geregelt (Affolter et al., 2012, S. 273; SAMW, 2022, S. 52). Der Begriff der Zwangsbehandlung umfasst alle medizinischen Massnahmen, die zur Erhaltung oder zur Wiederherstellung der Gesundheit unter Zwang angewendet werden (SAMW, 2018b, S. 9). Gemäss Art. 434 ZGB darf eine Behandlung ohne Zustimmung erfolgen, wenn ohne Behandlung ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden droht oder das Leben oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet ist, die betroffene Person bezüglich ihrer Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig ist und keine geeignete Massnahme zur Verfügung steht, die weniger einschneidend ist.

Als weitere Zwangsmassnahme ist die fürsorgerische Unterbringung zu benennen. Eine fürsorgerische Unterbringung liegt laut SAMW (2018b, S. 10) vor, wenn eine Einweisung einer Person gegen ihren Willen zur Behandlung und Betreuung in eine geeignete Institution erfolgt. Da die fürsorgerische Unterbringung einen schweren Eingriff in das Grundrecht der persönlichen Freiheit darstellt, sollte diese Massnahme nur als Ultima Ratio angewendet werden (SAMW, 2022, S. 110). Um eine Person gegen ihren Willen in eine Institution einzuweisen, muss ein Schwächezustand vorliegen, die möglichen Schwächezustände werden in Art. 426 Ziff. 1 ZGB näher definiert (Affolter et al., 2012, S. 247). Gemäss dieses Artikels zählen dazu psychische Störungen, geistige Behinderungen oder die schwere Verwahrlosung. Der Begriff der psychischen Störung umfasst alle anerkannten Krankheitsbilder der Psychiatrie, dazu zählt auch die Demenz (Affolter et al., 2012, S. 247). Die Ausprägung des Schwächezustands muss so erheblich sein, dass gemäss Art. 426 Ziff. 1 ZGB die erforderliche Behandlung und Betreuung nur durch eine Unterbringung erfolgen kann, demnach gilt auch bei der fürsorgerischen Unterbringung das Subsidiaritätsprinzip (Affolter et al., 2012, S. 247). Diese gesetzliche Regelung impliziert nach Affolter et al. (2012, S. 247) einen weitreichenden Ermessensspielraum und bedarf daher einer Verhältnismässigkeitsprüfung. In Art. 426 Ziff. 2 ZGB wird ergänzend aufgeführt, dass auch die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten zu berücksichtigen ist. Die Anordnung einer fürsorgerischen Unterbringung und die Entlassung obliegt der Erwachsenenschutzbehörde (SAMW, 2022, S. 110). Diese Kompetenz kann nach Art. 429 ZGB durch die Kantone an Ärzt:innen delegiert werden, in diesem Fall darf die Dauer der Unterbringung sechs Wochen nicht überschreiten (SAMW, 2022, S. 110).

Die SAMW (2018b, S. 29) verweist darauf, dass die Einweisung von MmD im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung für die betroffene Person und die Angehörigen eine erhebliche Belastung darstellen können. Daher sollte vorab immer geprüft werden, ob eine Unterbringung in einer Institution möglichst über einen Betreuungsvertrag nach Art. 382 ZGB erfolgen kann (SAMW, 2018b, S. 29). Ebenso sind immer der mutmassliche Wille und die Wünsche der ur-

teilsunfähigen Person zu berücksichtigen, sollte die vertretungsberechtigte Person dies nicht berücksichtigen und damit gegen das Interesse der betroffenen Person handeln, ist die Erwachsenenschutzbehörde einzubeziehen (SAMW, 2018b, S. 29).

Ergänzend zu den bisher aufgeführten Zwangsmassnahmen erwähnt die SAMW (2018b, S. 28) in ihren Richtlinien auch «... psychische und subtile Freiheitseinschränkungen wie übermässige Kontrolle, Drohungen, Manipulation, Entzug von Genussmitteln». (S. 28) Diese werden im Gesetz nicht erwähnt, stellen für die SAMW (2018b, S. 28) aber auch Eingriffe in das von der BV geschützte Grundrechte der persönlichen Freiheit ein und sind deswegen ethisch zu hinterfragen.

Alle Zwangsmassnahmen greifen erheblich in das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf persönliche Freiheit eines Menschen ein, daher ist bei der Anwendung immer die Verhältnismässigkeit und Subsidiarität individuell zu prüfen (SAMW, 2022, S. 108-109). Ebenso ist bei der Erwägung einzubeziehen, dass der Einsatz von Zwangsmassnahmen somatische und psychische Schäden verursachen kann (SAMW, 2022, S. 108-109). Die SAMW (2018b, S. 28-30) hat daher ergänzend zu den rechtlichen Vorgaben Grundsätze formuliert, die beim Einsatz von Zwangsmassnahmen in der Langzeitpflege zu beachten sind. Weiterhin empfiehlt die SAMW (2018b, S. 31) Langzeitpflegeinstitutionen betriebsinterne präventive Massnahmen zu ergreifen. Eine Zusammenfassung der Grundsätze und der präventiven Massnahmen ist der Masterarbeit als Anhang C beigelegt.

Zusammenfassung

Zwangsmassnahmen können die Autonomie der betroffenen Person erheblich einschränken. Insbesondere bei MmD kann durch die Anwendung von Zwangsmassnahmen erheblicher physischer und psychischer Schaden zugefügt werden. Daher sollten vor dem Einsatz immer alternative präventive Massnahmen ausgeschöpft werden. Sollten Zwangsmassnahmen erforderlich werden, müssen diese unter Beachtung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen und der SAMW Grundsätze (2018b, siehe Anhang C) umgesetzt werden. Gefässe zur ethischen Entscheidungsfindung geben die Möglichkeit, Spannungsfelder zwischen den medizin-ethischen Prinzipien zu diskutieren und die bestmögliche Lösung für eine urteilsunfähige Person zu finden.

3.4 Beistandschaften

Die gesetzlichen Bestimmungen betreffend der Beistandschaften sind in den Art. 388 bis 425 ZGB enthalten. In diesen Artikeln sind die allgemeinen Grundsätze, die Voraussetzungen zur Errichtung, die unterschiedlichen Beistandschaftsarten und die Bestimmungen zum Ende einer Beistandschaft geregelt. Weiterhin ist in diesen Artikeln festgelegt, wer Beiständ:in werden kann und welche Aufgaben und Regeln Beiständ:innen zu befolgen haben, sowie die Vorgaben zu den Aufgaben der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde.

Die Beistandschaften gehören zu den behördlichen Massnahmen und sind die einzigen amtsgebunden Massnahmen des Erwachsenenschutzrechtes (SAMW, 2022, S. 50). Gemäss Art. 390 Ziff. 1 ZGB wird eine Beistandschaft durch die Erwachsenenschutzbehörde ernannt. Der Antrag auf Errichtung einer Beistandschaft kann gemäss Art. 390 Ziff. 3 ZGB durch die betroffene Person, durch eine nahestehende Person oder von Amtes wegen erfolgen. Mit dem Errichten einer Beistandschaft soll das Wohl und der Schutz einer hilfsbedürftigen Person gewährleistet werden (Affolter et al. 2012, S. 136). Nur wenn eine Gefährdung dieses Wohls vorliegt, kann eine Beistandschaft errichtet werden (Affolter et al. 2012, S. 136).

Gemäss Art. 390 Ziff. 1 ZGB darf eine Beistandschaft für eine volljährige Person unter folgenden Voraussetzungen errichtet werden:

1. «wegen einer geistigen Behinderung, einer psychischen Störung oder eines ähnlichen in der Person liegenden Schwächezustands ihre Angelegenheiten nur teilweise oder gar nicht mehr besorgen kann;
2. wegen vorübergehender Urteilsunfähigkeit oder Abwesenheit in Angelegenheiten, die erledigt werden müssen, weder selber handeln kann noch eine zur Stellvertretung berechtigte Person bezeichnet hat.»

Wie bei der fürsorgerischen Unterbringung zählen die Demenzerkrankungen auch hier zu den psychischen Störungen und gelten damit als Schwächezustand (Affolter et al. 2012, S. 137). Zur Errichtung einer Beistandschaft ist ein vorliegender Schwächezustand aber nicht ausreichend, weiterhin muss ein Schutzbedürfnis vorliegen (Affolter et al., 2012, S. 138). Ein Schutzbedarf wird angenommen, wenn eine Person nicht zweckmässig oder entgegen ihren eigenen Interessen handelt oder eine erhebliche Verwahrlosung besteht (Affolter et al., 2012, S. 138). Die Errichtung einer Beistandschaft muss immer verhältnismässig sein, die Selbstbestimmung der betroffenen Person sollte weitestgehend ermöglicht werden und das Subsidiaritätsprinzip ist zu berücksichtigen (Affolter et al., 2012, S. 138).

Es werden verschiedene Arten der Beistandschaften unterschieden: die Begleitbeistandschaft (Art. 393 ZGB), die Vertretungsbeistandschaft (Art. 394 und 395 ZGB), die Mitwirkungsbeistandschaft (Art. 396 ZGB) und die umfassende Beistandschaft (Art. 398 ZGB). Weiterhin besteht nach Art. 397 ZGB die Möglichkeit einer kombinierten Beistandschaft, demnach können

die Begleit-, Vertretungs- und Mitwirkungsbeistandschaft (Art. 397 ZGB) kombiniert werden. Die umfassende Beistandschaft ist nicht kombinierbar und ist für Personen gedacht, die auf umfangreiche Hilfe angewiesen sind, sowie in allen Belangen vertreten werden müssen (Von Flüe et al., 2022, S. 409).

Bei der umfassenden Beistandschaft entfällt die Handlungsfähigkeit, wohingegen bei der Begleitbeistandschaft die Handlungsfähigkeit unberührt bleibt (Affolter et al., 2012, S. 141). Bei der Vertretungsbeistandschaft kann die Handlungsfähigkeit punktuell durch die Erwachsenenschutzbehörde eingeschränkt werden, bei der Mitwirkungsbeistandschaft ist die Handlungsfähigkeit bezüglich des Aufgabenbereichs eingeschränkt (Affolter et al., 2012, S. 141).

Zu den möglichen Aufgabenbereichen einer Beistandschaft zählen die Personensorge, die Vermögenssorge und der Rechtsverkehr (Von Flüe et al., 2022, S. 404). Die umfassende Beistandschaft umfasst alle drei genannten Aufgabenbereiche (Von Flüe et al., 2022, S. 409). Die Bestimmung der geeigneten Beistandschaftsart und der Aufgabenbereiche richtet sich nach dem Grad der Schutzbedürftigkeit und dem individuellen Bedarf der betroffenen Person (Affolter et al., 2012, S. 138, S. 162). Um die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer Beistandschaft abzuklären, stellen Affolter et al. (2012, S. 139-140) Kriterien zur Verfügung. Diese sind in Tabellenform als Anhang D beigefügt. Die Tabelle bietet die Möglichkeit, die gesammelten Informationen den Kriterien zuzuordnen und kann für eine erste Einschätzung in Langzeitpflegeinstitutionen verwendet werden.

Die verschiedenen Formen der Beistandschaften und die unterschiedlichen Aufgabenbereiche ermöglichen es, auf die individuelle Situation abgestimmte massgeschneiderte Massnahmen zu gestalten (Affolter et al., 2012, S. 162-163). Ziel der massgeschneiderten Beistandschaften ist es, die hilfsbedürftige Person unter Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung adäquat und verhältnismässig zu unterstützen (Affolter et al., 2012, S. 162-163).

Zusammenfassung

Mit der behördlichen Massnahme der Beistandschaft hat der Gesetzgeber eine Möglichkeit geschaffen, hilfsbedürftigen Personen eine passgenaue Unterstützung und Schutz zu bieten. Für MmD kann so eine individuelle Hilfe gewährleistet werden, die sich an ihren bestehenden Kompetenzen und krankheitsbedingten Einschränkungen orientiert, mit dem Ziel ihre Selbstbestimmung grösstmöglich zu erhalten. Bei einer fortgeschrittenen Demenz und zunehmendem Schutzbedarf kann eine umfassende Beistandschaft notwendig werden und damit auch die Autonomie erheblich begrenzt werden.

3.5 Ethische Leitlinien zur Autonomie von Menschen mit Demenz

Die dargestellten rechtlichen Grundlagen und deren Umsetzungsempfehlungen bieten dem interprofessionellen Behandlungsteam konkrete Vorgaben, anhand derer sie ihr Handeln und ihre Entscheidungen ausrichten müssen. Die Praxiserfahrung zeigt aber, dass die gesetzlichen Vorgaben nicht immer ausreichen, um eine Entscheidung treffen zu können. Insbesondere in Situationen, in denen der mutmassliche Wille ermittelt werden muss, unterschiedliche Interessen der involvierten Personen bestehen oder Konflikte zwischen den ethischen Grundprinzipien der Autonomie, der Fürsorge, des Nicht-Schadens und der Gerechtigkeit bestehen.

Wie in Abschnitt 2.1 dargelegt, ist es Ziel der Ethik, Kriterien für ein moralisch richtiges Handeln zu entwickeln und damit ethische Massstäbe bieten zu können. Ethische Leitlinien können damit dem Behandlungs- und Betreuungsteam eine Orientierungshilfe in ethischen Konfliktsituationen geben (SAMW, 2018, S. 5). Alzheimer Schweiz und das BAG (2024), CURAVIVA (2010, 2021), der Deutsche Ethikrat (2012) und die SAMW (2018, 2020a) haben ethische Richtlinien und Empfehlungen zur Behandlung, Pflege und Begleitung von MmD herausgegeben, welche auch Indikatoren zur Autonomiewahrung und -förderung bei MmD enthalten.

Die Grundhaltung der genannten Organisationen umfasst, dass sich der Autonomieanspruch aus der Achtung der Würde ergibt und damit für jeden Menschen als gegeben anzuerkennen ist. Auch bei einem Verlust der Autonomiefähigkeit durch physische, geistige, psychische oder demenziell bedingte Einschränkungen ist dieses Recht stets zu achten und zu gewährleisten. Selbstbestimmtes Handeln und Entscheiden, sowie die vorhandenen Ressourcen und die verbliebene Selbstständigkeit von MmD sind durch die Mitarbeitenden im Pflege- und Betreuungsprozess stets zu unterstützen und zu fördern (CURAVIVA, 2010, S. 8; Deutscher Ethikrat, 2012, S. 51, S. 63; SAMW, 2018, S. 9).

Die Grundhaltung sollte sich gemäss dieser Richtlinien an einer personenzentrierten Begleitung ausrichten und das Prinzip der Partizipation zur Wahrung der Autonomie berücksichtigen. Weiterhin beinhalten die Richtlinien Empfehlungen zum Schutz der Privatsphäre, zum Umgang mit dem Bedürfnis nach Sexualität, zum Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen und Zwangsmassnahmen, zur Beachtung des Patient:innenwillens, sowie zur Behandlung und Begleitung am Lebensende. Ebenfalls enthalten die Richtlinien Forderungen hinsichtlich des vorausgesetzten Fachwissens und der Bereitstellung von ausreichend zeitlichen, finanziellen und strukturellen Ressourcen im Gesundheitswesen. Der Deutsche Ethikrat (2012, S. 10) sieht diesbezüglich die Gesellschaft und den Staat in der Verantwortung, Rahmenbedingungen in Langzeitpflegeinstitutionen zu schaffen, welche die Achtung und Stärkung der Selbstbestimmung von MmD ermöglichen.

Hervorzuheben ist, dass alle aufgeführten Richtlinien, ethische Entscheidungsfindungsverfahren in Langzeitpflegeinstitutionen einfordern. Zusätzlich empfehlen Alzheimer Schweiz und das BAG (2024, S. 7) die Implementierung einer interprofessionellen Ethikgruppe. Diese Gefässe ermöglichen dem interprofessionellen Team die Diskussion ethischer Fragestellungen und Konfliktsituationen, die Reflexion der persönlichen und betrieblichen Haltung, insbesondere zur Vermeidung eines Paternalismus, und unterstützen bei der Konsensfindung.

Eine detaillierte Übersicht der ethischen Aspekte mit hoher Relevanz für das Langzeitpflegesetting sind der Masterthesis als Anhang E beigefügt und dient den Betrieben als Richtlinie zur Autonomiewahrung und -förderung bei MmD.

Zusammenfassung

Die Empfehlungen dienen Institutionen als Richtlinie hinsichtlich notwendiger Grundhaltungen und Strukturen, um eine Autonomiewahrung und -förderung von MmD im Betrieb gewährleisten zu können. Ethische Leitlinien geben Mitarbeitenden eine Orientierung, anhand derer sie ihr Handeln und ihre Entscheidungsprozesse ausrichten können. Gefässe zur ethischen Entscheidungsfindung sind in Langzeitpflegeeinrichtungen unerlässlich, um die Autonomie von MmD schützen und fördern zu können.

4. Modelle der ethischen Entscheidungsfindung

Die vorangegangenen Kapitel haben aufgeführt, dass die Methode der ethischen Entscheidungsfindung zur Wahrung und Förderung der Autonomie von MmD in Langzeitpflegeinstitutionen empfohlen wird. Baumann-Hölzle (2021, S. 86-87) betont dahingehend, dass die ethische Urteilsbildung immer zum Ziel haben sollte, den Grad der empirischen Autonomiefähigkeit einzuschätzen, eine eingeschränkte Autonomiefähigkeit zu stärken und wenn möglich zu erweitern, sowie bei einer unwiderruflich eingeschränkten Autonomiefähigkeit stellvertretend Entscheide im Sinne des mutmasslichen Patient:innenwillens zu fällen. Im Prozess der ethischen Entscheidungsfindung «... wird Autonomie durch ethisch reflektiertes Handeln zu praktischer Wirklichkeit.» (Baumann-Hölzle, 2021, S. 87) Um den Mitarbeitenden von Langzeitpflegeinstitutionen konkrete Formen der ethischen Entscheidungsfindung aufzuzeigen, werden im Folgenden das METAP II Modell und das Sensor Modell dargestellt.

4.1 METAP II Modell

Das METAP II Modell wurde 2012 für den spitalinternen Bereich entwickelt und anschliessend für die ambulante und stationäre Langzeitpflege angepasst (Albisser Schleger, 2019a, S. 123, Albisser Schleger, 2019b, S. 110). Die Abkürzung METAP steht für Modular, Ethik, Therapie, Allokation. Der Begriff der Allokation bezeichnet die Mittelzuteilung, zum Beispiel hinsichtlich der Pflege, der Behandlung, der Organisation oder der Finanzierung (Albisser Schleger, 2019b, S. 2). METAP II bietet nicht nur ein Modell zur ethischen Entscheidungsfindung, sondern umfasst ein Programm zum Aufbau von Ethikstrukturen in Organisationen (Albisser Schleger, 2019b, S. 2).

Das METAP II Modell geht davon aus, dass ethische Probleme und Fragestellungen auf der Makro-, Meso- und Mikroebene entstehen können (Albisser-Schleger, 2019a, Kap. 8.1). Die Makroebene umfasst die gesellschaftliche Ebene, die Gesundheitspolitik, die rechtlichen Vorgaben und die Versicherungsleistungen. Eine gesellschaftliche Tendenz zur Altersdiskriminierung, ungenügende finanzielle, personelle oder materielle Ressourcen, sowie inadäquate Versicherungsmodelle und uneinheitliche Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen können auf dieser Ebene ethische Probleme verursachen oder verstärken (Albisser Schleger, 2019a, Kap. 8.1).

