Technische Unterstützung für die Mobilität von Menschen mit Demenz:

Eine ethische Reflexion zum Spannungsverhältnis Freiheit versus Sicherheit

Masterarbeit | Silvia Woll

Masterarbeit

am **Institut für Philosophie**

und **Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse (ITAS)**

am **Karlsruher Institut für Technologie (KIT)**

im Sommersemester 2015

vorgelegt von

Silvia Woll
Lessingstr. 37h
76135 Karlsruhe
Matrikelnr. 1457881

betreut von

Prof. Dr. Michael Decker
Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse | KIT

Zweitgutachten von Herrn Prof. Dr. Klaus Wiegerling

MOVEMENZ
Mobiles, selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Demenz im Quartier

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 3

1.1 Ethik 5

1.2 Technikfolgenabschätzung 6

2. Demenz 7

2.1 Demenz als Krankheit 7

2.2 Abwendung von Demenz als Krankheit und „Ethik der Demenz“ [Wetzstein] 9

2.3 Würde von Menschen mit Demenz 13

3. Pflege bei Menschen mit Demenz 16

3.1 Pflegebeziehung 16

3.2 Diskurs Technik in der Pflege 22

4. MOVEMENZ und Mobilität 27

4.1 Projekt MOVEMENZ 27

4.2 Definition Mobilität – Bewegung 30

4.3 Mobilität im Kontext von Menschen mit Demenz 33

5. Das ethische Dilemma in der Pflege: Freiheit versus Sicherheit 38

5.1 Freiheit, Autonomie und Authentizität nach Honneth 38

5.2 Sicherheit 45

5.3 Bedeutung von Freiheit und Sicherheit für Menschen mit Demenz 47

5.3.1 Bedeutung von Freiheit für Menschen mit Demenz 50
5.3.1.1 Autonomie 50
5.3.1.2 Authentizität 53

5.3.2 Bedeutung von Sicherheit für Menschen mit Demenz 55

5.3.3 Spannungsfeld Freiheit versus Sicherheit 59
5.3.3.1 Spannungsfeld Freiheit versus Sicherheit aus der Perspektive von Pflegenden 60
5.3.3.2 Spannungsfeld Freiheit versus Sicherheit aus der Perspektive von Angehörigen von Menschen mit Demenz 66
5.3.3.3 Spannungsfeld Freiheit versus Sicherheit aus der Perspektive von Menschen mit Demenz 71

6. Fazit 76

6.1 Exemplarische Anwendung der erarbeiteten ethischen Anforderungen an den Einsatz von Technologien bei Menschen mit Demenz 79

6.2 Ausblick 81

Literaturverzeichnis 84

Eidesstattliche Erklärung 93

Danksagung 93

1. Einleitung

Das Thema Sicherheit und Freiheit begegnet uns im Umgang mit der Demenz auf Schritt und Tritt: Symbolisch entscheidet sich am Umgang mit den Verwirrten, ob Freiheit oder Sicherheit das Wichtigste in unserer Gesellschaft sein soll.
[Dammann/Gronemeyer 2009, 112]

Im öffentlichen Diskurs um die Entwicklungen in der Pflege von älteren Menschen und Menschen mit Demenz tritt die Frage nach technischen Unterstützungsmöglichkeiten immer mehr in den Vordergrund. Dies begründet sich vor allem durch den demografischen Wandel, der eine Zunahme an Pflegebedürftigen mit sich bringt sowie den Mangel an Fachkräften in Pflegeberufen und steigende Entfernungen zwischen den Wohnorten von Eltern und erwachsenen Kindern [vgl. Schultz et al. 2014, 4]. Bereits existierende technische Unterstützungssysteme werden konstant weiterentwickelt mit dem Ziel, eine Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit, Alltagstauglichkeit, Kompatibilität und Nachrüstbarkeit zu erreichen. Auch aus wirtschaftlicher Sicht werden Assistenzsysteme für ältere Menschen und Menschen mit Demenz immer interessanter [vgl. Schultz et al. 2014, 4 f.].

Ein Bereich, in dem der Einsatz von unterstützenden Technologien sinnvoll und umsetzbar scheint, ist die Erhaltung und Verbesserung der Mobilität von Menschen mit Demenz. Hierfür hat das Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse (ITAS) des Karlsruher Instituts für Technologie (KIT) das Projekt MOVEMENZ *Mobiles, selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Demenz im Quartier* initiiert, welches vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und in Zusammenarbeit mit der Evangelischen Heimstiftung GmbH (EHS) durchgeführt wird (siehe Kapitel 4.1). Im Rahmen dieses Projekts entstand die vorliegende Arbeit. Die im Zuge von MOVEMENZ erhobenen Daten bilden die empirische Grundlage für die Erschließung der Bedeutung von Sicherheit für Menschen mit Demenz (siehe Kapitel 5.3.2) und die Erarbeitung des Spannungsfelds Freiheit versus Sicherheit (siehe Kapitel 5.3.3), da die Beobachtungen nahe legen, dass insbesondere diese Aspekte im Alltag des Pflegeheims eine große Rolle spielen. Für die vorliegende Arbeit ausgewertet wurden die Beobachtungsprotokolle und die mit den Bewohnern, Pflege- und Betreuungskräften und Angehörigen geführten Interviews.
Im Zuge des Projekts war das KIT-ITAS-Projektteam für insgesamt zehn Tage in einem Pflegeheim in Baden-Württemberg, dessen Bewohner großteils Menschen mit Demenz sind.

Die im Vorfeld vorherrschende Meinung des Projektteams war, dass es wichtig sei, bei Menschen mit Demenz die Autonomie zu stärken, ihre Möglichkeit zu selbstbestimmtem Handeln zu unterstützen und im Zuge dessen auch positiven Einfluss auf ihre Mobilität zu nehmen. Allerdings wurde festgestellt, dass diese Vorstellungen der Förderung und Wiedererlangung von Autonomie eher den eigenen Vorstellungen von Lebensqualität aus der Perspektive eines mittleren Lebensalters entsprechen, die nicht unbedingt auch auf Menschen hohen Alters und/oder Menschen mit Demenz übertragbar sind. Je weiter das Stadium der Demenz fortgeschritten ist, umso schwieriger wird es auch, überhaupt noch die Möglichkeit der Erhaltung oder Zurückerlangung von Autonomie einzuräumen. Deshalb rückte im Zuge der Beobachtungen im Pflegeheim immer mehr die Frage nach der Option in den Vordergrund, eine modifizierte Form von Autonomiezuweisung zu erarbeiten, die sich auch mit der kognitiven Situation von Menschen mit stark fortgeschrittener Demenz in Einklang bringen lässt. Daraus entstand der Ansatz, die Authentizität der Menschen mit Demenz zu erhalten und ihnen einen authentischen, in ihrer Biografie verankerten Lebensstil auch im hohen Alter zu ermöglichen (siehe Kapitel 5.3.1).

Unter dem Gesichtspunkt der Zuweisung von Autonomie und Authentizität muss auch die Anwendung von technischen Unterstützungsmöglichkeiten bei Menschen mit Demenz reflektiert werden, zumal der Einsatz von Technologien in der pflegerischen Praxis stark umstritten ist (siehe Kapitel 3.2). Eine ethische Sichtweise auf die Anwendung solcher Technologien im Sinne einer Technikfolgenabschätzung (TA) ist also unerlässlich. Zu moralischen Konflikten kann es zwischen den Menschen mit Demenz, ihren Angehörigen und den sie pflegenden Fachkräften kommen (siehe Kapitel 5.3.3), wobei das Spannungsverhältnis Freiheit versus Sicherheit den Kern bildet, um den sich die Konflikte formieren und der in dieser Arbeit ausführlich betrachtet wird (siehe Kapitel 5.3).
Um dieses Dilemma überhaupt besprechen und aus einer ethischen Perspektive beleuchten zu können, muss erst ein Verständnis geschaffen werden für die Auswirkungen und Symptome von Demenz (siehe Kapitel 2) sowie für die Bedeutung von Begriffen wie Freiheit, Autonomie, Authentizität und Sicherheit für Menschen mit Demenz (siehe Kapitel 5.3.1 und 5.3.2). Hierfür stellen sich folgende Fragen: Was sind ethische Implikationen in der Pflege? Wie lassen sich die im Zuge von MOVEMENZ gewonnenen Erkenntnisse in eine ethische Dimension umsetzen? Kann Technologie in der Pflege bzw. zur Unterstützung von Menschen mit Demenz eingesetzt werden, ohne dass deren Freiheit (zu starke) Einbuße erfährt; und falls ja, wie müsste sich ein solcher Technikeinsatz gestalten? Was ist zu tun, wenn Autonomie

nicht mehr zugeordnet werden kann, weil die Demenz zu stark fortgeschritten ist, und wie wirkt sich das auf die Anwendungsmöglichkeiten von Technologien aus?

Um ein Grundverständnis für die Methodik der vorliegenden Arbeit zu schaffen, werden im Folgenden die Begriffe Ethik und Technikfolgenabschätzung sehr pointiert dargestellt.

1.1 Ethik

Pieper definiert den Begriff der Ethik folgendermaßen:

> Die *Ethik* als eine Disziplin der Philosophie versteht sich als *Wissenschaft vom moralischen Handeln*. Sie untersucht die menschliche Praxis im Hinblick auf die Bedingungen ihrer Moralität und versucht, den Begriff der Moralität als sinnvoll auszuweisen. Dabei ist mit Moralität vorerst jene Qualität gemeint, die es erlaubt, eine Handlung als eine moralische, als eine sittlich gute Handlung zu bezeichnen. [Pieper 2007, 17, Hervorhebungen im Original]

Es ist nicht Aufgabe der Ethik, zu entscheiden und darzulegen, was richtig und falsch, was gut und schlecht ist; Ethik trifft vielmehr eine Aussage darüber, welche Handlungen dazu führen, etwas als gut oder schlecht zu beurteilen [vgl. Pieper 2007, 23 f.]. Ethik hat „keinen direkten Nutzen für das menschliche Handeln, da sie keine Lösungsvorschläge oder Handlungsanweisungen bietet, die sich unmittelbar auf singuläre Fälle beziehen und in die Praxis umsetzen lassen. [...] Vielmehr vermittelt sie die Einsicht, wie gehandelt werden muß, damit die Handlung als moralisch anerkannt werden kann“ [Pieper 2007, 115].
In diesem Sinne werden in der vorliegenden Arbeit die Bedeutung von Freiheit und Sicherheit für Menschen mit Demenz und die Voraussetzungen für eine unbedenkliche Anwendung von Technologien von und für Menschen mit Demenz erarbeitet.

1.2 Technikfolgenabschätzung

Technikfolgenabschätzung (TA bzw. Technology Assessment) bezeichnet ein trans- und interdisziplinäres Forschungsfeld, das sich vordergründig mit den Folgen der Entwicklung und Nutzung neuer Technologien befasst, die oft moralisch umstritten sind [vgl. Dusseldorp 2013, 394 f.]. Beforscht werden vor allem „nicht intendierte Folgen [...] des Normalbetriebs von Technik sowie katastrophale Unfälle in großtechnischen Anlagen, aber auch die Entwicklung gesellschaftlich geächteter Technologien. Hinzu kommen soziale Konflikte, die sich am wissenschaftlich-technischen Wandel entzünden“ [Dusseldorp 2013, 394]. Positive wie negative Auswirkungen sollen innerhalb verschiedener Bereiche betrachtet und ihre „oft ungleichen räumlichen, zeitlichen und v. a. sozialen“ [Dusseldorp 2013, 394] Verteilungen untersucht werden. Auch die damit verbundenen „gesellschaftliche[n] Innovation[en]“ [Weinberger/Decker/Krings 2014, 64] werden reflektiert. Eine weitere Aufgabe ist das frühzeitige Erkennen von Konflikten, aber auch von Lösungen für diese Konflikte [vgl. Dusseldorp 2013, 394].
Unter Berücksichtigung und Anwendung der Bedingungen dieser Perspektive der Technikfolgenabschätzung ist die vorliegende Arbeit entstanden.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Arbeit auf die gleichzeitige Nennung beider Geschlechter verzichtet. Natürlich sind, sofern nicht ausdrücklich auf eine spezifische Verwendung hingewiesen wird, mit der männlichen Sprachform beide Geschlechter gemeint.

2. Demenz

Letztlich geht es bei der Demenz um die Frage nach den ethischen Grundlagen unserer Gesellschaft.
[Wetzstein 2014, 408]

Dieses Kapitel gibt in 2.1 einen Überblick über Demenz als Krankheitsbild, wobei der aktuelle Forschungsstand aus medizinischer Sicht, die Symptome und die Diagnostik beschrieben werden. Kontrastierend wird in 2.2 eine alternative, sich von Demenz als Krankheit abwendende Sichtweise dargestellt, die sich vor allem auf die anthropologische Perspektive von Verena Wetzstein und die von ihr erarbeitete „Ethik der Demenz" [Wetzstein 2005] stützt. Darauf aufbauend wird in 2.3 der Begriff der Würde erst rechtsstaatlich-philosophisch beleuchtet und dann konkret auf seine Bedeutung für Menschen mit Demenz angewandt.

2.1 Demenz als Krankheit

Der Begriff Demenz kommt aus dem Lateinischen und bedeutet übersetzt ‚ohne Geist' oder ‚ohne Verstand' [vgl. Dammann/Gronemyer 2009, 10]. Weltweit ist bereits bei 35,56 Millionen Menschen Demenz diagnostiziert. In Deutschland sind es über 1,4 Millionen Menschen, bis 2050 wird mit einem Anstieg auf über 3 Millionen gerechnet [vgl. Statista 2015]. Von den Bewohnern von Pflegeheimen haben 69 Prozent eine demenzielle Erkrankung [vgl. Weinberger/Decker/Krings 2014, 62].
Die *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt das demenzielle Syndrom

> [...] als Folge einer Krankheit des Gehirns [mit] gewöhnlich chronisch[em] oder fortschreitend[em] [Verlauf] unter Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. [...] Die kognitiven Beeinträchtigungen sind meist begleitet von Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation. [WHO 2014, 73]

Neben der „deutlichen Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit [kommt es] gewöhnlich zu Beeinträchtigungen in den persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Waschen, Ankleiden, Essen, persönlicher Hygiene, bei Körperausscheidungen und der Benutzung der Toilette“ [WHO 2014, 74]. In der Regel endet eine Demenz „im Stadium der vollständigen Pflegebedürftigkeit“ [Jessen 2014, 16]. Hieran orientiert sich auch die Diagnostik: „Die wesentliche Voraussetzung für die Diagnose ist der Nachweis einer Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens mit beträchtlicher Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens.“ [WHO 2014, 74 f.] Dies wirkt sich auf weitere Faktoren aus; durch das gestörte Gedächtnis können neue Informationen nicht mehr unbeeinträchtigt aufgenommen, gespeichert und wiedergegeben werden. Auch in früheren Lebensphasen Gelerntes kann im späteren Stadium der Demenz verloren gehen [vgl. WHO 2014, 75]. Weiter sind das Denkvermögen und „die Fähigkeit zu vernünftigen Urteilen“ [WHO 2014, 75] beeinträchtigt, ebenso kommt es zu einer „Verminderung des Ideenflusses“ [WHO 2014, 75].

Die *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* der WHO unterscheidet vordergründig zwischen der „Demenz bei Alzheimer-Krankheit“ (die wiederum in verschiedene, an dieser Stelle nicht relevante Formen unterteilt ist) und der „vaskuläre[n] Demenz“ [WHO 2014, 75-82]. Die Demenz bei Alzheimer-Krankheit ist die am häufigsten vorkommende Demenz [vgl. Statista 2015; Jessen 2014, 16] und wird beschrieben als

> eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt gewöhnlich schleichend und entwickelt sich langsam, aber stetig über Jahre. [...] Es finden sich charakteristische Gehirnveränderungen: Eine ausgeprägte Verminderung von Neuronen-Populationen [...]; Auftreten von neurofibrillären Verklumpungen [...]; neuritische (argentophile) Plaques [...] und granulovakuoläre Körper. Neurochemische Veränderungen sind ebenfalls gefunden worden, so eine deutliche Verminderung des Enzyms Cholin-Azetyltransferase, des Azetylcholins selbst und andere Neurotransmitter und Neuromodulatoren. [WHO 2014, 75 f.]

Im Unterschied zur Demenz bei Alzheimer-Krankheit tritt die vaskuläre Demenz im höheren Lebensalter auf und „ist gewöhnlich das Resultat einer Infarzierung des Gehirns als Folge einer vaskulären Krankheit, einschließlich der zerebrovaskulären Hypertonie“ [WHO 2014, 79 f.]. Während derzeit davon ausgegangen wird, dass eine Demenz bei Alzheimer-Krankheit

irreversibel ist [vgl. WHO 2014, 75 f.], hält man etwa „10% aller Demenzsyndrome [für] potentiell reversibel“ [Jessen 2014, 16].
Da die Unterscheidung zwischen den genannten Formen der Demenz sowie der „Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“ [WHO 2014, 82 ff.] und der „nicht näher bezeichnete[n] Demenz“ [WHO 2014, 88] als auch der ebenfalls häufig auftretenden Mischformen [vgl. Jessen 2014, 16] für die Zusammenhänge dieser Arbeit keine Rolle spielt, sind bei folgenden Verwendungen des Begriffs Demenz subsumierend alle Formen der Demenz gemeint.

Das diagnostische Verfahren zur Bestimmung einer Demenz, hier dargestellt am Beispiel der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité Berlin, beinhaltet Gespräche mit den Betroffenen und deren Angehörigen, „neuropsychologische Testungen“, „die Konzentrationsbestimmung der Eiweiße beta-Amyloid und TAU im Nervenwasser“, „ein MRT des Gehirns“ sowie Untersuchungen zum Vorkommen von „Suszeptibilitätsgene[n] [...], die [...] auf ein erhöhtes Risiko für eine Alzheimer Erkrankung hinweisen können“ [Heuser zitiert nach Landschek 2014, 14].
Demenzen werden stufenweise in verschiedene Schweregrade eingeteilt, gängig ist eine Unterteilung in fünf bis sechs [vgl. Schwarz 2009, 13] oder in drei Grade: „Patienten mit leichter Demenz sind in komplexen Alltagsfunktionen beeinträchtigt. Patienten mit mittelschwerer Demenz sind auch bei basalen Alltagsdingen auf Unterstützung angewiesen. Das schwere Stadium ist durch weitreichende Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet.“ [Jessen 2014, 16]

2.2 Abwendung von Demenz als Krankheit und „Ethik der Demenz“ [Wetzstein]

Geist ist mehr als Nerventätigkeit. Im Verlauf des demenziellen Prozesses kann es im Extremfall vielleicht zu einer Kognitionslosigkeit kommen, jedoch nie zu einer Geistlosigkeit.
[Schwarz 2009, 12]

Die tatsächliche Ursache für die Entstehung einer Demenz ist jedoch noch immer unbekannt; wie oben bereits zitiert, spricht die WHO von „unbekannter Ätiologie“ [WHO 2014, 75]. Andere potenzielle Ursachen werden beispielsweise in „toxischen Substanzen“ gesehen

[Wißmann/Ganß 2009, 12; vgl. Wetzstein 2005, 56]. Der einzige Faktor, der erwiesenermaßen das Risiko zur Entstehung einer Demenz erhöht, ist das Alter [vgl. Wißmann/Ganß 2009, 12; Kruse/Schmitt 2014, 20]. In Deutschland sind unter den 65-Jährigen und Älteren insgesamt 8,8 Prozent betroffen; hiervon unter den 65-69-Jährigen 1,6 Prozent, unter den 75-79-Jährigen 7,3 Prozent, unter den 85-89-Jährigen 26,11 Prozent und unter den 90-Jährigen und Älteren 41 Prozent [vgl. Kruse/Schmitt 2014, 20 f.]. Von den Betroffenen sind 70 Prozent weiblich, was sich hauptsächlich durch die höhere Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern erklären lässt [vgl. Kruse/Schmitt 2014, 20 f.].

Aufgrund dieser Faktenlage und der medizinischen Ungewissheit, was tatsächlich der Demenz ursächlich ist, werden aus Wissenschaft und Gesellschaft immer mehr Stimmen laut, die das rein medizinisch orientierte Bild für nicht ausreichend halten und die Ursachen in anderen Zusammenhängen vermuten. Dammann und Gronemeyer beispielsweise führen Studien aus den 1980er und 1990er Jahren an, aus denen ersichtlich wird, dass die Abnahme von Synapsen im Gehirn die Entstehung von Demenz deutlich stärker begünstigt als Neurofibrillenbündel und senile Plaques [vgl. Dammann/Gronemeyer 2009, 68]. Diese Abnahme ist die Folge „mangelnder Aktivität“ und „[f]ehlende[r] Stimuli“, was „schließlich zur Schädigung der beteiligten Nervenzellen führ[t]“ [Dammann/Gronemeyer 2009, 68].

Dammann und Gronemeyer verweisen in diesem Zusammenhang auf die *Nun Study* [Snowdon 2003], in der Snowdon aufzeigen kann, dass sich Korrelationen zwischen den medizinisch angenommenen physischen Ursachen einer Demenz, wie etwa den Eiweißablagerungen im Gehirn, und äußerlich ersichtlichen Symptomen, nicht generell feststellen lassen [vgl. Snowdon 2003; Dammann/Gronemeyer 2009, 42 ff.]. Am Beispiel der Ordensschwester Bernadette wird ersichtlich, dass auch das Vorhandensein massiver demenztypischer Gehirnveränderungen nicht zu einem Verlust kognitiver Fähigkeiten führen muss: „Sister Bernadette represents an extreme example: Despite a genetic predisposition to Alzheimer disease and an abundance of Alzheimer disease lesions in her neocortex, the function of that brain region seemed to be remarkably preserved. [...] It was as if her neocortex were resistant to Alzheimer-related neurodegeneration.“ [Snowdon 2003, 452]

Dammann und Gronemeyer zweifeln auch den Status von Demenz als den einer Krankheit an; sie ziehen die Möglichkeit in Betracht, Demenz sei nicht pathologisch, sondern eine normale Alterserscheinung, die in der heutigen Zeit durch die Zunahme hochbetagter Menschen nur stärker auffällt [vgl. Dammann, Gronemeyer 2009; Gronemeyer 2013]. Die Diskrepanz dieser

beiden Modelle kann in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht vertieft werden.

Einen ähnlichen Gedanken verfolgt Verena Wetzstein, die das „gegenwärtig vorherrschende Demenz-Konzept“ dominiert sieht von „Pathologisierung, kognitive[m] Paradigma, Vernachlässigung der zweiten Hälfte des Demenz-Prozesses“ [Wetzstein 2005, 95]. In ihrer Dissertation *Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz* [2005] plädiert Wetzstein für einen anderen gesellschaftlichen wie pflegerischen Umgang mit Menschen mit Demenz, der sich aus ihrer Perspektive mehr durch liebe- und würdevolle menschliche Nähe, weniger durch entmündigende und pauschalisierende Herangehensweisen auszeichnen soll, als dies derzeit der Fall ist. Wetzstein erarbeitet eine „anthropologische[] Ausrichtung, um ein neues Demenz-Modell zu skizzieren. Mit dieser anthropologischen Grundlegung kann eine umfassende Orientierung an einer integrativen Demenz-Ethik gelingen“ [Wetzstein 2005, 16].

Auch für Wetzstein ist Demenz nicht unbedingt als Krankheit zu sehen, da keine klare Abgrenzung möglich ist zwischen dem Vorkommen der Fibrillen und Plaques bei einerseits einem normalen Alterungsprozess und andererseits einem pathologischen Verlauf [vgl. Wetzstein 2005, 65]. Für sie ist ab dem Stadium der mittleren Demenz keine „Selbstinterpretation des Zustandes“ durch den Menschen mit Demenz mehr möglich, es „fehlt ein wesentliches Moment zur Bestimmung der Demenz als Gesundheit oder Krankheit. Die Trias von medizinischen Grundlagen, soziokulturellen Aspekten und individueller Selbstinterpretation reduziert sich bei der Alzheimer-Demenz wie bei den meisten psychischen Erkrankungen aufgrund ihrer Symptomatik zu einer Dyade“ [Wetzstein 2005, 119 f.].
Da in einem Demenz-Prozess keine „moralisch relevant[en] Zäsuren“ [Wetzstein 2005, 186] auszumachen sind, spricht sich Wetzstein auch gegen eine Unterteilung in Grade der Demenz aus, wie sie in der Medizin üblich ist; aus ihrer Sicht verläuft der Prozess der Demenz als „eine Kaskade“ [Wetzstein 2005, 186], in der sich keine maßgeblichen Einschnitte festmachen lassen. Die Unterteilung in Stadien der Demenz steht einem integrativen Modell entgegen, nach dem sich der Mensch mit Demenz zu jeder Zeit „in Kontinuität mit seinem Leben voller individueller Werterhaltungen“ [Wetzstein 2005, 186] befindet.

