

Liebe*r Leser*in,

dies ist eine von dem/der Autor*in zur Verfügung gestellte Manuskriptversion eines Aufsatzes, der in Dibelius, Olivia, Piechotta-Henze (Hg.), *Menschenrechtsbasierte Pflege*, erschienen ist.

Diese Artikelfassung entspricht nicht vollständig dem in dem Band *Menschenrechtsbasierte Pflege* veröffentlichten Artikel unter <http://doi.org/10.1024/85913-000>. Dies ist nicht die Originalversion des Artikels und kann daher nicht zur Zitierung herangezogen werden.

Originalpublikation:

Bobbert, Monika

Pflege im Alter: Fürsorge-Herausforderungen des Autonomieprinzips

in: Dibelius, Olivia, Piechotta-Henze (Hg.), *Menschenrechtsbasierte Pflege*, pp. 189–202

Bern: Hogrefe 2020

Die Verlagsversion ist möglicherweise nur gegen Bezahlung zugänglich.

Diese Manuskriptversion wird im Einklang mit der Policy des Verlags Hogrefe publiziert.

Ihr IxTheo-Team



Bobbert, Monika, Pflege im Alter: Fürsorge-Herausforderungen des Autonomieprinzips, in: Dibelius, Olivia, Piechotta-Henze (Hg.), Menschenrechtsbasierte Pflege, Bern: Hogrefe 2020, 189-202.

Pflege im Alter: Fürsorge-Herausforderungen des Autonomieprinzips

Monika Bobbert

Zusammenfassung

In Gerontologie und Altenhilfe ist zwischen funktionaler Selbstständigkeit eines Menschen und Autonomie als Selbstbestimmung im Urteilen und Handeln zu unterscheiden. Denn Autonomie ist mehr als Unabhängigkeit von der Hilfe anderer. In der Ethik werden libertäre und hierarchische Autonomiekonzepte sowie das Konzept von Autonomie als moralischer Selbstverpflichtung vertreten. Im konkreten Anwendungsfall muss das jeweilige Hintergrundkonzept mit seinen speziellen Voraussetzungen explizit gemacht werden. Nur so lässt sich ein gewähltes Autonomiekonzept kritisch einordnen und ergänzen.

Bei besonders verletzbaren, also auch bei hochbetagten Menschen müssen Nahestehende, professionelle Helfer*innen und die Gesellschaft als Ganze „fürsorglich“, d.h. durch unterstützende Handlungen und Strukturen die allgemeine Autonomiefähigkeit und die speziellen Voraussetzungen von Handlungsautonomie absichern. Denn Autonomie als Selbstbestimmung ist wichtig für das gute Leben und die Achtung moralischer Rechte.

Abstract

In gerontology and geriatric care, a distinction must be made between a person's functional independence and autonomy as self-determination in decision-making and agency. This is because autonomy is more than independence from the help of others. In ethics, libertarian and hierarchical concepts of autonomy as well as the concept of autonomy as moral self-obligation are represented. In the concrete case of application, the respective background concept with its special prerequisites must be made explicit. This is the only way to critically classify and supplement a chosen autonomy concept.

In the case of particularly vulnerable people, including the very elderly, those close to them as well as their professional helpers and society as a whole must be "caring", i.e. through supportive actions and structures they must safeguard the general capacity for autonomy and the special prerequisites for autonomy of action. This is necessary because autonomy as self-determination is indispensable for the good life and the respect of moral rights.

Schlagwörter

Pflege, Autonomie, informierte Zustimmung, Assistenz, Verletzbarkeit.

Nursing, autonomy, informed consent, assistance, vulnerability.

1 Autonomie als Phänomen und Anspruch

Der Begriff der Autonomie ist eine Schlüsselkategorie unserer Gesellschaft und unseres individuellen Selbstverständnisses. „Hauptsache autonom!“ – das erachten heute die meisten Menschen in westlichen Industriegesellschaften als für ihr Leben wichtig. In der medizinischen und pflegerischen Versorgung wollen wir keinen Paternalismus, im Alltag werden Wahlmöglichkeiten angesichts individueller Wünsche begrüßt, Menschen mit Behinderung wollen keine überstülpende Fürsorge, sondern Assistenz zur Freiheit, und im Alter wollen Menschen möglichst lange unabhängig von fremder Hilfe sein.

1.1 Selbstständigkeit und das Autonomieprinzip in Gerontologie und Altenhilfe

In der Gerontologie und Altenhilfe ist meist von Selbstständigkeit und weniger von Autonomie als selbstbestimmtem Urteilen die Rede. Die Gerontologie setzt Autonomie meist mit der funktionalen Selbstständigkeit einer Person gleich (Diehl, 2012, S. 84). Sie sieht sich in diesem Zusammenhang mit dem Erhalt und der Wiederherstellung von Ressourcen befasst. Pflegerische, medizinische, psychologische und soziale Interventionen sollen die Alltagskompetenz hochbetagter Menschen erhalten und fördern. Ältere Menschen würden ihre vorhandenen Selbstständigkeitspotentiale, so der Altersforscher Wahl (2012, S. 271), noch nicht hinreichend nutzen.

Jedoch liegt ein Missverständnis vor, wenn ein moralisches Autonomieprinzip mit Unabhängigkeit – etwa im Sinne von Autarkie – gleichgesetzt wird oder unter Autonomie verstanden wird, dass ein Mensch all seine Ressourcen einsetzen kann. Denn zum einen liegt die Beschreibung eines Ist-Zustands auf einer anderen Ebene als Reflexionen über das moralische Sollen. Zum anderen ist entgegen dem üblichen Sprachgebrauch Autonomie in Bezug auf das Urteilen und Handeln eines Menschen zu unterscheiden von der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit eines Menschen von fremder Hilfe, etwa in Bezug auf „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (Juchli, 1997) oder „Lebensaktivitäten“ (Roper, Logan & Tierney, 2009).

Die Altenpflege versteht sich – wie die professionelle Pflege insgesamt – als aktivierende Pflege (Menche, 2019; Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2017; Köther 2016; Elsevier 2017). Pflegekräfte haben dabei die Aufgabe, im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ die Pflegebedürftigen unter Anleitung und Hilfestellung selbst aktiv werden zu lassen. Der pflegebedürftige Mensch soll körperlich oder geistig zwar nicht überfordert, aber zu eigenem Agieren ermutigt werden. Es wird angestrebt, dass die Pflegebedürftigen ihre noch

vorhandenen Kompetenzen und individuellen Ressourcen einsetzen, um ihren Alltag soweit als möglich selbstständig zu bewältigen.

Auch rechtlich gilt aktivierende Pflege inzwischen als Standard, so etwa im Sozialgesetzbuch (SGB XI): „Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten.“ (§ 2 Abs. 1, SGB XI).