Mit der Mesoebene sind unternehmerische und organisatorische Einflussfaktoren gemeint. Aufgrund von unzureichenden Führungsqualitäten, aufwendiger Administration, Personalmangel oder nicht ausreichend qualifiziertem Personal und einer Unternehmenskultur, die sich an einer

Ökonomisierung und Rationalisierung orientiert, können ethische Konfliktsituationen entstehen (Albisser Schleger, 2019a, Kap. 8.1).

Die Mikroebene umfasst die individuellen Faktoren der zu betreuenden Personen und der Mitarbeitenden. Ethische Konfliktsituationen können auf Seiten der zu betreuenden Personen, aufgrund von Multimorbidität oder sozialen Faktoren, wie finanzielle Probleme oder belastete Angehörige, entstehen. Zu den auslösenden Faktoren auf Seiten des Personals zählen unter anderem ungeeignet verteilte personelle und materielle Ressourcen, moralischer Stress, Schuldgefühle, gesundheitliche Probleme und ein unangemessener Berufsethos (Albisser Schleger, 2019a, Kap. 8.1).

Da das METAP II Konzept davon ausgeht, dass die Ursachen ethischer Probleme auf den unterschiedlichen Ebenen entstehen und Einfluss aufeinander haben, wird die Implementierung von Ethikstrukturen auf allen Ebenen befürwortet (Albisser Schleger, 2019a, 126-128). Für die Makroebene werden nationale Ethikgremien empfohlen, auf der Mesoebene eine Organisations- und Unternehmensethik und auf der Mikroebene die Alltagsethik in Form der ethischen Entscheidungsfindung, bei METAP II als Eskalationsmodell bezeichnet (Albisser Schleger, 2019a, 126-128; Albisser Schleger, 2019b, S. 22). Detaillierte Ausführungen zu den Voraussetzungen erfolgen im sechsten Kapitel.

Da dem interprofessionellen Behandlungsteam mit der vorliegenden Masterarbeit konkrete Handlungsoptionen in ethischen Fragestellungen zum Thema der Autonomie zur Verfügung gestellt werden sollen, wird an dieser Stelle das METAP II Modell zur ethischen Entscheidungsfindung auf der Mikroebene dargestellt. Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass ethische Probleme wie dargestellt nicht nur auf der Mikroebene entstehen und gelöst werden können, sondern es dafür gegebenenfalls auf der Makro- und Mesoebene Veränderungen benötigt (Albisser Schleger, 2019a, S. 124, S.127).

Die ethische Entscheidungsfindung von METAP II orientiert sich an den vier medizinethischen Grundprinzipien, der Respektierung der Autonomie, der Fürsorge/ Gutes tun, der Schadensvermeidung und der Gerechtigkeit (Albisser Schleger, 2019b, S. 35). Den Begriff des ethischen Problems oder der ethischen Fragestellung verwendet METAP II für konkrete Pflege- und Betreuungssituationen, in denen durch Zu-viel-Tun (Überversorgung), Zu-wenig-Tun (Unterversorgung), Das-Falsche-Tun (Fehlversorgung, Fehlverhalten) oder durch eine ungerechte Vorgehensweise (Ungleichversorgung) die ethischen Prinzipien verletzt werden (Albisser Schleger, 2019b, S. 20). Ziel der ethischen Entscheidungsfindung ist laut Albisser Schleger (2019b, S. 99) eine ethisch angemessene Lösung für die betroffene Person zu finden. Dazu benötigt es eine vollständige Informationserhebung zur Pflege- und Betreuungssituation.

Das vierstufige Eskalationsmodell ist das Kernelement von METAP II, durch welches Mitarbeitende in eigener Kompetenz anspruchsvolle ethische Konfliktsituationen, Fragen und Unsicherheiten in konkreten Pflege- und Betreuungssituationen systematisch bearbeiten können (Albisser Schleger, 2019a, S. 122-12; Albisser Schleger, 2019b, S. 22, S. 110). Der Begriff der Eskalation wird im Rahmen dieses Modells nicht im Sinne einer Konfrontation verstanden, sondern in Form eines Kaskadensystems. Je nach Schweregrad und Komplexität des ethischen Problems können die vier Stufen aufeinander aufbauend angewendet werden, es besteht auch die Möglichkeit direkt auf der zweiten oder vierten Stufe einzusteigen (Albisser Schleger, 2019b, S. 111).

Für alle vier Stufen benennt METAP II konkrete Abläufe und stellt Ethik-Hilfsmittel als Leporello und als Download unter «spitalexterne-ethik-metap.ch» zur Verfügung (Albisser Schleger, 2019b, S. 111). Eine Auswahl der relevantesten Ethik-Hilfsmittel sind der Masterarbeit als Anhang F bis L beigelegt. Im Folgenden werden anhand der Ausführungen von Albisser Schleger (2019b, Kap. 7, Kap. 8) die vier Stufen des Eskalationsmodells beschrieben.

1. Stufe: Eigene Orientierung

Die erste Stufe dient der systematischen Orientierung, ob eine ethisch unangemessene Pflege, Behandlung oder Betreuung vorliegt, einer umfassenden Situationsanalyse, sowie der Suche nach ersten Lösungsmöglichkeiten. Die erste Stufe wird anhand der Ethik-Hilfsmittel «Identifikation des ethischen Problems» (Anhang F) und «Checkliste zur Informationssammlung» (Anhang G) von dem:der jeweiligen Mitarbeiter:in durchgeführt, welche:r die Situation wahrgenommen hat. Das Dokument «Identifikation des ethischen Problems» orientiert sich an den vier medizinethischen Grundprinzipien und hilft, das ethische Problem zu konkretisieren. Die Checkliste ermöglicht eine umfassende Anamnese, unter anderem zur medizinischen und therapeutischen Behandlung, Präferenzen und Alltagsgestaltung, finanziellen, strukturellen und sozialen Aspekte, zum Patient:innenwillen, sowie der Urteilsfähigkeit. Da sich der Verdacht auf ein ethisches Problem oft nicht allein klären lässt, kann in der zweiten Stufe die METAP II verantwortliche Person des Betriebs oder des Teams beigezogen werden (Albisser Schleger, 2019b, S. 111-113).

2. Stufe: Besprechung mit Verantwortlicher für METAP II

Die zweite Stufe setzt voraus, dass der Betrieb eine METAP II verantwortliche Person vorhält. Diese sollte mit der Ausübung des METAP II Modells vertraut sein und eine entsprechende Weiterbildung vorweisen. Anhand der beiden Dokumente aus der ersten Stufe wird die vorliegende Situation gemeinsam besprochen und geprüft, ob weitere ethische Fragestellungen erkennbar sind. Für diesen Schritt kann das Dokument «Problematrix» (Anhang I) verwendet werden. Sofern Informationen fehlen, werden diese bei weiteren Mitgliedern des interprofessionellen Teams, Angehörigen und weiteren relevanten Stakeholdern eingeholt. Durch diese Vor-

gehensweise können in der zweiten Stufe Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden. In diesem Fall ist eine Weiterbearbeitung in der dritten Stufe nicht erforderlich. Das Ergebnis sollte dann aber anhand der Tabelle «Konkretisierung der ethischen Prinzipien/ Evaluation der ethischen Angemessenheit» (Anhang H) überprüft werden (Albisser Schleger, 2019b, S. 111, S. 113-114).

3. Stufe: Ethische Fallbesprechung im Team

Konnte in den ersten beiden Stufen keine Lösung gefunden werden und ist zur Bearbeitung des Problems oder der Fragestellung der Einbezug weiterer Personen notwendig, wird in dieser Stufe eine ethische Fallbesprechung einberufen (Albisser Schleger, 2019b, S. 114). Die Fallbesprechung sollte durch eine Person moderiert werden, die Erfahrung in der Leitung von komplexen Gesprächen hat und in der Anwendung von METAP II geschult ist (Albisser Schleger, 2019b, S. 127). An der Fallbesprechung sollten laut Albisser Schleger (2019b, S. 125-126) alle an der Pflege, Behandlung und Betreuung involvierten Personen teilnehmen. Der Einbezug der betroffenen Person und ihrer Angehörigen sollte vorgängig kritisch abgewogen werden, da die Teilnahme aufgrund physischer oder psychischer Erkrankungen überfordern kann und kontroverse Haltungen im Team eventuell nicht offen diskutiert werden können. Sofern deren Teilnahme nicht erfolgt, sind der Patient:innenwille und relevante Informationen von Angehörigen vorab zu erheben (Albisser Schleger, 2019b, S. 125-126). Für die Fallbesprechung stehen eine To-Do-Liste zur Organisation und ein Gesprächsleitfaden zur Verfügung (Anhang J und K).

Das Ablaufschema der ethischen Fallbesprechung nach dem METAP II Modell sieht vier Phasen vor:

- **Phase 1:** Überprüfung der bisher erhobenen Informationen auf Vollständigkeit durch gezielte Befragung und Einbezug der verschiedenen Perspektiven der Teilnehmenden; Überprüfung der Risiken für eine Über-, Unter- oder Ungleichversorgung. METAP II Ethik-Hilfsmittel: Checkliste zur Informationssammlung, Problematrix (Albisser Schleger, 2019b, S. 132-133).
- **Phase 2:** Zusammenfassung aller relevanten Informationen durch die moderierende Person; Herausarbeitung der ethischen Hauptproblemstellung durch das interprofessionelle Team. Kriterien für die Informationszusammenfassung: Erhebung Urteils(un)fähigkeit, Patient:innenwille, Situation soziales Umfeld, Risiko der Über-, Unter- oder Ungleichversorgung, finanzielle Aspekte, Einschätzung der Fremd- und Selbstgefährdung. METAP II Ethik-Hilfsmittel: Konkretisierung der ethischen Prinzipien/ Evaluation der ethischen Angemessenheit (Albisser Schleger, 2019b, S. 133-134).
- **Phase 3:** Sammlung aller vorstellbaren Lösungsmöglichkeiten; Diskussion und Bewertung dieser unter Einbezug der vier medizinethischen Prinzipien; Herausarbeitung einer konkreten Lösung; Überprüfung der gewählten Lösung auf ihre ethische Angemessen-

heit. METAP II Ethik- Hilfsmittel: Konkretisierung der ethischen Prinzipien/ Evaluation der ethischen Angemessenheit (Albisser Schleger, 2019b, S. 133-136).

- **Phase 4:** Umsetzungsplanung: konkrete Umsetzungsschritte und Bestimmung der Verantwortlichkeiten; Evaluationsplanung; Zuständigkeit Protokollerstellung. METAP II Ethik-Hilfsmittel: Protokollbogen (Anhang L) (Albisser Schleger, 2019b, S. 136-138).

Das METAP II Modell sieht vor, dass die Ergebnisse der Fallbesprechung mit den urteilsfähigen Bewohnenden und/ oder mit den gesetzlichen Vertretungspersonen besprochen werden. Erst wenn die Zustimmung dieser erfolgt, kann aus dem Ergebnis der ethischen Fallbesprechung eine Entscheidung werden (Albisser Schleger, 2019b, S. 114, S. 140).

4. Stufe: Mobile (Online-) Ethikberatung durch Fachperson

Wenn auf der dritten Stufe ebenfalls keine Lösung möglich ist, empfiehlt das METAP II Modell den Einbezug einer externen Ethik-Fachperson. Diese Person kann mit ihrer externen Sichtweise neue relevante Perspektiven und Impulse für den Problemlösungsprozess einbringen oder bei Konfliktsituation innerhalb des Teams oder mit Angehörigen unterstützen (Albisser Schleger, 2019b, S. 114).

Albisser Schleger (2019b, S. 98) betont, dass Fehlentscheidungen nur vermieden werden können und eine ethisch angemessene Entscheidung nur gefällt werden kann, wenn der ethische Entscheidungsfindungsprozess immer auf einem methoden-gestützten und systematischen Verfahren basiert. Daher wird empfohlen, dass die beschriebenen Abläufe des METAP II Modells eingehalten und die Ethik-Hilfsmittel genutzt werden.

Zusammenfassung

Das METAP II Modell bietet ein strukturiertes Verfahren und umfangreiche Hilfsmittel zur Anwendung der ethischen Entscheidungsfindung in der Langzeitpflege. Die Hilfsmittel stehen auf der Homepage «spitalexterne-ethik-metap.ch» als Download zur Verfügung. Durch den Einbezug der verschiedenen Fachdisziplinen, des Patient:innenwillens und der gesetzlichen Vertretungsperson wird ein personenzentrierter und autonomiewahrender Entscheidungsprozess gewährleistet. Für die Umsetzung dieses Modells benötigt es vorhandene Ethikstrukturen im Betrieb, Mitarbeitende, die mit dem Verfahren vertraut und geschult sind, sowie die Möglichkeit bei Bedarf auf eine externe Ethik-Fachperson zurückzugreifen.

4.2 Sensor Modell

Das Sensor Modell (**S**ensible **e**thische **N**avigation **s**chlicht **o**rganisiert) wurde von dem Ethiker Christof Arn entwickelt und ist eine Methode zur ethischen Reflexion in Form einer Fallbesprechung (Arn, n. d., S. 1; Arn, 2023). Laut Arn (2009b, S. 125) hat die Ethik nicht nur eine theoretisch-philosophische, sondern auch eine konkret-problemorientierte Seite und kann damit als Werkzeug zur Problemlösung in der Praxis dienen.

Ziel der Ethik ist laut Arn (2009b, S. 129, 2013, S. 32) die Reflexion von Werten, die durch das Individuum, die Organisation und die Gesellschaft definiert werden. Dadurch entstehen unterschiedliche Werte, die Einfluss auf die ethische Reflexion nehmen (Arn, 2009b, S. 129; Arn, 2013, S. 32).

Die ethische Fallbesprechung bietet die Möglichkeit, Kriterien zur Unterscheidung guter und schlechter Werte zu finden und bei Wertekonflikten abzuwägen, für welche Werte die stärkeren Argumente vorliegen oder ob eine Kombination der betreffenden Werte möglich ist (Arn, 2009b, S. 130-131). Damit dies möglich ist, benötigt die ethische Reflexion ein definiertes methodisches Vorgehen (Arn, 2009b, S. 131).

Da laut Arn (2009a, S. 189-191) nicht nur individuelles Handeln und Entscheiden Einfluss auf das Ergebnis hat, sondern insbesondere die strukturellen Vorgaben, sind auch für das Sensor Modell Rahmenbedingungen für die ethische Entscheidungsfindung auf Betriebs- und Mitarbeitenebene zu schaffen. Die Institution sollten demnach Vorgaben entwickeln, welche Entscheidungsprozesse strukturieren und optimieren. Die Rahmenbedingungen werden im sechsten Kapitel detailliert dargestellt. Auf Mitarbeitenebene benötigt es nach Arn (2013, S. 30, S. 33) nicht zwingend Voraussetzungen, im Gegenteil sieht er das Verfahren des Sensor Modells als Möglichkeit ethisches Grundwissen zu vermitteln und Mitarbeitende für ethische Themen zu sensibilisieren.

Die moderierende Person sollte mit dem Verfahren des Sensor Modells vertraut sein und über Moderationserfahrung verfügen (Arn, 2013, S. 25). Als weitere Voraussetzung zum Gelingen ethischer Entscheidungsfindung benennt Arn (2009a, S. 143-147), dass die Vielfalt von Werten in den interprofessionellen Fallbesprechungen zu berücksichtigen ist, sowie alle Werte und Argumente unabhängig von der Hierarchiestufe der jeweiligen Mitarbeitenden als gleichwertig zu betrachten sind.

Auf seiner Homepage «ethikprojekte.ch» werden umfangreiche Informationen zum Thema Ethik und ein zweiseitiges grafisches Handblatt des Sensor Modells zur Verfügung gestellt (Arn, n. d. S. 1-2). Das grafische Handblatt umfasst eine Vorlage und eine Anleitung zur Durchführung der Fallbesprechung (Anhang M). Die Durchführung des Sensor Modells gliedert sich in vier Phasen:

1. Phase: Sammlung relevanter Fakten und Werte

Anhand einer Situationsanalyse werden relevante Informationen zusammengetragen, die betroffenen Werte herausgearbeitet und die ethische Fragestellung formuliert (Arn, n. d., S. 2; Arn, 2023, S. 9-13). Dabei ist es relevant, eine konkrete Unterscheidung zwischen Fakten und Werten vorzunehmen (Arn 2009b, S.134; Arn, 2023, S. 9-13). Fakten sind demnach deskriptive Aussagen darüber wie etwas ist (Seins- Aussagen), Werte sind normative Aussagen, wie etwas sein soll (Sollens- Aussagen). Sofern Aussagen sowohl einen deskriptiven als auch einen normativen Inhalt haben, ist es Aufgabe der ethischen Reflexion, die beiden Inhalte präzise unterscheidbar zu machen (Arn, 2023, S. 12).

2. Phase: Wahl des grössten Wertekonflikts

In dieser Phase erfolgt die Herausarbeitung des Haupt-Wertekonfliktes. Hierzu beurteilt das Team, welche Werte zentral sind und in Bezug auf die Fragestellung im grössten Konflikt miteinander stehen. Durch die Herausarbeitung des Wertekonfliktes wird das ethische Dilemma sichtbar und die anspruchsvolle Situation wird nachvollziehbarer (Arn, n. d., S. 2; Arn, 2023, S. 13-15). Wenn mehrere Haupt-Wertekonflikte bestehen, wählt das Team einen zur weiteren Bearbeitung aus (Arn, 2023, S. 15). Sofern die Entscheidung hinsichtlich des ausgewählten Haupt-Wertekonfliktes sich nicht als Handlungsantwort für die anderen Dilemmata eignet, werden diese separat bearbeitet. Die beiden ausgewählten Werte des zentralen Wertekonfliktes werden farblich markiert. Der erste Wert (**A**) wird grün markiert, der zweite Wert (**B**) wird mit blauer Farbe gekennzeichnet (Arn, n. d., S. 2).

3. Phase: Sammlung von Handlungsmöglichkeiten

In einem Brainstorming werden Handlungsoptionen gesammelt und in dem Handblatt in der Spalte «Handlungsmöglichkeiten» eingetragen (Arn, 2023, S. 19-21; Arn n. d., S. 2). Dieser Schritt ermöglicht der Gruppe, neue Perspektiven zu gewinnen und kreative Ideen zu entwickeln. Durch die Sammlung mehrerer Handlungsmöglichkeiten geht das Gefühl einer ausweglosen Situation verloren und das Team erhält durch den sichtbar gewordenen Handlungsspielraum seine Handlungsfähigkeit zurück (Arn, 2023, S. 19-21; Arn n. d., S. 2). Es ist dabei zu beachten, dass alle genannten Ideen und Positionen zugelassen werden und diese nicht diskutiert, kritisiert oder bewertet werden (Arn, 2009b, S. 130; Arn, 2023, S. 19-21; Arn n. d., S. 2).

4. Phase: Bewertung der Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf die gewählten Werte

In der abschliessenden Phase erfolgen die Diskussion und die Bewertung der gesammelten Handlungsmöglichkeiten im Team, sowie die Wahl einer oder mehrerer geeigneter Handlungsoptionen. (Arn, 2023, S. 21-24; Arn, n. d., S. 2). Die Auswahl erfolgt anhand einer quantitativen Bewertung der einzelnen Handlungsmöglichkeiten. Dafür sieht das Sensor Modell eine Skala von 0 (gar nicht) bis 10 (vollumfänglich) vor. Die Gruppe überlegt, welchen Zahlenwert sie jeder einzelnen Handlungsmöglichkeit zuordnet und trägt diese in das grafische Handblatt ein

(Arn, n. d., S. 2). Die Bewertung richtet sich danach aus, in welchem Masse die Handlungsoption das ethische Dilemma auflösen kann (Arn, 2023, S. 21-24; Arn, n. d., S. 2). Aus den beiden Zahlen (**A** und **B**) wird anschliessend die Gesamtsumme gebildet. Durch die quantitative Bewertung erhält das Team eine Orientierung und die Entscheidung wird erleichtert (Arn, 2023, S. 21-24; Arn, n. d., S. 2).

