

(Vermeintliche) Vernunft & (vermeintliche) Selbstbestimmung

Eine Betrachtung von Selbstbestimmung bei Menschen mit Demenz

Rouven Brenner



© gettyimages / Toa55

Was wir unter Selbstbestimmung und Vernunft verstehen, wirkt sich fatal auf unser pflegerisches Handeln aus. Das zeigt sich überaus deutlich bei der Pflege von Menschen mit Demenz. Aufgrund ihrer kognitiven Defizite fehlt ihnen (vermeintlich) die Vernunft und sie können (vermeintlich) nicht mehr selbstbestimmt handeln. Sie werden von uns fremdbestimmt. Und erleiden somit einen Kontrollverlust über ihr Leben. Rouven Brenner ist überzeugt: Das muss nicht sein. Auch Menschen, die an Demenz erkrankt sind, können vernünftige Entscheidungen treffen – unabhängig vom Stadium ihrer Erkrankung.

Frau H. öffnet wieder einmal nicht den Mund. Geschlossene Lippen! Warum nur? Sie kann es nicht sagen. Ist es ihre Demenzerkrankung? Versteht sie nicht, was Abendessen ist? Hat sie keinen Hunger? Oder

will sie nicht mehr – essen, leben, sein? Aber sie muss doch etwas essen! Sie hat in den vergangenen Monaten so viel abgenommen! Sie hat heute noch nichts zu sich genommen! Geschweige denn ausreichend getrunken! „Frau H., schauen Sie hier – ESSEN!“ Sie will einfach nicht! Auch das Marmeladenbrot isst sie nicht – nicht mal, wenn ich es ihr in die Hand geben will. „Frau H. – haben Sie HUNGER?“ „JAAAA“, sagt sie. Also gut – noch ein Versuch! Kurz darauf ruft sie „NEEIIIN“, wenn ich mit dem Essen oder Becher nur in die Nähe ihres Mundes komme. „Frau H.?“ „Frau H.“ „Hedwig?“ Sie reagiert nicht mehr! Was soll ich nur tun? Wie kann ich ihr nur helfen? Wenn ich doch nur verstehen könnte, was sie will! Meine Gedanken schweifen ab ...

Wir leben in einer Gesellschaft von Individuen (Elias, 1987, S. 108), in der wir (vermeintlich) vernunftorientierten Individualisten (vermeintlich) selbstbestimmt nach Selbstverwirklichung streben. Wir denken und sind deshalb auch. Wir bedienen uns mutig unseres eigenen Verstandes (Kant, 2016, S. 4). Wir sind vernünftig. Wir sind rational. Wir leben selbstbestimmt. Und wir propagieren diese (vermeintliche) Selbstbestimmung der Individuen bis in alle gesellschaftlichen Bereiche.

Selbstbestimmung in der Pflege

Auch das Pflegewesen wurde durch die Idee der Selbstbestimmung nachhaltig beeinflusst. In den letzten Dekaden vollzog sich ein Paradigmenwechsel: vom Paternalismus, über die Partizipation, hin zur Selbstbestimmung. Doch auch wenn dieser Terminus „inflationär“ und „plakatativ“ verwendet wird, bleibt er unspezifisch und definitorisch unterbestimmt (Kotsch & Hitzler, 2013, S. 20). Wir Pflegenden proklamieren ein Selbstbestimmungsgebot (Kotsch & Hitzler, 2013, S. 18), obwohl wir weder genau wissen, was dies bedeutet, noch wie wir es in den verschiedenen (Pflege-)Situationen anwenden können. Dem Begriff „Selbstbestimmung“ fehlt innerhalb unseres (Fach-)Sprachgebrauchs die genaue Bedeutung. Er ist lediglich ein „Scheinbegriff“ (Carnap, 1931, S. 221).

