

MARTINA SCHMIDHUBER

**INTERKULTURELLE ASPEKTE IN DER MEDIZINETHIK  
AM BEISPIEL DER DEMENZERKRANKUNG**

Dr. Martina Schmidhuber, geb. 1981, 2010 Promotion in Philosophie an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Salzburg, von 2010 bis 2012 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) am Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin; WS 2012/13 Lehrkraft für angewandte Ethik an der Abteilung Philosophie der Universität Bielefeld; seit Februar 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Internationalen Forschungszentrum für soziale und ethische Fragen in Salzburg.

Im Rahmen eines Forschungsprojektes zu Demenz an der MHH zeigt sich, dass interkulturelle Aspekte in der Versorgung von Demenzbetroffenen lediglich marginal thematisiert werden. Im folgenden Beitrag werden die in der Medizinethik diskutierten interkulturellen Aspekte herausgearbeitet und die diesbezüglichen Herausforderungen aufgezeigt.

**Hinführung**

Im Folgenden handelt es sich um einen medizinethischen Beitrag. In der Medizinethik werden Themen behandelt, die in der rein fachlichen Medizin keinen Platz haben. So ist beispielsweise die Frage nach der Art und Weise einer Diagnosemitteilung eine medizinethische. Es geht nicht nur darum, welche medizinischen Symptome auf diese oder jene Krankheit hinweisen, sodass eine Diagnose zu stellen ist, sondern auch darum, *wie* man das Gespräch mit dem Patienten am besten führt, wie man die kognitive und emotionale Aufnahmebereitschaft für eine Diagnosemitteilung des Patienten richtig einschätzt u.Ä.

Die Medizinethik hat sich in den letzten Jahren als interdisziplinärer Bereich etabliert: Mediziner, Juristen, Theologen und Philosophen arbeiten auf diesem Gebiet und stellen Fragen, die über die rein fachliche Medizin hinausgehen. Insofern handelt es sich auch bei dieser Untersuchung von interkulturellen Aspekten in der Medizin um eine medizinethische Untersuchung. Es ist zwar keineswegs so, dass in der Medizin interkulturelle Aspekte keine Beachtung fänden. Dennoch scheinen diese stets nur marginal vorzukommen, spezifische Literatur gibt es dazu (noch) nicht viel. Ein Aspekt der häufig – in

verschiedenen Kontexten auch ausführlicher – erwähnt wird, ist das Problem der Kommunikation zwischen dem klinischen Team und dem Patienten, der aus einer anderen Kultur stammt.<sup>1</sup>

Im folgenden Beitrag soll am Beispiel von Demenzpatienten gezeigt werden, vor welchen interkulturellen Herausforderungen klinische Teams stehen. Demenz scheint mir ein angemessenes Beispiel zu sein, weil die Erkrankung aufgrund des demographischen Wandels weltweit stark zunimmt<sup>2</sup> und insofern alle Menschen betrifft. Zwar ist davon auszugehen, dass alle Demenzbetroffenen das Bedürfnis nach gesellschaftlicher Inklusion, menschlicher Nähe und Geborgenheit teilen, aber wie sich diese Bedürfnisse äußern und wie diesen am besten zu entsprechen ist, hängt wesentlich von ihrem kulturellen Hintergrund ab.<sup>3</sup> So zeigt sich beispielsweise, dass Pflegeheime für Menschen mit Demenz aus anderen Kulturen selten ein angemessener Ort sind, wie ein Mitglied der Studiengruppe Demenz an der Leicester University bei einer Visitation zu bedenken gibt: „Als ich [...] ein Heim für ältere Menschen besuchte, merkte ich, dass dieses Heim besser für Menschen mit einem britischen Hintergrund geeignet ist, hinsichtlich der Ausstattung, bis hin zu den Balladen der 60er und 70er... Würde sich jemand aus einer anderen Kultur hier wohlfühlen?“<sup>4</sup>

Es ist nicht einfach für klinische Teams in Deutschland, Österreich und anderen von westlichen Werten geprägten Ländern, adäquat auf die Bedürfnisse von Patienten aus anderen Kulturen einzugehen und ihnen gerecht zu werden. Zum einen hat dies strukturelle Gründe: Im Krankenhaus steht das Personal oft unter Zeitdruck, die persönliche Zeit mit Patienten – unabhängig von ihrer kulturellen Herkunft – kommt meistens zu kurz. Wie soll da noch speziell auf die Bedürfnisse von Menschen anderer Kulturen eingegangen werden? Und zum anderen fehlt dem klinischen Personal meistens das Wissen über die Bedürfnisse und Werte von Menschen anderer Kulturen.

Was aber bedeutet der schillernde Begriff „Kultur“ in diesem Kontext? Dies soll zunächst geklärt werden. Um die Herausforderungen in der Behandlung von Demenzbetroffenen nachvollziehen zu können, ist es in einem nächsten Schritt erforderlich, die Symptome und den Verlauf der Demenz-Erkrankung

<sup>1</sup> Vgl. z. B. S. PIRMORADI: Interkulturelle Familientherapie und -beratung (2012).

<sup>2</sup> Alzheimer's Disease International: World Alzheimer Report 2011, S. 4.

<sup>3</sup> Vgl. Nuffield Council on Bioethics (2009): Dementia, S. 12.

<sup>4</sup> Nuffield Council on Bioethics: Dementia, S. 48: “Visiting a home for elderly people [...] I found that the home was more suited for people with a British background, from the décor, to the ballads from the 60s and 70s ... Would someone from a different culture really be able to enjoy themselves here?” (Übers. M. S.).

kurz zu erläutern. Danach werden ethische Aspekte unter besonderer Berücksichtigung der Interkulturalität besprochen, Anspruch auf Vollständigkeit wird dabei allerdings nicht erhoben.

## 1 Kultur

Kultur wird von verschiedenen Autoren als Pendant zur Natur verstanden. Kultur ist das, was der Mensch aus der Natur gemacht hat. So deutet beispielsweise ARNOLD GEHLEN den Menschen als ein handelndes Wesen, welches fähig ist, sich die Natur ins Lebensdienliche umzuarbeiten, indem es Kultur erzeugt. Kultur impliziert GEHLEN zufolge Institutionen.<sup>5</sup> Als instinktreduziertes, unfertiges, weltoffenes Wesen, das unter natürlichen Bedingungen nicht überlebensfähig wäre, braucht der Mensch Institutionen.<sup>6</sup>

So ist auch das Krankenhaus eine Institution, die es Menschen erleichtern soll, mit Bedingungen der Natur umzugehen. Allerdings kann diese Art der Kultur sehr unterschiedlich sein, je nachdem wo man sich geographisch befindet. Kommt ein Patient aus dem afrikanischen oder asiatischen Raum in ein westeuropäisches Krankenhaus, kann ihn die Kultur hier irritieren. Umgekehrt kann das, was sich Patienten aus anderen Ländern wünschen, was ihre Vorstellungen sind, für das Personal in einem westeuropäischen Krankenhaus ungewöhnlich sein. An diesem Schnittpunkt, wo sich zwei Kulturen begegnen, ist der interkulturelle Dialog unabdingbar. Wie dieser zustande kommen kann und welche Voraussetzungen dafür erforderlich sind, wird im folgenden Text aufgezeigt.

