

Ruth Baumann-Hölzle

# Selbstbestimmter Pflegeanspruch

Die Einführung von DRGs darf nicht zu Ungerechtigkeiten in der Pflege führen

**Ein urteilsfähiger Patient darf jederzeit eine Behandlung ablehnen, auch wenn er sich dadurch selbst schädigt. Dieses sogenannte Abwehrrecht ist durch den Würde- und Autonomieanspruch eines jeden Menschen gegeben. Auf welche Leistungen aber hat ein Patient Anspruch? Und wer entscheidet, wenn der Kranke seinen Willen nicht mehr selber äussern oder Entscheide nicht mehr selber fällen kann?**



Ruth Baumann-Hölzle

Kranke Menschen sind oft auf die Fürsorge von anderen Menschen zur Heilung und/oder Linderung ihrer Krankheiten angewiesen. Als Folge dieser vielfältigen Abhängigkeiten wurde und wird oft über kranke Menschen paternalistisch oder maternalistisch verfügt, ohne dass sie nach ihren eigenen Präferenzen befragt würden. Solch stellvertretendes Entscheiden ist in Notsituationen, oder wenn Menschen urteilsunfähig sind, nicht anders möglich. Ansonsten aber sind Stellvertreterentscheide für urteilsfähige Menschen, wenn diese

Leib und Leben eines Menschen in existentieller Art und Weise betreffen, Integritätsverletzungen, weil damit ihr existentieller Würde- und Autonomieanspruch verletzt wird. Medizinische und pflegerische Handlungen sind, rechtlich gesehen, immer Körperverletzungen. Die Einwilligung des Patienten zu einer medizinischen oder pflegerischen Massnahme hebt laut Gesetz in der Schweiz den Tatbestand der Körperverletzung nicht auf, sondern nur seine Widerrechtlichkeit. Einzig bei einer Fremdgefährdung sind Zwangsmassnahmen gegen den erklärten Willen urteilsfähiger Menschen möglich. Bei nicht urteilsfähigen Patienten muss die Ärztin stellvertretend nach dem mutmasslichen Willen des Patienten entscheiden. Sind keine Willensäusserungen der Patientin bekannt, ist in ihrem besten Interesse zu entscheiden.

Anordnungen in einer Patientenverfügung ist denn auch Folge zu leisten, soweit keine eindeutigen Indizien vorliegen, dass der Patient seit dem Verfassen seiner Patientenverfügung seinen Willen geändert haben könnte. Gibt eine Patientenverfügung nicht eindeutig Auskunft im Hinblick auf einen zu fällenden Entscheid, ist unter Einbezug der Bezugspersonen und der verschiedenen Perspektiven bezüglich des mutmasslichen Willens und

der Situation des Patienten innerhalb des Behandlungsteams nach einer dem Patienten angemessenen Entscheidung zu suchen.

## Unvernunft und Selbstschädigung

Der Entscheid eines Patienten muss dabei nicht «vernünftig», sondern er selbst dabei nur urteilsfähig sein. Wie jeder Mensch hat auch der Patient die Freiheit zum selbstschädigenden Verhalten. Diese Freiheit geht soweit, dass urteilsfähige Patienten nicht gegen ihren Willen zur Lebenserhaltung gezwungen werden dürfen. Ethischer Orientierungspunkt jeder ethischen Entscheidungsfindung in Medizin und Pflege ist denn auch der Würde- und Autonomieanspruch des Patienten, der die Instrumentalisierung des kranken Menschen verbietet. Nicht das Leben selbst ist das höchste Gut bei Entscheiden in Medizin und Pflege, sondern das Abwehrrecht des Patienten.