Was wir jedoch (vermeintlich) kennen, sind die Voraussetzungen für Selbstbestimmung. Nur wenn ich denke, bin ich auch (Descartes, 1996, S. 55). Der Umkehrschluss ist implizit: Ich denke (vermeintlich) nicht, also bin ich auch nicht! Und wenn ich nicht bin, kann ich auch nicht über mich selbst bestimmen! Selbstbestimmung und Vernunft sind miteinander verbunden. Sie bilden einen komplexen Dualismus, eine „Zweiheit“.

Wie wir Selbstbestimmung und Vernunft verstehen oder besser gesagt, nicht verstehen, wirkt sich fatal auf unser pflegerisches Handeln aus. Dies zeigt sich überaus deutlich bei der Pflege von Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Aufgrund ihrer kognitiven Defizite fehlt ihnen (vermeintlich) die Vernunft und sie können (vermeintlich) nicht mehr selbstbestimmt agieren. Sie werden von uns fremdbestimmt. Und erleiden somit einen Kontrollverlust über ihr alltägliches Leben.

Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz

Wie kann die Bedeutung von Selbstbestimmung und Vernunft im Kontext der Pflege von Menschen mit Demenz definiert und erklärt werden? Die „Zweiheit“ von Selbstbestimmung und Vernunft besteht schon seit Jahrhunderten. Bereits in der Mitte des 17. Jahrhunderts formulierten unter anderem Denker wie Descartes, Spinoza, Leibniz und Kant Grundthesen des vernunftgeprägten Rationalismus sowie des Zeitalters der Aufklärung. Obwohl diese Postulate des Rationalismus und der Aufklärung Jahrhunderte in der Vergangenheit liegen, wirken sie bis heute in unseren Vorstellungen, unserem Denken, unserer Gesellschaft nach. Die Verknüpfung des Individuums mit dessen Vernunft erscheint untrennbar. Das Individuum ist nur, wenn es denkt. Nur dann kann es für sich selbst handeln, für sich bestimmen und urteilsfähig sein. Die Vernunft dient als Kriterium für die Inklusion. So dürfen nur vernünftige Wesen als Personen betrachtet werden, die Anspruch auf Achtung, Würde und Selbstbestimmung besitzen – der Mensch allein ist geringfügig und nur die Person allein ist erhaben (Kant, 1900, S. 428, 434f). Dies

zeigt sich überaus deutlich darin, dass die Möglichkeit der Selbstbestimmung eindeutig und legislativ mit der Urteilsfähigkeit verbunden ist. Nur wem es nicht an der Fähigkeit mangelt, vernunftgemäß zu handeln, kann auch selbstbestimmt handeln. Die Verknüpfung von Urteilsunfähigkeit und Demenzerkrankungen besitzt dabei nahezu traditionellen Charakter. Obwohl Frau H. sich zweifelsfrei äußert, wird sie nicht erhört. Frau H. darf nicht selbst über sich bestimmen. Da es ihr (vermeintlich) an Vernunft und Urteilsfähigkeit fehlt.

Die Bedeutung des Begriffes Selbstbestimmung ist im Pflegealltag nicht zweifelsfrei definiert und unreflektiert übernommen. Sie ist weder in ihrer kontextuellen Gebräuchlichkeit erklärt, noch scheint sie in der Vorstellungskraft von Pflegenden, die Menschen mit Demenz pflegen, zu existieren. Dies unter anderem deshalb, weil sie häufig mit Selbstständigkeit gleichgesetzt wird. Unselbstständigkeit und Selbstbestimmung erscheinen unvereinbar. Selbstbestimmung als Konstrukt unterliegt dabei einer „Konsensfiktion“ (Kotsch & Hitzler, 2013, S. 20), in der die Adaption (oder überhaupt deren Erwägung) an die jeweiligen Pflegesituationen nicht gelingt. Etymologisch betrachtet fand die Umwandlung des Wortteils „Selbst“ vom Pronomen zum Substantiv im Zuge der Aufklärung und im Sinne eines sich seines selbst bewussten Ichs statt (Waldschmidt, 2012, S. 19). „Bestimmung“ dahingegen kann sowohl im Sinne von Klassifizierung („Benennung von etwas“) als auch im Sinne von personaler Macht („Befehl über etwas“) angesehen werden (Waldschmidt, 2012, S. 20). Dies zeigt sich noch heute darin, dass Selbstbestimmung als individuelle, aktive Ausübung von Macht über das eigene Selbst, das eigene Schicksal und die eigenen Wünsche definiert werden kann. Somit kann sie, solange sie noch formuliert werden kann, auch in Abhängigkeit und Krankheit ausgeübt werden. Frau H. kann deutlich verbal und nonverbal vermitteln, was ihre Wünsche und Bedürfnisse in der beschriebenen Situation sind. Sie agiert selbstbestimmt. Dies wird von der Pflegeperson jedoch so nicht wahrgenommen.

