

Melanie Werren

Würde und Demenz

Grundlegung einer Pflegeethik

e+g



Nomos

ethikundgesellschaft

herausgegeben von

Professor Dr. Michelle Becka,
Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Professor Dr. Bernhard Emunds,
Philosophisch-Theologische Hochschule Sankt Georgen
Frankfurt

Professor Dr. Johannes Eurich,
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Professor Dr. Gisela Kubon-Gilke,
Evangelische Hochschule Darmstadt

Professor Dr. Torsten Meireis,
Humboldt-Universität Berlin

Professor Dr. Matthias Möhring-Hesse,
Eberhard Karls Universität Tübingen

Band 6

Melanie Werren

Würde und Demenz

Grundlegung einer Pflegeethik



Nomos

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Zugl.: Diss. Uni. Bern, 2018

ISBN 978-3-8487-5546-2 (Print)

ISBN 978-3-8452-9668-5 (ePDF)

1. Auflage 2019

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2019. Gedruckt in Deutschland. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Für Richard

Vorwort

Die vorliegende Arbeit wurde im Herbstsemester 2017 von der Theologischen Fakultät der Universität Bern als Dissertation angenommen und für den Druck geringfügig überarbeitet.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Torsten Meireis, der mich zu dieser Promotionsschrift ermutigte, immer den roten Faden im Blick behielt und mich auch von Berlin aus weiter mit wertvollen Anregungen versorgte. Prof. Dr. Frank Mathwig, Prof. Dr. Johannes Eurich und Prof. Dr. Magdalene L. Frettlöh danke ich ebenfalls für ihre Unterstützung während des Entstehungsprozesses dieser Arbeit.

Mein Dank geht auch an Liliane Blank für ihren kritischen Blick beim Korrekturlesen der Endfassung und an die Seniorenuniversität Bern für ihren großzügigen Druckkostenzuschuss.

An der Arbeit haben zahlreiche Menschen – mit oder ohne Demenz – Anteil, denen ich während meiner pflegerischen und pfarramtlichen Tätigkeit begegnete. Ihnen gebührt ein herzliches Dankeschön. Sie hatte ich beim Schreiben vor Augen, um nicht die Bodenhaftung zu verlieren.

Gewidmet ist dieses Buch Richard Stierli, meinem Ehemann und Vater unserer Kinder. Er stand mir während der ganzen Zeit treu zur Seite und war mein Ruhepol.