Arn (2013, S. 24-25; 2023, S. 7) empfiehlt die Anwendung des Sensor Modells im interprofessionellen Team, um unterschiedliche Perspektiven zu berücksichtigen und möglichst viele Handlungsoptionen zu entwickeln. Als ethische Orientierung dienen dem Modell die vier medizinethischen Prinzipien, Arn verweist auf seiner Homepage darauf. Es können aber auch situationsbezogene individuelle Werte definiert werden (Arn, 2023, S. 9). Eine Evaluation der ethischen Entscheidung ist in diesem Modell nicht beschrieben.

Zusammenfassung

Das Sensor Modell bietet eine übersichtlich strukturierte Methode der ethischen Reflexion an. Die Institution sollte für eine gelungene Anwendung des Modells strukturelle Vorgaben und Rahmenbedingungen schaffen. Die moderierende Person sollte in der Anwendung des Modells geübt sein und Moderationskompetenzen besitzen, für die anderen Teammitglieder sind keine Voraussetzungen zu benennen. Eine Vorlage zur Durchführung des Sensor Modells wird auf der Homepage «ethikprojekte.ch» zur Verfügung gestellt. Weitere Vorlagen, zum Beispiel Dokumente zur Vorbereitung oder zur Evaluation der ethischen Fallbesprechung, müssten durch den Betrieb erstellt werden.

5. Ethische Dilemmata in der Langzeitpflege - Anwendung und Vergleich der Modelle

Die Autorin der Masterarbeit moderiert im Rahmen ihrer Tätigkeit als Fachexpertin Demenz interprofessionelle Fachgespräche, in diesen werden auch wiederholt ethische Dilemmata thematisiert. Das METAP II und das Sensor Modell wurden im Rahmen dieser Fachgespräche angewendet. Die beiden dargestellten Fallvignetten sind an reale Bewohnendensituationen angelehnt. Um mögliche Rückschlüsse auf reale Personen zu vermeiden, sind bewohnerbezogene Daten anonymisiert und verändert dargestellt. In Abschnitt 5.3 erfolgen ein Vergleich und eine Bewertung der Modelle.

5.1 Fallvignette Herr A.- Anwendung des METAP II Modells

Bei Herrn A., 85 Jahre alt, war eine mittelschwere gemischte Demenz mit einer Anosognosie diagnostiziert. Aufgrund häuslicher Dekompensation wurde Herr A. im Rahmen einer fürsorglichen Unterbringung in eine psychiatrische Klinik eingewiesen und ist von dort in eine Langzeitpflegeinstitution übergetreten. Zuvor lebte er allein mit Unterstützung seiner Tochter in einer eigenen Wohnung, weitere Unterstützung durch ambulante Dienste liess er nicht zu. In der Langzeitpflegeinstitution zeigte sich Herr A. in einem reduzierten Allgemeinzustand, es bestand eine eingeschränkte Mobilität, eine erhöhte Reizbarkeit und Agitation, sowie fremdaggressives Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal. Das fremdaggressive Verhalten zeigte den hohen Belastungsgrad von Herrn A. auf und war insbesondere für das Pflegepersonal äusserst herausfordernd. Weiterhin äusserte Herr A. wiederholt, dass er mit dieser Erkrankung nicht weiterleben möchte, hierbei zeigte sich aber eine gewisse Ambivalenz. Aufgrund der bestehenden BPSD und des erhöhten Belastungsgrads von Herrn A. und dem Team fand kurze Zeit nach Eintritt ein interprofessionelles Fachgespräch statt. Körperliche und affektive Ursachen wurden analysiert und entsprechende medizinische und milieutherapeutische Massnahmen eingeleitet. Als Ursachen auf affektiver Ebene wurden vorrangig die Belastung durch den Ortswechsel, Trauer aufgrund der veränderten Lebenssituation, das unbekannte Umfeld, sowie eine Überforderung herausgearbeitet. Daher lag der Schwerpunkt in der weiteren Begleitung und Behandlung auf den milieutherapeutischen Massnahmen, zu diesen zählten eine an den Validationsgrundsätzen ausgerichtete Kommunikation und eine auf die individuellen Bedürfnisse angepasste Tagesstruktur. Durch die Massnahmen gelang es, dass sich Herr A. in der Pflegeinstitution einleben konnte und kein fremdaggressives Verhalten mehr auftrat. Zur Biografie war bekannt, dass Herr A. gerne verreist ist und nach seiner Pension mehrere Jahre allein die Welt bereist hat.

Im weiteren Verlauf zeigte sich durch die eingeschränkte Mobilität, ursächlich durch die Apraxie ausgelöst, eine erhöhte Sturzgefahr, es kam wiederholt zu Stürzen mit mittelschweren Folgen. Die Gefahr erheblicher Folgen, wie zum Beispiel Frakturen, bestand. Das Team war diesbezüglich in einem ethischen Dilemma, inwieweit freiheitsbeschränkende Massnahmen zur Sturzprävention erforderlich und angemessen sind.

Da das METAP II Modell den Mitarbeitenden nicht bekannt war und der Einbezug des gesamten interprofessionellen Behandlungsteam als erforderlich erachtet wurde, erfolgte die Bearbeitung des Dilemmas in der dritten Stufe, der ethischen Fallbesprechung. Diese wurde anhand der Hilfsmittel «Checkliste zur Informationssammlung» und «Problematrix» vorbereitet.

Phase 1/ Prüfung der Information auf Vollständigkeit und Qualität

Die obenstehenden Informationen und der bisherige Verlauf wurden vorgestellt und weitere Informationen zusammengetragen. Bei Herrn A. war eine Urteilsunfähigkeit festgestellt. Es bestand eine Vertretungsbeistandschaft für die Bereiche der Vermögenssorge und des Rechtsverkehrs. Die Tochter hat die gesetzliche Stellvertretung für den Bereich der Personensorge inne und muss daher für alle Belange der medizinischen Behandlung einbezogen werden. Herr A. ist verwitwet, weitere soziale Kontakte, ausser zu seiner Tochter, bestehen nicht. Die fürsorgliche Unterbringung wurde aufgehoben, da Herr A. weder den Wunsch äusserte nach Hause zurückzukehren noch versuchte die Einrichtung zu verlassen. Eine Patientenverfügung bestand nicht, bei Eintritt wurde in Rücksprache mit der Tochter das Behandlungskonzept «Kurativ im Heim» (ÄNO B3) festgelegt. Mit dem Behandlungskonzept wird bestimmt, welche medizinischen Massnahmen in Notfallsituationen erfolgen sollen. Die ÄNO B3 umfasst die Lebensverlängerung mit Einschränkungen von medizinischen Massnahmen. Zu diesen Einschränkungen zählen keine Herz-Lungen-Wiederbelebung und keine invasive Beatmung. Weiterhin umfasst die ÄNO B3, dass eine Notfallbehandlung uneingeschränkt am aktuellen Betreuungsort stattfinden soll. Eine Einweisung in ein Akutspital soll nur dann erfolgen, wenn Aussicht auf Verbesserung der Lebensqualität, des Wohlbefindens und des Gesundheitszustandes besteht. Seitens der Tochter war bekannt, dass die Autonomie für ihren Vater einen grossen Stellenwert in seinem Leben eingenommen hat. Inwiefern das bestehende Behandlungskonzept und der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen dem Patientenwillen entsprechen, konnte nicht konkret beurteilt werden.

Da die bisherigen Massnahmen hinsichtlich der Sturzgefährdung nicht umfänglich wirksam waren und der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen aus der Perspektive des Pflegeteams nicht den persönlichen Wertevorstellungen von Herrn A. entsprachen, bestand ein Risiko der Überversorgung (Kriterien einer Überversorgung siehe Anhang G). Zu den bisherigen Massnahmen zählten: Antirutschsocken und festes Schuhwerk, begleitete Spaziergänge durch das interprofessionelle Team, Physiotherapie zur Förderung der Geh- und Balancefähig-

keit, gezielte Pausen anbieten, Proteindrink zum Muskelerhalt, Trinkprotokoll zur Sicherstellung regelmässiger Flüssigkeitsaufnahme, Bodenbett und Reduktion der Psychopharmaka.

Ein Risiko der Unterversorgung bestand aufgrund der diagnostizierten Demenz und der Multimorbidität, fernerhin aufgrund der bestehenden Urteilsunfähigkeit. Eine 1:1 Betreuung zur Vermeidung von Stürzen konnte aufgrund des Personalschlüssels nicht gewährleistet werden.

Phase 2/ Zusammenfassung der ethischen Fragestellung

Die bisher eingeleiteten Massnahmen konnten das Sturzrisiko reduzieren, es bestand aber weiterhin die Gefahr von Stürzen mit erheblichen Folgen. Eine Selbstgefährdung durch den Bewegungsdrang bei gleichzeitigem Verkennen des eigenen Sturzrisikos bestand. Freiheitbeschränkende Interventionen, wie Sensormatte, Bettgitter oder ein Rollstuhl mit Sitzgurt würden die Autonomie von Herrn A. teilweise erheblich einschränken. Die Autonomie und die Bewegungsfreiheit waren für Herrn A. ein relevantes Kriterium seiner Lebensqualität. Demgegenüber stand das Risiko erheblicher gesundheitlicher Schäden durch weitere Stürze. Unter Einbezug aller relevanter Informationen arbeitete das interprofessionelle Team folgenden ethischen Wertekonflikt und Fragestellungen heraus:

Dilemma zwischen den Prinzipien der Autonomie und der Schadensvermeidung.

Welcher Wert hat in dieser Situation den höheren Stellenwert?

Dürfen/ Müssen freiheitsbeschränkende Massnahmen zum Schutz eingesetzt werden oder ist die Wahrung der Autonomie wichtiger, um Herrn A. Lebensqualität zu ermöglichen?

Welche alternativen Möglichkeiten sind eventuell noch nicht berücksichtigt worden?

Phase 3/ Lösungssuche

Folgende Lösungsmöglichkeiten wurden im interprofessionellen Team zusammengetragen:

1. Erhöhung der Physiotherapieeinheiten auf 2x pro Woche;
2. Rollatortraining;
3. Einbezug einer externen Begleitperson für Spaziergänge, diesbezüglich Rücksprache mit der Tochter und dem Beistand hinsichtlich der finanziellen Möglichkeiten;
4. Teilnahme an grösseren Veranstaltungen/ Gruppen vermeiden, da die Reizüberflutung das Sturzrisiko erhöht;
5. seelsorgerische Gespräche zur Bewältigung der veränderten Lebenssituation und Trauerprozesse;
6. Demenzscreening für die Erhebung der aktuellen kognitiven Fähigkeiten (gilt als Voraussetzung für die Verordnung von Antidementiva) und Einsatz von Antidementiva zur Verbesserung der kognitiven Leistung und damit einhergehender Verbesserung der Apraxiesymptomatik;

7. Gespräch mit der Tochter und dem Beistand hinsichtlich des mutmasslichen Patientenwillens zum Behandlungskonzept und dem Einsatz etwaiger freiheitsbeschränkender Massnahmen;
8. Erhebung des Patientenwillens hinsichtlich Behandlungswünschen und lebensverlängernden Massnahmen mittels eines GVP-Gesprächs;
9. Einsatz einer Sensormatte (Tag/ Nacht);
10. Einsatz eines Rollstuhls mit Sitzgurt.

Trotz einer bestehenden Urteilsunfähigkeit und einer Selbstgefährdung gewichtete das Team den Wert der Autonomie für die Lebenssituation von Herrn A. höher, daher wurden die Massnahmen 1-8 als vorrangig angemessen bewertet. Obwohl sich die Massnahmen nicht alle direkt auf die Problematik des Sturzrisikos bezogen, wurden auch diese als relevant zum Erhalt und zur Steigerung der Lebensqualität erachtet. Da der Patientenwille für das Team nicht eindeutig zu erfassen war, stufte das Team als erste Schritte das GVP Gespräch mit Herrn A. und das Gespräch mit der Tochter und dem Beistand als relevant ein. Ziele des Gesprächs mit der Tochter und dem Beistand waren, die Ergebnisse der ethischen Entscheidungsfindung gemeinsam zu erörtern, die Wahrnehmung des interprofessionellen Behandlungsteams mit der Tochter und dem Beistand abzugleichen und die weitere Vorgehensweise, wie auch die Behandlungsintensität zu besprechen. Die Frage der Behandlungsintensität bezog sich nicht direkt auf die ethische Fragestellung. Dennoch wünschte sich das Team eine Klärung dieser, da sich Herr A. wiederholt ambivalent hinsichtlich seines Lebenswillens äusserte und diesbezüglich Verunsicherung im Pflorgeteam bestand, welches Behandlungskonzept tatsächlich dem Patientenwillen entspricht.

Phase 4/ Planung der Umsetzung

Folgende Massnahmenplanung, Reihenfolge und Verantwortlichkeiten wurden festgelegt:

1. Verordnung der Physio- und Ergotherapie, sowie des GVP-Gesprächs durch den Arztdienst.
2. Demenzscreening durch den Arztdienst.
3. Durchführung des GVP-Gesprächs.
4. Zeitnahe Planung des Gesprächs mit der Tochter und dem Beistand durch den Sozialdienst. Seitens Betrieb nehmen neben dem Sozialdienst, der Arztdienst und die pflegerische Ansprechperson teil.

Das GVP-Gespräch ergab, dass Herr A. sehr viel Wert auf seine Bewegungsfreiheit legte und keine freiheitsbeschränkenden und lebensverlängernden Massnahmen wünschte, die Konsequenzen konnte er trotz bestehender Urteilsunfähigkeit bedingt situativ einschätzen. Das Gespräch mit der Tochter ergab, dass auch sie den Wert der Autonomie für ihren Vater höher gewichtete als mögliche Sturzfolgen. Mit den empfohlenen Massnahmen war sie einverstanden,

ergänzend wünschte sie den Einsatz einer Sensormatte. Ein externer Begleitsdienst konnte aufgrund nicht zur Verfügung stehenden freiwilligen Mitarbeitenden und fehlenden finanziellen Mitteln nicht implementiert werden. Von dem Einsatz eines Rollstuhls mit Sitzgurt wurde von allen beteiligten Personen abgesehen. Das Behandlungskonzept wurde auf palliativ (ÄNO C0) angepasst. Die besprochenen Massnahmen wurden umgesetzt und führten zu einer verringerten Agitation. Ebenso beobachtete das Team einen veränderten verbalen und nonverbalen Ausdruck, Herr A. wirkte in seiner Mimik entspannter und äusserte vermehrt Zufriedenheit. Daher wurden die Massnahmen als wirksam und als Beitrag zur Autonomiewahrung bewertet. Einige Monate später verschlechterte sich der Allgemeinzustand des Bewohners. Die Sturz- und Selbstgefährdung wurde von allen beteiligten Personen neu bewertet und als zu hoch beurteilt, so dass ein Rollstuhl mit Sitzgurt zum Einsatz kam. Herr A. zeigte seit dem Einsatz des Sitzgurtes keine Anzeichen der Ablehnung. Das Team vermutete anhand seines verbalen und nonverbalen Ausdrucks, dass er den Rollstuhl mit Sitzgurt nun nicht mehr als Einschränkung seiner Autonomie und Bewegungsfreiheit erlebte, sondern ihm das Gefühl von Sicherheit und Halt vermittelte.

Dieses Praxisbeispiel zeigt auf, dass in der Langzeitpflege jeweils situativ immer wieder Entscheidungen und Interventionen evaluiert und angepasst werden müssen. Die Stufe 3, die ethische Fallbesprechung, des METAP II Modells kann in diesem Prozess unterstützen.

5.2 Fallvignette Frau B.- Anwendung des Sensor Modells

Frau B., 83 Jahre alt, lebte seit zwei Jahren in einer demenzspezialisierten Abteilung einer Langzeitpflegeinstitution. Aufgrund einer mittelschweren Demenz und einem damit verbundenen Versorgungsdefizit in der eigenen Häuslichkeit wurde ein Eintritt in ein Pflegeheim notwendig. Frau B. war verwitwet, lebte vor dem Eintritt allein in ihrer Wohnung und wurde dort durch ihren Sohn und einen ambulanten Pflegedienst unterstützt. Sie erhielt regelmässig Besuch von ihrem Sohn und den Enkelkindern, sowie von einer ehemaligen befreundeten Nachbarin. Frau G. war in ihrer Mobilität eingeschränkt und auf einen Rollator angewiesen, sie war schwerhörig und in allen AEDL auf Unterstützung seitens des Pflegeteams angewiesen.

Seit Eintritt in die Pflegeinstitution zeigte Frau B. wiederholt ablehnendes Verhalten gegenüber medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Handlungen. Der Sohn berichtete, dass er seine Mutter schon immer als introvertierte, distanzierte und zurückgezogene Person erlebt hat. Die Mitarbeitenden berichteten, dass Frau B. generell mit Ablehnung auf körperliche Nähe und Berührung reagierte.

Es erfolgten wiederholt interprofessionelle Fachgespräche und zwei gerontopsychiatrische Konsile. In den Fachgesprächen wurden die Ursachen des Verhaltens analysiert und umfangreiche interprofessionelle Interventionen besprochen.

Der Schwerpunkt wurde auf milieutherapeutische Massnahmen gelegt. Zu diesen zählten unter anderem eine angepasste nonverbale und validierende Kommunikation. Es wurde eine Tagesstruktur erstellt, die unter Berücksichtigung sensobiografischer Informationen und der 12 positiven Interaktionen nach Kitwood (2022, 149-151), die personenzentrierte Pflege und den Vertrauens- und Beziehungsaufbau zwischen Frau B. und den Mitarbeitenden in den Mittelpunkt der Begleitung stellte und ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Aktivitäten und Ruhephasen zur Reizabschirmung bot. Weiterhin wurden verschiedene Tageszeiten zur Durchführung von Pflegehandlungen ausprobiert und die Pflege durch Mitarbeitende ausgeführt, auf die Frau B. besonders positiv und vertrauensvoll reagierte.

Um eine gelingende Umsetzung der Massnahmen zu gewährleisten und die Mitarbeitenden zu unterstützen, fanden Praxisbegleitungen durch interne Demenz-Fachpersonen statt.

Mit fortschreitendem Krankheitsverlauf wurde eine Zunahme des ablehnenden und fremdaggressiven Verhaltens gegenüber Mitarbeitenden beobachtet. Insbesondere das Pflegepersonal trug wiederholt Verletzungen im Kontakt mit Frau B. davon. Durch die inzwischen fortgeschrittene schwere Demenz mit erheblichen Einbussen der kognitiven Kompetenzen konnte Frau B. die Notwendigkeit von Pflegehandlungen nicht mehr nachvollziehen.

Die bisherigen Interventionen zeigten kaum noch eine positive Wirkung. Die psychische Belastung auf Seiten der Bewohnerin und des Behandlungs- und Betreuungsteams nahm erheblich zu. Das Team beschäftigten insbesondere diese Fragestellungen:

Haben wir alle möglichen Interventionen ausgeschöpft, um die emotionale Belastung von Frau B. zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren?