Für Wetzstein liegt die mit dem medizinischen Modell verbundene Problematik „nicht nur in Richtung einer Übersteigerung der Medizin, sondern auch in einer unreflektierten Subtraktion der Person des dementen Menschen“ [Wetzstein 2005, 124]. Dies führt dazu, dass Menschen

mit Demenz von „Vertreter[n] reduktionistischer Personkonzeption [...] ab einem bestimmten Punkt im dementiellen Prozess nicht mehr zu den unter den Schutz der Personwürde stehenden Personen [gezählt werden]. Ihr moralischer Status wird entweder als Nicht-Person oder in gradueller Abstufung als Post-Person bestimmt“ [Wetzstein 2005, 130]. Wetzstein wendet sich gegen diese Reduktion und begründet dies mit Intuition: „Unserer lebensweltlichen Intuition entspricht die Beobachtung, dass die Abwesenheit von Bewusstsein nicht die Abwesenheit der Person ist. Die Person geht auch nicht verloren, wenn Gehirnfunktionen immer mehr schwinden.“ [Wetzstein 2005, 183]
Bei Menschen mit Demenz zerfällt nach Wetzstein im stark fortgeschrittenen Stadium der Demenz gegebenenfalls ihre Persönlichkeit, jedoch nicht ihre Person [vgl. Wetzstein 2005, 184], weshalb deren Personenstatus absolut gewahrt bleiben muss. Hier setzt Wetzsteins „Ethik der Demenz“ an:

> Eine Ethik der Demenz, die demente Menschen vor der Erosion in die Aberkennung des Personenstatus bewahrt, kann vernünftig nur an der Grundlage ansetzen, dass allen Menschen die Gesamtheit ihres Lebens über die gleiche Würde zukommt. Auf der Grundlage der Persondefinition, [...] herrscht entgegen den für das gegenwärtige Demenz-Konzept als anschlussfähig bezeichneten empiristischen Personkonzeptionen auf der Grundlage John Lockes in der europäischen moralphilosophischen und moraltheologischen Tradition der Grundkonsens vor, dass alle Menschen Personen sind. Damit ist auch die Konsequenz verbunden, dass jeder Mensch, gleich über welche aktuellen Fähigkeiten er verfügt, unter dem Schutz der Menschenwürde steht. [Wetzstein 2005, 182]

Der hier aufscheinende Aspekt der Würde bzw. der Menschenwürde, der beim Umgang mit Menschen mit Demenz eine Rolle spielt, der gar nicht zu viel Gewicht beigemessen werden kann, wird bei Wetzstein stark thematisiert: „Die Sichtbarmachung von Würde ist ein interaktionelles Geschehen. Sie wird dem Menschen mit Demenz von demjenigen entgegengebracht, der ihn in seinem veränderten So-Sein versteht und annimmt.“ [Wetzstein 2014, 411] Grundlage für eine Ethik der Demenz muss die Menschenwürde sein: „Eine solchermaßen notwendige Ethik der Demenz muss von mindestens zwei minimalkonsensfähigen Säulen getragen werden: der Menschenwürde aller Personen und der Relationalität, der Beziehungsfähigkeit, der Personen untereinander.“ [Wetzstein 2014, 410]

2.3 Würde von Menschen mit Demenz

> *Die Würdeidee ist mit der der Autonomie verknüpft und bedeutet, dass der Mensch immer so behandelt werden soll, als wenn er autonom wäre. Das autonome Subjekt ist Selbstzweck und niemals Objekt des Handelns. Es muss auch in Zeiten seiner physischen oder geistigen Ohnmacht so behandelt werden, dass niemals der Wert seines Lebens infrage steht, sondern dessen Einzigartigkeit und moralischer Status im Fokus bleiben. Würde zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich der Verhandelbarkeit entzieht. Über Werte können wir verhandeln, über die Würde nicht.*
> *[Wiegerling 2014, 71]*

In der Debatte um den Umgang der Gesellschaft mit der steigenden Anzahl älterer Menschen und Menschen mit Demenz, steht der Begriff des würdevollen Alterns oder der Würde des Menschen generell an zentraler Stelle [vgl. Wetzstein 2005; Wetzstein 2014; Dammann/Gronemeyer 2009; Gronemeyer 2013]. Laut der Enzyklopädie Brockhaus ist Menschenwürde „der unverlierbare, geistig-sittliche Wert eines jeden Menschen um seiner selbst willen“ [Brockhaus 2014a], wobei das Bundesverfassungsgericht hierunter den „soziale[n] Wert- und Achtungsanspruch des Menschen“ [Brockhaus 2014a] versteht.
Das Grundgesetz stellt in Artikel 1, (1) die Würde des Menschen an die vorderste Position der Rechtsordnung: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ [Bundestag 2014; vgl. Brockhaus 2014a] In den Kommentaren zum Grundgesetz wird „die Stellung der Menschenwürde als ein *Höchstwert* der Verfassung“ [Maunz/Dürig/Herdegen 2014a, Hervorhebungen im Original] erläutert. Insbesondere der Subjektstatus eines jeden Menschen soll durch Artikel 1, (1) geschützt werden; eine Degradierung zum Objekt durch die Behandlung als solches, darf niemandem widerfahren [vgl. Brockhaus 2014a]. Dieser Ansatz lässt sich zurückführen auf den Kategorischen Imperativ Immanuel Kants, insbesondere auf die Selbstzweckformel, auf die in Kapitel 5.1 noch genauer eingegangen wird: „Handle so, daß du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“ [Kant 2007, 62; vgl. Brockhaus 2014a; Löhrer 1995, 22]

Auch in der Menschenrechtscharta der Vereinten Nationen (UN) wird die Würde des Menschen an vorderster Stelle thematisiert. In Artikel 1 heißt es: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren.“ [UN 2014]

Maunz, Dürig und Herdegen schaffen einen Bezug der Würde zur Autonomie, indem sie herausstellen, dass das durch den Würdebegriff bestimmte Menschenbild der Verfassung stark abhängt „von der *Achtung eines selbstbestimmten Lebensentwurfes*“ [Maunz/Dürig/Herdegen 2014b, Hervorhebungen im Original]. Auch für Wiegerling ist die Idee der Würde mit der der Autonomie verknüpft; der Mensch muss immer so behandelt werden, als sei er autonom [vgl. Wiegerling 2014, 71]. Dieser im Zusammenhang mit Demenz relevante Aspekt der Selbstbestimmtheit bzw. Autonomie wird in Kapitel 5.3.1.1 weiter vertieft.
Löhrer macht den umfassenden Charakter der „Konzeption menschlicher Würde“ [Löhrer 1995, 17 f.] deutlich, indem er diese sowohl als „ontologische bzw. anthropologische Bestimmung und moralische bzw. rechtliche Norm“ [Löhrer 1995, 17 f.] erklärt und das völlige Verständnis dieses Konzepts erst in seiner Fragilität erklärbar sieht: „Erst die Verletzung oder die Bedrohung menschlicher Würde ermöglicht nach einem modernen Verständnis die Präzisierung des Begriffs.“ [Löhrer 1995, 17 f.] Eine genauere Untersuchung des Würde-Begriffs ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich; jedoch liegt eine Bedrohung menschlicher Würde beispielsweise vor, wenn Menschen nicht oder nicht mehr entsprechend ihrer eigenen Wünsche und Bedürfnisse behandelt und infolge dessen den pauschalisierenden Funktionsweisen eines Systems untergeordnet werden. Das ändert sich auch nicht, wenn die Fähigkeit zur Formulierung eines solchen Bedürfnisses nicht mehr gegeben ist, was sich bei Menschen mit Demenz häufig beobachten lässt. In Kapitel 5.3.1.2 wird dies ausführlicher thematisiert.

Da im Sinne Wetzsteins „[d]er moralische Status des Menschen [...] an nichts anderes gebunden [ist] als an das Kriterium des Menschseins“, nimmt eine Ethik der Demenz Maß „am Personenstatus der Menschen mit Demenz“ [Wetzstein 2014, 410]. Jedoch wird „[d]er Zuschreibungsgrund von Personalität [...] gerade nicht von aktuellen Fähigkeiten wie Kognition oder Autonomie abhängig gemacht: ‚Person’ und ‚Mensch’ sind von ihrem Bedeutungsumfang her deckungsgleich“ [Wetzstein 2014, 410]. Wetzstein unterstreicht, „dass Menschen mit Demenz ebenso wie alle anderen Menschen eine unbedingte Würde haben, der entsprechend ihnen zu begegnen ist“ [Wetzstein 2014, 410]. Diese Aussage Wetzsteins macht einen Aspekt deutlich, der im Zusammenhang mit Menschen mit Demenz eine besondere Rolle spielt: Die unumstößliche Würde eines Menschen mit Demenz legt fest, wie ihm sein Umfeld zu begegnen hat. In diesem Umgang konstituieren sich mit der Würde eines Menschen verbundene Werte wie Autonomie, Freiheit und Sicherheit, für deren

Umsetzung in seinem Leben ein Mensch mit Demenz auf liebevolle und verständnisvolle Hilfe von Menschen seines Umfelds angewiesen ist. In vielen Fällen findet ein solcher Umgang mit Menschen mit Demenz in Alten- oder Pflegeheimen innerhalb einer Pflegebeziehung statt, in der eine würdevolle Fürsorge Ausdruck finden sollte.

3. Pflege bei Menschen mit Demenz

Gerade im Umgang mit Menschen, die unter den Bedingungen der Demenz leben, ist Pflege als Beziehungsarbeit anzusehen.
[Munderloh/Reischuk 2013, 199]

Dieses Kapitel befasst sich zuerst in 3.1 mit der Relevanz der Pflegebeziehung, die zwischen einem Menschen mit Demenz und der diesen Menschen betreuenden Pflegekraft entsteht. Besondere Beachtung findet die Notwendigkeit einer an die individuellen Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz angepassten Zuwendung, die für die Lebensqualität des Menschen mit Demenz und für die positive Beeinflussung der demenziellen Symptome von großer Wichtigkeit ist. Weiter wird die Förderung zu Autonomie innerhalb einer Pflegebeziehung thematisiert, ebenso wie das Spannungsverhältnis von Freiheit und Sicherheit, das der Förderung von Autonomie entgegenstehen kann. 3.2 geht auf den aktuellen Diskurs der Technik in der Pflege ein, gibt einen kurzen allgemeingehaltenen Überblick über den derzeitigen Technikeinsatz in der Pflege und stellt Chancen und Risiken des Technikeinsatzes gegenüber. Die Einnahme einer ethischen Perspektive stellt die Notwendigkeit einer fürsorglichen Pflegebeziehung zur unbedenklichen Anwendung von Technik bei Menschen mit Demenz heraus.

3.1 Pflegebeziehung

Steigende Zahlen pflegebedürftiger Menschen werden in den kommenden Jahren für eine massive Zunahme des Pflegebedarfs sorgen, während aufgrund der demografischen Entwicklung immer weniger Pflegebedürftige von Angehörigen versorgt werden [vgl. Schultz/Putze/Kruse 2014, I]. Auch besteht schon heute starker Personalmangel in pflegerischen Institutionen, was dazu führt, „dass den Patienten eine geeignete Therapie sowie eine adäquate individuelle Betreuung nicht in gewünschtem Maße angeboten werden kann“ [Schultz/Putze/Kruse 2014, I].

Pflege generell, aber insbesondere die Pflege von Menschen mit Demenz, erfordert jedoch

> ein hohes Maß an Kontinuität und Zeit [...]. Aus diesem Grunde läuft die heute in vielen Pflegeeinrichtungen erkennbare Tendenz, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur in Teilzeit anzustellen, den Bedürfnissen demenzkranker Menschen nach Sicherheit, Schutz und unbedingter Annahme geradezu zuwider. [...] In Pflegeforschung und Pflegepraxis wird seit Jahren hervorgehoben, dass die ethisch fundierte Forderung, wonach der Mensch auch in der letzten Phase seines Lebens die Möglichkeit haben muss, seine Würde zu leben, mit den konkreten Arbeitsbedingungen in Pflegeeinrichtungen vielfach nicht in Übereinstimmung zu bringen ist. [Kruse/Schmitt 2014, 29 f.]

Dies widerläuft auch der Forderung Munderlohs und Reischuks, die die lebenslange Persönlichkeitsentwicklung von Menschen mit Demenz betonen und „eine Flexibilisierung der institutionellen Einrichtungen, bezogen auf die unterschiedlichen Bedürfnisse dieser individuellen Menschen“ [Munderloh/Reischuk 2013, 199] fordern. Die genannten „unterschiedlichen Bedürfnisse dieser individuellen Menschen“ müssen jedoch vor allem zuerst wahrgenommen werden. Bei Menschen mit Demenz ist hierfür oft ein sensibleres Verständnis vonnöten als bei Menschen ohne kognitive Einschränkungen, da die Fähigkeit zur eindeutigen Kommunikation nicht mehr vorausgesetzt werden kann. Somit ist Pflege unbedingt „als Beziehungsarbeit anzusehen“ [Munderloh/Reischuk 2013, 199].
Pflegende sollten dazu in der Lage sein, sowohl hinsichtlich ihrer äußeren Umstände, also den Bedingungen ihres Arbeitsplatzes, als auch hinsichtlich ihrer persönlichen Herangehensweise, den ihnen anvertrauten Menschen zu geben, was diese zusätzlich zur rein physischen Pflege benötigen: „Zuwendung, Anerkennung, Geltung, sinnvolle Beschäftigung, und Liebe“ [Feuser zitiert nach Munderloh/Reischuk 2013, 194]. Was Begriffe wie „Anerkennung“ oder „sinnvolle Beschäftigung“ für einen Menschen bedeuten, der sich seiner selbst nicht mehr in dem Maße bewusst ist wie ein Mensch ohne kognitive Einschränkungen, kann und muss beispielsweise durch Biografiearbeit herausgefunden werden: „Damit wird pflegerisches Handeln so individuell wie der Mensch, der gepflegt wird.“ [Munderloh/Reischuk 2013, 194] Auf den sehr aufschlussreichen Bereich der Biografiearbeit kann in dieser Arbeit leider nicht vertiefend eingegangen werden, in Kapitel 5.3.1.2 wird die Thematik aber nochmals aufgegriffen.

Die Pflegebeziehung, die sich zwischen einem Menschen mit Demenz und einem (bzw. mehreren) Pflegenden entwickelt, sollte geprägt sein von gemeinsamer Zeit und Gesprächen, einem Einstellen aufeinander und einem Kontakt, der auch eine physische Ebene aufweist. Das stärkste Hindernis hierfür ist der Zeitmangel der Pflegenden. Newerla verweist in diesem Zusammenhang auf die „[d]ivergierende[n] Zielinteressen“ [Newerla 2014, 332] zwischen den Bedürfnissen der Bewohner und den unter Zeitdruck stehenden Pflegekräften. Dies kann sich verstärkend auswirken, wenn Bewohner ihre Anliegen verschweigen, um eine zusätzliche Belastung der Pflegenden zu vermeiden, obwohl das Bedürfnis nach Zuwendung, Gesprächen oder Hilfe existiert [vgl. Lensing 1999, 67].
Lensing verweist weiter auf das damit kausal in Verbindung stehende Problem der eingeschränkten Lebensqualität:

> Insbesondere erlebte Defizite, die dazu führen, daß das überaus natürliche menschliche Bedürfnis nach sozialen Kontakten, einhergehend mit Nähe und Zuwendung, nicht angemessen befriedigt werden, können zu einer massiven Einschränkung der Lebensqualität führen und einen Risikofaktor für die Gesundheit darstellen. Das Gefühl der Einsamkeit macht Petzold & Petzold zufolge zuweilen „... krank bzw. noch kränker, als es die Menschen schon zuvor waren“ (Petzold & Petzold 1992, 193). [Lensing 1999, 68]

Auch Gogl betont, dass sich Krankheitssymptome durch die Pflegebeziehung beeinflussen lassen: „So lässt sich durch wertschätzendes und einfühlsames Interaktionsverhalten die Gehirnleistung bei Patienten mit Alzheimer-Krankheit positiv beeinflussen. Ein akzeptierendes Gesprächsverhalten reduziert Angst und Aggression bei Wahnideen und Halluzinationen. Depressiv Gestimmte brauchen viel Verständnis für ihren Zustand, um Vertrauen entwickeln zu können, was ihre Isolation und Gefährdung verringert.“ [Gogl 2014a, 160]
Bobbert unterstreicht, wie bedeutend die Rolle der Pflegebeziehung für die Pflege als Ganzes ist: „Offensichtlich wird Pflege schon lange als ‚Beziehungsgeschehen’ akzentuiert, um einerseits deskriptiv zu betonen, daß durch das Pflegen immer eine Beziehung zu einem Menschen aufgebaut wird und um andererseits appellativ darauf hinzuweisen, daß ohne Achtung und Aufmerksamkeit gegenüber dem Kranken keine menschliche oder ganzheitliche und damit keine wirklich ‚gute’ Pflege vollzogen werden könne.“ [Bobbert 2002, 317]

Die pflegerische Herangehensweise kann sogar ausschlaggebend sein für den Verlauf einer Demenz:

> Die Alzheimer-Erkrankung wird fast immer als stetig fortschreitender Prozess beschrieben, der unaufhaltsam und durch nichts beeinflussbar in völliger Demenz endet. Bei dieser Beschreibung handelt es sich um ein schwerwiegendes Vorurteil, denn der Verlauf der Krankheit wird beeinflusst von der Persönlichkeit und Biografie der Betroffenen sowie von verschiedenen sozialen Einflussgrößen wie Reaktionen der Umwelt, sozialen Beziehungen und der aktuellen Umgebung. Daraus ist abzuleiten, dass die Art und Weise der Pflege den Verlauf der Demenz entscheidend beeinflussen kann. [Gogl 2014b, 32]

In diesem Zusammenhang ist es nach Kruse und Schmitt unabdingbar, bei Menschen mit Demenz keine Reduktion auf deren geistige Beeinträchtigungen vorzunehmen: „Bis in späte Stadien der Erkrankungen ist ein differenziertes emotionales Erleben nachweisbar, auch wenn verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist, werden Bedürfnisse und Präferenzen mimisch und gestisch ausgedrückt; entsprechend besteht bis in die späten Phasen der Erkrankung die Möglichkeit (und Aufgabe) individualisierter Betreuung und Versorgung.“ [Kruse/Schmitt 2014, 38]

Nach Newerla ist Pflege auch maßgeblich „Emotionsarbeit“ [Newerla 2014, 338], was die bewusste Einwirkung der Pflegenden auf deren eigene Gedanken meint. Stehen die Pflegenden unter Stress, was aufgrund der unterbesetzten Situation in Pflegeheimen häufig der Fall ist, vermitteln sie „angstfördernde[] Signale“ [Gogl 2014b, 39] an die Bewohner, und insbesondere Menschen mit Demenz, die nicht mehr zur rationalen Beurteilung einer Lage fähig sind, aber noch voll empfindungsfähig auf der emotionalen Ebene [vgl. Gogl 2014b, 39], spiegeln dies, indem sie mit Verunsicherung und gesteigerter Verwirrtheit reagieren [vgl. Newerla 2014, 336 ff.]. Newerla betont,

> dass die Beeinflussung der eigenen Emotionen im Umgang mit von einer Demenz betroffenen Menschen nicht als Massendienstleistung gelingen kann – die lächelnde Maske droht genau dann zu scheitern, wenn sie eine Maske bleibt. Es reicht also nicht aus, nach außen hin etwas zu produzieren, was nicht mit dem Inneren – also den authentischen Gefühlen – übereinstimmt [...], damit der Mensch mit Demenz die Kommunikation – vermittelt über die Emotionen – nicht falsch versteht. [Newerla 2014, 338]

Eine Pflegebeziehung hat neben dem Charakter der Fürsorge auch die Aufgabe, Menschen mit Demenz in ihrer Autonomie und Selbstbestimmtheit zu unterstützen und diese so lange wie möglich zu fördern (siehe hierzu ausführlicher Kapitel 5.3.1.1). Die Bedeutung der Pflegebeziehung für die Autonomie eines Menschen mit Demenz macht Bobbert deutlich: „Und es ist sehr naheliegend, daß all die im Zusammenhang mit dem Autonomierecht notwendigen Verständigungsprozesse in hohem Maß mit der Art der ‚Beziehung' zwischen Pflegenden und Patient stehen und fallen." [Bobbert 2002, 317]

Ein relevanter Aspekt, ohne den eine Autonomie unterstützende Pflegebeziehung nicht auskommen kann, ist die Reziprozität einer solchen Beziehung. Eine ausschließliche Reflektiertheit der Pflegekraft ist nicht ausreichend: „[N]icht nur die Selbstreflektion einer Pflegekraft [ist] wichtig [...], sondern auch die Reflektion der Beziehung unter dem Aspekt der Ermächtigung des Gegenübers. Auch die Wechselseitigkeit der Entwicklung aller an der Beziehung beteiligten Menschen muss [einer Pflegekraft in Ausbildung, S. W.] vermittelt werden." [Munderloh/Reischuk 2013, 199] Dies ist umso wichtiger, als dass Menschen mit Demenz häufig nicht mehr zur „Willensbildungsfähigkeit" in der Lage sind und somit Unterstützung brauchen, um ihr „Recht auf Autonomie" umzusetzen und „um herauszufinden, was ihre persönlichen Ziele, ihr Wille und ihre Wünsche sind" [Sittner 2014, 224].
Gogl nennt einige Grundvoraussetzungen für diesen Prozess: So muss man sich den Menschen mit Demenz vor allem zu Beginn einer Pflegebeziehung mit Vorsicht und Geduld nähern, um zu verhindern, dass sie sich für ihren Zustand schämen. Erst dann kommt man an sie heran und kann ihnen helfen [vgl. Gogl 2014b, 32]. Von einer gelungenen Interaktion in der Pflege kann gesprochen werden, „wenn Patienten sich während der pflegerischen Präsenz wohlfühlen und am Verhalten der Pflegenden spüren, dass sie ernst genommen und ermutigt werden. [...] Auch bei vergesslichen Patienten, die den Informationsgehalt einer Botschaft oft schon kurze Zeit später vergessen haben, wirken die mit der Pflege ausgelösten Gefühle, und zwar sowohl die positiven als auch die negativen, oft noch lange nach" [Gogl 2014b, 39]. Auch ist es wichtig, sich auf den Zustand des Gegenübers einzustellen und sich anzupassen. Auf die „alters- und krankheitsbedingte Verlangsamung der Betroffenen" soll entsprechend mit „'langsamer' Pflege reagier[t] und auf jede Beschleunigung verzichte[t]" [Gogl 2014b, 51; vgl. Urban-Huser 2013, 20] werden.

Hierfür bedarf es vor allem des Austauschs von Pflegekraft und Bewohner: „Grundlage des Handelns ist aber immer der Dialog, der den Aufbau einer Beziehung ermöglicht, die Kooperation zulässt.“ [Munderloh/Reischuk 2013, 194]
Der Aspekt der Kooperation greift einen Gedanken auf, der sich auch bei Wetzstein findet: „Demenz macht aber vor allem eine Grundbedingung des Menschseins deutlich: die Relationalität des Menschen, dass man Mensch in Bezug auf andere und mit anderen zusammen ist.“ [Wetzstein 2014, 411] In diesem Sinne greift Wetzstein auch den Aspekt der Fürsorge auf, der für jede Pflegebeziehung grundlegend ist: „Und mit ihnen [den Menschen mit Demenz, S. W.] muss das ethische Prinzip der Fürsorge in den Fokus rücken. Dabei muss das Prinzip der Fürsorge immer wieder ausbalanciert werden mit dem Prinzip der Selbstbestimmung.“ [Wetzstein 2014, 411] Wetzstein schneidet hier eine für die Pflege von Menschen mit Demenz wesentliche Thematik an: Das Gleichgewicht von Fürsorge (die eng mit Aspekten der Sicherheit zusammenhängt) und Selbstbestimmung (bzw. Autonomie). Diese Thematik wird in Kapitel 5.1 intensiver beleuchtet.
Laut Newerla gründet die Problematik dieser Ausbalancierung vor allem auf den Strukturen, die in einem Pflegeheim vorherrschen. Diese Strukturen entsprechen einem „asymmetrische[n] Machtverhältnis, das die Aushandlungsprozesse zwischen Pflegekräften und Bewohnern bestimmt“ [Newerla 2014, 331], wobei die Position der Bewohner eine abhängige und schwache ist, die der Pflegekräfte aber eine machtvolle, kompetente und starke.
Conradi verweist darauf, dass überhaupt „erst in und aufgrund eines Netzwerkes von Beziehungen moralische Aufgaben und Kompetenzen, aber auch Dilemmata entstehen“ [Conradi 2001, 30]. Das Dilemma Freiheit versus Sicherheit, das in diesem Kontext unbedingt Beachtung finden muss, wird in Kapitel 5.3 genauer untersucht.

Die Konflikte und Spannungsverhältnisse können nur aufgelöst werden, indem das Machtverhältnis durch das Verhalten der Pflegenden umgelagert wird in eine Kommunikation auf Augenhöhe, die letztlich auch Autonomie fördert. Bereits „das Annehmen von Zuwendung bedeutet eine Beteiligung am Geschehen, selbst wenn sich die Mitwirkung auf das ‚Zulassen’ einer Unterstützung beschränkt oder sogar darauf reduziert ist, dass eine Assistenz nicht verweigert wird“ [Conradi zitiert nach Gogl 2014a, 159]. Gogl verweist hier im Sinne Conradis auf die Relevanz einer partnerschaftlichen Beziehung: „Partnerschaftliche Beziehung meint, dem Klienten die Teilhaberschaft bei der Planung und Durchführung der eigenen Pflege voll zuzugestehen.“ [Gogl 2014a, 160] Auf diese Weise müssen

Pflegebeziehungen, in denen ein Machtgefälle besteht, „nicht zwangsläufig zu Demütigung, Entmündigung oder Unterordnung führen“ [Conradi zitiert nach Gogl 2014a, 159 f.].

Pflegearrangements finden in der jüngeren Vergangenheit immer stärker Unterstützung durch Technologien, die, zumindest potenziell, auch Einfluss auf die Pflegebeziehung nehmen.

3.2 Diskurs Technik in der Pflege

Die Fragen in dem Bereich „Technische Unterstützung für Menschen mit Demenz“ sind vielschichtig und komplex und Antworten können nach unserer Einschätzung nur im intensiven interdisziplinären Austausch erarbeitet werden.
[Schultz/Putze/Kruse 2014, II]

Bislang sind intelligente Systeme in der Therapie und Betreuung von Menschen mit Demenz noch wenig im Einsatz [vgl. Schultz/Putze/Kruse 2014, I]. In Deutschland und Europa wird derzeit vor allem an technischer Assistenz für und an technischen Möglichkeiten zur Aktivierung von älteren Menschen und Menschen mit Demenz geforscht [vgl. Schultz et al. 2014, 4]. Im Pflegesektor generell am stärksten „verbreitet sind Basistechnologien aus der Elektronik und Mikrosystemtechnik, Softwaretechnik und Daten- bzw. Wissensverarbeitung sowie Kommunikationstechnologien, seien es nun Einzelkomponenten und -geräte, Vernetzungslösungen oder Middleware-Lösungen. Die meisten Produkte und Dienstleistungen dagegen befinden sich noch in der Forschungs- und Entwicklungsphase“ [Schultz et al. 2014, 4].
Nach Schultz et al. lassen sich die derzeit diskutierten Technologien in sechs Gruppen kategorisieren: „Virtuelle Begleiter und Navigationsassistenz“, „Therapie- und Zuwendungsroboter“, „Unterstützungsroboter“, „Mobilisierung durch Bewegungstrainer (Serious Games)“, „Systeme zur kognitiven Aktivierung und Aktivitätsmonitoring“ [Schultz et al. 2014, 6 f.].
Besonders zwei Konzepte bestimmen zurzeit die Diskussion: Ambient Assisted Living (AAL), was die Ausstattung des Wohnraums pflegebedürftiger Menschen mit unterstützender Technik meint; und die Pflege-Service-Robotik, mit der pflegebedürftige Menschen mobil

unterstützt werden. Auch Social Robotics und Emotional Robotics spielen für die aufgeführten Konzepte eine Rolle [vgl. Weinberger/Decker/Krings 2014, 64].
Näher kann auf die genannten Technologien in dieser Arbeit nicht eingegangen werden. Für einen umfangreichen Überblick sei an dieser Stelle auf die Publikationen der Deutschen AAL-Kongresse [vgl. u. a. AAL 2015] verwiesen sowie auf die ebenfalls im Rahmen des Projekts MOVEMENZ entstandene Diplomarbeit von Johannes Hirsch, die aktuelle Technikentwicklungsansätze zur Unterstützung von Menschen mit Demenz miteinander vergleicht [vgl. Hirsch 2015].

Der Einsatz von Technologien in der Pflege ist im wissenschaftlichen wie gesellschaftlichen Diskurs stark umstritten. Einerseits können diese Technologien „die selbständige Lebensführung erleichtern [...], die Kommunikation und Beweglichkeit und damit die soziale Teilhabe unterstützen [...], gesundheitliche Einschränkungen ausgleichen und Funktionsverluste kompensieren [...], die Versorgung von Hilfe- und Pflegebedürftigen erleichtern [...], das Sicherheitsgefühl erhöhen [...]“ [Saup/Reichert 1997, 32]. Bereits geringfügiger Technikeinsatz kann „die Lebensqualität im Alter in entscheidendem Maße positiv“ beeinflussen und zu einer Aktivitätssteigerung bei älteren Menschen führen, was dann zu mehr „Selbständigkeit, Beweglichkeit und Sicherheit im Alter“ [Saup/Reichert 1997, 33; vgl. Kruse 1992, 673] führt. Schultz, Putze und Kruse verweisen auf das „Potential zur patientenzentrierten und bedarfsgerechten Unterstützung. Intelligente Systeme, die sich auf die Bedürfnisse des Patienten anpassen, gepaart mit der allzeitigen Verfügbarkeit eines technischen Systems, könnten eine gezielte und effektive Therapiegestaltung ermöglichen, die nicht vom Kenntnisstand, Zeitbudget und der Anzahl des verfügbaren Pflegepersonals abhängt“ [Schultz/Putze/Kruse 2014, I].
Andererseits wird deutliche Kritik an einer immer stärkeren Technisierung der Pflegeinstitutionen laut. Insbesondere der unreflektierte Einsatz von Technik zur Kostensenkung im Gesundheitswesen, bei dem nicht auf die Auswirkungen des Technikeinsatzes auf die Betroffenen geachtet wird, wird scharf kritisiert [vgl. u. a. Mückner 2013, 37; Krings 2014, 85]. Saup und Reichert warnen vor „Entmenschlichung“ [Saup/Reichert 1997, 33], Baumann-Hölzle spricht von einem „*Technische[n] Imperativ*“, um zu kritisieren, dass „im medizinischen Handeln in der westlichen Welt [...] [d]as technisch Mögliche [...] zum moralisch Geforderten“ wird [Baumann-Hölzle 1999, 20, Hervorhebungen im Original]. Aber auch „ungünstiges Design, komplizierte Handhabung, mögliche Fehlbedienung und Störanfälligkeit [können] die Autonomie und soziale Teilhabe alter

Menschen, die in ihrer Bewegungs- oder Wahrnehmungsfähigkeit eingeschränkt sind, [...] beträchtlich erschweren“ [Schultz et al. 2014, 5]. Mückner, Richter am Amtsgericht Duisburg, verweist auf den mit der Technisierung der Pflege verbundenen rechtlichen Aspekt: „Die technisierte Pflege müsste objektiv besser werden und auch vom Empfinden des Pflegebedürftigen mit getragen sein, um gesetzmäßig zu sein (Art. 1 GG, § 1901 BGB).“ [Mückner 2013, 37] Insbesondere ist auch eine meist nicht gegebene Individualisierbarkeit der technischen Produkte notwendig, da die Bedürfnisse der Nutzer nicht innerhalb gewisser Kategorien zu pauschalisieren sind; beispielsweise ist ein für Querschnittsgelähmte entworfener Rollstuhl nicht unbedingt geeignet für einen Menschen, der aus Unsicherheit und Kraftmangel nicht laufen kann [vgl. Zegelin 2013, 136 f.]. Weinberger, Decker und Krings verweisen auf die Notwendigkeit von Technik, sich tagesformabhängig anzupassen: „Die Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Demenz zeigen jedoch, dass technische Lösungen sehr viel stärker den komplexen Bedürfnissen und täglichen Anforderungen gerecht werden müssen. Wünschenswert ist daher eine Technik, die sich auf die individuellen, tagesformabhängigen Bedürfnisse an Unterstützung anpasst und damit womöglich therapieunterstützende Funktionen übernehmen kann.“ [Weinberger/Decker/Krings 2014, 63] Kruse thematisiert darüber hinaus die Differenzen zwischen Nutzern verschiedener sozialer Schichten: „Bei Angehörigen unterer sozialer Schichten sind häufig grundlegende Veränderungen in den objektiven Umwelt- und Lebensbedingungen notwendig, bevor einzelne technische Hilfsmittel eingerichtet werden.“ [Kruse 1992, 670 f.] Weiter verweist Kruse auf die unterschiedlichen Kompetenzen der Nutzer, auf die berücksichtigend eingegangen werden muss:

> Bei der Entwicklung technischer Produkte für ältere Menschen sowie bei der Nutzung dieser Produkte ist von einem differentiellen Kompetenz-Ansatz auszugehen. Differentiell heißt hier: Es ist zu untersuchen, in welchen Funktionen, Fähigkeiten und Fertigkeiten hohe Kompetenz besteht und wie diese erhalten oder gefördert werden kann. Weiterhin ist zu untersuchen, welche Tätigkeiten selbständig, welche nicht (mehr) selbständig ausgeführt werden können und wie letztere zu fördern sind. Schließlich ist zu fragen, in welchen Funktionen Einschränkungen oder Einbußen vorliegen und wie diese gelindert oder kompensiert werden können. [Kruse 1992, 674]

Manzeschke et al. haben im Rahmen der Studie *Ethische Fragen im Bereich Altersgerechter Assistenzsysteme* [2013] ethische Leitlinien für den Einsatz von altersgerechten Assistenzsystemen erarbeitet. Aus diesen geht unter anderem hervor, dass altersgerechte Assistenzsysteme „den Nutzern helfen [sollen], ein selbstbestimmtes Leben zu führen“ und dass eine Anwendung solcher Systeme bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nur nach „ausdrücklicher Rücksprache mit den Angehörigen bzw. den Betreuungspersonen und unter Wahrung gesetzlicher Vorschriften“ [Manzeschke et al. 2013, 22] erfolgen darf. Auch darf durch diese Systeme „die persönliche Lebensgestaltung nicht negativ beeinträchtig[t]“ [Manzeschke et al. 2013, 23] werden.