Bern, im Oktober 2018

Melanie Werren

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abkürzungsverzeichnis | 13 |
| 1. Einleitung | 17 |
| 1.1 Thematische Einführung | 17 |
| 1.2 Aufbau und Inhalt der Arbeit | 21 |
| 2. Problemzusammenhänge | 24 |
| 2.1 Das Problem der zwei Stränge von Würde | 24 |
| 2.2 Das Problem der Unbestimmtheit bei gleichzeitiger Gebrauchlichkeit | 26 |
| 2.2.1 Würde im alltäglichen Sprachgebrauch | 27 |
| 2.2.2 Würde als Leerformel | 28 |
| 2.2.3 Der Umgang mit dem Würdebegriff in pflege- ethischer Literatur | 30 |
| 2.3 Das Problem der Begründung des Würdebegriffs | 31 |
| 2.3.1 Begründungsstrategien in Leitbildern und Richtlinien von Institutionen | 32 |
| 2.3.2 Begründungsstrategien in pflegeethischer Literatur | 34 |
| 2.4 Das Problem der Konkretisierung der Würdekategorie | 36 |
| 2.4.1 Konkretisierung von Würde in der Vorstellung der Menschenrechte | 37 |
| 2.4.2 Konkretisierung von Würde als Autonomie | 39 |
| 2.4.3 Konkretisierung von Würde als guter Pflegevollzug | 56 |
| 2.4.4 Exkurs: Eine Leerstelle im gegenwärtigen gesell- schaftlichen Demenz-Konzept | 60 |
| 2.5 Schlussfolgerungen und Konsequenzen für das weitere Vorgehen | 62 |
| 3. Begründungsstrategien von Würde im Kontext von Demenz | 64 |
| 3.1 Begründungsstrategien unbedingter Würde | 65 |
| 3.1.1 Transzendenzbezogene Begründungsstrategien von Würde | 65 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| 3.1.1.1 | Alttestamentliche Begründungsmomente von Würde | 66 |
| 3.1.1.2 | Neutestamentliche Begründungsmomente von Würde | 75 |
| 3.1.1.3 | Grundzüge evangelisch-theologischer Begründungen von Würde | 80 |
| 3.1.1.3.1 | Das Bilderverbot und die Gottebenbildlichkeit | 82 |
| 3.1.1.3.2 | Personalität als Inbegriff der Würde | 83 |
| 3.1.1.3.3 | Zwischen göttlicher Zuwendung und Gestaltungsauftrag an den Menschen | 87 |
| 3.1.1.3.4 | Leibliche Vernunft | 91 |
| 3.1.1.4 | Fazit | 94 |
| 3.1.2 | Transzendente Begründungsstrategien von Würde | 98 |
| 3.1.2.1 | Die Würde bei Immanuel Kant | 99 |
| 3.1.2.2 | Wiederaufnahmen des kantischen Würdebegriffs | 107 |
| 3.1.2.2.1 | Die Unterscheidung des »homo phaenomenon« und des »homo noumenon« | 107 |
| 3.1.2.2.2 | Das Instrumentalisierungsverbot | 113 |
| 3.1.2.3 | Fazit | 116 |
| 3.2 | Begründungsstrategien bedingter Würde | 117 |
| 3.2.1 | Auf Leistung beruhende Begründungsstrategien von Würde | 118 |
| 3.2.1.1 | Empirische Eigenschaften als Begründungen von Würde | 118 |
| 3.2.1.1.1 | Würde als reflexives Verhältnis zum Leben | 120 |
| 3.2.1.1.2 | Würde als Selbstachtung | 121 |
| 3.2.1.1.3 | Würde als Selbstbestimmung | 123 |
| 3.2.1.1.4 | Würde als Autorität | 124 |
| 3.2.1.1.5 | Würde als Handlungsfähigkeit | 126 |
| 3.2.1.1.6 | Fazit | 127 |
| 3.2.1.2 | Zahlreiche Fähigkeiten als Begründung von Würde | 133 |
| 3.2.2 | Auf Anerkennung beruhende Begründungsstrategien von Würde | 137 |
| 3.2.2.1 | Der Ausdruck von Würde in interpersonalen Beziehungen reziproker Anerkennung | 138 |
| 3.2.2.2 | Würde als das Bedürfnis nach Respekt | 141 |
| 3.2.2.3 | Würde als geschuldete Anerkennung | 143 |
| 3.2.2.4 | Fazit | 147 |

| | |
|---|-----|
| 3.3 Schlussfolgerungen und Konsequenzen für das weitere Vorgehen | 149 |
| 4. Die Gestaltung von der Würde gemäßen Interaktionen | 152 |
| 4.1 Vorgehen | 152 |
| 4.2 Grundlegende Prinzipien | 155 |
| 4.2.1 Anerkennung der Verletzlichkeit und Endlichkeit des menschlichen Lebens | 155 |
| 4.2.1.1 Individualethische Gestaltungselemente | 156 |
| 4.2.1.2 Sozialethische Gestaltungselemente | 158 |
| 4.2.2 Anerkennung des Menschen mit Demenz als »Zweck an sich selbst« | 160 |
| 4.2.2.1 Individualethische Gestaltungselemente | 160 |
| 4.2.2.2 Sozialethische Gestaltungselemente | 162 |
| 4.2.3 Anerkennung des Menschen mit Demenz als Person | 163 |
| 4.2.3.1 Individualethische Gestaltungselemente | 163 |
| 4.2.3.2 Sozialethische Gestaltungselemente | 165 |
| 4.3 Menschenrechtliche Prinzipien | 166 |
| 4.3.1 Körperliche und geistige Unversehrtheit | 170 |
| 4.3.1.1 Individualethische Gestaltungselemente | 171 |
| 4.3.1.2 Sozialethische Gestaltungselemente | 173 |
| 4.3.2 Angebot von Nahrung, Körperpflege, Bewegung und Beschäftigung | 174 |
| 4.3.2.1 Individualethische Gestaltungselemente | 174 |
| 4.3.2.2 Sozialethische Gestaltungselemente | 176 |
| 4.4 Kriterien zur Konkretion der Prinzipien | 176 |
| 4.4.1 Auf einen Menschen mit Demenz abgestimmte Selbstbestimmung | 177 |
| 4.4.1.1 Individualethische Gestaltungselemente | 178 |
| 4.4.1.2 Sozialethische Gestaltungselemente | 179 |
| 4.4.2 Auf einen Menschen mit Demenz abgestimmte Selbstständigkeit | 185 |
| 4.4.2.1 Individualethische Gestaltungselemente | 186 |
| 4.4.2.2 Sozialethische Gestaltungselemente | 187 |
| 4.4.3 Lebensqualität | 187 |
| 4.4.3.1 Individualethische Gestaltungselemente | 194 |
| 4.4.3.2 Sozialethische Gestaltungselemente | 195 |
| 4.4.4 An einen Menschen mit Demenz angepasste Kommunikation | 196 |
| 4.4.4.1 Individualethische Gestaltungselemente | 197 |
| 4.4.4.2 Sozialethische Gestaltungselemente | 201 |