Auch wenn Selbstständigkeit i.S. der Unabhängigkeit von fremder Hilfe Freiheit zu garantieren scheint, müssen Alter, Krankheit oder Behinderung der Fähigkeit und dem Anspruch selbstbestimmten Urteilens nicht zwangsläufig Abbruch tun. Die Unterscheidung zwischen Autonomie als Selbstbestimmung im Urteilen und Handeln und Autarkie als Unabhängigkeit von der Hilfe anderer grenzt daher ethische Fragen und Probleme sinnvoll voneinander ab.

1.2 Autonomie und Theorien des Alterns

In der Öffentlichkeit sind v.a. Defizitmodelle des Alterns verbreitet. Demgegenüber geht die Gerontologie schon einige Dekaden von Theorien und entsprechenden empirischen Befunden erfolgreichen Alterns aus, die von einem Wachstumspotenzial und der Erweiterung der eigenen Person ausgehen, und die mithilfe empirischer Methoden „Altersweisheit“ und Zufriedenheit nachweisen, u.a. Wissen über den praktischen Umgang mit dem Leben und die Fähigkeit, positive Erfahrungen zu machen. (Lehr, 2007, S. 46–75.) In der Bildungspolitik wie auch Erziehungswissenschaft werden schon lange lebenslanges (formales, non-formales und informelles) Lernen und lebensbegleitende Bildung gefordert, weil Bildung Freiheitsgrade schafft und befähigt (Könemann, 2018).

In diesen Zusammenhang werden die folgenden Ausführungen zu Autonomie und Alter gestellt: Es geht weniger um defizitorientierte Überlegungen zum Autonomieprinzip im Alter als um die Möglichkeiten der Unterstützung von Menschen in ihrer handlungsbezogenen Autonomiefähigkeit. Je nach Autonomiekonzept sind unterschiedliche Formen der Unterstützung möglich. Es bedarf einer Unterscheidung von Autonomiekonzepten und Geltungsansprüchen, um präzise über Fürsorge-Handlungen und -Kompetenzen Auskunft geben und die Pflegepraxis daraufhin reflektieren zu können.

1.3 Handlungsautonomie als Fähigkeit und Aufgabe

In der Ethik werden mehrere Autonomiekonzepte vertreten, mit denen unterschiedliche innere und äußere Voraussetzungen verbunden sind. Um Autonomiebedingungen für die Betroffenen abzusichern, müssen Außenstehende und die Gesellschaft durch helfende Handlungen und Strukturen tätig werden (Graumann 2011). Dies ist nicht nur begründungsbedürftig, sondern bedarf auch kompetenter Interventionen seitens professioneller Helfer*innen. Diese Fragen der „Fürsorge“ wird der vorliegende Beitrag behandeln.

Ausgegrenzt wird das Feld ethischer Forderungen, das sich auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Selbstständigkeit eines Menschen im Alter bezieht. Um im Alter die für die allgemeine Handlungsfähigkeit erforderlichen Kompetenzen umfassend zu bewahren, wurden für ältere Menschen vielfältige pflegerische, medizinische, psychologische und soziale Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation entwickelt. Ob und inwieweit Menschen im Alter ein moralisches oder juridisches Recht auf Präventions- und Fördermaßnahmen haben, bedarf einer ethischen wie rechtlichen Begründung. Nur dann, wenn es gute Gründe gibt, ist die Förderung der Selbstständigkeit und des Wohlergehens älterer Menschen keine Frage mildtätiger Fürsorge oder individueller altruistischer Bemühungen mehr, sondern eine Frage individueller und gesellschaftlicher Pflichten. Deren Begründung wurde bereits an anderer Stelle geleistet (Bobbert 2000; 2002; 2012; 2014).

Ebenso werden hier Fragen nach den Grenzen des Autonomierechts zurückgestellt: Welche Autonomieansprüche berechtigt sind, wo die Grenzen verlaufen, weil z.B. grundlegende moralische Rechte anderer berührt sind, kann im Rahmen dieses Beitrags nicht behandelt werden. An dieser Stelle sei nur darauf hingewiesen, dass das Autonomieprinzip zur Beantwortung der Frage nach den Grenzen in einem ethischen Ansatz eingebettet sein muss (Bobbert 2005). Darüber hinaus zeigt das juridische Recht unverzichtbare Mindestvoraussetzungen und einzuhalten Grenzen auf.

1.4 Zum Begriff der Autonomie

Autonomie leitet sich aus den griechischen Begriffen „autos“ und „nomos“ ab und bedeutet „Selbstgesetzgebung“ (Pohlmann, 1971; Anderson, 2013). Zunächst galt dieser Begriff in der griechischen Antike für Stadtstaaten, die frei von äußerer Fremdherrschaft und nach innen ohne einen Tyrannen waren. Heute wird der Begriff Autonomie bzw. Selbstbestimmung (im vorliegenden Beitrag wird – anders als etwa bei von Kutschera 2016 – nicht zwischen Autonomie und Selbstbestimmung unterschieden) auch auf Individuen bezogen; er meint das Vermögen, eigene Angelegenheiten oder eigenes Handeln an Maßstäben auszurichten,

die man sich selbst setzt – wobei an die Maßstäbe oft zusätzliche Anforderungen wie Konsistenz oder Rationalität herangetragen werden. Im Folgenden wird weniger Autonomie als allgemeine Fähigkeit eines Menschen als vielmehr Autonomie im Entscheiden und Handeln Gegenstand der Betrachtung sein.

1.5 Autonomie: Deskription, Evaluation und Präskription

Bezeichnet man die Handlung einer Person als autonom, stellt dies zunächst einmal eine Beschreibung dar. Zugleich aber ist implizit schon eine positive Bewertung impliziert, die mehr oder weniger anspruchsvolle Autonomiekriterien enthält: Von einer autonomen Entscheidung oder Handlung kann z.B. die Rede sein, wenn bestimmte Anforderungen der Konsistenz oder Rationalität erfüllt sind, wenn eine Entscheidung zum Lebensentwurf passt oder im Bewusstsein moralischer Verantwortung getroffen wurde. Mit der Beschreibung dessen, was unter Autonomie verstanden wird, wird also ein Maßstab etabliert.

2 Drei Typen von Autonomiekonzepten im ethischen Diskurs

In der Ethik werden unterschiedliche Autonomiekonzepte vertreten. Diese sollen im Folgenden zu drei Typen zusammengefasst werden, um ihre Stärken und Schwächen auszuleuchten: libertäre sowie hierarchische Autonomiekonzepte und Autonomie als moralische Selbstverpflichtung (Bobbert & Werner, 2014).