## 2 Demenz – Symptome und Verlauf

Während 2009 weltweit 36 Millionen Menschen an Demenz erkrankt sind, werden es im Jahr 2030 schon 66 Millionen sein. Die Zahl der Erkrankungen verdoppelt sich alle 20 Jahre.<sup>7</sup> Bei über 64-jährigen Personen liegt die Häufigkeit einer Demenz bei 10 bis 12 Prozent. Je höher das Lebensalter, umso höher ist das Risiko an einer schweren Demenz zu erkranken.<sup>8</sup>

<sup>5</sup> Vgl. A. GEHLEN: Der Mensch (1962), S. 80f.

<sup>6</sup> Aus dieser These entwickelt GEHLEN das Mängelwesentheorem; vgl. ebd., S. 33. Vgl. zum Mängelwesentheorem auch R. DARGE/M. SCHMIDHUBER: Das Mängelwesentheorem bei Arnold Gehlen (2009), S. 33–54.

<sup>7</sup> Alzheimer's Disease International: World Alzheimer Report 2011, S. 4.

<sup>8</sup> Vgl. A. KRUSE: Lebensqualität demenzkranker Menschen (2005), S. 43.

Die Ursachen der Alzheimer-Demenz, von der im Folgenden die Rede ist<sup>9</sup>, sind nach wie vor noch nicht geklärt. Erforscht ist bisher, dass Nervenzellen zugrunde gehen und es zu einer Verminderung des Botenstoffes Acetylcholin kommt. Es handelt sich um eine schleichende Veränderung im Gehirn. Als erstes sind jene Bereiche des Gehirns betroffen, die mit Gedächtnis und Informationsverarbeitung zu tun haben.<sup>10</sup> Im Gegensatz zu den anderen Formen der Demenz, von denen man weiß, dass der Lebensstil eine Rolle spielt, kann Alzheimer-Demenz jeden treffen: Weder Bildung noch ein gesundes Leben können davor vollkommen schützen. Auch wird angenommen, dass genetische Belastung eine Rolle spielt. Genetische, umweltbedingte und andere Faktoren zusammen werden vermutlich zur Alzheimer-Demenz führen.<sup>11</sup> Erforscht wurde bereits, dass mehr Frauen als Männer von Demenz betroffen sind, was daran liegen dürfte, dass die Lebenserwartung von Frauen höher ist als jene von Männern.<sup>12</sup>

Bei der Alzheimer-Demenz werden grob drei Stadien unterschieden: (1) *Leichtgradig*: Die Symptome führen im täglichen Leben zu einer Beeinträchtigung komplexer Fähigkeiten. Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis sowie die räumliche Orientierung sind beeinträchtigt. (2) *Mittelgradig*: Eine selbständige Lebensführung ist nur noch mit erheblichen Einschränkungen und mit Unterstützung durch andere möglich (3) *Schwer*: Eine selbständige Lebensführung ist nicht mehr möglich, der Demenzbetroffene ist vollständig auf Hilfe angewiesen.<sup>13</sup>

Demenz beginnt schleichend und verläuft meist chronisch fortschreitend. Weitere Symptome sind Antriebshemmung – deshalb besteht häufig die Gefahr, im Anfangsstadium der Demenz eine Depression zu diagnostizieren –, Erregungszustände, Störung der emotionalen Befindlichkeit. So kann unkritische Heiterkeit schnell in große Verzweiflung umschlagen. Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, aber auch Geruchsstörungen können auftreten.<sup>14</sup> Komplexe Aufgaben können nicht mehr erfüllt werden, umso weniger, je weiter die Demenzerkrankung fortgeschritten ist. Im weiteren Verlauf der Erkan-

<sup>9</sup> Die Alzheimer-Demenz ist von anderen Demenzformen zu unterscheiden, wie der vaskulären Demenz, der Alkohol-Demenz, usw. Vgl. G. GATTERER/A. CROY (Hg.): *Leben mit Demenz* (2004), S. 19f.

<sup>10</sup> Ebd., S. 14f.

<sup>11</sup> Vgl. ebd., S. 17.

<sup>12</sup> R. SCHMIDT et al.: *Geschlechtsspezifische Unterschiede der Alzheimer Demenz* (2008), S. 1–15.

<sup>13</sup> J. DIEHL/H. FRÖSTL/A. KURZ: *Alzheimer-Krankheit* (2005), S. 6.

<sup>14</sup> Vgl. G. GATTERER/A. CROY (Hg.): *Leben mit Demenz*, S. 22.

kung geht auch autobiographisches Wissen verloren, nahestehende Personen werden nicht mehr erkannt und/oder ihre Namen vergessen.<sup>15</sup>

Aufgrund der abnehmenden kognitiven Fähigkeiten ist es oftmals nicht einfach, den richtigen Umgang mit Demenzpatienten zu finden. Einerseits soll der Patient nicht bevormundet werden, andererseits soll er auch nicht überfordert werden, indem man ihm noch zu viel an Selbstbestimmung und Entscheidungsvermögen zutraut.

Das Verhalten der Demenzbetroffenen wird von anderen Personen oft als unangemessen und aggressiv erlebt. Dabei liegt das Problem häufig darin, dass sich der Demenzpatient überfordert fühlt, sich aber nicht mitteilen kann oder Schmerzen hat, aber nicht mehr fähig ist, diese zu artikulieren. Ebenso kann das Bewusstsein der eigenen Hilfsbedürftigkeit zu aggressivem Verhalten führen.<sup>16</sup> Aber auch die Hilflosigkeit von Patienten mit leichter Demenz wird manchmal unterschätzt. Das Verlassen der Wohnung oder die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel kann Menschen mit leichter Demenz aufgrund ihres abnehmenden Orientierungsvermögens schon Schwierigkeiten bereiten.<sup>17</sup> Kommen nun zu all den ohnehin schon großen Belastungen von Demenzbetroffenen und ihrer Familie kulturelle Differenzen hinzu, ist es eine enorme Herausforderung für Ärzte und Pflegende einen angemessenen menschlichen Umgang zu finden.

### 3 Prinzip der Selbstbestimmung

Die kulturelle Differenz beginnt schon beim Prinzip der Selbstbestimmung, das in westlichen Gesellschaften sowohl im persönlichen Leben von Individuen als auch in konkreten Fragen der Medizin hochgehalten wird und als wichtiger Wert gilt: „Selbstbestimmung fördert und schützt die menschliche Fähigkeit, Leben auf der Grundlage eines deutlichen Gefühls für die eigene Persönlichkeit und das, was für diese wichtig und unwichtig ist, zu gestalten. Vielleicht kommt der Kernbestandteil dieses Vermögens nur dann, wenn das betreffende Leben im Ganzen tatsächlich eine generelle Stimmigkeit und Authentizität erkennen lässt, zum Tragen. Doch das Recht auf Selbstbestimmung schützt und fördert dieses menschliche Vermögen in jedem Fall, indem es

<sup>15</sup> J. DIEHL/H. FRÖSTL/A. KURZ: Alzheimer-Krankheit, S. 6.