| | |
|---|-----|
| 4.4.5 Einem Menschen mit Demenz entsprechende Teilhabe | 203 |
| 4.4.5.1 Individualethische Gestaltungselemente | 204 |
| 4.4.5.2 Sozialethische Gestaltungselemente | 206 |
| 4.4.6 Achtung der Leiblichkeit | 207 |
| 4.4.6.1 Individualethische Gestaltungselemente | 208 |
| 4.4.6.2 Sozialethische Gestaltungselemente | 210 |
| 4.5 Professionsethische Konsequenzen | 211 |
| 4.5.1 Zwischen systemischen Zwängen und der Lebenswelt von Menschen mit Demenz | 211 |
| 4.5.2 Zwischen verallgemeinerbar gedachten Prinzipien und Kriterien zu deren Konkretion | 212 |
| 4.5.3 Zwischen Fertigkeiten/Wissen und individueller Anwendung | 213 |
| 4.5.4 Zwischen Ressourcenorientierung und Anerkennung der Endlichkeit des menschlichen Lebens | 213 |
| 4.5.5 Zwischen persönlichen Vorstellungen und Vorstellungen von Menschen mit Demenz | 213 |
| 4.5.6 Zwischen situationsbezogenen Wahrnehmungen, Intuitionen und deren rationaler Einordnung | 214 |
| 4.5.7 Lösungsansätze im Umgang mit den Spannungsfeldern | 214 |
| 4.6 Schlussfolgerungen | 218 |
| | |
| 5. Ertrag im Blick auf eine Pflegeethik | 220 |
| | |
| 5.1 Präzisierungsvorschlag im Kontext von Pflege und Demenz | 220 |
| 5.2 Praktische Implikationen | 221 |
| | |
| Literaturverzeichnis | 225 |
| | |
| Stichwortverzeichnis | 243 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|--|
| 1Kor | 1. Korinther |
| 2Kor | 2. Korinther |
| Abs. | Absatz |
| ADL | Activities of Daily Living |
| AfO | Archiv für Orientforschung |
| ao. | altorientalisch |
| APA | American Psychiatric Association |
| Art. | Artikel |
| AThANT | Abhandlungen zur Theologie des Alten und Neuen Testaments |
| AU | Action Unit |
| Ausg. | Ausgabe |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit |
| BESD | Beurteilung des Schmerzverhaltens bei Demenz |
| BISAD | Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz |
| BKAT | Biblischer Kommentar Altes Testament |
| BZAW | Beihefte zur Zeitschrift für die alttestamentliche Wissenschaft |
| bzw. | beziehungsweise |
| ca. | circa |
| d. h. | das heißt |
| d. i. | das ist |
| DBfK | Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe |
| DGSS | Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| Dtn | Deuteronomium |
| DZPh | Deutsche Zeitschrift für Philosophie |
| DZPh.S | Deutsche Zeitschrift für Philosophie, Sonderband |
| ECPA | Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes |
| EKK | Evangelisch-katholischer Kommentar zum Neuen Testament |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------|--|
| EMFACS | Emotional Facial Action Coding System |
| et al. | et alii, et aliae, et alia |
| etc. | et cetera |
| ETHD | Ethik im theologischen Diskurs |
| Ex | Exodus |
| f. | folgende Seite |
| FACS | Facial Action Coding System |
| FSy | Forum Systematik |
| GDK | Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren |
| Gen | Genesis |
| H.I.L.DE. | Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen |
| Hg. | Herausgeber |
| hrsg. | herausgegeben |
| ICD | International Classification of Diseases and related Health Problems |
| ICN | International Council of Nurses |
| IQ | Intelligenzquotient |
| IVA | Integrative Validation |
| Jak | Jakobus |
| JBTh | Jahrbuch für Biblische Theologie |
| KD | Kirchliche Dogmatik |
| Kol | Kolosser |
| LexBioeth | Lexikon der Bioethik |
| LoPr | Loccumer Protokoll |
| m. E. | meines Erachtens |
| MJTh | Marburger Jahrbuch Theologie |
| MThS | Münchener theologische Studien |
| NEB.NT | Kommentar zum Neuen Testament mit der Einheitsübersetzung |
| NEK | Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin |

| | |
|--------|---|
| NTD | Das Neue Testament Deutsch |
| NZStH | Neue Zeitschrift für Systematische Theologie |
| OBO | Orbis biblicus et orientalis |
| ÖGKV | Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband |
| P | Priesterschrift |
| PAINAD | Pain Assessment in Advanced Dementia |
| PGC | Principle of Generic Consistency |
| PhB | Philosophische Bibliothek |
| Ps | Psalm |
| QD | Quaestiones disputatae |
| RGG | Religion in Geschichte und Gegenwart |
| Röm | Römer |
| ROT | Realitätsorientierung |
| s. | siehe |
| SAMW | Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften |
| SBK | Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner |
| sog. | sogenannt |
| stw | Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft |
| ThHK | Theologischer Handkommentar zum Neuen Testament |
| TRE | Theologische Realenzyklopädie |
| u. a. | unter anderem |
| u. U. | unter Umständen |
| UNESCO | United Nations Educational Scientific and Cultural Organization |
| URL | Uniform Resource Locator |
| usw. | und so weiter |
| v. a. | vor allem |
| V. | Vers |
| VAT | Vorderasiatische Tontafeln |
| vgl. | vergleiche |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|--|
| VWGTh | Veröffentlichungen der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Theologie |
| WHO | World Health Organization |
| WMANT | Wissenschaftliche Monographien zum Alten und Neuen Testament |
| z. B. | zum Beispiel |
| z. T. | zum Teil |
| ZBK.AT | Zürcher Bibelkommentare Altes Testament |
| ZEE | Zeitschrift für evangelische Ethik |
| ZGB | Zivilgesetzbuch |
| ZME | Zeitschrift für medizinische Ethik |

1. Einleitung

1.1 Thematische Einführung

Sie läuft am Gehstock langsam auf dem Gang umher. Sie sieht etwas verloren aus. Ab und zu bückt sie sich und versucht, etwas für das Beobachterauge Unsichtbares aufzuheben. Immer wieder ruft sie lautstark: »Wo bin ich da?« Vorbeilaufende Menschen, Pflegende, Besucherinnen und Besucher, Bewohner und Bewohnerinnen, geben, falls sie nicht einfach vorbeigehen, unterschiedliche Antworten auf die laut in den Raum geworfene Frage: »Auf dem Gang.« »Sie können mit mir zum Frühstück gehen.« »Im Altersheim.« »Müssen Sie auf die Toilette?« »Zu Hause.« Auf alle diese Antworten reagiert sie immer auf dieselbe Weise. Sie nickt höflich mit dem Kopf und sagt: »Danke vielmals.« Danach geht sie weiter ihres Weges, hebt scheinbar unsichtbare Dinge auf und ruft: »Wo bin ich da?« Ein Besucher sagt bei ihrem Anblick zu mir: »Das ist doch unwürdig! So möchte ich nicht leben!«

Diese aus meiner eigenen Praxis als Pflegefachfrau stammende Schilderung einer Situation illustriert eine gegenwärtig in unserer Gesellschaft vorherrschende Tendenz, dass bei Begegnungen mit Menschen mit Demenz, ja bereits beim Gedanken an das Thema »Demenz« Zweifel an der Würde des Betroffenen bzw. der Betroffenen aufkommen.¹ So ist eine Demenz nach Hans Lauter »heute geradezu zum Symbol eines solchen entwürdigenden Geschehens geworden«². Wilfried Härle ist davon überzeugt, »dass die massenhafte Angst vor der (Alters-) Demenz ihre fatale, gespenstische Macht aus diesem irregeleiteten Verständnis, aus dieser Fehldeutung von ›Menschenwürde‹ bezieht«³, die damit rechnet, dass ein Mensch mit dem Verlust der Selbstkontrolle seine Menschenwürde verliert.⁴ Damit einher geht eine Vorstellung von Würde, die ihren Grund in

1 Vgl. Kruse, Menschenbild, 17.

2 Lauter, Demenzkrankheiten, 27.

3 Härle, Lebensqualität, 45. Vgl. hierzu Rüegger, Alter(n), 148: »Es ist deshalb verständlich, dass das Phänomen Demenz bzw. die Begegnung mit demenzkranken Menschen häufig zuallererst einmal Ängste und Abwehr auslöst, werden wir doch mit einem möglichen künftigen Bild unserer selbst konfrontiert, das wir ablehnen und verdrängen – dem Bild eines geistig desorientierten, der eigenen Kontrolle und Selbstbestimmung entgleitenden und ganz von anderen abhängigen Menschen.«