2.1 Libertäre Autonomie

2.1.1 Abwesenheit äußeren Zwangs

Die Gruppe libertärer Autonomiekonzepte fasst Autonomie als Abwesenheit von Zwang auf. Wenn wir im Alltag über Autonomie reden, ist damit das Anliegen verbunden, bestimmte Entscheidungen und Handlungen unabhängig von der Einflussnahme anderer zu treffen. Sogenannte libertäre Autonomiekonzepte – in der Tradition von John Locke (2008 bzw. 1689), Robert Nozick (2006 bzw. 1974), einem amerikanischen Vertreter der politischen Ethik der 1970er Jahre, oder dem Bioethiker Tristram Engelhardt jun. (1996) – betrachten Autonomie von außen: Eine Entscheidung oder Handlung ist dann autonom, wenn sie ohne äußeren Zwang oder Manipulation geschieht. Diese theoretische Annahme muss eine gewisse empirische Entsprechung haben: Zwar denken und handeln wir nie ganz frei von äußeren Einflüssen, doch muss ein Mindestmaß an Freiheit von äußerem Zwang gegeben sein.

Libertäre Autonomiekonzepte richten sich auf eine wichtige Facette, die äußeren Bedingungen, d.h. Umgebungsfaktoren: Bei der Anwendung dieser Autonomiekonzepte ist das nähere Umfeld einer Person auf konkreten Zwang hin zu untersuchen.

2.1.2 Fürsorge angesichts libertärer Autonomiekonzepte

Bei älteren Menschen erschweren sensorische Einschränkungen, die zu Problemen beim Hören und Sehen führen, das Verstehen, die Kommunikation und die Anpassung an neue Situationskontexte. Auch generationsbedingte biografische Aspekte wie Bildung, andere Rollenerwartungen und Einstellungen können das Verstehen erschweren (Neubauer & Gatterer, 2008, S. 180f.). Ob ein pflegebedürftiger Mensch oder ein Patient die wesentlichen Informationen wirklich verstanden hat, ob er freiwillig, d.h. einigermaßen frei von Systemzwängen und zumindest reflektiert angesichts etwaigen Erwartungsdrucks der Pflegenden oder Ärzt*innen entscheiden kann, lässt sich entweder durch passives Warten auf Rückfragen und Beschwerden oder aber durch aktive Kommunikation sicherstellen. Denn Pflegekräfte und Ärzt*innen können signalisieren, für Rückfragen oder wiederholte Erläuterungen keine Zeit zu haben, oder sie zeigen sich gesprächsbereit und sprechen nonverbale „Fragezeichen“ der Betroffenen an.

Um der Bedingung der Abwesenheit äußerer Zwangs empirisch angemessen Rechnung zu tragen, müssten libertäre Autonomiekonzepte sozialwissenschaftliche Erkenntnisse einbeziehen. Denn institutionelle Strukturen, etwa eines Pflegeheims, prägen den Handlungs- und Entscheidungsraum der Bewohner*innen. Regeln und Abläufe und das Wissen um negative soziale Reaktionen gegenüber als „schwierig“ wahrgenommenen Bewohner*innen sind nur einige Freiheitsbegrenzungen einer institutionellen Dauerunterbringung. Ebenso kann es bei der Pflege zu Hause, bei „live-ins“ (Emunds, 2016) und auch bei der ambulanten Pflege institutionelle Einschränkungen und psychosoziale Dynamiken geben, die durch Rollenerwartungen, typische Abhängigkeits- und Machtverhältnisse im privaten Raum oder typische Konflikte zwischen professionellen Helfer*innen und Angehörigen bedingt sind.

2.1.3 Fehlende Berücksichtigung struktureller Freiheitseinschränkungen

Menschen im Alter finden ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen vor. In der Altenpflege lediglich situativ für die „Abwesenheit“ von Zwang und Manipulation Sorge zu tragen, ist zwar erforderlich, aber nicht ausreichend.

Bei libertären Autonomiekonzepten ist problematisch, dass sie nicht auf die Betrachtung gesellschaftlicher Strukturen und Institutionen ausgerichtet sind. Strukturelle Probleme wie Informationsasymmetrien, gesellschaftliche Erwartungen oder ein Wohlstandsgefälle bleiben ausgeblendet. Bei komplexeren, abstrakten Zusammenhängen verliert sich im Dickicht der Phänomene die Frage nach Zwang und Manipulation. Wir zögern, angesichts der Vermitteltheit institutioneller, gesellschaftlicher oder gar globaler Einflüsse auf individuelles Entscheiden, von „Zwang“ zu sprechen. Doch aus ethischer Sicht dürfen diese Probleme nicht deswegen, weil ein Konzept zu eng oder die Empirie komplex ist, ausgeblendet werden. Möglicherweise bestechen libertäre Autonomiekonzepte durch ihre Unterkomplexität und die Tatsache, dass den Anwendern keine aufwändigen Analyse- und Abstraktionsleistungen abverlangt werden. Sie bleiben damit aber defizitär.

2.2 Hierarchische Autonomiekonzepte

Libertäre Autonomiekonzepte richten den Blick nach außen. Sie lassen offen, was im Innern eines Individuums vor sich geht. Anders Autonomiekonzepte, die eine Hierarchie der Selbstreflexion fordern: Sie betrachten den Prozess der Urteilsbildung und stellen Minimalbedingungen für Autonomie auf, so etwa „Wohlüberlegtheit“ oder „Vernünftigkeit“. Oft wird Autonomie auch als „Authentizität“ verstanden, d.h. dass ein unauswechselbares Selbst sich in einer Entscheidung oder Handlung artikuliert sieht. Durch Selbstreflexion soll innere Stimmigkeit erreicht werden.

2.2.1 Authentischer, wohlüberlegter Wille

Die innere Seite der Autonomie und damit die Willensbildung beleuchten die sogenannten hierarchischen Autonomiekonzepte von Gerald Dworkin (1970) und ausführlicher bis heute Harry Frankfurt (1971, 1992). Ihnen geht es um individuelle Präferenzen, d.h. um Vorlieben und Wünsche erster und zweiter Ordnung: Die Präferenz einer Person gilt dann als autonom, wenn sie in Einklang mit den Präferenzen zweiter Ordnung steht. Wer z.B. in erster Präferenz die Neigung verspürt, Schokolade zu essen, zugleich aber eine Präferenz zweiter Ordnung hat, von dieser Neigung frei zu sein, handelt nicht autonom, wenn er die Tafel Schokolade verspeist. Hauptanliegen des hierarchischen Autonomiemodells ist die Stimmigkeit subjektiver Präferenzen. Das Handlungssubjekt muss also zu einer Reflexion fähig sein, bei der es seine vielschichtigen persönlichen Wünsche wahrnimmt, ordnet und abwägt. Außerdem müssen die Präferenzen als eigene betrachtet werden. Autonomie ist nur gegeben, wenn sich eine Person mit ihren Plänen, Werten, Zielen und Wünschen identifiziert – wenn sie sagen kann, „es ist meins“ (Dworkin 1989, 60.) Nach Dworkin und Frankfurt

können wir selbst dann autonom sein, wenn wir von außen gezwungen werden. Denn viel wichtiger ist es, durch Reflexion Distanz und innere Freiheit zu schaffen.