Dürfen wir Frau B. gegen ihren Willen pflegen und sie dabei festhalten, um eine Selbst- und Fremdgefährdung zu vermeiden?

Da die Fragen auf eine ethische Dilemmasituation hindeuteten, wurde eine ethische Fallbesprechung einberufen, an der das Pflegeteam, der Arztdienst, der Sozialdienst, die Seelsorge, die Physiotherapie und die Pflegeexpertin teilnahmen. Die Fallbesprechung wurde anhand der vier Phasen des Sensor Modells durchgeführt.

Tabelle 1. Sensor Situationsanalyse - Fallvignette Frau B.

Situationsanalyse	
Fakten	Werte
- Frau B. ist urteilsunfähig, gesetzliche Vertretungsperson ist der Sohn, es besteht eine Vorsorgevollmacht; - Behandlungskonzept: kurativ im Heim (ÄNO B3); - erheblich eingeschränkte empirische Autonomiefähigkeit; - Patientinnenwille: es besteht keine Patientinnenverfügung, Frau B. zeigt verbal und nonverbal deutlich ihre Ablehnung, wehrt Pflegehandlungen durch Schlagen, Kratzen, Spucken, Beissen und lautes Schreien ab; - PP wurden mehrfach verletzt (Hämatome, Biss- und Kratzwunden); - Pflegehandlungen werden zum Eigenschutz teilweise durch drei PP durchgeführt; - nach der Durchführung der Pflegehandlung beruhigt sich Frau B. schnell wieder; - im sonstigen Kontakt zu Mitarbeitenden zeigt sich Frau B. freundlich und zugewandt; - Antipsychotikum zeigt teilweise beruhigende Wirkung; - Fr. B. lehnt zunehmend die Medikamentengabe ab, verdeckte Medikamentengabe ist verordnet; - der Sohn hatte bisher einen guten Zugang zu seiner Mutter, wurde mit seinem Einverständnis in Pflegehandlungen zur Unterstützung einbezogen, auch dies lehnt Frau B. zunehmend ab; - der Sohn ist über die anspruchsvolle Situation informiert, er fühlt sich damit überfordert und macht sich Sorgen um seine Mutter; - Urin- und Stuhlinkontinenz, daher Gefahr	Wertschätzung, Würde und Autonomie der Bewohnerin: Dem Willen der Bewohnerin ist grundsätzlich zu entsprechen. Trotz deutlich mitgeteilter Ablehnung kann diesem aber aufgrund einer Selbstgefährdung und mangelnder Einsichtsfähigkeit nicht gänzlich entsprochen werden. Fürsorgeauftrag des Pflegeteams: Schutz der Bewohnerin. Nicht-Schaden-Prinzip: Die Durchführung der Pflegehandlungen schadet Frau B. auf emotionaler Ebene (punktuelle Verstärkung der Angst), das Unterlassen führt langfristig zu einer erheblichen gesundheitlichen Schädigung. Fürsorge und Gerechtigkeitsprinzip auf Mitarbeitenebene: Das Team ist psychisch belastet, ist mehrfach verletzt worden und benötigt Unterstützung. Einbezug und Unterstützung des Sohnes: Der Sohn zeigt sich belastet und verunsichert. Wie ist er in den Entscheidungsprozess einzubeziehen? Was benötigt er an Unterstützung seitens des Betreuungs- und Behandlungsteams?

von Harnwegsinfekten und Hautschädigungen bei nicht regelmässig durchgeführter Pflege; - bisherige milieutherapeutische Massnahmen nur teilweise mit Erfolg (mit ihr beten, viel Zeit nehmen, Vornamen nutzen, nach Möglichkeit immer gleiche PP, mit ihr singen); - das Einverständnis des Sohnes zur Verwendung des Vornamens ist eingeholt und als therapeutische Intervention in der Pflegplanung dokumentiert; - immer gleiche PP zur Pflege lässt sich im Stationsalltag nicht immer umsetzen; - eingeschränkte Mobilität und hohe Sturzgefahr; - das fremdaggressive Verhalten zeigt sich fast ausschliesslich bei Pflegehandlungen und bei Reizüberflutung in Gemeinschaftsräumen; - Ursachenanalyse anhand STI: körperliche Ursachen ausgeschlossen, auf affektiver Ebene wird insbesondere ausgeprägte Angst vermutet; - Bemessung des Belastungsgrad anhand des NPI Assessment zeigt einen hohen Belastungsgrad von Frau B. und dem Pflege team	
---	--

Quelle: Eigene Darstellung (Arn, n. d.)

Tabelle 2. Sensor Handlungswahl - Fallvignette Frau B.

Handlungswahl			
Handlungsmöglichkeiten	Skala A	Skala B	Gesamt
Die Tagesstruktur wird mit Wenn-Dann-Massnahmen ergänzt. Diese sind in folgender Kaskade umzusetzen: 1. Die milieutherapeutischen Massnahmen haben Vorrang und sind auszuschöpfen, die Pflege sollte zur Vermeidung einer Reizüberflutung durch eine PP durchgeführt werden, wenn dies nicht möglich ist und die Massnahmen nicht wirksam sind, dann 2. zweite PP dazuholen, eine PP bleibt aktiv in Kontakt mit	10	10	20

Frau B. versucht sie mit Beten und Singen zu beruhigen, die andere PP führt die Pflegehandlung durch, sollte auch dies nicht möglich sein, dann 2. Reservegabe Antipsychotikum und Frau B. Ruhe ermöglichen, sollte auch dies nicht ausreichen und die Pflege dringend erforderlich sein, dann 3. als Ultima Ratio Pflege mit drei PP durchführen, beim Festhalten von Frau B. sind die NAGS Aggressionsmanagement Handgriffe anzuwenden. Grundsätzlich sollte bei ablehnendem Verhalten überlegt werden, ob die Pflegehandlung zum jetzigen Zeitpunkt dringend erforderlich ist oder zu einem späteren Versuch durchgeführt werden kann. Die Wenn-Dann-Massnahmen werden durch die pflegerische Ansprechperson in der Pflegedokumentation geplant.			
Unterstützung und Entlastung des Teams durch: - Information der Leitungsebene über die Ergebnisse der Fallbesprechung, Einholen des Einverständnis zum angedachten Prozedere; - Befindlichkeitsrunde am Mittagsrapport zur Psychohygiene des Teams; - Mitarbeitende können sich zur Unterstützung an das Care Team des Betriebs wenden; - Schulung weiterer PP im Aggressionsmanagement.	5 6 5 8	10 9 8 9	15 15 13 17
Einbezug und Unterstützung des Sohnes: Gespräch mit dem Sohn führen, um ihn über die Ergebnisse der Fallbesprechung zu informieren und ihn an der Entscheidung zu beteiligen. Das Gespräch wird durch den Sozialdienst geplant, weiterhin nehmen an dem Gespräch der Arztdienst, die pflegerische Ansprechperson und gegebenenfalls die Abteilungsleitung teil.	9	10	19

Quelle: Eigene Darstellung (Arn, n. d.)

Die Unterstützung des Sohns wurde in der Phase der Situationsanalyse nicht als Hauptwertekonflikt eingestuft. Bei der Bewertungsphase entschied das interprofessionelle Team, dass ein Austausch mit dem Sohn dennoch eine relevante Handlungsoption und Voraussetzung für den weiteren Umsetzungsprozess darstellt. In einem ersten Schritt wurden die Ergebnisse der Fallbesprechung mit der Leitungsebene erörtert, diese gab ihr Einverständnis zur Umsetzung der erarbeiteten Handlungsoptionen.

Als nächster Schritt erfolgte das Gespräch mit dem Sohn, der mit den Wenn-Dann-Massnahmen ebenfalls einverstanden war und das Gespräch als unterstützend und entlastend erlebte. Die ethische Fallbesprechung verhalf dem Team, die Problematik zu konkretisieren und sich wieder als handlungsfähig zu erleben. Dies führte zu einer Entlastung des Teams und die Pflegesituation mit Frau B. entspannte sich durch die Umsetzung der Wenn-Dann-Massnahmen. Die Belastung konnte sowohl auf Teamebene wie auch für Frau B. und ihren Sohn reduziert werden. Die Befindlichkeitsrunde wurde zu einem festen Bestandteil des Mittagsrapports.

Zusammenfassung

Die beiden Fallvignetten zeigen die hohe Komplexität von ethischen Dilemmata in der Langzeitpflege auf. Die Praxiserfahrung zeigt, dass in vielen ethischen Problemsituationen der Wert der Autonomie betroffen ist, die Einschränkung dieser kann für den MmD, die Angehörigen und das interprofessionelle Team eine hohe Belastung darstellen. Beide Modelle ermöglichen mit ihrer strukturierten Vorgehensweise die Komplexität zu erfassen und mit der Erarbeitung von Handlungsoptionen einen gemeinsamen Konsens zum Wohl des MmD, der Angehörigen und des interprofessionellen Teams, zu finden.

5.3 Vergleich der Modelle zur ethischen Entscheidungsfindung

Die vorgestellten Modelle der ethischen Entscheidungsfindung zeigen Parallelen und Unterschiede hinsichtlich der Struktur, der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel, dem vorausgesetzten ethischen Fach- und Erfahrungswissen der Mitarbeitenden, sowie den vorausgesetzten Ethikstrukturen in den Betrieben auf.

Der Praxistest anhand konkreter Bewohnendensituationen zeigt weiterhin Unterschiede hinsichtlich der praxistauglichen Anwendung auf. Die Anwendung der einzelnen Modelle wurde durch das interprofessionelle Behandlungsteam in ihrer Komplexität unterschiedlich bewertet.

Das METAP II Modell setzt eine ethische Kompetenz der moderierenden Person und der Mitarbeitenden voraus. Weiterhin müsste aus Sicht der Autorin der Gesamtprozess dieses Modells im Betrieb implementiert und allen Teammitgliedern bekannt sein, damit Zuständigkeiten geklärt

sind und ein gelingender Ablauf der einzelnen Stufen möglich ist. Des Weiteren müsste der Einbezug einer externen Ethikfachperson durch den Betrieb geregelt sein (Wer ist zuständig und wie ist die Kontaktaufnahme geregelt?), damit den Mitarbeitenden der Zugang zu diesem Angebot ermöglicht wird. Die Anwendung der umfangreichen Ethik-Hilfsmittel kann unterstützen, benötigt aber Zeitressourcen zur Einarbeitung und Umsetzung. Diese Zeitressourcen sind im Arbeitsalltag nicht immer gegeben.

Das Sensor Modell wurde als durchweg positiv wahrgenommen, da dies leicht verständlich ist und dem Team einen guten Zugang zum Prozess der ethischen Entscheidungsfindung ermöglicht. Die vier definierten Phasen ermöglichen in einem überschaubaren zeitlichen Rahmen, alle relevanten Aspekte der ethischen Situation zusammenzutragen, zu diskutieren und zu einer fundierten Entscheidung zu gelangen. Insbesondere die quantitative Bewertung der vierten Phase unterstützt bei der Konsensbildung und der Planung der weiteren Vorgehensweise. Das beigelegte grafische Handblatt ist übersichtlich gestaltet und dient der moderierenden Person als unterstützende Wegleitung durch die Fallbesprechung.

Um Langzeitinstitutionen die Auswahl des für sie passenden Modells der ethischen Entscheidungsfindung zu erleichtern, wurde im Rahmen der Masterthesis ein Tabelle als Unterstützungsinstrument entwickelt. Die Modelle werden in dieser Tabelle unter Einbezug der Ausführungen des vierten Kapitels sowie der Erfahrungen aus der Praxisanwendung anhand folgender Kriterien verglichen: zugrundeliegende ethische Prinzipien, Modellstruktur, Einbezug unterschiedlicher Perspektiven, Evaluationsmöglichkeit der Ergebnisse, Praxisanwendbarkeit, verfügbare Hilfsmittel, vorausgesetztes Erfahrungswissen und benötigte Betriebs-Ethikstrukturen.

Für die definitive Auswahl wird eine Vertiefung der einzelnen Modelle anhand der im Literaturverzeichnis aufgeführten Fachliteratur empfohlen. Eine konkrete Empfehlung aufgrund philosophischer Konzepte oder empirischer Daten kann für die bestehenden Methoden der ethischen Unterstützung in Einzelfallentscheidungen laut SAMW (2023, S. 9) aktuell nicht gegeben werden. Die SAMW würde sich dahingehend weitere empirische Forschung wünschen. Bei der Wahl der Methode empfiehlt die SAMW (2023, S. 9) sich an den bestehenden Rahmenbedingungen und Ethikstrukturen der Institution zu orientieren.

Eine zusammenfassende Übersicht zu weiteren Methoden der ethischen Unterstützung bietet die SAMW (2012) in ihrem Dokument "Ethische Unterstützung in der Medizin: Methoden. Anhang zu den Empfehlungen".

6. Implementierung der ethischen Entscheidungsfindung in der Langzeitpflege

Um ethische Entscheidungsfindungsprozesse in der Langzeitpflege implementieren zu können, empfiehlt die SAMW (2023, S. 20-21) den Aufbau von Ethikstrukturen. Als Ziele dieser Ethikstrukturen sind zu benennen: die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der betreuten Personen, Nachvollziehbarkeit und Transparenz von Entscheidungsfindungsprozessen, Förderung der Entscheidungs-, Handlungs- und Reflexionsqualität sowie der interprofessionellen Zusammenarbeit und damit inkludiert die Optimierung der Behandlungs- und Arbeitsqualität (SAMW, 2023, S. 7).

Demnach und wie die Ausführungen im vierten und fünften Kapitel aufzeigen, ist die Implementierung der ethischen Entscheidungsfindung an bestimmte Voraussetzungen geknüpft und benötigt einen strukturellen Rahmen.

Daher werden in diesem Kapitel, angelehnt an die Unterscheidung des METAP II Modells zwischen Makro-, Meso- und Mikroebene, die Grundvoraussetzungen zur Implementierung auf Betriebs- und Mitarbeitenebene herausgearbeitet.

Auf die Voraussetzungen der Makroebene wird an dieser Stelle nur kurz verwiesen, da es aus Sicht der Autorin für Veränderungen auf dieser Ebene politische Entscheidungen benötigt, worauf Mitarbeitende von Langzeitpflegeinstitutionen nur bedingt Einfluss haben. CURAVIVA (2010, S. 11-16) fordert unter anderem folgende Anpassungen ein, die für die Langzeitpflege von Bedeutung sind:

- Bessere Finanzierung der personenzentrierten Begleitung in der ambulanten und stationären Pflege durch eine Anpassung der Betreuungs- und Pflegeleistungen;
- Sicherstellung eines angemessenen Personalschlüssels;
- Ergreifen von Massnahmen zur Ausbildung von genügend Fachpersonal der Pflege und Betreuung, sowie Förderung von besseren Arbeitsbedingungen;
- Anpassung der Aus- und Weiterbildung von pflegerischem und ärztlichem Personal hinsichtlich gerontologischem und geriatrischem Wissen, sowie psychosozialer Kompetenzen.

Ergänzend dazu empfiehlt die SAMW (2019b, S. 5-6) die Förderung der ethischen Kompetenz in die Ausbildung von Gesundheitsfachpersonen zu integrieren.

6.1 Voraussetzungen auf Betriebs- und Mitarbeitenebene

In der Fachliteratur finden sich zum Aufbau von Ethikstrukturen im Gesundheits- und Sozialwesen unterschiedliche Begrifflichkeiten und Optionen. Da in den vorangegangenen Kapiteln der Masterthesis das METAP II Modell und das Sensor Modell vorgestellt wurden, werden im Folgenden die Empfehlungen von Albisser Schleger (2019b) und Arn (Arn & Hug, 2009) aufgeführt.

Wie dargestellt, liegen laut dem METAP II Modell die Entstehungsbedingungen ethischer Probleme neben der Makroebene, auf den individuellen Umständen einer Pflege- und Betreuungssituation und vor allem auf struktureller Betriebsebene (Albisser Schleger, 2019b, S. 171). Um eine gelingende Implementierung des METAP II Modells gewährleisten zu können, werden daher folgende Ethikstruktur-Elemente empfohlen (Albisser Schleger, 2019b, S. 169-192):

- **Ethikbeauftragte:r:** interne Fachperson der Institution, zum Beispiel Pflegeexpert:innen; Funktion: erste Ansprechperson und Berater:in bei ethischen Fragen für die Betriebsleitung, die Ethik-Basisgruppe und das gesamte interprofessionelle Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsteam. Aufgaben: Einführung des METAP II Modells im Betrieb, Sicherstellung der Anwendungskompetenz auf Mitarbeitenebene, Koordination interner Ethikprozesse. Kompetenzen: vertiefte Kenntnisse zum METAP II Modell, Fachwissen im Bereich Ethik, Prozess- und Qualitätsmanagement, Erfahrung in der Koordination von komplexen Pflegesituationen, Organisation und Moderation interprofessioneller Besprechungen (Albisser Schleger, 2019b, S. 177-178).
- **Ethik-Basisgruppe:** Mitarbeitende mit ausführender Funktion (pro Abteilung zwei Mitarbeitende, davon eine Teamleitung). Funktion: verantwortlich für die Anwendung und Aufrechterhaltung von METAP II; Aufgaben: Unterstützung der Teams bei der Umsetzung im Praxisalltag; Initiieren der Problemlösung auf Stufe 1 und 2 des METAP II Modells, Vorbereitung und Moderation der Fallbesprechungen; Kompetenzen: Schulung zur Anwendung des Modells (Albisser Schleger, 2019b, S. 178-179).
- **Ethikforum:** Mitarbeitende aller Bereiche (Führung, Pflege, Therapie, Qualitätssicherung, Finanzen etc.). Funktion: unternehmens- und organisationsethische Aufgaben, Erarbeitung von Richtlinien und Handlungsempfehlungen, Organisation von Weiterbildungen, Initiierung und Umsetzung von Projekten zur Analyse von wiederkehrenden ethischen Problemen, Unterstützung der ethikbeauftragten Person in Einzelfallentscheidungen; Kompetenzen: vertiefte Kenntnisse zum METAP II Modell, Fachwissen im Bereich Ethik, Prozess- und Qualitätsmanagement (Albisser Schleger, 2019b, S. 183-186).

Weiterhin empfiehlt Albisser Schleger (2019b, S. 169-192) zur Implementierung der genannten Ethikstrukturen folgende Vorbereitungs- und Umsetzungsschritte zu berücksichtigen:

- Anknüpfung und Einbindung der Ethikstrukturen an die bestehenden Organisationsstrukturen, um die Schaffung von weiteren Instanzen zu vermeiden;
- transparente und verbindliche Definition der Aufgaben und Ziele der Ethikstruktur;
- Auswahl eines geeigneten Zeitpunktes zur Implementierung: die Einführung sollte aufgrund begrenzter zeitlicher und personeller Ressourcen des Betriebes nicht mit weiteren Projekten oder Weiterbildungen kollidieren;
- Schulungen der Ethik-Basisgruppe, der ethikfachbeauftragten Person und der Führungskräfte mit einem Umfang von zwei Tagen;
- Informationsveranstaltungen zum METAP II Modell für alle Mitarbeitenden des Betriebes: zeitlicher Umfang von 45-60 Minuten für Mitarbeitende des Behandlungs- und Pflegeteams, 10-20 Minuten für Mitarbeitende weiterer Bereiche, wie zum Beispiel Technischer Dienst, Gastronomie und Hauswirtschaft;
- Übungs-Fallbesprechungen zum Theorie-Praxis-Transfer: die neu implementierten Strukturen der ethischen Entscheidungsfindungsprozesse können so durch das interprofessionelle Team eingeübt werden und etwaige nicht definierte Abläufe angepasst werden;
- festgelegte Terminplanung der ethischen Fallbesprechungen zur Gewährleistung einer routinierten Durchführung;
- gelegentliche theoretische Auffrischung für neue Mitarbeitende und die gesamte Ethik-Basisgruppe;
- Einbezug von Erfahrungswissen anderer Institutionen, welche Ethikstrukturen schon implementiert haben.