4 S. Härle, Lebensqualität, 45.

1. Einleitung

Fähigkeiten hat, wie z. B. Selbstbestimmung, Selbstständigkeit oder kognitiver Leistungsfähigkeit. Gerade Menschen mit Demenz verlieren demnach mit dem Fortschreiten ihrer Erkrankung zunehmend diese als wertvoll erachteten Eigenschaften und werden damit vom Schutzkonzept der Menschenwürde ausgeschlossen.⁵ Da in unserer Gesellschaft der Langlebigkeit die Zahl der Menschen mit dementiellen Erkrankungen noch zunehmen wird, werden immer mehr Menschen von diesen ausgrenzenden Prozessen betroffen sein.⁶ Gemäß Schätzungen leben in der Schweiz zurzeit rund 148'000 Menschen mit Demenz.⁷ Aufgrund der Alterung der Bevölkerung ist mit einem Anstieg der von Demenz betroffenen Menschen zu rechnen, »so dürfte bis 2030 die Anzahl Menschen mit Demenz auf über 190'000 und bis 2060 auf knapp 300'000 Personen anwachsen«⁸. 2012 waren weltweit schätzungsweise 35,6 Mio. Menschen an Demenz erkrankt. Prognosen gehen davon aus, dass sich bis 2050 die Zahl der Menschen mit Demenz verdreifacht haben wird.⁹

Diese Überlegungen zur gefährdeten Würde von Menschen mit Demenz führen mich dazu, im Rahmen dieser Arbeit die Würdekategorie exemplarisch in Bezug auf Demenzbetroffene zu reflektieren und zu konkretisieren. Die zurzeit geltenden Klassifikationssysteme, ICD-10¹⁰ und DSM-IV-TR¹¹, definieren Demenz allgemein als ein psychopathologisches Syndrom, das mit einer erworbenen Störung von Gedächtnisfunktionen und mindestens einer weiteren kognitiven Einbuße hinsichtlich Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen einhergeht.¹² Diese kognitiven Beeinträchtigungen werden meistens begleitet von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation.¹³ Die kognitiven Beeinträchtigungen dürfen nicht im Zusammenhang eines Delirs auftreten und müssen eine Verschlechterung gegenüber eines vormals höheren sozialen und beruflichen Leistungsniveaus darstellen.¹⁴ Zu einem Demenzsyndrom können neurodegenerative Veränderungen (z. B. Morbus Alzheimer, Morbus Par-

5 S. Rabe, Ethik, 127.

6 S. Rügger, Alter(n), 144.

7 S. Schweizerische Alzheimervereinigung, Gesellschaft.

8 BAG / GDK, Demenzstrategie, 9.

9 S. BAG / GDK, Demenzstrategie, 17.

10 Vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, Klassifikation, 69-90.

11 Vgl. Saß et al., Manual, 184-208.

12 S. Saß et al., Manual, 184.

13 S. Dilling / Mombour / Schmidt, Klassifikation, 73.

14 S. Saß et al., Manual, 184.

kinson), vaskuläre Prozesse (z. B. Multi-Infarkt-Demenz), Substanzmissbrauch (z. B. chronischer Alkoholüberkonsum) und viele weitere Ursachen führen.¹⁵ In dieser Arbeit wird aus pragmatischen Gründen verallgemeinernd der Begriff »Demenz« verwendet, ohne verschiedene Ursachen zu unterscheiden.¹⁶

Da im weiteren Verlauf der Arbeit immer wieder von einer Demenz als einem fortschreitenden Prozess die Rede sein wird, wird an dieser Stelle zur Veranschaulichung die von Andreas U. Monsch et al. vorgeschlagene Einteilung in drei Schweregrade dargestellt, die sich primär am Ausmaß der Betreuungsbedürftigkeit der Menschen mit Demenz orientiert: Bei einer *leichten Demenz* bestehen kognitive Beeinträchtigungen und leichte Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsaktivitäten im Vergleich zu früher. Der Betroffene bzw. die Betroffene lebt weitgehend unabhängig zu Hause und braucht beispielsweise Hilfe beim Umgang mit Finanzen oder beim Reisen. Bei einer *mittelschweren Demenz* ist mit kognitiven Einbußen und Beeinträchtigungen bei der Alltagsbewältigung zu rechnen, so dass der Mensch mit Demenz punktuell bzw. öfters Hilfe benötigt, z. B. beim Telefonieren, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Kochen. Ein Leben zu Hause ist mit entsprechender Unterstützung noch möglich. Bei einer *schweren Demenz* sind die Kognition und die Alltagsaktivitäten dermaßen stark beeinträchtigt, dass eine kontinuierliche Betreuung, z. B. beim Essen und Trinken, bei der Körperpflege oder bei der Ausscheidung, notwendig wird.¹⁷