Wiegerling sieht die Würde des Nutzers einer Technologie gefährdet, wenn dieser durch die Nutzung „eine Reduzierung auf eine Rolle erfährt“ [Wiegerling 2014, 72]. Unterstützende Systeme sollen die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit des Nutzers aufrechterhalten und soweit möglich wiederherstellen, nicht diese ersetzen. Eine Entmündigung durch assistive Technologien, die dann stattfindet, wenn ein Betroffener nur noch in seiner Rolle als beispielsweise Mensch mit Demenz wahrgenommen wird und ihm Wahlmöglichkeiten vorenthalten werden, muss unbedingt vermieden werden [vgl. Wiegerling 2014, 72]. Um Entmündigung zu vermeiden, müssen assistive Systeme die Autonomie des Nutzers fördern, wobei die individuellen kognitiven und physischen Bedingungen des Nutzers berücksichtigt werden müssen; und sie müssen Handlungsoptionen offerieren, einschließlich der Möglichkeit, die Nutzung des Systems abzubrechen [vgl. Wiegerling 2014, 73].

Technik in der Pflege lässt sich nicht als generell gut oder schlecht abtun. Um sie beurteilen zu können, muss sie gespiegelt werden an ihrer Auswirkung, an der ihr folgenden Konsequenz für den Menschen, der sie anwendet bzw. an dem sie angewendet wird. Diese Spiegelung kann bei Menschen mit Demenz einerseits nur innerhalb einer funktionierenden Pflegebeziehung stattfinden und andererseits (nicht nur, aber auch) zu einer Beurteilung der Technik an den Auswirkungen auf die Pflegebeziehung führen. Denn: „Eine Chance bietet Technik überall da, wo sie eine gute Pflege ermöglicht, auch durch Arbeitserleichterung und die Autonomie und Selbstständigkeit von pflegebedürftigen/behinderten Menschen stärkt. Eine Gefahr kann sie sein, wenn sie pflegerische Tätigkeiten, die einen intensiven Kontakt zwischen Pflegenden und zu Pflegenden erfordert, ersetzen soll und zum Arbeitsplatzabbau führt.“ [Grüber 2013, 36]

Technik kann also nur unbedenklich eingesetzt werden in einer Interaktion oder zumindest Reflektion mit Pflegenden zusammen, kann also nur ein Zusatz zu einer Pflegebeziehung sein. Pflegebeziehung bedeutet immer die Interaktion von Pflegenden und Menschen mit Demenz und ganz elementar die damit in Verbindung stehende emotionale Ebene dieser beiden, die gekennzeichnet ist durch menschliche Wärme, Empathie, Fürsorge und Verständnis, die durch den ausschließlichen Einsatz einer Technologie nie ersetzt werden kann. Das bedeutet nicht, dass ein Einsatz von Technologien, bei dem keine betreuende oder pflegende Person anwesend ist, immer zu verneinen wäre. Technologien haben ein hohes Potenzial, ihrem Nutzer hinsichtlich seiner Autonomie und dem Empfinden seiner Lebensqualität von großem Nutzen zu sein, nachdem sie innerhalb einer vertrauensbasierten Pflegebeziehung eingeführt wurden und sich als positiv auf das Gesamtbefinden des Menschen mit Demenz auswirkend erwiesen haben.

Ein typisch demenzielles Symptom ist das sogenannte Wandering, eine innere Unruhe, die Menschen mit Demenz dazu antreibt, ohne Ziel zu laufen [vgl. Weinberger/Decker/Krings 2014, 62]. Verlassen sie jedoch das Pflegeheim, besteht eine gewisse Gefahr, dass sie nicht zurück finden oder den Anforderungen des Straßenverkehrs nicht gewachsen und somit gefährdet sind. Hier eröffnet sich ein (in Kapitel 5.3 weiter ausgeführtes) Spannungsfeld von Autonomie versus Sicherheit; einerseits sollen die Mobilität und dadurch auch die Autonomie von Menschen mit Demenz gefördert werden, andererseits gebietet die Fürsorgepflicht, ihre Sicherheit zu gewährleisten. Für die Auflösung dieses Dilemmas sind technologische Lösungen denkbar und im Gespräch [vgl. Weinberger/Decker/Krings 2014, 62].
Mit unter anderem dieser Thematik beschäftigt sich das Projekt MOVEMENZ, das im Folgenden vorgestellt wird.

4. MOVEMENZ und Mobilität

Beeinträchtigungen der Mobilität gehören [...] zu den wichtigsten Faktoren, die der Entwicklung von Pflegebedürftigkeit zugrunde liegen, und zugleich ist Mobilität eine Ressource, die im Verlauf von Pflegebedürftigkeit zunehmend verloren geht.
[Schaeffer/Wingenfeld 2014, 99]

Dieses Kapitel stellt in 4.1 das KIT-ITAS-Projekt MOVEMENZ vor, in dessen Rahmen die vorliegende Arbeit entstand. 4.2 erarbeitet eine Unterscheidung der Begriffe Mobilität und Bewegung für Menschen mit Demenz, wobei Mobilität sowohl physische als auch kognitive Aktivität meint, Bewegung aber als rein körperliche Aktivität aufgefasst wird. 4.3 beleuchtet die Relevanz von Mobilität im Sinne körperlicher, aber auch geistiger Aktivität bei Menschen mit Demenz und stellt dar, wie positiv sich Mobilität und Bewegung auf das Wohlbefinden, die körperliche Gesundheit, die Verlangsamung des kognitiven Abbaus und somit auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz auswirken.

4.1 Projekt MOVEMENZ

Das Projekt MOVEMENZ *Mobiles, selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Demenz im Quartier* unter Leitung von Prof. Dr. Michael Decker, wird im Forschungsbereich Innovationsprozesse und Technikfolgen des Instituts für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse des Karlsruher Instituts für Technologie in Zusammenarbeit mit der Evangelischen Heimstiftung GmbH durchgeführt. Das Projekt ist gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, die Projektdauer beträgt zwei Jahre (2014-2015) [vgl. ITAS 2015].

Der offiziellen Projektbeschreibung nach ist

> [d]er Gegenstand des Projektes [...] die Entwicklung eines Pflichtenhefts für mobil nutzbare Technologien, welche die infrastrukturellen Voraussetzungen und konzeptionellen Vorgaben schaffen, dass sich Menschen mit Demenz möglichst uneingeschränkt entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen und Bedarfen im

> Quartier bewegen können. In seinem Ablauf folgt das Vorprojekt hierbei einer bedarfsorientierten Technikentwicklung. Dabei werden unter Berücksichtigung der relevanten Akteure im Pflegearrangement (Menschen mit Demenz, Angehörige, professionell Pflegende, Dienstleister etc.) sowie im Quartier (Ladenbesitzer etc.), die Bedarfe potentieller Anwender an eine technische Unterstützung erhoben. Die empirische Bedarfsanalyse leitet aus diesen unterschiedlichen Erwartungshaltungen den Bedarf für ein technisches Hilfsmittel und eine soziale Intervention ab, welche möglichst vielen Ansprüchen der Akteure im Pflegedreieck und im Quartier gerecht werden. Diese Vorgehensweise setzt konsequent die Idee der sozialen Innovation um, in der die technische Innovation in ihrem Nutzungskontext analysiert wird. [ITAS 2015]

Für die Bedarfserhebung hat die Evangelische Heimstiftung GmbH dem KIT-ITAS-Projektteam Zugang zu einem ihrer Heime gewährt und für Unterstützung durch die Pflegenden und Betreuenden vor Ort gesorgt [vgl. ITAS 2015].

Weiterer Bestandteil des Projekts ist ein inter- bzw. transdisziplinärer „Forschungsprozess im Sinne einer entwicklungsbegleitenden“ [ITAS 2015] Technikfolgenabschätzung, für den auch externe Experten verschiedener Disziplinen zu Rate gezogen werden. Der Analyse der Empirie folgend, werden „ethische, rechtliche, ökonomische, technische, soziale und pflegewissenschaftliche Aspekte betrachtet“ [ITAS 2015], wobei sich insbesondere die ethisch-sozialen Aspekte auf die Einsetzbarkeit der Technik und die Folgen konzentrieren, die dieser Einsatz nach sich zieht.
In der ersten Forschungsphase, bestehend aus Bedarfsanalyse und Empirie, werden die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz sowie der pflegenden Professionen ermittelt [vgl. Krings/Decker/Weinberger 2014]. In der zweiten Forschungsphase, der „Potentialanalyse der Technikentwicklungen“ [Krings/Decker/Weinberger 2014], werden die Beobachtungen zu sozialen und technischen Rahmenbedingungen verdichtet, aus der sich Konzepte für den Einsatz neuer Technologien ergeben können.

Die für die vorliegende Arbeit verwendeten empirischen Daten entstammen dem Projekt MOVEMENZ. In Kapitel 5 werden die Beobachtungsprotokolle und die mit den Bewohnern, Pflege- und Betreuungskräften und Angehörigen geführten Interviews aus dem Projekt zur Darstellung der Bedeutung von Sicherheit für Menschen mit Demenz und des Spannungsverhältnisses Freiheit versus Sicherheit aufgearbeitet.

Bei der Analyse der im Projekt erhobenen empirischen Daten für die Zwecke der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Zweitverwertung, da die Fragestellung dieser Arbeit keine konkrete Fragestellung des Projekts ist und diesem nicht inhärent, sondern von der Autorin erarbeitet. Die Autorin ist jedoch Teil des KIT-ITAS-Projektteams und war an der Erhebung aller empirischen Daten beteiligt, die für die vorliegende Arbeit verwertet wurden.

Zur Erhebung der empirischen Daten wurde die Grounded Theory gewählt, da sie sich durch eine offene Zugangsweise zu den Daten auszeichnet. Es werden nicht zuerst die Hypothesen erstellt und dann durch Datenerhebung und -auswertung überprüft, sondern es findet während des gesamten Projekts eine ständige Reflexion der theoretischen Annahmen und Ergebnisse anhand der empirischen Daten statt [vgl. Alheit 1999, 3]. Der Prozesscharakter der Grounded Theory wurde hierbei als methodologisch geeignet für den „bedürfnisorientierten Forschungsansatz“ [Krings/Decker/Weinberger 2014] bzw. Demand-Pull-Ansatz (in Abgrenzung zu einem Technology-Push-Ansatz) des Projekts bewertet. Das KIT-ITAS-Projektteam verfolgte entsprechend einen explorativen Ansatz und ging ohne thematische Festlegung oder im Vorfeld erarbeitete Hypothesen in die teilnehmende Beobachtung. Diese bestand aus zwei Teilen: Die erste teilnehmende Beobachtung fand im April 2014 statt, die zweite teilnehmende Beobachtung in Mai und Juni 2014.

Bei den interviewten Bewohnern handelt es sich um Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz, mit denen die Gespräche einzeln stattfanden. Die Gespräche mit den Pflege- und Betreuungskräften sowie mit den Angehörigen fanden in Gruppeninterviews statt.
Alle Interviews wurden transkribiert. Es wurde eine einfache Art der Transkription angewandt und somit alle sprachlichen Äußerungen festgehalten. In der Transkription sind Betonungen mittels durchgängiger Großschreibung dargestellt; Auslassungen der Sprecher bzw. unvollendet bleibende Sätze sind durch Schrägstriche dargestellt; nichtsprachliche Äußerungen wie Lachen oder Räuspern sind in Klammern gesetzt. Die Einzelinterviews mit den Bewohnern sind wörtlich im Dialekt transkribiert; die Gruppeninterviews mit den Pflege- und Betreuungskräften und Angehörigen sind ins Hochdeutsche übertragen. Drückten die Sprecher Aussagen Dritter aus, sind diese Aussagen in einfache Anführungszeichen gesetzt.
Alle Informationen über Personen und Orte sind streng anonymisiert. In der Transkription sind entsprechend die in den Gruppeninterviews genannten Personennamen auf den

Anfangsbuchstaben abgekürzt. Die Namen der Bewohner, mit denen die Einzelinterviews durchgeführt wurden, sind auf den Anfangsbuchstaben des Nachnamens abgekürzt.
Anstelle von Personennamen werden Codierungen, Kürzel oder beliebige Namen verwendet. In den Beobachtungsprotokollen beginnen die Codierungen der Bewohner mit B; die Codierungen der Besucher von Bewohnern entsprechen der Codierung des jeweiligen Bewohners und haben zur weiteren Unterscheidung Kleinbuchstaben angehängt; die Codierungen der Hauswirtschaftskräfte beginnen mit H; die Codierungen der Pflegekräfte beginnen mit P; die Codierungen der Reinigungskräfte beginnen mit R; die Codierungen der ehrenamtliche Tätigen beginnen mit E. Weiter finden sich folgende Abkürzungen: PDL (Pflegedienstleitung); RK (Reinigungskraft); PK bzw. P (Pflegekraft); HB bzw. B (Heimbewohner); E (ehrenamtlich Tätige). Die Quellenangaben geben codiert den Verfasser des Beobachtungsprotokolls an und die Zeilen, in denen sich das Zitat im Protokoll findet. Auslassungen in den Beobachtungsprotokollen sind durch [...] gekennzeichnet und werden ausschließlich verwendet, um Personennamen unkenntlich zu machen. In den Transkripten der Gruppeninterviews sind die Sprechenden in der chronologischen Reihenfolge ihrer Äußerungen durchnummeriert. In den Gruppen- und Einzelinterviews fallende Namen von Orten, Straßen oder ähnlichem sind abgeändert; zur besseren Lesbarkeit sind sie nicht durch Kürzel oder Codierungen, sondern durch beliebige Namen ersetzt.

Grundlegend für den Zugang und die ersten Überlegungen zum Projekt ist ein Verständnis davon, was Mobilität bedeutet und ausmacht.

4.2 Definition Mobilität – Bewegung

Da bei Menschen mit Demenz Defizite sowohl auf der physischen als auch auf der kognitiven Ebene auftreten, scheint eine Unterscheidung notwendig zwischen Aktivität, die sowohl den Körper als auch die kognitive und emotionale Ebene eines Menschen betrifft, und Aktivität, die sich ausschließlich auf die physische Ebene bezieht. Auch müssen Aktivierungen und Technologien, die (im nicht differenzierten Sinn) mobil machen sollen, unterschieden werden können hinsichtlich des Gesichtspunkts, ob sie die kognitive und/oder emotionale Ebene miteinbeziehen oder nicht. Dafür soll im Folgenden eine begriffliche Abgrenzung von Mobilität und Bewegung erarbeitet werden.

In der Fachliteratur existiert keine einheitliche Sichtweise darauf, was Mobilität und Bewegung bedeuten [vgl. DNQP 2014, 49]. Am gängigsten ist das Verständnis von Mobilität als „die körperliche Fähigkeit [...], sich über kurze Strecken (ggf. mit Hilfsmitteln) selbständig fortzubewegen und selbständig Lageveränderungen des Körpers vorzunehmen“ [DNQP 2014, 49]. Die Begriffe Mobilität und Bewegung werden in der Regel nicht voneinander abgegrenzt und synonym verwendet [vgl. u. a. Radkowetz 2013; DNQP 2014; Wingenfeld/Horn 2014; Horn et al. 2014]; ein weiteres Synonym ist der Begriff Aktivität [vgl. DNQP 2014]. Mobilität als rein die physische Ebene bezeichnend findet sich unter anderem im Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP 2014] sowie bei Wilde [2014], Heimerl und Berlach-Pobitzer [2000] und Saup [1993] (wobei Saup konkret von „körperlicher Mobilität“ spricht). Streber et al. beispielsweise verwenden den Begriff „körperliche Aktivität“ [Streber et al. 2014, 94], Radkowetz unterscheidet „Mobilität“ und „geistige Mobilität“ [Radkowetz 2013, 31].
Auch das *Pschyrembel Wörterbuch Pflege* [2003] versteht unter Mobilität den „Grad der körperlichen Beweglichkeit eines Patienten“ [Pschyrembel 2003b, 447] ohne den Einbezug der kognitiven Ebene. Mobilisation ist darin definiert als „Maßnahmen zur körperlichen Aktivierung eines Menschen oder bestimmter Körperteile [...]“ mit dem Ziel der „Bewegungsförderung, um Beweglichkeit, Aktivität, größtmögliche Selbständigkeit und Gesundheit wiederherzustellen [...]. Wiedererlangen größtmöglicher Selbständigkeit und Beweglichkeit. Körperliche Aktivität [...] mindert das Krankheitsgefühl“ [Pschyrembel 2003a, 447]. Der Begriff der Bewegung findet sich nicht im *Pschyrembel Wörterbuch Pflege* [2003].

Im Brockhaus [2015] hingegen wird Mobilität nicht nur als „räumliche[] Bewegung des Menschen im Alltag“ definiert, sondern auch als

> [d]ie Fähigkeit beziehungsweise Bestimmtheit des Menschen, sich in sozialen Räumen [...] zu konstituieren, zu orientieren, zu bewegen und zu verändern. [...] So kann von Mobilität als einem Persönlichkeitsmerkmal ebenso gesprochen werden wie von einer mobilen Gesellschaft oder sozialer Mobilität. [...] In einem anthropologischen Sinn verweist der Begriff auf die Ortsungebundenheit des Menschen [...], die aber für ihn die Erfahrung und Aufgabe mit sich bringt, seine Stelle in einem (seelisch, geistig, sozial, räumlich) mehrdimensional erfahrenen Raum einzunehmen, für sich zu bestimmen und gegebenenfalls zu verändern. [Brockhaus 2015]

Der Begriff der Bewegung ist im Brockhaus nicht verzeichnet.

Zegelin erklärt Immobilität als „die Unfähigkeit, sich frei zu bewegen [...]; dies kann in Grad, Beginn und Dauer variieren, teilweise sind auch psychologische, intellektuelle und soziale Dimensionen erfasst“ [Zegelin 2013, 44] und bezieht somit die kognitiv-emotionale Ebene mit ein. Zegelin verweist weiter auf *Mobility: a concept analysis* [Rush/Ouellet 1993], worin die Autorinnen unter Bezugnahme auf verschiedene Wörterbücher Mobilität als Verbindung der physischen und kognitiven Ebene darlegen:

> [T]he capacity to be mobile, encompassing the attributes of movement, adaptability, flexibility, versability and changeabilty [...]. [T]his capacity may be seen as primarily relating to the physical realm but also applies to the cognitive, emotional and social perspectives [...], the ability to undergo and adapt to change and [...] to achieve balance. [...] As such, social mobility is viewed as a linear process wherein the move is the result of an individual's decision to move and the ability to adjust to the new situation following the move. [Rush/Ouellet 1993, 486 f.; vgl. Zegelin 2013, 43]

Laut Rush und Ouellet ist in allen Definitionen von Mobilität Bewegung ein maßgeblicher Bestandteil, jedoch sollten alle Dimensionen, die der Begriff beinhaltet, berücksichtigt werden [vgl. Rush/Ouellet 1993, 488; Zegelin 2013, 44]. Auch Wiegerling verweist auf die vor allem sozialwissenschaftlich geprägte Bedeutung des Begriffs Mobilität, die sich „keineswegs nur auf physische Ortsveränderungen bezieht, sondern auch auf Einstellungswandlungen und psychische und soziale Anpassungsphänomene“ [Wiegerling 2004, 6].

Dem Begriffsverständnis von Rush und Ouellet, Zegelin sowie Wiegerling folgend, bezieht die Förderung von Mobilität „nicht nur die physische Ebene mit ein, sondern richtet sich auf vielfältige kognitive und emotionale Ebenen der Menschen mit Demenz (Überwindung von Angst, hohe Unsicherheit durch Gebrechlichkeit, Depressionen und Antriebslosigkeit). Impulse für Mobilität zu geben/zu erhöhen, richtet sich hauptsächlich an letztere Ebenen“ [MOVEMENZ 2014]. Der Begriff der Mobilität muss eine anthropozentrische Perspektive beinhalten, die den Menschen in seiner Gesamtheit betrachtet und somit kognitive, emotionale und physische Aspekte inkludiert und sich nicht gegen ein Verständnis der reziproken Verbindungen dieser Komponenten stellt. Da Menschen mit Demenz in der Regel

Einschränkungen in allen drei Bereichen aufweisen, ist auch eine Fachsprache vonnöten, die eine differenzierte Betrachtungsweise ermöglicht.
Da der Begriff der Bewegung weder in der Fachliteratur noch in allgemeinen Lexika Erwähnung findet, bedeutet er auch im Kontext mit Menschen mit Demenz das Gleiche wie in seinem umgangssprachlichen Alltagsgebrauch und bezieht sich nur auf somatische Prozesse.

Die Definition von Mobilität und Bewegung fasst also Mobilität, im Kontext mit Menschen mit Demenz, als physisch-kognitive Aktivität bzw. die Fähigkeit dazu auf. Bewegung bedeutet rein physische Aktivität bzw. die Fähigkeit dazu.

4.3 Mobilität im Kontext von Menschen mit Demenz

> *Nutzer stationärer Pflegeeinrichtungen messen [...] dem Erhalt oder einer Verbesserung ihrer Mobilität hohe Bedeutung zu, denn sie wirkt sich in ihren Augen entscheidend darauf aus, ob sie sich auch im institutionellen Rahmen zumindest teilweise Handlungsautonomie bewahren können [...].*
> *[Kleina 2014, 103]*

Im pflegerischen Bereich hängt das Maß der Mobilität bzw. Immobilität eines Patienten auch immer mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit zusammen. Das Einbüßen der Mobilität ist eine der Hauptursachen für das Eintreten einer Pflegebedürftigkeit [vgl. Schaeffer/Wingenfeld 2014, 99; Kleina 2014, 102; DNQP 2014, 48 ff.; Wingenfeld/Horn 2014, 14]. „[N]ur ein verschwindend geringer Anteil der Nutzer“ [Kleina 2014, 102] stationärer Langzeitversorgung ist nicht davon betroffen. Wechselseitig „ist Mobilität eine Ressource, die im Verlauf von Pflegebedürftigkeit zunehmend verloren geht“ [Schaeffer/Wingenfeld 2014, 99; vgl. DNQP 2014, 48]. Das kann weitere gesundheitliche Probleme nach sich ziehen, die wiederum zu einer Verschärfung der Pflegebedürftigkeit führen [vgl. Schaeffer/Wingenfeld 2014, 99; Wingenfeld/Horn 2014, 14].
Durch die Förderung von Bewegung kann Pflegebedürftigkeit verzögert oder verhindert werden, und selbst Menschen, die bereits pflegebedürftig sind, können noch großen Nutzen aus körperlicher Aktivität ziehen [vgl. DNQP 2014, 51; Wingenfeld/Horn 2014, 15].

Auch die psychische Wirkung von Bewegung darf nicht unterschätzt werden. Bewegung verringert das Risiko einer Depression, vermindert Symptome von Angst und Stress und führt zu einem besseren Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein und einer „erhöhten Selbstwirksamkeitserwartung“ [DNQP 2014, 50].

Mangel an Bewegung sowie Mobilitätsdefizite im Alter erhöhen das Risiko für zahlreiche Folgeprobleme, wie beispielsweise Kontrakturen und andere Verletzungen durch Stürze, Stoffwechselstörungen, Pneumonien oder die Entstehung eines Dekubitus bei pflegebedürftigen Menschen. Entsprechend beinhaltet die Förderung von Bewegung und Mobilität immer auch eine präventive Funktion [vgl. DNQP 2014, 51; Wingenfeld/Horn 2014, 15; Schaeffer/Wingenfeld 2014, 99]. Ältere Menschen, die bereits eine Fraktur durch einen Sturz erlitten haben, schränken sich jedoch oft selbst in ihrer Aktivität ein, aus Angst, sich erneut zu verletzen [vgl. DNQP 2014, 64; Wingenfeld/Horn 2014, 15].
Zu den Risikofaktoren, die zu Mobilitätseinbußen und weniger Bewegung führen können, zählen unter anderem „[k]örperliche Inaktivität“, „[v]isuelle Beeinträchtigungen“, „Übergewicht“, „Vorhandensein eingeschränkter Mobilität, Depression“, „Schmerzen“, „[n]iedriger sozio-ökonomischer Status“, „[g]eringe soziale Teilhabe“, „[n]iedriges Kohärenzgefühl (Frauen)“, „[h]äufige Niedergeschlagenheit, Aggression oder Müdigkeit (Männer)“ und „Angst vor Stürzen“ [DNQP 2014, 67]. Reuther nennt allerdings auch Faktoren wie „das Umfeld (Familie / soziale Kontakte, die Pflegenden und die Struktur der Einrichtung), besondere Ereignisse, wie etwa Stürze oder der Heimeinzug und die Person selbst mit ihren individuellen Bewältigungsstrategien, Einstellungen, Gefühlen und Werte[n]“ [Reuther 2014, 125]. Angst vor Verletzungen, vor allem durch (weitere) Stürze, haben oft nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch deren Angehörige und die Pflegenden; weiter fürchten sich die Betroffenen nicht nur vor den direkten Folgen eines Sturzes, sondern auch vor daraus resultierender noch stärkerer Abhängigkeit von Angehörigen und Pflegenden, denen sie darüber hinaus nicht zur Last fallen wollen [vgl. Reuther 2014, 129 ff.].