<sup>16</sup> Vgl. die Studien von J. C. HUGHES/S. R. SABAT: The advance directive conjuring trick and the person with dementia (2008), S. 131.

<sup>17</sup> Vgl. A. KRUSE: Lebensqualität demenzkranker Menschen, S. 45.

allen, die es besitzen, gestattet, selbst zu entscheiden, wieweit und in welcher Form sie dieses Ziel verwirklicht trachten.“<sup>18</sup>

In medizinischen Fragen ist die Rede von Patientenautonomie, die spätestens seit BEAUCHAMP und CHILDRESS<sup>19</sup> als eines der vier grundlegenden medizinethischen Prinzipien breite Anerkennung gefunden hat. Aber ist dieses Prinzip tatsächlich so unhinterfragt in jedem Kontext anzuerkennen? Es scheint erforderlich zu sein, in medizinischen Fragen den kulturellen Hintergrund eines Patienten zu berücksichtigen. Denn es gibt durchaus Kulturen, in denen Autonomie nicht das oberste Prinzip ist, sondern Entscheidungen in der Gemeinschaft, vor allem in der Familie getroffen werden. Das trifft dann auch auf medizinische Fragen zu. So wird beispielsweise in der chinesischen Kultur den erwachsenen Kindern eine besondere Verantwortung zugeschrieben: Es wird als selbstverständlich angesehen, dass sie ihre finanziellen und sozialen Interessen zugunsten des erkrankten Elternteils aufgeben.<sup>20</sup> Die Familie ist demnach in der chinesischen Kultur sehr stark auf verschiedenen Entscheidungsebenen involviert. Die Wertvorstellungen des klinischen Teams und des Patienten mit seiner Familie können also stark auseinanderdriften. Meist werden diese unterschiedlichen Vorstellungen nicht angesprochen und es können auf diese Weise Spannungen entstehen, welche das Arzt-Patienten-Verhältnis und die weitere Kommunikation zur Behandlung beeinträchtigen. Deshalb ist es unabdingbar, dass versucht wird, die Wünsche und Vorstellungen eines guten Lebens mit dem Patienten zu eruieren. So ist z. B. die Frage zu klären, wie sehr die Familie in die Pflege und Entscheidungen hinsichtlich der Behandlung einbezogen werden soll.<sup>21</sup> Bei der Demenzerkrankung ist u. a. im Anfangsstadium zu klären, ob der Patient, wenn er im späten Stadium keine Nahrung mehr zu sich nehmen kann, künstlich ernährt werden will. Zur Klärung dieser schwierigen und für den Patienten und die Familie belastenden Themen kann noch eine weitere Hürde hinzukommen, nämlich jene der fehlenden gemeinsamen sprachlichen Basis.

<sup>18</sup> R. DWORKIN: *Die Grenzen des Lebens* (1994), S. 311.

<sup>19</sup> Vgl. T. BEAUCHAMP/J. CHILDRESS: *Principles of Biomedical Ethics* (2008). Die anderen Prinzipien sind neben dem Respekt der Autonomie: Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit.

<sup>20</sup> Vgl. F. SUN/R. ONG/D. BURNETTE: *The Influence of Ethnicity and Culture on Dementia Caregiving* (2012), S. 14.

<sup>21</sup> Vgl. auch D. DRESSLER: *Interkulturelle Kommunikation in der stationären Rehabilitation nach Unfällen* (2009), S. 23f.

#### 4 Sprache und Kommunikation

Wie auch noch in den folgenden Aspekten deutlich werden wird, ist die fehlende gemeinsame Sprache eine der grundlegenden Barrieren im medizinischen Kontext. Aber nicht nur fehlende sprachliche Kompetenz, auch fehlendes Hintergrundwissen zu kulturellen Zusammenhängen, unterschiedliche Arten des Krankheitsverständnisses und -erlebens können ein Hindernis für eine adäquate Betreuung von Demenzbetroffenen aus anderen Kulturen sein. Dolmetschen im medizinischen Bereich ist eine hochkomplizierte Sache, weil gerade die medizinischen Fachausdrücke oftmals nicht einfach in jede Sprache zu übersetzen sind. Vor allem wenn Familienmitglieder die Übersetzung übernehmen, kommt neben dem fehlenden medizinischen Wissen und Verstehen auch noch ein Rollenkonflikt hinzu. Denn einerseits will der Angehörige üblicherweise das Beste für den Patienten, andererseits soll er die Informationen des Arztes neutral übersetzen, und das sind in der Regel auch negative Botschaften, z.B. wenn es darum geht, die Diagnose Demenz mitzuteilen. Das kann die Übersetzer einerseits persönlich überfordern und andererseits die Übersetzung erheblich verzerren.<sup>22</sup>

Sprache als Kommunikationsmittel erleben Mediziner und Pflegende in den verschiedensten Bereichen als wichtige Funktion, um überhaupt an den Patienten heranzukommen resp. sich ihm auch persönlich nähern zu können, wie ein Arzt in einem Interview bekräftigt: „...es ist oft für den Patienten enorm wichtig oder aufbauend, wenn man ihn in seiner Sprache, seien es ein paar Worte, anspricht und begegnet. Es entsteht gleich ein Vertrauen [...]“<sup>23</sup>. Patienten fühlen sich durch die Kommunikation in ihrer eigenen Sprache „angenommen“<sup>24</sup> und „in vertrauten Händen“<sup>25</sup>.

#### 5 Diagnosestellung

Die Diagnose Demenz zu stellen, ist für den Arzt, der die Diagnose stellt und dem Patienten mitteilen soll, eine Belastung. Er muss sich mit einer Vielzahl von Fragen auseinandersetzen: Wie soll die Diagnose möglichst schonend mitgeteilt werden? Ist der Patient emotional stabil genug, um die Diagnose verarbeiten zu können? etc. Beim Patienten, der erfährt, dass er an Demenz

<sup>22</sup> Vgl. ebd., S. 20.

<sup>23</sup> Ebd., S. 43.

<sup>24</sup> Ebd.