Die eben dargestellte Stadieneinteilung verdeutlicht zwei Aspekte, die für das Weiterdenken in dieser Arbeit eine Rolle spielen: *Zunächst* erinnern der darin für Menschen mit Demenz festgehaltene Prozess der zunehmenden Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten sowie der fortschreitende Verlust von Unabhängigkeit bei der Gestaltung alltäglicher Aktivitäten an die von Wilfried Härle bereits angesprochene Angst, mit dem Verlust der Selbstkontrolle auch die Würde zu verlieren.¹⁸ Als Gegenreaktion auf diese von Wilfried Härle erhobene Angst interessiert mich in dieser Untersuchung die Frage nach Begründungsstrategien von Würde, die mit

15 S. Jahn / Werheid, Demenzen, 17.

16 Im 2013 von der »American Psychiatric Association« (APA) vorgestellten DSM-5 erscheint der Begriff »Demenz« nicht mehr explizit und wird unter die neue, umfassendere Kategorie »neurokognitive Störung« (»Neurocognitive Disorders«) subsumiert (s. Maier / Barnikol, Störungen, 564).

17 S. Monsch et al., Konsensus, 1240.

18 S. Härle, Lebensqualität, 47.

1. Einleitung

der Würde von Menschen mit Demenz rechnen und damit für diese offen stehen. *Zweitens* wird in der Stadieneinteilung von Andreas U. Monsch et al. die mit Fortschreiten einer Demenz anwachsende Angewiesenheit auf Unterstützung durch andere Menschen deutlich. Im Gegensatz dazu steht die von Verena Wetzstein stammende Feststellung, dass es aufgrund des Fehlens von kausalen Therapiemöglichkeiten von Demenz in der Medizin und in der Gesellschaft zu einer Vernachlässigung der zeitlich langen zweiten Hälfte des Demenz-Prozesses kommt, in der eben diese Begleitung und pflegerische Betreuung geleistet werden muss.¹⁹ Damit geht nach Dominik A. Becker einher, dass Errungenschaften und Erkenntnisse derjenigen Berufsgruppen, die direkt mit Menschen mit Demenz arbeiten, im Gegensatz zu medizinischen Erkenntnissen, nicht in den gesellschaftlichen Diskurs über Demenz gelangen. Er spricht deshalb von einer »Leerstelle im gegenwärtigen gesellschaftlichen Demenz-Konzept«²⁰. Eine im Kontext von Demenz nicht gehörte Gruppe, die in unterschiedlichen Kontexten Menschen mit (schwerer) Demenz betreut und daher einen Beitrag zu einer der Würde von Menschen mit Demenz gemäßen Gestaltung von Interaktion zu leisten hat, ist die Pflege. Auf diese Berufsgruppe werde ich – vor dem Hintergrund meiner eigenen Erfahrung als Pflegefachfrau – in dieser Arbeit exemplarisch den Fokus legen. Trotz dieser Engführung auf eine Profession soll stets das Bewusstsein mitschwingen, dass ebenso Angehörige, Freunde, Bekannte sowie zahlreiche Professionen Anteil an einer der Würde Rechnung tragenden Begleitung von Menschen mit Demenz haben.

Ziel dieser Arbeit ist es, eine pflegeethische Grundlegung der Würdekategorie zu bieten – exemplarisch dargestellt anhand der Würde von Menschen mit Demenz. Es soll nicht nur nach einem für die Situation von Menschen mit Demenz adäquaten Würdebegriff gefragt werden, sondern auch nach praktischen Implikationen, die sich daraus ergeben. Meine persönliche Perspektive als Pflegefachfrau und evangelische Ethikerin muss vor der Auseinandersetzung mit dieser Fragestellung bedacht werden. Eine interdisziplinäre Herangehensweise ist für diese Studie erforderlich. So werde ich mich im Folgenden in einen Diskurs begeben mit pflege- und medizinethischer Literatur, mit anderen theologischen Disziplinen, mit philosophischen Positionen sowie mit sozial- und humanwissenschaftlichen Erkenntnissen. Es ist mir ein Anliegen, dass die unterschiedlichen

19 S. Wetzstein, *Diagnose*, 173.

20 S. Becker, *Sein*, 21.

Disziplinen innerhalb dieser Arbeit miteinander ins Gespräch kommen und sich gegenseitig bereichern können.