## Begrenztes Einforderungsrecht

Von diesem durch die Menschenwürde verbrieften Abwehrrecht ist das Einforderungsrecht des Patienten zu unterscheiden: Der Patient kann zwar fast alle medizinischen und pflegerischen Massnahmen verweigern, alle einfordern hingegen kann er nicht. Das Gesetz und das KVG legen den Einforderungsrahmen der Patientinnen und Patienten fest. So kann ein Patient in der Schweiz weder aktive Sterbehilfe noch Beihilfe zum Suizid einfordern: Die aktive Sterbehilfe ist verboten. Die Suizidbeihilfe ist zwar gesetzlich erlaubt, ein Einforderungsrecht gegenüber der Gesellschaft hingegen hat das Bundesgericht im November 2006 zurückgewiesen.

## Äussere und innere Abhängigkeiten

In der aktuellen Entscheidungssituation stellt sich dem Patienten die Frage, wie er überhaupt wissen kann, welche medizinischen und pflegerischen Handlungen ihm denn nun angemessen sind. Um zu diesem Wissen und dem damit verbundenen und für die Entscheidung notwendigen Bewusstsein zu kommen, sind die Patienten von äusseren und inneren Gegebenheiten abhängig: von aussen von der Information des Arztes und der Pflege, von deren Einschätzung ihrer Krankheitssituation und von den Handlungsmöglichkeiten; von innen müssen sie in

der Lage sein, diese Informationen verarbeiten zu können. Dies erfordert die hierfür notwendigen intellektuellen Fähigkeiten, die gerade in einer Krankheitssituation sehr eingeschränkt sein können. Zudem brauchen die Patienten genügend Raum und Zeit für ihre Entscheidungsfindungsprozesse. Die tatsächlichen Selbstbestimmungsfähigkeiten der Patienten können denn auch sehr beschränkt sein. Zwischen dem juristisch und ethisch verbrieften Anspruch des Patienten auf Autonomie und den faktischen Gegebenheiten besteht sehr oft ein Spannungsverhältnis.

### Würde- und Autonomieanspruch

Der normative Anspruch auf Würde und Autonomie wird aber durch die faktische Begrenztheit der Selbstbestimmungsfähigkeiten und Selbstbestimmungsmöglichkeiten in keiner Art und Weise hinfällig. Denn der Anspruch auf Würde und Autonomie sind normative Ansprüche, die unabhängig von konkreten Eigenschaften, Fähigkeiten und Situationen eines Menschen gültig sind. Menschenwürde und Menschenrechte gelten für alle Menschen – einfach, weil sie Menschen sind. Deshalb darf über Menschen, die ihren Würde- und Autonomieanspruch nicht selber wahrnehmen können, nicht einfach verfügt werden. Wenn jedoch trotz intensiven Bemühungen kein expliziter oder mutmasslicher Wille des Patienten erhoben werden kann, stellt sich die Frage, wie dann die betroffene Person menschengerecht behandelt und betreut werden kann. Allgemein werden in dieser Situation die beiden bioethi-

---

**Über Menschen, die ihren Würde- und Autonomieanspruch nicht selber wahrnehmen können, darf nicht einfach verfügt werden.**

---

schen Prinzipien des «Tue Gutes» und der Schadensvermeidung als handlungsleitende Orientierung genannt. Im Rahmen einer pluralistischen Gesellschaft führen jedoch auch diese beiden Prinzipien nicht aus dem Problem heraus, denn wie kann «gutes Handeln» oder «Schadensvermeidung» bestimmt werden, wenn gerade das Gute und der Schaden je nach Lebenswelt, bestehend aus dem individuellen Lebensentwurf und Lebenskontext des Patienten, unterschiedlich definiert werden? Damit stösst das Autonomieparadigma für die ethische Entscheidungsfindung in Medizin und Pflege an seine Grenze, denn ohne einen dem individuellen Autonomieanspruch gleichgeordneten Bezugspunkt wird jeder Entscheid, der nicht auf eine faktische explizite oder implizite Willensäußerung eines Patienten zurückgreifen kann, willkür-

lich. «Willkürlich» deshalb, weil ein anderer Wille an die Stelle des Patientenwillen tritt. Nur wenn von der Patientin vorsorglich mit einer Verfügung eine Vertrauensperson eingesetzt worden ist, besteht diese Willkür nicht. Ist keine Vertrauensperson eingesetzt, kann diese Willkür etwas gemildert werden, wenn der Entscheid innerhalb einer Gruppe mit unterschiedlichen Lebensentwürfen getroffen wird. Bestehen bleibt die Willkür trotzdem.