<sup>25</sup> Ebd.

erkrankt ist, kann dies einen Schwall von verschiedenen Gefühlen wie Angst, Wut und Trauer auslösen.<sup>26</sup> Mit der Diagnose Demenz ändert sich alles, der Patient weiß dann, dass sein Gedächtnis immer stärker nachlassen wird, dass er eines Tages, im fortgeschrittenen Stadium der Demenz seine engsten Angehörigen nicht mehr erkennen wird. Grundsätzlich wird von Fachgesellschaften eine frühe Diagnose empfohlen, weil der Betroffene dann noch die kognitiven Fähigkeiten besitzt, um über seine zukünftige Behandlung zu entscheiden und eine Patientenverfügung zu verfassen. So kann er z. B. in der Patientenverfügung festlegen, ob er eine künstliche Ernährung wünscht oder eben nicht künstlich am Leben erhalten werden möchte. Allerdings ist es unabdingbar, dass die Diagnose zum richtigen Zeitpunkt offengelegt wird. D. h., der Patient soll kognitiv und emotional aufnahmebereit sein.

Die Aufnahmebereitschaft individuell richtig einzuschätzen, ist eine besondere Herausforderung. Zusätzlich gilt es dabei noch den kulturellen Kontext zu berücksichtigen. Denn in einigen Kulturkreisen ist es geboten, besonders behutsam bei der Mitteilung der Diagnose zu sein. Scham und Stigmatisierung aufgrund der Diagnose Demenz können für Patienten Gründe sein, die Diagnose gar nicht wissen zu wollen. Die eigene Scham und die Stigmatisierung durch andere Personen sind zu einem großen Teil kulturell bedingt.<sup>27</sup>

Ein spezielles Problem hinsichtlich der Diagnosestellung wird im National Alzheimer's Plan der amerikanischen Alzheimer Association aufgezeigt: Während Weiße mit mehr als fünf Millionen Menschen die Mehrheit der von Alzheimer oder anderen Demenzen Betroffenen ausmachen, zeigen Studien, dass Afro-Amerikaner und Hispanics ein höheres Risiko zur Erkrankung aufweisen.<sup>28</sup>

Dennoch wird bei diesen Bevölkerungsgruppen seltener eine frühe Diagnose gestellt. Meistens geschieht die Diagnosestellung schon im weit fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung, was allerdings die Vorab-Planung

<sup>26</sup> Vgl. E. STEEMAN et al.: *Living with early-stage dementia* (2006), S. 730.

<sup>27</sup> Nuffield Council on Bioethics: *Dementia*, S. 44: "There is some evidence to suggest that people in some cultural groups may be more hesitant in coming forward for diagnosis than those from other cultural groups. Although individual choices and differences should be respected, it is important, given the potential benefits of earlier diagnosis [...], to understand the reasons that prevent people from coming forward. We suspect that feelings of shame and stigma associated with dementia play an important part in these reasons and that their significance varies between cultures. There are also concerns as to potential cultural bias in some of the cognitive tests used in the process of diagnosing dementia."

<sup>28</sup> Alzheimer's Association: *Alzheimer's from the frontlines* (2012), S. 20: "While whites make up the majority of the more than 5 million people with Alzheimer's and other dementias, research shows that African-Americans and Hispanics are at higher risk."



erschwert. Als Gründe dafür werden sozio-ökonomische, sprachliche und kulturelle Barrieren genannt.<sup>29</sup> Es fehlt, wie oben beschrieben, die gemeinsame Basis, die eine gute Kommunikation von vorn herein möglich machen würde. Andererseits kann es auch sein, dass Betroffene seltener zum Arzt gehen, z.B. wegen der Angst vor Stigmatisierung aufgrund ihrer Erkrankung, und die Diagnose deshalb erst so spät gestellt wird.

## 6 Empowerment

„To empower“ heißt, direkt übersetzt, jemanden ermächtigen. In der Medizin wird der Begriff *empowerment* im Sinne von Unterstützung und Stärkung des Patienten verwendet. Das kann psychologisch mittels Selbsthilfegruppen oder Therapien geschehen, kann aber auch eine äußere Unterstützung sein, indem z. B. dem Patienten die Raumgestaltung so angenehm wie möglich gemacht wird.

Ethnische Minderheiten haben es aufgrund der später erfahrenen Diagnose Demenz schwerer, sich gegenseitig in Selbsthilfegruppen zu unterstützen. Aber auch Scham und die Angst vor Stigmatisierung scheinen eine Rolle zu spielen. Eine Betroffene erläutert: „Ich hatte versucht, eine Selbsthilfegruppe zu gründen. Ich weiß, dass es einen großen Bedarf gibt, aber es haben sich nur drei Personen gemeldet. Ich versuche nun herauszufinden, warum Afro-Amerikaner Angst davor haben, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen.“<sup>30</sup>

Einerseits fremd in einem Land zu sein und andererseits an Demenz erkrankt zu sein, ruft große Angst hervor. Würde aber doch Hilfe in Anspruch genommen, so ist es nicht einfach eine angemessene zu finden, weil es zu wenig Unterstützung in der Muttersprache der Betroffenen gibt. Es ist belegt, dass bilinguale Demenzbetroffene im Verlauf ihrer Krankheit lediglich ihre Muttersprache verwenden und deshalb in dieser Sprache Ansprechpartner brauchen. Deshalb wäre es hilfreich, wenn für Familie, Pfleger und Freunde des Patienten Programme zugänglich wären, welche die Kommunikation erleichtern.<sup>31</sup>

Die Angst davor, als Demenzpatient auch in der eigenen Kultur stigmatisiert zu werden, ist oftmals berechtigt. So wird beispielsweise Vergesslichkeit

<sup>29</sup> Vgl. ebd.

<sup>30</sup> Ebd.: “I tried to start a support group. I know there is a great need, but I only got three people to come. I am trying to find out why African-Americans are afraid to come to support groups” (dt. Übers. M. S.).

<sup>31</sup> Ebd., S. 22: “Alzheimer’s disease and dementia patients in [the] advanced stage retain the

in der chinesischen Kultur als Teil des normalen Alterungsprozesses angesehen. Aber Demenzbetroffene im schweren Stadium werden schnell als verrückt abgestempelt und deshalb stigmatisiert.<sup>32</sup>

Als unterstützend können es Patienten auch erfahren, wenn sie ihre religiösen Bräuche im Pflegeheim beibehalten dürfen und auch eigene Bilder und Gegenstände mitbringen können. Das verschafft in der schwierigen Situation ein „Gefühl der Sicherheit“<sup>33</sup>. Es geht also zum einen darum, den Patienten zu unterstützen, indem man sich ihm von Mensch zu Mensch zuwendet – dabei kann eine Berührung mehr bewirken als viele Worte – und ihm zum anderen Freiräume lässt, seinen Raum zu gestalten und das zu tun, was er gerne tut, z. B. malen oder Musik hören. „Zum einen zeigt sich, dass die Emotion Freude vor allem durch Zuwendung und persönliche Ansprache hervorgerufen wird; dieser Befund verdeutlicht den besonderen Einfluss, den die Aufrechterhaltung von Kommunikation auf die Lebensqualität von demenzkranken Menschen besitzt, zugleich spricht er für das Konzept einer individuumzentrierten Betreuung und Pflege. Zum anderen zeigt sich, dass die Art der Alltagsgestaltung große Bedeutung für die Aufrechterhaltung von Wohlbefinden besitzt: Wenn demenzkranken Menschen die Möglichkeit gegeben wird, den von ihnen gewünschten oder bevorzugten Tätigkeiten nachzugehen, so fördert dies eindeutig deren Wohlbefinden.“<sup>34</sup>

Zu wissen, was genau dem jeweiligen Patienten als Unterstützung dient, verlangt wiederum das Bescheidwissen über Coping-Strategien der jeweiligen Kultur. In chinesischen Kulturen ist es die Familie, die als wichtige Unterstützung dient, aber auch Spiritualität hat einen hohen Stellenwert. Psychotherapeutische Interventionen hingegen werden kritisch gesehen, weil damit die „Verrücktheit“ des Patienten bestätigt wird.<sup>35</sup>

language they are born with and develop difficulty communicating in the acquired language, including Tagalog and English. It would be helpful if the family, caregiver and friends could be assisted with programs that would also include facilitating communication by using major dialects such as Visayan, Ilocano, Tagalog, etc.”