Selbstbestimmt leben und agieren richtet sich, auch bei Menschen mit Demenz, an der individuellen und aktiven Ausübung ihrer eigenen Wünsche und Bedürfnisse aus. Sie erleben „Kontrolle“ über ihr Handeln und Sein. Sie können Aktionen beginnen und initiieren. Dabei ist es für sie nicht immer wichtig, dass sie diese auch zu Ende führen. Es kommt vielmehr darauf an, dass sie, im Sinne einer „Ermöglichungs-Logik“, bestimmte Handlungen willentlich beginnen können und ihnen so eine „Idee von Selbstbestimmung“ ermöglicht wird. Diese augenblickliche Ausrichtung auf ihre Wünsche und Bedürfnisse (Kotsch & Hitzler, 2013, S. 117) ist eine essenzielle Haltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Wahres „Person-sein“ bedeutet, sich ausleben können, unabhängig davon, ob es uns Pflegenden als angemessen erscheint oder in die (institutionellen) Rahmenbedingungen passt. Wenn Frau H. jetzt nicht essen und trinken will, dann ist das zu respektieren. Vielleicht will sie ja später. Wenn die Pflegeperson flexibel darauf reagieren kann, achtet sie nicht nur

die Wünsche von Frau H., sondern nimmt gleichzeitig viel Druck und Stress für beide Personen aus dieser (Pflege-) Situation.

Auch Menschen, die an Demenz erkrankt sind, können unabhängig vom Stadium ihrer Erkrankung, vernünftige Entscheidungen treffen. (Vermeintliche) Attribute der Demenz wie „Nicht-bei-Sinnen-sein“, „Unvernunft“ oder „Wahnsinn“ prägten eine, noch heute herrschende, defizitäre (pflege-)gesellschaftliche Vorstellung. In dieser Vorstellung wurde und wird den Betroffenen ihre Handlungs- und Entscheidungskompetenz abgesprochen. Demgegenüber ist es jedoch empirisch belegt, dass sie auch im Spätstadium der Erkrankung zu sinnhafter Kommunikation (Honer, 2011, S. 123) in der Lage sind sowie eine Kompetenz des Verstehens, Bewertens und Selbstäussers besitzen (Kotsch & Hitzler, 2013, S. 27) oder zumindest zu verständlichen nonverbalen Willensäußerungen fähig sind (Kotsch & Hitzler, 2013, S. 124). Frau H. möchte nichts essen und trinken. Dies bringt sie deutlich zum Ausdruck. Frau H. soll das Essen und Trinken gereicht werden. Sie erkennt also deutlich den Kontext der (Pflege-) Situation. Frau H. hält ihre Lippen verschlossen. Sie agiert vernünftig, denn sie kennt ihre Wünsche, erkennt explizit die Situation, in der sie sich befindet, und handelt folglich vernünftig und adäquat.