Die Umsetzung kann angepasst an die gegebenen Rahmenbedingungen der jeweiligen Institution in unterschiedlichen Varianten erfolgen (Albisser Schleger, 2019b, S. 191-192). Es besteht die Möglichkeit einer Implementierung auf der Mikroebene, indem der in Kapitel 4.1 beschriebene Prozess der ethischen Entscheidungsfindung implementiert wird. Dadurch erhalten die Mitarbeitenden ein niedrigschwelliges ethisches Problemlösungsverfahren, mit dem sie herausfordernde Pflege- und Betreuungssituationen in weitgehend eigener Kompetenz systematisch ethisch bearbeiten können (Albisser Schleger, 2019b, S. 177).

Als weitere Variante ist die Umsetzung des METAP II Modells als integriertes Ethik-Programm auf Mikro- und Mesoebene einer Institution zu benennen. Das integrierte Ethik-Programm umfasst dabei die Implementierung der aufgeführten Ethikgremien und des ethischen Entscheidungsfindungsverfahrens.

Weiterhin kann die Implementierung des integrierten Ethik-Programms übergeordnet bei einem Verbund von mehreren Pflegeeinrichtungen erfolgen. Albisser Schleger (2019b, S. 191-192) empfiehlt für eine massgeschneiderte Implementierung ein gestuftes Vorgehen. Demnach sollte die Umsetzung zuerst auf der Mikroebene und erst anschliessend auf der Mesoebene erfolgen, um den individuellen Bedarf der Institution schrittweise zu eruieren.

Für Betriebe und Organisationen stellt METAP II ein Schulungsangebot zur Verfügung, weiterhin kann zum Aufbau des Ethikforums ein Beratungsservice hinzugezogen werden (Albisser Schleger, 2019b, S. 192).

Ähnlich wie beim METAP II Modell unterscheiden auch Arn und Hug (2009, S. 39-43) verschiedene Ebenen der Ethikstruktur in Organisationen des Gesundheitswesens: das ethische Unterstützungssystem und den ethischen Entscheidungspfad als kleinräumige Ethikstruktur. Die Implementierung beider Ebenen ist Voraussetzung für eine tragfähige Ethikstruktur. Zu dem ethischen Unterstützungssystem zählen übergeordnete Gremien und Funktionen (Arn & Hug, 2009, S. 39-43). Der ethische Entscheidungspfad umfasst ethische Entscheidungsfindungsverfahren und die Entwicklung von Organisations-Richtlinien zur Wertesicherung und Handlungsdefinition (Arn & Hug, 2009, S. 39-43) .

Folgende Elemente des ethischen Unterstützungssystem werden unterschieden:

- **Ethik-Komitee:** Gremium mit Fachpersonen der unterschiedlichen Organisationsbereiche; Aufgaben: Unterstützung des Behandlungs- und Betreuungsteams in konkreten medizinethischen Konfliktsituationen, Analyse wiederkehrender ethischer Problemkonstellationen, Erarbeitung von allgemeingültigen ethischen Standards (Arn & Hug, 2009, S. 44-45).
- **Hausethiker:in:** dieser Funktion obliegt ein Beratungsmandat in Einzelfallentscheidungen und wird von Arn und Hug (2009, S. 45-46) insbesondere für den Spitalbereich empfohlen.
- **Ethik-Forum:** koordinierendes und initiiierendes Gremium bestehend aus Basismitarbeitenden mit Unterstützung einer externen Ethikberatung. Aufgaben: Stärkung des Bewusstseins für ethische Fragen und Entscheidungsfindung, Ermöglichung ethischer Bildung, Entwicklung ethischer Richtlinien, Förderung der ethischen Entscheidungsqualität innerhalb der Organisation, Entwicklung und Implementierung eines ethischen Entscheidungsfindungsverfahrens (Arn & Hug, 2009, S. 45, S. 52-57).

Für die Entwicklung und Umsetzung von Ethikstrukturen benennen Arn und Hug (2009, S. 63-65) folgende Voraussetzungen und Kompetenzen auf Betriebsleitungs- und Gremienebene:

- dem aktuellen Forschungsstand entsprechendes Ethikfachwissen;
- Fachwissen zur Organisationsentwicklung;
- Kommunikationskompetenzen;
- Fähigkeit zur Selbstreflexion;
- Kenntnisse der Abläufe und der Gegebenheiten der eigenen Organisation;
- Festlegung der Entscheidungskompetenzen und Verantwortlichkeiten;
- Erfahrung mit dem Aufbau von Ethik-Strukturen und/ oder Austausch mit anderen Institutionen.

Aufgrund der geforderten Kompetenz betonen Arn und Hug (2009, S. 65), dass die Planung des Wissensaufbaus der erste Schritt im Aufbau von Ethikstrukturen ist, hierzu kann eine externe Fachberatung einbezogen werden. Weiterhin empfehlen Arn und Hug (2009, S. 65), dass der Aufbau von Ethikstrukturen als offener Prozess gestaltet wird und unvorhersehbare Situationen im Entwicklungsprozess als Chance aufgegriffen werden.

Ergänzend dazu fordern Arn & Hug (2009, S. 57-63) für die Umsetzung ethischer Entscheidungsfindungsverfahren folgende Voraussetzungen und Kompetenzen:

- Erstellung eines Gesprächsleitfadens und Definition von Zuständigkeiten, Abläufen und Evaluationsstrukturen;
- Ermöglichung eines niedrighschwelligen Auslösungsprozesses für alle Mitglieder des Behandlungsteams;
- Bekanntmachen des Verfahrens durch Informationsveranstaltungen und Weiterbildungen für alle Mitarbeitenden;
- Schulung der Moderator:innen mit diesen Inhalten: ethische Grundkenntnisse, Auseinandersetzung mit dem Thema Autonomie, argumentativer Umgang mit Normen und Werten, Gesprächsleitung;
- nach Möglichkeit unabhängige Moderator:innen, die nicht in die konkrete Fallsituation involviert sind.

Arn & Hug (2009, S. 41) verweisen darauf, dass für die Entwicklung einer Ethikstruktur ebenso die Entwicklung einer Ethikkultur notwendig ist. Die Ethikstruktur umfasst alle expliziten Regulierungen einer Organisation, unter Ethikkultur wird der Umgang mit bestehenden impliziten Normen und Werten verstanden (Arn & Hug, 2009, S. 41). Als unterstützende Elemente zur Entwicklung einer Ethikkultur werden neben den genannten Gremien und Formen der Ethikstruktur folgende Massnahmen empfohlen: die Ethiksensibilisierung aller Mitarbeitenden durch Texte in einer Hauszeitung, Ethikweiterbildungen für alle Mitarbeitenden, Zeit für regelmässige Teamre-

flexionen, interprofessionelle Leitlinienentwicklungsprozesse und Ethikcafés (Arn & Hug, 2009, S. 41-43). Die Ethikcafés bieten eine regelmässige Form des gemeinsamen Nachdenkens über ethische Fragen auf informeller Ebene (Arn & Hug, 2009, S. 43).

Schmitt-Mannhart (2009, S. 269) empfiehlt, dass zur Implementierung ethischer Entscheidungsfindung nicht einfach ein bestehendes Modell übernommen werden sollte, sondern das Verfahren durch eine interprofessionelle Arbeitsgruppe den Strukturen und Bedürfnissen der Institution angepasst wird.

Zusammenfassung

Für eine tragfähige Umsetzung ethischer Entscheidungsfindungsverfahren wird die Entwicklung einer Betriebs-Ethikstruktur empfohlen. Zu dieser zählen übergeordnete Ethikgremien und ethikbeauftragte Fachpersonen, die organisationale Strukturen definieren, in komplexen Einzelsituationen beraten und die Entwicklung einer gemeinsamen Ethikkultur fördern. Damit die ethische Entscheidungsfindung gelingen kann, benötigt es sowohl auf Betriebsleitungsebene wie auch auf Mitarbeitenebene auf die jeweilige Rolle zugeschnittene Weiterbildungen und Informationsveranstaltungen. Zur Sicherung transparenter Ethikstrukturen benötigt es klar definierte Abläufe, Gesprächsstrukturen und Zuständigkeiten.

6.2 Checkliste zur Implementierung der ethischen Entscheidungsfindung

Die beiden vorangegangenen Abschnitte zeigen eine Vielzahl an Voraussetzungen und Arbeitsschritten zur Implementierung der ethischen Entscheidungsfindung auf. Auf Grundlage dieser Ergebnisse wurde im Rahmen der Masterarbeit eine Checkliste entwickelt (Anhang O). Die Checkliste bietet eine Zusammenfassung der relevanten Voraussetzungen und Arbeitsschritte und dient den Betrieben als Unterstützungs- und Arbeitsinstrument. Die Voraussetzungen und Arbeitsschritte sind dabei den Ebenen der Betriebsleitung/ Bereichsleitung und den Mitarbeitenden zugeteilt. Darüber hinaus wurde die Ebene einer Ethikprojektgruppe in die Checkliste eingefügt. Die Autorin der Masterthesis empfiehlt die Errichtung einer solchen Projektgruppe, um eine für den Betrieb passgenaue Implementierung zu ermöglichen. Die Ethikprojektgruppe versteht sich dabei als intermediäre Arbeitsgruppe, die unter Einbezug der Bedarfe der unterschiedlichen Stakeholder (Organisation, Betriebsleitung, Mitarbeitende, Bewohnende), der gegebenen Betriebsstrukturen und der erforderlichen ethischen Grundlagen, die notwendigen Vorbereitungen und Umsetzungsschritte plant und begleitet. Je nach ausgewählter Ethikstruktur kann die Projektgruppe nach der Implementierungsphase als Ethikkomitee oder Ethikforum fungieren. Weiterhin sind in der Checkliste Spalten zur Zeitplanung und zur Festlegung der verantwortlichen Personen eingefügt, sowie eine Spalte, in der das Vorhandensein oder die Umsetzung der einzelnen Voraussetzungen als erledigt markiert werden kann.

7. Zusammenfassung und Fazit

Im abschliessenden Kapitel wird die Hauptfragestellung der Masterarbeit beantwortet:

Wie kann mittels ethischer Entscheidungsfindung die Wahrung und die Förderung von Autonomie bei Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege unterstützt werden?

Dazu werden die relevantesten Ergebnisse zusammengefasst und reflektiert, sowie Empfehlungen für die Praxis abgeleitet.

7.1 Die wichtigsten Erkenntnisse

Die Masterthesis hat aufgeführt, dass der Anspruch auf Autonomie mit der Achtung der Menschenwürde unabdingbar einhergeht und damit gesetzlich verankert und stets zu achten ist. Dies gilt auch für MmD, die im Verlauf der Erkrankung aufgrund kognitiver und nicht-kognitiver Symptome zunehmend eine Einschränkung ihrer Selbstständigkeit und ihrer empirischen Autonomiefähigkeit erfahren.

In einer Gesellschaft, in welcher der Wert der selbstbestimmten Lebensführung als höchstes Gut gilt, kann der Verlust dieser und die mit der Krankheit einhergehenden physischen und mentalen Veränderungen zu einer hohen emotionalen und psychischen Belastung bei der betroffenen Person führen. Die Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen tragen in diesem Kontext ein hohes Mass an Verantwortung. Ihre Aufgabe ist es, den individuellen physischen und psychischen Bedürfnissen des MmD stets gerecht zu werden, ihnen emotionalen Halt in dieser anspruchsvollen Situation zu bieten, den Anspruch auf Autonomie trotz zunehmender Einschränkungen zu ermöglichen und dort Entscheidungen zu übernehmen, wo der MmD diese nicht mehr selbst treffen kann. Die physische und emotionale Bedürftigkeit des MmD, die Diskrepanz zwischen Autonomieanspruch und tatsächlich bestehender Autonomiefähigkeit des MmD, sowie bestehende Strukturen und knappe personelle und zeitliche Ressourcen in der Langzeitpflege, können dabei zu ethischen Dilemmata führen. Die Mitarbeitenden stehen vor der Herausforderung, zwischen Fürsorgepflicht, rechtlichen Rahmenbedingungen, institutionellen Anforderungen und dem Respekt vor der Selbstbestimmung der Betroffenen abzuwägen.

Die Masterthesis hat dargelegt, dass die ethische Entscheidungsfindung dem interprofessionellen Behandlungs- und Betreuungsteam in diesem Spannungsfeld ein Verfahren bietet, im Rahmen einer ganzheitlichen und multiperspektivischen Betrachtung ethische Dilemmata zu analysieren, Handlungsoptionen zu sammeln und zu einer tragfähigen autonomiewahrenden und autonomiefördernden Entscheidung zu gelangen. Dies wird ermöglicht, indem die ethische Entscheidungsfindung situativ die individuellen Autonomiebedürfnisse und die empirische Autono-

miefähigkeit der MmD ermittelt, bestehende Strukturen der Langzeitpflege hinsichtlich autonomieeinschränkender Faktoren offenlegt, sowie etwaige differente individuelle Werte und Autonomieideologien des MmD, der Angehörigen und des interprofessionellen Teams bewusst macht und so einen gemeinsamen Abwägungsprozess ermöglicht.

Die Masterarbeit hat weiterhin aufgezeigt, dass für einen gelungenen Prozess der ethischen Entscheidungsfindung immer situationsbezogen der mutmassliche Patient:innenwille anhand verbaler Äusserungen, nonverbaler Ausdrucksformen und biografischer Informationen einzubeziehen ist. Auf Seiten der Mitarbeitenden benötigt es für einen gelungenen Prozess fachliches Wissen, ethische Sensibilität und psychosoziale Kompetenzen. Gleichzeitig wurde deutlich, dass ethische Reflexion kein einmaliger Akt, sondern ein kontinuierlicher Prozess ist, der sowohl auf individueller als auch auf organisationaler Ebene verankert sein muss. Daher muss seitens des Betriebes eine strukturelle Unterstützung gewährleistet werden. Dies kann in Form einer betrieblichen Ethikstruktur gelingen und dem zur Verfügung stellen von ausreichend zeitlichen und personellen Ressourcen für die ethische Reflexion, sowie einer kontinuierlichen Vermittlung von ethischem Fachwissen und der Entwicklung einer ethisch orientierten Organisationskultur. Diese strukturellen Bedingungen beeinflussen massgeblich, inwiefern Autonomie in der Praxis ermöglicht oder eingeschränkt wird.

Eine weitere zentrale Erkenntnis ist, dass ethische Entscheidungsfindung und eine autonomiewahrende Begleitung nicht losgelöst von interprofessionellen und personenzentrierten Ansätzen erfolgen kann. Um die Autonomie von MmD in der Behandlung, Therapie, Pflege und Betreuung zu gewährleisten, bedarf es einem Einbezug des gesamten interprofessionellen Teams und relevanter Bezugspersonen, einer personenzentrierten Grundhaltung, einer konsequenten Orientierung an der Beziehungsgestaltung sowie partizipativer Entscheidungsprozesse. Insbesondere ist darauf zu achten, dass ein Paternalismus vermieden wird. Dieser kann als Antagonist der Personzentrierung bezeichnet werden und birgt erheblich die Gefahr, durch die Übertragung eigener fachlicher Perspektiven, die Bedürfnisse und Wünsche des MmD zu übergehen und damit die Autonomie des MmD einzuschränken.

Anhand der beiden Fallvignetten wurde der hohe Komplexitätsgrad ethischer Dilemmasituationen in der Langzeitpflege deutlich. Das Erfassen von Wertekonflikten, der Einbezug aller relevanter Informationen und Perspektiven, sowie die Erarbeitung möglicher Handlungsoptionen und die Umsetzungsplanung benötigen ein strukturiertes Vorgehen. Die beiden vorgestellten Modelle, METAP II und Sensor, bieten dem interprofessionellen Team eine praxistaugliche Methode, um diesen Prozess gezielt zu steuern und damit die Autonomie von MmD in der Langzeitpflege bewahren und fördern zu können.

7.2 Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis

Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse ergeben sich für Institutionen der Langzeitpflege mehrere Schlussfolgerungen und Empfehlungen, um eine autonomiewahrende und -fördernde Begleitung von MmD gewährleisten zu können:

- **Vermittlung von demenzspezifischem Wissen:** Durch Demenzschulungen werden Mitarbeitende befähigt, den Krankheitsverlauf, die mit der Demenz einhergehenden Symptome und damit das Verhalten von MmD zu verstehen. Insbesondere das Verständnis, BPSD als Ausdrucksform unerfüllter physischer und emotionaler Bedürfnisse des MmD anzuerkennen, ist relevant. Dadurch wird gewährleistet, dass angemessene medikamentöse und milieutherapeutische Massnahmen Vorrang vor dem Einsatz von Zwangsmedikation und bewegungseinschränkenden Massnahmen erhalten.
- **Einsatz von Demenzfachpersonen und Ethikfachpersonen in der Langzeitpflege:** Diese Fachpersonen können das interprofessionelle Team und MmD in anspruchsvollen Situationen und ethischen Dilemmata begleiten und beraten, Fallbesprechungen koordinieren und moderieren, interne Schulungen durchführen, sowie Praxisbegleitungen im Sinne eines «training on the job» anbieten.
- **Förderung ethischer Handlungskompetenz:** Mitarbeitende sollten gezielt in ethischer Entscheidungsfindung geschult werden. Dies umfasst Kenntnisse zu ethischen Prinzipien, aber auch kommunikative und reflektierende Fähigkeiten.
- **Vermittlung von Fachwissen zu rechtlichen Grundlagen:** Die Schulung von Mitarbeitenden zu rechtlichen Vorgaben, sowie die Erarbeitung von internen Richtlinien zum Einsatz von freiheitseinschränkenden Massnahmen, ermöglicht einen bewussten und reflektierten Umgang mit diesen. Die Richtlinien, in Form von Reglements, Algorithmen und Assessments, bieten den Mitarbeitenden klar definierte und praxistaugliche Abläufe. Die Richtlinien sollten auch Vorgaben zur Ermittlung der Urteils(un)fähigkeit und des mutmasslichen Patient:innenwillens, sowie präventiver Massnahmen zum Einsatz von Zwangsmassnahmen enthalten. Die Anhänge A-D der Masterthesis können bei der Entwicklung solcher Dokumente unterstützen.
- **Erarbeitung ethischer Richtlinien:** Diese ermöglichen die Entwicklung einer ethischen Organisationskultur und einer gemeinsamen ethischen Haltung im Betrieb. Der Anhang E der Masterthesis kann hierzu als Hilfsmittel zur Entwicklung ethischer Richtlinien genutzt werden.