1.2 Aufbau und Inhalt der Arbeit

Die vorliegende Arbeit umfasst drei materiale Teile, die zu einer schrittweisen Annäherung an das oben genannte Ziel führen, eine pflegeethische Grundlegung der Würdekategorie anhand der Würde von Menschen mit Demenz zu entwickeln.

Am Anfang, d. h. im *zweiten Kapitel*, erfolgt im Sinne einer Vorbereitung auf das weitere Vorgehen eine Untersuchung der Verwendungsweise der Würdekategorie in ausgewählten, insbesondere für die Pflege von Menschen mit Demenz relevanten Texten sowie in pflegeethischer Literatur. Es geht zum einen darum, die Relevanz der Thematik deutlich zu machen, zum anderen sollen Problemzusammenhänge rund um die Thematik von Würde und Demenz herausgearbeitet werden, die dann beim Weiterdenken an einem für Menschen mit Demenz adäquaten Würdebegriff Berücksichtigung finden sollen. In Kapitel 2.4, auf der Ebene »Das Problem der Konkretisierung der Würdekategorie«, wird über Literatur aus dem pflegeethischen Bereich hinaus auf in der Medizinethik verbreitete Würdeinterpretationen eingegangen. Dies erfolgt auf der einen Seite, da sich pflegeethische und medizinethische Fragen zum Teil überschneiden,²¹ auf der anderen Seite, um Unterschiede in der Verwendung der Begrifflichkeit aufzuzeigen. Ein Problemzusammenhang, der sich bei der Untersuchung zeigen wird, soll bereits hier explizit erwähnt werden, weil er sich direkt auf den weiteren Aufbau der Arbeit auswirken wird. Es wird nämlich deutlich, dass es in pflegeethischer Literatur häufig zu einer Vermischung zwischen Begründungs- und Konkretionsebene von Würde kommt. Um eine getrennte Betrachtung dieser beiden Ebenen zu ermöglichen, wird im dritten Kapitel zunächst eine Klärung und Präzisierung der Würdekategorie im Kontext von Demenz vorgenommen. Erst im vierten Kapitel wird nach einer für die Pflege relevanten Operationalisierung von Würde gefragt.

Wie wir bereits in der thematischen Einführung gesehen haben, kann eine Demenz die Würde von Betroffenen in Frage stellen. Nicht umsonst

21 S. Körtner, Pflegeethik, 38.

spricht Hans-Martin Rieger von einer Demenz als »Härte- und Testfall«²² für die Würde. Ausgehend von dieser Überlegung werden im *dritten Kapitel* unbedingte und bedingte Begründungsstrategien von Würde hinsichtlich ihrer Offenheit für Menschen mit Demenz untersucht. In einem ersten Schritt werden unbedingte Begründungsstrategien von Würde in den Blick genommen. Dazu werden in dieser Arbeit sowohl transzendenzbezogene als auch transzendente Begründungen von Würde gerechnet (Kapitel 3.1). Bei den transzendenzbezogenen Würdeverständnissen werden alttestamentliche und neutestamentliche Begründungsmomente sowie darüber hinausgehende Grundzüge evangelisch-theologischer Begründungen angeschaut. Ausgehend von diesen transzendenzbezogenen Würdebegründungen soll ein Diskurs mit anderen im Rahmen dieser Arbeit thematisierten Traditionslinien stattfinden. Der von Wolfgang Huber etablierte Ansatz der »Begründungsoffenheit«²³, der die Haltung voraussetzt, dass jede Tradition das Ihre zu einer inhaltlichen Bestimmung des Würdebegriffs beizutragen hat, scheint mir hier wegweisend zu sein. Es soll also bei allen in dieser Arbeit behandelten Begründungsstrategien von Würde gefragt werden, welchen spezifischen Beitrag sie angesichts des »Härte- und Testfalls« »Demenz« leisten können. Unter dieser Voraussetzung kann sich eine Auseinandersetzung mit transzendentalen Begründungen von Würde ereignen. Nach einer Reflexion des Würdebegriffs bei Immanuel Kant, werden zwei weitere Positionen, die ihren Ausgang bei der kantischen Begründungsweise von Würde nehmen, betrachtet. Es handelt sich um die Würdeverständnisse von Hans-Martin Rieger und von Otfried Höffe. Nach den unbedingten Begründungsstrategien von Würde sollen in einem zweiten Schritt Begründungsstrategien bedingter Würde hinsichtlich ihrer Bedeutung für Menschen mit Demenz befragt werden (Kapitel 3.2). Auf Leistung beruhende Begründungen und auf Anerkennung beruhende Begründungen werden hier gesondert behandelt. Eine zentrale Erkenntnis dieses dritten Kapitels soll an dieser Stelle bereits vorausgeschickt werden, da sie sich auf das Vorgehen im nächsten Kapitel auswirkt. Zwar zeigt sich, dass lediglich unbedingte Begründungsstrategien von Würde Menschen mit einer schweren Demenz einzubeziehen vermögen und somit für diese offen stehen. Allerdings geben gerade Begründungsstrategien bedingter Würde Hinweise auf Vorstellungen des guten Lebens und weisen somit auf die Gestaltungsebene von Würde Demenzbetroffener hin.