In der Forschung finden sich etliche Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen (fehlender) Mobilität und Bewegung und dem Auftreten von Demenz [vgl. u. a. Zegelin 2013; Streber et al. 2014; DNQP 2014; Hauer 2012; Weinberger/Decker/Krings 2014, 69]. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) verweist auf Studien, die darauf hindeuten, „dass Patienten mit einer Demenz ein höheres Risiko eines Mobilitätsverlustes aufweisen als Patienten ohne kognitive Beeinträchtigung“ [Schneekloth/Wahl zitiert nach

DNQP 2014, 64; vgl. u. a. Kleina 2014, 104]. Bei kognitiv stark beeinträchtigten Personen traten in einer Studie massive Mobilitätseinschränkungen doppelt so oft auf als bei Personen ohne kognitive Beeinträchtigung [vgl. Kleina 2014, 106]. Wingenfeld führt eine Studie an, in der „[i]m Falle der Bewohner ohne kognitive Einbußen [...] nur bei einer kleinen Minderheit (5,5%) ein weitgehender oder vollständiger Verlust der Mobilität feststellbar [war], während der entsprechende Anteil bei Bewohnern mit schwersten kognitiven Beeinträchtigungen bei 60,9% lag“ [Wingenfeld 2014,117].
Streber et al. weisen darauf hin, dass „ein Mangel an körperlicher Aktivität zu einem großen Anteil der demenziellen Erkrankungen“ beiträgt, umgekehrt aber „körperliche Aktivität das Auftreten von Demenz verzögern und den kognitiven Abbau verlangsamen kann [...] bzw. die Kognition verbessert“ [Streber et al. 2014, 92; vgl. DNQP 2014, 50]. Auch Zegelin benennt „positive Tendenzen, genutzter Bewegungsspielraum scheint sich günstig auf verschiedene Parameter auszuwirken“ [Zegelin 2013, 211].

Bemerkenswert ist eine Studie des Agaplesion Bethanien-Krankenhauses Heidelberg [vgl. Hauer 2012], in der durch ein dreimonatiges intensives, demenzspezifisches Training eine deutliche Steigerung der motorischen Leistung, der kognitiven und psychischen Verfasstheit und der Mobilität erzielt wurde:

> Von besonderer Bedeutung sind zudem Verbesserungen bei Defiziten, die spezifisch für die kognitive Schädigung demenziell Erkrankter sind. Hier sind vor allem aufmerksamkeitsorientierte Dual-Task Leistungen [sic] zu nennen. Solche kognitiven Defizite treten im Krankheitsverlauf früh auf, verringern auch Alltags-relevante [sic] motorische Leistungen (wie z.B. Gehen) drastisch um bis zu 50% und stellen möglicherweise das bislang fehlende Bindeglied zur hohen Sturzgefährdung demenziell Erkrankter dar. Das erfolgreiche Training dieser Leistungen, die bislang als nicht trainierbar galten, auf das Niveau nicht kognitiv eingeschränkter, älterer Personen, stellt einen wichtigen Schritt in Richtung eines demenzspezifischen Trainingsansatzes dar, welcher kognitive und motorische Ansätze miteinander verbindet (Schwenk et al 2010). [Hauer 2012, 70 f.]

Entsprechend der Aussage des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, müssen in den Alltag integrierte mobilitätsfördernde Maßnahmen danach ausgerichtet sein, „dass sich ein pflegebedürftiger Mensch aktiv an Maßnahmen beteiligt und nicht passiv mobilisiert wird“ [DNQP 2014, 43; vgl. Berger/Hennings 2014, 13]. In Pflegeheimen besteht

eine Vielzahl an Möglichkeiten zur Mobilitätsförderung, wie Sitzgymnastik, Sitztanz oder der Einsatz von Spielkonsolen zu Trainingszwecken [vgl. Wingenfeld/Horn 2014, 15; Zegelin 2013, 212]. Im Rahmen dieser Arbeit kann darauf jedoch nicht vertiefend eingegangen werden.
Sehr förderlich für „ein hohes Niveau an Aktivität bei Menschen mit Demenz" sind aber vor allem auch „viele Besuche von Angehörigen, Unruhe des Patienten, das Zusammenleben in Wohngruppen für Demenzerkrankte, kleine Einrichtungen und die Unterstützung durch gerontopsychiatrische Fachkräfte [...]" [Schneekloth/Wahl zitiert nach DNQP 2014, 64].

Mobilitätsförderung bei Menschen mit Demenz darf jedoch nicht pauschal angewandt werden, tagesabhängige Schwankungen oder der Wunsch des Bewohners, keine Mobilitätsförderung zu erhalten, müssen berücksichtigt werden [vgl. DNQP 2014, 43; Berger/Hennings 2014, 11; Zegelin 2013, 210]. Auch muss sich die Mobilitätsförderung an den individuellen Kompetenzen des Menschen mit Demenz orientieren; in der Regel ist davon auszugehen, dass eine gelingende Mobilisation „nur unter ständiger Anleitung durchführbar" [Kleina 2014, 123] ist. Zegelin betont, dass „[g]eglückte Mobilisation" [Zegelin 2013, 126] eine Frage der „Einstellung aufeinander" ist, also abhängt von der Beziehung zwischen zu Mobilisierendem und Pflegekraft: „Alle Beispiele zeigen die Bedeutung einer positiven, aufmunternden Interaktion im Zusammenhang mit der Bewegungshilfe." [Zegelin 2013, 126] Reuther verweist auf die „Schlüsselrolle", die den Pflegenden zukommt, da sie „den engsten und längsten Kontakt mit den Menschen" [Reuther 2014, 125] haben. Deshalb müssen sie die Ursachen der Immobilität herausfinden, um „sinnvolle und bewohnerorientierte Maßnahmen gegen die zunehmende Mobilitätsbeeinträchtigung" [Reuther 2014, 125] zu erarbeiten. Auch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege bezeichnet die „Mobilitätserhaltung und Mobilitätsverbesserung" als „zentrale Ziele einer professionellen Pflege" [DNQP 2014, 20; vgl. Berger/Hennings 2014, 51].
Auf den Umstand, dass die Pflegenden unter den Bedingungen des derzeitigen gesetzlichen Pflegeschlüssels kaum dazu in der Lage sein können, dieser Aufgabe adäquat nachzukommen, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden.

Im Zuge abnehmender Mobilität empfinden Bewohner von Pflegeheimen vor allem „eine als stark empfundene Abhängigkeit von personeller Unterstützung, die damit verbundenen Einbußen an persönlichen Gestaltungsmöglichkeiten, de[n] Verlust von Intimität und ein vermindertes Selbstwertgefühl [...] als belastend" [Kleina 2014, 102].

Mobilität steht also in einem engen Zusammenhang mit (individuell empfundener) Lebensqualität und ist eine maßgebliche Voraussetzung für soziale Interaktion [vgl. Wingenfeld/Horn 2014, 14; Wilde 2014, 23; DNQP 2014, 48; Weinberger/Decker/Krings 2014, 69]; Mobilität ist Voraussetzung für Unabhängigkeit und Autonomie [vgl. u. a. Wilde 2014; Radkowetz 2013; DNQP 2014; Wingenfeld/Horn 2014; Zegelin 2013; Heimerl/Berlach-Pobitzer 2000; Schaeffer/Wingenfeld 2014; Kleina 2014; Rush/Ouellet 1993; Pschyrembel 2003b] und somit auch eine Bedingung für „erfolgreiches Altern" [Radkowetz 2013, 30]. Laut Wilde wird der „Grad an Mobilität [...] direkt mit dem Grad an Lebensqualität" verbunden, und „Forschungen zur Aufrechterhaltung von Mobilität sind immer auch Forschungen zum Erhalt von Lebensqualität" [Wilde 2014, 22 f.]. Nicht zuletzt ist Bewegung ein dem Menschsein inhärentes Grundbedürfnis, das Freude und Abwechslung verschafft und somit die Möglichkeiten der Wahrnehmung und für ein selbstbestimmtes Leben erweitert [vgl. Zegelin 2013, 212; Wingenfeld/Horn 2014, 15].

Die durch die Förderung von Mobilität und Bewegung unterstützte Autonomie eines Menschen mit Demenz steht jedoch oft in einem dilemmatischen Spannungsverhältnis mit den für ihn getroffenen Sicherheitsvorkehrungen. Insbesondere außerhalb der Pflegeeinrichtung kann es vorkommen, „dass die eigentlich gewollte Selbstbestimmung und Selbstständigkeit [der Bewohner, S. W.] durch Sicherheitserwägungen und Furcht vor Selbstgefährdung eingeschränkt wird" [Weinberger/Decker/Krings 2014, 69 f.].

5. Das ethische Dilemma in der Pflege: Freiheit versus Sicherheit

Es ist [...] wahrscheinlich eine der schwierigsten Aufgaben überhaupt, für einen ganz bestimmten alten Menschen mit bestimmten Kompetenzen in einer ganz bestimmten Umwelt die richtige Balance zwischen Sicherheit und Autonomie zu finden.
[Wahl 1991, 97]

Unter Bezugnahme auf Axel Honneths *Das Recht der Freiheit* [2013] wird in 5.1 die Idee der Freiheit und der Autonomie aus philosophisch-historischer Perspektive dargestellt und um die Idee der Authentizität erweitert, die vor allem in der ethischen Betrachtung des Dilemmas bei Menschen mit Demenz eine wichtige Rolle spielt. 5.2 gibt einen kurzen historischen Überblick über den Begriff der Sicherheit und stellt die Aspekte des heutigen Verständnisses dar. Der Darstellung Honneths folgend, wird in 5.3 neben dem Prinzip der Autonomie auch das Prinzip der Authentizität als Teilaspekt von Freiheit erarbeitet, was es ermöglicht, eine modifizierte Idee von Autonomie bei Menschen mit Demenz anzuwenden, denen aufgrund stark fortgeschrittener Demenz keine Autonomie mehr zugewiesen werden kann. Weiter wird die Bedeutung von Sicherheit für Menschen mit Demenz dargelegt. Das Spannungsfeld Freiheit versus Sicherheit wird beleuchtet anhand der Resultate aus den Beobachtungen und Interviews im Zuge von MOVEMENZ. Hierbei wird auch auf die Perspektive der Pflegenden sowie der Angehörigen eingegangen.

5.1 Freiheit, Autonomie und Authentizität nach Honneth

In seiner Ausarbeitung über soziale Gerechtigkeit *Das Recht der Freiheit* [Honneth 2013] stellt Axel Honneth u. a. eine Entwicklung des positiven Freiheitsbegriffs dar (Honneth spricht jedoch synonym von „reflexiver Freiheit“, vgl. Honneth 2013, 58-80), der für das Verständnis von Freiheit in der heutigen Zeit grundlegend ist. Vor allem ausgehend von den Grundlagen Jean-Jacques Rousseaus, Immanuel Kants und Johann Gottfried Herders schafft Honneth einen Zugang zu den Korrelationen von Freiheit, Selbstverwirklichung und Autonomie, der schließlich zu Harry Frankfurts Idee der Authentizität führt. Diese ethische

Herangehensweise verfolgt das Ziel, „die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit direkt in Form einer Gesellschaftsanalyse zu entwickeln“ [Honneth 2013, 9].
Diese Perspektive wird in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen, um auf der Grundlage von Honneths Rekonstruktion ein ethisches Konzept zu entwickeln, das dazu beitragen soll, die Anwendbarkeit der Begriffe Freiheit, Autonomie und Authentizität auf Menschen mit Demenz zu ermöglichen.

Die Vorstellung, dass ein Individuum erst dann als frei verstanden werden kann, wenn es zu selbstständigen Entscheidungen kommen und somit Einfluss nehmen kann auf seinen eigenen Willen, lässt sich zurückführen bis auf Aristoteles [vgl. Honneth 2013, 58]. Diese Voraussetzung der Selbstständigkeit greift die Idee der „reflexiven Freiheit“ [Honneth 2013, 58] auf; die „Selbstbeziehung des Subjekts“ [Honneth 2013, 59] ist der Ansatzpunkt der reflexiven Freiheit, nach der ein Mensch frei ist, wenn es ihm gelingt, nur von eigenen Absichten geleitet zu handeln [vgl. Honneth 2013, 58 f.]. Hierfür bedarf es einer Unterscheidung zwischen „autonomen und heteronomen Handlungen“ [Honneth 2013, 59]; durch diese Unterscheidung verändert sich die Vorstellung von individueller Freiheit. Als frei kann eine Handlung nicht mehr bezeichnet werden, wenn sie nur ungehindert ausgeführt werden kann, sondern bereits die Absicht zur Handlung muss aus dem eigenen Willen des Handelnden heraus entstehen [vgl. Honneth 2013, 59 f.]. Jean-Jacques Rousseau schafft in *Vom Gesellschaftsvertrag* [1981, 267-391] ein Verständnis von der Freiheit des Menschen, die erst gegeben ist, wenn der Mensch dem Gesetz gehorcht, das er sich selbst gibt, aber eben nicht, solange er seiner reinen Triebhaftigkeit folgt. Rousseau spricht von der „sittliche[n] Freiheit [...], die allein den Menschen wirklich zum Herrn über sich selbst macht; denn der Drang der bloßen Begierde ist Sklaverei, und der Gehorsam gegen das Gesetz, das man sich selbst gegeben hat, ist Freiheit“ [Rousseau 1981, 284; vgl. Honneth 2013, 60]. Folgt er dem Gesetz in sich, handelt er autonom; folgt er seiner Begierde, ist er gewissermaßen fremdbestimmt und handelt heteronom. Diese Sichtweise führt Rousseau in *Emil oder über die Erziehung* [1978] weiter aus. Das Subjekt erkennt anhand seines Gefühls, dass seine autonomen Handlungen auf eine andere Weise entstehen als die heteronomen und dass sie in ihm selbst entstanden sind. Autonomes Handeln ist also zuerst eine Frage der Wahrnehmung des eigenen Selbst: „Ob ich zustimme oder widerstehe, unterliege oder siege, ich fühle ganz deutlich in mir, ob ich getan habe, was ich tun wollte, oder ob ich meinen Leidenschaften nur nachgebe. [...] Wenn ich mich versuchen lasse, handle ich auf Antriebe von außen. Wenn ich mir diese Schwäche vorwerfe, höre ich nur auf meinen Willen. Ich bin Sklave durch meine

Laster, aber frei durch mein Gewissen.“ [Rousseau 1978, 292; vgl. Honneth 2013, 61] Handelt der Mensch somit nach seinem Willen, nicht nach seiner Begierde, kann er sich als frei verstehen [vgl. Honneth 2013, 61].
Die von Rousseau entwickelte Vorstellung positiver (hier: reflexiver) Freiheit wird sowohl von Immanuel Kant als auch von Johann Gottfried Herder aufgegriffen und weitergedacht.

Kant setzt an Rousseaus Aspekt der Selbstgesetzgebung an und verleiht ihm einen transzendentalen Charakter: Da der Mensch dazu in der Lage ist, sich selbst Gesetze zu geben und nach ihnen zu handeln, ist er frei: „Freiheit ist [...] die Bedingung des moralischen Gesetzes [...]“ [Kant 2010, 10]; allerdings nur unter der Voraussetzung, dass sich der Mensch diese Gesetze aus richtigen, im Verständnis Kants vernünftigen Gründen gibt: „Die Vernunft bestimmt in einem praktischen Gesetze unmittelbar den Willen [...], und nur, daß sie als reine Vernunft praktisch sein kann, macht es ihr möglich, gesetzgebend zu sein.“ [Kant 2010, 40; vgl. Honneth 2013, 63] Das bei Rousseau noch nicht klare Verständnis des Willens führt Kant aus, indem er die mögliche Verallgemeinerbarkeit der eigenen Gesetze zur Grundlage der eigenen Gesetzgebung macht; denn der Mensch kann nur das wollen, von dem er auch wollen kann, dass sich alle anderen vernünftigen Wesen danach richten [vgl. Honneth 2013, 63 f.]: „Da ich den Willen aller Antriebe beraubt habe, die ihm aus der Befolgung irgendeines Gesetzes entspringen könnten, so bleibt nichts als die allgemeine Gesetzmäßigkeit der Handlungen überhaupt übrig, welche allein dem Willen zum Prinzip dienen soll, d. i. ich soll niemals anders verfahren als so, *daß ich auch wollen könne, meine Maxime solle ein allgemeingültiges Gesetz werden*.“ [Kant 2007, 29, Hervorhebungen im Original; vgl. Honneth 2013, 64]

In der Selbstzweckformel stellt Kant schließlich dar, dass die Würde eines Menschen nicht verletzt werden darf, indem dieser Mensch durch die Handlungen eines anderen vom Zweck zum Mittel degradiert wird: „*Handle so, daß du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest*.“ [Kant 2007, 62, Hervorhebungen im Original; vgl. Honneth 2013, 64] Auf dieser Zweckhaftigkeit basiert die Würde jedes Menschen, und somit hat auch jeder Mensch Anspruch darauf, dass alle anderen Menschen ihn als Zweck, nicht als Mittel behandeln [vgl. Steigleder 2002, 136]. Der Respekt vor der Würde des anderen schützt nicht nur die Würde der anderen Person, sondern auch die Würde dessen, der sich selbst im anderen respektiert [vgl. Zintl 2012, 132].

Dieses Behandeln anderer als Zwecke ist gegeben, sobald sich ein vernünftiges Wesen die Frage stellt, ob seine Mitwesen der jeweiligen Maxime zustimmen werden [vgl. Honneth 2013, 64]: „Was ich also zu tun habe, damit mein Wollen sittlich gut sei, dazu brauche ich gar keine weit ausholende Scharfsinnigkeit. Unerfahren in Ansehung des Weltlaufs, unfähig, auf alle sich ereignenden Vorfälle desselben gefaßt zu sein, frage ich mich nur: Kannst du auch wollen, daß deine Maxime ein allgemeines Gesetz werde?“ [Kant 2007, 30]

Freiheit konstituiert sich bei Kant durch die Orientierung an dem „moralische[n] Gesetz“ [Kant 2007, 87], welches der Mensch sich selbst gibt und das bereits in ihm liegt [vgl. Honneth 2013, 65]. Freiheit und moralisches Gesetz bedingen sich wechselseitig: Wegen der Freiheit gibt es das moralische Gesetz; und wegen des moralischen Gesetzes erkennen wir die Freiheit [vgl. Fleischer 2012, 51]: „[...] so will ich nur erinnern, daß die Freiheit allerdings die ratio essendi [Seinsgrund, S. W.] des moralischen Gesetzes, das moralische Gesetz aber die ratio cognoscendi [Erkenntnisgrund, S. W.] der Freiheit sei.“ [Kant 2010, 10] Für Kant gehören die subjektive Selbstbestimmung und die Achtung des Moralprinzips untrennbar zusammen, ebenso wie Freiheit und Autonomie:

> Als ein vernünftiges, mithin zur intelligiblen Welt gehöriges Wesen kann der Mensch die Kausalität seines eigenen Willens niemals anders als unter der Idee der Freiheit denken; denn Unabhängigkeit von den bestimmten Ursachen der Sinnenwelt [...] ist Freiheit. Mit der Idee der Freiheit ist nun der Begriff der *Autonomie* unzertrennlich verbunden, mit diesem aber das allgemeine Prinzip der Sittlichkeit, welches in der Idee allen Handlungen *vernünftiger* Wesen ebenso zum Grunde liegt, als das Naturgesetz allen Erscheinungen. [Kant 2007, 91, Hervorhebungen im Original; vgl. Honneth 2013, 65]

Für Honneth versteht sich Kants Freiheitsbegriff als reflexive Freiheit, da sie aus der Erkenntnis des Subjekts besteht, moralisch verpflichtet zu sein, die Autonomie eines jeden anderen vernünftigen Wesens so zu respektieren, wie es dies auch umgekehrt erwartet [vgl. Honneth 2013, 65]. Dieser Gedanke der Autonomie, der Selbstgesetzgebung, ist gemeinsam mit der Idee des Willens „der zentrale und umfassendste Rechtfertigungspunkt der Ethik“ Kants [von der Pfordten 2009, 21]. Freiheit bedeutet also das Vermögen, einen Handlungszweck aus sich selbst heraus zu wollen. Kommt die Intention für eine Handlung aus einer anderen Quelle als dem eigenen Inneren, bedeutet ihre Ausführung, sich dieser Quelle zu unterwerfen und heteronom, fremdbestimmt, zu handeln. Diese Handlung muss als

unfrei verstanden werden, da sie nicht wirklich die eigene ist [vgl. Scruton 1999, 91]. Im Sinne Kants „ist das Paradigma einer freien Handlung: eine Handlung, die durch die Vernunft allein erbracht wird“ [Scruton 1999, 91].

Auch Johann Gottfried Herder greift die Thesen Rousseaus auf, entwickelt sie aber in eine andere Richtung weiter als Kant. Während Kants Ausführung des menschlichen Willens in die Idee der Autonomie mündet, konzentriert sich Herder auf die Authentizität des Menschen, auf die Aneignung des „eigene[n], authentische[n] Wille[ns] in einem langgezogenen Prozeß der Reflexion“ [Honneth 2013, 65]. Die Unterscheidung zu Kant gründet auf Herders Sichtweise, die „das je eigene Gute normativ vor das allgemeine Gute rückt“ [Honneth 2013, 66]. In seiner Schrift *Vom Erkennen und Empfinden der menschlichen Seele* [1994, 327-363] erläutert Herder den Lernvorgang des Subjekts (Honneth spricht hier wiederum von einem „reflexive[n] Prozeß“ [2013, 66]), sich selbst in seinem Inneren durch die Medialität der Sprache zu erkennen [vgl. Honneth 2013, 66]. Der Mensch kann seine „Vollendung“ [Honneth 2013, 66] erreichen, wenn er die Gefühle und Bestrebungen in seinem Inneren so auszudrücken vermag, dass seine Handlungen die Ausübung von „authentischer Freiheit“ [Honneth 2013, 66] sind. Die Veranlagung zu diesen ureigenen Bestrebungen liegt in der individuellen Seele eines jeden Menschen, die adäquat gepflegt werden muss, um sich entsprechend ihrer Veranlagung entwickeln zu können; nur hierdurch ist die Reifung zu wirklicher Individualität möglich [vgl. Honneth 2013, 65 f.]: „Je tiefer jemand in sich selbst, den Bau und Ursprung seiner edelsten Gedanken hinabstieg, desto mehr wird er Augen und Füße bedecken und sagen: Was ich bin, bin ich geworden.“ [Herder 1994, 359; vgl. Honneth 2013, 66]

Honneth stellt die Gemeinsamkeit der Ansätze Kants und Herders heraus, nach denen „individuelle Freiheit“ nur im Zusammenhang mit einem „freien Willen[]“ [Honneth 2013, 67] entstehen kann: „Das Subjekt ist nur unter der Bedingung wirklich frei, daß es sich in seinem Handeln auf Absichten oder Zwecke beschränkt, die von jeder Beimengung von Zwang gereinigt sind.“ [Honneth 2013, 67]
Allerdings unterscheidet sich die Konstruktion dieser Willensfreiheit bei Kant und Herder, und in dieser Differenz liegt „die Idee der reflexiven Freiheit im weiteren Verlauf des philosophischen Diskurses der Moderne“ [Honneth 2013, 67] begründet: Was Kant als Autonomie, also Selbstgesetzgebung, Selbstbegrenzung und Selbstbestimmung interpretiert, ist bei Herder Authentizität, also Selbstverwirklichung, Selbstfindung und Erfassung der

individuellen und somit authentischen Bedürfnisse [vgl. Honneth 2013, 67]. Bei Kant ist die Freiheit des Willens Autonomie: „[...] was kann denn wohl die Freiheit des Willens sonst sein, als Autonomie, d. i. die Eigenschaft des Willens, sich selbst ein Gesetz zu sein?“ [Kant 2007, 83] Herder betont die Individualität und Authentizität des Menschen: „Jeder Mensch hat ein eigenes Maß, gleichsam eine eigne Stimmung aller sinnlichen Gefühle zu einander.“ [Herder 1967, 291]

Isaiah Berlin unterscheidet zwischen negativer und positiver Freiheit. Während „negative Freiheit“ die „Freiheit von“ etwas meint, also „die Unabhängigkeit bzw. Abwesenheit von Einschränkungen, Hemmnissen und Zwängen“, bedeutet „positive Freiheit“ die „Freiheit zu“ etwas, also „die Fähigkeit, mit seinem Wollen und Handeln tatsächlich in ein Verhältnis treten, in letzter Instanz entscheiden, Ziele und Mittel wählen, dem eigenen Wollen und Handeln dadurch eine Richtung und ein Objekt geben und Ordnungen nicht nur hinnehmen, sondern auch selbst setzen zu können“ [Wildfeuer 2002, 353; vgl. Berlin 1995, 201-214]. Nach Wildfeuer ergeben erst beide Begriffe zusammen das Gesamtbild von Freiheit, da negative Freiheit zwar die Option für Freiheit bereitstellt, aber noch nicht ihre Umsetzung bedeutet. Der negativen Freiheit ist die Handlungsfreiheit zugeordnet (libertas agendi, die Möglichkeit zu handeln), der positiven Freiheit die Willens- und Entscheidungsfreiheit (libertas volendi, die Möglichkeit zu wollen) [vgl. Wildfeuer 2002, 353].
Die positive Freiheit, auf die sich auch Honneth mit seinem Begriff der reflexiven Freiheit bezieht, teilt Berlin wiederum auf in zwei Varianten, die Idee der Selbstverwirklichung und die Idee der Autonomie. Beide Varianten resultieren aus der Vorstellung, dass der Mensch nur soweit frei ist, wie er selbst über seine Handlungen entscheiden kann:

> Welche Konsequenzen die Unterscheidung zwischen zwei Selbst hat, wird noch deutlicher, wenn man die beiden wichtigsten Formen betrachtet, die der Wunsch nach Selbstbestimmung – nach Bestimmung durch das eigene, „wahre“ Selbst – historisch angenommen hat: zum einen die Selbstverleugnung mit dem Ziel, Unabhängigkeit [Autonomie, S. W.] zu erlangen; zum anderen die Selbstverwirklichung, die vollständige Identifizierung mit einem bestimmten Prinzip oder Ideal, die das gleiche Ziel anstrebt. [Berlin 1995, 215; vgl. Honneth 2013, 59]

Der zeitgenössische Philosoph Harry Frankfurt schafft eine deutliche Unterscheidung zwischen dem Konzept der Authentizität und dem der Selbstverwirklichung. Für Frankfurt stehen individuelle Wünsche nicht unverrückbar fest, sondern können von der Perspektive eines späteren Zeitpunkts im Leben aus noch einmal reflektiert und dann akzeptiert, verworfen oder bekräftigt werden [vgl. Frankfurt 2001, 65-83; Honneth 2013, 71]. Doch erst durch die Identifikation mit diesem Wunsch, aus der dann schließlich der Anlass für eine Handlung entsteht, kann diese Handlung tatsächlich als frei verstanden werden: „Der Wille einer Person ist nur dann frei, wenn sie frei ist, den Willen zu haben, den sie möchte." [Frankfurt 2001, 81; vgl. Honneth 2013, 71] Das bedeutet, die Wahlfreiheit zu haben, ob man einen Wunsch auch zum eigenen Willen macht, oder ob man diesen Wunsch nach erneuter Reflexion verwirft: „Welcher Wille immer dann dabei herauskommt, der Wille einer Person, die Willensfreiheit hat, hätte auch ein anderer sein können. Wer in seinem Willen frei ist, hätte sich einen anderen Willen bilden können, als er tatsächlich tat." [Frankfurt 2001, 81; vgl. Honneth 2013, 71] Die Besonderheit bei Frankfurts Verständnis von Authentizität ist, dass die Option, sich komplett mit einem inneren Wunsch zu identifizieren, nicht an die Kontinuität der Lebensgeschichte des Subjekts gebunden ist. Das Subjekt kann durchaus auch authentische Handlungen vollbringen, ohne diesen Wunsch als Element in der eigenen Entwicklung zu verstehen [vgl. Honneth 2013, 71 f.]. Selbstverwirklichung hingegen hängt eng mit der lebensgeschichtlichen Kontinuität zusammen, ihre Freiheit ist immer das Resultat einer Reflexion, die die gesamte Lebensgeschichte des Subjekts integriert [vgl. Honneth 2013, 71 f.].