- **Etablierung ethischer Reflexionsstrukturen:** Einrichtungen sollten regelmässige Formate zur ethischen Fallbesprechung anbieten, um Mitarbeitenden Sicherheit im Umgang mit komplexen Situationen zu geben. Um einen gelungen Prozess der ethischen Entscheidungsfindung zu gewährleisten, wird der Aufbau einer Betriebs-Ethikstruktur empfohlen. Die in der Masterthesis anhand der METAP II und Sensor Modelle erarbeiteten Empfehlungen bieten einen Überblick über mögliche Formen und Strukturen ethischer Verfahren (Anhang N und O).
- **Stärkung einer personenzentrierten Grundhaltung:** Die Implementierung des personenzentrierten Konzeptes nach Kitwood kann helfen, die Perspektiven und Lebensgeschichten von MmD systematisch in Entscheidungsprozesse einzubeziehen und die individuellen (Autonomie-) Bedürfnisse der MmD in den Mittelpunkt zu stellen.
- **Partizipation ermöglichen:** MmD können mit einer angepassten Kommunikation, einer respektvollen und wertschätzenden Haltung und unter Berücksichtigung ihrer aktuellen Fähigkeiten in Entscheidungen einbezogen werden.
- **Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen:** Zeitliche und personelle Ressourcen, kontinuierliche Fortbildung und eine ethisch fundierte Unternehmenskultur sind Voraussetzungen dafür, dass Autonomieförderung in der Praxis gelingen kann.

Die Praxiserfahrung zeigt, dass die Umsetzung der genannten Empfehlungen aufgrund einer wirtschaftlichen Ausrichtung der Langzeitpflege, des Fachkraftmangels im Gesundheitswesen, begrenzter zeitlicher und personeller Ressourcen, sowie einer Pflegefinanzierung, welche die psychosozialen Bedürfnisse von MmD zu wenig berücksichtigt, erschwert ist. Es wäre wünschenswert, wenn diesbezüglich politische Veränderungsprozesse schnellstmöglich angestossen und umgesetzt würden. Weiterhin sollte in die Ausbildung von Fachpersonen des Gesundheitswesens vermehrt die Vermittlung von gerontologischen, psychosozialen und ethischen Kompetenzen einfließen. Ergänzend wäre der Einbezug von Fachpersonen des Sozialwesens in die Langzeitpflege erstrebenswert, da die Ausbildung dieser schon viele der empfohlenen Kompetenzen beinhaltet.

Weiterhin hat die Literaturrecherche ergeben, dass eine Vielzahl an Modellen der ethischen Entscheidungsfindung bestehen. Zur Wirksamkeit der unterschiedlichen Verfahren liegen aktuell keine evidenzbasierten Daten vor, diesbezüglich wäre eine weitere Forschung wünschenswert.

7.3 Kritische Würdigung der Masterthesis

Die Masterthesis konnte wichtige Einblicke in die ethische Entscheidungsfindung im Kontext der Langzeitpflege von MmD geben. Dennoch sind einige Einschränkungen zu berücksichtigen. Die theoretische Fundierung basiert hauptsächlich auf Literaturrecherchen, praktische Perspektiven wurden durch zwei Fallvignetten einbezogen. Eine empirische Ergänzung hätte die Aussagen weiter differenzieren können.

Zudem beschränkte sich die Arbeit auf Literatur und Modelle aus der Schweiz und aus Deutschland, internationale Ansätze und Modelle wurden nur am Rande berücksichtigt. Eine breitere Perspektive könnte weitere Impulse für die ethische Praxisentwicklung bieten.

Weiter ist die Komplexität des Themas selbst eine Herausforderung. Das Spannungsfeld zwischen Fürsorgeauftrag und Autonomieanspruch ist nicht abschliessend auflösbar, sondern bedarf einer kontinuierlichen Auseinandersetzung. Die Masterthesis versteht sich daher als Beitrag zur Sensibilisierung und als Anstoss für weitere Forschung und Diskussion zur Autonomiewahrung und Autonomieförderung bei MmD in der Langzeitpflege.

Literaturverzeichnis

- Affolter, K., Biderbost, Y., Häfeli, C., Langenegger, E., Meier, P., Rosch, D., ... Zingaro, M. (Hrsg.). (2012). *Praxisanleitung Erwachsenenschutzrecht (mit Mustern). Konferenz der Kantone für Kindes- und Erwachsenenschutz*. Zürich/ St. Gallen: Dike Verlag.
- Albisser Schleger, H. (Hrsg.). (2019a). *METAP II- Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitpflege. Band 1. Das Entstehen von ethischen Problemen*. Basel: Schwabe Verlag.
- Albisser Schleger, H. (Hrsg.). (2019b). *METAP II- Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitpflege. Band 2. Ein Ethikprogramm für Berufspersonen*. Basel: Schwabe Verlag.
- Albisser Schleger, H. & Meyer-Zehnder, B. (n. d. a). *METAP II- Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitpflege. Identifikation des ethischen Problems*. Zugriff am 31.05.2025. Verfügbar unter: <https://www.spitalexterne-ethik-metap.ch/#downloads>
- Albisser Schleger, H. & Meyer-Zehnder, B. (n. d. b). *METAP II- Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitpflege. Checkliste zur Informationssammlung für die stationäre Langzeitversorgung*. Zugriff am 31.05.2025. Verfügbar unter: <https://www.spital-externe-ethik-metap.ch/#downloads>
- Albisser Schleger, H. & Meyer-Zehnder, B. (n. d. c). *METAP II- Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitpflege. Konkretisierung der ethischen Prinzipien/ Evaluation der ethischen Angemessenheit*. Zugriff am 31.05.2025. Verfügbar unter: <https://www.spital-externe-ethik-metap.ch/#downloads>
- Albisser Schleger, H. & Meyer-Zehnder, B. (n. d. d). *METAP II- Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitpflege. Leere Problematrix für die stationäre Langzeitpflege*. Zugriff am 31.05.2025. Verfügbar unter: <https://www.spitalexterne-ethik-metap.ch/#downloads>
- Albisser Schleger, H. & Meyer-Zehnder, B. (n. d. e). *METAP II- Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitpflege. To-Do-Liste zur Organisation der ethischen Fallbesprechung*. Zugriff am 31.05.2025. Verfügbar unter: <https://www.spitalexterne-ethik-metap.ch/#downloads>
- Albisser Schleger, H. & Meyer-Zehnder, B. (n. d. f). *METAP II- Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitpflege. Ethische Fallbesprechung – Gesprächsleitfaden*. Zugriff am 31.05.2025. Verfügbar unter: <https://www.spitalexterne-ethik-metap.ch/#downloads>

- Albisser Schleger, H. & Meyer-Zehnder, B. (n. d. g.). *METAP II- Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitpflege. Protokollbogen ethische Fallbesprechung*. Zugriff am 31.05.2025. Verfügbar unter: <https://www.spitalexterne-ethik-metap.ch/#downloads>
- Alzheimer Schweiz (Hrsg.). (2022a). *Häufige Ursachen der Demenz*. Bern, Zugriff am 08.05.2025. Verfügbar unter: <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/publikationen-produkte/produkt/detail/haeufige-ursachen-der-demenz>
- Alzheimer Schweiz (Hrsg.). (2022b). *Urteilsfähigkeit bei Demenz*. Bern, Zugriff am 08.05.2025. Verfügbar unter: <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/publikationen-produkte/produkt/detail/urteilsfaehigkeit-bei-demenz>
- Alzheimer Schweiz (Hrsg.). (2024). *Demenz in der Schweiz 2024- Zahlen und Fakten*. Bern, Zugriff am 09.02.2025. Verfügbar unter: <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/publikationen-produkte/produkt/demenz-in-der-schweiz-zahlen-und-fakten>
- Alzheimer Schweiz und Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2024). *DemCare: Empfehlungen für Langzeitinstitutionen. Begleitung, Betreuung, Pflege und Behandlung von Personen mit Demenz*. Bern.
- Arn, C. (2009a). Ethiktransfer- Kernbegriff für eine Theorie von Ethikgremien. In Weidmann-Hügler, T. & Christen, M. (Hrsg.), *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 5. Ethikdialog in der Wissenschaft* (S. 167-194). Basel: Schwabe AG Verlag.
- Arn, C. (2009b). Methoden- Ethik als Instrument im Gesundheitswesen. In Arn, C. & Weidmann-Hügler, T. (Hrsg.), *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 2. Ethikwissen für Fachpersonen* (S. 125-150). Basel: Schwabe Verlag.
- Arn, C. (2013). Ein Fallbeispiel aus dem Case Management und die Frage: «Was ist Ethik?». In *Case Management. Nr. 1, März 2023* (S. 24-34). Heidelberg: MedHochzwei-Verlag. Verfügbar unter: https://ethikprojekte.ch/W_sensor.html
- Arn, C. (2023). *Ethik als Reflexionsmethode für Teams. Eine Werkzeugkiste vorgeführt am konkreten Beispiel*. Zugriff am: 02.05.2025. Verfügbar unter: <https://ethikprojekte.ch/dilemmaklaerung.html#w>
- Arn, C. (n. d.). *Grafisches Handblatt zum Ausfüllen: ethische Reflexion und Handlungswahl in schwierigen Situationen* (Version 4.0). Zugriff am: 02.05.2025. Verfügbar unter: https://ethikprojekte.ch/W_sensor.html
- Arn, C. & Hug, S. (2009). Ethikstrukturen- Grundprinzipien und Grundtypen von Ethiktransfer. In Baumann-Hölzle, R. & Arn, C. (Hrsg.), *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 3. Ethiktransfer in Organisationen* (S. 31-66). Basel: Schwabe Verlag.

- Baumann-Hölzle, R. (2009). «7 Schritte Dialog»- Exemplarische Vertiefung der Methodik einer Fallbesprechung. In Baumann-Hölzle, R. & Arn, C. (Hrsg.), *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 3. Ethiktransfer in Organisationen* (S. 215-240). Basel: Schwabe Verlag.
- Baumann-Hölzle, R. (2021). *Gesellschaft und Medizin. Denkanstösse für den Dialog*. Bern: Cameo Verlag.
- Baumann-Hölzle, R. & Arn, C. (2009). Einleitung- Ethiktransfer in Organisationen des Gesundheitswesens. In Baumann-Hölzle, R. & Arn, C. (Hrsg.), *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 3. Ethiktransfer in Organisationen* (S. 9-14). Basel: Schwabe Verlag.
- Bielefeldt, H. (2019). Würde und Rechte von Menschen mit Demenz. Umriss neuer menschenrechtspolitischer Herausforderungen. In Schmidhuber, M., Frewer, A., Klotz, S., & Bielefeldt, H. (Hrsg.), *Menschenrechte für Personen mit Demenz. Soziale und ethische Perspektiven* (S. 35-59). Bielefeld: transcript Verlag.
- Birkholz, C. (2018). *Trauer und Demenz. Trauerbegleitung als verstehender Zugang und heilsame Zuwendung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.
- Brockhaus Enzyklopädie Online, Selbstbestimmung. NE GmbH Brockhaus. Zugriff am 11.05.2025. Verfügbar unter: <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/selbstbestimmung>
- CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter (Hrsg.). (2010). *Zum würdigen Umgang mit älteren Menschen. Charta der Zivilgesellschaft*. Bern, Zugriff am 08.05.2025, Verfügbar unter: <https://www.curaviva.ch/Im-Fokus/Charta-der-Zivilgesellschaft/PRNQP/>
- CURAVIVA Weiterbildung (Hrsg.). (2011). *EPOS- Ethische Prozesse in Organisationen im Sozialbereich. Ein Leitfaden für die Praxis*. Luzern.
- CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter (Hrsg.). (2012). *Neues Erwachsenenschutzrecht. Basisinformationen, Arbeitshilfen und Musterdokumente für Alters- und Pflegeinstitutionen*. Bern, Zugriff am 08.05.2025. Verfügbar unter: https://www.curaviva.ch/files/8NT7X73/neues_erwachsenenschutzrecht__themenheft__curaviva_schweiz__2012.pdf
- CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter (Hrsg.). (2021). *Würde und Autonomie im Alter. Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung von Menschen im Alter*. Bern, Zugriff am 15.02.2025. Verfügbar unter: https://www.curaviva.ch/files/AVBOE84/wuerde_und_autonomie_im_alter__heinz_rueegger__curaviva_schweiz__2021.pdf
- Deutscher Ethikrat (Hrsg.). (2012). *Demenz und Selbstbestimmung Stellungnahme*. Zugriff am 15.02.2025. Verfügbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-demenz-und-selbstbestimmung.pdf>

- Egli, S., Egbuna-Joss, A., Ghielmini, S., Belser, E.-M. & Kaufmann, C. (2019). *Grundrechte im Alter. Ein Handbuch*. Luzern: Interact Verlag. Zugriff am 08.05.2025. Verfügbar unter: https://www.curaviva.ch/files/4660ZUS/grundrechte_im_alter__ein_handbuch__schweizerisches_kompetenzzentrum_fuer_menschenrechte_skmr__2019.pdf
- GERONOTLOGIE CH (Hrsg.). (2017). *Freiheit und Sicherheit. Richtlinien zum Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen*. Zugriff am 08.05.2025. Verfügbar unter: <https://www.gerontologie.ch/wissen/publikationen-und-berichte>
- Heri, C. (2023). Kommentierung zu Art. 10 BV. In Schlegel, S. & Ammann, O. (Hrsg.), *Onlinekommentar zur Bundesverfassung*. Zugriff am 21.05.2025. Verfügbar unter: <https://onlinekommentar.ch/de/kommentare/bv10>
- Held, C. (2018). *Was ist «gute» Demenzpflege? Verändertes Selbsterleben bei Demenz – Ein Praxishandbuch für Pflegende* (2. Aufl.). Bern: Hogrefe Verlag.
- Hoerster, N. (2019). Ethik. In Jordan, S. & Nimtz, C. (Hrsg.), *Grundbegriffe der Philosophie* (S. 90-93). (2. Aufl.). Ditzingen: Reclam Verlag.
- Karnath, H.-O., Goldenberg, G. & Ziegler, W. (Hrsg.). (2022). *Klinische Neuropsychologie – Kognitive Neurologie* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Kitwood, T. (2022). Demenz. *Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten, neurokognitiv beeinträchtigten Menschen* (9. Aufl.). Brooker, D., Güther, H. & Müller-Hergl, C. (Hrsg.). Bern: Hogrefe Verlag.
- Klie, T. (2021). *Recht auf Demenz. Ein Plädoyer* (1. Aufl.). Stuttgart: S. Hirzel Verlag.
- Kunz, R. (2018). Eine Patientengruppe mit besonderen Herausforderungen. Palliative Care für Menschen mit Demenz. In: *Primary an Hospital Care – Allgemeine Innere Medizin* (S. 381-385). Zugriff am: 09.02.2025. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/328790680_Palliative_Care_fur_Menschen_mit_Demenz
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin NEK-CNE (Hrsg.). (2011). *Patientenverfügung. Ethische Abwägungen zum neuen Erwachsenenschutzrecht unter besonderer Berücksichtigung der Demenz*. Stellungnahme Nr. 17/2022. Bern, Zugriff am 08.05.2025. Verfügbar unter: https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/NEK-CNE_Patientenverfuegung.pdf
- Quante, M. (2019). Autonomie. In Jordan, S. & Nimtz, C. (Hrsg.), *Grundbegriffe der Philosophie* (S. 52-54). (2. Aufl.). Ditzingen: Reclam Verlag.

- Rüegger, H. (2009). *Alter(n) als Herausforderung. Gerontologisch-ethische Perspektiven*. Zürich: Theologischer Verlag.
- Ritter, J. (Hrsg.). (1971). *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Band 1: A-C. Basel/ Stuttgart: Schwabe & Co Verlag.
- Savaskan, E., Georgesco, D. & Zúñiga, F. (Hrsg.). (2024). *Behaviorale und psychische Symptome der Demenz (BPSD)- Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie* (1. Aufl.). Bern: Hogrefe Verlag.
- Schmidhuber, M., Frewer, A., Bielefeldt, H. & Klotz, S. (2019). Ein gutes Leben mit Demenz? Menschenrechtliche und ethische Herausforderungen. In: Schmidhuber, M., Frewer, A., Klotz, S. & Bielefeldt, H. (Hrsg.). *Menschenrechte für Personen mit Demenz. Soziale und ethische Perspektiven* (S. 7-17). Bielefeldt: transcript Verlag.
- Schmitt-Mannhart, R. (2009). Langzeitpflege- Vom Umgang mit Leiden und Abhängigkeit. In Arn, C. & Weidmann-Hügler, T. (Hrsg.), *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 2. Ethikwissen für Fachpersonen* (S. 253-271). Basel: Schwabe Verlag.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2012). *Ethische Unterstützung in der Medizin: Methoden. Anhang zu den Empfehlungen*. Zugriff am 08.05.2025. Verfügbar unter: <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2018a). *Medizin- ethische Richtlinien. Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz* (2. Aufl.). Bern. Zugriff am 09.02.2025. Verfügbar unter: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Behandlung-und-Betreuung-von-Menschen-mit-Demenz.html>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2018b). *Medizin- ethische Richtlinien. Zwangsmassnahmen in der Medizin* (5. Aufl.). Bern, Zugriff am 15.02.2025. Verfügbar unter: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/ Zwangsmassnahmen-in-der-Medizin.html>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2019a). *Medizin- ethische Richtlinien. Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis* (1. Aufl.). Bern, Zugriff am 15.02. 2025. Verfügbar unter: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/ Beurteilung-der-Urteilsfaehigkeit.html>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2019b). *Medizin- ethische Richtlinien. Ethikausbildung für Gesundheitsfachpersonen*. Bern, Zugriff am 15.05.2025. Verfügbar unter: <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>

- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2020a). *Autonomie in der Medizin: 7 Thesen*. Bern, Zugriff am 08.05.2025. Verfügbar unter: <https://akademien-schweiz.ch/publications/autonomie-in-der-medizin-7-thesen>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2020b). *Medizin-ethische Richtlinien. Patientenverfügung* (8. Aufl.). Bern, Zugriff am 08.05.2025. Verfügbar unter: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Patientenverfuegung.html>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2022). *Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis*. Bern, Zugriff am 08.05.2025. Verfügbar unter: <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Leitfaden-fuer-die-Praxis/Leitfaden-archiv.html>
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2023). *Medizin-ethische Richtlinien. Ethische Unterstützung in der Medizin* (4. Aufl.). Bern, Zugriff am 08.05.2025. Verfügbar unter: <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>
- Schweppenhäuser, G. (2021). *Grundbegriffe der Ethik*. Ditzingen: Reclam Verlag.
- Tanner, L. J. (2018). *Berührungen und Beziehungen bei Menschen mit Demenz. Ein person-zentrierter Zugang zu Berührung, Beziehung, Berührtsein und Demenz*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Von Flüe, K., Smokvina, D., Noser, W. & Spinatsch, H. (2022). *Das Schweizerische Zivilgesetzbuch. ZGB für den Alltag. Kommentierte Ausgabe aus der Beobachter- Beratungspraxis mit vollständigem Gesetzestext und Stichwortverzeichnis* (16. Aufl.). Beobachter Edition (Hrsg.). Zofingen: Beobachter Verlag.
- Willascheck, M. (2019). Kategorischer Imperativ. In Jordan, S. & Nimtz, C. (Hrsg.), *Grundbegriffe der Philosophie* (S. 168-170). (2. Aufl.). Ditzingen: Reclam Verlag.
- Zoglauer, T. (2010). Freiheit zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung. In: List, E. & Stelzer, H. (Hrsg.). *Grenzen der Autonomie* (S. 11-53). Weilerswist: Velbrück Wissenschaft Verlag.