22 Rieger, Demenz, 136.

23 Huber, Menschenwürde, 581.

Nach Prinzipien und Kriterien für eine der unbedingten Würde von Menschen mit Demenz entsprechende Gestaltung von Interaktionen und Verhältnissen wird im *vierten Kapitel* gefragt. Dabei werden zunächst grundlegende Prinzipien (Kapitel 4.1) und menschenrechtliche Prinzipien (Kapitel 4.2) begründet und weiter ausgeführt. Anschließend werden v. a. aus den in Kapitel 3.2 reflektierten Begründungsstrategien bedingter Würde Kriterien (Kapitel 4.3) abgeleitet, die im Sinne »heuristischer Platzhalter«²⁴ zur Konkretion der grundlegenden und menschenrechtlichen Prinzipien beitragen. Der Fokus liegt bei der Ausgestaltung der einzelnen Prinzipien und Kriterien auf dem schweizerischen Kontext, zum einen da ich mit ihm vertraut bin, zum anderen weil Konkretionen überhaupt nur für eine Praxis Relevanz haben können, wenn sie den Kontext berücksichtigen, in dem sich diese Praxis ereignet. Aus den sich daraus ergebenden praktischen Implikationen werden schließlich professionsethische Konsequenzen abgeleitet (Kapitel 4.4). Einerseits werden sechs Spannungsfelder aufgezeigt, in denen sich Pflegende bei einer der Würde gemäßen Begleitung von Menschen mit Demenz bewegen, andererseits wird ein narrativer Ansatz zum Umgang mit diesem spannungsvollen Setting angedacht.

24 Vgl. Dabrock, Vernunft, 241.

2. Problemzusammenhänge

Im Folgenden werden vier Problemzusammenhänge behandelt, die momentan in der Medizin- und Pflegeethik rund um die Thematik von Würde und Demenz beobachtet werden können:

- Das Problem der zwei Stränge von Würde.
- Das Problem der Unbestimmtheit bei gleichzeitiger Gebräuchlichkeit der Würdekategorie.
- Das Problem der Begründung des Würdebegriffs.
- Das Problem der Konkretisierung des Würdebegriffs.

Nach einer Problemformulierung wird jeweils für den Pflegebereich wesentliche Literatur untersucht. Da laut Monika Bobbert von einer »modernen« Pflegeethik im eigentlichen Sinne erst seit Mitte der 1990er Jahre gesprochen werden kann,²⁵ wird in diesem Kapitel ein Schwerpunkt gelegt auf seit Mitte der 90er Jahre herausgekommene, deutschsprachige oder ins Deutsche übersetzte Pflegeethiken. Die Beschränkung auf den deutschsprachigen Raum ist insofern sinnvoll, als die Pflegeethik im angelsächsischen Raum nicht den gleichen zeitlichen Verlauf genommen hat und andere inhaltliche Schwerpunkte aufweist.²⁶

Das Ziel dieses Kapitels besteht darin, einen Forschungsüberblick zu geben bezüglich der Verwendung der Würdekategorie in pflegeethischer Literatur. Damit soll eine Ausgangslage für die Erarbeitung eines für die Pflege von Menschen mit Demenz relevanten Würdekonzepts geschaffen werden.

2.1 Das Problem der zwei Stränge von Würde

Es gibt gemäß Eilert Herms zwei unterschiedliche Auffassungen darüber, was am Sein des Menschen diesen zum Würdeträger macht:²⁷

25 S. Bobbert, *Patientenautonomie*, 65.

26 S. Bobbert, *Patientenautonomie*, 53. Vgl. auch Bobbert, *Patientenautonomie*, 53-61, wo sie einen Überblick über die Entwicklung der »modernen« Pflegeethik im angelsächsischen Sprachraum gibt.

27 S. Herms, *Würde*, 1737. Vgl. hierzu Baumann, *Menschenwürde*, 19f., der zwischen einer Würde simpliciter und einer Menschenwürde differenziert. Bei der