Honneth führt das Prinzip der Selbstverwirklichung weiter aus auf die Idee sozialer Gerechtigkeit: „Wenn die Freiheit nun als ein reflexiver Akt gedacht und diese Reflexion als ein lebenslanger Prozeß der Artikulation des eigenen Selbst interpretiert wird, so muß die daraus resultierende Konzeption von Gerechtigkeit ein soziales System vorstellbar machen, in dem jedes Subjekt ohne Schädigung der anderen zu einer derartigen Selbstverwirklichung in der Lage ist." [Honneth 2013, 74]
Diese Art der Selbstverwirklichung, die aufbaut auf einer die gesamte Lebensgeschichte durchlaufenden Äußerung der individuellen Persönlichkeit, kann sich auf zwei Weisen darstellen, kollektivistisch und individualistisch. Im kollektivistischen Verständnis ist das einzelne Subjekt nicht zur Selbstverwirklichung fähig, da es zu stark in die soziale Gemeinschaft eingebunden ist und somit auch nur in ihrem Rahmen eine persönliche Verwirklichung stattfinden kann. Das individualistische Verständnis ist darauf aufgebaut,

dass Selbstverwirklichung durch das einzelne Subjekt geschieht [vgl. Honneth 2013, 75]. In diesem individualistischen Verständnis muss auch die Konzeption von Gerechtigkeit individualistisch ausgerichtet sein und versteht sich als „eine Summe von sozialen Ressourcen und kulturellen Voraussetzungen [...], die es dem individuellen Subjekt ermöglichen sollen, im Laufe seines Lebens ungezwungen sein authentisches Selbst zu artikulieren“ [Honneth 2013, 75]. Dieser Gedanke geht zurück auf John Stuart Mill: Laut Mill hat jede Regierung die Aufgabe, für eine „Atmosphäre von Freiheit“ [Mill 1974, 89] zu sorgen, in der sich die Mitglieder der Gesellschaft entfalten und ihre persönlichen „Eigenschaften, Fähigkeiten oder Regungen“ [Mill 1974, 85] entwickeln können [vgl. Honneth 2013, 75]; denn für Mill sind „Individualität und Entwicklung eins [...], und daß einzig ihre Pflege wohl entwickelte menschliche Wesen hervorbringt oder bringen kann [...]“ [Mill 1974, 88], steht für Mill außer Frage. Diese Selbstverwirklichung muss der Staat durch „allgemeine Bildungsmaßnahmen, Meinungsvielfalt und kulturelle Angebote“ [Honneth 2013, 75 f.] ermöglichen. Jedes Subjekt hat einen absoluten Anspruch auf die Möglichkeit, sein persönliches Inneres zu ergründen und in seiner individuellen Lebensgeschichte auch umzusetzen [vgl. Honneth 2013, 76].

5.2 Sicherheit

Der Begriff der Sicherheit geht etymologisch auf das lateinische *securitas* zurück (se = ohne, curas = Sorge) und wird erstmals von Cicero genannt, der Sicherheit als „Abwesenheit von Kummer, worin das glückliche Leben besteht“ [Cicero zitiert nach Makropoulos 1995, 745] bezeichnet [vgl. Brockhaus 2014b; Makropoulos 1995, 745]. Im 17. Jahrhundert wird unter Sicherheit auch die Sicherheit des Eigentums verstanden und das Recht auf Sicherheit begriffen als ein Recht, das jedem Menschen von Geburt an zusteht [vgl. Brockhaus 2014b]. Sicherheit tritt somit „als Aufgabe staatlichen, öffentlichen und auch gesellschaftlichen Handelns in den Vordergrund“ [Brockhaus 2014b]. Allerdings erscheint bereits hier Sicherheit auch als Antonym zu Freiheit; beispielsweise können staatliche Interventionen von Seiten des Fürsten zur Festigung seiner Macht die Freiheit der Untergebenen beschränken [vgl. Brockhaus 2014b].

Für Thomas Hobbes geht die Pflicht des Staates gegenüber dem Bürger deutlich über eine reine Schutzfunktion hinaus, auch sein Wohl muss garantiert sein: „But by safety must be understood, not the sole preservation of life in what condition soever, but in order to it’s happiness.“ [Hobbes zitiert nach Makropoulos 1995, 747 f.] Hierdurch bekommt der Begriff

der Sicherheit eine neue Dimension, die über die Ermöglichung reiner Selbsterhaltung hinausgeht und die „Möglichkeitsbedingung menschlicher Selbstentfaltung“ [Makropoulos 1995, 747 f.] miteinbezieht.
Ab dem 18. Jahrhundert wird Sicherheit dann zu einer „ambivalenten Leitidee“ [Brockhaus 2014b], die sich auf die „gesellschaftliche[n], politische[n], wirtschaftliche[n] und individuelle[n]“ [Brockhaus 2014b] Bereiche des Lebens auswirkt und bis in die heutige Zeit kontinuierlich weiterentwickelt.

Anfang des 19. Jahrhunderts kristallisiert sich schließlich ein Sicherheitsverständnis heraus, das zunehmend die Individualität des Menschen in den Fokus nimmt und verstanden werden kann als

> ein Programm, eine Zielbestimmung, [das] sich in sozialem Handeln, in politischen Aktionen, in psychischen Reaktionen, technischen Vorkehrungen, wissenschaftlichen Berechnungen, moralischen Appellen, gesetzlichen Regelungen und gesellschaftlichen Institutionen ausdrücken kann. Im Alltagsverständnis wird die Vorstellung von Sicherheit mit den Begriffen Geborgenheit, Schutz, Risikolosigkeit, Gewissheit, Verlässlichkeit, aber auch mit Selbstbewusstsein, Vertrauen, Geschicklichkeit, mit Verfügbarkeit, Garantiertheit, Voraussehbarkeit, Berechenbarkeit und Haltbarkeit verbunden. Als Gegenbegriff verweist Sicherheit auf Gefahr, Risiko, Unordnung und v. a. Angst. [Brockhaus 2014b]

Hieraus abgeleitet lässt sich eine innere wie eine äußere Form von Sicherheit unterscheiden. Während die innere Sicherheit abhängig ist „von psychischen Faktoren ebenso wie von Selbstbewusstsein und biografischer Erfahrung“, zielt die äußere Sicherheit „auf kollektiv oder gleichsam objektiv gegebene [Sicherheit], auf Risikominimierung, Planung, technische Handhabbarkeit und Schutzgewährung [...]“ [Brockhaus 2014b].

Im Kontext von Technik bedeutet Sicherheit laut Banse „die Abwesenheit von Gefahr für Leib und Leben“ [Banse 2013, 24]. Sicherheit bezieht sich einerseits „auf etwas *Zukünftiges*, auf einen Zusammenhang zwischen einer gegenwärtigen Lage und dem Ausschluss eines zukünftigen Schadensereignisses. Zweitens erfasst Sicherheit den Ausschluss eines zukünftig nur *möglichen* Ereignisse [sic], dessen Eintritt weder gewiss noch unmöglich ist“ [Banse 2013, 24]. Das Ziel des Technikeinsatzes ist immer die Steigerung von Sicherheit, „mithin die Überwindung von Unsicherheit und Risiko“ [Banse 2013, 24].

Betrachtet man den Begriff der Sicherheit hinsichtlich seiner Bedeutung für ältere Menschen mit Einschränkungen der physischen wie kognitiven Fähigkeiten, so meint Sicherheit insbesondere „den Schutz der Patienten vor Schaden“ [Manzeschke et. al 2013, 15]. Schaden kann durch verschiedene Situationen entstehen, wie beispielsweise einen medizinischen Notfall, dessen Ursache in der Erkrankung des Patienten liegt und auf den das Versorgungssystem schnell reagieren sollte; Sicherheit wäre hier durch einen automatischen Alarm gewährleistet [vgl. Manzeschke et. al 2013, 15]. Andererseits müssen Systeme, die zur Erhöhung der Sicherheit eingesetzt werden, wie etwa Technologien aus dem Bereich Ambient Assisted Living (AAL), so ausgerichtet sein, dass sich Bedienungsfehler und/oder ein Ausfall der Technik nicht gefährdend auswirken können [vgl. Manzeschke et. al 2013, 16]. Ein wichtiger Aspekt hierbei ist, dass nicht nur objektiv die Sicherheit der Patienten oder Bewohner erhöht wird, sondern sich auch ihr subjektives Empfinden von Sicherheit erhöhen soll [vgl. Manzeschke et. al 2013, 16]. Manzeschke et al. werfen allerdings auch die Frage auf, wie Konflikte „zwischen Sicherheit und Privatheit oder Sicherheit und Selbstbestimmung (Freiheit) gelöst werden“ [Manzeschke et. al 2013, 16] können.

5.3 Bedeutung von Freiheit und Sicherheit für Menschen mit Demenz

> *Interaktionen zwischen alten Menschen und ihrer Umwelt sollten beides beinhalten, die Bereitstellung von Sicherheit überall dort, wo dies notwendig ist und die Anregung zur Autonomie überall dort, wo dies möglich ist.*
> *[Wahl 1991, 96]*

Freiheit und Sicherheit stehen nicht zuletzt deshalb in einem dilemmatischen Verhältnis, weil sie sich nicht ausschließlich gegensätzlich zueinander verhalten. Je nach Kontext, sind sie auch komplementär bzw. bedingen sich gegenseitig. In der Europäischen Menschenrechtskonvention werden Freiheit und Sicherheit im selben Artikel genannt; der gesamte Artikel 5 beinhaltet das „Recht auf Freiheit und Sicherheit“, Artikel 5 (1) wird eingeleitet mit: „Jede Person hat das Recht auf Freiheit und Sicherheit.“ [EMRK 2010, Art 5] Während im weiteren Verlauf der Begriff der Freiheit stark thematisiert wird, kommt der Begriff der Sicherheit kein einziges Mal mehr vor [vgl. EMRK 2010, Art 5].

Sicherheit bedeutet nicht nur Unversehrtheit und Schutz, sondern ist auch Voraussetzung für individuelle und selbstbestimmte Lebensführung [vgl. Heesen 2014, 86 f.; Böhle 2013, 281]. Ammicht Quinn wirft die Frage auf, ob Sicherheit und Freiheit überhaupt gegeneinander aufgewogen werden können; problematisch ist, dass sich Sicherheit auf eine „ungewisse Zukunft bezieht, während die Konsequenzen einer Herstellung von Sicherheit“ [Ammicht Quinn 2014, 30], wie die Einschränkung von Freiheit, sofort spürbar sind.
Die Abwägung von Freiheit und Sicherheit ist so konfliktreich, da es sich bei beiden um sehr subjektive Größen handelt; das bedeutet auch, dass beide veränderliche Größen sind, die sich nicht festlegen lassen [vgl. Gaycken 2013, 363]. Dies „bietet anhaltendes Konfliktpotential, das ein eigenständiges ethisches Problem formiert“ [Gaycken 2013, 363].
Gaycken verweist auf den Widerspruch, der entsteht, wenn Freiheit höher gewertet wird als Sicherheit, „da die Existenz selbst notwendige Bedingung des Auslebens von Freiheit ist, eine Gefährdung der Existenz im Sinne der Freiheit also nicht hinnehmbar erscheint“ [Gaycken 2013, 359]. Im Sinne Gayckens „ist aus ethischer Perspektive Sicherheit kein absoluter Wert, sondern sie kann relativ zu anderen Bedürfnissen eingeschränkt werden“ [Gaycken 2013, 359].
Ammicht Quinn macht deutlich, dass das „richtige Handeln“, wenn es um Sicherheit geht, immer „an die Frage nach dem ‚guten Leben’ zurück gebunden“ ist, was auch bedeutet, „dass technikbasiertes Sicherheitshandeln nie ‚alternativlos’ ist, sondern immer gemeinsam mit sozialem Handeln bzw. den sozialen Ursachen von Bedrohungen und Gefahren reflektiert werden muss“ [Ammicht Quinn 2014, 30].

Im Falle von Bewohnern von Altenpflegeheimen müssen die angewandten Sicherheitsmaßnahmen, die sich potenziell freiheitseinschränkend auswirken können, am Einzelfall bestimmt und festgelegt werden [vgl. Oberhauser 2014, 34]. Dies bedeutet jedoch nicht, dass zum Schutz des Bewohners alle prinzipiell für den Bewohner kompatiblen Schutzvorrichtungen auch angewandt werden sollen, sondern es muss abgewogen werden zwischen der „grundsätzliche[n] Verpflichtung des Heimbetreibers zum Schutz des Bewohner[s] vor Verletzungen“ und den „Grundrechte[n] des Betroffenen, sein[em] Recht auf Fortbewegungsfreiheit, auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und insbesondere seine[r] Menschenwürde“ [Oberhauser 2014, 34]. Der Bundesgerichtshof (BGH) bringt dies auch in seinem Urteil über die Pflicht des Trägers eines Pflegewohnheims zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit seiner Bewohner vom 28.04.2005 (Az. III ZR 399/04) zum Ausdruck, das besagt, „Maßstab müssen das Erforderliche und das für die Heimbewohner und

das Pflegepersonal Zumutbare sein, wobei insbesondere auch die Würde und die Selbständigkeit der Bewohner zu wahren sind“ [BGH 2005; vgl. Oberhauser 2014, 34].

Bei Menschen mit Demenz kann das Spannungsfeld Freiheit versus Sicherheit durch gewisse Symptome verschärft sein, wie die innere Unruhe, die zum sogenannten Wandering führen kann, oder den Drang, nach Hause zu gehen; dies wiederum führt häufig dazu, dass Menschen mit Demenz das Pflegeheim verlassen, was ein Risiko des Verlaufens und für Unfälle mit sich bringt [vgl. Weinberger/Decker/Krings 2014, 62]. Aus der Perspektive uneingeschränkter Freiheit darf man diese Menschen mit Demenz nicht aufzuhalten versuchen, aus der Perspektive der Erhöhung der Sicherheit hingegen muss ein Weg gefunden werden, sie vor den potenziellen Konsequenzen ihrer Handlung zu schützen. Dieses Dilemma betrifft jedoch nicht nur die Menschen mit Demenz selbst, sondern auch deren Angehörige und insbesondere die Pflegenden der Pflegeheime, die sowohl rechtlich als auch moralisch in der Verantwortung stehen. Gerade das Pflege- und Betreuungssystem für Menschen mit Demenz steht hier vor der schwierigen Aufgabe, einerseits so viel Freiheit wie möglich und im Zuge dessen auch Mobilität und Selbstbestimmung zu fördern und zuzulassen, andererseits aber auch der Verpflichtung nach so viel Schutz wie nötig nachzukommen, der durch den häufig vorkommenden Mangel an Orientierungs- und Selbsteinschätzungsvermögen bei Menschen mit Demenz angebracht ist [vgl. Weinberger/Decker/Krings 2014, 62].

Eine derzeit diskutierte Option zur Entschärfung dieses Spannungsfelds sind Technologien für Menschen mit Demenz, die „zur Aktivierung, Therapieunterstützung und Alltagsassistenz“ [Weinberger/Decker/Krings 2014, 62] eingesetzt werden können. Allerdings bergen auch gerade diese Technologien wieder das Risiko, Freiheit einzuschränken oder aber beispielsweise durch Fehler in der Anwendung eher noch Unsicherheit zu erzeugen.

5.3.1 Bedeutung von Freiheit für Menschen mit Demenz

Beschäftigt man sich mit der Bedeutung von Freiheit und im Zuge dessen mit der Bedeutung von Autonomie für Menschen mit Demenz, stehen zwei Problematiken im Vordergrund. Erstens findet sich der Begriff der Autonomie als geradezu inflationär verwendetes Schlagwort in den aktuellen Diskursen, auch im Kontext mit der Anwendung von Technologien bei Menschen mit Demenz. Allerdings bleibt eine Beschreibung dessen, was Autonomie im Alter bzw. Autonomie bei Menschen mit Demenz konkret bedeutet, in der Regel aus [vgl. Krings 2014, 85]. Zweitens kann sich die Zuweisung von Autonomie für Menschen mit Demenz als schwierig gestalten; je weiter der kognitive Abbau im Verlauf der Demenz fortgeschritten ist, umso schwieriger wird es auch, dem Betroffenen einen Rahmen für sein autonomes Handeln zu eröffnen. Durch die zunehmende Verwirrtheit steigt einerseits der Bedarf an fürsorglichen Sicherheitsvorkehrungen, andererseits nimmt die Äußerung von Wünschen und persönlichen Voraussetzungen für die eigene Lebensqualität immer stärker ab. Um einen Ansatz zu erarbeiten, der diese beiden Problematiken fokussiert, gründen die folgenden Ausführungen zu Freiheit in ihrer spezifischen Bedeutung für Menschen mit Demenz auf dem in Kapitel 5.1 erarbeiteten philosophisch-historischen Verständnis von Freiheit, Autonomie und Authentizität nach Honneth und erweitern dieses um Erkenntnisse aus der Pflege-Fachliteratur. Auf dieser Basis findet eine Erweiterung des Prinzips der Autonomie um das Prinzip der Authentizität statt, das sich auch bereits in einigen pflegerischen Ansätzen findet. Dies ermöglicht die Entwicklung eines Umgangs mit Menschen mit Demenz, der deren Würde respektiert und die Erhöhung ihrer Lebensqualität zum Ziel hat.

5.3.1.1 Autonomie

Um in einem pflegerischen Kontext Autonomie realisieren zu können, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein: „Freiheit bzw. Freiwilligkeit als eine gewisse Unabhängigkeit von kontrollierenden Einflüssen und Intentionalität als Fähigkeit, bestimmte Ziele zu setzen und zu verfolgen.“ [Bobbert 2002, 130] Für eine „[i]ndividuelle Autonomie“ muss die „Fähigkeit zur Selbstbestimmung“ [Bobbert 2002, 131] gegeben sein. Dafür wiederum müssen zwei Bedingungen erfüllt sein: „Zum ersten muß ein Mensch sich überhaupt darüber bewußt sein, Wünsche und Ziele zu haben und diese auch verfolgen zu wollen. Zum zweiten muß er fähig sein, sich in ein Verhältnis zu den faktischen Bedingungen und Voraussetzungen

seines Lebens und zu seinem eigenen Streben und Handeln zu setzen.“ [Bobbert 2002, 131; vgl. Sittner 2014, 222]

Dabei darf Autonomie aber nicht mit Selbstständigkeit verwechselt werden. Selbstständigkeit meint die Fähigkeit, Abläufe alleine zu meistern, während Autonomie die Fähigkeit zur Selbstbestimmung bedeutet, was Hilfe von außen nicht ausschließt. Ein unselbstständiger bzw. pflegebedürftiger Mensch kann also durchaus autonom sein [vgl. Bremer 2005, 33; Brandenburg 2002, 376 f.].

Autonomie ist aber nicht nur in einem Zusammenhang stehend zu sehen mit „Unabhängigkeit, Selbstbestimmung, Individualität, Kreativität, Freiheit, Emanzipation, Wahlmöglichkeiten, Selbstständigkeit“ [Huber et al. 2005a, 21], sondern auch mit Menschenwürde, die durch Eingriffe in die Freiheit bzw. Autonomie eines Menschen angegriffen wird. Die Autonomie eines Menschen zu respektieren und ihn in seinen Entscheidungen und Handlungen zu unterstützen, bedeutet, ihn würdevoll zu behandeln. Bremer betont die Relevanz eigener Entscheidungen für das Wohlbefinden der Bewohner von Pflegeheimen; der Alltag im Heim wird als weniger belastend empfunden, wenn den Bewohnern Wahlmöglichkeiten eröffnet werden [vgl. Bremer 2005, 33]. Dies belegt auch eine Studie [Langer/Rodin 1976], in der in einem Pflegeheim auf einer von zwei Stationen die Bewohner dazu angehalten wurden, an der Gestaltung ihres Wohnbereichs aktiv teilzuhaben, sich beispielsweise um die Pflanzen zu kümmern oder das betreuerische Angebot mitzubestimmen. Die Bewohner des anderen Wohnbereichs wurden dazu aufgefordert, alles den Pflegenden und Betreuenden zu überlassen und keine Aufgaben zu übernehmen. Mit signifikanter Auffälligkeit stiegen in der ersten Gruppe das Wohlbefinden, die Aktivität und Mobilität der Bewohner, während in der zweiten Gruppe die Mobilität und subjektiv empfundene Lebensqualität deutlich abnahmen [vgl. Langer/Rodin 1976; Brandenburg 2005, 36]. Diese Relevanz zeigt sich auch in einer Studie, auf die Glasenapp verweist: „Hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung, also die Einschätzung, hohen Einfluss auf die eigene Umwelt zu haben bei geringer Überzeugung, durch externale Einflüsse gesteuert zu sein, geht mit hoher Zufriedenheit und positivem Wohlbefinden einher.“ [Glasenapp 2010, 55] Ähnliches weisen empirische Untersuchungen zu Autonomie im Alter auf, bei denen die nach einem Ausschnitt ihrer jüngeren Vergangenheit befragten älteren Menschen „immer ein[en] Teil der Geschichte ihrer Unabhängigkeit [erzählten], mehr noch, die Geschichte ihrer Autonomie – beziehungsweise die ihres Autonomieverlusts“ [Heimerl/Berlach-Pobitzer 2000, 106].

Ein Begriff, der in diesem Kontext häufig auftaucht, ist Empowerment. Empowerment bedeutet „die Befähigung zur Selbstverantwortung, zur Teilhabe“ [Hürlimann 2005, 21] eines Menschen, die durch einen fördernden Charakter der Pflege innerhalb einer Pflegebeziehung kommuniziert und unterstützt wird und dazu führen soll, „die Bewohner [von Pflegeheimen, S. W.] zur Übernahme respektierter und herausfordernder sozialer Rollen zu ermutigen [...], ihr Selbstwertgefühl zu steigern und soziale Kontakte innerhalb und außerhalb des Pflegeheims zu fördern“ [Heimerl/Berlach-Pobitzer 2000, 115 f.]. Diese Thematik kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht weiter vertieft werden.

Nun kann man schlussfolgern, dass Autonomie im Alter bzw. für Bewohner von Pflegeheimen ein hohes Maß an Entscheidungsfreiheit bedeutet, an Beteiligungs- und Gestaltungsmöglichkeit am eigenen Alltag und der eigenen Umwelt sowie eine gewisse Bandbreite an sozialen und kulturellen Angeboten, die aktiv genutzt werden können; dies entspricht auch dem augenscheinlichen Konsens des aktuellen Diskurses und ist sicherlich in vielen Fällen richtig. Allerdings kann dieses Verständnis von Autonomie bzw. deren Umsetzung nur für einen älteren Menschen funktionieren, der sowohl kognitiv als auch physisch dazu in der Lage ist, das dafür erforderliche Maß an Aktivität aufzubringen. Da dies bei Menschen mit Demenz nicht vorausgesetzt werden kann, bedarf es einer Differenzierung des Autonomieverständnisses.

In diesem Zusammenhang muss Beachtung finden, dass Werte wie Wohlbefinden und Lebensqualität sehr subjektiv sind und sogar nur bedingt von äußeren Umständen abhängen [vgl. Glasenapp 2010, 40 f.]. Heimerl und Berlach-Pobitzer differenzieren zwischen objektiver und subjektiver Autonomie: Während für einen Außenstehenden ein Bewohner eines Pflegeheims nicht autonom zu sein scheint, kann dieser Bewohner dennoch sich selbst als autonom handelnd empfinden und ist somit subjektiv autonom, aber nicht objektiv [vgl. Heimerl/Berlach-Pobitzer 2000, 119 f.]. Unterschiede im Verständnis von dem, was Autonomie bedeutet, dürfen nicht unterschätzt werden und vor allem nicht zu Lasten der älteren Menschen gehen: „[D]er Respekt vor der Autonomie Älterer [muss] auch beinhalten, dass das eigene Verständnis von Kompetenz, Rationalität und Kohärenz gegenüber den Normen Älterer zurückgestellt wird.“ [Brandenburg 2005, 38] Auch kann man nicht allen Menschen in Pflegeheimen und/oder Menschen mit Demenz die gleichen Bedürfnisse unterstellen. Genauso wie Menschen in anderen Lebensaltern, unterscheiden sich auch ältere Menschen in ihren Veranlagungen, Interessen und Fähigkeiten [vgl. Huber et al. 2005d, 42].

Somit muss ihnen unter anderem das Recht eingeräumt werden, sich nicht autonom zu verhalten oder nicht nach mehr Autonomie zu verlangen, sofern sie das wollen. Denn dann steht das Drängen zu mehr Autonomie in einem Widerspruch zur Entscheidungsfreiheit, die doch durch die Zunahme an Autonomie gerade ermöglicht werden soll [vgl. Brandenburg 2002, 377]. Huber et al. kritisieren diesbezüglich das pauschal angewandte Autonomiekonzept: „Es ist daher nicht ohne Ironie, im Sinne eines abstrakten Autonomiekonzepts allen Bewohnern dieses Bedürfnis zu unterstellen und zu ignorieren, dass einige alte Menschen nicht nur die Durchführung, sondern auch die Entscheidung bezüglich relevanter Fragen ihrer alltäglichen Lebensgestaltung an andere Personen delegieren und damit auf Autonomie verzichten." [Huber et al. 2005d, 42]
Der erste Schritt dazu, den Bewohner eines Pflegeheims zu wirklicher Autonomie zu ermutigen und ihm Autonomie zuzuweisen, besteht in einem unbedingten Respekt vor den Wünschen dieses Menschen, egal welchen Inhalts oder wie geringfügig der Wunsch wirken mag. Das bedeutet auch, dass ein Nein akzeptiert werden muss. Gerade in einer entschleunigten Welt wie der eines Pflegeheims, in der sich Alltag eher kleinschrittig konstituiert, können auch kleine Veränderungen einen großen subjektiv empfundenen Unterschied machen.

5.3.1.2 Authentizität

Ab einem gewissen Grad des kognitiven Abbaus ist jedoch bei Menschen mit Demenz eine Zuschreibung von Autonomie nicht mehr möglich. Trotzdem muss es gelingen, in den für diese Menschen von Pflegenden oder Angehörigen getroffenen Entscheidungen die Wünsche und Meinungen der Betroffenen zu respektieren. Brandenburg unterscheidet dafür in authentische und nicht-authentische Autonomie: „Authentische Autonomie meint Entscheidungen, die in Übereinstimmung mit der Persönlichkeit, dem Charakter, den Werten und der Lebensgeschichte des Betroffenen getroffen werden. Nicht-authentische Autonomie bezieht sich auf Entscheidungen, die mit dem Charakter, der Biographie und dem Selbstverständnis der Person unvereinbar sind." [Brandenburg 2002, 378; vgl. Brandenburg 2005, 38] Brandenburg bezieht sich hier zwar auf die authentischen und nicht-authentischen Entscheidungen des Betroffenen selbst, trotzdem kann dieses Prinzip auch auf Entscheidungen durch andere für den Betroffenen angewandt werden. Um das Prinzip der authentischen Autonomie bzw. das Prinzip der Authentizität anwenden zu können, müssen jedoch einige Voraussetzungen erfüllt sein. Eine authentische Entscheidung von außen kann

nur getroffen werden, wenn derjenige, der die Entscheidung fällt, einen Überblick über die Biografie, den Charakter und die Einstellung des Menschen mit Demenz hat [vgl. Brandenburg 2002, 379]. Es geht also um eine Abschätzung, wie der Mensch mit Demenz sich verhalten bzw. entscheiden würde, wenn er als die Person, die er ist, noch im Vollbesitz seiner kognitiven Fähigkeiten wäre.

Hier ist wichtig zu betonen, dass auch in einem stark fortgeschrittenen Stadium der Demenz dem betroffenen Menschen unverändert sein Status als Person zugesprochen werden muss. Nach Wetzstein bedeutet „die Abwesenheit von Bewusstsein nicht die Abwesenheit der Person [...]. Die Person geht auch nicht verloren, wenn Gehirnfunktionen immer mehr schwinden“ [Wetzstein 2005, 183]. Diese Abschätzung kann im Rahmen der bereits in Kapitel 3.1 angesprochenen Biografiearbeit gelingen. Biografiearbeit bedeutet, solange wie möglich mit dem Betroffenen zusammen, danach mit seinen Angehörigen, Einblicke in das Leben des Menschen mit Demenz zu gewinnen und daraus auf seine potenziellen Entscheidungen rückzuschließen. Somit kann der „Pflegeprozess des Heimbewohners im Sinne einer individualisierten Pflege“ [Sauer/Dansou/Bockenheimer-Lucius 2014, 83] verbessert werden. In der Praxis könnte das beispielsweise bedeuten, dass man einen Menschen, der in seinem mittleren Lebensalter eher zurückgezogen gelebt hat, nicht zu überreden versucht, an geselligen Veranstaltungen teilzunehmen, sofern er den Wunsch dazu nicht äußert; oder dass man einem Bewohner, der gerne im Garten gearbeitet hat, die Möglichkeit zur Blumenpflege eröffnet.
Bei Menschen mit Demenz, die sich an ihrer eigenen Biografiearbeit noch aktiv beteiligen können, wirkt diese Arbeit auch dem Vergessen entgegen und kann als sinnstiftend empfunden werden; ebenso können sich die Zufriedenheit und das Selbstbewusstsein durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte erhöhen [vgl. Huber et al. 2005b, 119 f.]. Wetzstein betont, dass „[d]ie Identität der Person [...] immer auch die durch sie selbst oder andere Personen konstituierte Kontinuität mit dem Vergangenen [ist]“ [Wetzstein 2014, 410]. Näher kann im Rahmen dieser Arbeit nicht auf Biografiearbeit eingegangen werden.