2.2.2 Sozialisation und Interaktion zwischen Person und sozialem Umfeld

Allerdings thematisieren hierarchische Autonomiekonzepte etwas Wesentliches nicht: Woher stammen die individuellen Wünsche, Werte und Pläne? Sie bilden sich in Interaktion mit unserer Umwelt – über Sozialisation, Bildung und Kultur. Wenn lediglich das Ergebnis zwischenmenschlicher Interaktion und gesellschaftlicher Sozialisation herangezogen wird, bleibt ausgespart, inwieweit individuelle Präferenzen, seien sie erster oder zweiter Ordnung, unkritisch oder durch stetige soziale Gewöhnung übernommen wurden. Allein das Kriterium interner Konsistenz reicht – ähnlich wie in der Systemtheorie – nicht aus. Besonders deutlich wird die Problematik gesellschaftlicher Erwartungen und Traditionen im Hinblick auf „gender“-Effekte: Frauen, insbesondere ältere Frauen, neigen stärker als Männer dazu, Dankbarkeit und Zustimmung zu äußern und Nicht-Erwünschtes zu übergehen bzw. sich mit Rahmenbedingungen zu arrangieren (z.B. Kashdan, Mishra & Breen, 2009; Weisberg, DeYoung & Hirsh, 2011; Lehmann & Allemand, 2013).

Zudem lassen sich aus psychologischer Sicht Anfragen an hierarchische Autonomieprinzipien formulieren, die von fest umrissenen individuellen Präferenzen ausgehen: So trifft die Entwicklungspsychologie unterschiedliche Aussagen dazu, ab wann die Persönlichkeit eines Menschen stabil ist: im späten Jugendalter, erst dann, wenn man ein von den Eltern getrenntes Leben führt, oder vielleicht nur dann, wenn man in der Kindheit eine sichere emotionale Bindung erfahren durfte? Die Persönlichkeitspsychologie fragt schon lange nach dem Verhältnis von stabilen Persönlichkeitszügen und Situationseinflüssen. Heute wird die Annahme fester Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen relativiert und davon ausgegangen, dass der Situationskontext das Verhalten von Menschen stark beeinflusst (Shoda, Mischel & Wright, 1994). Sogenannte Betrügerstudien zeigten z.B., dass es fast keine über Situationen hinweg bestehende Konsistenz im Verhalten gibt: So betrügt z.B. jemand in einer Klausur, bringt aber eine im Bus gefundene Geldbörse zum Fundbüro.

2.2.3 Philosophische Lebensberatung

Dass Individuen sich selbst aufklären, indem sie ihre persönlichen Bedürfnisse, Emotionen und spontanen Willensneigungen reflektieren, ist Thema von Autonomie als authentischem, wohlüberlegtem Willen. Der Philosoph Hans Krämer entwirft in seiner Integrativen Ethik eine philosophische Beratung zum Gelingen des Lebens. Im Unterschied zur Antike bietet die

Neuzeit mannigfaltige Lebensziele, Güterhierarchien und Wertorientierungen. In einer modernen Strebensethik müsse ein Handlungssubjekt wiederholt und teils neu Lebensziele setzen. Diese seien graduell, sektoriell, temporär und hermeneutisch. „Eine moderne Strebensethik muss insbesondere die Dimension der Lebenszeit und -geschichte in ihre Kategorienlehre aufnehmen.“ (Krämer, 1995, S. 129). Es gehe darum, das eigentliche Wollen und damit die wirklichen oder bevorzugten Ziele zu finden und außerdem diejenigen Mittel und Wege zu erschließen, die eine Person ihre Ziele am besten erreichen lassen. Der Ethik als Lebenskunstlehre oder anders gesagt, der philosophischen Lebensberatung, fällt die Aufgabe zu, „Freiheitsräume zu erschließen, zu erproben und auszumessen, und zum andern, sie auszufüllen und zu bewältigen helfen.“ (Krämer, 1995, S. 130). Ratschläge in Form von Vorzugskriterien, Alternativvorschlägen, Parallelfällen und Lösungsmodellen haben nach Hans Krämer hohen Stellenwert für die Praxis.

Krämer weist einer so verstandenen Autonomie bzw. Authentizität den Platz in der Ethik des guten Lebens an: Etwas ist nicht an sich gut, sondern das Gute ist gut für ein Individuum, da es zu seinem Gewollten und Erstrebten passt. Bei Krämer wird deutlicher als bei Dworkin und Frankfurt, dass Autonomie in Sinne innerer Selbstklärung auf das Glück des Einzelnen abzielt.

2.2.4 Wohlüberlegte Wünsche durch Erzählen und Erinnern

Gemäß Hans Krämers „integrativer Ethik“ unterstützt und erweitert eine philosophische Lebensberatung die Autonomiekompetenz durch einen dialogischen Deutungsprozess in Bezug auf Erfahrungen, Erinnerung und Identität.

Die Pflegewissenschaft hat für die Pflege und Begleitung von Menschen mit einer Demenzerkrankung die Biografiearbeit (z.B. nach Böhm, 2004) entwickelt, um für Außenstehende unverständliche Handlungen einordnen und verstehen zu können. So lassen sich bei kognitiv eingeschränkten Menschen im fortgeschrittenen Stadium nicht nur die „Autonomie des Augenblicks“, wie die Pflegeethikerin Ruth Schwerdt einmal getitelt hat (Schwerdt, 2005), erkennen und respektieren, sondern im frühen Stadium können auch Entscheidungen und Handlungen mit Blick auf die Lebensgeschichte (Piechotta, 2008) leichter gefunden werden. Außerdem kann z.B. der Ansatz der Validation nach Naomi Feil (2000; vgl. auch Neubauer & Gatterer, 2008, S. 184–186) nicht nur im Stadium von Demenz Unterstützung geben. Stressreduktion, Wertschätzung, Anerkennen des gelebten Lebens und das Umgehen mit Konflikten aus der Vergangenheit sind für die Willensbildung gerade dann hilfreich, wenn ein Mensch in eine schwierige Phase des Alterns gerät.

Erinnern, Erzählen, Sich-Mitteilen und Austauschen sind also nicht nur im Umgang mit demenzkranken Menschen wichtig, sondern generell zur Förderung von Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit. Wenn man das Innen nicht als feststehende Größe erachtet, sondern versucht, die Phänomene Innenwelt, Außenwelt, individueller Lebenslauf und Zeit angemessen zu erfassen, handelt es sich um einen hermeneutischer Zugang, der angebrachter zu sein scheint als ein analytischer. Letztlich ist ein Autonomieprinzip, das auf einem authentischen individuellen Willen beruht, deswegen attraktiv, weil es auf das Gelingen des Lebens abzielt und auf einer Deutung des Selbst und seiner Lebensgeschichte beruht.