<sup>32</sup> Vgl. F. SUN/R. ONG/D. BURNETTE: The Influence of Ethnicity and Culture on Dementia Caregiving, S. 14.

<sup>33</sup> I. FÜSGEN: Demenz (1995), S. 71f.

<sup>34</sup> A. KRUSE: Lebensqualität demenzkranker Menschen, S. 51.

<sup>35</sup> Vgl. F. SUN/R. ONG/D. BURNETTE: The Influence of Ethnicity and Culture on Dementia Caregiving, S. 18.

## 7 Informed Consent

Um sich selbstbestimmt für oder gegen eine Behandlung aussprechen zu können, ist eine informierte Einwilligung, ein sog. *Informed consent* erforderlich. Dabei ist es unabdingbar, über Wirkung und Konsequenzen einer medizinischen Maßnahme informiert zu sein, denn nur dann kann der Patient entscheiden, ob er die möglichen Maßnahmen auch nutzen will. Er kann sich aber auch dagegen entscheiden. Ein Mitglied der Zeugen Jehovas hat das Recht darauf, eine Bluttransfusion aus religiösen Gründen zu verweigern. Insofern ist die Patientenautonomie als Abwehrrecht zu verstehen, nicht als Anspruchsrecht. Denn der Patient kann nicht auf eine Behandlung bestehen, die nicht medizinisch indiziert oder gar rechtswidrig ist, wie z. B. Sterbehilfe.<sup>36</sup> Das macht deutlich, wie wesentlich es für eine Entscheidung des Patienten ist, über die Behandlungsmöglichkeiten gut informiert zu sein. Üblicherweise wird eine Patientenentscheidung als *Informed consent* verstanden, wenn drei Bedingungen erfüllt sind: (1) Wenn der Patient die kognitive Fähigkeit hat, eine Entscheidung zu treffen, (2) wenn der Patient alle notwendigen Informationen erhalten hat, um eine Entscheidung treffen zu können, (3) wenn der Patient in seiner Entscheidung nicht von anderen beeinflusst wird, z. B. von einem Arzt oder von Angehörigen.<sup>37</sup>

Es besteht das Risiko, die erste Bedingung der kognitiven Fähigkeit bei Demenzbetroffenen vorschnell als nicht mehr hinreichend zu diagnostizieren, weil es sich ja um eine Krankheit handelt, welche die Entscheidungsfähigkeit minimiert. Zusätzlich besteht die Gefahr, dass Demenzpatienten infantilisiert werden – z. B. indem man in Kleinkindsprache mit ihnen spricht –, was sich dann aber tatsächlich negativ auf die kognitiven Fähigkeiten auswirkt.<sup>38</sup>

Informationen so zu vermitteln, dass der Patient sie versteht, ist insgesamt keineswegs einfach. Ärzte müssen sich bemühen, Fachausdrücke zu vermeiden, und den Patienten zum Nachfragen anregen. Zudem besteht die Gefahr, dass sich der Patient, z. B. aus Scham nicht traut nachzufragen oder vorgibt, etwas verstanden zu haben, obwohl das nicht der Fall ist, um sich keine Blöße zu geben.<sup>39</sup> Die kulturellen und sprachlichen Barrieren können bei der Vermittlung der notwendigen Informationen eine erhebliche negative Rolle spie-

<sup>36</sup> Vgl. B. SCHÖNE-SEIFERT: Grundlagen der Medizinethik (2007), S. 40f.

<sup>37</sup> Vgl. J. BERNAT: Ethical issues in the care of the patients with dementia (2008), S. 116.

<sup>38</sup> Vgl. E. STEEMAN et al: Living with early-stage dementia, S. 734.

<sup>39</sup> D. DRESSLER: Interkulturelle Kommunikation in der stationären Rehabilitation nach Unfällen, S. 39.

len. Denn ist es schon für einen Patienten derselben Kultur nicht einfach, den medizinischen Fakten zu folgen, ist es für jemanden, der die Sprache nicht voll und ganz beherrscht, nahezu unmöglich, alles nachvollziehen zu können, was ihm an Informationen gegeben wird.

An der dritten Bedingung des *Informed consent*, der nicht von außen beeinflussten Entscheidung, zeigt sich, dass der Einfluss von außen in westlichen Gesellschaften als autonomiehemmend angesehen wird. Wieso soll ein Gespräch mit anderen keine Hilfestellung für eine Entscheidung sein? Freilich ist zu unterscheiden, wie die Art der Beeinflussung geschieht. Das kann wohlwollend, aber auch eine Form der Überredung sein, bis hin zu Zwang. Wenn Ärzte, Pflegepersonal und Angehörige den Patienten beraten, dann geschieht dies meist nicht mit böser Absicht, sondern wohlwollend. Die Überredung besteht „im argumentierenden Anführen von vermeintlich ernsthaften Gründen, sich so oder so zu entscheiden, die der Patient, im Falle glückender Überredung, für hinreichend gut hält.“<sup>40</sup> Es handelt sich also um eine gut gemeinte Beeinflussung, die dem Patienten im besten Fall auch nützt. Die Beratung mit Angehörigen vor einer schwierigen Entscheidung in Fragen der medizinischen Behandlung ist meistens selbst in der westlichen Gesellschaft von Patienten erwünscht und wird als unterstützend erfahren.

Schwierig wird es für das ärztliche Personal, wenn ein Patient nicht möchte, dass seine Familie kontaktiert wird. Soll er sich daran halten, weil dies dem Prinzip der Autonomie entspricht? RABINS und BLACK raten in einem solchen Fall, auf den kulturellen Hintergrund des Patienten zu achten. Wenn der Patient aus einer Kultur kommt, in welcher der Wert der Autonomie zentral ist, soll dem Wunsch des Patienten entsprochen werden. Wenn es sich aber um eine Person handelt, bei der es üblich ist, dass schwierige Fragen mit der Familie besprochen werden, muss der Arzt dies berücksichtigen. Es gilt zudem zu berücksichtigen, ob es sich um eine Notfallsituation handelt und ob sofort gehandelt werden muss. Wenn sofort gehandelt werden muss, wäre es angemessen, das Prinzip der Autonomie außer Kraft zu setzen, um Schaden zu vermeiden.<sup>41</sup>

<sup>40</sup> B. SCHÖNE-SEIFERT: Grundlagen der Medizinethik, S. 93.