Nach den eigenen Wünschen und Vorstellungen leben zu können, prägt das Selbstverständnis eines Menschen; es verschafft ihm außerdem ein Gefühl von Sicherheit, wenn er ein Mitbestimmungsrecht an dem hat, was mit ihm geschieht [vgl. Bobbert 2002, 137 f.].

5.3.2 Bedeutung von Sicherheit für Menschen mit Demenz

Sicherheit kann für Menschen mit Demenz zwei Bedeutungen haben: einerseits eine gewissermaßen physische Sicherheit im Sinne guter pflegerischer Versorgung und der Abwesenheit von Gefahr durch Stürze und andere physische Gesundheitsgefährdungen; andererseits eine psychische Sicherheit im Sinne einer gefühlten Sicherheit, die auch impliziert, dass nichts mit einem passiert, das man nicht will oder, falls man zu einer Willensäußerung nicht mehr fähig ist, gewollt hätte [vgl. Wahl 1991, 93]. Im Falle der psychischen Sicherheit ist Sicherheit stark an Vertrauen gebunden, zumal diese „die Reduktion von Komplexität" [Ammicht Quinn 2014, 20] ermöglicht. Zegelin betont, dass Sicherheit vor allem durch eine funktionierende Pflegebeziehung und deren Routine erzeugt wird, bei der eine „Einstellung aufeinander" [Zegelin 2013, 126] eine maßgebliche Rolle spielt.
Wahl und Baltes verweisen darauf, dass Sicherheit „von der Existenz physischer, sozialer oder interpersonaler Ressourcen abhängig ist. Es wird sofort erkennbar, daß bei niedriger Kompetenz oder bei Kompetenzverlust das Sicherheitsbedürfnis steigt und die Abhängigkeit von Ressourcen größer wird" [Wahl/Baltes 1992, 101]. Auch hängen das Sicherheitsbedürfnis und das Wohlempfinden zusammen. Das Pflegeheim ist aus dieser Perspektive wohl die Wohnform, die das Sicherheitsbedürfnis Älterer am stärksten erfüllt [vgl. Wahl/Baltes 1992, 102].

Im Folgenden wird die Bedeutung von Sicherheit für Menschen mit Demenz anhand der empirischen Daten aus MOVEMENZ erarbeitet. Ausgehend von der Darstellung von Sicherheit in Kapitel 5.2, werden die Beobachtungsprotokolle und die mit den Bewohnern, Pflege- und Betreuungskräften und Angehörigen geführten Interviews hinsichtlich folgender Fragestellungen ausgewertet: In welcher Form findet physische Sicherheit durch Schutz vor Schaden bei Menschen mit Demenz in einem Pflegeheim statt? Wodurch drückt sich psychische Sicherheit aus und wo verhilft die Möglichkeit eines Menschen mit Demenz, selbst über die eingesetzten Maßnahmen mitzubestimmen, zu mehr individueller und subjektiv empfundener Sicherheit? Was führt umgekehrt dazu, dass sich Menschen mit Demenz unsicher fühlen oder unsicher bewegen?

Die Beobachtungen aus MOVEMENZ weisen darauf hin, dass die psychische, empfundene Sicherheit für Menschen mit Demenz vor allem eine Frage von Hilfestellungen ist, die entweder technischer oder menschlicher Art sind. Diese Hilfestellungen sind meist nicht von

großem Ausmaß, ihre Umsetzung erfordert lediglich geringfügige technische Unterstützung oder menschliche Zuwendung. Fehlen sie allerdings, entsteht Unsicherheit. Insbesondere der Rollator, der in Altenpflegeheimen von einem Großteil der Bewohner genutzt wird, bedeutet eine deutliche Unterstützung und verhilft sowohl zu psychischer wie physischer Sicherheit:

> B215 macht regelmäßige kleine Runden, sofern es das Wetter zulässt, läuft sicher mit dem Rollator.
> [4D0194-0195]
>
> B124 ohne Rollator sehr unsicher Richtung Aufenthaltsbereich unterwegs, schlurfend.
> [2D0882]
>
> Ich helfe zweimal B114 und B124 zu ihren Zimmern zu kommen, erscheinen orientierungslos, vergessen ihren Rollator, sind dann sehr unsicher.
> [2D0237-0239]
>
> Dann macht sich B201 auf den Weg zu ihrem Rollator, schwankt etwas: „Oh je." Erscheint erleichtert, als sie ihren Rollator erreicht.
> [2D1548-1550]
>
> B105 ging mit Sohn B105a raus zum Spaziergang, den ich begleitete. B105 ging sicher mit dem Rollator und hat nach Konstitution selbstständig die Route bestimmt.
> [1D0201-0202]
>
> 229 **Frau K:** Nur, ohne Rollator kann ich nicht laufe'.
> 230 **Moderatorin (0:19:47):** Wieso nicht?
> 231 **Frau K:** Weil ich/ irgendwie bin ich/ ich bin net sicher auf d'Beine. Also des, des reicht net.
> [Interview B109]

Für die Bewohner des Altenpflegeheims ist der Rollator eine anerkannte Sicherheitsvorkehrung gegen Unfälle und gesundheitliche Schäden:

B110 zu B124: „Warum nehmen Sie nicht ihren Rollator. Da hattse einen und nimmt ihn nicht, wenn was passiert. Dann gibt's Probleme." B124 reagiert nicht. [2D0173-0174]

Bewohner sprechen B124 in herzlichem Ton an „Wo ham se denn ihren Wagen? – wenn was passiert". Angesprochene reagiert nicht, scheint sich nicht angesprochen zu fühlen.
[1D0141-0143]

Eine weitere Technik, die Sicherheit schafft, ist die Notrufklingel:

123 **Moderatorin (0:07:21):** Und Sie haben ja auch schon so eine Technik da?
124 **Frau K:** Ja, wenn ich was will oder auf Toilette muss.
125 **Moderatorin (0:07:28):** Wie finden Sie das?
126 **Frau K:** Toll.
127 **Moderatorin (0:07:30):** Toll?
128 **Frau K:** Ja. Weil ich bin immer am Tisch g'sessen und der Alarm war hinter mir. Und wenn das 'tue
129 hat, bis ich no 'komme' bin, war's weg, weil ich ja doch langsam bin. Und dann habe' sie mir das
130 g'gebe' und das ist ganz toll. Auch in der Nacht, brauchst nur draufdrücken und dann kommen'se.
131 Das hilft mir jetzt viel.
[Interview B211]

Sicherheit entsteht aber auch durch sehr kleine und alltägliche Dinge, wie das richtige Schuhwerk [vgl. Zegelin 2013, 126]:

[...] macht mich darauf aufmerksam, dass ihre Hausschuhe viel zu groß sind. Sprechen über die Notwendigkeit von anderen Schuhen, diese unterstützen anscheinend die Unsicherheit.
[2D1150-1152]

Oft braucht es aber auch menschliche Unterstützung, um als ausreichend empfundene Sicherheit zu generieren, damit der Mensch mit Demenz sich entsprechend seiner eigenen Wünsche und Vorstellungen verhalten kann:

> Etwa jeden zweiten Tag gehen die beiden zusammen eine Runde von circa 20-25 Minuten Länge, die je nach Tagesform variiert. Alleine traut sie sich nur vors Haus an den Brunnen bzw. ums Eck vor die Tagespflege, wo sie auf ihrem Rollator sitzend die Umgebung beobachtet.
> [1D0203-0206]

> 164 **Moderatorin (0:11:16):** Aber einen Spaziergang am Bächle entlang, das machen Sie alleine nicht?
> 165 **Frau G:** Ne, so bis an die Bank, da bin ich schon gange, aber weiter geh ich net. I geh net viel weiter,
> 166 weil i Angst hab wegen dem Umfalle, dann tät mein Sohn schimpfe ‚I hab dir g'sagt, du sollst net
> 167 alleine rumlaufe am beste'.
> [Interview B105]

Dem konträr gegenüber steht die Angst vor Stürzen, die mit Unsicherheit in Verbindung zu bringen ist:

> 170 **Moderatorin (0:09:33):** Weil Sie sagen, Sie haben auch so ein bisschen Angst?
> 171 **Frau K:** Ja. Ich bin nämlich schon dreimal g'stürzt.
> 172 **Moderatorin (0:09:40):** Hier draußen?
> 173 **Frau K:** In der Wohnung.
> 174 **Moderatorin (0:09:43):** Zu Hause?
> 175 **Frau K:** Zu Hause. Und seither hab ich einfach Angst.
> [Interview B211]

Ähnlich wie Autonomie, ist auch Sicherheit nicht immer objektiv zu beurteilen, sondern mitunter subjektiv zu erfassen und individuell. Entsprechend muss der selbstbestimmte Wunsch nach Sicherheit immer respektiert werden, auch wenn er sich augenscheinlich negativ auf Aspekte wie beispielsweise Autonomie oder Mobilität auswirkt:

> Dann gibt es nach Aussage der P eine B die laufen könnte, aber aus „Sicherheitsgründen“ im Rollstuhl sitzt, das ist aber ihre eigene Entscheidung gewesen.
> [2D0074-0075]

5.3.3 Spannungsfeld Freiheit versus Sicherheit

> *Es gibt kein Patentrezept, wo sich der Einzelne im Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Freiheit zu positionieren hat. Dies muss jeder aus der individuellen Situation und Konstellation heraus entscheiden. Dabei verstehen wir das Verhältnis von Sicherheit und Freiheit als dialektisch; es geht nicht um ein ausschließendes ‚entweder – oder’, sondern um ein verbindendes ‚sowohl – als auch’ […].*
> *[Glasenapp/Elbing zitiert nach Glasenapp 2010, 17]*

Das dilemmatische Spannungsfeld von Freiheit versus Sicherheit tangiert nicht nur die in erster Linie betroffenen Menschen mit Demenz, sondern auch deren Angehörige und die sie Pflegenden und Betreuenden. Zum Tragen kommt, dass die Angehörigen ihre Erwartungen sowohl an den Menschen mit Demenz als auch an das Pflegepersonal richten und das Pflegepersonal sowohl für die Sicherheit des Bewohners als auch für die Förderung seiner Autonomie zuständig ist. Auch Zeitmanagement und rechtliche Aspekte stellen Herausforderungen für die Pflegenden dar. Der Mensch mit Demenz selbst hingegen nimmt den Rückgang seiner kognitiven wie physischen Fähigkeiten oft nicht bzw. in einem anderen Maß als sein Umfeld wahr und erwartet mehr Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln, oder er grenzt aus Angst vor potenziellen Gefahren seine Eigenständigkeit mehr ein als vielleicht nötig [vgl. Weinberger/Decker/Krings 2014, 70].

5.3.3.1 Spannungsfeld Freiheit versus Sicherheit aus der Perspektive von Pflegenden

Die Arbeit in Altenpflegeheimen stellt die Pflegenden vor immer größere Herausforderungen. Zunehmender Zeitdruck und Einsparungen von Personalkosten durch einen geringen Pflegeschlüssel erschweren die Arbeitsbedingungen. Zugleich nimmt die Pflegebedürftigkeit älterer Menschen immer mehr zu [vgl. Huber et al. 2005c, 13]. Die Pflegenden befinden sich selbst schon in einem Dilemma: Einerseits haben sie den Wunsch, der Pflege und Betreuung der Bewohner mit adäquater Zuwendung und entsprechendem zeitlichen Aufwand nachzugehen, was andererseits ihre Arbeitssituation nicht zulässt [vgl. Huber et al. 2005c, 15]. Das im Folgenden dargestellte Spannungsfeld Freiheit versus Sicherheit aus der Perspektive von Pflegenden von Menschen mit Demenz stellt keinen umfassenden Überblick dar, da dieser im Rahmen der vorliegenden Arbeit leider nicht möglich ist. Die Darstellung konzentriert sich im Wesentlichen auf die Ergebnisse der Beobachtungen und Interviews im Zuge von MOVEMENZ. Ausgehend von den Ergebnissen aus den Kapiteln 5.3.1 und 5.3.2, werden die empirischen Daten hinsichtlich folgender Fragestellungen ausgewertet: Wie begegnen die Pflegenden den individuellen Freiheits- und Sicherheitsbedürfnissen der Menschen mit Demenz? Wo liegen die Grenzen der Zuweisung von Autonomie und Authentizität? Wie gehen die Pflegenden damit um, Entscheidungen für die Menschen mit Demenz treffen zu müssen? In welchen Bezug zu Sicherheit und Freiheit stellen die Pflegenden die Würde der Menschen mit Demenz? Wie sorgen die Pflegenden für Sicherheit für Menschen mit Demenz und unter welchen Umständen überwiegen Sicherheitsvorkehrungen auf Kosten der Freiheit? Sehen Pflegende in Sicherheit erzeugenden Technologien potenzielle Lösungen für das Dilemma von Freiheit versus Sicherheit? Zu welchen Konsequenzen können die Aspekte der hier aufgeführten Fragen letztlich führen?

Eine Entscheidung für einen Menschen mit Demenz zu treffen, stellt für die Pflegenden immer eine große Herausforderung dar:

> 163 **Sprecherin 42:** Es ist halt schrecklich, wenn man über den Kopf der Bewohner entscheidet, gerade
> 164 was Demente angeht, wenn die ein bisschen früher wie sonst ins Bett kommen, weil gerade die
> 165 Kollegin oder egal wer es ist, gerade meint, das ist jetzt voll gut für sie/ oder man ist total überzeugt

166 davon, so was finde ich schon schrecklich, also für mich persönlich denke ich mir oft, ich hätte anders
167 entschieden.
[Gruppeninterview Pflegekräfte]

Umso schwieriger gestaltet es sich für die Pflegenden, in konkreten Situationen sinnvoll zu entscheiden, wenn zwischen der Sicherheit der Menschen mit Demenz und ihrer Freiheit wegen Zeitmangels sehr schnell entschieden werden muss. Oft kommt es dann zu Entscheidungen, die unter geringerem Zeitdruck anders getroffen worden wären und nicht zugunsten des Bewohners ausfallen:

988 **Sprecherin 202:** Frau R. genauso, die man ja irgendwann mal aus Zeitmangel fixiert hat und die
989 konnte durchaus noch gut laufen in Begleitung/
[Gruppeninterview Pflegekräfte]

An diesem Beispiel wird ersichtlich, dass das Zusammenkommen einer Notwendigkeit von Sicherheitsvorkehrungen und einem konkreten Zeitmangel dazu führt, dass der Mensch mit Demenz deutlich in seiner Freiheit eingeschränkt wurde, um ihm Sicherheit gewährleisten zu können. Dies hätte aber mit einer Pflegekraft an seiner Seite auf eine Weise vonstattengehen können, die sich mobilitätsfördernd, nicht mobilitätsreduzierend ausgewirkt und seine Würde nicht untergraben hätte.
Eine vergleichbare Situation liegt hier vor:

B115 geht ein bis zweimal die Woche raus, soll aber nur in Begleitung nach draußen, da er sich überschätze.
[2D0410-0411]

In solchen Fällen besteht in technologischen Ansätzen ein großes Potenzial: Beispielsweise würde ein System, das eine Art Alarm auslösen kann, wenn es dem Betroffenen außerhalb des Pflegeheims nicht gut geht, es dem Bewohner ermöglichen, doch ohne Begleitung das Haus zu verlassen.

Auch Pflegende sehen das Potenzial in der Anwendung von Technik in ihrem Arbeitsbereich, betonen aber den menschlichen Faktor, der Vorrang vor der Technikanwendung haben muss:

683 **Sprecherin 134:** Da wäre schon die Technik hilfreich in der Pflege, aber immer mit der Pflegekraft
684 mitgedacht, also nicht, ich schicke einen Roboter und er macht, was ich sage, sondern ich bin dabei
685 und habe technische Hilfen.
[Gruppeninterview Pflegekräfte]

Wie bereits in den Kapiteln 2.3, 3.1 und 5.1 angesprochen, ist die Berücksichtigung der Individualität der Betroffenen relevant für deren Wohlbefinden und damit auch für deren Empfinden und Einschätzen ihrer eigenen Situation hinsichtlich Freiheit und Sicherheit:

1014 **Sprecherin 204:** Ich habe die Frau erst in letzter Zeit gekriegt, also ich bin mit ihr immer viel gelaufen
1015 und ich muss sagen, ich habe mit ihr und dem Lifter gar keine Probleme, aber ich habe einen Trick,
1016 wie ich mit ihr ins Gespräch kommen, ihr Lieblingsthema. Das ist auch ganz wichtig zu wissen, was ist
1017 das Lieblingsthema der einzelnen.
[Gruppeninterview Pflegekräfte]

Aus der Sicht der Pflegekräfte bedingt der Zeitmangel die Problematik, Bewohner entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse zu behandeln:

200 **Sprecherin 54:** Vielleicht ist das die Herausforderung, das Individuelle zu behalten, trotz eines
201 System, was hier funktionieren muss.
202 **Moderatorin (0:16:46):** Ja, und das haben Sie auch im Blick?
203 **Sprecherin 54:** In der Praxis jedenfalls.
204 **Moderatorin (0:16:50):** Können Sie das im Blick haben? Dieses Individuelle?

Sprecherin 55: Im Blick vielleicht schon/

Sprecherin 56: Aber die Umsetzung ist oft nicht leicht.

Sprecherin 57: Genau.

Sprecherin 56: Die Zeit einfach, der Zeitfaktor.

[Gruppeninterview Pflegekräfte]

Sprecherin 66: Ja, da sind halt die Grenzen da, wo wir die Zeit nicht haben, das tut oft weh. Dass da einfach, der bräuchte jetzt das ein bisschen, aber dann klingelt es und es sind ja noch vier, fünf im Bett, die wollen auch raus und ja. Weil jeder Mensch/ das tut mir leid, der eine braucht einfach ein bisschen länger am Waschbecken, aber das muss einfach zeitlich weitergehen.

Moderatorin (0:27:52): Könnten Sie da noch personelle Unterstützung brauchen?

Sprecherin 66: Das können wir/

(Lachen)

Sprecherin 66: Der Schlüssel, der Pflegeschlüssel, wissen Sie.

Moderatorin (0:28:04): Der ist festgelegt.

Sprecherin 67: Ja. Also ich finde das auch schon immer ganz furchtbar.

Sprecherin 66: Das ist problematisch.

Sprecherin 68: Und alles was darüber ist, sind erhöhte Kosten für das Haus, das fehlt dann einfach in der Wirtschaftsplanung. Also der Pflegeschlüssel sollte eigentlich eingehalten werden, wobei der immer drüber liegt.

Sprecherin 69: Und wir dann noch so rasen wie zur Zeit.

Sprecherin 68: Und trotzdem alles knapp ist.

Sprecherin 69: Ja.

Sprecherin 70: Und wenn dann einer krank ist, wie am Sonntag, dann ist es ganz eine Katastrophe. Wir waren da nur zu zweit und das war, also wirklich/ ich glaub, um elf haben wir noch niemand aus dem Bett/

331 **Sprecherin 71:** Schrecklich so etwas.
332 **Sprecherin 70:** Das geht gar nicht, echt. Und dann stell dir vor, dann war der morgens um zehn oder
333 halb elf noch im Bett, ist aber abends um sieben wieder ins Bett gekommen.
334 **Sprecherin 72:** Das ist dann echt schwierig.
335 **Sprecherin 73:** Das sind über zwölf Stunden, teilweise dreizehn, vierzehn, fünfzehn Stunden, wo er in
336 seinem Zimmer dann bleibt, ich meine, man isoliert einen Menschen dadurch auch irgendwo in
337 seinen vier Wänden.
[Gruppeninterview Pflegekräfte]

Die beschriebene Problematik geht aber weit über die Frage nach dem Wohlbefinden der Menschen mit Demenz hinaus. Der Zeitmangel der Pflegenden verunmöglicht Interaktionen, die sich präventiv auf die Situation der Betroffenen auswirken würden und somit langfristig auch von ökonomischem Nutzen wären:

1033 **Sprecherin 214:** Wir verlieren da sehr viel, wenn man das so laufen lässt. Wir haben einen extrem
1034 depressiven Mann mit 130 Kilo, den wir dann zu pflegen haben. Das ist viel aufwendiger als jetzt mit
1035 dem Rollator zu laufen.
[Gruppeninterview Pflegekräfte]

Die Zuweisung von Autonomie beginnt bei Menschen mit Demenz im Kleinen und Alltäglichen und ist im Pflegealltag ersichtlich:

Die HB werden nach ihren Essenswünschen befragt (Sie können jeweils zwischen zwei Alternativen wählen.) und müssen sich entscheiden: Auf die Antwort „Egal.“, folgt immer: „Egal ist aus.“, „Egal haben wir nicht.“ oder „Egal gibt es nicht.“, was – sich zu entscheiden – einigen wohl schwer fällt, denn mitunter werden sie mehrfach angerufen, was sie essen wollen.
[3D0108-0201]

Die Zuweisung von Autonomie und Authentizität an Menschen mit Demenz durch die Pflegenden kommt jedoch schnell an ihre Grenzen, was den Pflegenden durchaus bewusst ist und auch kritisch reflektiert wird. Ohne Wissen und/oder Ausbildung zur Authentizität bzw. ohne Erkenntnisse aus einer in einem früheren Stadium der Demenz (im folgenden Beispiel) stattgefundenen Biografiearbeit kann diese Zuweisung nicht sinnvoll stattfinden und stellt somit immer auch in Frage, ob eine Situation der Würde des Betroffenen gerecht wird:

> 775 **Sprecherin 150:** Zum Beispiel bei der Frau R., da haben wir jetzt dieses niedrige Bett und dann tun
> 776 wir noch eine Matratze davor legen und dann kommt man am Morgen rein und dann denke ich, ‚So,
> 777 das ist jetzt das Leben von der Frau R., dass sie noch vor der Matratze sitzt.' So und dann muss ich
> 778 zuerst eine Kollegin und dann zerrt es, weil sie macht nicht mit, um es mal übertrieben zu sagen, wir
> 779 versuchen es so gut wie möglich zu machen. Aber man zerrt sie richtig hoch. Ich denke dann, Gott sei
> 780 Dank hat sie Demenz, dass es in der nächsten Viertelstunde schon wieder weg ist.
> 781 **Sprecherin 151:** Was ist daran nicht würdig, dass wir sie so hoch zerren müssen/
> 782 **Sprecherin 150:** Nein, weißt du, da kommst man rein und da liegt sie.
> 783 **Sprecherin 152:** Aber vielleicht ist es für sie, eine Demente, vielleicht ist für sie würdiger hier so
> 784 selbst bestimmt zu machen, wie sie will, wie das zuvor mit Gitter/
> [Gruppeninterview Pflegekräfte]

Pflegende sind allerdings nur dazu in der Lage, Autonomie und Authentizität an Menschen mit Demenz zu vermitteln, wenn sie selbst autonom und selbstverantwortlich in ihrem Arbeitsbereich handeln können und von ihren Vorgesetzten zu Autonomie ermächtigt und darin unterstützt werden [vgl. Brandenburg 2002, 381; Heimerl/Berlach-Pobitzer 2000, 148]. Dieser Aspekt kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit jedoch nicht vertieft werden.

Im Pflegealltag scheint sich die größte Diskrepanz von Sicherheit und Selbstbestimmung aus der Sicht der Pflegenden aus der Vermeidung von Unfällen bzw. den Risiken zu Unfällen zu

generieren. Hierbei spielt wieder der Rollator eine maßgebliche Rolle, denn dieser scheint für eine sichere Fortbewegung von großer Bedeutung zu sein:

> P bringt B124 zum Zimmer: „Nehmen Sie bitte Ihren Rollator, sind Sie sicherer.“ [2D0201-0202]

> B114 will aufstehen. P: „Frau [...], sitzenbleiben. HINSETZEN!“ B115 übt noch mit Rollator.
> [2D0499-0500]

5.3.3.2 Spannungsfeld Freiheit versus Sicherheit aus der Perspektive von Angehörigen von Menschen mit Demenz

Im Rahmen dieser Arbeit kann kein vollständiger Überblick über das Spannungsfeld Freiheit versus Sicherheit aus der Perspektive von Angehörigen von Menschen mit Demenz gegeben werden. Die Darstellung resultiert aus der Auswertung der Beobachtungen und Interviews im Zuge von MOVEMENZ. Ausgehend von den Ergebnissen aus den Kapiteln 5.3.1 und 5.3.2, werden die empirischen Daten hinsichtlich folgender Fragestellungen ausgewertet: Mit welcher Gewichtung sehen Angehörige das Verhältnis von Freiheit und Sicherheit für Menschen mit Demenz? Tendieren Angehörige eher dazu, die Freiheit der Menschen mit Demenz zugunsten derer Sicherheit einzuschränken, oder überwiegt der Wunsch, diese Freiheit so unbeschränkt wie möglich zu lassen? Was erzeugt für die Angehörigen ein Gefühl von Sicherheit, sodass sie sich nicht um die Menschen mit Demenz sorgen? Sehen Angehörige in Sicherheit erzeugenden Technologien eine Lösung für das Dilemma von Freiheit versus Sicherheit?