2.3 Autonomie als moralische Selbstverpflichtung

Auf einer anderen Ebene als ein Autonomiekonzept, das sich auf Entscheidungen und Handlungen einer Person bezieht, liegt Autonomie als übergeordnetes Moralprinzip, d.h. Autonomie als moralische Selbstverpflichtung.

Bei den oben vorgestellten Autonomiekonzepten stellt sich die Frage, warum wir die Entscheidung oder Handlung einer Person, die diese als autonom erachtet, respektieren sollten – sicherlich nicht nur deshalb, weil diese Person Autonomie behauptet und Achtung ihrer autonomen Entscheidung oder Handlung beansprucht. Die vorgängigen Autonomiekonzepte können viel postulieren, hängen aber letztlich in der Luft, weil die Frage, welche Art von Autonomie wir respektieren oder fördern müssen, nicht geklärt ist. Ein Autonomieprinzip, das sich auf Selbstbestimmung im Handeln und Entscheiden bezieht, muss ethisch-normativ eingebettet sein. Nur so lässt sich ausmachen, wo individuelle Entscheidungen und Handlungen berechtigterweise respektiert oder deren Voraussetzungen gefördert werden müssen, und nur so lässt sich ausmachen, welche Grenzen bei der libertären oder authentischen Autonomie mit guten Gründen gezogen werden können.

2.3.1 Autonomie als übergeordnetes Moralprinzip

Zentral ist hier Autonomie als übergeordnetes Moralprinzip, wie es bereits Kant in seiner Moralphilosophie etabliert hat (Kant, 1785). Ein autonomer Wille darf nach Kant nicht durch vorgängige Festlegungen, beispielsweise persönliche Vorlieben oder Neigungen, bestimmt sein. Der Wille des Menschen muss sich vielmehr am Kategorischen Imperativ orientieren: Es gilt, nur nach Grundsätzen zu handeln, die ein Subjekt vernünftigerweise als allgemeine praktische Gesetze für das Handeln aller Vernunftwesen akzeptieren könnte. Dieses Autonomieprinzip ist zugleich das oberste Moralprinzip, d.h. alle Vernunftwesen müssen ihm

gerecht werden. Kompetenz, Anspruch und Anerkennung sind hier eng verknüpft: Autonomiekompetenz ist die Fähigkeit, den eigenen Willen am Kategorischen Imperativ auszurichten. Diesen Autonomieanspruch einzulösen, bedeutet nicht nur die Verwirklichung eigener Autonomie, sondern auch die Anerkennung der Autonomieansprüche aller anderen Vernunftwesen.

Das Autonomiekonzept Kants beantwortet die Frage, ob mit Autonomie zwingend die Forderung verknüpft ist, dass selbstbestimmte Entscheidungen oder Handlungen aus ethisch-normativer Sicht vertretbar sein müssen, mit einem Ja. Damit sind egoistische Wünsche, Entscheidungen oder Handlungen schlichtweg nicht autonom, weil sie fremdbestimmten Gesichtspunkten folgen bzw. selbstwidersprüchlich sind. Kant würde die „authentische“, wohlüberlegte Autonomie insofern zurückweisen, als sich Wünsche zweiter Ordnung nicht eo ipso verallgemeinern lassen.

Der Kategorische Imperativ in seinen verschiedenen Formulierungen ist nicht nur formal, sondern auch inhaltlich ausgeführt, deutlich in der so genannten Zweckformel mit dem Instrumentalisierungsverbot und in der Menschenwürdeformel. Folgt man Kant in seinem zentralen Gedanken von Autonomie als moralischer Selbstverpflichtung, d.h. einer auf andere Menschen bezogenen Gesetz- bzw. Normgebung, dann muss jedes konkrete Autonomiekonzept dem Anspruch der Vernünftigkeit und Verallgemeinerbarkeit genügen. Die Autonomiekonzeption moralischer Verantwortung ist auf einer übergeordneten ethischen Ebene angesiedelt. Es geht nicht um ein individuelles Autonomieprinzip, sondern um eine moralphilosophische Konzeption, nach der moralisches Entscheiden und Handeln vernünftig und verallgemeinerbar sein soll. Individuelle Autonomie bindet sich hier in Freiheit an das moralische Sollen.

In der Sprache moralischer Rechte und Pflichten könnte man daher sagen, dass nur solche Autonomievorstellungen vertretbar sind, die sich mit begründeten moralischen Rechte und Pflichten anderer Menschen in Einklang bringen lassen. Mit Autonomie als moralischer Selbstverpflichtung geht also ein ethischer Überprüfungsdiskurs einher, der der Selbstachtung und der Achtung des anderen verpflichtet ist.

2.3.2 Moralische Rechte und Pflichten

Ein zeitgenössischer ethischer Ansatz, der grundlegende Rechte und Pflichten zu begründen vermag, ist der von Alan Gewirth (1978). Er etabliert kein spezielles Recht auf Autonomie, wohl aber mehrere grundlegende moralische Rechte, die dem Gehalt eines individuellen Rechts auf Achtung der Autonomie Ausdruck verleihen, so das Recht auf physische und

psychische Integrität, das Recht auf seelisches Gleichgewicht und das Recht auf Selbstachtung. Diese mit dem Autonomieprinzip in Zusammenhang stehenden Rechte sind von weiteren Rechten, denen auf der anderen Seite Pflichten entsprechen, flankiert.

2.3.3 Ethische Beratung und Entscheidungsfindung

Das kantische Autonomiekonzept impliziert die Unparteilichkeit der Interessenberücksichtigung. Für die Bestimmung und Befolgung der Pflichten gegen andere und sich selbst bedarf es der Fähigkeit, moralisch zu reflektieren und ein verantwortliches Urteil zu fällen.

Nun ist nicht jede Entscheidung eine ethisch relevante Entscheidung und nicht jede ethisch relevante Entscheidung ist kompliziert, schwerwiegend oder betrifft eine Dilemmasituation. Zur individuellen Urteilsfindung im Fall eines ethisch-normativen Problems hat Hille Haker (1998) ein Modell ethischer Beratung bzw. Entscheidungsfindung entwickelt. Dieses Modell kann sowohl das Autonomieprinzip im Sinne der moralischen Selbstverpflichtung umsetzen als auch hierarchische Autonomiekonzepte. Libertäre Autonomiekonzepte sind als *conditio sine qua non* vorausgesetzt.