<sup>41</sup> P. V. RABINS/B. S. BLACK: Ethical issues in geriatric psychiatry (2010), S. 268f: “In cultures in which such decisions are made by family consensus or a family spokesperson, the clinician should balance legal standards of care, an appreciation of the cultural standard, and whether an emergency situation is present and requires immediate action. It is appropriate to override autonomy if the immediate risk of harm to the person or others is high.”

### 7.1 Teilnahme an Studien

Eine spezielle Herausforderung im Rahmen des *Informed consent* stellt sich, wenn es um die Teilnahme an Studien geht. Wenn eine klinische Studie an Demenzpatienten im späten Stadium durchgeführt werden soll, müssen die Patienten im Anfangsstadium der Krankheit gefragt werden, ob sie dazu bereit wären. Denn „es müssen gerade die Erkrankungen, die zur Einwilligungsunfähigkeit führen oder beitragen, als ein besonders wichtiges Gebiet der medizinischen Forschung gelten, geht es doch darum, diesen Kranken die Fähigkeit zur Selbstbestimmung zu erhalten oder wiederzugeben.“<sup>42</sup> Ein *Informed consent* ist hier freilich unabdingbar, wenn es darum geht, mit nicht mehr einwilligungsfähigen Personen Studien durchzuführen. Eine grundsätzliche Herausforderung ist es ohnehin, die Patienten so zu informieren, dass sie alles verstehen. Das richtige Maß an Information zu geben, bedeutet: in klarer, einfacher Sprache die Studie zu erklären, alle relevanten Details zu vermitteln, aber den Patienten nicht mit zu viel Informationen zu überfordern.<sup>43</sup> Eine zusätzliche Schwierigkeit ist es, wenn der Proband aus einer anderen Kultur kommt, dann muss die Offenlegung aller Informationen an den kulturellen Kontext des Patienten angepasst werden: „Die Offenlegung der Informationen soll in der Sprache, den kulturell angemessenen Idiomen und Analogien der Teilnehmer erfolgen, die sie verstehen.“<sup>44</sup>

## 8 Fremdheit

Folgt man den vorangegangenen Überlegungen, zeigt sich, dass es eine Vielzahl an Schwierigkeiten und Herausforderungen im Umgang mit Demenzbetroffenen gibt, die sich alle noch zuspitzen, wenn eine kulturelle Differenz hinzukommt. Krank sein und alt werden in einem fremden Land scheint etwas Bedrohliches zu bergen, dem es entgegenzutreten gilt. Aber was macht den Fremden fremd?

Mit GEORG SIMMEL gesprochen ist der Fremde der, „der heute kommt und morgen bleibt – sozusagen der potentiell Wandernde, der, obgleich er nicht weitergezogen ist, die Gelöstheit des Kommens und Gehens nicht ganz über-

<sup>42</sup> H. HELMCHEN/H. LAUTER: Dürfen Ärzte mit Demenzkranken forschen? (1995), S. 27.

<sup>43</sup> “[...] the disclosure of information relevant to the research study must be complete and accurate, but not overwhelming.” E. EMANUEL/D. WENDLER/C. GRADY: *An Ethical Framework for Biomedical Research* (2008), S. 131.

<sup>44</sup> Ebd.: “Disclosure should use the language, culturally appropriate idioms, and analogies of the prospective participants at a level they can understand” (dt. Übers. M. S.).

wunden hat<sup>45</sup>. Genau das trifft auf Menschen zu, die von einem Land – aus welchen Gründen auch immer – in ein anderes Land kommen und im „fremden“ Land alt werden.

Mit BERNHARD WALDENFELS lassen sich phänomenologisch drei Arten der Fremdheit unterscheiden: „Fremd ist erstens, was außerhalb des eigenen Bereichs vorkommt [...]. Fremd ist zweitens, was einem anderen gehört [...]. Als fremd erscheint drittens, was von fremder Art ist und als fremdartig gilt.“<sup>46</sup> Sowohl die erste als auch die dritte Art der Fremdheit trifft auf Menschen mit Demenz zu. Sie erleben ihre Umwelt zunehmend als fremd, außerhalb ihres eigenen Bereichs. Sie fühlen sich fremd in ihrer Umgebung und sie selbst gelten als fremdartig in ihrer Umgebung.

Die demenzbetroffene Person aus einer anderen Kultur ist in zweifacher Weise fremd. Einerseits ist sie allein schon deshalb fremd, weil sie einen anderen kulturellen Hintergrund hat als jene Menschen, die in demselben Land geboren sind, in dem sie auch alt werden. Andererseits entfremdet die Demenzerkrankung den betroffenen Menschen von seiner Umwelt. Er kann nahe Angehörige nicht mehr erkennen und findet sich an jenen Orten nicht mehr zurecht, die ihm früher vertraut waren und sicher schienen. Auch umgekehrt werden Demenzbetroffene ihren Angehörigen fremd, wie der prominente Fall des demenzbetroffenen WALTER JENS zeigt. Für seine Frau, Inge Jens, die ihren Mann als Intellektuellen kannte, war es schwer, mit anzusehen, als er sich plötzlich über kleine, scheinbar nichtige Dinge des Lebens freute. In einem Interview mit der Süddeutschen Zeitung sagt sie: „Er ist nicht mehr mein Mann. Er ist in einer Welt, zu der ich wenig oder gar keinen Zugang habe.“<sup>47</sup>

Diese doppelte Fremdheit, die Demenzbetroffene aus anderen Kulturen erleben, gilt es in der Pflege vor Augen zu haben. Um Menschen mit Demenz aus anderen Kulturen ein Stück Fremdheit zu nehmen und Vertrautheit zu geben, kann in der Pflege darauf geachtet werden, dass sie das Leben und genießen können, was ihnen wichtig ist, was ihre Identität ausmacht.

## 9 Identität

Es herrscht eine rege philosophische Debatte darüber, was die Identität einer Person ausmacht. Viele Theorien sind jedoch sehr theoretisch. Lässt man aber

<sup>45</sup> G. SIMMEL: Exkurs über den Fremden (1908), S. 509.

<sup>46</sup> B. WALDENFELS: Topographie des Fremden (1997), S. 20.