Angehörige von Menschen mit Demenz, in der Regel also deren erwachsene Kinder, sorgen sich verständlicherweise sehr um das Wohl ihrer Eltern. Das kann zu Diskrepanzen zwischen den Vorstellungen der Menschen mit Demenz und deren Angehörigen führen:

> Teilweise wollen Angehörige Bettgitter, Patienten aber nicht.
> [2D0074-0076]

Insbesondere die Abnahme der kognitiven Fähigkeiten führt zu einer Tendenz der Angehörigen, die Sicherheit der Betroffenen höher zu werten als deren autonomes Handeln. Dadurch kommt es aber oft zu einer Verunsicherung der Betroffenen und somit zu einer Abnahme der Mobilität:

> Zudem erzählt P, dass B101 früher öfter am Programm teilgenommen hat, jetzt jedoch kaum noch. Der Grund sei, dass sie früher öfter abgehauen sei, sie aber nach einem Versuch ihren Sohn zu besuchen von diesem „einen richtigen Anschiss“ bekommen hat. Er habe sehr deutlich mit ihr gesprochen. Seit dieser Zeit wäre B101 viel weniger draußen und auch nicht mehr so lebhaft.
> [2D0765-0769]

Allerdings sprechen sich auch viele Angehörige gegenteilig aus und betonen konkret die Wichtigkeit von Autonomie und Freiheit für die Betroffenen, für die sie eine Einschränkung der Sicherheit in Kauf zu nehmen bereit sind:

> 489 **Sprecher 30:** [...] Und sie ist selbst für sich verantwortlich, wenn sie raus läuft und mit
> 491 ihrem Rollator oben in der Nelkenstraße mitten auf der Straße steht und guckt wo sie ist, da kann ich
> 492 nichts machen, ich kann sie nicht einsperren. Ich bin froh, dass sie noch läuft, sich bewegt.
> [Interview Angehörige]

> 552 [...] Das Haus am Schlösslesbrunnen ist ja auch ein offenes Haus und jede
> 553 Bewohnerin, jeder Bewohner darf mit Rollstuhl, Rollator raus. Wie ist das für Sie? Finden Sie das gut
> 554 oder schlecht?
> 555 **Sprecherin 35:** Das ist gut, dass die raus können, die können, warum nicht?
> 556 **Sprecher 36:** Es ist ja kein Gefängnis.
> [Interview Angehörige]

570 **Sprecher 36:** Aber ich finde das schon gut, dass sie raus können, ich sehe da jetzt nichts Negatives/
[Interview Angehörige]

593 **Moderatorin (0:56:01):** Dann ist für Sie schon auch wichtig, dass die Bewohnerinnen und Bewohner,
594 die das können ruhig noch alleine draußen sind? Auch mit dem Gefühl, dass da etwas passieren
595 kann?
596 **Sprecherin 43:** Ja.
597 **Sprecher 42:** Wenn ich raus gehe, kann mir auch was passieren.
598 **Sprecherin 43:** Genau.
599 **Sprecher 44:** Wenn sie rausgehen, dann sehen sie ja auch was. Gerade bei schönem Wetter sitzen sie
600 gerne vor der Tür auf der Bank/
[Interview Angehörige]

729 **Sprecherin 58:** [...] Ich denke, zu Hause kann man sie auch nicht
730 anbinden/ und bei uns ist das kein Problem, unsere Mutter kann nicht mehr laufen, aber wenn sie
731 jetzt zu Hause wäre, könnte ich sie auch nicht einsperren. Ich würde sagen, du läufst halt im Carré
732 rum ()/
[Interview Angehörige]

Allein das Wissen um den Aufenthaltsort oder die eingeschlagene Richtung des Menschen mit Demenz kann schon ein Gefühl von Sicherheit erzeugen, ohne dass es zu einer Einschränkung der Freiheit kommt:

Sprecherin 13:
283 [...] Er konnte sich noch alleine
284 versorgen, also waschen, Toilette gehen und alles, aber er hatte immer mehr den Drang raus, raus,

285 raus. Er blieb keine fünf Minuten auf dem Hintern hocken. Das ging auch, er hat auch meistens
286 wieder nach Hause gefunden. Ich habe dann auch irgendwann mal gesagt, ‚Ich habe nichts dagegen,
287 wenn du spazieren gehst, aber sag mir in welche Richtung, Richtung See oder Richtung ().
[Interview Angehörige]

Potenzielle Technologien, die eine solche Sicherheit gewährleisten könnten, werden von den Angehörigen in das Spannungsverhältnis von Freiheit und Sicherheit eingeordnet:

762 **Moderator (1:11:35):** Könnten Sie sich vorstellen, dass Sie sagen, ‚Lieber willige ich ein, dass meine
763 Angehörigen geortet werden können/
764 **Moderatorin (1:11:44):** Überwacht/
765 **Moderator (1:11:52):** Die Daten regelmäßig an das Heim gehen, bevor man das Risiko eingeht, sie
766 mit einer Suchaktion suchen zu lassen?
767 **Sprecherin 65:** Das kann man pauschal nicht beantworten, wenn ich jetzt bei meiner Mutter
768 Überwachung höre, dann stellen sich mir die Haare senkrecht, das ist ja auch ein großes Thema und
769 sage klar, nein. Aber wenn ich meine Mutter jetzt erleben würde, im Zustand wie andere Bewohner
770 hier und ich wohne 30 Kilometer entfernt und meine Mutter würde auf der Straße eingesammelt
771 werden, dann würde ich mir schon Gedanken machen und überlegen, bringe ich sie jetzt in ein Heim,
772 wo ich sie sicher fühle und mich auch sicher fühle/ aufgehoben fühle und auch noch viel dafür
773 bezahle um diese Sicherheit zu haben, das weiß ich nicht, wie ich mich dann entscheiden würde.
[Interview Angehörige]

Die Befürwortung eines Technologieeinsatzes steht jedoch in einem Verhältnis mit der autonomen Entscheidungsfreiheit des Einzelnen:

828 **Sprecher 70:** Ja, also wie gesagt, ich würde das begrüßen. Ich finde das sinnvoll, immer mit der
829 Maßgabe, dass man das selbst entscheiden kann, ob ich das will oder nicht. Beziehungsweise/
[Interview Angehörige]

Die Angehörigen stellen auch die Notwendigkeit der Individualisierbarkeit der zu Sicherheit verhelfenden Technologien heraus:

894 **Moderatorin (1:24:02):** Genauso wie Demenz bei jedem eben sehr individuell ist, wird die Pflege
895 oder die Technologie auch ganz individuell sein müssen.
[Interview Angehörige]

Der Grad der Demenz und die damit verbundene Schwierigkeit, ab einem bestimmten Stadium Technik sinnvoll einzusetzen, ist für die Angehörigen ein Hindernis für den Einsatz von Technologien:

896 **Sprecherin 78:** Und Patienten mit schwerer Demenz wissen manchmal nicht mal mehr, was man mit
897 einer Kaffeetasse oder einem Löffel macht. Das heißt Technik oder Technikeinsatz/
[Interview Angehörige]

Sicherheit bedeutet jedoch nicht nur physische Sicherheit, sondern auch, sich sicher und gut aufgehoben zu fühlen. Diese emotionale Größe betrifft nicht nur die Menschen mit Demenz, sondern überträgt sich auf deren Angehörige:

406 **Sprecherin 26:** Sie werden lachen, ich habe noch das Krankenbett zu Hause und als meine Mutter
407 dann fort war, dann haben wir die Aufstehhilfe bekommen, die steht auch noch zu Hause. Ich habe
408 einmal mit der Krankenkasse telefoniert, am Anfang dachte ich immer es sei nur kurzzeitig, ‚Was
409 mache ich? Ich möchte es eigentlich behalten, ich hoffe immer noch, dass meine Mutter wieder heim
410 kommt.' Und dann hat sie gesagt, die werden sich schon melden, wenn sie es wieder holen wollen,
411 lassen wir es einfach mal da. Bis jetzt habe ich noch nichts gehört und im September ist es ein Jahr.
412 Ich habe es noch daheim, das ist auch meine Sicherheit und die Sicherheit meiner Mutter. Sie weiß,
413 wenn was wäre, könnte sie heim,
[Interview Angehörige]

5.3.3.3 Spannungsfeld Freiheit versus Sicherheit aus der Perspektive von Menschen mit Demenz

Wahl und Baltes [1992, 101] stellen fest, dass in der Fachliteratur über das Verhältnis von Freiheit und Sicherheit bei Älteren und/oder bei Menschen mit Demenz, Autonomie und Freiheit deutlich stärker und häufiger thematisiert werden als Sicherheit. Dies ist zwar keine aktuelle Quelle, entspricht aber auch den Resultaten aus jüngeren Literaturrecherchen. Laut Wahl und Baltes [1992, 101] ist dieses Verhältnis in der Praxis allerdings ein umgekehrtes. Beim Umgang mit Menschen mit Demenz oder der Gestaltung ihres Lebensraums wird mehr Augenmerk auf ihre Sicherheit gelegt, als auf die Umsetzungsmöglichkeiten ihrer Autonomie. Diese Ansicht lässt sich ebenfalls an den Beobachtungen im Feld bestätigen.

Das Verhältnis von Autonomie und Sicherheit ist bei Menschen mit Demenz ein dynamisches und abhängig von den Kompetenzen des jeweiligen Menschen und deren Veränderungen. Entsprechend muss dieses Verhältnis in seiner Auswirkung auf den Umgang mit dem jeweiligen Menschen mit Demenz immer wieder neu reflektiert und angepasst werden [vgl.

Wahl/Baltes 1992, 97]. Für „ein positives und erfolgreiches Altern“ muss ein individuelles Gleichgewicht gefunden werden „zwischen prothetischen oder schützenden Umweltbedingungen (Sicherheit) und stimulierenden oder fordernden Umweltbedingungen (Autonomie, Kontrolle)“ [Wahl/Baltes 1992, 97], wobei der Grad der Kompetenz des Menschen mit Demenz für das Austarieren der beiden Komplementen entscheidend ist. Problematisch zu betrachten ist, dass vorhandene Kompetenzen oft nicht genutzt werden, wodurch das Autonomie-Sicherheits-Verhältnis mehr in Richtung Sicherheit rückt, als hilfreich ist [vgl. Wahl/Baltes 1992, 113].

Die Ergebnisse der Beobachtungen im Feld legen nahe, dass sich das Spannungsverhältnis von Freiheit und Sicherheit bei Menschen mit Demenz in einem Pflegeheim vor allem in Situationen dilemmatisch darstellt, in denen es um Fortbewegung geht. Von diesem Aspekt und den Ergebnissen aus den Kapiteln 5.3.1 und 5.3.2 ausgehend, werden die empirischen Daten hinsichtlich folgender Fragestellungen ausgewertet: Wie wirkt sich das Dilemma Freiheit versus Sicherheit konkret im Alltag des Pflegeheims auf die Menschen mit Demenz aus? Zu welchen Sicherheit erzeugenden Maßnahmen werden die Menschen mit Demenz angehalten? In welchen Situationen wird die Freiheit von Menschen mit Demenz untergraben und unter welchen Umständen kann die Einschränkung von Freiheit als Ausdruck von Autonomie verstanden werden? Sehen Menschen mit Demenz in Sicherheit erzeugenden Technologien eine Lösung für das Dilemma von Freiheit versus Sicherheit?

Oft wollen Bewohner aufstehen oder sich vorwärtsbewegen, werden aber von den Pflegekräften daran gehindert:

> E zu B124: „Nicht fortlaufe, Frau [...]. Nein, sie bleibe do.“
> [2D0898]

> B114 will aufstehen. P: „Frau [...], sitzenbleiben. HINSETZEN!“
> [2D0499]

Wenn die Bewohner laufen, werden sie nahezu konstant dazu aufgefordert, am Rollator zu laufen:

P zu B114: „Na, wohin Frau [...], wieder ohne Rollator.“ Holt den Rollator. „NICHT OHNE ROLLATOR!“ B101 heute ohne Stock zu ihrem Rollator (hat den Stock aber dabei), geht dann mit diesem in ihr Zimmer in ||2.
[2D0857-0859]

Auch die Richtung, in die sich die Bewohner bewegen sollen oder dürfen, ist häufig vorgegeben:

B209 im Rollstuhl bleibt solange unbeobachtet, bis er versucht, aufzustehen, was die vorbeikommende PK sofort registriert und ihn auffordert, wieder Platz zu nehmen. B209 folgt ihrer Aufforderung. Später: B209 rutscht aus seinem Rollstuhl/droht aus seinem Rollstuhl zu rutschen, woraufhin die RK und eine zweite PK ihm in den Rollstuhl zurück helfen und er einige Meter bis an eine Ecke (Kreuzung des Ganges mit dem Flur, der vom Esszimmer kommt) geschoben wird, von wo aus B209 sich alleine weiter „vorarbeiten“ soll.
[3D0077-0082]

Außer Haus sollen sich die Bewohner oft nicht alleine fortbewegen:

105 **Frau K:** Da muss ich jetzt lebe’. Ich wünsch’ mir bloss, dass ich nochmals laufen kann, wenigstens
106 mein Zimmer aufräumen und ein bisschen naus, ich kann halt alleine net mehr naus.
107 **Moderatorin (0:06:27):** Auch nicht mit dem/
108 **Frau K:** Noi, ich darf nicht alleine naus.
109 **Moderatorin (0:06:31):** Sie dürfen nicht alleine?
110 **Frau K:** Nein.
111 **Moderatorin (0:06:34):** Wer sagt das?
112 **Frau K:** Ha, wenn da was passiere’ tät, dann täten die schimpfe’, die Schwestern.
113 **Moderatorin (0:06:40):** Und wenn Sie sagen, Sie wollen das, dann geht das trotzdem nicht?
114 **Frau K:** Noi, das probiere ich gar nette, weil’s net geht. Weil’s net geht, aber so komm’ ich jede

115 Woche naus. Zweimal.
[Interview B211]

Die Entscheidung, das Pflegeheim alleine nicht zu verlassen, ist aber oft auch von dem jeweiligen Bewohner selbst getroffen:

> Ich bedanke mich und frage Sie neugierig, ob Sie sich jetzt ausruht und einen Mittagsschlaf macht. Sie verneint das: „Nein, nein, ich brauch nicht so viel Schlaf, ich gehe die Flure lang, aber vom Gesinge weg. Nach draußen kann ich heute nicht". Ich frage nach, warum das nicht möglich ist. Dann erklärt sie mir, dass sie nur raus geht, wenn ihr Sohn und ihre Tochter kommen, die würden aber bei Karstadt in Düsseldorf arbeiten.
> [2D1217-1221]

Diese freiwillige Einschränkung der Freiheit ist auch eine Form von autonomer Handlung und muss als solche respektiert werden. Eine vergleichbare Situation ist die freiwillige Entscheidung für Bettgitter:

> PDL berichtet ohne Nachfrage von uns, dass viele B ihren Rollator nicht nutzen wollen, viele aus dem Bett fallen, einige sich für Bettgitter entscheiden. [...]
> [2D0067]

Menschen mit Demenz ist die Sorge, die auf Seiten der Pflegekräfte oder Angehörigen besteht, oft nicht bewusst oder nicht verständlich. Entsprechend sehen sie keine Notwendigkeit für beispielsweise technische Systeme, die zu einer Entschärfung dieser Sorge führen könnten:

> 194 **Moderatorin (0:11:38):** Wäre das für Sie auch gut, wenn die Schwestern wüssten, wo Sie draußen
> 195 sind, wenn Sie spazieren gehen?
> 196 **Frau R:** Ach wissen'se, ich lauf ja net weit fort, ich lauf ja nur, wo sie 'na sehn. Ich geh imma die

197 kloane oda große runde.

198 **Moderatorin (0:11:54):** Und mit dem Straßenverkehr, das macht Ihnen keine Sorge?

199 **Frau R:** Ich bin lang net mehr/ wenn ich rus geh, dann geh ich net uf die Straß'. [Interview B215]

Wie bereits in Kapitel 5.3.1.1 hinsichtlich der Autonomie von Menschen mit Demenz beschrieben, lässt sich in vergleichbarer Weise aus den hier dargestellten Ergebnissen schließen, dass auch das Spannungsverhältnis von Autonomie und Sicherheit bei Menschen mit Demenz eine sich im Kleinen abspielende Thematik ist. Für die Zuweisung und Ermöglichung der Umsetzung von Autonomie bedarf es keiner großen Innovationen oder technologischen Systeme, sondern vor allem eine Bedachtsamkeit im Umgang mit dem jeweiligen Betroffenen. Die Spannung scheint weniger aus der Perspektive der Menschen mit Demenz selbst zu bestehen, als aus der Perspektive der Angehörigen und Pflegenden, die sich um deren Wohlergehen sorgen. Die Lösung könnte also darin liegen, ein Gefühl von Sicherheit für alle drei Seiten zu erzeugen, ohne die Freiheit der Menschen mit Demenz zu beschneiden. Technologisch wären hierfür Überwachungssysteme geeignet, die Pflegende und Angehörige wissen lassen, wo und in welcher Verfasstheit der Mensch mit Demenz sich gerade befindet und die auch dazu in der Lage sind, im Notfall einen Alarm auszulösen. Die Problematik der Selbstbestimmtheit bleibt hier natürlich bestehen; lehnt der Mensch mit Demenz diese technologische Überwachung ab, kann einer Anwendung nicht stattgegeben werden.

Es darf nicht unbeachtet bleiben, dass bei betagten Menschen und insbesondere bei Menschen mit Demenz die Möglichkeit zu autonomem Handeln nicht unbedingt als Bedürfnis vorausgesetzt werden kann; sowohl der Grad der Demenz als auch im Laufe des Lebens gemachte Erfahrungen spielen hierfür eine Rolle [vgl. Lensing 1999, 51]. Wichtig ist, dass auch Menschen, denen keine Autonomie mehr zugewiesen werden kann oder die nicht auf diese Zuweisung bestehen, trotzdem das Spannungsverhältnis von Freiheit und Sicherheit nicht abgesprochen wird. In den für sie getroffenen Entscheidungen müssen im Sinne einer authentischen Entscheidungsfindung ihre Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 5.3.1.2).

6. Fazit

Bei der Beschäftigung mit dem Spannungsverhältnis Freiheit versus Sicherheit hinsichtlich der technischen Unterstützung für die Mobilität von Menschen mit Demenz, ist es vor allem der in Kapitel 2.3 besprochene Begriff der Würde, der immer wieder in den Vordergrund tritt. Wetzstein folgend, muss der Personenstatus des Menschen mit Demenz gewahrt bleiben; jedem Menschen kommt sein gesamtes Leben über die gleiche Würde zu [vgl. Wetzstein 2005, 182]. Diese Würde ist „unbedingt" [Wetzstein 2014, 410] und legt fest, wie Menschen mit Demenz zu begegnen ist.
Diese würdevolle Begegnung setzt eine intensive, liebevolle und fürsorgliche Pflegebeziehung voraus (siehe Kapitel 3.1); die damit in Zusammenhang stehende individuelle Versorgung muss in Pflegeheimen möglich sein [vgl. Munderloh/Reischuk 2013, 199]. Dies beinhaltet auch, zusätzlich zur körperlichen Pflege sowohl Zuwendung als auch sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten zu bieten [vgl. Munderloh/Reischuk 2013, 194]. Dabei ist es gerade auch Aufgabe innerhalb der Pflegebeziehung, herauszufinden, was die Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz sind, falls dieser sie nicht mehr äußern kann und/oder sich ihrer nicht mehr bewusst ist. Die Wichtigkeit einer funktionierenden Pflegebeziehung zeigt sich unter anderem an ihrer positiven Auswirkung auf den Verlauf der Demenz [vgl. Gogl 2014a, 160].

In diesem Sinne kann auch Technik in der Pflege und insbesondere bei Menschen mit Demenz, wie besprochen in Kapitel 3.2, nur innerhalb einer funktionierenden und vertrauensbasierten Pflegebeziehung angewandt werden und darf diese niemals ersetzen. Das bedeutet nicht, dass Technik generell nicht ohne die Anwesenheit einer Pflegekraft angewendet werden kann, allerdings muss diese Anwendung im Vorfeld in einer fürsorglichen Pflegebeziehung getestet und reflektiert werden und sich als positiv auswirkend auf die gesamte, individuelle Situation des Menschen mit Demenz herausgestellt haben. Denn Technik und ihr Einsatz in der Pflege und bei Menschen mit Demenz lässt sich nicht pauschal als gut oder schlecht abtun; sie muss an ihrer jeweils konkreten Auswirkung beurteilt werden.

Auch das Verständnis von Bewegung und Mobilität bedarf im Kontext mit Menschen mit Demenz einer in Kapitel 4.2 erarbeiteten spezifischen Definition, da Defizite bei Menschen mit Demenz sowohl auf der kognitiven als auch auf der physischen Ebene auftreten. Den Ergebnissen der Literaturanalyse folgend, definiert sich Mobilität als physisch-kognitive

Aktivität bzw. die Fähigkeit dazu. Bewegung definiert sich durch rein physische Aktivität bzw. die Fähigkeit dazu.
Körperliche Bewegung und kognitive Fähigkeiten hängen allerdings miteinander zusammen, wie Kapitel 4.3 darstellt; aus den Ergebnissen verschiedener Studien lässt sich schließen, dass durch Bewegung die demenziellen Symptome positiven Einfluss erfahren und sich Bewegung insgesamt förderlich auf die Gesundheit auswirkt. Umgekehrt ist ein Mangel an Bewegung immer auch verbunden mit einem erhöhten Risiko für Erkrankungen und eine weitere Verschärfung demenzieller Symptome [vgl. DNQP 2014, 51; Wingenfeld/Horn 2014, 15; Schaeffer/Wingenfeld 2014, 99] Mobilität betrifft aber auch die psychische Ebene und wirkt sich stimmungsaufhellend und gegen Depressionen aus [vgl. DNQP 2014, 50], während Angst und Unsicherheit die Mobilität einschränken können [vgl. DNQP 2014, 64; Wingenfeld/Horn 2014, 15]. Es gibt deutliche Anzeichen für einen Zusammenhang zwischen fehlender körperlicher Aktivität und dem Auftreten von Demenz [vgl. u. a. Zegelin 2013; Streber et al. 2014; DNQP 2014; Hauer 2012; Weinberger/Decker/Krings 2014, 69]. Demenzielle Symptome wiederum wirken sich negativ auf die Mobilität aus [vgl. u. a. Schneekloth/Wahl zitiert nach DNQP 2014, 64; Kleina 2014, 104] Mobilität trägt maßgeblich zur empfundenen Lebensqualität bei [vgl. Wingenfeld/Horn 2014, 14; Wilde 2014, 23; DNQP 2014, 48; Weinberger/Decker/Krings 2014, 69] und ist Voraussetzung für Unabhängigkeit und Autonomie [vgl. u. a. Radkowetz 2013, 30; Wilde 2014, 22; DNQP 2014, 48].

Autonomie wiederum ist ein maßgebliches Element der Freiheit von Menschen mit Demenz (siehe Kapitel 5.3.1.1) und setzt Entscheidungsfreiheit, Gestaltungsmöglichkeiten des eigenen Alltags und soziale und kulturelle Angebote voraus. Allerdings sind Werte wie Lebensqualität und Wohlbefinden, die aus Autonomie entstehen sollen, sehr subjektiv. Der Respekt vor der Autonomie von Menschen mit Demenz beinhaltet auch, das eigene Verständnis von Autonomie zurückzustellen [vgl. Brandenburg 2005, 38], was auch bedeuten kann, zu akzeptieren, dass diese sich gegebenenfalls nicht mehr autonom verhalten wollen und Entscheidungen an andere abtreten [vgl. Brandenburg 2002, 377].
Ist ab einem gewissen Grad des kognitiven Abbaus die Zuschreibung von Autonomie bei Menschen mit Demenz nicht mehr möglich, muss es über das Prinzip der Authentizität gelingen, in den für diese Menschen von Pflegenden oder Angehörigen getroffenen Entscheidungen die Wünsche und Meinungen der Betroffenen zu respektieren (siehe Kapitel 5.3.1.2). Hierfür muss derjenige, der diese Entscheidung fällt, einen Überblick über die

Biografie, den Charakter und die Einstellung des Menschen mit Demenz haben [vgl. Brandenburg 2002, 379].

Die in Kapitel 5.3.2 beschriebene Sicherheit für Menschen mit Demenz bedeutet einerseits eine physische Sicherheit im Sinne guter pflegerischer Versorgung und der Abwesenheit von Gefährdungen; und andererseits eine empfundene, psychische Sicherheit, die auch impliziert, dass nichts mit einem passiert, das man nicht will oder, falls man zu einer Willensäußerung nicht mehr fähig ist, gewollt hätte [vgl. Wahl 1991, 93].

Das Spannungsfeld, das sich aus der Gegenüberstellung von Freiheit und Sicherheit ergibt und in Kapitel 5.3.3 dargestellt ist, betrifft nicht nur die Menschen mit Demenz selbst, sondern auch deren Angehörige und Pflegende. Dies drückt sich deutlich in den im Rahmen von MOVEMENZ erhobenen empirischen Daten aus. Die Pflegenden stehen vor allem vor dem Problem, Entscheidungen hinsichtlich Freiheit und Sicherheit im Sinne der Menschen mit Demenz treffen zu müssen, wobei sich die Situation aufgrund des massiven Zeitmangels der Pflegenden deutlich verschärft. Auch die Zuweisung von Autonomie und Authentizität kann dadurch nicht adäquat erfolgen. Angehörige von Menschen mit Demenz werten einerseits häufig die Sicherheit der Betroffenen höher als deren Autonomie, was zu einer Verunsicherung der Betroffenen und somit zu einer Abnahme der Mobilität führen kann. Andererseits betonen viele Angehörige die Wichtigkeit von Freiheit für die Betroffenen und sind bereit, eine Einschränkung der Sicherheit hinzunehmen. Für Menschen mit Demenz selbst ist das Verhältnis von Freiheit und Sicherheit vor allem abhängig von ihren jeweiligen Kompetenzen und deren Veränderungen, weshalb dieses Verhältnis immer wieder neu reflektiert werden muss [vgl. Wahl/Baltes 1992, 97].

Da die Ergebnisse der Beobachtungen im Feld nahe legen, dass sich das Verhältnis von Freiheit und Sicherheit bei Menschen mit Demenz vor allem in Situationen dilemmatisch darstellt, in denen es um Fortbewegung geht, könnte der Weg zur Auflösung dieses Spannungsverhältnisses darin bestehen, ein Gefühl von Sicherheit für alle drei Seiten zu erzeugen, ohne die Freiheit der Menschen mit Demenz zu beschneiden. Technologisch kommen hierfür Tracking-Systeme in Frage, die mittels GPS den Aufenthaltsort des Menschen mit Demenz anzeigbar machen.

6.1 Exemplarische Anwendung der erarbeiteten ethischen Anforderungen an den Einsatz von Technologien bei Menschen mit Demenz

Am Beispiel von Technologien mit dem Ziel der Personenortung, wird im Folgenden das Spannungsfeld Freiheit versus Sicherheit aufgezeigt und die in Kapitel 5 erarbeiteten ethischen Anforderungen exemplarisch in Handlungsoptionen umgesetzt.

Zu den Technologien, deren Einsatz bei Menschen mit Demenz möglich ist und auch bereits praktiziert wird, zählen Tracking-Systeme, die es Angehörigen oder Pflegenden mittels GPS ermöglichen, den Standort des Menschen mit Demenz einzusehen. Diese Systeme tragen erheblich dazu bei, die Sicherheit für Menschen mit Demenz zu erhöhen, da deren Angehörige oder Pflegende jederzeit reagieren können, wenn sich der Mensch mit Demenz offensichtlich verlaufen oder zu weit entfernt hat, als dass er es noch zurück schaffen könnte.
Die GPS-Sender werden von den Menschen mit Demenz häufig wie Armbanduhren am Handgelenk getragen [vgl. Keruve 2015; DS-Vega 2015]. Diese Tracking-Systeme sind in verschiedenen Ausführungen auf dem Markt. Manche Systeme bieten zusätzlich zur eigentlichen Tracking-Funktion weitere Optionen wie beispielsweise die Möglichkeit, den Wohnort des Menschen mit Demenz mit einem Geozaun zu markieren. Verlässt der Mensch mit Demenz den gekennzeichneten Bereich, werden die Angehörigen oder Pflegekräfte informiert [vgl. GPSVision 2015; Bornemann 2015; DS-Vega 2015]. Zum Teil kann der Träger des Systems per Knopfdruck einen Notruf auslösen, der an eine Notrufzentrale oder die Angehörigen bzw. Pflegenden geht [vgl. GEOCARE 2015; Bornemann 2015].

Das bei Demenz typische Wandering oder das ganz alltägliche Bedürfnis eines Menschen, Freunde oder Familie zu besuchen, einzukaufen oder spazieren zu gehen, ist bei Menschen mit Demenz mit Schwierigkeiten verbunden, da das Risiko des sich Verlaufens deutlich erhöht ist. Angehörige und Pflegende befinden sich in einer dilemmatischen Situation, da sie kaum die Sicherheit für den Betroffenen erhöhen können, ohne in seine Freiheit einzugreifen; schließlich bedeutet die Nutzung eines Tracking-Systems eine konstante Überwachung. Der Mensch mit Demenz selbst befindet sich jedoch genauso in einem Spannungsfeld. Für ihn stellt sich die Frage, wie stark die Einschnitte in seine Freiheit zur Erhöhung seiner Sicherheit sein dürfen und ab welchem Grad er diese Einschnitte ablehnt; oder ob er die Veränderungen, die sich durch die Sicherheit gewährleistenden Technologien einstellen, überhaupt als Eingriffe in seine Freiheit wahrnimmt. Im Fall der beschriebenen Tracking-Technologien

bedeutet deren Einsatz außerdem auch einen Freiheitsgewinn, da sie die Selbstständigkeit und Autonomie der Betroffenen aufrechterhält. Der Eingriff in die Freiheit findet auf der Ebene der Privatsphäre statt und kann potenziell noch darüber hinaus gehen, falls beispielsweise aufgrund der beobachteten zurückgelegten Wege die Angehörigen oder Pflegenden entscheiden würden, diese Wege seien dem Zustand des Betroffenen nicht adäquat.

Wie dargestellt in Kapitel 5.3.1.1, ist das autonome Treffen eigener Entscheidungen für Menschen in Pflegeheimen maßgeblich für ihr Wohlbefinden und ihre empfundene Lebensqualität. Solange ein Mensch mit Demenz noch in einem reflektierten Bezug zu sich selbst steht und dazu in der Lage ist, seine Wünsche und Vorstellungen bezüglich der Gestaltung seines Lebens zu äußern und somit die potenziellen Konsequenzen seiner Handlungen abschätzen kann, muss er auch selbst entscheiden können, ob er sich einem GPS-Tracking unterzieht oder nicht. Aus einer ethischen Perspektive muss die Struktur eines Pflegeheims die Möglichkeit bieten, solange wie möglich die autonomen Entscheidungen seiner Bewohner zu unterstützen. Überwiegen aus Sicht der Pflegenden die Vorteile der Nutzung des Trackings massiv hinsichtlich der individuellen Situation des Bewohners, können sie in einem die Bedürfnisse des Betroffenen berücksichtigenden Gespräch diesem nähergebracht werden. Die Entscheidung obliegt jedoch dem Menschen mit Demenz.