Will ein Mensch sowohl im Sinne hierarchischer Autonomiekonzepte als auch im Sinne von Autonomie als moralischer Selbstverpflichtung eine Entscheidung treffen, gilt es, die Handlungsoptionen vor dem Hintergrund der eigenen Lebensgeschichte auszuleuchten. Wenn durch eine Entscheidung ethische Ansprüche anderer berührt werden, müssen die eigenen Wünsche, Ideale und Lebensziele in ein Verhältnis gesetzt werden zu den Bedürfnissen und Erwartungen anderer Menschen. Es bedarf der Fähigkeit, sich in die Situation anderer hineinzusetzen, und die betreffende Person wird prüfen, ob die moralischen Ansprüche anderer zu Recht bestehen oder die eigenen Wünsche höher zu veranschlagen sind.

Die Urteilsfindung oder auch Beratung, die eine betroffene Person darin unterstützen will, eine moralisch verantwortliche Entscheidung zu fällen, durchläuft nach Haker (1998, S. 229f) verschiedene Phasen: die Informationsphase, die Phase der Bewertung in ethisch-existentialer Hinsicht, die Phase der Bewertung in moralisch-normativer Hinsicht und die Phase der Entscheidungsfindung, in der unterschiedliche Handlungsoptionen unter Einschluss berechtigter moralischer Ansprüche noch einmal ethisch-existential beurteilt werden. Das moralische Subjekt fragt sich dann, wie es mit dem Erfüllen oder der Verweigerung moralischer Ansprüche leben kann, ob es ihm möglich ist, unter Umständen mit Schuld zu leben oder ob es seine Wünsche verändern kann. Ein moralisches Subjekt

wird versuchen, diejenige Handlungsoption zu wählen, die sowohl den eigenen Wünschen, dem eigenen Idealbild und den moralischen Ansprüchen am ehesten gerecht wird.

Solche Reflexions- bzw. Beratungskompetenzen, die vor allem bei schwierigen normativen Fragestellungen erforderlich sind, müssen in der Regel vermittelt und eingeübt werden.

Menschen, die ein aus ethischer Sicht verantwortliches Urteil fällen wollen oder auch diejenigen, die bei der Urteilsfindung Unterstützung geben wollen, sollten darüber Auskunft geben können, wann und warum es sich um eine relevante Fragestellung handelt. Weiterhin sollten sie zwischen Moral und Ethik, Strebens- und Sollensethik unterscheiden (Bobbert, 2012, S. 164–170) und Begründungen für moralische Normen geben können.

3 Informierte Zustimmung: zwischen libertären und hierarchischen Autonomiekonzepten

Ein Spezialfall des Anspruchs auf Handlungs- bzw. Entscheidungsautonomie ist das moralische und juristische Recht auf informierte Zustimmung zu medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen. Nur die autonome Entscheidung eines kranken oder pflegebedürftigen Menschen erlaubt Eingriffe in die physische und psychische Integrität. Die Krankenschwester und Philosophin Ruth Faden und der Philosoph Tom Beauchamp haben das Konzept der Informierten Zustimmung, die Aufklärung, Verstehen, Freiwilligkeit, Kompetenz und Zustimmung erfordert, zusammengefasst (Faden & Beauchamp, 1986).

Das primär auf Autonomie als Abwehrrecht beruhende Konzept der Informierten Zustimmung, das primär den libertären Autonomiekonzepten zuzuordnen ist, geht mit einer gewissen Förderung der Autonomiekompetenz einher: Ärzt*innen oder Pflegekräfte sollen individualisiert über medizinische Eingriffe oder Pflegemaßnahmen informieren und durch Erfragen individueller Präferenzen die Betroffenen zur Entscheidung befähigen. In den letzten Dekaden wurde stärker hervorgehoben, dass Aufklärung und Verstehen sich nur über einen Dialogprozess erreichen lassen (vgl. für die Medizin bereits Berg et al., 2001; vgl. für die Pflege Bobbert, 2002), da ein pflegebedürftiger oder kranker Mensch unmittelbar nach einem Gespräch häufig nicht in der Lage ist, die Informationen auf die eigene Situation zu beziehen und Entscheidungsklarheit in Bezug auf eine ihm existentiell unbekanntes Lage zu gewinnen.

Bei pflegerischen Maßnahmen mag zwar die „Eingriffstiefe“ geringer erscheinen (Bobbert, 2002, S. 215–321), doch wie die betroffene Person die Maßnahme erlebt und bewertet, ist interindividuell unterschiedlich. Sobald Verstehen und Kompetenz als Voraussetzungen der Informierten Zustimmung die individuellen Präferenzen und Aspekte der Alltags- und

Lebensführung mit einbeziehen und implizit „Wohlüberlegtheit“ fordern, ist das Konzept der informierten Zustimmung den hierarchischen Autonomiekonzepten zuzuordnen.

Pflegende und Ärzt*innen können also in mehrfacher Hinsicht die Kompetenz hilfebedürftiger älterer Menschen verbessern: zum einen, indem sie Informationen „altersgerecht“ vermitteln und individuelles Verstehen ermöglichen; zum anderen, indem sie auch individuelle Präferenzen erfragen, die das Alltagsleben betreffen. So können pflegerische Maßnahmen in Bezug auf die „Aktivitäten des täglichen Lebens“ bzw. „die Lebensaktivitäten“ – je nach Individuum – mehr oder weniger relevant für das Selbstverständnis und die Lebensführung eines pflegebedürftigen Menschen sein. Fürsorge für hierarchische Autonomiekonzepte bedeutet, in Erfahrung zu bringen, ob eine versorgende, aktivierende oder rehabilitierende Pflegemaßnahme für die Identität, die Lebensqualität und die Alltags- bzw. Lebensziele des hochbetagten Menschen wichtig oder eher nebensächlich ist.

4 Autonomiekonzepte im Diskurs: Ergebnisse

Wenn wir von „Fürsorge für das Autonomieprinzip“ reden wollen, muss geklärt sein: Welches Autonomieprinzip wird implizit vorausgesetzt und welche Voraussetzungen sind damit verbunden?

4.1 Wissen um unterschiedliche Autonomieprinzipien

Libertäre und hierarchische Autonomiekonzepte decken jeweils eine von zwei Hauptfacetten ab, indem sie nach innen oder nach außen blicken. Der jeweils spezifische Fokus hat jedoch offene Flanken, die zu benennen sind, um darauf reagieren zu können. So ließen sich im Anschluss an ein libertäres Autonomiekonzept mithilfe einer Hermeneutik des Verdachts durchaus strukturelle Bedrohungen oder Begrenzungen individueller Autonomie aufzeigen. Hierarchische Autonomiekonzepte bedürfen weiterer Ausarbeitung, was Kriterien der Introspektion und Unterstützung von außen, etwa durch Dialog oder Beratung, anbelangt. Autonomie als moralische Selbstverpflichtung bedarf des Ausweises berechtigter Autonomieansprüche. Aus ethischer Sicht ist es wichtig, um die Unterschiedlichkeit und die damit verbundenen schwachen oder starken Voraussetzungen zu wissen.