Kitwood, Feil und Richard

Ferner besitzen die Betroffenen ein Repertoire an „emotionaler Kompetenz“, das scheinbar wie der Gehörsinn bei Menschen mit Sehbehinderung kompensatorische Funktionen übernimmt. Diese Kompetenz unterstützt sie zusätzlich in ihrer Wahrnehmung, ihrer Kommunikation und ihrem Verstehen. Wobei Emotionen nicht im Widerspruch zur Vernunft stehen. Sie haben komplementären Charakter. Eine simple Unterscheidung dieser wäre zu nivellierend und reduktionistisch (Weber, 2016, S. 52). Mit einem diesbezüglichen Betonen der rationalen Fähigkeiten wird man den Betroffenen nicht gerecht. Ein Perspektivenwechsel hin zu „Gefühle, Emotionen und die Fähigkeit in Beziehung zu treten als elementare Bestandteile des ‚Person seins‘“ (Kitwood, 2016, S. 33) ist überfällig und dringend notwendig. Gerade auch demenzspezifische Konzepte der Kommunikationsmethodik wie die „Validation nach Feil“ oder „Integrative Validation nach Richard“ versuchen die Pflegenden dahingehend zu sensibilisieren, die „Botschaft hinter der Botschaft“ zu erkennen; die zugrundeliegende Emotion der Aussage. In der anfangs beschriebenen Situation gelingt es Frau H. sowohl intra- als auch interpersonell ihre Emotionen wahrzunehmen respektive unmissverständlich auszudrücken. Sie kann ihre ganze Verzweiflung, Hoffnungs- und Hilflosigkeit mit nur einem Wort ausdrücken – einem lang gezogenen „NEEIIIN“.

Der Begriff Vernunft wird mehrheitlich zu engmaschig definiert und häufig deshalb mit Rationalität und Kognition in Relation gesetzt. Dies wiederum ist der Ausgangspunkt dafür, dass im Sinne des „komplementären Dualismus“ von Vernunft und Selbstbestimmung, Menschen mit Demenz (vermeintlich) nicht selbstbestimmt agieren können. Keine Vernunft – keine Selbstbestimmung.

Überdies besteht hinsichtlich des Begriffes ein Kernproblem darin, dass dieser aufgrund seiner langen Begriffsgeschichte so unterschiedlich definiert und ausgewiesen wurde. Seine Relation zu Kognition und Rationalität bleibt im Zuge der postmodernen Vernunftkritik jedoch stark umstritten (Weber, 2016, S. 63). Wortgeschichtlich gesehen leitet sich Vernunft vom althochdeutschen „vernehmen“ ab, wodurch es „erfassen“, „begreifen“ und „auffassen“ bezeichnet. Führt man sich weiter vor Augen, dass Vernunft auch als geistiges Vermögen definiert wird, mit dem Zusammenhänge erkannt, beurteilt und dementsprechend sinnvoll und zweckmässig gehandelt werden kann, erscheint eine offenere Definition gerade bei der Pflege von Menschen mit Demenz als indiziert. So definiert, im Sinne von Wahrnehmen, erkennen und daraufhin zweckmässig handeln, ist auch Frau H. in der Lage vernunftbehaftet aufzutreten.

Vernunft wird den an Demenz erkrankten Personen auch deshalb oft abgesprochen, weil ihr Verhalten aufgrund fehlender Wechselseitigkeit als suspekt und merkwürdig wahrgenommen und interpretiert wird. Die Annahme der Reziprozität der Perspektiven (Honer, 2011, S. 122) kann in (Lebenswelt-)alltäglichen Gesprächen mit Betroffenen nicht vorausgesetzt werden. Die im Pflegealltag immer wieder zu erlebenden und gerade in längeren Dialogen deutlich zu beobachtbaren Zeit-Konfusionen (Honer, 2011, S. 131) haben sicherlich zusätzlich zu plakativen Labeln wie „eingeschränkte Alltagskompetenz“ oder „Desorientierung“ geführt. Denn auch wenn eine betroffene Person im Dialog mit der Pflegeperson „zeitlich ver(-)rückt“ erscheint, beide verschiedene subjektive (lebensweltliche) Perspektiven haben, kann daraus nicht der Schluss gezogen werden, dass die betroffene Person nicht kompetent agiert. Im Gegenteil. Auch wenn bei Frau H. und der Pflegeperson die Reziprozität der Perspektiven nicht vorausgesetzt und eine Zeit-Konfusion ausgeschlossen werden kann, bleibt die Tatsache, dass Frau H. nicht essen und trinken möchte. Und sie agiert dementsprechend kompetent. Sie definiert diese subjektive Wirklichkeit als für sich real. Die Folgen und Konsequenzen dieses Nahrungs- und Flüssigkeitsverzichts sind jedoch nicht nur für sie, sondern ebenso für die Pflegeperson (objektiv) real (Thomas & Thomas, 1928, S. 572).