Anhangsverzeichnis

Anhang A: Kriterien zur Überprüfung der Urteilsfähigkeit	73
Anhang B: Informationsquellen zur Ermittlung des Patient:innenwillens.....	74
Anhang C: Grundsätze und präventive Massnahmen zum Einsatz von Zwangsmassnahmen.....	75
Anhang D: Checkliste zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Beistandschaft.....	76
Anhang E: Ethische Leitlinien zur Autonomiewahrung und -förderung bei Menschen mit Demenz	77
Anhang F: METAP II Ethik-Hilfsmittel «Identifikation des ethischen Problems».....	799
Anhang G: METAP II Ethik-Hilfsmittel «Checkliste zur Informationssammlung».....	80
Anhang H: METAP II Ethik-Hilfsmittel «Konkretisierung der ethischen Prinzipien/ Evaluation der ethischen Angemessenheit».....	81
Anhang I: METAP II Ethik-Hilfsmittel «Leere Problematrix»	82
Anhang J: METAP II Ethik-Hilfsmittel «To-Do-Liste zur Organisation der ethischen Fallbesprechung»	83
Anhang K: METAP II Ethik-Hilfsmittel «Ethische Fallbesprechung – Gesprächsleitfaden»	84
Anhang L: METAP II Ethik-Hilfsmittel «Protokollbogen ethische Fallbesprechung»	85
Anhang M: Sensor- Grafisches Handblatt zum Ausfüllen: ethische Reflexion und Handlungswahl in schwierigen Situationen	86
Anhang N: Vergleich der Modelle zur ethischen Entscheidungsfindung	87
Anhang O: Checkliste zur Implementierung der ethischen Entscheidungsfindung in Langzeitpflegeinstitutionen.....	88

Anhang A: Kriterien zur Überprüfung der Urteilsfähigkeit

Kriterien		Ergebnisse
Erkenntnisfähigkeit	Umfasst die Fähigkeit einen Sachverhalt zu verstehen. Im Kontext der Langzeitpflege die Fähigkeit der betroffenen Person, den Sinn und mögliche Auswirkungen von ärztlichen und pflegerischen Massnahmen, sowie die Folgen alternativer Massnahmen oder die Konsequenzen bei Ablehnung der Massnahmen zu verstehen.	
Wertungsfähigkeit	Informationen können rational verarbeitet werden. Die positiven und negativen Aspekte von verschiedenen Entscheidungsoptionen können rational abgewogen werden.	
Willensbildung	Unter Einbezug der verfügbaren Informationen, persönlicher Erfahrungen und Wertevorstellungen kann eine Entscheidung getroffen werden.	
Willensumsetzung	Fähigkeit, den eigenen Willen mitteilen und vertreten zu können.	

Quelle: Eigene Darstellung (Albisser Schleger, 2019b, S. 65; SAMW, 2019a, S. 8)

Anhang B: Informationsquellen zur Ermittlung des Patient:innenwillens

Kriterien	Informationen
Mündliche Äusserungen der betroffenen Person sowie Angaben von Angehörigen über relevante Äusserungen, die zum Zeitpunkt der Urteilsfähigkeit getätigt wurden.	
Informationen über Wertevorstellungen in der Patient:innenverfügung.	
Angaben der beauftragten Vertretungsperson.	
Angaben von Hausärzt:innen über die Grundeinstellung der betroffenen Person hinsichtlich medizinischer Belange.	
Angaben über die religiöse Einstellung der Person und sich daraus ergebende Einstellungen zu medizinischen Massnahmen.	
Nonverbale Äusserungen der urteilsunfähigen Person durch Mimik, Gestik und Verhalten.	

Quelle: Eigene Darstellung (CURAVIVA, 2021, S. 35)

Anhang C: Grundsätze und präventive Massnahmen zum Einsatz von Zwangsmassnahmen

Grundsätze
Vor dem Einsatz einer Zwangsmassnahme müssen eine Diagnostik und Analyse erfolgen, um mögliche Ursachen und damit verbunden mögliche alternative Interventionen ausschliessen zu können, zum Beispiel die Behandlung eines Harnwegsinfekts oder von Schmerzen bei agitiertem Verhalten.
Es sind grundsätzlich immer Massnahmen auszuwählen, welche mit der geringstmöglichen Invasivität den bestmöglichen Erfolg ermöglichen.
Die Gründe und die Dauer der ausgewählten Zwangsmassnahmen sind nach Möglichkeit mit der betroffenen urteilsunfähigen Person zu besprechen.
Der mutmassliche Wille und die Bedürfnisse der betroffenen Person sind so weit wie möglich zu berücksichtigen und zu befolgen.
Das Behandlungsteam hat die Dauer der Massnahme, die Überprüfungsintervalle und geeignete Überwachungsmassnahmen festzulegen.
Bei behavioralen und psychischen Symptomen, die zu einer Belastung des Umfeldes führen, sind vorrangig milieutherapeutische Massnahmen zu ergreifen, zum Beispiel durch Reizabschirmung oder einer bedarfsgerechten individuellen Tagesstruktur.
Zwangsmassnahmen sollen sachgerecht und schonend durchgeführt werden.
Aufgrund möglicher Komplikationen bei bewegungseinschränkenden Massnahmen sollte ein begleitendes Monitoring erfolgen.
Nahestehende Besuchende sollen vor der Kontaktaufnahme mit der betroffenen Person über die angewendeten Zwangsmassnahmen informiert werden.
Dem Behandlungsteam muss eine Möglichkeit zur Nachbesprechung der durchgeführten Zwangsmassnahmen zur Verfügung stehen.
Präventive Massnahmen
Die Erstellung von betriebsinternen Richtlinien mit definierten Entscheidungsprozessen, Zuständigkeiten, Entscheidungskriterien und konkreten Handlungsanleitungen.
Schulung und Sensibilisierung des interprofessionellen Behandlungsteams hinsichtlich des Nutzens von bewegungseinschränkenden Massnahmen, sowie alternativen Massnahmen.
Einbezug von externen Fachperson, zum Beispiel Pflegeexpert:innen und Gerontopsychiater:innen.
Interprofessionelle Fachgespräche.
Ethische Gefässe zur Diskussion vonhaltungsfragen.

Quelle: Eigene Darstellung (SAMW, 2018b, S. 28-30)

Anhang D: Checkliste zur Überprüfung der Notwendigkeit einer Beistandschaft

Kriterien	Informationen
Liegt ein Schwächezustand gemäss Art. 390 ZGB vor?	
Ist die betroffene Person (nicht) in der Lage, (a) ihre Angelegenheiten zu erledigen oder (b) diese durch jemand anderen besorgen zu lassen?	
Bezüglich welcher Angelegenheiten liegt ein Schutzbedürfnis vor?	
Ist eine behördliche Massnahme geeignet und verhältnismässig? Welche?	
Gibt es Alternativen zu behördlichen Massnahmen? Können die Interessen der betroffenen Person anderweitig gewahrt werden?	
Liegt bereits eine gültige Form der eigenen Vorsorge vor? Genügt diese?	
Ohne Voraussetzung zu bilden haben Einfluss auf die Anordnung einer Massnahme: Belastung und Schutz Dritter; Kooperationsbereitschaft der betroffenen Person.	

Quelle: Eigene Darstellung (Affolter et al., 2012, S. 139-140)

Anhang E: Ethische Leitlinien zur Autonomiewahrung und -förderung bei Menschen mit Demenz

- ✓ Grundvoraussetzungen zur Wahrung und Förderung der Selbstbestimmung sind eine fürsorgliche und personenzentrierte Haltung des interprofessionellen Betreuungs- und Behandlungsteams, die ganzheitliche Wahrnehmung des MmD, sowie die Ermöglichung vertrauensvoller Beziehungen und sozialer Interaktionen zwischen der betroffenen Person und den Mitarbeitenden. Durch persönliche Zuwendung, Gespräche, Alltagsgestaltung, sowie soziale und kulturelle Teilhabe wird den MmD Wertschätzung und Akzeptanz entgegengebracht und sie werden darin befähigt, in ihrer gewohnten Lebensweise selbstständig und damit auch selbstbestimmt entscheiden und handeln zu können. Die Alltagsgestaltung sollte das Erleben positiver Emotionen ermöglichen. Die Pflege und Betreuung richten sich an der Biografie, den individuellen Wünschen, den Gewohnheiten und Bedürfnissen, sowie der Wertevorstellungen der MmD aus.
- ✓ Das Prinzip der Partizipation ist zur Wahrung der Autonomie zu berücksichtigen. Die Partizipation ermöglicht einen Verstehens- und Aushandlungsprozess zwischen den Mitarbeitenden und der MmD. Durch individuelle und kollektive Aktivitäten wird der MmD dazu befähigt, Einfluss auf die eigene Lebensgestaltung zu nehmen.
- ✓ Die Privatsphäre von MmD ist vom gesamten interprofessionellen Team zu respektieren.
- ✓ Das Bedürfnis nach Nähe und Sexualität gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen und ist auch bei MmD zu respektieren. In Langzeitpflegeinstitutionen soll dies mit den Mitarbeitenden thematisiert werden, damit ein reflektierter, offener und sorgfältiger Umgang ermöglicht wird.
- ✓ Die empirische Autonomiefähigkeit ist im Verlauf der Demenzerkrankung unter Berücksichtigung der verbliebenen Kompetenzen fortlaufend und situativ neu durch das interprofessionelle Team zu bewerten und die Pflege und Betreuung entsprechend anzupassen. Die Mitarbeitenden haben die Kompetenz, eine Überforderung des MmD durch zu viele Auswahlmöglichkeiten zu erkennen.
- ✓ Sofern MmD ihre Wünsche und ihren Willen nicht mehr verbal zum Ausdruck bringen können, ist das nonverbale und paraverbale Ausdrucksverhalten zu beachten. Anhand dieser Signale können Mitarbeitende wertvolle Hinweise auf das Wohlbefinden, auf ein mögliches negatives Gefühlserleben und die Bedürfnisse erhalten und können so den Willen der betroffenen Person besser einschätzen. Das Behandlungsteam sollte im Sinne einer verstehenden Diagnostik befähigt sein, die unterschiedlichen nonverbalen Ausdrucksweisen von MmD, zu denen auch die behavioralen und psychischen Symptome bei Demenz zählen, zu verstehen. Um Mitarbeitende im Umgang mit MmD zu unterstützen und entsprechendes Fachwissen zu vermitteln, sollten Demenz-Fachpersonen in Langzeitinstitutionen vorhanden sein.
- ✓ Sollten die Wünsche und der zum Ausdruck gebrachte Wille von MmD, diese erheblich gefährden oder schädigen, ist es die Pflicht des Behandlungsteams diese abzulehnen. In solchen Konfliktsituationen hat die Schadensvermeidung Vorrang vor der Selbstbestimmung.
- ✓ Sofern eine Selbst- oder Fremdgefährdung besteht, sind gemäss gesetzlicher Vorgaben vor dem Einsatz von Zwangsmassnahmen immer alternative Möglichkeiten zu prüfen und auszuschöpfen.

In Langzeitinstitutionen dürfen Zwangsmassnahmen nicht verordnet werden, weil der MmD den Abteilungsalltag stört oder die Arbeit des Betreuungspersonals erschwert.

- ✓ Stellvertretende Entscheidungen werden anhand des Patient:innenwillens oder des mutmasslichen Patient:innenwillens getroffen. Am Lebensende sollte unter Berücksichtigung der Patient:innenverfügung und des Patient:innenwillens der Schwerpunkt in der Betreuung und Behandlung auf die Symptomlinderung gelegt werden und im Rahmen des Palliative Care Konzeptes eine möglichst gute Lebensqualität ermöglicht werden.
- ✓ In fortgeschrittenen Demenzstadien kann es zu einer eingeschränkten Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme kommen. Mögliche somatische oder psychiatrische Ursachen sind zu eruieren und entsprechende Massnahmen einzuleiten, wie zum Beispiel eine angepasste Kostform, das Essen anreichern, eine veränderte Sitzposition, Behandlung von Schmerzen, Reizabschirmung oder Essen in Gesellschaft. Sofern keine Ursachen zu analysieren sind, ist die Ablehnung von Nahrung und Flüssigkeit als Willensausdruck des MmD zu verstehen und zu respektieren. Auf Zwang oder künstliche Ernährung in Form einer PEG-Sonde sollte verzichtet werden, da dies die Lebensqualität und die Autonomie des MmD einschränkt.
- ✓ Die gesetzlichen Vorgaben des Erwachsenenschutzrechtes hinsichtlich der Massnahmen zur eigenen Vorsorge, der Massnahmen von Gesetzes wegen und der behördlichen Massnahmen sind dem Betreuungs- und Behandlungsteam bekannt zu machen und verbindlich umzusetzen.
- ✓ Das Behandlungsteam sollte sich in Entscheidungsprozessen der eigenen Werte und Interessen bewusst sein, dem MmD ergebnisoffen begegnen und einen Paternalismus vermeiden. Angehörige, gesetzliche Vertretungspersonen und soweit möglich auch die betroffene Person sollen in diese Entscheidungsprozesse einbezogen werden.
- ✓ Selbstbestimmung wird nicht nur durch individuelle Entscheidungen und Faktoren beeinflusst, sondern auch durch die bestehenden Ressourcen des Gesundheitssystems. Daher sind den Mitarbeitenden genügend zeitliche, finanzielle und strukturelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen, sowie auf eine gerechte Verteilung dieser Ressourcen zu achten. Schwerwiegende Entscheidungen für andere zu treffen und die Selbstbestimmung einer pflegebedürftigen Person einzuschränken, kann zu einer psychischen Belastung des Gesundheitspersonals führen. Dies ist seitens der Institution anzuerkennen und mit spezifischen Ausbildungen und Austauschgefässen zu unterstützen. Der Zeitaufwand für die persönliche Zuwendung und Begleitung ist in den entsprechenden Abrechnungssystemen der Pflegefinanzierung zu berücksichtigen.
- ✓ Implementierung einer interprofessionellen Ethikgruppe und ethischer Entscheidungsfindungsverfahren.

Quelle: Eigene Darstellung (Alzheimer Schweiz & BAG, 2024, S. 6-7, S. 10-11, S. 17, S. 19-20; CURAVIVA, 2010, S. 8, S. 15; CURAVIVA, 2021, S. 33-34, S. 42; Deutscher Ethikrat, 2012, S. 25-26, S. 40-42, S. 50-53, S. 55-56, S. 59-60, S. 63-64; SAMW, 2018, S. 9-13, S. 16, S. 26, S. 28-29; SAMW, 2020a, S. 17-18, S. 26)

Identifikation des ethischen Problems

Respekt vor der Autonomie/Respekt vor dem Patientenwillen

- Welche Werte sind der betroffenen Person wichtig? Werden diese berücksichtigt?
- Ist die betroffene Person urteilsfähig?
 - Ist der Patientenwille bekannt?
 - Wird der Patientenwille berücksichtigt? Wenn nein, warum nicht?
 - Wurde die Person angemessen und vollständig informiert? Hat sie die Informationen verstanden?
 - Möchte die Person nicht informiert werden und vom Recht „Nicht-zu-Entscheiden“ Gebrauch machen?
 - Konnte die Person ihren Willen ohne äusseren Zwang bilden?
- Ist die betroffene Person teilweise, fluktuierend oder nicht urteilsfähig?
 - Wurde der mutmassliche Patientenwille sorgfältig erhoben?
 - Stehen Entscheide mit weitreichenden Konsequenzen an, und sind die Interessen der Person und ihres Umfeldes entsprechend geschützt?
 - Gibt es eine Patientenverfügung? Ist die Stellvertretung bekannt?
- Wie ist die Haltung der Angehörigen, Stellvertreter, Helfer? Gibt es Differenzen zum Willen der betroffenen Person?
- Wird ein kulturell bedingtes anderes Autonomieverständnis entsprechend berücksichtigt?

Hilfeleistung/Nutzen

- Weisen die bisherigen oder geplanten Massnahmen im Bereich Pflege, Therapie, Medizin, Hauswirtschaft oder Sozialbetreuung einen Nutzen für die betroffene Person auf und dienen ihrem Wohl?
- Definieren die beteiligten Angehörigen, Stellvertreter, Dienstleister das Patientenwohl unterschiedlich oder anders als die betroffene Person selbst und entstehen daraus Konflikte?

Schaden und Nebenwirkungen vermeiden

- Gibt es Beobachtungen von Leiden, Schaden, Nebenwirkungen, Schmerz, Angst, langandauernder Trauer oder Zeichen von Gewaltanwendung von aussen?
- Besteht ein Risiko für Überversorgung?
- Lehnt die betroffene Person, ihre Angehörigen oder Stellvertreter sinnvolle Massnahmen ab? Können die daraus entstehenden Folgen eingeschätzt und allenfalls getragen werden?
- Liegt mögliche Selbst- oder Fremdgefährdung vor?

Gerechtigkeit/Gleichbehandlung

- Besteht ein Risiko auf Unter- oder Ungleichversorgung, und wurden die Hinweise sorgfältig berücksichtigt?
- Besteht der Eindruck, dass die betroffene Person aufgrund persönlicher Wertvorstellungen oder ökonomischer Überlegungen benachteiligt wird oder sinnvolle Massnahmen nicht durchgeführt werden?
- Hat die aktuelle Situation ungerechte Folgen gegenüber anderen?

Problemwahrnehmung und (interprofessionelle) Zusammenarbeit

- Sind die Sichtweisen der betroffenen Person, Mitarbeitenden, Angehörigen, Stellvertretern, Haus- oder Heimarzt etc. bekannt und werden angemessen einbezogen?
- Gibt es Probleme zwischen den verschiedenen Leistungserbringern?
- Ist der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin erreichbar und einbezogen?
- Können alle Beteiligten ihre Einstellungen, Wünsche, Bedürfnisse und Kritik frei äussern?

Informationsgrundlage

- Gibt es gemäss „Checkliste Informationssammlung“ fehlende oder ungültige Informationen?