4.2 Autonomiekonzepten: Voraussetzungen und etwaiger Förderbedarf

Die drei vorgestellten Typen von Autonomiekonzepten changieren zwischen einer Beschreibung von Autonomiefähigkeit und einer Evaluation, wann eine Entscheidung oder

eine Handlung einer Person als autonom erachtet und daher respektiert werden sollte. Bei jedem Autonomieprinzip, das in einer ethischen Diskussion herangezogen wird, sollte explizit gemacht werden, auf welches Autonomiekonzept es bezogen ist, um die „Messlatte“ der Voraussetzungen zu erfassen.

Nur so kann dann etwaiger Präventions- oder Förderbedarf deutlich werden: Denn die Voraussetzungen eines Autonomieprinzips lassen sich absichern, verbessern oder wiederherstellen. Allerdings muss aus ethischer Sicht der Schritt vom Sein (bzw. der Beschreibung) zum Sollen begründet werden. Dazu bedarf es der Einbettung eines Autonomieprinzips in einen ethischen Ansatz (Bobbert, 2005).

Ob ein Autonomieprinzip

- die einzige ethische Norm darstellt und nur als Abwehrrecht gedacht wird (Engelhardt, 1996),
- neben anderen Prima-facie-Prinzipien wie „Nicht-Schaden“, „Wohltun“ und „Gerechtigkeit“ steht (Beauchamp & Childress, 2013)
- oder über grundlegende individuelle moralische Rechte wie körperliche und psychische Unversehrtheit, das Recht auf psychisches Gleichgewicht und das Recht, nicht durch Wissensdefizite in den allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit beeinträchtigt zu werden (Gewirth, 1978),

repräsentiert ist, wirkt sich auf die Frage nach berechtigten Förderansprüchen in Sachen Autonomiefähigkeit ebenso aus wie auf die Frage nach den Grenzen eines Autonomieprinzips.

4.3 Autonomie von Menschen im Alter

Bei älteren Menschen lassen häufig sensorische, motorische und kognitive Funktionen etwas nach. Das Anforderungsprofil in Bezug auf Autonomieprinzipien wurden im vorliegenden Beitrag aufgezeigt. Auf dieser Grundlage können professionelle Helfer*innen durch ethische Reflexion und entsprechende Kommunikation mit älteren Patient*innen und Bewohner*innen gezielt Fürsorge für das Autonomieprinzip walten lassen.

Angesichts von Ausbildungsdesideraten in Pflege- und Medizinethik, Pflegekräftemangel und medizinischen und pflegerischen Versorgungsempässen mag ein aufwändiges „plus ultra“ unrealistisch erscheinen. Autonomiefähigkeit sowie Autonomie als moralische Norm sind aber grundlegend für jedes moralische Subjekt, so auch für Menschen in höherem Alter. Die eingangs genannten Ziele aus Gerontologie und Altenpflege, nämlich Erhalt und

Wiederherstellung von Ressourcen oder die Kompensation von Einschränkungen durch verbliebene Ressourcen stellen gute allgemeine, für die Autonomienorm jedoch unspezifische Voraussetzungen für moralische Subjekte dar. Zur Achtung, Wahrung und Wiederherstellung von Handlungs- und Entscheidungsautonomie ist als konkrete und wirksame „Fürsorge“ für das Autonomieprinzip „ethische Professionalität“ erforderlich, die in Fort- und Weiterbildungen erworben werden muss (weiterführend Rabe, 2017).

Im vorliegenden Beitrag konnten nicht alle Grundfähigkeiten der Autonomie auf der Ebene Emotion, Kognition und Volition dargelegt werden, sondern lediglich die direkt mit einem Autonomieprinzip verbundenen Voraussetzungen. Dadurch erhalten die Achtung des Autonomieprinzips und das Bemühen um Fürsorge für das Autonomieprinzip bei Menschen in höherem Alter klarere Konturen.

4.4 Teilreziprozität bei Fürsorge für das Autonomieprinzip

Allgemeine personale Autonomiefähigkeiten und die dargelegten speziellen Voraussetzungen von Autonomie können nicht ohne die Achtung und Fürsorge Außenstehender realisiert werden. Sie sind als Gegenüber konstitutiv für die eigene Interessenbildung, indem sie über weite Strecken das Reflexions- und Handlungsvermögen durch Interaktion, insbesondere durch Kommunikation beeinflussen. Aber in diesen Prozessen der Fürsorge für die Autonomievoraussetzungen des anderen lernen beide Seiten. Wenn sich professionelle Helfer*innen mit Autonomieprinzipien befassen und in der Interaktion mit älteren Menschen darum bemühen, wird ihr eigenes Sensorium für die Voraussetzungen von Autonomie und die ethische Reflexionskompetenz reichhaltiger. Die Interaktion mit den Pflegebedürftigen kann erfüllender werden, weil sich Individuen soweit als möglich auf Augenhöhe begegnen und in den Austausch kommen. In eine asymmetrische Hilfebeziehung möglichst viel wechselseitigen Respekt zu erfahren, kann zum Gelingen des Lebens beider Seiten beitragen.

4.5 Autonomieprinzip und Verletzbarkeit des Menschen

Autonomie als Fähigkeit, als Anspruch und als Anerkennung ist wichtig für das Gelingen des Lebens und zur Achtung moralischer Rechte. Gleichwohl ist der Mensch nicht auf Autonomie als normative Forderung und auf die empirische Realisierung von Autonomie reduzierbar. Der Stellenwert der allgemeinen Autonomiefähigkeit und der speziellen Fähigkeit autonomen Handelns und Entscheidens sollte aus ethischer Sicht nicht verabsolutiert werden. Denn alle Menschen sind verletzlich, und es gibt Lebensphasen, in denen ein Mensch nicht mehr über

allgemeine und spezifische Autonomiefähigkeiten und -voraussetzungen verfügt. In diesen Situationen und Lebenslagen rücken die Achtung weiterer grundlegender moralische Rechte und Pflichten und anderer Formen der Fürsorge und Zuwendung in den Mittelpunkt.

Literatur

Anderson, J. (2013). Autonomy. In H. LaFollette (Ed.), *International Encyclopedia of Ethics* (pp. 1–17). Hoboken: Wiley & Blackwell.

Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. (7th ed.). Oxford: Oxford University Press.

Berg, J.P., Appelbaum, P.S., Lidz, C.W. & Parker, L.S. (2001). *Informed Consent. Legal Theory and Clinical Practice*. Oxford: Oxford University Press.