<sup>47</sup> <http://www.sueddeutsche.de/kultur/inge-jens-ueber-walter-jens-er-ist-nicht-mehr-mein-mann-1.277242>, Zugriff am 18.04.2012.

die theoretischen Fragen beiseite und geht der praktischen Frage nach, was die Identität eines Menschen ausmacht, scheint das Konzept von HILARION PETZOLD sehr geeignet zu sein.<sup>48</sup> Er nennt fünf Säulen der Identität: (1) Die erste Säule ist der *Leib*, im Sinne eines belebten Körpers, der die Person ist. Gesundheit, Bewegung, Schlaf, Ernährung usw. sind Bestandteil der Leiblichkeit. (2) Aus den *sozialen Netzwerken* besteht die zweite Säule, die personale Identität trägt. Dazu zählen Familie, Freunde, Arbeitskollegen, Partnerschaft usw. Die Anerkennung anderer ist ganz wesentlich für eine sichere Identität. (3) Auch *Arbeit und Leistung* einer Person gehören nach Petzold zur Identität einer Person: Was arbeite ich? Wie arbeite ich? Welche Bedeutung und wie viel Platz gebe ich meiner Arbeit in meinem Leben? (4) Eine weitere Säule, auf der personale Identität gebaut ist, ist *materielle Sicherheit*. Auch diese bestimmt, wer eine Person ist. Geld, Besitz, Einkommen, aber auch Schulden und Armut zählen dazu. (5) Schließlich machen auch die *Werte und Normen* einer Person sie zu derjenigen, die sie ist. Moral, Ethik, Religion, Tradition, Sinn – Was ist mir wichtig?

Wie kann nun in der Pflege versucht werden, Menschen mit Demenz in ihrer Identität zu unterstützen, damit sie sich sicherer und besser fühlen? Es gibt Studien, die sehr deutlich zeigen, dass Musik- und Bewegungstherapien bei Menschen mit Demenz förderlich für das Wohlbefinden sind.<sup>49</sup> Auch die zweite Säule der sozialen Netzwerke muss beim Demenzbetroffenen erhalten und gefördert werden. Wenn es auch für Familienmitglieder eine erhebliche Belastung ist, den Angehörigen im immer schlechter werdenden Zustand zu sehen, ist es dennoch erforderlich, dass der Demenzbetroffene nicht isoliert wird. Die Notwendigkeit der sozialen Kontakte ist vor allem in jenen Kulturen besonders wesentlich, in denen die Familie einen hohen Stellenwert hat. So berichten Pflegendende von ihren Erfahrungen mit türkischen Migranten: „Türkische Patienten haben natürlich oft und viele Besucher, das sind nicht nur Familie, sondern auch Freunde und Nachbarn und so. Das muss so sein. Und alle bringen etwas zu essen mit, was die Patienten dann mit den anderen und uns teilen. Das ist sehr schön.“<sup>50</sup>

Der Demenzbetroffene soll nicht infantilisiert werden, sondern er soll noch so lange wie möglich Entscheidungen treffen und das tun können, das er gerne tut. Dazu zählt auch, dass es ihm ermöglicht wird, seine Werte und Normen

<sup>48</sup> Vgl. H. PETZOLD: Integrative Therapie I–III (2004).

<sup>49</sup> Vgl. z. B.: T. DÖRNER/A. RIEDER/V. STEIN: Besser leben mit Demenz (2011), S. 49.

<sup>50</sup> D. DRESSLER: Interkulturelle Kommunikation in der stationären Rehabilitation nach Unfällen, S. 55.

zu leben. Jeder Mensch geht anders mit belastenden Situationen um. Den Demenzbetroffenen in seinen eigenen Coping-Strategien zu unterstützen, hilft ihm, seine Identität und ein noch möglichst gutes Leben zu erhalten. So zeigen Studien, dass für Afro-Amerikaner Religion eine besonders wichtige Funktion für den Umgang mit Stress hat.<sup>51</sup>

## 10 Conclusio

Es lässt sich aus den besprochenen medizinethischen Aspekten schließen, dass es unabdingbar ist, dass Ärzte und Pflegepersonal interkulturelle Kompetenz besitzen, welche Sprache, Wissen über Kulturen und Umgangsformen impliziert. Angefangen bei der Mitteilung der Diagnose, bis hin zur Frage der Einbeziehung von Angehörigen in Entscheidungsprozesse ist es maßgeblich, dass der kulturelle Hintergrund des Patienten berücksichtigt wird, damit er sich für die Behandlung entscheiden kann, die er für die bestmögliche hält. Abgesehen davon ist freilich eine Grundempathie des Arztes erforderlich, die es ihm ermöglicht, den Patienten so zu behandeln, dass dieser sich gut behandelt fühlt. Aufgrund der stetigen Abnahme der kognitiven Fähigkeiten von Personen mit Demenz haben diese Patienten ohnehin schon mit Angst, gesellschaftlicher Exklusion und Stigmatisierung zu kämpfen. Kommt noch die Fremde einer Kultur hinzu, scheint es unmöglich, sich angenommen und aufgehoben zu fühlen. Damit Demenzbetroffene aus anderen Kulturen auch in der westlichen Gesellschaft ein gutes Leben ermöglicht wird, scheint sich noch einiges in der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung ändern zu müssen. Studien zeigen, dass sich Pflegenden durchaus wünschen, besser auf Patienten aus anderen Kulturen eingehen zu können und würden in ihrer Ausbildung gerne z.B. Türkisch lernen, um eine effektive Kommunikation zu erreichen.<sup>52</sup>

Wichtig ist schließlich – neben dem Erwerb der interkulturellen Kompetenz –, dass sich klinische Teams stets dessen bewusst sind, dass ihre Werte und Interaktionen von ihrer Kultur geprägt sind, dass aber in anderen Kulturen ganz andere Werte im Umgang mit Krankheit und Tod im Vordergrund stehen können.<sup>53</sup>

<sup>51</sup> H. L. MENNE/C. J. WHITLACH: Decision-making involvement of individuals with dementia (2007), S. 812: "Research also suggests that African Americans, as compared with Caucasians, are more likely to seek out religion as a way of buffering stressful situations. The health history of an individual, such as the total number of health conditions, also contributes directly to the illness-related strains and individual experiences and his or her quality of life."

<sup>52</sup> Vgl. auch D. DRESSLER: Interkulturelle Kommunikation in der stationären Rehabilitation nach Unfällen, S. 38.



In diesem Sinne wird auch im National Alzheimer's Plan postuliert, dass es einen Bedarf an kulturellem Training und Fähigkeiten im Umgang mit Alzheimer-Betroffenen gibt. Es ist deshalb erforderlich, Informationen, Unterstützung, Verständnis und Pflegepläne zugänglich und möglich zu machen.<sup>54</sup> Dies ist eine Herausforderung für eine multikulturelle Gesellschaft, in der die Demenzerkrankung immer mehr zunimmt.