Zweck und Wert an sich hat nur der menschliche Wille. Der moderne Mensch nimmt sich die Freiheit, sein Menschenbild selbst zu bestimmen. Das Zusammenleben wird einzig über das Abwehrrecht allgemeinverbindlich geregelt. Das

---

**Das Zusammenleben wird fast ausschliesslich über das Abwehrrecht allgemeinverbindlich geregelt.**

---

Problem nun ist, dass mit einem rein formalen Abwehrrecht ohne ein verbindliches Menschenbild positiv kaum formuliert werden kann, was dem Menschen zusteht. Dies ist auch in der Schweizerischen Bundesverfassung so, welche sich normativ auf die Menschenwürde im Sinne des Abwehrrechtes gründet: Aus ihr können kaum positive Sozialziele abgeleitet werden. «Die geltende Bundesverfassung kennt nur eine Bestimmung, die ausdrücklich auf die Pflege, bzw. Pflegebedürftigkeit Bezug nimmt: Gemäss dem in Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe b BV 4 verankerten Sozialziel setzen sich Bund und Kantone in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und Initiative dafür ein, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält» (vgl. Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung 1.1.3.1., S. 2040). Es überrascht denn auch nicht, dass derart heftig um die Einführung der Pflegefinanzierung gerungen wird und ihre Einführung nun wiederum auf den Januar 2011 verschoben worden ist.

### Explizites und implizites Menschenbild

Auch wenn die Moderne vordergründig kein explizites allgemeinverbindliches Menschenbild hat, so hat sie doch ein implizites: Es ist das Bild des unabhängig, rationalen Individuums, dass seine Entscheide völlig autark trifft. Bei diesem Menschenbild werden die abhängigen Seiten des Menschen ausgeblendet. Dazu gehören seine physischen, psychischen und sozialen Abhängigkeiten und Bedürfnisse, wie die Stillung seines Durstes oder seines Hungers, sein Bedürfnis nach Wärme und Zuwendung, seine genetische Ausstattung, sein Informationsbedarf, seine Lebensgeschichte, sein Lebenskontext etc.

Menschengerechtes Handeln berücksichtigt diese vielfältigen Abhängigkeiten und Bedürftigkeiten. Dies gilt besonders für kranke Menschen, denn die Krankheit schränkt ihre Autonomiefähigkeiten ohnehin ein und verstärkt ihre Abhängigkeiten.

### Existenzielle physische und psychische Pflegebedürftigkeit

Die existenziellen Abhängigkeiten und die physische und psychische Pflegebedürftigkeit des Menschen, welche mit der Leiblichkeit des Menschen gegeben sind, weisen darauf hin, dass das derzeitige einseitige Würde- und Autonomieverständnis als Abwehrrecht allein den Menschen nicht gerecht wird. Es ist aufgrund eines integralen Menschenbildes durch einen physischen und psychischen Pflegeanspruch zu ergänzen, welches sowohl seine intellektuellen Autonomiefähigkeiten als auch seine existenziellen physischen und psychischen Bedürfnissen berücksichtigt. Mit dem existenziellen Pflegeanspruch ist der Anspruch auf

---

Ein Mensch darf selber darüber entscheiden,  
was er nicht will.