Checkliste zur Informationssammlung für die stationäre Langzeitversorgung

Behandlung und Betreuung	Medizinische Informationen	Pflegerische, therapeutische Informationen	Risiken, Gefahren und Prognose
	- Was sind aktuell die grössten medizinischen Probleme? - Sind alle sinnvollen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen durchgeführt worden? - Wie ist der therapeutische Nutzen des aktuellen Behandlungs-/Therapieplans zu beurteilen? - Wie gross ist die Belastung für den Bewohner, die Bewohnerin?	- Was sind aktuell die grössten pflegerischen, therapeutischen Probleme? - Welche und wieviel Unterstützung braucht der Bewohner, die Bewohnerin? - Wie schätzt der Bewohner, die Bewohnerin seinen/ihren Gesundheitszustand ein? Gibt es Diskrepanzen zur professionellen Einschätzung? - Wie schätzt der Bewohner, die Bewohnerin seine, ihre Lebensqualität ein und wie zufrieden ist er, sie damit? - Bestehen spezielle Vereinbarungen mit den Angehörigen?	- Bestehen Risiken z.B. bzgl. • Sturz • Ernährung • Dekubitus - Welcher Verlauf ist zu erwarten • kurzfristig • langfristig - Wie ist der Verlauf ohne Behandlung, Betreuung?
Informationen zum Bewohner, Bewohnerin	Präferenzen, Alltagsgestaltung	Patientenwille	Hinweise für unangemessene Versorgung
	- Was ist wichtig für den Bewohner, die Bewohnerin? - Welche Werte sind für ihn, für sie wichtig? - Wie ist der Bewohner bisher mit seiner Krankheit, seinem klinischen Zustand umgegangen? - Was ist über die Weltanschauung und den Glauben des Bewohners, der Bewohnerin bekannt? - Wie waren die Lebensqualität und die Selbstständigkeit zu einem früheren Zeitpunkt? - Wie weit will der Bewohner, die Bewohnerin in Entscheidungen miteinbezogen werden?	- Ist der Bewohner, die Bewohnerin urteilsfähig? - Ist er, sie eingeschränkt, unsicher oder nicht urteilsfähig? - Bei Urteilsunfähigkeit: Ist die rechtliche Vertretung geregelt? - Wie ist der aktuelle Wille des Bewohners, der Bewohnerin? Wie äussert er, sie sich zur aktuellen Pflege und Betreuung? - Was will er, sie sicher nicht? - Welche Wünsche werden für die Zukunft geäussert? Wie soll es weitergehen? - Gibt es Äusserungen aus der Vergangenheit, wenn der Bewohner, die Bewohnerin nicht sicher urteilsfähig ist? - Gibt es eine Patientenverfügung oder eine Vorsorgevollmacht? - Wie zuverlässig sind die Aussagen der Angehörigen, Stellvertreter, Helfer zum mutmasslichen Patientenwillen? - Wurde klar zwischen dem Willen und dem Bedarf des Bewohners und dem der Angehörigen, Stellvertreter, Helfer unterschieden? - Hat der geäusserte Willen Risiken für Dritte?	- Risiko für Unter- und Ungleichversorgung (Auswahl, siehe Leporello S.3) - Fragilität/Gebrechlichkeit, Gehunfähigkeit - Tiefer sozioökonomischer Status - Schwierige finanzielle Situation - Alleinehend, soziale Isolation - Multimorbidität - Hohe Pflegeintensität - Fragliche Urteilsfähigkeit oder Urteilsunfähigkeit - Psychische Erkrankung, Demenz, Suchterkrankung - Risiko für Überversorgung - Massnahmen nicht wirksam - Fragliche Verhältnismässigkeit der Belastungen durch pflegerischen Zielen - Massnahmen widersprechen den Zielen des Bewohners, der Bewohnerin. - Massnahmen tragen aus der Perspektive des Bewohners, der Bewohnerin nicht zu einer angemessenen Lebensqualität bei.
Soziales Umfeld und Rahmenbedingungen	Soziales Umfeld	Strukturelle und finanzielle Aspekte	Behandelnde Ärzte und andere Dienstleister
	- Wer zählt zum sozialen Umfeld? Wer ist wichtig für den Bewohner, die Bewohnerin? - Gibt es neben der professionellen Betreuung informelle Helfer? - Wie weit sind Angehörige, Stellvertreter, informelle Helfer informiert und in die Entscheidungsfindung einbezogen? - Wie ist ihre Haltung? - Bestehen besondere Probleme im Zusammenhang mit den Angehörigen, Stellvertretern, Helfern?	- Werden angeforderte/notwendige Leistungen angeboten? - Gibt es Probleme bei der Finanzierung des Heimaufenthaltes? - Herrscht aktuell ein Engpass an Personal? Gibt es genügend qualifiziertes Personal? - Gibt es genügend Zeitrressourcen? - Gibt es starke Wechsel der Betreuungspersonen?	- Wer ist der, die behandelnde Arzt, Ärztin und wie gut kennt er oder sie den Bewohner, die Bewohnerin? - Welche anderen Dienste sind miteinbezogen? - Welche ergänzenden Informationen liefern diese? - Funktioniert der Informationsaustausch oder gibt es Probleme in der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern?

© Heidi Albisser Schlegler, Barbara Meyer-Zehnder

Konkretisierung der ethischen Prinzipien/Evaluation der ethischen Angemessenheit

Respekt vor der Autonomie/Respekt vor dem Patientenwillen

- Die Werte der betroffenen Person werden soweit - auch rechtlich - möglich berücksichtigt.
- Der (allenfalls mutmassliche) Wille der betroffenen Person ist bekannt und wird soweit möglich berücksichtigt.
- Die Interessen von Angehörigen, Stellvertreter und anderen Helfern werden soweit möglich berücksichtigt.
- Die geplanten Massnahmen erhalten die Selbstbestimmung und die Selbständigkeit soweit möglich.

Hilfeleistung/Nutzen

- Die geplanten Massnahmen weisen einen langfristigen Nutzen für die betroffene Person auf und dienen ihrem Wohl im Bereich
 - Pflege
 - Therapie
 - Medizin
 - Hauswirtschaft, Sozialbetreuung

Schaden und Nebenwirkungen vermeiden

- Leiden, Schaden, Nebenwirkungen oder Schmerzen werden minimiert.
- Überversorgung wurde ausgeschlossen.
- Wenn die betroffene Person sinnvolle Massnahmen ablehnt, kann sie die Folgen davon abschätzen und ertragen.
- Es liegt keine Selbst- oder Fremdgefährdung vor.

Gerechtigkeit/Gleichbehandlung

- Unter- oder Ungleichversorgung wurden ausgeschlossen.
- Es gibt keine Hinweise darauf, dass sinnvolle Massnahmen aus ökonomischen Gründen unterlassen werden.
- Die Massnahmen haben keine ungerechten Folgen gegenüber anderen Personen.
- Die an der ethischen Problemlösung beteiligten Personen nehmen den Ablauf und das Ergebnis als gerecht wahr.

Problemwahrnehmung und (interprofessionelle) Zusammenarbeit

- Die Sichtweisen der verschiedenen Beteiligten und Betroffenen sind bekannt und werden angemessen einbezogen (z.B. betroffene Person, Mitarbeitende, Angehörige, Vertretungspersonen, Haus- oder Heimarzt).
- Alle Beteiligten konnten ihre Einstellungen, Wünsche, Bedürfnisse und allenfalls Kritik frei äussern.

Informationsgrundlage

- Gemäss „Checkliste Informationssammlung“ liegen alle relevanten Informationen vor und sind gültig.

Anhang I: METAP II Ethik-Hilfsmittel «Leere Problematrix»

Leere Problematrix – METAP II für die stationäre Langzeitpflege			
	Medizinische Informationen	Pflegerische, therapeutische Informationen	Risiken, Gefahren und Prognose
Behandlung und Betreuung			
Informationen zum Bewohner, Bewohnerin	Präferenzen, Alltagsgestaltung	Patientenwille	Hinweise für unangemessene Versorgung Risiko für Unter- und Ungleichversorgung Risiko für Überversorgung
	Soziales Umfeld und Rahmenbedingungen	Soziales Umfeld	Strukturelle und finanzielle Aspekte Behandelnde Ärzte und andere Dienste

© Heidi Albisser Schleger, Barbara Meyer-Zehnder

Quelle: Albisser Schleger & Meyer-Zehnder, n. d. d

Anhang J: METAP II Ethik-Hilfsmittel «To-Do-Liste zur Organisation der ethischen Fallbesprechung»

METAP II - Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitversorgung

To-Do-Liste zur Organisation der ethischen Fallbesprechung

Verantwortung	Wer hat die Verantwortung für die Organisation?
Informationssammlung vor der Fallbesprechung	Checkliste zur Informationssammlung konsultieren: - Welche Informationen liegen bereits vor? Diese in leere Problemmatrix eintragen. - Welche Informationen fehlen noch? - Wer holt die fehlenden Informationen ein? Entsprechenden Auftrag erteilen.
Ort	Wo findet die Fallbesprechung statt? - Im Heim? Welcher Raum (Reservation)? - Im Spitexzentrum? Welcher Raum (Reservation)? - Beim Hausarzt? - Beim Klient, Klientin?
Zeit	Wann findet die Fallbesprechung statt?
Teilnehmende	Wer soll an der Fallbesprechung teilnehmen? - Welche Mitarbeitende der Spitex, der Institution? - Hausarzt, Heimärztin? - Andere Fachpersonen wie zum Beispiel Seelsorger, Therapeut, Mitarbeiter KESB? - Betroffene Person? - Angehörige, nahe Bezugspersonen? Ablösung für Teilnehmer organisieren, wenn notwendig Sind alle Teilnehmer über Zeit und Ort informiert? Wer ist dafür verantwortlich?
Moderation	Wer moderiert die Fallbesprechung?
Protokoll	Wer schreibt das Protokoll?
Material	Ist das notwendige Material vorhanden? Z.B.: - Flipchart - Tafel - Beamer - Hellraumprojektor - Protokollbogen - Patientenunterlagen

© Heidi Albisser Schleger, Barbara Meyer-Zehnder

Quelle: Albisser Schleger & Meyer-Zehnder, n. d. e

Ethische Fallbesprechung – Gesprächsleitfaden

Phase 1: Prüfung der Information auf Vollständigkeit und Qualität

- Fall kurz vorstellen anhand der Informationen in der vorbereiteten Matrix (allenfalls jemand geeigneter aus der Gruppe)
- Fragen an die Runde:
 - Sind die aufgeführten Informationen richtig?
 - Fehlen wichtige Informationen?
- Neue Informationen in Matrix eintragen
- Alle gezielt fragen, ob noch weitere Informationen vorliegen
- Auch die verschiedenen Berufsgruppen gezielt befragen/einbeziehen
- Personen, die noch nichts gesagt haben gezielt ansprechen
- Am Schluss nach Vollständigkeit fragen

Phase 2: Zusammenfassung der ethischen Fragestellung

- Informationsgrundlagen noch einmal kurz nach folgenden Punkten/Fragestellungen zusammen fassen:
 - Inwiefern ist die betroffene Person urteilsfähig? Kann er, sie die Folgen der Entscheidung abschätzen? Wo besteht eine Einschränkung?
 - Was sind die Wünsche, der Wille der betroffenen Person?
 - Wie ist die Sicht der Angehörigen, Helfer etc.?
 - Bestehen Hinweise für Über-, Unter- oder Ungleichversorgung?
 - Gibt es finanzielle Probleme?
 - Besteht Fremd- oder Selbstgefährdung, gibt es Zeichen von Gewalt?

Phase 3: Lösungssuche

- Zusammentragen und Auflisten aller denkbaren Lösungsmöglichkeiten; diese noch nicht diskutieren oder bewerten
- Auch abwegige Möglichkeiten zulassen
- Diskussion der Möglichkeiten mit Blick auf die vier medizinethischen Kriterien. Mögliche Fragen:
 - Welche Möglichkeit berücksichtigt die Werte, Wünsche, den Willen der Person am besten?
 - Was ist mit den vorhandenen Mitteln, Gegebenheiten (z.B. vorhandene Ressourcen) möglich?
 - Wie lassen sich die verschiedenen Wünsche und Interessen unter einen Hut bringen?
 - Welche Massnahme hat den grössten pflegerischen Nutzen?
 - Welche Möglichkeit schadet allen Beteiligten am wenigsten?
 - Welche Auswirkungen/Folgen hat die Möglichkeit langfristig? Ist die Lösung dauerhaft?
- Entscheidung für eine Lösung: Alle fragen, ob mit dieser Lösung einverstanden
- Prüfung der Lösung auf ethische Angemessenheit mit dem Evaluationsblatt S. 12. Dabei Fragen nicht wörtlich durchgehen, sondern kursorisch prüfen

Phase 4: Planung der Umsetzung und Dokumentation

- | | |
|---|--|
| - Festlegen, wer für die Umsetzung verantwortlich ist | |
| - Welche Umsetzungsschritte sind nötig? Allenfalls Termin dafür setzen | |
| - Wenn behandelnder Arzt nicht teilgenommen hat, muss dieser informiert und Zustimmung eingeholt werden. Wer macht das? | |
| - Überlegen wer ausserdem von wem informiert werden muss: | |
| - Wenn Klient, Klientin nicht teilgenommen hat, muss dieser informiert und Zustimmung eingeholt werden. Wer macht das? | |
| - Müssen andere Personen informiert werden (z.B. KESB, Stellvertreter)? | |
| - Wer schreibt bis wann das Protokoll? Wer erhält es und muss es allenfalls genehmigen? | |
| - Braucht es eine Reevaluation? Wenn ja, wann findet diese statt? | |

Anhang L: METAP II Ethik-Hilfsmittel «Protokollbogen ethische Fallbesprechung»

METAP II - Alltagsethik für die ambulante und stationäre Langzeitpflege

Protokollbogen ethische Fallbesprechung

Patientenname:		
Datum, Dauer		
Teilnehmende Personen	Entschuldigt:	
Grund für Gespräch		
Ergebnis		
Begründung		
Vorgehen	Verantwortlich für Umsetzung: Bis wann? Wer informiert wen? Ist eine Evaluation geplant? Wenn ja, wann? Wer erhält Protokoll?	
Datum, Unterschrift Protokollführer:		

Protokoll erhalten und zur Kenntnis genommen:

Name	Datum	Unterschrift

© Heidi Albisser Schleger, Barbara Meyer-Zehnder

Quelle: Albisser Schleger & Meyer-Zehnder, n. d. g



Sensor

Sensible **e**thische **n**avigation **S**chlicht **o**rganisiert

Grafisches **Handblatt** zum Ausfüllen: ethische Reflexion und Handlungswahl in schwierigen Situationen

Situationsanalyse

a) Fakten und Werte sammeln

b) Haupt-Wertekonflikt wählen

Fragestellung, für die eine Entscheidung getroffen werden soll

«Fakten»		«Werte»

Handlungswahl

c) Handlungsmöglichkeiten sammeln

d) Möglichkeiten bewerten, wählen

Handlungsmöglichkeiten

SkalaA		SkalaB



Dr. Dr. Christof Arn | Version 4.0 | kopieren erlaubt

[ethikprojekte.ch/sensor.pdf](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0) | creativecommons.org/licenses/by/4.0

Anhang N: Vergleich der Modelle zur ethischen Entscheidungsfindung

	METAP II	Sensor
1. Ethische Grundprinzipien	Orientierung an den 4 medizinethischen Prinzipien (Autonomie, Fürsorge/ Gutes tun, Nicht-Schaden, Gerechtigkeit).	Orientierung an den 4 medizinethischen Prinzipien und Definition situationsbezogener individueller Werte.
2. Struktur	4 Stufen des ethischen Entscheidungsprozesses, inklusive vierphasiger ethischer Fallbesprechung.	4 Phasen der ethischen Fallbesprechung.
3. Berücksichtigung verschiedener Perspektiven	Phasenabhängig: Phase 1 durch Einzelperson, in den weiteren Phasen und in komplexen Situationen wird der Einbezug interner und externer Stakeholder dringend empfohlen. Phase 4: Einbezug externer Ethik-Fachperson.	Durchführung durch Einzelperson möglich, in komplexen Situation und zur Entwicklung möglichst vieler Handlungsoptionen ist der Einbezug des interprofessionellen Teams empfohlen.
4. Evaluation	Ist in Phase 3 impliziert.	Nicht im Modell enthalten, eigene Evaluationsprozesse notwendig.
5. Praxis-Anwendbarkeit	Hoher Komplexitätsgrad. Vertiefte Einarbeitung in die bestehenden Hilfsmittel und Abläufe notwendig.	Niedriger Komplexitätsgrad. Abläufe und Hilfsmittel leicht zu verstehen und zu vermitteln, ohne grosse Vorkenntnisse umsetzbar.
6. Hilfsmittel	Umfangreiche Hilfsmittel stehen für jede Phase als Leporello und teils als kostenfreier Download zur Verfügung (spitalexterne-ethik-metap.ch).	Grafisches Handblatt zum Ablauf des Sensor Modells steht als kostenfreier Download zur Verfügung (ethikprojekt.ch). Vorlagen zur Vorbereitung und Protokoll nicht vorhanden.
7. Vorausgesetztes ethisches Wissen	Ethisches Fachwissen für Mitarbeitende empfehlenswert, für die moderierende Person Voraussetzung, sowie Moderationskompetenzen.	Erfahrung mit Sensor Modell und Moderationskompetenzen der moderierenden Person benötigt. Mitarbeitende benötigen kein vorbestehendes ethisches Fachwissen.
8. Vorausgesetzte Ethikstruktur	Ethikforum, METAP II geschulte Ansprechperson und klar definierte ethische Entscheidungsprozesse im Betrieb notwendig. Strukturelle Rahmenbedingungen und Ressourcen (personell, finanziell) werden benötigt.	Ethikgremium und Ethikforum dringend empfohlen. Strukturelle Rahmenbedingungen und Ressourcen (personell, finanziell) werden benötigt.

Quelle: Eigene Darstellung (Albisser Schleger, 2019b, Kap. 2, Kap. 7, Kap. 8; Arn, 2009a; Arn, 2009b; Arn, 2013; Arn; 2023; Arn n. d.)

Anhang O: Checkliste zur Implementierung der ethischen Entscheidungsfindung in Langzeitpflegeinstitutionen

Umsetzungsebene	Voraussetzungen	Zeitplan	verantwortlich	vorhanden/ umgesetzt
Betriebsleitungs- und Bereichsleitungsebene	Erste Bestandsaufnahme des vorhandenen Ethik-Knowhows.			☐
	Erste Analyse und Bestandsaufnahme bestehender Strukturen.			☐
	Abstimmung mit der Trägerorganisation (Betriebsumsetzung oder Verbundumsetzung?).			☐
	Erfahrungsaustausch mit anderen Institutionen.			☐
	Einbezug einer externen Ethikfachperson.			☐
	Ethikprojektgruppe zusammenstellen und deren Weiterbildung planen.			☐
	Interne Ethikfachperson/ Ethikbeauftragte:r auswählen und deren Weiterbildung planen.			☐
	Zeitliche, räumliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stellen, Berücksichtigung von Weiterbildungskosten bei der Budgetplanung.			☐
Ethikprojektgruppe (unter Einbezug der externen und internen Ethikfachperson und den Basis-Mitarbeitenden; regelmässige Rückkopplung mit Betriebsleitungsebene)	Bei Bedarf vertiefte Analyse und Bestandsaufnahme des vorhandenen Ethik-Knowhows.			☐
	Bei Bedarf vertiefte Analyse und Bestandsaufnahme bestehender Strukturen.			☐
	Auswahl Ethikstruktur-Formen (Ethikkomitee, Ethikforum, Ethik-Basisgruppe, Ethik-Café etc.).			☐
	Auswahl eines Verfahrens zur ethischen Entscheidungsfindung (METAP II, Sensor etc.).			☐
	Definition von Abläufen und Zuständigkeiten.			☐
	Planung von Weiterbildungen (wer			☐

	soll in welchem Umfang zu welchen Inhalten geschult werden?).			
	Planung von Informationsveranstaltungen, Informationsmails, Text in der Hauszeitung oder andere Informationswege zur Sicherstellung des Informationsflusses und der Transparenz.			☐
	Erarbeitung von ethischen Betriebs-Richtlinien und Handlungsempfehlungen unter Beachtung bestehender übergeordneter Richtlinien und gesetzlicher Vorgaben.			☐
	Planung von Übungs-Fallbesprechungen.			☐
Mitarbeitenden-ebene	Auswahl von Ethik-Ansprechpersonen pro Abteilung (Aufgaben: Theorie-Praxistransfer, Unterstützung der Mitarbeitenden auf Teamebene, Moderation der ethischen Fallbesprechungen).			☐
	Befähigung zum Erkennen von ethischen Problemen und Fragestellungen.			☐
	Durchführung von Übungs-Fallbesprechungen.			☐
	Teilnahme an Weiterbildungen und Informationsveranstaltungen (Ethikgrundwissen, Erwachsenenschutzrecht, Umsetzung von Richtlinien, Anwendung der Ethik-Hilfsmittel).			☐
	Umsetzung der ethischen Entscheidungsfindungsprozesse/ Fallbesprechungen und Teilnahme an Ethikgefässen (z.B. Ethikcafé).			☐

Quelle: Eigene Darstellung (Albisser Schleger, 2019b, S. 169-192; Arn & Hug, 2009, S. 31-66)