Ist der Grad der Demenz jedoch so weit fortgeschritten, dass keine Zuschreibung von Autonomie mehr möglich ist, der Betroffene also die potenziellen Konsequenzen seiner Handlungen nicht mehr abschätzen kann, muss es wie in Kapitel 5.3.1.2 dargelegt gelingen, Entscheidungen für den Betroffenen in seinem Sinne zu treffen. Eine solche authentische Entscheidung von außen kann nur von einem dem Menschen mit Demenz nahestehenden Pflegenden oder Angehörigen getroffen werden, der einen Bezug zu Biografie, Persönlichkeit und Einstellung des Menschen mit Demenz hat [vgl. Brandenburg 2002, 379]. Es muss versucht werden, die authentische Entscheidung des Menschen mit Demenz so genau wie möglich abzuschätzen. Im Fall der Tracking-Technologien könnte das beispielsweise bedeuten, die Anwendung unbedenklich vorzunehmen, falls der Betroffene in seiner jüngeren Vergangenheit technologischen Entwicklungen gegenüber aufgeschlossen war und/oder immer offen und kommunikativ war bezüglich Informationen über sein Privatleben. Kritisch betrachten und genau hinterfragen müsste man die Anwendung hingegen, falls der Betroffene nicht nur uninteressiert, sondern konkret misstrauisch neuen Technologien gegenüberstand und/oder darauf bedacht war, keinen Einblick in sein Privatleben zuzulassen. Auch

traumatische Erfahrungen, die im Zusammenhang der Anwendung wieder in Erinnerung gerufen werden könnten, müssten im Vorfeld ausgeschlossen werden. Wie bei den meisten Technologien, deren Einsatz bei Menschen mit Demenz vorstellbar ist, ist es jedoch auch bei Tracking-Systemen fraglich, ob diese bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz überhaupt noch sinnvoll eingesetzt werden können, da die Betroffenen in der Regel nicht mehr alleine unterwegs sein können.

6.2 Ausblick

Durch unsere älter werdende Gesellschaft wird Demenz eine immer stärker in den Mittelpunkt der öffentlichen Debatte rückende Thematik. Allerdings vertreten unter anderem Wetzstein, Dammann und Gronemeyer [vgl. Wetzstein 2005; Dammann/Gronemeyer 2009; Gronemeyer 2013] den Standpunkt, dass es sich bei Demenz nicht um eine Krankheit handelt, sondern um eine nicht ungewöhnliche Alterserscheinung, die nur dadurch, dass die Anzahl älterer Menschen steigt, stärker in Erscheinung tritt. Diese Perspektive verdient durchaus Beachtung, zumal sie mit der Argumentation einhergeht, dass eine Darstellung von Demenz als Krankheit die Verantwortung für den Umgang mit den Betroffenen in die Hände der Medizin abgibt und Demenz somit nicht als gesellschaftliches Thema problematisiert. Gerade aber ein gesellschaftlicher Diskurs ist wünschenswert und auch notwendig, um ein Miteinbeziehen der Menschen mit Demenz in das soziale Leben zu fördern; und nicht zuletzt auch, weil bereits jetzt das Pflegesystem aufgrund von Überlastung kaum mehr dazu in der Lage ist, im Sinne der in dieser Arbeit erschlossenen Erfordernisse Menschen mit Demenz würdevoll zu pflegen.

Daran schließt sich der zweite Ausblick an: Unter den Bedingungen des derzeitigen gesetzlichen Pflegeschlüssels kann es kaum möglich sein, würdevoll sowie die individuelle Förderung von Autonomie, Authentizität und Mobilität unterstützend zu pflegen und eine intensive demenzspezifische Pflegebeziehung aufzubauen. Es besteht unbedingter Handlungsbedarf vonseiten der Gesetzgebung; wie genau sich ein Pflegeschlüssel gestalten sollte, der eine solche adäquate Pflege zulässt, müsste erarbeitet werden. Denn erst aufbauend auf einer Arbeitssituation, die individuelle Pflege ermöglicht, lässt sich auch über die Autonomie und Selbstverantwortlichkeit der Pflegenden selbst sprechen. Diese sind laut Brandenburg sowie Heimerl und Berlach-Pobitzer Voraussetzung dafür, dass die Pflegenden

Autonomie und Selbstbestimmung an Menschen mit Demenz überhaupt vermitteln können [vgl. Brandenburg 2002, 381; Heimerl/Berlach-Pobitzer 2000, 148]. Auch dieser Aspekt sollte näher untersucht und sein Potenzial für das Pflegewesen definiert werden.

Weiterer Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Methoden, mit denen mit Menschen mit Demenz gearbeitet werden kann, wie beispielsweise der in Kapitel 3.1 und Kapitel 5.3.1.2 angesprochenen Biografiearbeit, des in Kapitel 5.3.1.1 erwähnten Empowerments oder den verschiedenen Möglichkeiten, die Mobilität von Menschen mit Demenz zu fördern. Wie in Kapitel 4.3 dargelegt, gibt es einige sehr vielversprechende Ansätze, sowohl die kognitiven als auch die physischen Fähigkeiten der Menschen mit Demenz zu trainieren und diesen somit zu einem individuell empfundenen Mehr an Lebensqualität zu verhelfen.

Literaturverzeichnis

AAL (2015): 8. AAL-Kongress, 29-30. April, Frankfurt am Main. Hrsg. v. VDE e. V. https://www.vde-verlag.de/buecher/453901/8-aal-kongress.html Zugriff am 06.05.2015

Alheit, Peter (1999): Grounded Theory: Ein alternativer methodologischer Rahmen für qualitative Forschungsprozesse. Göttingen. http://www.fallarchiv.uni-kassel.de/wp-content/uploads/2010/07/alheit_grounded_theory_ofas.pdf Zugriff am 02.05.2015

Ammicht Quinn, Regina (2014): Sicherheitsethik. Eine Einführung. In: Ammicht Quinn, Regina (Hg.): Sicherheitsethik. Wiesbaden, S. 15-50.

Banse, Gerhard (2013): Sicherheit. In: Grunwald, Armin (Hg.): Handbuch Technikethik. Stuttgart, S. 22-27.

Baumann-Hölzle, Ruth (1999): Autonomie und Freiheit in der Medizin-Ethik. Immanuel Kant und Karl Barth. Freiburg im Breisgau, München.

Berger, Bianca; Hennings, Dagmar (2014): Mehr Mut zur Bewegung. In: Heilberufe / Das Pflegemagazin 66 (7-8), S. 10-13.

Berlin, Isaiah (1995): Freiheit. Vier Versuche. Frankfurt am Main.

Bobbert, Monika (2002): Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. Frankfurt am Main.

Böhle, Fritz (2013): Handlungsfähigkeit mit Ungewissheit – Neue Herausforderungen und Ansätze für den Umgang mit Ungewissheit. Eine Betrachtung aus sozioökonomischer Sicht. In: Jeschke, Sabina; Jakobs, Eva-Maria; Dröge, Alicia (Hg.): Exploring Uncertainty. Ungewissheit und Unsicherheit im interdisziplinären Diskurs. Wiesbaden, S. 281-294.

Bornemann (2015): Bornemann GPS Schutzengel, Bornemann AG. http://www.bornemann.net/gps-ortung-senioren-demenz.html Zugriff am 13.04.2015

Brandenburg, Hermann (2005): Autonomieförderung durch Pflegende in der Langzeitpflege?! In: Huber, Martin et al.: Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim – Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover, S. 35-40.

Brandenburg, Hermann (2002): Autonomie im Alter. Eine ethische und praktische Herausforderung an die professionelle Pflege. In: Krankendienst 75 (12), S. 376-383.

Bremer, Daniel (2005): Autonomie – Überlegungen aus ethischer Sicht. In: Huber, Martin et al.: Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim – Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover, S. 24-33.

Brockhaus (2015): Mobilität. In: Munzinger Online/Brockhaus. Enzyklopädie in 30 Bänden. 21. Auflage.
http://www.munzinger.de/document/12014069707
Zugriff am 16.2.2015

Brockhaus (2014a): Menschenwürde. In: Munzinger Online/Brockhaus. Enzyklopädie in 30 Bänden. 21. Auflage.
http://www.munzinger.de/document/12014046903
Zugriff am 24.11.2014

Brockhaus (2014b): Sicherheit. In: Munzinger Online/Brockhaus - Enzyklopädie in 30 Bänden. 21. Auflage.
http://www.munzinger.de/document/12020022702
Zugriff am 24.11.2014

Bundesgerichtshof (BGH) (2005): Bundesgerichtshof zur Pflicht des Trägers eines Pflegewohnheims, die körperliche Unversehrtheit der Heimbewohner zu schützen. Pressemitteilung BGH Nr. 68/2005.
http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&Datum=Aktuell&nr=32489&linked=pm
Zugriff am 02.03.2015

Bundestag (2014): Grundgesetz.
https://www.bundestag.de/bundestag/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg_01/245122
Zugriff am 24.11.2014

Conradi, Elisabeth (2001): Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt am Main.

Dammann, Rüdiger; Gronemeyer, Reimer (2009): Ist Altern eine Krankheit? Frankfurt am Main.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2014): Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Abschlussbericht (Entwurf). Osnabrück.
http://www.mds-ev.de/media/pdf/Expertenstandard_Mobilitaet_Abschlussbericht_Entwurf_Juni_2014.pdf
Zugriff am 24.10.2014

DS-Vega (2015): DS-Vega Ortungssystem, DeutscheSenior GmbH.
http://www.ortungssystem-ds-vega.de/vega/start/
Zugriff am 13.04.2015

Dusseldorp, Marc (2013): Technikfolgenabschätzung. In: Grunwald, Armin (Hg.): Handbuch Technikethik. Stuttgart, S. 394-399.

Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) (2010): Deutsche Übersetzung der EMRK unter Berücksichtigung des Protokolls Nr. 14. Stand: 1. Juni 2010. http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/Europaeische_Konvention.pdf?__blob=publicationFile Zugriff am 23.10.2014

Fleischer, Margot (2012): Menschliche Freiheit – ein vielfältiges Phänomen. Perspektiven von Aristoteles, Augustin, Kant, Fichte, Sartre und Jonas. Freiburg im Breisgau.

Frankfurt, Harry (2001): Willensfreiheit und der Begriff der Person. In: Betzler, Monika; Guckes, Barbara (Hg.): Harry G. Frankfurt. Freiheit und Selbstbestimmung. Berlin, S. 65-83.

Gaycken, Sandro (2013): Sicherheits- und Überwachungstechnik. In: Grunwald, Armin (Hg.): Handbuch Technikethik. Stuttgart, S. 359-363.

GEOCARE (2015): GEOCARE, Libify Technologies. https://www.geo-care.de/anwendergruppen/sicher-im-alter/ Zugriff am 13.04.2015

Glasenapp, Jan (2010): Im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit. Über Deinstitutionalisieren in der Behindertenhilfe. Forum Behindertenpädagogik 14, Berlin.

Gogl, Anna (2014a): Kontakt und Beziehung zu sich vernachlässigenden älteren Menschen. In: Gogl, Anna (Hg.): Selbstvernachlässigung bei alten Menschen. Von den Phänomenen zum Pflegehandeln. Bern, S. 151-162.

Gogl, Anna (2014b): Pflegeprozesse bei sich vernachlässigenden Menschen mit Demenz. In: Gogl, Anna (Hg.): Selbstvernachlässigung bei alten Menschen. Von den Phänomenen zum Pflegehandeln. Bern, S. 31-52.

GPSVision (2015): GPSVision, Incutex Germany GmbH. http://www.gpsvision.de/infoportal/personenortung.html Zugriff am 13.04.2015

Gronemeyer, Reimer (2013): Das 4. Lebensalter. Demenz ist keine Krankheit. München.

Grüber, Katrin (2013): Kommentar zu Technik in der Pflege. In: Das sagen Experten. Technik in der Pflege – Gefahr oder Chance? In: Heilberufe / Das Pflegemagazin 65 (4), S. 36-37.

Hauer, Klaus (2012): Körperliches Training im Alter – Fokus Training bei Patienten mit dementieller Erkrankung. In: Fath, Kirsten; Thoma, Birgit (Hg.): Menschen im höheren Lebensalter – alt, aktiv und kreativ? Die Bedeutung von Bewegung. 29.-30. März 2012, 15. Fachtagung der Fachschule für Sozialwesen der Johannes-Diakonie Mosbach. Mosbach, S. 70-73.

Heesen, Jessica (2014): Sicherheit, Macht und Ethik. In: Ammicht Quinn, Regina (Hg.): Sicherheitsethik. Wiesbaden, S. 75-90.

Heimerl, Katharina; Berlach-Pobitzer, Irene (2000): Autonomie erhalten. In: Seidl, Elisabeth; Staňková, Marta; Walter, Ilsemarie (Hg.): Autonomie im Alter. Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege. Wien, München, Bern, S. 102-165.

Herder, Johann Gottfried (1967): Ideen. In: Suphan, Bernhard (Hg.): Johann Gottfried von Herder. Sämtliche Werke, Band 13. Hildesheim.

Herder, Johann Gottfried (1994): Vom Erkennen und Empfinden der menschlichen Seele. In: Brummack, Jürgen; Bollacher, Martin (Hg.): Herder. Schriften zu Philosophie, Literatur, Kunst und Altertum. Frankfurt am Main, S. 327-363.

Hirsch, Johannes (2015): Technik, die gewollt ist – Ein Vergleich von Technikentwicklungsansätzen zur Unterstützung von Menschen mit Demenz. Diplomarbeit am Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse (ITAS) und Cognitive System Lab (CSL) am Karlsruher Institut für Technologie (KIT). Karlsruhe.

Honneth, Axel (2013): Das Recht der Freiheit. Berlin.

Horn, Annett et al. (2014): Konzepte zur Bewegungsförderung in der Langzeitversorgung – Eine Orientierungshilfe für stationäre Pflegeeinrichtungen. In: Pflege & Gesellschaft 19 (2), S. 138-151.

Huber, Martin et al. (2005a): Annäherung an den Begriff der Autonomie. In: Huber, Martin et al.: Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim – Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover, S. 21-22.

Huber, Martin et al. (2005b): Biografiearbeit im Alten- und Pflegeheim. In: Huber, Martin et al.: Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim – Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover, S. 117-123.

Huber, Martin et al. (2005c): Die Situation in der Altenpflege. In: Huber, Martin et al.: Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim – Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover, S. 13-17.

Huber, Martin et al. (2005d): Die totale Institution. In: Huber, Martin et al.: Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim – Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover, S. 42-43.

Hürlimann, Hubert (2005): Empowerment als Teil eines Konzeptes zur Selbstbestimmung in der Begleitung, Leitung und Pflege. In: Kummer Wyss, Annemarie (Hg.): Dossier. Erwachsene mit Behinderungen. Luzern, S. 18-26.

ITAS (2015): Projektbeschreibung MOVEMENZ. http://www.itas.kit.edu/projekte_deck14_movemenz.php Zugriff am 15.2.2015

Jessen, Frank (2014): Therapie von Demenzerkrankungen. In: Heilberufe / Das Pflegemagazin 66 (10), S. 16-21.

Kant, Immanuel (2007): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Frankfurt am Main.

Kant, Immanuel (2010): Kritik der praktischen Vernunft. Stuttgart.

Keruve (2015): Keruve Personenortungssystem, Vision Ortungssysteme. http://www.keruve.de/hilfe-alzheimer/ Zugriff am 13.04.2015

Kleina, Thomas (2014): Mobilität und Bewegungsfähigkeiten von Nutzern stationärer Langzeitversorgung – Ergebnisse einer Analyse von Studienergebnissen und Versorgungsdaten. In: Pflege & Gesellschaft 19 (2), S. 101-112.

Krings, Bettina-Johanna; Decker, Michael; Weinberger, Nora (2014): Bedarfsanalyse als Methode zur Eruierung technischer Assistenzsysteme in der Pflege von Menschen mit Demenz. Posterpräsentation auf dem Visionenworkshop des BMBF „Forschung und Innovation der Mensch-Technik-Interaktion“. Berlin, 26.06.2014.

Krings, Bettina-Johanna (2014): Technische Assistenz- und Pflegesysteme in Zeiten des demografischen Wandels. In: Technikfolgenabschätzung – Theorie und Praxis 23 (2), S. 81-87.

Kruse, Andreas (1992): Altersfreundliche Umwelten: Der Beitrag der Technik. In: Baltes, Paul P.; Mittelstraß, Jürgen (Hg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Akademie der Wissenschaften zu Berlin, Forschungsbericht 5. Berlin, New York, S. 668-693.

Kruse, Andreas; Schmitt, Eric (2014): Demenz und Technik aus gerontologischer Perspektive. In: Schultz, Tanja; Putze, Felix; Kruse, Andreas (Hg.): Technische Unterstützung für Menschen mit Demenz. Symposium 30.09.-01.10.2013. Karlsruhe, S. 19-42.

Landschek, Ines (2014): Das schleichende Vergessen. Darin: Interview mit Heuser, Isabella. In: Heilberufe / Das Pflegemagazin 66 (10), S. 12-15.

Langer, Ellen; Rodin, Judith (1976): The Effects of Choice and Enhanced Personal Responsibility for the Aged: A Field Experiment in an Institutional Setting. In: Journal of Personality and Social Psychology 34 (2), S. 191-198.

Lensing, Thomas (1999): Vorschau oder Rückblick? – Lebensziele von Menschen im Altenheim. In: Moers, Martin; Schiemann, Doris; Schnepp, Wilfried (Hg): Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen. Bern , Göttingen, Toronto, Seattle, S. 27-78.

Löhrer, Guido (1995): Menschliche Würde. Wissenschaftliche Geltung und metaphorische Grenze der praktischen Philosophie Kants. Freiburg im Breisgau, München.

Makropoulos, Michael (1995): Sicherheit. In: Ritter, Joachim/Gründer, Karlfried (Hg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Band 9. Darmstadt, S. 745-750.

Manzeschke, Arne et al. (2013): Ergebnisse der Studie „Ethische Fragen im Bereich Altersgerechter Assistenzsysteme“. Ludwigsfelde.

Maunz, Theodor; Dürig, Günter; Herdegen, Matthias (2014a): GG Art. 1 Rn. 4. In: Maunz, Theodor; Dürig, Günter (Hg.): Grundgesetz. Kommentar, Rn. 1-6. https://beck-online.beck.de/default.aspx?vpath=bibdata/komm/MaunzDuerigKoGG_71/GG/cont/MaunzDuerigKoGG.GG.a1.x1.glI.gl1.htm Zugriff am 29.10.2014

Maunz, Theodor; Dürig, Günter; Herdegen, Matthias (2014b): GG Art. 1 Rn. 28. In: Maunz, Theodor; Dürig, Günter (Hg.): Grundgesetz. Kommentar, Rn. 28. https://beck-online.beck.de/default.aspx?vpath=bibdata/komm/MaunzDuerigKoGG_71/GG/cont/MaunzDuerigKoGG.GG.a1.x1.glI.gl9.htm Zugriff am 29.10.2014

Mill, John Stuart (1974): Über die Freiheit. Stuttgart.

MOVEMENZ (2014): Hypothese 1. Arbeitspapier für den MOVEMENZ-Experten-Workshop November 2014 am ITAS/KIT, Karlsruhe.

Mückner, Lars (2013): Kommentar zu Technik in der Pflege. In: Das sagen Experten. Technik in der Pflege – Gefahr oder Chance? In: Heilberufe / Das Pflegemagazin 65 (4), S. 36-37.

Munderloh, Elke; Reischuk, Eva (2013): „Bathing without a Battle“ – Kritische Reflektion der Handlungsempfehlung für Menschen, die unter den Bedingungen der Demenz leben. In: Zängl, Peter (Hg.): Pflegeforschung trifft Pflegepraxis. Jahrbuch 2012/2013 des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege. Wiesbaden, S. 187-200.

Newerla, Andrea (2014): Menschen mit Demenz im Spannungsfeld von Markt und Sorge. In: Bornewasser, Manfred; Kriegesmann, Bernd; Zülch, Joachim (Hg.): Dienstleistungen im Gesundheitssektor. Wiesbaden, S. 327-342.

Oberhauser, Anette (2014): Sicherheit versus Bewegungsfreiheit. In: Heilberufe / Das Pflegemagazin 66 (1), S. 34-35.

Pfordten, Dietmar von der (2009): Menschenwürde, Recht und Staat bei Kant. Paderborn.

Pieper, Annemarie (2007): Einführung in die Ethik. Tübingen, Basel.

Pschyrembel (2003a): Mobilisation (ICNP). In: Wied, Susanne (Hg.): Pschyrembel Wörterbuch Pflege. Berlin, New York, S. 447.

Pschyrembel (2003b): Mobilität. In: Wied, Susanne (Hg.): Pschyrembel Wörterbuch Pflege. Berlin, New York, S. 447.

Radkowetz, Anna (2013): Auswirkungen eingeschränkter Mobilität auf die Lebensqualität und Alltagskompetenz bei Betagten. Wien. http://othes.univie.ac.at/27193/ Zugriff am 24.10.2014

Reuther, Sven (2014): Mobilitätsbeinflussende Faktoren bei Bewohnern der stationären Altenhilfe in Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft 19 (2), S. 124-137.

Rousseau, Jean-Jacques (1978): Emil oder über die Erziehung. Paderborn.

Rousseau, Jean-Jacques (1981): Vom Gesellschaftsvertrag oder Grundsätze des Staatsrechts. In: Rousseau, Jean-Jaques: Sozialphilosophische und Politische Schriften. München, S. 267-391.

Rush, Kathy L.; Ouellet, Louiselle L. (1993): Mobility: a concept analysis. In: Journal of Advanced Nursing 18, S. 486-492.

Sauer, Timo; Dansou, Renate; Bockenheimer-Lucius, Gisela (2014): Biografiearbeit in der Altenhilfe – Voraussetzung für individuelle Pflege oder Bedrohung der Privatheit? Kritische Anmerkungen der Ethikkomitees des Frankfurter Netzwerks Ethik in der Altenpflege. In: Pflege & Gesellschaft 19 (1), S. 82-85.

Saup, Winfried (1993): Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart, Berlin, Köln.

Saup, Winfried; Reichert, Monika (1997): Die Kreise werden enger. Wohnen und Alltag im Alter. In: Deutsches Institut für Fernstudienforschung (Hg.): Funkkolleg Altern. Studienbriefe 6. Tübingen, S. 1-44.

Schaeffer, Doris; Wingenfeld, Klaus (2014): Einführung. In: Pflege & Gesellschaft 19 (2), S. 99-100.

Schultz, Tanja et al. (2014): Technische Unterstützung für Menschen mit Demenz – Ein Überblick. In: Schultz, Tanja; Putze, Felix; Kruse, Andreas (Hg.): Technische Unterstützung für Menschen mit Demenz. Symposium 30.09.-01.10.2013. Karlsruhe, S. 1-18.

Schultz, Tanja; Putze, Felix; Kruse, Andreas (2014): Vorwort. In: Schultz, Tanja; Putze, Felix; Kruse, Andreas (Hg.): Technische Unterstützung für Menschen mit Demenz. Symposium 30.09.-01.10.2013. Karlsruhe, S. I-V.

Schwarz, Günter (2009): Wie funktioniert eine Alzheimerdiagnostik? In: Wißmann, Peter; Ganß, Michael: Alzheimer – die große Unbekannte. In: Demenz 03, S. 10-13.

Scruton, Roger (1999): Kant. Freiburg im Breisgau.

Sittner, Elisabeth (2014): Patientenautonomie und pflegerischer Alltag – (k)ein Widerspruch? In: Anna Gogl (Hg): Selbstvernachlässigung bei alten Menschen. Von den Phänomenen zum Pflegehandeln. Bern, S. 217-226.

Snowdon, David A. (2003): Healthy Aging and Dementia: Findings from the Nun Study. In: Annals Of Internal Medicine 139 (5), S. 450-454.

Statista (2015): Statistiken zur weltweiten Verbreitung von Demenz. http://de.statista.com/themen/2032/demenzerkrankungen-weltweit/ Zugriff am 04.05.2015

Steigleder, Klaus (2002): Kant. In: Düwell, Marcus; Hübenthal, Christoph; Werner, Micha H. (Hg.): Handbuch Ethik. Stuttgart, Weimar, S. 128-139.

Streber, Anna et al. (2014): Bewegung zur Prävention von Demenz. Ergebnisse der evidenzbasierten Bewegungsintervention – GESTALT. In: Prävention und Gesundheit 2, S. 92-98.

Urban-Huser, Catherine (2013): Zeit für Patientengespräche im Pflege- und Beziehungsprozess. Wien.
http://othes.univie.ac.at/27643/
Zugriff am 24.10.2014

Vereinte Nationen (UN) (2014): Resolution der Generalversammlung 217 A (III). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (UN-Menschenrechtscharta).
http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf
Zugriff am 29.10.2014

Wahl, Hans-Werner (1991): „Das kann ich allein!“ Selbständigkeit im Alter: Chancen und Grenzen. Bern, Göttingen, Toronto.

Wahl, Hans-Werner; Baltes, Margret (1992): Die Mikroökologie alter Menschen: Forderung nach Autonomie und Sicherheit. In: Petzold, Christa ; Petzold, Hilarion G. (Hg): Lebenswelten alter Menschen. Konzepte. Perspektiven. Praxisstrategien. Hannover, S. 96-119.

Weinberger, Nora; Decker, Michael; Krings, Bettina-Johanna (2014): Pflege von Menschen mit Demenz – Bedarfsorientierte Technikgestaltung. In: Schultz, Tanja; Putze, Felix; Kruse, Andreas (Hg.): Technische Unterstützung für Menschen mit Demenz. Symposium 30.09.-01.10.2013. Karlsruhe, S. 61-74.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2014): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hrsg. v. Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, Martin. Bern.

Wetzstein, Verena (2005): Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz. Frankfurt am Main.

Wetzstein, Verena (2014): Ethik der Demenz. In: Herder Korrespondenz 68 (8), S. 407-411.

Wiegerling, Klaus (2004): Mobilität und Orientierung. In: Concordia – Internationale Zeitschrift für Philosophie 46, S. 5-28.

Wiegerling, Klaus (2014): Entlastung vs. Entmündigung. Assistenz- und Pflegesysteme in Zeiten des demografischen Wandels. In: Technikfolgenabschätzung – Theorie und Praxis 23 (1), S. 69-74.

Wilde, Mathias (2014): Mobilität und Alltag. Einblicke in die Mobilitätspraxis älterer Menschen auf dem Land. Wiesbaden.

Wildfeuer, Armin G. (2002): Freiheit. In: Düwell, Marcus; Hübenthal, Christoph; Werner, Micha H. (Hg.): Handbuch Ethik. Stuttgart, Weimar, S. 352-360.

Wingenfeld, Klaus (2014): Die Entwicklung der Mobilität von Heimbewohnern. In: Pflege & Gesellschaft 19 (2), S. 113-123.

Wingenfeld, Klaus; Horn, Annett (2014): Jeder Schritt hält fit. In: Heilberufe / Das Pflegemagazin 66 (7-8), S. 14-16.

Wißmann, Peter; Ganß, Michael (2009): Alzheimer – die große Unbekannte. In: Demenz 03, S. 10-13.

Zegelin, Angelika (2013): „Festgenagelt sein“. Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Bern.

Zintl, Reinhard (2012): Freiheit. In: Becker, Michael; Schmidt, Johannes; Zintl, Reinhard: Politische Philosophie. Paderborn, S. 127-163.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorstehende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt sowie alle Teile, die wörtlich oder sinngemäß anderen Werken entnommen sind, als solche gekennzeichnet habe und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war. Ich bin mir bewusst, dass Verstöße gegen dieses Gebot wissenschaftlicher Redlichkeit durch Sanktionen im Rahmen der Prüfungs- und Studienordnung geahndet werden.

Karlsruhe, den 27.05.2015

Danksagung

Für die fachliche Betreuung der Arbeit bedanke ich mich herzlich bei Herrn Prof. Dr. Michael Decker. Für die Zweitprüfung gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. Klaus Wiegerling.

Ebenso danke ich dem gesamten MOVEMENZ-Team: Prof. Dr. Michael Decker, Bettina-Johanna Krings, Nora Weinberger, Johannes Hirsch und Marcel Krüger. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit hat zu vielen Erkenntnissen für die vorliegende Ausarbeitung geführt. In diesem Sinne meinen herzlichen Dank für etliche bereichernde Gespräche, die Offenheit für diverse Anliegen und die Beantwortung meiner Fragen.

Für das hilfreiche Gespräch, das mir den stimmigen philosophischen Ansatz erschlossen hat, bedanke ich mich sehr bei Herrn Dr. Rathgeber.

Ganz besonders möchte ich mich darüber hinaus bei meinen Eltern bedanken, ohne deren konstante und liebevolle Unterstützung mein Studium nicht möglich gewesen wäre. Bei allen vier Eltern, natürlich.