**Zusammenfassung**

SCHMIDHUBER, MARTINA: **Interkulturelle Aspekte in der Medizinethik am Beispiel der Demenzerkrankung.** ETHICA 21 (2013) 1, 49–67

In dem Beitrag werden jene Aspekte der Medizinethik thematisiert, die von interkultureller Relevanz sind. Es stellt sich dabei die Frage, was es in der Behandlung bzw. in der Pflege in besonderem Maße zu berücksichtigen gilt, wenn Arzt/Pfleger und Patient/Angehörige aus verschiedenen Kulturen kommen. Es werden folgende Aspekte und diesbezügliche Herausforderungen erläutert: Prinzip der Selbstbestimmung, Sprache und Kommunikation, Diagnosestellung, Empowerment, Informed consent, Teilnahme an Studien, Fremdheit und Identität. Aufgrund der in unserer alternden Gesellschaft zunehmenden Krankheit Demenz werden die interkulturellen Aspekte unter besonderer Berücksichtigung dieser Erkrankung beleuchtet.

Demenzerkrankung  
 Diagnosstellung  
 Empowerment  
 Fremdheit  
 Identität  
 Informed consent

**Summary**

SCHMIDHUBER, MARTINA: **Intercultural aspects in medical ethics elucidated by the example of dementia.** ETHICA 21 (2013) 1, 49–67

The article deals with those aspects of medical ethics that are of intercultural relevance. The question is what, especially, has to be taken into account in hospital care if doctors/nursing staff and patients/relatives have a different cultural background. In this context the following aspects and challenges are discussed: the principle of self-determination, language and communication, diagnostic procedure, empowerment, informed consent, participation in studies, strangeness and identity. As dementia is going to play a prior role in our ageing society, the intercultural aspects are looked at from this particular point of view.

Communication  
 culture  
 dementia  
 diagnostic procedure  
 empowerment  
 identity  
 informed consent  
 language  
 medical ethics

<sup>53</sup> “We suggest that clinicians in all cultures be aware of the possibility that their interactions with patients are shaped by their own values and life experiences, and that awareness of their own values can maximize their ability to maintain as neutral a stance as possible. This value may vary across cultures but has been little explored.” P. V. RABINS/B. S. BLACK: Ethical issues in geriatric psychiatry, S. 268.

<sup>54</sup> Alzheimer's Association, Alzheimer's from the frontlines (2012), S. 21: “There [is a] need for cultural training and skills in dealing with Alzheimer's. There is a need to get information, support, understanding and plans for care to a very wide audience.”

Kommunikation	self-determination
Kultur	strangeness
Medizinethik	
Selbstbestimmung	
Sprache	

### L i t e r a t u r

- Alzheimer's Association: Alzheimer's from the frontlines: challenges a national Alzheimer's plan must address. Washington, 2012.
- Alzheimer's Disease International: World Alzheimer Report 2011, The benefits of early diagnosis and intervention. London, 2011.
- BEAUCHAMP, T./CHILDRESS, J.: Principles of Biomedical Ethics. New York/Oxford: Oxford University Press, 2008.
- BERNAT, J.: Ethical issues in the care of the patients with dementia, in: Handbook of Clinical Neurology, Vol. 89 (3rd series) Dementias 2008, S. 115–130.
- DARGE, R./SCHMIDHUBER, M.: Das Mängelwesentheorem bei Arnold Gehlen, in: H. Schmüdinger/C. Sedmak (Hg.): Der Mensch – Ein Mängelwesen? Endlichkeit – Entwicklung – Kompensation. Darmstadt: WBG, 2009, S. 33–54.
- DIEHL, J./FRÖSTL, H./KURZ, A.: Alzheimer-Krankheit. Symptomatik, Diagnose und Therapie. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 51 (2005) 1, 3–12.
- DORNER, T./RIEDER, A./STEIN, V.: Besser leben mit Demenz. Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzerkrankter. Wien, 2011.
- DRESSLER, D.: Interkulturelle Kommunikation in der stationären Rehabilitation nach Unfällen. Göttingen: Cuvillier Verlag, 2009.
- DWORKIN, R.: Die Grenzen des Lebens. Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit. Hamburg: Rowohlt, 1994.
- EMANUEL, E./WENDLER, D./GRADY, C.: An Ethical Framework for Biomedical Research, in: E. Emanuel et al. (Hg.): The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics. Oxford: Oxford University Press, 2008, S. 123–135.
- FÜSGEN, I.: Demenz. Praktischer Umgang mit der Hirnleistungsstörung. München: Urban & Vogel, 1995.
- GATTERER, G./CROY, A. (Hg.): Leben mit Demenz: Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung. Wien: Springer, 2004.
- GEHLEN, A.: Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt. Frankfurt/Main: Athenäum-Verlag, 1962.
- HELMCHEN, H./LAUTER, H.: Dürfen Ärzte mit Demenzkranken forschen? Forschungsbedarf und Einwilligungsproblematik bei Demenz. Stuttgart: Thieme, 1995.
- HUGHES, J. C./SABAT, S. R.: The advance directive conjuring trick and the person with dementia, in: G. Widdershoven et al. (Hg.): Empirical ethics in Psychiatry. New York: Oxford University Press, 2008, S. 123–140.
- KRUSE, A.: Lebensqualität demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 51 (2005) 1, 41–57.
- MENNE, H. L./WHITLACH, C. J.: Decision-making involvement of individuals with dementia. *Gerontologist* 47 (2007) 6, 810–819.

- Nuffield Council on Bioethics: *Dementia: Ethical issues*. London, 2009.
- PETZOLD, H.: *Integrative Therapie I–III. Modelle, Theorien & Methoden schulübergreifender Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann, 2004.
- PIRMORADI, S.: *Interkulturelle Familientherapie und -beratung: Eine systemische Perspektive*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2012.
- RABINS, P. V./BLACK, B. S.: Ethical issues in geriatric psychiatry. *International Review of Psychiatry* 22 (2010) 3, 267–273.
- SCHMIDT, R. et al.: Geschlechtsspezifische Unterschiede der Alzheimer Demenz. *Neuropsychiatrie* 22 (2008) 1, 1–15.
- SCHÖNE-SEIFERT, B.: *Grundlagen der Medizinethik*. Stuttgart: Kröner, 2007.
- SIMMEL, G.: Exkurs über den Fremden, in: Ders.: *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*. Berlin: Duncker & Humblot, 1908, S. 509–512.
- SUN, F./ONG, R./BURNETTE, D.: The Influence of Ethnicity and Culture on Dementia Caregiving: A Review of Empirical Studies on Chinese Americans. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementia* 27 (2012) 1, 13–22.
- STEEMAN, E. et al.: Living with early-stage dementia: a review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing* 54 (2006) 6, 722–738.
- WALDENFELS, B.: *Topographie des Fremden. Studien zur Phänomenologie des Fremden 1*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1997.
- Internet:  
<http://www.sueddeutsche.de/kultur/inge-jens-ueber-walter-jens-er-ist-nicht-mehr-mein-mann-1.277242>, Zugriff am 18.04.2012.

Dr. Martina Schmidhuber, Internationales Forschungszentrum Salzburg,  
Edith-Stein-Haus, Mönchsberg 2a, A-5020 Salzburg  
[mschmidhuber@ifz-salzburg.at](mailto:mschmidhuber@ifz-salzburg.at)