Echtes „In-Beziehung-Treten“

Letztlich erachte ich es als essenziell, durch ein gezieltes und professionelles „In-Beziehung-Treten“ mit den betroffenen Personen und deren Angehörigen eine echte, einführende und akzeptierende Beziehung aufzubauen. Nur in einem personenzentrierten und emotionsorientierten pflegerischen Handeln können Veränderungen im Verhalten der an Demenz erkrankten Betroffenen wahrgenommen werden, sowie die verbale, nonverbale und

paraverbale Kommunikation gedeutet und interpretiert werden. Ebenso können die Biografie der Betroffenen und deren nahestehenden Angehörige wichtige Ressourcen für Informationen und Anhaltspunkte in der Deutung und Interpretation darstellen.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass Menschen mit Demenz tatsächlich Selbstbestimmung ausüben und Vernunft beweisen können. Sie sind als (emotional) kompetente Personen zu betrachten, die ihren Willen selbstbestimmend äussern können und nicht ausschliesslich aus Defiziten bestehen. Es liegt jedoch an uns Pflegenden, dies zu erkennen, wahrzunehmen und zu interpretieren. Diesbezüglich würde ich den pflegerischen Diskurs über die beobachteten Ausdrucksmittel als äusserst wichtig bewerten. In diesem Austausch könnten die einzelnen Wahrnehmungen und deren Interpretationen nicht nur „abgeglichen“ werden, sondern zusätzlich die Sensibilisierung für das Erkennen, Deuten und Interpretieren gezielt gefördert werden. Damit aus vermeintlichen Eindrücken, echtes tatsächliches Handeln wird.

Literatur

- Carnap, R. (1931). „Überwindung der Metaphysik durch logische Analyse der Sprache“. *Erkenntnis*, 2, 219–241.
- Descartes, R. & Specht, R. (Hrsg.). (1996). *Philosophische Schriften in einem Band*. Meiner.
- Elias, N. & Schröter, M. (Hrsg.). (1987). *Die Gesellschaft der Individuen*. Suhrkamp.

- Honer, A. (2011). *Kleine Leiblichkeiten: Erkundungen in Lebenswelten*. Springer-Verlag.
- Kant, I. (2016). *Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? Und andere kleine Schriften*. BoD – Books on Demand.
- Kant, I., Deutsche Akademie der Wissenschaften, Akademie der Wissenschaften, Königliche Akademie der Wissenschaften et al. (Hrsg.). (1900). *Kant's gesammelte Schriften* (verschiedene Ausgaben). de Gruyter.
- Kennedy, M. (1996). *Self-determination Across the Life Span: Independence and Choice for People with Disabilities*. P. H. Brookes Pub.
- Kitwood, T. (2016). *Demenz: der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Hogrefe.
- Kotsch, L. & Hitzler, R. (2013). *Selbstbestimmung trotz Demenz?* Beltz Verlagsgruppe.
- Thomas, W. I. & Thomas, D. S. (1928). *The child in America; behavior problems and programs*. a. A. Knopf.
- Waldschmidt, A. (2012). *Selbstbestimmung als Konstruktion: Alltagstheorien behinderter Frauen und Männer*. VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Weber, B. (2016). *Vernunft, Mitgefühl und Körperlichkeit: Eine phänomenologische Rekonstruktion des politischen Raumes*. Verlag Herder GmbH.



Rouven Brenner

MScN, Pflegeexperte APN,
Alterszentrum Lanzeln, Stäfa

rouven.brenner@lanzeln.ch