Bobbert, M. & Werner, M.H. (2014). Autonomie/Selbstbestimmung im Humanexperiment. In: C. Lenk, G. Duttge & H. Fangerau (Hrsg.), *Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen* (S. 105–114). Berlin: Springer.

Bobbert, M. (2000). Die Problematik des Krankheitsbegriffs und der Entwurf eines moralisch-normativen Krankheitsbegriffs im Anschluß an die Moralphilosophie von Alan Gewirth. *Ethica*, 8/4, 405–440.

Bobbert, M. (2002). *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*. Frankfurt/M.: Campus.

Bobbert, M. (2005). Zur Notwendigkeit der Rückbindung eines Autonomieprinzips an einen Begründungsansatz. In M. Düwell & J. Neumann (Hrsg.), *Wie viel Ethik verträgt die Medizin?* (S. 105–124). Paderborn: Mentis.

Bobbert, M. (2012). *Ärztliches Urteilen bei entscheidungsunfähigen Schwerkranken. Geschichte – Theorie – Ethik*. Münster: Mentis.

Böhm, E. (2004). *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm* (3. Aufl.). Wien: Maudrich.

Diehl, M. (2012). Autonomie. In H.W. Wahl, C. Tesch-Römer & J.P. Ziegelmann (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 84–89). Stuttgart: Kohlhammer.

Dworkin, G. (1970). Acting freely. *Nous* 4/4, S. 367–383. <https://doi.org/10.2307/2214680>

Dworkin, G. (1989). The Concept of Autonomy. In J. Christman (Ed.), *The Inner Citadel. Essays on Individual Autonomy* (pp. 54–62). New York: Oxford University Press.

Elsevier (Hrsg.) (2017). *Altenpflege Heute* (3. Aufl.). Amsterdam: Elsevier.

Emunds, B. (2016). Menschenunwürdige Pflegearbeit in deutschen Privathaushalten. Sozialethische Bemerkungen zu den Arbeitsverhältnissen mittel- und osteuropäischer Live-Ins. In M. Heimbach-Steins (Hrsg.), *Sozialethik der Pflege und Pflegepolitik, Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften Band 57* (S. 199–224). Münster: Aschendorff.

Engelhardt, T. (1996). *The Foundations of Bioethics* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Faden, R.R. & Beauchamp, T.L. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford: Oxford University Press.

Feil, N. (2000). *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen* (6. Aufl.). München: Reinhard.

Frankfurt, H. G. (1971). Freedom of Will and the Concept of a Person. *Journal of Philosophy*, 68/1, 5–20. <https://doi.org/10.2307/2024717>

Frankfurt, H.G. (1992). The Faintest Passion. *Proceedings and Addresses of the American Philosophical Association*, 6/3, 5–16. <https://doi.org/10.2307/3130658>

Gewirth, G. (1978). *Reason and Morality*. Chicago: Chicago University Press.

Graumann, S. (2011). *Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte*. Frankfurt/M.: Campus.

Haker, H. (1998). Entscheidungsfindung im Kontext pränataler Diagnostik. In M. Kettner (Hrsg.), *Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft* (S. 223–251). Frankfurt/M.: Campus.

Juchli, L. (1997). *Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege* (8. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Kant, I. (1785). Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. In Königlich Preußische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), *Gesammelte Werke: Akademieausgabe Bd. IV (1968)*. (S. 385–464). Berlin: de Gruyter.

Kashdan, T.B., Mishra, A. & Breen, W.E. (2009). Gender Differences in Gratitude: Examining Appraisals, Narratives, the Willingness to Express Emotions, and Changes in Psychological Needs. *Journal of Personality*, 77/3, 691–730. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00561.x>

Könemann, J. (2018). Lebenslanges Lernen. In Deutsche Bibelgesellschaft (Hrsg.), *WiReLex Das wissenschaftlich-religionspädagogische Lexikon im Internet*. Zugriff am 16.05.2019 unter https://doi.org/10.23768/wirelex.Lebenslanges_Lernen.200359

Köther, I. (Hrsg.). (2016). *Altenpflege* (4. Aufl.) Stuttgart: Thieme.

Krämer, H. (1995). *Integrative Ethik*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Lehmann, R. & Allemand, M. (2013). Age and Gender Differences in Motivational Manifestations of the Big Five From Age 16 to 60. *Developmental Psychology*, 49/2, 365–383.

Lehr, U. (2007). *Psychologie des Alterns* (11. Aufl.), Wiebelsheim: Quelle & Meyer-

Locke, J. (2008). *Zwei Abhandlungen über die Regierung*, Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Menche, N. (Hrsg.). (2019). *Pflege Heute* (7. Aufl.). Amsterdam: Elsevier, Urban & Fischer.

Neubauer, G. & Gatterer, G. (2008). Pflege aus psychologischer Sicht. In W.D. Oswald, G. Gatterer, & U.M. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (173–193). Wien: Springer.

Nozick, R. (2006), *Anarchie, Staat, Utopia* [amerik. Orig. 1974]. München: Olzog.

Piechotta, G. (Hrsg.). (2008). *Das Vergessen erleben. Lebensgeschichte von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung*. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.

Pohlmann, R. (1971). Autonomie. In J. Ritter (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Band 1 (S. 701–719). Basel: Schwabe & Co.

Rabe, M. (2017). *Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik* (2. Aufl.). Bern: Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85741-000>

Roper, N., Logan, W.W. & Tierney, A.J. (2009). *Das Roper-Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten (LA)*, Bern: Huber.

Schewior-Popp, S., Sitzmann, F. & Ullrich, L. (Hrsg.). (2017). *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegenden in der Ausbildung* (14. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Schwerdt, R. (2005). Lernen der Pflege von Menschen mit Demenz bei Alzheimer-Krankheit. *Zeitschrift für Medizinische Ethik*, 51, 59–76.

Shoda, Y., Mischel, W., Wright, J.C. (1994). Intraindividual stability in the organizing and patterning of behavior: Incorporating psychological situations into the idiographic analysis of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 674–687.

von Kutschera, F. (2016). *Die Idee der Autonomie in der neuzeitlichen Geistesgeschichte*. Münster: Mentis. <https://doi.org/10.30965/9783957437983>

Wahl, H.-W. (2012). Erhalt und Wiedergewinn von Alltagskompetenz. In H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie* (S. 267–272). Stuttgart: Kohlhammer.

Weisberg, Y.J., DeYoung, C.G., Hirsh, J.B. (2011). Gender Differences in Personality across the ten aspects of the Big-Five. *Frontiers in Psychology*, 8/2, 1–11.

Weiterführende Literatur

Bobbert, M. (2012). Menschenwürde und Pflege. Schutz der Handlungsfähigkeit. In J.C. Joerden, E. Hilgendorf & F. Thiele (Hrsg.), *Handbuch Menschenwürde und Medizin* (S. 651–666). Berlin: Duncker & Humblot.