---

Stillung seiner existenziellen physischen und psychischen Bedürftigkeiten seiner Leiblichkeit gemeint. Dazu gehören die Stillung der existenziellen Lebensbedürfnisse wie das Stillen des Durstes oder des Hungers, die Pflege der physischen und psychischen Leiblichkeit, die Behandlung und Betreuung einer Krankheit etc. So wie der Mensch, der noch nicht, nicht oder nicht mehr urteilsfähig ist, Anspruch auf sein Abwehrrecht hat, hat er auch Anspruch auf das Stillen seiner existenziellen Bedürftigkeiten, wenn er nicht in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen.

In normativer Hinsicht ist der Pflegeanspruch gegenüber dem Autonomieanspruch des Patienten subsidiär, das heisst, das Abwehrrecht hat immer Vorrang gegenüber den Massnahmen zur Stillung der Pflegebedürftigkeit: Ein Mensch darf selber darüber entscheiden, was er nicht will. Gleich wie sich die Urteilsfähigkeit in einer konkreten Situation an dem zu entscheidenden Gegenstand bemisst, so bemisst sich der physische und psychische Pflegeaufwand an der gegebenen Patientensituation. Unter den Begriff «Pflegeaufwand» fallen daher alle medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Massnahmen, denn sie haben das gleiche Ziel und den gleichen Zweck: die physischen und psychischen Bedürfnisse eines Menschen zu stillen. Diesbezüglich besteht grosser Forschungsbedarf. Es besteht wenig Wissen darüber, was kranke Menschen als Person brauchen.

### Normativer Pflegeanspruch

Der normative Pflegeanspruch hat politisch weitreichende Konsequenzen für eine faire Leistungs- und Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Das Problem ist, dass die menschliche Bedürftigkeit zum einen aufgrund der verletzlichen und sterblichen Leiblichkeit des Menschen eigentlich grenzenlos ist. Damit stösst die Gesellschaft an die Ressourcengrenze. Zum anderen wird dieser Bedarf kontextuell unterschiedlich festgelegt. Vor diesem Hintergrund sind die in einem bestimmten kulturellen Kontext vorhandenen Ressourcen in Medizin und Pflege nach den Kriterien der Verteilungs- und Solidargerechtigkeit fair zu verteilen.

Was bedeuten «menschengerechtes Leben» und «faire Ressourcenverteilung»? Diese Fragen sind schwer zu beantworten. Trotzdem können im Kontext eines solidarischen Menschenbildes – mit allen Vorbehalten solchen Erhebungen gegenüber – mittels interdisziplinären Forschungsprojekten, bei denen geisteswissenschaftliche und naturwissenschaftliche Forscher zusammenarbeiten, vertretbare und verbindliche Standards für menschengerechte Medizin und Pflege erarbeitet werden.

### Pflegebedarf und Einführung der Fallpauschalen

Derzeit vollzieht das schweizerische Gesundheitswesen im stationären Bereich den Systemwechsel von der Individualbehandlung und -betreuung hin zur Fallpauschale (DRGs). Problematisch dabei ist, dass die Indikationsstellung ohne verbindliche Qualitätsstandards für Behandlung und Betreuung an ein Abrechnungssystem gekoppelt wird. Das System läuft dabei Gefahr, dass allein Kostenkriterien und nicht Qualitätskriterien in Medizin und Pflege ausschlaggebend sein werden. Damit kann sich die Tendenz zur Übertherapie bei lukrativen Patienten und zur verdeckten Rationierung bei sogenannten «austherapierten» Patienten weiter verstärken. Zudem ist eine beträchtliche Steigerung des administrativen Aufwandes zu erwarten. Es sind Modelle zu entwickeln, mit denen Patienten verbindlich qualitativ optimale und ihnen angemessene Pflegeleistungen stationär und ambulant einfordern können.

Korrespondenz:

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle

Leiterin Dialog Ethik

Interdisziplinäres Institut für Ethik im Gesundheitswesen

Schaffhauserstrasse 418

8050 Zürich

rbaumann@dialog-ethik.ch